



---

# 儿童抗生素合理使用

## 培训材料

---



香港中文大学 英国利兹大学 山东大学  
广西壮族自治区疾病预防控制中心

---

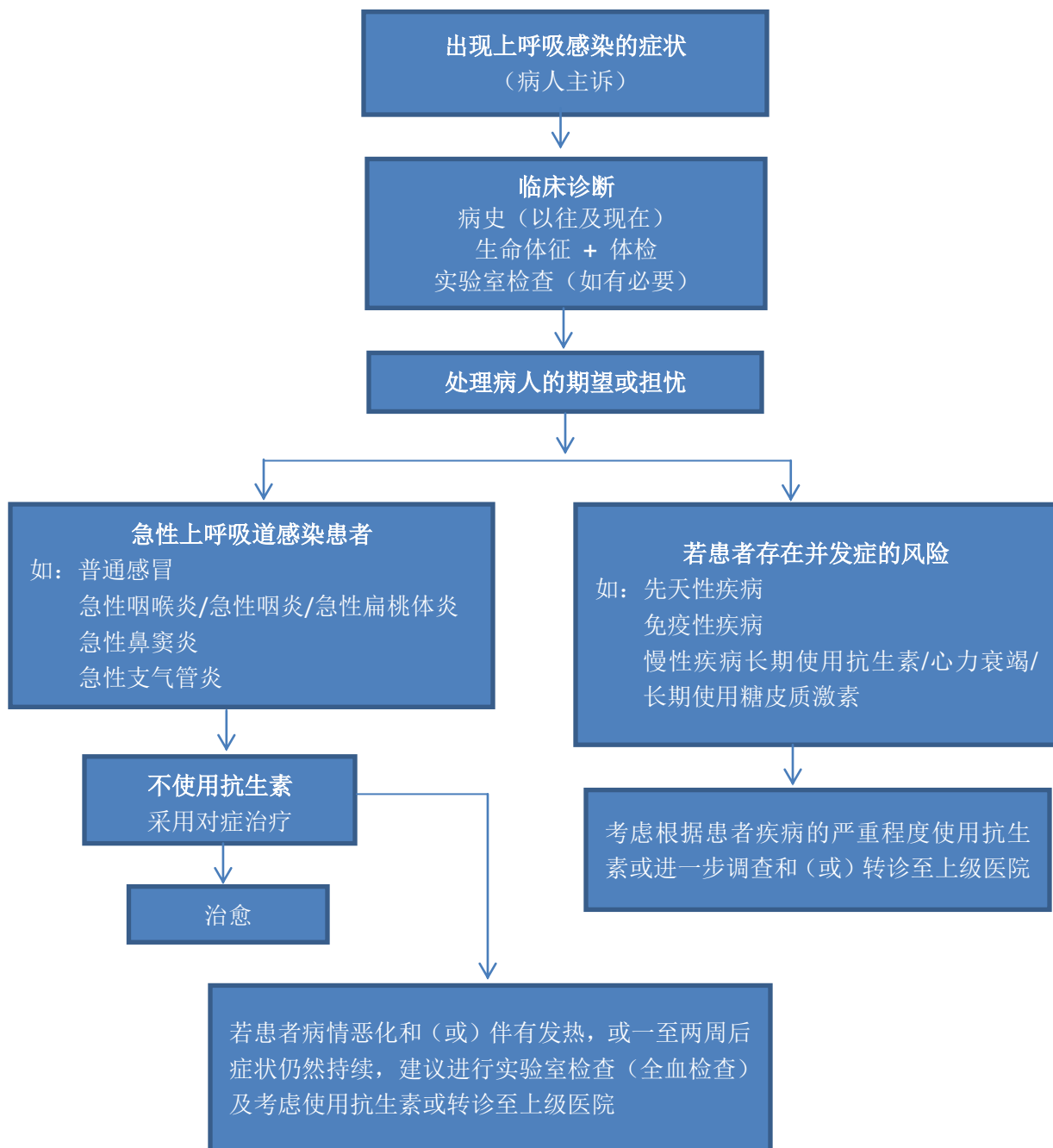
# 目录

<b>第一单元：诊断、治疗及管理</b> .....	- 1 -
(一) 诊断流程.....	- 1 -
(二) 儿童呼吸道感染诊断方法.....	- 2 -
(三) 经验性治疗.....	- 2 -
1. 什么是经验性治疗.....	- 2 -
2. 经验性治疗的必要性和合理性.....	- 3 -
(四) 常见疾病的诊断和治疗.....	- 3 -
1. 咳嗽/支气管炎.....	- 3 -
2. 鼻炎、鼻窦炎.....	- 4 -
3. 咽炎.....	- 5 -
4. 中耳炎.....	- 6 -
<b>第二单元：药品使用</b> .....	- 8 -
(一) 儿童生理特点和药物代谢特点.....	- 8 -
(二) 抗微生物药物对胎儿毒性.....	- 9 -
(三) 抗菌机制.....	- 10 -
(四) 儿童上呼吸道感染抗菌药物的应用原则.....	- 10 -
<b>第三单元：健康教育</b> .....	- 12 -
(一) 抗生素使用误区.....	- 12 -
(二) 在什么情况下使用抗生素.....	- 14 -
(三) 滥用抗生素的危害.....	- 15 -
(四) 患者宣教.....	- 16 -
<b>第四单元：沟通</b> .....	- 18 -
(一) 为什么良好的沟通是非常重要的？.....	- 18 -
(二) 沟通技巧.....	- 19 -
<b>第五单元：案例研讨</b> .....	- 22 -



## 第一单元：诊断、治疗及管理

### (一) 诊断流程



## (二) 儿童呼吸道感染诊断方法

由于儿童免疫系统仍未健全，因此儿童比成人更易患有上呼吸道感染的疾病，常见诊断方法如下：

### 1. 病史诊断

- 目前症状
- 既往病史（药物史、住院史、相关的伴随疾病、药物过敏史、家族病史）

### 2. 一般症状

- 最常见的症状：咳嗽，可伴有痰和鼻涕
- 其他症状：发烧、头痛、鼻塞或流涕、喉咙痛、打喷嚏及肌肉疼痛；胸闷、气紧、呼吸急促、呼吸困难和气喘。
- 发生部位：鼻、鼻窦、喉咙及耳朵。

### 3. 体检

- 测量体温（是否发热>38 摄氏度）；
- 测量呼吸速率（是否过快）；
- 检查相关部位：鼻腔及窦腔（是否流涕）、咽喉（是否有红色或白色渗出物）、耳朵（是否有渗出物、耳痛、鼓膜发红或膨隆）。

### 4. 实验室检查

- 尿检（是否有亚硝酸盐或白细胞浓度是否偏高）；
- 全血检查（白细胞、嗜中性粒细胞、C 反应蛋白是否偏高）

## (三) 经验性治疗

### 1. 什么是经验性治疗

经验性治疗是指在尚未或不能获得病原学诊断情况下，参考下列信息和知识而实施抗菌治疗：

- 某类（种）感染的病原谱及其流行病学分布规律和相关危险因素；
- 临床病情和病理生理：严重程度、免疫状态、用药限制因素（肝、肾功能）；
- 抗生素知识；
- 当地耐药情况；
- 指南和循证医学证据。

## 2. 经验性治疗的必要性和合理性

- 临床微生物诊断技术发展滞后和局限性；
- 某些部位的感染非创伤性手段难以获得无污染诊断标本；
- 临床感染本身的复杂性和某些不确定性；
- 为改善预后，任何感染特别中、重症感染都必须及早抗菌治疗；
- 广谱、强效抗菌药物的发展使经验性治疗的疗效在相当大程度上得以实现或保证。

## (四) 常见疾病的诊断和治疗

### 1. 咳嗽/支气管炎

#### a) 诊断：

- 咳嗽、支气管炎主要由病毒性病原微生物感染引起，呼吸道炎症和痰液产生均为非特异反应，并非说明一定是由细菌引起的。

#### b) 不使用抗生素治疗的情况：

- 对于咳嗽少于 10 至 14 天且没有肺炎体征的小儿不应使用抗生素，采取对症治疗。

#### c) 什么情况下需考虑使用抗生素：

- 疑似肺炎，胸片显示局部渗透性改变、呼吸急促或有中毒表现，症状

会因患者是否为细菌性或病毒性的肺炎而变化：

- 症状会因患者是否为细菌性或病毒性的肺炎而变化；
  - 病毒性肺炎最初的症状与流感症状相同，表现为发热、干咳、头疼、肌肉疼痛及乏力。在 12 至 36 小时内，呼吸将越来越困难，咳嗽越来越厉害并伴有粘液。高烧，可出现嘴唇发紫；
  - 若患有细菌性肺炎，发热可达 40.5℃。该种肺炎通常会大量出汗同时呼吸加速、脉搏加快。嘴唇和甲床由于缺氧，可能会出现淤青的颜色。患者可能会出现神志不清的症状。
- 咳嗽大于 10 至 14 天仍未见好转，可考虑使用抗生素。
  - 对于年龄大于 5 岁的患儿，如怀疑是有支原体感染或百日咳，可以使用大环内酯类抗生素（红霉素）。

## 2. 鼻炎、鼻窦炎

### a) 诊断：

- 普通感冒、咳嗽、流鼻涕可能会持续 14 天或以上，相比其他症状来说，持续时间要更长；
- 大多数病毒性的上呼吸道感染涉及鼻窦，仅有少数会并发细菌性鼻窦炎。

### b) 不使用抗生素治疗的情况：

- 病毒性鼻窦炎不应使用抗生素；
- 黏脓性鼻炎（浓稠的、不透明的或无色鼻涕）常伴有病毒性鼻窦炎，但这并不表明需要使用抗生素，除非在患病超过 10 至 14 天仍未见好转；

**注意：**粘液分泌物变黄、变稠、变绿是病毒性上呼吸道感染的正常病程变化，并非提示要用抗生素；对病毒性上呼吸道感染使用抗生素并不会缩短病程或预防细菌性感染。

**c) 什么情况下需考虑使用抗生素：**

- 对于鼻窦炎
  - 流鼻涕或日间咳嗽持续超过 10 至 14 天仍未见好转的；
  - 出现严重的鼻窦炎感染症状/发热高于 39℃并伴有浓涕/面部疼痛或压痛/眶周肿胀时。
- 合理的抗生素使用：
  - 针对可能的病原菌使用一线抗生素，例如阿莫西林/克拉维酸（阿莫西林每日 80-90mg/kg 和克拉维酸每日 6.4mg/kg，分两次服用，每次剂量不超过 2g）；
  - 一般 2-3 天能够见到症状好转，症状好转或消失后需要继续治疗 7 天，总的疗程一般在 10-14 天；
  - 如果症状反复出现或原因不明，考虑转诊给耳鼻喉医生进行进一步检查。

### 3. 咽炎

**a) 诊断：**

- 显著的鼻液溢、咳嗽、喉咙嘶哑、结膜炎通常是由病毒引起的；
- 快速链球菌检测或细菌培养阴性（如果实验室条件允许）。

**b) 不使用抗生素治疗的情况**

- 咽炎患儿若未诊断为 A 型链球菌感染，则不应使用抗生素，对症治疗即可。

**c) 什么情况下需考虑使用抗生素**

实验室诊断为 A 型链球菌感染的：



- 使用青霉素治疗 A 型链球菌感染患者；
- A 型链球菌对青霉素均无抗药性。青霉素对 A 型链球菌的治疗可达到 90% 的有效率, 对于预防急性风湿热来说, 有效率可能更高；
- 青霉素过敏时, 可改用红霉素。

#### 4. 中耳炎

##### 急性中耳炎

###### a) 诊断:

确诊急性中耳炎需满足以下 3 个条件:

- 有急性发作的症状 (如发热、淋巴结肿大、喉咙痛、肌肉疼痛、心悸);
- 中耳道有液体渗出 (鼓膜发红/肿胀/移动受限; 耳漏);
- 中耳道有炎症反应 (明显的鼓膜红斑或明显的耳痛)。

###### b) 治疗管理:

- 对中耳炎患者的管理需知道患者疼痛的程度, 若疼痛较明显, 医生应建议患者使用镇痛药物。
- 需遵循年龄及疾病的严重程度:

年龄	情况	处理
<6 个月	不管能否确定是细菌性感染还是病毒性感染	抗菌治疗
>6 个月	明确是细菌性感染	抗菌治疗
	不能确定病原体类型, 但症状严重	抗菌治疗
	不能确定病原体类型, 症状不严重	对症治疗, 临床观察

- 注意事项
  - 仅在能确保随访的情况下才考虑使用临床观察法，如果症状持续或恶化，则应该使用抗生素；
  - 症状不严重指轻微耳痛及在过去 24 小时内发热低于 39℃；
  - 症状严重指中度到强烈耳痛或发热大于 39℃的；
  - 当医生决定使用抗菌剂进行治疗时，医生应对大多数小儿使用阿莫西林；
  - 如果患者在 48 至 72 小时内未对最初的管理方案出现任何效果，医生必须重新诊断是否为急性中耳炎并排除其他病因。确诊为急性中耳炎后，若最初为临床观察法的，则开始使用抗菌疗法；若最初使用抗生素的，则选用其他药物。

### 渗出性中耳炎

#### **a) 诊断:**

- 有渗出物（包括静止的鼓膜）；
- 没有急性症状（如发热、淋巴结肿大、喉咙痛、肌肉疼痛、心悸）；
- 经常发生非特异性的症状（如鼻炎、咳嗽）。

#### **b) 治疗管理:**

在以往的治疗中，对渗出性中耳炎使用抗生素并未被证明是个有效的长久治疗方案；

- 当家长或护理人员对潜在的手术表现出强烈的厌恶时，可以采取 10 至 14 天的单一药物治疗；
- 若双侧耳道积液持续三或三个月以上时，应使用抗生素。

## 第二单元：药品使用

### (一) 儿童生理特点和药物代谢特点

#### 1. 吸收

静脉滴注给药成为新生儿抗菌药物使用的主要途径。

#### 2. 分布

- 新生儿体液占体重的 80%、1 岁婴儿 70%、成人则 60%；同时，小儿组织间液高于成人，达体重 40%以上，成人仅 20%。因此，水溶性药物在小儿体液内分布相对广泛，血峰浓度低（青霉素、头孢菌素、氨基糖苷类等）；
- 药物分布至细胞外液后，其排泄相对缓慢，导致药物的半衰期延长；
- 血脑屏障不完善，通透性相对高，有利又有弊；
- **血浆蛋白结合率低于成人。**血浆蛋白偏低，而血 pH 偏酸，这均可影响药物与血浆蛋白的结合；
- **游离脂肪酸高。**构成另一与白蛋白结合的竞争因素，故新生儿血浆游离药物多，药物的游离部分易进入组织；
- 磺胺药与血浆蛋白的亲合力强于胆红素，致使较多游离胆红素进入血液循环，并可沉积在脑组织引起核黄疸，故这类药物**不宜在新生儿尤其早产儿使用**；
- **头孢曲松在新生儿黄疸时慎用/不宜使用。**

#### 3. 代谢

- **酶系统不足或缺乏。**新生儿肝脏中的细胞色素 P450 酶含量仅为成人

的近 30%，各种单胺氧化酶的活性约为成人的 50%，其他药酶如乙醇脱氢酶（ADH）、血浆酯酶、N-乙酰转移酶和葡萄糖醛转移酶等在新生儿期间酶的活性均偏低下；

- 年龄越小，肝内各种酶活性越低，使药物代谢较慢，药物易在体内蓄积。氯霉素在新生儿引起灰婴综合征就是由于肝内葡萄糖醛转移酶活性低下和肾排泄差致血中游离氯霉素过高所致；
- 新生儿红细胞中缺乏葡萄糖-6-磷酸脱氢酶，在应用磺胺药和呋喃类药物时可出现溶血现象。

#### 4. 排泄

- 肾小球滤过（成人的 30~40%）、肾小管再分泌（成人的 20~30%）和浓缩功能均比成人差；
- 主要由肾小球滤过排出的抗生素，如青霉素类、头孢菌素类、氨基苷类的排出均可减少，**血药浓度增高和血半衰期延长**（丁胺卡那：成人半衰期 2.2h，新生儿半衰期 4~8h，缺氧新生儿  $9 \pm 3.1h$ ）；
- 青霉素 G 半衰期在生后 0-6d 者长达 3.2h， $\geq 14d$  则减为 1.4h。过高的血药浓度致脑脊液药物浓度升高而发生青霉素脑病，症见昏迷、抽搐等；
- 氯霉素在新生儿半衰期长达 250h，而成人仅 1.5h。

## (二) 抗微生物药物对胎儿毒性

**磺胺：**高铁血红蛋白症、出血、溶血、贫血、黄疸

**呋喃妥因：**出血、溶血和贫血

**氯霉素：**灰婴综合征、唇裂、腭裂

**四环素：**牙齿黄染、釉质发育不良、骨生长迟缓

**新霉素：**胆红素代谢障碍、肾功能损伤

**金刚烷胺：**单心室、肺不发育/发育不良、骨骼畸形

**氨基糖苷类：**听力障碍、耳聋

**喹诺酮类：**长骨软骨发育障碍

### (三) 抗菌机制

抗菌药物对病原菌高度的选择性毒性作用，是由于抗菌药物作用于病原菌某些特殊的靶位，干扰了病菌正常的生化代谢过程，影响其结构或功能，致使其失去生长繁殖的能力而达到抑制、杀灭的作用。主要有 4 种机制：抑制细菌细胞壁的合成、与细胞膜相互作用、干扰蛋白质的合成以及抑制核酸的转录和复制抑制。

### (四) 儿童上呼吸道感染抗菌药物的应用原则

- 小儿上感首选口服或直肠给药，因给药方便、安全、经济。上感用药后症状减轻要有一定过程，不可操之过急，一般来讲，上感需要 5-7 天才能完全康复。
- 输液并非是治疗上感的最好方法，盲目的输液轻者增加患儿痛苦，严重时可危及生命。
- 治疗上感时口服用药比打针输液要安全，在病情确实需要时再进行输液。重症及全身感染患者初始治疗应静脉给药，剂量宜较大（治疗剂量范围高限）以保证疗效，病情好转后能口服及早转为口服药，儿童应用抗生素需按体重计算剂量，新生儿需按日龄调整，由于其肾功能不完善，对主要经肾排出的青霉素、头孢菌素等药物需减量应用，以

防止药物在体内蓄积导致严重的中枢系统毒性反应的发生。

- 因感染不同而异，一般用至体温正常、症状消退 72h-96h。溶血性链球菌咽炎和扁桃体炎需较长疗程，一般 10d，急性细菌性中耳炎 7d-10d，急性细菌性咽炎和扁桃体炎需较长疗程 10d-14d。肺炎疗程根据不同病原菌、病情严重程度、基础疾病等因素而定。CAP（社区获得性肺炎）的疗程一般抗生素用至热退和主要呼吸道症状明显改善后 3d-7d，流感嗜血杆菌肺炎 14d，葡萄球菌肺炎 28 天，肠杆菌肺炎 21d，铜绿假单胞杆菌肺炎 28d，支原体或衣原体肺炎，嗜军团菌肺炎 21d，真菌性肺炎疗程 1 个月。

## 第三单元：健康教育

### (一) 抗生素使用误区

1. **认为进口抗生素比国产抗生素好；**
2. **认为广谱抗生素比窄谱抗生素好：** 抗生素使用原则是能用窄谱的不用广谱，能用低级的不用高级的，能用一种解决的就不用两种，轻度或中度感染一般不联合使用抗生素。在没有明确病原微生物时可以使用广谱抗生素，如果明确了致病的微生物最好使用窄谱抗生素。否则容易增强细菌对抗生素的耐药性；
3. **认为价格贵的抗生素比较好；**
4. 临床医生未能认识到抗生素滥用实际上是抗生素疗效不佳的主要原因；
5. **认为抗生素可以预防感染：** 抗生素仅适用于由细菌和部分其他微生物引起的炎症，对病毒性感冒、麻疹、腮腺炎、流感等患者给予抗生素治疗有害无益。抗生素是针对引起炎症的微生物，是用以杀灭微生物的，并没有预防感染的作用，相反，长期使用抗生素会引起细菌耐药；
6. **抗生素可以外用：** 不少外科医生经常把抗生素配成液体冲洗伤口，有的在术后向伤口内撒抗生素粉剂；
7. **新的抗生素比老的抗生素好：** 不少人认为抗生素“越新越好”，“越贵越好”，“越高级越好”。其实每种抗生素优势劣势各不相同，一般都要因病，因人选择。有的老药药效比较稳定，价格也比较便宜，再加上人们不经常使用，疗效可能更好；
8. **抗生素是消炎药：** 多数人误认为抗生素可以治疗一切炎症。实际上抗生素仅用于由细菌引起的炎症无效。人体内存在大量正常有益的菌群，

如果用抗生素治疗无菌性炎症，这些药进入人体内后，将会压抑和杀灭人体内有利的菌群，引起菌群失调，造成抵抗下降；

9. **忽视抗生素的特殊不良反映：**二重感染，长期或大剂量使用广谱抗生素，由于体内敏感细菌被抑制，而未被抑制的细菌以及真菌趁机大量繁殖，引起菌群失调而治病，以老年人、幼儿、体弱及合并应用免疫抑制剂的患者为多见；
10. 医生在开处方时过分依赖自身临床经验而忽略了患者本身存在的问题，少数医师在临床中并未对患者进行详细的细菌培养和药敏检测，进而导致治疗效果不理想，而治疗效果不理想的处理方法就是更换抗生素治疗，增加了不必要治疗的存在；
11. **频繁更换抗生素：**抗生素的疗效有一个周期问题，如果使用某种抗生素的疗效暂时不好，首先应当考虑用药时间不足。此处，给药途径不当，以及全身的免疫功能状态等因素也有可影响抗生素的疗效。如果与这些因素有关，只要加以调整，疗效就会提高。频繁更换药物，会造成用药混乱，从而伤害身体。况且，频繁换药很容易使细菌产生对多种药物的耐药性；
12. **使用抗生素的种类越多，越能控制感染：**现在一般来说，不提倡联合使用抗生素。因为联合用药可以增加一些不合理的用药因素，这样不仅不能增加疗效，反而降低疗效，而且容易产生一些毒副作用、或者细菌对药物的耐药性。所以合并用药的种类越多，由此引起的毒副作用、不良反应发生率就越高。一般来说，为避免耐药和毒副作用的产生，能用一种抗生素解决的问题绝不应使用两种。



## (二) 在什么情况下使用抗生素

本节以急性中耳炎及喉痛为例：

### 1. 急性中耳炎

在以下情况下可**立刻**使用抗生素：

- 多系统功能出现障碍；
- 严重并发症的高危人群（如心脏、肺部、肾脏、肝脏或神经肌肉疾病、免疫抑制、或囊胞性纤维症及早产儿）；
- 患有急性中耳炎超过 4 天并未见好转的。

根据病情的严重程度，考虑使用抗生素治疗：

- 小于 2 岁并患有双侧急性中耳炎的；
- 耳道出现与中耳炎有关的穿孔和（或）排泄物的儿童；

### 2. 喉痛

当喉咙痛患者在不使用抗生素的条件下，情况也不会恶化时，建议患者先观察一段时间，再根据情况考虑是否需要使用抗生素。

在以下情况下可**立刻**使用抗生素：

- 潜在罹患严重并发症风险的人群；
- 患有心脏瓣膜病的。

对于以下人群，可酌情放宽对抗生素使用的限制：

- 罹患严重感染的高风险人群（如糖尿病人或免疫功能不全的）；
- 罹患免疫抑制疾病的风险人群；

- 有风湿热病史的人群。

如果需要使用抗生素，那么我该使用哪一种？

- 连续使用 10 天青霉素；
- 如果对青霉素过敏，则连续 5 天使用红霉素或克拉霉素；
- 避免在不清楚病原体的情况下随意使用广谱青霉素（如阿莫西林和氨苄青霉素）。

### **(三) 滥用抗生素的危害**

#### **1. 诱发细菌产生耐药性**

滥用抗生素最严重的危害是造成细菌等微生物的耐药性。许多抗生素若选用不当，剂量不足，疗程过短，常可使病原微生物产生耐药性，使药效减低或失去疗效。甚至造成耐药菌的蔓延，也使其他人得病后造成治疗上的困难。

#### **2. 引起二重感染**

抗生素在杀菌的同时，对机体内的益生菌也有抑制与杀灭作用，如果长期大量使用广谱抗菌药物，益生菌被破坏，不敏感的细菌趁机大量繁殖，引起机体二重感染，给疾病的防控带来很大的麻烦，并产生严重的不良后果。

#### **3. 对人体器官的损害**

抗生素杀灭病原菌，几乎同时造成人体各种器官的损害，包括肝肾损害等。红霉素、氯霉素、林可霉素、四环素等抗菌药物，主要经胆汁排泄，当肝功能不全时，药物在体内滞留时间延长，对肝毒性加大。大多数药物在体内的排泄主要通过肾脏，故肾脏很容易受到药物损害。

#### 4. 对不同年龄段的人造成不良影响

儿童由于身体器官发育不成熟，滥用抗生素，很容易造成儿童各器官损伤。老人由于器官生理功能逐步衰退，对药物反应性增加，不良反应增多。

#### 5. 干扰和掩盖患者病情

由于感染性疾病不合理地使用抗生素，致使对诊断有参考价值的症状和体征被掩盖，有时因延误诊断而错过最佳治疗时机，包括抗生素产生的毒副作用造成对治疗上的干扰和误导等。

#### 6. 引起资源的浪费，增加患者负担

目前我国滥用抗生素的情况相当普遍，由于长期、广泛、大量的使用，临床上存在的抗生素滥用和浪费现象日益严重。有分析说，我国的抗生素有 40% 用于预防；1/3 以上的抗生素使用者根本不需要使用抗生素。

### (四) 患者宣教

1. 感冒后会出现哪些症状？
  - 鼻塞、流鼻涕；感冒初期为清涕，之后变为黄绿涕；可能会喉咙痛；可能会咳嗽；通常会发烧。
  - 普通感冒由病毒引起。
2. 感冒持续多久？
  - 普通感冒通常会持续 7-10 天，抗生素或其他药物均不能使感冒时间缩短，而咳嗽可能会持续数周。
  - 请保持耐心！
3. 感冒的频率：
  - 学前儿童每年会感冒 6-12 次，大都发生在冬季。
  - 感冒可增强自身免疫力，强健身体。
4. 感冒如何在人群间传播？
  - 感冒患者在咳嗽或打喷嚏时通过空气传播；通过手的接触传播；通过接触感冒患者用过的东西或把它们放入口中传播。

5. 感冒可以避免吗？
  - 感冒是不可避免的，因为很多孩子聚集在学校或幼儿园，而且病毒通常是在感冒发生前传播的；
  - 没有必要去避免感冒，因为普通感冒是无害的；
  - 七岁以前的儿童一般会感冒 30-50 次。
6. 如何预防感染，保持健康？
  - 饭前便后洗手；使用液体肥皂、纸巾；咳嗽、打喷嚏时候用手肘遮住；有规律地休息和睡眠；吃健康食物，多锻炼。
7. 免疫系统是什么？
  - 免疫系统是人体自身的防御系统，用以消灭致病细菌和病毒；
  - 免疫系统是人体自身持有的武器，可以治愈感冒。
8. 如何增强自身的免疫系统？
  - 吃健康食物；接种疫苗；有规律地睡眠和休息；多做户外活动和锻炼身体；避免吸烟，包括二手烟。
9. 是否使用抗生素？
  - 抗生素只可杀灭细菌，对病毒无效；
  - 普通感冒由病毒引起，因此使用抗生素没有任何帮助；
  - 感冒的时候，请相信自身的抵抗力和免疫系统；
  - 如果只是轻微的耳痛和喉咙痛，服用抗生素，并不会使你恢复地更快。因此，不必使用抗生素；
  - 只有病情不缓解或加重时，再去医院就医。
10. 抗生素的副作用有哪些？
  - 抗生素使用得越多，有益细菌和致病细菌产生耐药性的风险越大；
  - 耐药细菌学会了如何抵抗抗生素，导致当患者病情严重需要使用抗生素时，抗生素却不再有效；
  - 抗生素会杀死多种细菌，包括导致严重疾病的细菌和有益细菌；
  - 我们体内有很多有益菌，他们帮助我们保持健康和良好的状态，在我们使用抗生素进行治疗时，很多有益菌也被消灭了，这就是为什么很多时候，服用抗生素后不久又会生病；
  - 抗生素有时会引起皮肤过敏、胃疼和腹泻。

## 第四单元：沟通

有效的沟通是医疗服务质量的重要保障。良好的沟通有助于准确获取病人症状，传达病人诊断和医疗信息。任何人都可以提高沟通技巧，即使他们已经工作了很多年。良好的沟通技巧可以使病人心里感到舒服，他们可以自由地讨论他们的症状。这样就有助于你获取诊断所必须的信息，帮助提高病人的治疗依从性。

### (一) 为什么良好的沟通是非常重要的？

#### 1. 有利于医生全面掌握病史、病情，以提供正确的诊断及治疗

由于患者的受教育程度、语言表达能力、生活习俗等因素的影响，部分患者在就诊过程中不能清楚、完整地描述自己的病史与症状；此外，如果医生询问不当或医生听取患者讲述病史不仔细、不认真，也会无法收集到完整、准确的病史资料，而良好的沟通则有利于医生全面掌握病史和病情，并据之做出正确的诊断和治疗。那么为什么询问病史需要有良好的沟通技巧呢，因为病人常常担心：

- 疾病的起因，病程长短，能否治愈，如何控制；
- 担心害怕隐私和保密问题；
- 担心医生的态度；

#### 2. 有利于保证患者的规律治疗

医生告知患者诊断结果后，需要向患者解释为什么需要或不需要使用抗生素，滥用抗生素会有什么危害等，医生解释病情的方式和技巧会直接影响到患者的理解与配合。医生必须让患者清楚地意识到其治疗方案和坚持疗程的重要性，才有助于提高患者的治疗依从性。

同时，医生表现出关心患者的态度，患者会感觉到亲切和信任，这也

将有助于提高患者的治疗依从性；医生表情冷漠或态度恶劣，患者将不愿意回到原诊疗机构进行复检，导致中断治疗。

### 3. 改善医患关系，减少医疗纠纷

据调查，80%的医疗纠纷与医患之间缺乏有效沟通导致的相互误解有关。有效的沟通可以使患者充分了解诊断和治疗过程中可能出现的各种问题，也可以使医生全面掌握患者在治疗过程中所遇到的各类问题，及时正确地处理并加以解释和正确引导，这样可以进一步增加医患间的相互信任和谅解，避免由于沟通不畅产生的误解及纠纷。

有效的沟通包括两个层面：

- 医生务必对病人的感受和态度持同情和包容的态度；
- 医生务必能够恰切地应对病人的态度和问题。

## (二) 沟通技巧

一个能记住这些沟通技巧的方法就是记住一个英文缩略词：WELL（中文为“好”）。

### **W= 欢迎病人（Welcome）**

- 保证不受干扰且保密
- 用礼貌的方式向病人问候（例如：“你好……请进”）
- 请他/她坐下
- 询问他/她的姓名
- 表示同情(我明白你的感受)

### **E = 鼓励病人说话（Encourage）**

- 询问一般的问题“你有什么不舒服”、“你关心什么”
- 允许病人回答
- 点头、同意或说“请多说一些这个情况”来帮助病人陈述

**L = 眼睛正视病人 (Look)**

- 确定你的面部表情是温和友善的
- 他/她说话的时候，你的眼神保持注视着他/她
- 观察他/她的情绪，以及他/她的一般身体状况

**L = 倾听病人声音 (Listen)**

- 仔细倾听病人的叙述且不要打断他/她。
- 表示你对他/她所说的很感兴趣

通过与病人良好的沟通，我们可以提高病人对其病情的认识。病人对病情有了良好的认识，就很可能坚持完成整个疗程并最终治愈。

**有效沟通的原则**

首先，医生必须对病人细心并善于接受病人的情绪及意见。想象一个病人正在等待检查结果的时候，焦虑和担心的心情是在所难免的。

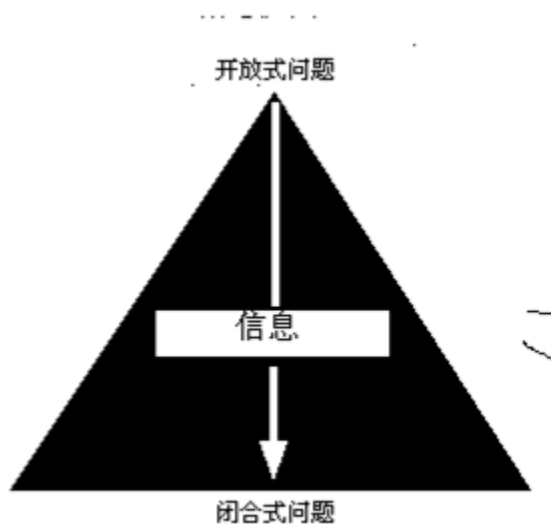
其次，医生必须作出适当的反应：应针对病人的情绪作些语言上的回应。也就是要展示你的同情心。并意识到其他病人可能有相同的情形及类似的情绪。实际上当医生自己病了也常常会有同样的感觉。

医生询问问题的类型也会影响到与他/她沟通的好坏。我们将考虑 3 种类型的问题：

**开放式问题：**开放式问题是一种没有固定答案的问题，因此病人可以用自己的方式来回答。在开始采集病史是一般都采用开放式提问，过后转移到闭合式问题。

**闭合式问题：**闭合式问题表达明确，只需回答“是”或“否”。如果一开始就询问闭合式问题，病人可能会不假思索地很快回答，并会讲一些他们认为你希望听到的情况。然而，闭合式问题在要结束病史情况的询问时非常有用，因为它们允许你澄清病人在前面回答开放式问题时所说过的话。

**诱导式问题：** 这些问题表达为引导病人作出某种特定的回答。它们容易导致令人误解的信息，如“你咳嗽超过 2 周了吗？”这是一个典型的诱导性问题，如果这样提问，病人很可能不经过适当的考虑而很快的作出回答且不能给出正确的是或否的答案。因此**应避免使用诱导式问题发问。**



**例子：** 如果病人提到他们体重降低了，有提问开放式问题，比如“告诉你的体重”。如果这个问题的答案不能给你想要的信息，例如，体重降低的时间，那么可以问个更具体的开放式问题，比如“你体重降低有多长时间了？”如果答案仍不清楚，你可以接着问个闭合式问题，但里面应该带有灵活性，比如“……这个事情有几周，几个月或更长时间了吧？”或者问“你体重降低是在 xxx 日之间还是之后？”

语言：记住，要使用简单的，非专业性的语言来帮助病人理解他们的疾病。从头到尾都要看看病人是否理解他们的疾病和就诊的内容。

学习良好的沟通就如同学习一项技巧 - 它需要不断实践！



## 第五单元：案例研讨

### 案例一

人物：小明，男，两岁半。

病征：发热、咳嗽++、流涕；红眼、无皮疹

病史：2天

全血检查：白细胞计数正常，中性粒细胞计数正常，C反应蛋白正常。

#### #问题#

1. 你认为小明可能是患有什么病？什么原因引起的？
2. 你打算怎么做？

### 案例二（A）

人物：小兰，女，五岁半；

症状：表现与日常无异。高烧、轻度咳嗽、吞咽困难，无相似家族病史，无红眼、流涕、皮疹，双侧颈部淋巴结肿大++，查体扁桃体二度肿大。检查耳鼻正常。

呼吸速率：28次/分钟，心率：110次/分钟，血压正常。

#### #问题#

1. 你认为小兰可能是患有什么病？什么原因引起的？
2. 你打算怎么做？

### 案例二（B）

人物：小兰，女，五岁半；

症状：没有发烧时表现得很虚弱。高烧、轻度咳嗽、吞咽困难，无相似家族病史，无红眼、流涕、皮疹；双侧颈部淋巴结肿大++，查体扁桃体有脓并发炎。检查耳鼻正常。

呼吸速率：28次/分钟，心率：110次/分钟，血压正常。

**#问题#**

1. 你认为小兰可能是患有什么病？
2. B 案例与 A 案例中的发病机制有什么不同？
3. 你打算怎么做？

广西壮族自治区  
2015年5月14日版