

普外科高危手术医患共同决策面临的困境及对策

马卫华 姜 涛*

北京中医药大学东直门医院普外科 北京 100060

摘 要: 普外科高危手术医患共同决策面临诸多困境。在沟通层面, 医生因工作繁忙、沟通技巧不足致信息传递不畅, 患者医学知识匮乏且受情绪干扰决策能力受限; 认知上, 患者对知情同意书理解困难、对病情及决策认知偏差; 体制文化方面, 医疗评价体系对决策过程关注少, 传统医患关系模式及社会文化影响患者参与度。对此, 应加强医生沟通培训、开发决策辅助工具, 并多方协作构建良好决策环境。

关键词: 普外科高危手术; 医患共同决策; 困境; 对策

引言: 普外科高危手术风险高、复杂性大, 医患共同决策对于保障患者权益、提高治疗效果意义重大。在实际临床工作中, 医患共同决策面临诸多困境。这些困境不仅影响手术决策的科学性和合理性, 还可能导致医患关系紧张。深入研究这些困境并提出有效对策, 对于优化普外科高危手术的决策流程、改善医患关系具有重要的现实意义。

1 医患共同决策的概念

医患共同决策是现代医疗模式中一种强调患者参与、医生引导的决策方式。它打破了传统医疗中医生主导、患者被动接受的模式, 倡导在医疗决策过程中, 医生与患者作为平等的伙伴, 共同参与到疾病诊断、治疗方案选择及后续管理的全过程。在这一模式下, 医生凭借专业知识, 向患者详细解释病情、不同治疗方案的利弊、可能的风险与预期效果等信息, 确保患者充分知情。而患者则基于自身价值观、生活状况、个人意愿等因素, 表达对治疗的期望与担忧。双方通过充分沟通、协商, 最终达成一个既符合医学规范, 又尊重患者意愿的决策。

2 普外科高危手术中实施医患共同决策的必要性

2.1 提高患者治疗依从性

在普外科高危手术中, 手术风险高、并发症多、术后恢复周期长, 患者对手术的恐惧和担忧程度往往较高。实施医患共同决策能够显著提高患者的治疗依从性。当患者充分参与到手术决策过程中, 医生以通俗易懂的语言详细解释手术方案、预期效果、可能风险以及术后康复注意事项等信息时, 患者会对自身病情和治疗

方案有更清晰、全面的认识。这种参与感使患者感受到被尊重和重视, 增强对医生的信任^[1]。患者基于自身充分了解而做出的决策, 更愿意积极配合治疗, 严格遵循医嘱进行术前准备、术后康复锻炼等, 从而有效提高治疗依从性, 为手术成功和术后恢复奠定良好基础。

2.2 降低医疗纠纷风险

普外科高危手术涉及复杂的人体生理结构和多种潜在风险, 即便医生尽最大努力, 仍可能出现一些难以预料的情况。若患者在手术前对手术情况一无所知或了解片面, 一旦出现不理想的结果, 容易产生误解和不满, 进而引发医疗纠纷。而医患共同决策强调充分的信息沟通和共享, 医生在决策过程中与患者坦诚交流, 让患者知晓手术的不确定性。患者明确自身在决策中的责任和权利, 对手术结果有合理的预期。当双方基于充分沟通达成共识后, 即使出现不良结果, 患者也更可能以理性、客观的态度看待, 理解医疗行为的局限性, 从而有效降低医疗纠纷的发生风险, 维护和谐的医患关系。

2.3 提升医疗服务质量

在普外科高危手术中实施医患共同决策, 对提升医疗服务质量具有重要意义。医生在决策过程中需要深入了解患者的个体差异, 包括身体状况、心理状态、生活方式、价值观等, 从而制定出更符合患者实际情况的个性化治疗方案。这种个性化的医疗服务能够更好地满足患者的需求, 提高治疗效果。患者积极参与决策, 能够及时反馈自身感受和想法, 为医生提供更全面的信息, 有助于医生及时调整治疗方案。

3 普外科高危手术医患共同决策面临的困境

3.1 沟通与决策能力欠缺

在普外科高危手术的医患共同决策过程中, 沟通与决策能力的欠缺是较为突出的问题。从医生层面看, 普外科医生日常工作繁忙, 面对众多患者, 平均分配到

通讯作者简介: 姓名: 姜涛 出生年月: 1980年2月
性别: 男 民族: 汉 籍贯: 山东烟台 学历: 硕士 职称: 副主任医师 研究方向: 消化道良恶性肿瘤

每位患者身上的沟通时间有限。在有限的时间内,要清晰、准确且全面地向患者解释复杂的手术方案、潜在风险、并发症以及术后恢复情况等专业医学知识,难度较大。而且部分医生缺乏有效的沟通技巧培训,在沟通时可能过于注重专业术语的使用,导致患者难以理解,影响信息的有效传递。从患者层面而言,由于医学知识的专业性和复杂性,患者往往缺乏对手术相关知识的了解。面对医生提供的大量信息,患者可能难以抓住重点,无法准确理解手术的关键要点和潜在风险。患者在面对重大手术决策时,容易受到情绪影响,出现焦虑、恐惧等情绪,这进一步干扰了他们的理解和决策能力。当患者无法充分理解信息并做出理性决策时,医患共同决策就难以顺利开展,可能导致决策结果不符合患者的最佳利益。

3.2 知情同意与认知能力不足

知情同意是医患共同决策的重要环节,但在普外科高危手术中,患者和家属的知情同意与认知能力存在明显不足。一方面,患者对手术知情同意书的理解往往停留在表面。知情同意书通常包含大量专业术语和法律条款,对于缺乏医学和法律知识的患者来说,阅读和理解起来非常困难。患者可能只是机械地签字,而没有真正理解手术的风险和后果^[2]。另一方面,患者对自身病情和手术决策的认知存在偏差。一些患者过于乐观地估计手术效果,忽视了手术的风险;而另一些患者则过度担忧,对手术产生不必要的恐惧,甚至拒绝合理的手术方案。

3.3 体制与文化问题

在医疗体制方面,现有的医疗评价体系主要以治疗效果和医疗指标为核心,对医患共同决策的过程和效果关注不足。医生在考核和晋升中,更注重手术的成功率和科研成果,而与患者沟通、共同决策的能力和效果并未得到充分体现。这使得医生缺乏开展医患共同决策的积极性和动力。从文化层面来看,传统的医患关系模式中,医生处于主导地位,患者往往被动接受治疗。这种文化观念深入人心,患者习惯于依赖医生的决策,缺乏主动参与决策的意识。社会上对医疗纠纷的过度关注和负面报道,也使得医生在决策过程中更加谨慎,担心承担责任,从而在一定程度上限制医患共同决策的开展。不同地区、不同文化背景的患者对医疗决策的看法和期望存在差异,也给医患共同决策带来了一定的困难。

4 改进普外科高危手术医患共同决策的对策

4.1 加强医生沟通技能培训

在普外科高危手术的医患共同决策中,医生作为专业信息的提供者和决策引导者,其沟通技能至关重要。

当前部分医生由于缺乏系统的沟通技能培训,在与患者交流时难以准确、清晰地传达手术相关信息,导致患者对手术的理解存在偏差,进而影响决策质量。加强医生沟通技能培训应从多方面入手。一方面,医疗机构应组织专门的沟通技能培训课程,邀请专业的沟通专家或经验丰富的临床医生授课。培训内容不仅包括基本的沟通技巧,如倾听、表达、反馈等,还应涵盖与患者沟通的特殊情境,如如何向患者解释复杂的手术风险、如何应对患者的情绪反应等。通过理论讲解与案例分析相结合的方式,让医生深刻理解沟通在医患共同决策中的重要性,并掌握实用的沟通方法。另一方面,要为医生提供实践机会,让他们在实际临床工作中不断锻炼和提升沟通技能。鼓励医生在日常工作中多与患者交流,积累沟通经验,并定期组织经验分享会,让医生们相互交流沟通心得和技巧,共同提高。建立有效的沟通评估和反馈机制也必不可少,医疗机构可以定期对医生的沟通效果进行评估,通过患者满意度调查、同行评价等方式,了解医生在沟通方面存在的问题和不足,并及时给予反馈和指导。对于沟通技能表现优秀的医生,应给予表彰和奖励,激励其他医生向其学习,形成良好的沟通氛围。

4.2 开发与应用决策辅助工具

普外科高危手术涉及复杂的医学知识和决策因素,患者往往难以全面、准确地理解和评估。决策辅助工具可以以多种形式呈现。患者可以在手机或电脑上随时查阅这些信息,并与医生进行深入交流,提出自己的疑问和担忧。同时利用决策辅助工具,患者可以参与模拟决策过程,体验不同决策方案的结果,从而更好地理解手术决策^[3]。对于医生而言,决策辅助工具可以减轻其沟通负担,提高决策效率。医生可以通过工具快速生成详细的决策报告,与患者共同讨论和确定最终方案。决策辅助工具还可以收集患者的反馈信息,为医生提供决策参考,不断优化决策方案。

4.3 多方支撑构建良好决策环境

构建良好的医患共同决策环境需要医生、患者、医疗机构和社会各方的共同努力。医生应树立以患者为中心的服务理念,尊重患者的意愿和需求,在决策过程中给予患者充分的关注和支持。当患者提出疑问或担忧时,医生应耐心解答,共同探讨解决方案,增强患者的信任感和参与感。患者自身也应提升健康素养和决策能力。主动学习医学知识,了解手术的基本原理和风险,在决策过程中保持理性和客观,与医生充分沟通,表达自己的真实想法和需求。医疗机构在构建良好决策环境中起着关键作用,应制定合理的决策流程和规范,明确

医生和患者在决策中的权利和责任。加强对医患共同决策的宣传和教育,提高患者对决策的认知和重视程度。建立有效的投诉和建议机制,及时处理患者的问题和反馈,不断优化决策环境。社会层面,应加强对医患共同决策的宣传和引导,提高公众对医患共同决策的认知和接受度。

5 案例分析与实践验证

5.1 案例1

在胰腺癌手术决策中,传统模式往往侧重于肿瘤的形态学特征,如肿瘤大小、位置、是否侵犯周围血管等,以判断手术的可行性和切除范围。然而这种基于形态学的决策方式存在一定局限性,有时即便手术在技术上可行,患者也可能因生物学行为不良而无法从手术中获益。某三甲医院胰腺外科团队开展了胰腺癌手术决策优化实践,在决策过程中,除了考虑形态学因素外,还引入了预后评分系统。该系统从肿瘤范围、CA19-9水平、WHO体力状态等多个维度对患者进行评估。在术前,医生与患者及家属进行充分沟通,详细解释预后评分结果以及不同治疗方案的利弊。对于该患者,除了直接手术外,还介绍新辅助治疗方案。经过共同决策,患者选择了先进行新辅助化疗,待肿瘤缩小后再评估手术时机。在后续治疗中,通过动态监测患者的肿瘤指标和影像学变化,及时调整治疗方案。最终,患者在合适时机接受手术,并取得较好的治疗效果。

5.2 案例2

肝胆手术由于手术复杂、风险较高,术前沟通至关重要。然而传统术前沟通方式存在沟通内容不全面、沟通效果不理想等问题,容易导致患者对手术的理解存在偏差,影响手术决策和术后康复。某医院肝胆外科开展了术前沟通标准化试点。首先,制定标准化的术前谈话内容,包括手术目的、手术方式、手术风险、术后并发症、康复注意事项等。同时采用通俗易懂的语言,避免使用过多的专业术语,确保患者能够理解^[4]。在沟通方式

上,采用多种形式相结合的方法。除传统的面对面沟通外,还制作手术过程动画视频,让患者直观地了解手术步骤和操作过程,还为患者提供术前谈话手册,方便患者随时查阅。在试点过程中,医生严格按照标准化流程进行术前沟通。例如,在为一位胆囊结石患者进行术前沟通时,医生先向患者介绍胆囊结石的发病原因和手术必要性,然后详细解释腹腔镜胆囊切除术的手术过程、可能出现的风险和并发症,以及术后的饮食和活动注意事项。同时播放手术动画视频,让患者对手术有更直观的认识。通过术前沟通标准化试点,患者的术前知晓率明显提高,对手术的理解和接受程度也大大增强。在术后随访中,发现患者的满意度显著提升,术后并发症的发生率也有所降低。

结束语

在普外科高危手术医患共同决策的进程中,虽面临沟通障碍、认知局限以及体制文化等多重困境,但通过强化医生沟通技能、开发辅助决策工具以及多方协同构建良好环境等对策,有望打破困境。期待未来能不断完善决策机制,推动医患双方在共同决策中实现更有效的沟通与合作,为患者带来更优质、安全的医疗服务。

参考文献

- [1]王雨佳,张维帅,尹梅.普外科高危手术医患共同决策面临的困境及对策[J].中国医学伦理学,2024,37(10):1202-1206.DOI:10.12026/j.issn.1001-8565.2024.10.12.
- [2]林晓莉.细节护理干预对普外科高危手术患者术后效果影响的分析[J].世界最新医学信息文摘(连续型电子期刊),2020,20(67):300-301.DOI:10.3969/j.issn.1671-3141.2020.67.148.
- [3]吉桂贇,赵如斌,毕翠花.普外科患者手术切口感染高危因素及其预防策略分析[J].贵州医药,2020,44(2):231-233.DOI:10.3969/j.issn.1000-744X.2020.02.023.
- [4]李定琼.普外科患者手术切口感染高危因素及其预防策略分析[J].特别健康,2020(34):38.