

临床医师 基本素质与能力

潘祥林 编著

LinChuang YiShi
JiBen SuZhi Yu NengLi



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

临床医师 基本素质与能力

第2版 2015

Lin Chuang Yi Shi
Ji Ben Su Zhi Yu Gong Gong Li



人民军医出版社
Renmin Jiyu Chubanshe

临床医师基本素质与能力

LINCHUANG YISHI

JIBEN SUZHI YU NENGLI

潘祥林 编 著

 人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

临床医师基本素质与能力/潘祥林编著. —北京:人民军医出版社,2009.2
ISBN 978-7-5091-2282-2

I. 临… II. 潘… III. 医师—素质 IV. R192.3

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2008)第 211072 号

策划编辑:于 哲 文字编辑:刘新平 责任审读:吴铁双

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)51927300—8052

网址:www.pmmp.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:8.25 字数:192 千字

版、印次:2009 年 2 月第 1 版第 1 次印刷

印数:0001~4000

定价:23.00 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

SUMMARY

本书系统论述了现代临床医师应该具备的多种能力与素质,包括职业道德、医患沟通能力、病史采集、体格检查、选择检验项目、医疗文书书写、医学知识学习及信息处理、临床思维方法以及各种临床技术操作等。本书语言简洁、条理清晰,适合于广大临床医师阅读参考。

前 言

PREFACE

随着医学及其相关学科的飞速发展,诊断治疗疾病的新技术、新方法、新手段不断出现,越来越多。这将有助于人们对疾病及其本质的认识,也将有助于疾病的诊断、治疗和预防。然而,也应该注意到临床医师的基本能力逐渐被忽视,对临床基本能力的认识越来越淡化,单纯“依靠仪器检查疾病”的现象越来越明显、突出。由于多方面因素的影响,医师临床工作的理念也在逐渐发生变化。这对于提高临床医师的医疗水平,提高医院的医疗质量都有很大影响。

在多年来参加教学医院评估和医院工作评估检查活动中,笔者综合了临床医师工作中存在的一些共性问题,结合本人 40 多年来的工作与临床、教学经验,同时参阅了国际医学教育专门委员会专家提出的“全球医学教育基本要求”,编写了本书,希望能对临床医师及其相关人员提高临床基本能力认识有所裨益。

本书的编写得到了山东省卫生厅、山东大学医学院、山东大学第二医院领导及同仁们的大力支持和鼓励,叶兰医师也付出了辛勤工作,在此深表谢意。

尽管编著者作了很大努力,书中之不足恐难避免,恳请读者批评指正。

山东大学第二医院

山东大学医学院

潘祥林

目 录

CONTENTS

第1章 临床基本能力	(1)
一、概述.....	(1)
二、临床基本能力的重要性.....	(1)
三、目前对基本能力认识方面的一些误区.....	(2)
四、基本能力主要内容.....	(2)
第2章 职业道德	(3)
第3章 医患沟通	(4)
第一节 沟通的基本要求.....	(4)
第二节 沟通的方式与方法.....	(5)
第三节 医患沟通基本技巧.....	(5)
第四节 不良医学信息或噩耗的传达.....	(8)
第五节 手术谈话与知情同意.....	(9)
第4章 病史采集	(10)
第一节 病史的重要性.....	(10)
第二节 病史采集方法、要求与注意事项.....	(10)
一、常用的病史采集方法.....	(11)
二、病史采集的要求.....	(11)
三、病史采集的注意事项.....	(12)
第三节 病史采集内容.....	(12)
第5章 体格检查	(16)
第一节 体格检查注意事项与要求.....	(16)
一、体格检查注意事项.....	(16)
二、体格检查的要求.....	(16)
第二节 体格检查方法.....	(17)
一、视诊.....	(17)
二、触诊.....	(17)
三、叩诊.....	(18)
四、听诊.....	(19)
五、嗅诊.....	(19)
第三节 全身体格检查.....	(19)

一、目的与作用	(19)
二、注意事项	(20)
三、检查的基本项目	(20)
第6章 恰当选择检查项目,正确判读检测结果	(24)
第一节 选择检查项目的目的与原则	(24)
一、选择检查的目的	(24)
二、检查项目选择的基本原则	(24)
第二节 心电学检查	(24)
一、心电图检查	(24)
二、动态心电图	(34)
三、心电图运动负荷试验	(35)
第三节 肺功能检查	(36)
一、通气功能检查	(36)
二、换气功能检查	(40)
三、小气道功能检查	(41)
第四节 内镜检查	(42)
一、上消化道内镜检查	(42)
二、下消化道内镜检查	(43)
三、纤维支气管镜检查	(43)
第五节 实验室检测	(45)
一、临床血液学检测	(45)
二、血栓与止血检测	(53)
三、排泄物、分泌物及体液检测	(55)
四、常用肾功能实验室检测	(60)
五、肝脏病常用实验室检测	(61)
六、病毒性肝炎标志物检测	(65)
七、临床常用生物化学检测	(68)
八、血气分析	(78)
九、临床常用免疫学检测	(79)
第7章 医疗文书书写	(88)
一、医疗文书书写的原则要求	(88)
二、病程记录的主要内容	(89)
三、符合要求的医疗文书应具备的条件	(89)
第8章 医学知识学习及信息搜集与处理	(91)
一、知识与信息的主要来源	(91)
二、医师应该具备的基础和临床医学知识	(92)
三、信息处理与应用	(93)
第9章 临床思维与批判性思维	(94)
一、临床思维	(94)

二、批判性思维	(97)
第 10 章 完成临床常规工作与临床技术操作	(99)
第一节 临床常规工作	(99)
第二节 规范的完成临床技术操作	(99)
一、外科缝合术	(99)
二、伤口换药	(101)
三、穿、脱隔离衣	(102)
四、氧气吸入法	(103)
五、吸痰术	(105)
六、胃内置管术	(105)
七、导尿术	(106)
八、胸膜腔穿刺术	(107)
九、腹腔穿刺术	(108)
十、腰椎穿刺术	(109)
十一、骨髓穿刺术	(110)
十二、伤口的止血包扎	(111)
十三、脊柱损伤病人的搬运	(113)
十四、人工呼吸、胸外心脏按压	(113)
十五、心内注射	(114)
十六、电除颤	(115)
十七、简易呼吸器的使用	(116)
第 11 章 防治疾病	(118)
第 12 章 临床基本能力评估	(119)
一、临床基本能力评估的原则	(119)
二、基本能力评估主要内容	(120)
三、评估方法	(120)
参考文献	(122)

第1章 临床基本能力

一、概述

临床基本能力指的是临床工作中医师应该具备的一些基本理论、基本知识、基本素质和基本技能等,包括理解与体现职业道德的能力、学习和掌握医学基础理论和基本知识以及信息搜集与处理能力、医患交流与沟通能力、临床思维与批判思维能力、临床决策能力、防病治病能力、完成临床工作及常用技术操作的能力等。这些基本能力是做好临床工作的需要,是正确进行临床决策的基础,是提高医疗质量的关键,是评估医疗水平的重要指标。这些基本能力不是通过一次性教育或阶段性教育培训就可完成的,而是需要临床医师主动地、自觉地、反复地、长期地训练,才能逐步提高。

每一位医师都必须清楚地认识到:

1. 这种职业要求医师必须具备这些临床基本能力,这是做一名医师应该具备的基本条件。医师要想做好临床工作,要想不断提高医疗质量,追求卓越,取得病人的信任和满意,就必须不断提高临床基本能力。要想提高整体医疗质量和医疗水平,也应该狠抓基本能力的提高。
2. 必须全面认识基本能力的内容,正确地理解基本能力的内涵和重要性,提高基本能力训练的自觉性和主动性。
3. 每位医师都应该充分地认识到个人知识的不足和局限性,提高自我调整能力,强化基本能力需长期反复训练的认识。
4. 临床基本能力的提高是逐步的,基本能力的训练应该是分层次的、全面的,是各级医师都应该重视的问题。

二、临床基本能力的重要性

基本能力的重要性不仅是医师做好临床工作的需要,正确进行临床决策的基础,提高医疗质量的关键,评估医疗水平的重要指标,它还是:

1. 国家和广大人民群众的需要。我国是一个人口众多、幅员辽阔的发展中国家,广大的农村、山区、边远地区不同程度存在着少医少药,甚至于缺医、缺药现象。那里的患病群众希望得到的是简便易行、花费少、效果好的医疗方法。即使是在条件较好的医院里就诊的病人也绝大多数都乐于接受简便、有效、花钱少的医疗方法和手段。这就要求医师具备与当地群众要求相适应的基本能力来为群众服务。
2. 凭基本能力所获得的资料,可为病人进一步检查提供线索和依据。
3. 良好的基本能力是获取病人及其家属、相关人员信任和理解的重要手段和方法。这也是医师对患者能顺利进行治疗的重要条件。
4. 具有良好的临床基本能力,才有利于组织和形成密切配合、相互协作的团队,在疑难危

重病人的诊断、治疗、抢救过程中发挥积极作用。

5. 具有良好的基本能力,才有可能获取必要的、翔实的临床资料,这不仅为正确地进行临床决策提供依据,也为临床科研提供了可靠资料。

6. 具有良好的基本能力,才能将临床基本资料与先进的检查技术紧密地结合起来,更好地为病人服务。

7. 只有掌握良好的基本能力,才能担负起教育和培养医师的责任。

三、目前对基本能力认识方面的一些误区

1. 对基本能力所包含的内容认识不全面 相当多的医师认为临床基本能力的内容只是问病史、查体、写病历、做操作。这种认识导致对基本能力的训练不主动、不积极、不重视。

2. “只有医学生才需要基本能力训练” 这是普遍存在的一种认识误区。医学生确实需要认真踏实地进行临床基本能力的训练,临床各级医师则更需要基本能力的不断提高。

3. “基本能力不能反映医疗水平” 这种认识是非常错误的。只有基本能力的提高,才有医疗水平的提高。

4. “听诊器已近末路” 这是导致目前医师过分依赖仪器检查诊疗疾病的重要原因。

上述只罗列了临床基本能力认识方面的部分误区。这些误区产生原因是复杂的、多方面的、多层次的,对临床基本能力认识的不全面、不正确,是造成认识误区的重要原因。

四、基本能力主要内容

临床基本能力范围很广,内容很多,其主要内容可归纳为 10 个方面:职业道德、医患交流与沟通(医学沟通)、病史采集、体格检查、恰当选择检查项目与正确判读检查结果、临床思维与批判思维、医学知识的学习与信息搜集及处理、医疗文书的书写、完成临床工作与常用技术操作、防病治病。

第2章 职业道德

医师都应该充分地、全面地、深刻地认识职业道德在医疗实践活动中的作用和意义。在医疗实践过程中应正确地理解、自觉地体现职业道德规范与要求。因此,理解与体现职业道德的能力与水平是临床基本能力的重要内容。

我国始终将职业道德规范与要求作为医疗卫生队伍建设的重点内容。国际医学教育专门委员会在拟定的“全球医学教育基本要求”中提出医学职业的三个基本要素是职业道德规范、伦理原则和法律责任,并且强调敬业精神和伦理行为是医疗实践的核心。

根据“全球医学教育基本要求”主要精神,医师在临床医学实践过程中,应该认识、理解和体现职业道德的各个方面。

1. 要有科学的世界观、人生观、价值观和社会主义荣辱观,愿为祖国卫生医疗事业的发展 and 人类身心健康奋斗终生。

2. 应珍视生命、关爱病人,应具有人道主义精神,为解除病人的病痛尽最大努力。

3. 将职业道德规范与要求自觉地体现在医疗实践活动的每一个环节。

4. 在医疗实践活动中应追求卓越、利他主义,作风应严肃、态度应严谨、要求应严格。

5. 要尊重病人,包括病人的利益、文化、信仰、习惯、自主权等。要恰当地处理在医疗过程中了解的与病人有关的资料、信息、文件等。

6. 由于医学现象和结果的不确定性,必须随时严密观察病情变化,并立即调整治疗方案或方法,以适应情况发生变化后而出现的各种现象,要有适应各种变化的能力。

7. 要恰当地运用合乎情理的说理与方法,合理地解决医疗实践中发生的各种冲突。

8. 要尊重同事及其他卫生专业人员,并善于与他们建立积极的合作关系。

9. 要认真对待每个病人,要充分认识对每个病人医疗保健应负有的个人责任。

10. 要认识到对临终关怀病人负有缓解症状、减轻痛苦等医疗服务的道德责任。

11. 在临床工作中,严格执行医疗规章制度,遵守医疗秩序,也是职业道德的体现。

第3章 医患沟通

医患沟通是医学沟通的主要内容。良好的医患沟通是取得病人、病人家属及其他相关人员信任与理解的重要方法;是全面真实地获取病人有关疾病信息的重要手段;是顺利实施诊疗方案的重要条件;是解决临床有关冲突和矛盾的重要措施。因此,提高医患沟通能力与水平也是临床基本能力的重要内容。

医患关系是以健康为目的而建立和出现的一种特定的人际关系。沟通是人性、情感、心灵的相互交流。医患沟通是为了病人的健康需要,在一定的医疗服务情景下,医患双方充分、有效地表达医疗活动过程中的意愿、感受、要求等而进行的一种人际交流,以达到相互理解、相互配合的目的。医患沟通过程也是对医学知识理解的相互交流过程和传递。由于我国社会逐步转型,人们的意识包括民主意识、权利意识、法律意识以及经济利益等要求逐渐发生了变化,对医患关系产生了一定影响。恰当有效地医患沟通是建立良好医患关系的重要方法,也是医学发展的需要。因此,每一位医师都应该充分地、正确地、全面地理解医患沟通的目的、意义、要求以及技巧。

第一节 沟通的基本要求

1. 以人为本 现代医学的发展要求以病人为中心。每个医师都应明确自己所面对的是患了病的人。病人需要的不仅是高水平、高质量的医疗服务,还希望能在心理和精神上得到关心、谅解和尊重。医师对病人要富有同情心,这样就会拉近与病人之间的距离。恰当地处理沟通交流中所了解到的病人有关信息和情况,反映出对病人的尊重。这都是以人为本的具体体现。

2. 相互信任 医患之间应真诚相待、相互信任,其中医师取得病人的信任尤为重要,这是病人配合诊疗的重要因素。

3. 平等待人 医师与病人应该是以平等的关系进行沟通交流。必须明确:病人是有思想活动、有心理活动的社会人,同时他也是一个需要帮助的人。在沟通交流过程中,如果医师在语言、态度、表情、动作、口气等方面有任何凌驾于病人之上的表现都将影响交流效果。

4. 整体观念 随着社会发展,社会因素、心理障碍对人体的影响越来越大,临床疾病过程中心理因素的影响越来越多。医师与病人沟通的过程中不仅要注意生物学、病理学因素,也要注意心理因素、社会因素、环境因素等对病人产生的影响和作用,要以整体观念,从多方面,与病人进行不同层次的沟通,引导并鼓励病人全面客观反映自己的感受和意愿。此外还要注意伴发病与并发症对病人的影响。

5. 共同参与 在与病人沟通的过程中要注意病人的反应与反馈,要注意病人听明白了多少。要认真听取病人的诉说,要注意引导和鼓励病人参与对疾病诊断与治疗的决策,这是顺利实施诊疗方案的重要因素。

6. 掌握足够信息 医患沟通前必须掌握足够信息,包括病人疾病的有关信息、所能提供

的医疗服务信息以及医学知识方面的有关信息等,有时可能涉及到医患双方的权利和义务。这是有效地进行医患交流沟通的基本条件。

7. 选择适当的环境场所 这也是影响沟通交流效果的重要因素。在允许情况下应尊重病人所选择或要求的场所,这容易使病人消除紧张、焦虑和不安情绪,有利于病人更好地诉说自己的感受、要求和意愿,也体现了对病人的尊重。

第二节 沟通的方式与方法

医患沟通交流是通过听觉、视觉,有时是通过触觉来实现的。因此一句话、一个动作、一个表情、一个语气等都可以产生影响沟通交流效果的作用。通常应用沟通交流的主要方式有以下几种。

1. 交谈、讨论 这是医患之间进行沟通交流最常应用的一种方式。应按照沟通基本要求进行。态度要诚恳和蔼友好,表情自然平和,语言应通俗易懂、深入浅出、说理清楚、表达准确到位。给病人及其家属等一种富有责任感和同情心的印象,有助于取得病人理解、信任与合作。

当医师及其他卫生专业人员与病人、家属及其他相关人员一起沟通时,可采用讨论形式,应注意专心听取每个人的意见和要求,共同制定可行的、有效的诊疗措施。

2. 书面沟通 包括书信往来及某些特殊情况下病人及其家属书写的意见、建议与要求。对于这种交流方式,医师也应该认真对待,需要时应亲笔回复并签字。

3. 电话沟通

(1)谈话的态度、语气要和蔼、友好、坦诚。

(2)语言要简练、准确、到位。

(3)要防止问病给药的不良后果。

4. 网络沟通 病人或其家属通过收发电子邮件与医师或网站进行沟通交流将越来越多。但应注意网站的选择、观察与比较。

第三节 医患沟通基本技巧

医患沟通是通过语言、表情、动作、声音、语气等实现的。语言是人际交流的工具,是建立医患关系的重要载体,因此医患沟通过程中语言是主要的工具。非语言性沟通在医患关系建立过程中也起着非常重要的作用。有人认为在非语言性沟通信息的总效果中,态度、表情、动作占55%;声音、语言占38%。由此可见,恰当地应用语言与非语言沟通技巧是有效地建立良好医患关系的重要因素。

医患沟通的基本技巧应注意:

(一)态度坦诚友好、仪表举止端庄

这是使病人产生良好的第一印象。这不仅是职业道德的体现,也有助于更好的与病人接触进行良好地沟通与交流。

(二)表情自然、平和、有度

这可以体现出对病人的责任感与同情心,也是取得病人及其家属信任和理解的重要技巧

和方法。

表情是人的情绪和情感的外在表露,它可以受自我意识的调控,可表示多种多样的情感变化。医师在与病人接触过程中应控制自己的表情,以体现良好的职业道德,使病人感到亲切、温暖、富有同情心。医师也应该注意细心体察病人的面部表情,这是了解病人心理变化,疾病感受及沟通效果的重要方面。

(三)语言恰当得体、语速适当、表达明确

1. 运用恰当的称呼语 不可直呼床号,不宜直呼其名,可根据不同的情况、相识程度、地区及民族或民俗习惯等选用适当的称呼语。

2. 运用恰当的语言 注意根据不同情况应用赞美性、安慰性、鼓励性、劝说性等语言,恰当应用暗示性语言,避免应用伤害性语言。在应用赞美性语言时应注意措词恰当,避免给人中伤或吹捧的感觉。

3. 在适当的场合恰当地应用幽默性语言 一句使人回味无穷、笑逐颜开的幽默语言,可化解疑惑,舒展紧张情绪,可起到缓和紧张气氛、缓解矛盾、减少冲突、拉近与患者距离的作用。但应注意避免给人造成油滑、不负责任的印象。

4. 必要时应使用指令性语言 要根据病人不同个性和情况采用不同的谈话技巧,如开门见山、慢条斯理、逻辑、有趣,必要时重复。这种指令性语言多是为了更好地实施诊疗计划,防止发生意外和不良反应时应用。

在应用上述语言沟通交流过程中,一定要注意语速适当,语气平和、可亲,吐字清楚,表达简洁明确。语言是人间信息交流的媒介,一定要注重双方交流,共同参与。一般来说,传达的信息进入大脑后约停留 10~20 秒,进入瞬间记忆库后,才有可能得到理解、接受并记忆。瞬间记忆库中的信息痕迹多数很快消失,只有少量的敏感信息或多次重复、反复强调的信息才能进入长时记忆库中,在大脑中留下深刻印象,这是信息记忆储存的三个阶段。以上是合理、恰当应用沟通语言的声音、语气、语速和语调的理论依据。心理学家认为,人每次谈话在 4~5 秒的时间内,最适宜于对方的理解,连续说话最长不宜超过 90 秒,超过这个限度,听者就会感到啰嗦。超过 130 秒双方都会出现注意力不集中,精力分散。所以与病人沟通中说话应有顿挫、间歇,声音应抑扬分明。

5. 模糊语言与模糊表达 这是医师在特定情况下根据需要应用的一种表达语言,如“未见癌细胞”“未见明显异常”等都属模糊表达。这是在某些情况下,医师为自己的表述留有余地的一种方法。

(四)沟通者之间的距离、姿势与动作

人际交往过程应根据不同情况保持一定的距离。一般来说亲密距离约 0.5m,可感到对方的气味、呼吸甚至体温;朋友距离 0.5~1.2m;社交距离 1.2~3.5m;公众距离即群众集会场合 3.5~7m。医患沟通时双方的距离应根据双方的关系和具体情况决定。一般情况下,双方应保持一臂的距离;医师对病人表示安慰,安抚时距离可近些。

沟通过程中的身体姿势可传递个体情绪状态,反映双方的态度、关系和交谈的愿望。一般情况下,医师坐姿上身自然挺直,双肩放松,双腿并拢,双手放在双膝或桌上。微微欠身,表示谦恭有理;低头示意沉默,仰头表示不予理睬;躺在靠背上,跷着二郎腿的姿势显示傲慢,轻视对方,使病人产生距离感。医师的站立姿势应符合职业要求,应避免身体倚靠在其他物件或墙壁上,双手不应插在口袋中。走路时医师应步态稳健,速度适中,避免平时懒散,抢救时慌张、

手忙脚乱的现象。

手势与身体动作可以有效地传达沟通者的情绪和情感,与语言沟通联合应用时,可使感情表达更为明确,对事物的表述更为形象生动。如握手、拍肩可使人感到温暖、亲切。沟通双方的目光接触是非常重要的信息传递渠道,可传递语言难以表达的情绪与情感。目光接触可以给病人鼓励、支持和安慰,与病人保持目光交流是重要的,应庄重、友善,避免不良的目光交流。如斜视病人表示对病人的轻视;目光乱扫会使病人惶恐不安;目光离开病人,左顾右盼显示心不在焉等。

(五) 医师应在必要的情况下有效释疑、劝说、批评及教育病人

这也是医患沟通不可缺少的一个方面。医师应首先尊重病人,态度和举止应掌握分寸,让病人感受到真正的关心和爱护。要避免争论,讲求方式,选择时机,区别对待,可试用“三明治”教育批评方法等。

(六) 与某些特殊疾病患者沟通与交流

1. 与癌症患者的沟通 医师应根据病人的性格特征、文化层次和情感类型,因人而异的选择适当时机,采用不同方法,有计划、有步骤地向病人传递这一不良信息。在与病人最初沟通时,应首先明确病人最想知道什么和已经知道什么。然后应避重就轻地向病人逐渐渗透。对病人家属应直言不讳地说明病情。对病人隐瞒病情的作法是不可取的。广东省对 311 例已确诊的癌症病人进行调查,72.99%的病人认为应告知癌症诊断,24.12%认为应因人而异,2.89%认为不应告知病人。医师在与病人沟通过程中应注意使病人的生存压力转化为求生动力,增强信心,配合治疗,同时要尽力消除病人因疾病而产生的心理影响。1999 年 WHO 提出:目前 1/3 的肿瘤可以治疗,1/3 的肿瘤可以早期发现,1/3 的肿瘤可以预防。因此对患者进行良好的引导和宣传,使病人正确认识癌症,尽快恢复病人的正常心态是非常有益和必要的。

2. 与传染病病人沟通 应注意病人的心理特点,如担心危害亲人和他人而产生焦虑、忧郁、沮丧、紧张、自责等心理和情绪异常。同时也应注意病人害怕被家庭和社会所疏远或嫌弃而引起的孤独、悲观,甚至绝望无助的心理和情绪变化。因此要求医师在注意自己防护的前提下尊重病人,爱护病人,同情病人,鼓励病人;应尽力消除病人的不良心理和情绪变化;主动、反复地回答治疗和预防传染病知识,并耐心回答病人所提出的疑问及问题;要增强病人战胜疾病的信心,积极配合治疗。

3. 与危重病人沟通 一般来说医院发出病危通知的病人即可视为危重病人。医师应了解急性危重病病人的心理变化过程:最初 1~2 天主要是对死亡的恐惧,这是原始心理防御机制的反应;自第 2 天开始约 50%病人可能出现心理否认反应,可持续 2~3 天,也可能出现反复;第 5 天后约 30%病人出现心理损失反应,产生忧郁甚至失去信心。有些危重病人在离开重症监护病房时会出现焦虑反应,这是对重症监护病房的依赖所致。在与急性危重病人沟通时医师应理解病人的情绪和举动,可暂不涉及病情而积极进行抢救。对病人的躁动不安可适当选用镇静药以稳定病人情绪,并应恰当地抚慰病人,照料、护理病人。待病情平稳后再根据情况有针对性的进行沟通交流,鼓励病人,增强治疗信心。

4. 与临终病人沟通 生命预期在 6 个月以内的病人,被视为临终病人。病人身体主要器官的生理功能趋于衰竭,生命活动趋于完结,处于死亡前的临终阶段。美国精神科医师罗斯等访问数百名临终病人,从而认为死亡前的心理状态是按否认、暴怒、忧郁、接受的顺序变化的。因为医师与这类病人沟通时应注意沟通的内容与普通病人有所不同。应根据病人的不同情况

而与病人交谈,交流对人生过程中成功与失败、爱与恨、愧疚与过失、人生价值与意义等问题。也可以与患者共同怀念难忘的事与人,回忆成功,肯定自我,以产生成就感和死而无悔的感觉。回忆美好的友谊和爱情,可填补空虚心理,产生心理满足;有时回忆痛苦的经历可以宣泄怨恨,使病人达到心情平和;回忆亲情,谈论亲情,满足病人的心理要求。医师与临终病人沟通时一定要选择病人感兴趣的话题,满足病人的心理需求,以减轻内心痛苦。医师也要注意与临终病人家属的沟通交流,使他们正视现实,缓解心理压力配合治疗。缓解病人症状,减轻病人痛苦。

第四节 不良医学信息或噩耗的传达

在医疗过程中,人们普遍认为难以医治、预后不良的疾病情况,为不良医学信息。在医学实践中对病人传达这一类信息是医师不能回避的重要问题。过去认为对病人采取保护性措施是为了减少病人心理痛苦,这实际上是剥夺了病人的疾病认知权,是一种不尊重病人基本权利的表现。对病人隐瞒病情,实际上只能增加病人的猜疑和不安,而且增加了病人亲属的心理压力,也在某种程度上降低了医师在病人心目中的信任度。现在越来越多的人认为应尊重病人的疾病知情权,善待生命。对病人具有的不良医学信息,应根据病人情况和特点,运用恰当的方法如实告知病情,争取病人配合治疗。

(一)传达不良信息的方法与步骤

1. 根据病情轻重采取相应方法。
2. 对心理承受力强的病人可直接或较快地告知病情;对心理承受力差的病人可采用逐步渗透的告知方法。从心理学角度来看,短暂多次弱信号刺激较快速强信号刺激更易被接受。
3. 取得亲属配合。在告知病情、精心守护、了解病人心理反应等方面均需取得病人亲属配合。当亲属认为暂不宜把真实病情告知病人时,医师也应与其亲属配合,对这种善意的隐瞒,给予理解与支持。

美国组织的由癌症专家、全科医师、护理专家、社会学家、宗教人士参加的多学科委员会,提出了一套向病人告知不良医学信息的注意事项:

- ①选择安静环境,告知病情和预后。
- ②对病人首次谈话后,一定要有足够时间让病人思考和提问。
- ③应用简洁诚恳的语言但又不宜过于直截了当地说出诊断。应注意询问病人想知道的事情。
- ④鼓励病人表达个人的真实感受。
- ⑤对病人应具责任感和同情心。
- ⑥可在24小时内与病人进行第二次谈话,谈话态度与内容应更诚实。对临终患者应给予安排身后事宜的时间。

(二)噩耗传达的注意事项

1. 亡故者与亲属的关系。
2. 死亡的原因。一般来说因疾病本身所致死亡,对亲属的刺激较小;由于并发症等原因致之死亡,病人亲属的反应较大。疾病发展的必然趋势导致死亡,对亲属刺激的反应较小;若有医疗不当的因素存在,则其亲属的反应可能较大。应注意医患双方在对这一方面的认识是否一致。