

医生的精进

从仁心仁术到追求卓越



B E T T E R

A Surgeon's Notes on Performance

哈佛医学院教授

[美] 阿图·葛文德 (Atul Gawande) 著

王一方 主编 李璐 译

美国国家图书奖决选作品 《纽约时报》畅销书

《展望》杂志年度“全球十大思想家” 麦克阿瑟奖获得者 葛文德医生 智慧之作



浙江人民出版社
ZHEJIANG PEOPLE'S PUBLISHING HOUSE

B E T T E R

A Surgeon's Notes on Performance



医生的精进

从仁心仁术到追求卓越

[美] 阿图·葛文德 (Atul Gawande) 著

王一方 主编 李璐 译



浙江人民出版社
ZHEJIANG PEOPLE'S PUBLISHING HOUSE

图书在版编目 (CIP) 数据

医生的精进: 从仁心仁术到追求卓越 / (美) 葛文德著; 李璐译.
—杭州: 浙江人民出版社, 2015.8
ISBN 978-7-213-06782-2

浙江省版权局
著作权合同登记章
图字: 11-2015-47 号

I. ①医… II. ①葛… ②李… III. ①医生-职业道德 IV.
①R192.3

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 147441 号

上架指导: 社会科学 / 医学

版权所有, 侵权必究

本书法律顾问 北京市盈科律师事务所 崔爽律师
张雅琴律师

医生的精进: 从仁心仁术到追求卓越

作 者: [美] 阿图·葛文德 著

译 者: 李璐 译

出版发行: 浙江人民出版社 (杭州体育场路347号 邮编 310006)

市场部电话: (0571) 85061682 85176516

集团网址: 浙江出版联合集团 <http://www.zjcb.com>

责任编辑: 金 纪 郦鸣枫

责任校对: 张谷年

印 刷: 北京鹏润伟业印刷有限公司

开 本: 720mm × 965mm 1/16 印 张: 15.5

字 数: 18.6万 插 页: 3

版 次: 2015年8月第1版 印 次: 2015年8月第1次印刷

书 号: ISBN 978-7-213-06782-2

定 价: 49.90元

如发现印装质量问题, 影响阅读, 请与市场部联系调换。

Better

A
Surgeon's
Notes
on
Performance

总序

了不起的葛文德

生命之思与医学之悟

王一方

北京大学医学部 教授

如今的阅读多少带些偶像情结，让大家读读葛文德得给个理由先。他是何方神圣？首先，他服务的机构在国人眼里颇为荣耀——美国波士顿的哈佛大学医学院，职位是外科教授。大伙儿印象中的外科大夫大多比较明快、潇洒，他也不例外。更厉害的是，这位老兄还是世界卫生组织（WHO）全球病患安全挑战项目负责人，克林顿、奥巴马两届美国民主党政府的医改顾问。这说明什么呢？能耐与境界，够水准。不过，读书不是读身份，要读文章气象，还要读文字品味，是否优美、雅致？这一点也不含糊，这位外科医生不仅手术做得漂亮，文字也够典雅，他是一位畅销书作家，风韵杂志《纽约客》上有他的专栏。

打开葛文德的档案袋，你会发现，这位天才并非纯正的美国佬，而是

印度移民的后裔，从照片上看就是一个印度文艺青年的范儿。他的父母都是医生，符合美国人“医不三世，不服其药”（讲究医学世家）的传统。他1987年毕业于美国西海岸的斯坦福大学，两年后从伦敦郊外的牛津大学贝利奥尔学院挣回一个哲学、政治与经济学的学位，谁知他校园情缘还未了，1995年毕业于哈佛大学，这一回拿了医学博士，还不满足，回身又在哈佛取了一个公共卫生硕士。

葛文德的书映射的是他的生命之思与医学之悟。在葛文德看来，医学之美在于思维之花的绽放，从不思（老师教，学生练）到寻思，从浅思到深思，从顺思到反思，从技术之思到哲理之思。阿图·葛文德三本书的书名就充满哲学意味和宿命感：《医生的修炼》+《医生的精进》+《最好的告别》，生命必须穿越复杂性（混乱、麻烦、不确定性、偶然性、多样性），然后追逐纯美的境界，但完美永远无法抵达，生命必然走向涅槃。

无论是医生，还是患者，都要接纳临床的复杂性，预设一份豁达，才能体验技术征服、超越后的愉悦；才能体验到医术是心术，不可先知、不可全知的不确定性。一半是直觉思维（叙事思维），一半是循证思维（精准医疗），两者水乳交融；一会儿是直觉后的循证，一会儿是循证后的直觉。外科干的是手艺活（鹰眼、狮心、女人手），蕴含着高度的技巧化，流淌着手艺思维。好的外科医生应该关注手艺的养成，品味手术的境界（炉火纯青）。医学的奥妙就在于超越不确定性去追求完美，这可能吗？葛文德在书中描述的印度医生的故事告诉我们：低配置 + 高效率，完全有可能！

其中一个案例是印度乡镇医生用腹腔镜修补消化性溃疡穿孔的奇迹。印度的消化性溃疡病例很多，而且大多病情严重，许多人一直到发生穿孔才来就医。一位叫莫特瓦的基层大夫发明了一种新的手术方法，用腹腔镜修补穿孔性溃疡，手术切口只有0.6厘米，平均费时45分钟。葛文德现场观摩

过这样的手术，使用价格低廉而老旧的腹腔镜设备，莫特瓦手法一流，动作敏捷。结果显示，他的手术比起传统的开腹手术并发症少、恢复快，在印度南部尘土飞扬的偏僻小镇上，创造了世界一流的腹部外科手术，令美国同行刮目相看。

阿图·葛文德在《医生的修炼》一书中讲述了亲历的十几个故事，通过这些故事揭示了临床医生的精神发育历程。临床医学分科越来越细，专科化、专门化的趋势不可遏制，临床医生的成长必然经历“小专科+大人文”的蜕变历程。第一个故事是关于他早年经历的新手上路的疑惑与开悟，外科的历练从柳叶刀开始，初为医生，还必须学习并熟练掌握中央静脉导管的安置术。这个活儿可不好干，反反复复，跌跌撞撞，才算闯关成功。因此，从踏上从医之路的第一天起，他就发现医学的永恒困惑——不确定性的前提（缺损配置）与对完美结局（无缺陷）的希冀。医生每天都要面对变化莫测的疾病和病人，信息不充分，基础理论（病因、病理）也不明了，医生个体的知识、能力、经验都不平衡，但无论资深人士，还是毛头小子，却都要作出近乎完美的临床应对，达到患者对疗效的最优预期。

即使到了高年资阶段，他依然认为医学中最大的困惑还是不确定性。病人因为无法确诊而惶恐不安，医生因为不能确诊而左右为难，医疗费用因为不确定性的探究而节节攀升，社会舆论因为不确定性而质疑医学的科学性。在形形色色的不确定性煎熬中，医生应该转变自己的态度，不把呈现确定性作为职业的唯一价值，转而以友善与共情去安抚惶惑的病人和躁动的家属。他还有一个不同凡响的理念：诊疗中的不确定性使法律问题根本无法厘清，无法知道医疗风险究竟来自于疾病自身的不确定性转归（不可抗力的凶险），还是应该归咎于医生的过失。因此，贸然起诉某个医生成为一个前提谬误的命题。

临床中，要战胜医学的不确定性，信心与技巧都是从实践中习得的，但这都必须以活生生的病人作为训练对象，但谁又愿意把自己作为新手的练习对象呢？如果谁都不愿意做此让步，那么，成熟的医生如何出位呢？医学院教学医院每一天都在给病人最好的治疗、照顾与给医学新人增加练习机会之间犯愁。临床医学的进步无法消减技术试运行阶段和新人试手阶段的代价。为保证病人安全，要尽可能缩短，甚至消灭技术的学习与适应阶段。

葛文德在书中还谈及外科机器人与人机博弈命题。如今，达芬奇机器人已经成为许多三甲医院的常规配置，人们对此充满乐观，其实，这背后隐藏着人机博弈的阴影。1996年，瑞典兰德大学附属医院负责心脏监护的资深专家沃林主任与电脑识别仪比赛，分别对2240份心电图资料（其中一半是问题心电图）进行分析识别，结果，沃林识别出620份，电脑识别出738份，电脑仪以20%的优势击败资深专家。几乎在所有的竞赛中，电脑要么与人类战平，要么胜过人类。或许数码医疗的前景是水火不容，不是相辅相成。对立的观点认为智能机器人的冰冷服务会消解医疗中的人性温度，使病人更加孤独。而互洽的观点则支持医生摆脱事务性纷扰，专注于医疗中的人性关怀。

葛文德常常问一些很傻的问题，譬如“医生为什么需要年会”，答案是医疗年会是名利场，也是医生相互学术欣赏和精神取暖的地方，年会将满足医生内心深处的孤独与交往渴望，缓解孤岛生存境遇，收获心灵慰藉。他感叹收入6位数的医生最爱厂商散发的价值才几美元的小礼物，其实是以此作为自己出席年会的见证。在年会上他有一个意外的发现，呆呆的医生们太专注于当下，而漠视学科历史。有一个复制外科历史文献的摊位门庭冷落，引起了他的悲悯和敬畏。

在医生队伍里，常常会有一些问题医生需要矫正，问题是医疗过失并

不集中在个别医生头上，如何区分坏医生的恶意伤害与好医生的概率差错？美国的问题医生各种各样：酗酒、吸毒、好色（性骚扰或性侵）、责任感丧失、毫无同情心、贪婪。在《医生的修炼》一书中提到了一位叫哈里森的问题医生，详细分析了他的心灵堕落史。当然，问题医生会面对同行的责难，但是，最终的拯救行动必须靠专业的矫治中心。不然，让问题医生泛滥才想到行业自救似乎就太晚了。

在《医生的精进》一书中也有很多有趣的故事，如“洗手这回事”“医疗中的性骚扰”（并非只是问题医生骚扰病人，也有问题病人骚扰医生）“薪酬的奥秘”“死刑室里的医生”“一个都不要放弃”“产房里的故事”“印度之行”，细细品味，韵味无穷。

很显然，即使是医神，也不能宣称自己全知全能。一次，朋友问了葛文德一个医学问题：“腹腔神经丛（solar plexus）到底在哪儿？”他被问住了。朋友讥讽他：“你这医生到底干什么吃的，这都不懂？！”生活中，“灯下黑”的境遇比比皆是：他的妻子曾遭遇两次流产，第一个孩子出生时主动脉缺失；女儿曾因为跌倒弄到肘部脱臼，而他却没有意识到；妻子也曾在某个从未听说过的手腕部位韧带撕裂过。每每遭遇这类事情时，他都觉得自己的医学知识太贫乏了。在他看来，医生需要掌握的知识在容量和复杂程度上已经大大超出了个体所能承载的极限，根本就没人能全部掌握并理解这些知识。结果，医生和科学家们的分工越来越细微、越来越专业化。如果我无法处理13 600种疾病，那好，也许50种我可以应付得来——或者至少有一种疾病是我主攻的。就这样，医生变成了一位专家，关心的只是自己专业范围之内的事，而医学能否让整个医疗系统更好地造福人类这一层次的问题，渐渐不在我们的考虑范畴之内。出路在哪里？医学需要整个系统的成功运作，这个系统包括人和技术，其中最大的困难是如何使他们协同工作，光有一流的配套设施是不够的。

他提到一个百密一疏、功亏一篑的案例。史密斯先生 34 岁那年遭遇了一场车祸，腿部、盆骨和手臂骨折，双肺衰竭，内出血不止。医院的外伤治疗小组立即投入了抢救，他们将断裂的腿、盆骨和手臂固定住，在胸腔两侧插入导管对肺部进行再扩展，输血并摘取了因破裂而出血不止的脾脏。三个星期后，史密斯终于熬了过来。临床医生们几乎每件小事都做到了最好，但他们忽略了一个小小的细节：忘记给史密斯打疫苗了。对于每个接受脾脏摘除手术的病人来说，疫苗必须打，因为疫苗会帮助对抗侵犯人体的三种病菌。外科医生以为 ICU 医生会打，ICU 医生以为初级护理师会打，而初级护理师以为外科医生已经打过了，大家都忘了。两年以后，史密斯在海滩度假时偶发链球菌感染，感染迅速蔓延。虽然史密斯最终幸存了下来，但代价是手指、脚趾全部切除。

在美国，接受过紧急脾脏切除手术的病人中，进行过基础疫苗接种的人只有一半。为什么病人接受的治疗是不达标的？解决问题的答案在于我们没有认识到科学的复杂性已经从根本上改变了医学领域，那种靠一个工匠式的医师拟定一个治疗方案就可以挽救病人的年代已经一去不复返了。我们必须向机械工程师学习，让各部分配件配合默契，在为人类提供救助和慰藉时，于细微之处让整个系统张弛有度，获得上佳表现。这个行业需要科学（规范），需要艺术（直觉），需要革新（创造），也需要谦卑（敬畏）。

在新书《最好的告别》中，葛文德变得宿命起来，他深知，医学再怎么发愤图强，依然无法摆脱一个很确定的结局，那就是永远也无法战胜死神，生命的最后一课必定是衰老与死亡。于是，刚刚满 50 岁的葛文德把目光聚焦于人类的衰老和死亡的逼近与应对。他依然是给大家讲故事，讲他妻子姥姥高龄独居的故事（从自信走向自欺，再到可悲的历程）；讲一对医学专家夫妇一步一步迈入衰老栈道，亲历失能、失明、失智，生活品质逐渐下滑，

最后滑向深渊的故事；讲一个有创意的社区医生突发奇想，改造传统养老机构的故事（一个允许喂养宠物的决定令养老院顿时生机盎然）。还有美国的普通家庭如何为养老奉亲承受难以负担的经济压力，社会福利养老机构总是有各种死角和盲点，而居家养老又无法提供社群交往的支撑。这些矛盾几乎无法调和。

恋生恶死是人之常态，但死亡面前人人平等，无论你是国王，还是车夫，是大亨，还是乞丐，地位与金钱都无法改变个体生命必死的事实。人生的最后一道考题就是如何面对死神的召唤，恐惧、沮丧、忧伤是人之常情，再坚强、豁达的人在死神面前也无法高傲、从容起来。现世的花红柳绿、死亡过程的挣扎抗拒和对于来世的困惑迷茫都是死亡降临时不可避免的纠结。但是无论怎样纠结，我们还是需要迈过那一道门槛，去远方遨游。如何安顿这颗不安的灵魂，是现代安宁缓和医疗的首要课题，也是每个凡人需要借助灵魂修炼才能坦然面对的生命节目。

从对医学不确定性的认知到对死亡必然性的豁然，葛文德大夫完成了一个医生最完美的精神发育，也昭示了现代医学在高技术、高消费驱使下飙车遇阻（衰老死亡是最后的刹车）的警醒。死生有度，生命无常，原来，这么朴实的真谛却需要我们用人生那宝贵的“30 000天”的一大半来点拨、感悟，真是应了孔老夫子那句名言：五十而知天命。

王一方

国内知名医学人文学者，北京大学医学人文研究院教授，北京大学科学史与科学哲学中心研究员。为北京大学医学部博士生、硕士生主讲医学哲学、医学思想史、健康传播、生死观等课程。



你不是一个人在读书！
扫码进入湛庐“医学人文”读者群，
与小伙伴“同读共进”！

Better

A
Surgeon's
Notes
on
Performance

楔子

从专业到出众

在医学院学习的最后一年，我曾经照料过一个病人。那是好几年前的事了，可直到现在我都无法忘记。当时我正轮岗到内科实习，高级住院医师分配了三个病人让我照管，其中有一个满脸皱纹、70 来岁的葡萄牙裔老太太，入院原因是“感觉不太舒服”。她说自己全身疼痛，总是有气无力，还老咳嗽。她没有发烧，脉搏和血压也都正常，但化验结果显示，她的白细胞数异常高。胸部 X 光片表明她可能是患了肺炎——只是可能而已。基于上述原因，内科医生将她收住院治疗，而后就交给我负责。我按照内科医生的吩咐，针对她患肺炎的可能性，开始为她注射一种抗生素。接下去的几天里，我每天都过去看她两次，检查她的各项生命体征，用听诊器听她肺部的声音，查看化验结果，然而每天都是老样子，咳嗽，没有发烧，就是感觉不舒服。我想，就这样一直给她注射抗生素吧，她会好起来的。

一天早晨 7 点钟我巡房时，她抱怨说夜里失眠，还整晚出汗。我们查看了她的各项数据，依然没有发烧，血压也正常，只是心率比以往稍稍快了一

些，仅此而已。高级住院医师嘱咐我，要密切留意她的情况。我回答说没问题，暗自盘算着午饭后再过来看看。然而，就在当天上午，高级住院医师却亲自去查看了两次。

就是这个小小的举动，我以后会经常回想起来。这只是很小的一件事，但这细微的举动却体现出了他的尽职尽责。早晨巡房的时候，他察觉到病人有些不对劲，就一直挂在心上。

看病人可不是两秒钟就能完成的事情。老太太住在医院的 14 楼，而我们早晨的例会、自助餐厅还有医生的办公室等都在低层，医院的电梯又素来以龟速而臭名昭著。作为高级住院医师，他还要亲自主持一个教学会议。其实，他大可以等着护士发现问题后再来通知他（大多数医生都是这样做的）或者指派一位初级住院医师去探视那个病患，但他没有这么做，他选择亲自上楼去看。

第一次去，他发现那个老太太发烧到 38.9°C ，于是加大了鼻腔插管的输氧量。第二次，他发现她的血压已经下降，有了休克的迹象，形势十分危急，于是让护士把鼻腔插管换成了氧气面罩，并把她转移到了重症监护室。等我得知发生了什么事的时候，他已经采取了治疗措施，换用新的抗生素，进行静脉输液，利用药物来维持她的血压。由于他的亲自探视，老太太最终得以活命，而且康复过程非常顺利，再也不需要戴呼吸器了。24 小时之后，她的热度退了下來，三天后就出院回家了。

在某些领域，我们很容易就会失败，想达到精通和出众的水平，到底要具备什么素质？那天，那位高级住院医师在我面前展示的不仅仅是专业能力——掌握肺炎的一般发展规律、熟知恰当的治疗方法，更重要的是洞悉具体的细节，在那个特定的时刻利用特定的资源和可调配的人手，抓住时机并挽救病人的生命。

人们常常关注那些伟大的运动员，从他们身上寻找成功的秘诀。对我们外科医生来说，运动员身上的确有一些长处值得学习，譬如毅力、勤奋的练习和实践、精益求精的态度。不过，医学领域毕竟与运动场上不同。当病人面临生命危险时，我们做出任何决断、发生任何疏失，从本质上来说都关乎病人的生死存亡。大众对我们的殷切期望，也会让我们压力倍增。我们的任务是对抗疾病，运用科学让每一个人尽可能活得长久、健康，但具体如何实现，往往是不明确的。一方面，需要掌握的信息浩瀚无边，我们的所知又总是不够完备；另一方面，我们还必须在工作中体现人性化，态度和蔼、满怀关切。医疗工作之所以让人又爱又恨，就是因为我们的成败不仅关系到病人的生死，而且牵涉众多复杂的层面。

*

*

*

*

最近，我接手了一个乳腺癌患者，名叫弗吉尼亚·马格布，64岁，是一名英语教师。她的乳房里长了一个鹌鹑蛋大小的肿瘤，直径约1.9厘米。她权衡了各种选择，最终决定采取保守疗法，将肿瘤切除，保留乳房。

手术并不困难，也没什么危险性，但手术小组仍然小心谨慎地对待每一个步骤。手术当天，进手术室之前，麻醉师反复核对马格布的医疗记录和用药记录，查看她的化验结果和心电图，确定她至少6个小时没有进食，并让她张开嘴，检查有没有可能脱落的牙齿或是忘记取出的假牙；一名护士核对了她的姓名标识，确保她就是手术对象，跟她本人核实其药物过敏史，确认她在手术同意书上签过字，并确定她没有佩戴隐形眼镜和珠宝首饰；我用标签笔在肿块的位置做了一个记号，这样在手术时就不会搞错开刀部位。

那天早上，在手术之前，为了确保在手术时能将癌细胞彻底切除，我们在她乳房肿块的周围注射了小剂量的放射性指示剂。到了下午2点，在手术

室里，前一台手术已经完成，手术室已被彻底清洁干净，需要的设备也都已经就位。这时，我接到一个电话。

“她的手术被推迟了。”一位负责调控手术室的女士这样告诉我。

“为什么？”我问道。

“术后恢复室^①满了，因此有三个手术室没办法把病人送出来，所有后续手术都暂停，直到恢复室开放。”

“好吧，没问题。”这种事情每隔一段时间就会发生一次，我们只好等着。然而，到了4点，马格布还没有被送进手术室，于是我打电话给调控室，想问问情况怎么样了。

我被告知，恢复室已经开放了，但马格布的手术室被一个急诊科送来的大动脉瘤破裂的病人占用了。工作人员将设法给我们腾出另外一间。

此时，马格布正躺在术前等候室里，我向她解释目前的状况，并表达了歉意。我告诉她，应该不会再等太久了。她倒是很乐观，对我说，顺其自然吧。她努力想要睡着，好让时间过得快一点，可总是频繁醒来。每次她醒来的时候，情况都没有什么进展。

6点的时候，我再次打电话过去，被告知已经腾出了一间手术室，不过现在的问题是没有护士。我们医院共有42间手术室，5点过后，值班的护士人数只够分配给17间，而现在，已经有23台手术正在进行——他已经强制性地要求6间手术室里的护士加班，不能再让其他人也这么做了。因此，绝对不可能再插进来一个病人。

① 患者麻醉后苏醒及恢复的场所。——译者注

“那么，照你估计，马格布要等到什么时候？”

“也许她今天做不了手术了。”那边的负责人说。他指出，7点以后，值班的护士就只够9间手术室的了；而11点之后，顶多只剩5间手术室有护士。马格布不是唯一等待做手术的病人。“她的手术很可能会被取消。”他说。

取消？我们怎么能把手术取消？！

我亲自下楼赶到调控室，一进门就看见一位外科医生正站在那里，努力游说当班的麻醉师；另一个医生正冲着调控室主管大吼大叫。每个人都想要一间手术室，可没有足够的手术室供应。一位肺癌患者需要做癌细胞切除手术，另一个病人脖子上长了一个肿块需要检测。“我的手术很快。”一位医生争辩说。“我的病人不能再等了。”另一位说。尽管调控室允诺第二天给我们安排手术室，可我们谁也不愿意。每个人的日程表上都已经安排好了其他人，如果今天的手术推迟到明天，那么预定明天做的手术就得被取消或推迟。而且，谁又能保证明天不会继续出现这种混乱情况呢？

我想争取为马格布做手术。她长了乳腺恶性肿瘤，必须把那个肿瘤取出来，手术宜早不宜迟。8个小时之前注射进她体内的放射性指示剂正在逐渐失去效用，推迟手术意味着她必须再次接受注射，那么她所受的辐射量将变成两倍，而这一切仅仅是因为找不到一间手术室。“这对病人不公平。”我说道。

然而，问题依然存在。

你刚踏入这个行业，成为一名医生时，也许认为这份工作需要的不过是谨慎的诊断、高超的技术以及关怀他人的善心。但你很快就会发现，事实并非如此。我们面临着似乎永无休止、花样百出的障碍，但是同时，我们也必须不断前进、改善和提高。

这个世界躁动、无序、动荡不安，作为其中的一部分，医学不可能独善其身。更何况，医学界不过是由我们这样一群普通人组成的而已。人类易受迷惑、身心脆弱、眼界狭隘的弱点，我们身上一个都不少。尽管如此，选择医生这个职业，就意味着我们要过负有责任的生活。那么，问题在于，接受这份责任之后，我们该怎样做好这份工作。

弗吉尼亚·马格布躺在那里又等了两个小时，心神不安，饥肠辘辘。等候室里一扇窗户也没有，一片静谧，只有白色的灯光。时钟滴答作响，时间一分一秒地过去。有时候，我会感觉自己面对的是一部庞大、复杂得无法想象的机器，它的齿轮从来都只按照自己的节奏运转，根本不理睬他人的想法。我素来相信，治病救人，只要多做努力，也许就能扭转他们的命运，但到了此刻，心中却充满了无能为力的懊恼。

马格布问我当天晚上是否真能做上手术。我回答说，可能性已经非常小了。但我无法说服自己把她送回病房，我请求她和我一起坚持等待。然后，就在快8点时，我的呼叫器上收到一条消息：“请把病人带到29号手术室。”后来我才知道，有两名护士本来可以下班回家了，但是看到手术室里的人手严重不足，便自愿留下来加班。当我询问其中一位护士时，她迟疑了一下，说：“反正我今晚也没有其他重要安排。”看，你做出努力的时候，会发现自己并不是唯一愿意这么做的人。

收到呼叫的11分钟之后，马格布躺在了手术台上，一支镇静剂被注射进她的体内。肿瘤被顺利取出。活检结果证明，癌细胞没有转移到淋巴结。手术成功了。我们收拾器具的时候，她平静地醒来，凝视着上方的手术灯。

“那灯看上去好像一颗颗闪亮的贝壳。”她说。

Better

A
Surgeon's
Notes
on
Performance

目录

总序	了不起的葛文德	/ I
楔子	从专业到出众	/ IX

第一部分 勤奋

01 洗手这回事 / 003

赛麦尔维斯任职的医院每年约有 3 000 名产妇产娩，死亡率超过了 20%，这是相当惊人的。相形之下，在家分娩的产妇的死亡率竟然只有 1%。赛麦尔维斯判断，医生是造成这一结果的罪魁祸首，他们用手四处传播细菌。

02 “扫荡”行动 / 017

我们在乌帕尔哈拉村找到了得了小儿麻痹的小女孩。她才一岁半，有一张忧郁的脸庞，头发剪得短短的，戴着小小的金耳环。她在妈妈的怀里动来动去，软弱无力的双腿垂悬在裙子底下。她的妈妈就站在我们面前，面无表情。