

温州市中心医院住院医师叙事医学演讲竞赛暨院内 选拔赛的通知

各专业基地：

为贯彻落实全面加强“三支队伍”建设的决策部署，加强住院医师规范化培训思政建设，提升住院医师规范化培训师资和学员的医学人文素养，在省卫生健康委科教处的指导下，浙江省医学科技教育发展中心、浙江省医师协会和浙江省住培管理质控中心共同开展浙江省住院医师叙事医学演讲竞赛。温州市中心医院将于2024年8月1日开展住院医师叙事医学演讲竞赛暨院内选拔赛。

一、竞赛目的

通过演讲比赛的形式，分享医患人文故事，推动医学人文精神的传承和发展，深化住培师资和学员对叙事医学的理解与实践，促进医学人文理念更好融入住院医师规范化培训工作中，助力全省住培事业高质量发展和内涵式提升。

二、竞赛主题

“倾听生命故事，传递住培温情”

三、参赛对象

所有专业基地住培师资及住培学员,请各专业基地经过基地内选拔后,推送住培师资及住培学员各1名到医院参加院内竞赛。其中,师资选手应参与住培带教3年以上,年龄不超过40岁;学员选手应为在培学员,进入基地培训1年以上。请在7月28日前将参赛名单钉钉发送至科教科。

四、演讲范围

演讲主题范围应着重反映医院文化建设与传承、病患诊疗与照护、患者身心健康调节、医患危机与矛盾化解、健康促进与传播、安宁疗护和哀伤辅导等方面的积极要素,参赛者采用演讲方式,生动讲述住培相关临床实践的感人故事,传递医学人文正能量。

五、赛程设置

院内竞赛时间:2024年8月1日

住培师资和学员分组竞赛,采用现场演讲为主,演讲时间8分钟,辅以PPT或短视频为背景,并提交相关比赛文案,专家现场评分,各设一等奖1名、二等奖2名、三等奖3名,并予以相应奖励。一等奖推送参加省赛。(具体竞赛时间和地点另行通知)。

附件:比赛案例文案要求

请参赛选手根据讲述的故事,需同时整理出案例,以文字形式展示。文案具体要求如下:

1. 以一般性语言(非技术性语言)和第一人称书写医患之间的叙事。

2.记录疾病带给患者的身心影响的同时,描摹诊治过程中中医方的所思所悟,即:叙事者要从故事中抽身出来,对故事的意义进行评论,表达自己的观点和情感,对医疗决策进行反思和改进。

3.叙事内容可以围绕患者身心感受书写,如患者心灵世界的故事、患者面对疾苦的独特体验、患者的生命和生活事件等;可以围绕医患沟通书写,如医患双方在疾患诊治过程中的心灵震颤、意见和情感冲突等;可以围绕医者感悟书写,如对提升医学温度的觉悟,医者负性情绪的自我排解、化解、分解等。

4.符合尊重、有利、公正、无伤的生命医学伦理四原则。

5.案例字数控制在1500-3000字左右。

三、案例文案参考格式

(一)范例1

题目:“瞻前顾后”的患者

干预对象简介:两个小时之内四次走入我的诊室的患者。其实他的情况并不复杂,63岁,患有高血压、高血脂和颈动脉斑块,但还没有明确的冠心病或脑血管病迹象。这样的人估计在马路上随便一抓都有一大把。

时间:XXXX年XX月XX日

地点：某医院心内科门诊室

叙事正文：

患者张阿姨拿走药方和化验单后10分钟后，再次敲门 进入诊室询问。

“大夫，我刚才出门给我姐姐打了个电话，她说让我千 万别拿这个药，她之前吃得全身肌肉都疼，说我更够呛，我 以前.....看着在她进门前已被叫到名字的下一位患者一直站在门口等候，她似乎也觉得有点不好意思，没有再继续说 下去，我也想尽快结束以进入下一场谈话，就顺着接口说：“那我今天就先只开降压药，您回去再想想吧。”

然后，两个年轻的心悸待查患者过后，张阿姨又进来了。估计是为了避免上次中间插队的尴尬与紧迫，她这次还特地 去分诊台重新刷了就医卡，因此得以名正言顺被语音叫号系 统叫了进来。

“这次您啥事？”

“大夫....找刚才坐在门口又想了想，您说我如果现在 不吃他汀，我这个斑块啊什么的，是不是会越来越严重啊？”

“动脉硬化其实一般都是随着年龄增长越来越严重的， 只有斑块还不算可怕，主要是血脂一直不控制的话，动脉硬 化严重到一定程度，就有可能得心梗、脑梗那样的心脑血管 病了。咱们积极控制血脂，最主要还是想防病啊！”

“是，我就是听您说得挺有道理的，万一我少吃多运动了血脂还是降不下去，是不是就等着得病了？”老太太的眉毛拧出了几道弯，看起来极为纠结。

“那您看咱们要不还是把刚才那个药开上？他汀类药物已经在临床，上使用超过20年了，大家虽然还是会有这样或那样的使用顾虑，但权衡利弊之下，多数人至少还是会先选择试一试，毕竟副作用即使发生了，一般也都不太严重，而且能够完全恢复，试错的成本并不高，何况不服药所面临的心脑血管病，是任谁也不会欢迎的’

“行.....那要不还是吃吧.....”回答仍然显得犹犹豫豫，但我想既然她能重新刷卡等叫号进来，还是下了决心的，为免夜长梦多，当即重新开了处方和化验单给她。

但是，看完最后一个患者，她又敲门进来了。

“您又回来了？”口罩后的我，是满满的无可奈何。

“大夫，您肯定觉得我这个老太太真是太烦人...”张阿姨的语气里，似乎对自己也一样无可奈何。

“但我想您这么纠结，一定是有什么跟别人不一样的原因吧？”我突然想起她某一次进来时，有半句“我以前...”被咽了回去，终于为她的“四进宫”找到了理由。

张阿姨的眼神明显明亮了一些，“我刚才在外面坐着，他们都说这个大夫看病特别细，您果然是挺仔细的，我以前....确

实是治肺炎的时候打过一种挺普通的消炎药，结果出了特别严重的副作用，身上的皮全都烂了，住了好长时间的院....”老太太说起当年的事似乎仍然心有余悸，神情特别紧张。

“我明白了....当时大夫肯定也都说，这药很常用，很少出现副作用。

“是啊，那时候咱哪儿懂啊，大夫说怎么治就怎么治呗。后来出了很多问题，什么心肝脾肺肾的，功能都不好了，大夫也说从来没见过输液输成这样的。”

“您这叫‘一朝被蛇咬，十年怕井绳’，虽然是显得过度紧张了点儿，但我很理解，毕竟自己亲身经历过非常少见的情况，谁能打包票说不会再发生呢？万一您这个体质就是跟别人不一样呢？

“大夫，我就是这么想的啊....”说着，

老太太的眼里闪出了泪花，“我来看病，就是因为相信大夫能给我一点专业的建议，生活上该注意什么，该吃什么药，但真一拿到这个药方子，我就又开始嘀咕，万一别人吃了都没事，就赶上我倒霉呢，出了问题，罪不还得自己受嘛。”

“是，您说的特别对。药物副作用这事，如果没吃过一种药，谁会出副作用谁不会出，有时候在吃之前确实很难预估。医生只能做到在处方前准确把握适应证就是该不该用药，以及禁忌证—就是有什么不能用药的情况。对于符合适应证又没有禁忌证的患者，就会开处方药物，然后监测副作用的发生。但副作用会不会发生，是严重的还是轻微的，

最终可能还得您亲自去试了才知道。这样吧，”我朝她安抚地笑笑，“咱们在他汀药物范围内，再选一种降脂效果稍小、但副作用概率也可能会更低一些的，虽然可能血脂不会马上达标，但对您来说，也许风险能更小一些。后面如果没啥事，血脂又还没达标的话，咱们再换回来也行。”

“行啊行啊，大夫，谢谢您这么理解我！一下午进来四趟，我都觉得我真是太耽误大夫时间了。”

“能解决问题，咱们的时间就都没有白费，”我把处方重新打印给她，“当然还是得注意有没有什么不舒服，1到2个月后记得复查一下化验。您懂的，毕竟概率都是相对的事。”

“那好，我注意观察，您帮我再约个号，下个月我跟您汇报。”张阿姨的脸上，第一次露出了笑容。

文案点评：患者这样的“四进宫”其实跟医生在最初的时候没有询问患者的担心有关，导致了患者和医生都浪费了时间。但因为医生关注到了患者咽下去的半句话“我以前....”最终给了患者讲述疾病经历和担心的机会，并据此调整了治疗方案。由于患者的关切得到了理解和尊重，可以肯定的是患者的依从性会非常好。因此，医生需要关注细节，需要给患者机会表达自己。只有这样，才有可能在短短几分钟的接触中尽可能了解患者的行为模式，并理解这个模式背后的原因，这样才有可能促进医患双方真正的共同决策。只有患者最终的选择是符合他/她长期以来的价值取向，出现任何

不理性的结果时，他/她才能泰然处之。当然这样做不是推卸责任，因为只有这样，医生才可能真正帮到患者，帮他/她如愿以偿。

(二)范例2

题目：在抢救室与心梗老炮儿过招

干预对象简介：在急诊总有些患者个性强、认死理、不听劝。虽然他们对所患疾病一知半解，但总是喜欢自作主张。每当医生和护士遇到这样的患者，总是满脸愁云。对患者好言相劝，患者不领情；如果放任患者不管，患者的生命安危就会受到影响，又违背了医疗的职业道德。所以与这些患者过招，考验的是医护人员的情怀和责任心。

时间：xxxx年xx月xx

日 叙事正文：

第一

幕 地点：分诊台。(救护车警笛声)

患者朋友：(拍桌子)护士!护士!赶紧的!你们大夫呢?赶快救人!

(患者痛苦呻吟。)

护士：怎么了?您得告诉我怎么不舒服?

患者：胸口疼。

护士：我先给您量个血压。

哎!小范大夫，这儿有一胸痛的，

来给做个心电图吧。

低年资住院医师：好的。

患者：(痛苦且咬牙切齿这哪来的小丫头片子?!别唬我啊，赶紧给我找靠谱的大夫!我这儿太疼了!

患者朋友：就是啊，告诉你们，别糊弄人啊!(低年资住院医师默默地做心电图。)

护士：给您量血压呢，您先别说话。(指着患者朋友，i)你，快去对面窗口给他挂号。

患者朋友：先救人!着什么急挂号，就知道收钱!看我们大哥像缺钱的么?!

低年资住院医师：您得先挂上号，我们才能从系统上开出检查和药来.....

患者：行了，你别废话了，赶紧去挂!我这儿疼死了!患者朋友：哎哎(小跑走开)!!

护士：哟!您这血压够高的啊!200/110 mmHg。

低年资住院医师：心电图也不太好，V1-V5ST段弓背抬高。

护士：快进抢救室吧。

第二幕

地点：抢救室。

旁白：患者转入抢救室。详细询问病史，得知患者多日前就已经有了心前区不适，此次胸痛发作前还在撸串儿、喝酒、侃大山。这次心前区疼痛向左肩放射，伴有明显胸闷，

实在扛不住了，才由一块喝酒的小兄弟送到医院。患者七八年前就有了高血压，从没吃过药，也没有看病的习惯。平素长期吸烟饮酒，经常熬夜打牌。

患者入抢救室后立即给予了监护和吸氧。完善化验检查，即时检测(POCT)提示CTnI明显升高。

患者：别整这些没用的，赶紧给我止疼!(揪监护)

低年资住院医师：(悄悄说)老师，这患者太不听话了，让干什么都不配合.....

医生：(看检查结果)你确实需要立即止疼。但你得配合我们治疗，从你现在的化验检查来看，监护、吸氧都是必须的，也是治疗的一部分。(对护士说)5mg吗啡皮下注射!

患者：嚯!这药劲儿大效!这就对了，先给我止疼啊!

患者朋友：你们抽我大哥那么多血，查出来没有啊，这啥毛病?

旁白：结合检查结果，初步判断患者符合急性心梗诊断。一般来说，向危重症患者交代病情倾向于委婉含蓄的表达，但针对这名依从性极差的患者，医生采取了相反的态度，让患者明白病情的严重性，并且尽快让家属来医院。

医生：正要跟你说呢，你心梗了啊!听说过这病吗?要命的病，赶紧把你直系家属叫来。

患者：知道啊!但我不能吧...我这才多大岁数，而且前几天还能踢球呢!大夫你查清楚没有啊?别蒙我啊!我这儿有

人，(指哥们儿)不用叫我媳妇儿。

医生：但是你抽烟、喝酒、熬夜、超重体型，高血压那么多年不控制，心梗的危险因素基本都占全了。现在症状、心电图和化验都有问题，诊断心梗没有问题，而且这病可怕的地方在于随时可能猝死啊!前一分钟还能说话呢，下一分钟就没气儿了。

患者：那咋办?这得怎么治，我不差钱儿.....

医生：你们先联系直系家属过来，我给你开药，我们会尽力帮助你的。

患者：(拨电话)喂?媳妇儿!你来趟医院吧，我这儿不太舒....在，在急诊。

低年资住院医师：(大声插话)急诊抢救室!

患者：(瞪低年资住院医师)没有，没大毛病，就先查查...你到了打电话找我...甭着急啊，挂了吧。

旁白：第一轮沟通后患者基本认识到了问题的严重，虽然抵触，但也相对能够配合治疗。但患者身边有个江湖哥们儿作为绊脚石，也给后续的治疗带来麻烦。

医生：打完针感觉胸痛好点儿了吗?

患者：(仍痛苦貌)好一点儿，但还是疼。

医生：(对低年资住院医师)你去帮我把抢救车里的阿司匹林、替格瑞洛和阿托伐他汀备药拿来。

低年资住院医师：他还没交费取药呢。

医生：没事儿，先用着，救急重要。

低年资住院医师：(拿来药，对患者)这个3片，这个2片，这个2片，嚼碎了再咽。是吧？老师。

患者：啊？什么？你再说一遍，没听明白。

医生：我来吧。(一边掰药一边跟低年资住院医师说)你这么跟患者说，他哪儿记得住啊，吃错了怎么办。把他床头摇高。(对患者说，同时喂药)来，把这把药都吃了，全嚼碎了再咽啊。有点儿苦，但都是救命的药。(对低年资住院医师)给我接一杯水来。

低年资住院医师：哦好。(对患者)您这待遇可够高的。旁白：

亲自给患者喂药能极大地拉近医患之间的距离。

虽然药是苦的，虽然老炮嘴上没有表达谢意，但心里是暖的。医生趁热打铁，进一步交代病情，患者同意了进一步做冠状动脉造影检查及住院治疗。然而，随着药物的使用，患者的血压趋于稳定，胸痛有所缓解，刚刚顺畅的医患沟通又被打破了。

患者：医生，我没事儿了，你这药不错。不过你刚才说还得住院、手术什么的是不是就不用了。你给我把这些撤了，(指监护)我回去了。

医生：不行！现在您已经临床诊断心梗了。心脏的血管堵住了，不及时开通的话心脏本身就会坏死得越来越严重，还有可能猝死。刚给您用药只是临时缓解症状，也是为了后续

的介入手术做准备。如果就不治了的话，还是随时有生命危险啊！
刚才您不是答应得挺好的么？

患者：是，刚才不是疼得厉害么，现在没啥事了。我今天先回去，准备准备下次再来。(对患者朋友)给我收拾东西，准备撤了。

患者朋友：得嘞!(开始收拾)我们大哥身板儿好，用点儿药就灵。本来也没啥大事，你们就唬我们。再住院手术什么的得花好几万吧。我们也没医保，自费不少钱呢!(对患者)那xx 刚还叫咱们打牌呢。

低年资住院医师：(生气)您这话说的!我们这可是真为您好，不是为了讹您钱!您要不住院不做介入也行，给我们签字。

患者：啊行，没问题，我签字，不给你们找麻烦。兄弟 我跟你说明啊，我这自由惯了，你说住院还得住心脏科的那个什么U,还得接这些玩意儿，还不让下地，我受不了这个。

医生：不是这意思。我们是为您好，您也看出来了。您现在是真的有危险。(对患者朋友)你也不是直系家属，你别老瞎说啊，万一出了事你负不起责任!(对患者)要不这样，您再考虑考虑，您爱人不是一会儿过来么，跟她再商量商量，不差这几分钟。

患者：商量啥啊，我们家我做主。(指朋友)我再躺会儿，你去给我结账去，弄完了咱走。

低年资住院医师：(小声跟医生说)老师，这样儿的还救 啥啊？这回治好了回家也是作。

医生：不能这么处理问题啊。这人是不听话，但这是因 为他对 自己身体的问题一点都不懂，不能接受自己现在病重 有生命台险的 事实。但你能说他真不怕死，或者一心求死吗？显然不是吧再说他的 病情咱们了解啊，明知道他回去会加重 甚至猝死，你就忍心这么放 走他？咱们每天碰见那么多患者， 三教九流的，肯定不是所有人都能 顺畅沟通，但咱不能挑患 者啊！好说话就治，不好沟通就不救了？

低年资住院医师：嗯是....我刚才也是生气。那您说这 人还能拿 他怎么办？

医生：别急，再等等，说不定有转机。

旁白：医生所说的转机，其实是在等一个人。

患者：(接电话)喂媳妇儿，我还在急诊呢，你到了？你就 在门口 吧，我让刚子接你去啊。

患者爱人：(跟朋友进来)这不是抢救室么？你怎么了你？患者：(嬉皮笑脸)没事儿，我这都快好了，等你接我回家呢！患者爱人：少 废话！我还不知道你？！欸！你们是不是又喝大酒 了？！大白天喝什么酒！ 大夫呢？我得问问大夫。

患者朋友：(赔笑)嫂子，没喝多少，就一点点儿。

旁白：医生又跟患者家属充分交代了病情。

患者爱人：您说的对！都听您的！我们家这位就是平时太

作了!我也管不住他,就怕他出这些问题。我太了解他了,这回知道来医院,肯定是真难受,害怕了。既然来了可得好好查查。

医生:那您跟我一块劝劝他吧。他这正觉得没事了,要走呢,我们劝也不听。

患者爱人:不能走,听我的,我跟他说。祥子,你可别走啊,给我住院!

文案点评:在患者家属的配合下,患者终于同意了后续治疗,随后顺利转入导管室。其实急性冠脉综合征患者的诊治是需要多学科配合的接力式抢救,每个专业都在为开通“犯罪”血管及挽救生命做努力,急诊科通常只是流程的前哨部分。但这个前哨部分不仅有及时确诊、给予初始治疗的责任,还需要尽可能建立良好的医患沟通,为后续环节的顺利进行做好铺垫。面对这样一位“顽固”的患者,在争分夺秒的抢救过程中沟通不是医疗的附属,更不是浪费时间,

而是决定医疗成败的关键。在抢救室有限的时间内准确、全面地掌握患者的病情,同时还要注重沟通,侧重抢救的实施,确保抢救的顺利进行。作为医生,我们无法选择患者,形形色色的人都会因病来到医院,所以总会有患者超出我们熟悉的沟通舒适区间。这时需要我们时刻提醒自己的角色,不要产生过多的负面情绪,需以救治患者为目的,必要时利用一些技巧,做到有效的沟通。叙事医学就是以科学为准绳,以

人文为主线，以经验为先导，直抵患者的躯体和心理。掌握了叙事的本领，医生就更能够关注患者，更能够体会患者的经历，更会反思自己的实践，更能够精确地阐述患者讲述的疾病故事，成为陪伴患者走过疾病旅程可以信赖的伙伴。