

模糊痕迹理论视角下临床护理共享决策的研究进展

刘思语¹, 高晓芸¹, 王佳敏¹, 宋悦¹, 李绍文², 冯会玲^{1,3}

摘要: 模糊痕迹理论属于医疗决策理论,可以帮助患者迅速提取复杂医学信息的要点,促进其对决策内容的理解和利弊权衡,进而作出高质量的共享决策。本文对模糊痕迹理论的起源、概念、在临床护理共享决策领域的研究现状及应用效果进行综述,以期国内护理共享决策的发展提供参考与借鉴。

关键词: 共享决策; 决策辅助; 模糊痕迹理论; 医疗决策; 护理; 综述文献

中图分类号: R471; C934 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2025.11.121

Research progress of shared decision making in clinical nursing from the perspective of fuzzy-trace theory

Liu Siyu, Gao Xiaoyun, Wang Jiamin, Song Yue, Li Shaowen, Feng Huiling.

School of Nursing, Hebei University of Chinese Medicine, Shijiazhuang 050200, China

Abstract: Fuzzy-trace theory belongs to medical decision-making theory, which can help patients quickly extract the main points of complex medical information, promote their understanding of decision content and pros and cons weighing, and then make high-quality shared decisions. This paper reviews the origin, concept, research status and application effect of fuzzy-trace theory in the field of clinical nursing shared decision making, in order to provide references for the development of domestic nursing shared decision making.

Keywords: shared decision making; decision aid; fuzzy-trace theory; medical decision making; nursing care; literature review

共享决策(Shared Decision Making, SDM)是一种以患者为中心的决策方案,优先考虑患者的观点,结合最佳临床证据,引导患者选择诊断或治疗方面的偏好而进行共享决策^[1]。在诊疗、护理方案制订过程中,最理想的做法是让患者与医生和护士共同决策,但患者常因缺乏专业知识、反复权衡利弊信息等因素存在决策困境,导致决策延迟,甚至做出决策后产生决策后悔,严重影响共享决策的质量^[2]。因此,共享决策重心在于高质量的决策辅助。有研究发现,将模糊痕迹理论(Fuzzy-trace Theory, FTT)应用于决策辅助,可以使患者迅速理解并提取陌生、复杂医学信息的要点知识,从而帮助其进行共享决策^[3]。人们在判断信息和做出决策时常依赖于信息的要点,而不是细节,该理论解释了要点信息支持共享决策的有效性^[4]。近年来,模糊痕迹理论由心理学逐渐扩展至医学领域,并逐步向临床决策领域发展。模糊痕迹理论通过提供决策辅助、进行风险沟通、强化信息引导及助力情感支持等方式,使患者能够迅速提炼复杂医学信息的要点,为护理共享决策提供可靠的价值观引领。本文对模糊痕迹理论的起源及概念、在临床护理共享决策领域的应用现状和效果进行综述,以期为我

国临床护理人员开展共享决策提供参考。

1 模糊痕迹理论的起源及概念

模糊痕迹理论由美国心理学家 Brainerd 等^[5]于 1984 年提出,常用于解释推理、记忆的研究,主要用于心理学领域,并说明个体对信息的处理方式是从精确、细节的逐字表述到模糊、简单的要点表述。1990 年,Brainerd 等^[6]通过实验证实模糊痕迹理论的预测,人们需要平衡记忆强度、情景激活和输出干扰 3 个因素,以最大限度地提高回忆率。1998 年,Reyna 等^[7]进一步丰富模糊痕迹理论的内涵,并提出其核心内容是要点提取、模糊到逐字逐句的连续体、模糊加工偏好、短时记忆的重构、输出干扰、资源自由和个体发生。2001 年,Brainerd 等^[8]将模糊痕迹理论应用于虚假记忆发展的神经科学研究、脑损伤患者虚假记忆研究等领域,并证实模糊痕迹理论可以通过加深对真实事件的回忆来抵制错误信息和提取要点的模糊加工偏好。2006 年,Reyna 等^[9]首次将医疗决策与模糊痕迹理论关联,发现高级知识分子做出决策所依靠的信息更少。

模糊痕迹理论是一种综合记忆、推理、判断和决策的双过程模型,已被用于研究生命周期中的个体做出风险决策的过程^[10]。当患者接受复杂信息刺激时,大脑会自动形成多重表述,包括细节表述和要点表述。细节表述指精确的数字和细节,往往会导致大脑信息过载,影响对信息的识别和认知;要点表述强调提取信息模糊的主旨和分类,更容易被理解和记忆^[11]。模糊加工偏好指个体对要点或细节表述的偏好和依赖,会随着经验或专业知识的增加而增加^[12]。因此,人们在面对复杂信息时,会形成从细节表述到

作者单位:1. 河北中医药大学护理学院(河北 石家庄,050200);
2. 河北医科大学外语教学部;3. 河北省中医药康养照护重点实验室

通信作者:冯会玲, fenghuiling@hebcm.edu.cn

刘思语:女,硕士在读,学生, yjs20234026@hebcm.edu.cn

科研项目:河北省社会科学基金项目(HB23SH016);河北省属高校基本科研业务费项目(YXTD2023009)

收稿:2025-01-13;修回:2025-03-05

要点表述的多次信息加工,形成不同程度的认知来做出判断。

2 模糊痕迹理论在临床护理共享决策领域的应用现状

2.1 决策辅助 决策辅助作为共享决策的一部分,通过为患者提供不同治疗方案的利弊信息,帮助澄清患者个人偏好和价值观,促进患者参与临床决策。Zikmund-Fisher 等^[13]研究显示,采用象形图等可视化图形进行决策辅助能使患者及健康素养较低的人群容易理解决策要点信息。患者了解治疗方案的利弊和风险概率信息有助于决策过程,但会受到个人健康、数字素养的影响,并且患者通常需要对陌生的治疗方案进行抉择,极易受到个人偏好的影响。为解决此类问题,Kohut 等^[14]构建了为癌症患者提供决策辅助网站,其中患者的建议被汇集到空白表格中,包括添加插图、视频等要点信息,能更加清晰地介绍癌症风险,增加文化程度较低群体访问的可行性。van Strien-Knippenberg 等^[15]使用可视化要点信息呈现决策相关信息,如使用数字而不是仅使用文字标签,可增强患者理解要点信息的能力。Morrow 等^[16]使用基于计算机的代理系统(Computer-based Agent Systems,CAs)中新型 AI 人机对话方式,通过语调、面部表情等非语言线索和风险分类标签等语言线索,引导患者理解决策中的要点信息,能使其更加便捷地了解疾病信息,辅助其高效做出共享决策。护士应将要点信息贯彻至共享决策全过程,为患者量身定制适合其文化程度、健康素养的决策辅导。

2.2 风险沟通 风险沟通旨在向患者或其家属传递和解释风险信息,以提升其应对风险的能力^[17]。多样化的风险沟通策略可以帮助患者理解决策中的要点信息。Zhang 等^[18]将“问-说-问”沟通方式应用于重症监护室脑卒中患者与护士共享决策和风险沟通中,即询问患者是否理解,若患者对要点信息刺激有反应,则说明理解或同意,继续提供要点信息,再次询问去验证患者的偏好,重构患者的意愿,并观察其对刺激的反应。该方式易形成护患双方一致、尊重和可理解的信息传递,提高决策效率。Mallery 等^[19]提出了姑息与治疗协调沟通模式(Palliative and Therapeutic Harmonization,PATH),该模式高度依赖循证决策的应用,旨在为患者及家属提供所需信息,整合价值,帮助其考虑现实结果,允许患者根据自己的偏好接受或拒绝治疗,以追求明智的医疗决策。Joynt 等^[20]调查发现,医护人员与家属之间的共享决策是主要模式,提出教育患者及家属通过预先指示来表达其在 ICU 中使用维持生命疗法的偏好,并鼓励患者与家属对话或采用正式方式表达其临终关怀意愿。护士在风险沟通过程中,应根据临床情境、患者病情等采取不同的沟通策略,为患者提供决策要点信息。

2.3 信息引导 目前网络已成为大众获取健康信息的主要渠道,与健康相关的主题越来越容易受到错误信息的误导。模糊痕迹理论认为要点信息更容易被传播和记忆。Wolfe 等^[21]指出,由于错误的要点信息被广泛传播,接种疫苗的风险被夸大,人们被错误信息所误导而选择不接种疫苗,不利于流行性疾病的控制。因此,形成有用的要点表述和加强信息引导对于做出共享决策至关重要。Hwang 等^[12]发现要点知识可以增加个体对错误信息的抵抗力,如增加分类要点知识,提供分类要点线索和提升信息素养等。Keene 等^[22]研究结果显示,即便信息不完整或模糊,护士仍能凭借要点信息做出有效护理决策。表明模糊痕迹理论能辅助护理人员进行临床推理,加强要点信息引导,减少对直觉的依赖。未来应重点评估要点信息的引导能力,关注护理人员筛选要点信息的能力,模拟真实的医疗环境,以增强研究的实用性。

2.4 情感支持 情感支持在共享决策中起着重要作用。当患者意识到处于生命终末期时,会加剧对决策的担忧和恐惧。Reyna 等^[23]指出临终决策要点不是低质量生存,而是在生命终末期能够与家人交流和得到陪伴。护士可以帮助临终患者了解适用于他们的要点,并且提供情感支持,使患者感知希望。Buur 等^[24]对肾衰竭患者的临终关怀决策需求研究结果显示,及时告知患者预期疾病轨迹和询问患者临终护理偏好,可以让患者及亲属有机会为临终做好准备,以便做出高质量临终关怀决策。Ewy^[25]通过收集与临终患者生活相关的故事,帮助患者在逆境中寻找力量,成为发展护患信任关系和参与共享决策的工具,帮助患者获得高质量的临终关怀。护士应及时早期评估临终患者的心理韧性^[26],了解患者存在心理负担的原因,与家属共同提供高水平的社会支持,帮助患者与医生共同制订舒缓医疗方案,从而减轻其痛苦和心理负担。

3 模糊痕迹理论在临床护理共享决策中的应用效果

3.1 帮助低健康素养患者加强决策信息理解,提高风险沟通效果 患者做出共享决策依赖于对决策信息的理解,而健康素养高低会影响做出决策的水平和效果。Hajizadeh 等^[27]研究提示,采用象形图可以提高数字素养较低患者对信息的理解,为其提供价值澄清的机会。Baird 等^[28]的研究显示,患者决策辅助工具中纳入风险呈现模式的可变性可能会影响决策,尤其是在健康素养和数字能力较低的患者和护士中。因此,需要通过图表、象形图等视觉形式传达风险信息。Hochstenbach 等^[29]制订一款前列腺癌患者的决策辅助工具,重点提供有关常规治疗和不良反应的信息以及对个性化风险的明确解释,通过条形图、图标数组、图例等形式呈现一般风险和个性化风险,可以

提高风险沟通效果。Snyder 等^[30]研究证实,使用要点信息可视化时间表可以帮助低健康素养及图形素养的前列腺癌幸存者管理纵向数据,加强对检查报告的理解。护士应注意对低健康素养人群实施基于模糊痕迹理论的决策辅助和健康教育,以图形、图表等视觉形式传递决策要点信息,以帮助患者迅速理解决策信息,进行高效的风险沟通。

3.2 可为患者提供不同格式的可视化要点信息决策辅助,降低患者决策冲突 疾病风险的可视化呈现格式是决策辅助的基本要素。Zikmund-Fisher 等^[13]评估不同呈现格式对女性患癌风险感知的影响,发现象形图可以同时传达患者的主观印象和具体数值信息,并考虑将象形图作为患者决策辅助和风险沟通的一部分。Charlton 等^[31]为宫颈癌筛查女性发放信息手册,内容包含宫颈癌筛查程序、潜在结果以及筛查风险、益处等信息。研究发现当前手册要点信息的呈现不够充分,参与者难以理解其内容,且纸质手册传递信息存在更新不及时等弊端,更倾向于以数字形式呈现要点信息。Austria 等^[32]为前列腺癌患者提供基于偏好的治疗决策辅助工具,干预后患者决策冲突评分降低 37%。Proto 等^[33]研究发现,风险矩阵图中的颜色可以影响决策,尤其在数字能力较高的人群中更为明显。Rakow 等^[34]在决策辅助中应用漏斗图,发现该图容易被患者理解,但作为患者治疗决策的决策辅助效果不明显。因此,护士在为患者提供可视化决策辅助时,应根据患者需求提供不同格式的决策辅助工具,还要注意颜色对患者的影响,避免使用具有暗示性的颜色;另外,不能盲目地使用图表,应根据患者的使用意愿、效果进行改进,从而提升决策辅助效果,减轻患者决策冲突。

3.3 可以减轻框架效应对医疗决策个体的影响,使决策达到个体效应最大化 框架效应指个体在决策中会受选择方案的框架形式影响而表现出偏好逆转的现象,这种现象违背理性决策恒定原则。依据模糊痕迹理论观点,采用模糊的要点表述,可以强化框架效应;相反,如果引导个体思考决策的预期价值或深入分析,则能有效削弱框架效应对个体决策过程的干扰^[35]。Zikmund-Fisher 等^[13]提出,重点描述 16% 的乳腺癌患癌风险,可能会使更多女性进行乳腺癌筛查,基于模糊痕迹理论操作可引发或消除框架效应,取决于诱导直觉或细节分析。Boyle 等^[36]将参与者随机分为积极框架组和消极框架组,分别针对全髋关节置换术和全膝关节置换术的小型插图进行阅读,发现积极框架组中愿意继续手术的比例显著高于消极框架组。而并发症风险和长期结果的框架会影响患者的决策和对疾病担忧的程度。Satzkes 等^[37]研究发现,基于要点信息的决策辅助工具可以清晰表达医疗决策、风险和获益信息,帮助自闭症患者从理性角度进行价值思考,以减轻框架效应对决策的影响。与

患者做出共享决策时,护士应引导其进行深入思考,注意清晰、简洁和有逻辑地呈现要点信息,必要时使用可视化决策支持或决策树,以加强决策过程中解释、理解和逻辑的一致性,帮助患者减少决策过程中框架效应的影响,提高决策水平。

4 启示

4.1 从需求出发构建基于模糊痕迹理论的智能化临床决策支持系统 智能化临床决策支持系统可以为护士提供全面的知识与决策支持,定期更新基于证据和指南的建议,辅助护士进行共享决策,进而提高临床护理决策标准^[38]。基于模糊痕迹理论指导的智能化临床决策支持系统可以帮助患者个性化解释复杂医学信息的要点,有助于患者深度学习和理解医学知识;通过智能语音鼓励患者形成灵活的要点表述,从而促进医疗环境中的共享决策^[3]。随着患者理解力的不断提高,可以促进其在要点回忆中重构细节,从而提升其共享决策水平。未来应以患者的临床决策需求出发,结合其偏好与价值观,不断提升临床护理共享决策质量。

4.2 强化要点知识在共享决策领域的长期影响 信息要点决定了人们通过社交媒体记忆、决定和分享的内容,而不是信息本身的细节部分。模糊痕迹理论认为要点知识比细节知识具有更长的存留时间和更持久的影响效果^[4,8]。护士应将模糊痕迹理论应用于临床共享决策,不断提炼医学信息中的要点,分辨错误信息,依据要点知识辅助患者做出共享决策。此外,与细节信息相比,要点信息更能影响判断和决策,未来研究需关注要点信息不同呈现方式之间的转化,将要点知识长期应用于共享决策中,帮助患者进行满意、高质量的共享决策。

4.3 树立积极的核心价值观和护理专业价值观 在临床护理环境中,仅依靠要点信息还不足以做出明智的共享决策,护士必须具备积极的核心价值观和护理专业价值观。护理专业价值观具备的属性为人性、德性和理性,可以概括为保护患者的尊严和隐私,为患者提供无私的人文关怀,符合护士伦理道德规范^[39]。护士应提醒患者始终秉持与决策相关的核心价值观,确保患者理解医疗信息的底线含义,并应用于共享决策。未来应不断整合患者的偏好与价值观帮助其进行共享决策,为患者充分了解决策机制和改善决策支持提供动力,以应对共享决策挑战。

5 小结

基于模糊痕迹理论指导的护理共享决策可以帮助患者理解决策要点信息,降低患者的决策后悔和减轻框架效应的影响。目前,模糊痕迹理论在我国护理共享决策领域的应用尚处于起步阶段。未来研究应基于模糊痕迹理论开发智能化临床决策支持系统,发挥要点信息在临床护理共享决策中的作用,不断为患

者提供简便、易懂的要点决策辅助,帮助患者做出更加科学、高质量的共享决策。

参考文献:

- [1] Sepucha K R, Scholl I. Measuring shared decision making: a review of constructs, measures, and opportunities for cardiovascular care[J]. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes*, 2014, 7 (4): 620-626.
- [2] 詹永佳,李永红,黄润勤,等. 癌症患者决策后悔的研究进展[J]. *护理学杂志*, 2024, 39(7): 126-129.
- [3] Smith S K, Barratt A, Trevena L, et al. A theoretical framework for measuring knowledge in screening decision aid trials[J]. *Patient Educ Couns*, 2012, 89(2): 330-336.
- [4] Reyna V F. A theory of medical decision making and health: fuzzy trace theory[J]. *Med Decis Making*, 2008, 28(6): 850-865.
- [5] Brainerd C J, Kingma J. Do children have to remember to reason? A fuzzy-trace theory of transitivity development[J]. *Dev Rev*, 1984, 4(4): 311-377.
- [6] Brainerd C J, Reyna V F, Howe M L. Children's cognitive triage: optimal retrieval or effortful processing[J]. *J Exp Child Psychol*, 1990, 49(3): 428-447.
- [7] Reyna V F, Brainerd C J. Fuzzy-trace theory and false memory: new frontiers[J]. *J Exp Child Psychol*, 1998, 71 (2): 194-209.
- [8] Brainerd C J, Reyna V F. Fuzzy-trace theory: dual processes in memory, reasoning, and cognitive neuroscience[J]. *Adv Child Dev Behav*, 2001, 28: 41-100.
- [9] Reyna V F, Lloyd F J. Physician decision making and cardiac risk: effects of knowledge, risk perception, risk tolerance, and fuzzy processing[J]. *J Exp Psychol Appl*, 2006, 12(3): 179-195.
- [10] Setton R, Wilhelms E, Weldon B, et al. An overview of judgment and decision making research through the Lens of Fuzzy Trace Theory[J]. *Xin Li Ke Xue Jin Zhan*, 2014, 22(12): 1837-1854.
- [11] 白景清. 模糊痕迹理论与临床决策[J]. *医学与哲学(临床决策论坛版)*, 2009, 30(2): 81.
- [12] Hwang Y, Jeong S H. Gist knowledge and misinformation acceptance: an application of fuzzy trace theory[J]. *Health Commun*, 2024, 39(5): 937-944.
- [13] Zikmund-Fisher B J, Ubel P A, Smith D M, et al. Communicating side effect risks in a tamoxifen prophylaxis decision aid: the debiasing influence of pictographs[J]. *Patient Educ Couns*, 2008, 73(2): 209-214.
- [14] Kohut K, Morton K, Turner L, et al. Codesign of Lynch ChoicesTM: using implementation science to create a clinically deliverable patient decision support website to transform cancer genetics care pathways[J]. *Psychooncology*, 2024, 33 (3): e6330.
- [15] van Strien-Knippenberg I S, Timmermans D R M, Engelhardt E G, et al. Presenting decision-relevant numerical information to Dutch women aged 50-70 with varying levels of health literacy: case example of adjuvant systemic therapy for breast cancer[J]. *PLoS One*, 2024, 19 (9): e309668.
- [16] Morrow D, Hasegawa-Johnson M, Huang T, et al. A multidisciplinary approach to designing and evaluating Electronic Medical Record portal messages that support patient self-care[J]. *J Biomed Inform*, 2017, 69(1): 63-74.
- [17] 王旭阳,郭芝廷,张玉萍,等. 心血管疾病风险沟通的研究进展[J]. *中华护理杂志*, 2024, 59(15): 1916-1921.
- [18] Zhang H, Davies C, Stokes D, et al. Shared decision-making for patients with stroke in neurocritical care: a qualitative meta-synthesis[J]. *Neurocrit Care*, 2025, 42 (2): 644-667.
- [19] Mallery L, Krueger-Naug A, Moorhouse P, et al. Transforming communication on serious illness and frailty: a comprehensive approach to empowering informed decision-making[J]. *J Palliat Med*, 2024, 27(10): 1297-1302.
- [20] Joynt G M, Ling S K H, Chang L L, et al. End-of-life practices in Hong Kong intensive care units: results from the Ethicus-2 study[J]. *Hong Kong Med J*, 2024, 30(4): 300-309.
- [21] Wolfe C R, Eylem A A, Dandignac M, et al. Understanding the landscape of web-based medical misinformation about vaccination[J]. *Behav Res Methods*, 2023, 55(1): 348-363.
- [22] Keene T, Newman E, Pammer K. Can degrading information about patient symptoms in vignettes alter clinical reasoning in paramedics and paramedic students? An experimental application of fuzzy trace theory[J]. *Australas Emerg Care*, 2023, 26(4): 279-283.
- [23] Reyna V F, Edelson S, Hayes B, et al. Supporting health and medical decision making: findings and insights from fuzzy-trace theory[J]. *Med Decis Making*, 2022, 42(6): 741-754.
- [24] Buur L E, Bekker H L, Søndergaard H, et al. Feasibility and acceptability of the shared decision making for patients with kidney failure to improve end-of-life care intervention: a pilot multicentre randomised controlled trial[J]. *Int J Nurs Stud Adv*, 2024, 7(1): 100231.
- [25] Ewy D. Reducing racial disparities at end-of-life: using narratives to build trust and promote advance care planning[J]. *Am J Hosp Palliat Care*, 2025, 42(6): 532-537.
- [26] 胡雅,郑霞,刘芬,等. 晚期肾癌患者配偶预期性悲伤现状及影响因素[J]. *护理学杂志*, 2023, 38(7): 81-85.
- [27] Hajizadeh N, Basile M J, Kozikowski A, et al. Other ways of knowing: considerations for information communication in decision aid design[J]. *Med Decis Making*, 2017, 37(3): 216-229.
- [28] Baird T A, Previtera M, Brady S, et al. Communicating risk in imaging: a scoping review of risk presentation in patient decision aids[J]. *J Am Coll Radiol*, 2025, 22(2): 172-182.
- [29] Hochstenbach L M J, Determann D, Fijten R R R, et

al. Taking shared decision making for prostate cancer to the next level: requirements for a Dutch treatment decision aid with personalized risks on side effects[J]. *Internet Interv*, 2023, 31: 100606.

[30] Snyder L E, Phan D F, Williams K C, et al. Comprehension, utility, and preferences of prostate cancer survivors for visual timelines of patient-reported outcomes co-designed for limited graph literacy: meters and emojis over comics[J]. *JAMIA*, 2022, 29(11): 1838-1846.

[31] Charlton C, Rodrigues A M. How do young women approaching screening age interpret the NHS cervical screening leaflet? A mixed methods study of identifying interpretation difficulties, barriers, facilitators, and leaflet interpretation, engagement and future screening behaviour[J]. *Health Psychol Behav Med*, 2024, 12(1): 2361005.

[32] Austria M, Kimberlin C, Le T, et al. Patient perceptions of a decision support tool for men with localized prostate cancer [J]. *MDM Policy Pract*, 2023, 8(1): 23814683231156427.

[33] Proto R, Recchia G, Dryhurst S, et al. Do colored cells in risk matrices affect decision-making and risk perception? Insights from randomized controlled studies[J]. *Risk Anal*, 2023, 43(10): 2114-2128.

[34] Rakow T, Wright R J, Spiegelhalter D J, et al. The pros and cons of funnel plots as an aid to risk communication and patient decision making[J]. *Br J Psychol*, 2015, 106(2): 327-348.

[35] 李燕, 徐富明, 史燕伟, 等. 医疗决策中的框架效应[J]. *中国健康心理学杂志*, 2015, 23(12): 1915-1919.

[36] Boyle A B, Sunstein C R. Positive and negative framing of complication risk and long-term outcomes influences decision-making in hip and knee arthroplasty[J]. *Surgeon*, 2025, 23(1): 1-5.

[37] Satkoske V, Migyanka J M, Kappel D. Autism and advance directives: determining capability and the use of health-care tools to aid in effective communication and decision-making[J]. *Am J Hosp Palliat Care*, 2020, 37(5): 354-363.

[38] 翟越, 虞正红, 王颖, 等. 护理临床决策支持系统疼痛专项模块的构建及应用[J]. *护理学杂志*, 2022, 37(9): 1-5.

[39] 李佳霖. 护理专业价值观成长理论的构建及其在本科生培养方案中的应用[D]. 沈阳: 中国医科大学, 2023.

(本文编辑 李春华)

成人患者病情恶化评估工具的研究进展

冯丹妮¹, 王颖¹, 黄素芳¹, Filip Haegdorens², 张可¹, 曾铁英¹

摘要: 早期识别成人患者病情恶化对于及时干预、降低医疗成本和保障患者安全至关重要。本文对成人患者病情恶化相关概念和评估工具进行综述, 并对各类病情恶化评估工具进行比较分析, 以期期为开发结合护士直觉或担忧与生命体征等指标的本土化评估工具提供借鉴, 并为临床风险识别和患者安全管理提供参考。

关键词: 成人患者; 病情恶化; 风险识别; 患者安全; 评估工具; 安全管理; 综述文献

中图分类号: R472 **DOI:** 10. 3870/j. issn. 1001-4152. 2025. 11. 125

Research progress on clinical deterioration assessment tools for adult patients

Feng Danni, Wang Ying, Huang Sufang, Filip Haegdorens, Zhang Ke, Zeng Tieying. Department of Nursing, Tongji Hospital, Tongji Medical College, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan 430030, China

Abstract: Early identification of clinical deterioration in adult patients is essential for timely intervention, reducing healthcare costs, and ensuring patient safety. This paper reviews the concepts and assessment tools involved in clinical deterioration assessment for adult patients. Besides, this study conducts a comparative analysis of various types of clinical deterioration assessment tools, aiming to provide a reference for the development of localized assessment tools by combining nurses' intuition or concern with indicators such as vital signs, thereby aiding in clinical risk identification and patient safety management.

Keywords: adult patients; clinical deterioration; risk identification; patient safety; assessment tool; safety management; literature review

作者单位: 1. 华中科技大学同济医学院附属同济医院护理部 (湖北 武汉, 430030); 2. Centre for Research and Innovation in Care (CRIC), Department of Nursing and Midwifery Sciences, University of Antwerp

通信作者: 曾铁英, 984451641@qq.com

冯丹妮: 女, 硕士, 护师, danny@tjh. tjmu. edu. cn

科研项目: 2024 年华中科技大学同济医学院附属同济医院科研基金项目 (2024D08)

收稿: 2024-12-09; 修回: 2025-02-21

患者安全是一个紧迫且严峻的全球公共卫生问题^[1]。统计数据显示, 每 10 例患者中就有 1 例在医疗过程中受到伤害, 年死亡人数超过 300 万, 间接费用高达数万亿美元^[2]。病情恶化可发生在患者患病期间的任何时间, 但在紧急入院后、手术后和重症监护后的康复期更为常见^[3]。成人患者作为医疗体系中的核心群体, 其病情复杂多变, 病情恶化前生理指标、临床症状或精神状态的异常若能被早期识别, 将