

儿科临床教学案例解析

——医患沟通篇

主 编 李廷玉 李 秋

副主编 冉素娟 符 州



人民卫生出版社

儿科临床教学案例解析

——医患沟通篇

主 编 李廷玉 李 秋

副 主 编 冉素娟 符 州

分篇主编 程 茜 朱朝敏 付跃先 于 洁 黄 志

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

儿科临床教学案例解析. 医患沟通篇/李廷玉等主编.
—北京: 人民卫生出版社, 2011. 3
ISBN 978-7-117-14107-9

I. ①儿… II. ①李… III. ①小儿疾病—病案—分析
②医药卫生人员—人际关系学 IV. ①R72②R192

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2011) 第 016269 号

门户网: www.pmph.com	出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com	护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有, 侵权必究!

儿科临床教学案例解析

——医患沟通篇

主 编: 李廷玉 李 秋
出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)
地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号
邮 编: 100021
E - mail: pmph@pmph.com
购书热线: 010-67605754 010-65264830
010-59787586 010-59787592
印 刷: 北京汇林印务有限公司
经 销: 新华书店
开 本: 787×1092 1/16 印张: 9.5
字 数: 231 千字
版 次: 2011 年 3 月第 1 版 2011 年 3 月第 1 版第 1 次印刷
标准书号: ISBN 978-7-117-14107-9/R·14108
定 价: 25.00 元
打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com
(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

前言

1993年世界医学教育爱丁堡高峰会议对全球医学和医学教育的发展及影响因素进行了深入剖析,掀起了医学教育改革的热潮。进入新千年后,我国教育部对教学改革提出具体明确要求,即加强基础与强调适应性有机结合,尤其提出要大力加强实践教学、讨论式教学、案例教学等教学方法和合作式学习方式。面对我国高等医学教育临床教学资源有限、专业教育与人文教育分离、学生习惯传授式学习方法、临床实践教材缺乏等问题,我们借鉴国外先进经验,总结数十年临床教学经验和近年来教育教学成果,根据实习医生、住院医师等不同层次学员的教学需要,以临床案例为基础,组织编写了本套案例版教学辅助教材。在本书的编写中,首次力图将体现生物、心理、社会、环境医学模式转换的医学人文精神、医学伦理原则、医患交流能力、健康教育等核心内容贯穿在案例分析中,有机融合知识学习和能力培养,促进学生基础学科知识与临床学科知识以及学科间知识的有机联系与结合,循序渐进提高临床思维能力、循证能力、学习能力、实践能力、评叛思维和解决实际问题的能力。

套书《儿科临床教学案例解析》共二部,第一部包括儿科典型案例、儿科疑难案例、常见疾病误诊案例,第二部包括以患者为中心的医患沟通、儿科疾病沟通案例和医疗投诉沟通案例。其中,“儿科典型案例”注重基础知识与临床学科知识的内在联系,加深对临床知识的理解和掌握,进行正向思维训练;“儿科疑难案例”注重临床各学科知识的联系与结合,培养从错综复杂的临床现象中发现问题和解决实际问题的能力;“常见疾病误诊案例”旨在拓展思维空间,培养逆向思维、发散思维和评判思维的方法与能力。第二部主要介绍以患者为中心的沟通技能、儿科常见疾病的专业沟通知识与方法以及常见医疗投诉的接待与沟通方法,将临床医学知识与患者心理需求有机结合,培养和提高医学生和住院医师的医患沟通能力,和谐医患关系。

由于本套书是以案例教学为基础的教学改革尝试,内容浩繁,涉及儿科学各个学科,加之水平有限和时间方面的原因,难免错谬,敬请同道提出宝贵意见和建议。

重庆医科大学儿科学院 李廷玉

2011年1月10日

目 录

第一章 以患者为中心的医患沟通.....	1
第一节 医患关系与沟通.....	1
第二节 疾病诊治与沟通.....	6
第三节 医疗投诉与沟通	11
第二章 儿科疾病沟通案例	14
病例 1 新生儿溶血症	14
病例 2 新生儿缺氧缺血性脑病	16
病例 3 新生儿呼吸窘迫综合征	19
病例 4 轮状病毒肠炎	22
病例 5 十二指肠球部溃疡	24
病例 6 巨细胞病毒肝炎	27
病例 7 支原体肺炎	29
病例 8 慢性咳嗽	31
病例 9 肺吸虫病	33
病例 10 先天性心脏病	34
病例 11 病毒性心肌炎	36
病例 12 阵发性室上性心动过速	38
病例 13 急性肾炎	40
病例 14 肾病综合征	42
病例 15 营养性缺铁性贫血	44
病例 16 红细胞葡萄糖-6-磷酸脱氢酶缺乏症	46
病例 17 地中海贫血	49
病例 18 特发性血小板减少性紫癜	52
病例 19 血友病 A	55
病例 20 急性白血病	58
病例 21 热性惊厥	60
病例 22 化脓性脑膜炎	63
病例 23 吉兰-巴雷综合征	65
病例 24 婴儿痉挛	68

病例 25	脑性瘫痪	70
病例 26	过敏性紫癜	72
病例 27	川崎病	74
病例 28	幼年型特发性关节炎	76
病例 29	先天性甲状腺功能减低症	79
病例 30	糖尿病	80
病例 31	先天性肾上腺皮质增生症	82
病例 32	麻疹	84
病例 33	中毒型细菌性痢疾	86
病例 34	结核性脑膜炎	87
病例 35	小儿急性阑尾炎	90
病例 36	小儿胆道蛔虫症	92
病例 37	胆道闭锁	94
病例 38	小儿嵌顿性腹股沟疝	95
病例 39	小儿急性肠套叠	97
病例 40	隐睾	99
病例 41	肝母细胞瘤	101
病例 42	青少年特发性脊柱侧弯	103
病例 43	先天性左Ⅲ°唇腭裂	107
病例 44	特应性皮炎	109
病例 45	药疹	112
病例 46	丘疹性荨麻疹	115
病例 47	室间隔缺损	116
参考文献		117
第三章 医疗投诉沟通案例		120
案例 1	破伤风抗毒素注射之后	120
案例 2	这样接诊气管异物患儿恰当吗?	122
案例 3	皮试了还会发生过敏反应吗?	125
案例 4	药物不良反应是用药错误吗?	127
案例 5	为什么会并发脑脓肿?	129
案例 6	是“支气管炎”还是“支气管肺炎”?	132
案例 7	“骨折对合不良”的真相	134
案例 8	床旁教学查房的“是非”	136
案例 9	是单纯的“上感”吗?	139
案例 10	“越治越重”的后颅窝肿瘤	142
参考文献		144

第一章 以患者为中心的医患沟通

据中华医院管理学会维权协会和中国医师协会对众多医疗机构的调查表明,当前80%的医疗纠纷不是由医疗技术引起,而是因为服务不到位和沟通不良造成的。此外,大量研究表明,医患之间良好沟通能促进医患之间信息交流,改善医患关系,提高患者对治疗的满意度和依从性,有利于医疗质量的提高。在构建和谐社会的的大环境下如何改善医患关系,提高医疗服务质量已然成为了社会关注的焦点,2003年我院创建的“医患沟通制”被卫生部在全国推广,医患沟通和医患沟通制作为一种有效缓解医患关系紧张的途径和机制正在受到更多的关注。但在以往的医学生教学中主要以医学知识技术传授为主,关爱患者及沟通技巧少有介绍,与患者交流内容尚无规范要求,在医患矛盾日益突出的今天,沟通不良往往成为纠纷的导火线,为此本篇以我院的实践抛砖引玉,供广大青年医生、医学生参考。

所谓医患沟通或医患交流是指医患之间通过一定方式进行接触,相互交流与疾病诊治直接、间接相关的信息和双方的情感、思想、愿望和要求,从而在心理和行为上发生互相影响的过程。医患交流是现代临床医疗活动顺利进行的前提条件,其内容包括了使患者了解自身疾病的病因、诊断、治疗与手术方案利弊、检查结果及意义、并发症与防范措施、医疗预后等与健康有关的各种医疗信息,最终得到患者的理解与合作,科学选择医疗方案,配合完成临床医疗活动。同时,良好的沟通还包括认知患者心理和了解患者需求,探求社会心理因素对疾病诊断、治疗和康复的影响,实现临床医疗目的,更好的满足患者需求。医患沟通既有技术层面的交流,也有非技术层面的交流,技术交流是关键、是核心所在,非技术性的交流是基础、是前提条件,两者既有区别又密不可分。前者涉及所有的诊疗活动信息,但由于医患信息的不对称,欲在认知上达到高度的统一有难度;后者涉及医患双方的情感交流,尤其是医方对患者人格的尊重、生命的关爱以及情感的关注,可以增加患方对医方的理解、信任和依从;同时,正是因为这种理解、信任和依从可以降低前者因信息不对称所致的认知统一的难度。

第一节 医患关系与沟通

一、医学伦理与价值观

在医疗人际关系中,医患关系是最核心、最本质的人际关系,而医患关系的建立和维护很大程度取决于医生的职业化态度、职业道德水平、医学价值观和医学伦理原则,在临床医患沟通实践过程中同样需要具备这种职业化的态度和医学价值观,否则单纯的医患沟通技巧则可能沦为伪善的外衣,贻害无穷。

1. 沟通的伦理原则

(1) 以人为本：现代社会的发展是以人为中心，以满足人的需求为价值取向；现代医学模式是以家庭为中心，最大限度地提高人们的生命质量和生活质量。因此，医患沟通最根本的指导思想是坚持一切从患者出发，以患者为中心的沟通目的。

(2) 诚信原则：诚信是一个社会赖以生存和发展的基石，也是人际沟通、包括医患沟通的基础和根本。在医患沟通中只有坚持诚信，才能建立良好的医患关系，才能赢得患者的信任，获得在诊治疾病过程中的配合，提高医患双方的满意度。

(3) 平等原则：患者首先是一个平等的社会人，拥有人的尊严，其次才是一个需要帮助的人，既需要同情，更需要理解和尊重。平等原则包括三层含义，第一是医患双方人格上的平等，医者不可以救助者自居；第二是对待不同民族、性别、年龄、文化程度、生活背景、经济状态等的患者采取一视同仁的态度；第三是公平分配有限的卫生资源。

(4) 尊重原则：人文主义是医学职业化的核心，而尊重是人文主义的精髓。在与患者的交流中，尊重患者的尊严，尊重患者的价值观与信仰，尊重患者及其家属的基本权利，如医疗权、知情权、决定权、隐私权、申诉权等。

(5) 同情原则：作为医生应该富有同情心，面对患者的痛苦与担忧，表现出关切，并为减轻这些痛苦和忧虑做力所能及的事情。

(6) 保密原则：在询问病史和各种查体过程中注意保护患者的隐私，切忌歧视和有不屑的语言与神情；并不得与无关人员讨论和泄露患者隐私。

(7) 反馈原则：一方面医务人员在听患者说话时要通过语言和非语言反馈“听”的状态，将自己所理解的内容及时反馈给患者。另一方面要细心观察患者的非语言信息反馈，准确解读患者的非语言行为，使沟通更有效。

(8) 共同参与原则：在诊疗活动的全过程，需要医患双方保持畅通的信息沟通渠道。

2. 儿科医学决策的伦理问题 16岁以下儿科患者的医学决策，我国通常是由其父母或其他法定监护人决定；但应注意青春期患者本人的知情同意问题。同时需要注意：监护人是否具有法定的选择与决定的能力；选择是否符合被监护人的利益，对于侵害未成年儿童权利的决策应及时向有关部门报告，阻止侵害；是否告知各种选择的益处和风险，并确认患方的理解；如果患方否定某种治疗方案或放弃治疗，应明确了解其原因。临床上，医生常常在尊重患者自主权时感到困惑，患者不具备专业知识，其选择只可能是免责的理由或一种形式而已。Jonsen、Sieglar及Winslade提出“四维度医德决策模式”：

(1) 医学效果：依据有益和避免伤害的道德原则。

(2) 患者自主：尊重患者在知情前提下的符合道德和法律范围的自主性选择原则。

(3) 生活质量：治疗计划符合避免伤害患者生活质量原则以及患者自主选择的原则。

(4) 家庭及社会背景：依据忠实与公正原则考虑影响患者治疗的家庭和社会因素，如经济、隐私、宗教、文化、法律等。“四维度医德决策模式”在临床上可以指导医生做出符合医德准则的决定，帮助患者进行医学抉择。

二、医患关系的建立

和谐医患关系是医疗活动顺利进行的必要基础，也是医患双方获得尊重、理解、信赖的心理需要。由于医学行业的高技术性和患者就医心态，在医患沟通中医务工作者起着主

导作用，医生的首要任务是主动建立和谐的伙伴式医患关系，采取以患者为中心的接诊模式，进入患者的内心世界，了解患者的想法、期望、感觉以及患病经历并努力理解他们，这是沟通技术的核心所在，贯穿在整个医疗过程的始终。

建立和谐的医患关系或者说医生-患者-家属关系，对于儿科尤为重要。首先需要在临床工作中以平等、尊重的心态和恰当的语言、非语言与患者和家长交流，如：礼貌的称呼与问候、友好的声调、目光接触、身体适度前倾等；在疾病诊疗的交流中，除了解疾病的不适与感觉，还需要探究患方，包括病孩与家长的心理感受，并对其感受进行“正常化”的解释，如“这是正常的感觉”或者“我也会这样想的”或者“我很理解这种感受”等，表达我们的共情（又称同理心，即站在对方立场，了解其感受，）和给予适当的心理支持；在交流诊治问题的时候，多使用“我们”或者“让我们”加强与患者的伙伴关系。研究表明，和谐的医患关系可以提高治疗效果。因为在与医生的交流中，那些可以充分表达感觉、观点、信息的患者，不会遗漏重要的病史和体征；良好的医患关系还可以避免患方的投诉。在美国起诉医生的案例中，71%的是由于糟糕的医生-患者-家属的关系引起。

值得注意的是，儿科临床中医生常常容易忽略病孩的心理感受，如恐惧与焦虑、年长儿童的被轻视与被冷落感、慢性疾病与不良预后带来的情绪问题，特别是处于青春期的孩子常常对成人表示不满：如，居高临下的姿态、医生只听家长的、总是站在家长一边、大惊小怪管闲事、不考虑他们的理解能力而采用复杂的语言和表述方式、空洞的大道理、乏味的说教等。所以，医患的交流应采用适宜儿童或青少年心理特点的沟通方式、态度和其易于接受的语言，注意避免青少年的抗拒行为。

三、非语言交流

1. 非语言交流的作用。非言语沟通是指通过面部表情、身体动作、目光、声音、触觉和空间距离进行人际沟通，常常与言语沟通同步。言语可以由说话人有意识的进行控制，而非言语往往是说话人自然流露的信号。当言语与非言语两种信号出现不一致时，人们更倾向于相信非言语信号。研究表明，在沟通的所有信息中，日常沟通信号 93%的是通过非言语手段进行传递，面部表情和身体动作则占了沟通效果的 55%。

2. 正确的运用和解读非语言信息是医患沟通能力的重要组成部分，一方面可以运用非语言回应患者的交流，如目光接触、点头等，让患者感受医生的聆听；还可以表达医生的情绪和情感，如眼神中的理解、共情、关爱，又如轻柔的动作、前倾的身体、温和的表情，查体时手的温度和对暴露的身体的保护，或者轻抚孩子的头以及不适的躯体同样可以传递着慈爱、关怀、理解、细心、责任等信息。而急诊抢救时“认真沉稳的态度、敏捷迅速的动作”也会使患者和家属产生信任感，起到安慰和稳定病家情绪的作用。

3. 有意识抑制不恰当的非语言信号，避免对沟通产生负面效果，如，埋头写病历不注视患者一眼、频繁移动身体重心、反复看手表或手机、不时接听手机等行为会使患者感到不受尊重与焦虑感。此外，还需要患者的非言语信号，结合患者疾病、病情和沟通现状与基础，从患者表情、目光、体态等非言语信息中了解患者身心感受、情绪和疾病变化的真实的内涵。

四、言语交流

言语是人类交流的工具，是建立人际关系的重要载体之一，善于运用语言艺术可以使人际关系更和谐，沟通更有效。医师诊疗言语分技术性言语与非技术性言语，无论何种言语都是交流的主要形式，既是最初也是最容易树立好感或引起不满的媒介，俗话说“良言一句三冬暖，恶语一言六月寒”，即指此理。

1. 得体的称呼语 称呼语是人际交往最初的言语接触，体现了对人的尊重，是建立和谐关系的重要环节。得体的称呼语会给人留下良好的第一印象，为以后的交往建立起互相尊重和信任的基础。医院里直呼床号就是一种不礼貌的行为。

2. 言语的正确表达 言语的正确表达包括了如何选择适当的词语，适当的语速、语调和声调，以及清晰简洁的言语、完整性的语义等内容。医生过于专业化的语言也常常是患者难以理解的；例如，做尿检的“中段尿”、术后肠道“排气”、问诊“放射痛”等描述就需要用通俗的语言或进行适当的解释，患者方能了解。

3. 善用美好言语 在一切美好的言语中，赞美是最基本、最有效的人际沟通方式，当他人处在疾病、痛苦、失意、悲伤或挫折时，善于运用安慰性、劝说性、鼓励性、积极暗示性言语，可以起到安慰情绪、抚慰心灵、增加信心、激励意志等心理支持的作用。例如，对恐惧的孩子鼓励“真勇敢！”对哭泣的小姑娘赞扬“好可爱的小姑娘，笑一笑就更漂亮了”；对新入院者安慰说“别担心，我们会帮助你，你会好的！”对住院中的患者鼓励讲“你的气色越来越好，说明疗效很好，不久就会康复的”；对出院患者道别“回家好好休息，定期来随访！”、“谢谢合作！慢走。”

4. 克服伤害性言语 伤害性言语指指责、埋怨、嘲讽、训斥等语言。常有医生一番好意替患者着急，但说出来的话却变成了：“钱重要还是命重要？”的指责，“为什么不按时服药？你还想不想活？”的埋怨，“现在着急，早干嘛去了？”的嘲讽，“你是医生还是我是医生，听你的还是听我的”的训斥等，这些都需要克服。医疗工作中无论是有意或者无心的使用伤害性言语，不仅影响医患和谐，甚至可能加重患者病情和引发医疗纠纷。

5. 提问技巧 主要的谈话方式有两种：封闭式和开放式。封闭式问题答案基本固定，回答言语简短即可，比如用“是”或“不是”，典型的例子是法庭上质询原被告或证人。开放式问题所指答案具有不确定性，而取决于回答人用什么方式或如何回答，通常采用“什么”、“怎样”、“为什么”提问。在交流中采用哪种方式取决于你是否需要深入了解对方的程度。临床上，对需要得到明确答复的、一般性了解的、或者因时间等客观因素限制时，采用封闭式谈话。对患者疾病原因、病情发展状况、社会心理状态等问题，适宜采用开放式提问，必要时采用封闭式澄清。采用封闭式提问时，如果是为了了解事情真相和疾病的真实情况，不能进行暗示性提问，例如询问头痛的伴随症状不能直接提问“有呕吐吗？”而是先询问“头痛时，您还有什么不舒服？”此外，针对重要的问题和过于简要的答案，需要进一步寻求深层次信息进行探索性问题追问；如“为什么您这样想呢？”“能告诉我您这样做的理由吗？”在讲解完某一问题进行核实对方的理解程度时，说“我说清楚了吗？你能复述一下这个问题吗？”比“我讲了这么

多，你听懂了吗？”更让对方易于接受。

五、倾听技能

说和听是沟通过程的两个基本活动，是拆不开的“对子”。患者对医生最常见的不满之一是医生不耐烦听患者讲话，美国 Beckman 和 Frankel（1984）的研究结果发现：患者平均开始说话 18 秒之后就被医生急不可耐地打断。其结果，患者可能不能完整和准确讲述病情，有可能遗漏重要病史，有可能感觉为医生的忽视和不尊重，甚至有可能认为医生不负责任。

1. 主动倾听，鼓励倾诉 主动倾听是一种把他人放在首位，听取他人诉说，并反馈信息鼓励倾诉的倾听方法。医生主动倾听患者的诉说，一方面有助于获得疾病的诊断信息，能够在治疗上与患者达成共识；另一方面，可以全面了解和理解患者身心状况，并让患者感受到尊重，融洽医患关系。

2. 完整倾听，准确解读 临床工作中，很多时候我们没有耐心听完别人的话就打断他人，我们用经验和思维惯性去理解别人的话，或者以为听懂而不愿意核实和反馈，也有因其他因素而采取一边听别人说话一边干自己事情的。比如，医生一边听患者诉说，一边头也不抬的记录病史、开处方，如果再问一句“你刚才说什么？”这种情景给患者的感觉不仅仅是尊重问题，甚至怀疑医生和医生处方的可信度。又如，当患者强调家庭困境，“弦外之音”可能是希望得到合理诊疗，医生如果回答“钱重要还是人重要？要钱不要命啦？”就可能伤害到患者。听的不准确可能影响你的诊断准确性与治疗的针对性。

3. 倾听的具体技巧

- (1) 适当的目光接触。
- (2) 关注讲话者的言语和非言语行为。
- (3) 表达共情、尊重与肯定。
- (4) 听清并核实重点内容：如对重要病情进行追问核实。
- (5) 容忍且不打断对方。
- (6) 积极应答：如用点头及“哦”、“嗯”简单应答表示你在听；用微笑或者“是的”、“我懂了，说下去”、“还有吗”表示理解和鼓励。
- (7) 概括与复述：必要时需要概述或重复对方的观点与想法，比如“你是说你怀疑你病情很重”、“你的意见有以下几点……”等，对于医生，这是非常重要的。
- (8) 避免直接争论。
- (9) 医生询问病情可以采取边听边记录的方式，但是注意别让记录影响谈话氛围和主动倾听，应积极反馈，可以记录关键词便于事后整理。
- (10) 安静的环境和平静的心态有利于双方集中注意力谈话。

4. 扫除倾听障碍 尽管认真程度与听的效率成正比，但听的效率不完全取决于认真程度，一些坏习惯会成为阻碍倾听的障碍。常见的坏习惯有：想“说”多于想“听”（急于表达自己并打断别人说话）、揣摸多于倾听（揣摸对方想法和与谈话无关的问题，如谈话人的外貌、职业、地位等）、选择性倾听（喜欢的和认为有价值的）、走神和分神、一心二用等。打断患者诉说、急于转移话题、选择性倾听、接听手机、边听边笔录、或想着其

他安排等，个别有无意识的敲击桌面、晃腿、嚼口香糖等不良习惯，不仅不礼貌而且干扰对方的诉说。

(冉素娟)

第二节 疾病诊治与沟通

生物医学模式下的医患沟通主要是从生物医学角度，医生围绕对疾病的诊断、治疗与患者进行交流、沟通和“通知”式的告知，随着医学模式的变革和医疗纠纷的大量增加，我们开始改变观念，并在行为上开始针对患者的诉求进行沟通与交流。由于传统医学教育没有进行相关内容的教育教学，因此临床中的医患沟通内容和方法因人而异、差别很大，医生们主要依赖于临床模仿、经验积累和患者的需求导向；各个医疗机构也基于医患纠纷管理的经验和教训进行了医患沟通的制度性探索 and 技巧性培训。

2009年新颁布的《中华人民共和国侵权责任法》首次将“医患沟通”上升到法律层面并对告知内容进行了界定，用法律形式规范医务人员的告知行为，并对“告知”行为提出了比较具体的要求。侵权责任法第七章第五十五条规定：“需要实施手术、特殊检查、特殊治疗的，医务人员应当及时向患者说明医疗风险、替代医疗方案等情况，并取得其书面同意；不宜向患者说明的，应当向患者的近亲属说明，并取得其书面同意。”因此，医生在履行告知义务时，要注意运用语言技巧对需要“实施手术、特殊检查、特殊治疗”的“医疗风险、替代医疗方案”等情况进行说明、解释和建议，使患者及其家属对此有必要的理解，方能做出知情同意的决策并履行法定手续。除此之外，担任告知义务的应该是实施手术或特检、特治的主刀医生或主治医师，并需要对“风险”的医疗防范措施进行必要的解释和沟通。

法律规范是道德约束的底线，书面告知和签字也许可以规避一些侵权责任风险，但告知不详或告知引发歧义同样可能产生侵权诉讼。因此，必须强调沟通的全面性、通俗性、精确性和真实性。

(1) 全面性：包括病情、医疗措施、药物副作用、手术可能发生的不良后果、并发症和风险等。

(2) 通俗性：指针对专业术语进行通俗的、一般性的解释，让患者能够充分理解。

(3) 精确性：医生的告知应严谨、准确，不能有歧义，如手术同意书中，用语应准确，不能有多种解释。

(4) 真实性：指不能夸大疗效也不能隐瞒后果。在尊重患者知情选择权的过程中，医生和患者扮演着“指导者-参与者”的角色关系，医生的指导者地位是因为相对于患者，医生是拥有医学科学知识和临床经验的权威，其判断更具有科学性和对疾病特定信息的针对性；而患者不仅具有独立的人格，而且还必须享有知情同意的权利，因为他是疾病的直接受害者，对疾病带来的生理心理反应等更有直接的体验和感受，这些直接体验和感受可以提高医生对疾病诊断治疗的针对性、可靠性、准确性和有效性。事实上，患者越信任医生，医生更能设身处地站在患者立场提出意见和建议；反之，医生越尊重患者、告知越清楚，患者的依从性也越好。值得注意的是，用公事公办的态度和专业化的语言履行告知签

字义务很容易让患者及其家属产生医务人员规避责任、逃避风险的误解。

在进行关于疾病诊治方面的沟通时，应掌握几个要点：交流前，熟悉患者病情和检查结果，了解患方及家属对病情的认知程度和对疗效的期望值以及家庭经济、文化、社会背景等；交流中，避免过多使用专业术语，避免强求对方即刻接受病情变化的事实和做出选择，避免压抑对方情绪；交流后，关注患方是否真正知晓病情变化的原因和现状，是否正确决策，是否需要调整沟通内容、沟通对象以及沟通时机等。

一、诊断沟通

1. 诊断告知的有关问题

(1) 适宜的沟通环境：视疾病性质、病情轻重、预后好坏确定沟通的环境。一般疾病的诊断可以在患者床旁进行，但是，针对病情危重、预后不良、需要引起患方重视的慢性疾病、对患者生命和生活质量影响较大的疾病、涉及患方隐私的疾病等，诊断告知的环境应选择在医生办公室进行，尽可能保持一个相对安静和独立的空间，并尽力避免人为干扰。

(2) 告知对象：《侵权责任法》规定，告知对象是患者本人，因实施保护性医疗措施等不宜向患者说明的，应当将有关情况向患者的近亲属说明，并注意隐私权的保护；对于生命垂危的患者，在不能取得患者或者其近亲属意见的，经医疗机构负责人或者授权的负责人批准，可以立即实施相应的医疗措施。这里的“不能取得”包括不能取得患者本人的意见，患者近亲属不在身边无法联系的情况，签字时应注意这里的近亲属范围是患者的配偶、子女、父母、兄弟姐妹，医务人员要核实近亲属的身份，避免近亲属以外的人代签，其他人签字是无效的。儿童患者的告知对象是病孩的父母或其他法定监护人；如遇病孩病情严重或预后不良时则强调其父母双方或法定监护人共同参与“告知谈话”；必要时可以邀请在其家庭中具“权威”地位的近亲属参与。告知不仅是对知情权的尊重，也是一个对患方进行卫生知识宣教的过程。

(3) 坏消息告知技巧：因病情危重需要告知患者时，临床上主要采取书面通知的方式，但不太注意“通知”的方式方法。因此，应：①根据患者家长的心理承受能力在告知前给予一定的心理暗示，如可以从其对疾病的担忧、怀疑等入手引起警示，也可以表达医生对已知不幸结果的难过、同情等方式给予心理暗示，使家长有一定的心理准备，避免“晴天霹雳”。告知可以是一个连续的渐进的过程，需要根据拟诊-初诊-确诊的进程和患方所能接受的程度而逐渐告知。②告知诊断并了解患方对该病的认知程度给予必要的解释，谈话时的语言、语气语调、表情等应平和沉稳，既不可过于严肃凝重也不能轻描淡写或事不关己的态度。③允许患方情绪表达，如惊恐、怀疑与否认、哭泣、愤怒等，运用共情给予支持和安抚，特别是面对因不可逆转的严重危机而有激烈的情绪表达时，需要等待患方情绪发泄一段时间后，再开导他们面对现实构建新的生活轨迹。④在安慰、支持、帮助对方获得好的结果时，不要说教和承诺做不到的事情。

2. 诊断及诊断依据的解释 一般情况下，患者关心的是得了什么病？为什么得病？有没有不是的可能？因此有必要对患者最关心的问题给予告知和解释。在患者患有多种疾病和多个诊断时，在告知诊断时要主次分明，让患方知道主要诊断和重要的次要诊断；二

是选择性的全面告知，主要根据患者的需求决定详略程度。通常情况下，首先要详细告知本次就诊的主要的初步诊断名称、可能的发病原因、支持这种诊断的临床表现和体征以及实验室检查等；然后告知比较重要的次要诊断以及诊断依据。除疾病诊断名称外，尽可能减少使用专业术语，并注意对必要的专业术语进行解释。

3. 诊断性检查项目的知情决策 在进行辅助检查前，需要明确告知：为了证实医生的初步诊断，还需要进行辅助检查的名称和检查目的，可能出现的结果和对于诊断的意义；还有哪些病史、体征、实验室检查不支持诊断需要进一步鉴别诊断等；在取得患者同意后详细告知相关的注意事项，积极配合完成检查项目。

在履行“特殊检查”的风险告知和书面签字时，需要：

(1) 首先需要依据中华人民共和国卫生部《医疗机构管理条例实施细则》和行业规范以及本单位医疗规章制度判断是否属于特殊检查。

(2) 说明和解释特殊检查的“风险”所在。

(3) 是否有其他可以替代的检查方法？其内容、方式、优缺点以及有没有因地域、技术水平等限制条件？如果没有则需要同意书上注明。如：肝活检病理学检查是有创检查属于特殊检查，又是诊断肝纤维化的金标准，如果没有更好的替代方法则需要说明并将“限于目前医疗技术水平，尚无更安全有效的检查方法”写入同意书。

4. 核实患者的理解 基于患者的文化程度和对医学知识的了解程度的不同，我们需要核实患者对疾病诊断、检查等相关问题的理解。医患沟通不是医生单向的滔滔不绝，而是围绕“对话”进行的提问-解释-反馈-确认，至少在结束谈话前应该询问“您还有什么不清楚的？”或“还有问题吗？”事实上，由于患者不习惯以医学方式思考和不理解医学专业术语，他们常常听不懂医生对疾病做出的解释；而医生又往往高估了自己解释病情的详尽程度和所花费的时间，导致医患沟通有效性的下降。

二、预后沟通

在临床实践中，疾病预后是患者最关心的问题：重不重？什么时候能治好？对以后的生活、学习、婚姻、家庭、工作有没有影响？一方面疾病千变万化难以预料，另一方面同样的病和同样的预后对于不同的人可能有不同的反应，给预后沟通带来挑战，而预后沟通质量的好坏影响着患者治疗疾病的预期和信心，当患者的不良预后与家属的心理预期出现较大落差时，就可能引发医疗投诉与法律诉讼；因此，“客观、科学、真实”是预后沟通的基本原则，还需要在诊治过程中依据病情变化对预后进行不断地判定和告知，拟决定应该进行什么检查，拟采取什么措施，使疾病向好的方向发展；通过告知预后引起患者家长的足够重视，积极配合医生的治疗。

1. 告知内容 由于儿科疾病的病情变化具有太多的不确定性，因此在告知预后时要注意：不做主观预测和简单回答关于“要不要紧？重不重？”等问题，应尽可能对病情及可能出现的变化做客观描述。

(1) 结合患者个体体质、病史、体征、疾病发展情况、实验室检查结果等，告知疾病的预后及风险值，告知医生对预后拟采取的态度和预防措施。

(2) 结合疾病特点和个体差异告知可能发生哪些并发症及其可能性的大小，医生拟采

取的预防措施。

(3) 告知是否对患者生活、学习以及以后婚姻、家庭、工作造成影响。

(4) 告知治疗与预后的关系以及患方应配合诊治的注意事项。

2. 告知方法

(1) 考虑患者及家属意愿与心理承受能力，了解患方的感受并运用共情。告知技巧同“坏消息告知技巧”。

(2) 如果病情危重或疑难，除病危通知书外，主要告知医生的积极态度，鼓励患方用积极的心态和医生一起共同面对并与病魔抗争；但也需要依据患方的感受、期望、家庭背景以及社会因素等具体情况，明示或暗示“主观努力与客观结果之间可能完全无关的事实”，预防不切实际的过高的期望值。

(3) 坚持患者利益至上的伦理原则，对危重或可能出现较严重后遗症的，预防患者家长做出不符合病孩利益的行为，如：遗弃儿童行为。

三、治疗沟通

最佳疗效是医患共同的追求目标，而医学决策是关系是否获得最佳疗效的前提条件；在治疗沟通中不仅是告知医学信息的问题，更重要的还有协助患者进行医学抉择的问题；也不仅是专业知识问题，还要依据医德标准进行分析和征询患方意见，特别是关于需要实施手术和特殊治疗的知情同意问题，必须说明医疗风险和替代医疗方案，并取得书面同意。如先天性室间隔缺损的治疗既可以用外科手术方式也可以采用心导管手术方法进行治疗，医生如果只介绍其中一种治疗手段就可能引发以“损害知情同意权”或“丧失选择机会”的法律诉讼。

1. 沟通的主要问题 介绍之前需要弄清楚几个问题，患者医学问题的核心和关键点在哪儿？该医学问题的严重与否、紧急还是慢性、致命还是可康复？治疗的目标是什么？

2. 告知内容

(1) 疾病治疗方案及依据：一般常见病、多发病、与生活行为习惯密切相关的疾病，适宜详尽告知治疗方案。可以介绍主要治疗手段及疗程，包括不采取措施（继续观察）的方案，尽可能提供备选方案，或对唯一方案进行解释说明。

(2) 判断并告知患者可能出现的治疗效果：依据循证医学观点进行医学效果的判断，告知治疗成功的可能性及其理由，以及治疗失败后的应对策略。

(3) 告知患者治疗方案可能出现的问题以及防范措施：如可能出现的药物不良反应及观察处理问题、并发症发生和防范问题等。

(4) 手术告知与同意：手术主刀和麻醉医师必须亲自查看患者，向患者及家属或患者授权代理人履行告知义务，包括：患者病情、手术风险、麻醉风险、自付费项目等内容。

(5) 告知需要患方配合的注意事项，并确认其理解，必要时要求其对重要内容进行复述，此外，需要强调是否遵循对于治疗的意义。

(6) 关于特殊治疗手段可能对生活质量的影响问题：需要判断治疗或不治疗对患者生活质量的影响程度。即：患者康复的前景，患者在生理、心理及社会方面可能出现的损失，对患者生活质量的影响。

3. 选择制订方案 制订双方同意的治疗方案：制订双方同意的方案不仅是尊重患者自主决策权的问题，还关系到医学效果问题，大量研究表明，患者依从性差是影响公共健康的主要问题。为了提高患者的依从性，需要制订患者同意的治疗方案或者选择患者具有倾向性的治疗方案。如果出现患者不采纳医生关于治疗方案的建议，则需要进一步了解患者不采纳的原因及其相关背景情况，如：家庭问题或家庭成员观点不一致、文化与宗教信仰的影响、经济与财力原因等。

四、费用沟通

随着医疗技术的发展，高科技的应用给患者带来福音的同时，也给患者家庭带来医疗费用过高的巨大压力。合理检查、合理治疗、合理用药成为患方就诊的心理期望，因此，医生在费用沟通时要注意几点：

(1) 国家物价政策。

(2) 尽可能提出备选方案和费用支出，并对其进行解释，针对方案利弊提出医生的建议。

(3) 了解患者的家庭经济状态和承受能力，理解患者的选择权并进行适当的项目调整。

(4) 为贫困家庭和急需解决医疗费用的患方提供社会援助的信息和途径。

五、预防与随访沟通

1. 预防沟通 依据三级预防原则进行预防沟通，主要是第三级预防，其要点是针对已患病者采取及时有效的治疗措施，防治疾病复发和发生并发症，防治病残，促进康复，使患者尽量恢复生活和劳动能力，并能参加社会活动及延长寿命。如避免或消除过敏性疾病的致敏原，如遗传性疾病的咨询和检查。

(1) 沟通原发疾病的防治知识。告知患方与疾病相关的复发的病因和诱因（或健康危险因素）采取特异或非特异的预防性措施以及规范性用药的知识，使人避免疾病复发。

(2) 沟通预防并发症的重要性，指导患方配合，及时控制疾病的发展和恶化，防止疾病的复发或转为慢性。

(3) 指导疾病康复、心理康复和自我保健知识，指导健康的生活行为方式。

(4) 运用沟通技巧核实患者理解，加强与患方的联系，提高医嘱的依从性和治疗效果。

2. 随访沟通 根据疾病性质和特点在患者出院前进行的医患沟通，告知随访目的和随访要求：多长时间随访？需要随访多久？随访的具体内容和注意事项有哪些？并约定第一次随访接诊时间、地点等。此外，需要告知如果在随访前发生意外情况应及时就诊，以及告知必要的应急处理原则、必要的安全保障措施。

(冉素娟)

第三节 医疗投诉与沟通

据中华医院管理学会维权协会和中国医师协会对众多医疗机构的调查表明,当前80%的医疗纠纷不是由医疗技术引起,而是因为服务不到位,沟通不良造成的。而相关研究表明,医患之间良好的沟通能促进医患之间信息交流,改善医患关系,提高患者对治疗的满意度和依从性,有利于医疗质量的提高。在构建和谐社会的的大环境下如何改善医患关系,提高医疗服务质量已然成为了社会关注的焦点,医患沟通作为一种有效缓解医患关系紧张的途径和机制应该受到更多的关注。

在临床医疗工作中,无论医学科学技术如何发展,也无论是高度发达的国家或地区,只要人们在医学信息、社会认知、价值观、期望值、利益分配等方面存在差异,医疗分歧、医疗投诉和医患纠纷就将客观存在。医疗投诉指因患方对诊疗、护理、服务、环境、价格等不满意或者认为权益受到侵害,要求医疗机构解决问题、追究责任、赔偿损失的行为。在医疗投诉的接待与沟通中,接待与沟通方法的正确与否可以导向投诉事件处理的难易程度和和平解决或恶化升级的转归问题。医疗投诉中医患双方沟通良好、处理得当,投诉可以化干戈为玉帛;如果沟通处理不当,也可以刺激患方不良情绪、激化矛盾甚至使矛盾升级。

一、医疗投诉的接待

1. 接待环境 建立医院医疗投诉接待室,按照会客室营造方便、安静、整洁的接待氛围,准备必备待客物品,如茶水、纸巾等。

2. 接待准备 在医疗投诉的沟通前,接待投诉的工作人员需要强化自己角色意识,从维护医患双方合法权益出发,本着尊重、理解和解决问题的态度,以事实为依据,以法律为准绳进行投诉的接待、调查、取证和处理。发生医疗投诉的科室或个人和处理投诉的部门或个人应及时沟通医疗投诉相关信息:投诉原因及事件经过、患方投诉主张、医方有无过失及过失的性质、投诉方个人和家庭的基本情况以及投诉人性格特征等,并做好必要的资料和谈话内容准备。

3. 接待技巧 院方接待者应最大限度给患方以亲切感和信任感,而尊重、诚恳、中立的态度有利于建立信任感。充分听取患方意见,采取开放式交谈,尽可能不打断患方陈述和转换话题,可用眼神关注和“嗯”、“哦”回应表示在认真听,用重复关键词或“是不是……”核实所听的内容,用“接着说”、“后来呢”、“再详细一点”鼓励敞开心扉,获得患方的全部意见和真实意图。不时给予发自内心的同情和理解等情感支持,用语言和非语言关注和共情等方法,加强与患方的心理沟通与感情交流,有利情感宣泄。如“你很难过”、“你对此事不满意”、“我理解”、“我也会……”等语言,关注的眼神与表情,必要的肢体语言如握手或递上一张擦泪的纸巾等。特别是对内倾型性格者需要更多地采用语言和非语言性关注引导患方对重要情节的描述。在心理沟通时,需要密切关注患方的信息反馈(特别是内倾型性格者)、了解其心理认同点和认同程度,以便调整心理沟通内容、方法与侧重点等沟通策略。医疗投诉的沟通与处理,还需要完整翔实的笔录材料以及监控录像存