

• 临床研究 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2025.04.024
网络首发 [https://link.cnki.net/urlid/50.1097.r.20250211.1232.012\(2025-02-11\)](https://link.cnki.net/urlid/50.1097.r.20250211.1232.012(2025-02-11))

缺血性脑血管病患者血管内治疗的决策冲突现状及其影响因素分析^{*}

张 灿¹,张 敏^{2△},彭田田¹,刘草梅¹,李宇平¹
(南京大学医学院附属鼓楼医院:1.神经内科;2.南部院区护理部,南京 210008)

[摘要] **目的** 分析缺血性脑血管病血管内治疗患者的决策冲突现状及其影响因素。**方法** 采用便利抽样法,对 2023 年 1 月至 2024 年 1 月该院行血管内治疗的 143 例缺血性脑血管病患者进行问卷调查,调查采用的工具包括一般资料调查问卷、决策参与量表(CPS)、决策冲突量表(DCS)、患者参与医疗决策满意度量表、医院焦虑抑郁量表(HADS),分析患者血管内皮治疗决策冲突现状及其影响因素。**结果** 缺血性脑血管病血管内治疗患者 DCS 总分为 25.00(14.06,35.94)分。相关性分析结果显示:DCS 总分与患者参与医疗决策满意度量表总分、信息得分、决策得分、交流协商得分、总满意度及信心得分相关($P<0.05$)。多元线性回归分析结果显示:是否知晓置入脑血管支架的类型和区别、是否知晓支架置入术只是降低卒中再发风险而非治疗卒中症状的手段是缺血性脑血管病患者血管内治疗决策冲突的影响因素,可解释总变异的 36.5%。**结论** 缺血性脑血管病患者血管内治疗的决策冲突属于中等水平,医护人员应针对其影响因素,采取个性化的治疗决策辅助方案进行干预,以降低患者决策冲突水平,提高决策质量和满意度,改善患者预后。

[关键词] 缺血性脑血管病;血管内治疗;决策冲突;影响因素
[中图法分类号] R743.3 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-8348(2025)04-0926-07

Analysis of the current status and influencing factors of decision-making conflicts in patients with ischemic cerebrovascular disease undergoing endovascular therapy^{*}

ZHANG Can¹,ZHANG Min^{2△},PENG Tiantian¹,LIU Caomei¹,LI Yuping¹
(1. Department of Neurology;2. Department of Nursing, the Southern Branch Hospital, Drum Tower Hospital Affiliated to Nanjing University Medical School, Nanjing 210008, China)

[Abstract] **Objective** To analyze the current situation and influencing factors of decision making conflict in the patients with ischemic cerebrovascular disease undergoing endovascular treatment. **Methods** A total of 143 patients with ischemic cerebrovascular disease who underwent endovascular treatment were surveyed by using convenience sampling method from January 2023 to January 2024. The survey adopted tools included the information survey questionnaire, control preference scale (CPS), decisional conflict scale (DCS), patient participation satisfaction scale for medical decision making and hospital anxiety and depression scale (HADS), current status and influencing factors of decision making conflicts in patients' treatment were analyzed. **Results** The total score of DCS in the patients with ischemic cerebrovascular disease undergoing endovascular treatment was 25.00(14.06,35.94). The correlation analysis results showed that the DCS total score was correlated with the total score of the Patient Participation Satisfaction Scale for Medical Decision Making, information score, decision making score, communication and negotiation score, overall satisfaction and confidence score ($P<0.05$). The results of multiple linear regression analysis showed that whether knowing the types and distinction of implanted cerebral vascular stents and whether knowing that the stent placement was only a means to reduce the risk of stroke recurrence rather than treating stroke symptoms were the influencing factors of decision making conflict in endovascular treatment of ischemic cerebrovascular disease patients, which could explain 36.5% of total variation. **Conclusion** The decision making conflict in the patients with ischemic cerebrovascular disease undergoing endovascular treatment is at a moderate level. Medical staff should

^{*} 基金项目:南京大学现代医院管理与发展研究所培育课题(NDYG2021059);南京医科大学附属鼓楼医院护理部课题(2023-A1168)。
[△] 通信作者,E-mail:sharonminyun@163.com。

adopt the personalized treatment decision making assisted plans based on their influencing factors to intervene, so as to reduce the level of decision making conflict, increase the decision making quality and satisfaction, and improve the patient outcomes.

[Key words] ischemic cerebrovascular disease; endovascular treatment; decision-making conflict; influencing factors

缺血性脑血管病是一种脑部血液供应障碍疾病,是由于大脑供血的血管发生阻塞或狭窄,进而引起一系列临床症状的疾病^[1-2],其复发率、致残率、死亡率均较高,严重危害人类身体健康。血管内治疗是目前治疗缺血性脑血管病的主要手段之一,具有疗效明显、创伤小等特点^[3],但该手术存在多种潜在并发症^[4],如颈动脉窦反应、高灌注综合征、颅内出血等,因此,患者在选择治疗方案时可能会存在决策冲突^[5],即面对多种治疗方案选择时内心的不确定感^[6]。已有研究表明,面对不同治疗方案,出于对风险收益、未知结局、经济条件等因素的考量,患者临床决策过程日益复杂,很多患者可能产生犹豫不决、延迟决策等困境^[7],进而降低医疗决策满意度^[8-9],激发医患矛盾,甚至影响患者的预后和生活质量^[10]。目前,国内外对于决策冲突的研究较多集中于癌症、房颤、终末期慢病等领域^[11-12],对缺血性脑血管病患者血管内治疗决策冲突相关研究尚未见相关报道。因此,本研究旨在了解缺血性脑血管病患者血管内治疗患者的决策冲突现状,并分析其影响因素,以期为制订个性化决策辅助方案提供参考。

1 资料与方法

1.1 一般资料

采用便利抽样法选取 2023 年 1 月至 2024 年 1 月本院神经内科拟行血管内治疗的缺血性脑血管病患者为研究对象。纳入标准:(1)年龄 18~80 岁;(2)符合缺血性脑血管病的诊断标准^[13],经 CT 血管造影(CT angiography, CTA)或 MRI 确诊,疾病非急性期行血管内治疗并参与医疗决策;(3)意识清楚,能够通过文字或语言进行沟通。排除标准:伴有重要脏器衰竭需要姑息治疗的患者或恶性肿瘤患者。样本量计算:根据 Kendall 多因素样本量估计方法^[14],样本量通常为自变量的 5~10 倍,本研究共 24 个自变量,考虑 10% 的无效率,确定样本量为 132~264 例,最终选取 143 例缺血性脑血管病患者。本研究经本院伦理委员会批准(审批号:2022-591-02),患者均知情同意。

1.2 方法

1.2.1 研究工具

1.2.1.1 一般资料调查问卷

该问卷由研究者自行设计,包括性别、年龄、文化程度、婚姻状况、工作状态、居住地区、家庭月收入、付费方式、病程等共 13 个条目。

1.2.1.2 决策参与量表(control preference scale, CPS)

该量表由美国研究者 DEGNER 等^[15]设计,于 1997 年开始应用于临床,徐小琳^[16]将其汉化。该量表由两个部分组成,分为决策参与态度量表和决策参与实际量表,均为 1~5 分。根据评分标准,得分为 1 或 2 分为主动参与决策,得分为 3 分为合作参与决策,得分为 4 或 5 分为被动参与决策。本研究中量表 Cronbach's α 系数为 0.894。

1.2.1.3 决策冲突量表(decisional conflict scale, DCS)

采用李玉^[17]汉化的中文版 DCS,包括信息和价值观、决策支持和决策有效性、决策不确定性 3 个维度,共 16 个条目。采用 Likert5 级评分法,总分按照百分制换算为 0~100 分,得分越高表示患者决策冲突越大,<25.0 分为决策有效,表示不存在决策冲突; ≥ 25.0 分为存在决策困境,其中 25.0~<37.5 分为决策冲突,属中等水平的决策冲突; ≥ 37.5 分为决策延迟或决策不确定,属高等水平的决策冲突。本研究中量表 Cronbach's α 系数为 0.909。

1.2.1.4 患者参与医疗决策满意度量表

该量表由徐小琳^[16]编制,包含 4 个维度,分别为信息、交流协商、决策、总满意度及信心,用于评估患者参与医疗决策的满意度,该量表共 16 个条目,采用 Likert5 级评分法。1~5 分分别代表“非常不同意”“不同意”“既不同意也不反对”“同意”“非常同意”,为条目的原始得分,各条目标准化得分=(该条目的原始得分-1) $\times 25$,各维度得分=该维度所有条目标准化得分总和/条目数,得分越高,说明患者参与医疗决策的满意度越高。本研究中该量表 Cronbach's α 系数为 0.832。

1.2.1.5 医院焦虑抑郁量表(hospital anxiety and depression scale, HADS)

该量表由 ZIGMOND 等^[18]于 1983 年编制,目前已广泛应用于各类疾病患者焦虑、抑郁症状的筛查,量表共有 14 个条目,7 个条目用于评定焦虑,7 个条目用于评定抑郁,采用 Likert4 级评分法(0~3 分)。两个分量表分值范围均为 0~21 分,均以 7 分为区分值,>7 分为有焦虑或抑郁症状。本研究中该量表的 Cronbach's α 系数为 0.929。

1.2.2 资料收集

在患者行血管内治疗后,于出院前进行问卷调查,由培训合格的研究者向调查对象介绍本次调查的目的、意义及量表填写的注意事项,由调查对象自行填写,如调查对象有视力障碍、躯体不便等情况,研究

者可进行非引导性的协助完成。调查问卷当场收回并检查其完整性。本研究共发放问卷 143 份,回收 143 份,均为有效问卷,有效回收率 100%。

1.2.3 预后分析

行血管内治疗 3、6 个月后,通过数字减影血管成像或 CTA 检查的随访方式对患者血管狭窄情况进行评估,如果支架置入位置血管狭窄率 $\geq 50\%$,则诊断为再狭窄,表明患者预后欠佳^[19]。低密度脂蛋白-胆固醇(low density lipoprotein-cholesterol, LDL-C)是缺血性脑血管病患者预后评估的重要指标^[20],依据相关专家共识^[21],患者 LDL-C $< 1.8\text{ mmol/L}$ 表示预后良好,LDL-C $\geq 1.8\text{ mmol/L}$ 表示预后不良。

1.3 统计学处理

采用 SPSS25.0 软件进行统计分析。计量资料采用 $M(Q_1, Q_3)$ 表示,两样本比较采用 Mann-Whitney U 检验,多样本比较采用 Kruskal-Wallis H 检验;计数资料采用例数和百分比描述,比较采用 χ^2 检验。Spearman 相关性分析 DCS 总分与患者参与医疗决策满意度量表总分和各维度得分的关系。多元线性回归分析进行医疗决策影响因素分析。以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 缺血性脑血管病患者血管内治疗术前决策态度与实际参与程度

术前决策态度与实际决策参与程度一致的患者有 121 例(84.62%),不一致者 22 例(15.38%),患者术前决策态度与实际决策参与情况比较差异无统计学意义($\chi^2=0.026, P=0.987$),见表 1。

2.2 缺血性脑血管病患者血管内治疗决策冲突现状

缺血性脑血管病患者血管内治疗患者中 67 例(46.85%)患者决策有效,不存在决策冲突;44 例(30.77%)存在决策冲突,处于中等水平的决策冲突;32 例(22.38%)存在决策延迟或决策不确定情况,处于高等水平的决策冲突。缺血性脑血管病患者血管内治疗 DCS 得分情况见表 2,DCS 总分转化为百分制计分后的分数为 25.00(14.06,35.94)分。

表 1 缺血性脑血管病患者血管内治疗术前决策态度与实际决策参与程度比较[$n=143, n(\%)$]

决策参与	主动参与	合作参与	被动参与
术前决策态度	15(10.49)	24(16.78)	104(72.73)
实际决策参与程度	15(10.49)	23(16.08)	105(73.43)

2.3 不同特征缺血性脑血管病患者血管内治疗 DCS 总分比较

不同家庭月收入、是否知晓置入脑血管支架的类型和区别、是否知晓支架置入术只是降低卒中再发风险而非治疗卒中症状的手段、是否知晓支架置入术后长期使用抗栓治疗的方案的患者 DCS 总分比较,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

表 2 缺血性脑血管病患者血管内治疗 DCS 得分情况($n=143$)

项目	条目数 (n)	最小值 (分)	最大值 (分)	中位数 [$M(Q_1, Q_3)$, 分]
信息和价值观	6	0	18	5(1,10)
决策支持和决策有效性	8	0	19	7(3,9)
决策不确定性	2	0	8	4(2,4)
合计	16	0	43	16(9,23)

表 3 不同特征缺血性脑血管病患者血管内治疗 DCS 总分比较[$n=143, M(Q_1, Q_3)$, 分]

项目	n	DCS 总分	Z/H	P
性别			0.860	0.451
男	120	24.22(14.06,35.55)		
女	23	28.13(14.06,42.19)		
年龄			1.846	0.397
<40 岁	1	35.94		
40~60 岁	45	28.13(17.97,41.41)		
>60 岁	97	25.00(12.50,35.94)		
文化程度			7.847	0.097
小学以下	55	28.13(17.19,43.75)		
初中	38	22.66(10.16,31.25)		
高中/中专	32	23.44(12.89,29.30)		
大专	12	27.34(11.33,33.60)		
本科及以上	6	25.00(16.41,35.55)		
婚姻状况			0.281	0.964
未婚	4	21.88(14.84,30.08)		
已婚	136	25.00(14.06,35.94)		

续表 3 不同特征缺血性脑血管病患者血管内治疗 DCS 总分比较[$n=143,M(Q_1,Q_3)$,分]

项目	<i>n</i>	DCS 总分	<i>Z/H</i>	<i>P</i>
离异/分居	1	23.44		
丧偶	2	26.56(23.44,26.56)		
工作状态			3.290	0.193
从未就业	53	28.13(20.31,39.84)		
离/退休	72	23.44(11.33,31.25)		
在职	18	22.66(7.03,42.19)		
居住地区			−0.782	0.434
城镇	82	24.22(12.50,35.94)		
农村	61	26.56(17.97,38.28)		
家庭月收入			12.244	0.016
<1 000 元	20	28.13(20.70,44.53)		
1 000~<3 000 元	38	25.78(16.80,36.72)		
3 000~<6 000 元	54	28.13(14.84,35.94)		
6 000~<10 000 元	20	14.84(5.08,25.00)		
≥10 000 元	11	25.00(14.06,31.25)		
付费方式			4.098	0.251
自费	3	29.69(23.44,29.69)		
职工医保	58	22.66(12.50,30.08)		
城镇居民医保	77	26.56(15.63,39.84)		
其他	5	35.94(15.63,53.13)		
病程			0.965	0.810
<1 个月	35	28.13(14.06,37.50)		
1~<2 个月	33	25.00(16.41,35.16)		
2~<3 个月	14	24.22(17.19,37.50)		
≥3 个月	61	21.88(11.72,35.94)		
合并症			2.687	0.261
无	24	22.66(10.94,29.69)		
1 种	73	26.56(15.63,40.63)		
≥2 种	46	25.00(10.94,39.84)		
知晓置入脑血管支架的类型和区别			−4.076	<0.001
是	64	21.88(10.94,28.13)		
否	79	29.69(18.75,42.19)		
知晓支架置入术只是降低卒中再发风险而非治疗卒中症状的手段			−2.392	0.017
是	103	23.44(12.50,32.81)		
否	40	28.91(21.88,42.19)		
知晓支架置入术后长期使用抗栓治疗的方案			−3.405	0.001
是	109	23.44(11.72,31.25)		
否	34	31.25(23.44,46.88)		
实际参与决策类型			−1.784	0.074
被动参与	105	26.56(15.63,39.85)		
合作及主动参与	38	21.10(10.94,35.94)		
期待与实际参与一致			−1.075	0.282
是	121	25.00(14.06,38.28)		
否	22	24.22(9.77,29.69)		
支架置入术后再狭窄			−0.942	0.346
是	14	29.69(13.67,48.44)		
否	129	25.00(14.06,35.94)		
LDL-C<1.8 mmol/L			−1.194	0.232

续表 3 不同特征缺血性脑血管病患者血管内治疗 DCS 总分比较[$n=143, M(Q_1, Q_3)$, 分]

项目	<i>n</i>	DCS 总分	<i>Z/H</i>	<i>P</i>
是	90	23.44(12.50,30.47)		
否	53	26.56(14.06,41.02)		
焦虑			-0.393	0.694
是	17	25.00(18.75,39.06)		
否	126	25.00(13.67,35.94)		
抑郁			-0.140	0.888
是	11	21.86(14.06,31.25)		
否	132	25.00(14.06,35.94)		

2.4 缺血性脑血管病患者 DCS 总分与患者参与医疗决策满意度量表总分和各维度得分的相关性分析

患者参与医疗决策满意度量表总分为 94.79 (75.66,100.00)分。以 DCS 总分为因变量,患者参与医疗决策满意度量表总分和各维度得分为自变量行 Spearman 相关分析,结果显示,DCS 总分与患者参与医疗决策满意度量表总分、信息得分、决策得分、交流协商得分、总满意度及信心得分均呈负相关($P<0.05$),见表 4。

2.5 多元线性回归分析

以 DCS 总分作为因变量,选择单因素分析及相关性分析中差异有统计学意义的变量作为自变量,进行多元线性回归分析。由于“决策”维度变量与其他

变量存在严重共线性,因此在多元回归分析中剔除该变量。结果显示,是否知晓置入脑血管支架的类型和区别、是否知晓支架置入术只是降低卒中再发风险而非治疗卒中症状的手段 2 个变量与 DCS 总分相关($P<0.05$),可解释总变异的 36.5%,见表 5。

表 4 缺血性脑血管病患者 DCS 总分与患者参与医疗决策满意度量表总分及各分维度得分的相关性分析($n=143$)

自变量	<i>r</i>	<i>P</i>
量表总分	-0.503	<0.001
信息	-0.400	<0.001
决策	-0.496	<0.001
交流协商	-0.515	<0.001
总满意度及信心	-0.547	<0.001

表 5 缺血性脑血管病患者决策冲突影响因素的多元线性回归分析

项目	<i>B</i>	<i>SD</i>	β	<i>t</i>	<i>P</i>
常数项	51.680	9.785		5.281	<0.001
家庭月收入	-1.362	0.997	-0.096	-1.365	0.174
知晓置入脑血管支架的类型和区别	5.697	2.215	0.196	2.572	0.011
知晓支架置入术只是降低卒中再发风险而非治疗卒中症状的手段	5.227	2.408	0.151	2.171	0.032
知晓支架置入术后长期使用抗栓治疗的方案	1.428	2.726	0.039	0.524	0.601
患者参与医疗决策满意度量表总分	-0.097	0.238	-0.092	-0.409	0.683
信息	-0.014	0.139	-0.029	-0.102	0.919
交流协商	0.046	0.226	0.054	0.204	0.838
总满意度及信心	-0.381	0.523	-0.431	-0.728	0.468

$R^2=0.404$,调整 $R^2=0.365$, $F=11.208$, $P<0.001$;决策维度因与其他变量存在严重共线性,因此在多元回归分析中被剔除。

3 讨 论

3.1 缺血性脑血管病患者血管内治疗的决策参与现状

本调查结果显示,高达 73.43%(105/143)的患者在实际参与决策过程中直接听取和接受医生的治疗计划,即被动决策,这与 GROENVELD 等^[22]对心血管疾病研究结果相似,说明患者在实际决策过程中缺乏主观能动性,具有依赖心理。分析原因:一方面,虽然医患共享决策理念在国外发展较成熟,但国内长期受传统“家长式”医疗决策理念等因素的影响,大多数患者在决策过程中习惯处于被动状态。另一方面,由

于缺血性脑血管病的病死率高、复发率高,尤其对于急性大血管闭塞型脑梗死患者而言,尽早进行血管内治疗是关键治疗手段之一,可降低患者再发卒中风险。然而在决策过程中,可能由于医务人员提供的信息和心理情感支持不足,只是单纯介绍血管内治疗的利弊风险,未鼓励患者及家属积极参与决策讨论,导致患者易陷入决策困境,希望通过医生专业的建议做出最后的决策。因此,医务人员应加强与患者沟通,保证信息的有效传递,鼓励患者表达自己的价值观,提高决策质量。

3.2 缺血性脑血管病患者血管内治疗的决策冲突

水平

本研究发现,缺血性脑血管病血管内治疗患者 DCS 总分为 25.00(14.06,35.94)分,32 例(22.38%)患者决策冲突处于高等水平,存在决策延迟或决策不确定情况,说明缺血性脑血管病患者血管内治疗的决策冲突水平有待进一步改善,与王丽萍等^[23]、许敏等^[24]研究结果相近,但低于张舵等^[25]对主动脉夹层患者的研究,可能与研究对象不同有关。但就国内决策冲突现状和辅助决策研究总体情况而言^[26-27],共享决策尚处于探索阶段,未能采取有效的决策辅助干预措施是导致患者决策冲突的重要原因。在血管内治疗决策冲突中,决策支持和决策有效性维度得分最高,信息和价值观维度次之,说明患者未从他人得到足够的决策支持,主要依靠自己做出决定;缺血性脑血管病血管内治疗患者信息缺乏,患者不清楚每种治疗选择带来的益处或风险究竟有多大。因此,医护人员在制订决策辅助干预方案时,可提供缺血性脑血管病相关专业信息,可利用决策辅助手册、决策辅助宣教视频等多种方式详细阐述每种治疗方式的利弊与风险,帮助患者理清价值倾向和选择偏好,同时帮助患者获得更多的家庭和社会支持,进一步减轻患者的决策冲突水平,提高决策质量和决策满意度。

3.3 缺血性脑血管病患者血管内治疗决策冲突的影响因素

本研究结果显示,知晓置入脑血管支架的类型和区别、知晓支架置入术只是降低卒中再发风险而非治疗卒中症状的患者决策冲突水平较低。多项研究证实,信息获取是患者参与医疗决策不可或缺的一部分,医务人员有义务向患者提供高质量的信息^[28-29],这是医疗服务的重要组成部分。医生未给予患者足够的信息支持,患者对医患沟通的信息理解不对等,都是患者产生决策冲突的重要原因。例如,对于症状性缺血性脑血管病患者而言,在其选择脑血管支架置入手术方案前,最关心的是治疗后神经功能症状改善情况。医患之间的沟通策略对于患者充分理解和管理治疗计划,减少不确定性,消除疑虑、恐惧,提高自我效能感等方面至关重要^[27]。若在与医生沟通交流过程中,对信息的获取有限或不明确,极大可能增加患者的决策冲突。

信息、交流协商、总满意度和信心与决策冲突水平呈负相关,这与相关研究^[30-31]结果一致。本研究结果显示,患者参与医疗决策总满意度量表总分为 94.79(75.66,100.00)分,表明患者对医疗决策结果总体较满意。可能是因为部分缺血性脑血管病患者虽然未充分理解医生提供的信息,但仍然做出比较肯定的决策,源于患者在面临血管内治疗决策时更倾向于听从医生的建议,而并不是结合自身偏好做出决策。临床上,多由手术医生与患者进行术前谈话,但谈话次数较少,而护士作为健康教育者、治疗合作者

与协调者,可充分发挥医患沟通桥梁作用,双向传递信息,以提高患者及家属共同决策的积极性,进一步减少决策冲突,提高满意度。

本研究对患者进行出院后随访,追踪了解患者行血管内治疗的预后情况。结果显示,发生支架置入术后再次狭窄患者的决策冲突水平高于未再狭窄患者,治疗后 LDL-C ≥ 1.8 mmol/L 患者决策冲突水平高于 LDL-C < 1.8 mmol/L 患者,两者比较差异无统计学意义($P>0.05$),这可能与样本量较小,或因本研究为前瞻性调查研究,未对患者行决策辅助干预措施有关。未来将基于本研究结果,结合质性访谈及循证研究构建决策辅助方案并应用,进一步验证患者决策冲突的影响因素。

本研究显示,缺血性脑血管病血管内治疗患者存在一定程度的决策冲突。医护人员应重视此类人群,采取个性化、针对性、科学有效的决策辅助方案,使患者能更便捷地获得更多疾病与治疗相关信息,共同参与医疗决策,提升决策质量及满意度,以改善患者预后。本研究样本量相对较小,研究对象来源局限于一家医院,未来可增大样本量或通过质性研究方法,深入探索缺血性脑血管病患者血管内治疗决策冲突的影响因素,为制订决策辅助方案提供依据。

参考文献

- [1] TANG Y, GENG D. Associations of plasma LP(a), Hcy and D-D levels with the subtype of ischemic cerebrovascular disease [J]. *Medicine (Baltimore)*, 2019, 98(11): e14910.
- [2] KONG Q, MA X, WANG C, et al. Patients with acute ischemic cerebrovascular disease with coronary artery stenosis have more diffused cervicocephalic atherosclerosis [J]. *J Atheroscler Thromb*, 2019, 26(9): 792-804.
- [3] 邢效如, 郝雅男, 孙志, 等. 血管内支架介入成形术对老年缺血性脑血管病患者的神经功能、动脉血流速度及预后的影响[J]. *现代生物医学进展*, 2020, 20(12): 2289-2292.
- [4] 林凯龙, 许业强, 罗静芳, 等. 脑血管支架植入手术治疗缺血性脑血管病 48 例临床分析[J]. *中国实用神经疾病杂志*, 2018, 21(7): 740-745.
- [5] JANIS I L, MANN L. Decision making: a psychological analysis of conflict, choice, and commitment[M]. New York: Free Press, 1977.
- [6] SIM J A, SHIN J S, PARK S M, et al. Association between information provision and decisional conflict in cancer patients[J]. *Ann Oncol*, 2015, 26(9): 1974-1980.
- [7] GHAEMI S Z, KESHAVARZ Z, TAHMASEBI

S, et al. Conflicts women with breast cancer face with;a qualitative study[J]. J Family Med Prim Care,2019,8(1):27-36.

[8] 邵舒颖,李桃,刘卫娟. 癌症患儿代理人决策冲突的研究进展[J]. 护理学杂志,2021,36(16):92-95.

[9] 赵丽华,姜桂春. 癌症患者替代决策者决策冲突研究进展[J]. 护理学杂志,2021,36(12):106-110.

[10] COFFEY M,HANNIGAN B,MEUDELL A,et al. Quality of life, recovery and decision-making: a mixed methods study of mental health recovery in social care[J]. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol,2019,54(6):715-723.

[11] 曹丽君,黄丽华,蒋建萍. 医护患共同决策方案在房颤患者预防脑卒中中的应用[J]. 中华护理杂志,2022,57(7):779-784.

[12] 李姗姗,黄红艳,李媛媛,等. 终末期慢性肾脏病患者治疗决策需求的研究进展[J]. 护理学报,2023,30(7):38-43.

[13] 中华医学会神经病学分会,中华医学会神经病学分会脑血管病学组. 中国各类主要脑血管病诊断要点 2019[J]. 中华神经科杂志,2019,52(9):710-715.

[14] 金丕焕. 医学统计学[M]. 上海:复旦大学出版社,2003.

[15] DEGNER L F,SLOAN J A,VENKATESH P. The control preferences scale[J]. Can J Nurs Res,1997,29(3):21-43.

[16] 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,2010.

[17] 李玉. 早期原发性肝癌患者治疗决策辅助方案的构建与应用研究[D]. 上海:第二军医大学,2017.

[18] ZIGMOND A S,SNAITH R P. The hospital anxiety and depression scale[J]. Acta Psychiatr Scand,1983,67(6):361-370.

[19] 和莹萍. 脑血管支架置入术后再狭窄影响因素研究[J]. 中国医疗器械信息,2024,30(7):123-125.

[20] 丁波,龚洁芹,沈李奎. 急性缺血性脑卒中患者血清指标与病情和预后的关系[J]. 天津医药,2024,52(2):172-176.

[21] 动脉粥样硬化斑块的筛查与临床管理专家共识[J/CD]. 中华心血管病杂志(网络版),2022,5(1):1-13.

[22] GROENVELD H F,COSTER J E,VAN VELDHUISEN D J,et al. Downgrade of cardiac defibrillator devices to pacemakers in elderly heart failure patients: clinical considerations and the importance of shared decision-making[J]. Neth Heart J,2021,29(5):243-252.

[23] 王丽萍,王慧,侯铭,等. 222 名颅内肿瘤患者家属决策冲突现状及影响因素分析[J]. 护理学报,2022,29(20):11-16.

[24] 许敏,崔丽华,肖建明. 尿道下裂手术患儿父母决策冲突与健康信念现状调查研究[J]. 中国卫生统计,2021,38(1):81-83.

[25] 张舵,周雁荣,刘娟,等. 主动脉夹层患者术前决策现状及影响因素分析[J]. 护理学杂志,2022,37(5):73-76.

[26] 廖宗峰,金迪,梅翠红,等. 患者决策冲突的研究进展[J]. 护理学杂志,2018,33(12):106-109.

[27] 刘潭蓉,徐彩娟,章亚平,等. 手术病人决策辅助的研究进展[J]. 护理研究,2024,38(6):1010-1014.

[28] GAO J P,JIN Y H,YU S F,et al. Evaluate the effectiveness of breast cancer decision aids:a systematic review and meta-analysis of randomize clinical trails[J]. Nurs Open,2021,8(5):2091-2104.

[29] MÜLLER M,URECH C,BOIVIN J,et al. Addressing decisional conflict about fertility preservation: helping young female cancer survivors' family planning decisions[J]. BMJ Sex Reprod Health,2018,44(3):175-180.

[30] 吕静,文皓,汪世秀. 髋关节置换术患者术前决策冲突现状及影响因素分析[J]. 安徽医学,2023,44(9):1110-1115.

[31] 曹亚雨,刘惠蓉,彭玉娇. 肾移植受者手术决策参与满意度的调查研究[J]. 中华护理杂志,2021,56(9):1340-1346.

(收稿日期:2024-08-22 修回日期:2024-12-21)
(编辑:姚 雪)