

接生病人的"说不清"

——别让那团"前问题态"被一句"指标正常"打发掉

只讲方法、技术与操作的实践文 · 约 8 千字 · 延伸自《接生思想》· 德麦国际 Demai International ·
sdeuniverses.com

门诊里常有这样一幕。一个人坐下来，欲言又止，说"我也说不清，就是不对劲""说不上来的累，浑身发紧""心里总有点慌，又不知道慌什么"。医生翻完化验单，看一眼影像，抬头说："指标都正常，没事，别多想。"话说得不算错，检查也确实没查出病灶，可那个人走出诊室的时候，心里那团东西一点没散，甚至更重了——因为它连被认真接住的机会都没有过。他带来的不是一个现成的病，而是一团还没成形、连自己都拎不清的感受。这团东西，被一句"指标正常"轻轻打发掉了。

母论文《接生思想》讲的正是这件被反复错过的事：重要的东西在最脆弱的初生期，依赖**接生**。当一个人心里初萌的、连自己都难以言明的感受还处在混沌的"前问题态"时——它还不是一个能说清的问题，只是一团游移、混杂、抓不住的什么——它需要另一个人凭高度内化的**默会鉴赏力**，通过追问、陪着摸索、给予**临时信任**，把这团混沌一点点接引成一个可被持续探究、可被处理的问题。接生不是普通的"指导"或"安抚"，它是在一样东西还没长出形状、最容易夭折的时候，用另一个人的判断力替它撑住一段时间，让它有机会成形。落到健康上，病人身上那团还说不清、混杂游移的身体或心理感受，正是一种前问题态；它最需要的，不是被急着编码成一个标准诊断标签，也不是被"指标都正常"一句打发，而是被人用默会鉴赏力接生，接引成一个可以被好好处理的问题。

这份手册就写给会遇到这种时刻的人：医生、护士、健康顾问，还有守在身边的家属。它不提供任何诊断，不告诉你该吃什么药、该不该停药，也绝不主张用倾听去拖延必要的、及时的诊治。它只讲一件很少被摆上台面的事：怎么识别病人身上的前问题态，怎么用接生式的问诊接住它，怎么给出临时信任，怎么在被流程和计时挤压的缝隙里，为倾听护住一点无法被计时容纳的时间。方法朴实、可以直接上手，也请你始终记着后面反复强调的那条底线——遇到危急征象，接生让位于救治，先就医。

一、先看清：什么是身体的"前问题态"，接生长什么样

要学会接生，先得认出什么是前问题态。它不是一个已经成形、能一句话讲清的主诉，而是一团还在混沌里的感受：病人自己都说不明白，用词含糊，指指这里又摸摸那里，说着说着自己都摇头"哎

呀我也不知道怎么讲”。前问题态的标志，就是它还没被说清——不是病人不肯说，是它本来就还没长成能被说清的样子。接生要做的，不是替他把话说完、也不是急着塞给他一个标签，而是陪着这团东西，让它慢慢显出轮廓。下面三个场景，是前问题态最常见的样子，也是接生最该出场的时刻。

场景一：查不出、却真难受的"不对劲"

一个人反复觉得身体不对劲——乏力、发紧、心里发空，说不出具体哪儿疼，也讲不清什么时候开始。各项常规检查做下来，没发现明确异常。到这一步，很多对话就停了："都正常，回去吧。"可对本人来说，那份不适是实实在在的，它没消失，只是没被接住。这里的关键在于分清两件事："检查没发现明确病灶"和"这个人没有值得处理的问题"，根本不是一回事。那团说不清的难受，正是一个典型的前问题态——它还没被接引成一个能被命名、能被跟进的问题。接生在这里不是去否认检查结果，而是承接这团感受：陪他把"不对劲"再摸得细一点，是什么时候重、什么时候轻，伴着什么一起来。它可能最终指向作息、情绪、压力，也可能提示需要换个方向再查。无论指向哪，第一步都是先接住，而不是先打发。

场景二：欲言又止的那半句话

问诊快结束，病人手已经搭在门把上，忽然回头说半句"其实……我最近总觉得……算了没事"。这半句欲言又止，几乎是前问题态最典型的信号。他心里有团东西在动，但它还太模糊、太没把握，说出来怕被当成小题大做，怕占用时间，怕被一句"没事"顶回来，于是话到嘴边又咽了回去。这半句被咽回去的话，往往比前面十分钟说清楚的主诉更要紧——因为它还处在初生期，最脆弱，最容易永远消失。接生在这里，就是不让这半句话掉地上：轻轻接一句"没关系，你说说看，慢慢讲"，给他一点临时信任，让那团还没成形的东西有机会被说出口。很多真正重要的线索，就藏在这被接住的半句里。

场景三：情绪化的身体，身体化的情绪

还有一类前问题态，身心缠在一起，分不开。有人一紧张就胃疼、一焦虑就胸闷心慌、长期睡不好又说不出哪里有病。他自己也困惑："到底是我身体出了问题，还是我想太多？"这种缠绕本身就是一团混沌，既不是纯粹的身体故障，也不是可以一句"心理作用"带过的东西。如果急着把它归到某一边——要么当纯生理病去查、要么当"没病，是你想多了"去劝——都是在这团东西还没成形时，硬给它套一个不合身的标签。接生的做法是先不着急归类，陪他把这团缠绕描出来：这些感受什么时候一起出现，各自是什么样子，彼此像是谁牵动谁。把混沌摊开、看清它的纹路，本身就是把前问题态接引成一个可处理问题的过程，之后无论走哪条路，都站在更实在的地面上。

这三个场景有一条共同的暗线：病人带来的常常不是一个现成的问题，而是一团还在初生期、说不清也抓不稳的感受。接生要认的，就是这团东西——它的价值不在于它此刻有多清楚，而在于它还有机会被接引成什么。认出前问题态，是接生的第一步；接下来所有的操作，都是围绕怎么不让它在被接住之前，先被一句"没事"打发掉。

二、分诊：区分"可被接生的前问题态"与"需立即处置的明确警讯"

接生很重要，但它有一条绝不能越过的边界：**接生处理的是还说不清、可以慢慢摸索的前问题态；它绝不能被用来拖延那些已经清清楚楚、必须立刻处置的警讯。**把这两者分清楚，是这份手册里最要紧的一节。混沌的、游移的、不急的感受，值得用倾听去接生；而某些征象一旦出现，它就不再是前问题态，而是一个明确的、必须马上响应的信号——这时正确的做法只有一个：立即就医、呼叫急救，倾听让位于救治。下面用几组问法，帮你在现场快速分辨，手里这团东西到底属于哪一类。

第一问：它急不急？先问自己也问对方——这个情况，是可以坐下来慢慢聊、几天几周慢慢看的，还是正在快速变坏、拖不得的？前问题态的一个特征是它有"可以摸索的余地"，不会因为你多花二十分钟倾听就出人命。而像剧烈胸痛并向手臂或下颌放射、突发的言语不清或半边肢体无力口角歪斜、呼吸困难、意识模糊或晕厥、大量出血、剧烈且持续加重的腹痛头痛、疑似中毒或严重过敏等，都属于拖不得的明确警讯。**只要沾上"拖不得"，立刻停止一切慢聊，直接送医或呼叫急救——这不是接生的场合。**

第二问：它有没有清楚的、指向危险的形状？前问题态的标志是"还说不清"；反过来，有些征象是说得清楚的，而且清楚地指向危险。当病人能明确描述出上述那类急性、剧烈、突发的症状时，它已经不是混沌的一团，而是一个成形的警讯。**说得越清楚、越指向急症，越不该被当成前问题态去慢慢接生，而该被当成警讯去快速处置。**接生对付的是模糊，不是拿来消化清晰的危险信号。

第三问：它在不在变、往哪个方向变？同样一团不适，稳定地存在了很久、时好时坏，和这几个小时里迅速加重，是两回事。前者有摸索的空间，后者要警惕。问一句"和昨天、和一小时前比，是差不多，还是明显更重了？"如果是快速、明显地恶化，哪怕一开始说不清，也要按警讯处理，先就医再说。**方向比当下的严重程度更重要——在快速恶化面前，一切慢聊都要让路。**

第四问：不确定时，往安全一侧靠。分诊难免有拿不准的时候。原则很简单：**拿不准它是不是急症，就按急症办，先就医、先排除危险，再回来慢慢接生。**接生从不与及时诊治抢时间；它只在"确认不急、可以摸索"的那片空间里工作。把危险排除掉之后剩下的那团说不清，才是接生真正的领地。记住这个次序——先分诊、后接生；先保命、再倾听——这份手册后面所有的方法，都建立在这条底线之上。

三、接生是怎么被挤没的

既然接生这么重要，为什么诊室里、病房里那么少见？不是因为医者不够善良，也不是因为病人不肯开口。母论文讲得很清楚：当代体制在转向绩效管理、流程管理时，慢慢生成了一套不再为接生预留空间的回路。倾听式的接生需要一段无法被计时精确容纳的时间，而这套回路恰恰只认可能被计

时、被编码、被计入产出的东西。看懂它是怎样把接生一点点挤没的，你才不会去怪某个具体的人，而是能在缝隙里想办法。这里拆出三个相互加固的子机制。

子机制一：要求你先给出清晰主诉

流程化的问诊，几乎都从“你哪里不舒服、有多久了”开始，默认病人能立刻交出一个清楚的主诉。可前问题态的本质就是“还说不清”。当系统一上来就要求清晰，那些还在混沌里、只能说“就是不对劲”的感受，就没了入口——要么被病人自己删掉（“算了，反正也说不清”），要么被硬塞进一个最接近的现成说法里（“那就写头晕吧”），把原本模糊而真实的东西，压成一个不太对的标签。**要求先给清晰主诉，等于把所有还没成形的前问题态挡在门外——而那恰恰是最需要被接生的东西。**接生的起点本该是接住模糊，可回路的起点却是索取清晰，两者从第一步就拧着。

子机制二：流程计时容不下倾听

倾听式的接生天然就是“费时”的，而且这份时间没法被精确预算——你不知道陪一个人把混沌摸清要多久，可能十分钟，也可能这次只能推进一点点。可绩效回路是按时间和数量结账的：单位时间看多少人、每个环节卡多少分钟、流程走得顺不顺。在这样的账本里，一段用来陪人摸索、当下产不出任何可记录条目的时间，是纯粹的“低效”。**于是最该被留出的倾听时间，恰恰是最先被砍掉的时间——因为它无法被计时容纳，就被当成了浪费。**母论文说的正是这一点：不是没人愿意接生，而是回路没给接生留位置，愿意接生的人得自己在缝里抢时间。

子机制三：只认编码诊断，不认陪伴摸索

还有一层更隐蔽。绩效系统只认可那些能被编码、被归档、被计入工作量的产出——一个诊断编码、一项处置、一张单子。而“我陪他把说不清的东西摸清了一点、把一团混沌接引成了一个可以跟进的问题”这种工作，在系统里没有对应的条目，等于没发生过。**能被编码的诊断被记功，陪伴摸索的接生不被承认——久而久之，人就只做被承认的那部分，把不被承认的接生省掉。**更麻烦的是，这逼着医者过早地给还没成形的东西下一个编码：与其陪着摸索这团模糊，不如尽快贴一个标签结案，因为只有标签才进得了系统。接生本是“先陪着、让它成形再命名”，回路却奖励“尽快命名、好归档结案”，方向正好相反。

这三个机制拧在一起，织成一张不给接生留空间的网：入口只收清晰主诉，中途容不下费时的倾听，结账只认可编码的诊断。在这张网里，前问题态几乎必然被打发——不是被谁恶意驱赶，而是被一套只认可计时和编码的安排，系统性地挤到了看不见的角落。看清这一点，接下来的重构才有靶子：我们要做的，不是去责怪网中的人，而是在网的缝隙里，为接生一点点夺回它需要的空间。

四、核心重构：接生式照护的四个杠杆

看清了接生怎么被挤没，就能反着用力。这一节给四个可以直接上手的杠杆，每一个都对应母论文里的一个核心动作：接住前问题态、倾听式追问、给临时信任、护住倾听的时间。它们不需要你推翻整套流程，只需要你在自己能动的那一小段里，为接生腾出位置。

杠杆一：接住前问题态——先承接，不急着命名

第一个杠杆，是改掉“一听到模糊就急着归类”的本能。当病人说“我也说不清”，最常见的两种反应都会掐死前问题态：一种是“那你到底哪儿不舒服”，逼他立刻给清晰主诉；另一种是“哦那应该是XX吧”，急着塞一个标签。**接住前问题态的核心动作，是明确地告诉对方——说不清也没关系，我们可以一起慢慢弄清楚。**落地技术很简单：先复述并接纳那团模糊本身，“你说的这种‘不对劲’，我听到了，它确实存在，我们不着急给它安名字，先一起看看它是什么样的。”这一句做了两件事：承认了那团感受是真实的、值得被处理的；同时把“命名”这一步往后推，给它留出成型的时间。**命名太早，等于在东西还没长出形状时就把它定死了。**接生的第一步永远是承接，不是归档。

杠杆二：倾听式追问——用问题帮它显形，而不是替它作答

第二个杠杆，是学会一种特别的追问。普通的问诊追问是为了收集信息、缩小范围、尽快锁定诊断；接生式的追问不一样，它是为了帮那团混沌显出形状，让病人自己更看清自己带来的是什么。这需要一点母论文说的默会鉴赏力——你凭经验隐隐感到“这里还有东西没出来”，于是往那个方向轻轻探。落地技术是多用打开式的问法，少用封闭式的追认。**不问“是不是刺痛”，而问“它更像什么、能不能给它打个比方”；不问“是不是三天了”，而问“你第一次注意到它，是在什么样的时候”。**还有一个好用的动作叫“陪着停顿”——他说到一半卡住了，别急着替他补完，也别急着换问题，给几秒安静，让他自己往下摸。追问的目的不是把答案从他嘴里挤出来，而是陪他把还没成形的东西，一点一点描清楚。你追问的方式，决定了他有没有机会看清自己。

杠杆三：给临时信任——先信它值得一探，哪怕还没证据

第三个杠杆，是母论文里一个很关键的动作：临时信任。前问题态最脆弱的地方在于，它还没有任何“证据”证明自己值得被认真对待——查不出、说不清、可能最后什么也不是。正因如此，它极易被一句“没事”否定掉。**给临时信任，就是在还没有证据的时候，先信这团东西值得一探，先当它是真的、值得跟进的，把它护过最脆弱的初生期。**落地技术有两句话很管用。对病人说的是：“你的这种感觉，我先认真对待，我们一起跟一段看看，不急下结论。”这给了他一个安全的空间，让他不必先自证“我不是无病呻吟”才敢往下说。对自己说的是：“先假设这里有值得处理的东西，别急着用‘指标正常’把它关掉。”临时信任不是轻信，也不是承诺一定查出个什么——它只是一段暂时的、有保留的信任，用来让一个还没长成问题的东西，不至于在半路就被判死刑。

杠杆四：护住倾听的时间——在缝隙里抢出费时的那几分钟

第四个杠杆，直接对着第三节那个“计时容不下倾听”的机制。接生需要一段无法被精确计时的时间，而流程不会主动给，所以你得自己在缝里护出来。**护住倾听的时间，不是要你对抗整套流程，而是在你能支配的那一小段里，刻意为倾听留白，并且不让它被随便填满。**落地技术有几个：一是给关键时刻留一个“不被打断的两分钟”——尤其是病人欲言又止那一刻，宁可后面的环节紧一点，也把这两分钟稳稳留给他。二是把接生拆进多次短接触，而不是硬要一次谈透——这次接住一点、给个临时信任，约下次再往前摸一段，让费时的倾听分摊在几次里，也更贴合前问题态需要时间成形的节奏。三是善用团队里的分工，把一部分陪伴摸索交给护理、健康顾问或家属，让倾听的时间不必全压在最紧张的那一环。**时间不会自己冒出来，它永远是被人从别处抢来、护住的。**接生能不能发生，常常就取决于有没有人愿意为它守住这几分钟。

五、诊室/护理/居家陪伴工具箱

四个杠杆是原理，这一节把它们落成分场景的具体做法和话术。三种场景——诊室、护理、居家——各有各的时间结构和角色，接生在每种场景里的落点也不同。你可以按自己所在的位置，直接取用。

诊室：在有限的几分钟里接住那半句话

诊室时间最紧，但正因为紧，接住关键的一两句就格外要紧。开场别一上来就逼主诉，可以给一句打开式的话：“今天来，最想跟我说的是什么？哪怕还没想清楚也没关系。”这等于在门口就为前问题态开了个口子。当病人说“说不清”，接住它：“说不清很正常，我们一起慢慢理。”当他欲言又止，务必接那半句：“你刚才想说又停住了，那句其实挺重要，说说看。”临近结束再补一问：“还有什么，哪怕觉得是小事、不好意思讲的？”——这一问常常钓出最要紧的线索。如果这次实在没时间摸透，就用临时信任收尾并搭一座桥：“你说的这个我记下了，也当回事，我们下次专门跟一跟。”**诊室里的接生，不求一次谈透，只求不把还没成形的东西，在它开口的那一刻就掐灭。**当然，前提永远是先分诊：一旦识别出警讯，立刻转入及时处置，别在急症上做慢聊。

护理：在日常照护的缝隙里陪着摸索

护理有一个诊室没有的优势——和病人相处的时间长、频次高、节奏松，正好适合分次的、陪伴式的接生。日常操作的间隙，是接住前问题态的好时机。一句随口的“今天感觉怎么样，跟昨天比呢？”，比正式问诊更容易让人说出那些含糊的不适。听到模糊的抱怨，别急着上报成一个标签或一句“正常现象”，先陪着描一描：“你说的那种不舒服，是一直都在，还是什么时候特别明显？”把这些还没成形的观察记下来、在交接时带上，本身就是在护住前问题态，不让它在流程里蒸发。护理者往往是最先接触到那半句欲言又止的人，一句“你要是有什么不放心的，随时跟我讲”，就能给出一段珍

贵的临时信任。**护理场景里的接生，靠的是时间的绵长和陪伴的稳定——把一次次短短的接住，攒成一条能被跟进的线索。**

居家：家属怎么陪，而不是急着替他下结论

家属离得最近，也最容易犯两个相反的错：要么"你就是想太多，别瞎琢磨"一句否掉，要么"你这肯定是得了什么大病"自己先吓自己、替他臆断结论。这两种都不是接生。家属能做的接生，朴素而有力：认真听、陪着说、不急着裁决。当家人说"我最近总不对劲"，接住它："你说说看，是哪种不对劲？我陪你一起想想。"帮他把混沌摊开，而不是替他定性。给临时信任："你这个感觉不是矫情，咱们当回事，需要的话一起去看看。"这句话对一个正被"是不是我想多了"困住的人，分量很重。同时守住那条底线——真出现前面说的那些危急征象，别在家慢慢摸索、别听信偏方，第一时间就医。**家属最好的角色不是家庭医生，也不是审判者，而是那个稳稳陪着、不急着下结论、必要时坚定推他去就医的人。**陪伴摸索本身，就是在为家人接生。

六、落地流程

把前面所有方法收成一条可以照着走的路径，方便你在真实的一次接触里按次序落地。它只有几步，核心是把"先分诊、后接生"的次序焊死在最前面。

第一步，先分诊，排除警讯。无论对方带来的东西多模糊，先过一遍第二节的分诊问法：急不急、有没有指向危险的清楚形状、在不在快速恶化。识别出任何危急征象，或拿不准是否急症，立即转入及时就医与救治，接生到此让路。只有确认"不急、可以摸索"，才进入下面的接生流程。

第二步，认出并接住前问题态。留意那些"说不清""欲言又止""数字与人对不上"的信号，用杠杆一的动作先承接："说不清没关系，我们一起慢慢弄清楚。"明确地不着急命名，为这团东西留出成形的空间。

第三步，用倾听式追问帮它显形。多用打开式问法和"陪着停顿"，往你隐隐觉得"还有东西没出来"的方向轻轻探，陪他把混沌一点点描清楚，而不是替他作答或急着缩小到一个诊断。

第四步，给出临时信任。在还没有任何证据时，先信这团东西值得一探，用一句"我先认真对待，我们一起跟一段看看"，把它护过最脆弱的初生期，也让对方敢于继续往下说。

第五步，护住时间，接力跟进。为关键时刻守住不被打断的几分钟；一次谈不透，就用多次短接触分摊，并善用护理、顾问、家属的分工。把每次接住的线索记下来、传下去，让这段陪伴能被接力，而不是每次归零。

第六步，随时回到分诊。接生的过程中，情况可能变化。一旦在摸索里冒出任何危急征象或明显恶化，立刻中断慢聊、回到第一步，转入及时诊治。**整条流程的骨架只有一句话：先保命、再倾听；先分诊、后接生；摸清一点、接力一程。**

七、必须避开的误区

接生式照护有几个特别容易走偏的地方，走偏了不但没帮上忙，还可能坏事。这四条误区请当成红线，尤其是前两条，直接关系到安全。

误区一：把接生当成拖延必要诊治的借口

这是最危险的一条，必须放在最前面。接生只处理"确认不急、可以慢慢摸索"的前问题态；它绝不是用倾听去替代或推迟该做的检查、该转的急诊、该给的及时治疗。**如果面前是危急征象，任何形式的"我们慢慢聊、先感受感受"都是错的——那一刻正确的做法只有立即就医、立即处置。**倾听再重要，也永远排在保命后面。把接生和及时诊治对立起来，或者拿"重视感受"当拖延的挡箭牌，是对接生的彻底误用。分诊永远在最前，倾听永远给救治让路。

误区二：替病人臆断结论，把猜测说成定论

接生是陪着一团东西成形，不是替它填一个答案。有两种臆断都要避开：一种是往轻里断，"这没什么，就是累的、想多了"，一句话把还没摸清的东西关掉；另一种是往重里断，自己或替病人脑补出一个吓人的结论，"你这八成是得了什么大病"。**前者掐死了前问题态，后者用没有根据的恐吓污染了它——两者都是在东西还没成形时，硬替它下了一个不该由你此刻下的结论。**本手册只讲倾听与沟通，不做诊断；接生者的本分是陪他把问题描清楚，把该由专业诊治回答的部分，交回给及时、规范的诊治，而不是自己抢答。不臆断、不吓唬、不越位下结论，是接生的纪律。

误区三：把接生做成了话术表演

接生靠的是母论文说的默会鉴赏力——一种真的在听、隐隐感到"这里还有东西"的判断力，而不是几句标准句式。如果只是机械地背"说不清没关系""我先认真对待"，眼睛却盯着表、心思在下一个流程上，病人立刻能感觉到这份敷衍，那团刚要冒头的东西反而会缩回去。**临时信任一旦被识破是假的，比不给还伤人。**接生的话术是壳，壳里得装着真的注意力。宁可少说几句漂亮话，也要在你决定接的那几分钟里，真的把人放在眼里。

误区四：只接不转，把该跟进的东西停在了倾听

接生的目标是把前问题态接引成一个"可被持续处理的问题"——重点在"可被处理"，不在停留于倾听本身。有的人善于接住、善于共情，却止步于此，让那团被摸清的东西悬在半空，既没转成进一步的检查评估，也没交给该接手的环节。**接生是助产，不是终点；把混沌接成一个清楚的问题之后，**

要让它进入该去的流程，而不是永远停在诊室的沙发上。接得住，也要接得出去——摸清了方向，就把它交到能真正处理它的地方。

八、一张随身检查清单

把这份手册压成七个可以随身自问的问题。每次面对一个说不清、带着一团东西来的人，在心里过一遍。

一问安全：眼前这个情况，有没有危急征象、在不在快速恶化？只要拖不得或拿不准，立即就医——先分诊，后接生。

二问形态：他带来的，是一个说得清的主诉，还是一团还说不清、游移混杂的前问题态？后者，正是最需要被接生的东西。

三问接住：我有没有急着给它命名、贴标签，或用"指标正常"打发掉？还是先承接了那团模糊，说了"说不清没关系，我们一起弄清楚"？

四问追问：我的问法是在帮它显形，还是在替他作答、逼他给清晰？有没有用打开式的问、陪着他的停顿？

五问信任：在还没有证据时，我有没有先给出临时信任，把这团东西护过最脆弱的初生期，让他敢往下说？

六问时间：我有没有为倾听护住哪怕几分钟不被打断的时间？谈不透的，有没有约好接力跟进？

七问去向：摸清一点之后，我有没有把它接引成一个可被处理的问题，转给该处理它的环节，而不是停在倾听、也不是替它臆断结论？

七问过完，你就完整走了一遍接生：先守住安全，再认出前问题态，用默会鉴赏力去接住、追问、给临时信任、护住时间，最后把一团混沌接引成一个可以被好好处理的问题。母论文说，重要的东西在最脆弱的初生期依赖接生。病人身上那团说不清的感受，正是这样一个初生的、脆弱的、值得被接住的东西。别让它被一句"没事"打发掉——在缝隙里，为它争一点无法被计时容纳的时间。

免责声明：本文属于沟通与倾听方法的实践手册，不构成任何医疗诊断、治疗建议或用药、停药指导，也不能替代执业医师的面诊与规范诊治。文中所有方法仅用于改善健康场景中的倾听与沟通，请勿以任何"重视感受""慢慢摸索"为由，延误必要的、及时的检查与治疗。凡出现剧烈胸痛、突发言语不清或肢体无力、呼吸困难、意识模糊、大量出血、剧烈持续的腹痛或头痛、疑似中毒或严重过敏等危急征象，请立即就医或呼叫急救。涉及个人健康的具体决策，请遵从执业医师的当面诊断与指导。——德麦国际