

患者具身认知的信息接收与反馈省思^{*}

——以白内障手术患者为例

王晶晶¹ 罗洪林² 李 霞³

摘要:患者具身认知是患者的身体在疾病状态下、诊疗环境里、病程进展中的认知活动。患者接受医学治疗并非单纯的信息接收-反馈过程,而是通过身体感官、情感认知与社会环境动态交互的过程。信息接收方面,视觉主导手术全程的感知重构,听觉辅助认知调适以弥补视觉适应期的信息断层。信息反馈方面,心智整合感官输入并驱动行为适应,语言表达则成为医患沟通与体验外化的关键媒介。医学需超越单纯的生物指标评估,将患者的感官-认知-语言反馈纳入治疗体系,这不仅为治疗康复提供新思路,也为具身理论在医学领域的应用拓展哲学与伦理维度。

关键词:患者,具身认知,信息接收,信息反馈

中图分类号:R-05 **文献标识码:**A **文章编号:**1002-0772(2025)10-0068-05

DOI: 10.12014/j.issn.1002-0772.2025.10.14

Reflections on Information Reception and Feedback in Patients Embodied Cognition: Taking Patients Undergoing Cataract Surgery as An Example WANG Jingjing¹, LUO Honglin², LI Xia³. 1. College of Marxism, Guangxi Medical University, Nanning 530021, China; 2. Institute of Oncology, Guangxi Academy of Medical Sciences/The Peoples's Hospital of Guangxi Zhuang Autonomous Region, Nanning 530021, China; 3. Department of Ophthalmology, The First Affiliated Hospital of Guangxi Medical University, Nanning 530021, China

Abstract: Patients embodied cognition refers to the cognitive activities of patients' body during illness, within clinical settings, and throughout the progression of disease. The treatment experience of patients is not merely an information-receiving and feedback process, but rather a dynamic interplay among sensory perception, emotional cognition, and social context. In terms of information reception, vision dominates the perception reconstruction throughout the surgical process, and hearing assists in cognitive adjustment to compensate for the information gap during the visual adaptation period. In terms of information feedback, the mind integrates sensory input to drive behavioral adaptation, and language expression becomes the key medium for doctor-patient communication and experience externalization. Medicine should go beyond the assessment of simple biological indicators and incorporate patients' sensory-cognitive-language feedback into the therapeutic framework. This not only provides new ideas for treatment and rehabilitation but also expands the philosophical and ethical dimensions for the application of embodied cognition theory in medical practice.

Key Words: patient, embodied cognition, information reception, information feedback

身体是认知的主体和发生场,身体与环境是一个整体,身体决定认知。患者具身认知是患者的身体在疾病状态

下、诊疗环境里、病程进展中的认知活动^[1],强调认知过程与身体的物理属性、感觉运动系统等体验紧密相连^[2]。患者具身认知打破“身体作为医疗客体”的传统范式,将患者重新定位为“感知与意义建构的主体”。白内障手术治疗是迄今为止行之有效的复明手段且已相当成熟,但伴随人们对白内障手术治疗从复明的单一需求转向获得更好术后视力、更接近生理视觉状态、更吻合个人实际的多元需求,白内障手术治疗关注的重点也逐渐从手术效果、术后视力的恢复转向患者在手术全程的舒适程度、满意程度^[3]。关注白内障手术患者的具身认知不仅是以患者为中心、医疗人文关怀的体现,也是精准医学时代提升疗效、降低医疗风险的关键维度。

1 患者具身认知的临床意义

白内障手术患者的具身认知是一个多维度的动态过

*基金项目:2024年广西研究生教育创新计划项目(JGY2024109);2024年广西医科大学本科教育教学改革项目(教师教学发展项目)(2024JF04);2025年广西医科大学大学生思想政治教育理论与实践研究课题(2025SXC01);2024年第二期广西高校思想政治教育卓越教师培育计划

1.广西医科大学马克思主义学院 广西南宁 530021
2.广西医学科学院/广西壮族自治区人民医院肿瘤研究所 广西南宁 530021

3.广西医科大学第一附属医院眼科 广西南宁 530021

作者简介:王晶晶(1982—),女,博士,副教授,硕士生导师,研究方向:医学哲学、医学伦理学。

通信作者:李霞(1974—),女,博士,教授,硕士生导师,研究方向:眼科学。E-mail: lixiagmu066@163.com

程,涵盖生理感官、心理社会与技术介入的整合性互动。症状学、疾病学、技术学视角相互补充,为理解患者具身认知的临床意义提供多元视角。症状学视角是起点,提供患者体验的直接数据;疾病学视角是深化,揭示具身认知对病理过程的调节作用;技术学视角则是应用,将理论认知转化为改善医疗实践的创新路径。

1.1 症状学视角:具身认知对患者主观症状感知的直接解码

症状学视角聚焦于患者对疾病的主观体验与身体表征,具身认知在此维度的核心价值在于将抽象症状转化为可观测、可分析的具身化行为。以白内障患者为例,视力模糊、眩光、视野缺损等症状并非孤立的生理指标,而是通过患者的身体感知形成动态的行为反馈:患者可能频繁调整阅读距离、不自觉眯眼从而改善视觉清晰度,或在行走时通过头部转动与肢体试探来感知空间边界。这种具身认知揭示症状对日常生活功能的具象化影响。

术后初期,许多患者会经历“视觉休克”现象——当长期适应模糊视觉的身体突然暴露在清晰视界中,大脑需要重新建立空间深度、色彩对比和运动感知的神经编码。这种身体感知往往伴随着眩晕、失真感等身体不适,揭示视觉修复与身体认同之间的复杂互动。从临床实践看,基于具身认知的症状学分析能够帮助医护人员超越病历文本,通过观察患者身体的适应性动作(如眼球转动频率、步态调整模式),更精准地评估症状严重程度与发展轨迹,为个性化干预方案提供依据。

1.2 疾病学视角:具身认知对疾病演变机制的系统性阐释

疾病学视角关注疾病发生、发展的病理生理规律,具身认知在此层面强调身体感知与疾病进程的双向建构关系。对于白内障,传统医学多从晶状体蛋白质变性、氧化应激等生物学机制解释病变,但具身认知理论揭示,患者的生活方式、心理状态与行为模式会通过身体感知反作用于疾病演变。例如,长期户外活动导致的紫外线暴露感知,可能促使患者主动佩戴防护眼镜,延缓晶状体老化进程;而焦虑情绪引发的瞳孔持续性收缩,可能加剧视觉模糊症状。这种视角突破了“生理病变决定论”,将患者的主动感知与应对策略纳入疾病模型,强调身体不仅是病理过程的被动载体,更是参与疾病动态调节的主体。从临床意义看,具身认知下的疾病学分析有助于构建“生理-心理-行为”一体化的疾病管理框架,间接干预疾病发展。

1.3 技术学视角:具身认知对医疗技术创新的导向性作用

技术学视角聚焦医疗技术与患者身体的交互关系,具身认知在此领域的核心意义在于为技术研发与应用提供人性化路径。在白内障治疗中,从传统手术器械到智能视觉康复设备,技术的迭代始终需要回应患者的切身需求。例如,手术切口设计需考虑如何更加接近生理晶体的形态和功能的模拟^[4],考虑患者术后眼部运动的舒适度、功能性和安全性;视觉训练设备的交互界面需适配患者视觉感知的恢复节奏。具身认知理论强调,技术的价值不仅在于

解决生理问题,更在于重建患者与环境的感知连接。临床实践中,也存在着手术意义上成功,但患者陷入“看得见但看不清”的困境,这是由于人工晶体植入可能改变患者的光学感知(如眩光、夜间视力下降)。忽视患者具身认知,会导致技术“先进”与患者“接受度”的脱节,这需要推动医疗技术从“病灶修复”向“具身功能重塑”转型,使技术创新更贴合患者的实际生活需求。

2 患者具身认知的信息接收与反馈

身体是人作为主体为生存和生活提供基础的生理和生物的有机体,包含各种不同的身体部位与器官^[5]。患者接受医学治疗并非单纯的信息输入-反馈过程,而是通过身体感官、情感认知与社会环境动态交互的过程。

2.1 信息接收对具身认知的塑造作用

术前,信息接收的质量直接影响患者术后具身认知的形成。有研究表明,通过特定沟通场景联合虚拟现实体验进行术前医患沟通的患者,其术前焦虑的反应程度明显低于传统组,更倾向于向医生表达出对手术效果的信心。同时,特定沟通场景联合虚拟现实体验的患者对医患沟通的方式总体满意度评分更高,认为该沟通方式具有吸引力,更倾向于改变固有观念而选择功能性人工晶体^[6]。

术中,患者虽处于局部麻醉状态,但仍能通过听觉、触觉等感官接收环境信息。医生的实时沟通(如告知手术进展、安抚性语言)能显著降低患者的紧张情绪,并塑造其对医疗过程的信任感。这种即时的信息交互不仅影响患者的生理应激反应,更在潜意识层面塑造其对手术安全性和有效性的认知。

术后,患者视觉系统的突然改变(如色觉偏移、眩光敏感)可能引发短暂的不适或认知冲突。此时,医护人员提供的针对性指导(如适应训练、预期症状解释)能帮助患者正确解读新视觉信号,避免因信息误读而产生焦虑或后悔情绪。

2.2 信息反馈对具身认知的调节机制

信息反馈在白内障手术患者的具身认知中扮演着动态调节的角色,其作用机制主要体现在生理感知与心理认知的双向互动中。一方面,术后视觉信息的即时反馈(如光感、清晰度变化)通过感官输入直接修正患者对手术效果的预期与评估,从而重塑其身体认知的准确性。例如,当患者接收到视觉改善的积极反馈时,其原有的模糊或昏暗的具身感知会被新的视觉体验替代,进而缓解术前焦虑并增强康复信心。另一方面,医护人员的语言性反馈(如检查结果解释、恢复进度说明)通过认知框架的调整,帮助患者将碎片化的感官体验整合为连贯的叙事,减少因信息不对称导致的误解或不适感。这种反馈不仅填补患者医学知识的空白,更通过权威解读赋予其身体变化以意义,形成正向的体验循环。

此外,反馈的交互性特征进一步强化调节效果。患者的主观反馈(如主诉疼痛程度、视觉适应困难)可触发医

疗行为的针对性调整,这种“反馈-响应”闭环使具身认知从被动接受转为主动参与,患者通过反馈行为获得对治疗进程的控制感,从而削弱手术创伤带来的身体疏离。值得注意的是,负向反馈(如术后并发症信号)同样具有调节价值,它促使患者与医者共同进入问题解决状态,通过及时干预将负面体验转化为可控的医疗事件。

3 感官通道的差异化接收

白内障患者的具身认知首先通过视觉与听觉的双通道接收信息,但两者存在显著差异。眼,作为视觉主导的认知核心,其接收效能直接决定患者对新情境的适应程度;耳,通过听觉辅助完成认知调适,弥补视觉信息流的暂时性断裂。

3.1 眼:视觉主导的具身认知

“眼:能见色者是。以能对色而生眼识。”眼睛是重要的视觉感官,人通过眼睛接收和传递信息。视觉和听觉是大脑主要的信息传入渠道,而眼所负责的视觉又是人获取外界信息的核心感官通道,视觉在具身认知构建中占据主导地位。白内障是导致患者视力受损的疾病,但针对患者的白内障手术治疗往往一次只针对一只眼睛,避免双眼同时接受白内障摘除手术。若两只眼睛同时患有白内障需行手术,通常待术眼恢复一定视力、明确术眼屈光状态后,再由医者开展另一只眼睛的白内障手术。由此,大多数白内障患者虽然视力受损,但并非完全“漆黑一片”,有视觉感光和部分视力。术前,患者通过视觉观察手术环境的器械陈列、医护人员操作流程及手术指示图示,形成对手术的具象化认知框架。这种视觉信息的具象性特征,使得患者能够将抽象的手术概念转化为可感知的场景记忆。同时,视觉信息的即时性让患者在术前准备阶段产生强烈的在场感,其身体会不自觉地对视觉信号做出应激反应,如心率变化、肌肉紧张等,这些生理反馈进一步强化了具身认知的形成过程。术后,随着视力的逐步恢复,患者通过视觉对自身身体状态的重新感知,引发具身认知的颠覆性转变。原本因视力模糊而产生的空间认知偏差得到修正,患者开始重新定位自己与周围环境的关系,这种视觉信息的更新促使其身体行为模式发生适应性调整,如更自信的行走姿态、更主动的社交互动等。此外,视觉信息的持续性接收让患者在康复过程中不断验证和调整对自身健康状态的认知,形成“视觉感知-身体体验-认知更新”的动态良性循环,这种循环不仅加速了身体康复进程,更重塑患者对自我与世界关系的整体认知架构。

人双眼在视物中并不平衡,主视眼在向大脑传递信息图形方面起主导作用,优势明显,主视眼和辅视眼的左右之分因人而异。患者在术后第二天拆掉术眼遮盖纱布后即有相当视力,可适当用眼,寻求双眼平衡,并逐渐将术眼作为主视眼使用。同时也要“扬”“抑”非术眼的视觉信息接收功能。“扬”是合理促成非术眼对信息的接收从而帮助患者配合医者开展手术治疗,但又要避免用眼过

度,不可对非术眼进行长时间、大面积地视觉刺激,术眼与非术眼均需注重休息。“抑”是抑制非术眼在手术中的视觉体验。这类视觉体验包括但不限于:光感知、光亮度的变化、仪器运动和手术医生的手指运动。有研究表明,24.2%~36.9%的患者在手术过程中会因视觉感觉而产生焦虑、恐惧心理^[7]。恐惧和焦虑会降低患者在手术中的依从性和安全性,导致交感神经应激,从而导致血压升高、心动过速、心肌缺血、换气过度^[3]。

3.2 耳:听觉辅助的认知调适

“耳:能闻声者是。以能对声而生耳识。”耳朵是重要的听觉感官,人通过耳朵接收和传递信息。在眼科这一患者视觉接收信息受阻较多的科室,应当尽最大可能发挥听觉作用,营造听觉接收信息的友好氛围。同理,在耳鼻喉科,患者听觉、嗅觉接收信息受阻较多,应当尽最大可能发挥视觉作用,营造视觉接收信息的友好氛围。就白内障手术而言,术前,医护人员的口头医嘱、手术流程讲解以及病房环境中的仪器提示音,共同构成患者获取手术信息的听觉图谱。相较于视觉信息的直观呈现,听觉信息以线性、时序性的方式传递关键指令,如麻醉师对呼吸节奏的指导、护士对术后注意事项的叮嘱等,这些声音信号通过语言编码与环境声效的双重刺激,帮助患者在视觉受限状态下建立起动态的认知框架。同时,针对眼科病房,可适时播放健康宣教音频文件或轻音乐,而不必如其他科室的病房统一配备电视。也可推送内容丰富、声音识别度高的健康宣教音频或视频,由患者自主选择播放学习。有研究表明,适宜的健康教育能有效改善患者对白内障的疾病认知度并缓解患者负性情绪^[8]。由此,发挥白内障患者听觉接收信息功能,一定要从患者眼部实际出发,减少不良光源、光线的干扰,尽可能创设听觉情境,用语音而非文字、用示范而非图片对患者进行治疗指导。同时,白内障患者多为老年人,年老不仅因晶状体代谢异常、蛋白质变性浑浊,使光线无法投射到视网膜从而导致视力下降,还伴有听觉细胞衰老死亡,使得老年性白内障患者“眼花耳聋”。他们对于医嘱的执行往往具有滞后性和模糊性。医者在白内障手术治疗实践中,有必要降低语速、扩大音量、针对重点重复讲述,帮助患者提高对医嘱的理解力进而有效提高医嘱执行力。同时,听觉信息的情感化特质进一步深化患者的具身认知调适。医护人员温和的语调、安慰性的语言能够有效缓解患者的焦虑情绪,而尖锐的器械声响或突发的异常提示音则可能加剧其紧张感。这种情感化的听觉反馈机制,使得患者的具身认知呈现出明显的情绪依赖特征,也再次印证医患对话中医者的语音语调、解释方式对患者预期管理具有重要的调节作用。

4 认知语言的交互性反馈

白内障患者的具身认知不仅涉及感官层面的信息接收,更包含认知与语言系统的动态重构。心,作为认知中枢,整合感官输入并驱动患者形成新的行为逻辑,促成知

行合一；口，则通过语言反馈将内在感知外化为可分析的医疗叙事，成为医患沟通的桥梁。

4.1 心：认知视角下的患者知行合一

白内障手术治疗以较小的身体侵袭实现较好的治疗效果，本应得到民众较高的知晓和认同。但临床时常遇到视力虽为0.3~0.5，视物不清，周边环境物体都在朦胧状态却没有主动就医的白内障患者^[9]。

案例1：某男性患者，36岁，双眼先天性晶状体不全脱位严重且已引起继发性青光眼，因个人原因迟迟未就医。术前左、右裸眼视力分别为0.2和0.12，视力不佳已严重影响正常生活工作。但直到他家小侄女入院行双眼先天性晶状体不全脱位手术后恢复良好，才决定就医。

案例2：某女性患者，84岁，两眼长期“一抹黑”，本有优渥的家庭条件可以及早就医，但拖延就医。

案例1和案例2的两位患者均对白内障治疗存有认识误区，导致其未能及时得到手术治疗。案例1中的男性患者术后第一天左眼裸眼视力即提升到0.6，他激动地说：“模糊了几十年，现在看东西像看到新世界一样。”细究案例2中的女性患者为何迟迟未就医，才发现她对白内障治疗有两个误区。一是自身年龄大，担心做了手术下不了手术台，惧怕手术风险。但其实，近年来白内障手术在手术技巧、手术器械和超声乳化仪性能等各方面都得到迅猛发展，呈现出手术创伤小、用药剂量小、术后恢复快、并发症少等特点。有研究表明，在术前对患者强调白内障手术的成熟完善并开展心理暗示，即重复“虽然我很紧张忐忑，但我坚信能够顺利配合完成手术”的健康宣言，能够有效激扬患者正性情绪^[10]，从而帮助患者对手术形成正确预估、认知和评价。二是自以为白内障要完全成熟后才适合做手术。但其实白内障手术不宜久拖，尤其是老年性白内障患者。老年性白内障患者晶状体膨胀，体积增大，推动虹膜前移，容易出现虹膜根部向前堵塞，导致房水外流受阻，出现眼压升高即青光眼急性发作，同时混浊的晶状体变得“过熟”，其中的蛋白成分容易渗出到晶状体外引起炎症反应。所以，白内障影响视力到一定程度就要及早手术，以免发生更严重的并发症^[11]。

由此，患者对疾病的认知决定其对疾病治疗的态度和方案。做不做手术？什么时候做手术？在哪里做手术？做什么样的手术？怎样做手术？这一系列问题都与患者的认知息息相关。“知行合一”的核心在于将知识付诸实践，并在实践中进行不断反思和调整。有了正确的认知，才能促成正确的行动。患者从心出发，借助可能手段对白内障手术治疗形成正确认知，同时，医者在白内障患者就医时尽可能开展健康宣教帮助患者形成正确认知，从而促成其在白内障治疗实践中的正确行动。

4.2 口：语言视角下的患者表达反馈

患者通过语言表达将内在的主观体验转化为可被医疗系统识别的外在信息，这一转化过程直接影响临床决策

的精准性。然而，视觉感知的重构往往超出日常语言的描述范畴，导致患者陷入“体验丰沛而表述贫乏”的困境。这种语言表达的局限性源于视觉体验的特殊性：一是人工晶体植入带来的光学特性改变（如色差、眩光）是多数患者从未经历过的全新感知；二是长期视觉功能受损导致的感知适应使得“正常视觉”反而成为需要重新学习的陌生体验。由此，白内障手术患者在治疗实践中不应沉默无声，而应主动表达和有效表达，即大胆发出声音，并发出让医者易于识别患者语言中的关键意象且对应可能病理机制的语言。

4.2.1 主动表达

患者主动表达，表达的是与疾病有关的故事，包括但不限于疾病史、生活史、用药史、禁忌证，还包括职业用眼习惯。

案例3：某男性患者，45岁，由其在医院任护工的侄儿带来就医，他坦言双眼视力不佳，且干眼不适，检查后发现双眼全白。当被问及他的职业时，他一直遮掩并试图回避此问题。医者耐心地把其他患者从诊室请出，与其单独交谈，告诉他白内障摘除后晶体选择及屈光度考量都需要结合日常生活和工作用眼习惯。他这才直接地告诉医者，他是“卖猪肉的”。

个别患者对于自己所从事职业认可度低加之个人性格问题不愿多说，但白内障手术不仅是摘除白内障，还需要植入人工晶状体。人工晶状体的选择与患者的用眼习惯密切相关。卖猪肉需要长期在案板上工作，这样的工作方式决定了用眼主要需要中间视力，即60厘米~100厘米。医者先给他一只术眼置换单焦晶体，随后考虑到日常生活需要使用手机，又给他另一只术眼置换多焦晶体。口述是患者在诊疗中最常用的表达方式，应有意识地主动表达，并在医者引导下有效表达。患者对自我健康负有第一责任^[12]，患者主动表达，展现患者对疾病的觉醒和对他者的信任，这样的患者更容易获得医者乃至身边家属等理解和帮助。

4.2.2 有效表达

狭义上理解，患者表达是向医者表达，通过对病症、病情、病程的描述向医者呈现生活中患者的真实状况，帮助医者从患者语言描述中寻找蛛丝马迹，探究到病症的本质所在并进而寻求与患者沟通的最佳结合点。“医患相得，其病乃治。”在有限的问诊时间内，患者如何与医者进行有效表达，这需要医患共同努力。一是医者应给予每位患者足够的表达时间。韩启德院士基于目前患者就诊讲到18秒就被医生打断的现状，在“2019叙事医学高峰论坛”上倡导医生让患者不被打断地讲话60秒，同时以适当的语言回应患者^[13]。医者与患者的对话，既是患者主动、有效表达，也是医者主动问诊、有效沟通，是一场双向奔赴。医者耐心听取患者讲述并适时回应引导患者表达内容，展现医者对患者的理解、共情和驾驭患者表达重

点的能力,这样的医者更容易获得患者信任。二是患者应提高表达能力,凝练语言。笔者曾在眼科门诊亲闻患者质问忙碌的医者“我一直找你看眼睛,看了好多次了,你不记得我了?”这样的表达和提问,虽然只是几秒钟,但医者在高强度工作负荷下,精力集中在专业问题上,未记住患者的个人信息合情合理。患者应有意识地将自己的表达集中在病症的描述和个人的实际状况,尽可能在有效的时间内把与疾病相关的信息完整、准确地呈现给医者,使医者能够迅速捕捉与疾病有关的“点”,进而串联起诊治的有效链条,为医者帮助患者寻求最适宜的治疗方案提供可能。患者有效表达是实现医患共情的应有之举,是破解医患共情困境的必经之路^[14]。同时,为突破临床实践

“体验-表述”的转化困境,现代临床实践应探索“语言-认知-临床”的三维解码模式,探索建立“双向语义转换系统”:一方面开发相关症状的标准化描述词库(如视觉症状,将“视物变形”细分为边缘扭曲、中心变形等亚型,将“毛玻璃感”对应角膜水肿,“闪烁感”关联视网膜异常等),另一方面训练医生识别患者语言中的关键意象(如“怕光”“颜色变淡”)并对应可能的病理机制。

广义上理解,患者表达还包括向患者、家属表达。患者与患者之间的有效表达散见于日常分享看病、住院经历,既纾解内心烦闷,又为其他患者提供新视角和新经验。“原来白内障手术治疗很成熟。”“原来白内障不需要拖延,应视力受损就及时就医。”患者与家属的有效表达是获取家庭支持的重要前提和基础。白内障手术患者多为老年人,他们独自就医的能力愈行愈弱,及时与家属沟通自己的疾病及诊疗状态,能最大限度地获取家庭的支持从而有利于疾病的诊治。

患者有效表达是连接患者主观认知与客观诊疗的关键桥梁,患者的每一次有效表达,都是对治疗盲区的一次照亮。然而,我们不能苛求每一位患者表达能力的迅速提高,这有赖于其受教育文化程度和自身知识储备,“毕其功于一役”不现实。

5 结语

身体既是认知活动的媒介也是认知的终点^[15]。传统医学模式将手术等医疗行为视为“器官修复”的技术行为,却忽视患者通过身体感知、情感投射与文化隐喻重构生存意义的深层实践。以白内障手术患者为例开展的患者具身认知研究揭示,医学干预不仅是生理层面的技术操作,更是患者感知世界方式的重构过程。从症状学视角看,

手术重塑患者通过知觉接收信息的基本途径;从疾病学视角看,则凸显具身认知作为疾病真实影响的“活证据”;而技术学视角警示我们,任何医疗技术都伴随着感知世界的隐性代价。具身认知研究迫切需要医学重新审视“治疗成功”的标准——当技术修复了器官功能,是否同步修复了患者与世界相处的“知觉契约”?白内障手术患者的案例表明,医学的人文关怀必须超越生物学指标,深入具身认知的新领域。唯有将患者的感官接收、认知整合与语言反馈纳入医疗评价体系,才能真正实现从“治疾”到“治人”的范式跨越。这一路径不仅适用于眼科,也为所有涉及认知改变的医疗干预提供了具身伦理的思考框架。

参 考 文 献

- [1] 刘 虹.论患者具身认知图式[J].医学与哲学,2023,44(5): 1-6.
- [2] 叶浩生.西方心理学中的具身认知研究思潮[J].华中师范大学学报:人文社会科学版,2011,50(4): 153-160.
- [3] 朱 洁,姜廷帅.白内障手术治疗的发展与思考[J].医学与哲学:临床决策论坛版,2010,31(9): 74-75.
- [4] 刘 菲,邵 彦.微切口白内障手术发展中的利弊分析[J].医学与哲学,2015,36(7B): 89-91.
- [5] 胡万年.身体和体知:具身心智范式哲学基础研究[M].北京:北京师范大学出版社,2020: 13.
- [6] 商卫红,李柯然.特定场景结合 VR 在人工晶体植入术前医患沟通中应用探讨[J].中国医院,2021,25(12): 78-80.
- [7] TAUQIR M Z, CHAUDHRY T A, MUMTAZ S, et al. Knowledge of patients' visual experience during cataract surgery: A survey of eye doctors in Karachi, Pakistan[J]. BMC Ophthalmol, 2012, 12(1): 55.
- [8] 袁财莉,郝廷静,刘 娅,等.典型案例支持下微视频健康教育方案对白内障患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2021,27(18): 137-139.
- [9] 傅 波,安海鸥,冯万国,等.制约国人白内障复明手术的社会因素[J].医学与哲学:临床决策论坛版,2011,32(1): 34-36.
- [10] 张 娟,余梦琦,金萍萍.术前情绪释放技术干预法在老年性白内障手术患者中的应用效果[J].中国医药导报,2024,21(9): 170-173.
- [11] 蒋炎云.白内障手术不宜久拖[J].科技视界,2023(30): 76-78.
- [12] 王晶晶,殷 策.患者美德:可能、必要及德目[J].医学与哲学,2022,43(13): 12-16.
- [13] 李新玲.韩启德院士建议:门诊医生应先让患者自述一分钟[EB/OL].(2019-07-15)[2025-03-09]. <https://baijiahao.baidu.com/s?id=1639105619581464473>.
- [14] 缪一鸣,房志敏.基于患者参与的医患共情实践反思[J].中国卫生事业管理,2024,41(2): 157-160.
- [15] 何 静.具身认知研究的三种进路[J].华东师范大学学报:哲学社会科学版,2014,46(6): 53-59.

收稿日期: 2025-04-07

修回日期: 2025-05-01

(本文编辑: 王德顺)