

- 国家级特色专业建设项目
- 国家级实验教学示范中心建设成果
- 高等院校临床医学专业实践类教材系列

临床技能学

Clinical Skills Science

主 编◎陈 路 郝新宝 孙早喜

主 审◎陈志斌



ZHEJIANG UNIVERSITY PRESS

浙江大学出版社

国家级特色专业建设项目

国家级实验教学示范中心建设成果

高等院校临床医学专业实践类教材系列

临床技能学

主 编 陈 路 郝新宝 孙早喜
副主编 杨 堃 付 昆 金 松 王淑荣
主 审 陈志斌



ZHEJIANG UNIVERSITY PRESS

浙江大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

临床技能学/陈路,郝新宝,孙早喜主编.——杭州:
浙江大学出版社,2013.3
ISBN 978-7-308-11103-4

I. ①临… II. ①陈… ②郝… ③孙… III. ①临床医
学 IV. ①R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2013)第 022769 号

临床技能学

陈 路 郝新宝 孙早喜 主编

从书策划 阮海潮(ruanhc@zju.edu.cn)
责任编辑 严少洁
封面设计 续设计
出版发行 浙江大学出版社
(杭州市天目山路148号 邮政编码 310007)
(网址:<http://www.zjupress.com>)
排 版 杭州金旭广告有限公司
印 刷 富阳市育才印刷有限公司
开 本 787mm×1092mm 1/16
印 张 38
字 数 973 千
版 印 次 2013 年 3 月第 1 版 2013 年 3 月第 1 次印刷
书 号 ISBN 978-7-308-11103-4
定 价 79.00 元

版权所有 翻印必究 印装差错 负责调换

高等院校临床医学专业实践类教材系列

编写说明

海南医学院组织编写的这套临床医学专业五年制本科实践类教材是一套以岗位胜任力为导向,以实践能力培养为核心,以技能操作训练为要素、统一规范并符合现代医学发展需要的系列教材。这套教材包括《临床技能学》、《临床见习指南》(分为外科学、内科学、妇产科学、儿科学四个分册)、《系统解剖学实验教程》、《形态学实验教程》、《生物化学与分子生物学实验教程》、《病原生物学与免疫学实验教程》、《预防医学实验教程》、《英汉对照妇产科实践指南》,共 11 部。本套教材的编写力求体现实用、可操作性等特点。在编写中结合临床医学专业教育特色,体现了早临床、多临床、反复临床的教改思想,在尽可能不增加学生负担的前提下,注重实践操作技能的培养。我们希望通过本套教材的编写及使用,不断探索临床医学实践教学的新思路,为进一步推进医药卫生人才培养模式变革做出新的贡献。

本套教材适用于五年制临床医学专业的医学生,同时也是低年资住院医师作为提高工作能力的参考书。

限于编写人员的知识水平和教学经验,本套教材一定存在许多错误,敬请各位教师、学生在使用过程中,将发现的问题及时反馈给我们,以便再版时更正和完善。

高等院校临床医学专业实践类教材建设委员会主任

陈志斌

2013 年 3 月

高等院校临床医学专业实践类教材

建设委员会

主任委员 陈志斌

副主任委员 谢协驹 林英姿

委 员 (以姓氏笔画为序)

马志健 刘云儒 吕 刚 孙早喜

李天发 李 群 杨 堃 陈 路

金 松 郝新宝 钟南田 凌 奕

常彩红 黄东爱 蒙 晶

秘 书 长 何琪懿

秘 书 廖宇航 冯 明

本套教材目录

- | | |
|-------------------|----------------|
| 1. 临床技能学 | 主编 陈 路 郝新宝 孙早喜 |
| 2. 临床见习指南——内科学分册 | 主编 李天发 |
| 3. 临床见习指南——外科学分册 | 主编 杨 堃 |
| 4. 临床见习指南——妇产科学分册 | 主编 金 松 |
| 5. 临床见习指南——儿科学分册 | 主编 蒙 晶 |
| 6. 系统解剖学实验教程 | 主编 马志健 |
| 7. 形态学实验教程 | 主编 李 群 钟南田 |
| 8. 生物化学与分子生物学实验教程 | 主编 黄东爱 |
| 9. 病原生物学与免疫学实验教程 | 主编 吕 刚 夏乾峰 常彩红 |
| 10. 预防医学实验教程 | 主编 刘云儒 |
| 11. 英汉对照妇产科实践指南 | 主编 凌 奕 金 松 |

《临床技能学》编委会名单

主 审	陈 志 斌								
主 编	陈 路	郝 新 宝	孙 早 喜						
副 主 编	杨 堃	付 昆	王 淑 荣	金 松					
编 审 人 员	陈 志 斌	陈 路	郝 新 宝	孙 早 喜	杨 堃				
	付 昆	金 松	王 淑 荣	涂 蓉	李 书 卫				
	曾 江 正	孙 龙	李 其 富	王 丽	陈 曼 玲				
	胡 春 霞	陈 蔚	王 红 怡	温 晓 梅	郑 诗 华				
	蒙 晶	曹 娟	桑 圣 刚	张 填	顾 申 红				
	陈 小 盼	何 冬 雷	李 浩 勇	王 正 文	谭 蓉				
	施 玉 森	王 海 艳	林 雪 峰	曾 春 芳	林 岷 格				
	林 容	张 娇	周 学 军	沈 奇	刘 钢				
	王 声 兴	刘 笑 然	周 籍 雪 颖	郑 立 平	李 领				
	张 宏 玉	周 健	唐 健 健						
秘 书	陈 蓉								

前 言

临床医学是一门实践于人体健康的科学,要求临床医学工作者必须具备扎实的、系统的基本理论知识,同时兼备熟练的医学专业知识和专业技能。为培养医德高尚、社会适应性强和具有创新思维、创新能力的临床医学人才,我们根据全球临床医学人才培养标准、我国临床医学生培养基本要求、国家执业医师资格考试大纲及全国临床医学大学本科技能大赛内容要求编写了《临床技能学》,旨在通过大量案例及图示培养临床医学生、初级阶段临床医学工作者的高尚情操、社会适应能力和临床诊断思维能力、临床操作技能。

《临床技能学》分为上篇——诊断思维、下篇——技能操作。上篇内容有职业素养、病史采集、体格检查、器械检查与实验室检查结果判读、医疗文书书写规范。以医患沟通、问诊与病史采集、体格检查、器械检查与实验室检查结果判读为主要内容,反映各科疾病诊治特点。下篇内容有无菌术、手术管理技能、临床基本操作技能、急救操作技能、麻醉技术、护理技能及其他。以各种操作器械说明、各种操作步骤的规范化为重点内容,反映各科疾病诊治特点。本书内容全面,编排合理,便于掌握,利于培养实际操作能力,对规范化培训临床执业医师、住院医师、进修医师及临床专业本科、研究生临床技能有一定指导价值,是一本较好的临床技能教学教材。

《临床技能学》有四个特点:①《临床技能学》在编写过程中使用了大量案例、插图,以帮助学习者更好更快地理解、掌握;②全书渗透医患沟通知识,以适应当代中国医患关系,培养临床医学生及初级阶段医学工作者快速适应临床工作;③通俗易懂,可以利用《临床技能学》进行自学、互学;④以临床医学专业本科生学习、实践(实习)为需要,编入的均为基本、常见的操作项目。

《临床技能学》编写过程中,参考了大量的教材及相关专著,对教材和专著的主编和作者深表感谢。由于编写者水平有限、经验不足,难免存在错误,诚请教材使用者提出宝贵意见,以便本教材在将来修订时进一步完善。

《临床技能学》编写小组
海南医学院临床学院教育培训科
2012年11月14日

目 录

上 篇 诊断思维

第一章 职业素养.....	3
第一节 人文关怀.....	3
第二节 医患沟通.....	4
第三节 职业法规	15
第二章 病史采集	19
第一节 问 诊	19
第二节 主要症状问诊要点及鉴别点	29
第三章 体格检查	90
第一节 体格检查质量要求与注意事项	90
第二节 全身体格检查的顺序及项目	91
第三节 体格检查规范化操作	98
第四节 妇产科体格检查.....	148
第五节 婴幼儿体格检查.....	172
第六节 新生儿体格检查.....	183
第七节 眼科检查.....	185
第八节 耳鼻喉科检查.....	196
第四章 器械检查与实验室检查结果判读.....	201
第一节 心电图检查.....	201
第二节 影像学检查.....	236
第三节 实验室检查.....	267
第五章 医疗文书书写规范.....	293
第一节 病历书写的基本要求.....	293
第二节 门(急)诊病历书写内容及要求.....	294
第三节 住院病历书写内容及要求.....	295

下 篇 技能操作

第六章 无菌术	313
第一节 无菌术的意义	313
第二节 无菌术的基本内容	313
第三节 无菌术的基本操作规范	316
第七章 手术管理技能	320
第一节 手术知情同意管理制度	320
第二节 签署手术协议技能	322
第八章 临床基本操作技能	324
第一节 手术人员的准备	324
第二节 穿、脱隔离衣	329
第三节 患者及其手术区域的无菌准备	331
第四节 打结法、剪线、拆线	337
第五节 缝合术	343
第六节 切开、分离与止血术	350
第七节 创口换药	361
第八节 引流术	369
第九节 动脉、静脉穿刺术	375
第十节 耻骨上膀胱造瘘术、导尿术	380
第十一节 胸膜腔穿刺术	384
第十二节 腹膜腔穿刺术	386
第十三节 腰椎穿刺术	388
第十四节 骨髓穿刺术、骨髓组织活检及相关知识	391
第十五节 活体组织检查术、淋巴结穿刺术及相关知识	394
第十六节 血源性病原体职业接触的防护	396
第十七节 环甲膜穿刺术及环甲膜切开术	400
第十八节 肺功能检查及临床应用	402
第十九节 水电解质及酸碱失调的处理	406
第二十节 外科营养支持技术	411
第二十一节 静脉切开技术及相关知识	415
第二十二节 拔甲术及相关知识	416
第二十三节 外科感染的处理、脓肿切开引流术及相关知识	418
第二十四节 体表肿瘤与肿块的处理	423
第二十五节 乳腺肿物切除术与活检术	426

第二十六节 显微外科基本技术	429
第二十七节 骨科基本操作技术	431
第二十八节 妇产科操作技术	440
第二十九节 儿科操作技术	467
第三十节 眼科操作技术	479
第三十一节 耳鼻喉科操作技术	489
第九章 急救操作技能	497
第一节 创口的止血、包扎	497
第二节 清创术	501
第三节 脊柱损伤患者的搬运	504
第四节 四肢骨折现场急救与外固定术	505
第五节 心肺复苏及相关知识	510
第六节 心包穿刺、心内注射	513
第七节 电除颤	515
第八节 简易呼吸器的使用	517
第九节 三腔二囊管止血术	519
第十节 中毒抢救及相关知识	521
第十一节 血胸、气胸的急救技术及相关知识	525
第十二节 常见颅脑损伤的急救技术及相关知识	530
第十章 麻醉技术	533
第一节 局部浸润麻醉	533
第二节 硬膜外麻醉	534
第三节 气管插管术与全身麻醉	536
第十一章 护理技能及其他	542
第一节 洗手法及相关知识	542
第二节 戴口罩方法及相关知识	544
第三节 输血操作技术及相关知识	545
第四节 静脉输液技术及相关知识	550
第五节 头皮静脉穿刺技术	554
第六节 吸痰术	555
第七节 吸氧术、氧疗及相关知识	557
第八节 洗胃及临床应用	559
第九节 放置胃管术	562
第十节 皮下注射技术及相关知识	563
第十一节 皮内注射技术及相关知识	566
第十二节 肌肉注射技术及相关知识	568
第十三节 皮肤病操作技术	571

第一章 职业素养

第一节 人文关怀

人文关怀,一般认为发源于西方的人文主义传统,其核心在于肯定人性和人的价值,要求人的个性解放和自由平等,尊重人的理性思考,关怀人的精神生活等。医学人文关怀是指在实施医疗护理过程中除了为患者诊治疾病外,还要提供精神的、文化的、情感的服务,以满足患者的健康需求。其本质是“以人为本,以病人为中心”,表现在对人的生存意义、患者的价值、权利、需求和患者的人格、尊严的关心。关注人的生存与发展本身就是每一位医务工作者的职责。

一、医学与人文学密不可分

医学是研究人的科学,是充满人性的科学,是至仁至爱的科学。中国的发展,从哲学高度和深层来看,其中心问题就是人的问题:它把人类作为发展主题;以人的全面和谐发展为理论根据;以人的素质提高和发挥为实现条件;以改善和提高人的生活质量为最终目的。世界卫生组织给予健康的新概念是:健康不仅指一个人没有疾病或虚弱现象,更是在精神上、身体上和社会交往上保持健全的状态。医学人道主义作为以关心病人的身体健康,同情病人并愿意为之消除痛苦的一种伦理原则和道德规范,是自古以来就有的。作为医务人员不仅要对患者负责,还要对社会负责,要维护社会公益,更不能违背社会利益。所以,在现代的医疗服务过程中,我们在注重医疗技术和质量的基础上,还要将“医学精神”与“人文精神”完美结合,全面了解患者的心理和生理状态,给予人文关怀,创造一个让患者舒展心灵感受的平台,满足患者的心身需求,赢得患者的信任、理解和协作。

二、加强医学人文建设刻不容缓

随着医疗卫生体制改革和医学教育改革“双改”的深入推进,对医学生的人文素养提出了更高的要求,医科教育只有“呼唤人文回归”才能完成“还原医学本质”的根本目的。医学实际上是一门横跨所有领域的科学,将其划归为自然科学的一个分支,势必造成医学发展的严重缺损,导致医学教育在内容和方向上的迷失和旁落。因此在医学教育中,加强人文教育刻不容缓,没有人文精神的医学将是人类的灾难。

(一)加强语言文字修养

医学生的人文素质与医学技术同等重要,在医疗服务中,医生关注的不仅仅是收集病史和诊断依据的一个机械过程,更应该是体察患者丰富情感,建立相互信任的一种交流。高素质的

语言文字修养是实施人文关怀的首要条件,真挚的安慰性语言可以给患者心灵的抚慰,让患者感觉到亲人般的关心和体贴,合理的告知性语言可以赢得患者的理解与配合,恰当的激励性语言可以增强患者战胜疾病的勇气和信心。书写医疗文件、总结临床经验等工作,都要求医疗服务人员要有一定的文字功底。只有完整地各个方面去关注患者,医生才会提供人性化服务。

(二)重视人际关系修养

人际关系修养的高低决定着人类生存的环境。具有豁达大度、宽宏大量、谦和热情、正直诚实等优良个性的人,人际关系较为融洽;而心胸狭窄、虚伪滑头的人,就不容易搞好人际关系。平等地对待每一个人,尊重每一个人的人格,这是交往的基本前提。建立良好的医患关系,可以使医患沟通更加真诚和有效,同时也决定着医疗质量的好坏和医疗效率的高低。

(三)提高伦理道德修养

作为一名医师,最基本的职责和伦理道德是救死扶伤,防病治病,实行革命的人道主义。正确的医学伦理观就是:医务人员与病人是平等的相互合作的关系,医务人员治病的目的不是为了谋取私利,而是为了患者的身心健康。医务人员与社会的关系是随时随地无条件地为社会尽义务,全心全意为人类健康服务。随着人们对医学知识认识的加深,患者往往希望自己能够参与医疗活动,而医务人员习惯了主导地位的角色,因而忽视了患者的知情选择权,从患者角度来讲,对自己疾病的了解是自身权利,由于受医学信息短缺的限制,无法对自己的治疗进行选择。因此,医生开方就拿药,医生开刀就签字,永远做不到自主选择,内心存在对医务人员技术上的怀疑,一旦出现诊治效果不明显、治疗失效,就会由对医生技术的怀疑演变为对医务人员职业道德的怀疑,医患双方技术上的不平等性形成了一对突出的技术伦理矛盾。

正确的伦理道德修养,可以让我们树立正确的人生观和价值观,提高医疗服务意识,增强医疗责任感,理性地面对和处理医患矛盾,促进医患关系和谐。

三、医务工作者在实际工作中应做到以下几个方面

1. 关爱患者,尊敬患者:“爱人者,人恒爱,敬人者,人恒敬。”
2. 理解患者,宽容患者。
3. 以患者为本。

4. 掌握良好的人文关怀技巧,如礼貌性语言;温馨的安慰性语言;耐心解释与倾听;从容、镇静的表情;关怀性触摸;鼓励的眼神。

(付 昆)

第二节 医患沟通

一、概述

美国医生萨斯(Szasz)和霍伦德(Hollender)曾于1976年提出了医患关系的三种模式:主动-被动模式、指导-合作模式和共同参与模式。有统计数据显示;我国医患关系状况由于没有充分的患者启蒙、不能建立亲密关系以及医患间缺乏信任,从而显示出一种指导-合作关系。1978年阿斯顿(Arston)等揭示了通过对微观“医患关系”的关注来考察人际传播中沟通过程

和效果的研究。而反过来,医患关系作为社会个体与社会医疗体制接触的“界面”,也成为考察社会医疗健康服务状况的重要窗口。

(一)就医过程

绝大多数患者认为“医生看病不仔细、就医时间短”,“挂号难、排队时间过长”,“专家号难求”和“乱开药、不必要的检查”。患者深入了解疾病与治疗方案的主要障碍,形成于医患之间的沟通环节。医生不解释或听不懂医生的解释成为患者就诊时最主要的困扰;相应地,患者听不懂医生的解释也成为诊疗过程中医生一方最主要的困扰。

(二)医患之间的信任

除了对患者进行医学知识启蒙之外,医患双方的信任是非常重要的。医患双方在医疗过程中要求相互信任。信任是“双方投入”,最终“双方获益”的基础。医患之间的信任缺失,这既包括患者对医生的信任,也包括医生对患者的信任。有调查数据显示,患者维权意识增强所导致的信任缺失已对治疗的过程产生了负面影响。

(三)医患之间亲密关系

弗洛伊德曾经把“治疗配合”的概念定义为“一种有同情心的理解”,也就是说,理想的医患关系必须是一种亲密的关系。从医务人员角度看,患者并不是很愿意将哪怕是跟疾病有关的隐秘信息告诉医生。该现象可以归因为亲密关系尚未充分建立。

(四)当前医患关系

改革开放 30 多年来,我国经济快速发展,社会和谐稳定,人民安居乐业,但由于医疗服务模式与医疗需求之间严重不协调,医疗纠纷急剧增加。产生的原因是多方面的,医务人员的主要原因:医德水平降低,服务态度下滑,医疗事故,医疗差错等。患方的主要原因:缺乏医学知识,对医疗卫生法律法规及医院规章制度不理解,患者及家属的不良动机。社会原因:社会不法分子的介入,如“医闹”现象;政府在医疗卫生领域作为不够,人民群众医疗保健知识水平提高和法律观念自我保护意识增强,医患之间的关系因医疗保险的实施而呈现多元化。

1. 医疗保障不完善 尽管我国的医改取得重要进展,医疗保险体系初步建立,但医疗保障水平仍较低,患者看病自费比例仍然较高,遇大病、复杂疾病时往往难以承受巨大的医疗开支。由于医学科学技术是一个发展过程,致使大病、复杂疾病的诊治结果难以达到患者及家属的期望值,如果患者死亡了,人财两空,对家属的打击是巨大的,极易产生医疗纠纷,家属对死亡不理解或想从医院获得赔偿。

2. 医患之间认知有差距 科学技术成果在临床医学中的应用取得了很大进展,但仍有很大局限性,医生不是神仙,不能包治百病。而患者、家属对医疗技术期望值过高,认为死了人就是医疗事故。医务人员与患者及家属沟通不够,未能让家属充分了解医学的局限性及疾病发展的不可预测性。

3. 医患关系物化 医患关系物化一般是指由于医务人员过分依赖医疗设备诊断治疗疾病,使得大量“第三者”物质进入医疗活动,导致医患之间的人际关系在某种程度上被物化,并分为合理与不合理两大类。一类是合理的物化,即客观上是必须使用的媒介,主观上是医生从诊治患者疾病的实际需要而引入的,如医生为诊断疾病和治愈患者而合理使用现代医疗设备、药物等物质性媒介,这是医患关系物化的合理成分。另一类是不合理的物化,即医生为个人私利而使一些不必要的媒介参与到医患关系中来,例如,医生为获得回扣而过度地开处方和重复检查、为创收而延长住院天数,甚至开搭车药、出具虚假文书、索要红包等。该类型物化形式比

较隐蔽,患者由于受到专业知识的限制,不易识别。

4. “医闹”兴风作浪 “医闹”作为某些不法分子捞取暴利的工具,这些人为了这种暴利兴风作浪,使医疗纠纷、事故事件越演越烈。发生纠纷后医院为息事宁人,常赔钱了事,闹得越厉害,赔得越多。这样就形成了恶性循环,并因此催生了一个新的行业——“医闹”。“医闹”首领打着患者家属、亲戚、朋友、同事的幌子专门组织、策划并怂恿家属采用各种恶劣手段闹事,以达到从医院获得经济赔偿的目的。这些人以聚众闹事的手段,使本来紧张的医患关系雪上加霜。医院领导为了平息事态,常常与“家属”谈判、赔偿。若闹事者仍不能得逞或不满意,则开始殴打甚至伤害医务人员。

5. 执法人员执法不力 医院在发生严重医患纠纷时都会报警,但执法人员到现场后往往只是劝解,并不采取必要的强制措施,直至发展成恶性事件,医务人员被严重打伤才采取行动。执法人员常认为,患者及家属是“弱势群体”、“闹事终有原因”,要人性执法,以致事态扩大。如果执法人员早些采取措施,完全可避免发展成恶性事件。

6. 医疗卫生人员的缺陷 一个医疗卫生工作者在成长过程中或多或少有一些不足,一些医患纠纷的发生与其不足有关,但占比例不多。一些医务人员人文修养不够,与家属沟通的知识与技能欠缺,未能使家属了解医学的局限性及疾病发生难以预料或突然变化的可能性;个别医疗工作者服务态度不好,家属不满意,从而引发纠纷。

二、医患沟通的形式、内容与技巧

医务人员要履行告知的义务,必须首先要知道向谁告知。根据《执业医师法》、《医疗事故处理条例》、《医疗机构管理条例》及其《实施细则》要求,有患者本人、患者主要关系人、患者的关系人以及实施医疗活动机构的相关负责人,并由其最终履行同意权(即签字权)。但是,告知患者本人应当注意避免对患者产生不利的后果,否则,就应当告知其主要关系人或相关负责人,而不应告知患者本人。

那么,怎样才算对患者产生不利后果呢?医务人员又怎么才能避免对患者产生不利后果呢?在临床工作中,这些都是十分难以把握的。

【案例 1-2-1】

晚期肝癌如何告知

医师 A:如果患者本人的心理承受能力较强,并要求了解真实情况,就应当告知其本人。如果患者心理承受能力较弱,即使他要求了解真实情况也不能告知其本人。

医师 B:不必考虑患者的心理承受能力,只要他自己要求了解真实情况,就应当告知其本人。

医师 C:无论患者心理素质如何,也无论患者要求与否,都不应将真实信息告知他,而应首先告知其主要关系人,由其关系人决定是否告知其本人。

案例分析:

我们认为,医师 A 是“以病人为中心”的原则,但在实践中难以操作,一旦判断失误,引起不良后果,就可能要承担法律责任;医师 B 是既不懂法律规定也不懂伦理要求,有不负责之嫌;医师 C 只懂法律责任,但不懂伦理的要求,没能体现“以病人为中心”的原则,而仅仅是为了化解医方所承担的风险,而且,这种办法有时也会引起医患冲突。

为了避免此类现象的发生,各级医院采用了《知情同意书》和《患方授权书》两种形式,这一措施虽然解决了知情同意的代理问题,但如果患者本人有知情能力并不愿委托他人代理,而要求由其本人实施知情同意权时,医方又会遇到能否告知、何时告知、怎么告知其本人不利信息的难题。

(一)医患沟通的常见形式

1. 首次床旁沟通 主管医师入院查房结束时,及时将病情、初步诊断、治疗方案、进一步诊治方案等与患者或主要关系人进行沟通交流,并将沟通情况记录在首次病程上。护士在接诊入院病人时要介绍住院须知、并安慰病人充分休息,将沟通内容记在护理记录上。

2. 住院期间沟通 病人住院期间,主管医师和分管护士必须对病人所患疾病的诊断情况、主要治疗手段、重要检查目的及结果,某些治疗可能引起的严重后果、药物不良反应、手术方式、手术并发症及防范措施及费用等内容进行经常性的沟通,并将沟通内容记载病程记录、护理记录中。

3. 围手术期沟通 要求手术医师术前沟通、术中改变术式沟通及术后沟通,并将沟通内容登记在《术后医患沟通记录单》上。

4. 分级沟通 沟通时要注意沟通内容的层次性。要根据患者病情的急缓、轻重、复杂程度以及预后的好坏,由不同级别的医护人员沟通。同时要根据患者或主要关系人的文化程度及要求不同,采取不同方式沟通。有纠纷苗头者,要重点沟通。

普通病患者,由责任医师在查房时,将患者病情、预后、治疗方案等详细情况,与患者或主要关系人进行沟通;对于疑难、危重患者,由患者所在的科室主要负责人与主要关系人进行正式沟通;对治疗风险较大、治疗效果不佳及考虑预后不良的患者,应由经治医师提出,科主任主持召开全科会诊,由经治医师、科主任共同与患者或主要关系人沟通,并将会诊意见及下一步治疗方案向患者或主要关系人说明,征得患者或主要关系人的同意并签字确认。必要时上报医务科/医务部,由医务科/医务部(非行政上班时间由医院总值班负责)组织相关人员与患者或主要人关系进行沟通。

5. 集中沟通 对带有共性的常见病、多发病、季节性疾病等,由科主任、护士长、主管医师、护士等一起召集病区病人及主要关系人进行该病发生、发展、疗程、预后、预防及诊治过程中可能出现的情况等进行沟通。

6. 出院前沟通 管床医师在患者出院前,将患者本次住院的治疗情况、恢复情况及出院后注意事项等详细与患者沟通,沟通后及时将沟通内容记录在出院记录中。

7. 出院后访视沟通 对出院的患者,医护人员采取电话访视、登门拜访或预约门诊的方式进行沟通,了解病人出院后的恢复情况和对出院后用药、休息等情况的康复指导。

(二)医患沟通的内容

1. 诊疗方案的沟通 ①主要病史内容;②主要体格检查结果;④辅助检查结果;⑤初步诊断、确定诊断;⑥诊断依据;⑦鉴别诊断;⑧拟行治疗方案,可提供2种以上治疗方案,并说明利弊以供选择;⑨预后判断等。

2. 诊疗过程的沟通 医护人员应向患者或主要关系人介绍患者的疾病诊断情况、主要治疗措施、重要检查的目的及结果、患者的病情及预后、某些治疗可能引起的严重后果、药物不良反应、手术方式、手术并发症及防范措施、医药费情况等,并听取患者或主要关系人的意见和建议,回答患者或主要关系人提出的问题。要有的放矢地介绍给患者或关系主要人,使患者和主