



医学与社会

世界那么大，我为什么找您看病？①

医生不是天使 患者不是亲人

▲北京首钢医院 顾晋

1968年，贫下中农张秋菊长了一个巨大的腹部肿瘤，被部队医院的医生摘除，摘下的肿瘤达90斤重，创造了医疗奇迹。术后，张秋菊术后写下了“毛主席救了我”。那是一个医患之间无比和谐的时代，张秋菊被部队巡回医疗队发现前，已经辗转国内几家医院，因肿瘤巨大没有哪家医院敢医治，张秋菊基本处在回家等待死亡的状态。患者张秋菊坦然地接受了无法医治的事实，但最终被救治，也认为是生命的奇迹。那时，医生得到全社会的尊重，医疗分级就诊，小病就地治疗，大病拿三联单去医院医治，那时，医生是真正的天使。

现在的医生烦着呢

人们一直说，医生是“白衣天使”，我们是天使吗？其实现在的医患关系让医生们感到的是无奈。

政府对医疗投入不足，公立医院的公益性无法体现，一线医生成为对“看病贵”愤怒



的发泄点；老百姓的医疗需求在不断增长，没有分级就诊的限制，只要生病，就期待到大医院“得到最好的治疗”，三甲医院的医生大量时间精力都用在治疗常见病、多发病上；导致大医院门庭若市，基层医院门可罗雀，人才不可避免地 toward 大医院流转；医保制度、付费制度的掣肘；媒体不实报道的推波助澜，一出出妖魔化、污名化、贬损化医生的新闻闹剧也让医患关系雪上加霜。

患者就是“生病的人”

直面死亡，承认医学的

极限，向社会宣告：“妙手回春”“手到病除”的赞誉，医学界承受不起，姑息医学刘端祺教授说。

在这样的医疗大环境下，我们怎样面对患者？有人说，我们应该把患者当亲人。亲人是什么？亲人是血脉相通、骨肉相连，是感情大于理性。老医生则说，患者是敌人。看病时用录音笔、针孔摄像、殴打医生、专业医闹，不是敌人是什么？

我们的理解，患者就是患者，正视医疗与科学、同情与感情的差异。医学是温暖的科学，要求医生要理性看病，掌握人文，一句话，“患者就是生病的人”。医学不是万能的，我们也不是天使。

医学与人文

魏则西事件有感②

1/4 人群晚期癌症 我们如何面对？

▲北京大学临床肿瘤学院名誉院长 徐光炜

生、老、病、死乃是自然规律，人力难以违抗。在众多慢性疾病中，当以癌症的威胁最大。由于各种致癌因素的迟发效应，即使采取有效措施，预计在今后的20余年，我国将会有近1/4的成员循此途离开人间。换言之，在升入天堂前必将经历晚期癌症的阶段，这不但是对医疗或个人的挑战，也将是一个严峻的社会及家庭问题，何以处之？

痛苦与孤独 临终患者最大的恐惧

人体的癌症众多，其生物学行为也各异，并非所有癌症一旦发生复发或转移即意味死亡，但治愈机会大减，这是众所周知的事实。所以，当面临

此处境时应客观冷静地对待，切忌感情用事，应多方征求诊治意见，一旦确认治愈无望时，患者及其家属实际上面临“在生命的数量和质量之间作出选择”。作者行医已逾60年，这种情况并不鲜见。

有意思的是，多数对医学知识有较深了解或患者自身是医师者，往往选择在人生最后的珍贵时光里，尽量与亲人一起享受生活，少遭罪。他们并不选择“近水楼台先得月”，为自己使用最昂贵的药和最先进的治疗手段，而是仅选择较少医疗干预的对症或支持治疗。因为他们的专业知识及多年临床经验使他们深知药物和手术等治疗的局限性，以及这些针对肿瘤的治疗给患者带来的生

活质量摧残和巨大的痛苦。他们深知，临终患者最恐惧的莫过于在巨大的痛苦中孤独地离开人间。

所以，针对晚期癌症患者，应将救治的重点从“清除癌症”转向“提高生活质量”，在尽可能保持较好生存质量的前提下，争取延长生存期。

维护知情权 是真正的人道主义

我国的传统文化中，“好死不如赖活”之说流传甚广，流毒匪浅。临床实践中，由于所谓的“保护性医疗”，病情“假情报”使其丧失了对其病情的判断能力和决定权。人之常情的“求生欲”，医生们的救死扶伤“天职”，亲人们的尽“孝

医学与心理

外科医生心理压力如何认识与控制？

▲首都医科大学三博脑科医院 李新宇

高风险手术会给外科医生造成极大的精神紧张和心理压力。这样的压力有诱发急性心脑血管中风的危险，而培训和丰富经验会减少并减小这种风险。越来越多的文献支持了这一点。

以神经外科医生为例，对于刚刚开始主刀的医生，临床经验尚待充实，技术也要娴熟，他们的心理压力最大，心理压力会导致大脑边缘系统的反应，直达脊髓血管收缩中枢中侧灰质交感神经节前神经元。这种交感神经的作用会引起神经紧张性放电，从而引起动脉血管收缩，心律和心肌收缩力的增加。

认识和控制日常工作中心理压力对改善健康和医疗质量非常重要。心理压力在医生的培训和实践的各个阶段有所不同，住院医师和助手在手术过程中会感到更大的压力，这是因为他们缺乏经验，无法更好的预知整个手术的进展，也没有准备好如何应对突发的手术风险。有经验的外科医生更习惯于应对心理压力，及时处理术中并发症。心理压力所引起的急性应激反应会影响认知功能、记忆联想力和手术技术。医师在技术没成熟时，复杂手术会

有高强度心理压力，直接影响医师的进步。

表1显示了医生在休息、运动和手术时过高血压、不正常血压和心动过速的比较，可以看到术中压力导致的心血管系统的应激反应，其血液动力学改变超过了各种的体育运动。外科医生并不知道在职业中这种高强度、持续性的心理压力对自身健康的危害。

提高医生的临床经验和医

表1 医生在休息、运动和手术时过高和不正常血压、心动过速的比较

项目	术中，%	运动，%	休息，%
过高血压 (SBP/DBP 180/110mmHg)	28.0	18.8	3.3
不正常血压 (SBP/DBP 180/110mmHg)	66.2	31.3	8.1
心动过速(脉搏>100bpm)	32.9	68.8	4.6

血压(Blood Pressure,简称BP,单位mmHg),脉搏(Pulse Rate,简称PR,单位:bpm)
本表数据整理自 Sharma, M. S., et al. (2010)

疗技术，加强技术培训，是减少医疗过程中心理压力的有效方法。如利用训练模拟器练习腹腔镜手术技术，模拟动脉瘤夹闭过程中的动脉瘤破裂处理，均可缓解术中的心理压力和紧张情绪。外科技术模拟培训可以改善和缓解实习生的压力。测试年轻医学生的抗心理压力能力，可用于医学生选择专业，对于抗压能力不强的医学学生，不建议选择要面对和应付有较大心理压力和高度紧张的专业，例如心脑血管外科专业。

道”，再加上医患关系不正常等其他因素，医师难向患者吐“实情”，其后果使患者留恋人间最后权利被无情地剥夺，以至常选择了痛苦而昂贵的针对肿瘤的治疗。

维护患者对其病情的“知情权”不该因是晚期癌症患者而有所改变。当然具体执行时可因“人”而异，可在交代病情的“分寸”上加以掌握，但不应改变其已发展至晚期癌症的实质，这其实也是贯彻以“人”为本的人道主义原则，因患者不仅是“生物人”，而且也是“社会人”，是家庭中的成员，也是单位中的职工，他们既具有社会职责也负有家庭义务，在其生命的最后时日，理应有充分时间对此作出安排，

完成自己的最后愿望，不应被剥夺“知情权”，从而导致遗憾终生。

