

脑卒中诊疗过程中的医患纠纷原因及防范措施*

申艳^{1,2}

(1. 天津中医药大学, 天津 300000; 2. 陕西省中医医院脑病科, 西安 710003)

[中图分类号] R197.323

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2017)36-5173-03

脑卒中是指因急性脑循环障碍引起的全面性或局限性脑功能缺损综合征,包括出血性卒中和缺血性卒中^[1]。脑卒中具有高发病率、高致残率、高病死率的特点,严重威胁人群健康,使社会及患者家庭背负沉重的经济负担^[2]。脑卒中通常发病急促,患者及家属往往在无心理防备的情况下,突然面对患者肢体、语言功能障碍,甚至昏迷,由于对不良预后没有充分的思想准备,家属难以接受,容易引发医患纠纷。现就脑卒中诊疗过程中可能出现医患纠纷的原因及解决策略阐述如下。

1 医患纠纷发生的原因

1.1 脑卒中疾病自身的复杂性及告知不及时、不充分 虽然脑卒中是常见病、多发病,普通人对其常见病因、典型症状及预防药物可能有所了解,但对发病机制、病程特点、疾病转归等专业性较强的问题了解甚少。由于脑部结构和功能比较复杂,目前脑卒中的发病机制仍不完全清楚,加之病情变化快,治疗风险大,预后不良、复发率高,这给临床医生解释病情带来了困难,若对疾病预后及治疗手段的风险预估偏差太大,告知不充分、不及时,容易让患者及家属质疑治疗方案,从而产生医疗纠纷。

1.1.1 病情变化快 大多数卒中患者在急性期内(发病 7 d 内),尤其是发病前 3 d,因缺血再灌注损伤、脑水肿进展等因素,神经功能缺损症状大多有不同程度的进展,尤其是进展型脑梗死病情进展快、恶化程度严重。而大多数家属不了解卒中的病程特点,若医生不及时告知,家属易产生恐慌,以及对治疗方案的质疑。

1.1.2 缺血性卒中溶栓治疗风险大、时间窗短 溶栓治疗是目前公认的治疗急性缺血性卒中的有效方法之一,它能够迅速恢复缺血半暗带区血供,使神经功能重新恢复^[3]。保证在治疗时间窗内进行溶栓治疗是决定最终疗效的关键,也是决定是否进行溶栓治疗的重要因素。目前广泛认为,溶栓治疗时间窗为发病(即出现神经功能缺损症状起)后 3~6 h 内。患者及家属对脑卒中早期症状的辨识,以及对发病时间较准确的描述,对溶栓治疗结局影响较大。但即使是溶栓适应证且在治疗时间窗内进行溶栓治疗,由于发病部位、血管病变情况、溶栓方式、药物的选择及用剂量等问题,患者也可能发生严重的并发症,如血管再闭塞、颅内出血等,其中溶栓术后 24 h 内的颅内出血发生率为 10%~30%。治疗时间有限,并且存在发生严重并发症的风险,明显加大了医疗纠纷的可能。

1.1.3 出血转化(HT)预后不良 HT 即缺血性卒中溶栓、抗凝等干预措施后出现的脑出血,分为出血性梗死、脑实质血肿,其发生与溶栓、神经功能缺损程度、大面积脑梗死、高血糖、低血小板计数、房颤等因素有关。HT 是脑梗死的自然转归之一,也可能是使用溶栓或抗凝药物之后的并发症。脑实质血肿

具有高病死率的特点,一旦出现预后较差。缺血性卒中发生后短期内(1 d 至 3 周)出现无症状的颅内少量出血,可能是缺血再灌注的自然病程,不影响疾病预后,而出现使原有临床症状恶化的 HT 可能导致病死率增高^[4]。缺血性卒中后 HT 存在治疗原则的冲突,预后不良,常常容易引起医患纠纷。

1.1.4 卒中后医院内再发风险大 脑卒中不仅发病率高,复发率也高,且复发导致的神经功能缺损症状往往较首次发病更为严重。近期国外研究显示,首次缺血性脑卒中后 1 年内卒中的复发风险为 4%~12%^[5]。出血性卒中后 1 年内再出血的风险为 4%~19%^[6]。近期关于社区人群和医院的研究表明,首次短暂性脑缺血发作(TIA)后约 50% 的患者于 2 d 内发生卒中,4%~20% 的患者于首次 TIA 后 3 个月内发生卒中^[7]。TIA 发作频繁、卒中伴有严重颅内动脉狭窄、卒中伴房颤的患者,在积极规范的住院治疗过程中,也很可能发生再次卒中。若未及时向患者家属告知院内的再发风险,易为医患纠纷埋下隐患。

1.1.5 卒中后康复治疗时间长、收效缓慢且后遗症多 脑卒中致残率高,约 86% 的患者遗留程度不同的神经功能障碍,对日常生活能力和工作能力造成影响,导致生活质量下降^[8]。脑卒中康复是降低致残率最有效的方法。但由于病变脑组织神经元细胞凋亡后的不可再生性,仅可通过残留脑组织形态学和生理学方面的功能调节重组,通过训练和学习,才可以促进缺损功能的代偿。大多数卒中后患者会在神经内科或康复科进行长期的康复治疗。康复治疗周期普遍较长,费用花费较大,加上部分患者基础病多且病情较重、治疗依从性差,一旦治疗效果不理想,容易导致患方的不满情绪,发生医疗纠纷。

1.2 忽视医德医风,缺乏人文关怀 脑卒中高发于中老年人,往往基础病及并发症多,急性起病后,病情较重,可能存在意识障碍、认知减退、肢体活动障碍、共济失调、失语、大小便失禁等症状;且恢复速度较慢、遗留残疾的概率很大,导致许多患者存在明显的焦虑抑郁情绪。由于生物医学模式的长期固化,医生往往更加关注患者的躯体问题而忽视患者的心理问题,没有意识到患者的心理健康对于疾病恢复的重要性,从而造成病情恢复效果不理想,甚至影响医患关系的和谐。

此外,由于部分医务人员服务意识不强,医患双方医学知识的不对等,加之医务人员短缺,医生工作繁重、精神压力大,有时会出现医生态度浮躁、语气生硬,病情解释不详尽的情况。而医疗纠纷判定遵从医生举证倒置的原则,致使医生为了自我保护,存在过度给患者安排检查的现象,增加了患者的医疗费用负担。此外,在知情同意阶段,告知患者及家属治疗的风险并让其承担风险,自己决策等,都容易让患者及家属产生不满,造成医疗纠纷。

* 基金项目:陕西省科技统筹创新工程计划项目(2015KTZDSF02-03)。 作者简介:申艳(1981—),主治医师,硕士,主要从事中西医结合脑病研究。

1.3 医疗文书书写不及时、不规范或保存不妥当 脑卒中急性期患者病情重且变化迅速,需要不断调整治疗方案,及时、详实地记录诊疗过程。然而临床上存在医疗文书书写不及时或不全面,甚至医疗文件丢失的情况,不仅影响日常工作的连贯性和交接,造成极大的医疗事故隐患,同时不利于发生医疗纠纷的医疗举证。

1.4 就诊流程繁杂,相关医疗政策不熟悉 由于脑细胞对缺氧缺血的耐受性差,可能在持续缺氧 7 min 后死亡。脑卒中往往发病急且病情较重,诊治工作需要争分夺秒,若就诊流程繁杂,最佳治疗时机被延误,将导致最终治疗效果不理想,容易产生医疗纠纷。此外,脑卒中的诊疗及康复费用较高,给患者家庭带来了沉重的经济负担,患者及家庭需要得到社会医疗保险或商业保险的分担。目前全民医疗保险覆盖,医疗保险种类繁多,各种保险的报销比例和保险上限差别很大。针对脑卒中的规范治疗方案,不同的保险险种可能产生的治疗费用不同,而过多地考虑费用问题,可能影响治疗效果。因此,不同医疗保险对治疗结局产生的影响,可能成为发生医患纠纷的诱因。加之医疗保险具有复杂性,且操作灵活性有限,医院的医疗保险执行过程可能存在问题,而医务人员对医疗保险细则掌握不足,报销范围、报销比例解释不够详尽,患者的诊疗需求超出相应医疗保险的范围等都可能引发医患矛盾,甚至导致医患纠纷。

1.5 医患双方依法维权意识差 患者及家属普遍缺乏医学常识,不能理解医疗过程中正常范围内的偏差,尤其是正常医疗行为发生负面后果时,往往质疑医护人员,情绪化行事,甚至采取聚众滋事、打闹、威胁等手段,依法维权意识淡薄。而职业“医闹”加剧了纠纷的升级和蔓延。同时,大多医院缺乏专业的法律人士处理相关医疗纠纷,医务人员缺乏相关法律知识的普及,医生及院方多采取医患协商的途径处理纠纷,院方甚至无原则的妥协,在一定程度上促使患方提出更高的要求,采取更过激的行为,使得医患冲突激化。

1.6 病房环境差、缺乏宣教及警示标志 脑卒中患者常伴有偏瘫、感觉障碍、语言障碍及认知障碍,由于医院内护理人员短缺、宣教不足,医院设施不完善,如地板不平或湿滑、夜间灯光暗、床或走廊扶手松动等,缺乏醒目的警示标志,可能导致多种意外发生,常见的有:跌倒、坠床、烫伤、误吸或窒息、褥疮、走失等。以上情况发生,容易产生医患纠纷。

1.7 社会舆论导向 部分媒体未发挥正面引导作用,在没有对事实进行客观深入的调查之前,通过激烈的言辞、夸张的标题吸引大众的关注,以点盖面、避重就轻地报道医疗事件,盲目指责医务人员,误导社会舆论,破坏了医生崇高的职业形象,带来了负面的社会影响,使医患关系更加紧张^[9]。

2 医患纠纷的防范措施

2.1 提高业务素质水平,预见风险并充分告知风险 扎实的医学理论与技术水平是医生提供优质医疗服务的基石。只有熟悉掌握脑卒中的疾病特点,细心入微地观察疾病变化,才能够预见疾病发展过程中的风险,本着尊重患方的知情权、同意的原则,及时向患者及家属告知医疗风险,注意合理利用医疗知情同意书,做好告知工作,避免纠纷。

2.2 提高医德医风,注重人文关怀 随着“生物医学模式”逐渐向“生物-心理-社会医学模式”的转换,医务人员不仅要关注患者疾病本身,更要关注患者的心理健康。这就要求医生在疾病治疗的同时,注重对患者的人文关怀。医学人文关怀体现在尊重患者的权利、隐私、生命价值和人格尊严,应主动关注和积极满足患者的心理、生理需求。对于卒中患者,医务人员不仅

要关注患者的身体健康,而且要关注其心理健康,考虑患者卒中急性期治疗过后的生活质量。在诊疗过程中,应态度和蔼、语言通俗、动作轻柔、询问耐心、倾听仔细和检查详细。尽可能从患者的角度,给予同情、理解、安抚及鼓励,帮助患者消除焦虑恐惧情绪,增加患者的信任感,使其积极配合治疗,以避免医疗纠纷的发生^[10]。

2.3 重视病历书写和保存 病历是记录患者病史、体征、病情变化、治疗经过的医疗文书,是医疗行为的真实记录,是医疗质量的重要证据,也是医疗纠纷发生后的主要法律材料。及时、规范、准确的书写病历是医生必须具备的能力,应注重医疗文件的保存,保护患者的隐私,避免造成医患紧张的关系。

2.4 熟悉工作流程,掌握相关医疗卫生政策 医生需熟悉工作流程,尽量为患者提供方便、及时的医疗服务,争取最佳治疗时间,避免重复检查。此外,需要熟练掌握医疗卫生政策,尤其是医疗保险政策,在诊疗过程中向患者简要说明医疗保险报销情况,在不影响疗效的前提下尽量使用医疗保险内药物、开展医疗保险内治疗项目。针对不在医疗保险报销范围内的药品或治疗项目,必须详细解释使用的必要性,以减少因医疗报销问题产生的医患纠纷。

2.5 提高医务人员的安全意识、自我防范意识及法律意识 医务人员认真学习医疗相关法律法规,医院聘请法律顾问、医患关系处理专家来院开展讲座。为了让医务人员直观掌握医疗沟通技巧,增强医疗安全防范意识及法律意识,结合医患矛盾常见原因,对典型医疗事故案例进行详细剖析。当遇到医疗纠纷时,不逃避责任,正确积极应对,争取得到患方的理解和配合,并及时上报科室及医院医患关系负责人,寻求第三方调解,如遇不合理的医闹事件,依靠医院的法律资源及时采取法律途径解决,保障医务人员的安全,使医患双方的合法权益得到维护。

2.6 优化环境、醒目警示,降低意外风险 通过优化医院环境,提供安静、整洁的病房环境,合理安排床位,缓解患者的紧张、痛苦情绪。及时更新或检修设备,对危险进行醒目的警示。为脑卒中患者设置走廊扶手,平整的防滑地板等以避免意外发生。

2.7 加强积极正面的宣传 与媒体保持良好的沟通,积极进行新技术、新项目的宣传,并通过健康宣教,使大众掌握更多的医学常识。通过报道大型、突发医疗公共事件中医务人员的奉献精神,强化大众心目中医务人员救死扶伤的良好形象。同时针对患方在脑卒中的预防、治疗、护理、康复等方面的知识需求,利用宣传板、宣传电子屏幕或专题讲座等形式,进行院前及院内健康教育,以达到预防脑卒中、促进脑卒中康复的目的,从而提高患方的满意度和信任度,改善医患关系。

综上所述,由于脑卒中疾病的复杂性及患者的个体差异,治疗和转归具有不确定性和不可预见性。因此,针对容易发生医患纠纷的关键环节,做好防范措施,尽量避免医患纠纷的发生,对顺利开展医疗工作、维护医患双方的合法权益有着十分重要的意义。

参考文献

- [1] 周珣,李浩. 血脂水平与不同类型脑卒中患者疾病严重程度的相关性分析[J]. 中国实用神经疾病杂志, 2016, 18(16): 89-90.
- [2] 张润华,刘改芬,潘岳松,等. 世界卒中流行趋势概况[J]. 中国卒中杂志, 2014, 9(9): 767-773.
- [3] 李超平,李递通. 急性脑梗死溶栓治疗现状及进展[J]. 医

学伦理与实践,2014,27(3):305-307.

- [4] 苏楠,杨伟民,滕军放. 脑梗死出血转化的研究及进展[J]. 河南医学研究,2013,22(1):156-158.
- [5] 庄育宣,董强,方堃. 缺血性脑卒中再发风险预测的现状[J/CD]. 中华脑血管病杂志(电子版),2013,7(1):398-403.
- [6] 祁占宁,刘文,刘永红,等. 复发性脑出血的临床特征及预后分析[J]. 西部医学,2016,28(12):1684-1688.
- [7] 王德任,张世洪,刘鸣. 短暂性脑缺血发作后早期卒中风险预测模型的评价[J]. 内科急危重症杂志,2009,15(4):

182-185.

- [8] 包宁,何愉胜. 脑卒中后康复治疗现状研究[J]. 成都医学院学报,2012,7(1z):68.
- [9] 常健,殷向杰. 近十五年来国内医患纠纷及其化解研究[J]. 天津师范大学学报,2014,233(2):67-71.
- [10] 韩鹏,陈校云,张铁山,等. 国内外人文关怀与医患关系相关问题综述[J]. 中国医学伦理学,2013,26(6):768-771.

(收稿日期:2017-08-15 修回日期:2017-09-21)

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.36.045

“互联网+”视角下重庆发展国际医药贸易新路径的探析

余凌¹,刘伊娜^{2△}

(1. 重庆医科大学外国语学院 400061;2. 重庆师范大学商贸学院 400030)

[中图法分类号] F763

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2017)36-5175-03

地缘经济学通常将内陆地区落后于沿海地区的原因归结于山岭阻隔,交通不便,制约物流发展。而一个更深层次的原因容易被忽略,即“口岸”功能。口岸不仅是货物与人员进出的通道,更是对各种贸易相关要素的集聚。单纯的硬件建设无法解决这一“硬伤”。换言之,解决“交通”与“口岸”即意味着内陆与沿海在发展外贸方面的优劣势基本消除。“一带一路”战略下的重庆案例对此提出新解。“渝新欧”铁路的顺利运营及一类口岸的成功获批,标志着重庆比肩沿海的两大基本优势已初见雏形。而目前正在实施的旨在加强互联网与传统产业融合,推动产业转型升级的“互联网+”计划,有望进一步消除重庆相较于沿海的相对劣势。通过分析国际医药贸易发展经验和互联网贸易,结合重庆当地的优劣势条件,可探讨出一条适合重庆运用的在“互联网+”优势助推下发展转口贸易与总部贸易的可参考路径。

1 重庆国际医药贸易现状

重庆作为山城交通不便,经过 30 年的发展虽已有改善,但相比沿海城市仍有较大的提升空间;现代服务业发展滞后,表现在创新创造能力弱、产业结构失衡、规模短时间内难以扩大等。这些都制约了重庆走向国际医药贸易枢纽的道路。比较突出的有 3 点:(1)远离海洋,大型集装箱货柜轮无法靠岸;(2)金融体系尚不完善;(3)上市公司资源匮乏,资本市场短板明显^[1]。由图 1 可见,重庆医药品进出口额呈直线下滑趋势。2014 年重庆医药品进出口总额为 11 639 万美元;2015 年为 8 482 万美元,下降 27.12%;2016 年为 6 890 万美元,下降 18.77%;2017 年 1—6 月为 3 025 万美元,较 2016 年同期下降 5.04%^[2]。由此可见,仅发展一般货物贸易,重庆医药贸易举步维艰,相较沿海港口城市有难以克服的劣势。要实现重庆医药贸易的大发展,必须从“一带一路重要门户”的战略定位、先天及后发优劣势、现代物流业和先进服务业发展现状等多种因素考虑,发展转口贸易和总部贸易。

2 转口贸易与总部贸易

2.1 国际转口贸易概念和形式 转口贸易指通过第三国进行的贸易,分两种形式:(1)出口国将商品发往第三国,经第三国(无加工工序,否则应归为加工贸易)销往进口国;(2)出口国将

货直接发往进口国,但结算放在第三国,经由第三国进行转口贸易,转口国与出口、进口双方签订合同。转口贸易可以规避部分国家或地区的贸易保护政策,绕过贸易壁垒,避开关税与增值税,省略进出口许可、审价与质检环节,使货物流通速度加快。

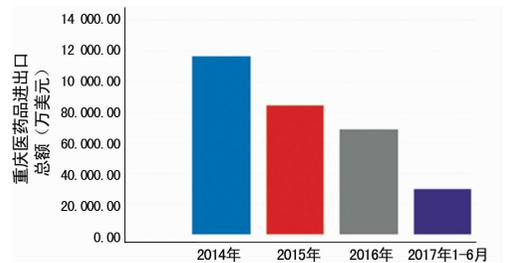


图 1 重庆市 2014—2017 年医药进出口总额变化

2.2 国际医药转口贸易发展经验 自 20 世纪 80 年代以来,转口贸易已经成为香港、新加坡、科隆、汉堡、阿姆斯特丹等国际大运输港的主要医药贸易形式,成为本地区医药板块增长的主要动因。以下是几个较为成功的发展国际医药转口贸易的地区案例:(1)中国香港,中国香港对贸易自由化和便利化的承诺和实践是其发展医药转口贸易的先决条件,主要体现在贸易制度、公司治理、外汇制度和出入境方面。(2)新加坡,新加坡坐拥优越的地理位置和优良港口,并且当局对港口进行现代化改造升级,采用世界先进的管理方式,目前已吸引多个国家和地区设立专门贸易机构。(3)迪拜,迪拜是世界第三大转口贸易港,周边伊斯兰国家的诸多繁琐限制凸显了阿联酋的贸易便利化优势。

2.3 可贸易性和可转口性两大类要素条件 (1)可贸易性要素条件。决定药品可贸易性的要素条件主要为:生产成本(是否有稳定和具备价格竞争力的药品来源地)、流通成本、销售管理成本等内在要素和关税、税收、市场的可容纳性(是否有稳定货物需求地或腹地支持)等外在要素^[3]。(2)可转口性要素条件。①硬件条件。是否处于交通要道,尤其是国际货物贸易主航道上;该地区是否已具备物流条件,包括现代化码头、转运站、分拨中心及配套服务。②政策。该地区能否实施自贸政策