

一本告诉您怎样
就医、吃药的图书

怎样看病？

看病前做好充分的准备
看病时学会与医生交流
治疗中正确认识临床疗效
.....

医生和您在一起

看病吃药全攻略

王佐广 梁小卫 主 编

李继勇 马晓海 副主编



科学技术文献出版社
SCIENTIFIC AND TECHNICAL DOCUMENTATION PRESS

医生和您在一起

五、实施战略的若干原则

土佐广 梁小卫 主 编

李继勇 马晓海 副主编

科学技术文献出版社

· 北京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

医生和您在一起：看病吃药全攻略 / 王佐广，梁小卫主编. —北京：科学技术文献出版社，2016.3

ISBN 978-7-5189-0958-2

I. ①医… II. ①王… ②梁… III. ①疾病—诊疗—问题解答 IV. ①R4-44

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 013226 号

医生和您在一起——看病吃药全攻略

策划编辑：周国臻 责任编辑：安子莹 责任校对：赵 瑗 责任出版：张志平

出 版 者 科学技术文献出版社
地 址 北京市复兴路15号 邮编 100038
编 务 部 (010) 58882938, 58882087 (传真)
发 行 部 (010) 58882868, 58882874 (传真)
邮 购 部 (010) 58882873
官 方 网 址 www.stdp.com.cn
发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销
印 刷 者 北京高迪印刷有限公司
版 次 2016年3月第1版 2016年3月第1次印刷
开 本 710×1000 1/16
字 数 182千
印 张 11.75
书 号 ISBN 978-7-5189-0958-2
定 价 36.00元



版权所有 违法必究

购买本社图书，凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者，本社发行部负责调换

作者简介

王佐广，男，医学博士，副研究员，副教授，首都医科大学硕士研究生导师。1995年毕业于中国人民解放军第二军医大学军医系本科；2003年毕业于北京市心肺血管疾病研究所，获得内科学硕士学位；2008年毕业于首都医科大学，获得内科学博士学位。先后在中国人民解放军第251医院和首都医科大学附属北京安贞医院工作。作为主要完成人参加了国家“863”项目课题、国家“九五”攻关课题、国家“973”重大基础研究前期研究专项、北京市自然科学基金重大项目课题、北京市自然科学基金课题等共15项；主持国家自然科学基金项目课题2项，北京市自然科学基金课题1项，入选“北京市卫生系统高层次卫生技术人才培养计划”。先后发表论文60余篇，SCI论文10余篇，主编专著1部，参与编写专著3部。有11项国家发明专利。在完成教学和科研任务的同时，长期从事高血压、动脉硬化和冠心病的门诊诊疗工作，在心血管疾病的药物治疗方面积累了丰富的经验。首次发现高血压相关基因线粒体融合基因在人类中的2个SNP，其中2个已经在美国国家生物信息中心注册。首次提出了原发性高血压发病机制的四维模式理论及四维医学模式理论。现工作于首都医科大学附属北京安贞医院/北京市心肺血管疾病研究所。

梁小卫，女，医学硕士，副主任医师，曾供职于中国人民解放军第251医院心内科，目前任职于北京军区司令部第二干休所。2008—2010年先后在解放军第463医院、沈阳军区总医院心内科介入中心进修学习。擅长心内科各种常见病、多发病的诊疗，对晕厥的临床检查、诊断和防治，以及抗心律失常药物的临床应用，具有扎实的临床经验。熟练掌握电生理检查诊断和射频消融术、冠状动脉造影术及经皮冠状动脉血管介入治疗术，已有1000例以上的手术经验；对人工心脏起搏器治疗亦积累了丰富的临床经验。近年在国内专业学术杂志发表学术论文20余篇。

李继勇，主任医师、医学博士，硕士研究生导师。1997年南昌大学医学

院本科毕业，2003年获北京市心肺血管疾病研究所硕士学位，2007年美国克里夫兰心脏中心访问学者，2009年晋升副主任医师，2014年晋升主任医师，2011年首都医科大学获博士学位，多年的心外科临床实践，临床经验丰富。擅长二尖瓣修复手术、重症冠心病的外科治疗、各类型重症瓣膜病的外科治疗及先天性心脏病的外科治疗。2009年之后施行手术死亡率低于1%。2008年率先在国内采用人工腱索线圈技术行二尖瓣成形术，对各种二尖瓣修复技术有丰富的经验，对二尖瓣置换术中前、后叶的保留技术及全瓣叶保留技术有较深研究。2010年5—8月在安贞医院协作单位南通瑞慈医院心脏中心任心外科主任，2012年2月由北京市政府选派作为援疆干部在新疆和田地区医院工作1年，任心胸外科副主任，并获“优秀援疆干部”称号。在国内外核心期刊发表论文十余篇，SCI论文2篇。2012年获“北京市优秀人才”资助。2014年获“北京市卫生局高层次卫生人才资助”。

马晓海，博士，主任医师，副教授，硕士研究生导师。1999年毕业于白求恩医科大学，2004年在北京市心肺血管疾病研究所取得硕士学位，2010年在首都医科大学取得影像医学与核医学博士专业学位。现就职于首都医科大学附属北京安贞医院医学影像科，长期从事影像诊断工作，在心血管疾病的X线平片、CT、磁共振及介入等影像诊断方面积累了丰富的经验。2006—2008年，在美国密执安州立大学放射学系进修学习。自2001年从事影像诊断专业工作以来，累计以第一作者在核心期刊发表论文16篇，SCI收录期刊发表论文6篇，参加国际大型学术会议发言8次，参编专著6部，参与国家、省部级课题多项，主持在研课题2项。

本书出版受北京市卫生系统高层次卫生技术人才培养计划（课题编号：2014-3-040；2014-3-041）、国家自然科学基金（课题编号：81370229；81270216）、北京市自然科学基金（课题编号：7102045）资助及北京市优秀人才培养资助计划（课题编号：2013D003034000036）资助。

参编人员

魏永祥, 博士, 主任医师, 教授, 博士研究生导师, 首都医科大学附属北京安贞医院

温绍君, 硕士, 研究员, 教授, 博士研究生导师, 首都医科大学附属北京安贞医院

罗兴才, 硕士, 副主任医师, 总参炮兵训练基地门诊部

李继勇, 博士, 主任医师, 硕士研究生导师, 首都医科大学附属北京安贞医院

马晓海, 博士, 主任医师, 副教授, 硕士研究生导师, 首都医科大学附属北京安贞医院

李庆祥, 博士, 主任医师, 硕士研究生导师, 首都医科大学附属北京安贞医院

商建峰, 硕士, 主任医师, 首都医科大学附属北京安贞医院

赵 蕾, 博士, 主治医师, 首都医科大学附属北京安贞医院

姜 燕, 本科, 主管护士, 首都医科大学附属北京安贞医院

李进军, 硕士, 主任医师, 首都医科大学附属北京安贞医院

魏路佳, 硕士, 主治医师, 首都医科大学附属北京安贞医院

刘洁琳, 硕士, 医师, 副研究员, 首都医科大学附属北京安贞医院

刘 雅, 硕士, 医师, 副研究员, 首都医科大学附属北京安贞医院

梁小卫, 硕士, 副主任医师, 北京军区干休所

彭晓云, 硕士, 副研究员, 北京正大绿洲医药科技有限公司

王佐广, 博士, 副教授, 硕士研究生导师, 首都医科大学附属北京安贞医院

文 杰, 主管技师, 首都医科大学附属北京安贞医院

李 梅, 博士研究生, 医师, 首都医科大学附属北京安贞医院

李 闯, 博士研究生, 医师, 首都医科大学附属北京安贞医院

牛秋丽, 硕士, 医师, 首都医科大学附属宣武医院

靳 飞, 硕士研究生, 首都医科大学附属北京安贞医院

李 笑, 硕士研究生, 首都医科大学附属北京安贞医院

刘 阔, 硕士, 医师, 煤炭总医院

顾 伟, 博士研究生, 医师, 首都医科大学附属北京安贞医院

王丽娟, 博士, 医师, 煤炭总医院

前言

在多年的从医经历中，笔者治疗了很多很多的患者，经历了很多高兴、悲伤、遗憾，以及让笔者愤怒的事情，高兴的是有很多患者治疗得很成功；悲伤的是对很多的患者医生根本没有办法解决他们的痛苦；遗憾的是本来有很多的患者是可以治好的，但是由于他们缺乏一些医学方面的基本知识，最后导致了严重的后果；愤怒的是本来可以治好的疾病，患者却因为没有钱或其他原因最终只能放弃治疗。

“医者父母心”，当医生的总是希望能将患者治好，并在为此而尽其最大的努力工作着，那是当医生最大的快乐，也是医生职业道德的基本要求。但是由于种种原因，尤其是患者方面的原因，导致了很多人可以不出现的疾病出现了，可以早期发现的疾病发现不了，可以改善的病情恶化了，可以治愈的疾病因为被延误而无法治愈……其中的主要原因在于患者对于一些基本医学专业知识和基本医学常识的缺乏，不知道怎样正确地预防疾病；得病了不知道该找谁看病，什么时候去看病；治疗时不知道该不该吃药，吃什么药，怎么吃药，什么时候吃药；也不知道在医院里应该怎样花最少的时间、精力和费用看病等。总之，在医院里、就诊时，很多的患者感到很无助、也很迷惘。

为了更好地为患者服务，给患者朋友提供更多的帮助，最大限度地促进患者的健康，作者根据在多年的临床实践过程中，患者经常提出的一些疑问和就医过程中可能出现的各种顾虑，以及笔者发现需要提出来让患者重视并正确面对的一些心得和经验，整理成书。希望患者朋友能通过阅读本书，参考在患病就诊时、在检查化验和治疗过程中碰到的一些常见问

题的解决方法与建议，最大限度地争取精准预防、早期诊断、个体化治疗，争取早日恢复健康。

本书的定位为科普性读物，因此，凡是涉及临床具体疾病方面的问题请务必咨询医生，以免影响疾病的诊断、治疗和预防；同时，由于本书中所持有的观点均为作者的个人观点，难免可能不够准确、全面和科学，因此，仅供大家参考。

编 者

目 录

心理篇

患病后的心理变化及对策.....	1
不要太较真.....	6
患病是最公平的，心态是最重要的.....	8
管理自己的情绪.....	10
防止偏听偏信.....	12
避免听天由命.....	14
避免我行我素.....	16
正确面对广告.....	17
“该吃就吃、该喝就喝”与“想吃就吃，想喝就喝”.....	18
活着就是幸福！.....	20

就医篇

得病了要及时治疗，以免小病变大病！.....	23
中医好还是西医好？.....	24
如何选择医院？.....	25
选择适当的科室进行治疗.....	26
如何选择水平高的医生？.....	27
挂号途径及看病的流程.....	29
挂不上号怎么办？.....	30
第一次看病时，应该注意什么？.....	32
怎样陈述病情？.....	33

如何避免医生开大处方.....	34
医生为什么不给我多开药?	35
开药少、费用低的医生就是好医生吗?	36
没钱看病怎么办?	37
不要过多地干扰医生的治疗!	38
医生看病很简单, 随便开几种药就把我打发了!	39
医生为什么不能给我 100% 承诺?	41
建立自己的病例档案.....	42
老医生就是经验丰富的医生吗?	43
有名的医生就是好医生吗?	44
不要太相信自己的感觉.....	46
自觉症状严重就是病很重吗?	48
医生态度恶劣怎么办?	49
相信科学, 不要迷信广告.....	50
最好不要频繁换医生.....	51
有没有最好的手术大夫? 如何选择?	52
疾病好转需要时间.....	53
警惕江湖医生和非法医疗广告.....	54
久病真能成医吗?	56
家族史的影响.....	58
可以在社区医院看病吗?	59

检查篇

不想检查, 查出毛病来怎么办?	62
检查或抽血前可以喝水、吃药吗?	64
如果化验结果有异常怎么办?	65
如何看待检查报告结果?	67
高精尖检查有必要吗?	68
必要的检查一定要做.....	69

什么是过度检查？	71
如何在检查中保护自己的隐私	72
医院中防止意外伤害	73
正确对待放射性检查	73

治疗篇

我又没有不舒服的感觉，为什么要吃药啊？	75
先不吃药，等等再看吧！	76
我不吃药，一吃就要吃一辈子呢！	77
为什么我的病不能治愈？	79
我的病该手术还是内科治疗？	80
疾病治疗的个体化	81
吃着药呢，生活方式还需要改变吗？	82
贵药就是好药吗？	83
不要自己给自己看病	84
将吃药当成生活的一部分	86
吃饭是为了活着，吃药是为了活得更好	87
输液比口服药好吗？	88
放血疗法靠谱吗？	88
扎紧手臂能增加耐受缺氧的能力吗？	90

服药篇

怎样看药品说明书	92
不要过于纠结药物的不良反应！	93
药品的适应证与所患疾病不一致怎么办？	96
是药三分毒吗？	98
医生没告诉我，说明书又没有说清楚，我该吃多少药啊？	100
同样的病为什么不同的医生用的药不一致？	101

11. 不同的疾病，为什么用的药一样呢？	103
12. 药物应该服用多长的时间？	103
13. 合并用药的问题	105
14. 中药和西药可以同时服用吗？	106
15. 可以自行调药吗？	108
16. 自觉症状明显好转就可以停药吗？	110
17. 过期的药物能不能吃？	111
18. 吃多少药合适？	112
19. 什么时候服药比较好？	113
20. 药物有哪些剂型？哪种最好？	115
21. 剂型对药效和疾病有什么影响吗？	117
22. 中药起效太慢不能用于治疗疾病？	118
23. 中药不良反应小，西药不良反应大吗？	119
24. 药品的质量和生产厂家有关系吗？	122
25. 选择进口药品还是国产药品好？	123
26. 同样的药品、同样的剂量，为什么价格相差很大呢？	124
27. 药物的禁忌证怎么理解？	126
28. 药物的用法与用量有讲究吗？	126
29. 不要给其他患者药物！	128
30. 仔细核查药品名称、剂量、姓名、单位等信息	129

预防保健篇

31. 定期体检	131
32. 学会自己照顾好自己	132
33. 患病后可以使用保健品吗？	133
34. 保健品该不该吃？	135
35. 患病后可以喝茶、喝咖啡等吗？	136
36. 运动可以治病吗？	138
37. 可以辟谷治病吗？	139

保健是一个长期的过程.....	139
避免过度保健.....	140
对自己进行健康评估和管理.....	141
疾病预防要从娃娃抓起.....	142
在哪里体检比较好?	143

其他篇

法律意识要健全, 避免伤害自己 and 他人.....	145
患者家属应该注意的问题.....	147
自己的生命是掌握在自己的手里吗?	149
转基因食品安全吗?	151
关于医患关系.....	152
要送红包吗?	154
进了手术室, 最希望您活着的人是谁?	155

附 录

患者的权利.....	157
患者的义务.....	158
医生的权力.....	158
医生的义务.....	159
医院的特色和分布.....	160
中西药的搭配禁忌.....	169
后 记.....	173

心理篇

健康不但意味着身体健康，还要心理健康。健康的心理不但是真正健康的重要方面，而且心理的健康与否在很大程度上会对身体疾病的发生、发展产生影响，也会影响患者对疾病的态度，从而影响疾病的早期发现、治疗有效性和预后。

患病后的心理变化及对策

每个人在一生中都会患病。人一旦知道自己患了病，便不由自主地进入了患者的角色，在心理上就不可避免地出现一系列的反应。一般而言，对于较轻的疾病，基本上较少引起心理上明显的变化。但是对于心脑血管疾病、残疾、肿瘤等一些比较重的疾病，如果同时还存在经济、家庭关系及社会方面的问题，则会引起患者较明显的心理变化。概括起来，患者得病后容易产生如下 10 种心理活动。

1. 抑郁

抑郁是临床中较为常见的心理现象，在正常个体身上有时也会不同程度地存在一些抑郁症状，使得个体表现出一定程度的抑郁状态。抑郁症则是一种以心境持久低落为主要特征的综合征^[1]。因为患病对任何人来说都是一件麻烦而且会造成心理上和肉体上痛苦的事情，所以大多数的患者都必然会产生不同程度的抑郁情绪。患者抑郁情绪的表现方式是多种多样的，但主要表现为负性自我评价。例如，有的寡言少语，对外界任何事物都不感兴趣；有的饮泣不语或叫苦连天；还有的则自暴自弃，拒绝治疗，甚至出现轻生的念头^[2]。

严重的抑郁往往会导致无助感和绝望情绪。这是一种无路可走、无可奈何、悲愤自怜的情绪状态，多发生在患有预后不良的疾病或者面临生命危险的患者身上。当一个人对自己所面临的环境和事物失去了控制能力，并明确知道没有能力改变这种状况的时候，就会产生无助感和绝望的情绪。这种情绪状态大多数情况下还没有完全发展成抑郁症，这时，导致这种情绪状态出现的原因减弱或者消除，如病情有所好转，抑郁也会得到改善或完全消除。不过，这种情绪状态在少数人身上也可能持续存在，直接影响对疾病的治疗，有的还可能诱发一些继发性疾病^[3]。

2. 焦虑

焦虑是指情感不适及自主神经系统对模糊、不确定威胁的反应活动。焦躁不安、晕厥、倾向于责备他人、不断审视心中之事、过分关注自己、缺乏自信是焦虑的6个主要特征。所有人在一生中都难免因为某些原因出现焦虑。一个人患病后，很容易出现焦虑情绪并感受到威胁、恐惧和忧郁。这种威胁主要分两大类：一类是躯体的完整性受到威胁，另一类是个性受到威胁。一般而言，对患者生理及心理上的威胁往往是统一的，而且可能会一直持续下去，直到患者在生理与心理再度达到安全稳定为止^[4]。

引起患者焦虑的因素有很多。例如，在疾病初期，由于对病因及疾病发展变化，因而患者主要对疾病的预后产生焦虑；在疾病的治疗过程中，对治疗疾病所用的时间、治疗费用及药物不良作用的担忧等；有些患者对带有机体损伤性的检查和手术治疗等的担忧，均可导致与疾病相关的焦虑。结果就是这些患者希望对自己的疾病做深入的调查，但又怕出现可怕的后果；他们反复询问病情，但又对诊断结果半信半疑，忧心忡忡^[5,6]。而有些人则终日心烦意乱、坐卧不安、注意力难以集中，睡不好觉，吃不好饭。也有的患者会出现一些反常行为，如有的人突然梳洗打扮、理发刮脸；有的人则在散步时突然出现强烈的恐惧感，好像即将死去；也有的长时间向窗外眺望等^[7~9]。

3. 怀疑

患者患病后出现的怀疑大都是一种自我消极暗示的表现。由于缺乏相关的知识，经常会影响患者对疾病的正确判断，并出现一些不应该有的言谈举止。人在患病后常变得异常敏感，听到别人低声细语，就以为是在说自己的病情严重或无法救治。对别人的好言相劝也半信半疑，甚至曲解原意。担心误诊，

怕吃错药、输错液、打错针。有的凭自己一知半解的医学和药理学知识，推断该用什么药物，推断疾病的预后。害怕药物的不良反应。担心偶尔的医疗差错或意外会不幸地降落在自己身上。身体某部位稍有异常感觉，便胡乱做出过多的猜想并用以“折磨”自己^[10]。

4. 孤独感

患者住院后，离开了家庭和工作单位，离开了熟悉的环境和人，周围接触的都是陌生人。尤其是对自己病情的担忧，身躯的不适，内心就难免会特别希望能有人给予自己更多的关心。但是，医生只在每天查房时和患者说几句话，护士定时打针送药，没有多少时间交谈。由于患者离开了他们平时生活的圈子，进入一个全新而陌生的环境。因此，在他们住进病房的第一天就有度日如年的感觉。他们希望尽快熟悉环境，希望能尽快认识病友，更希望亲友的陪伴。在这些诉求不能得到满足的情况下，有的患者夜间不易入睡，烦躁不安；有的起来踱步，有的长时间看手机、打电话、看电视剧；有的多次按信号灯借故与值班人员说几句话，这都是患者内心孤独的常见表现^[11]。

5. 被动依赖

进入患者角色之后，大部分都会产生一种被动依赖的心理状态。希望家人、朋友和同事能给予自己更多的关心和帮助，有时候即使疾病的状态并没有那么严重，患者自己也对自己降低要求，认为平时能干的事情干不了，平时能忍受的痛苦这时也忍受不了。这是因为，人一旦生了病，自然就会受到家人和周围同事、朋友的关心照顾，即使往常在家里或单位地位不高的成员，现在也突然升为被人关照的中心。同时，通过自我暗示，患者自己就不由自主地变得被动、顺从、娇气、依赖，情感变得脆弱甚至带有幼稚的色彩。只要亲人在场，本来可以自己干的事也让别人做；本来能吃下去的东西几经劝说也吃不下去；一向意志独立性很强的人变得没有主见；一向自负好胜的人变得没有信心。这时他们的爱和归属感明显增加，希望得到更多亲友的探望，希望得到更多的关心，否则就会感到孤独^[12,13]。

6. 否认

在临床工作中发现，有的患者会出现怀疑或否认自己患病的情况。尤其是对如肿瘤等预后不良的疾病，否认心理更为常见。例如，有位著名的老专

家，在刚刚得知自己患有癌症的时候，仍然否认自己患了不治之症，拒绝进行相关的治疗。这实际上是某些患者应付危害情境的一种自我保护方式。当难以承受的恶劣病情袭来时，自我否认可以避免过分的焦虑与恐惧。严重烧伤患者、急性小儿麻痹患者及癌症患者易出现否认反应^[14]。在一项对冠心病患者的研究^[15]中，发现有明显的否认反应者，死亡率较无此反应者要低。否认如同缓冲剂，虽然可以在一定程度上起自我保护的作用，使得患者承受的压力和打击可能会小一些，但在许多情况下又可能会起到贻误病情的消极作用^[16]。例如，有位中年女性，经过检查后发现已经身患癌症，但是由于该患者坚持否认自己患病，因此住院期间重复进行了多次检查，以致延误了治疗。

7. 同情

同情是什么呢？孟子认为同情心人人都有，并且是“仁”的开端；休谟认为同情是一种同感。心理学家进行的实验发现人越在危难之时，对具有共同命运的人亲和力越强。这一实验结果也可以在患者身上得到验证。医务人员经常能看到，患者一旦住在一起，很快就能相互认识和相互理解。他们很容易交流和沟通，并能非常无私地相互帮助，而且基本不讲究职位高低、年龄大小、贫富差距等。只要是患者，就能一律平等、推心置腹。由于没有明显的利益冲突，又在疾病的状态下，他们便毫无后顾之忧，相互之间不用过分防备，因此可以做到无话不谈。他们关心病友的病情变化，乐于向医务人员介绍病友的痛苦症状，并以帮助病友克服困难为荣且不追求任何回报。病友之间这种相互同情与友好，可以免除大家的孤独感，增强安全感，还有助于改善紧张压抑的病房气氛，对疾病的治疗无疑是有益的。但是，这种同病相怜有时也起消极作用。例如，一旦有的病友因抢救无效而去世，他们就更加害怕和非常伤感，担心自己是下一个病情恶化者或者是下一个辞世者，相互之间进行比较和排队等。另外，病友之间的消极暗示往往也会产生不良影响，如有的互相介绍治病的偏方和所谓经验，干扰医生的正确治疗等。更为人担忧的是他们之间非常信任，毫不夸张地说：一个病友的一句话顶得上医生的十句话。患者相信病友的话，反倒对医生的话将信将疑。

8. 侥幸

侥幸是指由于偶然的原因而得到成功、免去灾害等。患病后，大部分的