

附件 1

推荐初赛作品要求与参考格式

推荐初赛作品以视频+案例文案材料的形式提交。

一、视频制作要求

竞赛视频要求以演讲为主，辅以 PPT 或短视频为背景。用摄像机或高清手机拍摄视频，清晰度高。演讲者着装规范、整洁。视频背景简介，声音洪亮、清晰。视频内容应符合核心价值观、职业规范及医学人文理念，视频中不涉及所在培训基地任何相关信息（如医院名称、logo、服装标识等），否则按弃权处理。视频时间不超过 8 分钟，无需配字幕，视频文件以“基地名称+师资或学员姓名”命名。

二、案例文案要求

对参赛视频中讲述的故事，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，以及禁忌证一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，下个月我跟你汇报。”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。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危险的事实。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。