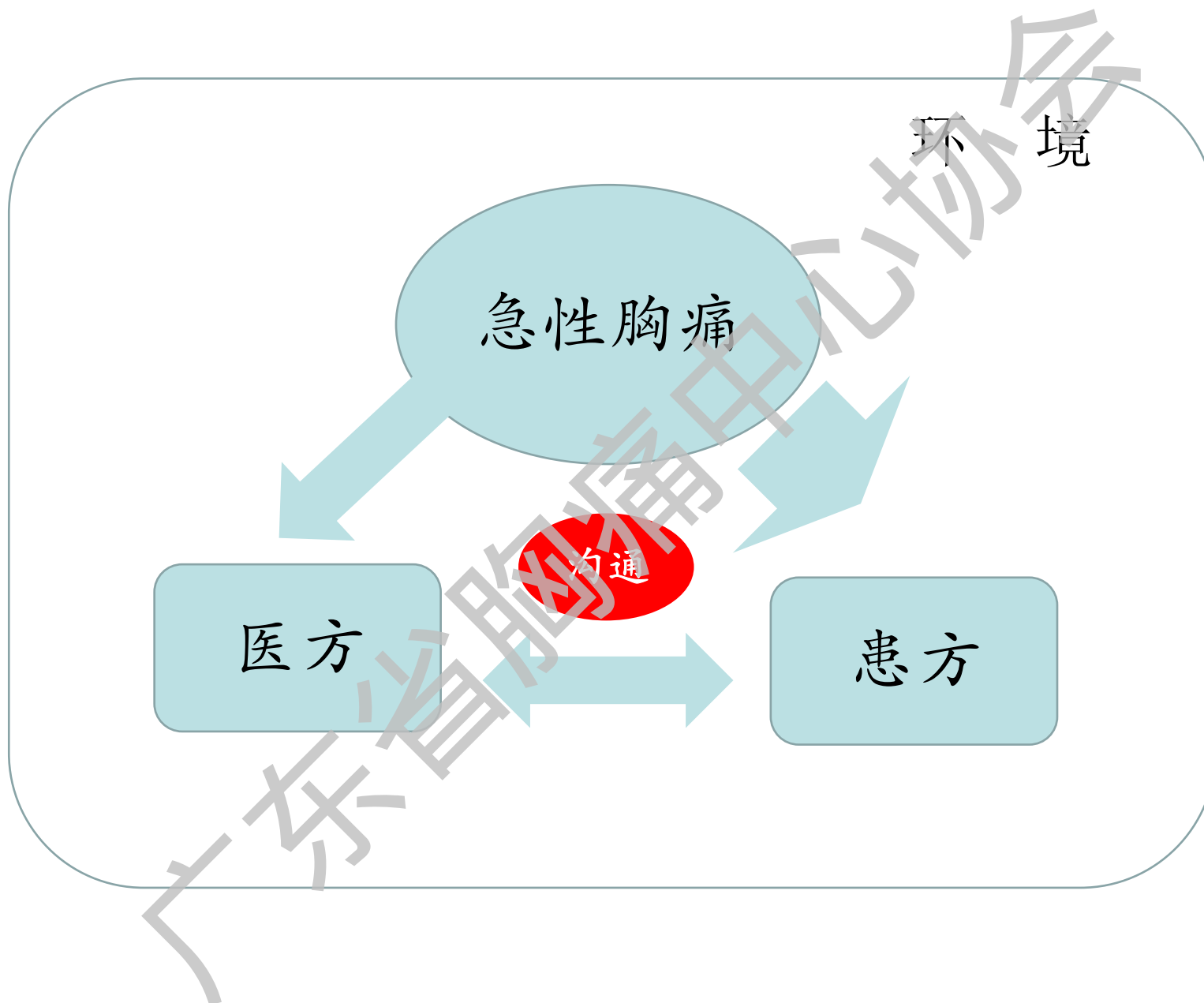


缩短急性胸痛救治谈话时间的 沟通技巧

河南中医药大学第一附属医院
关怀敏

如何缩短知情同意时间？

- 目标：缩短谈话时间
- 谈话内容：家属--知情--理解--同意医生方案
- 执行者：谈话医生
- 知情者：家属（或患者）
- 操作：谈什么？如何谈？讲技巧！



摘要

01

急性胸痛的疾病特点

02

沟通对象的特点

03

沟通目的、要点、内容

04

沟通技巧

急性胸痛-命悬一线

急性胸痛涉及**急性冠脉综合征（ACS）、肺栓塞、主动脉夹层、张力性气胸**等多种致死性疾病，需早期识别、早期治疗，否则会严重危及病人生命。

引发胸痛的某些重症疾病对抢救时间的依赖性特别强，发病最初的数小时特别关键，所以，对于胸痛，诊断越早，治疗越及时，治疗效果就越好。

“时间就是生命！”



摘要

01

急性胸痛的疾病特点

02

沟通对象的特点

03

沟通目的、要点、内容

04

沟通技巧

医护人员：时间就是生命

遇到急性胸痛病人时，不但要细致地询问病情，体格检查，快速做出诊断与鉴别诊断，制定切实可行的抢救方案。同时也需要做好沟通解释工作。

首先尽快明确病因，再进行危险分层，最后决定救治措施。此间界限是模糊的，时间是紧迫的！此时需要按医生的知识储备进行主动而有目的的病史采集，并针对性体格检查！当然如果患者已处于“垂危”状态，需立即进行公共的抢救措施！



医者的软硬实力



患方的心理

- ♥ 我患的什么病？程度如何？
- ♥ 解决办法
- ♥ 风险
- ♥ 花费
- ♥ 获益
- ♥ 医生的诊断正确吗？
- ♥ 医生的话有无夸张或欺骗！
- ♥ 家人、朋友、单位的支持和心态！

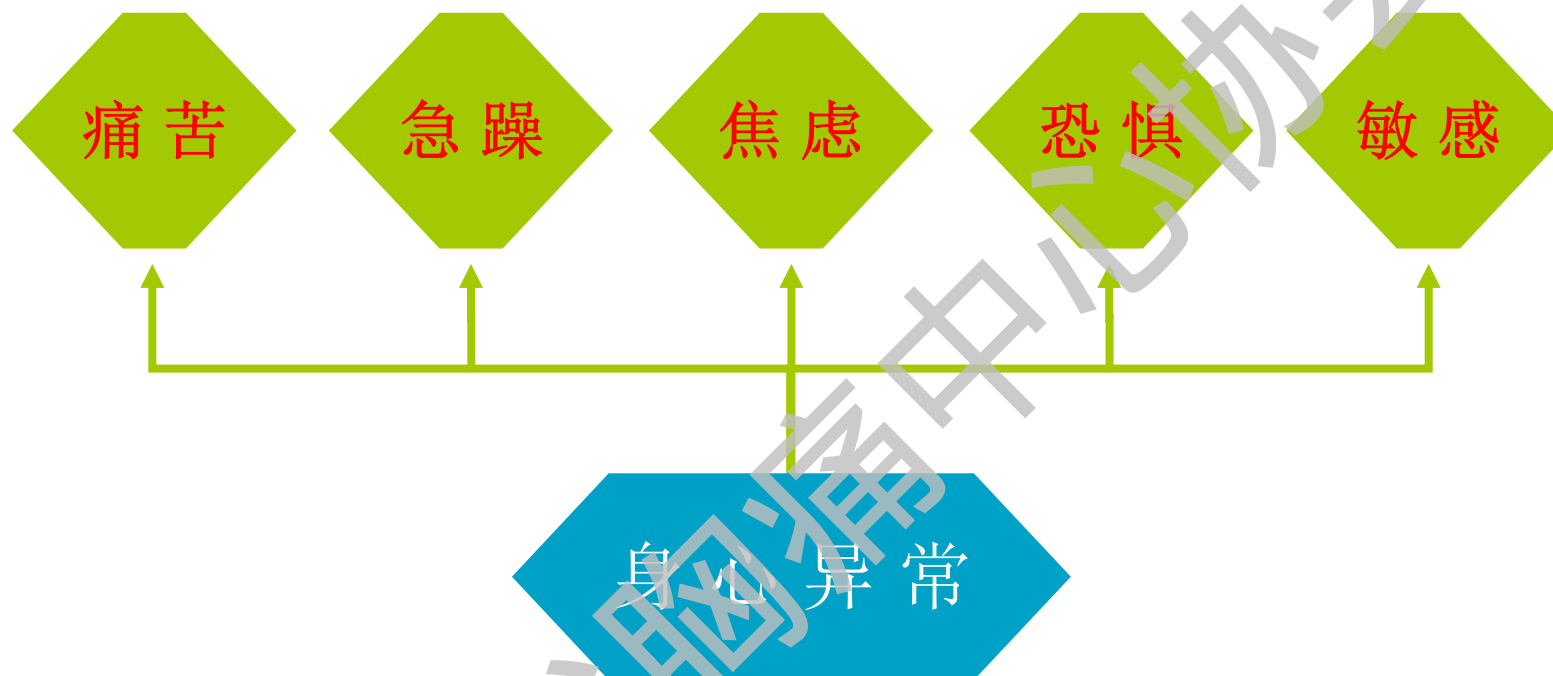


家属的关注

- ♥ 家属健康意思的考量！医生的诊断正确吗，可以告诉病人吗？
- ♥ 疾病对家庭、自己的意义
- ♥ 费用的承受能力，会不会人财两空！
- ♥ 对家庭深层文化、经济甚至人性本质的大考验！



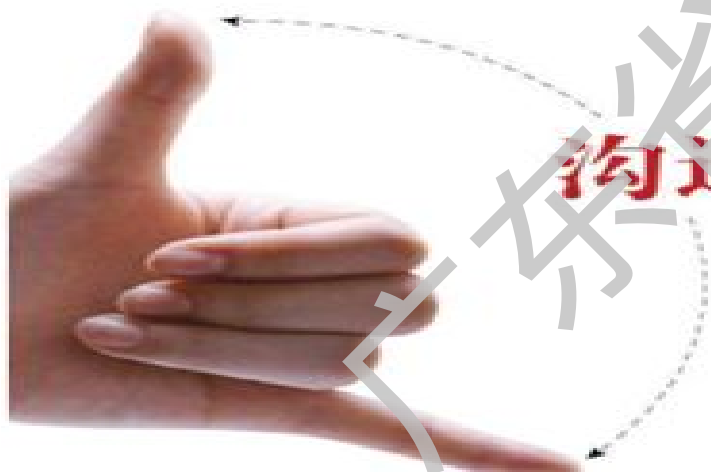
患者及其家属深深陷入：



医患关系



沟通



沟通



让工作更畅通



摘要

01

急性胸痛的疾病特点

02

沟通对象的特点

03

沟通目的、要点、内容

04

沟通技巧

沟通目的

♥ 快速实现治病（身体、心理）救人的目的，为保证其积极配合，需要有效沟通、解疑答惑。

♥ 让对方信任。完全信任、部分信任、部分人员信任（隐患较高）。

——信任的程度决定
你治疗的灵活空间！



急性胸痛的沟通要点

短、平、快

有限的时间沟通主要的内容。
不能因此耽搁时间延误抢救！



沟通内容

- ♥ 疾病、病情（AD、ST-AMI、PE）、预后
- ♥ 风险，不同治疗方法如积极的，保守的，消极的，放弃的
- ♥ 必须做的，选择做的
- ♥ 紧急做的，缓着做的
- ♥ 我们能够做的，不能做的
- ♥ 费用

Yes or
no

摘要

01

急性胸痛的疾病特点

02

沟通对象的特点

03

沟通目的、要点、内容

04

沟通技巧

延长沟通时间的因素分析

- 胸痛病因：健康知识、相关病史、凶险程度
- 危险分层：危及病人生命的可能性，预后。
- 家属文化程度、语言接受能力、交流能力，生活地区，经济状况，家庭背景等
- 医疗支出数额与经济承受能力的矛盾，可以报销的比例
- 医院的等级，综合救治能力
- 医生：对该胸痛疾病从理论到实践的救治水平与信心，成功把握程度高低
- 沟通技巧！

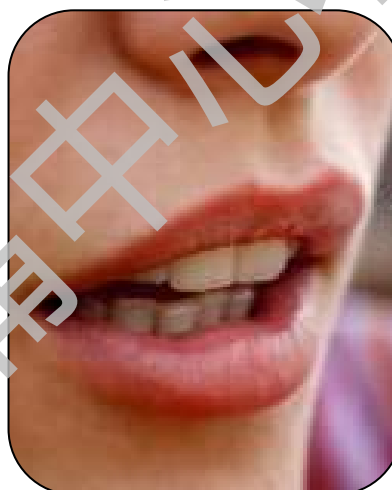
沟通使用方式



听 倾听



看 看图



说 说话



写 书写

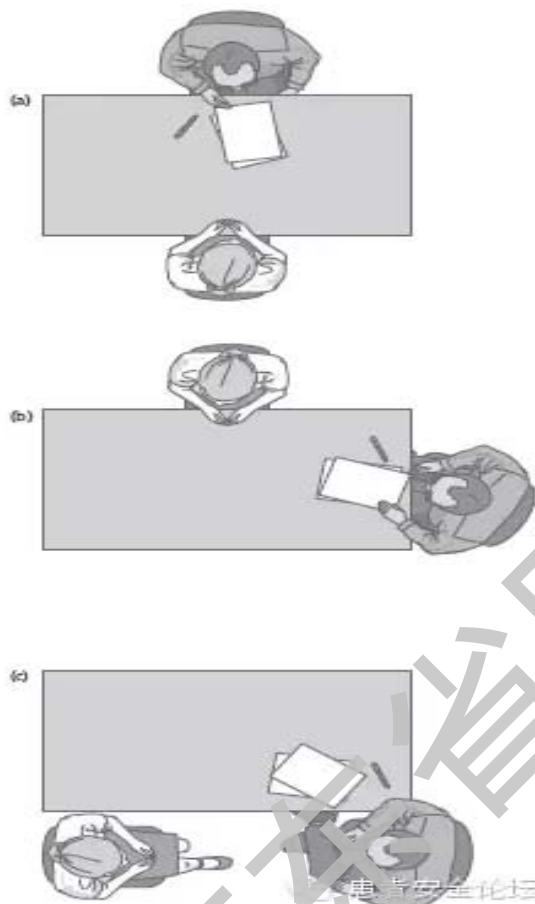


录 录音
录像

谈话环境

- ♥ 尽量保证环境相对独立，保护个人隐私是最基本的需要。
- ♥ 尽量保证环境适宜，如照明和温度让人感觉舒适。
- ♥ 适当的座位安排。

适当的座位安排

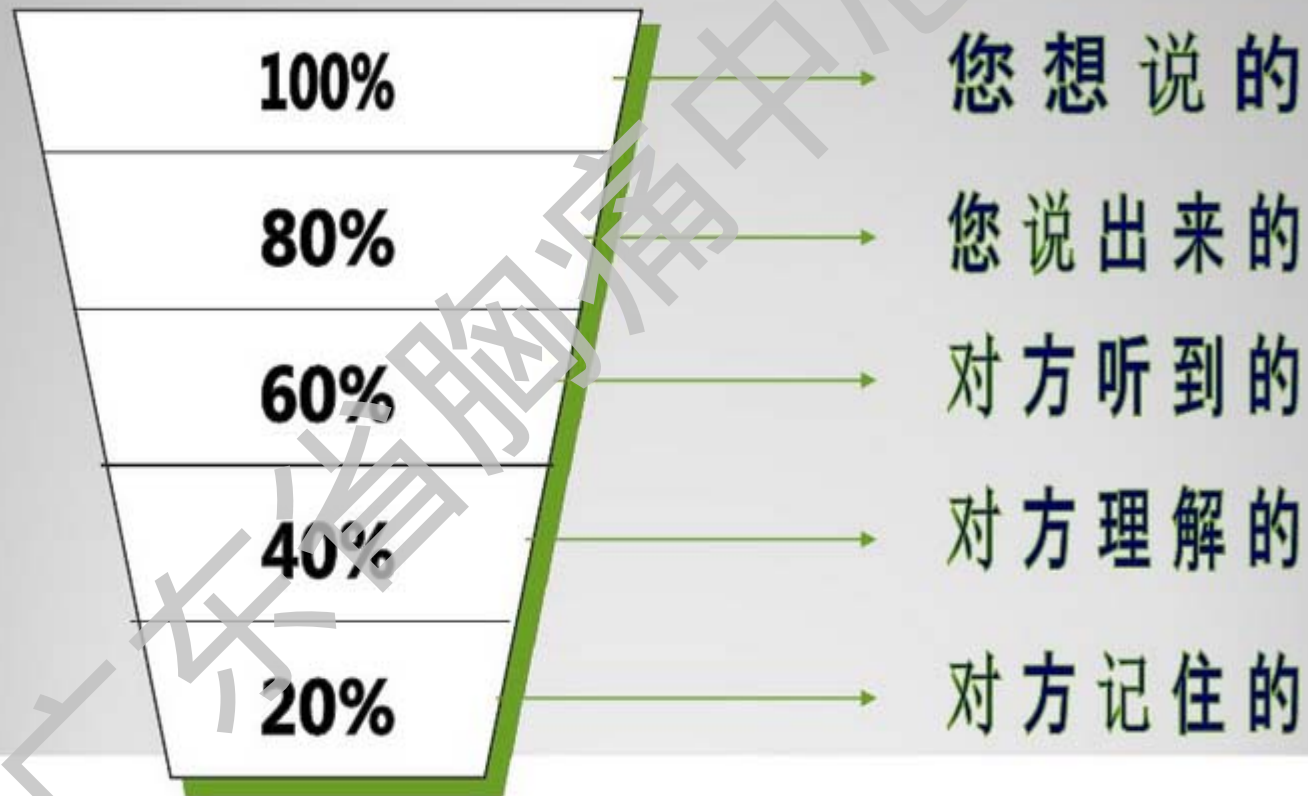


方法（a），患者与医务工作者隔着桌子面对面坐。这样医务工作者会感到对谈话的控制作用，会让患者感到紧张，适合比较严肃的场合。方法（b）、（c）显得比较随意，有利于拉近医患之间的距离，多数情况下，临床沟通建议采取这两个方案。

沟通漏斗图

沟通漏斗图

文档



38755原则

三个因素影响沟通的有效性

★ 优质文档

7 %

用字遣词

38 %

声音、语调

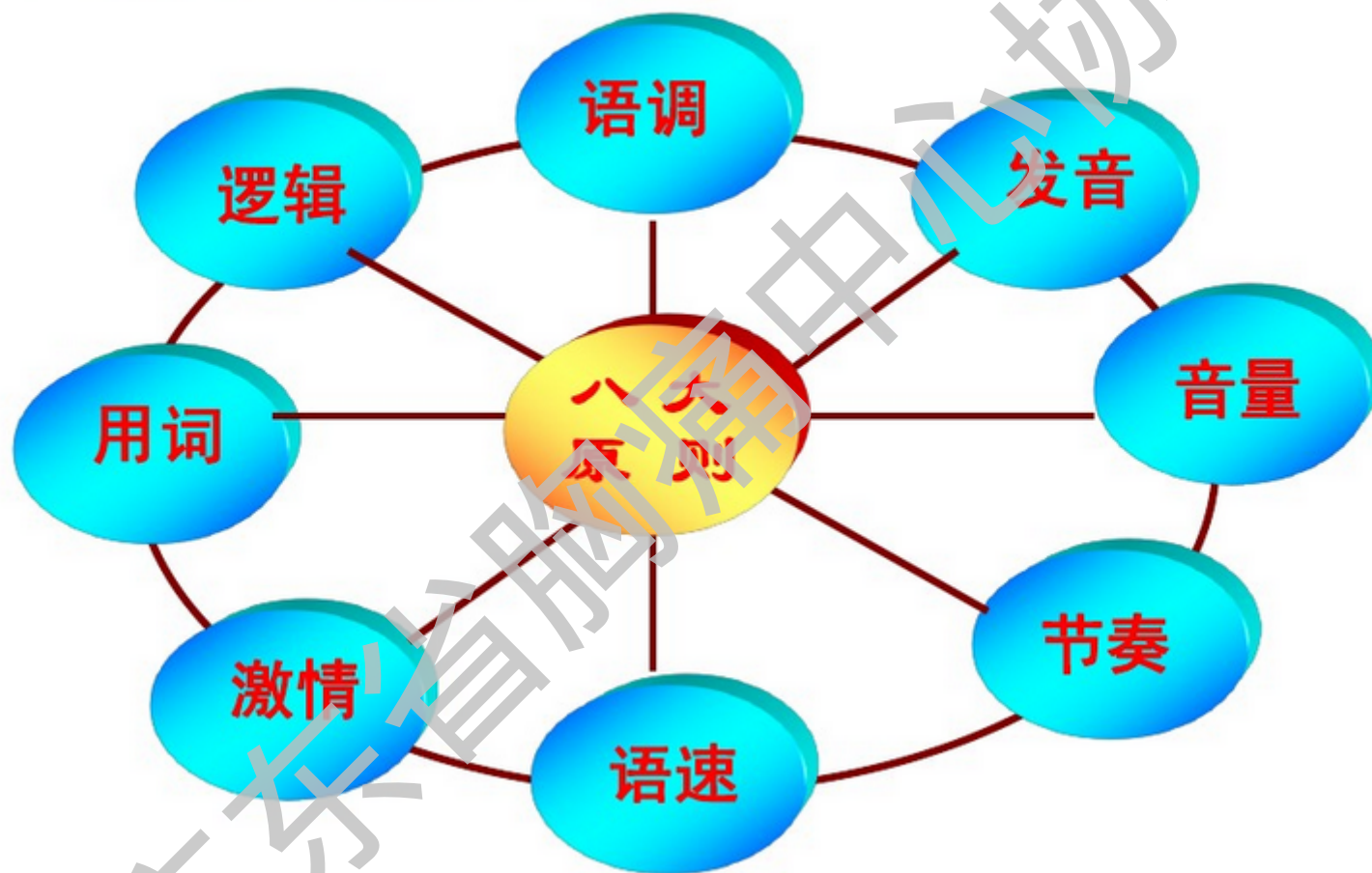
55 %

表情动作



评书演员最为典型

■完美声音的八大原则



谈话的对象

- 身份：农民、工人、干部、知识分子
- 先入为主，原先对疾病、医生、医院及社会的印象或看法
- 家属的心情：救治心切，忽略疾病的复杂性，转归的多样性，对医生抱有绝对期望！只能成功不能接受失败现实！但更多的是尽最大努力抢救，不计后果！
- 家属心态：缺乏对医生的信任，怀疑的心态面对医方举措！但更多是感谢、感恩！

谈话医师的心态

- 融入或走近家属的心境！同情心！施善心！视病人如亲人！
- 正确面对和应对家属的录音、过多的咨询或反复的强调！他们缺乏医学知识，请拿出您的耐心！
- 以实际行动感动患者及其家属！毫不犹豫地承担起我们尽力抢救的专业责任和保护人民生命安全的社会责任！
- 以专业知识为主导，规范行为！即是保护自己！

互动与沟通

- 欢迎家属提问相关问题，热情答疑！在交流中增加互信和友谊，或许成为朋友！
- 家属不问任何问题，医生更无法了解家属的想法和疑问，此时更需讲解相关内容
- 互动是形式，沟通是目的！达成共识才能贯彻治疗方案，落实医疗行为！

谈话者的特殊身份

- 桥梁作用，讲解疾病相关知识，让患者接受专业治疗
- 患者的代言人，有时因病情需要，要求家属给予配合
- 目标：唯一、明确的目标是为治病而谈
- 有时患者与家属想法不一样，沟通起来也有困难；而医师是其双方都可信赖的人
- 三者平等：患者、家属、医生目的相同

对疾病认知的把握

- 不同资历、职称的医生对疾病认识的深度不同，一般讲，复杂、危重、疑难疾病，需要由高级职称医生出面谈话！
- 医生对疾病及其危险分层把握准确，才能给家属讲解明白！
- 制定措施才能更加合理、奏效，起死回生！

对疾病救治的信心

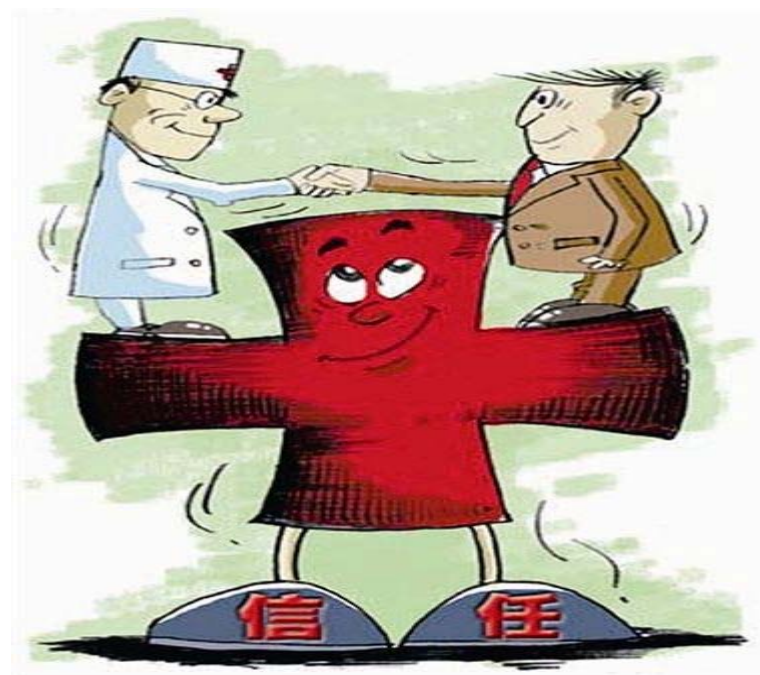
- 危及病人生命的胸痛原因，主要见于**ACS**、肺栓塞、主动脉夹层和张力性气胸等，按发病概率也可能是这种排序！
- 尽管病情危重，但均有相应办法处理，尽早诊断，规范治疗。发挥我们的积极主观能动性，为抢救患者生命而充分发挥我们的智慧！只有心存念想，才能有所追求！
- 救死扶伤是我们的责任，给家属交代清楚，家属一般是能够理解的！

对疾病转归的多样性的声明

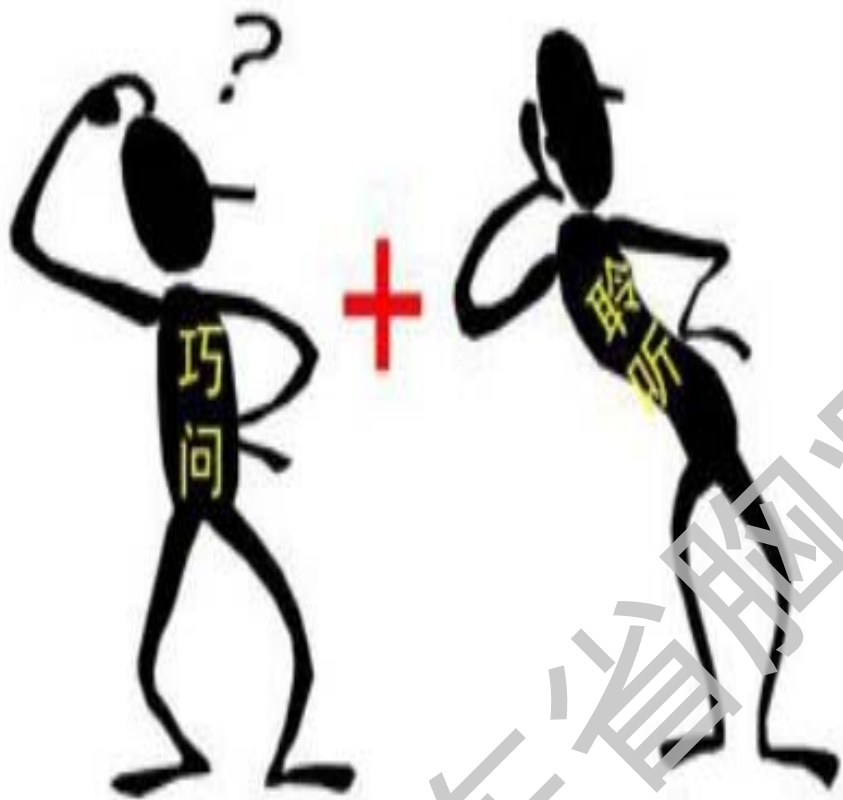
- 急性胸痛发病突然、表现凶险！对生命威胁较大，死亡率高！
- 一定向家属讲清楚，几种胸痛病因即使积极抢救，仍然有较高的死亡率！
- 向家属表明姿态，医生会尽其所能，为挽救生命而尽心尽力！
- 在抢救过程中，如有可能，应始终与家属保持良好的沟通状态！

谈话的开始

- 问候、称呼；
- 自我介绍：有助于消除陌生感，有利于缓解不安情绪；
- 解释谈话的目的：对于术前告知、危重病情告知等重要谈话应在谈话开始时明确谈话目的，这样有利于突出谈话重点，提升沟通效果。



谈话的过程



- 保持良好的气氛、热情的举止和得体的视线接触
- 起初开放性问题：以便于信息的收集
- 适当的时候使用闭合式提问
- 患者说话时要认真听：捕捉暗示、协助、澄清、回应

谈话的结束

- ♥ 总结患者所谈的内容，并询问患者总结是否准确。
- ♥ 询问患者想要补充什么沟通。
- ♥ 用感谢患者或关怀患者结束谈话。



具体技巧

- ♥ 不能逐个沟通，和主事的人沟通，和不相干的人不沟通。
- ♥ 集体沟通，有关系人员集中沟通。
- ♥ 医生护士反复交代同一件事情，容易产生前后不一致或矛盾。



具体技巧

- ♥ 明确的坚定说，不清楚的少说，模糊的留有余地。
- ♥ 可以说症状、治疗方法，对病因少说。
- ♥ 说目前，不说从前。
- ♥ 只说本科，不说他科，相互揭短只能把事情越来越糟。
- ♥ 保护同事同行就是保护自己。



具体技巧

- ♥ 不试图纠正患者和家属自以为是的错误
- ♥ 不强迫对方认同自己的观点正确
- ♥ 把话题转移到当下，你最关心问题，反复强调你的问题。
- ♥ 少用你听明白了吗？换用我给您说清楚了吗！



具体技巧

♥ 调动家属力量

- ▶ 忙碌，思维转移，家属空闲，过度关注病情
- ▶ 参与救治，心理安慰，学会赞美
- ▶ 看破不说破，心存感激
- ▶ 看破又说破，恼羞成怒
- ▶ 表扬皆喜欢！



具体技巧

❤️给家属台阶

- ▶你们真孝敬
- ▶你们尽力了
- ▶活着没质量、太受罪了
- ▶真没什么更好的办法了



具体技巧

♥ 发挥非语言行为的辅助作用

▶ 目光注视

▶ 面部表情

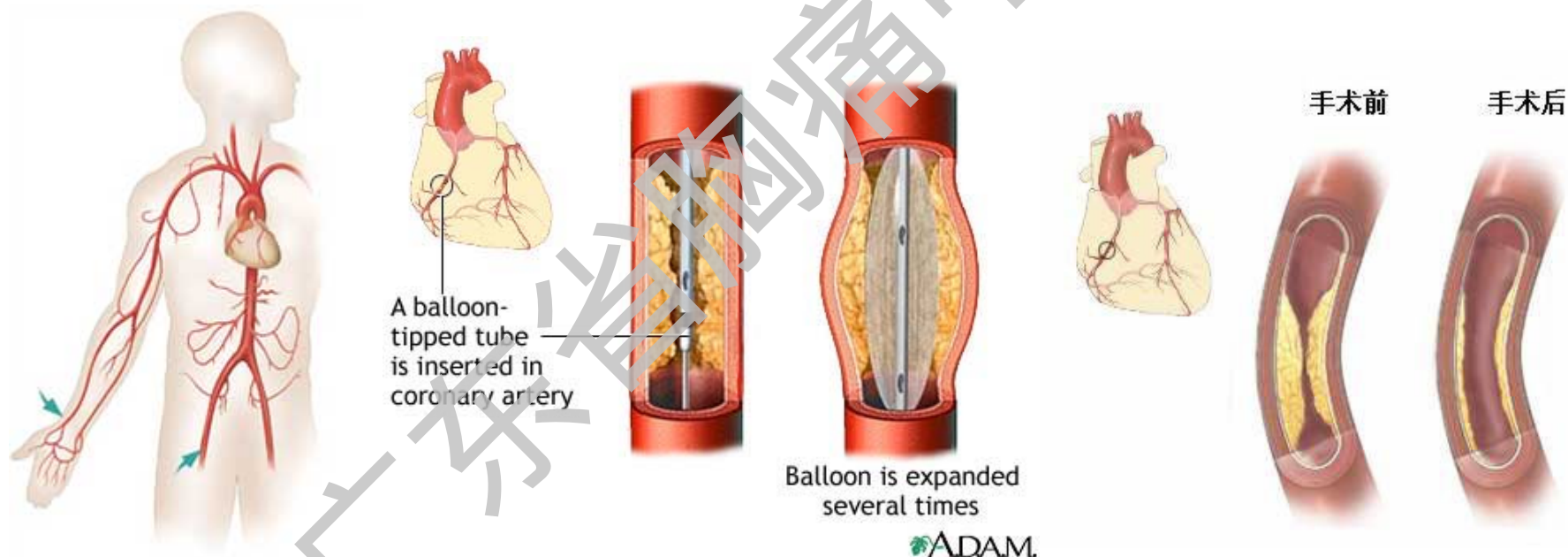
▶ 握手、拍肩、拥抱等



具体技巧

使用通俗易懂的专业挂图

（专业与非专业人士对话的有力武器）



特殊情况下的沟通技巧

- ♥ 愤怒者：找出深层次原因；提供发泄机会；
- ♥ 要求太高者：允许抱怨；表示理解；沉默
- ♥ 不合作者：主动沟通；了解原因
- ♥ 悲哀者：鼓励表达；理解；支持
- ♥ 抑郁者：体贴；关心
- ♥ 病情严重者：简短；明确；强调。
- ♥ 感知觉障碍者：非语言沟通



医患之间的沟通贯穿于整个诊疗过程，其重要性不言而喻，高效的医患沟通能够促使急性胸痛的救治达到事半功倍的效果，减少医患矛盾，改善医疗环境。



沟通案例

- 患者，男，52岁，持续胸痛5小时伴低血压，心电图V1-5导联ST段抬高。
- 测血压80/50mmHg,心率100次/分，呼吸28次/分，肺部可闻及明显细湿啰音，四肢发凉，反应迟钝！本次夜间发病外地120转来绕道PPCI；路上持续静注多巴胺。
- 原有高血压病史，每日抽烟一包近20年
- 诊断：急性前壁STEMI，心源性休克，Killipe分级 III级
- 暂短沟通：心源性休克死亡率约90%，器械支持下PPCI是最及时而有效的办法，能将死亡率降至50%左右！很多患者死在医院之外，您有机会转到我们胸痛中心救治是您的幸运！您同意我们指定的方案吗？家属立即表态同意手术。
- 点评：一家之主，夜间外地转来，要求迫切，专业救治单位，有效的治疗方案，风险仍然很高！点赞家属幸运之处！

耐耐!