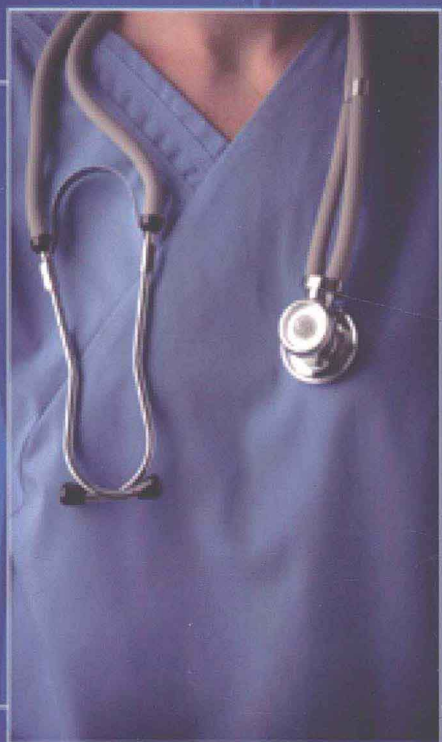




# 医学职业精神培育

Teaching Medical Professionalism



原 著 Richard L. Cruess  
Sylvia R. Cruess  
Yvonne Steinert

主 译 刘惠军 唐 健 陆于宏



北京大学医学出版社

CAMBRIDGE

Medicine



国家出版基金项目  
NATIONAL PUBLICATION FOUNDATION

# 医学职业精神培育

Teaching Medical Professionalism

原 著 Richard L.Cruess

Sylvia R.Cruess

Yvonne Steinert

主 译 刘惠军 唐 健 陆于宏

北京大学医学出版社

## YIXUE ZHIYE JINGSHEN PEIYU

### 图书在版编目 (CIP) 数据

医学职业精神培育 / (美) 克鲁斯 (Cruss, R.L.)

(美) 克鲁斯 (Cruss, S.R.), (美) 施泰纳特  
(Steinert, Y.) 著; 刘惠军, 唐健, 陆于宏译.

—北京: 北京大学医学出版社, 2013. 6

书名原文: Teaching medical professionalism

ISBN 978-7-5659-0625-1

I. ①医… II. ①克… ②克… ③施… ④刘… ⑤唐…  
⑥陆… III. ①医务道德 IV. ①R192

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2013) 第 183122 号

北京市版权局著作权合同登记号: 图字: 01-2013-5480

Teaching Medical Professionalism

ISBN 9780521707428

By Richard L. Cruess, Sylvia R. Cruess, Yronne Steinert

First published by Cambridge University Press 2009.

All rights reserved.

This Simplified Chinese edition for the People's Republic of China is published by arrangement with the Press Syndicate of the University of Cambridge, Cambridge, United Kingdom.

Cambridge University Press & Peking University Medical Press 2013.

This book is in copyright. No reproduction of any part may take place without the written permission of Cambridge University Press or Peking University Medical Press. This edition is for sale in the mainland of China only, excluding Hong Kong SAR, Macao SAR and Taiwan, and may not be bought for export therefrom.

此版本仅限中华人民共和国境内销售, 不包括香港、澳门特别行政区及中国台湾。不得出口。

### 医学职业精神培育

主 译: 刘惠军 唐 健 陆于宏

出版发行: 北京大学医学出版社 (电话: 010-82802230)

地 址: (100191) 北京市海淀区学院路38号 北京大学医学部院内

网 址: <http://www.pumpress.com.cn>

E - m a i l: [booksale@bjmu.edu.cn](mailto:booksale@bjmu.edu.cn)

印 刷: 北京画中画印刷有限公司

经 销: 新华书店

责任编辑: 许 立 韩忠刚 责任校对: 金彤文 责任印制: 张京生

开 本: 787mm × 1092mm 1/16 印张: 22.25 字数: 327千字

版 次: 2013年6月第1版 2013年6月第1次印刷

书 号: ISBN 978-7-5659-0625-1

定 价: 68.00元

版权所有, 违者必究

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

## 原著者名单

**Louise Arnold, Ph.D.**

Professor and Associate Dean for Medical Education  
University of Missouri–Kansas City School of Medicine, Kansas City, Missouri

**Linda L. Blank**

Vice President, The Culliton Group  
Washington, DC  
Robert G. Petersdorf Scholar (2005–2007)  
Association of American Medical Colleges  
Washington, DC

**Jordan J. Cohen, M.D.**

President Emeritus  
Association of American Medical Colleges  
Professor of Medicine and Public Health  
George Washington University  
Washington, DC

**Ann H. Cottingham, M.A.R.**

Director of Special Programs  
Medical Education and Curricular Affairs  
Indiana University School of Medicine  
Indianapolis, Indiana

**Richard L. Cruess, M.D.**

Professor of Surgery  
Member, Center for Medical Education  
Former Dean of Medicine  
McGill University, Montreal, Quebec

**Sylvia R. Cruess, M.D.**

Professor of Medicine  
Member, Center for Medical Education  
McGill University

Former Director of Professional Services  
Royal Victoria Hospital, Montreal, Quebec

**Dave Davis, M.D., C.C.F.P., F.C.F.P.,  
F.R.C.P.C. (hon.)**

Vice President, Continuing Health Care  
Education and Improvement  
Association of American Medical Colleges  
Washington, DC  
Adjunct Professor, Family and Community  
Medicine, and Health Policy, Management  
and Evaluation  
University of Toronto, Toronto, Ontario

**Richard M. Frankel, Ph.D.**

Professor of Medicine and Geriatrics  
Senior Research Scientist  
Regenstrief Institute  
Indiana University School of Medicine  
Research Sociologist  
Center on Implementing Evidence Based  
Practice  
Richard L. Roudebush Veteran's  
Administration Medical Center  
Indianapolis, Indiana

**Erika Goldstein, M.D., M.P.H.**

Professor, Internal Medicine  
Director UWSOM Colleges Program  
University of Washington School of Medicine  
Seattle, Washington

**Frederic William Hafferty, Ph.D.**

Professor, Department of Behavioral Sciences  
University of Minnesota Medical School  
Duluth, Minnesota



**Thomas S. Inui, Sc.M., M.D.**

President and CEO, Regenstrief Institute  
Sam Regenstrief Professor of Health Services  
Research  
Associate Dean for Health Care Research, and  
Professor of Medicine  
Indiana University School of Medicine  
Indianapolis, Indiana

**Sir Donald Irvine, C.B.E., M.D., F.R.C.G.P.,  
F.Med.Sci.**

Chairman, Picker Institute Europe  
Former President, UK General Medical Council

**Sharon Johnston, B.A. (gov.), B.A. (law),  
L.L.M., M.D.**

Assistant Professor  
Department of Family Medicine  
University of Ottawa  
CT Lamont Primary Health Care Research  
Centre, Élisabeth Bruyère Research Institute  
Ottawa, Ontario

**David C. Leach, M.D.**

CEO (retired), Accreditation Council for  
Graduate Medical Education  
Chicago, Illinois

**Debra K. Litzelman, M.A., M.D.**

Associate Dean for Medical Education and  
Curricular Affairs  
Richard Powell Professor of Medicine  
Indiana University School of Medicine  
Indianapolis, Indiana

**Gillian Maudsley, M.B.Ch.B., M.P.H. (dist.),  
Med. (dist.), M.D.**

Clinical Senior Lecturer in Public Health  
Medicine  
Division of Public Health, School of  
Population, Community, and Behavioural  
Sciences, The University of Liverpool  
Liverpool, UK

**Mark A. Peacock, M.Ed.**

Learning Solutions d'Apprentissage  
Chelsea, Quebec

**Linda Snell, M.D.**

Professor of Medicine  
McGill University

Associate Physician in Chief  
McGill University Health Center  
Member, Center for Medical Education  
McGill University  
Montreal, Quebec

**Yvonne Steinert, Ph.D.**

Professor of Family Medicine  
Associate Dean for Faculty Development  
Director, Center for Medical Education  
McGill University  
Montreal, Quebec

**Anthony L. Suchman, M.D., M.A.**

Senior Consultant  
Relationship Centered Health Care  
Clinical Professor of Medicine and Psychiatry  
University of Rochester School of Medicine  
and Dentistry  
Rochester, New York

**Christine Sullivan, M.D., F.A.C.E.P.**

Assistant Professor  
Residency Program Director  
Department of Emergency Medicine  
University of Missouri–Kansas City School of  
Medicine, Truman Medical Center  
Kansas City, Missouri

**William M. Sullivan, Ph.D.**

Senior Scholar  
Carnegie Foundation for the Advancement of  
Teaching  
Palo Alto, California

**The Reverend David C.M. Taylor, B.Sc., Med.,  
Ph.D.**

Deputy Director of Medical Studies (Quality,  
Assessment, and Research)  
School of Medical Education  
The University of Liverpool  
Liverpool, UK

**Penelope R. Williamson, Sc.D.**

Senior Consultant  
Relationship Centered Health Care  
Associate Professor of Medicine  
The Johns Hopkins University School of  
Medicine  
Baltimore, Maryland

## 中文版序

欣闻《医学职业精神培育》一书的中译本即将出版，能让工作在这样一个文化灿烂、人口众多国度中的医学教育工作者分享我们的思考，实为本书的幸福事。但我们在高兴之余也清醒地知道，西方国家对医学职业精神的理解和实践肇始于古希腊并传承至今，相比于中国以及受中国文化影响的国家，两个文化群体在医学职业精神层面上必然会表现出一定的差异。即便是在犹太-基督教文化群体内部，不同国家对医学职业精神实质的理解也不尽相同，这是我们现在意识到的一个重要问题。

医师在其日常的诊疗实践中实际上同时扮演了两种重要的角色，即治疗师与专业人士。作为治疗师，其角色是超越国界的。所有罹患疾病的人都希望治疗中充满关爱、充满理解，希望得到倾听、得到尊重。尽管不同国家、不同文化的人表达这种愿望的方式不同，但这些愿望本身是相通的。在有历史记载之前，这些愿望就早已存在于所有文化之中了。但是，职业精神存在的根基却有不同。现代医学职业起源于中世纪的欧洲和英国，到19世纪中叶，科学发展为医学实践奠定了坚实的基础。以此为转折，社会将医学职业塑造成为以复杂知识为特征的实践性服务。从医学内部发展来看，这种变化体现在医学职业群体通过执业资格法案而获得了对医学知识的使用专利。由此，在社会与医学之间，建立起来一套社会契约机制，而职业精神就成为了

这套契约的基础。

《医学职业精神培育》的写作目的在于帮助医学教育工作者及相关机构建立起教授和评估职业精神的规范化程序。本书的作者全部来自于英美医学教育体系，都是其所在领域的知名专家。在本书的各个章节中，作者们阐释了建构医学职业精神培育项目的一般原则，并以许多特定项目为例，详细梳理了在本科、研究生以及医学继续教育等不同阶段的一些实践经验。作者们都倾向于认为，医学职业精神的概念源自于医学与社会之间形成的社会契约，社会公众与医师的期望和要求都建立在职业精神基础之上。

在不同的国家，社会契约的表现必然会有很大的不同，因此本书中的一些内容还需要依据中国的理念和价值观进行重新阐释。不过，我们相信培育医学职业精神的一般原则是可以超越文化与国别的。更为重要的是，我们坚信治疗师的角色是人类共通的。我们也相信，关于治疗师与专业人士两种角色存在交叉的观点，将会在中国的医学教育家和学生中引起共鸣。

Richard L. Cruess, Sylvia R. Cruess

## Introduction to Chinese Edition ~~of Teaching Medical professionalism~~

We are very pleased that *Teaching Medical Professionalism* will be published in Chinese and thus will become available to medical educators in one of the great cultures of the world who serve a significant percentage of the earth's population. We must temper this pleasure with the knowledge that the nature of the professionalism which is practiced in countries whose medical traditions have come down the centuries from Hellenic Greece will certainly be somewhat different from the professionalism which is appropriate in China and countries sharing China's heritage. Indeed, we now realize that the nature of professionalism can vary even between countries sharing Judeo-Christian traditions.

We believe that each physician during their day-to-day lives actually fulfills two important roles—the healer and the professional. The role of the healer is truly international. All humans who are ill wish to be treated in a caring and compassionate fashion, to be listened to, and to be treated with respect. While there will certainly be national and cultural differences in how these desires are expressed, the basic expectations are truly universal. They have been present in all cultures since before recorded history. The roots of professionalism are different. The modern professions have their origins in the guilds and universities



of medieval Europe and England. As science provided a solid basis for the practice of medicine in the middle of the 19th century, society chose the professions as a means of delivering the complex knowledge-based services it required. In medicine this occurred by the granting of a monopoly over the use of its knowledge base to the medical profession through licensing laws. In so doing, society established a social contract with medicine, with professionalism being the basis of this contract.

*Teaching Medical Professionalism* was created in order to assist medical educators and institutions who wish to establish a formal program to teach and assess medical professionalism. Its authors are all drawn from the Anglo-American medical education community and are recognized as experts in their fields. The various chapters in the book present the general principles involved in establishing teaching programs and outline in detail experience with several specific programs at the undergraduate and postgraduate levels as well as in continuing medical education. They lean heavily on the concept that medical professionalism is derived from medicine's social contract with society and that the expectations of both the public and physicians are based on professionalism.

There are most certainly differences in the social contract in different countries and some of the material in the book will need to be reinterpreted so that it is an appropriate representation of Chinese beliefs and values. Nevertheless, we believe that the general principles involved in establishing a program will cross cultural and national lines. Of even more fundamental importance, we believe that the role of the healer is truly universal and that the healer role which is encompassed in the word professional will resonate with Chinese medical educators and learners.

Two handwritten signatures in black ink, one on the left and one on the right, positioned below the text.

## 译者序

医学是一个古老而常新的职业，在长期的历史传承过程中形成了特有的职业精神，它是整个医学界乃至全社会、全人类所肯定和倡导的基本从业理念、职业准则、价值取向及职业人格、职业风尚的总和。职业精神内在于心，外在于行。如何培育，如何传递，一直是我国医学教育面临的挑战，也是国际医学教育面临的一个难题。Richard L.Cruess 博士和 Sylvia R.Cruess 博士汇聚美国、英国和加拿大等国的知名专家，以他们各自的理论思考和实践探索为蓝本，撰写了这部《Teaching Medical Professionalism》。书中阐述了职业精神的内涵和职业精神教学可以依托的先进教育理论，重点介绍了医师不同成长阶段的职业精神教学或培训模式、评估方法与实施范例。对我国开展医学职业精神教育具有非常重要的指导意义。

在决定翻译本书之前，我们仅仅是将其作为“医学生人文素质教育人才培养模式创新实验区”项目的参考资料来阅读的。但阅读过程让我们受益匪浅，从“社会契约”的角度来理解职业精神，从个体再社会化角度来诠释专业人员的“职业化”，这些理论视角带给我们深刻启迪；书中介绍的多个职业精神培训项目为我们开展医学人文素质教育提供了大量可资借鉴的操作方案。需要特别关注的是书中介绍的许多培训方案极具创新性，其中有将情境学习、体验式学习、认知师徒制、反思性实践、以问题为基础的教学（PBL）和叙事医学应用于职业精神培育的探索，也有将高仿真模拟演练、档案袋法应用于职业精神教育效果评估的操作建议。为了与更多的国内同行分享书中丰富的教育资源，我们不揣浅陋，将其翻译成中文。翻译过程中遇到诸多困

难，最为突出的是书中内容学科跨度很大，其中包括社会学理论、当代的教育理论及医学实践中的一些特殊问题，所以整个翻译工作是在不断的学习中推进的。对于“Professionalism”一词的翻译，国内还存在一些争议，有学者主张译成“专业精神”或“专业化”，我们在翻译中则采用了被更多人使用的“职业精神”，以便使这一概念更具一般性，从而与“专业技能”培养相区分。

本书的翻译得益于翻译团队的通力合作，各章的译者如下：刘惠军（第一章，第二章），王硕（第三章，附录 C ~ H），高磊（第四章，第五章，第十四章），陆于宏（导论，第六章，第七章，第十五章，附录 A、B），杨青（第八章，第九章），唐健（原著前言，第十章，第十一章，第十二章，第十三章）。唐健负责了部分书稿的审校工作，刘惠军负责了全书的统稿和审订。研究生汪柳妹在稿件初译、排版中做了大量工作。更值得一提的是，当我们邀请素不相识的原书作者 Richard L.Cruess 博士和 Sylvia R.Cruess 博士为中文版作序时，他们欣然同意，并给我国读者提出了良好建议。感谢以上所有人员对本书的贡献。

这本译著是国家新闻出版总署社会主义核心价值体系建设“双百”出版工程首批重点选题“医学人文素质与医患沟通技能”项目的成果之一，并获得国家出版基金资助。感谢北京大学医学出版社在项目申报和翻译出版工作中给予的大力支持，感谢本书的责任编辑许立、韩忠刚老师的辛勤工作。

译者

2013 年春于天津

## 原著前言

# 论医学职业精神之培育

William M.Sullivan, Ph.D.

这本书是一部拓荒之作。它将医学职业精神 (Medical professionalism) 培育中的理论和实践要点整合在一起, 为当今医学教育中最为重要的一个议题提供了透彻而有益的指导: 它告诉我们如何去保证未来的医师能够满足公众对医学日益增长的期待。针对这一关乎医学未来发展的难题, 本书作者认为, 打开难题的钥匙就是理解 (understanding)、传播 (transmitting) 并促进 (enhancing) 医学职业精神。

公众希望能获得更好的医疗照护, 并且希望能有一个对其需求积极回应的职业群体。但归根结底, 人们最希望的还是能出现富有能力和爱心的医师全力以赴去治愈他们的病人。我们也迟早会变得体弱多病, 我们当中几乎所有人都终将成为病人, 不得不依赖医疗专业救治。因此, 我们也自然希望能找到那些最为训练有素和学识渊博的医师来诊治我们。但更为重要的是, 我们期盼能有值得信任的医师, 希望他们能够竭尽全力来照顾我们。

### 1. 医学实践的完整性 (integrity) 正面临着威胁

医学之所以能被称为一门职业, 是因为其在治疗方面既需要一系列的专业能力, 也需要对病人的高度责任心。本书作者认为, 职业精神的培育应直

接着着眼于医师在护理病人中专业能力与奉献精神的综合表现。本书作者同时也非常清醒地意识到医学的完整性正面临着威胁，对医学实践完整性的威胁来自两个方面。其一，新兴的技术性医学自身所取得的成功。生物科学与技术所取得的成就对医疗服务工作的改造和完善作用毋庸置疑。然而，这些成果也强化了一种错误认识，那就是医学只是一种对科学知识的简单应用，而非一项兼具复杂性与艺术性的社会生物学实践（a complex and artful sociobiological practice.）。其二，为了使得医学更为安全，更具有可预测性，更有效率，人类付出了大量努力。所有的努力都贯穿了技术的应用，而这些技术应用又离不开资金管理和组织管理。

以上所提到的这两方面导致了人们对医学的误解，要么将医学看作是一种应用性技术，要么将医学片面化为一种标准化服务。这些误解限制了医学的发展视野。这两种看法都没有意识到，医学是一种复杂的实践，它有其自身的目标，并具有以专业能力和奉献精神为内容的内在价值。可以说，职业精神的理念是旨在全面复兴医学实践应有的多重维度。医学的目的就在于在照顾病人中坚守并发展治疗的艺术。这些目标的实现，取决于医师在日常工作中能否坚守正确的价值取向和践行服务承诺。

面对社会对卫生保健提出的更高需求，生物医学研究和管理技术手段可以发挥其实际作用，以丰富和拓展医学实践的形式。然而，他们自身却不能替代医学职业群体所需要的专业能力和价值取向。换言之，医学实践所固有的完整性和知识，需要去理解、评估和促进，而不是取而代之。

## 2. 作为医师培育框架的职业精神

在医疗实践中，医师应用他们的专业能力去治疗病人的疾病并护卫社会的健康。医师通过和病人建立起来的关系，以策略性的、关爱的、创造性的方式施展其本领，以此产生了一种独特的自我实现方式。这就是医学作为一种职业（vocation）所做出的承诺。但不仅仅局限于此，医学实践意味着要加入一个专业群体（professional community），去施展治疗的艺术。医学的职

业承诺能否实现，取决于是否能取得病人以及社会的充分信任。

本书作者 Sylvia、Richard Cruess 和 Yvonne Steinert 强调，在医学与社会之间存在一个隐性的但又至关重要的契约，那就是社会将自由裁量权与自治权授予了医学职业，作为交换，医学职业需要向社会提供高品质的医疗服务。然而，对医患双方而言，只有在很好地理解并且借此塑造医师职业发展的价值导向之后，这一承诺才能得以实现，确保这一承诺的兑现，是医学职业精神教育的任务所在。

本书作者认为，不能将职业精神教学看作医学课程体系中的一个特殊组成部分，而应将其视为医学教育整体框架的一个定义维度。职业精神对于医学实践总体轨迹的勾画，从学生启蒙到继续教育，提供了新的视角。而医学教育所拥有的独特张力，决定了其必然是形成性的（formative）。正如 Frederic Hafferty 在本书中提出的，医学教育所隐含的这种形成性张力（formative intensity）仍旧没有被医学教育家们所全面认识。Hafferty 认为，这是一个重要的课题，因为通过有效的教育干预去增强职业精神只有在现行医学实践所存在的前后矛盾被更清晰地勾勒和认识后，才会取得成功。

承认医学教育的形成性特点，将有利于医学教育家们更自觉、更有针对性地对未来医师进行培养。另外，形成性视角也将有助于医学生和住院医师在他们职业训练的每一个阶段，更加自觉地提高自身的专业能力和奉献精神。一种职业精神的课程体系将会把有关医学实践价值的内容置于各个阶段医学培训的中心，因此职业目标定位和经验积累就会成为从医学生到医师整个生涯中的主要关注点和评估标准。

### 3. 贯穿医学教育始终的职业精神

如何在一个漫长的时段内保持方向性和连续性是医学教育所面临的一个巨大挑战。从进入医学院开始到高级住院医师培训，这个教育过程可谓是特别漫长，极其复杂。当这些未来的医师在学校之类的场所开始接受培训时，他们经常被鼓励去延续学生的角色，并保持学生的思考方式。也就是说，他



们基本上面对的都是学习和运用常规技术来解决结构清晰的问题。但是，随着教育过程的深入，他们必须逐步放弃他们所熟悉的思考方式与行为方式，学会从一个临床新手的角度去学习、去行事，继而成长为一名经验更丰富的执业医师。为了能更好地执业，这些未来的医师必须学习综合运用他们所学的知识，根据不同的情境去分辨问题所在，从而应对层出不穷的挑战，在这个过程中他们也会更真实地在多重维度上参与到医学实践中。

医师成长的道路并不是一个由简单到复杂的线性运动，而是一个包含了一系列循环往复的复杂过程。在这过程中，医师不断加深对医学的总体感觉，获得对医学艺术目标的理解。职业精神为医学生提供了一个连续性的线索，提醒他们贯穿始终的基本目标，从而帮助他们能将所碰到的各种理论、实践、环境、教与学等独立的方面串联到一起。本书的许多作者都引用了学习理论（learning theory）的丰富文献，目的在于探讨从学生到住院医师再到执业医师的进步过程，探讨通过什么样的方式来培育那些整合的（integrated）或正在整合之中的（integrating）职业立场。尽管途径各异，但作者们都针对专业能力的培养发表了新颖的见解，目的只有一个，就是促使医师形成对职业的认同感。

学习理论家们认为，“做中学（learning by doing）”能够最大限度地提升专业能力。虽然“做中学”的方式往往具有一定的形成性，但其并不必然表现出自觉性。因此，这就要求指导者（instructor）能够将学习目标和学习内容尽量交代明确。高效学习（effective learning）要求进行实践，并对实践反馈予以回应，还要时常关注构成实践的目标、行动以及理解。此外，评估也是这个过程的关键要素，因为评估的内容能够让学习者明了学习的重点及学习的原因。

这样的教学方法对于人的感知、想象和行为举止的确会产生影响。然而，除非理论本身包含了一个反射性的层面，或者除非理论本身就是为影响学习者而设计的（或者对学习者而言非常契合）——例如，鼓励去学会学习，或者对个人自我成长承担责任——否则它不会非常高效。但是，形成性教学

(formative teaching) 却使学生在一种很实在的感觉中成长：他们不仅可以提升能力，也可提高洞察力，从而扩展并超越自身所具有的能力。这种教育方式就会激发起个体去思考什么是可能性，什么是值得做的事，以及他们对自己的认识和期许。总之，这种模式特别适用于像职业精神这样兼具复杂性和整合性的学习对象。

《医学职业精神培育》一书对医师培养过程中的各个阶段和环节，都提出了一些原则和范例。例如，Gillian Maudsley 和 David Taylor 解释了职业精神培育如何融入到以问题为基础的 (problem-based) 课程体系，此外 Erika Goldstein 也论证了职业精神如何与以器官系统为基础的 (organ system-based) 体系进行整合。这两种策略都强调了明确的目标设置，引导学生早期接触临床实践，以及高效评估方法。沿着这个主题，Christine Sullivan 和 Louise Arnold 从宏观上阐述了如何在职业精神课程体系中进行高效评估。针对医学教育发展轨迹的另一端，David Leach 提出了一些原则，它们促使美国毕业后医学教育评鉴委员会 (Accreditation Council for Graduate Medical Education, ACGME——译者注) 创立了以表现为基础的 (performance-based) 职业精神评估标准体系。Thomas Inui 以及他的同事们则没有从课程体系的角度出发，他们论证了组织机构如何进行必要的规划或重构，以支撑医学职业精神发展的客观需要。

#### 4 以实践为中心

《医学职业精神培育》一书具有一个突出的特点，它阐释了如何通过职业精神的教育来思考并应对使医学生自发地融入到医学实践中这一难题。可以说，医学实践以及医学培训的核心在于，以一种独特的思维方式去揭示病人所经受的健康与病痛。因此，与生物医学和临床操作相比，医学对疾病的作用是通过去理解病人的经历发挥效应的。这一点是通过病案叙述 (case narrative) 表现出来的。

Kathryn Montgomery 指出，病案叙述是“医学中思考、记忆与理解的一

种主要手段”。它的意思是“临床决策要回到情境中，回到不确定中。”<sup>①</sup>这就要求，临床医师要在病人的述说与科学的病理生理学所提供的各种一般性分析数据间，进行反复权衡思量，才能懂得如何把握疾病的发展过程和治疗情况。这其中的核心思想就是，病例推理并不是对科学方法应用之前的延续，其本身就是临床决策的一种表现。可以说，这是所有医学技能的基础。Montgomery 总结：我们有必要认识到，也有必要去教授。让医师们懂得，医学并不只是一种科学，而是一项复杂的治疗实践，因为“诊断与治疗只是集中性地利用了科学”，而并非“全部是科学”。<sup>②</sup>

因而，以基于案例为基础的推理能力是医学训练中的一个重点。它既不是从个别到一般的归纳，也不是从原理到具体的演绎。其实，病例推理是一个循环往复的过程。在这个过程中，医师首先形成关于导致病人现状的基本假设，然后通过对病人更深入的检查去验证这些假设。医学决策实质上就是通过科学知识 with 临床经验的应用，将发病的各种原因进行解释性分析，并排除其他可能性，从而形成一个“鉴别诊断”的过程。

鉴别诊断的过程就是要在疾病的普遍性与病人的特殊状况之间进行权衡。通过在这二者之间反复推敲来形成一个决策判断，以便了解病人的真实状况并形成问题解决方案。这使得医生能够在特定情况下懂得如何把握疾病的发展过程及治疗情况。可以说，临床医学教育正是通过将学习者带入这种对话情境中，通过榜样学习，提问质疑，辅导练习等方式锻炼出这种往复性的临床推理能力，从而使学生能在病人的独特叙事与概况性的分析知识以及标准化的操作程序之间形成平衡。

如果我们能将医学实践按照病例推理的模式去理解，那么医学实践和教学的核心就非常契合医学职业精神的主题了。教给学习者关注理解病人经历

---

① Kathryn Montgomery, *How Doctors Think: Clinical Judgment and the Practice of Medicine* (New York: Oxford University Press, 2006). p. 46 (本书汉译本：医生该如何思考——临床决策与医学实践，陈明华等译，北京：人民卫生出版社，2010。——译者注)

② *Ibid.* pp. 46 and 52.