

# 临床基本技能学

LINCHUANG

JIBENJINENGXUE

◎主审/郑木明 周增桓

◎主编/耿仁文 谭 剑

 人民军医出版社  
PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

# 临床基本技能学

LINCHUANG JIBEN JINENGXUE

主 审 郑木明 周增桓


主 编 耿仁文 谭 剑

副主编 文民刚 杜庆锋 曾其毅 夏立平  
熊梦辉

编 委 (以姓氏笔画为序)

马著彬	王昊飞	方国存	白 杨
朱飞燕	刘小友	孙大成	杜 华
李 宁	李亚洁	吴元魁	吴永明
余庆云	张 嵩	张立颖	陈 庆
陈晔明	郑维扬	孟卫东	相大勇
高 勇	黄莉萍		

制 图 杨 蔚 夏瑛辉

 人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

---

## 图书在版编目(CIP)数据

临床基本技能学/耿仁文,谭 剑主编. —北京:人民军医出版社,2008.11  
ISBN 978-7-5091-2202-0

I. 临… II. ①耿…②谭… III. 临床医学—基本知识 IV. R4

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 165528 号

---

策划编辑:丁 震 张 晶 文字编辑:陈 娟 责任审读:周晓洲

出 版 人:齐学进

出版发行:人民军医出版社

经销:新华书店

通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编:100036

质量反馈电话:(010)51927270;(010)51927283

邮购电话:(010)51927252

策划编辑电话:(010)51927278

网址:[www.pmp.com.cn](http://www.pmp.com.cn)

---

印刷:北京天宇星印刷厂 装订:京兰装订有限公司

开本:787mm×1092mm 1/16

印张:17.75 字数:429千字

版、印次:2008年11月1版第1次印刷

印数:0001~3000

定价:37.00元

---

版权所有 侵权必究

购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

## 内 容 提 要

本书依据世界卫生组织专家委员会对临床技能的分项、我国卫生部医师资格考试委员会颁布的《医师资格实践技能考试大纲》的要求以及临床医学专业本科毕业生的培养目标编写,共分10章。涵盖了医学毕业生和医生应具备的8项基本技能的内容,分别为医患沟通和病史采集能力、实施全面体格检查的能力、临床操作的能力(包括护理技能、外科技能等)、急救技能、对辅助检查结果进行诊断与分析的能力、制订治疗计划的能力、病历书写能力和职业态度。本书的编者具有丰富的临床实践及医学教育经验,能够较好地把握医学生在临床基本技能学的理论和操作学习中经常遇到的难点问题,并结合相关领域的国内外前沿进展,提供科学、规范、标准的理论知识和操作技巧。本书还配插了大量图片,使学习更加直观、形象和规范,可供临床见习、实习的医学生和低年资医师阅读。

# 前 言

临床技能是指医生在临床实践过程中为解决病人的诊断、治疗等所需具备的技术与能力,包括临床实践过程中要求每一位医学毕业生和医生均应掌握的临床基本技能,以及为完成某种特定临床工作应掌握的临床专科技能。随着现代科学技术的飞速发展,临床医学的新知识、新技术不断更新,医疗诊治水平得到了提高,但不论应用于临床的科学技术发展到何种程度,临床基本技能仍然是医生进行临床实践活动需具备的最基本、最核心的能力,它是发展其他所有临床专科技能的基础。

综合考虑世界卫生组织专家委员会对临床技能的分项、我国卫生部医师资格考试委员会颁布的《医师资格实践技能考试大纲》的要求以及我国临床医学专业本科毕业生的培养目标,应人民军医出版社的约请,我们编写了《临床基本技能学》。本教材共分为 10 章,涵盖了医学毕业生和医生应具备的 8 项基本技能的内容,分别为医患沟通和病史采集能力、实施全面体格检查的能力、临床操作的能力(包括护理技能、外科技能等)、急救技能、对辅助检查结果进行诊断与分析的能力、制订治疗计划的能力、病历书写能力和职业态度。本书的编者均为临床实践及医学教育经验丰富的专家,能够较准确地把握医学毕业生和低年资医生在临床基本技能学的理论和操作学习中所面临的困难,并结合相关领域的国内外前沿进展,为学习者提供了科学、规范、标准的理论知识和操作技巧。

本书可能存在不少缺点,疏漏之处,恳请各位老师和同学批评指正,以便再版时修订。

编 者

# 目 录

<b>第 1 章 病史采集</b> .....	(1)
第一节 医患沟通的基本原则与技巧.....	(1)
第二节 问诊的内容.....	(6)
第三节 问诊纲要 .....	(10)
第四节 问诊技巧及评分标准 .....	(12)
<b>第 2 章 体格检查</b> .....	(23)
第一节 全身体格检查的基本要求 .....	(23)
第二节 体格检查基本方法 .....	(24)
第三节 全身体格检查项目纲要 .....	(27)
第四节 重点部位体格检查规范操作 .....	(33)
第五节 常见专科体格检查规范操作 .....	(63)
<b>第 3 章 外科无菌术与基本操作技能</b> .....	(98)
第一节 无菌技术 .....	(98)
第二节 切开技术.....	(107)
第三节 止血技术.....	(111)
第四节 结扎技术.....	(113)
第五节 缝合技术.....	(119)
第六节 换药术.....	(121)
第七节 剪线技术.....	(123)
第八节 拆线技术.....	(124)
第九节 清创术.....	(125)
第十节 引流术.....	(125)
<b>第 4 章 基本穿刺术</b> .....	(128)
第一节 胸膜腔穿刺术.....	(128)
第二节 腹膜腔穿刺术.....	(130)
第三节 骨髓穿刺术.....	(132)
第四节 骨髓活检术.....	(135)
第五节 腰椎穿刺术.....	(136)
第六节 椎管内给药术.....	(138)
第七节 关节腔穿刺术.....	(139)

第八节 环甲膜穿刺与切开术·····	(140)
第九节 股动脉穿刺术·····	(142)
第十节 淋巴结穿刺术·····	(143)
第十一节 经阴道后穹穿刺术·····	(144)
<b>第5章 基本护理操作技能</b> ·····	(146)
第一节 注射采血术·····	(146)
第二节 导尿术·····	(149)
第三节 氧气吸入术·····	(151)
第四节 胃插管术·····	(153)
第五节 洗胃术·····	(154)
第六节 胃肠减压术·····	(156)
第七节 穿、脱隔离衣·····	(157)
<b>第6章 现场心肺复苏术</b> ·····	(158)
<b>第7章 基本急救技能</b> ·····	(167)
第一节 气管插管术·····	(167)
第二节 气管切开术·····	(169)
第三节 呼吸道异物阻塞清除术·····	(171)
第四节 简易呼吸器的使用·····	(173)
第五节 机械通气的应用·····	(174)
第六节 电除颤术·····	(179)
第七节 急救止血术·····	(180)
第八节 急救包扎技术·····	(183)
第九节 脊柱损伤现场搬运术·····	(188)
第十节 四肢骨折现场急救外固定技术·····	(189)
<b>第8章 心电图</b> ·····	(191)
第一节 临床心电图基础·····	(191)
第二节 正常成人心电图及小儿心电图特点·····	(196)
第三节 心律失常·····	(198)
第四节 心房、心室肥大·····	(205)
第五节 心肌缺血与心肌梗死·····	(207)
<b>第9章 X线与CT检查结果判读</b> ·····	(212)
第一节 X线片·····	(212)
第二节 CT检查·····	(227)
<b>第10章 病历书写规范</b> ·····	(241)
第一节 病历书写的原则及基本要求·····	(241)
第二节 门(急)诊病历记录·····	(243)
第三节 住院病历记录·····	(246)
第四节 病程记录·····	(254)

第五节	手术科室相关记录·····	(260)
第六节	出院记录·····	(262)
第七节	死亡记录·····	(264)
第八节	知情同意书·····	(265)
第九节	医嘱·····	(271)
第十节	处方·····	(273)



# 第1章 病史采集

## 第一节 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“病人为中心”,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,最大限度地提高病人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病人的信任,因为信任在治疗中发挥着重要作用,它决定着病人能否与医务人员很好地配合。作为病人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。病人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生为主导,医方总是有一种凌驾于病人之上的优越感,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病人,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,病人不是机器,不是医务人员的加工对象,病人是一个社会的人,有思想、有头脑,因此尊重病人对诊治的要求和意见,不仅能使医患关系比较融洽,而且有利于调动病人的积极性,使其较好地配合医生的治疗,有利于提高诊疗效果。

4. 整体原则 (comprehensive approach) 医生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,要把病人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,对病人情况全面了解。应积极引导与鼓励病人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) 医务人员对病人是否有同情心,是病人是否愿意和医务人员沟通的关键。就病人而言,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。如果病人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,医务人员只有对病人有同情心,才能和病人有共同语言,从而与病人进行有效沟通,而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,常涉及病人的隐私,医务人员要对病人的隐私保密,切忌随便泄露其隐私或取笑、歧视病人。一旦医务人员对病人的隐私显示出鄙视、不屑的神情,会严重损伤病人的自尊心,从而影响进一步的医患沟通。但如果病人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病人,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。因此交谈过程中医生应将所理解的内容及时反馈给病人,同时可采用目光接触、简单发问等方式探测病人是否听懂等,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病人的意见,让病人参与决策,通过询问病人情况作出对问题的判断与解释,并告知病人诊断结果和处理问题的计划和干预措施,病人对上述医生的处置和计划等有不清楚或不同意见均可与医生交流。此外,与病人的家庭保持良好的沟通与交流,了解病人的家庭、生活情况,对医务人员全面、准确地寻找出病因,并制定出有针对性和可行性的干预措施具有重要的价值。可根据病人的综合情况(疾病、家庭、社会经济等因素)设计多种诊疗方案,向病人及家属进行较全面的介绍,让其积极参与治疗方案的选择。

## 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言语沟通技巧,可有效提高交流的层次和水平,获得病人更积极的治疗配合,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,更是与病人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引起重视的内容。

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,会给病人以良好的第一印象,为以后的交往打下互相尊重、互相信任的基础。医务人员称呼病人的原则如下。

(1)要根据病人身份、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)与病人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,这样会对医生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,对病人尤其如此。适当的赞美可以帮助病人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,直到病人听懂、弄通为止。例如一位血液科医生告知患者:“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,根本不理解医生在说什么。资料表明,30%~60%的病人之所以不遵医嘱是因为对医嘱的内容理解不清或对医生的释疑不满意所造成的。

5. 讲究提问的技巧(use proper questions) 在与病人交往时,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”提问使病人有主动、自由表达自己的可能,便于全面了解病人的思想情感。“封闭式”提问只允许病人回答是与否,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。对不良的预后在病人没有心理准备的情况下不直接向病人透露,以减少病人的恐惧,可以先和家属沟通。有时为了得到病人的配合,告之预后实属必须,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,医生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,提心吊胆地问医生:“听说化疗的毒性反应很大,会不会有生命危险呢?”,医生冷冰冰地说:“这事谁能说得准!反正有的病人化

疗期间就不行了。”

(3)窃窃私语:医务人员在病人面前窃窃私语,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,这容易给病人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。”安慰病程较长的病人:“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(concouragement):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):有时对有的病人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。如病人必须空腹抽血或检查时,指令病人“不得进食”;静脉滴注时,指令病人“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,医生的技术水平不同,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,故医生不要评价他人的诊疗,否则常会导致病人的不信任,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,会使病人感到亲切可靠。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,病人首先感受的是医生的举止、风度、语言等外在的表现,美好的言谈举止可使病人产生尊敬、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。对于医生来说,一方面要善于发现目光接触中所提示的信息,感觉到病人的反馈信息,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病人,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。病人对医务人员的凝视多是求助。在临床上,医生和病人交谈时,要用短促的目光接触检验信息是否被病人所接受,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生获得病情的重要信息来源,也是医生了解病人内心活动的镜子。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。医生在会谈中不但要善于识别与解释病人的面部表情,也要善于控制自己的面部表情。医务人员对病人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病人沟通,更要细心体察病人的面部表情。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病人的尊重和同情。医生也应当懂得病人身体姿势所传递的信息。如病人扭头、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0.5m以内,可感到对方的气味、呼吸、甚至体温;②朋友的,为0.5~1.2m;③社交的,即相互认识的人之间,为1.2~3.5m;④公众的,即群众集会场合,为3.5~7m。医患会谈的距离应根据双方的关系和具体情况来掌握。医务人员对病人表示安慰、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,这种位置使病人和医生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,医生和病人间的相互年龄、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,医务人员与病人的接触如若得当,可收到良好的效果。例如,为呕吐病人轻轻拍背,为动作不便者轻轻翻身变换体位,搀扶病人下床活动,做完检查后帮助病人整理好衣被、双手握住病人的手,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。而如何获取这些病人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生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,使病人有被尊重的感觉,然后再切入主题,了解病人来诊的目的与需求。

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病人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 包括与病人讨论病情,提出治疗方法,给予具体意见。通常为强化主要内容避免病人遗忘,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:医师主动向病人打招呼,为病人的久候表示歉意,自我介绍,询问病人如何称谓、问清就诊目的、上次就诊情况等。

(2) 请病人就座:依据病情安排病人,使病人舒适就座或平躺,尽量使病人放松、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,对病人表现出诚恳、尊敬、同情、热心、信任和无偏见。

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

(5) 医生情感表达:鼓励、支持、安慰病人,体谅病人疾苦。

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

(7) 讨论方法:允许病人充分表述,引导病人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) 病人教育:向病人阐明诊断,提供健康咨询,建议疾病的预防措施等。

(11) 阐明治疗措施:对方剂进行解释,向病人讲明治疗的适应性、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,征求病人意见,对病人的信任与合作表示感谢。

(14) 反馈:对所诊治的病人进行登记、随访,了解治疗效果。

## 第二节 问诊的内容

### 一、问诊的概念及意义

问诊(inquiry)是医师通过对患者或有关人员的系统询问获取病史资料,经过分析综合而做出临床判断的一种诊法。其主要任务是采集正确而客观的病史资料,再根据此资料归纳书写,形成病史。尽管每个患者的病史各不相同,但是一个优质的问诊必须具备5个基本要素,即:静听(audition)、评价(evaluation)、询问(inquiry)、观察(observation)及理解(understanding)。

问诊是病史采集的主要手段。通过问诊所获取的资料对了解疾病的发生、发展,诊治经过,既往健康状况和曾患疾病的情况及对目前所患疾病的诊断具有极其重要的意义,也为随后对病人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。因此问诊是每个

临床医生和医学生必须掌握的基本功。正确的问诊方法和良好的沟通技巧会使病患关系融洽、医患合作顺利,这对疾病的诊治也是十分重要的。

## 二、问诊的内容及顺序

良好的问诊内容框架及顺序对收集客观、完整的病史很有帮助。以下是全面系统的病史采集即住院病历所要求的内容。

1. 一般项目(general data) 一般项目是病历中首先记录的内容,包括患者姓名、性别、年龄、婚否、民族、职业、籍贯(出生地)、现住址(工作单位)、入院日期(急、重症应注明时刻)、记录日期、病史陈述者、可靠程度。若病史陈述者并非本人,则应注意其与本人的关系。上述内容不能遗漏,顺序不应颠倒,书写不能含糊有误。年龄应是实足年龄,不应以“儿”或“成”代替。现在住址应详细填写,这对掌握病情,及时处理或随访,具有重要意义。

2. 主诉(chief complaints) 主诉为患者感受最主要的痛苦或最明显的症状和(或)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应病情轻重与缓急,并提供对某系统疾患的诊断线索。在主诉的问诊和记录过程中应当注意如下要点。

(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 2d。”

主诉:“畏寒、发热、右胸痛、咳嗽 3d。”

主诉:“腹痛、腹泻、脓血便 1d。”

(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 2d。”(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、制定诊后计划指明方向。

主诉:“反复咳嗽、咳痰 20 余年,心慌憋气 20d”。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 10d”。应考虑循环系统疾病。

主诉:“上腹部反复疼痛 2 年,伴呕血 3h”。考虑消化系统疾病。

主诉:“尿急、尿频、尿痛 3d,发热 1d”。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”。应考虑代谢病。

主诉:“头痛、眩晕、记忆力减退、肢体无力、言语障碍 3d”。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:“2 周前腹部 B 超检查发现胆囊息肉”。

3. 现病史(history of present illness) 现病史是病史的主要组成部分,包括患者现在所

患疾病从最初起病到本次就诊(或住院)时,疾病的发生、发展及其变化的全过程。可在患者主诉的基础上进一步详细询问。每个现病史中都必须包括以下“七要素”。

(1)患病时间与起病情况:要问准起病的时间、地点环境、起病缓急、发病的可能原因或诱因。现病史时间应与主诉时间保持一致。

(2)主要症状发生和发展:要详细询问主要症状出现的部位、性质、持续时间、程度、缓解方法或加剧因素。①部位:如腹痛,要问清腹部的哪个部位(右上腹部、左上腹部、脐周围、右下腹部、全腹部等)疼痛最明显。②性质:如疼痛有钝痛、锐痛、灼痛、胀痛、绞痛、隐痛等。③程度:指患者的主观感觉。如疼痛有轻度或剧烈,能否忍受;发热有高热或低热等表现。④持续时间:不同疾病的主要症状和持续时间各异,如心绞痛发作一般持续3~5min,而急性心肌梗死引起的胸痛可持续数小时或数天;消化性溃疡引起的上腹痛,可持续数日或数周。⑤缓解方法或加剧因素:如心绞痛发作时,患者立即停止活动,舌下含服硝酸甘油片可很快缓解,而在情绪激动或劳累、饱餐等情况易诱发心绞痛发作。

(3)病因与诱因:问诊时应尽可能地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)。问明以上因素有助于明确诊断与拟定治疗措施。患者容易提出直接或近期的病因,但病期长或病因比较复杂时,患者往往难于言明,并可能提出一些似是而非或自以为是的因素,这时医师应进行科学的归纳,不可不加分析地记入病史。

(4)病情的发展与演变:包括患病过程中主要症状的变化或新症状的出现,都可视为病情的发展与演变。要询问患者患病过程中主要症状的变化,如主要症状是进行性还是间歇性,是反复发作还是持续存在,是逐渐好转还是加重或恶化;症状的规律性有无变化,其变化的时间及原因等。

(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疾病的依据。如腹泻,可能为多种病因的共同症状,单凭此则不易作出诊断。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;如腹泻伴里急后重,结合季节可考虑细菌性痢疾。因此,与鉴别诊断有关的阴性症状亦应询问。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,因为它们往往在明确诊断方面起不可忽视的作用。

(6)诊治情况:要简明扼要地询问患者发作后有无就医,此次就诊前曾在何时何地做过哪些检查,诊断什么病,做过何种治疗,用药名称、剂量、用法、效果如何,有无不良反应等。此内容仅作参考。

(7)一般情况:简要了解患者起病后的精神状态、饮食、睡眠、体重、体力、大小便等情况。这些内容对全面估计预后及制订辅助治疗措施是十分有用的。

4. 既往史(past history) 患者过去健康状况与现在疾病常有密切关系,应详细询问。既往史包括如下内容。

(1)过去健康状况及患过的疾病,重点了解与现在疾病有密切关系的疾病,诊断明确者直写病名,但应加引号,诊断不肯定者则简述其症状。例如,对风湿性心瓣膜病患者应询问过去是否反复发生咽痛、游走性关节痛等。

(2)有无急、慢性传染病史及传染病接触史,有者应注明具体患病日期,诊断及治疗情况。

(3)外伤及手术史。

(4)预防接种史,其种类及最近一次接种日期。



(5)有无中毒及药物过敏史。

询问既往史,应按时间先后顺序,自幼年起详细询问,重点记录主要病情经过,当时诊断及治疗效果,以及并发症和后遗症。一般不应用病名去提问,应按照某种疾病的重点症状询问。如问既往是否患过肺结核,则应问既往有无慢性咳嗽,咳血丝痰或咯血,下午发热,夜间盗汗,食欲减退,身体消瘦等。

5. 系统回顾(review of systems) 系统回顾是为了避免在问诊过程中患者或医生所忽略或遗漏的除现病以外的其他各系统的疾病而设立的问诊内容,是住院病历不可缺少的部分。它可以帮助医师在短时间内扼要地了解患者的某个系统是否发生过疾病,以及这些已发生过的疾病与本次疾病之间是否存在因果关系。

系统回顾问诊的主要内容如下。

(1)呼吸系统:咳嗽、咳痰、咯血、胸痛、呼吸困难。

(2)循环系统:心悸、气促、发绀、心前区疼痛、端坐呼吸、血压增高、晕厥、下肢水肿。

(3)消化系统:食欲减退、吞咽困难、腹痛、腹泻、恶心、呕吐、呕血、便血、便秘、黄疸。

(4)泌尿系统:尿频、尿急、尿痛、血尿、排尿困难,夜尿增多、颜面水肿、尿道或阴道异常分泌物。

(5)造血系统:皮肤苍白、头晕眼花、乏力、皮肤出血点、瘀斑、淋巴结肿大、肝脾大。

(6)内分泌、代谢系统:多饮、多尿、多食、怕热、多汗、怕冷、乏力、显著肥胖或消瘦、色素沉着、闭经。

(7)神经系统:头痛、记忆力减退、语言障碍、感觉异常、瘫痪、惊厥。

(8)肌肉骨骼系统:疼痛、关节红肿、关节畸形、运动障碍、肌肉萎缩、肢体无力。

6. 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。

(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,烟酒嗜好与摄入量,以及其他异嗜物和麻醉毒品等。

(4)有无不洁性交史:有否患过淋病性尿道炎、尖锐湿疣、下疳等。

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

8. 月经史和生育史(menstrual history and childbearing history) 女性患者应了解月经情况,包括初潮年龄、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,末次月经日期(LMP),闭经日期,绝经年龄。妊娠与生育次数,人工流产或自然流产次数,有无早产、死胎、手术产、胎儿先天畸形或胎儿先天性疾病、妊娠高血压综合征、产褥热及产后大出血与计划生育情况。对男性患者也应询问有无患过影响生育的疾病。

9. 家族史(family history) 家族史应包括以下内容。

(1)父母、兄弟、姐妹及子女健康状况。如已死亡,要问明死亡原因和年龄。

(2)家族中是否有传染病(如梅毒、结核、肝炎等)、先天性疾病、遗传性疾病(如血友病、白化病等)或与遗传有关的疾病(如糖尿病、精神病、高血压病、冠心病等)。

(3)必要时了解患者非直系亲属的健康状况,如血友病应追问外祖父、舅父及姨表兄弟