

# 外科医生与医患沟通

时吉庆

(武警四川总队医院肝胆一科,四川乐山 614000)

[中图分类号] R192

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2016)07-0991-02

近年来,国内伤医事件频发,又以外科为重灾区。医患矛盾、医疗纠纷有愈演愈烈之势。抛开其他主客观原因,医患沟通欠缺是不容忽视的重要因素。作为长期从事肝胆外科的医生,现在在医患沟通中的体会总结如下,供广大外科同道探讨。

## 1 外科医生自我认知

1.1 有所为、有所不为 不同医疗机构、不同资历的医生医疗技术水平参差不齐。外科不仅需要精湛的手术操作,更看重丰富的临床经验。而且外科和内科、麻醉科、ICU 等科室关系密切,围术期处理关系着整个手术的成败。同时,医院的辅助科室技术水平也制约着外科技术的发展。所以外科医生应根据医院和科室的整体技术水平决定开展手术的种类和范围。超出能力的疾病诊治和手术操作可以请上级医院支援或转院。盲目自信、草率冲动是导致严重并发症的根源。开展新业务新技术时尤其需要把握好指征,积极稳妥开展。

1.2 把握时机、因时而动 对外科医生而言,手术时机犹如战场战机,择期手术需要选择水到渠成的最佳时机。临床以下几种情况需要等待手术时机:(1)诊断不明确,有些疾病通过各种检查仍然无法确诊,贸然手术风险极大,此时应选择密切随访,随时间推移,有的疾病逐渐明朗,手术指征明确即可实施手术治疗。(2)准备不充分,患者一般情况差,如营养状况、凝血机制、脏器功能还达不到接受手术的安全底线。有的手术需要提前做好清洁肠道、控制血压、调节血糖等术前准备。(3)患者存疑虑,患方从网络等处得到的信息与医疗计划不一致,网络上的医药信息良莠不齐,患者很难鉴别<sup>[1-2]</sup>。如果患者或家属暂时不能理解或不能接受外科医生提出的诊疗方案,手术可以暂缓。如果患者是严重的急腹症则必须当机立断、争分夺秒,否则手术时机稍纵即逝、难以补救。

1.3 量体裁衣、对症下药 现代外科发展迅猛,诊疗技术、操作器械日新月异,尤其是微创外科的运用普及,同一种疾病可能出现不同的治疗模式。如胆囊结石伴胆总管继发结石,可以选择先行十二指肠镜下取石再行腹腔镜胆囊切除术,也可以直接行腹腔镜胆囊切除、胆道探查术,还可以直接选择开腹胆囊切除、胆道探查术。外科医生应该根据病情制订多套治疗方案供患者参考选择。微创外科是现代外科的发展趋势,根据患者病情和技术条件选择微创治疗方案,也要避免刻意追求“微创”而导致严重并发症的“巨创”。肿瘤患者是选择开腹手术、介入治疗还是放射、化学药物治疗也是需要外科医生和肿瘤科医生共同探讨、综合评估的问题。

## 2 外科医生的医患沟通要点

2.1 讲清必要性 目前,外科疾病的诊治大都有相应的诊治指南和临床路径。大多数外科疾病不通过外科手段无法得到根治。外科医生有权利、有责任、有义务向患者和家属讲清手术必要性,以及延误手术治疗可能导致的不良后果,争取患方对手术治疗的理解与配合。

2.2 告知风险性 外科治疗基本上都是有创治疗,风险在所难免。任何手术都有其并发症,尤其是一些大手术,手术时间长、机体干扰大,其中隐藏的风险不言而喻。虽然现代麻醉、外科器械、操作技术、重症监护都有了长足发展,安全性大大提高,但各种意外仍然不能完全避免。所以对于外科医生而言,没有包治百病,也很难讲万无一失,谈话时留有余地非常必要,引导患者及家属辩证看待手术风险,科学对待疾病转归。

2.3 尊重选择权 外科医生面对的患者就如他们所患的疾病一样千差万别。基础疾病、心理状态、经济条件、文化层次都可能影响他们对疾病的认识、治疗的选择。现代医患关系已由传统主动-被动型转变为共同参与型<sup>[3]</sup>。尊重患者知情权、选择权都是医患沟通的基石<sup>[4]</sup>。尊重患方选择权,实行公开治疗原则可以增加医患双方理解和信任<sup>[5]</sup>。“越庖代俎、先斩后奏”均可能酿成严重的医疗纠纷。

2.4 签好同意书 医疗行为必须严格遵守医疗操作常规,各项操作、手术必须征得患方同意并履行签字手续,特殊情况下上报医疗行政管理部门并做好备案。凡因违反医疗操作常规的行为,如患方拒绝检查、治疗、手术,自行要求出院、转院,放弃诊治抢救等行为,必须履行签字手续,并在病程记录中详细记载。

## 3 外科医生的医患沟通技巧

3.1 善于倾听、注意引导 医患沟通时一定要善于倾听患方叙述,有效的倾听意味着对患方的理解和尊重<sup>[6-7]</sup>,外科医生要善于迅速从倾听中捕捉自己需要的诊疗信息,不时引导患者讲述与疾病相关的内容,包括基础疾病、既往病史、诊疗经过、临床表现等,巧妙岔开无关紧要的累赘陈述和跑题闲侃。交谈中避免使用易刺激患方情绪的词语和语气<sup>[8]</sup>。

3.2 注重科普、通俗易懂 绝大多数患者与医无缘,“久病成医”也是局限在某一疾病的肤浅认识。外科医生在与患者进行医患沟通时,过多的医疗术语、专业词汇会让患者一头雾水、不知所云。如果把深奥、滞涩的医学语言转化为生活中的常理俗语,用举例子、打比方的方法讲解,患方就容易理解交流了,可以达到事半功倍的效果<sup>[9]</sup>。必要时配上解剖图谱、标本模型,甚至随手绘制示意图都有助于解释和沟通。如对胆道图谱,医生可以通俗易懂地讲解胆囊结石如何堵塞胆囊颈管导致急性胆囊炎、部分结石通过胆囊管进入胆总管导致急性胆管炎和梗阻性黄疸、少数结石堵塞“两江汇合口”——oddi 括约肌导致更为严重的急性胰腺炎。当然有效的沟通也需要医务人员具有较强的专业技术水平<sup>[10]</sup>。

3.3 未雨绸缪、防患未然 患者疾病的发展、转归、预后千差万别,难以做到千篇一律。患者往往通过纵向(既往住院)、横向(患友之间)的比较而产生焦虑疑惑,外科医生需要做到未雨绸缪、防患未然。外科医生要善于在诊治过程中发现医患矛盾苗头,及时化解、妥善处理。对于病情复杂、治疗棘手的特殊患

者,在手术前就要给患方交底,让患方有充分的思想准备。手术中发现意外情况,必须及时通知患者家属,必要时重新签署手术同意书。对一些疑难杂症诊治的长期性、复杂性、反复性也需要提前向患方讲透彻,争取主动。预后不佳或危重急症更需要外科医生认识到位、处理到位、解释到位。诚信服务在医患沟通中尤其重要<sup>[11]</sup>。

**3.4 设身处地、换位思考** 医患双方的共同目标是相互配合治疗好疾病。医患沟通需要双方站在对方立场换位思考,呼唤“共情”<sup>[12]</sup>。外科医生需要站在患方立场同情理解疾病给患者带来的痛苦和伤害,有针对性地做好患方的心理抚慰和解释工作,医生对患者的关爱是医患关系的润滑剂<sup>[13]</sup>。同时也要引导患方站在外科医生角度理解所做的选择和努力,尽管有的努力未带给患方预期的结果。只有医患双方相互理解、相互信任,有了共同认识、共同语言,医患矛盾才会减少。

外科以其高风险性而成为医患矛盾和医疗纠纷的高发区,外科医生不仅要面对高负荷的医疗工作,还需要面对高度紧张的医患关系,80%的医生承认工作中的主要压力来自于医患关系<sup>[14]</sup>,医患关系是建立在一种特殊人际关系基础上的社会生活关系<sup>[15]</sup>。医患关系的改善需要全社会的共同努力,外科医生做好医患沟通,对于缓和医患矛盾、推动外科发展是大有裨益的。

参考文献

[1] 赖泽栋,杨建州. 互联网对医患关系的影响研究[J]. 医学与哲学,2013,34(11):36-37,44.  
[2] 戴菲菲,杨国斌,苏义,等. 网络环境下医患关系的新变化及其改善对策[J]. 医学与哲学:A,2013,34(6):38-40.  
[3] 袁爱清,舒曼. 剖析医患信息不对称及其对策[J]. 医学与  
• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.07.045

哲学:人文社会医学版,2011,32(4):28-29,49.  
[4] 时吉庆,周建丽,康宁,等. 医患沟通技巧与和谐医患关系[J]. 解放军医院管理杂志,2008,15(1):39-40.  
[5] 耿玉茹,管九苹. 建立和谐医患关系的几点做法[J]. 中华医院管理杂志,2005,21(12):798.  
[6] 江宗,芮宁玲,李宏林. 加强医患沟通 努力构建和谐医患关系[J]. 中国卫生事业管理,2008,24(9):630-631.  
[7] 汤建华,谢青松. 人文沟通技能在医疗纠纷处理中的应用[J]. 医学与哲学:A,2013,34(2):34-36.  
[8] 方春生,李静. 医患沟通中医务人员口语告知技巧分析[J]. 重庆医学,2012,41(22):2334-2335.  
[9] 闫广庆,任家顺,陈洪,等. 医务人员人文素养在医患沟通中的应用探讨[J]. 重庆医学,2010,39(14):1927-1928.  
[10] 周明元,唯胜勇. 建立重点沟通制度以防范医患纠纷[J]. 重庆医学,2013,42(33):4094-4095.  
[11] 高金庆,马旭之,杨威. 医患矛盾的产生与和谐医患关系建立的探讨[J]. 中国卫生事业管理,2011,27(3):181-183.  
[12] 王娟,李莉,林文娟,等. 共情——改善医患沟通的新视野[J]. 医学与哲学:人文社会医学版,2011,32(11):25-26.  
[13] 杨秀香,张新华. 和谐医患关系需微观人文设计[J]. 医学与哲学:A,2012,33(12):39-41.  
[14] 胡爱明. 理解和尊重在构建和谐医患关系中的作用[J]. 医学与哲学,2012,33(2):27-28.  
[15] 颜婕. 医患关系若干现象的思考[J]. 医学与哲学:A,2012,33(9):55-57.

(收稿日期:2015-09-08 修回日期:2015-11-22)

临床 I 类新技术准入的信息化管理模式研究\*

詹险峰<sup>1</sup>,梅 梅<sup>1</sup>,朱 阳<sup>2</sup>,卫 琴<sup>3</sup>

(鄂州市中心医院:1. 科教科;2. 信息中心;3. 医务部,湖北鄂州 436000)

[中图分类号] R197 [文献标识码] B [文章编号] 1671-8348(2016)07-0992-02

临床新技术管理是医院医疗质量管理的重要环节。随着计算机技术和网络技术的发展,医院信息化建设得到长足发展。有效利用计算机及网络技术,建设医疗新技术信息管理平台,实现医疗新技术管理信息化,优化医疗新技术管理流程、管理方法,以加强医疗新技术管理、应用与质控,进一步强化医院医疗质量管理<sup>[1-2]</sup>。本院 2013 年开发研制了新技术管理信息系统,并与医院信息管理系统相融合,对新技术立项申报、奖励申报、评审、应用质控、建档等统一管理,实现临床 I 类新技术管理的信息化、规范化、科学化。

1 临床新技术信息化管理的必要性

传统新技术管理模式多以有形介质(如纸质)为载体,资料采集、送达与建档等工作多采用人工手动管理方式,管理过程耗时费力;管理部门及领导与新技术申报或开展人(科室)间不能及时有效地沟通,其信息传递效率较为低下;对开展中的新技术,管理部门多根据科室上报资料及相关部门(如病案室等)资料进行监管、评估,属于事后管理,实时监管能力弱化,无法

及时有效地对正在开展的新技术实时监管和质控,存在一定的医疗安全隐患;新技术档案归档后,使用者在查阅、统计分析等方面存在诸多不便,不利于进一步开展相关科学研究,同时也不利于新技术的应用综合评估与推广利用<sup>[3]</sup>。

总之,传统新技术管理模式已无法适应现代医院的管理要求。利用现代计算机信息技术,优化医疗新技术管理流程,加快信息传递,提高管理效率是十分必要的。

2 临床新技术信息化管理模式及主要功能

**2.1 管理流程** 新技术网络信息化管理以网络为平台,对新技术的申报、评审、质控、建档等统一信息化管理,相关资料实行数字化操作,同时在资料最后存档阶段采用纸质与数字化相结合的形式。新技术管理的信息传递实现实时双向交流,管理流程得到极大优化。信息化管理流程为:(1)申报人网上填写新技术申报表并提交科室负责人。(2)科室负责人审核,提交管理部门或返回申报人修改。(3)管理部门审核,合格者提交主管领导审阅,不合格者说明理由并返回申报科室修改,科室

\* 基金项目:湖北省卫生厅 2013~2014 年度科研项目(JX6B112)。 作者简介:詹险峰(1973—),主治医师,本科,主要从事医院管理工作。