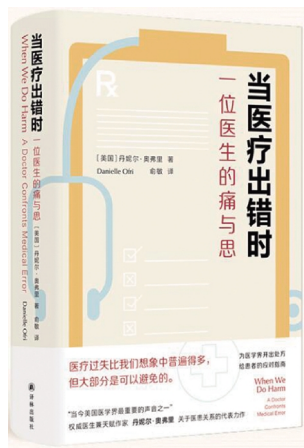




《当医疗出错时：一位医生的痛与思》，[美] 丹妮尔·奥弗里著，俞敏译，译林出版社 2023 年 2 月出版，定价：78 元

19 世纪的爱丁堡医学院有一位著名的约瑟夫·贝尔老师。无论是教书还是行医，终其一生，贝尔老师都强调通过观察各种细节判断病情——当然首先是对人的细节的观察，并且这应该成为医生的一项核心技能。他不但自己这么做，而且在课堂上对学生们言传身教。

贝尔老师有一个很有名的学生，他的名字叫作柯南·道尔。对贝尔老师的教诲，柯南·道尔一生难忘，并且还借贝尔老师的这项核心技能成就了一位更有名的大侦探——夏洛克·福尔摩斯。大侦探所使用的基本演绎法就来自贝尔老师的启示。

医学和探案之间的这场缘分虽然奇妙，细想却也不难理解。在我看来，医生的工作有如探案，从蛛丝马迹中发现致病“元凶”。

医疗过失何以发生

我在读《当医疗出错时：一位医生的痛与思》时想起了贝尔老师，并且因此而想到了更多问题。比如，与贝尔老师所处的时代相比，现在医生所能借助的仪器与手段不但更多而且更强大，从医学影像设备到电子设备不一而足，在医学技术如此发达的今天，贝尔老师的核心技能是否仍然有效？再比如，在今天的医院里，如果每位医生都像贝尔老师一样心细如发，拥有敏锐的洞察力，再加上现代技术的加持，是否就能避免发生医疗过失？

我想到的这些问题都在这本书中找到了答案。关于第一个问题，本书作者、纽约大学医学院临床教授丹妮尔·奥弗里援引另一位评论者的话写道：“我们

医疗事故何以发生、能避免吗

● 吴燕

需要利用这些神奇的工具，但别忘记，行医的不是它们，而是我们。”这也就意味着，即使在医学技术已经很发达的今天，用自己的眼睛观察并作出判断仍然有必要保留在医生核心技能的清单上。

对于第二个问题，答案就不那么简单了，要对之作出解答，首先得搞清医疗过失何以发生，这也正是奥弗里在此书中要做的。

事实上，奥弗里并不是第一位做此研究的业内人士。在她之前已经有很多研究者从各自不同的研究背景对医疗过失问题作出探讨，其中最具有代表性的人物是小儿外科医生利普。

利普的工作为有关医疗过失的研究带来了两个重要的转向。

一是将研究重点从对医疗事故的关注转向了对患者安全的关注，这首先体现在相关数据的采集范围上。有一些过失可能由于侥幸或其他原因而未给患者造成伤害或仅造成轻微伤害，以往的研究并未将这部分数据纳入研究范围，而只关注了那些给患者造成重大伤害的医疗事故。

以往的研究取向也许有它的道理，却有其固有的缺陷：那些未被计入统计数据的医疗过失虽然未给患者造成重大伤害，但使这些过失得以发生的原因却可能与医疗体系的不完善有关。仅仅因为未造成严重伤害便忽略不计，这无疑会对患者的安全造成长期潜在的隐患。因此在利普 1994 年的研究中，他尤其强调收集数据时需关注过失的总数，无论这些过失是否对患者造成了伤害。

二是利普的研究揭示了过失通常是系统故障的结果，而非仅由个人失误造成，这也将有关医疗过失原因的分析引向了对系统的检讨，从而有助于发现更多此前无从觉察的问题。

只依赖数据会带来不可挽回的后果

有利普的研究在前，本书就有了可站的前人肩膀。而最终促使奥弗里开始这项研究的是《英国医学杂志》2016 年刊载的一篇文章，该文称医疗过失是美国民众的第三大死因。

事实是否如此？奥弗里想要一探究竟，她为此花费了大量时间和精力，查阅资料，访问医护人员、患者及其家属。这些调查让她意识到，“患者安全与避免医疗过失是一个混杂诸多事项的复杂问题”，要解决起来并不容易。但凡人们听到这样的表述，都会有两种预期：说话的人要么是想着为不解决问题而闪展腾挪，要么是准备心平气和地条分缕析，然后提出可能的解决方案。作者显然是后者。

作为一名临床医生，奥弗里不仅对同行的过失给患者及其家属带来的伤害进行了细致观察，还在这一过程中不断反思自己从医生涯中的相似经历或经验，时刻保持自省。她不断地在书中提到医生要对患者的痛苦有觉察，要眼中有人。即使在各种现代仪器可以给出更清晰明确数据的情况下，医生也一定要“看着病人作决定”。

书中详细讲述的杰伊个案提供了一个例证，显示出只依赖数据而无视患者病情会给患者带来怎样不可挽回的后果。从这个意义上来说，奥弗里其实也是贝尔老师的传人，领受了贝尔老师通过细致观察判断病情的教诲。

但是，要守护患者安全、避免医疗过失的发生，只有医生个人的努力是不够的。当医疗过失给患者及其家人造成伤害时，医生固然要为他们的医疗行为负责。但正像作者在书中反复强调的，作为个体的医生“不该为系统问题负责”。

当医生出错时，反省这些错误何以造成是本书最重要的着眼点。为了实现这个目标，有必要对整个现代医疗系统以及医疗文化进行反思与批判。

未遂事件是导致医疗过失的暗礁

全书看下来，笔者认为这种反思与批判大致可以归为两个层面。

其一关乎技术。它们曾被想当然地视为提升临床医学准确性与效率的助推力，但事实似乎并不总是如此。比如电子病历的设置缺乏认知一致性，于是医生在填写病历时不得不经常停下来考虑一些与诊断无关的问题。

其二则关乎文化。有人的地方就会

孕育出某种文化。当在考虑如何避免医疗过失或者尽可能减少医疗过失对患者的伤害时，这种文化或可更确切地表述为一种由机制保障的氛围——现有的氛围并不鼓励“无关人员”在发现问题时发声，或者即使发声了也得不到应有的重视，这在杰伊和格伦的个案中都得到清晰的体现，而最初的失误也因此不断放大，直到造成无法挽回的结果。

因而，营造一种鼓励发现错误者及时发声的医疗氛围就显得十分重要。这包括医疗团队内部实现无缝合作与交接（尤其是让护士说话），以及与患者及其家属之间建立有效沟通。除此之外，作者尤其呼吁设立一种机制以使临床医生在报告自己的过失时，不必担心受到起诉或谴责。这是一个我此前从未想到过的角度，也是此书最有启发性的观点之一。

利普报告对数据的统计已经显示了这一做法的必要性，而奥弗里则表达得更直接。在她看来，“未遂事件往往是改善医疗保健最大的信息宝库”。换一个角度，这句话可以理解为，未遂事件可能是导致另一次医疗过失的暗礁。

无论是信息库，还是暗礁，报告未遂事件并从中习得经验之重要性已不言而喻。当然，道理就在那里，但要使之成为现实并不容易。

至此，对医疗过失及其原因的追问已经不再是医学或医疗制度的问题，也让我再次想起本文最初提及的有关能否避免发生医疗过失的问题。读完此书，我发现答案几乎是否定的。

这个结果有点令人悲观，可要让医疗文化发生巨大转变并不是一件容易的事。但也并非全没办法，从能做到的做起可能就是最容易实现的第一步，这正是奥弗里在此书中所完成的最重要的工作，也是这本书最值得称道的意义。

她在此书最后还提到希波克拉底的一句话：“至于疾病，要养成两种习惯——行善，或至少不伤害。”希波克拉底是对其希腊治疗师同行说的，不过，当奥弗里以此结束她的书时，想必她希望听到这句话的人不只是她的医生同行吧。

（作者系内蒙古师范大学教授）