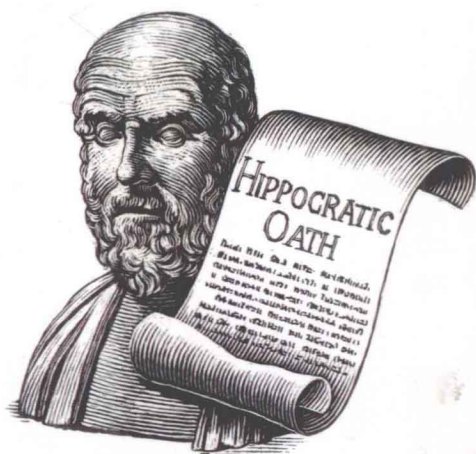


# 唤醒 医疗

Patient-Centered Care

人本位医疗：从根本上改善疗效、  
安全、效益和医患关系

© 张中南 著



吉林出版集团  
吉林科学技术出版社

# 唤醒 医疗

Patient-Centered Care

人本位医疗：从根本上改善疗效、  
安全、效益和医患关系

◎ 张中南 著

## 图书在版编目 ( C I P ) 数据

唤醒医疗 / 张中南著. -- 长春 : 吉林科学技术出版社, 2011.11  
ISBN 978-7-5384-5526-7

I. ①呼… II. ①张… III. ①医药卫生管理-管理模式-研究 IV. ①R194

中国版本图书馆CIP数据核字(2011)第223087号

唤醒医疗 Patient-Centered Care

---

策 划 赵红 冯蕾  
责任编辑 韩捷 桂克全  
封面设计 张锦秀  
制 版 张锦秀  
开 本 710mm × 1000mm 1/16  
字 数 180千字  
印 张 17.375  
印 数 5001—10000册  
版 次 2011年11月第1版  
印 次 2012年3月第2次印刷

---

出 版 吉林出版集团  
吉林科学技术出版社  
发 行 吉林科学技术出版社  
地 址 长春市人民大街4646号  
邮 编 130021  
印 刷 北京盛兰兄弟印刷装订有限公司

---

书 号 ISBN 978-7-5384-5526-7

定 价 48.00元

如有印装质量问题可寄出版社调换

版权所有 翻印必究 举报电话: 0431-85635185

## 为护理插一双翅膀

早就听说过张中南教授，知道他频繁受邀到各地医院讲课，每每激情四射，课后还不厌其烦地解答问题。与当下一些讲师对课时的锱铢必较相比，其心其意颇让人感动。

前不久偶然看到他撰写的《唤醒医疗》，因为之前良好的印象，立即细细品读。书中他以独特视角鞭辟入里地梳理时下医疗积弊，解析医院所遇难题的根源，字里行间流淌着他对中国医疗的殚精竭虑，以及从细微之处考虑患者的情怀。

更可贵的是，他没有局限于“抖出问题”，而是辅以解决方案。

其中谈到护理，尤其让人印象深刻：先是直言中国时下护理的种种短板，进而提出“整体护理”思路，并结合案例娓娓讲述医院怎样排除障碍，让生活护理、治疗处置、教育指导和心理护理翩翩落地。

事实上，《唤醒医疗》谈论的诊断、治疗、护理、康复和服务改革，始终贯穿着一个主题——人本位。它是无法阻挡的医改浪潮，亦是现代医疗模式演变的大势所趋。而这些观点也正好印证了百特人素来秉承的使命——拯救并延续患者生命。

百特是一家多元化经营的跨国医疗用品公司，在药物输注、肾科、生物科技、麻醉、营养等领域，将国际最先进的、多样化的医疗产品和服务引进中国，为中国患者的生命和生活质量做出有意义的贡献。

因为输液产品的特殊性，百特人每天都在和临床护理群体打交道，她们的敬业、执着、吃苦耐劳和围绕着“以患者为中心”的服务深深地打动着我们，激励着我们。因此，非常荣幸值此护士节之际将本书推荐给临床护理老师品读。从小处讲，百特愿意协助护士们为中国的护理插上一双翅膀，尽快飞向“优质护理”的彼岸；往大处讲，百特期冀携手中国医护群体，共同探寻转型期的中国医改道路，推动医疗的车轮不断前行。

阅后感言，深觉如遇知音，特此为序。

祝愿“天使”们节日快乐！

百特（中国）投资有限公司  
肾科与药物输注部

徐润红

2012年5月12日

PREFACE

前言



很多人曾经问我，作为一名骨科医生，你对医疗改革和医院管理的兴趣为何如此浓厚？我的回答是：逼上梁山。

事情还得从1994年说起，那时我多次受邀回国授课和示范膝关节置换手术。正是在此期间，我见到几件令我难以接受之事：其一，国内几乎所有接受膝关节置换手术的病人，直到一个月后才下地站立行走，反观美国的这个间隔时间才短短一天；其二，膝关节置换手术的病人，存在一个可能导致严重后果的并发症——手术后出血。要想避免这种严重后果，一个重要的手段就是通过专业化的严密监护去及时发现，可是国内看护病人的事务，普遍交给根本不懂专业的家属或护工。以至于有些病人的呼吸和心跳已经停止或濒临死亡，负责看护的家属却以为病人睡着了而表现得若无其事。

更令人难以接受的是，医生为了预防膝关节置换手术后的感染，通常给病人连续使用两周以上的昂贵的抗生素，费用高达5000元~1万元，不仅感染率仍旧高居不下，因抗生素导致的副作用却日趋加剧。实际上，按照医疗规范，绝大多数病人使用两三天最普通的抗生素足矣，费用不超百元。如此用药带来的另一个问题是，护士每天忙于打针输液，没有时间观察和照顾患者。

鉴于种种弊象，我决定回国，试图通过实地工作和培训来改变这种状态。

回到国内的我又逐渐发现，上述类似的现象并非局限于膝关节置换手术或骨科手术，而存在于我所知道的几乎所有的专科和医院中。

为什么会这样？我开始思考并求解这道问题。

经过大量的调查和实践研究后，我认识到，其核心原因在于，以疾病为本位

和以赢利为目的的医疗模式已深深地植根于我国的卫生行业，这两种医疗模式不符合人类古老神圣的希波克拉底誓言的精神，背离了以人为本的医疗规律。事实上，选择何种医疗模式事关治疗效果和病人安危，是所有医院和医生的命脉所在。

我们必须尽快纠正这些错误。可是，改变医疗模式非医生所能做到，只能依靠改革和管理。正因为于此，我便被迫走上了医疗改革和医院管理的道路。

事实表明，这条道路漫长而曲折，但效果却很明显。

最初，我在全国范围内讲课或示范手术的同时，尝试通过全权管理，在一个科室里实现人本位医疗。取得成功后，又去管理一家医院；再次成功后，接着管理多家医院；然后逐渐过渡到对全国近百家医院进行管理咨询、督导或内训。

就这样，我基于国内外大量实践经验和教训不断总结归纳，将实践经验上升至理论，再应用到实践中去，再上升，再应用……历经多次循环，时至今日，初步形成了能在中国现行环境落地的人本位医疗理论和操作方法。

书中内容有两大特点：一是系统性。我从现行医疗的弊端入题，介绍人本位医疗的背景和来源，接着讲述人本位医疗“是什么”和其作用，然后细说通过管理来保障人本位医疗落地。二是实操性强。几乎所有内容均来自实践并得到验证。

值得一提的是，本书所讲述的人本位医疗，揭示了医疗内在规律。她是对我国现行医疗模式的改革，而不仅仅是改良。在这场改革中，人们需要改变的不仅仅是错误的病本位和利本位医疗理念，更重要的是改变其行为习惯。这就需要有效的管理。书中所介绍的“以服务对象的评价为主导的系统化考核管理体系”，可能是我国目前最适用和最有效的现代化医院管理手段。

为了使医疗行政管理者和医院员工容易看懂、接受并很快地操作执行，本书没有采用全面严谨和引经据典的教科书形式，而是通俗易懂地讲述和分析本人亲身经历的大量案例和操作细节，直观地和系统地介绍人本位医疗和现代化医院管理。因此，本书也适合非医疗行业但对医疗或管理感兴趣的人阅读。

千里之行，始于足下。希望读者在思考和应用过程中能够举一反三，朝着新的理念和方向，一步一步向前走，积少成多，不能奢望一步登天。

在前进的道路上，没有最好，只有更好！

谨以此书献给我的父母、妻子和家人，感谢他们多年来对我的理解和支持。“人本位医疗”这个词汇的提炼，就是来自我妻子王笑利女士的建议。

张中南

2011年11月



## PART 1 现行医疗破与立

### 第一章 时下医疗死结

- 患者之需与医疗之短 / 4
- 病本位与利本位溯源 / 8
- 洞察新医改途与图 / 10

### 第二章 医改呼唤人本位

- 人本位医疗的定义与内涵 / 12
- 透视医疗四种特性 / 12
  - ◎治疗的双向性 / 12
  - ◎经验的局限性 / 15
  - ◎病人的感受性 / 16
  - ◎疾病的多变性 / 19

## PART 2 洞悉人本位医疗

### 第一章 诊断：用证据说话

诊断的定义与内涵 / 24

证据的要求 / 25

证据的获取 / 28

效益剖析 / 33

### 第二章 治疗：低伤害 高疗效

遴选最佳治疗方案 / 36

拒开不该用的药 / 38

快速控制疼痛 / 41

一视同仁待患者 / 43

好医生的标准 / 46

### 第三章 护理：确保疗效与安全

整体护理的定义与内涵 / 51

盘点护理短板 / 53

护理溯源 / 55

你所不知道的生活护理 / 56

真正认识治疗处置 / 66

无所不在的教育指导 / 71

揭秘心理护理 / 72



效益剖析 / 76

## 第四章 康复：疗效与安全最大化

康复的定义与内涵 / 81

康复的作用 / 82

康复的路径 / 85

效益剖析 / 92

## 第五章 服务：以患者的感受主导

尊重患者 / 93

◎最大限度地减少病人身体裸露 / 94

◎与病人充分沟通 / 96

◎一诊间、一医生、一病人 / 99

◎擅长目光交流 / 101

◎不在公共场合谈论病情 / 102

◎谈话因人而异 / 102

◎进病房前先敲门 / 104

体贴入微提供方便 / 105

◎导医主动关怀 / 105

◎医生帮助行动不便的患者 / 106

◎增加马桶高度 / 108

营造温馨环境 / 109

◎使用适合病人的颜色 / 109

◎采用 PVC 地板 / 110

◎素雅的壁画 / 111

◎柔和的灯光 / 111

## 第六章 人本位医疗的价格与价值

透过“红包”看价格 / 114

价值评估 / 115

经济效益解析 / 116

第三方评价 / 119

社会效益、费用收益、国际医疗标准比较 / 121

医疗归宗人本位 / 123

# PART 3 用服务对象评价主导管理

## 第一章 目标

目标之功用 / 128

目标之内容 / 128

目标之依据 / 129

目标之要求 / 130

目标设定与分解 / 132

目标背后的人本位医疗 / 139

## 第二章 制度

现行制度之弊 / 141

寻求与时俱进 / 142

## 第三章 规范

- 规范的依据与要求 / 143
- 诊断规范：强调依靠证据 / 145
- 治疗规范：追求高疗效和低伤害 / 146
- 护理规范：步入整体护理 / 148
- 康复规范：保障疗效和安全最大化 / 148
- 财务规范 / 148
- 行政保障规范 / 151
- 人力资源规范 / 154
- 质量考核规范 / 159

## 第四章 培训与监督

- 培训 / 166
- 监督 / 168

## 第五章 考核

- 依据与要求 / 171
- 公立医院院长考核 / 173
- 营利性医院院长考核 / 177
- 公立医院副院长考核 / 177
- 医院中层管理者绩效考核 / 184

## 第六章 验证 / 192

## 第七章 人本位医疗落地要领

- 医院管理流程注意事项 / 193
- 6Sigma、ISO9000 移植中国的成与败 / 195
- 医院管理历史进程 / 196

## 第八章 优质护理操作流程

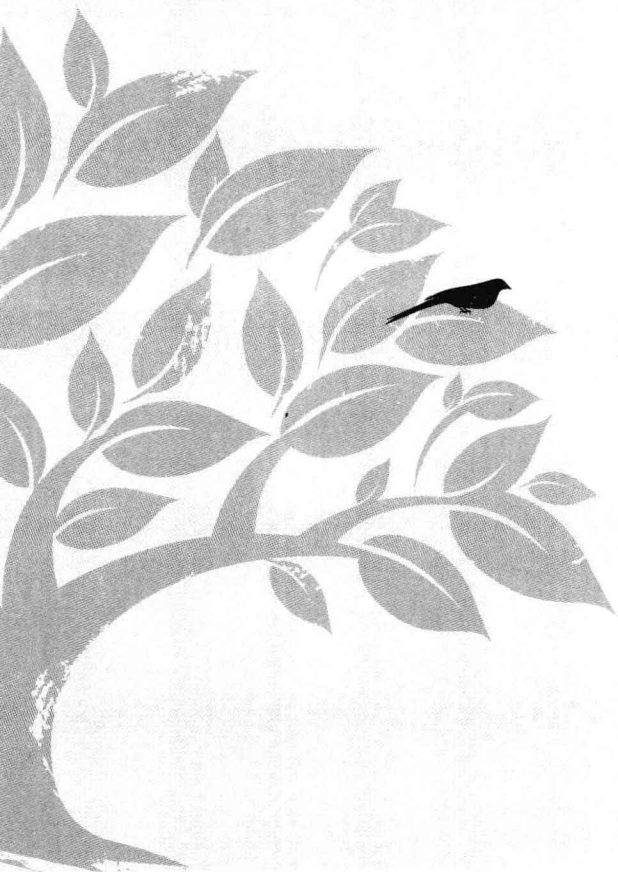
- 了解 / 199
- 记录 / 204
- 评估 / 212
- 设计护理方案 / 213
- 实施 / 214

## 第九章 洞察护理管理

- 整体护理管理流程 / 216
- 内部掣肘与应对 / 223
- 外部屏障与化解 / 229

## 附 录 媒体看张中南

- 病人利益高于一切（节选） / 236
- 办出最好的医院（节选） / 242
- 白色冲突探源（节选） / 245
- 病人的利益高于一切（节选） / 248
  - 记江苏省人民医院国际骨关节病中心
- 刘永行：只想谈谈我的那条腿（节选） / 253
- 张中南：膝关节里作“道场” / 256
- “以病人为中心”创造的奇迹（节选） / 262
  - 济医附院骨关节科勇做先进医疗理念的先行者



## PART 1 现行医疗破与立

最近数年，我国的医疗规模几乎与 GDP 等速递增，这无疑是件好事。但同期我国的医患纠纷数量居然以高于 GDP 的速度增加。因此，我们很难将过去的医疗规模扩张称之为“科学发展”。医疗纠纷此起彼伏，至少折射出一个问题——病人的需求没有得到满足。

通常来讲，病人有哪些需求？又遭遇到怎样的梗阻？

# 第一章

## 时下医疗死结

筹备落笔撰写本书期间，书房窗外的中国医疗频爆悲剧：2011年8月23日，近百名手持棍棒者冲进南昌第一医院，与医院雇佣人员恶性械斗；9月15日，同仁医院耳鼻喉科主任徐文被患者连砍17刀……

面对愈演愈烈的医患冲突，无数人脑海中盘旋一道天问：中国的医疗究竟怎么了？

我无意于在此就事论事，不去简单地探讨如何化解恶化到动辄拔刀相向的医患矛盾，而基于更深层次，探索中国现行医疗的病根，同时因病施治，寻找能改善疗效、安全、效益和医患关系的根本路径。

事实上，笔者思考“中国医疗该何去何从”的宏大命题，始于数年前邂逅一段终生难忘的行医经历。

1996年，我受邀回国主刀。有天上午给一位患者完成双膝关节置换手术后，下午接着出门诊。晚上9点再探望这位患者，发现病人躺着纹丝不动，外边引流血高达1600毫升，身边没有心电监护仪，也没有医护人员，唯有一位家属陪同。我问病人感觉怎样，家属回应称：“没事，他睡着了。”

此时如果我听信家属，不打扰“熟睡的患者”而转身离开，恐怕患者将永远不会再苏醒。

看到出血量超高，我下意识地轻推患者，毫无反应，而且感觉他的身体弹性已经减少。“坏了！”当时我想。于是赶紧压病人的眼眶，仍没有反应；再一摸颈动脉，同样没有搏动。这时所输液体已经不下滴，我马上跑出去叫值班护士。当时值班护士正在巡视病房，值班医生在急诊室处理病人。

“你赶快跑步把静脉切开包拿来！”我冲着护士大喊。接下来我根本顾不上消毒和常规，抓起刀片往病人的肘关节一刀割下去，差不多一寸半的刀口，把贵要静脉和头静脉都给切断，可是找不到静脉。为什么？因为不出血了。也就是说，此时病人的血液循环已完全停止，濒临死亡。

好在那时我的眼睛还没老花，很快找到静脉，立即插进管子，根本来不及结扎，只能用手捏着那条静脉和输液管，让护士用手挤压输液袋。但是女护士劲儿小，挤压输液速度很慢。这时我再次急中生智，让护士坐在血液袋上。血液速度马上明显加快，十分钟之内输入1500毫升。

病人很快苏醒，血压和心跳逐渐恢复，加上一系列其他措施，一条生命从悬崖被拉回。

看似寻常的急救事例，猛然触动笔者事关中国医疗症结的深入思考。

案中患者时隔不久摆脱轮椅四处旅游的事实证明，那次手术本身非常成功。可我们不妨假设，当初的危急时刻，我没有出现在现场，病人因未获得科学护理而丧命，成功的手术还有何意义？站在病人的角度，此次治疗无异于彻底失败。

关键问题是，仅靠医生实难规避类似悲剧。

有些病人术后出血本属正常现象，但有必要实施密切监测，一旦出现问题能早期发现。遗憾的是，我国医院往往在此时没有安排专业人员及时观察患者。所谓专业人员，显然不是家属，他们不懂医学，不能给患者提供及时和专业的观察；同样不是医生，他们既做手术又出门诊，无法全程密切观察某一个患者。

最应该出现在患者身边的人，只有熟谙护理的护士。

问题是，我国的医院普遍未做到这条起码的准则。更令人焦虑的在于，护理不周还只是我国现行医疗若干缺陷中的一种。沿着这项弊端继续顺藤摸瓜，可以发现中国当代医疗蕴藏着诸多扭曲和短板。

## 患者之需与医疗之短

最近数年，我国的医疗规模几乎与 GDP 等速递增。这无疑是件好事。特别是 2009 年国家承诺三年新增医疗投入 8500 亿元，更在一定程度上缓解了百姓就医之难。然而，引人注意的是，同期我国的医疗纠纷数量居然以高于 GDP 的速度增加，远超医疗规模的扩张速度。

有鉴于此，我们很难将过去的医疗规模扩张称之为“科学发展”。此起彼伏的医疗纠纷，至少折射出一个问题——病人的需求未得到满足。

通常来讲，病人有哪些需求？又遭遇了怎样的梗阻？

### ◎快点治好病 VS 恢复速度较慢

事实上，无论任何职业者，包括医务工作人员在内，一旦身体有恙，最迫切的愿望无不是“快点治好病”。哪怕只是感冒，到了医院后，首要愿望仍是“马上康复”，赶快去除头疼、咳嗽等症状。

小病如此，大病亦然。

可是目前中国的医疗却难遂此愿。不得不承认，近 20 年来，我国诊治疑难重症的水平突飞猛进，而对常见病、多发病的治疗效果却不尽如人意。常见的情况是，病人接受治疗后，往往恢复速度很慢。换句话说，我们现行的医疗没有满足患者“快点治好病”的需求。

与一些发达国家甚至和我们自己的过去相比，差距到底在哪呢？

仍以司空见惯的感冒为例。我曾经到全国多家医院查房，每次进急诊输液室，看到里面十之八九是因感冒而输液的病人。但输液之后约有 60% 以上的患者感冒症状并没减轻。仔细一看，药物根本不对症——没有感染的用抗生素；没有过敏的用激素；能吃能喝的注射葡萄糖。

违背对症治疗的原则，疾病症状必难获得缓解。况且，在 7 ~ 10 天的感冒自然病程内，症状可能还会加重。

记得我国在上世纪六七十年代，有患者感冒咳嗽，医生就开甘草片；伴有发烧，便打一支退烧针或者物理降温，效果很好。当下一一些发达国家，小孩发烧不到 40℃，医生从不允许输液，而建议回家用温水泡澡，体温会很快下降。



再看稍重的疾病。拿股骨颈骨折来说，老人意外摔倒，髌关节骨折，医生打三根针内固定，手术相对比较简单。但是到了术后康复阶段，我们的规范至今这样要求：年轻病人三个月后下床；年龄稍长者六个月后下床。对比观察国外同样疾病的规定，如属局麻，离开手术室后不到半小时即可下地行走。

各自关于恢复速度的快慢差距可见一斑。

进一步对比更大的手术。几年前，我的一名亲属在国内某知名心血管医院接受冠状动脉搭桥手术，术后一周我去医院探望，他还卧床不起。我立即询问护士长，“像他这种情况是因为病情较重导致现在还躺着，还是因为你们的规范？”护士回答：“规定都要卧床一个礼拜。”

与之形成鲜明对比，我的一个美国同事，同样做冠状动脉搭桥手术，术后一周即已出院。我致电问候时，他正在跑步机上慢跑。据他说，手术后不到24小时就下地行走，第五天出院，第七天开始慢跑锻炼身体——这便是美国的医疗规范。

或许有人会问，是不是我们的医技逊于国外，抑或设备相对落后？

绝非如此。其实亚洲人，尤其是中国人，双手普遍比较灵巧，学习进度和手术技巧一点不比外国人差。特别是我国的病人，通常等到病情较重才找医生，加之人口众多促使我国有些医生对于疑难病症的手术技能甚至超出国外。而设备呢？仅仅上海的CT数量，就相当于半个美国的CT总和。

原因究竟何在？答案会在后文详陈。不过可以肯定的是，病人的“快点治好病”的需求，我国时下的医疗未予充分满足。

## ◎千万别出事 VS 医疗并发症多

曾听不少患者讲，他们进医院看病前总是反复念叨“千万别出事”，此话即为病人的第二个就医需求。

随着通讯工具日益丰富，人们获取信息变得越来越便捷，哪怕一个深居大山的农民，也或多或少听说过一些有关医疗悲剧的传闻。有的患者到医院看病，结果出于医方的“不小心”，不幸把命丢在医院。即便大家知道发生类似事情的概率极低，统计起来只有千分之一或万分之一，