

☆供全国高等医药院校临床及相关专业使用☆

诊断学

ZHENDUANXUE SHIYAN ZHIDAO

实验指导

主 编 | 程卫平
编 者 | 王元涛



 军事医学科学出版社

诊断学实验指导

主 编 程卫平 王元涛

副主编 路艳花 张秀伦 邢骊健 王政霞

李琴颖 傅 晓 李晓宁 李树旺

编 者 (以姓氏笔画为序)

王元涛 王政霞 邢骊健 李树旺

李晓宁 李琴颖 张秀伦 程卫平

傅 晓 路艳花

主 审 周 丽

军事医学科学出版社

· 北 京 ·

图书在版编目(CIP)数据

诊断学实验指导/程卫平,王元涛主编.

-北京:军事医学科学出版社,2012.7

ISBN 978-7-80245-992-2

I. ①诊… II. ①程… ②王… III. ①诊断学
IV. ①R44

中国版本图书馆CIP数据核字(2012)第170709号

策划编辑:赵艳霞 责任编辑:曹继荣 责任印制:马凌

出版人:孙宇

出版:军事医学科学出版社

地址:北京市海淀区太平路27号

邮编:100850

联系电话:发行部:(010)66931049

编辑部:(010)66931127,66931039,66931038

传真:(010)63801284

网址:<http://www.mmssp.cn>

印装:北京宏伟双华印刷有限公司

发行:新华书店

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:15.75(彩1.25)

字数:386千字

版次:2012年8月第1版

印次:2012年8月第1次

定价:39.60元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

前 言

诊断学是运用医学基本理论、基本知识和基本技能对疾病进行诊断的一门学科,是基础医学向临床医学过渡的桥梁课程,是临床医学各科的基础。随着国家执业医师资格考试制度的实施,在衡量医学教育质量是否符合社会要求上又增加了一个新的砝码,为培养具有临床医学基本理论知识和基本能力,能在各级医疗机构从事临床、教学、科研工作的医学高级专门人才,要求诊断学实验教学的教学观念、教学方式、教学内容的选择和教学手段等方面必须进行改革,以最大限度地适应现代医学科学发展和临床需要。

诊断学实验教学的教学内容以培养学生的“三基”为基本指导思想,加强临床基本技能的训练,加强学生实际动手能力和临床实际应用能力的培养,加强临床诊断思维方法和诊断分析能力的训练。重点在于系统地训练学生,使其掌握问诊的内容与技巧、系统全面的体格检查方法及临床诊断思维方式等。

为适应现代临床医学教育对诊断学实验教学的要求,应以现代化教学手段为诊断学实验教学常用手段,加强实验室硬件建设以达到模拟病房化,发挥多媒体形象化教学优势,通过采用电子标准化患者计算机辅助教学系统,在心肺听诊、腹部触诊,心电图分析及骨髓细胞分析等方面使其更具形象化,在有限的教学时间里,尽最大可能地提高诊断学教学质量。

诊断学实践活动的主要对象是患者,医学生真正首次与患者接触是在诊断学学习阶段,虽然现代化教学手段已部分替代了患者,但尚不能完全替代与患者的直接接触,我们仍然应安排一定课时的医院见习,以增加学生与患者的直接交流和沟通的机会。

针对现代临床诊疗对诊断学教学的要求,我们以人民卫生出版社出版的第七版《诊断学》为蓝本,编写了《诊断学实验指导》,以指导诊断学实践。恳请从事诊断学实验教学的专家和广大教师进行指导和修正,以适应诊断学教学改革的发展与临床诊疗的需求。

编 者

2012 年 6 月

使用说明

(一) 实验的目的要求

1. 通过检体诊断的实验,要求达到独立、正确地进行系统的问诊,掌握全面的体格检查顺序和基本方法,并熟悉各种生理和病理体征。
2. 掌握各系统常见疾病的典型症状和体征,并能解释其发生机理及临床意义。
3. 学会编写完整的住院病历,能对各种临床资料进行综合分析,并能对常见疾病作出符合实际的初步诊断。
4. 掌握心电图各波形产生的基本原理和正常心电图各波图像及测量方法。初步掌握常见疾病的典型心电图表现。
5. 在临床实习时,必须遵守医院的一切规章制度,工作服应保持整洁。并具有高度的爱伤观点,关心患者,注意保暖;对恶性疾病或预后不良的患者不得对其透露病情,尽量避免增加患者负担。在检查时如患者有不适感或病情有变化,应立即停止检查,并报告教师。

(二) 实验方法

在整个实验中应贯彻理论联系实际,培养独立从事临床工作的能力,在教师指导下,分次分组循序进行。应做到以下几点:

1. 课前应充分做好预习,了解每次实验的内容、方法与要求。
2. 检体诊断的基本检体方法,只有通过反复练习、反复体会方能掌握。有的检查如翻转眼睑、心肺叩诊及腹部触诊手法等,必须先在学生当中互相检查,反复练习,基本掌握后才能进行临床实习。
3. 在临床实习中,密切结合患者的症状和体征,反复对照教材中的有关内容,不断加深理解,提高诊断疾病的能力。

(三) 实验安排

可根据教学大纲要求及具体条件合理安排。下面是为临床医学、英语与临床医学双专业、临床医学(计划生育方向)本科制定的安排计划(总学时 64 学时,每次试验 2 学时),仅供参考。

目 录

第一部分 体格检查

实验一 病史采集(问诊)	(3)
附 医患沟通的基本原则与技巧	(4)
实验二 基本方法与一般检查	(15)
实验三 头颈部检查	(24)
实验四 胸廓、肺部检查(1)	(31)
实验五 胸廓、肺部检查(2)	(36)
实验六 心脏血管检查(1)	(39)
实验七 心脏血管检查(2)	(43)
实验八 腹部检查	(47)
实验九 脊柱与四肢、肛门、外生殖器检查	(55)
实验十 神经系统检查	(60)
实验十一 病历书写	(66)

第二部分 心电图检查

实验一 正常心电图测量	(89)
实验二 房室肥大心电图	(92)
实验三 心肌缺血、心肌梗死	(96)
实验四 心律失常	(102)

第三部分 实验诊断

实验一 血常规检查	(121)
实验二 网织红细胞计数(试管法)	(129)
实验三 红细胞比积测定(温氏法)	(131)
实验四 红细胞沉降率测定	(133)

实验五 尿液常规检查 (135)

实验六 粪便检查 (150)

实验七 骨髓细胞学检查 (153)

附 骨髓细胞图谱 (161)

第四部分 穿刺术

第五部分 病例分析

病例一 (237)

病例二 (237)

病例三 (237)

病例四 (238)

病例五 (238)

病例六 (239)

病例七 (239)

病例八 (240)

病例九 (240)

病例十 (240)

病例十一 (241)

病例十二 (241)

病例十三 (241)

病例十四 (241)

病例十五 (242)

病例十六 (242)

病例十七 (242)

病例十八 (243)

病例十九 (243)

病例二十 (244)

第一部分

体格检查



实验一 病史采集(问诊)

【目的要求】

1. 学生应充分认识问诊的重要性,并掌握问诊的主要内容与方法。
2. 通过对患者的问诊,使学生熟悉问诊的基本技巧。
3. 了解诊断步骤,逐步掌握诊断过程的思维方法。

【实验方法】

1. 实验前讲解。
2. 将学生分组,每组分配患者一名,进行病史询问,并在病室初步讨论可能遗漏的病史,可进行必要的补充询问(此时老师应给予适当的辅导)。
3. 根据问诊内容,将问诊资料按要求系统整理,书写出一份病历,主要包括一般项目、主诉、现病史、既往史、个人史、婚姻史、月经生育史和家族史。

【设备仪器与用品】

学生自带隔离衣、隔离帽、听诊器,自备笔与纸张,问诊录像。

【注意事项】

1. 做好实验前的准备 每次实验前应先预习,明确实验的目的和要求,检查中要多思考,做到理论和实际密切结合。
2. 保持病室安静 进病房前应将工作服、帽、口罩穿戴整齐,并保持清洁;进实验室或病房时要保持安静,走路及动作应轻,勿大声谈笑。
3. 注意保护性医疗制度 接触受检者时态度要亲切和蔼、体贴关怀;检查时间不要太久,注意保护患者隐私;检查前要洗手或喷洒手消毒液,动作宜轻,勿随便答病情或在床旁讨论病情,以免引起患者不必要的思想负担和误会。
4. 注意病室的整洁 询问、检查患者时,勿坐在患者床上;书本、笔记本、检查用具、病历夹勿放在病床上;所用棉签、纸张勿随便丢放于床旁或地上,应放在治疗室内或病区指定的地方。爱护检查用具,用毕应整理归回原处,检查完毕应洗手。避免交叉感染。

【实验时间】 2学时

【实验内容】

1. 观看问诊录像。
2. 教师讲解问诊要点、示教问诊。
3. 教师选定问诊题目,学生分组进行问诊训练。
4. 教师巡回指导。



附 医患沟通的基本原则与技巧

医患沟通是为了满足医患关系、医疗目的以及医疗服务情景的需要所进行的特定的人际交流。它是对医学理解的一种信息传递过程,是为患者的健康需要而进行的,使医患双方能充分有效地表达对医疗活动的理解、意愿和要求。良好的医患沟通有助于医务人员调整自己或患者的医学观念,也有助于医患相互正确理解对方,协调关系,保证医疗活动的顺利进行。

医患沟通可分为言语性沟通和非言语性沟通两大方面。言语性沟通是指使用语言或文字的形式将信息发送给接受者的沟通形式;非言语性沟通则指不使用语言、文字的沟通,包括行为举止和表情动作等的沟通形式。在医患沟通过程中,言语行为的选择与组合要达到理想状态必须遵循其基本原则。

一、医患沟通的基本原则

1. 以人为本(patients first) 现代医学的发展是以“患者为中心”,患者的就医需求已逐渐从单纯的生理需求向生理、心理和社会的综合需求转变。人们不仅需要优秀的医疗技术服务,还需要从心理上得到关怀、尊重。因此提出“以人为本”的原则不仅是顺应现代医学模式的转变,也是对医务人员提出了更深层次的要求,最大限度地提高患者的生命质量成为卫生服务工作的出发点。

2. 诚信原则(honest and integrity) 诚信是一个社会赖以生存和发展的基石,也是医患沟通的基础和根本。只有讲诚信,才能建立良好的医患关系。作为医务人员特别要注意去赢得患者的信任,因为信任在治疗中发挥着重要作用,它决定着患者能否与医务人员很好地配合。作为患者也应该信任医务人员,这既是对医务人员尊重的需要,也是确保治疗效果的需要。

3. 平等原则(equality) 平等是医患双方沟通的前提。患者首先是一个平等的社会人,然后才是一个需要帮助的人。传统的医患关系是以医师为主导,医方总是有一种凌驾于患者之上的优越感,这是影响良好医患关系的重要原因之一。作为医患关系的双方,不管是医务人员还是患者,都是平等的社会人,两者只不过是所担任的角色不同,都拥有人的尊严,需要同情、理解和尊重,所以,新型的医患关系必须以平等作为前提。其次,患者不是机器,不是医务人员的加工对象,患者是一个社会的人,有思想、有头脑,因此尊重患者对诊治的要求和意见,不仅能使医患关系比较融洽,而且有利于调动患者的积极性,使其较好地配合医师的治疗,以利于提高诊疗效果。

4. 整体原则(comprehensive approach) 医师在面对患者及所患疾病时,除了要考虑生物学的因素外,还要考虑心理、社会诸多因素的作用。不但要考虑患者的自然属性,还要考虑患者的社会属性,要把患者看成是身心统一的社会成员,在进行医患沟通时,要从整体层次进行沟通,对患者情况全面了解。应积极引导与鼓励患者全面客观地描述其症状与感受,同时如实告知疾病带来的其他影响,以便双方全面沟通,从而提供更全面、整体的医疗服务。

5. 同情原则(empathy) 医务人员对患者是否有同情心,是患者是否愿意和医务人员沟通的关键。就患者而言,总认为自己的病痛很突出,希望得到医务人员的同情,而医务人员则因为职业的原因“司空见惯”,容易表现出淡漠。如果患者感到医务人员缺乏同情心,他就不会信任医务人员,不能与医务人员进行有效的沟通。即使有沟通,也是仅限于单纯的看病层面,



而不会涉及深层次的内容。所以,医务人员只有对患者有同情心,才能和患者有共同语言,从而与患者进行有效沟通,从有效沟通层面上获取的信息才是真实可靠的。

6. 保密原则(confidentiality) 在整个诊疗过程中,尤其是病史采集过程中,常涉及患者的隐私,医务人员要对患者的隐私保密,切忌随便泄漏其隐私或取笑、歧视患者。一旦医务人员对患者的隐私显示出鄙视、不屑的神情,会严重损伤患者的自尊心,从而影响进一步的医患沟通。但如果患者的隐私触及法律法规,则必须按有关规定执行,如传染病要上报卫生管理部门,烈性传染病甚至要及时限制并隔离患者,以避免疾病的传播。

7. 反馈原则(effective feedback) 反馈(feedback)是指说话者所发出的信息到达听者,听者通过某种方式又把信息传回给说话者,使说话者的本意得以证实、澄清、扩展或改变。病史采集本质是一个双向沟通的过程,而沟通的要点不仅是你说了什么,更重要的是对方听明白了什么。因此交谈过程中医师应将所理解的内容及时反馈给患者,同时可采用目光接触、简单发问等方式探测患者是否听懂等,以决定如何深入交谈下去,而不致陷入僵局。

8. 共同参与原则(mutual participation) 诊疗活动的全过程需要医患双方的全程参与和良好沟通。保持畅通的信息沟通渠道,是有效沟通的前提。医务人员要耐心倾听患者的意见,让患者参与决策,通过询问患者情况作出对问题的判断与解释,并告知患者诊断结果和处理问题的计划和干预措施,患者对上述医师的处置和计划等有不清楚或不同意见均可与医师交流。此外,与患者的家庭保持良好的沟通与交流,了解患者的家庭、生活情况,对医务人员全面、准确地找出病因,并制定出有针对性和可行性的干预措施具有重要的价值。可根据患者的综合情况(疾病、家庭、社会经济等因素)设计多种诊疗方案,向患者及家属进行较全面的介绍。

二、医务人员的言语沟通技巧

语言是交流的工具,是建立良好医患关系的一个重要载体。医务人员借用良好的语言沟通技巧,可有效提高交流的层次和水平,获得患者更积极的治疗配合,尽快达到治疗的目标。医务人员语言美不仅是良好医德的表现,更是与患者进行有效沟通的基础。在临床工作中善于使用美好语言,避免伤害性语言,讲究沟通的语言技巧是所有医务人员在医患沟通中应重视的问题。

1. 运用得体的称呼语(proper greetings) 合适的称呼是建立良好沟通的起点。称呼得体,会给患者以良好的第一印象,为以后的交往打下互相尊重、互相信任的基础。医务人员称呼患者的原则如下:

(1) 要根据患者身份、职业、年龄等具体情况因人而异,力求确当。

(2) 避免直呼其名,尤其是初次见面呼名唤姓不礼貌。

(3) 不可用床号取代称谓。

(4) 与患者谈及其配偶或家属时,适当用敬称,以示尊重。

(5) 要注意上下、亲疏有别;医患沟通中一般应运用正式场合称呼语,多使用尊称、泛尊称,如“李局长”、“孙先生”、“王女士”等;当医患之间关系比较熟悉后,可适当应用非正式场合称呼语,如“老李”、“小孙”、“小王”等。在医患职业交流中一般不提倡用辈分称呼,这样会对医师的权威性起着消极的影响。

2. 充分利用语言的幽默(use of humors) 幽默在人际交往中的作用不可低估,幽默是语言的润滑剂,幽默风趣,妙语连珠,能使双方很快熟悉起来,一句能使人笑逐颜开的幽默语言,



可以使人的心情为之一振,增加战胜疾病的信心。幽默也是化解矛盾、解释疑虑的很好手段。但是幽默一定要分清场合,不能让人有油滑之感,要内容高雅,态度友善,行为适度,区别对象。

3. 多用称赞的语言 (be appreciative) 真诚的赞美,于人于己都有重要意义,对患者尤其如此。适当的赞美可以帮助患者缓解病后的自卑心理,重新树立自我对社会及家庭的价值。熟练应用赞美的艺术却不是一件简单的事情,要注意:①实事求是,措辞得当;②学会用第三者的口吻或者间接地赞美他人;③学会发现别人的优点,用最生活化的语言去赞美别人;④赞美要热情而具体,不可空洞而给人虚假和吹捧的感觉。

4. 语言表达简洁明确 (be simple and precise) 医患沟通要求语言表达清楚、准确、简洁、条理性强。避免措辞不当、思维混乱、重点不突出及讲对方不能理解的术语等情况。要充分考虑患者的接受和理解能力,用通俗化语言表达,尽量避免使用专业术语。对必须使用专业术语或生僻词语时应反复解释,直到患者听懂、弄通为止。例如一位血液科医师告知患者:“您得的是特发性血小板减少性紫癜,如果用泼尼松治疗效果不好的话,我们考虑应用细胞毒性类免疫抑制药治疗。”对这一大堆的专业术语,患者会感到一头雾水,根本不理解医师在说什么。资料表明,30%~60%的患者之所以不遵医嘱是因为对医嘱的内容理解不清或对医师的释疑不满意所造成的。

5. 讲究提问的技巧 (use proper questions) 在与患者交往时,主要采取“开放式”谈话方式,适时采用“封闭式”谈话,要尽量避免“审问式”提问。“开放式”提问使患者有主动、自由表达自己的可能,便于全面了解患者的思想情感。“封闭式”提问只允许患者回答是与否,这便于医务人员对关键的信息有较肯定的答案,有利于疾病的鉴别诊断。交流过程中可根据谈话内容酌情交替使用这两种方式。

6. 使用保护性语言,忌用伤害性语言 在整个医疗过程中医务人员要注意有技巧地使用保护性语言,避免因语言不当引起不良的心理刺激。对不良的预后在患者没有心理准备的情况下不直接向患者透露,以减少患者的恐惧,可以先和家属沟通。有时为了得到患者的配合,告之预后实属必需,也应得到家属同意和配合,但需注意方式和方法。伤害性语言会给人以伤害刺激,从而通过皮质与内脏相关的机制扰乱内脏与躯体的生理平衡。如果这种刺激过强或持续时间过久,会引起或加重病情。医患沟通时应尽量避免使用以下几种伤害性语言。

(1) 直接伤害性语言:例如,医师训斥一位化疗期间白细胞、血小板数较低的白血病患者:“都这个样子了还到处乱走动,万一感染或者出血了怎么办,没事找罪受吗?”

(2) 消极暗示性语言:有位血液肿瘤患者害怕进行化疗,提心吊胆地问医师:“听说化疗的毒性反应很大,会不会有生命危险呢?”医师冷冰冰地说:“这事谁能说得准!反正有的患者化疗期间就不行了。”

(3) 窃窃私语:医务人员在患者面前窃窃私语,使人听得断断续续便会乱加猜疑或者根本没听清而产生错觉,这容易给患者带来痛苦或者严重后果。

7. 善于使用美好语言

(1) 安慰性语言 (consolation): 如安慰事业心强的中青年患者:“留得青山在,不愁没柴烧。”安慰病程较长的患者:“既来之,则安之,吃好、睡好、心宽,病就会慢慢好起来的。”

(2) 鼓励性语言 (courage): 例如对病程中期的患者说:“治病总是有个过程的,贵在坚持!”对即将进行手术的青年患者说:“你年轻,新陈代谢旺盛,一定会很快康复的。”

(3) 劝说性语言 (persuasion)。



(4)积极的暗示性语言(positive implication):如对术后康复期的患者说:“看你气色越来越好,说明手术的效果很不错。”

(5)指令性语言(instruction):有时对有的患者必须严格遵照执行的动作和规定,医务人员指令性的语言也是必需的。如患者必须空腹抽血或检查时,指令患者“不得进食”;静脉滴注时,指令患者“不得随便调快速度”;对肾病综合征患者,告诉他们“一定要低盐饮食”。

8. 不评价他人的诊断与治疗 由于每个医院的条件不同,医师的技术水平不同,对同一疾病的认识可能不同,因而对同一疾病的处理方法也可能不同。更何况疾病的发展和诊断与治疗是一个复杂的动态过程,故医师不要评价他人的诊疗,否则常会导致患者的不信任,尤其是上级医院不要妄加批评下级医院的工作。不同级别医院的医疗水平确实有差距,但上级医院不能拿自己的水平去要求基层医院,这样容易引发医疗纠纷。

三、医务人员的非言语性沟通技巧

行为举止的沟通主要是指非语词性沟通,包括面部表情、目光、身体姿势等方面。在会谈信息的总效果中,语词占7%,音调占38%,而面部表情和身体动作占55%,后两者都是非语词性沟通方式。在医患交流中如能准确理解、认识并运用自如,对促进医患交谈有重要价值。非言语沟通常用技巧有:

1. 重视第一印象 仪表是人的容貌、体形、神态、姿势、服饰、发型等的综合,它在一定程度上反映了一个人的精神面貌。对于人们的初次交往来说极为重要,即所谓“第一印象”、“先入为主”,并且还会影响以后的交往水平。医务人员服饰整洁、态度和蔼、面目慈祥、举止稳重,会使患者感到亲切可靠。仪表也在一定程度上反映一个人的内心境界,能给人深刻的印象。人们的交往都是从彼此的第一印象开始的,第一印象导致并调节着进一步的交往形式和内容。

2. 举止端庄 在医患接触时,患者首先感受的是医师的举止、风度、语言等外在的表现,美好的言谈举止可使患者产生尊敬、信任的情感,增强战胜疾病的信心,这正是现代医学模式所要求的。医务人员必须讲究文明礼貌,注意修养,养成良好的举止习惯。

3. 目光接触 这是行为举止中最重要的一种信息渠道。眼神既可表达与传递用语言难以表达的情感,也可显示个性特征并能影响他人的行为。一般而言,目光接触次数多少、时间长短及目光转移等,都能反映会谈者兴趣、关系、情绪等许多方面的信息。对于医师来说,一方面要善于发现目光接触中所提示的信息,感觉到患者的反馈信息,并能予以正确理解;另一方面要善于运用目光接触反作用于患者,使其受到鼓励和支持,促进良好交往与双方的关系。我们常说眼睛是心灵的窗口,目光接触可以帮助谈话双方的话语同步,思路保持一致。目光相互接触时间长,则成凝视。凝视往往包含多种涵义,有时带有敌意,有时也表示困苦。患者对医务人员的凝视多是求助。在临床上,医师和患者交谈时,要用短促的目光接触检验信息是否被患者所接受,从对方的回避视线、瞬间的目光接触等来判断对方的心理状态。因此要理解并能熟练运用目光接触是医务人员进行良好医患沟通的基本功。

4. 面部表情 面部表情是人的情绪和情感的生理性外在表露,一般是不随意的,但又可以受自我意识调节控制的。面部表情可表示多种多样的情感变化,如恐惧、痛苦、厌恶、愤怒、安详等。面部表情的变化是医师获得病情的重要信息来源,也是医师了解患者内心活动的镜子。但由于面部表情变化快、信息多和可控制的特点,给观察带来一定的难度,所以需要综合其他信息,联系起来分析。医师在会谈中不但要善于识别与解释患者的面部表情,也要善于控制自



己的面部表情。医务人员对患者的表情是以职业道德情感为基础的,当然也与习惯和表达能力有关。医务人员应当善于通过面部表情来和患者沟通,更要细心体察患者的面部表情。常用的,也是最有用的面部表情是微笑,“微笑是最美好的语言”,是进行良好医患沟通的关键。

5. 身体姿势 身体姿势常能传递个体情绪状态的信息,能反映交谈双方彼此的态度、关系和交谈的愿望。如微微欠身表示谦恭有礼,点头表示打招呼,侧身表示礼让等。在医患沟通过程中,医务人员要通过常用的有含义的身体姿势来表达对患者的尊重和同情。医师也应当懂得患者身体姿势所传递的信息,如患者扭头、低头通常表示不愿理睬、不同意。

6. 距离与方向 人际距离是交往双方之间的距离。有人将人际距离分为四种:①亲密的,约0.5 m以内,可感到对方的气味、呼吸,甚至体温;②朋友的,为0.5~1.2 m;③社交的,即相互认识的人之间,为1.2~3.5 m;④公众的,即群众集会场合,为3.5~7 m。医患会谈的距离应根据双方的关系和具体情况来掌握。医务人员对患者表示安慰、安抚时,距离可近些。正常医患之间的会谈,双方要有适当的距离,约一个手臂的长度,以避免面对面的直视,这种位置使患者和医师的目光可以自由地接触和分离,而不致尴尬和有压迫感。此外,医师和患者间的相互年龄、身份和教育状况不同也应该有不同的距离和方式。

7. 用超语词性提示沟通 言语直接沟通信息,而超语词性提示可以辅以生动而又深刻的含义。超语词性提示就是我们说话时所用的语调、所强调的词、声音的强度、说话的速度、流畅以及抑扬顿挫等,它会起到帮助表达语意的效果。医务人员应留意判断,并重视这些信息在会谈中的意义。不论是语词性沟通还是非语词性沟通,它们在医患会谈过程中并不是孤立存在的,而是相互渗透、相互结合、共同发挥作用的。

8. 接触 接触是指身体的接触。据国外心理学家研究,接触的动作有时会产生良好的效果。按中国的文化背景和风俗,医务人员与患者的接触如若得当,可收到良好的效果。例如,为呕吐患者轻轻拍背,为动作不便者轻轻翻身变换体位,搀扶患者下床活动,做完检查后帮助患者整理好衣被,双手握住患者的手以示祝贺等,这些都是有益的接触沟通。

四、医患沟通的基本内容和过程

医患沟通的内容不能仅限于生物医学方面的问题,对影响健康或疾病的心理及社会因素也应评论。而如何获取这些患者不太愿意告知他人的资料,则依赖于医患间的关系及会谈的技巧。医患会谈的过程与医师的应诊过程是紧密联系的,可分为三个阶段。

1. 开始阶段 包括打招呼与自我介绍,营造一个轻松、和谐的会谈气氛,使患者有被尊重的感觉,然后再切入主题,了解患者来诊的目的与需求。

2. 中间阶段 主要是资料的搜集,包括病史等主观资料、理化检查等客观资料以及患者心理与社会因素等情况。这是会谈最重要的部分。而资料搜集的质量,将直接影响诊断与处理的正确性。

3. 结束阶段 包括与患者讨论病情,提出治疗方法,给予具体意见。通常为强化主要内容,避免患者遗忘,可以在应诊的最后阶段做个简单的小结。

医患沟通的具体步骤通常如下。

(1) 问候:医师主动向患者打招呼,为患者的久候表示歉意,自我介绍,询问患者如何称谓、问清就诊目的、上次就诊情况等。

(2) 请患者就座:依据病情安排患者,使患者舒适就座或平躺,尽量使患者放松、注意力



集中。

(3) 建立和谐的关系:克服语言、文化和社会地位的障碍,对患者表现出诚恳、尊敬、同情、热心、信任和无偏见。

(4) 询问病情:鼓励、启发患者如实、仔细地叙述病史,要耐心倾听,不要随意打断患者的陈述,避免暗示和提问过于复杂。

(5) 医师情感表达:鼓励、支持、安慰患者,体谅患者疾苦。

(6) 非语言交流:注意姿态良好、态度端正、表情自然,避免给患者留下不好印象。

(7) 讨论方法:允许患者充分表述,引导患者清楚表述重要的问题,小心处理敏感话题,不时强调重要线索和关键问题。

(8) 讨论相关问题:工作、社会活动、业余爱好、性生活等。

(9) 生活情况:主要生活经历、人格、家庭、人际关系、不幸遭遇等。

(10) 患者教育:向患者阐明诊断,提供健康咨询,建议疾病的预防措施等。

(11) 阐明治疗措施:对处方进行解释,向患者讲明治疗的适应性、副作用。

(12) 建立长期联系:如病情需要叮嘱患者复诊并坚持随访。

(13) 总结:简明扼要地对本次诊疗过程进行总结,征求患者意见,对患者的信任与合作表示感谢。

(14) 反馈:对所诊治的患者进行登记、随访,了解治疗效果。

(一) 病史采集前的准备

1. 步入病房,站立在患者右侧,向患者问候,并作自我介绍,如“我是 X 医师,在您住院期间对您的诊治具体负责,有什么要求、想法可以向我说明……”等等。

2. 说明病史询问的意义和目的,取得患者的合作与配合。

3. 消除患者的紧张、拘束心理,态度要和蔼、诚恳、耐心,患者陈述时要专心听讲。

(二) 一般项目询问

- | | |
|--------|--------|
| 1. 姓名: | 职业: |
| 性别: | 出生地: |
| 年龄: | 入院日期: |
| 民族: | 记录时间: |
| 婚姻: | 病史陈述者: |

2. 病史的陈述人如果不是患者本人,还应询问与患者间的关系。

注:姓名一定和身份证户口本上的汉字相对应;年龄一定问清实足年龄,如 25 岁 5 个月;不应以“儿”或“成”代替。出生地具体到县;民族要问清;职业是工人的一定具体到工种。

(三) 主诉

患者本次就诊的主要原因及其持续时间。主诉为患者感觉最痛苦、最明显的症状或体征及开始出现的时间。主诉尽可能用患者自己描述的症状,而不是医师对患者症状诉说后加工的诊断术语。

(1) 主诉要体现症状、部位、时间三要素。因此在问诊一开始就可以像如下这样问。

问:“你怎么不舒服?”(症状)

问:“哪儿不舒服?”(部位)

问:“发病多长时间?”(时间)



(2)主诉应简明扼要,以简洁的语言来描述。

主诉:“咽痛,高热2天”。

主诉:“畏寒、发热、右胸痛、咳嗽3天”。

主诉:“腹痛、腹泻、脓血便1天”。

(3)不应以方言土语或含糊不清的词语来描述。

主诉:“肚子痛、拉稀2天”。(方言土语)

主诉:“心里感觉麻烦好几天”。(含糊不清)

(4)对病史长、病情复杂的患者,应综合分析以归纳出更能反映病情特征的主诉。

主诉:“反复咳嗽20年,心悸气促3年,下肢水肿半个月”。

(5)通过主诉的描述,一般可初步估计患者所患的是哪一系统疾病及其缓急,从而为进一步明确诊断、制订诊后计划指明方向。

主诉:“反复咳嗽、咳痰20余年,心慌憋气20天”。首先考虑呼吸系统疾病。

主诉:“活动后心慌气短5年,下肢水肿10天”。应考虑循环系统疾病。

主诉:“上腹部反复疼痛2年,伴呕血3小时”。应考虑消化系统疾病。

主诉:“尿急、尿频、尿痛3天,发热1天”。应考虑泌尿系统疾病。

主诉:“乏力、皮肤与黏膜紫癜2个月”。应考虑血液系统疾病。

主诉:“多饮、多尿、多食、消瘦1个月”。应考虑内分泌系统疾病。

主诉:“头痛、眩晕、记忆力减退、肢体无力、言语障碍3天”。应考虑神经系统疾病。

(6)对当前无症状、诊断资料和入院目的十分明确的患者,可直接采用入院目的作主诉。

主诉:“腹部彩超检查发现胆囊息肉2周”。

(四)现病史

患者从发病到就诊时疾病的全过程,即发生、发展、演变和诊治经过,可按以下内容进行询问。

1. 起病情况 包括发病的时间、地点、环境、起病的缓急情况、前驱症状、发病的症状及其严重程度。

2. 主要症状特点 包括主要症状出现的部位、性质,持续的时间和程度,缓解或加重因素。

3. 病因与诱因 尽可能地了解与本次发病有关的病因,包括外伤、中毒、感染等,以及诱因包括情绪、气候、地理及生活环境、起居饮食失调等。

4. 病情的发展和演变 包括患病过程中主要症状的变化或新症状的出现。

5. 伴随症状 在患者出现主要症状的基础上,又同时出现一系列的其他症状,这些伴随出现的症状常常是鉴别诊断的依据,或提示出现了并发症。

6. 诊疗经过 患病后曾接受检查与治疗的经过,包括检查方法、时间、结果、诊断名称及治疗方法、效果、不良反应等。

7. 病程中的一般情况 包括发病以来患者的精神情况、体力状态、生活习惯、食欲及食量的改变、睡眠、体重变化、大小便情况等。

(五)既往史

既往一般健康状况,包括系统查询。

(1)传染病史及其接触史:有无麻疹、水痘、百日咳、猩红热、白喉、伤寒、脑膜炎、天花、痢