

doi:10.3969/j.issn.1005-3697.2021.12.032

❖ 护理 ❖

共享决策对 COPD 合并肺动脉高压 ICU 转出患者自我护理及健康的影响

许小雪, 陈鑫, 丁晓静

(青岛市市立医院重症医学科, 山东 青岛 266101)

【摘要】目的: 探讨共享决策对改善慢性阻塞性肺疾病 (COPD) 合并肺动脉高压重症加强护理病房 (ICU) 转出患者自我护理及健康的影响。**方法:** 117 例 COPD 合并肺动脉高压 ICU 转出患者随机分为对照组 ($n=58$) 和观察组 ($n=59$)。对照组实施 COPD 合并肺动脉高压的护理常规, 观察组实施共享决策干预方案。干预前及干预 6 个月, 测量患者的肺功能、肺动脉压力、血气分析数据, 并采用阻塞性肺疾病患者自我护理量表、患者参与医疗决策满意度量表、欧洲 5 维健康量表评估患者的自我护理水平、参与医疗决策的满意度和健康相关生活质量。**结果:** 干预前, 两组患者所有观察指标比较, 差异均无统计学意义 ($P>0.05$); 干预 6 个月后, 观察组患者肺功能、肺动脉压力、血气分析数据、自我护理水平、参与医疗决策的满意度及健康相关生活质量得分均优于对照组, 差异有统计学意义 ($P<0.05$)。**结论:** 共享决策可改善 COPD 合并肺动脉高压 ICU 转出患者的实验室指标数据, 提高自我护理水平、参与医疗决策的满意度及健康相关生活质量。

【关键词】 慢性阻塞性肺疾病; 肺动脉高压; 共享决策; ICU 转出患者; 自我护理; 健康相关生活质量

【中图分类号】 R473.5 **【文献标志码】** A

Effects of shared decision making on self-care and health in patients with COPD complicated with pulmonary hypertension transferred from ICU

XU Xiao-xue, CHEN Xin, DING Xiao-jing

(Department of Critical Medicine, Qingdao Municipal Hospital, Qingdao 266101, Shandong, China)

【Abstract】 Objective: To explore the effect of shared decision making on self-care and health in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) complicated with pulmonary hypertension transferred from ICU. **Methods:** 127 cases of COPD combined pulmonary hypertension transferred from ICU were randomly divided into control group ($n=58$) and observation group ($n=59$), the control group received the nursing routine of COPD combined pulmonary hypertension, and the observation group received the shared decision-making intervention plan. The pulmonary function, pulmonary artery pressure and blood gas analysis data were measured, the level of self-care, satisfaction with medical decision making and health-related quality of life of patients with obstructive pulmonary disease were evaluated using the self-care scale for patients with obstructive pulmonary disease, the satisfaction scale for patients with medical decision making and the European 5-dimensional health scale before intervention and 6 months after intervention. **Results:** Before intervention, there was no significant difference in all observation indexes between the two groups ($P>0.05$). After 6 months of intervention, the pulmonary function, pulmonary artery pressure and pulmonary function in patients with blood gas analysis data, the level of self-care, satisfaction with medical decision making and health-related quality of life were all better than those in control group, and the differences were statistically significant ($P<0.05$). **Conclusion:** Shared decision making can improve laboratory indicators data of patients with COPD complicated with pulmonary hypertension transferred from ICU, improve self-care level, satisfaction with participating in medical decision making, and health-related quality of life.

【Key words】 Chronic obstructive pulmonary disease (COPD); Pulmonary hypertension; Shared decision making; Patients transferred from ICU; Self-care; Health-related quality of life

慢性阻塞性肺疾病 (chronic obstructive pulmonary disease, COPD) 主要表现为肺部气流受限阻塞, 是我国第三大致死疾病^[1]。肺动脉高压是 COPD 常

见并发症, 发生率高达 30% ~ 70%, 亦是肺源性心脏病的重要诱发因素, 与 COPD 患者的致死率密切相关^[2]。随着 ICU 重症患者救治率的提高, 多数患

基金项目: 山东省青岛市市立医院临床诊疗技术创新基金项目 (CXJJ-021)

作者简介: 许小雪 (1988 -), 女, 主管护师。E-mail: xxx934283106@163.com

通讯作者: 丁晓静。E-mail: lmg_0102@163.com

者转出重症加强护理病房(intensive care unit, ICU)后会获得 ICU 后综合征并可能持续存在,主要表现为急性加重或新出现的包括生理、心理和认知等方面的功能障碍,严重降低预后和患者的生活质量,并阻碍其自理能力的恢复,影响其正常回归家庭、社会及工作岗位,增加医疗和经济负担^[3]。共享决策(shared decision-making, SDM)是一种新型的以患者为中心的医疗决策模式,是将患者纳入医疗照护团队,鼓励患者参与权衡治疗方案的利弊,依据医务人员的专业知识、循证医学的科学证据并充分尊重患者的诊疗意愿、价值观和社会及家庭背景,在医患双方充分讨论的前提下,做出优质照护的医疗决策^[4]。共享决策现已在美国、荷兰、法国和德国等国家得到广泛应用并已发展成成熟,形成了共享决策的相关政策,构建了理论依据和实施流程,可改善患者预后、提高患者治疗依从性和满意度^[5]。本研究将共享决策应用于 COPD 合并肺动脉高压 ICU 转出患者,制定照护干预方案,探讨其对患者自我护理和健康相关生活质量的影响。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 10 月至 2020 年 10 月在青岛市市立医院呼吸与危重症医学科住院的 120 例 COPD 合并肺动脉高压患者,将患者按照病案号随机分为对照组和观察组,每组 60 例。纳入标准:(1)符合 2017 年 GOLD 颁布的 COPD 诊断标准^[6],即应用短效支气管舒张剂后,一秒用力呼气容积/用力肺活量(forced expiratory volume in one second/forced vital capacity, FEV1/FVC) < 70%, FEV1 < 80% 预计值的 COPD 患者;(2)符合 2021 年中华医学会呼吸病学分会等颁布的肺动脉高压诊断标准^[7];(3)年龄 ≥ 18 岁;(4)意识清楚,有一定的自理和沟通能力;(5)知情同意参与本研究。排除标准:(1)有严重的精神和认知障碍者;(2)存在支气管哮喘、支气管扩张、肺癌等其他呼吸系统疾病;(3)合并其他心血管基础疾病或其他脏器功能损伤者;(4)同期参与其他临床实验者。因重返 ICU、未按时复查等原因,对照组失访 2 例,观察组失访 1 例,最终完成本研究的患者为 117 例,对照组 58 例,观察组 59 例。两组患者的年龄、文化程度、经济水平等一般资料比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。见表 1。

1.2 方法

1.2.1 对照组干预方法 对照组按照 COPD 和肺动脉高压的疾病诊治和护理常规^[8]实施治疗处置和护理措施 6 个月,内容涉及缓解患者呼吸困难、咳

嗽咳痰、胸部不适、虚弱乏力、睡眠障碍和抑郁焦虑等症状,主要诊疗内容包括:指导患者正确服用抗炎、止咳、化痰、抗凝、利尿、地高辛等药物并关注疗效及副作用;尽早进行肺康复综合干预,如呼吸功能训练、运动训练等;注重患者的基础护理和生活照料,如长期氧疗、饮食睡眠、心理疏导等;出院后建立随访档案,指导患者康复计划的实施,定期进行电话随访和门诊随访,直至出院后 6 个月。

表 1 两组患者一般资料比较 [$\bar{x} \pm s, n(\%)$]

项目	对照组 ($n=58$)	观察组 ($n=59$)	$t/\chi^2/Z$ 值	P 值
年龄(岁)	71.83 ± 9.98	71.54 ± 8.76	0.748	0.470
性别			2.864	0.091
男	41(70.69%)	40(67.80%)		
女	17(29.31%)	19(32.20%)		
文化程度			5.017	0.081
小学及以下	12(20.69%)	13(22.03%)		
中学	26(44.83%)	27(45.76%)		
专科及以上	20(34.48%)	19(32.20%)		
月收入(元)			5.542	0.083
1 000 ~ 3 000	11(18.97%)	12(20.34%)		
3 000 ~ 5 000	30(51.72%)	29(49.15%)		
> 5 000	17(29.31%)	18(30.51%)		
支付方式			4.874	0.051
医保	44(75.86%)	46(77.97%)		
自费	14(24.14%)	13(22.03%)		
婚姻状况			5.119	0.074
已婚	42(72.41%)	41(69.49%)		
其他	16(27.59%)	18(30.51%)		
吸烟(包/月)	35.29 ± 13.79	34.76 ± 12.64	0.487	0.517
体重指数(kg/m ²)	21.61 ± 4.72	22.35 ± 5.18	0.284	0.716
病程时间(年)	16.63 ± 9.34	15.89 ± 8.83	0.634	0.369
家庭氧疗时间(年)	5.74 ± 1.99	6.36 ± 2.57	0.783	0.247

1.2.2 观察组干预方法 观察组在对照组常规护理的基础上,根据共享决策模型,实施 SDM 5 步骤干预过程至出院后 6 个月。(1)组建由两名呼吸重症医生、1 名呼吸专科护士、1 名药剂师、1 名康复师、1 名心理咨询师为主的共享决策小组。医生负责把控患者的诊疗方案,护士全方位负责患者护理措施的落实,药剂师选择科学合理的药物治疗方案,康复师制定实施肺康复计划,心理咨询师为患者进行心理疏导或干预。(2)阐明共享决策的内容及意义:小组成员与患者及家属通过面对面或远程沟通的方式建立协作基础,详细介绍共享决策的流程、各成员的职责及实施的注意事项,尤其是需要患者和家属参与的步骤及提供的信息,确保患者及家属准确理解个人观点的重要性,明晰共享决策的内涵及价值。(3)探索决策方案:医务人员收集患者的病史资料及各项检查指标,整理和归纳需要解决的治

疗与护理问题,列出备选诊疗清单,主要内容包括治疗药物及其副作用、生命体征监测、病情观察、常见并发症、预计疗效及相关费用、注意事项等。(4)明确决策需求:医务人员在中立的角度,先采用播放视频、PPT 授课及发放健康手册等形式,以通俗易懂的语言向患者及家属详细介绍患者的病情、可能的进展及并发症、现有的诊疗技术手段等,充分解释所有治疗方案的风险及利弊;然后通过交谈的方式了解患者的价值观(如信仰、性格、就医体验等)、偏好、家庭情况(如经济能力、家庭成员、家属态度等)及疾病关注点;最后鼓励引导患者及家属自主选择最有利于自己利益的诊疗方案,形成一致的治疗方案和护理计划。(5)推进决策进程:在实施决策的过程中,要耐心解答患者及家属的疑问,准确理解患者的表达和情感,给予患者充分的精神支持,同时监测决策的进程和效果,并根据患者病情的变化动态调整决策的内容,保证诊疗方案的顺利实施。

1.3 研究工具

1.3.1 患者一般资料调查表 统计性别、年龄、婚姻状况等共 10 个条目(表 1)。

1.3.2 实验室指标 比较两组患者干预前和干预 6 个月后的肺功能、肺动脉压力、血气分析数值。肺功能监测指标包括 FEV1/FVC 和第 1 秒用力呼气容积占预计值的百分比(FEV1% pred)。肺动脉压力(pulmonary artery systolic pressure, PASP)采用三尖瓣最大返流速度值进行估测。血气分析主要监测动脉血氧分压(partial pressure of oxygen, PaO₂)和动脉二氧化碳分压(partial pressure of carbon dioxide, PaCO₂)。

1.3.3 患者参与医疗决策满意度问卷 该量表是由徐小琳^[9]于 2010 年编制,包括 4 个维度 16 个条目:信息维度 4 个条目、交流协商维度 4 个条目、决策维度 3 个条目、总满意度及信心维度 5 个条目。量表采用 Likert 5 级评分法,从“非常不赞同”到“非常赞同”分别对应 1~5 分,将每个条目的得分转化为百分制进行计分,总得分为 0~100 分,得分越高,代表患者参与共享决策的满意度越高。该调查问卷整体 Cronbach's α 系数为 0.907,各个维度的 Cronbach's α 系数为 0.690~0.867。

1.3.4 COPD 患者自我护理量表 该量表是由汤婷等^[10]于 2021 年基于慢性病自我护理中域理论构建,用于测量我国 COPD 患者的自我护理水平,量表包含 3 个维度(自我护理维持维度 14 个条目、自我护理监测维度 6 个条目、自我护理管理维度 9 个条目)共 29 个条目,量表采用 Likert 5 级评分法,从“没有”到“总是”分别对应 0~4 分,总得分为 0~

116 分,得分越高,代表患者自我护理水平越高。总量表 Cronbach's α 系数为 0.899,各维度的 Cronbach's α 系数均 >0.8,总折半信度为 0.928,各维度折半信度 >0.8,总内容效度为 0.94。

1.3.5 中文版欧洲五维健康量表(EuroQol five-dimensional questionnaire, EQ-5D) EQ-5D 量表由欧洲生命质量学会设计研发,用于评估各类疾病患者的生活质量^[11]。量表包括 EQ-5D 健康描述系统和 EQ-VAS 自我健康评分系统。EQ-5D 健康描述系统共 5 个维度,即行动能力、自理能力、日常活动能力、疼痛或不适、焦虑或抑郁,每个维度包含 3 个评价级别:没有困难、有些困难、极度困难。根据效用值换算表计算出 EQ-5D 指数得分,得分为 -0.111~1.000 分,1.000 分表示完全健康。EQ-VAS 自我健康评分系统是一个 0~100 分的垂直视觉刻度尺,底端 0 分代表最差的健康状态,顶端 100 分代表最佳的健康状态,由患者自行评分,分数越高,表明健康能力评价价值越好。中文版 EQ-5D 量表 Cronbach's α 系数为 0.78^[12]。

1.4 统计学分析

采用 SPSS 22.0 软件进行统计分析。计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以[n(%)]表示,组间比较采用 χ^2 、 Z 检验。 $P < 0.05$ 表示差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者干预前后实验室指标数据的比较

干预前,两组患者肺功能、肺动脉压力、血气分析数值比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。干预 6 个月后,观察组 FEV1/FVC、FEV1% pred、PaO₂ 高于对照组,但 PASP、PaCO₂ 低于对照组,差异均有统计学意义($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组患者干预前后实验室指标数据比较($\bar{x} \pm s$)

组别	FEV1/FVC (%)	FEV1% pred (%)	PASP(mmHg)	PaO ₂ (mmHg)	PaCO ₂ (mmHg)
对照组(n=58)					
干预前	50.34 ± 9.68	47.47 ± 6.59	57.23 ± 9.84	50.25 ± 11.21	53.36 ± 15.23
干预后	54.37 ± 8.14	50.32 ± 8.14	53.73 ± 7.52	58.12 ± 12.87	50.24 ± 10.06
观察组(n=59)					
干预前	49.65 ± 8.63	48.32 ± 7.63	58.14 ± 8.90	49.74 ± 10.03	52.95 ± 12.79
干预后	63.87 ± 9.26	59.48 ± 6.25	41.75 ± 9.12	76.53 ± 15.05	44.67 ± 8.94
$P_{\text{干预前}}$	0.762	0.278	0.456	0.726	0.348
$P_{\text{干预后}}$	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.2 两组患者干预前后参与医疗决策满意度得分的比较

干预前,两组患者参与医疗决策满意度得分比较,差异无统计学意义($P > 0.05$)。干预 6 个月后,

观察组患者参与四个维度医疗决策满意度得分和总分均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 3。

表 3 两组患者干预前后参与医疗决策满意度得分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	信息维度	交流协商维度	决策维度	总满意度及信心维度	总分
对照组 ($n = 58$)					
干预前	70.52 ± 10.67	64.36 ± 14.76	60.47 ± 15.49	68.17 ± 13.67	66.57 ± 15.48
干预后	73.38 ± 14.46	69.38 ± 16.73	64.73 ± 14.47	70.66 ± 15.82	69.72 ± 15.02
观察组 ($n = 59$)					
干预前	71.49 ± 12.79	63.60 ± 13.58	61.84 ± 16.40	67.73 ± 16.28	65.39 ± 14.83
干预后	84.36 ± 15.72	79.54 ± 12.49	77.42 ± 15.94	79.16 ± 12.07	81.28 ± 14.73
$P_{\text{干预前}}$ 值	0.751	0.606	0.638	0.824	0.721
$P_{\text{干预后}}$ 值	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.3 两组患者干预前后自我护理得分的比较

干预前, 两组患者自我护理得分差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。干预 6 个月后, 观察组自我护理维持、监测、管理得分及三项总分均高于对照组, 差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 4。

表 4 两组患者干预前后自我护理得分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	自我护理维持	自我护理监测	自我护理管理	总分
对照组 ($n = 58$)				
干预前	38.47 ± 8.53	14.82 ± 9.38	20.12 ± 7.34	74.63 ± 10.57
干预后	40.32 ± 8.14	16.37 ± 5.72	24.76 ± 6.90	82.41 ± 6.60
观察组 ($n = 59$)				
干预前	39.32 ± 7.63	15.14 ± 8.09	19.46 ± 9.39	73.84 ± 9.03
干预后	48.48 ± 6.25	21.75 ± 9.12	30.78 ± 8.73	99.49 ± 7.03
$P_{\text{干预前}}$ 值	0.278	0.645	0.672	0.269
$P_{\text{干预后}}$ 值	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

2.4 两组患者干预前后健康相关生活质量得分的比较

干预前, 两组患者 EQ-5D 量表得分差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。干预 6 个月后, 两组患者 EQ-5D 量表得分差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 5。

表 5 两组患者干预前后健康相关生活质量得分比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	EQ-5D 总效用值	EQ-VAS 得分
对照组 ($n = 58$)		
干预前	0.553 ± 0.183	66.43 ± 7.16
干预后	0.612 ± 0.135	71.34 ± 9.69
观察组 ($n = 59$)		
干预前	0.567 ± 0.191	64.71 ± 5.95
干预后	0.847 ± 0.196	86.61 ± 8.97
$P_{\text{干预前}}$ 值	0.592	0.332
$P_{\text{干预后}}$ 值	<0.001	<0.001

3 讨论

肺功能、肺动脉压力和血气分析检查是评估 COPD 及其并发症患者治疗效果广泛可靠的指标^[13], 因此, 本研究关注的重点之一为患者实验室指标数据的改善。研究结果显示, 干预 6 个月后, 观察组患者肺功能、肺动脉压力、血气分析数值优于对照组, 说明共享决策能有效改善 COPD 合并肺动脉高压患者的治疗效果。分析其原因可能为: 医务人员在与患者共同制定最佳诊疗方案时, 一方面综合了 ICU 医生护士、药剂师、营养师、心理咨询师等各专业医务人员的技术和判断, 决策更科学全面合理, 并能够利用专业经验和知识为患者提供完整准确的备选方案和照护信息^[14], 如疾病特点、用药原则、治疗方案的风险利弊、医疗费用、疾病预后等; 另一方面更重要的是充分理解并重视患者的偏好和需求, 支持患者参与决策和表达利益值的意愿, 尊重患者根据价值观做出的选择^[15], 与患者共同制定并动态调整个体化和精确的诊疗方案, 最终选择的照护措施契合患者的需求和偏好, 使患者逐渐由传统的被动接受照护转向自主参与诊疗, 提高了患者的主观能动性和康复依从性, 使患者的临床治疗达到了最佳效果。

本研究中 COPD 合并肺动脉高压患者的病程均大于 10 年, 且 ICU 转出患者身心健康的恢复时间较长, 在疾病治疗控制的过程中, 有效的自我护理能够改善患者的康复结局和生活质量^[16]。因此, 准确评估患者的自我护理水平尤为重要。本研究发现, 干预 6 个月后, 观察组自我护理水平得分高于对照组, 说明共享决策能有效提升 COPD 合并肺动脉高压患者的自我护理水平。究其原因可能为: 共享决策可以改变医患之间信息不对等的现状, 医务人员能够充分尊重患者的自主权, 最大化地将影响治疗的各种因素告知患者及家属, 强调了医疗信息的充分共享, 满足了患者对于疾病和康复知识的需求^[17]。同时, 共享决策干预实施过程中, 患者拥有更多的话语权和选择权, 诊疗决策的最终确定必须经过医患双方对相关信息进行详尽的沟通, 且医务人员与患者及家属共同为执行方案负责, 促使患者明晰自身需要角色及观念的双重转变, 还可有效改善其心理状态, 逐步提升患者的自我护理水平。

健康相关生活质量是指健康相关诊疗因素对生活质量的影 响, 反映患者的满意度和幸福感, 已成为衡量重症患者预后的重要评价指标^[3]。欧洲 5 维健康量表是测评 ICU 转出患者健康相关生活质量最常用的普适量表^[18]。本研究显示, 干预 6 个月

后,观察组欧洲 5 维健康量表得分高于对照组,说明共享决策能有效提高 COPD 合并肺动脉高压患者的健康相关生活质量。共享决策贯穿诊疗全过程,医务人员通过评估患者的价值观、角色感知与决策期望等情况,将患者的个体特征与疾病照护内容相匹配,提高了决策的正确性,实现了精准照护。此外,患者家属的全程参与能够帮助患者充分吸纳和理解疾病相关信息,有效提高患者对康复及治疗风险的感知能力,缓解决策困境,降低疾病的不确定感,强化了家庭的支持效果。共享决策通过医患双方的动态交流与双向反馈,激发了患者掌控健康的潜能,提高了健康责任感,最终促进了健康行为的规范和健康相关生活质量的提高。

综上,共享决策具体实践策略可改善 COPD 合并肺动脉高压 ICU 转出患者的治疗效果及生活质量,为临床提供参考依据。医务人员需不断提升决策实践知识技能,应用决策辅助工具扩大干预范畴,优化共享决策的步骤与流程,促进共享决策高质量的发展与推广。

参考文献

- [1] 李洪力. COPD 合并肺动脉高压与 eNOS 基因 894G/T 多态性相关性研究[D]. 唐山:华北理工大学,2019.
- [2] 曾余丰,葛金林,蒋龙翔,等. 阿托伐他汀对 COPD 合并肺动脉高压患者肺功能及氧化应激水平的影响[J]. 全科医学临床与教育,2021,19(1):69-71.
- [3] 何曼曼,江智霞,王颖,等. 成人 ICU 转出患者健康相关生活质量的研究进展[J]. 中华护理杂志,2021,56(1):148-154.
- [4] 高雅靖,单岩,周越,等. 医患共享决策沟通的研究进展[J]. 中国护理管理,2021,21(1):156-160.
- [5] Sullivan A, Cummings C. Historical perspectives: Shared decision

- making in the NICU[J]. *NeoReviews*,2020,21(4):217-225.
- [6] Marmy JL, Diedrich JP, Cadus C, *et al.* Adherence to GOLD recommendations among swiss pulmonologists and general practitioners [J]. *Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*,2021,18(1):9-15.
- [7] 中华医学会呼吸病学分会肺栓塞与肺血管病学组,中国医师协会呼吸医师分会肺栓塞与肺血管病工作委员会,全国肺栓塞与肺血管病防治协作组,等. 中国肺动脉高压诊断与治疗指南(2021 版)[J]. *中华医学杂志*,2021,101(1):11-51.
- [8] 白利杰,李建龙. 慢性阻塞性肺疾病肺动脉高压的发病机制[J]. *基层医学论坛*,2017,21(22):3000-3001.
- [9] 徐小琳. 患者对医疗决策参与的满意度量表的编制及信效度考评[D]. 长沙:中南大学,2021.
- [10] 汤婷,刘扣英,窦蓓,等. 慢性阻塞性肺疾病患者自我护理量表的构建及信效度检验[J]. *中华护理杂志*,2021,56(2):233-238.
- [11] Feng Y, Kohlmann T, Janssen MF, *et al.* Psychometric properties of the EQ-5D-5L: A systematic review of the literature[J]. *Quality of Life Research*,2021,30(3):647-673.
- [12] 邢亚彬,马爱霞. 欧洲五维健康量表 ED-5D-5L 中文版的信效度研究[J]. *上海医药*,2013,34(9):40-43.
- [13] 武媚曼,华毛. 高原慢性阻塞性肺疾病合并肺动脉高压 TNF- α 、组织因子与凝血功能的研究进展[J]. *临床荟萃*,2021,36(1):89-92.
- [14] 伊默,王海霞,贾元敏,等. 医患共享决策干预对慢性哮喘患者预后效果的系统评价和 meta 分析[J]. *解放军护理杂志*,2021,38(2):55-59.
- [15] 肖瑶瑶. 共享决策对重症肺炎患儿治疗决策参与及家属满意度的影响[J]. *全科护理*,2020,18(34):4750-4752.
- [16] 郝倩. ICU 转出患者过渡期护理工作内容构建[D]. 南昌:南昌大学,2020.
- [17] 惠静,樊一桦,李春岭,等. 共享决策在慢性病治疗中的应用进展—以糖尿病为例[J]. *医学与哲学*,2020,41(10):21-24.
- [18] Luo N, Liu G, Li M, *et al.* Estimating an EQ-5D-5L value set for china[J]. *Value Health*,2017,20(4):662-669.

(收稿日期:2021-04-01

修回日期:2021-05-27)