



普通高等教育“十一五”国家级规划教材

全国高等学校医学规划教材

(供临床·基础·预防·护理·检验·口腔·药学等专业用)

临床医学基本技能

主编 蒋云生



高等教育出版社
HIGHER EDUCATION PRESS



教育部规划教材 “十三五” 普通高等教育本科教材

教育部高等学校医学类专业教学指导委员会

临床医学专业类教学质量国家标准

临床医学基本技能

主编 王树强





普通高等教育“十一五”国家级规划教材

全国高等学校医学规划教材

(供临床·基础·预防·护理·检验·口腔·药学等专业用)

临床医学基本技能

Linchuang Yixue Jiben Jineng

秘 书

李 瑛 中南大学湘雅医学院



高等教育出版社·北京
HIGHER EDUCATION PRESS BEIJING

内容简介

本书为普通高等教育“十一五”国家级规划教材。全书共 12 章,分别阐述了医患沟通技巧,病史采集,常见症状的病史采集,体格检查,常见疾病的分析诊断与治疗,常见急症的诊断与处理,常用临床操作方法,心电图分析,X 线片分析,CT 及磁共振片分析,常见疾病的超声图像分析,实验室检查结果判读。本书特点为:以常见疾病诊断和治疗的基本理论、基本知识和基本技能为主要内容,突出实践技能。在病史采集中,根据学生病历书写的难点,建立一种格式化的问诊要点以提高学生病史采集能力;在疾病的诊断和治疗中,以病例分析为基础,以达到提高学生分析解决问题的能力为目的。在急诊处理中,增加了现场处理方法,以提高学生在不同环境不同条件下的施救能力。

本书可作为临床医学专业各层次学生的临床技能课程教材,并可在整个实习中作为临床技能学习指导。对于尚未获得医师资格的青年医师是一本极好的备考用书。同时也适用于各层次医师在医疗工作中参考。

图书在版编目(CIP)数据

临床医学基础技能/蒋云生主编. —北京:高等教育出版社,2010. 12
供临床、基础、预防、护理、检验、口腔、药学等专业用
ISBN 978 - 7 - 04 - 029970 - 0

I. ①临… II. ①蒋… 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 198321 号

策划编辑 冯 娟 责任编辑 张 妤 封面设计 张 楠 责任绘图 尹 莉
版式设计 张 岚 责任校对 刘 莉 责任印制 尤 静

出版发行 高等教育出版社
社 址 北京市西城区德外大街 4 号
邮政编码 100120

经 销 蓝色畅想图书发行有限公司
印 刷 人民教育出版社印刷厂

开 本 787 × 1092 1/16
印 张 38.5
字 数 950 000
彩 插 1

购书热线 010 - 58581118
咨询电话 400 - 810 - 0598
网 址 <http://www.hep.edu.cn>
<http://www.hep.com.cn>
网上订购 <http://www.landaco.com>
<http://www.landaco.com.cn>
畅想教育 <http://www.widedu.com>

版 次 2010 年 12 月第 1 版
印 次 2010 年 12 月第 1 次印刷
定 价 60.00 元

本书如有缺页、倒页、脱页等质量问题,请到所购图书销售部门联系调换。

版权所有 侵权必究
物料号 29970 - 00

前言

世界卫生组织和世界医学教育联合会(WFME),为提高医学教育质量,适应社会和大众的需求,向全球医学教育界推荐“本科医学教育国际标准”。其培养目标是医学生毕业后能成为“初步合格的医生”。作为合格医师,除了要有广博的人文、自然科学基础知识,更要有较为深厚的医学理论知识、临床技能与严谨的科学方法。医学教育国际标准中临床医学和技能部分是要求学生能获得临床工作所需要的临床知识及技能。具备包括与患者交流、病史采集、体格体查、诊断处理以及急症处理的能力。因此世界各国的医学生培养,不管其学制长短,培养方法有何不同,其最终目标是以该标准作尺度。各国的医学考试,包括医师资格考试均以该标准设计不同的考试方法,但总体趋势是注重实际技能,由过去的纯理论考试转向客观标准化技能考试。

迄今为止我国尚缺乏一部能涵盖以上内容且较为系统的教材,虽然在整个医学教育阶段各学科教材都有各自的理论及技术要求,也包含了以上内容,但已分散于临床各学科的教科书中,使学生进入临床学习阶段后缺乏一本各学科均通用的教材,故多年来我们一直想编写一本浓缩各专科常见疾病诊断处理技能,按国际医学最低标准和我国执业医师考试大纲所提出的要求编写的教材,使其更能便于学生学习。在这种背景下《临床医学基本技能》教材编写计划通过了教育部教材评审专家委员会评审,入选为高等教育“十一五”国家级规划教材。本书以常见疾病诊断和治疗的基本理论、基本知识和基本技能为主要内容,突出实践技能。在病史采集中,根据学生病历书写的难点,建立一种格式化的问诊要点以提高学生病史采集、病历写作能力。在疾病的诊断和治疗中,以病例分析为基础,以提高学生分析解决问题的能力。在急诊处理中,增加了现场处理方法,以提高学生在不同环境不同条件下的施救能力。本书设有思考题和答案便于自学。根据以上特点,本书可作为临床医学各层次学生的临床技能课程教材,并可在整个实习中作为临床技能学习指导。对于尚未获得医师资格的青年医师是一本极好的备考用书,同时也适用于各层次医师在医疗工作中参考。因书中涵盖内容多,专业学科广,加之本书编写是初步尝试,可能存在不少问题和缺点,望广大读者提出宝贵意见。

编者

二〇一〇年六月

目 录

第一章 医患沟通技巧	1	第五节 水肿	24
第一节 概述	1	第六节 呼吸困难	25
一、医患沟通的目标.....	1	第七节 咳嗽与咳痰	26
二、学习医患沟通需消除的误区.....	2	第八节 咯血	27
第二节 医患沟通的基本技能	2	第九节 胸痛	28
第二章 病史采集	13	第十节 心悸	29
第一节 病史采集内容	13	第十一节 休克	31
一、一般项目.....	13	第十二节 恶心与呕吐	32
二、主诉.....	13	第十三节 腹痛	33
三、现病史.....	13	第十四节 呕血	35
四、既往史.....	14	第十五节 腹泻	35
五、系统查询.....	14	第十六节 便秘	37
六、个人史.....	14	第十七节 黄疸	38
七、婚姻史.....	14	第十八节 惊厥	40
八、月经史.....	15	第十九节 意识障碍	41
九、生育史.....	15	第二十节 头痛	42
十、家族史.....	15	第二十一节 眩晕	44
第二节 病史采集及病历写作中的		第二十二节 晕厥	45
常见错误	15	第二十三节 无尿、少尿和多尿	46
一、一般项目采集中的常见错误.....	15	第二十四节 血尿	48
二、主诉采集中的常见错误.....	15	第二十五节 尿频、尿急、尿痛	49
三、现病史采集中的常见错误.....	16	第二十六节 皮肤黏膜出血	50
四、既往史采集中的常见错误.....	17	第四章 体格检查	53
五、个人史采集中的常见错误.....	17	第一节 一般检查	53
六、家族史采集中的常见错误.....	17	一、发育.....	53
第三章 常见症状的病史采集	18	二、体形.....	53
第一节 发热	18	三、营养状态.....	53
第二节 消瘦	19	四、意识状态.....	54
第三节 关节痛	21	五、面容.....	54
第四节 腰背痛	23	六、体位.....	54
		七、姿势.....	55

II 目 录

八、步态	55
第二节 生命体征检查	55
一、体温	55
二、脉搏	56
三、呼吸	56
四、血压	56
第三节 皮肤、淋巴结检查	56
一、皮肤检查	56
二、淋巴结检查	57
第四节 头颈部检查	58
一、眼部检查	58
二、耳与鼻部检查	58
三、口腔检查	59
四、颈部检查	59
第五节 胸部检查	61
一、胸部视诊	61
二、胸部触诊	62
三、胸部叩诊	63
四、胸部听诊	63
五、乳房检查	64
第六节 心脏检查	64
一、视诊	64
二、触诊	66
三、叩诊	66
四、听诊	69
第七节 血管检查	79
一、脉搏	79
二、血管杂音及周围血管征	80
三、血压	81
第八节 腹部检查	83
一、腹部体表标志及分区	83
二、视诊	83
三、听诊	85
四、触诊	85
五、叩诊	88
第九节 脊柱与四肢关节检查	89
一、脊柱检查	90
二、四肢与关节	92

第十节 神经系统检查	98
一、浅反射	98
二、深反射	98
三、病理反射	99
四、脑膜刺激征	99
第十一节 肛门与直肠检查	100
一、视诊	100
二、触诊	101
第十二节 男性生殖器检查	101
一、阴茎	101
二、阴囊	102
三、前列腺	103
四、精囊	103
第十三节 女性体格检查及特点	104
一、全身检查	104
二、腹部检查	104
三、盆腔检查	104
第十四节 小儿体格检查及特点	107
一、体格检查的注意事项	107
二、检查方法	107

第五章 常见疾病的分析诊断与

治疗

第一节 呼吸系统常见疾病	111
一、肺炎	111
二、人禽流感	113
三、肺结核	115
四、支气管哮喘	117
五、慢性阻塞性肺疾病	118
六、慢性肺源性心脏病	120
七、原发性支气管肺癌	122
第二节 循环系统常见疾病	123
一、原发性高血压	123
二、冠状动脉硬化性心脏病	126
三、慢性充血性心力衰竭	127
四、心脏瓣膜病	129
五、原发性心肌病	131
六、心律失常	132

七、结核性心包炎	134	一、类风湿关节炎	194
第三节 消化系统常见疾病	136	二、系统性红斑狼疮	196
一、胃食管反流病	136	三、痛风	199
二、食管癌	137	第八节 常见传染病	201
三、慢性胃炎	138	一、细菌性痢疾	201
四、消化性溃疡	140	二、病毒性肝炎	203
五、胃癌	142	三、艾滋病	208
六、肠结核	143	四、淋病	210
七、大肠癌	145	五、流行性脑脊髓膜炎	211
八、溃疡性结肠炎	146	六、化脓性脑膜炎	214
九、结核性腹膜炎	148	第九节 普通外科常见疾病	216
十、肝硬化	150	一、软组织急性化脓性感染	216
十一、原发性肝癌	151	二、腹外疝	217
十二、胰腺癌	153	三、内脏损伤	218
十三、肛门、直肠良性病变	154	四、乳腺肿瘤	222
第四节 泌尿系统常见疾病	155	五、急性乳腺炎	224
一、急性肾小球肾炎	155	六、乳腺囊性增生	225
二、慢性肾小球肾炎	157	第十节 妇科常见疾病	227
三、急进型肾小球肾炎	159	一、子宫肌瘤	227
四、肾病综合征	161	二、宫颈癌	228
五、前列腺增生	163	三、卵巢癌	230
六、肾外伤	165	第十一节 儿科常见疾病	231
七、尿路感染	166	一、小儿腹泻	231
八、尿路结石	168	二、维生素 D 缺乏性佝偻病	233
九、慢性肾功能衰竭	170	三、麻疹	234
第五节 血液系统常见疾病	171	四、水痘	236
一、缺铁性贫血	171	五、风疹	237
二、再生障碍性贫血	174	六、幼儿急疹	238
三、白血病	177	七、猩红热	239
四、特发性血小板减少性紫癜	180	第六章 常见急症的诊断与处理	242
五、淋巴瘤	183	第一节 急诊技术	242
第六节 内分泌系统常见疾病	186	一、鼻导管吸氧术	242
一、糖尿病	186	二、吸痰术	243
二、甲状腺功能亢进症	188	三、胃插管术	244
三、甲状腺功能减退症	189	四、三腔双囊管	247
四、甲状腺肿瘤	191	五、洗胃术	248
五、原发性醛固酮增多症	192	六、灌肠术	252
第七节 风湿病	194		

N | 目 录

七、物理降温	254	四、高钾血症	301
八、现场心肺复苏术	256	五、低钾血症	302
九、简易呼吸器的使用	258	第九节 外科急症	304
十、电除颤	259	一、胆囊炎、胆石症	304
十一、监护仪的使用	260	二、肠梗阻	305
第二节 循环系统急症	262	三、急性胰腺炎	306
一、急性左心衰竭	262	四、消化道穿孔	309
二、心律失常	263	五、急性阑尾炎	310
三、急性心肌梗死	265	六、腹部外伤	311
四、心搏骤停	267	七、胸部闭合性外伤	314
五、高血压急症	268	八、四肢长骨骨折	316
六、休克	270	九、大关节脱位	318
第三节 呼吸系统急症	272	十、颅脑闭合性损伤	319
一、上气道梗阻	272	十一、脊柱外伤	324
二、急性重症哮喘	273	十二、开放性伤口的紧急处理	326
三、呼吸衰竭	275	十三、败血症	327
四、急性呼吸窘迫综合征	276	十四、烧伤急救	328
五、大咯血	278	第十节 精神神经系统急症	329
第四节 泌尿系统急症	280	一、脑血栓形成	329
一、肾绞痛	280	二、脑出血	331
二、急性尿潴留	282	三、蛛网膜下腔出血	333
三、急性肾衰竭	283	四、器质性精神障碍	335
第五节 血液系统急症	285	五、自杀行为	337
一、输血反应	285	第十一节 儿科急症	338
二、急性溶血	286	一、发热	338
三、弥散性血管内凝血	287	二、惊厥	340
第六节 消化系统急症	288	三、腹泻	342
一、上消化道大出血	288	四、新生儿窒息	344
二、肝性脑病	290	第十二节 妇产科急症	347
第七节 内分泌系统急症	292	一、流产	347
一、甲亢危象	292	二、前置胎盘	348
二、低血糖	293	三、胎盘早剥	350
三、酮症酸中毒	294	四、异位妊娠	351
四、高渗性昏迷	295	五、卵巢肿瘤蒂扭转	354
第八节 代谢性疾病急症	296	第十三节 其他急症	355
一、代谢性酸中毒	296	一、中毒的一般处理原则	355
二、代谢性碱中毒	297	二、有机磷杀虫剂中毒	360
三、脱水	299	三、镇静催眠药中毒	361

四、急性乙醇中毒	364	第八节 静脉穿刺术	386
五、急性一氧化碳中毒	365	一、适应证	386
六、毒蛇咬伤	367	二、术前准备	386
七、淹溺	368	三、操作步骤	386
八、电击	369	四、注意事项	386
九、中暑	371	第九节 胸腔穿刺术	386
第七章 常用临床操作方法	373	一、适应证	386
第一节 手术区消毒及保护	373	二、禁忌证	387
一、皮肤消毒的常用方法	373	三、术前准备	387
二、手术区无菌巾的放置	373	四、体位与穿刺点	387
第二节 手术基本操作技术	374	五、操作方法	388
一、执手术刀	374	六、注意事项	388
二、打结	375	第十节 腹腔穿刺术	389
三、缝合	376	一、适应证	389
四、拆线	378	二、禁忌证	389
第三节 换药	379	三、术前准备	389
一、换药目的	379	四、体位与穿刺点	389
二、适应证	379	五、操作步骤	390
三、换药次数	379	六、注意事项	390
四、换药的基本操作方法	379	第十一节 骨髓穿刺术	390
第四节 穿无菌手术衣和戴无菌手套	381	一、适应证	390
第五节 穿脱隔离衣	382	二、禁忌证	391
一、目的	382	三、术前准备	391
二、用物准备	382	四、体位准备和穿刺点定位	391
三、操作步骤	382	五、操作步骤	392
四、注意事项	382	六、注意事项	393
第六节 导尿术	383	第十二节 腰椎穿刺术	393
一、适应证	383	一、适应证	393
二、相对禁忌证	383	二、禁忌证	393
三、操作方法	383	三、术前准备	394
第七节 动脉穿刺术	385	四、体位准备和穿刺点定位	394
一、适应证	385	五、操作步骤	394
二、禁忌证	385	六、注意事项	395
三、准备	385	七、常见并发症及处理	395
四、操作步骤	385	第八章 心电图分析	397
五、注意事项	385	第一节 心电图分析方法和步骤	397
		第二节 心电图诊断原则与内容	398

VI 目 录

一、心电图诊断原则	398
二、心电图诊断内容	398
第三节 正常心电图	399
第四节 窦性心律失常	400
一、窦性心动过速	400
二、窦性心动过缓	400
三、窦性心律不齐	401
第五节 期前收缩	401
一、房性期前收缩	401
二、交界性期前收缩	402
三、室性期前收缩	402
第六节 阵发性室上性心动过速	403
一、阵发性房室折返性心动 过速(AVRT)	403
二、阵发性房室结折返性心动 过速(AVNRT)	405
三、阵发性房性心动过速	405
四、窦房折返性心动过速	406
第七节 心房扑动与心房颤动	407
一、心房扑动	407
二、心房颤动	407
第八节 室性心动过速	408
第九节 心室扑动与心室颤动	410
一、心室扑动	410
二、心室颤动	410
第十节 房室阻滞	411
一、一度房室阻滞	411
二、二度房室阻滞	411
三、三度房室阻滞	412
第十一节 室内传导阻滞	413
一、左束支阻滞(LBBB)	413
二、左束分支支阻滞	414
三、右束支阻滞	415
第十二节 心房肥大与心室肥大	417
一、心房肥大	417
二、心室肥大	419
第十三节 心肌缺血	421
第十四节 心肌梗死	423

第九章 X线片分析	426
第一节 正常胸部平片	426
一、胸壁软组织	426
二、肺	427
三、纵隔	427
四、膈	427
第二节 肺炎	427
一、大叶性肺炎	427
二、小叶性肺炎	428
第三节 肺脓肿	429
第四节 肺占位性病变	430
一、中央型肺癌	430
二、周围型肺癌	430
第五节 气胸	431
第六节 胸腔积液	432
第七节 肺结核	434
一、原发性肺结核	434
二、浸润型肺结核	435
三、慢性纤维空洞型肺结核	435
四、急性血行播散型肺结核	436
五、慢性血行播散型肺结核	436
六、干酪性肺炎	436
第八节 心脏扩大	437
一、正常心脏	438
二、二尖瓣心型	439
三、主动脉心型	439
四、靴形心	439
五、普大心	439
第九节 正常腹部平片	439
第十节 肠梗阻	440
第十一节 消化道穿孔	441
第十二节 泌尿系结石	441
一、肾结石	441
二、输尿管结石	442
第十三节 消化道造影	442
一、正常消化道造影表现	442
二、胃溃疡	443
三、十二指肠球部溃疡	444

四、增生型胃癌	444	第十一章 常见疾病的超声图像	
五、浸润型胃癌	445	分析	460
六、溃疡型胃癌	445	第一节 超声诊断的基本知识	460
七、增生型肠结核	446	一、超声波的定义	460
八、溃疡型肠结核	446	二、超声的物理特性	460
第十四节 肢体骨折	446	三、超声诊断分类	461
一、长骨骨折	447	四、人体组织声学回声分型	462
二、青枝骨折	447	第二节 肝胆疾病	462
三、骺离骨折	447	一、正常肝声像	462
第十章 CT 及磁共振片分析	448	二、肝炎	463
第一节 肝占位性病变	448	三、肝硬化	464
一、原发型肝癌	448	四、肝癌	465
二、多发结节型肝癌	448	五、正常胆囊、胆道声像	468
三、弥漫性肝癌	449	六、胆囊炎	469
四、转移性肝癌	450	七、胆石症	470
五、肝血管瘤	450	第三节 泌尿系统疾病	472
六、肝囊肿	450	一、正常肾声像	472
七、肝脓肿	451	二、肾结石	473
第二节 肝损伤	452	三、肾囊肿	474
第三节 肾占位性病变	452	四、肾积水	474
一、肾囊肿	452	五、肾肿瘤	475
二、肾癌	453	六、膀胱结石	477
第四节 肾挫裂伤	453	第十二章 实验室检查结果判读	478
第五节 急性胰腺炎	453	第一节 泌尿系统实验室检查	478
第六节 胰腺占位性病变	454	一、尿液的性状检查	478
第七节 脑梗死	455	二、尿液的化学检查	481
第八节 脑出血	455	三、尿沉渣显微镜检查	486
第九节 颅骨骨折	456	四、肾功能检查	494
第十节 硬膜外血肿	456	第二节 消化系统实验室检查	502
第十一节 硬膜下血肿	457	一、肝功能检查	502
第十二节 颅内占位性病变	457	二、浆膜腔积液检查	505
一、脑肿瘤(脑胶质细胞瘤)	457	三、粪便检查	506
二、脑膜瘤	458	第三节 内分泌系统实验室检查	509
第十三节 肺占位性病变	458	一、甲状腺功能检查	509
一、中央型肺癌	458	二、血浆葡萄糖(血糖)测定	510
二、周围型肺癌	459	三、口服葡萄糖耐量试验(OGTT)	511
		四、糖化血红蛋白 A1c(HbA1c)测定	511

VIII 目 录

五、小剂量地塞米松(Dex)抑制试验	511	二、白细胞和血小板检测	538
六、24 h 尿 17-羟皮质类固醇测定	512	三、溶血性贫血的检测	546
七、24 h 尿 17-酮类固醇测定	512	四、骨髓细胞学检测	549
八、血浆醛固酮测定	512	五、血栓与止血检测	554
第四节 呼吸系统实验室检查	514	第八节 传染性疾病实验室检查	562
第五节 免疫性疾病的实验室 检查	516	一、病原学检测	562
一、自身抗体	516	二、免疫学检测及基因诊断技术	564
二、免疫球蛋白(Ig)	518	第九节 脑脊液检查	570
三、补体	518	一、原理	570
四、C 反应蛋白(CRP)	519	二、常规检验	570
五、红细胞沉降率(ESR)	519	三、生化检查	572
第六节 循环系统实验室检查	520	第十节 妇科疾病实验室检查	573
一、血清脂质检测	520	一、妇科肿瘤标记物检查	573
二、血清脂蛋白检测	521	二、人绒毛膜促性腺激素检查	575
三、血清载脂蛋白检测	522	思考题答案	577
四、心肌酶检测	523	参考文献	601
五、心肌蛋白检测	525	彩色插图	
第七节 血液系统实验室检查	528		
一、红细胞检测	528		

第一节 概 述

一、医患沟通的目标

设想一个医生在给患者诊治疾病,一个工程师在检修一辆有故障的机器,他们的工作有何不同?人不是机器,人有心理活动,这是两者之间最大的不同。尽管生物—心理—社会医学模式要求医生要把患者看成是一个具有生物、心理和社会属性的有机体,但不少医生在临床中仍然把患者只看做一个生物体,甚至就是一台机器。这样的医生只是“看病”,而不是“看病人”,而单纯“看病”对于具有心灵的“病人”的康复是远远不够的。要做一个“看病人”的医生,如何与患者沟通是非常重要的、必须具备的临床技能。正因如此,沟通技能已成为“全球医学教育最低基本要求”七个领域中的一个。

沟通是人们分享信息、思想和情感的任何过程,是一个沟通双方互动的过程。沟通时传递信息凭借的是语言和非语言等符号,对方解读这些符号后形成信息的含义。由于每个人的“符号—信息系统”有差异,对同一符号就可能存在不同的理解,从而导致信息不能准确传递。因此,有效的沟通是让对方准确地理解信息的含义。作为医生,既要学会准确地将自己的信息传递出去,也要学会准确理解患者表达出来的信息。这些沟通的技能可通过训练,像学习其他临床技能一样加以掌握。

医患沟通是一种特殊的沟通,发生在医生和患者(也包括患者家属)之间,主要通过谈话来实现。医生必须先要明确医患沟通的目标。医患沟通的目标当然是要发现患者存在的症状、识别症状的性质以及疾病的病史,以明确诊断和制订治疗方案。但这只是开端,并不能帮助医生理解患者的疾病,因为疾病并非只是发生了而已。与患者沟通,医生的目标还要理解、认识罹患疾病的患者,这包括患者对疾病的认识、感受、情绪反应,患者的生活经历、对医生和治疗的期望,心理需要等。简而言之,通过医患沟通,医生不仅要了解疾病,更要理解一个具有心理和社会属性的患者。在此基础上,医生才能使治疗面向患者的身心全面康复。具体地说,医患沟通要实现以下几个目标:

1. 建立良好的医患关系,提高患者的满意度。
2. 从患者那里收集和综合相关信息,并能理解其实质内容。
3. 对患者有深入的了解,充分理解患者的思想并与患者就重要问题进行讨论。
4. 与患者在对疾病的理解和治疗方案上取得一致的看法,并使他们能以平等的合作者身份接受医疗方案。

二、学习医患沟通需消除的误区

（一）临床技能才是至关重要的，沟通技能只是辅助的

这种观点实际上是在延续以医生为中心的临床模式，强调从生物学意义来看待疾病，强调临床活动中医生才是专家，患者只能被动服从，本质上是强调医生的需要而非患者的需要。其实，缺乏沟通技能，医生的临床技能难以真正发挥。例如，一个医生如果不会倾听，他可能漏掉重要信息而导致误诊或给出不当治疗方案。治疗是以患者的依从性为前提的，再高的临床技能，如果没有良好的沟通，患者通常难有良好的治疗依从性，有研究发现糖尿病和高血压患者如果遇到的医生有很好的沟通技巧，对病情控制效果比那些遇到沟通技能不佳的医生的患者要好得多。另外，拥有良好沟通技能的医生也很少发生医患纠纷。目前提倡以患者为中心的临床模式，它侧重患者的需要，强调医生的角色是诊断疾病及理解患者的体验，成功的医疗活动被定义为准确诊断、有效治疗、与患者建立牢固的信任与工作关系、关心患者的疾苦。在这种模式中沟通技能和临床专业技能同等重要。

（二）沟通能力是由性格决定的，难以通过学习掌握

沟通能力确实受性格的一定影响。开朗外向、富于同情心、言语表达能力好的人，在沟通时要比孤僻内向、缺乏同情心、不善言辞的人占优势。但性格的差异并不意味着通过训练不能提高沟通能力。相反，许多研究都证实，通过沟通技能的培训，许多医生的沟通能力显著提高，医患沟通的质量得到明显的改变。这是因为沟通能力中包含了许多可能通过学习获得的知识、技能和态度。重要的是学习者要问自己：“我愿意提高我的沟通技能吗？我愿意拿出勇气来提高我的沟通技能吗？”

（三）临床上天天都在与患者沟通，沟通能力自然就会提高

经验虽然能让我们学到一些好的东西，但同时也让不良习惯固定下来。正如一个业余爱好者虽然长期游泳，可水平依然很差，日积月累的经验不仅没有提高游泳技术，反而因形成不良习惯而妨碍正确技术的掌握。如果进行系统培训，纠正不规范动作，却能很快提高游泳水平。医患沟通同样如此，国外有研究发现，除非进行有效的培训，许多医生的沟通水平一直停留在他们开始执业的水平。

（四）患者太多，工作量太大，没有时间与患者深入沟通

恰好相反，与患者晤谈的时间越短，对沟通技能的要求就越高。具有良好沟通技能的医生能在更短的时间里达到有效沟通的目标，反而节省了时间。

第二节 医患沟通的基本技能

从功能上看，医患沟通技能主要包括三类技术：

1. 建立良好的医患关系的技术 尊重和公平对待患者，将良好的医德医风内化为自身人格的一部分并能充分表现出来，真正理解患者，给患者以心理支持。
2. 全面了解患者的情况的技术 积极倾听患者的叙述，懂得澄清含义不明的信息，引导和激励患者谈出真实想法和需要，准确收集患者不同方面的信息。
3. 与患者进行解释和讨论的技术 用患者理解的语言进行病情解释，与患者一起讨论可能

的治疗方案,激励患者的治疗依从性,避免和化解医患冲突。

下面将围绕这三方面功能介绍医患沟通的基本技能,包括共情能力、有效倾听、解释与讨论、化解冲突,以及医患沟通中无所不在的非言语沟通问题。

(一) 共情能力的培养

共情(empathy)也常被译为“投情”,港台地区译为“同理心”,指的是一种让自己进入别人内在心理的能力,这样就能够发现、确认、体会并理解别人的思想、情感和行为。我们常说“理解万岁”,这意味每个人都希望别人能理解自己,并对理解自己的人产生亲切和信任感。正因如此,共情能力造就我们与他人之间的亲密关系,并让对方感到一种情感上的支持。没有共情能力,我们就无法理解患者,不能让患者得到心理上的支持,也就难以与患者建立良好的医患关系。所以说共情是每一个医生都必须具备的基本能力,也是医患沟通的情感基础。

培养共情能力,要从以下几方面入手:

1. 发自内心地尊重和平等对待患者 将患者视为和我们一样的人,我们才愿意去理解患者。

2. 积极关注并无条件接受患者 关切患者的心声,接受他们所有的想法、顾虑,对他们的痛苦表达出同情,这会让患者感到与医生亲近,进一步地让患者敞开胸怀,让医生进入他们的内心。要做到这点,在与患者沟通时一定要先暂时放弃自我,即把全部精神放在患者身上,不要用自己的想法、价值观去评判患者。

3. 设身处地的理解 当我们暂时放弃自我,把注意力放在患者身上时,就要站在患者的角度去感受、理解患者的内心,即学会“感同身受”。事实上,妨害共情的最大因素就是我们总是从我们的角度(我们的经历、经验、观点、价值取向等)去看患者的问题。

要注意的是共情不等于同情(sympathy),尽管包含了同情成分。同情是完全认同,与患者保持一致或相同的思想、情感。而共情是站在患者立场上理解其思想、情感和行为,但并不认为这些都是合理的。比如一位咳嗽的患者,过分担心这是肺癌的表现,他的焦虑可以理解但并非合理。

(二) 有效倾听

倾听(listening)是接收对方口头和非语言信息、确定其含义和对此作出反应的过程。这是一个积极主动的过程,而不是仅仅是被动的“听到”(hearing)。

在所有言语沟通的错误中,不会倾听排在第一位,而倾听在言语沟通中约占 50% 的比例。不懂得倾听的人令人讨厌,因为他们心里只有自己,不懂得尊重他人,不能与他人建立良好关系。不懂得倾听也是危险的,会令人错过重要信息,或导致曲解,也无法预见将发生的问题。患者对医生最常见的不满之一就是医生不耐烦听他们讲述。国外有研究发现,患者平均在开始说话的 18 s 之后就被医生打断。国内一份大样本调查显示,门诊医生平均只肯听患者述说病情 19 s,超过这个时间,医生就会打断患者开处方。医生不能或不愿倾听,不仅让患者感到无法表达自己,也让患者认为医生不在乎自己,更重要的是使医生不能充分收集患者的信息,无法了解患者。

医生积极倾听患者,不仅是建立良好医患关系的基础,也是充分收集患者临床信息的必由之路。让我们来看下面的案例:

一位 45 岁的电脑工程师因胸闷前来就诊。

医生:有什么问题?

患者:我这两周经常胸闷,有时呼吸都不太顺畅。

医生:有咳嗽吗?

患者:没有。

医生:有胸痛吗?

患者:没有。

.....

(医生按常规询问、体检并进行相关的物理检查。)

医生:一切正常,没什么问题,放心吧。

患者:可我这两周一直都胸闷,很难受。我很担心。

医生:不用担心。可能是运动少了,或者坐得太久。没问题的,多活动、放宽心就会好的。

很明显,患者对这次就诊不会满意,尽管医生的专业表现并无不当。问题出现在医生不能有效地倾听患者。导致医生不能有效倾听患者的因素很多,主要的有:①缺乏共情。医生由于专业训练,只注重临床事实,而对同样重要的其他信息,如患者的内心感受、行为及其意图却疏于重视,即只看“病”,不看“人”。②先入为主。不是站在患者角度,而是只从自己的知识、经验甚至偏见来看患者的问题,使医患沟通完全围绕医生而不是患者在进行。③选择性倾听。倾向听符合医生思路的信息,忽视自己认为不重要的线索。这使医生会努力控制沟通主题。④注意力不集中,心不在焉。这些因素会导致患者难有倾诉的机会,无法将患者真正的问题展现出来,并可能因此导致医患冲突而使问题的复杂化或扩大化。

有效倾听要求医生以患者为中心,与患者充分共情,设身处地地从患者的立场和观点来理解患者的感受,并把自己的理解反馈给患者。医生给患者倾诉的机会,让患者把他们的“故事”讲出来,才能掌握患者谈话的真正含义和背后的真实情感。在进行倾听时,医生只需倾听,并不需要做特别具体的反应,可通过关注来表示医生对患者问题的兴趣。如果医生让患者讲完,不做任何评判而是给予支持,问题就可能被展现出来。有效倾听中常使用下面技巧达到目的:

1. 共情 察觉和理解患者的情感,即设身处地地领会患者的心理反应与体验。永远要记住:共情自始至终贯穿在医患沟通的任何环节、任何时候。

2. 释义 医生用自己的语言重新描述患者的思想和情感,即将患者言语重新组织或复述的过程。它重述患者信息的核心内容,不包含任何评价成分。释义的目的是让患者知道医生准确听到了他们表达的核心含义,或使医生对患者含混的信息得以进一步澄清,并鼓励患者更详细地叙述。在此过程中也帮助患者注意自己信息的内容,同时感受到来自医生的支持。

3. 反响 和释义不同,反响主要在于它侧重反映出患者尚未表达的,或只部分意识到的情绪和态度。点明患者言语中的“弦外之音”,相当于对患者说“我是这样看待你和你的问题的”。反响的目的是增进患者的自我意识,鼓励患者更多地倾诉他们的感受,帮助患者认识到他们问题的真正所在。

4. 总结 用两句或更多的释义或反响浓缩患者的信息。其目的是回顾整个过程,把患者信息的多个元素连接在一起,确定问题的范围。

医生:有什么问题?