维普资讯 http://www.cqvip.com

是以患者的支付能力是否送“红包”来决定，病人为了能获得医疗享有权，只好以“红包”开道，其结果是玷污白衣天使的形象，对社会产生了不良影响。目前，应当承认医院的经济体制改革没有深化，医院缺乏自主经营业员，自我协调，自我发展的能力，不能责、权、利有机的结合，医务人员所创造的劳动价值，被无偿地转移到社会，不能将社会效益与经济效益挂钩，违背了价值规律。医务人员处于相对贫困状态，出现了社会上的怪现象，拿手术刀的不如拿剃头刀的等体脑倒挂，但大多数医务人员仍具有高尚的品德，坚持救死扶伤、实行人道主义的原则，不计个人得失，全心全意的为患者服务，部分病人被他们的高超医疗技术和认真负责的精神所感染，自愿出资酬谢医务人员，采取了送“红包”，这是易被社会理解和接受的，这种似乎合理的“红包现象”的背后，提示了我们社会和医院的现行体制的弊端，从中我们也看到了旧的医学模式和道德价值观念。

二、传统的医学伦理观念讲的仅是医务人员的义务，病人的权利。但是随着医学科学的进步和人们对道德认识的深化，义务论的医学伦理学也日益暴露了它们的不足。义务论难以回答在现代医学发展条件下许多复杂问题，难以确定某些特殊条件下医务人员行为的准则，正是因为这样，价值论的观点就会应运而生的。单方面的义务与权利会挫伤医务人员的工作积极性。有些病人认为我出钱来求医的，所以当然为我服务，你我之间是雇佣关系，这是错误的。我们社会主义制度，决定了人与人之间的关系是完全平等的，互相尊重的合作关系，医务人员与病人的关系也不例外，这同资本主义国家中，医务人员与病人之间赤裸裸的金钱关系有着本质的区别。社会主义医务人员的职责是救死扶伤，实行革命的人道主义，医务人员对病人技术上的服务不是恩赐，而是有义务为患者提供优质的医疗服务。社会主义卫生中业是带有福利公益性质，但具有社会效益和经济效益双重性的企业。随着经济体制和医疗体制改革的深入，不全依靠国家而行，社会办医、人民医院人民建，医院本身要具有良好的自我发展能力已成为医院改革的方向。病人看病后有义务纳医疗费，只要费用与服务的质量相当就是合理的，医务人员适当考虑个人的经济收入也是合理的，但如果只谈价值观不谈义务论，那么会造成医学道德的退化，产生一切向钱看的错误思想。要想使医务人员的劳动得到合理的价值体现，就必须理顺义务论与价值论的关系，使两者相互统一，相互渗透。医院要采取多种措施，提高社会效益和医务人员的经济效益。卫生事业的目标管理、承包制、股份制等势在必行。提高社会效益和经济效益，把国家、集体、个人的物质得益正确结合起来，才能充分调动卫生人员的积极性，同时加强医务人员的思想教育，在商品经济改革中，仍要继承和发扬传统医学伦理道德，要把患者放在第一，服务质量第一，社会效益第一，要严格区分合理报酬与非合理报酬的界限。要具有为社会无私奉献，不计个人利益的自我牺牲精神。这种高尚的品德是改革大潮下的医务人员建立新型医学伦理价值观的思想基础。本文作者认为社会主义初级阶段下新型医学伦理观念的建立，应是将传统的救死扶伤，无私奉献精神，同现代的科学技术由有偿与无偿服务的有机结合。传统的救死扶伤、无私奉献精神，是我们永远提倡的医德医风。但同时并不是否定一切物质利益观，马克思说：“人们奋斗所争取的一切，都同他们的利益有关。”在社会主义商品经济改革大潮下，一切旧的思想和观念，必需抛弃，但应保留其合理的部分再融合和发展变化的。作者相信不久的将来，一种全新的医学模式和伦理价值观一定能在改革的大潮推动下创立 。

（收稿：2001-09-24）

听诊三角的解剖及临床应用

吴海波* 杨荣利* 何学志* 李继良* 敖定椿*

听诊三角又叫肩旁三角，为斜方肌的外下方，肩胛骨下角内侧的一肌间隙。其内上界为斜方肌的外下缘，外侧界为肩胛骨脊柱缘，下界为背阔肌上缘，三角的底为薄层脂肪组织，筋膜和第6肋间隙，表面覆以皮肤和筋膜，为胸后壁最薄弱的部分，是背部听诊呼吸音最清楚的部分。当肩胛骨向前外侧移位时，该三角范围扩大。我院采取经听诊三角小切口治疗动脉导管未闭和自发性气胸，疗效满意。

一、资料和方法

1．临床资料

我院在1998～2000年间施行经左听诊三角胸膜外结扎动脉导管36例。男14例，女22例，年龄4～42岁，其中合并亚急性细菌性心内膜炎2例，重度肺动脉高压14例，术前诊断明确，术中见动脉导管直径0.7～1.8cm，平均1.0cm。手术方法：全麻气管插管后，右侧卧位，左上肢前臂横行悬于头架上，床右低左高15～30cm，平行于肩胛骨内缘1cm。作起自肩胛下角下1厘米向上长约6～10cm长切口，逐层切开皮肤，皮下及听诊三角·肌筋膜经第四肋床沿胸膜外剥离至降主动脉前壁找到动脉导管，游离其上，下缘，推开喉返神经，降压，以小辫绳双重结扎，行胸膜外止血及排气后关闭切口，不放置引流管。结果：本组36例，其

* 作者单位：116033 辽宁省大连市中心医院心胸外科

维普资讯 http://www.cqvip.com

中胸膜剥破3例，未处置。胸膜外少量积液1例，经穿刺抽出。手术时间48～69min，平均54.1min，切口均甲级愈合，术后平均住院8.1d。无死亡，术后随诊，无导管再通及假性动脉瘤发生。

2. 方法：我院在1998～2000年间经听诊三角小切口行肺大泡切除术治疗自发行气胸26例，男18例，女8例，年龄10～43岁。手术方法：全麻后经左/右听诊三角入胸，切除肺大泡，通过以碘酒涂擦或拔擦并切除切口上缘至胸膜顶的壁层胸膜，达到促使胸膜腔粘连的目的，以防复发。结果：手术时间26～38min，切口均甲级愈合，术后平均住院日7.2d，无手术死亡及呼吸道并发症。

二、结果和讨论

尽管心胸外科手术的常规入路是被广泛使用并且在某些病例中是必须的，但胸部正中切口存在切口长，创伤大，胸廓不稳定，切口液化及感染并发症多，影响美观的缺点。前外侧切口易致青少年术后远期乳腺和胸肌发育不良，疼痛也较明显。后外侧切口术后疼痛严重，肺功能减低明显，远期并发症包括持续的切口痛，肺功能的减弱，凝肩及上肢力量减弱等。

随着心胸外科技术的提高及人们对美观的需求，使小切口微创伤心胸外科得以发展。听诊三角区由于无胸壁肌肉，切开听诊三角肌筋即可入胸施行心胸外科手术。所以具有以下优点：经听诊三角小切口使开关胸的过程简化且隐蔽美观；术中不损伤肌肉，出血少，上肢功能恢复快；简化手术过程在动脉导管手术中具有手术径路短，不进胸腔，不损失肺功能，胸膜外剥离面小，渗血少的优点；创伤小，术后疼痛轻，呼吸恢复好，全身反应轻，住院时间短，医疗费用降低。

作者认为切口也适用于肺中上叶及下叶背微小病变，胸腔内组织器官活检，异物取出及其它简单的胸部手术，对一些病例来说是适当的手术入路选择。

参考文献

1. Gr ossi EA,Gulliford AT, Krieger KH, et al. A survey of 77 major infectious complications of median sternotomy: a review of 7949 consecutive procedures. Ann Thorac Surg, 1985, 40(2): 214-217.
2. Wilson WR, Iibawi MN,Deleon SY, et al. Partial median srernoromy for repair of heart defects: A cosmetic approach. Ann Thorac Surg, 1992, 54(4): 892-893.
3. Weber LD, Peters RW. Delayed chest wall complications of median stemotomy. South. Med J,1986,79: 723.

（收稿：2001-09-28）

应用护理程序对急性出血性坏死性胰腺炎的护理

罗崇红* 刘淑清* 杨 玲*

急性出血性坏死性胰腺炎是高危的急腹症。由于病情变化快、并发症多、预后差，常因病情严重而威胁着病人的生命安全。及时恰当的护理可挽救病人的生命和改善病情。现将应用护理程序对急性出血性坏死性胰腺炎6例病人实施护理体会介绍如下。

一、临床资料

6例病人均被我科从1998年2月～2000年1月收住，男5例，女1例；年龄21～69岁之间。手术方式：4例行胰腺坏死组织清除、腹腔冲洗及双套管负压引流术，1例行胰腺坏死组织清除、腹腔冲洗及双套管负压引流术，1例行胰腺坏死组织清除并行引流、胆总管切开T管引流术，1例行胰腺坏死组织清除并行引流、胆总管切开T管引流、胃造瘘、空肠造瘘术。5例痊愈出院、1例死亡。

二、应用护理程序进行护理

评估病人的病情，按病人需要的优先次序提出护理诊断，制定护理计划，实施护理措施，根据护理效果进行评价。

1. 休克：与严重感染中毒、失血失液有关。护理目标：病人的组织灌注量改善、各器官功能维持在正常范围，并发症减少到最低限度或不出现并发症。

护理措施：快速有效建立1～2路静脉通道，根据医嘱予以所需液体，迅速补充血容量，纠正酸中毒。给予病员吸氧，氧流量2～4 L/min，直至休克好转。如病人明显紫需加大氧流量，4～6 L/min，并保证呼吸畅通，进行有效吸氧。在补充血容量度，纠正酸中毒的基础上，遵医嘱应用血管活性药物，并观察病人用药后的疗效。按医嘱应用有效的抗菌药物控制感染。严密观察病人的生命体征及神志变化，持续监测生命体征。评估皮肤色泽和湿度，尿量和比重，并做好记录，以此来估计组织灌注情况及病情变化。

2. 体液不足：体液丢失过多：胰液外渗、胰腺出血、恶心、呕吐、禁食、胃肠减压有关；代谢率增加：感染有关。

* 作者单位：150001 黑龙江省哈尔滨医科大学第一临床医学院普外科