

## 从医者修养到关系伦理： 中医药文化视域下医患关系的叙事转向

周贵阳<sup>1</sup>，叶璐<sup>1</sup>，陈德超<sup>1</sup>，黄颖安<sup>1</sup>，石玉丰<sup>1</sup>，贺利敏<sup>1</sup>，伍广山<sup>1</sup>，潘焜琳<sup>1</sup>，吴丽莎<sup>2\*</sup>

(1 深圳市宝安纯中医治疗医院，广东 深圳 518101；2 深圳市龙岗中心医院，广东 深圳 518116。)

**摘要：**中医药文化中的医者修养传统蕴含仁爱、精诚、慎独和整体关怀等伦理资源，是中国医学人文建设的重要思想基础。然而，现代医患关系已不再是以医生单向施治为中心的传统诊疗关系，而是由医生、患者、家属和医疗制度共同构成的复杂关系实践。若仅从医生个人品格层面理解传统医德，容易忽视患者主体性、共同决策、家庭参与和制度支持等现代伦理要求。本文从中医药文化视域出发，分析传统医者修养的价值结构及其在现代医患关系中的转化限度，提出应借助叙事医学实现从“医者修养”到“关系伦理”的理论转向。叙事医学通过倾听、理解、回应和协商，将患者疾病经验、生命处境、家庭关系和价值选择纳入临床实践，使传统医德由单向道德要求转化为医患之间的理解生成、关系协商和责任共担。基于此，本文进一步提出临床沟通、共同决策、医学教育和医院治理四条实践进路，并指出应防止传统医德浪漫化、叙事医学形式化、共情表演化和关系伦理空泛化。中医药文化视域下医患关系的叙事转向，不仅有助于推动叙事医学本土化，也为现代医学人文建设提供了具有中国文化根基的伦理路径。

**关键词：**医者修养；关系伦理；叙事医学；中医药文化；医患关系；共同决策；医学人文

**基金项目：**本文系国家中医药管理局2025年度中医药监测统计研究课题(C-109)、广东省医院管理研究所2025-2026年度专项课题(GDXDYGS2025068)、深圳市宝安区医学会医疗卫生科研项目(BAYXH2024042)、深圳市宝安纯中医治疗医院启航人才培养项目(2024-2026年)。

DOI: doi.org/10.70693/rwsk.v2i6.522

### 引言：医患关系中的传统医德资源与叙事转向

现代医学的发展显著提升了疾病诊断、治疗和管理能力，也使医疗实践日益呈现技术化、专科化、流程化和制度化特征。医学技术的进步扩展了人类干预疾病的能力，但也带来了新的医患关系问题<sup>[1]</sup>。患者在医疗过程中并不只是生物医学意义上的疾病载体，而是具有痛苦体验、家庭责任、价值判断、风险感知和生活期待的具体生命主体<sup>[2]</sup>。当诊疗过程主要围绕检查、指标、诊断和治疗方案展开时，患者的疾病经验和生命处境便可能被压缩为症状信息，医患沟通也容易被简化为病情询问、结果告知和治疗安排<sup>[1-2]</sup>。

与此同时，现代患者角色已发生深刻变化。患者不再只是被动接受治疗的一方，而是拥有知情权、选择权、参与权和表达权的医疗主体<sup>[2-3]</sup>。尤其在慢病管理、肿瘤治疗、老年照护、康复调养和生命终末期照护等场景中，治疗方案往往涉及疗效、风险、费用、生活质量、家庭照护和价值偏好等多重因素<sup>[3-5]</sup>。医患关系中的矛盾，因而不只是信息不对称或沟通技巧不足的问题，也涉及信任生成、价值协商和责任分担。换言之，现代医患关系所需要的，不只是医生“态度更好”或“解释更多”，还包括患者经验能否被理解、患者价值能否被尊重、患者选择能否被纳入，以及医疗制度能否为人文关怀提供稳定支持<sup>[2-4]</sup>。

在这一背景下，中医药文化中的医者修养传统具有重新阐释的必要。中医药文化长期强调“大医精诚”“仁心仁术”“医乃仁术”等价值观念，重视医者仁爱、专业精进、慎独自律和生命敬畏<sup>[6]</sup>。这些传统医德资源为现代医学人文建设提供了重要价值基础。但需要指出的是，传统医者修养不能被简单理解为“医生要有爱心”，也不能被直接等同于现代医学伦理。传统医德多从医者一侧提出要求，强调医生如何修身、如何待患、如何施治；而现代医

**作者简介：**周贵阳(1993-)，男，硕士研究生，法学硕士，研究方向为社会医学与卫生事业管理，卫生应急管理，中医药管理，医院管理；  
**通讯作者：**吴丽莎(1991-)，女，硕士研究生，公共卫生硕士，研究方向为医院管理与卫生政策研究。

患关系则是由医生、患者、家属和医疗制度共同构成的关系场域。若传统医德不经现代转化，便可能停留于单向的道德要求，难以充分回应患者主体性、共同决策和制度保障等现代伦理问题<sup>[2,6]</sup>。

叙事医学为这种转化提供了重要方法中介。叙事医学强调通过倾听患者故事、理解疾病经验、回应生命处境，使医学实践从单纯解释疾病走向理解患病之人<sup>[6-7]</sup>。它并不否定医学技术和专业判断，而是试图把患者的生命经验、家庭关系、情绪困境和价值选择纳入临床理解之中<sup>[6-7]</sup>。由此，传统医者修养可以不再只是抽象的道德要求，而能够通过具体的医患互动过程获得当代表达：从“医生应当有仁心”，转向“医生如何倾听患者”；从“医生应当负责”，转向“医生如何解释、协商和支持”；从“医生应当修身”，转向“医生如何在具体关系中尊重患者并承担责任”<sup>[3,6-7]</sup>。

基于此，本文试图回答如下问题：中医药文化中的医者修养包含哪些伦理资源？为什么仅强调医生个人修养，已难以充分回应现代医患关系的复杂性？叙事医学如何作为方法中介，使传统医者修养从单向道德要求转向医患关系中的理解、协商与共担？中医药文化视域下的医患关系叙事转向，又应如何落实到临床沟通、共同决策、医学教育和医院治理之中？本文认为，中医药文化中的医者修养为医患关系提供了仁爱、精诚、慎独和整体关怀等伦理资源，但现代医疗关系已不再是单向施治关系，而是多主体参与的关系实践。医患关系的伦理发展，应从以医生个人修养为中心，转向以叙事理解、关系协商、信任生成和责任共担为核心的关系伦理<sup>[2-4]</sup>。

## 一、传统医者修养的价值结构

中医药文化中的医者修养，并非一般意义上的职业道德训诫，而是以生命关怀、专业责任、自我约束和整体理解为核心的价值结构。它既包含医者面对患者痛苦时的仁爱意识，也包含医者对专业能力、医疗权力和患者处境的持续反思。对这一价值结构的分析，是理解其现代转化的前提<sup>[1,6]</sup>。

### （一）仁爱修养：以生命关怀奠定医患关系的价值基础。

仁爱是传统医者修养的核心内容之一。中医药文化中的“大医精诚”“仁心仁术”“医乃仁术”等观念，均强调医学活动并非单纯技术操作，而是面对患病之人的生命关怀<sup>[6]</sup>。医者面对的不是抽象疾病，而是承受疼痛、恐惧和不确定性的具体生命个体。仁爱修养要求医生在诊疗过程中保持对患者痛苦的敏感，对患者处境的体察，以及对救治责任的承担<sup>[1,6]</sup>。

这种仁爱修养具有重要的现代意义。现代医学越是强调指标、流程和效率，越需要保持对患病之人的伦理敏感。患者的痛苦并不总能被检查结果完整呈现，患者的恐惧也不一定能够通过治疗方案自然消解。医生如果只看到疾病分类、病理机制和治疗指南，而忽视患者作为生命主体的体验，医疗便可能失去应有的人文温度。仁爱修养的价值正在于提醒医者：医学不仅是处理疾病，更是照护患病之人<sup>[1,6]</sup>。

但仁爱修养的现代意义，并不是要求医生居高临下地施予善意。仁爱如果缺少主体尊重，便可能转化为善意的替代和单向的施予。现代医患关系中的仁爱，应当是对患者痛苦的回应，也是对患者表达、选择和参与的尊重。由此，仁爱修养为医患关系提供基本的伦理温度，但其当代表达必须与患者主体性相结合<sup>[2-3]</sup>。

### （二）精诚修养：以专业责任维系医患信任。

传统医者修养中的“精诚”具有双重意涵。“精”指医术精进、判断准确和诊疗审慎；“诚”指态度诚敬、言行可信和责任真切。中医药文化并不把医德理解为单纯的善意或温情，而是强调医术与医德相统一。只有善意而缺乏专业能力，难以真正承担生命责任；只有技术而缺乏诚意，则容易使医疗沦为冷漠操作<sup>[1,6]</sup>。

现代医患信任的形成，也并不只依赖医生的态度亲和。患者信任医生，既是因为医生能够表达关怀，也是因为医生具有专业能力、解释能力和持续负责的态度。在临床场景中，患者往往并不能完全判断治疗方案的专业优劣，但能够感受到医生是否认真倾听、是否清楚说明、是否回应疑虑、是否愿意承担责任。因此，精诚修养在现代医疗中的意义，不只是“医生医术要好”，更包括医生能否将专业判断转化为患者可以理解和信赖的沟通过程<sup>[3-5]</sup>。

从这一角度看，精诚修养并不反技术，而是要求技术能力与伦理责任相互支撑。现代医学越复杂，医生越需要在专业判断和人文解释之间建立联系。缺乏解释的专业判断，容易被患者感受为强制；缺乏专业支撑的人文关怀，也容易流于空泛。精诚修养的现代价值，正在于把技术能力、伦理态度和沟通责任统一起来<sup>[3-4]</sup>。

### （三）慎独修养：以自我约束回应医疗权力不对等。

医患关系天然存在知识和权力不对等。医生掌握专业知识、诊疗判断和制度资源，患者则常常处于信息弱势、身体弱势和情境弱势。医生的语言、态度、解释方式和治疗建议，都会深刻影响患者对疾病的理解和对方案的选择。在这一意义上，医疗并不是纯粹中性的技术活动，而是包含权力结构的关系实践<sup>[2,4]</sup>。

传统医者修养中的慎独、自省和敬畏，可以转化为现代医疗中的权力自觉。慎独并不只是个人道德修身，而

是要求医者在无人监督或患者难以判断时，仍然保持审慎、诚实和克制。现代医疗中的慎独，意味着医生要意识到自身专业优势可能带来的沟通支配，避免以专业权威压制患者表达，避免以善意替代患者选择，也避免因流程压力而忽视患者的理解需求<sup>[2-3]</sup>。

因此，慎独修养的现代价值，在于将医者的自我修养转化为对医疗权力的自觉约束。医生并不是因为拥有知识优势而自然获得伦理正当性，恰恰因为拥有知识优势，才更需要在沟通、解释和决策中保持谦抑。医者修养在这里不只是“修己”，更是对患者脆弱处境的体察和对自身权力位置的反思<sup>[2,4]</sup>。

#### （四）调和修养：以整体观理解患者生命处境。

中医药文化强调整体观、辨证思维、形神合一、因人制宜和身心调和。这些内容通常被理解为中医诊疗原则，但其背后也包含着对患者个体差异和生命处境的伦理尊重。中医并不把疾病理解为孤立发生于某一器官或组织的事件，而是强调身体、情志、生活方式、环境变化和个体体质之间的关联<sup>[6]</sup>。

这种整体观为现代医患关系提供了重要启示。患者的疾病并不只是病理事件，也常常是生活事件、家庭事件和意义事件。一个失眠患者的症状，可能与工作压力、家庭关系、情绪状态和生活节律相关；一个慢病患者的依从性，可能与经济能力、照护资源和健康信念相关；一个肿瘤康复患者的焦虑，可能与死亡恐惧、家庭责任和未来想象相关。医生如果只看到疾病指标，就难以理解患者真正面对的困境<sup>[5,8]</sup>。

调和修养的现代价值，在于使医者不只关注疾病本身，也关注患者所处的身心关系和生活网络。这一点与叙事医学具有内在关联。叙事医学强调通过患者故事理解其生命处境，中医药文化则为这种理解提供了整体性视角。二者结合，有助于医患关系从单纯的治疗关系，转向更具理解性和支持性的关系实践<sup>[6-8]</sup>。

## 二、医者修养在现代医患关系中的转化限度。

传统医者修养具有重要价值，但如果不经现代转换，也存在明显限度。现代医疗关系已经不同于传统社会中的诊疗关系，患者权利、医疗风险、家庭参与、制度压力和共同决策等因素，使医患关系呈现出更复杂的伦理结构<sup>[1-3]</sup>。仅依靠医生个人修养，难以充分回应这些变化<sup>[7-9]</sup>。

### （一）从“医者中心”到“患者主体”的张力。

传统医者修养多从医生一侧提出要求，强调医生应当仁爱、精诚、慎独、审慎施治。这种伦理结构具有积极意义，因为医生确实在医疗关系中承担重要责任。然而，现代医患关系强调患者也是表达主体、价值主体和行动主体<sup>[2-4]</sup>。患者并不是等待医生施善的被动对象，而是有权表达自身经验、理解治疗方案、参与医疗决策的主体<sup>[2-3]</sup>。

如果只强调医者仁爱，而忽视患者主体性，传统医德便可能滑向“善意的家长主义”。医生可能出于善意替患者决定，却未充分了解患者的真实意愿；可能认为自己“为患者好”，却忽略患者对生活质量、治疗风险和家庭负担的独特判断；可能强调自身责任，却压缩患者表达和选择的空间<sup>[9]</sup>。

因此，医者修养不能替代患者主体性。仁爱只有经由主体尊重，才能成为现代医学伦理资源。现代医患关系中的医生责任，不只是替患者判断什么是好，还包括帮助患者理解何为可能、何为风险、何为选择，并在此基础上支持患者参与决策<sup>[3,5,10]</sup>。

### （二）从“单向施治”到“共同决策”的张力。

传统医疗关系中，医生往往承担主要诊疗判断责任。患者对医学知识了解有限，通常依赖医者判断。这种结构在某些情境下仍然存在，但现代医疗已经越来越多地面对多种治疗选择和复杂价值权衡。同一种疾病可能存在保守治疗、手术治疗、药物治疗、康复调养等不同方案；不同方案又涉及疗效、风险、费用、生活质量和患者偏好等因素<sup>[3,5,10]</sup>。

在这种情况下，医患关系不再只是医生单向施治，而是需要共同决策。共同决策并不意味着患者替代医生作专业判断，也不意味着医生放弃专业责任。它要求医生将专业判断转化为患者能够理解、比较和参与的沟通过程，也要求患者表达自己的价值偏好、生活处境和风险承受能力<sup>[3,10-11]</sup>。

中医药治疗尤其强调辨证施治、长期调养和生活方式改变，这更需要患者参与。若患者不能理解治疗逻辑，不能接受调养要求，不能在生活中持续执行，治疗方案便难以真正落地<sup>[6]</sup>。因此，现代医患关系不是医者修养的单向施予，而是医生专业判断与患者价值选择之间的协商过程<sup>[3,10-11]</sup>。

### （三）从“个人修养”到“制度支持”的张力。

传统医德强调医生个体修养，这是医患关系的重要基础。但现代医疗是高度组织化、流程化和制度化的实践。医生是否有时间倾听患者，受门诊量、绩效压力和流程安排影响；医生是否接受沟通训练，受医院培训体系影响；

患者经验是否能够进入服务改进, 受患者反馈机制和质量管理制度影响<sup>[10,12-13]</sup>。换言之, 医患关系的质量并不完全取决于医生个人品格。

如果将医患关系问题全部归结为医生个人修养不足, 容易遮蔽制度因素。一个有仁心的医生, 如果长期处于超负荷门诊、极短诊疗时间和高强度绩效压力之下, 也难以持续进行充分沟通。相反, 一个制度良好的医疗环境, 可以通过合理流程、沟通培训、患者反馈、投诉复盘和人文评价, 为医生的人文实践提供支持<sup>[1,13-14]</sup>。

因此, 现代医患伦理不能只依赖个体修养, 还需要制度安排为人文实践提供稳定条件。医者修养只有进入制度化场景, 才能从个体美德转化为可持续的关系实践<sup>[1,9,14]</sup>。

#### (四) 从“患者个体”到“关系网络”的张力。

中国医疗实践中的患者, 常常并不是孤立个体。家属参与病情理解、治疗决策和照护安排, 是中国医患关系的重要特征。患者的治疗选择可能受家庭经济状况、亲属意见、照护能力和社会角色影响; 患者本人的意愿也可能与家庭期待存在张力。医生面对的并非单一患者, 而是由患者、家属、照护者和医疗机构共同组成的关系网络<sup>[8-9,11]</sup>。

传统医德如果仅被理解为医生对患者个人的仁爱, 仍不足以解释这种复杂关系。现代中国医患伦理需要从个体伦理扩展为关系伦理。所谓关系伦理, 并不是简单强调“关系和谐”, 而是关注不同主体在具体关系中的表达、理解、协商和责任分担。医生需要尊重患者本人意愿, 也需要理解家庭照护结构; 需要回应家属关切, 也不能让家属意见遮蔽患者主体; 需要进行专业解释, 也需要协调不同主体之间的价值差异<sup>[8-9,11]</sup>。

由此可见, 传统医者修养在现代医患关系中仍有价值, 但必须完成从个人修养到关系伦理的转向<sup>[7,9]</sup>。

### 三、叙事医学介入医患关系的作用机制

叙事医学为传统医者修养转向关系伦理提供了方法中介。它并不只是“讲故事”或“写故事”, 而是通过倾听、理解、回应和协商, 把患者经验纳入医疗实践, 使医患关系从单向诊疗走向关系生成<sup>[6-7,15]</sup>。

#### (一) 倾听机制: 从症状询问到生命表达。

问诊是医疗活动的重要环节。传统问诊重视症状、病程、体征、既往史等信息采集, 中医问诊还关注寒热、饮食、睡眠、情志、二便等内容, 具有较强的整体性。然而, 叙事医学进一步拓展了问诊的内涵, 使其从症状询问走向生命表达<sup>[6-7]</sup>。

叙事化倾听并不是让医生脱离医学问题进行无边界交谈, 而是在诊疗需要的范围内, 关注患者如何理解自己的疾病、疾病如何改变其生活、患者最担心什么、对治疗有什么期待和疑虑、家庭照护条件如何<sup>[7,12,15]</sup>。医生不仅问“哪里不舒服”, 也要理解“疾病对你意味着什么”; 不仅问“症状持续多久”, 也要关注“疾病如何影响你的生活”; 不仅问“用过什么药”, 也要了解“你对治疗最担心什么”。

倾听机制的意义在于, 它使患者不再只是信息提供者, 而成为经验表达者。医患关系中的伦理转向, 首先发生在倾听之中。没有倾听, 仁爱容易停留于医生自我理解中的善意; 有了倾听, 医生才能真正进入患者的生命处境<sup>[6-7,15]</sup>。

#### (二) 理解机制: 从病理说明到疾病经验理解。

医生当然需要解释疾病机制、诊断依据和治疗方案, 但患者真正经历的并不只是病理变化。疾病可能改变患者的工作、家庭、身份、情绪和未来想象。患者的焦虑、沉默、犹豫、抗拒或过度依赖, 并不一定是“不理性”或“不配合”, 而可能是恐惧、误解、经济压力、家庭责任和生命不确定性的表达<sup>[2,7,9]</sup>。

叙事医学的价值, 在于帮助医生从患者叙述中理解其疾病经验。患者说“我怕这个病拖累家人”, 其核心未必只是疾病恐惧, 也可能是家庭责任焦虑; 患者拒绝某种治疗, 未必只是缺乏医学知识, 也可能是对副作用、费用或生活质量的担忧; 患者反复询问疗效, 可能并非不信任医生, 而是面对不确定性时寻求安全感<sup>[7,9,11]</sup>。

叙事理解使医生从“看见疾病”进一步走向“看见患病之人”。这种理解不是对医学判断的替代, 而是对医学判断的补充。只有理解患者的生活世界, 医生才能更准确地解释方案、回应顾虑和支持治疗<sup>[6-7,15]</sup>。

#### (三) 回应机制: 从情感共情到行动支持。

共情是叙事医学的重要内容, 但共情不能停留于情绪感染和温情表达。真正的共情并不是医生简单地“我理解你”, 而是将理解转化为具体照护行动。患者需要的不仅是被安慰, 也需要被解释、被支持、被协助和被持续关注<sup>[6-7,14]</sup>。

叙事回应包括多个层面。首先是解释回应, 即医生用患者能够理解的语言说明病情、风险和治疗逻辑。其次

是情境回应,即医生根据患者年龄、文化背景、家庭条件和心理状态调整沟通方式。再次是协助回应,即在患者遇到调养困难、依从性问题或家庭照护压力时,给予具体支持。最后是持续回应,即通过随访、复诊和反馈机制,让患者感受到照护关系并未在一次诊疗后终止<sup>[12-14]</sup>。

因此,共情的伦理意义不在于情绪共鸣本身,而在于将理解转化为照护行动。叙事医学使医者修养从内在情感转向外在实践,使“仁心”通过解释、协商和支持获得具体表达<sup>[6-7,14]</sup>。

#### (四) 协商机制:从医者判断到共同决策。

叙事医学把医生的专业知识、患者的经验知识和家庭的照护知识放在同一沟通场域中。医生提供医学判断,患者表达疾病经验和价值偏好,家属提供照护条件和家庭支持信息。三者共同影响治疗方案能否被理解、接受和执行<sup>[3,10-11]</sup>。

协商机制尤其适用于中医药诊疗。中医治疗常常涉及长期调养、饮食起居、情志调适和生活方式改变。这些内容如果不能与患者生活实际结合,就难以持续实施<sup>[6]</sup>。医生不能只告诉患者“应该怎么做”,还需要了解患者“能不能做到”“为什么难以做到”“需要什么支持才能做到”。这种协商并不削弱医生专业性,而是使专业判断更具现实可行性<sup>[3,10-11]</sup>。

协商机制是关系伦理在临床层面的具体体现。它使医生不再只是治疗方案的发布者,患者也不再只是方案的执行者,而是在专业判断、疾病经验和生活条件之间共同寻找可行路径的参与者<sup>[3,9-10]</sup>。

### 四、从医者修养到关系伦理的理论转化

从医者修养到关系伦理,并不是对传统医德的否定,而是其当代表达方式的转换。传统医者修养强调医生应具有仁爱、精诚、慎独和整体关怀;关系伦理则进一步强调这些修养如何进入医患互动、家庭参与和制度支持之中。其理论转化可从价值、认知、关系和责任四个维度展开<sup>[6,9,17]</sup>。

#### (一) 价值维度:从仁心仁术到主体尊重。

仁心仁术强调医生对患者的善意和责任,是传统医德的重要表达。但在现代医患关系中,仁爱不能停留于医生单方面的施善,而应转化为对患者主体的尊重。患者不是医生仁爱的对象,而是具有表达权、理解权、参与权和选择权的医疗主体<sup>[2-3]</sup>。主体尊重并不意味着取消医生专业责任,也不是将所有决定完全交给患者。相反,它要求医生以更负责任的方式帮助患者理解病情、判断风险、明确选择。医生的仁爱不是替患者决定,而是支持患者在充分理解的基础上参与决定;医生的责任不是压制患者表达,而是使患者表达成为诊疗理解的一部分<sup>[3,5,10]</sup>。

因此,仁心仁术只有转化为主体尊重,才能成为现代医患伦理资源。没有主体尊重的仁爱,可能成为善意的支配;具有主体尊重的仁爱,才能转化为现代关系伦理<sup>[2,9]</sup>。

#### (二) 认知维度:从辨病施治到叙事理解。

医患伦理不只是态度问题,也是认知问题。医生如何理解患者,决定医生如何对待患者。如果医生只看到疾病,就容易忽视患者生活处境;如果医生能够理解患者叙事,就能更好识别其顾虑、期待、家庭压力和依从性问题<sup>[6-7,17]</sup>。中医辨证思维与叙事医学在此具有内在相通性。辩证思维强调从复杂现象中把握整体关系,叙事医学强调从患者故事中理解疾病经验。二者都提醒医生,临床判断不能只依据孤立指标,也要理解具体患者的整体处境<sup>[6,17]</sup>。

关系伦理首先是一种理解伦理。医生对患者的尊重,不仅体现在态度上,也体现在认知方式上。真正尊重患者,就不能把患者简化为病种、指标或治疗对象,而要理解其作为具体生命主体所处的关系和处境<sup>[2,6]</sup>。

#### (三) 关系维度:从医患二元到患者—家庭—医生共同体。

现代中国医患关系具有明显的关系性和家庭参与特征。患者故事常常包含家属故事,患者选择常常受到家庭照护、经济条件和亲属意见影响。医生面对的不是抽象的“患者个体”,而是患者—家庭—医生共同参与的关系场域<sup>[8-9,12]</sup>。关系伦理不是简单强调“医患平等”,而是在具体关系网络中实现尊重、沟通和协商。医生需要尊重患者本人意愿,也要理解家庭照护结构;需要回应家属的焦虑和关切,也要避免患者主体性被家庭意见淹没;需要协调治疗目标和生活条件,也要在必要时帮助患者及家属理解疾病的不确定性<sup>[2,8,11]</sup>。

从医患二元走向患者—家庭—医生共同体,并不是扩大医患关系的复杂性,而是承认医患关系本来就处在复杂关系之中。叙事医学的作用,正是把这种复杂关系显现出来,使医生能够在关系中理解患者,在协商中支持患者<sup>[7,9,17]</sup>。

#### (四) 责任维度:从个体修养到共同责任。

关系伦理不是否定医生个人修养,而是把医生个人修养放入医患互动和制度安排之中。现代医患关系中的责任并不只属于医生,也不只属于患者,而是由医生、患者、家属和医疗机构共同承担<sup>[1,9,14]</sup>。医生承担专业解释、诊疗判断和照护责任;患者参与健康决策和行为改变;家属提供照护支持和情感支持;医院提供沟通条件、制度

保障和质量改进机制。只有这些责任能够相互衔接,医患关系才可能从单向要求走向共同承担<sup>[12,14,16]</sup>。

因此,关系伦理的成熟形态,是个体修养、医患互动和制度责任的统一。医者修养是基础,叙事理解是方法,关系协商是过程,责任共担是目标<sup>[1,7,9]</sup>。

## 五、中医药文化视域下医患关系叙事转向的实践进路

医患关系的叙事转向不能停留在理论表达中,而应进入临床沟通、共同决策、医学教育和医院治理等具体场景。实践进路的提出,并不是将理论简化为操作流程,而是说明关系伦理如何获得现实支撑<sup>[7,17]</sup>。

### (一) 临床沟通进路: 建立叙事化问诊机制。

中医问诊本身具有较强叙事性,但在现代医疗流程中,问诊仍容易被压缩为信息采集。叙事化问诊要求医生在关注症状、病程和用药的同时,进一步关注患者对疾病的理解、情绪反应、家庭影响、治疗期待和生活调养条件<sup>[6-7,15]</sup>。叙事化问诊可以围绕若干问题展开:疾病如何影响你的生活?你最担心的是什么?你对中医治疗有什么期待?你在生活调养上遇到什么困难?家人如何参与照护?这些问题并非临床之外的闲谈,而是理解患者经验、判断治疗可行性和促进医患信任的重要入口<sup>[7,15]</sup>。叙事化问诊使中医问诊从“问病”扩展为“问人、问境、问关系”。它并不是增加医生负担,而是在关键节点上提高沟通质量,使医生更准确地理解患者处境,也使患者更愿意参与治疗<sup>[6,14-15]</sup>。

### (二) 共同决策进路: 建立解释—协商—共担机制。

共同决策是关系伦理的重要实践方式。中医药诊疗强调辨证论治和调养配合,更需要患者理解治疗逻辑并参与健康行动。因此,应建立解释—协商—共担机制<sup>[3,6,10]</sup>。所谓解释,是医生用患者能够理解的语言说明病情、辨证逻辑、治疗方案和调养要求。所谓协商,是医生与患者、家属讨论不同选择的可行性,包括治疗方式、调养计划、生活节律、服药习惯和复诊安排。所谓共担,是医生承担专业责任,患者参与健康行动,家属提供照护支持,医疗机构提供制度保障<sup>[3,10-11]</sup>。共同决策不是让患者替代医生判断,而是让医学判断获得患者理解、认同和参与。只有当患者理解方案为何如此、自己需要如何配合、家属如何支持时,治疗才更可能成为一种持续的共同实践<sup>[3,11-12]</sup>。

### (三) 医学教育进路: 将传统医德转化为叙事能力训练。

传统医德教育常常以经典背诵、价值宣讲和案例感化为主,这些方式具有必要性,但如果缺少能力训练,医德教育容易停留于抽象层面。医德教育的现代转化,不是弱化价值教育,而是为价值教育提供方法支撑<sup>[1,17-18]</sup>。医学教育可通过中医医案叙事阅读、平行病历写作、患者故事访谈、跟师过程中的医患沟通记录、医患冲突案例讨论和反思写作等方式,训练学生的倾听能力、理解能力、解释能力和价值协商能力。学生不仅要知道“大医精诚”的价值,更要学会在具体医患场景中如何倾听患者、如何回应痛苦、如何解释治疗、如何面对冲突<sup>[7,17-18]</sup>。由此,传统医德不再只是价值口号,而成为可训练、可反思、可实践的叙事能力。医者修养的养成,也不再只依赖个人悟性,而可以通过教育过程获得方法化支持<sup>[17-18]</sup>。

### (四) 医院治理进路: 将医患叙事纳入人文管理。

医患关系改善不能只依赖医生个人努力,也应成为医院人文治理的重要内容。医院可将患者故事、医患沟通案例、投诉案例、随访记录和医务人员反思作为人文管理资源<sup>[1,14,16]</sup>。具体而言,医院可以建立患者叙事反馈机制,系统收集患者在就医流程、医患沟通和治疗理解中的真实体验<sup>[16]</sup>;建设医患沟通案例库,用于培训和质量改进;开展投诉案例叙事复盘,从患者叙述中发现服务痛点和制度问题;将患者体验纳入质量改进,使患者故事成为医院治理的资料来源;开展医务人员叙事能力培训,使医者修养获得组织支持<sup>[13-15]</sup>。医院治理中的叙事转向,意味着患者故事不只是宣传材料,而是发现服务问题、理解患者需求和改进医疗过程的重要资料。当医患叙事进入治理过程,关系伦理才可能从理念变为制度化实践<sup>[1,14,16]</sup>。

## 六、医患关系叙事转向的边界与风险

医患关系的叙事转向具有积极意义,但也需要保持必要边界。若缺少反思,传统医德可能被浪漫化,叙事医学可能被形式化,共情可能被表演化,关系伦理也可能停留于空泛表达<sup>[7,17,20]</sup>。

### (一) 防止传统医德浪漫化。

传统医德具有重要价值,但不能被直接等同于现代医学伦理。不能用“仁心仁术”替代患者权利,不能用“医者父母心”遮蔽知情同意,不能以传统文化为家长式决策辩护。传统医德的现代价值,不在于复古,而在于经过现代伦理转换后继续发挥作用<sup>[2,9,19]</sup>。因此,对中医药文化的运用应保持双重态度:既要看到其生命关怀、整体理解和医者修养价值,也要看到其需要与现代患者权利、共同决策和制度规范相衔接。只有经过现代转化,传统医德才不会成为对现代伦理问题的简单遮蔽<sup>[2,6,19]</sup>。

### (二) 防止叙事医学形式化。

叙事医学不能变成讲故事、写征文、做宣传。故事只是载体，不是目的。叙事医学的核心是理解患者经验、改善沟通和支持决策。如果缺少临床回应和制度改进，叙事容易沦为形式<sup>[7,17,20]</sup>。形式化的叙事医学甚至可能消解医学人文的严肃性。当患者故事只被当作宣传素材，而不能转化为服务改进；当平行病历只成为写作比赛，而不能改变医生对患者的理解；当叙事活动只停留在感动层面，而不能进入临床流程，叙事医学便失去了应有的伦理力量<sup>[17,20]</sup>。

### （三）防止共情表演化。

共情不是温情表态，也不是医生展示道德优越感。共情如果只停留于“我理解你”的表达，而不回应患者真实困境，就可能成为表演式沟通。真正的共情必须落实为解释、帮助、协商和支持<sup>[6-7,14]</sup>。医生的共情应当具有行动性。它要求医生回应患者疑虑，解释治疗方案，尊重患者选择，关注患者生活条件，并在必要时调整沟通方式。共情只有转化为行动回应，才具有真正的伦理意义<sup>[6,14-15]</sup>。

### （四）防止关系伦理空泛化。

关系伦理不能停留在“医患平等”“互相尊重”等口号中。关系伦理需要具体机制承载，如知情同意、风险沟通、共同决策、患者参与、隐私保护、患者体验评价和投诉反馈机制。没有制度支撑，关系伦理容易成为抽象概念<sup>[3,19,21]</sup>。因此，医患关系的叙事转向必须进入临床流程和医院治理。只有当倾听有时间保障，沟通有培训机制，患者表达有反馈渠道，共同决策有制度支持，叙事医学和关系伦理才能真正获得现实基础<sup>[13-14,21]</sup>。

## 七、结语：传统医者修养的当代表达与医患关系的叙事转向

传统医者修养仍是中国医学人文的重要资源，但其现代意义不在于简单复述传统医德，而在于转化为能够回应现代医患关系的伦理资源。仁爱、精诚、慎独和整体关怀，不应停留于医生个人品格层面，而应进入医患沟通、共同决策、医学教育和医院治理之中<sup>[1,6,17]</sup>。

叙事医学为这种转化提供了方法中介。通过倾听、理解、回应和协商，传统医者修养可以从医生单方面的道德要求，转向医患之间的理解生成、关系协商和责任共担。医者的仁爱不再只是内在情感，而体现为对患者经验的倾听；医者的精诚不再只是专业能力，而体现为可理解、可信任的解释；医者的慎独不再只是个人修身，而体现为对医疗权力的自觉约束；医者的调和不再只是诊疗原则，而体现为对患者生命处境的整体理解<sup>[6-7,9]</sup>。

从医者修养到关系伦理，并不是传统医德的失效，而是其当代表达方式的转换；从仁心仁术到叙事转向，也不是话语层面的更新，而是医患伦理从单向施善走向相互理解、关系协商和责任共担的过程。中医药文化视域下医患关系的叙事转向，既为叙事医学本土化提供了新的理论空间，也为现代医学人文建设提供了具有中国文化根基的伦理进路<sup>[17-18,20,24]</sup>。

## 参考文献

- [1] 高川, 周俞余, 郭旭芳, 等. 医学人文的过去, 现在和未来[J]. 协和医学杂志, 2022, 13(1): 152-157.
- [2] 张霄翎, 程旺. 医患共同决策中患者主体性的缺失与寻回[J]. 中国医学伦理学, 2023, 36(9): 965-969.
- [3] 房志敏, 猴一鸣. 患者参与医患共同决策的思考[J]. 医学与哲学, 2024, 45(10): 20-24.
- [4] 袁香儿, 赵睿雯, 朱冬青. 医患个体特征影响共享决策的心理路径: 基于内隐原型视角[J]. 心理科学进展, 2023, 31(6): 1044-1054.
- [5] 叶康丽, 徐志杰, 杜亚平, 等. 应对未分化疾病: 从过度诊断走向医患共同决策[J]. 中国全科医学, 2020, 23(36): 4541-4547.
- [6] 王昊, 韩佳桐, 王子旭, 等. 叙事医学语境下中医学的仁爱精神[J]. 现代中医临床, 2023, 30(2): 49-53.
- [7] 房志敏, 猴一鸣. 患者参与视角下的叙事医学实践反思[J]. 中华高血压杂志(中英文), 2024, 32(11): 1095-1099.
- [8] 马晴雅, 王斗, 张欢, 等. 护士对老年轻度认知障碍患者参与临床决策认知的质性研究[J]. 中华护理杂志, 2022, 57(11): 1345-1350.
- [9] 晏珑文. 医患关系中个人自主的局限与突围: 关怀伦理对医疗决策的启示[J]. 医学与哲学, 2022, 43(20): 41-45.
- [10] 翁冰冰, 陈文, 蒋虹丽. 医患共同决策模型及实践应用进展[J]. 医学与哲学, 2023, 44(5): 21-25.
- [11] 杨林宁, 郑红颖, 赵丹, 等. 医生对医患共享决策认知的质性研究[J]. 中国全科医学, 2022, 25(10): 1213-1219.
- [12] 赵铁夫, 王娜, 彭洁, 等. 医患共同决策对患者家属诊疗期望值及满意度的影响[J]. 医学与哲学, 2024, 45(10): 25-27.
- [13] 邓黎黎, 廖晓阳, 伍佳, 等. 国外医患沟通模式对我国全科医生沟通技能培训的启示[J]. 中国全科医学, 2021, 24(13): 1684-1689.
- [14] 邵建文, 李群, 王锦帆. GLTC 医患沟通方案干预住院患者效果分析[J]. 中华医院管理杂志, 2020, 36(11): 934-938.
- [15] 邵建文, 谭港锐, 王梦婷, 等. 门诊经验沟通与 GLTC 沟通对门诊医生情绪状态及沟通细节影响的比较研究[J]. 中国全科医学, 2024, 27(16): 1956-1961.
- [16] 许洛, 胡银环, 冯显东, 等. 我国公立医院应用人工智能改善患者体验的典型案例分析[J]. 健康发展与政策

研究, 2024, 27(4): 301-307.

[17] 金贞爱. 关于儿科学发展融入叙事医学理念的思考[J]. 中国当代儿科杂志, 2024, 26(4): 325-330.

[18] 张睿, 许亮, 李嘉鑫, 等. 健康人文潜力之医学动画: 叙事医学与医学动画交叉融合的创新教育[J]. 四川大学学报(医学版), 2025, 56(3): 887-892.

[19] 陈化. 知情同意临床实践的伦理隐忧及其消解[J]. 医学与哲学, 2024, 45(20): 11-16.

[20] 中华预防医学会叙事医学分会. 平行病历质量评价专家共识 (2025) [J]. 医学与哲学, 2025, 46(2): 79-80.

[21] 常娜, 牛树敏, 毛姝然, 等. 患者多次投诉影响因素分析[J]. 医学与哲学, 2024, 45(8): 48-52.

[22] 朱伟俊, 崔文彬, 魏明月, 等. 基于患者视角的公立医院互联网医院发展路径[J]. 中国卫生资源, 2023, 26(4): 388-392.

[23] 厉欣怡, 陈焯, 彭红, 等. 项目制模式提升患者就医体验创新实践[J]. 中华全科医学, 2025, 23(8): 1415-1419.

[24] 国家卫生健康委, 国家中医药管理局. 关于印发公立医院高质量发展促进行动 (2021—2025 年) 的通知: 国卫医发〔2021〕27号[EB/OL]. (2021-10-14)[2026-05-06].

## From Physician Self-Cultivation to Relational Ethics: The Narrative Turn of Doctor-Patient Relationships from the Perspective of Traditional Chinese Medicine Culture

ZHOU Gui-yang<sup>1</sup>; YE Lu<sup>1</sup>; CHEN De-chao<sup>1</sup>; HUANG Ying-an<sup>1</sup>; SHI Yu-feng<sup>1</sup>; HE Li-ming<sup>1</sup>; WU Guang-shan<sup>1</sup>; PAN Yun-lin<sup>1</sup>; WU Li-sha<sup>2</sup>

(1 Shenzhen Bao'an Pure TCM Treatment Hospital, Shenzhen, Guangdong, China; 2 Longgang Central Hospital of Shenzhen, Shenzhen, Guangdong, China.)

**Abstract:** The tradition of physician self-cultivation in traditional Chinese medicine (TCM) culture embodies rich ethical resources, including benevolence, professional sincerity, self-discipline, and holistic care. It constitutes an important intellectual foundation for the development of medical humanities in China. However, the modern doctor-patient relationship is no longer a one-way therapeutic relationship centered on the physician. Instead, it has become a complex relational practice involving physicians, patients, families, and healthcare institutions. If traditional medical ethics is understood merely as the personal virtue of physicians, it may fail to respond adequately to contemporary ethical demands such as patient subjectivity, shared decision-making, family participation, and institutional support. From the perspective of TCM culture, this article examines the value structure of traditional physician self-cultivation and its limits in modern doctor - patient relationships. It argues that narrative medicine can serve as a methodological bridge for transforming physician-centered moral cultivation into relational ethics. Through listening, understanding, response, and negotiation, narrative medicine incorporates patients' illness experiences, life contexts, family relationships, and value preferences into clinical practice. In this way, traditional medical virtues can be transformed from unilateral moral requirements into mutual understanding, relational negotiation, and shared responsibility between physicians and patients. On this basis, the article proposes four practical pathways: clinical communication, shared decision-making, medical education, and hospital governance. It also emphasizes the need to avoid romanticizing traditional medical ethics, formalizing narrative medicine, performing empathy superficially, and reducing relational ethics to empty rhetoric. The narrative turn of doctor - patient relationships from the perspective of TCM culture may contribute to the localization of narrative medicine and provide an ethically grounded pathway for contemporary medical humanities in China.

**Keywords:** Physician self-cultivation; relational ethics; narrative medicine; Traditional Chinese Medicine culture; doctor-patient relationship; shared decision-making; medical humanities