



手术麻醉 谈话技巧

上官王宁 汤红 主编

SHOUSHU MAZUI

TANHUA JIQIAO



世界图书出版公司



手术麻醉 谈话技巧

上官王宁 汤红 主编

SHOUSHU MAZUI
TANHUA JIQIAO

世界图书出版公司

上海·西安·北京·广州

图书在版编目(CIP)数据

手术麻醉谈话技巧 / 上官王宁, 汤红主编. — 上海:
上海世界图书出版公司, 2014.1

ISBN 978-7-5100-6816-4

I. ①手… II. ①上… ②汤… III. ①外科手术—麻醉学 IV. ①R614

中国版本图书馆CIP数据核字(2013)第189202号

责任编辑: 胡青

手术麻醉谈话技巧

上官王宁 汤红 主编

上海世界图书出版公司出版发行

上海市广中路88号

邮政编码 200083

上海市印刷七厂有限公司印刷

如发现印装质量问题, 请与印刷厂联系

(质检科电话: 021-59110729)

各地新华书店经销

开本: 889 × 1194 1/32 印张: 7.5 字数: 150 000

2014年1月第1版 2014年1月第1次印刷

ISBN 978-7-5100-6816-4/R • 304

定价: 30.00元

<http://www.wpcsh.com>

<http://www.wpcsh.com.cn>

序

当知道自己要给本书写序的时候，着实有些吃惊。不仅是因为给人写序是一种从未得到过的荣誉，还因为本书的内容非同一般。

我自从做了麻醉医师以后，已经记不得多少次和患者及家属谈话、签了多少次知情同意书，但作为家属签的三次知情同意书的经历却是难以忘怀。记得第一次家父做肺癌手术是1986年，后来行膀胱癌手术是2010年，相隔24年，《知情同意书》的签字方式已经截然不同。第一次是传统的中国文化，瞒天过海，让他不知道得了肺癌，免得产生心灵的创伤，使身体的免疫功能下降。当时，签字必须是家属，这个瞒天术也得以圆满完成。第二次手术，因为时代的变迁，必须由当事人，也就是患者直接签字方能生效。事态变得复杂，还带有惊险。因为采用的是先化疗再手术的办法，家父的肿瘤对化疗药物很敏感，虽然手术前各项指标得以全部改善，但针对是否需要按原计划手术的争议，到了手术前1个小时还没有定论。反对方考虑到家父的年纪，又有很多慢性疾病，权衡利弊后，认为应当采取稳妥的保守治疗。而另一方则认为，手术是整个治疗的一部分，宁可家父死于手术并发症，

也不愿到时候为晚期肿瘤而挣扎。虽然最后也是我受家父委托在知情同意书上签字，但这次完完全全做到了知情同意。母亲接受肿瘤手术是近几年的事，她的手术签字，也不能用瞒天术了。让患者自己签知情同意书的举措，是国人从家庭人变成社会人的飞跃，也是经济发展到一定程度的必然产物。

然而，这种转变，带来了很多新的问题。患者作为一个自己或者家族中没有医学背景的普通社会人，如何完全清楚治疗的选择，是知情同意的一大方面。显然这是因病而异的，不是这本书所能概括的。医护人员如何把应该说的东西，把各种能意料的问题，事先讲清楚，其中有很大的学问。签订的知情同意书不仅仅是一种契约，也设定了一个期望值。期望值和失望值是息息相关的。作为治疗的执行者——医护人员，应该从职业道德的角度，遵循“不伤害患者”（Do No Harm）的原则，尽自己最大的努力，提供花费最少、副作用最小、最能反映当今医学水平的治疗选择，将情况原原本本地告诉患者，并且提供自己的看法。接受治疗的一方——患者，必须清楚这些治疗选择后的利害得失，必要时，在时间也允许的情况下，寻求第二，甚至第三方医师的意见，以保证所做决定的正确性。这种理想的知情同意对减缓当前紧张的医患关系，有着重大的作用。尽管医患关系的紧张，有很多原因，但谁也不能否定，这种紧张和患者从家庭人变成社会人转化的时间段上，极其巧合。也就是说，从某种意义上说，也许这正是这个问题的关键。

完善整个知情同意系统需要一个过程。在患者没有能力

签字的时候，应该让谁代签？怎么定义患者具有签字能力？代签人因为某些原因拒绝签字怎么办？是一张统一的麻醉知情同意书好，还是各种操作分别有各自的好？是笼统地写在一张纸上，还是详细地写在多张纸上？知情同意到底要讲什么，详细到什么程度？是否应该把最坏的结果告诉患者？告诉患者真实情况，他们会怎么想呢？麻醉知情同意书是否应该和手术知情同意书合在一起？分娩镇痛的知情同意是产妇产单签字还是夫妻俩双签字？打开这本书的时候，这些问题的答案尽在其中。

作为本书的读者是幸运的，本人在连庆泉教授的引见下，在美国西北大学芬堡医学院认识了本书的主编之一上官王宁主任。在西北大学芬堡医学院一个月的观摩中，他的务实、坦诚、细心、虚心好学、不懂就问给我留下了深刻的印象。浏览了本书之后，也让我从吃惊中，转变为惊叹。书中内容面面俱到，从古到今，从理论到实例，从现象到本质，从剖析目前所面临的问题到提出自己的见解。这不仅仅在中国尚未见到，我也没有见过英文书中有单独谈论这个问题的书籍。恭喜你选中这本好书。

美国西北大学芬堡医学院 胡灵群

前言

2003年11月，编者有幸在英国伯明翰 Heartlands 医院作为访问学者参加了该院组织的针对外科和麻醉医师的住院医师培训课程，其中专门有一节课的内容是：“Communication, A vital skill”。上课老师在详细分析讲解沟通交流的技巧及注意事项之后，开始现场模拟场景考核（Scenario）：事先安排好的一个年轻女教师扮演患者家属，所有学员与她进行手术麻醉谈话模拟考核。模拟考核过程中，那个模拟的家属百般为难学员，提了很多刁钻古怪的问题，看学员如何去说服和应付。之后上课老师对现场考核进行评论和分析（Debrief）——哪里好或者哪里不好。

纵观我所知道的、包括我自己的经历，对于麻醉术前谈话，到底跟谁谈、怎么谈、谈什么等问题，一直没有很好的概念和答案。相关培训甚为缺乏，大多都是半路出家，无师自通，模棱两可。在 Heartlands 医院参加的这节课，当时只是觉得这是一种非常好的培训方式，并没有太多的想法。多年之后，当年的感慨和感触在心中日渐萌发。不经意间，通过与阿斯利康中国管理学院高级培训经理汤红的交流，有了这本书的酝酿和规划。

知情同意最重要的目的是让患者有机会在他的健康医疗决定中成为一个被告知的参与者，让患者参与到决定中来，而不是仅仅签名某一表格。知情同意过程为患者和医师提供一个相互了解并共同承担风险的机会，这是一个交流沟通与阐明的过程。国内目前尚没有相关书籍供为参考，大部分有关手术及麻醉谈话的文章都是从医学和法律的角度出发，谈及沟通时又往往停留在理论层面，比如要“为患者服务”，要“换位思考”，问题是我们常常不知道应该通过怎样的语言和行为真正表达出“为患者服务”的诚意，或者具体如何“换位思考”，本书既结合医学、法律要求，又符合心理学的具体的沟通方法步骤，通过大量实际案例的讨论，为临床外科和麻醉科医师提供了简单易行的参考。

本书承蒙美国西北大学附属医院胡灵群教授作序，对此表示衷心的感谢。同时也感谢时亚平老师的无私奉献和辛勤付出。囿于医学心理学方面发展的一日千里，书中纰漏之处难免，恳请读者批评指正。

上官王宁

2013年6月

目 录

第一篇·沟通..... 1

引言： 医术、医德之外医师还需要什么？ 3

第一章 手术麻醉谈话概况..... 9

第一节 手术麻醉谈话的必要性 9

第二节 手术麻醉谈话的现状和常见误区 13

第三节 手术麻醉谈话的挑战 20

第四节 手术麻醉谈话医师的角色与职责 25

第二章 手术麻醉谈话的准备和流程..... 30

第一节 手术麻醉谈话的目标及要点 30

第二节 手术麻醉谈话前的准备 32

第三节 手术麻醉谈话的流程 42

第三章 手术麻醉术中、术后谈话..... 66

第一节 手术麻醉术中谈话 66

第二节 手术麻醉术后谈话 69

Contents

第四章 手术麻醉谈话相关案例分析·····	74
-----------------------	----

第二篇·医疗实践——临床实例 ····· 91

第一章 麻醉术前谈话·····	93
-----------------	----

第一节 概述 ·····	93
第二节 目前存在的问题·····	101
第三节 麻醉术前谈话技巧·····	104
第四节 不同麻醉方法的术前谈话·····	114
第五节 患者常见问题与解答及案例分析·····	115

第二章 外出气管插管和深静脉穿刺的麻醉谈话·····	122
----------------------------	-----

第一节 外出紧急气管插管的麻醉谈话·····	122
第二节 外出深静脉穿刺的麻醉谈话·····	128

第三章 围术期患者常见复合情况的麻醉术前谈话·····	137
-----------------------------	-----

第一节 高血压患者的麻醉术前谈话·····	137
第二节 糖尿病患者的麻醉术前谈话·····	144
第三节 心脏病患者行非心脏手术的麻醉术前谈话·····	149
第四节 月经期妇女患者的麻醉术前谈话·····	154
第五节 慢阻肺、哮喘患者的麻醉术前谈话·····	157

第四章 特殊人群患者的麻醉术前谈话	163
第一节 老年患者的麻醉术前谈话	163
第二节 小儿患者的麻醉术前谈话	169
第三节 饱胃患者的麻醉术前谈话	173
第四节 产科患者的麻醉术前谈话	174
第五节 既往困难气道患者的麻醉术前谈话	179
第六节 既往过敏史患者的麻醉术前谈话	181
第七节 精神病（史）患者的麻醉术前谈话	186
第五章 心脏大血管胸科手术麻醉术前谈话	190
第一节 心脏手术麻醉术前谈话	190
第二节 大血管手术麻醉术前谈话	195
第三节 胸科手术麻醉术前谈话	197
第六章 术后镇痛谈话	200
第一节 与术后镇痛相关的风险或并发症	200
第二节 术后镇痛相关问题	206
第三节 术后镇痛的麻醉谈话流程	210
第七章 手术室外麻醉	214
第一节 手术室外麻醉的特点和风险	214
第二节 手术室外麻醉患者术前谈话流程	227

第一篇·沟通



引言：医术、医德之外医师还需要什么？

古希腊名医希波克拉底说过，“医师有两样东西能治病，一是药物，二是语言。”

语言可以治病？

当我们自己是患者时，我们也许对语言的威力确信无疑：它不仅可以治病，也可以致病。但是，当我们作为医师的时候，对“语言”的治疗作用还是那么深信不疑吗？

如果是，每位医师花在学习和运用语言沟通治病上的时间有多少？古往今来，有多少医德医术都高超精湛的名医在医患沟通上栽过跟头？语言技能的匮乏令多少好医师背上骂名，甚至医疗官司缠身，或者即使患者没有责怪，医师自己也寝食难安？

请看下面一则故事：

明朝末年，有一位官员顾明，他的儿子发水痘，先请了门下医师，这位医师一看这水痘长得明润可爱，且颗粒稀疏，如晨星之丽天，就夸为“状元痘”。顾明又请了另外一位医师喻嘉言，喻嘉言一看此痘热尚未退，头重颈软，神躁心烦，便泄青白。这是有毒气要往外发，兼带内虚，这时如果用痘科套方，那可有致命的危险，喻嘉言跨

踌躇良久，明确告之，但顾明丝毫不为喻嘉言的话所动，反而挨户查赈饥民去了。一般的医师这时也许就算了，可是喻嘉言却没有放弃，速往朝阳门内外追寻，又游说顾明的亲戚。喻嘉言回到家还没闲着，自己动笔，写了一封信给顾明，言辞激切，不避嫌疑。傍晚，顾明的仆人带来了一封信，这位仆人把信往桌子上一扔，愤愤而去。喻嘉言打开信，原来是顾明让他开方，于是他就开了个方子，让自己的书童送去。书童很不情愿，就跟喻嘉言说：“你一天之内，跑到人家家里三四次，人家不见你，你不觉得羞辱吗？”喻嘉言长叹一口气，说：“我岂是不自爱啊，可是如果有能救活人的机会，我怎么能不去争取呢”于是就亲自跑去顾府。到那里，夜已经晚了，大门都关了，他只好把方子交给了看门人，让他明天早晨送进。然后自己摸黑，走了六里地，返回了住处。第二天喻嘉言又托那位亲戚劝说顾明，结果得到的回答是：“既然是状元痘，就不用这么麻烦地治疗了。”此后喻嘉言几次想去顾明家，都没有成功。过了十几天，喻嘉言得知顾明的两个儿子在前面那位医师的治疗下，先后死了。

这是明末清初医家喻昌（字嘉言）于公元1643年的著名中医医案著作《寓意草》里记录的“直叙顾明二郎三郎布痘为宵小所误”的故事，可以猜想顾明后来该是怎样地捶胸顿足，追悔莫及。“明引为己辜。设局施药于城隍庙”，顾明为自己不信任喻嘉言的诊治方案付出了惨痛的代价。同时，对于喻嘉言，这位医名卓著、冠绝一时的清初三大家之一，尽管毫无责任而且已经竭尽全力（“一日三四次奔走大人之门。是自忘其耻辱矣。

吁嗟。余岂不自爱”），但是当真正面对两位患儿的死亡时，一代名医的喻嘉言，也很难“以图心安”。不然，后来也不一定会剃度为僧，更不会有还俗后“治病先治心”的思考和实践。

这个故事，如果摆在今天，患者及其家属未必能“引为己辜”，轻易善罢甘休。说不定根据就诊时间、诊疗方案、治疗费用和预后等等引发媒体大讨论。无论什么结果，医患冲突起来，新闻总是有看点的。病治好了，媒体的标题可能是：“一颗状元痘医疗费近万元”、“医师危言耸听，居心何在”。如果没有及时救治，那媒体的标题可能是“见死不救，医者仁心？”、“首诊负责——谁害死了孩子”。

左也不是，右也不是，特别是病情发展凶险或术前术后危机四伏的时刻，医师真是进退维谷。医患之间，医术、医德之外，沟通不良成为许多矛盾的根源。治病先治心，到底怎样的方法沟通才是正确的呢？

让我们从不同的角度来分析事情的本源。

历史如明镜，如果不是事后诸葛亮的方式来看待，而是试着深入地揣摩顾明当时的处境和心理：儿子小恙，发些稀松的小水疱，样子明润可爱，两位医师一前一后，言辞相互矛盾，一个说是“状元痘”，另一个说“必危之道”，虽然没有医学常识，顾明还是会自觉或不自觉地用自己的实践知识判断，是否言过其实？是否危言耸听？摆在今天，还会要考虑医师有没有其他的目的，比如为了吓唬患者以逃避责任？多收费捞回扣？或者骗收红包？谁都愿意听见“状元痘”这样吉利且讨好的言辞，凡夫俗子的人，当危险将在旦夕，都会心存侥幸地想：也许医师错了。

两位医师，一庸一智，可顾明相信了前者，为什么？从心

理学的角度分析是因为前面的医师说了顾明内心愿意相信的话，换了今天，还是有不少人会做这个选择，究其原因，是愚昧，更是内心的需求。

总结下来，导致顾明两个儿子死亡的元凶：一是疾病，二是患儿家长对正确诊治方案的不信任。近四百年过去了，各类疾病的治疗方法突飞猛进，中药、西药推陈出新，像水痘这种当初的危症，今天已经可以预防，但是，医患间的不信任却变本加厉：患者带着摄像机、录音笔看病，医师头戴钢盔上班……医患间的猜忌矛盾，正逐渐演化成社会的危机。

2009年两会期间，网络上举办了“我有问题问总理”的活动，其中收到过一名医学生的信：

温总理您好！我是一名医学生。在临床实践中常常看到患者不相信医师，医师防着患者的事。比如，一个老年患者手臂双骨折后手术切口皮缘坏死，对于老年患者来说，因为血运差，很有可能造成切口愈合差而出现坏死，但患者及其家属都认为医师做手术做得不好造成的。我们怎么解释都没用，对方甚至又请了外院的医师来看，并私自把我们上的敷料给拆了。我们要常规做清创，对方也不让，最后要求出院，并要求把病历和医嘱复印带走。这是患者不相信医师。又比如，一个患者来看病，我们一般要先做一套入院检查，如果这个患者在星期五入院，辅助检查的结果要星期一才有，在判断患者并无生命危险后，我们一般都要等结果出来，才开始对患者进行处理，这样患者就要在医院躺2天，交2天的床位钱护理费以及其他费用，而并无一点治疗措施。为什么不第一时间对患者进行处理？因为处理得好，没事，处理得不好，说不准就要被患者赖，把原先的病都赖在医师身上，那时就说不清了。所以医师一般都要