

高职高专课程改革系列教材

供社区医学、全科医学类专业用

临床基本技能

主编 王春梅



人民卫生出版社

中国医药出版社

北京 100045

临床基本技术

第 1 版

中国医药出版社

高职高专课程改革系列教材
供社区医学、全科医学类专业用

临床基本技能

主 编 王春梅

副主编 田 杰 邹文华

编 委 (以姓氏笔画为序)

王春梅 (长春医学高等专科学校)

田 杰 (长春医学高等专科学校)

孙晓琪 (长春医学高等专科学校)

宋之都 (吉林大学第二医院)

邹文华 (长春医学高等专科学校)

何风云 (长春医学高等专科学校)

杨智源 (长春医学高等专科学校)

姚 健 (吉林省人民医院)

姜福全 (吉林大学中日联谊医院)

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

临床基本技能/王春梅主编. —北京:
人民卫生出版社, 2010. 8
ISBN 978-7-117-13273-2

I. ①临… II. ①王… III. ①临床医学-医学院校-
教材 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 147411 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医 师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

临床基本技能

主 编: 王春梅
出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)
地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号
邮 编: 100021
E - mail: pmph@pmph.com
购书热线: 010-67605754 010-65264830
010-59787586 010-59787592
印 刷: 北京顺义兴华印刷厂
经 销: 新华书店
开 本: 787×1092 1/16 印张: 23.5 插页: 1
字 数: 573 千字
版 次: 2010 年 8 月第 1 版 2010 年 8 月第 1 版第 1 次印刷
标准书号: ISBN 978-7-117-13273-2/R·13274
定 价: 52.00 元
打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com
(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

高职高专医学类课程改革系列教材

出版说明

随着我国卫生服务与社会需求的改变,卫生服务体系和卫生服务模式也发生了巨大变革。进入 21 世纪,伴随着社区卫生服务的快速发展,人民群众对卫生服务要求的不断提升,人口数量增长和老龄化趋势等,对医学教育产生了深刻的影响。这一切使得医学教育在人才培养目标与培养规格、专业设置和培养过程、课程结构与教学模式、教学方法与教材建设等方面的改革已势在必行。

为进一步贯彻落实《教育部关于全面提高高等职业教育教学质量的若干意见》与《教育部、卫生部关于加强医学教育工作,提高医学教育质量的若干意见》的精神,本社以长春医学高等专科学校为主,会同国内从事医学专科教育的专家和学者,总结医学教育教学改革经验,借鉴国外医学教育改革理念,编写了本套教材。

本套教材针对社区临床医学教育的特点,结合高职高专“项目引领”、“任务驱动”的教学模式,在以下方面进行了创新和探索:①打破了学科体系教材的编写模式,实行“以岗位能力为根本,以系统为主线,以脏器为基础,以问题为中心”的全新知识体系;②医学基础教材从细胞、组织、器官的结构入手,探讨人体的结构、功能及人体与外界的相互作用,体现了结构与功能的统一;③专业课程以系统脏器疾病诊治为问题中心,从结构、功能、病理改变、病因、诊断与治疗入手,按照学生对知识的认知顺序,确定知识的结构框架,既体现了“项目引领”、“任务驱动”,又避免了知识的重复和遗漏;④为适应我国社区卫生事业的发展需要,结合基层医疗单位岗位需求,增加了社区卫生“六位一体”工作模式的相关知识和技能;⑤全套教材在文字阐述与体裁形式上简练精确、生动流畅、图文并茂,根据知识、能力、素质的要求不同各自设置了不同的栏目,如“学习目标”、“知识拓展”、“要点回顾”、“思考与练习”、“病例或案例分析”和“理论解读”等栏目,以利于学生学习掌握主要内容。

本教材不仅适合三年制临床医学专业教学需要,也适用于全科医师培训、基层医院医师继续教育,同时也对本科医学教育教学模式改革具有借鉴意义。

高职高专医学类课程改革
系列教材编审委员会
2010年5月

高职高专医学类课程改革系列教材

编审委员会

- 顾问** 文历阳(华中科技大学)
- 主任委员** 张湘富(长春医学高等专科学校)
- 副主任委员** 刘 伟(长春医学高等专科学校)
陈增良(浙江医学高等专科学校)
- 委员** (以姓氏笔画为序)
- 王 宁(山东医学高等专科学校)
王义祁(安徽中医药高等专科学校)
王春梅(长春医学高等专科学校)
刘 阳(首都医科大学燕京医学院)
毕胜利(北华大学医学院)
张 立(长春医学高等专科学校)
张玉兰(大庆医学高等专科学校)
彭 力(长春医学高等专科学校)
魏凤辉(白城医学高等专科学校)
- 学术秘书** 杨智源(长春医学高等专科学校)

前 言

《临床基本技能》是临床医学专业(全科医学方向)的主要课程。本教材为临床医学专业(全科医学方向)为适应教学改革需要而编写的系列教材之一。

《临床基本技能》教材针对社区临床医学岗位需求,在体现整套教学改革体系的框架下,突出体现为理实一体化的教学需要而服务,全书以临床诊疗工作中所需要的实践能力为主要内容,理论内容与实践操作相互交融,既体现了高职高专的“项目驱动”、“任务引领”的教学模式,又避免了知识的重复和遗漏,是教与学的重要工具。

全套教材在文字阐述与体裁形式上简练精确、生动流畅、图文并茂,根据知识、能力、素质的要求不同各自设置了不同的栏目,如“学习目标”、“思考与练习”、“操作流程”、“学习小结”、“能力检测”等栏目,以利于学生学习参考。

本教材的编写以我校多年从事临床专业课教学的骨干教师为主,同时聘请了部分其他医学院校的教师共同编写而成,在编写中得到了校领导和教务处的大力支持,再次表示感谢。

由于本教材是一种教学改革的探索,编写人员时间仓促,水平有限,难免出现不妥之处,敬请广大读者批评指正。

王春梅

2010年7月

目 录

第一章 病史采集	1
第一节 问诊的内容	2
第二节 问诊的方法与技巧	6
第二章 体格检查	12
第一节 基本方法	12
第二节 一般检查	20
第三节 头部检查	35
第四节 颈部检查	49
第五节 胸部检查	54
第六节 腹部检查	96
第七节 脊柱与四肢检查	125
第八节 神经系统检查	136
第三章 病历书写	151
第一节 病历书写的基本规则和要求	151
第二节 病历书写的种类、格式与内容	153
第四章 外科手术基本技能	173
第一节 外科手术无菌技术	173
第二节 外科手术常用器械及使用方法	185
第三节 外科手术打结法	195
第四节 外科手术基本操作技术	200
第五节 阑尾切除术	211
第六节 肠切除肠吻合术	218
第五章 外科临床基本操作	224
第一节 局部麻醉	224
第二节 脓肿切开引流术	232
第三节 外科清创术	235

第四节	创口的包扎、换药及拆线·····	241
第五节	静脉切开术·····	257
第六节	气管切开·····	261
第七节	肛诊、肛肠镜检查·····	264
第八节	骨折、关节脱位的固定和搬运技术·····	268
第六章	体腔穿刺 ·····	274
第一节	胸腔穿刺术·····	274
第二节	腹腔穿刺术·····	278
第三节	骨髓穿刺术·····	281
第四节	腰椎穿刺术·····	285
第七章	急救技能 ·····	288
第一节	心肺复苏术·····	288
第二节	机械通气的基础知识·····	294
第三节	院前急救及常见急症处理原则·····	300
第八章	护理基本技能 ·····	306
第一节	医院感染管理·····	306
第二节	给药·····	323
第三节	排泄·····	348
参考文献	·····	368

彩图

第一章 病史采集

学习目标

1. 学会问诊的方法及内容、技巧；
2. 知道问诊的注意事项；
3. 了解问诊的重要性。

学习笔记

问诊(inquiry)是医师通过对患者或知情人员的系统询问获取病史资料,经过综合分析而作出临床判断的一种诊法。问诊是病史采集(history taking)的主要手段。病史的完整性和准确性直接影响疾病的诊断和处理,是每个临床医生必须掌握的基本技能。解决患者诊断问题的大多数线索和依据即来源于病史采集所获取的资料。

通过问诊能够了解患者疾病的发生、发展,诊治经过,既往健康状况和曾患疾病的情况,对作出正确诊断具有极其重要的意义,也为随后对患者进行的体格检查和各种诊断性检查的安排提供了最重要的基本资料。一个具有深厚医学知识和丰富临床经验的医生,常常通过问诊就可能对某些患者作出准确的诊断。特别在某些疾病,或是在疾病的早期,机体只是处于功能或病理生理改变的阶段,还缺乏器质性或组织、器官形态学方面的改变,而患者却可以更早地陈述某些特殊的感受,如头晕、乏力、食欲改变、疼痛、失眠等症状。在此阶段,体格检查及各种辅助检查均无阳性发现,而问诊所获取的资料却能更早地作为诊断的依据。甚至在临床工作中有些疾病仅通过问诊即可基本确定临床诊断,如感冒、心绞痛、疟疾、胆道蛔虫症等。如若忽视问诊,必然使病史资料不够完整,病情了解不够详细准确,往往造成临床工作中的漏诊或误诊。对病情复杂而又缺乏典型症状和体征的病例,深入、细致的问诊就更为重要。

采集病史是医生诊治患者的第一步,其重要性还在于它是医患沟通、建立良好医患关系的最重要时机,正确的方法和良好的问诊技巧,使患者感到医生的亲切和可信,有信心与医生合作,这对诊治疾病也十分重要。问诊的过程除收集患者的疾病资料用于诊断和治疗外,还可以教育患者,向患者提供信息,有时甚至交流本身也具有治疗作用。医学生从接触患者开始,就必须认真学习和领会医生与患者交流的内容和技巧。交流与沟通技能是临床医生重要的素质特征。

生物-心理-社会医学模式对医生提出了更高的要求。医生既要有医学的相关专业知识,还要有较高的人文科学、社会科学方面的修养,能够从生物、心



理和社会等多种角度去了解和处理患者。这也要求医生必须具有良好的交流与沟通技能,以及教育患者的技能。

根据问诊时的临床情景和目的的不同,大致可分为全面系统的问诊和重点问诊。前者即对住院病人所要求的全面系统的问诊。重点问诊则主要应用于急诊和门诊。前者的学习和掌握是后者的基础,因此初学者应从学习全面系统的问诊开始。

第一节 问诊的内容

一、一般项目

一般项目(general data)包括:姓名、性别、年龄、籍贯、出生地、民族、婚姻、通信地址、电话号码、工作单位、职业、入院日期、记录日期、病史陈述者及可靠程度等。若病史陈述者不是本人,则应注明与患者的关系。记录年龄时应填写具体年龄,不能用“儿”或“成”代替,因年龄本身也具有诊断参考意义。为避免问诊初始过于生硬,可将某些一般项目的内容如职业、婚姻等放在个人史中穿插询问。

二、主 诉

主诉(chief complaint)为患者感受最主要的痛苦或最明显的症状或(和)体征,也就是本次就诊最主要的原因及其持续时间。确切的主诉可初步反映病情轻重与缓急,并提供对某系统疾患的诊断线索。主诉的归纳应遵循以下原则:

1. 应包含主要症状或(和)体征及持续时间。如“咽痛、高热 2 天”。
2. 尽量用简明的语言加以概括总结。如“畏寒、发热、咳嗽 3 天,加重伴右胸痛 2 天”。
3. 尽可能用患者自己陈述的症状,而不是医生对患者的诊断用语。如“多饮、多食、多尿、消瘦 1 年”或“心悸、气短 2 年”,而不能描述为“患糖尿病 1 年”或“心脏病 2 年”。但对当前无症状,诊断资料和入院目的又十分明确的患者,也可以用以下方式记录主诉。如“患白血病 3 年,经检验复发 10 天”,“2 周前超声检查发现胆囊结石”。
4. 病程较长、病情比较复杂的病例,应该结合整个病史,综合分析、归纳出最能反映患病特征的主诉。如“活动后心慌气短 2 年,加重伴双下肢水肿 2 个月”。

三、现 病 史

现病史(history of present illness)是病史中的主体部分,它记述患者患病后的全过程,即发生、发展、演变和诊治经过。可按以下的内容和程序询问。

1. 起病情况与患病的时间 每种疾病的起病或发作都有各自的特点,详



细询问起病的情况对诊断疾病具有重要的鉴别作用。有的疾病起病急骤,如脑栓塞、心绞痛、动脉瘤破裂和急性胃肠穿孔等;有的疾病则起病缓慢,如肺结核、肿瘤、风湿性心瓣膜病等。疾病的起病常与某些因素有关,如脑血栓形成常发生于睡眠时;脑出血、高血压危象常发生于激动或紧张状态时。患病时间是指从起病到就诊或入院的时间。如先后出现几个症状则应追溯到首发症状的时间,并按时间顺序询问整个病史后分别记录,如心悸3个月,反复夜间呼吸困难2周,双下肢水肿4天。从以上症状及其发生的时间顺序可以看出是心脏病患者逐渐出现心力衰竭的发展过程。时间长短可按数年、数月、数日计算,发病急骤者可按小时、分钟为计时单位。

2. 主要症状的特点 包括主要症状出现的部位、性质、持续时间和程度,缓解或加剧的因素,这有助于判断疾病所在的系统或器官以及病变的部位、范围和性质等。如上腹部痛多为胃、十二指肠或胰腺的疾病;右下腹急性腹痛则多为阑尾炎症,若为妇女还应考虑到卵巢或输卵管疾病;全腹痛则提示病变广泛或腹膜受累。对症状的性质也应作有鉴别意义的询问,如灼痛、绞痛、胀痛、隐痛以及症状为持续性或阵发性,发作及缓解的时间等。以消化性溃疡为例,其主要症状的特点为上腹部疼痛,可持续数日或数周,在几年之中可以表现为时而发作时而缓解,呈周期性发作或有一定季节性发病等特点。

3. 病因与诱因 尽可能了解与本次发病有关的病因(如外伤、中毒、感染等)和诱因(如气候变化、环境改变、情绪、起居饮食失调等),有助于明确诊断与拟订治疗措施。患者对直接或近期的病因容易提出,当病因比较复杂或病程较长时,患者往往记不清说不明,也可能作出一些似是而非的陈述,医生应仔细地分析和归纳,切记盲目记入病历。

4. 病情的发展与演变 患病过程中主要症状的变化或新症状的出现。如肺结核合并肺气肿的患者,在衰弱、乏力、轻度呼吸困难基础上,突然感到剧烈的胸痛和严重的呼吸困难,应考虑自发性气胸的可能。

5. 伴随症状 在主要症状的基础上又同时出现一系列的其他症状。这些伴随症状常常是鉴别诊断的依据,或提示出现了并发症。如腹泻可能为多种病因的共同症状,单凭此症状无法诊断某种疾病,如问明伴随症状则诊断的方向会比较明确。如腹泻伴呕吐,则可能为饮食不洁或误食毒物引起的急性胃肠炎;腹泻伴里急后重,结合季节和进餐情况更容易考虑到痢疾。按一般规律在某一疾病应该出现的伴随症状而没有出现时,也将其记述于现病史中,作为诊断和鉴别诊断的重要参考资料,这种阴性表现有时也称阴性症状。一份好的病史不应放过任何一个主要症状之外的细小伴随迹象,因为它们在明确诊断方面有时会起到很重要的作用。

6. 诊治经过 患者本次就诊前已经接受过其他医疗单位诊治时,则应询问已经接受过什么诊断措施及其后果;若已进行治疗则应问明使用何种药物、剂量、时间和疗效,为本次诊治疾病提供参考。但不可完全照搬既往的诊疗结果。

7. 病程中的一般情况 病史的最后记述患者患病后的精神、体力状态,



食欲及食量的改变,睡眠与大小便的情况等。对评估患者的病情轻重和预后以及采取什么辅助治疗措施十分有用,有时对鉴别诊断也能提供重要的参考资料。

四、既往史

既往史(past history)包括患者既往的健康状况和过去曾经患过的疾病、外伤手术、预防注射、过敏,特别是与目前所患疾病有密切关系的情况。例如风湿性心瓣膜病患者应询问过去是否反复发生过咽痛、游走性关节炎等;对肝脏肿大的患者询问过去是否有过黄疸;在记述既往史应注意不要和现病史混淆,如目前所患肺炎不应把数年前也患过肺炎的情况写入现病史。而对消化性溃疡患者,则可把历年的发病情况记述于现病史中。此外,对居住或生活的地区的主要传染病和地方病史,外伤、手术史,预防接种史,以及对药物、食物和其他接触物的过敏史等,也要记录于既往史中。记录顺序一般按时间的先后排列。

五、系统回顾

系统回顾(review of systems)由一系列直接提问组成,用以作为最后一遍搜集病史资料,避免问诊过程中患者或医生遗漏的内容。可以帮助医生在短时间内扼要地了解患者除现在所患疾病以外的其他各系统是否发生目前尚存在或已痊愈的疾病,以及这些疾病与本次疾病之间是否存在因果关系。主要情况应分别记录到现病史或既往史中。系统回顾涉及临床疾病很多,医学生在学习采集病史之前,必须对各系统可能出现的症状和体征的病理意义有比较清晰的理解。实际应用时可在每个系统询问2~4个症状,如有阳性结果,再全面深入地询问该系统的症状;如为阴性,一般说来可以过渡到下一个系统。在针对具体患者时,可以根据情况变通调整一些内容。

1. 呼吸系统 咳嗽的性质、程度、频率、与气候变化及体位改变的关系。咳痰的颜色、黏稠度和气味等。咯血的性状、颜色和量。呼吸困难的性质、程度和出现时间。胸痛的部位、性质以及与呼吸、咳嗽、体位的关系,有无发冷、发热、盗汗、食欲缺乏等。

2. 循环系统 心悸发生的时间与诱因,心前区疼痛的性质、程度以及出现和持续的时间,有无放射、放射的部位,引起疼痛发作的诱因和缓解方法。呼吸困难出现的诱因和程度,发作时与体力活动和体位的关系。有无咳嗽、咯血等。水肿出现的部位和时间;尿量多少,昼夜间的改变;有无腹水、肝区疼痛、头痛、头晕、晕厥等。有无风湿热、心脏疾病、高血压病、动脉硬化等病史。女性患者应询问妊娠、分娩时有无高血压和心功能不全的情况。

3. 消化系统 有无腹痛、腹泻、食欲改变、嗝气、反酸、腹胀、口腔疾病,及其出现的缓急、程度、持续的时间及进展的情况。上述症状与食物种类、性质的关系及有无精神因素的影响。呕吐的诱因、次数;呕吐物的内容、量、颜色及气味。呕血的量及颜色。腹痛的部位、程度、性质和持续时间,有无规律性,是



否向其他部位放射,与饮食、气候及精神因素的关系,按压时疼痛减轻或加重。排便次数,粪便颜色、性状、量和气味。排便时有无腹痛和里急后重,有无发热与皮肤巩膜黄染。体力、体重的改变。

4. 泌尿系统 有无尿痛、尿急、尿频和排尿困难;尿量和夜尿量多少,尿的颜色、清浊度,有无尿潴留及尿失禁等。有无腹痛,疼痛的部位,有无放射痛。有无咽炎、高血压、水肿、出血等。

5. 造血系统 皮肤黏膜有无苍白,黄染,出血点,瘀斑,血肿及淋巴结、肝、脾肿大,骨骼痛等。有无乏力、头晕、眼花、耳鸣、烦躁、记忆力减退、心悸、舌痛、吞咽困难、恶心等。

6. 内分泌系统及代谢 有无怕热、多汗、乏力、畏寒、头痛、视力障碍、心悸、食欲异常、烦渴、多尿、水肿等;有无肌肉震颤及痉挛。性格、智力、体格、性器官的发育,骨骼、甲状腺、皮肤、毛发的改变。有无产后大出血。

7. 神经精神系统 有无头痛、失眠、嗜睡、记忆力减退、意识障碍、晕厥、痉挛、瘫痪、视力障碍、感觉及运动异常、性格改变、感觉与定向障碍。如疑有精神状态改变,还应了解情绪状态、思维过程、智能、能力、自知力等。

8. 肌肉骨骼系统 有无肢体肌肉麻木、疼痛、痉挛、萎缩、瘫痪等。有无关节肿痛、运动障碍、外伤、骨折、关节脱位、先天畸形等。

六、个人史(personal history)

1. 社会经历 包括出生地、居住地区和居留时间(尤其是疫源地和地方病流行区)、受教育程度、经济生活和业余爱好等。不同传染病有不同潜伏期,应根据考虑的疾病,询问过去某段时间是否去过疫源地。

2. 职业及工作条件 包括工种、劳动环境、对工业毒物的接触情况及时间。

3. 习惯与嗜好 起居与卫生习惯、饮食的规律与质量。烟酒嗜好时间与摄入量,以及其他异嗜物和麻醉药品、毒品等。

4. 有无冶游史,是否患过淋病性尿道炎、尖锐湿疣、下疳等。

七、婚姻史

婚姻史(marital history)包括未婚或已婚,结婚年龄,配偶健康状况、性生活情况、夫妻关系等。

八、月经史

月经史(menstrual history)与生育史(childbearing history) 了经初潮的年龄、月经周期和经期天数,经血量和颜色,经期症状,有无痛经与白带,本次月经日期,闭经日期,绝经年龄。记录格式如下:

初潮年龄 $\frac{\text{行经期(天)}}{\text{月经周期(天)}}$ 末次月经时间(LMP)或绝经年龄

14 $\frac{3\sim 5 \text{天}}{28\sim 30 \text{天}}$ 2007年12月8日(或50岁)



妊娠与生育次数,人工或自然流产的次数,有无死产、剖宫产、围生期感染、计划生育、避孕措施等。对男性患者应询问是否患过影响生育的疾病。

九、家族史

家族史(family history)询问双亲与兄弟、姐妹及子女的健康与疾病情况,特别应询问是否有与患者同样的疾病,有无与遗传有关的疾病,如血友病、白化病、遗传性球形红细胞增多症、家族性甲状腺功能减退症、糖尿病、精神病等。对已死亡的直系亲属要问明死因与年龄。某些遗传性疾病还涉及父母双方亲属,也应了解。若在几个成员或几代人中皆有同样疾病发生,可绘出家系图显示详细情况。

第二节 问诊的方法与技巧

一、问诊的基本方法与技巧

1. 问诊时医生应主动创造一种宽松和谐的环境,以解除患者由于对医疗环境的生疏和对疾病的恐惧等引起的紧张情绪。并注意保护患者隐私,避免当着陌生人开始问诊。如果患者要求家属在场,医生可以同意。一般从礼节性的交谈开始,可先作自我介绍,讲明自己的职责。使用恰当的语言或体语表示愿意为解除患者的病痛和满足他的要求尽自己所能,这样的举措会有助于建立良好的医患关系,很快缩短医患之间的距离,改善互不了解的生疏局面,使病史采集能顺利地进行下去。

2. 尽可能让患者充分地陈述和强调他认为重要的情况和感受,只有在患者的陈述离病情太远时,才需要根据陈述的主要线索灵活地把话题转回,切不可生硬地打断患者的叙述,甚至用医生自己主观的推测去取代患者的亲身感受。只有患者的亲身感受和病情变化的实际过程才能为诊断提供客观的依据。

3. 追溯首发症状开始的确切时间,直至目前的演变过程。如有几个症状同时出现,必须确定其先后顺序。虽然收集资料时,不必严格地按症状出现先后提问,但所获得的资料应足以按时间顺序口述或写出主诉和现病史。例如:一名56岁男性患者,间断性胸骨后疼痛2年,复发并加重2小时就诊。2年前,患者首次活动后发生胸痛,于几分钟后消失。1年前,胸痛发作频繁,诊断为心绞痛,口服尼群地平10mg每日3次,治疗后疼痛消失。患者继续服药至今。2小时前患者胸骨后疼痛再发,1小时前伴出汗、头晕和心悸,胸痛放射至肩部。如此收集的资料能准确反映疾病的时间发展过程。

4. 在问诊的两个项目之间使用过渡语言,即向患者说明将要讨论的新话题及其理由,使患者不会困惑你为什么改变话题以及为什么要询问这些情况。如过渡到家族史之前可说明有些疾病有遗传倾向或在一个家庭中更容易患病,因此我们需要了解这些情况。过渡到系统回顾前,说明除已经谈到的内



容外,还需了解全身各系统情况,然后开始系统回顾。

5. 根据具体情况采用不同类型的提问。

(1)一般性提问:常用于问诊开始,可获得某一方面的大量资料,让患者叙述他的病情。这种提问应该在现病史、过去史、个人史等每一部分开始时使用。如:“你今天来,有哪里不舒服?”待获得一些信息后,再着重追问一些重点问题。

(2)直接提问:用于收集一些特定的有关细节。如“扁桃体切除时你多少岁?”“您何时开始腹痛的呢?”获得的信息更有针对性。

(3)选择提问:要求患者回答“是”或“不是”,或者对提供的选择作出回答,如“你曾有过严重的头痛吗?”“你的疼痛是锐痛还是钝痛?”为了系统有效地获得准确的资料,询问者应遵循从一般提问到直接提问的原则。

不正确的提问可能得到错误的信息或遗漏有关的资料。以下各种提问应予避免。诱导性提问或暗示性提问,在措辞上已暗示了期望的答案,使患者易于默认或附和医生的诱问,如“你的胸痛放射至左手,对吗?”“用这种药物后病情好多了,对吧?”责难性提问,常使患者产生防御心理,如:“你为什么吃那样脏的食物呢?”如医生确实要求患者回答此为什么,则应先说明提出该问题的原因,否则在患者看来很可能是一种责难。另一种不恰当的是连续提问,即连续提出一系列问题,可能造成患者对要回答的问题混淆不清,如:“饭后痛得怎么样?和饭前不同吗?是锐痛,还是钝痛?”

6. 提问时要注意系统性和目的性 杂乱无章的重复提问会降低患者对医生的信心和期望。例如:在收集现病史时已获悉患者的一个姐姐和一个弟弟也有类似的头痛,如再问患者有无兄弟姐妹,则表明询问者未注意倾听。有时为了核实资料,同样的问题需多问几次,但应说明,例如:“你已告诉我,你大便有血,这是很重要的资料,请再给我详细讲一下你大便的情况。”有时用反问及解释等技巧,可以避免不必要的重复提问。

7. 询问病史的每一部分结束时进行归纳小结,可达到以下目的:①唤起医生自己的记忆和理顺思路,以免忘记要问的问题;②让患者知道医生如何理解他的病史;③提供机会核实患者所述病情。对现病史进行小结常常显得特别重要。小结家族史时,只需要简短的概括,特别是阴性或不复杂的阳性家族史。小结系统回顾时,最好只小结阳性发现。

8. 避免医学术语 在选择问诊的用语和判断患者的叙述时应注意,不同文化背景的患者对各种医学词汇的理解有较大的差异。与患者交谈,必须用常人易懂的语言代替难懂的医学术语。不要因为患者有时用了一两个医学术语,就以为他有较高的医学知识水平。

例如:有的患者曾因耳疾而听说并使用“中耳炎”这个词,但实际上患者很可能并不清楚“中耳炎”的含义,甚至连中耳在哪里可能都不知道。由于患者不愿承认他不懂这一提问,使用术语就可能引起误解。有时,询问者应对难懂的术语作适当的解释后再使用,如“你是否有过血尿,换句话说有没有尿色变红的情况?”



9. 为了收集到尽可能准确的病史,有时医师要引证核实患者提供的信息。如患者用了诊断术语,医生应通过询问当时的症状和检查等以核实资料是否可靠。例如,患者:“5年前我患了肺结核”;医师:“当时做过胸部X线检查吗?”;患者:“做过。”;医师:“经过抗结核治疗吗?”;患者:“是,服药治疗。”;医师:“知道药名吗?”又如患者说:“我对青霉素过敏”,则应追问“你怎么知道你过敏?”或问“是青霉素皮试阳性或你用青霉素时有什么反应?”经常需要核实的资料还有呕血量、体重变化情况、大便和小便量,重要药物如糖皮质激素、抗结核药物和精神药物的使用,饮酒史、吸烟史以及过敏史等。

10. 仪表、礼节和友善的举止,有助于发展与患者的和谐关系,使患者感到温暖亲切,获得患者的信任,甚至能使患者讲出原想隐瞒的敏感事情。适当的时候应微笑或赞许地点头示意。问诊时记录要尽量简单、快速,不要只埋头记录,不顾与患者必要的视线接触。交谈时采取前倾姿势以表示正注意倾听。另外,当患者谈及他的性生活等敏感问题时,询问者可用两臂交叉等姿势,显示出能接受和理解他问题的身体语言。其他友好的举止还包括语音、语调、面部表情和不偏不倚的言语,以及一些鼓励患者继续谈话的短语,如“我明白”、“接着讲”、“说得更详细些”。

11. 恰当地运用一些评价、赞扬与鼓励语言,可促使患者与医生的合作,使患者受到鼓舞而积极提供信息,如:“可以理解”,“那你一定很不容易”。一些通俗的赞扬语,如“你已经戒烟了?有毅力。”或“你能每月做一次乳房的自我检查,这很好”。但对有精神障碍的患者,不可随使用赞扬或鼓励的语言。

12. 询问患者的经济情况,关心患者有无来自家庭和工作单位经济和精神上的支持。医师针对不同情况作恰当的解释可使患者增加对医生的信任。有时应鼓励患者设法寻找经济和精神上的支持和帮助、以及介绍一些能帮助患者的个人或团体。

13. 医师应明白患者的期望,了解患者就诊的确切目的和要求。有时患者被询问病情时一直处于被动的局面,实际上他可能还有其他目的,如咨询某些医学问题、因长期用药需要与医生建立长期关系等。在某些情况下,咨询和教育患者是治疗成功的关键,甚至本身就是治疗的目标。医生应判断患者最感兴趣的、想要知道的及每一次可理解的信息量,从而为他提供适当的信息或指导。

14. 许多情况下,患者答非所问其实是因为患者没有理解医生的意思。可用巧妙而仔细的各种方法检查患者的理解程度。询问者可要求患者重复所讲的内容,或提出一种假设的情况,看患者能否作出适当的反应。如患者没有完全理解或理解有误,应予以及时纠正。

15. 如患者问到一些问题,医生不清楚或不懂时,不能随便应付、不懂装懂,甚至乱解释,也不要简单回答三个字“不知道”。如知道部分答案或相关信息,医生可以说明,并提供自己知道的情况供患者参考。对不懂的问题,可以回答自己以后去查书、请教他人后再回答,或请患者向某人咨询,或建议去何处能解决这一问题。