

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2020.18.009

叙事医学与中医专栏

基于叙事医学、循证医学的中西医临床
共同决策模式构建初探牟玮¹, 黄宇虹¹, 李艳芬¹, 徐强¹, 王璨², 王保和¹, 商洪才^{3,4*}

1. 天津中医药大学第二附属医院, 天津市河北区增产道 69 号, 300250; 2. 天津中医药大学研究生院; 3. 北京中医药大学东直门医院; 4. 北京中医药大学国际循证中医药研究院

摘要 共同决策研究开展十余年来, 国内尚缺乏在特定临床情境中开展共同决策的实践模式与流程研究。实施共同决策既需要有叙事能力的医者作为决策参与者和决策辅导者, 同时也需要应用循证医学的理论与方法找到最佳临床证据、个人价值观、医者经验技能与临床情境的最佳结合点。介绍共同决策四要素, 并对循证医学、叙事医学与共同决策的关系进行探讨。以中西医防治冠心病稳定型心绞痛为例, 基于叙事医学、循证医学理论与方法构建共同决策的三个模块, 包括决策手册的使用、护患决策支持会面以及医患共同决策会面, 提出具体模式与流程, 对共同决策进行探索性实践。

关键词 共同决策; 叙事医学; 循证医学; 患者决策辅助工具

叙事医学通过培养临床医生认识、感知、解释、回应疾病的故事及他人困境的叙事能力, 提升医生对患者的亲和、理解与共情能力及对自身医疗行为的反思, 是由具有叙事能力的医者所实践的医学^[1-3]。基于“还原论”的现代生物医学科研与实践, 由于不断隔离医者与患者的人际联系而逐渐使医患之间产生隔阂^[4]。21 世纪初叙事医学被正式提出^[5], 提倡应用反思性写作与文学分析来恢复医学的艺术与人文特征^[6], 以期打破日趋紧张的医患关系、改善医疗质量、提升医者职业成就感以及缓解职业倦怠。

循证医学是审慎、准确而明智地应用当前所能获得的最佳研究证据, 制订出针对个体患者的治疗措施的科学^[7]。循证医学的实践中, 通过系统检索文献、系统评价文献、生成研究证据、评价证据质量、调整与应用证据, 对决策进行后效评估六个环节周而复始, 推动循证知情决策, 减少临床研究证明无效或低效的诊疗干预, 保护患者免受不必要的医疗伤害。循证医学固然是遵循证据的医学, 但决策依据并不仅限于证据。循证临床决策需要整合

医生个人的临床经验、系统检索得到的外部最佳证据、患者自身的价值观以及所处的医疗情境^[8]。

叙事医学与循证医学两者均遵从医疗服务的本质——以患者为中心, 两者的实践都是为了实现医学“疗愈”的终极目标^[9]。叙事医学与循证医学应彼此借鉴、合作, 解答医学实践中的已知与未知、普遍与独特、身体与自我^[10]。共同决策是指医者与患者在临床决策过程中共享现有最佳证据, 患者获得包括不同诊疗措施选择相关信息在内的决策辅导与支持, 医患双方充分沟通患者个人偏好与意愿, 最终达成符合患者价值观的知情决策^[11], 这既是人文技术双轨平行诊疗的医学实践^[12], 也是叙事医学与循证医学整合应用的一个契合点^[13]。

本文基于循证医学、叙事医学理念与方法, 在中西医结合临床实践中探索建立决策手册辅助的共同决策模式, 组建三个具体的实践模块, 确立可行的实施步骤, 具体包括: 对医护人员进行决策能力培训, 为患者提供汇集循证证据与叙事故事的决策手册, 由经培训的医护人员对患者进行决策支持和辅导, 经过护患与医患会面等, 以期充分整合叙事医学、循证医学两者之长处改进临床决策过程与效果。

基金项目: 国家自然科学基金(81603495); 天津市“131”创新型人才培养工程第三层次人才项目

* 通讯作者: shanghongcai@126.com

1 循证医学、叙事医学与共同决策的关系探讨

1.1 共同决策及四要素

共同决策是在 20 世纪 60 年代“以患者为中心”的医疗保健框架下,顺应患者权利运动、自主权觉醒与诊疗技术爆发式发展造成临床选择多样化的社会现实产生的。常见的临床决策模式包括父权式的临床决策、患者主导的临床决策、患者参与的临床决策以及家庭参与的临床决策。共同决策的模式在参与者的角色、沟通的性质与目的以及在达成决策中的话语权权重等方面与以上几种模式明显不同。共同决策的四要素^[3]指:1) 决策参与者至少包括医患双方;2) 必须进行双向信息交流,包括互通信息、及时反馈等;3) 双方为达成符合患者价值观的一致决定做出切实努力,落实到决策过程的每个步骤,如患者向医生倾诉个人的价值取向与担忧,双方讨论不同干预的利弊及其与患者意愿的契合程度;4) 最终双方达成并执行了共同的决定。

1.2 循证医学与共同决策

循证医学的起源与早期学者敏锐地发现临床决策深受医生个人的临床思维与其他偏倚的影响而缺乏一致性密切相关^[4-17]。Sackett DL 等开创性地在临床决策中引入数理统计学与逻辑学的方法^[8],通过应用既往医疗实践的受益风险概率作为证据补充医者基于经验的诊疗思维以规范临床决策。因此,优化群体层面或个体水平的临床决策是循证医学产生的源头和最重要的实践。

尽管备受片面地定义证据、难以应用于个体患者的临床决策和轻视医患在决策中的话语权等争议^[9],但其实循证医学领域早在 1992 年就已聚焦患者价值观与意愿^[8],探讨主题包括理解患者价值观与所做选择的必要性、医患双方在临床决策中的作用^[10]以及患者参与循证临床决策的必要性与可行性^[11]等。

共同决策模式的提出为循证医学实现“符合患者价值观的知情循证决策”的目标提供了引入患者合作的框架。而循证医学为共同决策的实践意义、患者价值与意愿作为决策依据的必要性作了充分的理论解释。在共同决策的框架下,可期在更大范围的临床情境中实现循证实践,即最佳临床证据、医者经验技能、患者价值取向与当下临床情境充分结合后做出的临床决策。

1.3 叙事医学与共同决策

研究^[2]显示,门诊会面时医生一般会在患者开始说话 11 s 后打断他们,并且首次医患会面中能

准确判断患者就诊意图的概率只有 1/3。Charon R 自述每次门诊会面的经典开场白是“请您先叙述下您认为我应该知道的事情吧”^[23],在不被打断的情况下患者完整叙述自己所有想要告诉医生的情况平均需要 1 min,足以让医生了解患者对自己身体状况和后续诊疗的理解和担忧。

一项基于扎根理论的质性研究^[24]发现,医生在帮助患者参与临床决策时遇到的困境包括:1) 感到能力有限。例如协调患者及多个家属的诉求,又如必须考虑到患者因疾病导致的身体虚弱与心理脆弱导致的理解沟通能力下降;2) 患者能否参与决策取决于此过程是否能整合于常规临床工作中,而现有临床常规往往缺乏一致性。主治医生常常从交班医生或者护士及其交班护士口中间接地获知该患者的信息。基于效率优先与公平原则,医疗团队为每位患者分配的时间有限,医疗机构对病床流转效率有一定要求,以上因素均可构成患者参与决策的障碍。

叙事医学的训练可培养出进行高效医患沟通的共同决策实践者。具有叙事能力的医者能在有限时间内应用亲和、理解与共情迅速获取信息,与患者建立一对一的联系,持续开展有效沟通并积极给予反馈,以促成医患双方对疾病的共识^[25]。患者的个人叙事可为诊疗决策提供重要线索。叙事医学的实践与准确、优化的诊疗决策是相关的,如癌痛的镇痛决策常常依据患者个人的疼痛叙事^[26]。

临床决策中的叙事医学实践将赋予医者新的能力与角色:1) 成为各种关系的中间人,进行沟通,反馈与协调;2) 成为患者的朋友,跨越单纯的医患关系,另辟蹊径提供其他解决办法;3) 成为帮助平衡医学理想、诊疗现实、经济条件、法律法规与人文伦理之间矛盾的斡旋者。

2 医患共同决策模式的模块构建

医学界关于共同决策的适用情境尚无定论,在尚无最佳或唯一治疗方案,且可选干预各有利弊而不同抉择导致临床结局各不相同的情况下,共同决策最能彰显其价值。中国特有的中西医结合语境中,面对西医治疗、中西医结合、传统中医治疗等多种治疗方案,如何因时因地因人因证(症状、证型,证据)与患者共同做出符合其价值观的知情决策,需探索具体的实践模式。本研究以“中西医结合防治冠心病稳定型心绞痛用药决策”为例探索模块的建立与实施流程。为实现共同决策“四要素”,组建了患者决策手册、医患共同决策会面与护患决策支持会面三个模块,见图 1。

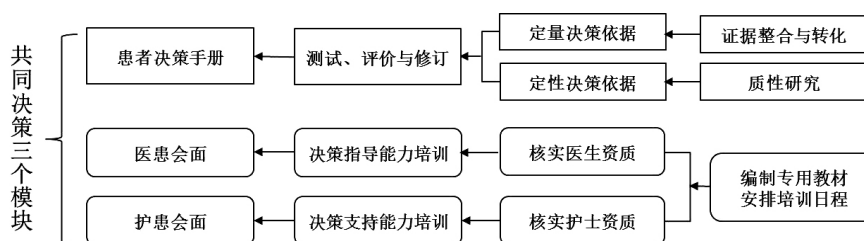


图 1 医患共同决策模式的三个模块

2.1 患者决策手册

患者决策辅助工具是为帮助患者参与临床决策而制作的,针对一个具体临床问题,根据特定临床情境,分析整合现有相关研究证据,获得简明易懂、便于使用的第三代知识工具^[27]。使用工具有助于实现符合患者价值观的循证知情决策,促使患者承担积极重要的角色^[28]。

按照患者决策辅助工具国际标准 4.0 版清单^[29-30]制作患者决策手册。内容包括:1) 健康问题及待选干预的信息。明确决策手册的作用是辅助共同决策;明确适用对象和目标决策问题,即稳定型劳累性心绞痛中医辨证为气虚血瘀证;简要解释疾病定义与临床表现;列表展示四种治疗方案,即西医常规治疗、常规加芪参益气滴丸、常规加养心氏片与常规加中药汤药,及其在药物组成、临床定位、便利性和开销四个方面的特征。为方便患者理解,中成药药物组成及其作用用大致对应的中医方解和西药药理学两种方式进行描述。便利性与开销按照程度用不同数量的“笑脸”符号量化。服药越便利、开销越少,所对应的“笑脸”符号越多。根据专家临床经验结合药物说明书内容确定四种治疗方案的临床定位,列举中医特色与优势,例如适合对西药有禁忌症、耐药或不耐受的患者,可同时改善兼证等。2) 概率信息。以文字配合数字和图表的形式展示四种干预措施在缓解心绞痛症状方面的效益概率,这一结局指标更能体现中医疗效特点,使用证据来自一项网状 Meta 分析;提供中成药与西药对预防严重心血管事件的疗效对比以及两种中成药的不良反应,使用证据来自随机对照试验和上市后安全性评价研究。3) 患者价值取向。描述四种干预可能给患者带来的影响或体验,如联用辨证论治汤药可灵活改善所有症状,但便利性较差、研究证据不足,要求患者考虑哪些方面最重要并评价重要程度。4) 决策指导。给出按步骤做决策的提示语,编制医患会面时待讨论的问题清单。5) 研发过程。采用质性研究评价目标患者的决策需求,邀请未参与研制的医生和患者评价决策手

册。6) 参考证据。描述选择或综合证据的方法,若采用循证医学方法无法获得证据时,则根据中医临床特点采纳专家经验作为证据;使用 GRADE 评价并标记证据质量,提供参考文献、制作日期及更新策略信息。7) 利益冲突声明。提供研究者的资质及基金资助信息。8) 患者的叙事。经伦理审批后采用质性研究方法对目标患者进行深度访谈,转录文本并将其编辑成描述个体接受待选药物的治疗体验和决策历程的故事。附加日记卡,要求患者记录下决策中的故事或任何需要医者了解的情况。手册已被收录至加拿大渥太华总医院研究院的决策辅助工具数据库 (<https://decisionaid.ohri.ca/AZsumm.php?ID=1930>)。

2.2 共同决策医患会面

明确共同决策参与者的各自责任,将医患会面与护患会面进行结构化解析,确定每次会面的主要目的,见图 2。

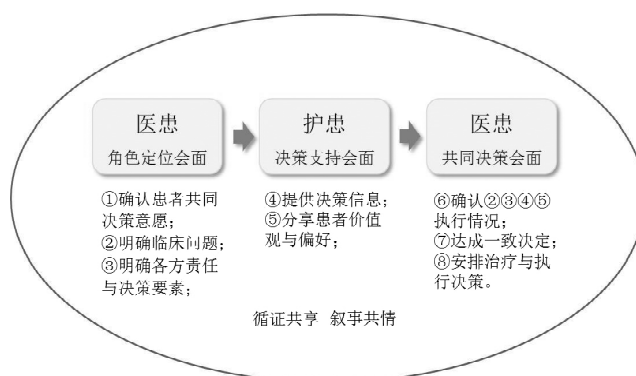


图 2 共同决策医/护患会面流程与主题

1) 决策指导能力培训。参与研究的心内科医生从事中西医结合临床工作至少 5 年,须参加过临床研究 (GCP) 培训、乐于与患者沟通,掌握临床流行病学和循证医学基本知识与方法。基于循证医学、叙事医学、共同决策方面的教科书和文献,以及渥太华总医院研究院的决策辅导资源,课题组自行编制教材与培训日程。培训内容包括研究背景,流程与职责分工,叙事医学、循证医学通识教育,共同决策的背景与实践,决策手册精析解读,决策

支持与风险沟通技巧, 决策支持在线教程, 每次医患会面的目的、流程和问题清单等; 形式包括幻灯片展示、小组讨论、手册宣讲与解析、在线课程与测试、共同决策医患会面视频展示与解析、角色扮演、医患会面视频一对一解析与点评, 以培养医生的决策指导能力。在研究启动前, 以小型研讨会的形式进行 3 天统一培训。培训结束当天, 通过模拟医患会面测试医生的决策指导能力, 使用 MAPPIN-SDM 量表^[5] 测试, 符合要求方可参与实践。

2) 两次医患会面。首次医患会面的主要任务是定位决策中各方角色。患者有权决定自己的参与决策程度, 由于对共同决策的接受程度不同, 医生需在首次会面中确认患者是否愿意并有能力作为决策合作者承担正确理解决策证据、充分分享个人偏好与期望等责任。会面中, 医患双方需明确地对临床决策问题达成一致, 符合情况的患者将了解到这一问题可能的决策依据来源与各方责任。随后患者被引荐给决策协调人(护士)进行决策支持会面。末次医患会面中, 医生首先按照问题清单核实前面步骤的完成情况, 回应任何疑问或不确定。通过医患共享决策依据, 参考决策手册中的记录, 患者诉说个人考量, 医生给出自己见解, 双方和解达成一致, 进一步安排治疗, 完成一次共同决策实践。

2.3 护患决策支持会面

1) 决策支持能力培训。护士应具有 3 年以上工作经验, 熟练掌握医患沟通技巧。培训内容在医生培训课程基础上, 对叙事医学实践范例、决策手册精析解读、决策支持与风险沟通技巧、护患会面的目的、流程和问题清单几个内容进行强化训练, 更多开展实训练习, 进行护患会面范例视频展示与解析、角色扮演, 护患会面演练视频一对一解析与点评。在研究启动前, 以小型研讨会的形式进行 5 天统一培训。培训结束当天, 通过模拟护患会面测试护士的决策支持能力, 使用 MAPPIN-SDM 量表测试符合要求方可参与实践。

2) 决策支持会面。决策支持会面由护士而非接诊医生主持的一个重要原因是, 在患者了解不同治疗方案时尽量避免可能对某种方案有偏好的主治医生对患者施加影响, 从而给患者提供平等地考虑各个方案的机会, 更好地辨清个人价值观与期望。护患会面中, 护士按照决策手册中的步骤与提示与患者展开共情互动, 互问互答。此过程中, 应用循证医学方法获得的临床证据, 源自患者独特视角的考虑因素, 以及与病友疾病叙事产生的微妙碰撞,

可引导患者形成自己的决策偏好。决策支持会面可重复进行, 待患者认为做好准备后进入末次医患会面。

3 共同决策探索性实践举例

2018 年 11 月至 2019 年 12 月, 课题组于天津中医药大学第二附属医院心血管科门诊招募有用药决策需求的冠心病稳定型心绞痛患者 100 例, 以传统决策模式为对照, 进行共同决策实践模式与流程的探索性临床验证研究(预注册编号 ChiCTR1800020234)。在试验方案中有机整合共同决策的三个模块, 试验启动前完成参研人员的培训, 确保其精准完成每个会面的任务主题, 试验组实施共同决策的具体步骤如下。

3.1 首次医患会面

根据纳入标准、排除标准在当日就诊的患者中筛选合适的参与者, 包括通过舌诊、脉诊明确证型, 在确认患者参与决策的意愿、明确待解决的用药决策问题与知晓参与决策的内容与责任后, 由医生进行知情同意确认, 如有需要开具检验、检查项目, 后将患者引荐给研究护士。

3.2 护患会面

在安静、封闭的环境中研究护士按照统一的操作清单向患者讲解决策手册, 对其进行冠心病心绞痛防治健康宣教与决策支持辅导, 会面时长 20 ~ 25 min。在此过程中, 接受过循证医学知识与叙事医学实践培训的研究护士将采用积极措施, 鼓励患者提供对以往治疗的评价、个人治疗期望与偏好等, 确保患者的关注得到倾听与解答, 并做好相关记录。

3.3 末次医患会面

参与决策支持辅导后, 患者携带有记录的决策手册以及相关检验检查结果会见主治医生。医生按照统一的操作清单, 审阅理化检查数据, 确认患者在护患会面中提出的治疗期望与偏好, 就其存疑的问题与担忧进行说明解答或进一步询问。中西医结合冠心病心绞痛防治用药决策一般为优化个体化西医基础治疗和/或制定中西药联合治疗方案, 医生根据临床指南、决策手册中的证据部分、个人经验及所了解的患者病情与偏好等提供符合病情的两种或以上治疗方案, 要求患者提出自己的考虑(疗效、副作用、合并用药、便利性、费用等), 双方讨论后达成一致, 最后安排后续复查或复诊事宜。

试验结果显示, 实施共同决策有利于提高决策

质量、提升与疾病相关的患者知识水平以及降低决策矛盾,促进实现基于价值观的知情决策,差异有统计学意义;共同决策组的患者总体满意度与执行决策结论的依从性较高,但与传统决策组相比差异无统计学意义。

4 结语

共同决策的实践中,既需要叙事医学培养的具有叙事能力的医者作为决策参与者和决策辅导者,在沟通中应用亲和、理解与共情从而获知患者价值观,实现彼此理解与肯定并达成共同决策;也需要应用循证医学的理论与研究方法,找到最佳临床证据、个人价值观、医者经验技能与临床情境的最佳结合点,做出符合患者价值观的循证知情决策,并观察评价决策效果。

本研究以中西医防治冠心病稳定型心绞痛为例,基于叙事医学、循证医学理论与方法,着眼于医者教育与生成决策依据,贯穿于共同决策整个实践过程中,通过构建共同决策的三个关键模块,切实执行“共同决策四要素”,提出具体模式与流程,探索在中西医临床实践中实现共同决策的路径,属于在某一类型疾病中进行共同决策应用模式与流程的研究^[3]。

中医是善于叙事的医学,西医也开始认可叙事医学弥合人际关怀与“技术至上”医疗之间裂缝的作用。大数据时代背景下,电子健康产业极大地改变了信息的产生、传送方式与效率以及处理方式,这将催生对“叙事”“证据”“共享”的新理解,有望在共同决策的临床实践中发挥积极作用。

参考文献

- [1] CHARON R. Narrative medicine: honoring the stories of illness [M]. New York: Oxford University Press, 2006: 155–174.
- [2] CHARON R. Narrative medicine: a model for empathy, reflection, profession and trust [J]. JAMA, 2001, 286(15): 1897–1902.
- [3] CHARON R. Narrative medicine: form, function, and ethics [J]. Ann Intern Med, 2001, 134(1): 83–87.
- [4] WARNER JH. The art of medicine in an age of science: reductionism, holism, and the doctor-patient relationship in the United States, 1890–1960 [R] // Senri Ethnological Reports: Healing alternatives: care and education as a cultural lifestyle. Osaka: National Museum of Ethnology, 2014: 55–91.
- [5] 刘建平, 商洪才. 循证中医药 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 116–119.
- [6] 王一方. 临床医学人文: 困境与出路: 兼谈叙事医学对于临床医学人文的意义 [J]. 医学与哲学, 2013, 34(9A): 14–18.
- [7] Evidence-based medicine working group. Evidence-based medicine: a new approach to teaching the practice of medicine [J]. JAMA, 1992, 268(17): 2420–2425.
- [8] STRAUS SE, RICHARDSON WS, GLASZIOU P, et al. 循证医学实践和教学 [M]. 3 版. 詹思延, 译. 北京: 北京大学医学出版社, 2006: 299.
- [9] CHARON R, WYER P, Nebm working group. The art of medicine: narrative evidence-based medicine [J]. Lancet, 2008, 371(9609): 296–297.
- [10] ELWYN G, LAITNER S, COULTER A, et al. Implementing shared decision making in the NHS [J]. BMJ, 2010, 341: e5146. doi: 10.1136/bmj.e5146.
- [11] 王一方, 耿铭. 人文医学的学理建构与实践拓展: 由叙事医学的平行思维触发 [J]. 医学与哲学, 2019, 40(7): 10–13.
- [12] MU W, SHANG HC, GU XF, et al. The concept of narrative evidence-based medicine and shared decision-making in traditional Chinese medical practice [J]. TMR Integ Med, 2018, 2(3): 99–104.
- [13] CHARLES C, GAFNI A, WHELAN T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango) [J]. Soc Sci Med, 1997, 44(5): 681–692.
- [14] WENBERG JE, GITTELSON A. Small area variations in health care delivery [J]. Science, 1973, 182(4117): 1102–1108.
- [15] COCHRANE AL. Effectiveness and efficiency: random reflections on health services [R/OL]. Cardiff: Nuffield Provincial Hospitals Trust. (1972–01–01) [2020–02–10]. <https://www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-01/effectiveness-and-efficiency-web-final.pdf>.
- [16] EDDY DM. 18 Probabilistic reasoning in clinical medicine: problems and opportunities [M] // I KAHNEMAN D, SLOVIC P, TVERSKY A, et al. Judgment under uncertainty: heuristics and biases. UK: Cambridge University Press, 1982: 249–267.
- [17] EDDY DM. Clinical policies and the quality of clinical practice [J]. N Engl J Med, 1982, 307(6): 343–347.
- [18] HAYNES RB, SACKETT DL, GUYATT GH, et al. Clinical epidemiology: how to do clinical practice research [M]. 3rd ed. US: Lippincott Williams & Wilkins, 2006: xii–xiii.
- [19] COHEN AM, STAVRI PZ, HERSH WR. A categorization and analysis of the criticisms of Evidence-Based

- Medicine [J]. Int J Med Inform, 2004, 73(1): 35–43.
- [20] TAYLOR TR. Understanding the choices the patients make [M] // GEYMAN JP, DEYO RA, RAMSEY SD, et al. Evidence-based clinical practice: concepts and approaches. Boston MA: Butterworth-Heinemann, 2000: 121–125.
- [21] MUIR GJ, 杜亮. 循证医学的未来是患者循证选择 [J]. 中国循证医学杂志, 2005, 5(3): 180–184.
- [22] SINGH OSPINA N, PHILLIPS KA, RODRIGUEZ-GUTIERREZ R, et al. Eliciting the patient's agenda-secondary analysis of recorded clinical encounters [J]. J Gen Intern Med, 2019, 34(1): 36–40.
- [23] CHARON R. Chapter 13: clinical contributions of narrative medicine [M] // CHARON R, DASGUPTA S, HERMAN N, et al. The principles and practice of narrative medicine. UK: Oxford University Press, 2016: 293.
- [24] EKDAHL AW, HELLSTRÖM I, ANDERSSON L, et al. Too complex and too time consuming to fit in 'Physicians' experiences of elderly patients and their participation in medical decision making: a grounded theory study [J]. BMJ Open, 2012, 2(3): e001063.
- [25] MURPHY JW, FRANZ BA. Narrative medicine in a hectic schedule [J]. Med Health Care Philos, 2016, 19(4): 545–551.
- [26] ROSTI G. Role of narrative-based medicine in proper patient assessment [J]. Support Care Cancer, 2017, 25 (Suppl 1): 3–6.
- [27] 牟玮, 翟静波, 李杰, 等. 中医临床证据的转化策略: 决策辅助工具的研制 [J]. 世界中医药, 2017, 12(6): 1261–1266.
- [28] STACEY D, LÉGARÉ F, LEWIS K, et al. Decision aids for people facing health treatment or screening decisions [J]. Cochrane Database Syst Rev, 2017, 4: CD001431. doi: 10.1002/14651858.CD001431.pub5.
- [29] VOLK RJ, LLEWELLYN-THOMAS H, STACEY D, et al. Ten years of the international patient decision aid standards collaboration: evolution of the core dimensions for assessing the quality of patient decision aids [J]. BMC Med Inform Decis Mak, 2013; 13(2): S1.
- [30] 牟玮, 陆翠, 王云云, 等. 患者决策辅助工具国际标准 4.0 版的引进与评估 [J]. 医学与哲学, 2019, 40(18): 11–17.
- [31] KASPER J, HOFFMANN F, HEESSEN C, et al. MAP-PIN-SDM: the multifocal approach to sharing in shared decision making [J]. PLoS One, 2012, 7(4): e34849.
- [32] 赵聆谷, 王涛, 王颖, 等. 国内外医患共同决策研究及应用进展之比较 [J]. 医学与哲学(A), 2018, 39(10): 6–9, 57.

Preliminary Exploration on the Construction of Shared Decision-Making Clinical Model of Chinese and Western Medicine Based on Narrative and Evidence-based Medicine

MU Wei¹, HUANG Yuhong¹, LI Yanfen¹, XU Qiang¹, WANG Can², WANG Baohe¹, SHANG Hongcai^{3,4}

1. The Second Affiliated Hospital, Tianjin University of Traditional Chinese Medicine, Tianjin, 300250; 2. Graduate School, Tianjin University of Traditional Chinese Medicine; 3. Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine; 4. International Institute of Evidence-based Traditional Chinese Medicine, Beijing University of Chinese Medicine

ABSTRACT Shared decision-making research has been carried out for more than ten years. There is still a lack of practical model and process research on shared decision-making in specific clinical situations in China. The implementation of shared decision-making requires not only doctors with narrative ability as decision-making participants and decision-making counselors, but also the application of evidence-based medicine theories and methods to find the best combination of clinical evidence, personal values, doctors' experience and skills, and clinical situations point. This paper introduces the 4 elements of shared decision-making and discusses the relationship between evidence-based, narrative medicine and shared decision-making. Taking the prevention and treatment of stable angina pectoris of coronary heart disease with Chinese and western medicine as an example, the three modules of shared decision-making are constructed based on narrative and evidence-based medicine theories and methods, including the use of decision manuals, nurse-patient decision support meetings, and doctor-patient decision-making meetings. And we propose specific models and the process, and conduct exploratory practice of shared decision-making.

Keywords shared decision-making; narrative medicine; evidence-based medicine; patient decision aid

(收稿日期: 2020-02-04; 修回日期: 2020-05-13)

编辑: 柴倩云