

临床诊断中医疗纠纷发生的原因及防范措施

沈秀芹

(山东大学医学院,山东 济南 250012)

[摘要] 临床诊断是整个医疗服务的首要环节,没有正确的诊断就没有有效的治疗。实践中很多医疗纠纷就发生在诊断过程中。文章通过探讨和分析临床诊断过程中发生医疗纠纷的原因及其防范措施,以期减少医疗纠纷,提高诊断水平和医疗服务质量。

[关键词] 诊断;医疗纠纷;防范措施

[中图分类号] D 920.4

[文献标识码] A

[文章编号] 1004 - 4663(2004)12 - 0740 - 02

“没有正确的诊断,就没有有效的治疗”,这是临床医师都熟知的一句格言。但实践中有许多医疗纠纷就发生在临床诊断的过程中,这大大影响了以后的治疗和整个医疗服务的质量。究其原因往往是多方面的,但其中很多纠纷都是可以避免的。因此,本文主要对诊断过程中引起医疗纠纷的几种原因进行探讨和分析,并提出相关的防范措施,以期能够减少医疗纠纷,提高诊断水平和医疗服务质量。

1 诊断中发生医疗纠纷的几种原因

1.1 由于误诊、漏诊引起的

误诊是指错误诊断和延误诊断,包括把有病诊断为无病(即漏诊)、把无病诊断为有病及把甲病诊断为乙病等几种情况。据文献统计,在目前具有现代化检查手段的条件下,临床总体误诊率在30%左右,复杂疑难病症误诊率更高^[1]。有人对171例医疗纠纷进行研究,在医疗事故中,因误诊导致的医疗事故占到第4位^[4]。诊断医师临床误诊的原因主要是由技术水平不高和责任心不强引起的。比如知识匮乏,临床经验不足,对病情“表里”不分,过分依赖辅助检查,思维方法偏执,采集病史、体格检查草率,遗漏重要症状与体征,工作粗疏,不遵守诊疗常规及医院的规章制度,在根据不足时妄下错误诊断等等。这些因素导致的误诊、漏诊,不管有没有造成患者的人身损害后果,一旦被患者知道就会引发医疗纠纷。

1.2 由于医师诊断用药引起的

执业医师法中规定,医师应当使用经国家有关部门批准使用的药品、消毒药剂和医疗器械。医师诊断处方开药时应当遵循合理、合法、有效、节约的原则,不得滥用、滥开药物,造成病人的负担过重和不必要的医药资源浪费。可是在临床实践中经常看到这样的现象,医师能开贵重的药物不开便宜而且疗效好的;有时甚至开些与本病没有关系的药物;接受医药代表的回扣专门开某种厂家的药物;利用病人公费医疗搭车开药或者没有征得病人及家属的同意就开不属于医保报销范围的药物等等。病人及其家属法律意识不断增强,经常会查询自己所用的药物是什么,治什么以及多少价钱等,以上原因也

很容易引起医疗纠纷。

1.3 由于诊断时书写病历引起的

病历是医务人员记载一个病人的病情、诊断和治疗方法的医疗实践记录,同时也是重要的法律证据之一。因此规范的书写病历是每个临床医师的基本功。病历所记载的主诉、病史、体征、辅助检查以及其他资料是医师对病人的最后诊断是否有依据的最好证明。在实践中,很多医师诊断时不注重对病历的书写,主要表现为,病历记录不完整,缺项漏项;记录不及时;记录前后不一致;记录修改不符合规定;有些医师没有在规定的时间内补记病历等等。而患者及其家属一旦出现不良的后果就以此为理由与医院发生医疗纠纷并要求赔偿。

1.4 由于高科技设备辅助检查引起的

随着高档医疗设备和精密仪器不断用于临床,一些疾病更容易被发现和诊断,大大提高了诊断的水平。但先进的检查设备固然对某些疾病的早期诊断和及时发现具有十分重要的作用,但在应用过程中它又带来了一些不可忽视的新的误诊因素^[3]。在医院的的工作中,经常出现这样的现象:当病人就诊时,医师采用大撒网的方法,不加选择地应用各种检查,凡是所在医院有的设备都用,最常见的是先B超、后CT然后再核磁共振检查。给病人带来了沉重的经济负担,有时候还会因为仪器质量的问题或者检查人员的不负责、不仔细、技术不过关而产生误诊,给病人造成人身损害,从而引起医疗纠纷。

1.5 由于诊断时语言沟通不良引起的

医师进行诊断是整个医疗服务的一个环节。诊断医师是最先和病人及其家属接触的,良好的语言沟通往往能使病人感到温暖。医师在进行问诊、采集病史时要注意语言不能生硬、缺乏同情心,否则会引起医疗纠纷。如有些医师问诊时不讲究方法,态度不和蔼,缺乏耐心“你又怎么了?”“你到底哪疼?”“你以前是不是神经病?”“我说你是什么病就是什么病,你知道什么!”等等言语,时有出现。根据中华医院管理学会对全国326所医院医疗纠纷发生因素的一项调查显示:有49.5%的医疗纠纷主要是由于“语言上的

粗暴”引起的^[4]。这里主要是指语言表达的不准确、交代病情不客观、随便评价其他单位或人员的诊断等而引起医疗纠纷。

1.6 由于侵犯病人权利引起的

病人来医院就诊,享有各项法律赋予的权利。但很多医师往往只注重生命健康权,而在诊断过程中侵犯病人其他一些如隐私权、知情权、名誉权、肖像权等同样重要的权利,从而发生医疗纠纷。如有的医师把爱滋病、梅毒等疾病的诊断结果告诉他人;诊断医师应当明确告知病人的病情、诊断结果及预后等没有告诉或者告知不详细;医师在对病人进行检查时有人旁观等等。因此,医师在诊断时不仅要尊重病人的生命健康权,还要尊重其他各项权利,这样才能避免和减少医疗纠纷的发生。

2 防范措施

2.1 努力学习各种知识,提高诊断水平

实践证明,相当一部分误诊引起的医疗纠纷是因为医师的诊断技术技能不过硬而引起的。对疾病的早期症状、临床表现不了解,不能及时作出诊断;对少见的疾病缺乏知识,不了解诊断方法和疾病发展过程,不能正确预测病情的发展变化等等。因此,医务人员医学理论水平高低,实践经验多少,直接关系到误诊率之高低^[5],并体现临床诊断技术的水平。所以,医师必须努力学习各种知识,提高诊断水平。首先,要不断的学习并更新医学知识,掌握最新的信息和技术,这样才能对各个新病种、新问题作出正确诊断;其次,医师还必须学习相关的法学、心理、伦理等人文医学知识,才能有良好的沟通技巧,提高综合分析能力,从而避免误诊,得出正确诊断;再次,还必须在实践中进行学习并应用所学的知识,不断丰富临床经验,才能做到诊断的“准”、“稳”。这不仅是减少医疗纠纷,保护医患双方合法权益有效的方法,也是提高诊断技术水平,保证医疗质量的根本措施。

2.2 加强医德医风的教育,增强责任心

高尚的职业道德、良好的工作作风,是衡量一个合格医务工作者的起码标准,也是防范医疗纠纷的关键所在。亲密、友好、和谐的医患关系是医患双方相互理解和信任的基础。在诊断过程中,医师只有

取得了患者的理解和信任,才能使患者真实详细的反映病情,积极配合医师,遵守医嘱,从而更准确的进行诊断,并在此基础上治疗,最终恢复健康。因此,必须树立“一切以病人为中心”的理念,想病人之所想,急病人之所急;要遵循有利、无伤、知情同意等各项医学伦理原则;要改善对患者的服务态度,增强责任心,应谨慎、细致、耐心;要强化廉洁的服务观念,抵制和纠正不正之风,并建立健全医德医风的监督网络。

2.3 强化依法诊断的法律意识

强化医务人员的法律意识,促进其依法诊断,不仅是保护自身的合法权益的需要,更是尊重患者的各项权利,减少医疗纠纷的重要保障。因此,采取各种形式广泛深入的进行医学法律法规和法制观念的教育是必要的、迫切的。事实上,对于法律法规及上级行政部门和医院制定的一系列医疗规章制度不严格遵守,已成为引发医疗纠纷的重要原因之一,必须引起医院和各级医务人员的高度重视^[6]。临床医师在诊断过程中要做到严格遵照各项规章制度和诊疗操作规范。医师接诊要及时;问诊要仔细,态度要和蔼;记录书

写病历要全面、客观、真实、准确;体检要认真负责,诊断结论要有科学依据,前后相符;告知患者病情要详尽真实,不能随意夸大;处方开药要遵循节约、有效、合理的原则;当对某一个病情不能确诊时,不能使用模糊的语言,使患者疑虑,为病人诊断疾病时应遵守各级医师职责,不能确诊的疾病应及时向上级医师报告等等。

2.4 培养创造性的临床诊断思维

医师不但要有广而深的医学基础理论和丰富的临床工作经验,还应具备敏锐的思维能力,既有科学的思维指导,又有逻辑思维的判断。诊断思维一旦发生异常,就会导致误诊,造成不良后果^[7]。医师长期孤立地研究某一系统的疾病,每天接触的全是自己比较熟悉的专科疾病,思维方法容易僵化、臆断或产生惰性,因此,要培养一种创造性的临床诊断思维方法。首先,要求医师要掌握多学科综合的知识。“一个空洞的头脑是不能进行思维的”^[8];其次,要坚持用全面的、系统的、动态的思维方法来观察和分析每一个疾病;再次,要正确运用临床经验进行诊断,既以其作为诊断思路的导向,但又不能完全拘泥、依赖于临床经验。总之,用发展的、辩证的、创造性的思维方法,从各种

疾病的病理生理的复杂演变中把握认识疾病的本质,不断减少误诊的发生,从而提高诊断水平和医疗服务质量。

[参考文献]

- [1] 宋咏堂,项红兵,罗五金. 误诊误治纠纷的民事责任[J]. 中国农村卫生事业管理,2002;(8):42.
- [2] 张秦初. 误诊与医疗事故[J]. 中国医师杂志,2001;3(10):725.
- [3] 刘振华. 重视误诊的理论研究[J]. 临床误诊误治,1996;9(1):4.
- [4] 徐为军,吕家波. 新形势下防范和处理医疗纠纷的探讨[J]. 海南医学,2003;14(1):80.
- [5] 崔道富,龚仕明. 医院管理应注重误诊研究[J]. 临床误诊误治,1997;10(2):111.
- [6] 张秦初. 误诊与医疗事故[J]. 中国医师,2001;3(10):724.
- [7] 刘永菊,唐兆贵,李桂莲. 临床误诊的思维方法剖析[J]. 中国误诊学杂志,2001;1(10):1548.
- [8] 刘洪玲,贺金玉. 从临床“思维惯性”谈学生创造性思维能力的培养[J]. 医学教育,1994;(12):23.

[收稿日期] 2004 - 05 - 12

(责任编辑 刘书文)

(上接第 716 页)

表 1 传递函数模型和 ARIMA 模型对我国城市卫生技术人员的预测结果

年份	实测值	传递函数 预测值	传递函数 预测残差	传递函数预测 相对误差 (%)	ARIMA 预测值	ARIMA 预测残差	ARIMA 预测 相对误差 (%)
(1)	(2)	(3)	(4) = (2) - (3)	(5) = (4) / (2)	(6)	(7) = (2) - (6)	(8) = (7) / (2)
1983	1573912	-	-	-	-	-	-
1984	1641535	-	-	-	1573912	67623	4.12
1985	1677260	1662034	15226	0.91	1699190	- 21930	- 1.31
1986	1773895	1711050	62845	3.54	1707719	66176	3.73
1987	1882304	1863770	18534	0.98	1856285	26019	1.38
1988	2028179	1992704	35475	1.75	1974732	53447	2.64
1989	2121295	2105281	16014	0.75	2152550	- 31255	- 1.47
1990	2185285	2190002	- 4717	- 0.22	2200685	- 15400	- 0.70
1991	2263600	2289894	- 26294	- 1.16	2239842	23758	1.05
1992	2362700	2360311	2389	0.10	2330371	32329	1.37
1993	2433400	2469790	- 36390	- 1.50	2447192	- 13792	- 0.57
1994	2589400	2504456	84944	3.28	2493678	95722	3.70
1995	2659200	2719806	- 60606	- 2.28	2722404	- 63204	- 2.38
1996	2722000	2725971	- 3971	- 0.15	2718711	3289	0.12
1997	2794500	2780742	13758	0.49	2775543	18957	0.68
1998	2818500	2861112	- 42612	- 1.51	2856313	- 37813	- 1.34
1999	2829500	2842752	- 13252	- 0.47	2838962	- 9462	- 0.33
2000	2834800	2822113	12687	0.45	2838878	- 4078	- 0.14
2001	2871700	2876069	- 4369	- 0.15	2839319	32381	1.13
2002		2923866			2843171		
2003		2975482			2846456		
2004		3029223			2849257		
2005		3083985			2851644		

[参考文献]

- [1] 中国卫生统计年鉴(1984年~2002年). 北京:人民卫生出版社
- [2] 中国统计年鉴. 北京:中国统计出版社出版. 2002.
- [3] 王振龙主编. 时间序列分析. 北京:中国统计出版社,2002.
- [4] 类淑河. 利用传递函数-噪声模型表达经济变量间的动态影响机制[J]. 数理统计与管理. 2004. 11(1):67~71.
- [5] George E. P. Box, Gwilym M. Jenkins, Gregory C. Reinsel, Time Series Analysis: Forecasting And Control (Third Edition) [M]. 顾岚主译,北京:中国统计出版社,1997.
- [6] 倪宗瓚,等. 应用 ARIMA 模型动态分析高危人群的肺癌发病率[J]. 数理医药学杂志. 2001, 14. (4):294~296.
- [7] 张文彤. 世界优秀统计工具 SPSS11 统计分析教程(高级篇) [M]. 北京:北京希望电子出版社. 2002.

[收稿日期] 2004 - 10 - 15

(责任编辑 贾 睿)