

基于角色扮演的病例讨论（CPC）在病理教学中的探索与实践——以“一例风湿性心脏病致心力衰竭死亡”为例

柴正花

石河子大学医学院，新疆维吾尔自治区石河子市，832000；

摘要：目的：探讨以学生为主体、多角色扮演的临床病理讨论 CPC 模式在病理学教学中的应用效果。方法：选取一例典型的风湿性心脏病导致心力衰竭死亡的完整临床及尸检病例，将学生分为急诊医生、住院医师、检验科医生、主治医师和病理医师五个小组，模拟真实医疗流程进行多科室病例讨论。结果：该教学模式有效激发了学生的学习兴趣 and 主动性，促进了其对风湿性心脏病的病因、病理变化、临床表现、诊断要点及结局之间联系的整体性理解，显著提升了临床思维、多科室会诊和解决复杂问题的能力。结论：角色扮演式 CPC 是一种显著有效的病理学教学方法，值得在医学教育中广泛实践。

关键词：角色扮演；临床病理讨论（CPC）；病理教学；风湿性心脏病

DOI：10.64216/3080-1494.25.12.028

1 资料与方法

1.1 病例资料

依据教学内容和教学对象精心选择具有代表性的尸检病例（尸检号：440）^[1]。该病例具有复杂性、完整性和教育性的特点。患者，男，30 岁，因“劳累后心慌、气短五年多，浮肿三月，皮肤发黄一周”入院，既往有反复关节痛史。入院后经积极治疗无效，最终死亡。尸检证实病变主要在心脏，符合风湿性心脏病伴多瓣膜损害、心力衰竭的病理诊断。

选择该病例是由于：首先，风湿性心脏病是我国常见的心脏病之一，具有重要的讨论价值；其次，这个病例完整的展示了从急性风湿热到慢性心脏瓣膜病变，最后导致心力衰竭的全部病理过程；第三，这个病例还涉及到多系统受累，可以有助于学生理解疾病的完整的病变过程；第四，病例资料完整，包括详细的临床表现、体格检、实验室检查和病理尸检结果，为学生们多角度分析提供了充分的素材。

1.2 教学方法

（1）课前准备：提前一周将病例讨论的作业（包括现病史、体格检查、实验室检查、住院经过及尸检报告）布置给学生，让学生课后分组讨论分析。并掌握自己角色的分析要点和整个疾病的联系。

（2）学生分组：将班级学生分为 5 个小组，每组 4 人，分别扮演以下角色：

急诊医生组：负责刚入院的接诊、体格检查是否需

要紧急处理并抢救、以及完成急诊入院病例书写。

住院医师组：负责仔细询问整个病史并记录入院病例、进行完整的体格检查、做出入院初步诊断。

检验科医生组：负责解读所有的实验室检查结果和临床意义，并提出相关诊断及补充检查的建议。

主治医师组：负责分析疾病的进展过程和并发症，根据检查结果调整治疗方案，并书写入院病程。

病理医师组：负责解读尸检的结果，结合前期的分析做出最终的病理诊断和最终的死因分析，并解释整个病理病程改变的临床意义。

（3）课堂实施：课时为 3 学时（135 分钟）。由老师来担任主持人，按照临床诊疗流程让各医疗小组依次发言。具体流程包括：病例宣读（15 分钟）、开始前先分组讨论（30 分钟）、各小组发言（60 分钟）和老师总结点评并梳理整个病例的发展过程（30 分钟）。在整个过程中，老师需要去引导和提示病例讨论的方向，确保不会出现明显的错误而误导其他学生的思考。

（4）总结与点评：各角色发言结束后，老师需要进行系统的梳理，总结疾病发展的全过程，纠正学生讨论过程中出现的错误理解，强调作为医生诊疗过程中的重点与难点。同时引导学生思考这个病例中的经验和教训，形成对于疾病的深刻理解。

2 各角色讨论要点与知识整合

2.1 急诊医生组：抓住生命体征，识别急症

该组学生分析主诉：劳累后心慌、气短五年多，浮肿三月提示心能障碍，皮肤发黄 1 周提示肝功能受损。

重点关注患者“端坐呼吸”、“咯粉红色泡沫痰”、“呼吸困难 30 次/分”等表现。他们迅速判断患者存在“急性左心衰竭、肺水肿”，这是需要紧急处理的危重状态。他们提出的处理方案包括：端坐位、吸氧、建立静脉通路，并考虑使用利尿剂（如呋塞米）以减轻心脏负荷。

在讨论过程中，学生们还分析了急性左心衰竭的详细病理生理机制：是由于左心室的排血量急剧下降，导致左心房的压力增高，肺静脉回流受阻，肺毛细血管压力升高，液体渗入到肺泡形成了急性肺水肿。这一过程，同学们理解了患者之所以会出现呼吸困难、端坐呼吸和咯粉红色泡沫痰的详细机制，同时，学生们还讨论了相关的鉴别诊断，需要排除支气管哮喘、肺炎等其他原因引起的呼吸困难。

2.2 住院医师组：构建临床思维，形成初步诊断

该组学生先系统的梳理了患者长达五年的病史，从一开始的劳力性呼吸困难，到后来的夜间阵发性呼吸困难、端坐呼吸、咳粉红色泡沫痰、烦躁不安及肺部听诊发现两肺低湿啰音，因此考虑是左心衰；体循环淤血引起了下肢对称性凹陷性水肿、胃肠道淤血引起腹胀食欲不振、肝肾淤血引起肾功能异常、及全身体检发现了颈静脉怒张、肝颈静脉回流征阳性、肝脏肿大和压痛、脾大、腹水，因此考虑是右心衰^[2]。

此外，心脏听诊还发现有“瓣膜杂音”，考虑到“关节痛史”，分析可能是由急性风湿热导致的瓣膜损伤，因此，学生们做出了“风湿性心脏瓣膜病，全心衰竭，肝功能不全”的初步诊断。在讨论的过程中，学生们还详细分析了从风湿热发展到风湿性心脏瓣膜病再到风湿性心脏病发展过程的机理：是由于 A 组 β 溶血性链球菌感染后，机体产生交叉抗体，攻击心脏组织，引起心脏的瓣膜损害，最终导致心脏的血流动力学改变而引起心力衰竭。老师对于学生的准确分析给予肯定和表扬。

2.3 检验科医生组：提供客观证据，辅助诊断

该组学生深入解读了全部的实验室检查结果：血胆红素升高伴凡登白双相反应、尿胆红素阳性，提示了肝细胞性黄疸；尿蛋白阳性提示了肾功能受损。他们建议需要做的进一步检查是：检测“抗链球菌 O（ASO）”、“心电图”和“超声心动图”以辅助诊断风湿热及心脏功能评估^[3]，然后进行细菌培养，来排除亚急性感染性心内膜炎引起的心脏瓣膜病变。

在讨论中，学生们还深入分析了各项检查结果的病理生理机制：他们分析肝细胞性黄疸是由于右心衰竭导致体循环淤血引起的肝淤血，导致胆红素代谢障碍；尿

蛋白阳性是由于体循环淤血引起的肾淤血导致肾功能不全。检验科医生组还提出了动态监测实验室指标的重要性，如定期复查肝功能、肾功能和电解质，以评估病情进展和治疗效果。

2.4 主治医师组：统筹全局，制定与调整治疗方案

该组学生分析了住院后的治疗（洋地黄、双氢克尿塞）为何效果不佳。他们指出，对于风湿性心脏病晚期严重的器质性瓣膜损害，药物治疗仅是姑息性的，根本问题在于瓣膜结构的不可逆改变。他们分析了治疗过程中出现的“恶心、呕吐”（可能与洋地黄中毒或胃肠淤血有关）、“尿量极少”（提示有效肾血流量减少、有效滤过率下降）、“心律仍快而不规则，每分钟 130~150 次”（提示心率失常）“右侧肢体瘫痪、失语”（脑栓塞，血栓来源于左心房球形血栓或瓣膜赘生物脱落）等并发症。可尸检赘生物小白硬牢，不易脱落。

主治医师组还深入讨论了治疗策略的选择：在瓣膜损害不可逆的情况下，即时进行外科手术（如瓣膜置换）可能是根本的治疗方法来改善血流动力学的改变。同时，他们还分析了并发症的预防和管理，如抗凝治疗预防血栓形成，电解质监测预防洋地黄中毒等。

2.5 病理医师组：揭示疾病本质，一锤定音

该组学生通过展示尸检结果，为整个病例提供了最终答案：

（1）心脏：重量显著增加（780g），镜下见“阿少夫小体（Aschoff body）”，这是风湿性心脏病的特征性病理诊断依据。二尖瓣和主动脉瓣的赘生物，可以解释临床听诊的杂音。左心房球形血栓是导致患者脑栓塞引起右侧肢体瘫痪、失语的原因。

（2）肺、肝、脾、肾：均表现为“高度淤血”，这是全心衰竭导致体循环和肺循环淤血的典型病理改变。

（3）肝细胞胆色素沉着和脑梗死，则分别是临床表现“黄疸”和“偏瘫失语”的病理基础。

病理医师组的汇报不仅展示了病理改变，还深入解释了这些改变的临床意义：阿少夫小体是风湿性心脏病的典型的病理特征；瓣膜的病变导致了瓣膜功能障碍，最终引起了血流动力学的改变；血流动力学的改变引起了心力衰竭；心力衰竭引起了多器官淤血。通过病理与临床的结合分析，学生们深刻理解了疾病发展的全过程。

3 教学效果评价与反思

3.1 教学成效

（1）提升了学习的主动性和趣味性：角色扮演会

使学生由被动接受转变为主动去探究,学习的热情也会高涨。学生们在课后的反馈中普遍表示,这种教学模式让他们真正的走进了病例,感受到了作为医生的责任和挑战性。

(2) 促进了知识的整合和贯通:他们不再只是记忆病理变化,而是将病理变化置于真实的临床情景中,理解了从“风湿热”到“风湿性心脏病”,再到“心力衰竭”最后“多器官功能衰竭”的完整的发展过程。这种整体性的理解有助于学生建立系统的医学知识体系。

(3) 培养了临床思维能力:通过扮演医生诊疗的全过程,学生学会了如何去收集信息、分析问题、提出假设和验证诊断以及多学科会诊。这种思维的训练对于学生未来将要从事的临床工作具有重要的意义。

(4) 增强了团队协作精神:各小组需内部协作才能完成任务,他们在讨论中相互质疑、补充,形成了良好的合作小组。这种合作能力是未来医疗工作中不可或缺的能力。

(5) 加深了对医学人文的理解:通过角色扮演,学生们能够更好地相互理解不同科室医生的工作内容和挑战,培养了跨学科合作的意识。同时,通过对死亡病例的讨论,学生们也能更加深刻地意识到生命的珍贵和医生的责任。

3.2 存在的问题与改进建议

问题一:部分学生只局限于自身角色,对全局的把握不足。

改进建议:在讨论结束后,设置“自由提问”或“角色互换”环节,并要求每位学生提交一份涵盖病例全过程的作业。同时,可以要求学生轮流担任不同角色,以获得更全面的体验。

问题二:课堂时间有限,讨论深度可能受限。

改进建议:利用线上平台(如学习通、雨课堂),在课前开展小组讨论,课中则聚焦于核心问题的辩论与总结。还可以将部分讨论内容放到课后,通过线上论坛继续深入学习。

问题三:对教师课堂掌控能力要求高。

改进建议:教师需精心设计问题链,适时引导,确保讨论不偏离教学主线,并在最后通过思维导图进行权威、系统的总结,纠正错误概念。

问题四:病例资源有限,难以满足不同学习需求。

改进建议:建立病例资源库,包含不同系统、不同难度的病例,供学生选择使用。同时,可以开发虚拟病例,通过数字化手段丰富教学资源。

问题五:评价体系不够完善。

改进建议:建立多元化的评价体系,包括小组表现、个人报告、课堂参与等多个方面,全面评估学生的学习效果。同时,纳入平时成绩评分,促进学生积极参与。

4 结论

本次以“风湿性心脏病”病例为核心的多角色扮演CPC 教学实践表明,该模式成功地将枯燥的病理知识和动态的临床实践紧密结合,从多个角度去看待疾病有很大的帮助,有效地达成了病理学教学的核心目标^[4]。它不仅使学生深刻的掌握了特定疾病的专业知识,有效改进教学质量,提高学生的学习成绩和自主学习能力,提升教学满意度^[5],更重要的是培养了他们作为未来医生所必需的综合解决问题的能力,体会医生的责任感与生命的可贵。

这种教学模式的价值不仅体现在知识传授方面,更体现在职业素养的培养上。通过角色扮演,学生们早期体验了临床工作的复杂性和挑战性,培养了团队协作精神、沟通能力和医疗安全意识。这些能力对于培养优秀的医学人才具有重要作用。

基于角色扮演的CPC 教学模式是值得在医学教育,特别是桥梁学科教学中大力推广的一种高效教学模式。未来,我们将进一步优化教学设计,丰富病例资源,完善评价体系,加强师资培训,使这一教学模式在医学人才培养中发挥更大的作用。同时,我们也将探索将这种模式与其他教学方法(如问题导向学习、案例教学法等)相结合,形成更加完善的医学教育体系。

参考文献

- [1]陶红苗,陈国中,王菊吾.角色扮演和病例讨论在内科护理学中的应用[J].中国高等医学教育,2007,(09):14-15.
- [2]Marijon, E., Mirabel, M., Celermajer, D. S., & Jouven, X. (2012). Rheumatic heart disease. Lancet (London, England), 379(9819), 953-964.
- [3] Mavrogeni, Sophie I et al. "Pathophysiology and imaging of heart failure in women with autoimmune rheumatic diseases." Heart failure reviews vol. 24,4 (2019): 489-498.
- [4]于悦,姜紫誉,张成十,刘佳俊. 病例讨论结合 BOPP 教学模式在神经内科临床实践教学中的研究[J]. 中国卫生产业,2025,22(17):5-7+11.
- [5]徐长妍,林红,郭放,孙晓萍. 临床病理讨论会的模式探讨[J]. 中国病案,2013,14(09):20-21.