

# 医学临床教学 管理与实践

YIXUE LINCHUANGJIAOXUE GUANLI YU SHIJIAN

主编 向清平 杨良枫  
张绍凤 张 琼



华中科技大学出版社

<http://www.hustp.com>

# 医学临床教学管理与实践

主 编 向清平 杨良枫 张绍凤 张 琼

副主编 (以姓氏笔画为序)

丁 岚 孙玉梅 闫 俊 李 鑫 汪 琴 张 清  
张代蓉 张希玲 陈晓娟 屈 莉 高良慧 彭传芬  
谭峥嵘

编 委 (以姓氏笔画为序)

马玉琴 冯 群 向 红 向 丽 刘晓菊  
刘腊梅 许 茜 杜 鹃 李小峰 杨 茜  
杨宏芳 谷 娥 宋宏源 张艳怡 罗秀元  
岳红霞 郑祥伟 赵晓雯 姚 艳 秦爱玲  
高 红 黎开凤 潘 群

宜昌市夷陵医院

彭传芬

三峡大学第一临床医学院(宜昌市中心人民医院)

张希玲 高良慧

三峡大学人民医院(宜昌市第一人民医院)

屈 莉 杨 茜 潘 群 许 茜 宋宏源 秦爱玲

三峡大学第二人民医院(宜昌市第二人民医院)

向清平 杨良枫 张绍凤 张 琼 丁 岚 孙玉梅

闫 俊 李 鑫 汪 琴 陈晓娟 张代蓉 张 清

谭峥嵘 马玉琴 冯 群 刘晓菊 刘腊梅 向 红

向 丽 李小峰 杨宏芳 岳红霞 张艳怡 谷 娥

杜 鹃 罗秀元 郑祥伟 赵晓雯 姚 艳 高 红

黎开凤

华中科技大学出版社

中国·武汉

## 内 容 简 介

本书主要讨论了在国家一系列临床教学政策和新的医疗体制背景下,如何很好地处理临床教学中的问题,以及怎样加强临床教学质量的管理。

本书分为两篇,共十二章。

上篇为基础知识,主要介绍医学教育临床实践立法及其作用、医学教育临床实践行为规范、医学临床实践各主体法律权利和义务、医学临床教学中的法律关系。

下篇为临床应用,主要介绍医学临床实践中的法律问题及对策、医学临床教学管理模式、医学临床教学指导原则、医学临床教学指导方法、医学临床教学管理程序、医学临床教学质量评价、临床操作质量管理模式及实践指导。

本书内容新颖,实用性强,是有效提高临床教学质量,确实实现医学临床教学目标的重要参考书,适用于医学临床教学管理人员、临床带教老师、医学生、患者阅读参考。

### 图书在版编目(CIP)数据

医学临床教学管理与实践/向清平等主编. —武汉:华中科技大学出版社,2015.6  
ISBN 978-7-5680-0949-2

I. ①医… II. ①向… III. ①临床医学-教学管理 IV. ①R4-4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 132642 号

医学临床教学管理与实践

向清平 杨良枫 张绍凤 张 琼 主编

策划编辑:罗 伟

责任编辑:罗 伟

封面设计:原色设计

责任校对:李 琴

责任监印:周治超

出版发行:华中科技大学出版社(中国·武汉)

武昌喻家山 邮编:430074 电话:(027)81321913

录 排:华中科技大学惠友文印中心

印 刷:武汉鑫昶文化有限公司

开 本:787mm×1092mm 1/16

印 张:11.75

字 数:350千字

版 次:2015年7月第1版第1次印刷

定 价:36.00元



华中出版

本书若有印装质量问题,请向出版社营销中心调换  
全国免费服务热线:400-6679-118 竭诚为您服务  
版权所有 侵权必究

# 前言

Qianyan

利用患者作为教学素材的必要性和患者存在抵触情绪的矛盾是全球临床教学中共同面临的问题,近几年来,由于中国不断发生的伤医和对患者侵权的案件,致使这种矛盾不断升级,严重影响临床医学教育质量和向社会输入的医学生的质量。规范医学教育临床实践活动的管理,保护患者、教师和学生的合法权益成为全社会和国家的强烈呼声;为推进医院的发展,医疗服务、教学、科研三驾马车应并驾齐驱,但是在市场经济体制下,医院教学相对滞后,医院临床教学改革成为医院改革的重灾区。为此,2012年教育部、卫生部《关于实施临床医学教育综合改革的若干意见》(以下简称《意见》)指出:临床医学教育遵循医学教育规律,推进临床医学教育综合改革,应着力于医学教育发展与医药卫生事业发展的紧密结合。该《意见》为临床医学教育改革拉开了序幕,指明了改革的目标和方向。在我国临床医学教育改革的战役中,医院临床教学管理者不能在战略上进行突破时,但可以在战术上去攻坚;当我们暂时无法完成体制上的突破时,至少可以在临床教学精细化管理上有所作为。

在国家一系列的临床教学政策和新的医疗体制下,传统的临床教学模式已经不能平衡临床教学中各参与主体的利益和处理其复杂的关系。为此,我们在医院临床教学改革中,将医学教育改革和医药卫生改革紧密结合,在医疗服务中坚持“以病人为中心”的理念,在教学指导方法中坚持“以学生为中心”的理念,依据医学专业规范、法律规范、道德规范和现代临床教学的要求,对临床教学管理原则、教学指导方法、临床教学管理程序、临床教学质量评价标准和临床操作管理模式等进行研究,其管理规范经历了从无到有,从有到精,从经验管理到依法管理的过程,构建了法律框架下的临床教学管理模式。我们的理念和做法与其后出台的国家改革方案在很多方面都高度一致,这并不是因为我们多么聪明,恰恰是因为我们不断学习和总结,借鉴中外经验,老老实实地去发现规律,最终完成了本书的全部内容。

本书的闪光点不只是因为其核心内容已达到国内领先水平,而是它反



映了医院临床教学中每天都可能发生且影响医疗质量和临床教学质量的问题,并且实实在在地给予了解决这些问题的方法。而这些问题是医学临床教学相关参与主体即临床教学管理者、带教老师、实习学生、患者没有意识到或不能解决的问题,这些问题的存在已不是个别现象,其原因主要是临床教学参与主体只知道按传统的方法扮演好自己的角色,却未必清楚自己在临床教学中应享受的权利、履行的义务和承担的责任。事实上,只有医院临床教学各参与主体认真履行义务才能保障临床教学质量和安全。

本书系统阐述了医学临床教学的理论与实践,在全面介绍基础知识的基础上,推出了医院临床教学管理技术和方法。全书理论与实践并举,经验与创新兼顾,便于读者自学、参考和查阅。

限于编者学识、阅历有限,罅漏在所难免,我们期待广大读者对本书斧正。

我们在编写的过程中,承蒙三峡大学第一临床医学院(宜昌市中心人民医院)、三峡大学人民医院(宜昌市第一人民医院)、三峡大学第二人民医院(宜昌市第二人民医院)、宜昌市夷陵医院有关领导和专家的支持、鼓励,在此,一并致以衷心谢意。

编者

# 目录

Mulu

## 上篇 基础知识

|                       |     |
|-----------------------|-----|
| 第一章 基本概念              | /3  |
| 第二章 医学教育临床实践立法及其作用    | /12 |
| 第一节 医学教育临床实践立法及其发展    | /12 |
| 第二节 我国医学教育临床实践立法的作用   | /15 |
| 第三章 医学教育临床实践行为规范      | /20 |
| 第四章 医学临床实践各主体的法律权利和义务 | /26 |
| 第一节 患者的权利和义务          | /26 |
| 第二节 临床带教老师的权利和义务      | /32 |
| 第三节 医疗机构的法律权利和义务      | /35 |
| 第四节 实习学生权利和义务         | /38 |
| 第五章 医学临床教学中的法律关系      | /40 |
| 第一节 法律关系的基本知识         | /40 |
| 第二节 医患法律关系            | /43 |
| 第三节 医院与带教老师之间的法律关系    | /47 |
| 第四节 学校与医院之间的法律关系      | /48 |
| 第五节 实习生与实习单位之间的法律关系   | /48 |

## 下篇 临床应用

|                       |     |
|-----------------------|-----|
| 第六章 医学临床实践中的法律问题及对策   | /55 |
| 第一节 临床教学权利冲突的问题及对策    | /55 |
| 第二节 临床医学教学中存在的侵权问题及对策 | /57 |
| 第三节 临床实践教学管理面临的困境与对策  | /62 |
| 第七章 医学临床教学管理模式        | /65 |
| 第八章 医学临床教学指导原则        | /68 |
| 第一节 法律规制原则            | /68 |



|      |                      |      |
|------|----------------------|------|
| 第二节  | 以“以患者为中心”原则          | /69  |
| 第三节  | 专业技能与素质并举原则          | /69  |
| 第四节  | 实践活动风险评估原则           | /70  |
| 第五节  | 质量评价监督原则             | /71  |
| 第九章  | 医学临床教学指导方法           | /72  |
| 第十章  | 医学临床教学管理程序           | /80  |
| 第一节  | 临床教学启动环节             | /80  |
| 第二节  | 临床教学准备环节             | /80  |
| 第三节  | 实践活动前的告知和指导环节        | /85  |
| 第四节  | 实现临床教学目标环节           | /85  |
| 第五节  | 质量评价和总结环节            | /86  |
| 第十一章 | 医学临床教学质量评价           | /88  |
| 第一节  | 临床教学质量外部评价           | /88  |
| 第二节  | 临床教学质量内部评价           | /89  |
| 第十二章 | 临床操作质量管理模式及实践指导      | /95  |
| 第一节  | 临床操作质量管理模式           | /95  |
| 第二节  | 临床操作指导               | /108 |
| 附录   | 本科医学教育标准——临床医学专业(试行) | /176 |
| 参考文献 |                      | /178 |

# 上篇

## 基础知识



YIXUE LINCHUANG JIAOXUE

GUANLI YU SHIJIAN





# 第一章 基本概念

## 一、医学教育临床实践

卫生部、教育部联合颁发的《医学教育临床实践管理暂行规定》(简称《规定》)规定医学教育临床实践包括医学生的临床见习、临床实习、毕业实习等临床教学实践活动和试用期医学毕业生的临床实践活动。

医学生是指具有注册学籍的在校医学类专业学生。医学生的临床教学实践活动在临床教学基地进行,在临床带教老师指导下参与临床诊疗活动,实现学习目的。

试用期医学毕业生是指被相关医疗机构录用且尚未取得执业医师资格的医学毕业生。试用期医学毕业生的临床实践活动在相关医疗机构进行,在指导医师指导下从事临床诊疗活动,在实践中提高临床服务能力。

医学生的临床实践培养同时也是患者就诊和医务人员提供诊疗服务的过程,医学教育临床实践参与主体包括高等医学院校、临床教学基地、医学生、带教老师、患者与家属。

## 二、临床实习

毕业实习是指以培养临床医师为目的的各专业,在毕业前集中进行的具有岗前培训性质的专业实习;临床实习是指专业实习以外的与专业培养目标密切相关的、集中的临床实践教学,适用于基础医学类、预防医学类、法医学类专业及医学影像学、医学检验学、医学营养学、麻醉学、护理学、妇幼卫生等专业。

## 三、临床教学基地

《医学教育临床实践管理暂行规定》规定:临床教学基地是指院校的附属医疗机构以及与举办医学教育的院校建立教学合作关系、承担教学任务的医疗机构。临床教学基地按与医学院的关系及所承担的任务,基本上可以分为附属医院、教学医院和实习医院三类。临床教学基地的设置必须符合教育、卫生行政部门的有关规定,必须有足够数量的具有执业医师资格的临床带教老师。《本科医学教育标准——临床医学专业(试行)》规定本科医学院校必须加强临床教学基地建设,达到以下要求:

(1)医学院校必须拥有不少于1所三级甲等附属医院,医学类专业在校学生与病

床总数比应达到 1 : 1。

(2)建立稳定的临床教学基地管理体系与协调机制,确保有足够的临床教学基地满足临床教学需要。

(3)加强对临床教学基地的教学基础设施的建设。

(4)加强与城市社区卫生服务中心、乡镇卫生院、疾病预防与控制机构建立良好稳定的业务。

(5)临床教学基地必须成立专门机构,配备专职人员,负责临床教学的领导与管理  
工作,建立完善的临床教学管理制度和教学档案,加强教学质量监控工作,特别是加强对临床能力考试的管理。附属医院和教学医院病床数必须满足临床教学需要。

#### 四、医疗行为及其特征

医疗行为是医务人员按照严格的医疗规范,对患者所采取的各种诊断、治疗、护理、康复等行为的总称。与社会上其他行为相比,具有下列几方面的特征:

(1)医疗行为的行为主体具有法定性,即具备法律规定要件(取得医师资格、医务人员资格等相关资质)。

(2)医疗行为的对象(即患者)具有特殊性,患者是特定时间、特定条件下的社会特殊群体。

(3)医疗行为的内容是医务人员运用医学专业知识和技术所进行的行为。医务人员具有专业性和技术性,这是其与其他行为相区别的重要标志之一。

(4)医务人员在形式上表现为一系列综合性的判断和处理。这种判断和处理包括患者资料的观察、收集、评估、诊断、计划、实施、健康指导等。

(5)医疗行为受医疗行为规范的约束,医疗行为规范是特殊的社会规范体系,主要包含医疗技术规范、医疗道德规范与医疗法律规范。

(6)医疗行为在效果上是兼具利益性与侵害性的行为。医疗行为的目的是保护生命、减轻痛苦、增进健康,但是不可否认,医疗行为同时具有侵害人体的特性,因此医疗行为不可避免地会直接或间接给患者带来现实的或潜在的损害。

(7)医疗行为具有法律性。这意味着对医疗行为可以进行法律上的评价。这种评价主要表现为两个方面。一方面,医疗行为是一种合法行为,法律并不禁止。这种态度源于医疗行为本身具有的利益性及法律对其利益性与侵害性的权衡结果。另一方面,医疗行为是受法律严格限制的行为。为了避免医疗行为给患者所带来的现实的或潜在的损害大于其所带来的利益,法律在允许医疗行为的同时又对其进行了严格的限制。法律在医疗行为的利益性与侵害性之间努力实现一种最大效率的平衡,以充分发挥医疗行为的利益性,尽量化解其侵害性。

(8)医疗行为具有自主性与协作性。医疗行为是医务人员代表医疗机构而进行的一定行为,在法律、法规和相关的规章制度范围内,医务人员具有较大的自由裁量权。他们以自己的学识和经验进行医疗行为,甚至在征得患者的同意后,可以进行实验性治疗和护理。





## 五、患者

患者从广义上理解,既包括确有疾病或者以患有疾病而到医疗机构就医的自然人,也包括到医疗机构接受其他服务的自然人,诸如医学美容、整形、变性手术、人工生殖、优生优育、健康检查,以及疗养指导等活动中的患者。患者并非“患方”,不应包括患者的家属、朋友、利害关系人及单位,仅指患者本人。在患者因患精神病或者昏迷而暂不能正确表达意志等特殊情况下,其亲属、朋友应理解为患者的代理人或无因管理人;在患者为婴幼儿或精神病患者而无民事行为能力时,其父母或法定代理人代为缔结医疗契约,但患者本人仍然是医患法律关系的一方主体。就民事代理而言,代理人行为的法律效果归属于被代理人,由此产生的民事法律关系存在于被代理人与第三人之间;如果代理人不超越代理权限,这种法律关系并不因代理人的参与而同被代理人亲自为该行为所产生的法律关系有什么不同,更不会因此而导致法律关系主体的变更。即便患者因医疗机构的过错而死亡,医患法律关系因一方当事人死亡而自然终止,患者的父母或法定代理人可作为患者的继承人而成为医疗损害赔偿关系的当事人,不能继承患者本人作为医患法律关系主体的法律地位。

## 六、医疗安全(不良)事件

医疗安全(不良)事件是指在临床诊疗活动中以及医院运行过程中,任何可能影响患者的诊疗结果,增加患者的痛苦和负担,并可能引发医疗纠纷或医疗事故,以及影响医疗工作的正常运行和医务人员人身安全的因素和事件。

### 1. 医疗安全(不良)事件分级

#### (1) 香港医管局分级标准

香港医管局颁布的《不良事件管理办法》中不良事件分级标准,是根据患者损伤结局对医疗不良事件进行分级的,内容如下。

0级:事件在执行前被制止。

I级:事件发生并已执行,但未造成伤害。

II级:轻微伤害,生命体征无改变,需进行临床观察及轻微处理。

III级:中度伤害,部分生命体征有改变,需进一步临床观察及简单处理。

IV级:重度伤害,生命体征明显改变,需提升护理级别及紧急处理。

V级:永久性功能丧失。

VI级:死亡。

#### (2) 卫生部分级标准

卫生部将医疗不良事件分为以下四类。

一类为警告事件,是指患者非预期的死亡,或是非疾病自然进展过程中造成永久性功能丧失。

二类为不良后果事件,是指在疾病医疗过程中是因诊疗活动而非疾病本身造成的患者机体与功能损害。

三类是未造成后果的事件,虽然发生了错误事实,但未给患者机体与功能造成任何损害,或有轻微后果而不需任何处理可完全康复。

四类是隐患事件,由于及时发现错误,未形成事实。

### (3)SH9 分类法分级标准

上海交通大学医学院附属第九人民医院魏斌等人在《中国医院》杂志 2011 年第 1 期发表了《医疗不良事件 SH9 分类法及其现实意义》文章。作者在总结分析医疗不良事件概念、分类现状的基础上,将有无过错事实、是否产生后果作为当前医疗不良事件的分类原则,探讨建立了适合当前医疗不良事件的一种分类方法,即医疗不良事件 SH9 分类法。该分类法包括 I ~ IV 四个级别,其严重程度逐步递减。

I 级:有过错事实并且造成后果,如果两者有因果关系,根据后果的严重程度构成“医疗事故”或“医疗差错”,在不良事件中级别应属最高。

II 级:无过错事实但造成后果的事件。

III 级:有过错事实但未造成后果的事件。

IV 级:无过错事实也未造成后果的事件。

## 2. 医疗安全(不良)事件原因分类

1 类,不良治疗:包括给药错误、输血错误、医疗感染暴发、手术身份部位识别错误、体内遗留手术器械、输液输血反应。

2 类,意外事件:包括跌倒、坠床、走失、烫伤、烧伤、自残、自杀、火灾、失窃、咬破体温表、约束不良。

3 类,医患沟通事件:包括医患争吵、身体攻击、打架、暴力行为等。

4 类,饮食、皮肤护理不良事件:包括误吸/窒息、咽入异物、院内压疮、医源性皮肤损伤。

5 类,不良辅助诊查、患者转运事件:含身份识别错误、标本丢失、检查或运送中或后病情突变或出现意外。

6 类,管道护理不良事件:含管道滑脱、患者自拔。

7 类,职业暴露:含针刺伤、割伤。

8 类,公共设施事件:包括医院建筑毁损、病房设施故障、蓄意破坏、有害物质泄露。

9 类,医疗设备器械事件:包括医疗材料故障、仪器故障、器械不符合无菌要求。

10 类,供应室不良事件:包括消毒物品未达要求、热源试验阳性、操作中发现器械包器械物品不符。

## 七、并发症

并发症又称合并症,是指在诊疗护理的过程中,由于一种疾病而引起另一种疾病或症状的发生,后者即为前者的并发症。并发症的特点之一是事先可以预料,这是与医疗意外最大的不同。医疗意外是指在诊疗护理过程中,由于无法抗拒的原因,导致患者出现难以预料和防范的不良后果的情况。并非所有的并发症都能成为医方免责的事由,当发生“难以避免的”并发症时(如手术难以避免的并发症是切口疼痛、出



血),对此院方是没有任何责任的。而发生可以避免的并发症时,医疗机构就要承担相应的责任。对于发生可以避免的并发症没有尽到注意义务,可以认为医方存在医疗过失,所以,面对患者可能发生的并发症医务人员应履行下列义务。

(1)对患者的风险预见义务:是否已经预见到患者可能出现的并发症。这里的预见是指患者的并发症是可以预见或者完全应当预见到的。

(2)对患者及其家属的风险告知义务:将可能发生并发症的情形告之患者,并取得患者及其家属的许可或者授权。可以通过手术前协议书、治疗风险告知书、病情告知书的形式来实现。

(3)对患者的风险避免义务:是否采取了相应的诊疗措施以尽可能避免并发症的发生。

(4)有对患者实施医疗救治的义务:是否采取积极的治疗措施以防止损害后果的扩大。

如果医务人员在对患者的救治过程中,同时做好了以上四项义务,在医疗的整个过程及时、得当,对并发症采取积极的预防措施,出现并发症时积极对症处理,防止了损害后果的扩大,那么医务人员可以主张,无医疗过错,要求免除其法律责任。当然,判定的标准还是由医学专家作出具体的判断。

## 八、医疗过错

### (一)医疗过错概念

医疗过错我国法学界目前还没有统一的概念,医疗过错属于过错的一种。过错是一个主、客观要素相结合的概念,是指行为人通过违背法律和道德的行为表现出来的主观状态。

#### 1. 主观过错

主观过错是侵权行为学的一个概念,包括故意和过失。医疗过错也包括故意和过失,故意分为直接故意和间接故意。直接故意是指明知某一行为的损害后果,而积极追求这一损害后果发生的心态;间接故意是指明知某一行为的损害后果,而放任这一后果发生的心态。无论哪一种故意,放在医疗行为中,均可能构成故意伤害罪或故意杀人罪,这在医疗损害中是极少见的。医疗过失也包括两种形式,即疏忽大意和过于自信,这种过错也可能构成犯罪,即医疗事故罪。应当预见某种医疗行为可能对患者产生危害结果,但因为疏忽大意而没有预见为疏忽大意的医疗过失;已经预见到某种医疗行为可能对患者产生危害结果而轻信能够避免的为过于自信的医疗过失。

#### 2. 客观过错

按过错的原因和程度从大到小可以将客观过错划分为:①违法过错:违反了法定的义务。②违反职业规范和职业道德过错。③违反了专业注意的过错。④违反了诚实信用或公序良俗的过错。⑤未尽到社会合理人正常的注意义务的过错。①、②、③三种状态下的过错为严重过错。

## (二) 医疗行为客观过错的判断标准

《中华人民共和国侵权责任法》(以下简称《侵权责任法》)规定:医务人员在诊疗活动中应尽到与当时的医疗水平相应的诊疗义务,医务人员在抢救生命垂危的患者等紧急情况下应尽到合理诊疗义务,违反上述规定或者违反法律、行政法规、规章以及其他有关诊疗规范规定的,根据《侵权责任法》规定其医疗行为可以认定为客观过错。实践中,当存在上述情形时,人民法院在认定医疗机构及其医务人员的行为是否具有过错,还要同时考虑以下因素。

### 1. 医疗的合理性因素

(1)医疗行为针对疾病而实施,是处于不断的变化中,对病症变化发生影响的是疾病本身的发展、人体所具备的自然治愈力与医疗行为三者的综合作用力,因此由于不同的治疗环节具有不同的特点,医方的注意义务是不同的。

(2)医疗行为的一般标准不依据医护人员所受教育的最初水平来确定,它具有与时俱进的特点,医学的进步要求医务工作者努力提高医疗技术水平以适应时代的要求,故医方的注意义务是随着医学的进步和医疗实践经验的总结而不断加强的。

(3)医疗行为需要根据单个患者的个体差异来确定具体的实施方案,患者的个体差异、特异体质等因素与注意义务的内容也有直接关联,诊治的差异性和多样性导致了医方注意义务的复杂性。

(4)医疗行为需要依赖高度专业化的医学知识来实施,因此应赋予医务人员一定的决定诊疗护理手段的权力。某医务人员只要在相同的应用情况下选择或采用某一负责的专家群体所支持的方法或常规,就是合理的,不必是医学界的全体或是最权威的支持。在美国,法院考虑医生免责情形标准之一就是该医生是否依其能力作出了“最佳判断”;在日本,这类要求被称为“最善之注意义务或完全之注意义务”。一般医生与专科医生的注意义务不同,就专科医生而言,对其专门领域内的科学和道德义务标准高于一般医生的注意义务。美国有判例(Bruni V. Tatsumi)认为,专科医生的科学和道德义务乃是全国性标准,并无地区性差别,至于是否为专科医生,不能以其是否取得该专业职业证或同类的资格证书为依据,而要看该医生是否以该专业的形态执业。倘若其能力未能达到专科医生的水平而强行为之,应从保护患者的利益的角度出发,依靠专科医生的标准来判断该医生是否有过错。当专科医生从事一般医生的治疗时,则以一般医生的道德义务标准判断。

由此可见,医务人员有责任运用所掌握的医学知识和技能,以及医院所提供的条件,对患者进行诊断和治疗。但医方所负的法律义务并不要求其医疗水平必须达到全国最高水平,相对而言,医方负有掌握和应用现实中医学界已普遍实施的医疗技术向患者提供医疗服务的责任。就医疗过错而言,判断医方有无过错,应以医方是否已尽客观上的注意义务和道义要求为标准,亦即应为是否采取避免结果发生的适当的措施而判断。其判断标准就是“医疗水准”,即医生在进行医疗行为时,其学识、注意程度、技术以及态度均应符合具有一般医疗专业水准的医生在同一情况下所应遵循的标准。医疗水准也即“实践水准”,是业已一般化、普遍化,并在医疗上现在加以实施的目标。在实践中,比较切实可行的办法是以卫生部、教育部通过的在全国通用的“医科院校统



编教材”中规定的诊疗标准、用药原则和中华医学会提出的且已被临床广泛运用的诊疗技术作为认定医疗行为是否合理的一般标准。

## 2. 医疗的紧急性因素

医疗上的紧急情形通常表现为以下几个方面。

(1)时间上的紧急:在此种情况下医生的诊疗时间非常短暂,医生不可能像在正常情形下那样对患者的病情及症状做详细的检查、诊断以作出十分全面的考虑和安排。

(2)事项上的紧急:此时采取任何治疗措施直接关系到患者的生死存亡,医生只能凭借自己的经验和技能对病症迅速作出紧急的决断,以尽可能排除危险,挽救患者生命。

医生在紧急状态下所具备的思维能力和判断能力和预见能力与时间充裕的一般情形下肯定有差别,应当低于一般的医疗情形。根据侵权理论,造成损害结果时如存在法定免责条件或其他法定特殊情形,行为人可以减轻或免除相应责任。因此,在紧急状态下应降低医疗过错的认定标准。

## 3. 医疗的地域性因素

当代科学技术的快速发展,为医学领域提供了新的诊疗技术,同时也对医务人员的技术水平提出了更高的要求。但是,由于地区的经济、文化发展状况有差距,因此,无论医生职业的环境还是医疗经验都有地区性的差异。一般认为医疗水准与“地域”的关系,有三种标准:①同地区标准(same locality rule),指该医疗人员职业所在地区一般医疗人员所应具有的水准;②类似地区水准(similar locality rule),指与该医疗人员职业所在地人口、环境、习俗等因素相似的其他地区的一般医疗水准;③国家标准(national standard),指全国一般医疗人员所应具备的医疗水准。医疗水准的地区差异在我国尤为明显,在一些偏远的农村,许多医生对现代医疗知识及医疗技术知之较少。由于地区的局限与落后,这些医生拥有的也许只是他们原来学医、从医时的医疗观念,而经济的不发达、文化上的闭塞等原因又使他们无法接触新的医学知识、掌握新的医疗技能。因此,判定医务人员是否尽到科学与道德义务,应以同地区或类似地区(指发展水平大致相当,环境、习俗、人口等相似地区)的医疗专业水准为依据,即在认定医疗过错时,应当以医务人员是否达到了行医所在地区其他具有相似教育背景并掌握着类似技术水平的医务人员对同类病例所采取的普遍的职业标准。业绩医疗水准不能全国一律加以适用,不能用对教学医院所要求的诊疗水平来要求小诊所或边远地区医院的医生,要求其以同样的水准对患者予以治疗,而应在立足于医生皆具备医疗专业素养义务的前提下,对于小诊所或边远地区的医院其设备及技术无法诊断的情况,应履行向患者予以告知、及时转院的义务。

基于此,在各地医学水平存在差距的情况下,对医护人员的注意义务予以区别,能够保护及鼓励落后地区的医务人员积极地给患者治疗,也使该地区患者的利益在尽可能的条件下得到最大的保护。

## 九、病历

### (一)病历的作用

病历资料是对患者健康状况及其所患疾病的发生、发展与转归过程、诊疗方法和

治疗效果所作的全面而真实的记录。病历资料可以证明医患关系的存在,病历资料是医务人员在医疗活动过程中形成的文字、符号、图表、影像、切片等资料的总和,病历作为医疗行为最直接有价值的证据,属于书证的一种,是鉴定重要的原始资料,是判断医疗机构是否应对患者的身体或健康受到伤害承担责任的重要甚至是唯一的证据材料,在医疗纠纷解决中的作用至关重要。

## (二)病历的分类

(1)从内容上,病历资料分两大类:客观病历资料和主观病历资料。客观病历资料是客观记载患者病情、检查、治疗等情况的资料,主要包括门诊病历、住院志、体温单、医嘱单、化验单(检验报告)、医学影像检查资料、特殊检查同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理资料、护理记录及其他病历。主观病历资料是记录医务人员对患者病情、治疗进行分析、讨论的主观意见的资料,主要包括死亡病例讨论记录、疑难病例讨论记录、上级医师查房记录、会诊意见、病程记录等。

(2)从保管形式上说,病历资料也分为两类。第一,是患者自行保管的病历资料。没有在医疗机构建立门(急)诊病历档案的,患者就诊的门(急)诊病历等由患者自行保管,患者有责任妥善保存,使其保持原貌及完整性,不得在病历上涂改、添加等。如果患者丢失自行保管的病历资料,可能会因为无法证明医疗机构诊疗存在过错而面临败诉。第二,是医疗机构保管的病历资料。在医疗机构建有门(急)诊病历档案的,其门(急)诊病历由医疗机构负责保管,住院病历由医疗机构负责保管。医疗机构应当严格管理病历,严禁任何人涂改、伪造、隐匿、销毁、抢夺、窃取病历。发生医疗纠纷后,医疗机构负有提供由其保管的病历原件的义务。在医疗纠纷诉讼中,如果因医疗机构对病历保管不力,导致无法提供病历原件以证明医疗机构诊疗无过错的,医疗机构要承担对其不利的后果。

## (三)病历的复印

《医疗事故处理条例》第10条规定:患者有权复印或者复制其门诊病历、住院志、体温单、医嘱单、化验单(检验报告)、医学影像检查资料、特殊检查同意书、手术同意书、手术及麻醉记录单、病理资料、护理记录以及国务院卫生行政部门规定的其他病历资料。患者依照前款规定要求复印或者复制病历资料的,医疗机构应当提供复印或者复制业务并在复印或者复制的病历资料上加盖证明印记。复印或者复制病历资料时,应当有患者在场。根据这一规定病历的复印时应了解以下知识:

(1)患方有权复印相应病历。如果医方不予配合,实际操作中可以向该医疗机构所属的卫生行政部门投诉并取得病历复印件。

(2)患方可随时要求复印病历,并不限于治疗结束之后。

(3)患方可复印的病历限于客观病历部分,而不是全部病历,属于主观病历的部分医方有权拒绝复印。

(4)患方所复印的病历,医疗机构应当在病历资料上加盖证明印记,即公章。可以是该院的公章,也可以是病历复印专用章。

(5)复印或者复制病历资料时,应当有患方人员在场。