

浙大医学院这门课程构建起医患沟通体系—— 沟通,让医学更有温度

■ 本报记者 王雨红 朱平

日常生活中,你是否有过这样的就医感受——医生专业严谨的病理解读略显晦涩,自己难以快速理解,内心平添焦虑;或者因为对诊疗方案、就医流程抱有不同期待,而心生落差?

类似的情况,每天都在医院里发生。事实上,这些都因医患沟通不当引起。一次真诚顺畅的沟通,既能精准摸清患者病情、辅助医疗决策,也能安抚患者情绪、契合就医期待,让诊疗服务更加暖心高效。

从医者培养角度来看,优秀的医生不仅要有精湛医术,更要读懂患者的情绪诉求、价值观念与现实处境,用妥帖的沟通方式拉近医患距离,达成诊疗共识。

2010年,为进一步推进医学生人文素养培育,健全综合能力培养体系,引导未来医者树立“以患者为中心”的理念,浙江大学医学院开设《医患沟通学》课程,今年初获评第三批国家级一流本科课程。

连日来,记者走进学校听课、跟随临床见习,在真实教学场景与临床案例中,体悟医患沟通赋予医疗的温情力量。

填补只懂技术不懂交流的空白

“说话,不是人与生俱来的技能吗,为什么还要教?”“医患沟通,根本称不上是个学科体系。”……课程设立之初,质疑声不断传来。

先试想一下以下的场景——诊室内,医生只顾着记录病情、开具检查,没有进一步询问患者情绪与诉求,然后呼叫下一位进来;另一个房间内,医生先微笑让患者坐下,再循序渐进引导对方讲述症状病史,边耐心安抚情绪边细致研判病情。

同样的问诊时间,是否前者容易让患者产生“疏离、不被重视”的感觉,后者则融洽很多?当医生把人文关怀融入每一个诊疗细节,患者更能感受到被尊重、被关心,同时也会更加信任医生。

古希腊医学之父希波克拉底曾说过,医生有三件法宝:语言、药物和手术刀。可见在医学中,沟通的重要性。但回望医学史,医生的沟通能力并非一开始就被业界重视,而是近20多年才在各国医生培养标准里占据一席之地。

2001年,国际医学教育专门委员会正式出台的《全球医学教育最低基本要求》文件中,沟通技能位列其中;2003年,我国教育部也将“沟通能力”写进了《临床医学专业本科教学基本要求》;《医学人文关怀提升行动方案(2024—2027年)》中专门提到,要增进医患沟通。

临床现实需求倒逼课程建立。“学生只懂技术不懂交流,这个空白必须补上。”作为课程牵头人,浙江大学大学生殖医学专家、医患沟通学教研室主任徐健决定带领团队,创设《医患沟通学》这门课程。

“从广义上说,医患沟通不仅包括语言,还有动作、环境等,是个极其复杂的诊疗体系。”徐健说。过去,国内各大高校医学院还没有开设医患沟通的系统性课程,医学生关心病人全靠跟着老师耳濡目染,如语气要缓和、触诊前要搓热双手,但这些沟通技巧没有具象化流程和系统框架。

为此,教学团队跳出单纯讲授“说话艺术”的浅层模式,在经过脱敏处理和典型化加工的临床案例中嵌入知识点,引导学生举一反三,培养共情能力。

同时,参考和借鉴了国际上临床实践中成熟的医患沟通范式,如采用Kalamazoo共识(来源于1999年由21位北美的医学教育专家达成的卡拉祖宣言,规定了医患沟通的七个主要任务)来引导患者述说病情、采用SPIKES方式(SPIKES沟通模型是医生向患者告知坏消息,如癌症确诊、病情恶化时常用的六步沟通法)来告知不好的消息、采用NURSE模式(即命名、理解、尊重、支持和探索,是护士回应患者情绪反应的五步沟通法)来和患者开展病情讨论并取得患者的配合等,并融合伦理学、心理学、社会学等多学科知识,让学生理解医患关系背后的深层结构,建立起“大医精诚”“以人为本”的沟通哲学。

如今,《医患沟通学》已组建起一支20多人的教学团队,均来自浙江大学医学院各附属医院的一线临床医护人员。团队分线下授课组、慕课(大规模开放在线课程)制作组、AI课程研发组等。

值得一提的是,慕课上线至今,全国有49所高校将其作为学生指定选



徐健在病房检查新生儿情况。受访者供图

修课,另有202所高校学生自主参与学习,线上累计互动超5万人次。放眼全国,复旦大学、中南大学、南京医科大学等高校都围绕医患沟通开设了相关课程。

这段时间,团队正开发完善课程智能体,学生可随时挑选感兴趣的知识点进行线上学习交流。

为临床搭配一味“药引”

浙大医学院阶梯大教室里,一场“角色扮演”正在上演——

一位患者在诊室外等候许久,迟迟未叫到号,心中难免焦躁。这时,有人搀扶另一位有紧急就医需求的患者径直走进诊室。见状后,前一位患者当即起身表达不满,质疑对方随意插队、破坏就诊秩序。面对患者的不满情绪,扮演医生的学生站在原地,有点手足无措。

牛旋是浙大医学院妇产科专业研二学生,当时他就坐在讲台上看这场“角色扮演”。在他的设想中,如果自己是那位医生,可能也会和台上的同学一样瞬间乱了阵脚。

浙大四院眼科专家张永明作为授课老师,现场拆解了应对逻辑:“面对等候焦虑的普通患者,重在安抚情绪和管理就医预期,比如告诉对方‘马上就到您,今天一定会把所有患者看完再下班’;对于急症重症患者则需快速询问病情,并向其他患者做好解释说明,在争取理解的同时制定诊疗方案,开展救治。”

牛旋听后恍然大悟:“以前觉得医生的职责就是把病治好,沟通是诊疗过程中自然发生的事,无需刻意钻研,没想到这里头学问这么深。”原本内向、不善言辞的他,在一次系统训练下,渐渐有了改变。

“原来临床中的话语、语气、肢体、场景应对、禁忌语等都有讲究,且都有路径

可循。可能我无法做到完美,但上过这门沟通课,在某些话脱口而出之前,至少脑子里会多一道刹车。”牛旋说。

不过,即便大家已认识到医患沟通的重要性,依旧有人会问:“难道上个课就学会沟通了吗?”

“医患沟通没有标准答案,但这是一门可以系统学习、持续精进的人文艺术。”在张永明看来,医学生正式步入临床一线前,先埋下一颗人文沟通的种子,然后循序渐进浸润成长,等到他们独立面对患者行医时,种子便会慢慢生根发芽。这门课,好比是为临床诊疗搭配的“一味药引”。

记者发现,走进课堂的大多为临床医学三、四年级本科生,他们刚接触临床,开始面对真实的病人,也开始遭遇真实的困惑。

比如,对于病情轻微却执意要求高端检查或复杂手术的患者,不知如何科学引导经济适配的诊疗方案;有些患者对检查结果不以为意、心存侥幸时,又该如何情理兼顾地讲明利弊……带着真实问题去课堂寻找答案,也许更容易产生共鸣。

无用之用,方为大用。医学技术

飞速迭代,真正决定医疗温度的,正是那些在课堂上被反复练习的事:怎么温和开口,怎么耐心倾听,怎么换位思考,怎么让一句话、一个动作成为治愈的开始。

下课时,记者看到一名医学生夹在笔记本里的课程宣传册,扉页上印着一句话:“真正的医患沟通,不只是语言的交流,更是心灵的对话。”

这是医患沟通课的核心定义,让记者不禁想起美国医生爱德华·特鲁多那句经典的墓志铭——有时去治愈,常常去帮助,总是去慰藉。医生为患者治疗的同时,更要给予人文关怀。

让“无用”成为有用的解药

有效的沟通,或许不一定对疾病治疗直接有用,但一定能顺利推动诊疗,蕴含着治愈身心的力量。

“医生不能只看到技术,还要看到每个独立又完整的‘人’。”在一次真实的临

床经历中,浙大医学院博士生刘博文被这句课堂上记下的话“击中”。

大约两年前,刘博文在浙大一院术后情绪很低落,便在病房多留了些时间和他聊了聊,才知道对方担心手术效果和后续恢复情况。刘博文耐心安慰,告诉患者手术很成功,只要好好配合治疗,很快就能康复。

之后每次查房,刘博文都会留意这位患者的情况,给予他鼓励。慢慢地,患者情绪有了好转,病情恢复得也越来越好。患者出院那天,还特地跑到刘博文办公室表达了感谢。

那一刻,他想起课堂上老师曾说过“双向奔赴,才是医患关系最动人的模样”,也更加懂得一名优秀的医生不止于“把病看好”,更需要在精湛的医术之外,构建起包含沟通能力、人文关怀、医德修养等多维能力体系。

被一门课程滋养的不止学生,还有老师自己。

从事神经内科临床工作十余年,浙大四院神经内科专家傅晶晶对溶栓再熟悉不过,但她经常碰到患者家属因为不理解溶栓的原理,而陷入“要不要做”的纠结,导致错过最佳治疗时间。

备课过程中,傅晶晶找到了“解药”。她发现外科医生通常会准备一些模型、解剖图或短视频,提高医患间的决策效率。

为此,傅晶晶自制了一张“百人

图”——32个绿色小人代表术后改善良好,3个深红色小人代表有并发症,其余小人代表虽无明显改善但无副作用。有了直观示意图,她与患者之间的沟通顺畅许多。自加入课题组以来,傅晶晶愈发认识到沟通的重要,并不断为自己的沟通能力补课。

张永明也在一边授课,一边“充电”。眼科有不少婴幼儿和儿童患者,他们天性好动、畏惧陌生检查,往往难以配合诊疗。他从儿科医生身上受到启发,在诊室里新添了各种形状和颜色的小玩具,有时还把“诊疗室”搬到童玩区,以游戏沟通的方式拉近与患儿的距离。现在,患儿抵触情绪明显缓解,配合度大幅提升,家长也更安心。

关于医患沟通的魅力,你还可以看看百年前,时任浙大二院前身——广济医院院长的英国人梅滕更查房时,一位小患者彬彬有礼地向他鞠躬,深谙中国礼教的梅滕更也深深鞠躬回礼。再向前追溯,医祖扁鹊、华佗、张仲景、孙思邈等无一不是视病犹亲、术德兼修,他们的医学人文道德观被现代医者传承。

医为仁术,必具仁心。医学有严谨理性的一面,也饱含人文温情,一句贴心的宽慰、一个暖心的举动,都是诊疗服务中的自然组成部分,为医学注入直抵人心的力量。

因此,学会沟通,是一种深藏不露的行医智慧,也是贯穿医生职业生涯的必修课。

记者手记

让医患间的距离近一点,再近一点

■ 王雨红

几乎每隔一段时间,都会有医患矛盾的场景冲上热搜,激起一轮轮对医患关系的讨论。

医患关系,既关乎制度,也关乎人性;既关乎资源分配,也关乎信任结构;既有现实的压力,也有情绪的投射。

很多时候,患者及家属的不满情绪并非毫无缘由。他们不是专业医护人员,短时间内无法掌握艰深的医学理论,如果医生忙于日常诊疗而省略了罕见不良反应的告知,抑或是诊疗过程中忘了“多说一句话”,就会导致医患矛盾的产生。

的确,医生应该及时、充分与患者沟通,《医疗纠纷预防和处理条例》第十三条、第十七条,《病历书写规范》第十条等,明确规定了医生的告知义务与沟通方式,因医生没有履职尽责而导致医疗损害,法律法规就会出手干预。

可我们也要回归沟通的本质,它是两个人或多个人的行为,双向奔赴才是真正有效的沟通。

医疗过程充满不确定性风险,有些人认为“我来治病,你就得给我治好”,一旦疗效不如预期、康复慢于想象,巨大的落差便化为愤怒与猜疑,医

患间的“心墙”越筑越厚。

还有一重误解,是将医疗服务等同于普通消费。患者挂的不是“专家号”商品,而是将自己的健康乃至生命交付给一位同盟,向对方寻求专业的帮助。若带着“上帝”的消费者心态,动不动拿手机录音、以投诉相威胁,那么原本的同舟之人就会变成敌对的双方,医患角色认知出现偏差。

因此,当患者愿意换位思考,对医生的履职行为有更深理解,对医疗风险也有合理的认识和包容,医患之间的沟通才会更加顺畅、医患互信基础才会更加牢固。

从司法和行政层面来看,医疗容错机制同样必不可少,部分医务人员为了避免决策出错自惹麻烦,不敢替患者决断,导致医患沟通难以深入和细化。进一步完善现有机制体制,或能减少医务人员的顾虑,为医患大胆沟通和果断决策扫清障碍。

医疗的终极目标不是疾病的消除,而是人的完整。在每一次医患相遇中,沟通的质量决定着医学人文精神能否穿透制度的壁垒与技术的冰冷,抵达治愈的本源,这不仅是身体的康复,更是人与人之间理解的圆满。



浙大学生(右)为患者做导诊。

受访者供图



浙大学生正在上《医患沟通学》课程。

受访者供图