

● 医学人文

有温度的医生

▲ 人民日报高级记者 白剑峰

有人说世界上最远的距离不是生和死，而是患者站在医生面前，医生只看到了“病”，没有看到“人”。有温度的医生，是心中有“人”的医生。

有温度的医生，应该有一双温暖的手。很少有医生主动与患者握手。为什么？也许从医学的角度，是为了防止交叉感染。但是，患者是多么渴望能够握住这双手。在门诊中，医生做完诊断，开完单子，还没等患者走，就去洗手了。这会让学生觉得“我真的那么脏吗？”这样尴尬的局面或许可以变换成另一场景：待前一位患者完全离开，当着进来患者的面洗手，

这样容易使患者产生被尊重的感觉。一个顺序的调换，体现了医生心中是否有患者。

有一位肿瘤科的医生，每到冬天，他的口袋里都放有一个暖手炉、电热袋，保持他手的温度。有人问他为什么？他说找他的患者都是肿瘤患者，他希望一伸手就能让患者感受到温暖，帮助患者燃起对生命的希望。

有温度的医生，应该有一颗柔软的心。一个小女孩在手术室里又哭又闹，麻醉师没办法麻醉，这时候一位年轻医生抱着她，掏出手机，让她看趣趣英语，一玩手机，小女孩就不哭了。麻醉师趁机做了

麻醉，手术顺利进行。

有温度的医生，应该是一个尊重生命规律的人。台北市市长柯文哲说，医生只是生命花园的园丁，大自然有春夏秋冬，园丁能改变这种规律吗？不能，园丁只能让花在春夏秋冬里开得更好看一点。医生没有办法改变生老病死，只是让人在生老病死之间活得更有尊严一些。

作为医生，既要拯救生命，也要安抚死亡。医生是不能阻止和消灭死亡的，但是医生能够帮助患者在死亡面前没有恐惧。哪怕满足患者的一个小小心愿，让他在温暖中离开世界。医生不是和

死亡抗争的人，而是和死亡和解的人。

一位小患者得了白血病，经过了痛苦的放疗、化疗之后，突然跟医生说：“大夫，我不想在这里受苦了，我想好好地走。”医生把孩子的父亲找来，彻夜长谈，决定让孩子出

院。后来，父亲带着他去了他最想去的迪斯尼乐园，孩子非常高兴，一周之后离开了世界。爸爸对医生说：“这是您送给孩子最好的礼物。”

人生不仅是一场说走就走

的旅行，而是一场没有人陪伴的孤独旅行。中国人不仅需要人生观教育，更需要死亡观的教育。只有学会正确看待死亡，才能活得更精彩。



医生 医病 医人

▲ 天津医科大学 刘惠军

临床中，以患者为中心的诊疗模式，医生除了关心疾病本身以外，还会关心患者的感受，了解患者的需求、期待和患者关于疾病、关于治疗的想法、观念。请看，下面这个临床实景对话。

术后拔管

某三甲医院肿瘤外科主任，带领实习生为患有胰腺癌的女性患者做术后拔管，患者丈夫在场。下面是医生和患者的互动情景。

医生：来，咱今天可以把管给拔了。

家属：主任亲自来拔啊？

医生：方梅（患者，化名）恢复得很好，是个很好的教学例子，就带同学们来看看。

（患者笑）

医生：怎么样，昨天还疼么，流出来的液体多不多？

患者：不疼了，也不流东西了。

（患者说话声音较小，医生弯腰倾听。）

医生：那就是快好了，咱今天把管拔了，就不受这份罪了。

（医生做好准备工作，拉上帘子，开始拔管。）

患者：拔管疼吗？再疼我可受不了了。

（患者很紧张，紧紧攥住丈夫的手）

医生：不怎么疼，要疼啊你就喊，然后咱就停下来，还有你使劲儿捏他（指家属），皮糙肉厚的捏不坏。

（患者笑）

（拔管至一半……）

患者：哎哟，疼，疼死我了。

（医生停下来。）

医生：没那么疼吧，你呀太紧张了。你慢慢缓，等你缓过来咱再开始，咱不急。疼那么一下后面就不疼了。

（一分钟后，患者示意开始，医生拔出管子。）

医生：方梅的伤口恢复得很好，平时可以下地走动一下，再过几天就可以出院回家了。

患者：谢谢主任了。

从该情景中可以看出，只有对患者的关注、关怀、尊重、理解和体谅融入到临床诊疗中，医学才能彰显人文气息，医生才能展现人文情怀。（原文有删减）

● 铖侃医疗专栏⑤

精准打击号贩子的标本之策

▲ 北京大学医学人文研究院 王岳

近来，政府下决心彻底整顿困扰行业十余年的“医院号贩子”问题。可要想打靶号贩子，找准靶心很关键。

挂号首尾漏洞 “实名制” 难奏效

很多人认为“号贩子”的存在是源于优质医疗资源稀缺和诊疗服务收费标准过低。对于这一观点，我却不敢苟同。我想，优质资源稀缺的问题短期内不可能解决，而服务收费提高也不可能解决优质医疗资源稀缺这一现实，且只会助推患者付给“号贩子”更高的费用。我们唯一能解决的是如何实现在挂号问题上的“机会公平”问题。

近日，为整顿“号贩子”问题，北京市卫计委提出8项举措，其中之一便是要落实“实名制”挂号，严格控制“号贩子”利用假身份证占用号源的行为。

实际上，号贩子之所以猖獗，最重要的原因是目前公立医院的挂号流程存在“首尾漏洞”。首先，在挂号时，尤其是

网络预约挂号，并不需要准确的个人信息，就可以注册并成功挂号。对此，最亟待解决的便是医院就诊卡如何与公安部门、社保部门，特别是外地社保部门信息系统对接问题。这也是目前行政管理普遍存在的问题，各部门各成体系，彼此不依托、不沟通。

其次，在医生看病时，如果发现就诊人和挂号人不一致，难以拒绝治疗。事实上，这完全可以技术上解决。譬如在开具处方前，医生必须再刷一次患者的二代身份证才能开出药方。或者直接利用身份证、全国联网后的医保卡取代就诊卡。只有堵住上述的“首尾漏洞”，那才是真正意义上的“实名制”就诊。

在这方面，卫生部门应该向铁道部门学习。

取消医生手工加号 非明智之举

在8项举措之中，还有一条：“严格加号管理，取消医生个人手工加号条。”对这一点，笔者不太赞成立即实施。首先，没有调研数据表明，医生手工加号是号贩子的主要号源。而恰恰相反，很多慢病患

三级预约非万能药 变革补偿机制是关键

此外，8项举措中，“实行非急诊全面预约挂号”分外受到关注。目前，约60%的患者不应该在三甲医院首诊。分级诊疗才是从根本上解决“号贩子”的关键，要尽快让一级、二级医院，成为三甲医院的挂号处。这一改革举措早已是共识，但为什么推行缓慢？这与公立医院不愿意改变现有“经营模式”密切相关。

2009年，卫生部曾发通报，严禁将医务人员收入与科室经济收入直接挂钩。但一些医院却变相将医生的收入与工作量挂钩。这就是为什么现在的医生一边觉得累，一边又不得不

由于政策原因不得不到三级医院取药，以及部分特困外地患者往往只能通过医生个人手工加号条解决自己的困难。对此，是否应该暂时保留医生个人手工加号呢？同时，必须严格查处“请托加号”的行为。

承受，为什么门诊量一下降，医院院长就发愁的原因。这种混乱的局面，根源在于财政对医疗的补给方式。医改方案拟定之时，有学者建议要把医院养起来（补供方），但最终我们套用了传统市场经济领域的规则，决定补贴患者（补需方）。殊不知，市场经济的前提是“供需双方信息对称”。而医疗行业完全不具备这一特质。

尽快改变医院经营模式，不让医生和医院管理者再为赚钱发愁，这在目前政府（财政加社保）的投入现状下，是完全可以实现的，关键是补给谁！

