


护理基础与技能提高系列用书

外科护理 技术指导

| 刘毅 著

 世界图书出版公司
广州·上海·西安·北京



前言

PREFACE

为了适应新的形势和变化,更好地为广大护理工作者、护理专业学生服务,特编写了本书。本书在强调外科护理学基本知识和基本技能的基础上,注重学生的综合能力和临床护理实践能力的培养。

为了拓宽学生的知识面和激发学生学习外科护理学的兴趣,笔者在部分章节进行了知识拓展,以便了解一些疾病治疗的前沿知识和热点。另外,为了更好地贴近临床和实际应用,在讲述重大疾病之前添加了关于本疾病的典型案例,便于读者灵活地学习和掌握重点知识。

为了保证本书内容的新颖、准确,更好地掌握临床外科护理知识,笔者对内容进行了反复斟酌和修订,但由于时间仓促、水平有限,书中不足之处在所难免,在此恳请广大读者予以指正。

目录

CONTENTS

第一章 外科护理概论	1
第一节 外科护理学的概念与范畴.....	3
第二节 外科护理学的课程性质、目的、任务和发展.....	4
第三节 如何学好外科护理学.....	7
第四节 外科医生应该具备的人文素养.....	9
第五节 外科医生的职业精神与理念塑造.....	12
第二章 手术室管理和工作	17
第一节 概述.....	19
第二节 手术前患者的护理.....	20
第三节 手术室管理工作现状与统筹.....	23
第四节 信息化管理在手术室管理中的应用.....	26
第五节 流程管理对手术室工作效率分析.....	32
第三章 外科感染患者护理	35
第一节 概述.....	37
第二节 浅部组织的化脓性感染.....	40

第三节	手部急性化脓性感染	47
第四节	全身性外科感染	50
第五节	特异性感染	53
第四章	麻醉患者护理	59
第一节	概述	61
第二节	麻醉前工作	62
第三节	局部麻醉	65
第四节	全身麻醉	67
第五章	损伤患者护理	73
第一节	创伤	75
第二节	烧伤	80
第三节	冻伤	88
第四节	咬伤	91
第六章	骨科患者护理	97
第一节	骨科患者一般护理	99
第二节	骨折患者护理	109
第三节	关节脱位患者护理	131
第七章	外科休克患者护理	143
第一节	概述	145
第二节	感染性休克患者护理	154
第八章	头颈部、胸部和腹部疾病患者护理	157
第一节	头颈部疾病患者护理	159

第二节	胸部损伤患者护理.....	166
第三节	腹部损伤患者护理.....	172
第九章	手术前后患者护理	181
第一节	概述.....	183
第二节	手术前患者的护理.....	184
第三节	手术后患者的护理.....	189
参考文献		198



第一章 外科护理概论



第一节 外科护理学的概念与范畴

护理学是一门独立的、综合的、为人类健康服务的应用性学科。

外科护理学是护理学的一大分支，是研究如何对外科病人进行整体护理的临床护理学科。

现代护理观是以人的健康为中心，全面照顾护理对象在生理、心理、社会各方面的需求，达到促进健康、预防疾病、协助康复、减轻痛苦的目的。

健康是指身体上、精神上和社会适应上均处于完好状态，而不只是没有疾病和衰弱。

发展历程：以疾病为中心→以病人为中心→以人的健康为中心。

外科护理学与外科学紧密相关，外科学是医学科学的一个重要组成部分。在古代，外科学的范畴仅仅限于一些体表的疾病和外伤，但随着医学科学的发展，对人体各系统、各器官的疾病在病因和病理方面获得了比较明确的认识，加之诊断方法和手术技术不断地改进，现代外科学已经包括许多内部的疾病。按病因分类，外科疾病大致可分为五类：

一、损伤

由暴力或其他致伤因素引起的人体组织破坏，如内脏破裂、骨折、烧伤等，多需要手术或其他外科处理，以修复组织和恢复功能。

二、感染

致病的微生物或寄生虫侵袭人体，导致组织、器官的损害、破坏、发生坏死和脓肿，这类局部的感染病灶适宜于手术治疗，如坏疽阑尾的切除、肝脓肿的切开引流等。

三、肿瘤

绝大多数的肿瘤需要手术处理。良性肿瘤切除有良好的疗效；对于恶性肿瘤，手术能达到根治、延长生存时间或者缓解症状的效果。

四、畸形

先天性畸形，如唇裂腭裂、先天性心脏病、肛管直肠闭锁等，均需施行手术治疗。后天性畸形，如烧伤后瘢痕挛缩，也多需要手术整复，以恢复功能和改善外观。



五、其他性质的疾病

常见的有器官梗阻，如肠梗阻、尿路梗阻等；血液循环障碍，如下肢静脉曲张、门静脉高压症等；结石形成，如胆石症、尿路结石等；内分泌功能失常，如甲状腺功能亢进症等，也常需手术治疗予以纠正。

外科学与内科学的范畴是相对的。如上所述，外科一般以需要手术为主要疗法的疾病为对象，而内科一般以应用药物为主要疗法的疾病为对象。然而，外科疾病也不是都需要手术的，而是在一定的发展阶段才需要手术，如化脓性感染，在初期一般先用药物治疗，形成脓肿时才需要切开引流。而一部分内科疾病在它发展到某一阶段也需要手术治疗，如胃十二指肠溃疡引起穿孔或大出血时，常需要手术治疗。不仅如此，由于医学科学的进展，有的原来认为应当手术的疾病，现在可以改用非手术疗法治疗，如大部分的尿路结石可以应用体外震波，使结石粉碎排出。有的原来不能施行手术的疾病，现在已创造了有效的手术疗法，如大多数的先天性心脏病，应用了低温麻醉或体外循环，可以用手术方法来纠正。由于介入放射学的迅速发展，使外科与内科以及其他专科更趋于交叉。因此，随着医学科学的发展和诊疗方法的进步，外科学的范畴将会不断地更新变化。

第二节 外科护理学的课程性质、目的、任务和发展

一、课程性质、目的和任务

外科护理学是在社会科学、自然科学理论指导下的一门综合应用科学，是研究如何对外科病人进行整体护理的临床护理学科，与外科学紧密相连。它包含医学基础理论、外科学基础理论和护理学基础理论与技术。外科护理学的教学目的是使学生在现代医学模式和现代护理观的指导下，适应社会经济发展和人群健康需求变化，适应科学技术的发展，适应医学模式的变化与发展，适应医学教育的改革与发展，对创伤、感染、肿瘤、畸形、梗阻、结石等各类外科病人根据人的身心、社会、文化需要，以人的健康为中心，以护理程序为框架，提供优质的个体化整体护理。

外科护理学是护理专业的主干课程，也是重点课程之一，历经约 20 年的发展历程，取得了显著成就。

二、外科护理学的发展

外科学和整个医学一样，是人们长期同疾病做斗争的经验总结，其进展是由社会各个历史时期的生产和科学技术发展所决定的。



（一）外科三大难题

1. 伤口感染化脓

伤口感染化脓，在医学上讲，就是局部伤口出现了感染的症状。外科上对这种情况的处理原则首先就是引流，将伤口的脓液充分排除，将伤口的窦道或者伤口内部进行充分的冲洗，使局部的细菌数量达到较低的水平。作为患者，除了到医院让外科医生进行局部的充分的换药引流做伤口处理之外，运动时要注意适当的制动，停止锻炼，也不能爬楼或者做比较剧烈的运动，因为这样会导致局部的感染加重。在饮食上宜清淡，同时还可以口服抗生素抗菌，增强局部抗感染能力。

2. 手术出血和疼痛

手术出血和疼痛可能是以下几种原因：一是术中血管壁受损但未破裂，术后由于炎症浸润、血管压力变化、局部组织恢复不良等因素诱发其破裂出血；二是血管受损并破裂，但因术中血管收缩剂的使用、血管自身收缩，以及术后填塞的压迫作用，受损破裂血管并未在术中及术后早期发生出血，且自身凝血过程启动，在血管破损处形成血凝块止血，但这种止血机制相较于主要血管的损伤程度、解除外源压迫、术区局部炎症反应、血管压力改变等合力作用还是比较脆弱的，因此，血凝块脱落、血管损伤处再暴露而发生出血；三是手术中动脉血管不完全撕裂，导致血液进入动脉外膜，局部形成血肿，在血流的冲击下，受损血管与血肿始终相通，不断扩大形成假性动脉瘤，其外壁相较于正常血管结构薄弱，诱发因素出现时更容易破裂出血；还有一种可能是在手术过程中并未明确损伤血管结构，而是过多破坏血管周围组织而导致的出血。

根据实际情况，可以通过以下方式进行治疗：一是在手术过程中尽可能减少正常组织结构的损伤，这需要扎实的专业解剖知识；二是减少对术后恢复造成不利影响的因素。

手术疼痛曾是妨碍外科发展的重要因素之一。1846年，美国 Morton 首先采用了乙醚作为全身麻醉剂，并协助 Warren 用乙醚麻醉施行了很多大手术。自此，乙醚麻醉就被普遍地应用于外科。1892年，德国 Schleich 首先用可卡因做局部浸润麻醉，但由于其毒性高，不久即由普鲁卡因所代替，至今普鲁卡因仍为安全、有效的局部麻醉药。

伤口“化脓”是100余年前外科医生所面临的最大困难问题之一，当时，截肢后的死亡率竟高达40%~50%。1846年，匈牙利 Semmelweis 首先提出在检查产妇前用漂白粉水将手洗净，遂使他所治疗的产妇死亡率自10%降至1%，这是抗菌技术的开端。1867年，英国 Lister 采用石炭酸溶液冲洗手术器械，并用石炭酸溶液浸湿的纱布覆盖伤口，使他所施行的截肢手术的死亡率自40%降至15%，从而奠定了抗菌术的基本原则。1877年，德国 Bergmann 对15例膝关节穿透性损伤伤员仅进行伤口周围的清洁和消毒后即加以包扎，有12例痊愈并保全了下肢，他认为，不能将所有的伤口都视为感染的，而不让伤口再被



沾污更为重要。在这个基础上他采用了蒸气灭菌，并研究了布单、敷料、手术器械等灭菌措施，在现代外科学中建立了无菌术。1889年，德国 Furbringer 提出了手臂消毒法，1890年，美国 Halsted 倡议戴橡皮手套，这样就使无菌术趋于完善。

手术出血也曾是妨碍外科发展的另一重要因素。1872年，英国 Wells 介绍止血钳，1873年，德国 Esmarch 在截肢时提倡用止血带，他们是解决手术出血的创始者。1901年，美国 Landsteiner 发现血型，从此可用输血来补偿手术时的失血。初期采用直接输血法，但操作复杂，输血量不易控制；1915年，德国 Lewisohn 提出了混加枸橼酸钠溶液，使血不凝固的间接输血法，以后又有血库的建立，才使输血简便易行。

直到19世纪中叶，无菌术、麻醉止痛技术的问世，使外科学飞跃发展。

现代外科学奠基于19世纪40年代，先后解决了手术疼痛、伤口感染和止血输血等问题。

1928年，英国 Fleming 发现了青霉素；1935年，德国 Domagk 提倡用百浪多息（磺胺类药），此后各国研制出一系列抗菌药物，为外科学的发展开辟了一个新时代。再加以麻醉术的不断改进，输血和补液日益受到重视，这样就进一步扩大了外科手术的范围，并增加了手术的安全性。20世纪50年代初期，低温麻醉和体外循环的研究成功，为心脏直视手术开辟了发展道路。20世纪60年代开始，显微外科技术的进展，推动了创伤、整形和移植外科的前进。20世纪70年代以来，各种纤维光束内窥镜的出现，加之影像医学的迅速发展（B超、CT等）大大提高了外科疾病的诊治水平。

（二）外科学在深度、广度方面迅速发展

随着现代外科学在广度和深度方面的迅速发展，现在任何一个外科医生已不可能掌握外科学的全部知识和技能；为了继续提高水平，就必须有所分工。因此，外科要进一步分为若干专科：有的是按人体的部位，如腹部外科、胸心外科；有的是按人体的系统，如骨科、泌尿外科、脑神经外科、血管外科；有的是按病人年龄的特点，如小儿科、老年外科；有的是按手术的方式，如整复外科、显微外科、移植外科；还有的是按疾病的性质，如肿瘤外科、急症外科等。特别是由于手术范围的日益发展，对麻醉的要求不断提高，就需要有麻醉医生；建立监护病房，也是为了达到同一目的。此外，生物工程技术对医学正在起着更新的影响，而医学分子生物学的进展，特别对癌基因的研究，已深入到外科领域中。毫无疑问，外科学终将出现多方面的巨大变化。

（三）21世纪外科发展的主流

第一，蓬勃发展中的微创外科手术是一把“双刃剑”，手术本身就意味着损伤，外科医生追求的最高境界是既清除病变，又保护组织并恢复功能。自20世纪70年代以来，软质内镜的出现，便开始了微创技术向传统外科的渗入。1983年，英国医生 Wickham 首先



提出微创外科 (minimally invasive surgery) 的概念, 到 1987 年, 法国医生 Mouret 完成了世界上第一例电视腹腔镜胆囊切除术以后, 微创外科的概念才逐渐被广泛接受。至今大多数手术可以通过内镜和腔镜的方法完成。

但是腹腔镜手术自身的技术特征却束缚了外科医生眼和手的功能, 降低了灵巧性。2000 年, 美国食品药品监督管理局同意将机器人用于普通外科手术, 手术机器人增加了外科医生的灵活性, 并恢复了外科医生对术野的自主平稳控制力。2001 年, 具有跨时代意义的远程手术在美国纽约和法国斯特拉斯堡之间完成。现在微创外科正朝着无体表切口的方向发展, 2007 年, 法国医生 Marescaux 领导的医疗小组完成了人类第一例真正意义上的“经自然孔道 (主要是经口腔、肛门、尿道及阴道) 内镜外科 (natural orifice transluminal endoscopic surgery, NOTES)”手术, 为一例 30 岁女性病人通过阴道成功施行胆囊切除术。

微创手术作为一种技术, 事实上大多数是手术入路的微创化, 只是有创手术走向无创手术的一个中间阶段, 最终将被物理、化学、基因等治疗手段所取代。微创外科的发展离不开科学技术的推动, 更离不开外科医生的需求, 而不断出现的新型器械则可以刺激外科医生技术的提高。而作为一项技术, 总会有其适应和禁忌, 我们都应该理性地去理解和接受并发展之。

第二, 器官移植——从神话到辉煌的现实。早在公元前 300 年, 我国古代就有人将以器官移植治疗疾病作为一种神奇的传说而加以描述。法国科学家 Chyppi 于 1912 年首创的血管直接吻合法, 使器官移植成为可能。

1954 年, 美国外科医生 Murrav 成功地施行了肾移植并获得了长期存活。肾移植正式掀开了现代器官移植的篇章。1963 年, 肝移植 (Starzl) 和肺移植 (Hardy), 1966 年, 胰腺移植 (Hillehei), 1967 年, 心脏移植 (Barnard) 先后获得成功。到 20 世纪 70 年代末 80 年代初, 由于新型免疫抑制剂的问世, 特别是与器官移植相关的一些学科推动了器官移植的全面发展。20 世纪 90 年代以后, 在一些大的医疗机构, 器官移植已成为安全有效的手术而广泛开展。

第三节 如何学好外科护理学

随着外科学的不断发展, 我国外科护理工作与时俱进, 看到了自身的不足之处, 进一步加强与各外科护理人员的交流, 学习国外先进的护理技术, 承担起时代赋予的历史重任, 为外科护理学的发展做出应有的贡献。

作为外科护士, 不仅要学习和掌握本学科相关的知识和技能, 用于实践, 也要全面提高自身素质, 着眼本学科的发展趋势, 加强国际交流与合作, 学习先进的技术和理论, 创



造成功的护理模式。

一、以现代护理观为指导

现代护理学理论包括四个基本概念——人、环境、健康、护理。1980年，美国护士学会提出“护理是诊断和处理人类对现存的或潜在的健康问题的反应”，充分体现护理的根本目的是为服务对象解决健康问题。几百年来，生物医学领域技术取得了长足进步，并对护理学的发展起到推动作用。但美国恩格尔提出的生物—心理—社会医学模式则为护理学的发展注入了新的生机，为护理学指明了新的发展方向。

护士是护理的提供者、决策者、管理者、沟通者和研究者，也是教育者。护理是护士与病人之间的互动过程，护理的目的是增强病人的应对和适应能力，满足病人的各种需要，使之达到更佳的健康状态。概括而言，外科护士在护理实践中，应严格要求自己，始终坚持以人为本，以现代护理观念为指导，以护理程序为框架的整体护理模式，收集和分析资料、评估病人现在的和潜在的护理问题、采取有效的护理措施并评价其效果。

二、树立正确的职业观和价值观

学习外科护理学主要是为了掌握知识，更好地为人类健康服务。作为一名外科护理工作者，仅有知识还远远不够，欲有效体现所学知识的价值并学以致用，关键是树立正确的职业观和价值观。为人类健康服务并非一句空话，需要有正确的指导思想和实质性内容，那就是在全心全意为病人服务的指导思想下，在实践中运用所学知识奉献爱心。只有学习目的明确、具有学习的欲望和乐于为护理事业无私奉献者，才能心甘情愿地付出精力并学好外科护理学。

三、坚持理论联系实际

外科护理学是一门实践性很强、为人类健康服务的应用性学科。学习过程中，一方面，要认真学习书本上的理论知识；另一方面，必须参加实践，将书本知识与临床护理实践灵活结合。坚持理论联系实际，使学习过程不仅仅停留于继承的水平，更应使之成为吸收、总结、提高的过程。学习外科护理学应结合案例，进一步印证、强化书本知识，才有助于解决护理实践中的一系列问题。在护理实践中，护士必须具备整体观念，仔细观察、加强护理、及时评价护理效果。通过独立思考，将感性认识与理论知识紧密结合，提高发现问题、分析问题和解决问题的能力。只有这样，才能不断拓展自己的知识和提高业务水平，成长为一名合格的外科护士。



第四节 外科医生应该具备的人文素养

社会科学技术的发展和现代科技在临床中的应用,提高了外科医生的治疗水平。如器官移植技术的应用极大改善了心、肝、肾等器官终末期疾病的预后,微创外科手术减轻了患者的痛苦。但同时也使外科领域成为一门高风险的科室,给外科医生带来了严峻的挑战,主要表现如下:人体的复杂性及外科技术的局限性使得外科医生的职业风险性高;外科医生对患者的临床决策存在差异;患者、家属及社会对医学的价值诉求与医学原则的矛盾难以平衡;手术治疗存在并发症风险;看病难及医药费贵等问题转变为社会对医院及医生的误解等。这些问题均可能转变为一场医患纠纷,传统上受人尊重的职业,为何如今外科医生的工作越来越困惑?这就需要在当前医疗环境下提高外科医生的人文素质,提高其处理问题的能力与技巧,建立和谐的医患关系,规避职业风险。

外科医生的人文素质是指除了专业素质以外的其他素质,包括医生的职业气质、为人处世、学术道德及对待一切事务的看法等。

一、良好的职业素养

职业素养包括了哲学理念和人文修养。人文修养体现了医生“以人为本”的服务理念,哲学是分析问题、解决问题的思维方法。外科医生在诊疗过程中通过从病史、体征及各项检查中收集信息来做出临床决策。具体到每一病人时,就需要在正确诊断的基础上,选择合理设计术式及手术范围,对可能的问题做好防范措施。这种哲学理念在外科实践中,往往比技术更重要。外科医生需要提高外科技能并将哲学理念运用到外科的实践过程中。临床服务对象是有生命的人,人是有感情、意识的。外科医生通过如何看待病人、如何处理自身与患者及社会关系上来表现自身的基本人文修养。良好外科医生应在具备高超技术的基础上还需要具备一些人文素质,如良好的品德、修养和作风等。在手术前与患者的沟通主要是交代手术的必要性、方法、可能出现的并发症及应对措施等,对于大多数医生只是例行公事,按照规章进行,但对于患者和家属而言却至关重要。许多患者及家属在与医生的谈话结束后仍存在较多的疑虑,甚至拒绝手术。这主要与医生在与患者及家属沟通时,表达上过于生硬,未设身处地为患者及家属着想,对于该解释未能确切交代,未解除顾虑,建立患者信心;甚至部分医生的表达方式及语气造成患者及家属的误解,如认为即使手术出了问题,也与医生无关,而是患者的问题,导致患者及家属不接受手术。



职业素养应该如何培养呢？作为一个外科医生，需要学习的东西确实够多，要做的事情太多，新技术层出不穷，社会舆论与压力的增大等，都迫使医生必须谦虚谨慎地去工作和学习，不断提高自身的修养。临床上外科医生应通过跟踪最新研究进展，加强业务学习及涉猎哲学、文学、艺术、伦理及心理等社会科学的学习来提高自身的综合素质。当外科医生具备了丰厚的人文底蕴时，就会有一种升华感，更有助于外科医生诊治患者。

二、注重科学的临床思维

医生应具备的临床思维是以逻辑思维为基础，通过已有的医学理论和临床经验对外科疾病进行综合判断，科学的临床思维是对疾病做出正确诊断的关键。临床中称职的外科医生需要具备渊博的医学知识、丰富的临床经验、良好的职业精神、严谨的工作态度、科学的思维方法。要培养科学的临床思维可以从以下三方面加强：

1. 巩固基础知识。外科医生需要巩固自己对解剖、生理生化等基础医学知识的掌握，促进结合临床分析和解决临床问题的能力。
2. 拓宽知识面。外科医生需要在掌握专业知识之外，还需加强对人文、自然科学层面知识的学习，拓宽自己的思路。
3. 按规定严格采集病史，做好全面检查。正确理解并正确解释各项检查结果，通过加强与医技人员的沟通来提高自身对某些特殊检查的分析能力。

三、提高临床沟通技巧

在当前医患纠纷产生的原因中，较为突出的原因是侵犯患者知情同意权及医患沟通障碍，有数据表明，80%以上的纠纷与医患交流沟通障碍有关。首先，着装整齐是外科医生的基本素质，建立良好的第一印象有利于建立患者与家属的信任。其次，在医患沟通中，医生需要将沟通与法律常规相结合，建立法律意识，按照正规的操作流程进行沟通，充分尊重患者的知情同意权和隐私权，确保患者的权益不受侵犯，同时也有助于维护外科医生自身的利益，以便最大限度杜绝医患纠纷的发生。最后，和谐的医患关系除需要提高职业素质外，还需要感情的沟通来维系。外科医生需要注意在沟通过程中，表现出尊重患者、善待患者，给予患者更多的人文关怀。

笔者在临床实习时，曾见证过这样一个例子。某医生在为—外伤性小肠破裂患者手术时，发现患者的阑尾红肿，在未征得患者及其家属同意的情况下做了阑尾切除术，术后患者虽痊愈出院，但多次要求医院赔偿切除阑尾的损失费，引起了一场医疗纠纷。其原因主要是医生没有充分履行患者知情同意权的告知义务，没有在术中与患者或其家属进行及时沟通与必要解释。因此，需要加强外科医生的临床沟通能力，这对于年轻的外科医生来说尤为重要。年轻医生可能因缺少专业经验而处于劣势，如果不能掌握有效的临床沟通技巧，那么患者对你的信任度就会大打折扣，这将直接或间接影响患者治疗的效果和病情的好转。



四、营造人文环境氛围

外科管理者需要注重从细节入手,营造科室浓厚的人文环境,加强科室文化建设,为外科医生制造良好的人文环境,以使外科医生心情愉悦地投入到工作中。在具体科室中,实行将外科医生人文素质水平纳入到考核中,建立奖励机制,完善激励机制。具体为对表现好的外科医生进行鼓励,促进医生自觉加强人文素质建设。此外,注意引导媒体宣传,加强对医生的关心,不应以点概面制造医患矛盾的舆论,以便为医生创造一个良好的人文氛围。

五、重视外科医疗过程中的人文关怀和人性化服务

外科手术本身就是一种创伤,在某些情况下会出现难以避免的并发症,延长康复时间。如果手术效果不满意,不但不能解决患者的躯体痛苦,相反更会加重其心理负担,这对外科的临床工作提出了较高的要求。作为一名外科医生,不仅要从医学的角度考虑一般的临床常规工作,更多的是应该站在患者的立场去考虑如何实现“人性化”的临床工作,让患者在自然、正常、充满人性关怀的状态下经历整个外科诊疗过程。

以前,常有患者抱怨“看病难,住院难”的问题。近年来,医院通过以患者为中心,加强医院运行管理,优化服务流程,提高了效率。例如,把平均住院日从15.3天降低到8.2天,不仅能合理有效地缩短患者等候床位时间,同时还有助于缓解看病难,看病贵问题;通过开展预约诊疗服务,有利于患者进行就医咨询,提前安排就医计划,减少了患者的候诊时间,也有利于医院提高效率 and 降低医疗安全风险;手术室实现全天候开放和开展日间手术,剔除了不必要的等候时间,极大地方便了患者就医。以上这些措施充分体现了“以人为本,患者至上”的核心价值观。

就具体的服务患者来说,应注意以下一些细节。例如,术前谈话是患者手术前要经历的重要步骤,尤其对手术高度紧张的患者要由主刀医生与患者进行术前谈话,交代手术的必要性、安全性、危险性、术后可能出现的问题,以及对策与准备等。可是笔者发现,有的患者在谈话之后,却顾虑重重,甚至拒绝施行手术。其原因是医生在术前谈话时,过于简单生硬,过于程序化,应该交代的确实都交代了,但是应该让患者树立信心及与医生积极配合治疗的方面却谈得很少。试想,这种情况下患者又怎么能接受手术呢?这不仅是谈话艺术,也是人文关怀的体现。

外科治疗的同时,还要更多地考虑治疗方法的人文价值,最大限度地改善患者的生存质量。比如,在乳腺癌手术中,外科医生应该在条件许可的情况下给患者提供几种手术方案,并与患者本人讨论各种术式的利弊,鼓励患者参与自己手术方案的选择,尽量避免常规手术所造成的巨大手术疤痕,使女性患者术后在生理和心理上都得到很好的康复。

在手术结束后,最好由主刀医生将患者推送回病房,及时解决患者的术后疼痛、腹胀



等不适,给患者传递一种温暖的感觉,使之得到全方位的人文关怀。例如,有一位医生,每次在手术结束时都亲手帮助活动不便的患者穿衣提鞋,并送到病房,出院后还定期给患者打电话,询问恢复情况,并提醒其注意事项。这让患者在离开了医院以后,仍然可以感受到来自医院和医生的关心。就是这些微不足道的小事却在实际工作中产生了良好的效果,这位医生几乎没有发生过医疗纠纷,即使有时出现术后并发症,患者也毫无怨言,也会主动配合治疗。

第五节 外科医生的职业精神与理念塑造

一、外科医生的职业精神

(一) 外科医生职业精神的解读

1. 医学职业精神概述

医学职业精神 (medical professionalism) 作为专门的学术用语,是借鉴国外职业精神研究成果而出现的一个专用名词。国内精通英语的学者多主张自译成“医学专业精神”。

将古今中外无数医家所集中体现出来的精神追求及其达到的思想境界进行概括、抽象,就可以给医学职业精神做出如下的界定:医学职业精神是指从医者表现在医学行为中的精彩的主观世界,是其在医学实践中创立和发展并为整个医学界乃至全社会、全人类所肯定和倡导的基本从业理念、价值取向、职业人格及其职业准则、职业风尚的总和。医学职业精神是科学精神与人文精神的统一、群体性与个体性的统一、实然性与应然性的统一,而其实质是医学人集求真扬善于一体的职业价值追求。

2. 外科医生职业精神界定

外科医生职业精神是医学职业精神的特殊表现形式和重要组成部分。一般来说,外科医生职业精神的主要内容有职业立场(即世界公认的医学人道主义和利他主义的专业要求)、职业目的(即通行于医学界的救死扶伤、服务健康的专业要求)、职业态度(即从医者必须具备的爱岗敬业、恪尽职守的专业要求)、职业理想(即全面优化医学价值追求的医乃仁术、大医精诚的专业要求)所构成。其表现形式主要如下:职业素质,即科学素质与人文素质的整合;职业人格,即科学人格与人文人格的整合;职业风尚,即科学风尚与人文风尚的整合;职业准则,即科学准则与人文准则的整合。其中,职业素质与职业人格主要是由外科医生个人加以体现,职业风尚与职业准则主要是由外科医生群体加以体现。职业素质与职业风尚是实然性和描述式的,而职业人格与职业准则则是应然性的和蓝图式的。