

DOI:10.13288/j.11-2166/r.2022.09.005

思路与方法

中医临床实践指南中患者价值观与偏好要素的研究思路探讨

高胤桐¹, 董兴鲁^{1,2}, 王悦¹, 李晶娅¹, 丁薇¹, 史楠楠³, 高颖², 张根明²✉

1. 北京中医药大学第一临床医学院, 北京市东城区海运仓5号, 100700; 2. 北京中医药大学东直门医院; 3. 中国中医科学院中医临床基础医学研究所

[摘要] 患者是临床诊疗的关键环节, 以患者为中心的诊疗模式备受国际关注。“患者价值观与偏好”研究是该模式在临床实践指南制定过程中的体现, 可充分体现“以人为本”的核心思想。中医的受众人群文化背景不同, 决定了中医临床实践指南中患者价值观与偏好不能完全套用目前既有领域的研究, 需要识别其中重点影响因素并针对问题提出解决方案。认为中医临床实践指南研究过程应重视“患者价值观与偏好”, 从中医理论及临床实践的自身特点、要素出发, 丰富已有研究体系的维度构建。丰富维度构建时出现的各种风险, 可通过多群体横断面调研后的抽样调查、共享决策、焦点小组访谈、医疗最大最小化量表等方法探寻解决方案, 从而更好地收集、整合、汇报患者价值观与偏好, 为中医临床实践指南制定时患者价值观与偏好部分的编写提供思路。

[关键词] 中医临床实践指南; 患者价值观; 患者偏好; 研究思路

临床实践指南由美国医学科学院于1990年首次定义, 2011年进行更新, 定义为基于系统评价证据且平衡不同干预措施利弊后所形成的, 旨在为患者提供最佳医疗保健服务的推荐意见^[1]。高质量临床实践指南的研发多有患者参与其中^[2]。美国医学科学院将考虑患者价值观列为指南制订的六个基本原则之一, 诸多指南制定机构也将患者价值观与偏好相关内容纳入到发布的手册^[3-7]中。随着中医药现代化的推进, 越来越多的中医临床实践指南在循证医学的指导下产生, 为实现中医药标准化提供助力^[8]。患者价值观与偏好是中医临床实践指南形成高质量建议的重要因素, 又是中医临床实践指南中体现中医诊疗“以人为本”思想的重要途径^[9-10]。较现代医学而言, 中医的受众人群文化背景不同, 这决定了中医临床实践指南中患者价值观与偏好不能完全套用目前既有领域研究, 需要识别其中重点影响因素, 并针对问题提出解决方案。

1 患者价值观与偏好的国内外研究现状及趋势

国际证据分级与推荐工作组 (GRADE) 将“患者价值观和偏好”定义为患者对主要健康结果的相对重要性^[11]。近十年来, 国际学者通过让患者参与指南制定小组等方式, 以更深入了解如何生成整合有患者偏好的指南^[12-13]。同时, 国际临床实践指南研究正在从方法学、统计学、创新性临床试验等多维度丰富对患者价值观与偏好的讨论, 其研究重心逐渐偏向实现以患者为中心的诊疗^[12,14-16]。

虽然国内已有研究对临床实践指南制定中患者价值观与偏好的方法学进行讨论^[17-18], 但是整体缺乏指导性文件及工具。在已发布的临床实践指南中, 只有少量的患者价值观与偏好研究, 个案报道的证据积累及与指南结合等领域均处于起步阶段。中医临床实践指南旨在为中医医护人员提供符合循证医学的指导建议, 但目前国内临床实践指南领域存在一些共性问题。在下一阶段的工作中, 应完善患者价值观与偏好的相关研究, 使其在顺应国际研究趋势的同时融合中医理论及临床特色。

基金项目: 国家重点研发计划(2019YFC1712003)

✉ 通讯作者: zhanggenming@163.com, (010)84017732

2 中医临床实践指南融合患者价值观与偏好的必要性

通过结合患者价值观与偏好,可以使指南推荐意见更贴近临床且利于实施^[3-4,6-7]。理想情况下,指南从界定范围开始便可有患者代表参与^[6]。在指南的整个制定过程中,诸如关键问题的制定、证据评价及结果解释、证据向推荐意见转化、确定推荐意见强度等环节的科学性,都受到患者价值观与偏好的影响^[4]。中医临床实践指南开展患者价值观与偏好相关的研究,不仅符合国际指南方法学的要求,更是中医学以人为本、因人制宜诊疗思想的体现。中医审病、治病重视“人”这一整体,对同一疾病的患者可通过中药、针灸、推拿等多种措施进行干预,且每种干预措施的处方均以患者主要诉求为出发点。这些特征决定了中医临床实践指南对患者意愿的需求。

目前,国际指南研究领域急需出台指导性文件,以解决如何在相应环节确定、整合、报告患者价值观与偏好^[19-20]。中医临床实践指南探讨上述问题的解决方案时,需关注中医理论及临床特征对患者价值观与偏好产生的特殊影响^[21]。中医学对疾病的认识综合病因病机、病位病性、证候要素等多方面因素,与患者固有的医疗认知可能存在偏差,这将造成患者价值观与偏好的信息偏倚,从而影响到指南制定相关环节的严谨性和科学性^[22]。因此,中医临床实践指南各环节融合患者价值观与偏好时,应识别中医对其产生影响的各项因素,并初步形成解决方案。在最终发布的指南中,可通过单一或多种方法将这些偏好明确地报告出来^[23],从而体现中医整体观与以人为本思想在该指南相关领域的优势。

3 中医理论对患者价值观与偏好的影响因素

3.1 中医定义疾病的特点

中西医思维方式及文化背景的不同,决定了二者定义疾病的差异性^[24]。中医不仅有“中风”等以“病”命名的疾病,还有“头痛”等以“症”命名的疾病,且命名时以消除患者最痛苦的症状体征为导向^[25]。依据主诉的不同,西医某一确定疾病可被中医分为不同病症。如胃炎这一疾病,可以分别在呕吐、腹胀、胃痛等中医临床实践指南中出现,这与患者对疾病固有定义特点的认知形成矛盾。

患者价值观与偏好可影响到指南制定最关键的两个环节,其一是指指南立题“人群(population),

干预(intervention),对照(comparison),结局(outcome)”中人群要素的纳入与筛选;二是与其相关的证据评价及结果解释。目前多数患者就诊于中医门诊时,已经过西医明确诊断及初步治疗,对中医治疗结果的预期有一定偏好。如子宫内膜异位症的患者就医时,首要诉求可能为缓解痛经,也可能为解决不孕,我们称其为患者偏好。因此,同一疾病患者对结局指标的不同价值观与偏好,将导致医生选择不同病症的中医临床实践指南。而一病或一症的中医临床实践指南,是否应涵盖某种西医疾病,也受到患者价值观与偏好的影响。如痛经患者就诊于中医门诊时,更关注干预后痛经症状的改善,还是引起痛经的原发疾病(如子宫腺肌症)的改善,这将是痛经中医临床实践指南制定者搜集证据时,决定是否应涵盖某一疾病的重要因素。同一中医病症纳入不同西医疾病的患者群体,或选择不同的结局指标,均会导致截然不同的证据构建、推荐意见或推荐级别^[18]。

因此,为了避免相应环节出现选择偏倚,应在指南制定之初针对价值观及偏好展开多群体的横断面调研^[26]。纳入调查对象时,应首先考虑该领域已知的影响因素,包括年龄、是否接受过相关治疗等信息^[18,27]。在此基础上,还应分别在未患疾病群体、患对应西医疾病群体中进行抽样调查,明确同一中医病症不同群体间价值观与偏好差异,以协助中医临床实践指南确定适用人群。也可从另一角度出发,调查治疗某一西医疾病时,患者更倾向选择中医哪一种病症,并以此为依据筛选相应的人群进入该病症的中医指南研制小组。这可以使中医临床实践指南满足专业需求的同时,最大程度呈现患者关注的结局指标,突出中医学以人为本的特色理念。

3.2 “证”的概念及辨证论治诊疗思维

中医对疾病的认识,除了与现代医学相通的“病”“症”,还拥有“证”这一独特的概念^[28]。“证”是指机体当前阶段对致病因素做出的反应状态,是中医对疾病本质的认识^[29-30]。不同于西医把整套治疗体系建立在疾病水平上,中医在确定病症后还需进行辨证论治。不同于西医疾病分型,辨证论治思想是对疾病在不同层次的矛盾、病机变化与发展趋向的讨论^[30]。这些不同于西医指南的特殊思路,无论是对指南患者小组成员还是对普通接受调查的患者,都构成认知矛盾冲突。

理解不充分是患者价值观与偏好产生偏倚风险

的重要原因之一^[26]。患者对“证”这一概念的模糊理解、对自身所处健康状态（中医证候）的主观性推断，以及对辨证论治诊疗思维的陌生，可导致患者价值观与偏好产生偏倚的可能性增大。对这一问题解决方案的探讨，可以从两个角度切入：其一，可以在制定入选人群时，选择对中医“证”等概念没有相应认知的人群。虽然该部分人群对治疗方案理解程度相对较弱，但是却减少了暴露因素，有效降低了“认知失衡”的发生概率^[31]。其二，可以通过医患“共享决策”这一临床实践模型中选择谈话（choice talk）、选项谈话（option talk）和决策谈话（decision talk）三个关键步骤，帮助患者从最初偏好逐渐形成最终偏好决定^[32]。整个过程中都有来自临床医生的支持，患者可以随时向医生传递对于价值观及选择偏好的看法和疑虑，而医生会充分告知正确信息、备选诊疗方案及各自利弊，来自医患双方的信息由此可以充分分享^[33]。这可在一定程度上纠正患者对“证”相关概念的主观认知，降低偏倚风险。同时也可以控制该领域的不确定性及变异性，使证据转化形成强推荐的可能性增大^[4]。

3.3 中医专业术语的应用

中医术语繁多，其研究运用训诂学方法，从名物学角度探求病名、中药、腧穴等释义，是一门严谨复杂的研究^[34]。西学东渐以来，诸多西医术语词汇被中文化^[35]，加之生活环境的影响，国人对部分中医、西医术语的认知较为混乱。术语间内涵差异及认知混杂，会导致患者价值观与偏好在质性访谈、横断面调研等过程中产生信息偏倚^[31]。例如，当医生通过访谈收集患者对不同干预措施的偏好时，会向类风湿关节炎患者介绍相关方药，解释根据肝肾同源理论运用独活寄生汤以补益肝肾、补血活血，从而达到相应治疗效果。此时，患者将大概率对“补益肝肾”“肝肾同源”等中医术语产生一定主观理解，如将补“肝肾”的原因，归结为肝脏、肾脏受损。因此，首先需要临床医生在访谈中尽量避免不必要中医术语的使用。如上述例子中“肝肾同源”这一术语，对使患者清楚了解干预措施及利弊结果并无特定帮助，可以略去。而当涉及生活中出现频率较高且容易产生歧义的中医术语时，临床医生阐述观点需深入浅出，使用的语言需通俗易懂，以避免患者对阐述产生误解而影响偏好^[36]。再如上述例子中，如一定要使用“补益肝肾”这一术语，则要明确解释中医学所说的“肝

肾”并不是现代医学中的肝脏、肾脏。西医诊疗时强调脏器本身这一实体，而中医则是以脏腑功用为临床判断依据。“补益肝肾”只是中医根据四诊证据推导的治疗方法。当相似状况出现在横断面调研中时，可以在相应题目后对中医术语做出最简洁且利于患者正确理解的备注，以减少信息偏倚的产生。

4 基于中医特点探讨患者价值观与偏好

4.1 针对中医干预措施的灵活性

不同于西药靶向性明确，中医针灸、推拿、中草药、中成药等多种治疗方法的疗效并不能以特定机制进行解释，且各种干预措施间的疗效对比缺少文献证据支持^[37]。因此，针对相同健康状态下的患者，中医干预措施的选择具有较大灵活性，而这种灵活性增加了患者价值观与偏好在其中的影响。在制作高质量的中医临床实践指南时也发现，如果患者对某种治疗形式的价值观与偏好有普遍性可循，那将对最终推荐意见强度产生重要影响^[38]。

此时可先通过焦点小组访谈法，使参与者间进行充分和详尽讨论，更全面地了解患者对中医临床实践指南病症干预措施的看法、风险收益上的顾虑及在主观上的偏好选择。随后再有针对性地设计调查问卷，并对一些患者关注却了解不详尽的问题进行备注，以此削弱患者主观选择偏好对形成指南推荐意见的不良影响。从而在综合考虑证据质量、利弊平衡、卫生经济学因素的情况下，使中医临床实践指南给出依从性更好、科学性更强的建议。

4.2 针对中医诊疗成本的可接受性

临床实践指南推荐意见产生的潜在资源，一直是患者价值观与偏好影响指南制定与评价的重要因素之一^[39]。患者的付出不仅是医疗费用，还包括时间、人力、精力等成本，而针灸、推拿治疗要求患者及家庭投入更多时间及人力成本。此时，价值观和偏好在患者权衡风险和疾病负担的过程中起到了重要的作用。若患者权衡利弊时，认为医疗方案所带来的健康收益不及医疗成本所带来的负担，那么有很大几率会中断原有治疗流程^[40]。因此，中医临床实践指南收集患者价值观与偏好时，应对不同年龄段、收入人群进行横断面调查，以此确定患者对中医临床实践指南中病症所需时间、人力、资金付出成本的接受程度。若指南制定组资源允许，可在此基础上对纳入人群的医疗最大最小化量表（medical maximizing-minimizing scale）得分进行统计

及回归分析,以进一步确定不同年龄段、收入人群接受中医干预程度意愿的信息^[41],由此提高中医临床实践指南推荐意见的可接受性和可实施性。

4.3 针对中医预防与调护的可实施性

国际指南协作网(GIN)专家组认为,指南中干预措施的效果很大程度上取决于患者的合作,当涉及是否干预患者的生活方式时,最终决策要重点结合患者价值观和偏好^[32]。研究显示,对健康状况相似的患者进行同样药物治疗,根据中医情志饮食相关理论进行调控管理,可对结果起到良性影响^[42]。但就诊中医的患者群体结构复杂,个体间因生活方式差异,对中医预防与调护医嘱的依从性差距较大。因此,在收集此类患者价值观与偏好的过程中,应避免使用指南患者小组及患者访谈这种个体化方法。当制定中医临床实践指南预防与调护板块的指导建议时,应重视价值观和偏好可能影响最终结果的问题,并且应该遵循实际且可实现的方法,使评估集中在患者可能遵循行动方针的程度上^[3,7]。通过文献收集、专家访谈,构建关于相应疾病预防与调护的初级数据池,在此基础上设计横断面调查,对不同人群的意愿偏好进行总结分析,并将结果列为指南该板块的证据基础之一。

5 总结与展望

中医以人为本的指导思想与结合了患者偏好的临床实践指南目标相合,且国际临床实践指南领域对患者偏好的研究尚未形成统一指导方针^[14,43]。因此,中医临床实践指南可将患者价值观与偏好研究作为自身优势,将其建成一个由中医思想指导的完整体系。此体系的建立需要大量证据作为基石,因此更多具备患者价值观与偏好的中医临床实践指南个案研究亟待填充。

中医临床实践指南患者价值观与偏好的个案研究,应关注中医理论及临床实践中对患者价值观与偏好产生影响的要素。在不断完善解决方案的同时,应针对中医临床实践指南患者价值观与偏好构建不同研究维度的指导方案。在今后的研究中,团队将对此方向进行细化研究,逐步建立其通过各种获取途径的确定方法、与指南各环节的整合方式、在指南中的报告规范。在整个过程中,团队将通过德尔菲法开发必要工具、模型及针对患者价值观与偏好个案研究的评价量表,从而规范患者价值观与偏好的确定、整合、报告及评价流程,建立由中医思想指导的患者价值观与偏好体系。以此为提高中

医临床实践指南的制定质量、可实施性作出贡献,并为中医临床实践指南更新方向提供思路。

参考文献

- [1] Institute of Medicine. Clinical practice guidelines we can trust [M]. Washington DC: National Academies Press, 2011:1-2.
- [2] 林夏,杨克虎,陈耀龙,等. 中国临床实践指南的现状与思考[J]. 中国循证医学杂志, 2017,17(5):497-500.
- [3] Scottish Intercollegiate Guidelines Network. A guideline developer's handbook [EB/OL]. (2015-11-01) [2021-09-01]. <https://www.sign.ac.uk/our-guidelines/sign-50-a-guideline-developers-handbook/>.
- [4] World Health Organization. WHO Handbook for guideline development, 2nd edition [EB/OL]. (2014-12-01) [2021-09-01]. http://www.who.int/kms/handbook_2nd_ed.pdf.
- [5] MOBERG J, ALONSO-COELLO P, OXMAN AD. GRADE evidence to decision (EtD) frameworks guidance [EB/OL]. (2015-03-01) [2021-09-01]. <https://ietd.epistemonikos.org/#/help/guidance>.
- [6] European Society of Human Reproduction and Embryology. Manual for ESHRE guideline development [EB/OL]. (2019-11-01) [2021-09-01]. <https://www.eshre.eu/guidelines>.
- [7] National Institute for Health and Care Excellence. Developing nice guidelines the manual [EB/OL]. (2015-07-22) [2021-09-01]. <http://www.nice.org.uk/article/pmg20>.
- [8] 赵国桢,冯硕,张霄潇,等. 中医药临床实践指南:现状和思考[J]. 中国循证医学杂志, 2018, 18(12):126-130.
- [9] CRONIN RM, MAYO-GAMBLE TL, STIMPSON SJ, et al. Adapting medical guidelines to be patient-centered using a patient-driven process for individuals with sickle cell disease and their caregivers[J]. BMC Hematol, 2018,18: 12. doi: 10.1186/s12878-018-0106-3.
- [10] 谢光璟,石和元,王平. 论《黄帝内经》对中医医学模式的影响[J]. 中华中医药杂志, 2020,35(7):3317-3319.
- [11] KAISER L, HÜBSCHER M, RISSLING O, et al. GRADE Guidelines: 19. Assessing the certainty of evidence in the importance of outcomes or values and preferences: risk of bias and indirectness[J]. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes, 2021, 160: 78-88. doi: 10.1016/j.zefq.2020.11.004.
- [12] PARK M, GIAP TT, LEE M, et al. Patient-and family-centered care interventions for improving the quality of health care: a review of systematic reviews [J]. Int J Nurs Studies, 2018,87:69-83. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.07.006.

- [13] LIANG L, CAKO A, URQUHART R, et al. Patient engagement in hospital health service planning and improvement: a scoping review [J]. *BMJ Open*, 2018, 8(1): e018263. doi: 10.1136/bmjopen-2017-018263.
- [14] KIM C, BERTA WB, GAGLIARDI AR. Exploring approaches to identify, incorporate and report patient preferences in clinical guidelines: Qualitative interviews with guideline developers [J]. *Patient Educ Couns*, 2021, 104(4): 703-708.
- [15] ALI S, HOPKIN G, POONAI N, et al. A novel preference-informed complementary trial (PICT) design for clinical trial research influenced by strong patient preferences [J]. *Trials*, 2021, 22(1): 206.
- [16] RATHERT C, WYRWICH MD, BOREN SA. Patient-centered care and outcomes: a systematic review of the literature [J]. *Med Care Res Rev*, 2013, 70(4): 351-379.
- [17] 谢秀丽, 王琪, 陈耀龙, 等. 中医(中西医结合)临床实践指南制修订方法: 患者偏好与价值观 [J]. *中华中医药杂志*, 2016, 31(11): 4607-4610.
- [18] 王明辉, 张菁, 曾宪涛, 等. 临床实践指南制修订方法: 患者的价值观和意愿 [J]. *中国循证心血管医学杂志*, 2018, 10(10): 1153-1156, 1161.
- [19] LÉGARÉ F, BOIVIN A, WEIJDEN TVAN DER, et al. Patient and public involvement in clinical practice guidelines: a knowledge synthesis of existing programs [J]. *Med Dec Mak*, 2011, 31(6): e45-e74.
- [20] SELVA A, SANABRIA AJ, PEQUEÑO S, et al. Incorporating patients' views in guideline development: a systematic review of guidance documents [J]. *J Clin Epi*, 2017, 88: 102-112. doi: 10.1016/j.jclinepi. 2017. 05. 018.
- [21] 陈耀龙, 刘萧, 王燕平, 等. 西医指南与中医药指南: 在相互学习中共同提高 [J]. *协和医学杂志*, 2020, 11(5): 615-620.
- [22] KIM C, ARMSTRONG MJ, BERTA WB, et al. How to identify, incorporate and report patient preferences in clinical guidelines: A scoping review [J]. *Health Expect*, 2020, 23(5): 1028-1036.
- [23] 令娟, 姚亮, 王明霞, 等. 临床实践指南制订中患者价值观与偏好问卷设计考虑因素的系统评价 [J]. *中国循证医学杂志*, 2018, 18(12): 1359-1367.
- [24] 王英. 中医文化与中医发展: 中医疾病名称解释引发的思考 [J]. *辽宁中医杂志*, 2011, 38(5): 890-891.
- [25] 曹东义. 坚持中医病名, 中医才能“卓然而立” [J]. *中医药通报*, 2016, 15(1): 1-2.
- [26] YEPES-NUÑEZ JJ, ZHANG Y, XIE F, et al. Forty-two systematic reviews generated 23 items for assessing the risk of bias in values and preferences' studies [J]. *J Clin Epidemiol*, 2017, 85: 21-31. doi: 10.1016/j.jclinepi. 2017. 04. 019.
- [27] LENERT LA, SOETIKNO RM. Automated computer interviews to elicit utilities: potential applications in the treatment of deep venous thrombosis [J]. *J Am Med Inform Assoc*, 1997, 4(1): 49-56.
- [28] 牛洁, 殷海波. 中医证候研究进展 [J]. *中医杂志*, 2007, 48(5): 45.
- [29] 李灿东. 中医诊断学 [M]. 北京: 中国中医药出版社, 2016: 6.
- [30] 孙建英, 李小茜, 何建成. 诊病-辨证-识症三位一体诊疗模式的构建与意义 [J]. *中医杂志*, 2017, 58(18): 1538-1542, 1553.
- [31] 解染, 陈耀龙, 陈昊, 等. 循证指南制定中患者价值观和偏好的研究方法 [J]. *中国循证医学杂志*, 2015, 15(5): 586-591.
- [32] BOIVIN A. G-I-N public toolkit: patient and public involvement in guidelines [EB/OL]. (2014-6-23) [2021-09-01]. https://www.researchgate.net/publication/292960564_Tools_to_support_patient_involvement_in_HTA.
- [33] 张新庆. 医患“共享决策”核心概念解析 [J]. *医学与哲学(A)*, 2017, 38(10): 12-15, 61.
- [34] 王明. 中医术语名称研究 [J]. *中医研究*, 2020, 33(12): 63-65.
- [35] 刘炜, 林文娟. 中医、西医术语文化渊源比较 [J]. *医学争鸣*, 2014, 5(3): 54-56.
- [36] 宁蔚夏. 中医科普须“科学性第一” [N]. *中国中医药报*, 2012-06-13(003).
- [37] 周东浩. 中医整体观不同于西医整体观 [J]. *医学争鸣*, 2019, 10(6): 45-48.
- [38] 黄金科, 李慧, 王洋洋, 等. 《中医内科临床诊疗指南: 头痛》制定中患者偏好与价值观的调查研究 [J]. *山东中医药大学学报*, 2020, 44(3): 72-76.
- [39] DANS AL, DANS LF. Appraising a tool for guideline appraisal (the AGREE II instrument) [J]. *J Clin Epidemiol*, 2010, 63(12): 1281-1282.
- [40] PADULA WV, MILLIS MA, WORKU AD, et al. Individualized cost-effectiveness analysis of patient-centered care: a case series of hospitalized patient preferences departing from practice-based guidelines [J]. *J Med Econ*, 2017, 20(3): 288-296.
- [41] SCHERER LD, SHAFFER VA, CAVERLY T, et al. Medical maximizing-minimizing predicts patient preferences for high- and low-benefit care [J]. *Med Decis Making*, 2020, 40(1): 72-80.

[42]袁亚宁,张姣,吕媛,等. 中医情志护理干预对高血压患者治疗依从性及健康信念的影响[J]. 临床医学研究与实践, 2021, 6(11):157-159.

[43]BLACKWOOD J, ARMSTRONG MJ, SCHAEFER C, et

al. How do guideline developers identify, incorporate and report patient preferences? An international cross-sectional survey [J]. BMC Health Serv Res, 2020, 20(1):458.

Research Approaches of Patient Values and Preferences in Traditional Chinese Medicine Clinical Practice Guidelines

GAO Yintong¹, DONG Xinglu^{1,2}, WANG Yue¹, LI Jingya¹, DING Wei¹, SHI Nannan³, GAO Ying², ZHANG Genming²

1. First School of Clinical Medicine, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing, 100700; 2. Dongzhimen Hospital, Beijing University of Chinese Medicine; 3. Institute of Basic Research in Clinical Medicine, China Academy of Chinese Medical Sciences

ABSTRACT The mode of patient-centered care (PCC) has attracted global attention as patients are the center of clinical practice. The study on patient values and preferences is the embodiment of PCC mode in the development of clinical practice guidelines, fully reflecting the people-oriented idea. Considering the varied cultural background of the recipients of traditional Chinese medicine (TCM), the general research approach of patient values and preference cannot be directly used in developing TCM clinical practice guidelines, but should be modified regarding the key influence factors. To put focus on the patient values and preferences in TCM clinical practice guidelines, it is suggested to enrich the dimensions of the existing research system from the characteristics and key elements of TCM theory and clinical practice. Regarding the risks in constructing the enriching the dimensions, the solutions are provided including sampling survey after multi-group cross-sectional survey, shared decision making, focus group interview, medical maximizaing-minimizing scale. In this way, patient values and preferences can be better collected, integrated and reported, providing references for the compilation of patient values and preferences in the development of TCM clinical practice guidelines.

Keywords clinical practice guidelines of traditonal Chinese medicine; patient values; patient preferences; research approach

(收稿日期: 2021-09-14; 修回日期: 2022-01-21)

[编辑: 焦 爽]

广告

欢迎邮购《中医杂志》过刊

2000、2001年合订本每本100元, 2002、2003年合订本每本105元, 2004年合订本115元, 2005年合订本125元, 2007—2010年合订本每本140元。2011(缺5、6期)—2013年每册9.80元, 2014(缺21期)—2017年(缺3、5、15、18期)每册15元, 2018年(缺5、7、9期)每册20元, 2020年(缺7、8、9期)每册20元, 2021年每册20元。2011—2013年合订本每年4本, 全年280元, 2014—2017年合订本每年4本(缺2017年上半年合订本), 全年400元, 2018—2021年合订本, 每年4本, 全年600元。《中医杂志》2006—2008年增刊每册40元。

以上免费邮寄, 如需挂号每件另加3元。

欲购者请汇款至北京市东直门内南小街16号, 收款人: 中医杂志社

或关注《中医杂志》官方微信(zyzgzzh)购买。邮编: 100700, 电话: (010)64089195。