

聚焦·跟着医生值夜班(上)

这里有永不熄灭的灯光,这里有惊心动魄的抢救,这里有一群“生命的守夜人”

医生,每个夜班都有故事

本报记者 邱超奕

夜幕降临,当大多数人进入梦乡时,医院的灯光却从未熄灭。有一群白衣天使被称为“生命的守夜人”。在病房里,他们呕心沥血,用无私的大爱帮助患者解除病痛;在抢救室,他们争分夺秒,用精湛的医术战胜死亡的威胁。他们日夜操劳,护佑着生命的尊严。作为人民健康的忠诚卫士,他们经历过怎样的生死时速?承担着哪些繁重的工作?日前,记者走近几家医院的医生,观察和记录了他们的夜班状态。

抢救不分早晚
病人必须第一时间得到治疗,这与白天黑夜无关。无论多晚,都得尽快处理病情,夜班抢救就是与时间赛跑

急诊科是解放军总医院最繁忙的科室之一,贾立静是科里仅有的两位女医生之一。

8月28日晚18点48分,一位62岁的患者被救护车送进解放军总医院急诊重症抢救区。“没有呼吸、心跳骤停、失去意识、小便失禁、瞳孔扩散,判断为心源性猝死。”主治医师贾立静明白,老人的情况非常危险,“半只脚已经踏进了鬼门关”。

这天晚上贾立静值夜班,她是急诊重症抢救区的夜班组长。

“你先按压做心肺复苏,你快上除颤仪,你上来呼吸机!”几位护士围在患者身旁,贾立静指挥抢救,沉稳果断,有条不紊。

19点10分,贾立静拨通会诊专用电话。“帮我呼叫心内科,急诊抢救区有人心源性猝死,需要会诊。”在会诊医生赶来的空当,贾立静与患者家属谈话,告知病情进展。

19点49分,经过紧急治疗,患者心跳恢复正常。“暂时把他救回来了,但脑功能的情况还需要后续观察。”贾立静说。

21点10分,贾立静拧开保温杯,喝了上夜班后的第一口水。

当晚零点前,贾立静又接连救治了多位患者:一位肾功能不全患者,一位风湿性心脏病患者,一位脑梗和一位心梗患者,一位帕金森患者,一位急性胆囊炎患者,一位呕血患者,一位车祸外伤患者,一位结肠癌肝转移腹痛患者……

8月30日21点30分,北京协和医院内科楼二层,内科住院总医师赵丹青的办公室里,安静得只听见鼠标声。

21点32分,一阵手机铃声突然响起。“赵大夫,内分泌病房有位甲亢患者晚上7点胸痛,半小时后自行消退,刚才又胸痛,我们打了点止疼药,但无法判断她是否有生命危险,需要您来会诊。”来自病房的值班医生说。

“好的,马上到。”赵丹青起身赶往病房。他找来患者病历,摊开一堆繁杂的体检报告,开始一一甄别危险征兆。“重度甲亢患者由于高动力状态可继发心肌病变,或合并房颤。患者出现胸痛、低氧,没有心衰临床表现,可能很难用单纯甲亢心症状来解释。胸痛症状不特异,难以一下子确诊,所以需积极排查肺栓塞、主动脉夹层、冠心病等其他危重症。但是,目前患者没有这些疾病的征象。建议加强对症治疗,密切观察。”

赵丹青看完患者,已是22点40分。“有时内科病房看起来不像外科那样忙,但要摸清内科患者的病情,往往要花费更长的时间。”

8月31日20点32分,胡晓星提着一盒气管镜出现在北京朝阳医院住院部一楼,他是该院胸外科主治医师。“两小时前,我接到全院急会诊,说重症加强护理病房有一位高龄孕产妇身患侵袭性葡萄胎,这种肿瘤在患者身上发生了肺转移,引起了大咯血。我赶紧过去检查咯血情况,清理了气道内出血,并实施一些气管镜下操作,目前出血已经止住了。”

胡晓星来到八楼胸外科病房,这是他当天



值夜班的地方。病房门口有两位找他看CT造影的患者,他又拿起片子走进办公室。办公室桌上,摆着几盒打开的饭菜——蒜蓉炒肉、辣子鸡、干锅花菜,只是早已凉了。

晚上21点40分,胡晓星摘下口罩,终于吃上了晚饭。“病人必须第一时间得到治疗,这与白天黑夜无关。无论多晚,我们都得尽快处理病情,夜班抢救就是与时间赛跑。”胡晓星边吃边说。

挑战体力极限

白天医院监护力度强,突发情况相对容易被发现。晚上人手少,但突发病情不会减少,特别考验夜班医生的应急处置能力

“不是每个夜班都令人难忘,但每个夜班都有许多故事。”10年前,贾立静从解放军医学院急诊专业研究生毕业后,一直在解放军总医院急诊科工作。

急诊抢救区固定配有22张床,但到了凌晨,经常会加到近40张。每天离开和新来的患者,加起来约有80人,这个接诊量在北京各大医院里也名列前茅。

由于能吃苦、不抱怨,贾立静被同事们称为“女汉子”。她说:“在大家的想象中,急诊夜班好像全是争分夺秒地救人,但其实除了抢救,还要做很多‘看不见’的工作。”

贾立静介绍,夜班医生首先要填写患者治疗医嘱单,告诉值班护士先患者的治疗方案,并根据电子系统中的提示,叮嘱没有执行医嘱的护士及时执行。最重要的是,夜班医生要整理新到患者的病历。贾立静每个夜班平均要整理20份病历。

在急诊科,病人多、病情重、抢救多,对夜班医生体力也提出了不小的挑战。前几年上班,贾立静经常帮忙抬重症患者,导致两次椎间盘突出。去年春节的一个冬夜,她一晚上连续抢救了6名心梗患者。“那天夜班的非常紧张,我忙到第二天中午才走,结果一上出租车就累得睡着了。”

“记得8月15日,我有两台手术,做到下午4点,然后参加了几场会诊,回到办公室就晚上8点了。我在病房和几次次日要手术的患者及家属谈完话,之后开始审核病历,一直看到11点。由于要做科研,我还看了会儿文献,到夜里12点就准备休息一下。”胡晓星说,但凌晨4点多,急诊打来电话,说有工人被工地重物砸伤,需要胸外科大夫去看。

胡晓星成长在一个医生家庭,当年高考报学校,一本3个志愿,二本3个志愿,他全都填写的是医学院。

看,第一反应就是必须马上手术。“患者左侧创伤性膈疝,纵膈移位,胃、心脏等器官都脱离了原本位置,情况非常危险!”他一边立即汇报上级医生说明手术需要,一边打电话给住院总值班室腾出床位,同时和患者单位沟通办理入院手续,并通知手术室、麻醉科做好相关准备。

次日早上9点,手术才成功结束。9点半,胡晓星又准时赶到门诊部接诊,直到下午4点半他才下班离开。“走在路上,我感觉整个人都变得快飘起来了。”

在协和医院,总住院医师一般早上8点就接班,一直要守到次日上午,时长往往超过24个小时。

“协和医院自建院以来就实行总住院医师制度,采取24小时负责制。接班后,我上午要去转所有的内科病房,包括血液科、感染科、普内科、老年科、心内科、风湿免疫科、呼吸内科、消化内科、肾内科等,听取不同病房医生的病情报告,并对病情危重的患者制定后续诊疗计划,11个病房转完至少要2个小时。”赵丹青说。

8月30日下午,协和医院有个心肺复苏培训,赵丹青先去参加完培训,晚饭后回到办公室,开始整理当天内科夜班团队名单。他把各团队医生的联系方式抄在小本上,方便随时呼叫。晚上,赵丹青又转了一圈病房,然后开始整理新住院患者病历。赵丹青说,每个夜班,他都会把病历中的要点摘抄到笔记本上,次日向查房主任汇报。上夜班短短一个月,他的病历笔记已经抄写了两大本。

住院楼的夜晚有时并不宁静。有一天,赵丹青正抄着病历,突然急诊呼叫会诊,当他赶去救治完一位心脏病患者和一位消化道出血患者,已是深夜1点半。等他刚回到办公室,电话再次响起,病房里有位患者突然出现心律失常和低血压,他赶忙又去急救,直到凌晨4点多,患者才恢复正常。

“夜里听到铃声就会心头一紧。”赵丹青说,夜班医生在确保患者生命安全上有着不可替代的重要作用,“白天医院监护力度强,突发情况相对容易被发现。晚上人手少,但突发病情不会减少,特别考验夜班医生的应急处置能力。”

再苦也不退缩

面对误解或失败,有时也觉得心里很苦,但治病救人的信念始终没有磨灭

胡晓星成长在一个医生家庭,当年高考报学校,一本3个志愿,二本3个志愿,他全都填写的是医学院。

“我就想通过医术,为患者解除病痛。”胡晓星喜欢外科,是因为当外科医生切掉病灶后,往往能给患者身体带来直观的改善,这让他非常有成就感。胡晓星坦言,从医7年多,自己也遭遇过患者和同行的质疑,甚至他本人心也怀疑过自己。“面对误解或失败,有时也觉得心里很苦,但治病救人的信念始终没有磨灭。”

“我相信问题总能解决,患者的病痛一时解决不了,我就去学习、请教,不断提高医技水平,努力战胜疾病。”胡晓星说,自己很幸运身处一个团结友爱的集体,“前辈们在行医、学术和人品上都为我作出了表率,给了我上进的力量,这使我从未在挫折中退缩过,而是充满激情。”

赵丹青说,母亲觉得当医生太辛苦,起初并不支持他学医。“但我对医学一直怀有兴趣,后来考取了北京协和医学院,在这片学术热土,我找到了追寻已久的科学精神。”

“上周末我下了夜班,听说学院有场学术研讨会,还专门跑去听完,下午才回家。”赵丹青说。有时在病房碰到难以明确病因的患者,他和同事会废寝忘食地讨论。“在协和医院有最好的专家,也有最多的疑难杂症。每个协和人都怀着真诚的科学态度,不断尝试攻克医学难题,想早日为重症患者带来希望。”

“我从小身体弱,经常去医院,跟医生打交道多了,就很崇拜他们。小时候我就想,长大当医生至少能帮到自己。”贾立静说。不过,到急诊科上班后,她虽然天天劝亲友少熬夜、按时吃饭,自己却因为工作忙碌做不到。

“我相信,任何急诊抢救医生都愿意尽最大努力把病人救活,这是我们的本心,也是我们的理想。”贾立静说。她曾为了救人痛哭过。5年前,有个2岁小孩因为误食桂圆卡住气道,几小时后被送至医院,已经全身发紫,贾立静等人虽全力抢救,最终还是没能挽回生命。看着绝望的母亲抱着孩子瘫坐在地,在场的医护人员纷纷落泪。

8月29日早晨7点半,解放军总医院急诊科召开各区交班会议,贾立静在会上介绍了夜班情况,叮嘱有几位患者需要多加注意。散会后,她回到抢救区,接着向白班医生逐床交代病情。

上午9点40分,夜班交接完成。“今天还算挺早。”贾立静长舒一口气。过去这16个小时里,她身处抢救一线,没吃晚饭,也没顾上吃早饭。

上图:北京朝阳医院胸外科值班医生胡晓星在办公室读片,了解患者病情进展。本报记者 邱超奕摄

回不吐不快

医和药在临床上本是“好伙伴”“好搭档”。有医无药,再好的医生也难做无米之炊;有药无医,再好的药也可能一无是处。基本药物应当成为家庭医生的标配,两者相互依存,共同引导患者到基层就医

近日,国家卫健委宣布,2018年版基本药物目录品种增加到685种,新增品种包括了抗肿瘤用药12种、临床急需儿童用药22种以及一种丙肝治疗新药。时隔6年后,基本药物目录再次调整,引发社会关注。

基本药物是指适应基本医疗卫生需求、剂型适宜、价格合理、能够保障供应、公众可公平获得的药品。从2009年版307个品种扩充到2012年版520种,再到今年685种,品种不断增多,说明基本药物内涵在不断深化。新版目录再次扩充,新药进入目录尚属首次。其中用意非常明显,即新版基本药物目录更加注重跟二级以上医疗机构用药衔接,目的是使大部分患者在基层就能买到和大医院一样的药品,助推分级诊疗局面形成。

让大部分患者在基层就医,小部分疑难重症患者到大医院就医,减少无序就医,形成合理的“金字塔”就医结构,是医改的目标之一。过去,大量患者因在基层买不到所需药品而跑到大医院就诊,增加了大医院接诊压力。还有很多常见病、多发病患者,本来不需要到大医院就医,在基层买点药就能解决问题,但因基层药物不全,只能到大医院排队。首都医科大学附属北京朝阳医院曾做过调查,大医院高血压就诊患者中,30%只开药不检查,30%中的50%是辖区居民。按照朝阳医院日均1万人次的门诊量推算,每天大约有1500—2000人次可以回到社区医疗机构就诊。据此类推,大量稳定期的慢病患者如高血压、糖尿病、脑卒中等患者可以回到基层就诊,甚至一些肿瘤患者也可以在基层用药。

如果大量的常见病、多发病尤其是慢病患者,因在基层医疗机构能买到药而留在基层就医,不仅让群众买药更便捷,还将大大推动分级诊疗,这样群众看病买药真的是又快又好。然而,不能简单地认为,给基层医疗机构配备和大医院一样的药品,患者会自动回到基层就医。事实上,人们愿意到医疗机构买药,看中的还是开药医生的技术水平。患者及家属普遍相信,医生技术好,科学用药施治,病才好得快。也就是说,新版基本药物目录虽然出台,仍需要一套机制来配合实施。有了会用药的好医生、能转诊的好体系,报得多的好医保,才有可能助推分级诊疗。首先,要保障患者的合理用药。因病施治是一种专业能力,基层医生针对病情开出处方,需要相对应的专业能力,那么基层医生必须是受过专业训练的专科医师或全科医师。其次,建立首诊和转诊、分诊机制。基层首诊地位需得到明确,并和大医院、专科医院有转诊、分诊的协作机制,患者就近就医买药,出现重症、急症时可以及时转到大医院。最后,还得有医保报销,并且越是基层越报得高,让人人都能看得起病,愿意在基层看病买药。从现实情况来看,如上条件还需要时日配套完善。以全科医生为主的签约家庭医生是居民健康的“守门人”,他们是使用基本药物的主力军。但是,目前合格的全科医生数量不足,激励机制还没到位,首诊、转诊机制及其配套医保报销办法需要在医联体建设中不断完善。

医和药在临床上本是“好伙伴”“好搭档”。有医无药,再好的医生也难做无米之炊;有药无医,再好的药也可能一无是处。基本药物亦如此,应当成为家庭医生的标配,两者相互依存,共同引导患者回到基层就医。如今,在一些地方,基本药物正在成为家庭医生做实服务、赢得居民信任的重要手段,在分级诊疗制度中发挥了关键作用。比如,广州市花都区通过基本药物在基层的使用,扎牢了基层网底,吸引高水平全科医生到基层,患者尤其是慢病患者得到有效管理,90%的患者留在基层就医,初步实现分级诊疗。当前,分级诊疗已成为满足人民健康需求、应对老龄化挑战的重要手段。基本药物制度理应挑起分级诊疗“助推器”的重任,与家庭医生签约服务、医联体等制度紧密配合,与医疗、医保联动改革,助力健康中国建设。

健康瞭望塔

清华大学研发免疫疗法应对感染性疾病

本报电 清华大学与德国药企勃林格格翰日前共同建立联合研究中心,合作研发针对感染性疾病的免疫疗法。感染性疾病是全球死亡率与发病率最高的疾病之一。随着耐药性的增强,直接作用于病原体疗法的有效性受到严峻挑战,大量患者处于长期持续感染的风险中。该项合作致力于探索感染性疾病和免疫领域的新颖疗法,找出应对感染性疾病的全新解决方案。(王君平)

回龙观医院启动社区心理健康培训

本报电 日前,北京回龙观医院启动社区心理健康教育基地暨社区心理健康守门人培训。该院与北京心理危机研究与干预中心计划在回龙观和天通苑两大社区设立社区心理健康教育基地,培养一批社区心理危机预防骨干,以帮助提高居民心理健康素质和精神健康水平。(邱超奕)

本版责任编辑:李红梅

基本药物是分级诊疗「助推器」

李红梅

健康之道·关注青少年视力健康②

不戴眼镜,近视度数加深更快

王凯

青少年近视患者不戴眼镜,度数增加的速度一点都不比戴眼镜的慢。长期不戴眼镜,一旦戴镜可能会出现看近看不清,俗称“小花眼”

很多家长认为,散瞳验光对眼睛有害。其实,散瞳验光主要是为了鉴别假性近视还是真性近视,防止真性近视过矫。为了验光准确,临床上常采用不同种类的睫状肌麻痹药物进行散瞳验光。儿童青少年近视患者晶状体调节功能相对偏弱,小瞳孔下验光的结果往往和散瞳验光下的结果十分接近。也有不少患儿的小瞳孔验光度数明显高于散瞳验光度数,如果不进行睫状肌麻痹验光,容易使处方过矫,而过矫的近视镜片对于近视控制十分不利,会促进近视的快速进展。对于假性近视,散瞳后的结果接近正视,近视度数几乎就没有了。对于此类患者,必须进行散瞳验光,这也是鉴别假性和真性近视的重要手段之一。散瞳验光的药物本身,除了导致眼部轻微刺痛不适以外,临床上尚未发现对眼睛有明显伤害的证

据。儿童青少年近视患者每半年需要进行验光检查,以判断近视的增长速度。

一些家长认为,眼镜不能轻易戴,一旦戴上就摘不下来了,而且越戴越深。这实际上少了一个对照方,就是不戴眼镜的患者会怎么样?由于视觉模糊本身会加快近视进展速度,所以青少年近视患者不戴眼镜,度数增加的速度一点都不比戴眼镜的慢。有的孩子600度近视了,家长还不让孩子戴眼镜,幻想着度数能慢慢逆

回去,或者认为不戴眼镜度数就不加深。事实上,近视患者长期不戴眼镜或不采用其他矫正方式,会导致更严重的后果。首先是生活视力不良,看不清黑板,影响学习成绩,也容易撞东西;其次是近视度数的加深速度不慢于戴镜矫正的患儿,甚至还会更快;第三是晶状体的调节功能丧失,一旦戴镜可能会看近看不清,俗称“小花眼”。由于长期不戴眼镜,晶状体的调节功能丧失殆尽,矫正后看清楚了,看近往往表

现为“花眼”状态。对于此类患者,要在矫正近视的同时进行调节功能训练。

在临床上,控制儿童青少年近视进展的主要产品有框架眼镜、角膜塑形镜、渐变多焦点软性角膜接触镜、离焦框架镜、低浓度阿托品眼药水等。其中,角膜塑形镜和渐变多焦点软性角膜接触镜是隐形眼镜,属于第三类医疗器械,需要到正规医院或视光中心找有经验的医生验配。此外,隐形眼镜对患者本身的眼部条件也有一定的要求,不是人人都可配戴。很多家长不敢给孩子尝试隐形眼镜,认为会造成角膜感染,导致严重的后果。其实,戴隐形眼镜在规范验配、护理得当、按时复查的基础上,发生感染的风险几乎为零。对于近视快速增长的儿童青少年患者,在检查后确定属于适应症范畴,可以进行验配。

(作者为北京大学人民医院眼视光中心主任医师)