

专题·父亲节

如山父爱 润苗无声



姜佳宜送爸爸出征

“一听到灾难发生的消息，我总会不由自主地想：

这一次，爸爸是否又要远行？

是的，无论我上幼儿园时的汶川大地震，

还是刚刚发生在遥远非洲的埃博拉，

爸爸和他的战友们，总是冲在最前线，……

不畏艰险、救死扶伤理想可以点燃阑珊的希望，

榜样能够成为不朽的力量，

我决心沿着父辈们的足迹，

刻苦学习，茁壮成长。

不久的将来，我和我的伙伴们，

也会像爸爸那样，播撒爱心、迎接希望”

——北京市海淀区培英小学五年级5班 姜佳宜



点评：作为姜天俊的掌上明珠，五年级的姜佳宜较同龄孩子相比，早已体会到了什么是舍小家顾大家的含义，明白了若想成大器就要从小要下苦功的道理，因此才会写出如此深刻的感悟。

——解放军解放军第302医院 李莹

回音壁·我与好书有个约会

推荐序号④

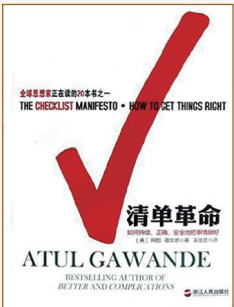
类别：人文社科类

书名：《清单革命》

作者：（美）葛文德

译者：王佳艺

推荐人：北京清华长庚医院 樊荣
试读章节



推荐序号③：《寻梦如歌》吴林艳
推荐序号②：《常见贫血及保健咨询》夏乐敏
推荐序号①：《连接组：造就独一无二的你》[美] 承现峻

医界好书推荐方法：

1. 将您认为的好书书名、作者及推荐理由等信息发至 songpanzheng@163.com。
2. 关注医师报微信（微信号：DAYI2006），给我们留言。
3. 在《医师报》官网找到“我与好书有一个约会”文章，以评论形式参与。

令
医界好书征集

为什么这一件事谁都没有做？

我的大学同学约翰是旧金山的一名普外科医生，只要有机会凑在一起，我们就会交流一些彼此在行医过程中碰到的惊险故事，外科医生都很善于此道。一天，约翰就给我讲述了一个这样的故事。

在万圣节的晚上，他的医院接收了一个被刺伤的患者，这名男子因在化装舞会上和别人发生争执而受伤。

“没什么大事”

起初，患者情况稳定，呼吸正常，也没有表现出疼痛难忍的样子。他只是喝多了，嘴里嘟嘟囔囔地不知道在说些什么。创伤组医护人员迅速用剪刀将他的衣服剪开，然后对他的身体进行仔细检查。这名男子略显肥胖，大概有90公斤重，赘肉主要集中在肚子上，而伤口也在这个部位。伤口长5 cm，就像张开的鱼嘴，

连腹腔大网膜也翻了出来。约翰他们只需把这名男子推进手术室，进行仔细检查，以确保他的内脏没有受到损伤，然后将那个小伤口缝合就行了。

“没什么大事。”约翰说。如果患者伤势很严重，你看到的场面会截然不同：创伤组会冲进手术室，患者的担架床会被飞快地推进去，护士们则会迅速准备好各种手术器械，而麻醉医生也不得不匆匆就位，他们没有时间仔细查阅患者的病历。但是，当时的情况并不严重。创伤组觉得有充足的时间，不用火急火燎。所以，他们让患者躺在创伤诊疗室的担架床上，等待手术室准备就绪。

约翰的懊悔

然而，情况突然急转直下，一个护士发现那个患者不说话了。他心跳过

速，眼睛上翻，而且在护士推他的时候一点反应也没有。这位护士立刻发出了急救警报，创伤组成员蜂拥而至。那时候，患者的血压都快没了。医生和护士立刻为他输氧，并迅速为其补液，但患者的血压还是没有上升。

于是，我刚刚提到的那个假想场景不幸变成了现实：创伤组冲进了手术室，患者的担架床被飞快地推了进去，护士们迅速准备好各种手术器械，麻醉医生不等仔细查阅患者的病历就匆匆就位，一名住院医师将一整瓶消毒液倒在患者的肚子上。约翰抄起一把大个儿的手术刀，干净利落地在患者的肚子上划出了一条上至肋骨、下至耻骨的长口子。

“电刀。”约翰将电刀头沿着切口的皮下脂肪向下移动，将脂肪分开，然后再将腹肌的筋膜鞘分

开。就在他打开患者腹腔的一刹那，大量鲜血从腹腔内喷涌而出。

“糟了！”到处都是血。这可不是一般的刺伤，那把刀子扎进去足足有30多厘米深，一直扎进了脊柱左侧的主动脉，就是那根将血液从心脏送出的大动脉。

“谁会做出这么疯狂的事情来？”约翰说。另一个外科医生马上用拳头压在血管破裂处的上方，可怕的大出血终于得到了一定的控制，危急的局势渐渐稳定下来。约翰的同事说，自从越南战争结束后，他就再也没有见过这么严重的创伤。结果还真是被这个医生说中了。约翰后来才知道，在那天的化装舞会上，行凶者扮成了一名士兵，他的枪还装上了刺刀。

这位患者在死亡线上挣扎了几天，最终还是挺了过来。直到现在，

约翰只要一提起这件事还是会懊悔地连连摇头。

创伤的原因有很多，当患者被送到急诊室的时候，医护人员几乎做了他们应该做的一切：他们对患者从头到脚进行检查，仔细跟踪测量患者的血压、心率和呼吸频率，检查患者的意识是否清楚，为患者输液，打电话让血库准备好血袋，而且还给患者插上了导尿管以确保其尿液排尽。该做的他们几乎都做了，但就是有一件事情谁都没有做，那就是询问送患者过来的急救人员，到底是什么器械造成了创伤。

“你绝不会想到有人会在旧金山被刺刀扎伤。”约翰只好这么解释。

“小樵大夫”在美国专栏②⑥

借鉴历史经验 科学开展 PCCM 培训②

利益与业务纠葛下的呼吸危重症培训

▲ 美国南加州大学医学院 乔人立

在美国，医院科室属于纯学术建制，对医院营收没有责任，医生参与患者的医疗管理，根据自己付出的时间与工作强度向患者的保险公司（不是医院）收取专业服务费用。因此，在美国，医院ICU床位的科室归属几乎与医生利益完全无关。

另一方面，虽然医生是ICU入住的决策者，但患者一旦不再需要ICU级别医护，医院专门的督查员就会催促其转往普通病房，因为保险公司一旦找到无需停留ICU的证据就会拒付ICU的昂贵费用。换句话说，在美国，对ICU床位有权统一调拨是医院。

相反，在中国，医生直接参与医院与科室的财政经营，而ICU属于营运额极高的科室，这使得ICU科室归属对于医生利益产生很大影响。

事实上，在美国也存在着PCCM（呼吸与危重症）与危重症医学（CCM）之间的竞争，但竞争是表现在谁更适合ICU的业务（而不是谁拥有ICU的业务与利益）。而CTS与ACCP执行委员会之所以采用PCCM模式的决定，其实乃是借鉴于美国曾经走弯路的教训。

PCCM 专科医生 美重症医学主力军

20世纪80年代，当

美国危重症医学与ICU业务正式起步时，CCM医生应该经历什么培训，具备什么资质属于一个探索性的问题。美国的内科、麻醉科、急诊科与外科几个学会一致认为，CCM应是一个亚专科，受培训医生必须已经完成专科医院住院医师阶段的培训才能进入CCM培训。然而，由于各专科医院住院医师阶段培训时程不等，对入学标准无法达成一致意见，最后决定由各专科学会各自举办自己的CCM亚专科培训，学制订为2年。

内科学会注意到CCM内容与呼吸科高度重叠，因此决定只要另加1年，培训者即可获得呼吸疾病

（PM）与CCM双重认证。三年制的，可以获得PM与CCM双重认证的PCCM培训项目由此诞生。

当时，所有人都认为ICU的管理以其高度依赖仪器设备进行生命监测与支持的特征应该是麻醉科医生的自然延伸，因此麻醉科医生应该是CCM的主导力量。事实也是如此，而PCCM从开始上原本属于妥协与权宜之计的产物。

岂料，经过几十年的演变，PCCM专科医生逐渐成为ICU业务与CCM专业的占绝对优势的主导力量。根据每年发表的美国专科医生培训毕业人数统计，近5年来PCCM项

目毕业生持续占据所有与CCM有关的培训项目所有毕业生总和的75%以上。

由于美国政府不直接参与医院与医学分科具体事项，所以，如今PCCM成为危重症医学的主导力量是一个自然形成的结果，人为的政策干预成分很小。自然形成必然遵循着一定的科学规律，有其特有的科学基础。这一科学基础是什么呢？在中国开展PCCM专科培训的初始阶段，理解了美国现象下潜藏的科学基础才能避免盲目模仿外国，从而才能放开包袱，全速前进。（更多精彩内容请关注下期报纸）