

医患共同决策模式与中老年尿毒症患者血液透析疗效相关性

刘侯一^{1*}, 沙莎¹, 曹可怡², 常婧一¹, 钱雨悦¹, 肖静², 叶长青^{2#}

¹南通大学杏林学院医学部, 江苏 南通

²南通大学公共卫生学院, 江苏 南通

收稿日期: 2026年3月21日; 录用日期: 2026年4月16日; 发布日期: 2026年4月22日

摘要

目的: 本研究通过横断面研究设计, 探讨医患共同决策模式与中老年尿毒症患者血液透析治疗效果的关系。方法: 纳入2024年1月至2024年6月期间, 在兴化市裕丰血透中心接受治疗的183例尿毒症患者, 并收集医患双方的有效量表数据。采用中文版医患共同决策量表评估医患共同决策程度, 根据SDM-Q-AVG分数进行K-Means聚类分析, 分为高(n = 58)、中(n = 58)和低(n = 67)三类共同决策组。收集患者临床、实验室和透析等关键指标。数据分析采用SPSS27.0, 对医患共同决策量表进行信效度检验, 通过卡方检验, 方差分析, 回归分析影响血液透析疗效的因素, 并在不同医患共同决策模式下分析决策得分与血液透析疗效的相关性。结果: 医患低共同决策组的年龄更大, 肌酐更高、尿酸更高, 尿素更高, 脱水量达标率更低(均 $p < 0.05$)。多因素Logistic回归分析提示, 医患共同决策的程度与中老年尿毒症患者血液透析疗效有关($p < 0.05$, $p < 0.001$)。多元回归和相关性分析提示, 医患共同决策程度与透析疗效有正相关性, 且在医患共同决策程度较低的群体中相关性更为显著。结论: 医患共同决策模式在预测中老年尿毒症患者血液透析治疗效果中具有重要作用。在血液透析前应用医患共同决策模式并及早进行干预, 可能有助于提高血液透析的疗效。

关键词

尿毒症, 医患共同决策, 血液透析疗效

Correlation between the Shared Decision-Making Model and Hemodialysis Efficacy in Middle-Aged and Elderly Patients with Uremia

*第一作者。

#通讯作者。

文章引用: 刘侯一, 沙莎, 曹可怡, 常婧一, 钱雨悦, 肖静, 叶长青. 医患共同决策模式与中老年尿毒症患者血液透析疗效相关性[J]. 临床医学进展, 2026, 16(4): 4160-4168. DOI: 10.12677/acm.2026.1641685

Yuyi Liu^{1*}, Sha Sha¹, Keyi Cao², Jingyi Chang¹, Yuyue Qian¹, Jing Xiao², Changqing Ye^{2#}

¹School of Medicine, Xinglin College, Nantong University, Nantong Jiangsu

²School of Public Health, Nantong University, Nantong Jiangsu

Received: March 21, 2026; accepted: April 16, 2026; published: April 22, 2026

Abstract

Objective: This study explored the relationship between the doctor-patient shared decision-making (SDM) model and the outcome of haemodialysis treatment in middle-aged and elderly uremic patients through a cross-sectional research design. **Methods:** One hundred and eighty-three patients with uremia who received treatment at Xinghua Yufeng Haemodialysis Centre between January 2024 and June 2024 were included, and validated scale data were collected from both doctors and patients. The Chinese version of the Doctor-Patient Shared Decision Making Scale was used to assess the degree of doctor-patient shared decision making, and K-Means cluster analysis was performed based on the SDM-Q-AVG scores, which were divided into three types of shared decision-making groups: high (n = 58), medium (n = 58) and low (n = 67). Key clinical, laboratory and dialysis indicators of patients were collected. Data were analysed using SPSS27.0, and the doctor-patient shared decision-making scale was tested for reliability and validity, and the factors affecting the efficacy of haemodialysis were analysed by chi-square test, analysis of variance (ANOVA), regression, and the correlation between the decision-making scores and the efficacy of haemodialysis was analysed under different doctor-patient shared decision-making modes. **Results:** The doctor-patient low shared decision-making group was older, had higher creatinine, higher uric acid, higher urea, and lower dehydration compliance (all $p < 0.05$). Multifactorial logistic regression analysis suggested that the degree of doctor-patient shared decision-making was associated with haemodialysis outcomes in middle-aged and elderly uremic patients ($p < 0.05$, $p < 0.001$). Multiple regression and correlation analyses suggested that the degree of doctor-patient shared decision-making was positively correlated with dialysis outcomes, and the correlation was more significant in the group with a lower degree of doctor-patient shared decision-making. **Conclusion:** The doctor-patient shared decision-making model plays an important role in predicting the outcome of haemodialysis treatment in middle-aged and elderly uremic patients. Applying the patient-physician shared decision-making model before haemodialysis and intervening early may help to improve the efficacy of haemodialysis.

Keywords

Uremia, Shared Decision-Making (SDM), Hemodialysis Efficacy

Copyright © 2026 by author(s) and Hans Publishers Inc.

This work is licensed under the Creative Commons Attribution International License (CC BY 4.0).

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



Open Access

1. 引言

尿毒症是各类肾脏疾病的终末期阶段，患者肾脏功能表现出逐渐衰弱甚至丧失状态，常以代谢性酸中毒以及多种营养物质的代谢紊乱为主要症状，随着病情发展，可能诱发多器官及系统病变，严重危害患者的生命健康[1]。现阶段，血液透析作为临床治疗尿毒症的一项重要手段，可有效延长患者生存时间[2]。其疗效不仅与医疗技术的先进性相关，更与患者的健康状况以及医患互动模式等多重因素紧密相关。

近些年研究发现，医患共同决策模式对慢性肾衰竭患者预后具有显著影响。医患共同决策作为一种创新的互动模式，该模式强调医患双方在平等基础上共同参与决策，依靠深入的信息交流与沟通，结合患者的个人偏好、文化背景及经济状况等多因素，协同制定和执行治疗计划。在全球范围内，尿毒症治疗领域的医患共同决策(Shared Decision Making, SDM)模式显示出一定的成效，尤其在西方国家，其研究和实践更为深入成熟。尽管中国逐渐认同和重视医患共同决策的理念，但在尿毒症领域的具体应用仍处于初步探索阶段，面临多重挑战和难题[3]。本研究旨在探讨医患共同决策模式对中老年尿毒症患者血液透析疗效的影响作用。

2. 对象与方法

2.1. 研究对象

采用横断面调查设计，整群抽样，选取 2024 年 1 月至 6 月期间，兴化市裕丰血透中心收治的尿毒症患者作为研究对象。共纳入尿毒症患者 183 例，其中男性 103 例(56.%)，女性 80 例(43.7%)，平均年龄(59.5 ± 7.0)岁。所有患者均接受每周三次的规律血液透析治疗，并收集了患者血液透析前后的脱水量(L)数据，以进一步分析共同决策对治疗效果的影响。同时，参与本研究的医生共有 10 名，均为肾内科专科医生，平均从医年限为(15 ± 5)年。

纳入标准：患者需符合世界卫生组织制定的尿毒症诊断标准，每周接受三次血液透析治疗，与主治医生维持正常的医患关系，且对本研究知情同意。排除标准：患有其他严重疾病，有精神疾病或心理疾病的病史，以及不接受研究或在研究过程中选择退出的患者[4]。

2.2. 研究量表选用

采用共同决策量表(Shared Decision Making-Questionnaire, SDM-Q)，此量表依据 Kriston L [5]及其团队开发并经国内学者罗碧华[6]汉化的医患双向视角量表为基础，经由文献回顾及德尔菲方法的修订得以应用。SDM-Q 分为医生版(SDM-Q-Doc, 表 1)与患者版(SDM-Q-9, 表 2)，每个版本均涵盖 9 项条目及 2 项开放性问题。各条目依据从“完全不同意”至“完全同意”的 Likert 五级评分制进行评价，通过将原始总分乘以 20/9 的方式，转换为一个介于 0 至 100 之间的得分。本研究 SDM-Q-AVG (Shared Decision Making-Questionnaire-Average)以医生版 SDM-Q-Doc 与患者版 SDM-Q-9 量表评分权重均为 50%，据此计算得到的 SDM-Q-AVG 分数，分数越高代表在临床实践中共同决策的程度越高。

Table 1. Shared decision-making scale doctor version (SDM-Q-Doc)

表 1. 共同决策量表医生版(SDM-Q-Doc)

条目
1. 我明确告诉患者需要共同作出决策。
2. 我确切了解患者是否愿意参与决策。
3. 我告知患者，针对他(她)的情况，提供可选择的的不同治疗方案。
4. 我向患者详细解释了各种治疗方案的利与弊。
5. 我帮助我的患者理解所有的相关信息。
6. 我询问过患者他(她)倾向于选择何种治疗方案。
7. 患者和我共同全面权衡了不同治疗方案。
8. 患者和我共同决定选择了某种治疗方案。
9. 患者与我在后续治疗安排上已达成共识。

Table 2. Shared decision-making scale patient version (SDM-Q-9)
表 2. 共同决策量表患者版(SDM-Q-9)

条目
1. 医生告诉过我，对于我的尿毒症现状可供选择的血透技术和药物。
2. 医生想清楚地了解我参与决策的确切方式。
3. 医生告知了我可供选择的的不同治疗方案。
4. 医生向我准确地解释了不同治疗方案的利与弊。
5. 医生清楚地向我解释了血液透析治疗技术的相关信息，我已充分理解。
6. 医生询问过我最倾向的治疗方案。
7. 我和医生共同全面权衡了不同治疗方案。
8. 治疗方案是医生和我共同决策的。
9. 关于后续的尿毒症治疗安排，我与医生已达成共识。

量表信效度检验

医生参与决策量表(SDM-Q-Doc)、患者参与决策量表(SDM-Q-9)和医患共同决策加权量表(SDM-Q-AVG)均显示出良好的信效度。三者的 Cronbach's α 系数分别为 0.921、0.931 和 0.961；ICC 值分别为 0.920 (95% CI: 0.901~0.936)、0.931 (95% CI: 0.915~0.945)和 0.961 (95% CI: 0.952~0.969)。主成分分析显示各量表 KMO 值均大于 0.93 (SDM-Q-Doc: 0.940, SDM-Q-9: 0.931, SDM-Q-AVG: 0.968)，Bartlett's 球形检验 χ^2 值均显著 ($p < 0.05$)。因子分析均提取出 1 个特征根大于 1 的公因子，其旋转后方差解释率分别为 61.277%、64.550%和 60.382%。

2.3. 研究方法

本研究量表由接受专业培训的调查员分别向医生及患者发放，并在其填写过程中提供现场指导，完成后即刻回收，所有量表均经过了两位研究人员的仔细核对与录入工作，并剔除了填写不完整或存在明显逻辑矛盾的量表，共收集有效量表 183 份。通过电子病历系统收集患者临床、实验室和透析资料等，包括年龄、性别、肌酐、尿素、尿酸、透析前后脱水量以此来估算脱水量达标率评估血液透析治疗效果。本研究中，“脱水量达标率”定义为患者在单次血液透析治疗中，实际脱水量达到预设目标脱水量的比例。具体计算公式为：达标率 = 达标治疗次数/总治疗次数 $\times 100\%$ 。目标脱水量由主治医师根据患者每次透析前评估的干体重进行个性化设定。通过容量管理达到最佳干体重。最佳干体重定义为：透析后可耐受的最低体重，此时患者仅有极轻微的低血容量或血容量过多的症状或体征。达标判断标准为：实际脱水量与目标脱水量之间的差值不超过 ± 0.2 kg (适用于体重计分度值为 100 g 的情况)。达标率以月为单位进行计算，取患者在研究周期内各月达标率的均值作为最终分析指标。

2.4. 统计学分析

本研究运用 SPSS 27.0 软件对数据进行分析，量表的信效度检验，K-Means [7]对 SDM-Q-AVG 量表得分进行聚类。服从正态分布的计量资料均以均数 \pm 标准差 ($\bar{x} \pm s$)描述，组间比较采用方差分析和多重比较分析(SNK-q 法)，计数资料用频数与百分比(n (%))表示，组间比较用 χ^2 检验。Logistic 回归分析影响中老年尿毒症血液透析疗效的影响因素， $p < 0.05$ 为差异有统计学差异。

3. 结果

3.1. 量表的评估结果

对 SDM-Q-AVG 得分进行 K-Means 聚类结果见图 1，三类分别定义为“高共同决策”（三角）“中共同决策”（圆形）和“低共同决策”（方块）组，其中“高共同决策组”有 58 名患者，占 31.69%，平均得分(91.04 ± 2.99)分；“中共同决策组”有 58 名患者，占 31.69%，平均得分(80.83 ± 3.23)分；“低共同决策组”有 67 名患者，占 36.61%，平均得分(68.49 ± 3.83)分。

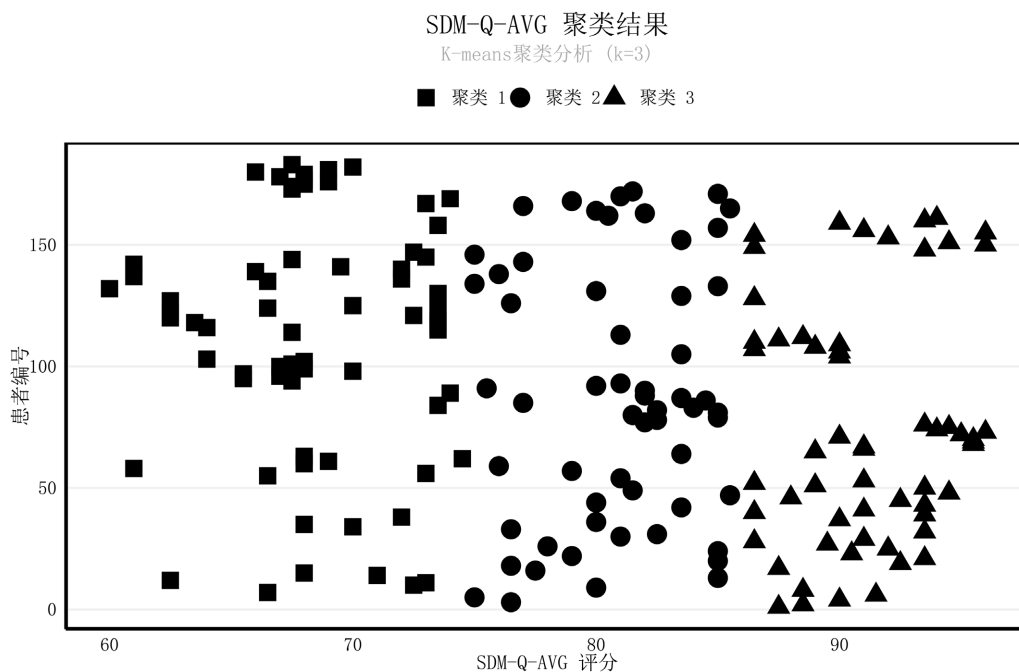


Figure 1. K-Means cluster scatter plot of SDM-Q-AVG
图 1. SDM-Q-AVG 的 K-Means 聚类散点图

3.2. 各组别临床、实验室检查和透析资料比较

低共同决策组较之中共同决策组较高共同决策组年龄更大，肌酐更高，尿酸更高，尿素更高，脱水量达标率更低，即血液透析效果更差(均 $p < 0.05$)。不同分组样本对于性别、年龄、尿素(nmol/L)、肌酐(umol/L)、尿酸(umol/L)、SDM-Q-AVG(分)、脱水量达标率(%)全部均呈现出显著性($p < 0.05$)，进一步事后多重比较分析结果提示年龄(岁)、肌酐(umol/L)、SDM-Q-AVG(分)和脱水量达标率(%)各组别间在 0.05 水平上均有显著性差异。见表 3。

Table 3. Comparison of clinical, laboratory and dialysis data by group $\bar{x} \pm s$ *
表 3. 各组别临床、实验室检查和透析资料比较 $\bar{x} \pm s$ *

指标	高决策组 (n = 58)	中决策组 (n = 58)	低决策组 (n = 67)	F/χ^2 值	p 值
年龄(岁)	53.26 ± 6.41 ^c	61.16 ± 5.81 ^b	63.57 ± 4.23 ^a	58.22	<0.001
性别[例(%)]	男	38 (36.89) ^a	28 (27.18) ^b	9.06	0.011
	女	20 (25.00) ^a	21 (26.25) ^a		

续表

肌酐(umol/L)	663.99 ± 102.84 ^c	801.04 ± 222.17 ^b	943.85 ± 211.74 ^a	34.47	<0.001
尿素(umol/L)	19.21 ± 6.15 ^b	22.38 ± 5.62 ^a	23.73 ± 5.36 ^a	10.11	<0.001
尿酸(nmol/L)	373.98 ± 83.99 ^b	400.39 ± 84.91 ^b	460.11 ± 142.60 ^a	10.28	<0.001
SDM-Q-AVG (分)	91.04 ± 2.99 ^a	80.83 ± 3.23 ^b	68.49 ± 3.83 ^c	692.66	<0.001
脱水量达标率(%)	96.04 ± 2.94 ^a	89.22 ± 5.38 ^b	81.95 ± 7.02 ^c	103.37	<0.001

*多重比较用 SNK-q 法: 以 0.05 作为标准, 以小写字母 *abc* 进行标注, 如果某两组之间包含着相同的字母, 比如 *a* 和 *ab*, 则说明该两组没有统计学差异, 反之如果某两组之间字母完全不同, 比如 *a* 和 *b*, 则说明该两组有统计学差异。

3.3. 血液透析疗效多因素分析

多因素 Logistic 回归模型中, SDM-Q-AVG 的系数为 0.190, *p* 值小于 0.001, 表明即使控制了其他因素的影响, SDM-Q-AVG 仍然是一个对脱水量达标率有显著正向影响的因素。见表 4。

Table 4. Multivariate Logistic analysis of the efficacy of hemodialysis in middle-aged and elderly uremia
表 4. 影响中老年尿毒症血液透析疗效的多因素 Logistic 分析结果

指标	β 值	标准误(SE)	Wald 值	OR (95% CI)	<i>p</i> 值
性别	-0.332	0.433	0.588	0.307 (0.307~1.676)	0.443
年龄(岁)	-0.012	0.039	0.087	0.915 (0.915~1.068)	0.768
尿素 nmol/L	-0.004	0.037	0.014	0.925 (0.925~1.071)	0.905
肌酐 umol/L	-0.001	0.001	0.892	0.997 (0.997~1.001)	0.345
尿酸 umol/L	-0.002	0.002	1.174	0.994 (0.994~1.002)	0.278
SM-Q-AVG	0.190	0.036	28.058	1.127 (1.127~1.298)	<0.001

3.4. 多元线性回归

采用多元线性回归分析, 将性别、年龄、尿素、肌酐、SDM-Q-AVG、尿酸 6 个变量纳入方程, 脱水量达标率以连续变量纳入方程。模型显著性检验(*F* 检验) *F* 统计量为 39.92, *F* 检验的 *p* 值远小于 0.05, 表明整体回归模型是有意义的。拟合优度检验显示 R^2 值为 0.576, 表示模型能够解释约 57.6%的脱水量达标率的变异性。调整后的 R^2 为 0.562, 考虑了自变量数量对模型拟合的影响, 仍然表明模型有中等程度的解释力。据此构建回归方程: $Y = 36.889 - 1.737 \times \text{性别}(\text{男} = 1; \text{女} = 0) + 0.063 \times \text{年龄}(\text{岁}) + 0.629 \times \text{SDM-Q-AVG}(\text{分})$ 。其中 *Y* 为脱水量达标率(%), 即中老年尿毒症患者血液透析疗效的评估。见表 5。

Table 5. Multiple linear regression analysis on the efficacy of hemodialysis in elderly uremia
表 5. 影响老年尿毒症血液透析疗效的多元线性回归分析结果

变量	回归系数	标准误差	<i>t</i> 值	<i>p</i> 值	95% CI
常数项(const)	36.889	9.677	3.812	<0.001	17.791~55.988
性别(男 = 1; 女 = 0)	-1.737	0.818	-2.124	0.035	-3.352~-0.123
年龄(岁)	0.063	0.073	0.857	0.393	-0.082~0.207
尿素 nmol/L	0.080	0.071	1.122	0.264	-0.060~0.219
肌酐 umol/L	-0.001	0.002	-0.248	0.804	-0.005~0.004
尿酸 umol/L	-0.006	0.004	-1.428	0.155	-0.013~0.002
SDM-Q-AVG (分)	0.629	0.064	9.777	<0.001	0.502~0.756

3.5. 相关性分析

3.5.1. SDM-Q-AVG 与脱水量达标率的相关关系

根据回归分析结果,对回归系数有统计学意义的指标 SDM-Q-AVG 进行相关分析。散点图显示了 SDM-Q-AVG 与脱水量达标率的相关性($p < 0.05$)。拟合线性模型表示 SDM-Q-AVG 与脱水量达标率即血液透析疗效的比例向性,并采用皮尔逊系数进行相关检验。见图 2。SDM-Q-AVG 与脱水量达标率呈强正相关(相关系数为 0.75)。

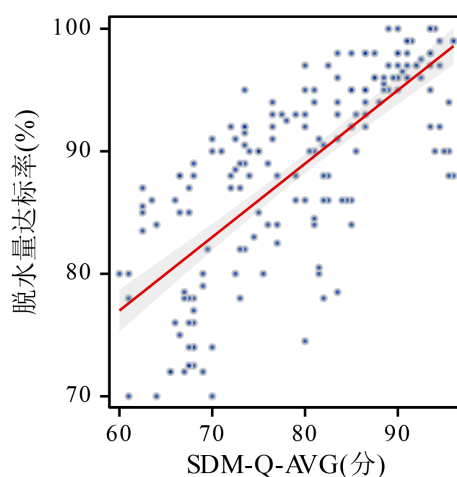


Figure 2. Correlation between various factors and dehydration compliance rate
图 2. 各因素与脱水量达标率的相关性

3.5.2. 各组内 SDM-Q-AVG 与脱水量达标率的相关关系

如图 3,散点图显示了各组别 SDM-Q-AVG 与脱水量达标率的相关性($p < 0.05$),每个小区拟合线性模型表示 SDM-Q-AVG 与脱水量达标率的比例向性,并采用皮尔逊系数进行相关检验。组内相关性分析提示,低、中、高决策组均显示 SDM-Q-AVG 分数与尿毒症患者的脱水量达标率,即血液透析效果之间存在相关关系。低决策组的数据点呈现出较为明显的正相关趋势($r = 0.431$);中决策组的 SDM-Q-AVG 分数与脱水量达标率之间的相关系数为 0.166,表明两者之间存在轻微的正相关关系;高决策组的数据点分布较为分散,SDM-Q-AVG 分数与脱水量达标率的相关性较弱,且呈现出轻微的负相关趋势($r = -0.117$)。

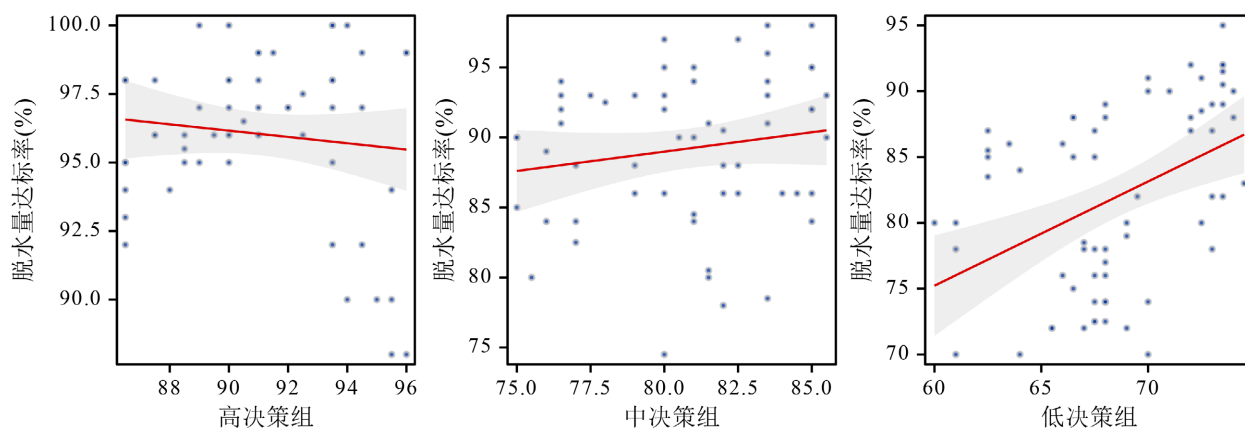


Figure 3. There was a correlation between SDM-Q-AVG and the rate of dehydration in each group
图 3. 各组内 SDM-Q-AVG 与脱水量达标率相关性

4. 讨论

随着我国人口老龄化加剧,肾脏疾病在发病人口学上发生了明显的变化,即中老年患者数目在增加,中老年人不但具有更多的慢性肾脏病(chronic kidney disease, CKD)危险因素和更高的患病率,而且中老年 CKD 患者合并症多,进展到终末期肾病(end-stage renal disease, ESRD)的机会更多[8],维持性血液透析(maintenance hemodialysis, MHD)是 ESRD 病人主要的肾脏替代疗法之一[9]。血液透析的疗效是中老年尿毒症患者延长生存时间,维持生活质量的关键,更是肾内科医疗工作者关注的重点。本研究结果表明,医患共同决策程度对中老年尿毒症血液透析疗效有重要影响。

近年来,医患共同决策模式在全世界得到了广泛认同和重视,最早应用于肿瘤领域,后来又应用于重症、急诊、内分泌、骨科等多个领域[10],共同决策模式能提高患者对疾病的认知、依从性和满意度,改善治疗结局、缓解医患关系并控制治疗花费。目前,越来越多的西方国家开始重视在慢性肾衰竭治疗决策领域实施共同决策,既往研究[11]表明,SDM 模式可能是复杂肾脏替代治疗决策过程的有效干预措施,张涤华[12],丁文艳[13],廉荷仙[14]等分别研究发现,决策方案对血液透析的疗效预后有重要影响。

本研究使用的 SDM-Q 已被证实对医患共同决策程度的评估具有较高准确性和可操作性,研究结果中 31.69%的患者医患共同决策得分为“高”,31.69%的患者医患共同决策得分为“中”,36.61%的患者医患共同决策得分为“低”,分别划分到高、中、低三个决策组。这可能与患者的人口学特征(包括年龄、学历、性别)有关,年龄越大、学历越低的患者参与共同决策的主动性较弱,女性相较于男性更愿意参与到共同决策中[15]。本研究基于 SDM-Q-AVG 等因素,构建与中老年尿毒症患者血液透析疗效的回归模型,结果显示,无论是否控制其他因素影响,提高 SDM-Q-AVG,即医患共同决策程度对血液透析疗效均有相对明显的正向作用。这与现有研究结论一致,进一步验证了 SDM 在慢性病管理中的积极价值。组内相关性比较显示,在医患共同决策程度较低的群体中医患共同决策程度与透析疗效的正相关性更为显著,但在高决策组中呈现轻微负相关性,这可能是患者的透析管理已达到一定的优化水平,使得进一步提升脱水量管理的空间减少造成[16]。此外,临床实践中,医师往往倾向于赋予病情复杂、容量控制困难的患者更多决策自主权,以期提升其治疗依从性。这部分患者虽 SDM 得分较高,但其本身病情更重、疗效达标难度更大,从而呈现出“高参与度伴随相对较低达标率”的表象。

本研究结果认为以下因素可能制约了模型的性能,首先,本研究的样本量相对较小,并且所涉及的数据来源于单一中心,这可能会限制研究结果的广泛适用性;其次,SDM 模式的有效实施依赖于医生与患者之间的密切合作和协同努力,然而在实际操作过程中,该模式的实施可能会受到多种因素的影响,包括但不限于医生的工作压力、患者的理解能力等,可能存在一定偏移影响结果;最后,其他因素等亦可能对 SDM-Q-AVG 和血液透析疗效产生一定影响[17]。

综上,医患共同决策程度较高的患者其血液透析治疗效果更好。此外,基于 SDM-Q-AVG 等因素所构建的回归模型对血液透析疗效具有一定预测效能。因而,医患共同决策程度是预测中老年尿毒症患者血液透析疗效的重要指标。血液透析前应用医患共同决策模式对此类患者进行评估和干预可能有助于提高血液透析的疗效。

基金项目

南通大学杏林学院 2024 年省级大学生创新创业训练计划项目,项目编号:202413993009Y。

声明

本研究获得南通大学杏林学院伦理委员会批准(审批号:2026010)。

参考文献

- [1] 徐金荣. 综合性护理在血液透析联合血液灌流治疗尿毒症患者护理中的应用价值分析[J]. 基层医学论坛, 2024, 28(35): 87-89, 93.
- [2] 张丽, 贾英杰, 赵倩, 等. 基于 GNRI 分析血液透析联合血液灌流对糖尿病肾病尿毒症患者生存预后的价值[J]. 中国老年学杂志, 2024, 44(12): 2870-2875.
- [3] 白琼, 唐雯. 医患共同决策在慢性肾衰竭治疗中的应用现状[J]. 临床肾脏病杂志, 2022, 22(1): 72-76.
- [4] 廖玉, 李建省. 基于人文关怀的细节性护理在尿毒症患者血液透析治疗中的应用[J]. 西藏医药, 2024, 45(2): 122-124.
- [5] Kriston, L., Scholl, I., Hölzel, L., Simon, D., Loh, A. and Härter, M. (2010) The 9-Item Shared Decision Making Questionnaire (SDM-Q-9). Development and Psychometric Properties in a Primary Care Sample. *Patient Education and Counseling*, 80, 94-99. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.09.034>
- [6] 罗碧华, 肖水源. 中文版医患共同决策量表患者版的信效度[J]. 中南大学学报(医学版), 2019, 44(7): 823-829.
- [7] 李福明, 滕悦, 刘柳, 等. 医患共同决策在中医药技术抗肿瘤过程中的应用分析[J]. 中国医院管理, 2022, 42(8): 16-19.
- [8] 唐盛, 龚智峰, 彭小梅, 等. 老年终末期肾病患者流行病学调查分析[J]. 中国老年学杂志, 2009, 29(3): 613-614.
- [9] 靳子恒, 宋洁, 李汝钊, 等. 老年维持性血液透析病人衰弱研究进展[J]. 护理研究, 2024, 38(24): 4507-4512.
- [10] 黄榕翀, 丁怀玉, 郭宏洲. 医患共同决策模式在我国临床实践中的应用与改进[J]. 中华心血管病杂志, 2020, 48(10): 890-894.
- [11] 白琼, 唐雯, 王悦. 基于“四主题理论”的慢性肾衰竭诊疗伦理问题分析——以慢性肾衰竭患者拒绝血液透析为例[J]. 协和医学杂志, 2021, 12(6): 1034-1038.
- [12] 张涤华. 基于终末期肾病患者共享决策下的自动腹膜透析治疗[J]. 实用医学杂志, 2024, 4(12): 1613-1618.
- [13] 丁文艳. 医患共享决策在血液透析患者中的应用[J]. 现代实用医学, 2020, 32(9): 1124-1126.
- [14] 廉荷仙, 刘静. 个性化封管液选择方案在中心静脉置管血透患者中的应用效果[J]. 医药卫生科技, 2021, 27(6): 1061-1062.
- [15] 熊巨洋, 朱璇, 马赫. 医患共同决策对老年慢性病共病患者家庭医生签约服务质量的影响[J]. 中国卫生政策研究, 2024, 17(8): 1-9.
- [16] 陶明芬, 王翠珍, 刘欢, 等. 维持性血液透析患者症状困扰及影响因素研究[J]. 医学食疗与健康, 2020, 18(6): 50-51.
- [17] 赵羚谷, 许卫卫, 王颖, 等. 我国临床实践中的医患共同决策流程设计和挑战[J]. 医学与哲学, 2019, 40(18): 1-6, 22.