



# 医生的职业之路该怎么走

在近日举办的清华大学附属北京清华长庚医院第五届 Attending 医师大会上,著名颌面整形外科专家、台湾长庚纪念医院决策委员会名誉主委陈昱瑞教授,著名血液病学家、国家血液系统疾病临床医学研究中心主任、北京大学血液病研究所所长黄晓军教授,北京大学医学人文学院副院长王岳教授等知名专家学者围绕医师领导者的风范、如何做好一名好医生、医学人文与医患关系等话题,发表了各自的看法。本期,我们将这些专家演讲的精彩内容分享给读者。

## 黄晓军:用钉钉子精神,成为一名好医生



黄晓军:北京大学血液病研究所所长、国家万人计划领军人才、长江学者、国家血液系统疾病临床医学研究中心主任。

生;仅仅发几篇文章,也不可能成为好医生;不发文章,同样不可能成为好医生。

我们需要从临床实践经验中归纳提炼出共性的东西,这就是再创造能力,这就需要我们撰写文章。经常有人说,现在医生负担很重,不应该写SCI文章,我的观点是,为了发文章而写文章确实没有意义,不过我们在临床工作中有更多主动思考、更多研究,写文章就是自然而然的事情,这也是医生成长必须经历的一个过程,有助于能力提升。

30年前,我还是主治医生的时候,遇到一个白血病病人,根据当时的诊断,认为要给人做骨髓移植,但病人移植两个月后就复发了。10年之后,我们再看国外的指南,认为这种低危白血病出现kit阴性其实不需要做移植,阳性才做。我当时就想到了10年前的那个病人,既然做骨髓移植是公认的白血病治疗最有效方法,为什么病人两个月后就复发了?是不是被国外的指南所标记的低危病人中实际隐藏着高危病人呢?后来,我们开展了相关研究,发现通过微小病灶残留,筛选出kit阴性病人中的一部分,而这些病人做移植会比不做移植效果更好。因为我们的这个临床研究成果,现在的《欧洲急性髓系白血病共识》改了,对kit阴性的病人做微小病灶残留的检测,变为阳性的,做骨髓移植效果更好。

其次,要总结归纳。我们不能满足于空泛地描述很多东西。我们发现,白血病的CD34(一种蛋白)表达和完全缓解率负相关,和复发率正相关,就写了一篇回顾性的文章,论述CD34表达有助于NPM1(一种基因突变)+AML(急性髓系白血病)诊断分层。这篇文章的题目,我让团队的医生改了七遍才最后确定,因为我希望标题能够清晰提炼出文章的主旨。

我们不能为了发表文章而发表文章,一定要精益求精,加深对这个问题的理解,这其实也给创新留下了空间。

接下来,讲讲转化创新能力。转化研究是临床医生提高能力的良好路径。我们首先要提出问题,分析问题,在这个过程中能力得到提升,多中心临床研究还需要具备一定的组织管理能力。

骨髓移植是治疗绝大多数血液病的有效方式。2000年以前,做骨髓移植必须满足配型百分之百相同这个条件。如果是这样,独生子女家庭很难有配型成功的机会,多子女家庭的兄弟姐妹间配型成功的几率也只有25%。供体不足是全世界血液病治疗的痛点问题。那么,半相合的配型能不能成功进行骨髓移植?通过研究,我们创立了临床免疫耐受的新方法。2000年开始,我们做了首例HLA(人类白细胞抗原)不合移植。从几十个病例开始写回顾性研究的科研论文,后来又按照国际标准做大样本的前瞻性研究,然后开展随机对照研究,把抗宿主病的患病率降了下来。在这个过程中,我们渐渐明白了什么是科研,怎么做科研,回顾性研究、前瞻性研究和随机对照研究究竟有什么区别。

当时我认为,我们可能已经解决了半相合移植的难点问题,但实际上,国际医学界还是不认可,因为要提出一个新的治疗方案,必须有系统性、持续性的创新。于是,我们开始尝试创建系列新技术,形成半相合移植体系。如何进一步降低抗宿主病患病率?干细胞成功移植后,如何“长”得更好?多个供者,谁是最佳?半相合是否比现有的标准化疗方案更有优势?与同胞全合的疗效是否可以达成一致?带着这一系列问题开展研究,我们最终形成“非去T细胞单倍型造血干细胞移植供者优化选择体系”。这一移植方案,被国际医学界称之为骨髓移植的“北京方案”。目前,全国骨髓移植中半相合移植已经占60%。在欧美,近十年,半相合移植也呈现出快速上涨的趋势。

转化创新不仅解决了临床的问题,还提升了医生的能力。临床工作

处处都有挑战。比如,病人移植后经常会遇上病毒性肺炎,病毒性肺炎的治疗一般是不能加激素的,但我们的确碰到一些病情很重的病人,在快要不行的时候加激素治好了。什么样的病人应该加激素呢?我们需要把这些病人识别出来。

通过我们的研究,找到生物标记进行分层诊断,我们将病人移植后间质性肺炎的存活率提高到70%以上,而之前,移植后间质性肺炎的死亡率高达70%。

医生的责任与担当是非常重要的。医学有认知局限,医学呼唤人文精神。

一位病人骨髓移植后发烧,血象不正常,还有出血性膀胱炎,同时有泌尿系结石。我们最初想用消炎药把病人的体温降下来,但好久降不下来。我想病人发烧,可能跟泌尿系结石有关,需要先处理病人的结石。我们团队就请了泌尿外科大夫来会诊。泌尿外科大夫说,血象正常才能取石。但我们认为感染不好,血象就不好了。最后,我决定请泌尿外科大夫取石,出了问题我来负责。取石后,病人体温降下来了,血象也逐渐正常了。

还有一个发烧病人,会诊后怀疑是结核,抗结核治疗一个月,病人的体温也没有降下来,胆红素却上去了。我们就想,是不是需要抗排斥加激素治疗,但是结核治疗是不能加激素的,于是就充分抗感染,略微加激素治疗,效果还是不佳,病人胆红素越来越高。我查房决定,撤去抗结核药,结果病人的体温下来了,胆红素也降下来了。有时候,我们需要做减法,减法往往比加法难做,这考验医生的经验和胆识。

敢于担当才能挽救危局,有全局观念方能破解困局。

最后,我想谈谈团队建设。2004年,我开始担任科主任,记得我们老院长跟我说,希望你不要把血研所变成骨髓移植病研究所。经过多年努力,我们逐渐建成了多学科平台,有诊断中心、治疗中心,还有转化研发中心。我们建立了所务会、周查房、全科疑难病例讨论等一系列制度,团结协作创新发展是我们的文化。未来,我希望我们能建成引领国际血液学的转化医学团队。

总之,在追求成为好医生的路上,需要以钉钉子的精神,锲而不舍地一步步实现自己的目标。

## 王岳:永远谨记“病人至上”



王岳:法学博士,北京大学医学人文学院副院长、教授、博士生导师,中国卫生法学会学术委员会副主委。

慢。傲慢会让你和病人的关系非常糟糕。

我想送给医生三句话,请在临床工作中当口头禅使用。第一句就是:谢谢。医生告别病人,不要再说再见,应该发自内心的说一句,谢谢。我们不应该只向捐献器官的病人鞠躬,而要对所有逝去的病人,深深地鞠躬。因为他们是我们的老师。

张孝寿先生的听诊器被他自己截短了一段,越短听得越清楚,但是医生却很不方便,给病人听诊,需要俯下身。这就叫病人至上。

我去很多医院调研,问他们病床间为什么不装隔帘,装了为什么不拉上?护士说,拉什么,还得走过去掀开看。护士在以谁的最大利益来做出决策?不是病人,是自己。

上世纪60年代末,一个伟大的医生Patch Adams(帕奇·亚当斯)改变了整个美国医学的走向,让欧美医学从生物医学快速迭代到现代医学,也叫全人医学。西方为了纪念这位伟大的医生,在1989年拍了部电影叫《心灵点滴》。影片的最后提出了三个非常尖锐的问题:医务人员行医的目的是什么?医务人员最大的敌人是谁?医务人员最重要的本领是什么?正是这三个问题带来了西方医学范式的革命。

我们需要理解病人的需求,不仅仅是医疗的需求,还包括社会、心理的需求。

当我们把帮助病人作为行医的目的,我们就可以战胜奥斯勒说的医患关系的第二个敌人——冷漠。如果你整天看血液科的病人,就容易漠视病人的痛苦。请大家战胜冷漠,见到病人,别老问哪里不舒服,多说什么我能帮您。这是我想对医生说的第二句话。

每年有上万名儿童因抗生素使用不当而失明。我好朋友的女儿因为过度使用抗癫痫药物双目失明。如果是你的女儿,你认为赔偿多少钱可以解决?我做医疗律师十几年,不再做了,因为一点成就感都没有,无论官司是什么结果,医患都是受害者。我在北医常说,我不想培养能打赢官司的医生,我要培养出永远不当被告的医生。

奥斯勒说,医患关系的第三个敌人是贪婪。医学伦理学有一个原则叫不伤害。医生滥用权力,就会给病人造成伤害。知识是一种权利,这种权利可能会被滥用、被寻租。

我想对医生说的第三句话:病人好,我才好。我们可能终有一天会沦为病床上的病人。

西方有一句谚语:帮助和保护那些弱者,就是在帮助和保护今后的自己。

谈到医生的职业精神,很多人就谈收入,这是不对的。如果一个人提出辞职,立刻有人替代他的工作岗位。严格地讲,这个人的收入是不低的。在我国,真正不好招到医生的是全科医生所在的医院。所以,中国医院最弱的是全科。我们的改革应该往这个方向走。

美国是典型的市场主导型医疗保障体系,英国、德国、法国是典型的政府主导型医疗保障体制。1个美国医生的收入相当于3个法国医生、2个德国医生、2.3个英国医生、13个墨西哥医生的收入。

现在,北京的人均工资水平刚刚达到中等发达国家水平,我们和美国医生比较收入,是不对的。理性地看待自己的收入,是医生找到幸福感必须想通的一个问题。

我希望,未来的医师节,医生和病人一起过。正如原中国医师协会会长张雁灵所说:没有病人,医生将一无所有。

(本报记者张昊华整理 图片:杨欣摄)

## 陈昱瑞:教学相长 提升领导力



陈昱瑞:台湾长庚大学整形外科教授,长庚纪念医院整形外科颅颌中心顾问级主治医师,长庚决策委员会名誉主任委员。

尽全力服务。病人感觉满意就会介绍更多的病人来,你的职业价值将会得到更好的体现。如果你把每一个病人的情况都好好记录下来,你可能就能写出论文。最近,我和年轻同事们一起记录每一个病人背后的故事,这些故事不是论文,却可以带来很好的社会效益,让人看后很感动,受到启发。

每个医生都是自己门诊的领导,你的心情、动作、表情会影响病人、护理人员和你服务的行政人员。

如果你的团队都愿意跟着你干,你就是一个好的领导。好领导有什么特征?

一个好领导必须有愿景,这决定了你的团队能走多远。我们要为团队打牢文化建设的基础,确立正确的价值观。

一个好领导必须诚信正直,唯有如此,才能和病人、和周围人相处融洽。

一个好领导要专注、奉献,能带领团队把专业做得更好。

一个好领导要有容人的气度,能够包容成员的缺点,帮他们解决问题。

一个好领导应该保持谦虚,虚心听取他人的意见。

一个好领导还必须要有开放的心态、良好的创造力,并且处事公平。什么样的领导不受欢迎?顽固不

化、迟疑不决、不可托付、没有同理心、不讲诚信、难以沟通,这些都是我们要竭力避免的。高效能的领导应该有信心,可托付,适应性好,自信,有创新精神,有同理心,做事专注,有冒险精神,不墨守成规,能坚持把事情做成,能团结大家。

如何培养自己的领导特质?要有决心,愿意多负责任,改进沟通技巧,多向导师学习。

领导是行动,不是职位。领导不是目的地,而是一个旅程。

亚里士多德说,我们的重复行为造就了我们,所以卓越不是一种行为,而是一种习惯。我们要养成良好的习惯:每周至少开一次例会;要培养整个团队的专业精神,把病人放在第一位;定期开病例讨论会;要多读书多看期刊,关注同行们在做什么,能不能借鉴;参加会议要准时到,开会时一定要发表意见。

我们应该用什么方式来领导大家?我的老师告诉我,要让科室成员都有自己的专长,在某一个方面比领导做得好,这样整个科室的水平就会提高。

作为领导,我们需要有担当精神,热心参与公共事务。科室的主要任务是提供高质量的医疗服务,培养医疗

人才,促进学科的发展。这也是科主任要竭力去做的事。

作为一个领导,你是否了解科内同事?他们的收入如何?他们在做哪些手术、检查和研究?我可以帮他们做什么?你了解其他科室在干什么吗?我们科同事可以和他们合作吗?这些反映了你是否热心,工作是否主动,是否具有同理心。

一个称职快乐的科主任,上级领导要欣赏你,同事要喜欢你和你一起工作,家人要支持你。

如何领导欣赏你?孔子说,“有事,弟子服其劳”。站在领导的立场,设想他遇到的困难,以及自己该如何帮助他。你还得乐观、风趣,乐于参与领导安排的工作。你们还能得得投缘。如果你是个正向思考的人,通常会得到认可。

作为科主任,我们需要带领团队从事临床研究。我们要勇于创新,形成自己的诊疗特色,也要创造和病人合作的机会。病人的痛点就是临床研究突破口,不妨与相关科室合作,互相促进。

我们要创新发展、整合发展、国际化发展、特色发展。这一切都要围绕核心价值观:以病人为中心。

在团队里,要教学相长。我们要看别人怎么做,自己也去做,然后还要教学生做。只是自己会还远远不够,在教别人的过程中,你会发现还有很多讲不清楚、搞不明白的地方。

如何改进沟通技巧?要微笑,要多说“对不起”“辛苦啦”,要学会聆听。

对科主任来说,很多时候,吃亏就是占便宜。让利会让人家尊敬你,让你得到人心,大家会更好地回馈你。