

- 
- 让您学会如何避免失误和规避医疗纠纷
 - 清晰地为读者阐述了知情同意的重要性
 - 详细的术前准备以及全方位的术后处理
 - 迄今最全面的骨科术前及术后管理知识

骨科 术前术后管理

(第2版)

审校◎(日)松井宣夫 (日)平泽泰介

主编◎(日)伊藤达雄 (日)大塚隆信 (日)久保俊一

主译◎陈统一 陈维嘉

骨科 术前术后管理

(第2版)

审校	(日)松井宣夫	名古屋市立大学名誉教授・骨科
	(日)平泽泰介	京都府立医科大学名誉教授・骨科
主编	(日)伊藤达雄	东京女子医科大学主任教授・骨科
	(日)大塚隆信	名古屋市立大学教授・骨科
	(日)久保俊一	京都府立医科大学教授・骨科
主译	陈 统 一	复旦大学附属中山医院・骨科・教授・博导
	陈 维 嘉	日本福岡市杉岡纪念医院 M.D., Ph.D.

辽宁科学技术出版社
· 沈阳 ·

Authorized translation from the Japanese language edition, entitled

整形外科術前・術後のマネジメント (第2版)

監修: 松井宣夫、平澤泰介 編集: 伊藤達雄、大塚隆信、久保俊一

published by IGAKU-SHOIN LTD., TOKYO Copyright © 2005

All Rights Reserved. No part of this book may be reproduced or transmitted in any form or by any means, electronic or mechanical, including photocopying, recording or by any information storage retrieval system, without permission from IGAKU-SHOIN LTD.

Simplified Chinese Characters edition published by LIAONING SCIENCE AND TECHNOLOGY PUBLISHING HOUSE, Copyright © 2013

©2013, 简体中文版权归辽宁科学技术出版社所有。

本书由日本IGAKU-SHOIN LTD. 授权辽宁科学技术出版社在中国大陆独家出版简体中文版本。著作权合同登记号: 06-2008第86号。

版权所有·翻印必究

图书在版编目(CIP)数据

骨科术前后管理. 第2版 / (日) 伊藤达雄, (日) 大塚隆信, (日) 久保俊一主编; 陈统一, 陈维嘉主译. —沈阳: 辽宁科学技术出版社, 2014. 1

ISBN 978-7-5381-8308-5

I. ①骨… II. ①伊… ②大… ③久… ④陈… ⑤陈… III. ①骨科学—外科手术—管理 IV. ①R687

中国版本图书馆CIP数据核字(2013)第234850号

出版发行: 辽宁科学技术出版社

(地址: 沈阳市和平区十一纬路29号 邮编: 110003)

印刷者: 沈阳新华印刷厂

经销者: 各地新华书店

幅面尺寸: 185mm × 260mm

印 张: 21.5

字 数: 400千字

出版时间: 2014年1月第1版

印刷时间: 2014年1月第1次印刷

责任编辑: 凌 敏 陈 刚

封面设计: 魔杰设计

版式设计: 袁 舒

责任校对: 徐 跃

书 号: ISBN 978-7-5381-8308-5

定 价: 128.00元

投稿热线: 024-23284363

邮购热线: 024-23284502

E-mail: lingmin19@163.com

http://www.lnkj.com.cn

中文版译者

主 审

陈统一 陈维嘉

主 译

陈统一 陈维嘉

译 者

王文波 哈尔滨医科大学附属第一医院 医学博士
教授 博导

王晓峰 复旦大学附属中山医院 医学博士 主治医师

艾合买提江·玉素甫

新疆医科大学附属第一医院 医学博士
教授 博导

吴靖平 复旦大学附属金山医院 医学博士 主
任医师 硕导

陈子贤 复旦大学附属中山医院 医学博士 主
治医师

陈维嘉 日本福岡市杉岡纪念医院 M.D., Ph.D.

陈统一 复旦大学附属中山医院 教授 博导

编著者名单

主 编

伊藤达雄 东京女子医科大学 骨科主任教授
大塚隆信 名古屋市立大学 骨科教授
久保俊一 京都府立医科大学 骨科教授

审 校

松井宣夫 名古屋市立大学 骨科名誉教授
平泽泰介 京都府立医科大学 骨科名誉教授

编著者

松井宣夫 名古屋市立大学 骨科名誉教授
平泽泰介 京都府立医科大学 骨科名誉教授
伊藤达雄 东京女子医科大学 骨科主任教授
津田乔子 名古屋市立大学研究生院 危机管理
医学副教授
富士武史 大阪厚生年金医院 骨科主任
本田 完 国立癌症中心中央医院麻醉科集中治
疗室（ICU） 主任
田中义文 京都府立医科大学麻醉科 教授
和田郁雄 名古屋市立大学医院康复科 副教授
胜吕 徹 东邦大学骨科一部 教授
安永裕司 广岛大学研究生院 客座教授
三浦顺之助 东京女子医科大学糖尿病中心
内科医师
岩本安彦 东京女子医科大学糖尿病中心 主任
加藤义治 东京女子医科大学 骨科副教授
米本 司 千叶县癌症中心 骨科主任
馆琦慎一郎 千叶县癌症中心 诊疗部主任
松下 廉 名古屋市立大学研究生院 骨科医师
大塚隆信 名古屋市立大学研究生院 骨科教授
内野正隆 北里大学 骨科讲师
系满盛宪 北里大学 骨科教授
石津恒彦 京都市洛西清水医院 副院长
阿部宗昭 大阪医科大学 骨科教授
三上靖夫 京都府立医科大学研究生院
骨科讲师
长谷 齐 京都府立医科大学研究生院
骨科副教授

久保俊一 京都府立医科大学研究生院
骨科教授

三桥尚志 京都市大原纪念医院 院长
玉井和夫 守口市松下纪念医院 骨科主任
岡岛诚一郎 京都府立医科大学研究生院
骨科讲师

阿部正隆 北上济生会医院 院长
堀井基行 京都地域医疗学际研究所附属医院
副院长

黑川正夫 济生会吹田医院 骨科主任
尾崎二郎 奈良县总合康复中心 所长
金谷文则 琉球大学 骨科教授
佐藤启二 爱知医科大学 骨科教授
藤吉文规 大恒市民医院 骨科主任
荻野利彦 山形大学 骨科教授
田岛 明 名古屋市立东市民医院 名誉院长
日下义章 朝日大学附属村上纪念医院
骨科教授

铃木克侍 藤田保健卫生大学 骨科副教授
长野 昭 浜松医科大学 骨科教授
政田和洋 政田骨科风湿科医院 院长
奥田良树 京都红十字第二医院 骨科主任
藤原浩芳 京都府立医科大学研究生院
骨科医师

石田 治 广岛大学研究生院 骨科副教授
西川真史 弘前大学 骨科副教授
藤 哲 弘前大学 骨科教授
三浪明男 北海道大学研究生院 骨科教授
石黑 隆 神奈川县石黑骨科医院 院长
关谷勇人 名古屋市立大学研究生院 骨科讲师
中村蓼吾 中日医院名古屋手外科中心 主任
远藤直人 新潟大学研究生院 骨科教授
松本忠美 金沢医科大学 骨科教授
大桥弘嗣 大阪府济生会中津医院 骨科主任
神宫司诚也 九州大学研究生院 骨科副教授

辻 吉郎 京都市西阵医院 副院长
 藤岡幹浩 京都府立医科大学研究生院
 骨科讲师
 饭田宽和 关西医科大学 骨科教授
 金 郁喆 京都府立医科大学研究生院
 骨科副教授
 服部 义 爱心小儿保健医疗总合中心
 骨科主任
 安藤谦一 藤田保健卫生大学 骨科副教授
 德永大作 京都府立医科大学研究生院
 骨科讲师
 种田阳一 春日井市民医院 骨科主任
 小林正明 名古屋市立大学研究生院 骨科讲师
 佐粧孝久 千叶大学研究生院 骨科医师
 守屋秀繁 千叶大学研究生院 骨科教授
 松本彰生 神户大学研究生院 骨科医师
 黑坂昌弘 神户大学研究生院 骨科教授
 渡边信佳 京都府立医科大学研究生院
 骨科医师
 田中 正 君津中央医院医务科 副科长
 斋藤知行 横滨市立大学研究生院 骨科教授
 腰野富久 横滨市立大学 名誉教授
 井口 侑 庆应义塾大学 骨科教授
 桥本健史 庆应义塾大学 骨科副教授
 生驹和也 京都市西阵医院
 骨科主任
 原 邦夫 社会保険京都医院 骨科主任
 高仓义典 奈良县立医科大学 骨科教授

山本晴康 爱媛大学 骨科教授
 木下光雄 大阪医科大学 骨科副教授
 土屋大志 爱知县海南医院 康复科主任
 中瀬尚长 国立大阪医疗中心 骨科
 安井夏生 德岛大学研究生院 骨科教授
 武富荣二 鹿儿岛红十字医院 副院长
 田中靖久 东北大学 骨科副教授
 久野木顺一 日本红十字会医疗中心
 康复科主任
 清水敬亲 群马县榛名庄医院
 群馬脊柱脊髓病中心 主任
 吉田宗人 和歌山县立医科大学 骨科教授
 出沢 明 帝京大学溝口医院 骨科教授
 中村雅也 庆应义塾大学 骨科讲师
 户山芳昭 庆应义塾大学 骨科教授
 植田尊善 福冈县总合脊柱脊髓损伤中心
 骨科主任
 益田和明 岐阜县岐北厚生医院 骨科主任
 清水克时 岐阜大学研究生院 骨科教授
 藤村祥一 国立医院机构相模原医院 副院长
 栗森世里奈 金沢大学研究生院 骨科
 川原范夫 金沢大学研究生院 骨科副教授
 富田胜郎 金沢大学研究生院 骨科教授
 南 昌平 圣隷佐仓市民医院 副院长
 田口敏彦 山口大学 骨科教授
 矢吹省司 福冈县立医科大学 骨科讲师
 高桥和久 千叶大学研究生院 骨科副教授

第2版序 患者术前术后管理的原则

本书从1998年初版以来，作为与日常临床紧密结合的实用手册，在全国（日本）范围内年轻的骨科住院医师、轮转和进修医师中得到非常高的评价。

骨科专业在过去的数十年间有了巨大的变化和进步，骨科学的亚专业已经分为脊柱外科、关节外科、手外科、创伤外科、显微外科、微创外科、关节镜下手术、计算机辅助外科、机器人辅助手术等，因此骨科学专业学习的范围变得广泛而又细化。虽然作为传统骨科学中基本内容的小儿骨科，病例明显减少，但是面临21世纪高龄社会的到来，为了提高高龄患者的生活质量，某些骨科疾病的治疗必要性也明显地得到扩大。

随着骨科手术治疗的多样化、细分化，各种手术方法以及对应的手术前后管理的重要性必须得到充分认识。

这次再版时新加入两位作者。从2004年春开始，国家（日本）已将初期临床进修作为正式的义务化制度实施，对于在骨科轮转的年轻医师，本书的再版也显得非常及时。

本书初版内容主要围绕骨科术前术后管理要点来叙述，再版扩充了这些内容，还增加了如下内容：

（1）专业内容的充实和更新。

（2）骨盆骨折，Chiari骨盆截骨术，前臂神经卡压综合征的手术，透析、类风湿性关节炎、CP颈椎症的手术以及内窥镜下脊柱手术等新内容。

（3）风险处理对策：增加了手术相关的风险因素内容、发生率、早期发现的要点以及处理和预防方法等具体的应对措施。

（4）术后管理注意要点：包括一般的注意事项，特殊治疗，患者的安静程度、体位、端坐姿势、起立步行的方法，支架，理疗，影像学复查等术后相应处置。

（5）理疗方面要点：术后至2周内、2周至3个月内以及3个月后，根据手术后恢复过程的各个时间段的康复要点作了详细的描述。

（6）对主治医师以外的治疗人员如护士、理疗师、康复指导师的指导，初版主要从医师的角度加以讨论，再版时增加了治疗过程中各类工作人员应该注意的内容。

以上内容，笔者认为第2版与初版比较有了改进和完善，希望本书能对骨科专业的发展有所帮助，日本骨科学会从2001年开始实行骨科专科医师制度，本书适用于培训以骨科专科医师为目标的医师、进修医师以及开始进入临床的年轻医师，希望对他们的工作有所帮助。

主编代表 松井宣夫

2005年5月

初版序

本书是一本与临床日常工作联系密切的实用书籍，是针对刚刚从医科大学毕业的医生和年轻的骨科医师而编写的。

骨科学在过去20多年中有了飞速的发展和进步，传统小儿矫形外科的病例相对来说明显减少，但增加了如脊柱外科、关节外科、手外科、显微外科、关节镜下手术、康复医学等亚专业的患者，因此骨科医师需要学习的内容既广泛而又详细深入，在骨科传统的手术内容上添加了疾病治疗的范围和新的手术指征、手术方式。

骨科治疗不断进步，在细分化的情况下，选择进行手术治疗，对于一个合格的骨科医师，首先，理论上必须要对手术的目的和过程很熟悉，同时对手术患者的术前术后管理也必须非常仔细地执行，一旦忽略或粗枝大叶就可能出现对患者的伤害，导致医疗纠纷。

有关骨科手术方法的书籍，对骨科医师来说，坎贝尔（Campbell）等这类最著名、最基础的教科书是不可不读的，但是关于患者术前术后管理原则和内容以往都是各个科室、医院，在历代资深前辈的指导下，总结他们的工作经验中得到的，尚无一本统一的专著和工作手册范本。从手术治疗方面来说，医护人员如何应对患者在即将进行手术时所产生的不安，术前必要的各种检查中，不仅包括各种手术前术后的管理，还有麻醉、术前与患者的解释、知情同意，关于外科手术的创伤，身体应激性的反应，术后管理，营养管理，康复治疗计划等，顺利地经过这样一系列完整的过程后才能称为手术成功。尤其是现在骨科手术的适应证被扩大和细分化后，术前术后的管理显得非常突出。本书的三位主编都深切体会到以此为宗旨编辑一本书的必要性，并希望本书能成为临床最实用的、具有指导意义的书。我们相信，本书在平时工作中能够给年轻的骨科医师、直接负责住院患者的医师提供正确合理的判断和使之得到帮助。

本书不仅为医师，也为一直参与治疗的团队中其他人，例如护士、理疗师、康复指导师提供指导意见，是一本综合性管理患者的书籍。全书分为总论、上肢、下肢、脊柱4个部分，总论部分包含了术前与患者的知情同意、谈话内容、术后说明、硬膜外麻醉和椎管内麻醉的术前处理及其并发症、疼痛治疗的要点、自体输血、高血压患者的术后管理、合并特殊疾病的管理及注意点、骨科疾患抢救治疗要点、骨科和理疗间的过渡等；在各论部分，包含了上肢、下肢、脊柱手术术前术后的管理等，是由全国（日本）各个治疗单位87位非常有经验的医师执笔，他们在平时繁忙的诊疗教学、研究中抽出时间撰写相关各自擅长的内容，这里我们深表感谢，同时我们也殷切期望阅读本书的医师能够充分理解编者们的意图，在实际工作中很好地利用它。

最后，对本书出版社医学书院表示感谢。

编者

1997年12月

译者序

医患关系紧张是困扰全世界每个国家的一大问题。随着我国经济基础的改善,人民群众对自身健康的关切度在不断上升,同时保护自身权益的意识也日趋强烈,因此医患矛盾显得尤为突出。患者去医院特别是知名医院就诊,往往觉得什么样的病都是可以得到治愈的,医师也应该是无所不能的,期望自己能够恢复到早先完全健康的状态。患者的这种心情确实是在情理之中。换位思考的话,如果一个医师有一天也成为病人,也会请求相关的权威专家给予治疗,也希望能药到病除,一切恢复,但是现实并非如此。40多年的从医经历让我深刻体会到,并非所有的患者,甚至可以说仅仅只有一小部分患者能够得到痊愈的机会,在康复后接近患病前的健康水平。这种患者对治疗期望值过高和医师诊疗水平不一之间的差异,导致了医患关系不和谐的出现。给患者开张处方服些药或者完成一次手术这些都不是很难做到的事,但是要让患者能够完全理解你所做的目的就很难了。因而解决医患矛盾的关键还在于相互之间的信任和沟通、加强交流或者说是知情告知。知情告知是一个法律范畴的词汇,知情同意是医疗行为中最基本的工作,医师的解释要从患者的立场出发,而不是由自己一厢情愿强制决定,甚至诱导患者接受。医师必须具有一定的表达技巧,更重要的是,对医师来说一定要具有深厚的医学理论基础和基本技能知识,具有敏锐的洞察力和对整个诊疗过程的驾驭力。医学是一门经验科学,可以通过职业训练来获得,除了自身体验外,前辈和同道们的经验也是不得不去参照和学习的。本书是世界上第一本关于骨科知情同意内容的书籍,本书再版的99位作者都是近十多年中对各自撰写章节的内容有很深造诣的专家,书中不仅仅是他们自己的临床经验总结,也包含了前辈留给他们的经验和教训,代表了日本当前相关专业知识的水平。辽宁科学技术出版社转给我这本书,我通读了两遍后受益匪浅,全书内容所体现的考虑问题时的全面程度、实施诊疗时的规范程度、管理方式上的细致程度,这些都值得我们受到再教育。我20年前在日本工作时,本书的主编松井宣夫教授和平泽泰介教授就已经活跃在骨科的基础教育和临床工作中,尤其松井教授在日本骨科界是一位出了名的严格和非常重视基本理论、基础知识、基本技能训练的老师。他们两位分别编著过不少骨科基础教程的书籍,日本年轻的骨科医师很多是读着他们的书成长起来的。现在我不揣冒昧地将本书翻译成中文,以供骨科同道借鉴,希望能借此提高医师的专业素质,更好地完成和患者的沟通,使双方通过对疾病的治疗彼此间建立信任和友谊。

最后,我衷心感谢辽宁科学技术出版社及编辑凌敏和陈刚老师对本书出版所给予的帮助和支持。

陈统一 于上海 中山医院

目 录

第2版序	松井宣夫	4
初版序		5

总 论

1 术前和术后的知情同意	平泽泰介	2
2 骨科侵袭性检查	伊藤达雄	6
3 脊髓蛛网膜下腔、硬膜外麻醉的术后管理及并发症	津田乔子	9
4 关于手术中输血的问题	富士武史	14
5 疼痛管理的要点	本田 完	18
6 高龄患者术后管理的注意点	田中义文	23
7 小儿术后管理要点	和田郁雄	28
8 合并特殊疾病患者的术前术后全身管理要点		
8-1 类风湿性关节炎 (RA)	胜吕 徹	31
8-2 感染、免疫功能不全	安永裕司	37
8-3 糖尿病	三浦顺之助, 岩本安彦	41
8-4 肾功能不全, 血液透析	加藤义治	45
8-5 转移性肿瘤	米本 司, 馆琦慎一郎	49
9 骨、软组织恶性肿瘤的问题点	松下 廉, 大塚隆信	52
10 骨科医师急救业务要点	内野正隆, 系满盛宪	57
11 骨筋膜间室综合征	石津恒彦, 阿部宗昭	63
12 石膏、支具、牵引的并发症	三上靖夫, 长谷 齐	67
13 骨科和康复科之间的关系	久保俊一, 三桥尚志	71

肩胛带、上肢

14 臂丛神经损伤的手术治疗	玉井和夫, 岡岛诚一郎	74
15 胸廓出口综合征的手术治疗	阿部正隆	81
16 肩关节镜下手术、肩袖损伤的手术治疗	堀井基行, 黒川正夫	84
17 肩关节、肩锁关节脱位的手术治疗	尾崎二郎	88
18 锁骨骨折的手术治疗	金谷文则	92
19 上肢肿瘤的手术治疗	佐藤启二	96
20 肱骨骨折的手术治疗	藤吉文规	99
21 肘管综合征的手术治疗	荻野利彦	103
22 肱骨畸形的截骨矫正术	田岛 明	107
23 肘关节类风湿性关节炎滑膜切除术及人工肘关节置换术	日下义章	111
24 桡骨以及尺骨骨干骨折的手术治疗	铃木克侍	115
25 前臂神经卡压性疾病的手术治疗	长野 昭	120

26 前臂尺、桡骨延长术	政田和洋	124
27 桡骨远端骨折和骨折畸形愈合后的截骨矫正术	奥田良树, 藤原浩芳	127
28 舟状骨骨折、假关节和月骨缺血性坏死的手术治疗	石田 治	132
29 腕管综合征 (carpal tunnel syndrome, CTS)	西川真史, 藤 哲	136
30 腕关节、手指关节类风湿性关节炎 (RA) 的手术治疗	三浪明男	140
31 指骨骨折的手术治疗	石黑 隆	144
32 屈肌腱、伸肌腱损伤的手术治疗	关谷勇人	148
33 扳机指和Dupuytren挛缩的手术治疗	中村蓼吾	151
34 断指 (肢) 再植手术	关谷勇人	156

骨盆、下肢

35 骨盆骨折的手术治疗	远藤直人	160
36 髋臼旋转截骨术	松本忠美	163
37 骨盆Chiari氏截骨术 (骨盆内移截骨术)	大桥弘嗣	166
38 股骨近端截骨术	神宫司诚也	170
39 股骨颈部骨折的手术治疗	辻 吉郎	173
40 股骨头旋转截骨术	藤岡幹浩, 久保俊一	177
41 人工股骨头置换术和人工髋关节置换术	饭田宽和	181
42 先天性髋关节脱位的切开复位术	金 郁喆	186
43 股骨头骨骺骨软骨病和股骨头骨骺滑脱的手术	服部 义	188
44 股骨骨折的骨固定术	安藤谦一	193
45 大腿部肿瘤的人工股骨置换术	松下 廉, 大塚隆信	197
46 类风湿性关节炎的滑膜切除术	德永大作	201
47 人工全膝关节置换术	种田阳一	204
48 膝关节半月板损伤的手术治疗	小林正明	208
49 前交叉韧带 (ACL) 重建术	佐粧孝久, 守屋秀繁	212
50 后交叉韧带 (PCL) 重建术	松本彰生, 黑坂昌弘	216
51 髌骨骨折、习惯性髌骨脱位的手术	渡边信佳	219
52 小腿胫腓骨骨折的骨固定术	田中 正	223
53 胫骨高位截骨术	斋藤知行, 腰野富久	228
54 踝关节周围的手术	井口 然, 桥本健史	232
55 跟腱缝合术、踝关节韧带缝合术和韧带重建术	生驹和也, 原 邦夫	238
56 人工踝关节置换术、踝关节固定融合术	高仓义典	242
57 跖外翻、类风湿性关节炎前足畸形的手术治疗	山本晴康	245
58 先天性内翻足的手术	和田郁雄	248
59 小儿麻痹足的手术	木下光雄	251
60 并趾、多趾、巨趾症的手术治疗	土屋大志	255
61 下肢延长术	中瀬尚长, 安井夏生	257

脊椎、脊髓

62 上部颈椎后路手术	伊藤达雄	262
-------------	------	-----

63 上部颈椎前路手术	武富荣二	267
64 中下部颈椎后路手术	加藤义治	269
65 中下部颈椎前路减压固定术	田中靖久	273
66 血液透析性脊柱病变（颈椎）的手术治疗	久野木顺一	276
67 类风湿性关节炎颈椎病的手术治疗	清水敬亲	280
68 脑瘫（CP）颈椎病的手术治疗	长谷 齐	285
69 内窥镜下腰椎间盘突出髓核摘除术（MED法）	吉田宗人	289
70 内窥镜下微创脊柱手术	出沢 明	292
71 脊髓肿瘤的手术	中村雅也，户山芳昭	297
72 中下部颈椎外伤的手术治疗	植田尊善	302
73 胸椎部后方手术	益田和明，清水克时	306
74 胸椎部前方手术	藤村祥一	310
75 脊柱肿瘤性疾病的手术	栗森世里奈，川原范夫，富田胜郎	314
76 脊柱畸形矫正手术	南 昌平	318
77 腰骶椎后方减压术	田口敏彦	323
78 腰骶椎后方固定术	矢吹省司	327
79 腰椎前方手术	高桥和久	329

1

术前和术后的知情同意

A. 不可或缺的知情同意以及它被提出的历史背景

1. 1960年以来西方的医疗状况

1960年以来美国人权运动蓬勃发展，女性解放运动、反对核战争、反战运动等都是最著名、最具有代表性的争取人权的运动，其中之一就是与患者相关的人权运动。

以前的美国医科大学教育继承了从古希腊时代就流传下来的以《希波克拉底誓言》为基础的医师执业宗旨，并得到全体医务人员的尊重。笔者本人在美国海军医院住院医师毕业时，在驻美大使馆贵宾和有关人员参加的招待会上，作为毕业生代表宣读《希波克拉底誓言》，这段誓言的中心思想是“医者要献身于医学事业，为患者提供最好、最完善的医疗”，每一个医师都要具有这样的态度，以往在日本有简单易懂的说法就是“医乃仁术”。但近年来，从维护患者人权的角度来看，这是不完整的。现在认为：“有关医师要向患者以简单明了的语言说明其所患疾病的状态和治疗方法，医师要征求患者的诉求和对疾病治疗措施的看法，在患者完全了解并同意的情况下才允许进行诊疗。”这个内容被称为“知情同意”（informed consent, IC），不包含在过去《希波克拉底誓言》中。

在人权运动高涨的年代，美国对于医疗行为不满意的医疗诉讼越来越多，律师人数的增加使医师方败诉的几率也越来越高，医疗保险赔偿数额、医师支付保险金额也大大增加，促使医师增加了对患者原本并不需要的各种检查，这种扩大化倾向很快波及加拿大等国，引

起广泛的社会风潮。在法庭上，医师如何尊重患者的人权成为中心议题，裁判以这个标准为伦理基准。以前是从纽伦堡伦理纲领中引出来的。第二次世界大战中纳粹对人体进行试验的不人道行为，战后在纽伦堡审判中被裁决，这件事成为全人类医疗伦理的开始。1948年通过《世界人权宣言》，1964年世界医师赫尔辛基大会宣言中采纳了这个伦理原则，1973年美国医院协会通过《患者权利章典》声明，“患者有从医师处得到必要信息的权利”和“知情同意基础上进行医疗”的权利。知情同意是在医疗和临床研究中，患者在对疾病、诊断、治疗的情况充分了解后自愿同意医疗行为或临床研究。医疗不仅是一种科学，而且医师也必须从患者角度换位思考，这在法庭上被确立为新的法理，成为一个新的生命伦理观的核心。经过这样的认识过程后，在全世界的医疗过程中，无论在何种疾患以及所有医疗行为中，知情同意都成为不可替代的一个原则。

2. 日本的医疗

过去一直称医疗是一个“医乃仁术”的过程。理想的境界是医师和患者之间能相互沟通及存在温和友好的关系。现在日本的医患之间可以无话不说，像一家人一样，医师全心全意、设身处地地治疗病人，病人也会向其他人介绍他熟悉的医师，很多医师成为患者的“私人医师”。在这种关系中，患者的人权以及其他权利的讨论好像已经不必要了。一个优秀的外科医师被称为“鬼手佛心”，意思是说外科手术要切开患者的身体，像鬼一样残酷，但是患者被救了，这是医师有像佛一样的慈悲心肠。日本是一个狭小的岛国，在“契约”和

“人权”的观念以外，人与人之间更重视温情和友情。

由于受到欧美医疗负面情况的波及，传统的“医乃仁术”、“鬼手佛心”的思想受到“施舍”或者为治疗而治疗思想的冲击，患者作为弱者，如果医疗人员采取了非同情、非道德的行为，就违背了医疗道德。医疗人员要站在患者的立场，充分理解和倾听患者的立场、心理和要求等，强调将尊重人权作为医疗行为的最基本要求。

日本的现状是对各种手术需要说明的基本要点尚无统一的规范，每个医师从自身的经验来进行解释，从而在日常临床工作中可以看到患者和医师之间确实存在不确定的因素。患者由于条件所限，并不能选择最妥善的治疗，即使面对的是有经验的医师，也逐渐对传统的“医师的良心感”感到担心。这种医患关系，在面临突发事态、并发症时，医师出于自我保护的目的，医患之间依靠法律和契约来约束等，使得医师和患者之间的关系变得很冷淡，很多医师都担心这种状态可能变得更差而感到惴惴不安。在目前这样的状态下，提出建立日本的知情同意的种种规则是十分必要的。

B. 知情同意的定义和实际应用

1. 知情同意的定义

“知情同意”是专科医师在基于对疾病的了解和经验的基础上对患者进行充分的解释说明，从而得到患者一方真挚的同意，并且向患者坦诚告知，目前可选择的最恰当、最优化的治疗。“同意”（consent）并不是患者单纯地默认，而是患者在充分理解的基础上表示同意医方的意见。没有得到患者允诺而进行手术，这侵犯了患者的自主权，会受到法律责任的追究。患者同意的前提是患者自己对本身疾病的了解，并对将进行的手术内容充分理解。

2. 术前术后知情同意的实际操作（表1）

分三种情况进行阐述：患者能十分理解的

情况；患者不能十分理解的情况；第三种是小儿（未成年患者）的情况。

表1 手术前的说明要点

1. 病名，目前所患疾病的状态及其自然演变的大致过程
2. 保守治疗和手术治疗的内容和效果
3. 选择手术治疗的理由
4. 手术方式、手术时间和预期结果
5. 麻醉方法：全麻、神经阻滞麻醉或局部麻醉
6. 手术可能发生的危险、并发症和后遗症
7. 输血的必要性和方法，输血带来的并发症
8. 术后状态，回病房的大致时间和状态，活动和摄食的预测
9. 术后必须做的检查

a. 患者能充分理解的情况

1) 关于疾病的诊断和病况

无论是急救手术还是择期手术，在手术前都必须将现阶段所考虑的诊断情况以通俗易懂的语言向患者加以解释，同时将目前的病况和今后可能发生的病情变化尽可能详细地告诉患者。在随访观察过程中，患者开始采取保守治疗，随着病情的进展可能会改用手术治疗的情况也须提前说明，当然也不是说病情稍有变化就要立刻手术。根据病变情况、程度和检查结果，要告诉患者必须要做的检查项目，由患者自己来决定。

2) 关于手术内容

对于缺乏医学知识的学生，医师要用易懂的语言、画图等描述手术的操作过程，将手术对全身的影响加以说明。

3) 关于手术目的

必须采用手术方法治疗时，要向患者解释术后的预期效果及术后采取的其他治疗方法。

4) 关于术后预期效果的问题

要向患者说明手术后能达到的效果，局部及全身的效果以及这些效果的取得概率，这个概率由医师根据自身的经验结合专业书籍上的参考后得到，注意避免让患者期望过高或产生恐惧不安的情绪。

5) 手术的危险性和可能出现的并发症

解释各种可采用的手术术式和这次医师选

择的手术术式,各种术式可能出现的风险及应对策略,手术的并发症和预防并发症的方法。

6) 手术所需要时间

要向患者交代清楚从离开病房进入手术室到苏醒后回病房所需要的时间,从皮肤切开到皮肤缝合的时间,麻醉的方法(全麻、神经阻滞和局麻等)以及麻醉的风险。麻醉师也应在术前同患者见面解释,并交代输血的可能性和可能伴随的危险性。

7) 术后状态

医师可按经验向患者解释从苏醒室回到病房时的意识状态,何时可以起床、进食等。

8) 意外情况及其处理

最常见的并发症是术中大出血,虽然发生率很低,但也应该在手术前向患者说明,并交代清楚万一出现大出血时的应对方法。术中出现大出血时,医师一旦有时间应及时告知家属。如果手术时间超过预定时间或者延迟手术,医师应及时把原因向家属说明,如果有什么重大的变化,也应告知,免得家属紧张不安。肿瘤手术时的术中病理结果也应及时向家属说明,当因病理结果而不得不更改手术方案时,不管术前是否已同患者家属解释,也应再次征求家属同意并记录于病历上。如果术中使用了特殊材料,也一定要告诉患者并记录在病历上。

9) 医师与患者之间的信任问题

骨科手术不单单是救命的事,还关系到四肢、躯体功能今后能不能恢复,恢复到什么程度。在手术后医师应从患者的角度去判断手术的效果,看看是不是和医师自己的判断一致。即使医师自认为手术很成功,但患者是否感到满足,也是应该思考的问题。如果能从影像学上客观地提供手术结果,可以使医师与患者的关系加深,互相依赖,互相信任,这很重要。

b. 患者不能十分理解的情况和小儿(未成年患者)的情况

患者不能十分理解时,应请患者亲属在病床旁,将患者的病情状态、今后的处理等加以说明,从而减轻患者的恐惧感和不安定的感

觉,应该及时向患者及家属说明正确的处理可以使病情得到减轻,这样的解释应该始终在一种使人放心的氛围中进行。如果患者没有亲属或朋友,应立即和与患者有关系的人员联络,说明病情,务必使对方能了解情况并将经过记录在病历上,请在场者签字确认。

3. 医师的态度和注意点

手术前患者的情绪是不稳定的,患者的观察远比医师更敏感、更尖锐,必须同情患者的这种心态,应该很耐心地听患者的倾诉。医师不能因为医疗工作繁忙就推脱患者,一定要仔细听患者说,并且必须要有一种心理准备:在与患者的谈话中,医师要引导患者正确对待治疗。我在美国进修时,必须穿整洁的白大衣,即使在夜里也要系上深色的领带,鞋子整洁,表情严肃。患者的心情是多变的,你一定要仔细听他的讲话,患者也会很注意医师在交流时的反应。你要把谈话的要点记录在病历上,这是必须要彻底执行的。医师解释时要用简单易懂的话,耐心地一步一步解释,对患者的提问要十分小心和仔细地回答。主刀医师、他的上级医师、理疗师(物理治疗师PT、作业治疗师OT)、护士等作为一组团队努力为患者服务,必须在病历中记录与患者的对话交流内容,这是应该做到的。

在临床实际工作中,并不像医学院课堂讲义所讲的内容一样,实际工作中可能碰到许多不确定的情况,要使患者充分理解这一点。你手持手术刀时必须要有充分的自信力和坚定的意志力。手术治疗很少能做到使患者百分之百地改善自觉症状,治疗可能只得一部分或大部分改善,这一点务必使患者充分理解。医师不能用高人一等的态度对待患者,要从患者的地位、角度出发,以诚恳温和的语言与患者交谈。患者的背景各不相同,因此性格和思维方式也都不一样,有相同的背景、相互了解时,医师会把患者当作自己的兄弟和亲人来处理。但是医师每天遇到的各种患者,生长的环境不同,成长的背景也不同,患者的想法、要求也不一样,甚至会遇到歇斯底里的人、自闭症的人、依赖

性很强的人、强迫症的人、自虐性格的人、冷淡的人、妄想以及强迫症等各种各样的人。还有一种情况，因为与患者的术前谈话很少，也不了解患者的背景时，例如交通事故时赔偿金的谈判过程中、工伤损害尚未进入法律程序的长时间等待中等，复杂的心理背景致使病人对其他人有戒备心理，忧郁状态、感情用事的人也很多。在我的门诊，我让等待的患者做一个问卷，即CMI（Cornell Medical Index）来了解患者的心理状态。在CMI问卷中，有些人非常冷静地面对一切，有些人有很多烦恼，抱有“还不如死了”这种想法，后者在大医院中要介绍给其他科的医师会诊，多方面给予帮助和治疗：精神科给予精神分析，社会服务人员、临床心理师以及对这类患者诊疗有专长的精神科医师一起给予心理治疗等，密切联络，随访治疗。

在术前对患者通常需做到：①了解患者所知的医学相关知识的水平；②仔细地解释；③如果可能的话，实事求是、科学、客观、正面地谈话；④避免感情用事；⑤对治疗效果尽量正确预测；⑥始终坚持要解决问题的态度；⑦不要说一些使患者不安、担心、恐惧的话；⑧让患者感到医师会尽一切力量来帮助他。

C. 总结

单纯从科学这个角度来治疗患者是不行的，医师以医学为基础，根据目前学科的认知水平，对患者进行有限的治疗。

仅仅根据教科书中的理论进行治疗的结果并不能达到最好的效果，学习前辈们积累的临床经验和医疗技能，学习各种各样的手术方式，并且将对每个患者治疗的经验进行积累，逐渐成为一个有实力的医师。

医疗是医学的应用科学，临床的医疗效果是有限度的，这种有限度的治疗必须让患者能理解。良好的手术治疗要努力使患者满意，这一点是医师必须努力做到的。手术前知情同意的要点是医师要掌握好医疗、手术治疗的有限性，对于患者的病情采用恰当的手术，术后才可以获得最大限度的恢复，也需要充分地考虑患者的期望值等。另外，作为医师一定要尽力努力，对有恐惧心理的患者要尽量沟通，建立互相信任的关系，这一点医师一定要牢记在心上。

（平泽泰介）

〈参考文献〉

- [1] 辻 陽雄：術前のインフォームドコンセントと術後の説明. 松井宣夫，平澤泰介，伊藤達雄（編）：整形外科術前・術後のマネジメント，pp 1-5，医学書院，1998
- [2] 星野一正：医療の倫理. 岩波書店，1991
- [3] 水野 肇：インフォームド・コンセント—医療現場における説明と同意. 中央公論社，1990
- [4] 宮本恒彦（編著）：実践インフォームド・コンセント—患者にとってよりよい医療提供のために. 永井書店，2003

2 骨科侵袭性检查

骨科检查最常见的是X线透视,检查时医技人员和患者的X线防护是很必要的。此外,检查前的知情同意包括:①疾病名称和目前病情;②检查目的和必要性,可采用的其他检查方法;③检查过程和检查后的处理;④能预测到的可能的早期、晚期并发症,局部和全身相关影像学检查和造影剂等药物使用说明。以上这些必须取得患者同意。

骨科具有侵袭性的检查包括脊柱方面的脊髓造影、关节腔检查、血管造影、骨和软组织的穿刺活检、电生理学检查等。关于关节镜下手术和组织活检将在以后的相关疾病章节中详细讲述。这些检查通常在局麻下和意识清醒的状态下进行,患者往往存在恐惧心理,检查者和患者可以交谈、解释,消除患者不安的情绪并安慰患者。

1. 脊柱方面的检查(不包括活检)

[一般要点]

脊柱方面的检查通常需要做造影下的X线检查,医生在开始检查前必须熟悉该造影剂的特点、使用浓度、使用量以及造影剂的副作用、患者能否忍受检查过程中的体位、穿刺部位皮肤软组织是否正常,如果在毛发部位,是否需要备皮、术前阿托品等药物的使用、静脉开放等。进入检查室,医技人员需戴手术室帽子和口罩,室内空气消毒,防止术后感染的发生。脊柱的检查一般均需入院检查,拍摄的方法、登记时间的安排应和放射科室协调。

① 脊髓腔造影(myelography)

①腰椎穿刺;②C1/2侧方穿刺;③乳突下穿刺。通常①为侧卧位,②、③在俯卧位下

进行,拍摄体位通常用俯卧位,也可能根据不同疾病、拍摄特殊部位、造影剂的特点有所不同。

② 椎间盘造影(discography)

①腰椎;②胸椎;③颈椎部。①、②为俯卧位、后侧卧位,③为仰卧位。拍摄体位根据疾病不同而各异,也可采用动态拍摄。

③ 神经根造影(radiculography)

①腰椎;②颈椎。①为俯卧位,②为仰卧位穿刺造影。通常可合并麻醉阻滞封闭,确认病变节段。

④ 椎间关节造影(arthrography)

①寰枢关节;②腰椎部。掌握好造影剂的扩散时间和形态,麻醉阻滞后确认病变部位。

a. 检查前准备

准备好消过毒的穿刺包、注射器、局麻药、造影剂等,在①的情况中准备奎根氏髓压测定器具、脑脊液检查试管等。在脊柱肿瘤、椎间盘突出症剧烈疼痛的状态下,多数患者不能忍受俯卧体位,可先期给予镇痛药物后穿刺,缩短拍摄时间,避免重复操作。重症颈髓症患者应避免颈椎过伸位,防止加重麻木症状。

穿刺时注意是否有出血,如果出血不能停止的话应终止检查,特别是有出血倾向的患者,需使用较细的穿刺针谨慎地操作。

b. 检查后的管理要点

除了全身和局部问题之外,①的情况检查后半卧位卧床休息4~6h,目的是防止造影剂进入颅腔内,②、③、④的情况卧床休息1~2h即可。

要注意①的情况下有无脑脊液漏(头痛、恶心)、脑膜刺激症状(头痛、恶心等)、造