维普资讯 http://www.cqvip.com



术后水肿的发生，应常规给予[3]。及时吸出、吸尽气管、口腔的分泌物，也是保证手术安全的重要措施。

3.目前认为异丙酚是较为理想的静脉麻醉药物，具有起效迅速，睡眠深入，作用确实，术毕迅速恢复吞咽反射等特点，且生理扰乱少，恶心、呕吐发生率低，复合应用显示出很多优越性[2]。

## 参 考 文 献

1.张春红，张 军.神经外科手术应用R-OH复合麻醉的初步体会.见《综合临床医学》.北京：中国环境科学出版社，1999.829.

2. 黄宇光，罗爱伦，主编. 21世纪医师丛书麻醉分册.第一版.北京：中国协和医科大学出版社，2000. 68－75.

3. 赵淑华，王素锦. 支持喉镜下声带息肉切除术的麻醉体会.华北煤碳医学院学报，2000，2:46－47.

（收稿日期:2002－11－18）

# 做好术前准备减少骨科急诊术后医疗纠纷的体会

林 立* 裴国献* 顾立强* 林昂如* 陈国奋* 王 钢* 金明新* 陈 滨*

手术时，做好术前准备，搞好术前谈话及签字，早已成为我们日常诊疗工作常规。但近年来随着社会主义市场经济体制的逐步建立和完善、患者法律意识的普遍增强、部分新闻媒体不客观的报道、极少数医务人员服务观念淡薄、措施不到位等，衍生了一些医患相互间的矛盾，部分进而演变成医疗纠纷和官司。据统计，近几年来我国医疗纠纷每年以10％的速度递增，而外科领域发生的医疗纠纷，约占整个医疗纠纷的56.2％～67.1％[1]，其中骨科领域急诊手术发生的医疗纠纷占了相当大的比例。正确认识骨科急诊手术的特点，仔细分析产生医疗纠纷的原因，提出并采取相应的解决措施，为降低医疗纠纷的发生，同时为拓宽本单位医疗市场，扩大病人收容量，都有着十分重要的意义。

我院地处交通要道，创伤骨科是全军创伤骨科中心，曾成功完成亚洲首2例异体手移植手术并在社会上引起广泛影响[2]。科室有70张床位，每年收治病人约1000名左右，收治范围包括四肢骨关节及骨盆的严重创伤，特别是肢体的多发性骨折或还伴有的软组织损伤等，急诊病人来自临近的周边地区。科室医生工作的特点是三多，即突发病人多、重症多、非正常工作时间入院就诊多。近五年来，全年平均有急诊病人800名左右，其中需急诊手术的病人约450名，特别是部分病人需急诊住院手术治疗。而病人的急诊收治和手术本身又有一定的特点：手术本身风险大、危重和濒临死亡者相对较多；应急状态下、术前准备时间短、部分病人病情复杂、诊断需在手术过程中逐步得到确诊；病人各种隐匿性、不确定性及不可预测因素多；部分灾害性因素，如大型车祸而导致的成批伤员救治，短时间内可能超过科室的急救能力等等。这些均给科室正常工作增加了一定的难度，同时也给如何开展术前谈话，避免医患之间产生矛盾，增加了一定的难度。特别是部分急诊病人为求更好的治疗，由偏远的基层医院慕名转送而来，其强烈的就医心理、对医院技术的过高期盼与目前实际医疗技术水平之间存在的部分差异，极易使患者产生失落心理，此时如果部分医护人员出现工作缺陷，如说话态度方式不注意，护理治疗措施不及时，则易导致医疗纠纷的发生，甚至可严重干扰医院和科室正常的工作秩序。通过近年来的实践和总结，我们认为，应把做好充分的术前准备工作，特别是术前疾病的诊断和术前谈话，作为科室工作、特别是年轻医生提高医术水平和继续医学教育的一项重要内容，以减少医疗纠纷的发生，使医生们能腾出更多的时间和精力，从事其本职工作，更好地为患者服务。

## 一、术前应尽可能明确诊断，避免漏诊，特别是避免误诊

术前医生应详细询问病史，仔细检查，特别注意避免只注意患者局部情况的检查，而忽视全身生命体征的观察；只注重表面的检查，而忽视深层组织损伤的检查，如只注重对骨折损伤的检查和诊断，而忽视了对血管、神经及肌腱的检查；只重视四肢损伤的检查，而忽视其它脏器损伤的检查。对受伤机制复杂的多发伤、复合伤，如高处坠落伤及交通伤的初步诊断，凡是和临床体征不符合的，或怀疑有合并其它脏器损伤的，应注意找出可能的隐匿性损伤。本文建议在处理急诊病人时，凡是致伤因子复杂或损伤性质严重者，均可采用CRASHPLAN计划进行检查诊断[3]，即C代表心脏 cardiac；R代表呼吸 respiratory；A代表腹部 abdomen；S代表脊柱 spine；H代表头颅 head；P代表骨盆 pelvic；L代表四肢 limb；A代表血管 artery；N代表神经 nerve。避免因漏诊和误诊，而给患者造成的危害，这种伤害轻者影响患者的康复时间，增加患者住院费用，重者则可能造成残疾，甚至危及患者的生命。实践发现，通过采用CRASHPLAN（撞击计划）词汇，对骨科急诊住院患者行相关的序列理学检查，可缩短入院后初步诊断的时间，减少对患者无谓的重复检查，避免疾

* 作者单位：510515 广州市第一军医大学南方医院全军创伤骨科中心

维普资讯 http://www.cqvip.com



病检查过程中的漏诊，极大地提高了首诊的准确性。

二、制定相关规章制度，完善术前谈话，提高医生语言艺术

同样的术前谈话，不同的医生对同样的病人和家属可能会得到不同的结果。经过对部分医疗纠纷事后分析，发现大量纠纷所涉及的事件，其实其本身并不构成医疗事故、医疗差错，或根本不存在医疗责任问题，而是由于我们医务人员不善于或不适当的医患沟通所造成[4]。特别是在术前谈话涉及的内容与术后结果略有偏差时，再加上沟通不当，则极易引起纠纷，严重者进而衍变成医疗官司。因此手术医生应该明白，在提高自己医术的同时，应注意谈话的技巧，既不要对疾病轻描淡写、回避事实，使术前签字流于形式，同时又不要扩大事实，使患者及家属产生不必要的恐惧心理，要针对每个病人的病情，实事求是地告诉患者或家属经检查后所做出的诊断、医生拟行的手术术式、术中可能发生的危险性及术后可能出现的问题等。对利用现有的医疗设备等检查手段不能明确诊断，而需通过探查性手术确诊者，亦应在术前向患者及家属解释交待，由家属及患者本人决定是否做手术并与医生一起承担相关的风险。年轻医生在大学所应受的人文教育较少，毕业后的医患人际关系处理水平又相对有限，且这方面的训练和提高，又易被如何提高专业知识这一主题所掩盖。虽然近年来人文教育逐渐被重视，但提高如何与患者沟通的本领，毕竟是一个日积月累的过程，非一日一夕所能掌握。所以，主张凡是相对较复杂的急诊手术，均由主刀的高年资医生负责进行术前谈话，普通的急诊手术术前谈话亦由本院住院总医生负责，一般情况下不主张由实习医生或进修生进行术前谈话。

而对于截肢手术、疑难复杂或患者手术可能有生命危险者，要求术前手术方案必须报科室领导和业务部门值班员，由科室领导同意后，方可实施。必要时可在术前行得益率及风险性评价[5]，以免给日常工作造成不必要的麻烦。应将相关内容反映在病历记载和手术同意书中，手术同意书应包括术后可能出现的本专业以外并发症，如危重病人术后可能出现的多器官功能衰竭、脂肪栓塞等并发症，最后由医患双方分别在同意书上签字。患者清醒时，应遵照新的医疗护理常规，让患者本人及家属分别签字；患者昏迷时，应在手术同意书上标明具体的情况后，让其家属和或单位领导或相关的肇事者一并签字，并标明与患者的关系。为了避免急诊手术时，手术同意书内容的漏写，根据我科的具体情况，将手术同意书设计成固定的表格形式并存储在电脑中，具体使用时手术医生可根据患者不同的病情，再作必要的增减后电脑打印出来，这种方法可节省医生术前不必要的工作量。

三、强化医务人员业务素质和职业道德教育，加强其自我保护的意识教育

医务人员必须树立正确的价值观和人生观、具备平等博爱、仁慈宽厚的传统美德，时刻能以严谨认真的态度处理每一个急诊病人，这是对从事医生这一神圣职业的从业人员的起码要求，也是对已从事这一职业人员的爱护，同时这对减少日益增多的医疗纠纷，又有非常重要的意义和作用。大量处理急诊手术的结果是一把双刃剑，一方面极大地提高了临床医生的诊治水平，另一方面则使部分医生产生“治疗上重视，态度上轻视”的不良现象，使患者及家属主观上感觉医生对自己的病情麻痹、麻木等不应该出现的职业病。此时常易产生医患矛盾，患者及家属认为医生不尽心，医生则认为患者及家属罗嗦，干扰医生治疗。医生们必须时刻明白，即使碰到常见病，亦应认真负责，严格按照医疗规程处理，以免授人以柄，一起医疗官司的出现，将严重影响年轻医生在本单位的发展和前途。上级医生对因医患沟通不当而造成的医疗纠纷，应仔细分析原因，对属于医生方面的问题，应向当事医生说明其危害性，并帮助和纠正，而不能因其不属于医疗纠纷或不构成医疗事故，就听之任之，以免以后酿成大错。本文认为，应在科室树立一种外松内紧的现象，对属于自己医生的问题，应严肃批评，减少医生内因素在医疗纠纷中的不良影响和作用。

处理急诊手术的医生，应将精力多放在如何处理复杂的急诊病人的抢救上，特别是近几年来随着交通事业的迅速发展，骨科范围内出现了过去较少见的严重多发伤、复合伤等疾病，这些疾病的处理手段，亦不断涌现。医生们应不断地更新知识，树立终身学习的思想，这也是医生素质教育和职业道德教育的一项重要内容。手术应以保住患者生命和肢体功能的恢复为最高目标，而不应以医院、科室或者手术医生本人，获得最高利益为目标。四肢骨科手术的特点是病人伤后情况的千差万别、不定性和不定型手术多、部分手术需在手术过程中伺机作相应的改变，因此术前的治疗或手术方案的设计要尽可能周全，对在手术过程中可能出现的意外情况，要在术前想好应对的措施，避免手术台上陷入尴尬两难的境地。同时在治疗上要遵守医学发展本身的客观规律，千万不能为了满足手术医生的个人愿望，而刻意追求新奇手术的设计，亦不能为了科研的需要，而随意给病人增加不必要的检查。

与其它外科手术相比，骨科手术的另一特点即是大量内固定植入材料和器械的使用。因内固定材料使用或选择不当，出现的医疗纠纷或官司亦时常有所报道。科室应注意掌握严格的采购管理制度，器械经审批、验收合格后，方可使用。急诊手术医生在具体使用时，应注意根据具体病例选择合适的器材型号，能用简单的国产器械，就能达到手术的目的，就不应用高档的进口器械，同时掌握好相关的适应证和禁忌证，及手术操作过程中技术操作的正确性，应严格按照产品说明书、医疗技术操作常规进行熟练、正确的操作。产品的质量合格证、器材标志（如注册商标）粘贴在病历中，辅以文字说明，相关内容写入手术同意书、病历及患者的出院医嘱中，以督促患者配合治疗，指导患者的遵照医嘱行为。应将患者术后的处理纳入到术前的准备工作和手术同意书的签订中。在术前即应考虑到术后的处理，要对患者进行认真仔细的观察，以免出现术后并发症，减少可能发生的医疗纠纷。对内固定器械植入者，应向患者交待相关的注意事项，如术后多长时间开始功能锻炼、如何锻炼等等。

维普资讯 http://www.cqvip.com



总之，医疗市场的改革和开放，给广大医务工作者提出了更高的要求，医护人员除了应有科学的态度和医学知识外，还应注意学习和掌握相关的法律学、伦理学等知识，要尊重科学的严谨性以及法律的严肃性。近年来"非特异性"医疗服务提出，即是指在做好医疗服务的同时，关心病人的生活、思想、家庭等情况，并为其提供服务，以调动病人的内在因素，消除思想障碍，促进疾病的良好转归[6]。

## 参 考 文 献

1.邵晓莹. 试论医疗的风险性与医患纠纷. 医学与社会, 1999, (12):35-38.
2.裴国献, 顾立强, 于立新. 异体手移植二例报告. 中华医学杂志, 2000, 80(6) 417-421.
3.张万光, 江观玉. 多发性创伤. 急诊医学, 2000, 9 (5):356-358.
4.夏丹. 完善术前谈话签字制度. 防范医疗纠纷的发生, 中国卫生事业管理, 1998, 18(10): 525-526.
5.耿健. 少妇刘巧玲被医院"治"残. 中国律师报. 1999, 12-11.
6.徐太勇. 强化服务观念防范医疗纠纷. 中华医院管理杂志, 1997, 13 (11):690-692.

(收稿日期:2002-12-10)

# 彩色多谱勒超声在睾丸扭转诊断中的应用价值

曹 霞* 卢晓潇* 王 薇* 王 良*

睾丸扭转是泌尿外科急症，我科对1996年至2002年间经手术或病理证实的25例睾丸扭转病例进行回顾性分析，现报告如下。

一、资料与方法

1.临床资料：本组25例，年龄2～62岁，平均26岁，以20岁以内为多，占60 %(15/25)。临床表现为突然发生睾丸剧痛，疼痛可放射至腹股沟、下腹部或腰部，并伴有恶心、呕吐，甚至休克。体征为睾丸位置升高、阴囊上举、阴囊皮肤发红、水肿，附睾可转至睾丸前方或侧方，或横位睾丸，局部压痛显著，抬高阴囊疼痛不能缓解，甚至有所加重。

2.方法：使用ATL-HDI 3 000及3 500型彩色多谱勒超声诊断仪，应用7.5～10MHz宽频带线阵探头，探查深度为4.0 cm。患者取仰卧位，暴露会阴部，将阴茎贴于腹壁，阴囊下方托一软垫，对双侧睾丸及附睾做常规长轴、短轴扫查，当用彩色多普勒超声观察血流时，尚需做连续反复的斜切扫查，不断调整扫查切面的方向。

二、结果

25例患侧睾丸均增大，内部回声减低，24例伴睾丸周围积液，CDFI:25例患侧睾丸内部及包膜下均无血流信号。25例睾丸扭转的程度分别为扭转180°的3例，扭转270°的15例，扭转360°的5例，扭转720°的2例。其中左侧睾丸扭转18例，右侧睾丸扭转7例。手术复位并睾丸精索固定20例，5例因睾丸扭转程度大、时间长而行睾丸切除术，术后病理诊断为睾丸缺血坏死。

三、讨论

1.睾丸扭转的机理：睾丸扭转又称精索扭转，睾丸扭转时，精索同时发生扭转，使精索内的血循环发生障碍，引起睾丸缺血坏死[1]。睾丸扭转多发生在睡眠中或睡眠后刚起床时，约占睾丸扭转的40%。由于睡眠中迷走神经兴奋，提睾肌随阴茎勃起而收缩增加，使其发生扭转。另外，可能由于睡眠中姿势不断变更，两腿经常挤压睾丸，使睾丸位置被迫改变。运动、外伤使体位突然改变，引起睾丸过度活动也易发生睾丸扭转。睾丸扭转发病左侧高于右侧，与左侧精索较长有关，本组左侧发病率为72%(18/25)。

2.睾丸扭转的治疗原则：睾丸扭转的病理改变及预后除了和扭转的程度有关外，与扭转后引起睾丸缺血的时间也有着重要的关系。临床资料表明，发病5 h内睾丸扭转复位者，睾丸挽救率为83 %，10 h挽救率为70 %，超过10 h者，只有20 %的睾丸挽救率。扭转程度愈大，对睾丸血循环损害程度就愈大，睾丸切除率就愈高，因此，及早诊断并采取相应措施就能提高睾丸的挽救率，否则，睾丸坏死就会失去复位机会。最新研究表明，睾丸扭转可导致生精细胞凋亡，同时可引起对侧睾丸生精上皮细胞广泛凋亡，这意味着睾丸扭转有可能导致不育症[2]。

3.睾丸扭转的诊断与鉴别诊断：典型的睾丸扭转超声特点是患侧睾丸均匀性增大，白膜增厚，睾丸内部回声减弱，光点分布不均匀，睾丸周围可见少量液性暗区，CDFI:患侧睾丸内动脉及包膜下动脉无血流信号，提示睾丸缺血。常见阴囊急症还有睾丸炎及附睾炎，需与睾丸扭转相鉴别[3]。睾丸炎的超声特点为患侧睾丸增大，内部回声减弱，光点分布欠均匀，白膜增厚，CDFI:睾丸内部及被膜下血流信号明显增多，血流速度增快，多为高速低阻型动脉血流。附睾炎多见于成年人，其超声特点为患侧附睾增大，体尾部明显，回声减低，睾丸大小可正常或稍大，CDFI:附睾内血流信号明显增多，流速增快，提示附睾充血。

4.彩色多普勒超声的诊断价值：应用彩色多普勒诊断睾丸

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学第一附属医院物理诊断科