

doi: 10.13241/j.cnki.pmb.2017.16.044

浅论神经外科医患沟通的特点、困境和技巧*

孔祥溢^{1,2} 马文斌¹ 李永宁¹ 杨义¹ 王任直^{1Δ}

(1 中国医学科学院 北京协和医学院 北京协和医院 神经外科 北京 100730;

2 哈佛大学医学院 麻省总医院 麻醉与疼痛科 波士顿 02114-3117 美国)

摘要:近年我国医患矛盾频发、医患关系紧张。有效的医患沟通,有助于提高医疗服务质量,保障医疗服务安全;有助于避免或减少医疗纠纷,构建和谐医患关系。神经外科疾病类型多,变化快,诊断复杂,进展迅猛,治疗风险和费用高,容易发生医患纠纷;优秀的神经外科医生应该掌握良好的医患沟通技巧,维系和谐医患关系。

关键词:神经外科;医患;沟通

中图分类号:R-052 文献标识码:A 文章编号:1673-6273(2017)16-3176-04

Brief Review about Features, Dilemmas and Skills of Doctor-Patient Communication in Neurosurgery*

KONG Xiang-yi^{1,2}, MA Wen-bin¹, LI Yong-ning¹, YANG Yi¹, WANG Ren-zhi^{1Δ}

(1 Dep. of Neurosurgery, Peking Union Medical College Hospital, Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing, 100730, China;

2 Department of Anesthesia, Critical Care and Pain Medicine, Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School,

Harvard University, Boston, Massachusetts, 02114-3117, USA)

ABSTRACT: In recent years, the conflicts between doctors and patients increase a lot in our country. Effective doctor-patient communications are very helpful for improving the quality of health care services and the safety of medical treatments, avoiding or decreasing medical disputes, and constructing harmonious relationship between doctor and patient. Since neurosurgical diseases are various, rapidly progressing, hard to diagnosed, and with high operative risks and treatment cost, conflicts between doctors and patients are easier to happen. A desirable neurosurgeon should master effective doctor-patient communicating skills to keep a harmonious doctor-patient relationship.

Key words: Neurosurgery; Doctor-patient; Communication

Chinese Library Classification (CLC): R-052 **Document code:** A

Article ID: 1673-6273(2017)16-3176-04

前言

沟通是内涵,是素养,也是一门艺术。随着生物-心理-社会医学模式逐渐成为主流,医患之间构建一种以患者为中心的关系模式势在必行。该模式强调医患间是一种相互尊重的、对等的、合作的关系,要求医生不仅要关注疾病治疗本身,更要关注患者的情感、期望及其对疾病的理解;不仅要具备精湛的医学知识,还要有良好的沟通技能和人文素养。医患沟通能力是医生的核心职业素养之一,即医生应掌握医患沟通的技术,这是构建和谐医患关系的基础。

近年来,我国的医疗纠纷事件越来越多,其原因包括医方法律意识欠缺、医院人文关怀欠缺、有效的医患沟通不足、患者对医疗活动参与意识加强、国家对医疗投入不足、尤其是社会医疗保障制度不健全等多个方面。医患关系的紧张不仅直接影响到患者的切身利益、医务人员的人身安全和正常的医疗秩序,而且阻碍了医疗卫生事业的健康发展;此外,还造成医疗诉

讼案件日益激增,给司法界也带来了巨大的诉讼压力。在众多科室中,神经外科的医患紧张尤其严重。神经外科的疾病谱很广,包括脑外伤、脑血管病、脑肿瘤、脊柱脊髓疾病、功能神经外科、神经系统先天畸形等,病情往往进展迅速,治疗风险大,费用高;容易出现医患纠纷。而从医患纠纷的发生发展特点和目前国内医患纠纷的普遍现状看,医患双方的沟通不足、医患双方角色认知偏差、对医疗过程的不合理期望是其主要原因。因此,了解神经外科临床实践中医患沟通的特点,认识神经外科医生告知坏消息时的心理困难,掌握神经外科恶性肿瘤领域、危重症领域医患沟通的技巧,对于提高医患沟通有效性、减少神经外科医疗纠纷至关重要。

1 神经外科恶性肿瘤、危重症领域的医患沟通特点

神经外科恶性肿瘤、危重症领域的疾病具有发病急、病情重、治疗风险大、花费高、预后不良等特点,这决定了神经外科医患沟通应该充分结合疾病特点,把握准病人与家属的心理状

* 基金项目:中国医学科学院青年科研基金项目(3332016010);北京协和医学院研究生创新基金项目(2015-1002-02-09)

作者简介:孔祥溢(1989-),博士研究生,主要研究方向:神经外科,电话:010-69152530, E-mail: XKONG@mgh.harvard.edu

Δ 通讯作者:王任直,电话:010-69152530, E-mail: wrzpumch@163.com

(收稿日期:2017-01-02 接受日期:2017-01-30)

态,运用切实有效的方法进行沟通。

1.1 神经肿瘤患者的沟通特点

神经外科的常见疾病类型之一是脑肿瘤,包括脑膜瘤、胶质瘤、垂体瘤、颅内淋巴瘤等等,在临床上可以表现为感觉功能障碍、言语障碍、偏瘫、视力视野障碍等。业已表明,神经系统胶质瘤患者很多属于C型性格,其普遍特征是抑郁、焦虑、孤僻、悲观^[1]。在这种烦躁、抑郁、焦虑的情绪状态下,脑肿瘤患者一方面期望手术成功、治疗有望,另一方面又对手术充满恐惧、担忧,甚至回避、否认。在强烈的情绪暗示下,行为倾向于消极悲观;患者家属在患者低落情绪影响下,也倾向于有选择地关注和记忆负面信息,也产生消极情绪,进一步加剧患者的不良心理状态,形成恶性循环。

在这种状态下,科学、合理、有效的医患沟通显得尤为重要。要做到个体化的沟通,准确把握病人及家属的性别、年龄、疾病类型、心理特点、家庭因素、婚姻状况、疼痛特点等具体情况至关重要;应该建立畅通的信息反馈渠道,缓解患者及其家属焦虑、抑郁、悲观、消极的情绪状态,提高其对疾病治疗的信心,以利于手术的顺利开展和术后良好恢复。另外,医生还须充分发挥社会和家庭的支持作用,因为家属、配偶、朋友的理解、支持和鼓励可以大大减轻患者的精神压力,增强患者战胜疾病的信心。

1.2 脑出血和脑外伤患者的医患沟通特点

神经外科常见的急重症包括脑出血和脑外伤,它们往往起病迅速、病情危重、并发症多、对生命造成极大威胁。脑外伤也可引起人格异常,患者往往表现出注意力不集中、学习能力下降、自知力和定向力差、时间感和空间感错乱等症状,严重的可以伴有偏执、躁狂、抑郁等。在患者不良情绪状态的感染下,家属也容易随之出现焦虑感、消极感、恐惧感等,难以理性地面对残酷现实。Reider教授等研究发现,患者因危重病住院时(尤其当患者本人表现出强烈的负面情绪时),其家属的焦虑、抑郁等负性心理情绪明显增加,严重削弱家属对患者的鼓励、支持作用^[2-4]。尤其是对于病情危重患者,可能会因医护人员忙于抢救,医患沟通不够而引发医患矛盾冲突^[5]。

2 神经外科医生告知坏消息的困难和障碍

"告知坏消息"是神经外科临床实践过程中医护人员面对的最大难题之一。医生所要挑战的不仅仅是疾病和患者的反应,还需要挑战自己的心理社会困境。

2.1 害怕使患者失去希望

面对对生命构成威胁的神经外科恶性肿瘤、神经危重症,每一位神外医生都希望患者能够生存下去,他们知道患者需要活下去的希望和勇气,因而格外担心自己的不当言行给患者以沉重打击。这种心理压力的存在常常导致神外医生,特别是年轻医生在面对神经危重症患者时,会表现出高度紧张的情绪状态。这种情绪状态有时会成为神经外科良好医患沟通的障碍。

2.2 自责、担心,无法控制的内心挣扎

治疗处置不当、无效或手术出现并发症会将医生置于一个非常尴尬的境地。一方面在内心责备自己的治疗或能力,一方面担心患者的安全,还不得不去向患者及其家属宣布坏消息。神经外科医生面临的多种心理冲突使"告知坏消息"成为一

种"畏难"处境。

2.3 不知道如何处理患者的情绪

在以往的医学教育中,没有任何教学环节来指导未来的医学生"处理患者及家属情绪的技能"。当他们向患者或家属宣布坏消息时,一旦出现对方情绪爆发(如放声痛哭等),很多年轻医生会不知所措,或者做出一些非专业的反应,如跟着对方哭,或者自己也动怒。

2.4 认为医生对患者产生情感是非职业的表现

长期以来,生物医学模式把疾病和死亡仅仅看做是医学问题而不是感情问题,医学生只是从教师那里学习如何认识和处理疾病,而忽略了学习管理患者及其家属的技能。美国、加拿大和以色列等国家的研究者发现,现代医学培训促使医生形成了对待患者非人性化的态度。在这样的医疗环境和医学教育背景下,医学生或年轻医师常常存在一个认识误区,即对患者产生情感是非职业化的表现。其实不然,医生对患者提供的情感支持不仅会减少患者对疾病类型和治疗结果的不确定感,而且对患者的治疗评价也具有显著影响。

2.5 不恰当的自我保护

一些神经外科医生向危重症患者或家属告知坏消息时,过度担心患者抱怨,担心出现医患纠纷。而这种担心往往使告知过程染上医生过度自我保护或推卸责任的色彩,如拖延告知、用患者不懂的专业语言搪塞掩盖真相或故意夸大病情等。

3 神经外科恶性肿瘤、危重症领域的医患沟通技巧

神经外科患者的痛苦和医生内心的挣扎都意味着告知坏消息是一个艰难的带有挑战性的行动。适宜的告知方式可以使医生经历更少的挫折,让患者及家属感受到更多的温暖与关怀,并减弱应激后障碍及其对身体的损伤^[6,7]。

3.1 在神经外科临床实践中建立良好的信任关系

"告知坏消息"不仅是神经外科医疗工作的必要环节,也是神经外科医生向患者及家属传递关怀和温暖,共同寻找希望、建立信任关系、结成治疗同盟的过程。因此,在这一阶段更需要以患者为中心,更需要医生对患者表达同情,更需要关注患者及其家属的情感反应。

3.2 神经外科患者及家属的管理

在每一位患者身边都围绕着多个家属,那么将坏消息告诉谁呢?神经外科医生面临的第一个问题是:是告诉患者还是告诉家属?第二个问题是:如果告诉患者家属,应该告诉家属中的哪一位?这涉及患者及其家属的管理问题。通常情况下,医生会将神经肿瘤、神经危重症患者的坏消息优先告诉家属,并帮助家属向患者隐瞒病情,但这不一定是最好的选择。有时候,医生也会应患者的要求,只将坏消息告诉患者本人,而不告诉家属。如果患者是一个自主性很强的人,他往往更倾向于要求医生将坏消息告诉他本人。因此对于神经外科医生而言,应该注意平衡患者本人和患者家属的个性特点及愿望,本着对患者有利的原则,向患者或家属宣布坏消息^[8,9]。

如果将坏消息告诉患者家属,建议让家属推举出"领导者",即"主事的人"。一般来讲,家中"主事的人"在家庭中有威望,能够做出家庭决策,且能够协调家庭成员之间的关系^[10]。神经外科医生首先将"坏消息"告诉"主事的人"并通过沟通与其

建立起良好的信任关系。该家属能够在未来的手术、放化疗和医患关系处理中发挥积极作用,例如鼓励患者与医生合作应对疾病的挑战,监督、支持患者的治疗过程,协调患者、家属与医生的关系。当患者与家属、患者家属之间在治疗方案、经济支出等问题上出现分歧,并有可能耽误患者治疗时,医生有必要出面协调患者与家属或家属之间的关系,协调过程中必须秉持"患者利益第一"的原则^[11-13]。

3.3 渐进的阶梯式告知

在神经外科临床实践中,医生可以依据自身的经验对神经肿瘤或神经危重症疾病的发展趋势做出一个基本判断,并采用渐进的阶梯式告知方式^[14]。如在恶性胶质瘤初诊阶段给予危险信号提示,以便患者提前有一些接受疾病的心理准备。在随后的检查过程中,随时和患者或家属沟通、讨论颅脑 MRI 或化验结果中出现的不良信息。当确切的诊断结果出来后,应清楚地向患者或家属解释病情、介绍可能的治疗方案,并根据患者的病情、患者的身体和心理承受能力,以及患者的家庭经济状况推荐备选治疗方案。

3.4 做好神经外科医疗工作过程的告知

对于处在神经外科重症监护室中,或手术过程中的患者,要尽可能做好治疗或处置过程的告知,随时让患者家属知道患者所处的状态,了解医生所做的努力,对于一些特殊的处置(如紧急开颅、脑室穿刺、脑室外引流、腰椎穿刺、调整化疗方案等),要通过书面形式(知情同意书)与患者家属进行沟通。

3.5 了解患者及家属的想法,接受他们的担忧

得到患颅脑恶性肿瘤、高危型脑血管病、颅脑重型创伤等坏消息后,患者和家属自然会有太多的担心和恐惧。这时,神经外科医生要耐心了解患者心中的想法,体察并接受他们的担心和恐惧。医生要意识到了解患者心中的想法,体察他们的感受对医疗决策和治疗效果是非常有帮助的,比如当患者因其家庭支付能力较差而很担心治疗费用太高时,治疗方案、药物使用方案就需要作相应的调整。在神经外科医患沟通中,接受患者的担忧对建立良好的医患关系是非常必要的,即使患者或家属的担忧和恐惧超出了常人的范围,医生也要表现出充分的理解^[15]。在此基础上,神经外科医生可以做一些心理疏导工作,帮助患者恢复平静。

3.6 恰当地表达同情与安慰

向神经肿瘤、神经危重症患者或家属表达同情与安慰是告知坏消息阶段必不可少的,但是过早、或走过场式地表达同情与安慰却有损于神经外科患者对医生的信任。安慰本身并不是一种有效的支持性反应,如果不了解患者及家属的想法,不知道患者的担忧所在,或者在融洽的关系建立之前,医生向患者或家属表达同情与安慰,给人的感觉就会很虚伪^[16,17]。因此,要想让神经外科患者及家属感受到真诚的同情与安慰,就要首先了解患者的信息、理解患者的想法、体察患者的感受。

3.7 给予切合实际的希望

每一位神经外科患者都希望自己的疾病能够治愈或有所改善,如果患者真的有望改善或康复,"给予希望"的话就可以轻轻松松说出来。但是面对那些改善和康复希望很小的神经危重症患者,比如患严重脑卒中或胶质母细胞瘤化疗失败的患

者,给患者以希望就变得非常困难^[18-20]。这种情况下要注意谈话技巧:①尽量从正面谈话。例如某颅脑重型创伤患者死亡的概率为 80%,存活概率有 20%,那么与家属交流时,可以突出 20%的成功机会。这样可以带动患者家属把希望放在这 20%的概率上。②实用辩证思维来劝解患者。例如:"肿瘤多亏发现得早,这已是不幸之中的万幸了";"否极泰来,不多想了,我们抓紧治疗,或许还有转机!";"了解患者及家属的"希望定位"和应对策略,如果患者是一个乐观的人,他自己就能够从厄运中找到希望所在。

3.8 提供支持,建立神经外科治疗同盟

听到坏消息后患者及家属都会产生非常无助的感觉,医生的支持性言行能够尽快帮助患者及家属恢复被"坏消息"破坏的动力系统,重新回到理智行动中来。医生可以诚恳地向患者或家属表达:"现在需要我们一起面对这个困难,我们不会丢下你们自己去应付这件事……必要的时候,我会帮你们请其他专家来会诊。"

4 结语

随着生物-心理-社会医学模式的普及,患者对优质医疗服务的要求越来越高,在医患矛盾频发、医患关系紧张的今天,和谐、有效的医患沟通愈发重要。良好的医患沟通需要医患之间的相互尊重和理解,也离不开家庭、社会的支持。神经外科疾病类型多,变化快,诊断复杂,进展迅猛,治疗风险和费用高,更应该格外强调掌握良好的医患沟通技巧,创建和谐的医患关系。

参考文献(References)

- [1] Cavers D, Hacking B, Erridge S E, et al. Social, psychological and existential well-being in patients with glioma and their caregivers: a qualitative study[J]. CMAJ, 2012, 184(7): E373-E382
- [2] Reider J A. Anxiety during critical illness of a family member [J]. Dimens Crit Care Nurs, 1994, 13(5): 272-279
- [3] Sottile P D, Lynch Y, Mealer M, et al. Association Between Resilience and Family Member Psychologic Symptoms in Critical Illness[J]. Crit Care Med, 2016, 44(8): e721-e727
- [4] Giles T M, Hall K L. Qualitative systematic review: the unique experiences of the nurse-family member when a loved one is admitted with a critical illness[J]. J Adv Nurs, 2014, 70(7): 1451-1464
- [5] Haerizadeh M, Moise N, Chang B P, et al. Depression and doctor-patient communication in the emergency department [J]. Gen Hosp Psychiatry, 2016, 42: 49-53
- [6] Aelbrecht K, Rimondini M, Bensing J, et al. Quality of doctor-patient communication through the eyes of the patient: variation according to the patient's educational level [J]. Adv Health Sci Educ Theory Pract, 2015, 20(4): 873-884
- [7] Datta S S, Tripathi L, Varghese R, et al. Pivotal role of families in doctor-patient communication in oncology: a qualitative study of patients, their relatives and cancer clinicians [J]. Eur J Cancer Care (Engl), 2016
- [8] Paternotte E, van Dulmen S, van der Lee N, et al. Factors influencing intercultural doctor-patient communication: a realist review [J]. Patient Educ Couns, 2015, 98(4): 420-445
- [9] Fillon M. New tool improves doctor-patient communication [J]. J Natl

- Cancer Inst, 2015, 107(4)
- [10] Lorusso D, Bria E, Costantini A, et al. Patients' perception of chemotherapy side effects: Expectations, doctor-patient communication and impact on quality of life - An Italian survey[J]. Eur J Cancer Care (Engl), 2016
- [11] Liu X, Rohrer W, Luo A, et al. Doctor-patient communication skills training in mainland China: a systematic review of the literature[J]. Patient Educ Couns, 2015, 98(1): 3-14
- [12] Ahmed F, Abel G A, Lloyd C E, et al. Does the availability of a South Asian language in practices improve reports of doctor-patient communication from South Asian patients? Cross sectional analysis of a national patient survey in English general practices[J]. BMC Fam Pract, 2015, 16: 55
- [13] Wu X, Wang Z, Hong B, et al. Evaluation and improvement of doctor-patient communication competence for emergency neurosurgeons: a standardized family model [J]. Patient Prefer Adherence, 2014, 8: 883-891
- [14] Loffler-Stastka H, Seitz T, Billeth S, et al. Significance of gender in the attitude towards doctor-patient communication in medical students and physicians [J]. Wien Klin Wochenschr, 2016, 128 (17-18): 663-668
- [15] Aelbrecht K, Rimondini M, Bensing J, et al. Quality of doctor-patient communication through the eyes of the patient: variation according to the patient's educational level [J]. Adv Health Sci Educ Theory Pract, 2015, 20(4): 873-884
- [16] Zhou Q, Shen J C, Liu Y Z, et al. Effects of doctor-patient communication on quality of life among breast cancer patients in southern China[J]. Asian Pac J Cancer Prev, 2014, 15(14): 5639-5644
- [17] Chen Y, Zhao Z N, Liu L K. Important doctor-patient communication ability for chinese medical students [J]. Asian Pac J Cancer Prev, 2015, 16(9): 4143
- [18] McGrath P, Henderson D, Tamargo J, et al. Doctor-patient communication issues for international medical graduates: research findings from Australia [J]. Educ Health (Abingdon), 2012, 25(1): 48-54
- [19] Matusitz J, Spear J. Effective doctor-patient communication: an updated examination [J]. Soc Work Public Health, 2014, 29 (3): 252-266
- [20] Ashraf B, Saaq M, Zaman K U. Qualitative study of Nocebo Phenomenon (NP) involved in doctor-patient communication[J]. Int J Health Policy Manag, 2014, 3(1): 23-27

(上接第 3124 页)

- [12] Song Nan, He Wen-Zhi, Wang Zhi-Min, et al. Effects of Zuogui Youguiwan and its disassembling recipe on osteogenic differentiation of bone marrow mesenchymal stem cells [J]. Chinese Journal of Pathophysiology, 2013, 29(7): 1268-1274
- [13] Meng Yue, Ren Yanling, Sun Yuejiao, et al. Impact of Zuogui Pill , Yougui Pill and Their Decomposed Recipes on the Expression of Renal Alkaline Phosphatase and Osteocalcin in Ovariectomized Osteoporosis Model [J]. Journal of Traditional Chinese Medicine, 2016, 57(5): 423-427
- [14] He Wenzhi, Song Nan, Wang Zhimin, et al. Left and right of the pill and its split medicated serum on bone marrow mesenchymal stem cell proliferation and osteogenesis induction [J]. Chinese Journal of Osteoporosis, 2013, 19(7): 697-702, 680
- [15] Pinto AH, Lange C, Pastore CA, et al. Functional capacity to perform activities of daily living among older persons living in rural areas registered in the Family Health Strategy [J]. Cien Saude Colet, 2016, 21(11): 3545-3555
- [16] Ayasreh N, Fernandez-Llama P, Lloret MJ, et al. Recombinant PTH associated with hypercalcaemia and renal failure [J]. Clin Kidney J, 2013, 6(1): 93-95
- [17] Kim M, Oh GJ, Lee YH. Gender-Specific Factors Associated with Suicide Attempts among the Community-Dwelling General Population with Suicidal Ideation: the 2013 Korean Community Health Survey[J]. J Korean Med Sci, 2016, 31(12): 2010-2019
- [18] Rapp K, Kampe K, Roigk P, et al. The osteoporotic fracture prevention program in rural areas (OFRA): a protocol for a cluster-randomized health care fund driven intervention in a routine health care setting[J]. BMC Musculoskelet Disord, 2016, 17(1): 458
- [19] Monroy-Cisneros K, Esparza-Romero J, Valencia ME, et al. Antineoplastic treatment effect on bone mineral density in Mexican breast cancer patients[J]. BMC Cancer, 2016, 16(1):860
- [20] Oh EG, Lee JE, Yoo JY. A systematic review of the effectiveness of lifestyle interventions for improving bone health in women at high risk of osteoporosis[J]. JBI Libr Syst Rev, 2012, 10(30): 1738-1784