

中医药文化视域下叙事医学本土化建构研究

周贵阳¹, 叶璐¹, 陈德超¹, 黄颖安¹, 石玉丰¹, 贺利敏¹, 伍广山¹, 潘韞琳¹, 吴丽莎^{2*}

(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: 叙事医学进入中国后, 已由概念引介转向临床实践与规范建构, 但其本土化仍面临理论根基不足、文化资源转化不充分、实践路径和评价机制不清等问题。中医药文化蕴含生命整体观、身心一体疾病观、仁心仁术伦理、辨证论治思维和治未病智慧, 可为叙事医学中国化提供重要资源。本文从中医药文化视域出发, 阐释叙事医学本土化的理论逻辑, 提出以患者生命经验整体理解为核心, 构建价值重塑、知识重组、方法转化和制度嵌入相统一的实践框架, 并从临床诊疗、医学教育、文化传播、医院治理和效果评价等方面提出实现路径, 以期推动叙事医学从理念倡导走向具有中国医学人文特色的实践范式。

关键词: 中医药文化; 叙事医学; 医学人文; 本土化; 医患关系

基金项目: 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 (GDXYGS2025068); 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.v2i6.525

引言: 从叙事医学引介到中国医学人文范式建构

现代医学以实验科学、技术理性和循证方法为基础, 极大提升了疾病诊断、治疗和管理能力。然而, 技术能力的增长并不必然带来患者生命经验的充分呈现, 也不必然自动生成医患之间的信任、理解和共同决策。患者在医疗过程中的痛苦、恐惧、期待、家庭关系、文化信念和生命意义, 往往难以被单纯的生理指标、诊疗流程和技术方案完整容纳^[1]。叙事医学正是在这一现代医学人文张力中兴起的, 它通过叙事能力的培养, 使医者能够认识、吸收、解释并回应患者关于疾病与生命处境的故事。Rita Charon 早期将叙事医学界定为一种以“叙事能力”为基础的医学实践, 强调医生应能够承认、吸收、解释并回应他人的疾病故事和困境, 从而实现更具尊重、共情和信任的医疗照护^[2]。

国际叙事医学研究经过二十余年的发展, 已经从理论倡导拓展至临床实践、医学教育和患者照护等领域。2024 年一项范围综述将叙事医学研究归纳为理论、临床实践、教育培训三类, 并指出叙事医学并非循证医学的替代物, 而是通过故事、沟通和经验理解, 将医生的临床知识与患者的疾病体验连接起来。该综述同时提示, 叙事医学未来仍需进一步发展可测量指标、实践路径和效果评价方法^[3]。这表明, 叙事医学的前沿问题已经不只是“为什么需要叙事”, 而是“如何将叙事转化为可操作、可评价、可推广的医学人文实践”。

在中国语境中, 叙事医学的发展也已进入新的阶段^[4-6]。《中国叙事医学专家共识 (2023)》指出, 目前中国叙事医学实践者对叙事医学的理解仍存在分歧, 实践既缺乏宏观指导, 也缺乏统一方案, 因此需要通过共识推动规范化实践、研究和发展^[6]。2025 年《中国医院叙事医学实践专家共识》进一步指出, 2023 年共识在一定程度上回答了中国叙事医学“做什么”的问题, 但医院层面仍存在“如何实施”的实践需求^[7]。由此可见, 叙事医学在中国已经从概念引介进入体系建构阶段, 其核心任务是形成符合中国医学文化传统、医疗实践结构和患者生活世界的本土化理论与方法^[4-5,7]。

与此同时, 中医药文化的现代转化也面临从“文化传播”走向“实践转化”的内在要求。《中医药文化传播行动实施方案 (2021—2025 年)》强调, 要深入挖掘中医药文化精髓, 阐明中医药学的哲学体系、思维模式和价值观念, 并推动中医药文化融入大众生活、贯穿国民教育^[8]。《医学人文关怀提升行动方案 (2024—2027 年)》则提出, 要加强医学人文关怀、增进医患交流互信、改善医患关系, 并将医学人文关怀贯穿医学生培养全过程和医

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。

务人员职业全周期^[9]。这些政策导向共同提示：中医药文化不应仅被理解为传播对象和文化符号，也可以成为改善医学实践、重构医患关系和提升患者体验的重要人文资源。

基于此，本文试图回答三个问题：第一，叙事医学为什么需要在中国语境中进行本土化建构？第二，中医药文化能够为叙事医学本土化提供哪些理论资源？第三，如何以中医药文化为基础，构建叙事医学中国化、本土化和实践化的理论框架与实践路径^[5,10]？本文认为，中医药文化视域下的叙事医学本土化，实质上是中国医学人文实践范式的再建构。它不是将西方叙事医学概念直接移植到中国，也不是将中医药文化作为装饰性元素附加于叙事医学，而是在中国医学文化传统和现实医疗场景中，对叙事医学的价值基础、认知方式、伦理结构、实践机制和制度路径进行系统重构^[10]。

一、叙事医学本土化建构的现实语境与问题转换

（一）技术医学发展中的人文张力

现代医学以技术理性为重要特征。疾病被转化为可以观察、测量、诊断和干预的对象，人体被分解为器官、组织、细胞、基因和生物指标，医疗实践也被纳入标准化、流程化和效率化的管理体系^[1]。这种技术医学模式对于提升诊疗水平具有不可替代的意义，但其局限也逐渐显现：患者容易被还原为疾病载体，痛苦容易被简化为症状信息，医患互动容易被压缩为病情询问、检查安排和治疗告知^[1,11-12]。

叙事医学所回应的，正是技术医学中患者主体经验被遮蔽的问题。患者遭遇疾病时，所经历的并不只是生理异常，更包括生活秩序的中断、社会角色的改变、家庭关系的重组、未来预期的动摇以及生命意义的追问。医学若只处理疾病，而不能理解患病之人，就难以真正回应患者的整体需求。叙事医学通过患者故事进入其生活世界，使医学实践从“解释疾病”进一步走向“理解病人”^[2-3,11]。

需要指出的是，叙事医学并不是技术医学的对立面，也不是对循证医学的否定。其价值在于补足技术医学难以充分触及的经验维度、关系维度和意义维度。换言之，叙事医学不是要用故事替代证据，而是要使证据能够在患者具体生命处境中被理解、接受和转化为行动。正是在这一意义上，叙事医学成为现代医学人文的重要方法^[3,11]。

（二）叙事医学中国化发展的阶段性转向

叙事医学进入中国后，大致经历了概念引介、教育应用、临床探索和规范建构几个阶段。早期研究主要围绕西方叙事医学理论、叙事能力、平行病历、反思写作等展开，重点在于说明叙事医学之于医学人文教育和医患沟通的价值^[4-5,13]。随后，叙事医学逐渐进入医学院校课程、住院医师规范化培训、护理实践、肿瘤照护、安宁疗护和医院文化建设等领域^[14-17]。

近年来，国内叙事医学发展呈现出两个明显转向。其一，是从理论引介转向规范建构。《中国叙事医学专家共识（2023）》形成 21 条共识，内容涉及叙事医学的概念和价值、叙事医学实践、叙事医学研究等方面。人民日报海外版对该共识发布的报道也指出，这一共识被视为我国叙事医学发展进入新阶段的重要标志^[6,13]。其二，是从个体实践转向医院运行。2025 年《中国医院叙事医学实践专家共识》把医院层面的叙事医学实施问题进一步具体化，提示叙事医学需要组织保障、实践应用和评价方法的支撑^[7]。

然而，规范化并不意味着本土化已经完成。当前中国叙事医学仍需进一步回答：其理论基础如何与中国医学文化传统相衔接？其方法体系如何嵌入中国医疗场景？其伦理结构如何回应中国家庭参与式医疗和“患方”结构？其临床实践如何与中医诊疗、慢病管理、健康促进和医院治理相结合？这些问题决定了叙事医学能否真正从“引进来的理论”转变为“长出来的方法”^[5,10,13]。

（三）中医药文化现代化中的实践化需求

中医药文化是中华优秀传统文化的重要组成部分，既包含医药知识和诊疗技术，也包含理解生命、疾病、健康和医患关系的文化方式。长期以来，中医药文化传播多侧重知识普及、文化展示、名医故事、非遗保护、校园活动、社区科普等内容。这些工作对于增强公众中医药文化认同具有积极意义，但若仅停留在展示性和宣传性层面，中医药文化就难以充分转化为现代医学实践中的人文资源^[8,18-20]。

中医药文化现代转化的关键，是使其从“被传播的文化内容”进一步转化为“可参与医学实践的方法资源”。中医药文化中的整体观、辩证思维、情志理论、体质观念、治未病思想、医德传统和医案叙事，不仅能够用于文化传播，也能够进入患者沟通、疾病解释、慢病管理、康复调养、医学教育和医院治理。尤其是在中医医院和中医药院校中，中医药文化与叙事医学的结合具有天然场景基础^[10,19,21]。

《全民健康素养提升三年行动方案（2024—2027 年）》明确提出，要推动卫生健康工作从“以治病为中心”向

“以健康为中心”转变，推动中医药成为群众促进健康的文化自觉，并提出持续提升中国公民中医药健康文化素养^[18]。这意味着，中医药文化的现代价值不仅在于传统文化传承，更在于通过文化认同、健康叙事和行为转化，参与健康中国建设^[18,21-22]。

（四）现有研究的不足与本文的问题意识

总体来看，现有研究为中医药文化与叙事医学的结合奠定了一定基础，但仍存在四方面不足^[4-5,10]。第一，叙事医学研究存在“引介多、建构少”的问题。许多研究主要介绍西方叙事医学理论，强调其对医学教育和医患沟通的启示，但对叙事医学如何在中国医学文化内部生成自身话语体系讨论不足^[5,13]。第二，中医药文化研究存在“传播多、转化少”的问题。相关研究多关注中医药文化如何传播、如何普及、如何增强文化认同，但较少讨论中医药文化如何转化为临床沟通、患者照护和医院人文治理的方法资源^[8,19-20]。第三，二者结合存在“意义阐释多、机制分析少”的问题。不少研究强调中医药文化与叙事医学具有相通性，但对这种相通性如何转化为结构性框架、操作性流程和制度性机制，仍缺乏深入分析^[10,23]。第四，实践探索存在“活动化多、制度化少”的问题。叙事医学容易被简化为征文、演讲、故事会、平行病历比赛等活动形式，尚未充分进入临床流程、教育体系、管理制度和评价机制^[13,15,17]。

因此，本文的问题意识不在于一般性论证“中医药文化与叙事医学可以结合”，而在于进一步追问：中医药文化如何作为理论资源参与叙事医学中国化、本土化和实践化的系统建构？这一问题的提出，决定了本文不是一篇“融合意义”式论文，而是一篇“本土化建构”式论文^[10,13,23]。

二、核心概念界定与分析框架

（一）叙事医学：从故事书写到疾病经验理解

叙事医学最容易被误解为“讲故事”或“写故事”。事实上，故事只是叙事医学的载体，而非其全部。叙事医学的核心不在于故事形式本身，而在于通过故事理解患者的疾病经验、生命处境和价值世界^[2-3,11]。从认知层面看，叙事医学是一种理解患者经验的方法。它通过患者的叙述，揭示疾病在其生活世界中的意义，使医生能够看到检查报告之外的患者^[2,11]。从伦理层面看，叙事医学是一种尊重患者主体性的实践。它通过倾听、共情和回应，使患者不再只是被诊断、被治疗、被安排的对象，而成为表达自身经验、参与医疗决策的主体^[23-24]。从临床层面看，叙事医学是一种医疗能力。它要求医务人员能够识别患者故事中的症状线索、情绪困境、价值冲突、家庭支持和治疗期待，并将其转化为更具人文关怀和临床适切性的照护方案^[7,13,24]。

因此，本文将叙事医学界定为：以叙事能力为核心，通过倾听、理解、解释和回应患者疾病故事，将患者生命经验纳入医疗实践，从而改善医患关系、提升照护质量并实现医学人文价值的方法体系^[2-3,11]。

（二）中医药文化：从知识符号到医学人文资源

中医药文化不能被狭义理解为中药知识、针灸技术、养生方法、节气文化、药膳符号或名医故事的简单集合。作为医学文化体系，中医药文化至少包含五个层面^[8,10,19]。其一是哲学层面，包括天人相应、整体观念、形神合一、阴阳平衡等生命理解方式。其二是认知层面，包括辨证思维、动态调节、因人因时因地制宜等疾病解释方式。其三是伦理层面，包括大医精诚、仁心仁术、医者德性、生命敬畏等医患关系规范。其四是实践层面，包括望闻问切、辨证论治、治未病、调摄养生、康复调养等诊疗与健康实践。其五是文本层面，包括中医经典、历代医案、名医经验、师承记录和患者调养故事等叙事资源^[10,19,25]。

因此，本文所谓中医药文化，并非仅指中医药知识和文化符号，而是指以中医生命观、疾病观、治疗观、医患伦理和健康实践为核心的医学文化体系。它既是传统文化资源，也是现代医学人文建设的重要理论资源^[10,18-20]。

（三）本土化建构：从理论移植到实践再造

叙事医学本土化不是将西方叙事医学学术语翻译成中文，也不是在西方理论外部添加若干中国文化元素。真正的本土化至少包括四重内涵^[5,10,13]。第一，文化翻译。即将叙事医学中的患者故事、叙事能力、平行病历、反思写作、共情回应等概念，放入中国医学文化和医患关系语境中重新解释^[5,10]。第二，问题重构。即不再简单复制西方医学语境中的理论问题，而是回应中国医疗实践中的医患信任、家庭参与、医院治理、中医药文化传承和健康促进问题^[7,23-24]。第三，方法转化。即将叙事访谈、反思写作、患者故事分析等方法，与中医问诊、医案叙事、辨证论治、调养随访等实践结合^[10,13,24]。第四，制度嵌入。即推动叙事医学进入医学教育、临床诊疗、医院管理、文化传播和效果评价体系^[7,9,13]。

据此, 本文将叙事医学本土化界定为: 在中国医学文化传统和现实医疗实践中, 对叙事医学的价值基础、知识结构、方法体系和制度路径进行再阐释、再组织和再创造的过程^[5,10,13]。

(四) “价值—认知—伦理—实践—制度”的分析框架

中医药文化视域下的叙事医学本土化, 可以从五个维度展开。价值维度, 关注中医药文化如何重塑叙事医学的生命价值基础。认知维度, 关注中医药文化如何拓展叙事医学对疾病经验的理解方式。伦理维度, 关注中医药文化如何支撑医患关系中的主体尊重、信任生成和责任共担。实践维度, 关注中医药文化如何转化为临床问诊、医学教育、健康传播和慢病管理的方法。制度维度, 关注叙事医学如何进入医院治理、质量改进和评价体系^[10-11,23]。

这一分析框架的意义在于, 它避免将中医药文化与叙事医学的关系简化为一般意义上的“互相启发”, 而是将二者关系置于价值、知识、伦理、实践和制度的整体结构之中^[10,13]。

三、中医药文化作为叙事医学本土化理论资源的内在根据

(一) 生命观根据: 从“疾病中心”走向“生命整体”

叙事医学的基本出发点, 是反对将患者还原为疾病对象。患者不是“一个病例”“一个病种”或“一个指标异常者”, 而是处于家庭、社会、文化和历史关系中的完整生命主体。中医药文化中的整体观、形神合一和天人相应, 为这种完整生命理解提供了深厚资源^[10,11,25]。

中医药文化理解生命, 强调人与自然、身体与精神、个体与环境之间的关联。疾病并非孤立发生于器官之中, 而是在身体状态、情志变化、生活方式、气候环境和社会关系的交织中显现。与叙事医学相比, 中医药文化更早地将生命置于整体关系之中理解; 与中医药文化相比, 叙事医学则提供了通过患者故事呈现整体生命处境的方法^[10,19,25]。

二者结合的理论意义在于: 中医药文化能够推动叙事医学从“疾病叙事”进一步走向“生命叙事”。疾病叙事关注患者如何经历某种疾病, 生命叙事则进一步关注疾病如何嵌入患者的身体、情感、家庭、社会角色和生命意义之中。中医药文化为叙事医学本土化提供的首要资源, 正是一种超越疾病对象化的生命整体观^[10-11]。

(二) 疾病观根据: 从“病理解释”走向“身心境遇”

叙事医学关注疾病的双重面向: 一方面, 疾病是可以被医学诊断和治疗的病理事实; 另一方面, 疾病也是患者实际经历和解释的生命事件。现代医学能够解释病理机制, 却未必能够充分解释患者如何感受疼痛、如何理解诊断、如何面对治疗、如何处理家庭压力和生命不确定性^[11,23-24]。

中医药文化中的辨证思维、情志理论、体质观念和因人制宜思想, 有助于深化叙事医学对疾病经验的理解。中医诊疗强调同病异治、异病同治, 重视症状与体质、情志、饮食、作息、环境之间的关系。这种认知方式提示我们: 患者的症状并非孤立信息, 而是身体状态、生活方式和情绪处境的综合表达^[10,19,21]。

因此, 中医药文化能够推动叙事医学从“听见患者讲述疾病”深化为“理解患者身心境遇”。当患者讲述失眠、疼痛、乏力、焦虑、食欲下降或病后虚弱时, 叙事医学不应只记录其叙述内容, 而应进一步理解这些叙述背后的生活结构、情感关系和健康信念。中医辨证思维恰可成为连接患者故事与临床理解的重要中介^[10,21,23]。

(三) 医患观根据: 从“信息交换”走向“信任生成”

医疗过程并不只是信息交换过程。医生询问病情、患者提供信息、医生给出诊断、患者接受治疗, 这只是医患互动的表层结构。更深层地看, 医患关系是一种信任关系、责任关系和意义关系。患者愿意讲述自身痛苦, 前提是相信医生会认真倾听; 患者愿意接受治疗, 前提是理解并信任医生的判断; 患者愿意参与调养, 前提是其生活处境被看见和尊重^[12,23-24]。

中医药文化中的“大医精诚”“仁心仁术”等医德传统, 为叙事医学本土化提供了伦理资源。但这种资源不能被简单理解为传统医德的复述, 而需要进行现代转化。传统医德强调医者德性, 现代叙事医学则进一步强调患者主体性、医患平等沟通和共同决策。二者结合, 应当实现从“医者有德”到“医患共建”的伦理转化^[10,23-24]。

值得注意的是, 中国医疗实践中, “患方”往往不仅包括患者本人, 也包括其家庭成员。人民日报海外版关于《中国叙事医学专家共识(2023)》的报道中提到, 共识主编郭莉萍指出, 中国文化中家庭是患者背后的重要支持力量, 因此叙事医学对象不仅包括患者, 也包括家属和医院管理者等^[6-7]。这一点揭示了中国叙事医学本土化的重要特征: 医患沟通常常不是医生与孤立个体之间的沟通, 而是医生与患者及其家庭共同体之间的沟通。

因此, 中医药文化视域下的叙事医学, 应从“信息交换”走向“信任生成”, 从“医生解释病情”走向“医患共同

理解疾病”，从“个体患者叙事”走向“患者—家庭—医生”之间的关系叙事^[7,12,23]。

（四）实践观根据：从“治疗疾病”走向“调摄生命”

叙事医学不只是诊室内部的沟通技术，也关心患者患病之后如何重新安排生活、理解身体、面对不确定性并重建生命秩序。中医药文化中的治未病、养生调摄、康复调养、药食同源等思想，能够显著拓展叙事医学的实践边界^[10,25-27]。

对于慢性病、肿瘤康复、老年病、失眠焦虑、疼痛管理和亚健康状态而言，治疗并不只是一次性消除病因，而是长期的生活调适和身心重建。患者的饮食、起居、运动、情绪、家庭支持和健康信念，都直接影响治疗效果和生活质量。中医药文化重视日常生活方式和长期调养，恰好能够与叙事医学中的患者日记、康复故事、反思书写和随访叙事结合起来^[18,21,25]。

由此，中医药文化能够使叙事医学从临床沟通方法扩展为健康生活方式建构方法。患者不只是讲述疾病的人，也是参与调养、重建生活和生成健康意义的人^[23,28]。叙事医学本土化的实践价值，也正在于把患者从被动治疗对象转变为主动健康实践主体；这一转化既需要与中医药政策体系和传统医学发展战略相衔接，也需要回应治未病实践与公众中医信任的现实基础^[19,27,29-30]。

四、中医药文化视域下叙事医学本土化建构的理论逻辑

（一）文化逻辑：从外来理论移植到中国医学人文话语生成

叙事医学产生于西方医学人文传统，其理论源头涉及文学批评、伦理学、现象学、人类学、心理学和临床医学等多个领域。它进入中国后，为我国医学人文建设提供了重要方法启发。然而，叙事医学本土化不能停留在外来理论移植层面^[2-3,15]。

真正的中国化，不是在西方理论框架之外添加“中国元素”，而是在中国医学文化和现实医疗实践中重新生成问题意识。中医经典、历代医案、名医经验、师承传统、医德文本和患者调养故事，本身就构成了中国医学中的叙事传统。这一传统并非现代叙事医学的替代物，却能够为现代叙事医学的本土化提供深层文化资源^[10,31-32]。

因此，叙事医学中国化应当体现为双向阐释：一方面，借助现代叙事医学理论重新理解中医药文化中的医案、问诊、医德和调养叙事；另一方面，借助中医药文化重新解释叙事医学中的患者故事、医患关系和生命经验。通过这种双向阐释，叙事医学才能从“外来理论”转化为“中国医学人文话语”^[10,31-32]。

（二）认知逻辑：从“故事采集”到“经验理解”

叙事医学在实践中容易被形式化理解为“收集故事”“书写故事”“举办故事分享”。这种做法虽然有助于提升医学人文意识，但若缺乏深入分析，就容易使叙事医学停留在情感表达和活动展示层面^[3,12,15]。

叙事医学的认知核心，不在于收集更多故事，而在于通过故事理解患者经验。患者故事中包含身体感受、疾病解释、情绪变化、家庭关系、价值选择和生命期待。医生需要识别这些内容之间的关系，并将其转化为临床理解和照护行动^[15,18,25]。

中医辨证思维对于这一转化具有启发意义。辨证并不是机械对应症状与方药，而是在复杂现象中把握整体关系和动态变化。若将叙事医学与辨证思维结合，患者叙事就不只是医学人文材料，也可以成为理解证候、体质、情志、生活方式和治疗依从性的综合信息来源^[10,31-32]。

因此，叙事医学本土化的认知逻辑，是从“故事采集”走向“经验理解”，从“记录患者说了什么”走向“理解患者为何这样说、这样说意味着什么、医生应如何回应”^[3,10,15]。

（三）伦理逻辑：从“共情表达”到“主体尊重”

共情是叙事医学的重要内容，但共情不能被简化为情绪感染、道德感动或温情表达。真正的共情应当落实为对患者主体性的尊重^[2,19,33]。

患者主体性至少包括三个层面。第一，生命主体性，即患者不是疾病载体，而是具有完整生命处境的人。第二，价值主体性，即患者对疾病、治疗、风险和生活质量有自身判断。第三，行动主体性，即患者应参与治疗方案、调养方式和健康行为的共同决策^[18,25,33]。

中医药文化中的医德传统强调医者责任和生命敬畏，为主体尊重提供了本土伦理语言。但在现代医学语境中，这种传统必须从单向的医者德性转化为双向的医患关系伦理。医生的“仁心”不能替代患者表达，医生的“善意”也不能取消患者选择。叙事医学本土化的伦理核心，正在于通过倾听和回应，使患者真正成为医疗关系中的

表达者、参与者和共同决策者^[10,25,33]。

（四）实践逻辑：从“个体修养”到“制度化运行”

医学人文长期面临一个困境：它常常被寄托于个体医生的道德修养，却缺乏制度保障。医生当然需要仁心与共情，但如果缺少时间安排、培训机制、流程设计、评价体系和组织支持，叙事医学就难以稳定运行^[1,9,13]。

《医学人文关怀提升行动方案（2024—2027年）》明确提出，医疗卫生机构要将人文关怀融入患者诊治全流程，既要重视服务效率，也要重视服务效果和群众感受，并通过总结评估形成可复制、可推广的经验^[9]。这为叙事医学从个体实践走向制度化运行提供了政策依据。

因此，叙事医学本土化的实践逻辑，是从个体修养走向组织能力。它不应只是某些医生的自发写作，也不应只是医院文化活动中的阶段性项目，而应进入中医医院的门诊服务、病区管理、患者随访、投诉处理、健康教育、教学培训和质量改进体系。只有制度化运行，叙事医学才能真正成为可持续的医学人文实践^[7,9,12]。

五、中医药文化视域下叙事医学本土化的建构框架

中医药文化视域下的叙事医学本土化，可以概括为“一核四维五环”建构框架^[10,12,31]。

所谓“一核”，即以患者生命经验的整体理解为核心。所谓“四维”，即价值重塑、知识重组、方法转化和制度嵌入。所谓“五环”，即叙事采集、辨证阐释、意义共建、方案协商和反思反馈^[10,12,31]。

（一）一核：以患者生命经验的整体理解为核心

叙事医学本土化的核心，不是“故事”，也不是“中医药文化符号”，而是患者生命经验的整体理解。患者生命经验包括身体症状、心理感受、家庭关系、社会角色、文化信念、治疗期待和生命意义。叙事医学通过故事进入患者经验，中医药文化通过整体观和辨证思维解释患者处境，二者共同指向对患病之人的完整理解^[10,15,31]。

这意味着，患者经验是连接中医药文化与叙事医学的中介。离开患者经验，中医药文化容易成为抽象理念；离开中医药文化，叙事医学容易停留于一般人文关怀。二者结合，才能形成具有中国医学人文特色的患者理解方式^[10,15,31]。

（二）价值重塑：以生命整体观重建医学人文价值

价值层面回答“为什么建构”。中医药文化视域下的叙事医学，应以生命整体观重建医学人文价值^[1,10,15]。

这种价值重塑至少包含五个方面：第一，尊重生命，而非只处理疾病；第二，理解患者，而非只解释病理；第三，关注关系，而非只传递信息；第四，重视调养，而非只追求治疗；第五，强调共同参与，而非单向施治^[10,18,33]。

由此，医学人文不再只是医疗服务中的态度要求，而成为诊疗过程中的价值结构。医生不仅要知道患者“得了什么病”，还要理解患者“如何经历疾病”；不仅要说明“如何治疗”，还要解释“为什么这样治疗”；不仅要关注短期疗效，也要关注患者生活秩序和健康能力的恢复^[15,18,33]。

（三）知识重组：以中医药文化丰富疾病经验解释体系

知识层面回答“用什么理解患者”。叙事医学本土化不是用文化替代医学知识，也不是用患者故事替代临床证据，而是要重新组织医学知识、患者经验和文化意义之间的关系^[3,15,18]。

具体而言，叙事医学本土化应整合四类知识：第一，现代医学知识，包括疾病诊断、治疗方案、风险评估和循证依据；第二，中医药知识，包括证候、体质、情志、调养和治未病；第三，患者经验知识，包括疼痛感受、生活困扰、治疗期待和疾病理解；第四，文化意义知识，包括家庭观念、健康信念、生命态度和传统养生观^[10,19,23]。

这种知识重组的意义在于，使医疗实践不再只面对“病理事实”，也面对“经验事实”和“意义事实”。患者讲述的恐惧、犹豫、坚持、误解或期待，并非临床之外的杂音，而是影响治疗理解、依从性和医患信任的重要因素^[18,25,33]。

（四）方法转化：以叙事方法激活中医药文化资源

方法层面回答“如何操作”。中医药文化只有经过叙事方法转化，才能从文化资源变成医学人文实践资源^[10,32]。

第一，叙事问诊。在常规中医问诊基础上，进一步关注患者疾病经历、生活背景、情绪状态、家庭支持、健康信念和治疗期待，使问诊从信息采集扩展为经验理解^[17,33]。

第二，医案转化。传统医案不仅是临床经验记录，也是一种医学叙事文本。可将其转化为叙事医学教学案例、医患沟通案例和临床思维训练材料^[31-32]。

第三，平行病历。平行病历可记录标准病历难以容纳的患者故事、情感困境、价值选择和医者反思，使医生在书写中重新理解患者和自身^[13,34]。

第四，反思写作。通过医学生、规培医师、护士和临床医生的反思写作，培养其倾听能力、共情能力、解释能力和职业认同^[16,34]。

第五，调养叙事。通过患者日记、康复故事、随访记录和健康行为叙事，呈现治未病、慢病管理和康复调养中的生活实践^[20-23]。

（五）制度嵌入：以组织机制保障叙事医学持续运行

制度层面回答“如何持续”。叙事医学本土化的完成标志，不是某一次叙事活动的开展，而是其进入医疗机构日常运行体系^[7,9,12]。

在中医医院中，可建立叙事医学培训机制、中医药文化叙事案例库、患者体验叙事采集机制、医患沟通质量改进机制和叙事医学实践评价机制。尤其需要将叙事医学与医院文化建设、门诊服务优化、病区人文管理、投诉纠纷预防、患者随访和健康教育结合起来^[7,9,34]。制度嵌入并不意味着把叙事医学机械流程化，而是为医学人文实践提供稳定条件。只有当叙事医学被组织承认、被流程容纳、被评价支持、被持续改进，它才能摆脱个体化、活动化和短期化倾向^[7,9,34]。

六、中医药文化视域下叙事医学本土化的实践路径

（一）临床路径：构建“叙事问诊—辨证理解—共同决策—调养反馈”模式

临床诊疗是叙事医学本土化的核心场域。中医药文化视域下的叙事医学，不应被附加在诊疗过程之外，而应嵌入问诊、辨证、解释、决策和调养全过程^[10,17,33]。

第一，叙事问诊。医生在常规问诊之外，应进一步关注患者如何理解自己的疾病，疾病如何影响其生活和家庭，患者最担心什么，对中医药治疗有什么期待或疑虑，以及患者愿意采取怎样的生活调养方式。叙事问诊并不是延长无边界聊天，而是有目的地获取患者经验信息^[15,17,33]。

第二，辨证理解。将患者叙事与中医辨证结合起来：症状叙事与证候判断结合，情绪叙事与情志因素结合，生活叙事与体质、饮食、作息结合，家庭叙事与照护资源和治疗依从性结合。这样，患者故事才能转化为临床理解资源^[10,31-32]。

第三，共同决策。医生不仅说明“怎么治”，还要解释“为什么这样治”；患者不仅被动接受治疗，也参与治疗方案和调养计划的选择。中医药文化中的调摄、养生、治未病理念，可转化为患者易理解、能执行、可持续的健康方案^[18,20,33]。

第四，调养反馈。通过复诊、随访、患者日记、健康档案和患者报告结局，持续了解患者身体变化、情绪变化、生活方式改变和文化认同变化。调养反馈使叙事医学从一次性沟通转化为连续性照护^[20-23]。

（二）教育路径：将叙事医学融入中医药人才培养全过程

医学教育是叙事医学本土化的重要基础。2026年发表的《中国医学院校叙事医学教育教学专家共识（2025）》提出，叙事医学教育有助于提升医学生叙事能力和人文素养，并建议医学院校结合中国社会文化语境和包括中医药理念在内的中华优秀传统文化，发展本土化叙事医学教育模式^[35]。

对于中医药院校而言，叙事医学不应只是增设一门医学人文课程，而应贯穿经典学习、医案研读、跟师传承、临床见习和职业认同培养全过程^[14,35-36]。在课程层面，可将叙事医学与中医经典、中医医史文献、医学伦理、医患沟通和中医药文化课程结合起来。在实践层面，可组织学生开展患者故事访谈、平行病历书写、跟师叙事记录、社区健康叙事传播等训练。在评价层面，可将倾听能力、共情能力、反思能力、沟通能力和中医文化理解能力纳入学生综合素质评价^[35-37]。通过这一过程，叙事医学不仅培养学生“会沟通”，更重要的是培养其理解患者、反思自身、敬畏生命和认同中医药文化的能力^[35-37]。

（三）传播路径：推动中医药文化从知识传播走向叙事传播

中医药文化传播长期偏重知识性表达，如讲解中药功效、养生方法、节气保健、名医故事和传统理念。这种传播有其必要性，但若缺少患者经验和生活场景，容易形成单向灌输^[8,20-22]。

叙事传播的特点，是通过具体故事呈现中医药文化如何进入人的生活，如何影响健康行为，如何改变患者

对疾病和生命的理解。中医药文化传播应从“专家讲授”转向“患者故事+专家解释”，从“文化展示”转向“生活场景体验”，从“单向宣传”转向“互动式叙事”，从“传播覆盖量”转向“认知、态度和行为改变”评价^[20-24]。例如，在社区慢病管理中，可通过患者调养故事呈现中医药生活方式干预的价值；在学校传播中，可通过生命教育故事呈现中医整体观和健康观；在企业健康促进中，可通过职业人群压力调适故事传播情志调摄理念；在新媒体传播中，可通过短视频、图文、音频和互动平台呈现“我家的健康故事”“我的调养日记”等内容^[20-24]。这种叙事传播并不是降低中医药文化的学术性，而是增强其可理解性、可感受性和行为转化能力^[22-24]。

（四）治理路径：将叙事医学纳入中医医院人文治理体系

中医医院是中医药文化和叙事医学结合的关键场域。若叙事医学仅停留在医生个人层面，就难以形成持续影响。必须将其纳入医院人文治理体系^[7,9,12]。第一，建立组织机制。医院可成立叙事医学与中医药文化建设工作小组，统筹医学人文教育、患者体验改善、医院文化建设和服务流程优化^[7,9]。第二，建立培训机制。对医生、护士、导医、医务社工、投诉管理人员和行政管理者开展分层叙事能力培训，使叙事医学不只属于临床医生，也成为医院整体服务能力的一部分^[7,12,34]。第三，建立服务机制。在门诊、病房、护理、随访、投诉处理、健康教育和康复管理中引入叙事方法，使患者表达被看见、被理解、被回应^[7,17,34]。第四，建立案例机制。建设中医药文化叙事案例库，内容包括经典医案、医患沟通案例、患者调养案例、医务人员反思叙事、暖心服务案例和医院人文改进案例^[31-32,34]。第五，建立改进机制。将患者叙事作为医院流程优化、质量改进和人文关怀评价的重要依据。患者故事不仅是宣传素材，更是发现服务痛点、理解患者需求和改进医院治理的重要资料^[7,9,34]。

通过治理路径，叙事医学可以从“个人共情”提升为“组织共情”，从“医生能力”提升为“医院能力”^[7,9,12]。

（五）评价路径：建立“过程—结果—价值”三维评价体系

叙事医学本土化若缺乏评价体系，就容易停留在理念倡导和活动展示层面。因此，应建立过程、结果和价值三维评价体系^[7,34,38]。过程评价关注叙事医学是否被真实开展，包括叙事问诊是否充分，患者表达是否被尊重，医患沟通是否有效，平行病历和反思记录是否规范，医务人员是否接受培训，叙事材料是否被用于服务改进^[34,38]。结果评价关注叙事医学是否产生实际效果，包括患者满意度、医患信任、治疗依从性、健康素养、焦虑缓解、投诉纠纷减少、慢病管理效果和生活质量改善等^[33,38-39]。价值评价关注叙事医学是否形成更深层的医学人文价值，包括医务人员职业认同是否增强，医院人文氛围是否改善，中医药文化认同是否提升，患者是否形成更积极的健康生活方式，医院是否形成可复制、可推广的人文治理经验^[7,9,38]。

这一评价体系的意义在于，使叙事医学不再只是“有没有做”的问题，而是进一步进入“做得如何、是否有效、能否持续”的问题^[7,34,38]。

七、叙事医学本土化建构的边界、风险与规范

（一）防止文化浪漫化

中医药文化是叙事医学本土化的重要资源，但不能被浪漫化。不能因为强调中医药文化价值，就将其视为天然完美的医学人文方案。中医药文化进入现代叙事医学，必须经过现代医学伦理、临床规范和科学评价的转化。传统医德、医案叙事和养生智慧需要与现代医学制度、患者权利、知情同意和循证评价相衔接^[10,27,30]。

WHO《全球传统医学战略 2025—2034》也强调，传统、补充和整合医学的发展需要加强证据、确保安全与监管，并以以人为本的方式融入卫生系统^[30]。这一全球导向提示我们，中医药文化参与叙事医学本土化，必须坚持文化尊重与科学规范并重。

（二）防止叙事形式化

叙事医学不能被简化为写故事、讲故事、办比赛、做宣传。故事只是形式，经验理解才是核心；感动只是起点，行动回应才是关键。如果叙事医学不能改变医者对患者的理解方式，不能改善医患沟通过程，不能促进患者参与和服务改进，那么它就容易沦为形式主义^[3,12,34]。

因此，叙事医学本土化必须把重点放在患者经验的识别、解释和回应上。平行病历不是文学写作比赛，患者故事不是医院文化宣传素材，叙事活动也不是医学人文的全部。叙事医学的真正价值，在于通过故事改变医学理解方式、医患关系结构和医疗服务过程^[15,18,34]。

（三）防止临床负担化

医务人员临床工作繁重，如果叙事医学设计不当，容易成为额外负担。叙事医学制度化不是简单增加记录

表格、培训任务和考核指标, 而应通过流程优化提升沟通效率和患者体验^[7,9,34]。

因此, 叙事医学实践工具应简便, 流程应嵌入原有诊疗, 记录应适度, 培训应分层, 评价应避免过度行政化。对于门诊高流量场景, 可以采用简短叙事问诊提纲; 对于慢病、肿瘤、老年病和康复患者, 可以开展更深入的叙事随访; 对于医学教育场景, 可以通过平行病历和反思写作进行系统训练。不同场景应采用不同强度和形式的叙事方法^[7,17,34]。

(四) 防止伦理风险

患者叙事涉及疾病隐私、情感创伤、家庭矛盾、生命困境和价值选择, 必须坚持伦理边界。患者故事不是可以随意采集、展示和传播的素材, 而是需要被尊重和保护的生命的生命经验^[40-41]。

叙事医学实践应坚持知情同意、隐私保护、去身份化处理和范围限定。尤其在医院宣传、案例教学、学术研究和新媒体传播中, 应避免消费患者痛苦, 避免将患者故事工具化, 避免在未经充分授权的情况下公开患者叙事。叙事医学越重视故事, 就越应重视故事背后的人^[34,40-41]。

八、结语

中医药文化视域下的叙事医学本土化, 实质上是中国医学人文范式的再建构。它以生命整体观回应疾病对象化, 以辨证思维深化疾病经验理解, 以医德传统重构医患伦理, 以治未病智慧拓展健康实践, 并通过制度化路径推动医学人文从理念倡导走向临床实践。这一建构至少包含三重转化。第一, 从外来理论到中国医学人文话语。叙事医学本土化不是西方概念的直接移植, 而是在中国医学文化传统和现实医疗场景中生成新的问题意识、理论表达和实践方法。第二, 从文化资源到临床实践方法。中医药文化不只是被传播、被展示和被保护的對象, 也可以转化为理解患者、改善沟通、重构医患关系和提升患者体验的方法资源。第三, 从个体共情到制度化治理。叙事医学不应停留于医生个人情怀, 而应进入医学教育、临床流程、医院管理、健康传播和评价体系, 成为中医医院人文治理和医学人文建设的重要机制^[10,12,31-32]。未来, 中医药文化与叙事医学的深度结合, 还需在实证研究、评价工具、数字平台、患者报告结局、跨文化传播和伦理规范等方面继续推进: 实证研究和项目评价可借鉴叙事医学项目系统综述及最新系统综述的证据路径^[42-43]; 医学教育与临床干预可进一步吸收住院医师、儿科和护理教育干预研究的经验^[44-46]; 数字叙事医学和智能辅助沟通为叙事资料采集、患者赋权和医患共情提供了新工具^[47-49]; 医学叙事力量表等评价工具则为叙事能力测量和质量改进提供了方法基础^[50]。只有将理论建构、临床实践和制度保障结合起来, 叙事医学才能真正形成具有中国医学文化根基、符合现代医疗需求、能够持续改善患者体验的本土化实践范式。

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] Charon R. The patient-physician relationship. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession, and trust[J]. JAMA, 2001, 286(15): 1897-1902.
- [3] Palla I, Turchetti G, Polvani S. Narrative Medicine: theory, clinical practice and education - a scoping review[J]. BMJ Health Services Research, 2024, 24: 1116.
- [4] 李飞. 中国叙事医学实践的反思[J]. 医学与哲学, 2023, 44(8): 8-13.
- [5] 廖伟聪, 余佯洋. 叙事医学本土化的若干思考[J]. 医学与哲学, 2024, 45(2): 37-41.
- [6] 郭莉萍, 朱利明, 黄蓉, 等. 中国叙事医学专家共识 (2023) [J]. 叙事医学, 2023, 6(6): 381-411.
- [7] Mao Y, Wu J, Fang B, et al. Expert consensus on the practice of narrative medicine in hospitals in China (2025)[J]. Asian Journal of Medical Humanities, 2025, 4(1): 20250056.
- [8] 国家中医药管理局, 中央宣传部, 教育部, 等. 中医药文化传播行动实施方案 (2021—2025 年) [EB/OL]. (2021-06-29)[2026-05-02]. <https://tradeinservices.mofcom.gov.cn/article/zhengce/hyfg/202107/117800.html>.
- [9] 国家卫生健康委办公厅, 教育部办公厅, 国家中医药局综合司, 等. 医学人文关怀提升行动方案 (2024—2027 年) [J]. 协和医学杂志, 2025, 16(2): 534-536.
- [10] 李飞, 周家欣, 丁希, 等. 叙事医学本土化: 中医视角的启示与贡献[J]. 医学与哲学, 2025, 46(20): 45-50.
- [11] Launer J, Wohlmann A. Narrative medicine, narrative practice, and the creation of meaning[J]. The Lancet, 2023, 401(10371): 98-99.
- [12] Zulman D M, Haverfield M C, Shaw J G, et al. Practices to foster physician presence and connection with patients in the clinical encounter[J]. JAMA, 2020, 323(1): 70-81.
- [13] 高等学校叙事医学实践教育联盟专家组. 中国叙事医学体系构建共识[J]. 中国医学伦理学, 2023, 36(11): 1177-

1179.

- [14] 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.
- [15] 胡成洋, 计红丽, 刘维静. 现象学视角下的叙事医学教育实证研究——一项基于医学生叙事医学认知及素养的联合调查报告[J]. 山东大学学报(医学版), 2025, 63(10): 107-116.
- [16] Dong Y, Cai S Z, Yang H Y, et al. The current state and influencing factors of medical narrative ability among 931 oncology nurses[J]. Journal of Kunming Medical University, 2025, 46(5): 162-169.
- [17] Zhang R, Xu L, Li J X, et al. The innovative education of cross-disciplinary integration of narrative medicine with medical animation: exploring the potential of health humanities[J]. Journal of Sichuan University (Medical Sciences), 2025, 56(3): 887-892.
- [18] 国家卫生健康委办公厅, 国家中医药局综合司, 国家疾控局综合司. 关于开展全民健康素养提升三年行动 (2024—2027年) 的通知[EB/OL]. (2024-06-06)[2026-05-02]. <https://www.nhc.gov.cn/xcs/c100123/202406/1b02d90b7f8a439181d1800af1f44989.shtml>.
- [19] 万晓文, 黄蓉, 马利荣, 等. 中国中医药政策及发展现状研究[J]. 中国全科医学, 2025, 28(10): 1161-1169.
- [20] 蒋温馨, 谭巍, 葛倩, 等. 信息获取对我国居民中医药健康文化素养的影响分析[J]. 医学与社会, 2022, 35(10): 72-78.
- [21] 齐瑛, 赵涛, 文可欣. 信息获取对中医药健康文化知识应用行为的影响[J]. 中医药导报, 2025, 31(2): 217-221.
- [22] 魏颖, 姜南, 王金凤, 等. 2021年山东省居民中医药健康文化素养水平及影响因素分析[J]. 中国健康教育, 2023, 39(3): 242-247.
- [23] 陈雪, 景坚刚, 杨秋梅, 等. 生命健康语境下的隐喻叙事——以儿童疑难疾病为例[J]. 中国医学伦理学, 2022, 35(12): 1371-1375, 1393.
- [24] Liao H C, Wang Y H. Storytelling in medical education: narrative medicine as a resource for interdisciplinary collaboration[J]. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2020, 17(4): 1135.
- [25] 房志敏, 缙一鸣. 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.
- [26] 杨雨欣, 邵银燕, 李艳娟. 中医养生保健素养及影响因素研究进展[J]. 预防医学, 2025, 37(6): 577-582.
- [27] World Health Organization. WHO global traditional medicine strategy 2025–2034[R/OL]. Geneva: World Health Organization, 2025[2026-05-02]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240113176>.
- [28] 王林, 王以新, 陈婷燕, 等. 叙事医学在基层医疗中的实践: 基于全科医生视角[J]. 中国全科医学, 2024, 27(24): 3057-3060.
- [29] 钟艾霖, 刘爱玲, 周尚成, 等. 广州市社区居民对中医“治未病”的知信行及影响因素研究[J]. 中国全科医学, 2024, 27(15): 1886-1892.
- [30] 张敏睿, 李丹, 何美慧, 等. “高知”群体更信赖中医吗? [J]. 中国全科医学, 2025, 28(9): 1044-1051.
- [31] 杨晓霖, 黄博. 中医古籍医案中的叙事思维及其对中国叙事医学实践的启发[J]. 现代中医临床, 2025, 32(5): 113-116.
- [32] 刘刃, 呼思乐. 基于叙事医学“细读”方法探讨中医医案叙事分析方法[J]. 医学与哲学, 2020, 41(9): 48-53.
- [33] Tian C Y, Wong E L Y, Qiu H, et al. Patient experience and satisfaction with shared decision-making: a cross-sectional study among outpatients[J]. Patient Education and Counseling, 2024, 129: 108410.
- [34] 贾俊君, 旻徽, 朱利明, 等. 平行病历质量评价专家共识 (2025) [J]. 医学与哲学, 2025, 46(2): 79-80.
- [35] Zhou J, Ding X, Fa C, et al. Expert consensus on narrative medicine education and teaching in China's medical colleges (2025)[J]. Asian Journal of Medical Humanities, 2026, 5(1): 20250060.
- [36] Daryazadeh S, Adibi P, Yamani N, et al. Impact of narrative medicine program on improving reflective capacity and empathy of medical students in Iran[J]. Journal of Educational Evaluation for Health Professions, 2020, 17: 3.
- [37] Li S, Zhong L, Cai Y. Collaborative reflection and discussion using the narrative medicine approach: speech acts and physician identity[J]. Humanities and Social Sciences Communications, 2024, 11: 651.
- [38] Bonsel J M, Itiola A J, Huberts A S, et al. The use of patient-reported outcome measures to improve patient-related outcomes: a systematic review[J]. Health and Quality of Life Outcomes, 2024, 22: 101.
- [39] Meadows K. Patient-reported outcome measures: a call for more narrative evidence[J]. Journal of Patient Experience, 2021, 8: 23743735211049666.
- [40] Zhang H, Zhang H M, Zhang Z X, et al. Patient privacy and autonomy: a comparative analysis of cases of ethical dil

- emmas in China and the United States[J]. BMC Medical Ethics, 2021, 22(1): 8.
- [41] 陈龙. 生前预嘱实施中的伦理争议与应对[J]. 协和医学杂志, 2025, 16(2): 338-343.
- [42] Remein C D, Childs E, Pasco J C, et al. Content and outcomes of narrative medicine programmes: a systematic review of the literature through 2019[J]. BMJ Open, 2020, 10(1): e031568.
- [43] Massari M G, Di Trani M, Palmieri A, et al. Where science meets stories: a systematic review on narrative medicine[J]. Qualitative Health Research, 2025: 10497323251387023.
- [44] Bajaj N, Phelan J, McConnell E E, et al. A narrative medicine intervention in pediatric residents led to sustained improvements in resident well-being[J]. Annals of Medicine, 2023, 55(1): 849-859.
- [45] Tseng T C, Kuo P Y, Lin M J, et al. Narrative medicine in pediatric medical education and patient care: a scoping review[J]. Tzu Chi Medical Journal, 2025, 37(2): 167-174.
- [46] Xue M X, Sun H P, Xue J, et al. Narrative medicine as a teaching strategy for nursing students to developing professionalism, empathy and humanistic caring ability: a randomized controlled trial[J]. BMC Medical Education, 2023, 23(1): 38.
- [47] Sage C M. Digital narrative medicine: translating stories into medical education and better patient care[J]. Journal of Medical Internet Research, 2026, 28: e93037.
- [48] Efthymiou E. Integrating digital and narrative medicine in modern healthcare: a systematic review[J]. Medical Education Online, 2025, 30(1): 2475979.
- [49] Ma H, Law E L C, Sun X, et al. Towards empathic medical conversation in Narrative Medicine: a visualization approach based on intelligence augmentation[J]. International Journal of Human-Computer Studies, 2025, 199: 103506.
- [50] 马婉贞, 顾平, 张晶晶, 等. 医护人员医学叙事能力量表的编制及信效度检验[J]. 中华护理杂志, 2020, 55(4): 578-583.

Localization of Narrative Medicine from the Perspective of Traditional Chinese Medicine Culture

ZHOU Gui-yang¹; YE Lu¹; CHEN De-chao¹; HUANG Ying-an¹; SHI Yu-feng¹; HE Li-min¹; WU Guang-shan¹; PAN Yun-lin¹; WU Li-sha^{2*}

(1. Shenzhen Bao'an Pure TCM Treatment Hospital, Shenzhen, Guangdong 518101, China; 2. Longgang Central Hospital of Shenzhen, Shenzhen, Guangdong 518116, China.)

Abstract: Since its introduction into China, narrative medicine has gradually shifted from conceptual introduction to clinical practice and normative construction. However, its localization still faces several challenges, including insufficient theoretical grounding, inadequate transformation of cultural resources, unclear practical pathways, and underdeveloped evaluation mechanisms. Traditional Chinese Medicine culture, with its holistic view of life, integrated understanding of body and mind, ethical tradition of benevolence, pattern-based thinking, and preventive wisdom of “treating disease before it arises,” provides important resources for the Sinicization of narrative medicine. From the perspective of TCM culture, this paper explores the theoretical logic of narrative medicine localization and proposes a practical framework centered on the holistic understanding of patients’ lived experiences. This framework integrates value reconstruction, knowledge reorganization, methodological transformation, and institutional embedding. It further proposes practical pathways in clinical care, medical education, cultural communication, hospital governance, and outcome evaluation, aiming to promote narrative medicine from conceptual advocacy toward a practical paradigm with distinctive features of Chinese medical humanities.

Keywords: Traditional Chinese Medicine culture; narrative medicine; medical humanities; localization; physician-patient relationship