

“研究表明，边远、贫困地区的老百姓，医疗费用是决定其就医诊治的第一位因素。很多老百姓由于支付不起费用，而选择忍耐而放弃治疗。”

“尽管研究设计很完美，随访很规范，但患者的实际心理，医生是否真正能全部理解。医生随访时间：“每天按医嘱吃药了吗？”很多患者为了迎合医生的询问：“吃了！”事实上，很多患者出于各种原因，没有遵医嘱，而是敷衍医生而已。这样的研究结果，真实性不言而喻。”

近日，大连医科大学附属第一医院黄榕肿教授接受记者采访时强调，医疗决策在医疗过程中举足轻重，如若没有医患双方的共同沟通、讨论并进行决策，整个医疗的质量肯定不尽人意。

Warmly Welcome Dr.Ting and Dr.Montori
Visiting and Directing in our hospital

2013年，美国梅奥医学中心 KERR 研究中心 Victor M. Montori 教授（左二）和美国纽约长老会医院 Henry H. Ting 教授（左四）到大连医科大学附属第一医院指导

中国心血管病领域医患临床共同决策研究结果

医患本是一家 需共同决策

▲本报记者 许奉彦



黄榕肿 教授

患者作为医疗决策的参与者和实践者被引入医疗决策过程，更多强调医患共同沟通、讨论并进行决策的重要性，从而提高医疗过程中患者满意度、提升患者心理感受、增强医患间信任、提高依从性等。

初步结果

黄榕肿教授强调，该调查显示，中国年轻医师尽管对 SDM 过程并不了解，也存在诸如临床工作繁忙、时间少、医疗体制限制以及患者文化程度低、信任不足等问题，但通过使用 SDM 决策工具（他汀选择）、观

经过培训 半数医生愿意进行共同决策

看 SDM 过程录像等方式，超过一半的医生愿意在今后临床决策工作中考虑使用这种决策模式。

同时，研究小组成员在接受一系列 SDM 相关培训后，应用美国梅奥医学中心提供的在线决策工具

进行了冠心病患者他汀选择治疗的探索性研究。

研究共纳入 80 例冠心病患者，利用在线决策工具，医生详细分析每一位患者的危险评分和应用他汀后的获益程度，告知患者应用他汀

的利弊，根据患者意愿与患者共同做出是否应用他汀的选择，并对所有患者完成 1 年随访，探讨中国冠心病患者对临床共同决策方式的态度、药物依从性、临床决策与临床结局间关系等。

国内进展

中国研究进行时

黄榕肿教授表示，医疗决策是医疗过程的重要组成部分。传统临床医疗决策模式多是医生主导而患者被动接受的家长式模式、医生告知患者而后患者知情同意模式或者医生告知患者病情而后患者主导决策模式。上世纪 90 年代，医患临床共同决策研究（SDM）首先在英国出现，并首先在癌症治疗决策领域进行，患者作为医疗决策的参与者和实践者被引入医疗决策过程，更多强调医患共同沟通、讨论并进行决策的重要性，从而提高医疗过程中患者满意度、提升患者心理感受、增强医患间信任、提高药物治疗依从性等。

“一直以来，我国这一研究尚处于空白阶段。”黄榕肿教授介绍，直到 2013 年 12 月，在复旦大学附属中山医院葛均波院士和北京大

学第一医院霍勇教授共同支持下，由美国梅奥医学中心 KERR 研究中心 Victor M. Montori 教授和美国纽约长老会医院 Henry H. Ting 教授指导，作为梅奥诊所 KERR Unit 合作研究者、黄榕肿教授牵头国内研究，吉林大学中日联谊医院、中国医科大学附属盛京医院、首都医科大学附属北京安贞医院和大连市第三人民医院共同参与完成了国内第一项中国医务人员临床共同决策态度的注册调查研究。

据悉，正在进行的中国冠心病患者临床共同决策态度调查即将揭晓，相关系列研究结果已经在多个大型学术会议上做口头报告，最新研究结果将在 2015 年 7 月于悉尼召开的循证医学和临床共同决策 2015（ISDM ISEHC 2015）大会上报告。

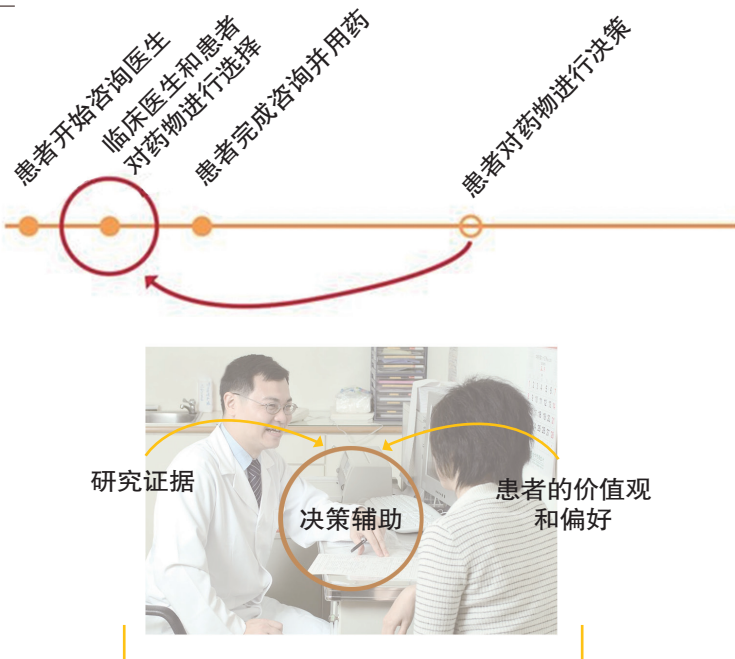


图 1. 临床共同决策模式图

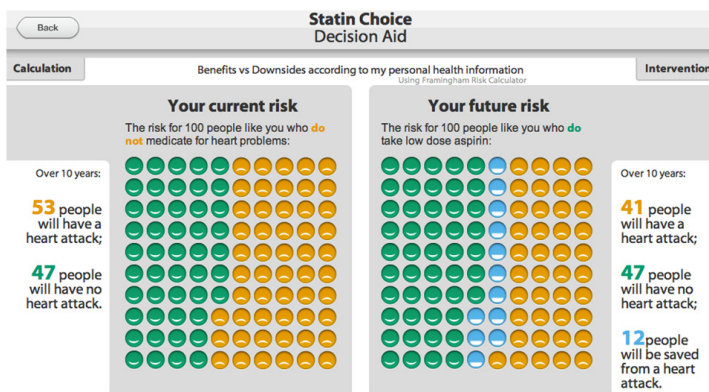


图 2. 临床共同决策工具（他汀选择研究） 通过决策工具帮助患者理解其临床风险、药物治疗的可能选择、每一种选择的临床获益、不良反应和药效经济学等，用以帮助患者与医生更好沟通后，进行临床决策。

国外视点

共同决策基于三个层面

之前就职美国梅奥医学中心，现为美国纽约长老会医院任 CFO（首席医疗运营官）的 Henry H. Ting 教授指出，临床质量管理在国内尚属比较新鲜的理念，而这一理念却在梅奥经历了一百年的沉淀。梅奥医学中心将“患者需要的就是我们该做的”这样人文关怀的理念细节化，并强调每一个基层医护人员和工作人员的智慧 and 观察力对上层管理策略制定、修改的重要性，强调团队协作和上下级沟通，强调多学科和多中心合作，将质量管理的每个细节制定成相应方案，对所有员工进行分级培训，而这些培训不同于医学院学习的基础医疗理论和医疗技术，而是医疗流程的规范化。

Henry 指出应该从三个方面综合决策：（1）研究证据；（2）患者取向；（3）患者背景。决策应是由患者和医生共同做出的，只有这样的

决策才能做到以患者为中心和个体化的医疗。

Ting 提出，研究证据在医疗决策中的权重仅占到 1/3，而患者取向和患者背景是另外两个重要因素。

Ting 强调，对于有些患者而言选择哪项治疗都无绝对的对与错，但需和患者一起作出决策，尊重患者取向。在既往医疗实践中，由于信息和职业背景的绝对不对称，医生处于绝对的权威地位，患者几乎没有参与的机会，但是医疗实践的对象是患者，他们有思想和有感情，医生必须尊重其选择。随着中国社会的发展和人们整体知识水平、文化素质的提高，以患者为中心的医疗决策也必将越来越得到重视。

Ting 教授强调，除疗效和安全性循证医学证据之外，医生应充分考虑患者方面的因素、特别是费用。这就需要综合权衡、考虑患者的实际情况并尊重其取向。