



THE NAKED SURGEON

真实的 外科医生

[英] 萨梅尔·纳西夫 著
林 雷 周黎瑾 译

医疗透明度：利益与风险并存

有趣·务实·数字化

从盲目相信医生到理智对待



世界图书出版公司

真实的外科医生

THE NAKED SURGEON

[英] 萨梅尔·纳西夫 著

林 雷 周黎瑾 译

上海·西安·北京·广州

图书在版编目(CIP)数据

真实的外科医生/(英)萨梅尔·纳西夫著;林雷,
周黎瑾译. —上海:上海世界图书出版公司,2017.8
ISBN 978-7-5192-3406-5

I. ①真… II. ①萨… ②林… ③周… III. ①外科手术—普及读物 IV. ①R61-49

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2017)第 165125 号

THE NAKED SURGEON by Samer Nashef

Copyright: © Samer Nashef 2015

This edition arranged with World Publishing Shanghai Corporation Limited
through BIG APPLE AGENCY, INC., LABUAN, MALAYSIA.

Simplified Chinese edition copyright:

2017 World Publishing Shanghai Corporation Limited

All rights reserved.

-
- | | |
|------|---|
| 书 名 | 真实的外科医生
Zhenshi de Waike Yisheng |
| 著 者 | [英] 萨梅尔·纳西夫 |
| 译 者 | 林 雷 周黎瑾 |
| 责任编辑 | 胡 青 芮晴舟 |
| 装帧设计 | 彭 亮 |
| 出版发行 | 上海世界图书出版公司 |
| 地 址 | 上海市广中路 88 号 9-10 楼 |
| 邮 编 | 200083 |
| 网 址 | http://www.wpcsh.com |
| 经 销 | 新华书店 |
| 印 刷 | 上海景条印刷有限公司印刷 |
| 开 本 | 787 mm×1092 mm 1/16 |
| 印 张 | 12 |
| 字 数 | 135 千字 |
| 印 数 | 1-4000 |
| 版 次 | 2017 年 8 月第 1 版 2017 年 8 月第 1 次印刷 |
| 版权登记 | 图字 09-2016-767 号 |
| 书 号 | ISBN 978-7-5192-3406-5/R·429 |
| 定 价 | 58.00 元 |
-

版权所有 翻印必究

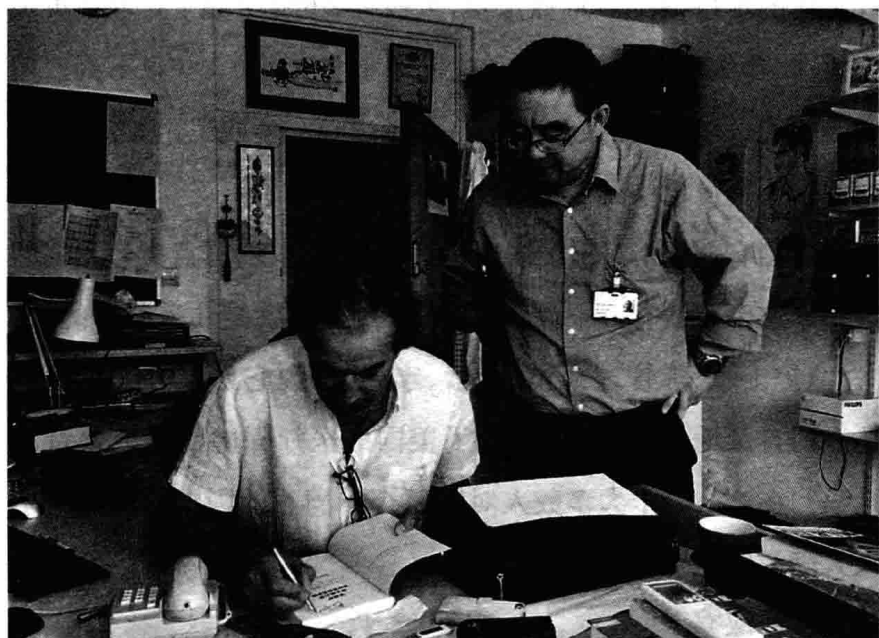
如发现印装质量问题,请与印刷厂联系

(质检科电话:021-59815621)

译者的话

剑桥大学帕普沃思医院是英国最好的心血管专科医院。该院心外科每年有两千多台心脏外科手术,除了常规开展的搭桥手术、瓣膜手术、大血管手术,还包括了 70 多台的心脏移植、世界手术量最高的肺动脉取栓术、人工心脏植入、血管腔内瓣膜治疗等。

有幸在 2012 年和 2015 年两度赴该医院参观学习。感触颇深! 从我考入医科大学,接触这个领域,至今也 30 多年了,亲历



了我国改革开放以来的大发展,亲眼目睹了我国卫生事业的飞速进步,但是相较于英国这个老牌的资本主义国家,我们的差距是全方位的。

其实,病房、监护室、手术室,基本上每一样先进的仪器我们都有。但是,他们真正做到了每一个需要的病床都配置完全,而且所有的仪器设备都天天在用! 相较之下,我们常常是重点部门有一台,费用不成问题的患者才用。用高昂的价格进的设备往往由于更昂贵的使用费用而被闲置。尤其是跟随心脏移植团队到英国的基层医院“取心”,人员设备更是我们的基层医院不能比的。

在国内,常常有医生、护士叫苦叫累,高强度长时间的工作让所有人疲惫不堪、满腹怨气。在英国你碰到的医护人员往往是精神抖擞、满面笑容的。为什么? 难道他们是超人? 那么为什么中国医师护士到了那边工作面貌也会焕然一新呢? 在上海我工作的单位,有 1 300 张床位,大概有 2 600 个职工。而在英国剑桥,帕普沃思医院职工数和我们差不多,床位 300 张不到。加登布鲁克医院,床位数和我们差不多,8 000 多职工。要知道,英国的人头费可比中国贵多了。

英国有一个 NHS,英国国民健康保险制度,有点类似我们的医保。这个东西有一个让我吃惊的特点,那就是几乎所有的人: 医生、护士、医院管理人员、患者、家属,都说它好。有一位医生还专门自豪地为我比较,贬低了美国的医疗保险制度。很奇怪是吗? 在这么一个大多数人对欧盟都不满意的国家居然有一个人人满意的卫生系统!

不能深究了。

萨梅尔·纳西夫是一个相貌堂堂的外科医生，人高马大，看上去很有威严。但当我看了他的手术，或者说欣赏了他的手术，忍不住想到了心灵手巧这个词。当我阅读了他的文字，又有所接触，我在心里说，这是个聪明人。他是 EuroSCORE 模型的创造者，这个模型已经成为我们的行业标准。我是先经李艳雪推荐（帕普沃思医院的资深医生助理，一位河南美女）看到 The Naked Surgeon 这本书的，立刻就被吸引了，不仅仅是书中倡导的质量控制，患者的选择，大数据有时候的误导，主要是字里行间流露的那种幽默和睿智，让人欢喜赞叹、欲罢不能。

萨梅尔医生很有想法，而且有把自己的想法付诸实践的冲动和能力。有机会翻译他的大作是我的幸运。本书不能算作一本专业著作，当然也不是一本科普读物，要给它做一个定位真的很难，好在它的可读性非常强。这应该是一本让你开拓思维，脑洞大开，语言生动的休闲读物。如果能够让你在面对手术、医生、医院、网上各种数据的时候，面临艰难选择的时候有所帮助，那我们就是做了一件有意义的事情。

周黎瑾医生在本书的翻译中给予了很大的帮助，感谢她几个月来手术之余的伏案工作。

感谢芮晴舟小姐和世界图书出版上海有限公司的大力支持。

林 雷

2017年3月20日

序

萨梅尔·纳西夫(Samer Nashef)医生在1992年被聘为帕普沃思医院的带组医生,我很高兴能和他成为同事。很快我们就意识到了,我们的团队拥有了一位有异常天赋和进取心的外科医生。他不仅在成人心脏外科领域已经有了广泛的经验,是一位技术精湛的外科医生和睿智的临床医生,而且他善于发现问题,这促使我们严格审视手术过程,发现可以改进的地方。

在有些时候,后者的这种能力会成为一种动力,帮助心脏外科医生能更坦然地接受手术的结果。这才产生了欧洲心血管手术危险因素评分系统模型(EuroSCORE: European system for cardiac operative risk evaluation)来预测心脏手术的结果,使外科医生之间和各个国家之间可以进行手术结果的比较。这个模型在欧洲和许多其他地方被广泛使用,它刺激外科医生去改善心脏手术的预后,因此拯救了许多人的生命。

纳西夫医生的书中提到了一些有趣的例子,如外科医生是否应该在一台患者直接撂在手术台上后立即进行另一台手术?又如外科医生的风险预测是否可以度量,度量的结果是否会影响手术的预后?这些例子都是他调查影响手术结果的因素时得到的。他帮助患者理解复杂的问题,如通过死亡率的数据帮助

患者理解外科医生提供的治疗的风险和收益,最后做出明智的决定。在更广泛的层面上,纳西夫医生提供了有力的证据反驳了那些由非专业人士提出的有问题的目标和排名,这些悖论会误导患者,打击医生的信心。

《真实的外科医生》是一本引人入胜的读物,患者和医生都会对它感兴趣。它还应该得到健康政策制定者、医院管理者和健康经济学家的关注。

特伦斯·英格利希爵士(Sir Terence English),
KBE, FRCS, FRCP
英格兰皇家外科学院前主席

前 言

1977年时,我还是一个医学生,那时我非常的不喜欢外科医生。他们只擅长动刀,对非手术领域的其他广阔的医学领域非常的傲慢和无知。我的许多同学也有同样的感觉。开始我以为是我年轻才存在这种偏见,但在我实习的过程中,我发现了一些关于手术的实际情况却验证了我以为的偏见是有根据的。

在20世纪70年代的英国医学院,医学生实习期间会在不同的时间段内被划归到不同的小组,时间通常是几周。这些小组常由两三个高年资的医生组成,专注于一项临床工作,如普外科、普内科或者泌尿外科之类。我们这些医学生必须围着该小组负责的病房打转,可以就看见的病例问他们一些相关的问题,有时也努力回答这些高年资医生提出的问题。偶尔,这些忙碌疲惫的医生会想要教会我们一些知识,我们就有机会在患者的床边或在病房的走廊里学习临床知识。为了换取这些潜移默化式的学习机会,我们这些医学生大部分的时间是帮助低年资的医生完成病史书写,最重要的是完成获取患者每日血液样本的任务,虽然血标本的数量令人难以想象的多。这些检查是为了在患者住院期间明确诊断和制定治疗方案。看吧,我们医学生的生活就是这样,在不同的小组间轮转,努力地去学习相关的临

床知识,适应医院的环境,还有像吸血鬼一样得到无数的血液样本。

我的下一个轮转小组是一个教授级别的外科小组,也就是通常说的学术外科组,这个小组的高年资外科医生有大学的教学职位,如“讲师”或“教授”。他们不仅做手术,而且献身于医学的教学和科研。在这2个月的时间里,我们做平常做的事,写病史和抽血,但也给了我们一个格外的任务。我们每一个医学生被分配到一个题目,在我们离开这个小组前的最后一个周五,我们要在小组所有的外科医生、教授、讲师和实习同学面前,围绕这个题目进行简短的汇报。

我被分到的题目是“急诊动脉手术”,听上去非常的吸引人。在那个时候血管的手术不多,所以急诊血管手术让人大开眼界。

我发现了2例这样的手术。第1例是“股动脉取栓术”,就是把血栓从大腿的主要动脉中取出来。这个患者是因为心脏有问题,血栓长在了心脏里面。随着心脏的跳动,血栓掉了下来(医学术语就是血栓变成了一个栓塞物),从心脏进入了外周循环,直到它卡在了下肢的供血血管股动脉处。被栓塞的下肢会温度下降、变得苍白,患者会疼痛,除非尽快地进行股动脉取栓术,把血栓去除,否则栓塞的下肢会出现坏死,最后不得不进行截肢。听上去是个惊心动魄的手术,不过和我发现的第二个病例——修复破裂的“腹主动脉瘤”一比,简直是小巫见大巫。

主动脉是身体里最大的动脉,像一根粗的软管。它从心脏发出,向后弯曲向下,就像以前流行的拐杖,穿过胸腔,到达腹腔和下肢,沿途发出很多分支血管,这些血管供养着身体的各个器官。有的时候,腹主动脉的血管壁因为年龄和疾病会变得脆弱。

在高血压的无情摧残下，主动脉开始向外膨出像气球，导致动脉瘤。最终，它会像大多数的气球一样爆炸。动脉瘤破裂后患者会突然死亡或者发生急性休克，大量的血液和血凝块积聚在腹腔内，除非紧急进行手术换掉破裂的血管以人工血管代替，否则死亡是必然的。

我去图书馆搜寻更多有关这种疾病的资料：如病因、哪些人会患这种疾病、它有哪些症状、会合并哪些疾病以及患者的存活率。我发现，尽管做了手术，仍然有大约一半的患者死亡。我似乎应该去找一些具体的病例来丰富我的汇报，同时也能发现这个医院做这样一个手术的经验。在当时，关于腹主动脉瘤破裂的文章不多，所以我野心勃勃地决定搜集这个医院最近 10 年收治的腹主动脉瘤破裂的病例。

这是一项艰巨的任务。当时还没有临床电子数据库。所有患者的病史都在病史档案室，它在医院的地下室，那里堆积着旧的病史，没有窗户，散发着一股霉味。病史还是卡片建档系统，缺乏条理性，有时病史室的管理员也找不到需要的病史。我把 1 个多月的空余时间都花在了病史室，终于找到了 46 例腹主动脉瘤破裂的病例。

我总结了所有病例的特点、术中发现和手术预后，试图发现手术成功的决定因素。令我吃惊的是，我假设的所有与生存有关的重要因素都是错误的。我曾假设延误诊断会导致死亡，这是错的。我猜测延迟治疗会导致死亡，这也是错误的。我认为年龄大、病情重的患者或者存在肾功能损伤的患者死亡率高，同样这还是错误的。

有两个因素提示了预后。一个因素是患者到达医院时休克

的程度,那些到达医院时已经出现心率快、血压低、外周湿冷的患者预后差,而那些血压正常正处于休克代偿期的患者预后好。第二个因素是谁做的手术。让我吃惊的是,预后好的结果多出自一对主要开甲状腺和乳腺手术的外科医生,而预后差的结果却出自血管外科组,就是我现在待的这组很牛的外科组。引起死亡的原因很多,但是半数以上与手术技术有关,如吻合口出血。

这是多么让人吃惊啊!这怎么可能!原本应该是做这类手术最好的外科医生,却获得了最差的预后,这到底是怎么发生的?

意识到事情的严重性,我又核对了我的统计2次,然后把结果写在了我简短的报告上,在结尾处写上了做手术的外科医生的名字和各自的手术成功率。干完这一切我愉快地去泡吧了。总觉得自己在这组实习结束可以有个好评,至少也写了一篇外科医生感兴趣的科学论文,这对于一个三年级的医学生来说还不坏。

最后的周五终于到了。那真是个好天。我们拿着汇报的透明胶片走进小讲座礼堂。我的发言在最后,带着一点点不耐烦,我还是有礼貌地聆听我的同学汇报他们的题目,并且回答带教老师提出的问题。终于轮到我了。我站在讲台上,在投影仪上放上我的第一张透明胶片,开始汇报。当我列举病例、引用数字并且解释我的分析时,观众们露出了一丝兴趣。而当我开始讲到预后和影响生存的相关因素时,注意力明显地提升了。最后我开始讨论手术医生和预后之间的关系,这时讲课礼堂里的气氛变得有点阴冷。我把最后一张胶片放在了投影仪上。

胶片的左边写着生存率,从高到低,从70%到25%。胶片的右边写着做手术的外科医生的名字,我用一张白纸盖住了。我问台下的听众,他们是否想知道右边的医生名字。整个礼堂一片肃静。没有人咳嗽,没有人移动,甚至没有大声喘气的。

我僵在了那里。

过了很长一段时间,一位高年资的医生(他后来成了一位有名的外科教授)看了看周围,说:“我不是太有兴趣知道。其他人呢?”传来一阵嘟囔声和咳嗽声,看来没有人对此有兴趣。听众们鱼贯而出,没有反馈,没有表扬,我默默地把我的讲课内容收了起来。实习结束时,我得了一个“C-”,刚刚过线,给我的评语是“一个傲慢,不知道自己不足的学生”。

过了2年,我们医学生的生涯结束,作为住院医师开始找工作。所有新毕业的医学生在获得医学总会颁发的全科注册证前,都要在外科专业和内科专业各待6个月。我在医学院的教学医院获得了内科住院医师的职位,但是在外科却遇到了困难。令人沮丧的是,我的大部分申请在面试前就被拒绝了。在漫长的等待后,终于有一家离我们学校63公里的地区医院的外科医生要求我去面试。我找出了我的细条纹西装、简洁的领带和有点旧的黑皮鞋,打扮一番后和另外3位面试者一起等待面试。

走进办公室,我立刻就认出了眼前这位穿着时髦的外科医生,他是2年前那个学术外科组的高年资实习医生。

“啊,是你啊!”他抬头看了看我。

“是啊!”我试图愉悦地回答。

“真是糟糕……”他嘟囔,同时把我领到办公室门口,“我复制了一份你的学习报告,并且不止一次地研读过了,无论如何我

应该告诉你,让你高兴一下。下一位,请。”

面试就这样结束了。我突然意识到,我医学生时期的作为使我上了外科领域的黑名单。我简直要疯了,当时有一种冲动,想去好好地检查一下他们外科手术的预后。

我恨外科医生。

目 录

1 走出黑暗时代	1
2 衡量标准	9
3 如何避免掉进统计陷阱	21
4 准确的预测	33
5 从 FIASCO 研究中获益	57
6 决心, 决定	71
7 等级的困惑	79
8 奇怪的影响力	101
9 外科医生和风险	119
10 医学的未来	135
致谢	151
附录 1 始终没有人告知孩子的父母	153
附录 2 真正令人难忘的事情	167
参考文献	173
延伸阅读	176

走出黑暗时代

直到几百年前,对患者来说医学和各种治疗手段就是一种信仰。早期的医学很多都没有科学依据,只有在现代,一些确凿的证据才能证明治疗是有效的。一旦我们发现治疗有效,下一步就是要知道这种效果到底有多少。这个问题也是最近十几年才提出的。

现在,大多数的医疗行为都有科学依据,绝大多数的医生都遵循“循证医学”来行医。因此我们有理由询问:那些诊治我们的医生到底做了什么?就像我作为一个医学生时提出的一样的问题。

我现在是一名心脏外科医生,并以此骄傲。我知道对于我的患者来说,我做的治疗大部分是有益的(当然也会有很少一部分患者会受到无法预料的伤害),但是我的介入干预产生的影响绝对是积极的,就像绝大多数同僚做的那样。在百年或更久以前却不是如此。许多所谓的权威人士,也就是我的医学前辈们提出的治疗方案,有时不仅是无用的,甚至是有害的。

我在这所说的医学前辈是指受过医学教育,并且宣誓过希波克拉底誓言的真正的医生,不是那些江湖郎中,或所谓信仰替

代治疗的医生。这些前辈们用水银这种对人体有毒的重金属治疗梅毒,这种治疗方法完全不能缓解这种疾病。他们还用放血的方法治疗疾病,患者或者被强迫卧床治疗,或者被长时间监禁在疗养院内。我的那些前辈们还在没有无菌条件甚至没有基本卫生条件的肮脏的剧院中做一些没有必要的手术,如包皮环切术、肠切除术或其他可商榷的手术,结果引起了严重的甚至是致死性的感染。更糟糕的是,他们提出的治疗方法是基于他们强大的自信,而不是说在给患者进行治疗前,需要证明这种治疗方法是有效的。

在过去的一个世纪,医学已经从被掩盖的巫术转变成有疗效的治疗。在过去的 20 多年,我们看到了医学革命的到来:对医疗质量的控制。我们开始选择安全及有效的治疗,这才是正确的治疗方法。

在这本书中,我将探讨医疗质量的控制如何成为内科和外科不可或缺的一部分。在几千年的医疗实践中,医疗质量控制的概念是最近才提出的。很长一段时间内,医学界的大佬们并不想知道如何进行质量控制。就像我 30 年前发现的,我仅仅是问了一个关于医疗质量的问题就遭到了外科同僚们的排斥。*

讽刺的是几年后同一家医院,由于一起不良的医疗质量控制的事件演变成了一个大丑闻,这是医疗行为和医疗态度的巨大改变。这起丑闻是关于心脏外科的。

事情的起因是 1992 年 5 月 8 日英国讽刺杂志《私家侦探》报道了布里斯托尔皇家医院的心脏外科在小儿心脏手术上的高死

* 事实上在发生的这么多事情中,我被列入外科医生的黑名单是一件轻微的受害事件。我只是不再在我的教学医院周边找寻住院医师的职位,我向两个离我们教学医院有点距离的城市分别申请了住院医师的职位,而且很快都得到了回复,我又陷入了难以取舍的情况。