

“过度医疗”在重症监护病房中的表现形式及对策分析

邓晰明 赵士兵 郑胜永 汪华学

蚌埠医学院第一附属医院重症医学科, 安徽蚌埠 233004

通信作者: 邓晰明, Email: bbdxm@163.com

【摘要】“过度医疗”是指医疗机构或医务人员违背医学规范和伦理准则,不能为患者真正提高治疗价值,或者在治疗过程中,不恰当、不规范甚至不道德,脱离患者病情实际而进行的检查、治疗等医疗行为。“过度医疗”在重症监护病房(ICU)中的表现形式主要有无效医疗、高新技术和抗菌药物的过度应用等;其产生的根本原因主要包括医患关系紧张、医患信息不对称以及患者家属固有的伦理道德观念等。应从多方面着手防止“过度医疗”,包括健全政策法规建设、严格管理监控和加强医患沟通。医患共同决策的实行,可能对减少“过度医疗”起重要作用。

【关键词】 过度医疗; 重症监护病房; 无效医疗; 共同决策

基金项目:安徽省高等学校人文社会科学研究重点项目(SK2018A0182)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2021.01.026

Analysis of manifestations and countermeasures of "over-treatment" in intensive care unit Deng Ximing, Zhao Shibing, Zheng Shengyong, Wang Huaxue

Department of Intensive Care Unit, the First Affiliated Hospital of Bengbu Medical College, Bengbu 233004, Anhui, China

Corresponding author: Deng Ximing, Email: bbdxm@163.com

【Abstract】 "Over-treatment" means medical institutions or medical personnel violate medical norms and ethics and cannot really improve the therapeutic value for patients, or during the treatment processes, inappropriate or non-standard measures are applied to carry out examinations or treatment which are apart from the necessities of actual situation of patients, being immoral medical behaviors. The manifestations of "over-treatment" in the intensive care unit (ICU) include invalid medical treatment, over-application of high-tech instruments and antibiotics, etc. The causes of "over-treatment" include the tensional doctor-patient relationship, asymmetric information between doctors and patients, intrinsic ethical ideas of family members, etc. There are many ways to prevent "over-treatment", such as improving the construction of policies and regulations, strictly managing and monitoring the examination and therapeutic strategy and strengthening the communication between doctors and patients. The implementation of shared decision-making between doctors and patients may play an important role in reducing excessive medical examination and treatment.

【Key words】 Excessive treatment; Intensive care unit; Medical treatment, ineffective; Co-determination

Fund program: Key Project of Researches on Humanities and Social Sciences of Anhui Higher Education Institutions (SK2018A0182)

DOI: 10.3969/j.issn.1008-9691.2021.01.026

自 20 世纪 90 年代实行医疗市场化改革以来,“过度医疗”现象日益成为我国医疗卫生事业中的一个突出问题。“过度医疗”是指医疗机构或医务人员违背医学规范和伦理准则,不能为患者真正提高治疗价值,或者是在治疗过程中,不恰当、不规范甚至不道德,脱离患者病情实际而进行的检查、治疗等医疗行为。“过度医疗”造成了医疗资源的浪费,损害了社会医疗的公平性,降低了国家医保政策的再分配效力,给患者家属带来沉重的经济和心理负担,也给医务工作者带来了“劣币驱逐良币”的伦理困境。重症监护病房(ICU)是集中救治危重患者的临床科室,人们往往存在一个误区,认为 ICU 内患者由于病情危重,需要更多的检查项目和药物应用,费用高昂是理所应当的。因此,ICU 内的“过度医疗”现象被长期忽视,成为研究的盲区。本研究从临床一线视角出发,审视 ICU 内的“过度医疗”现象,并初步探讨其解决方案。

1 “过度医疗”现象普遍存在

近年来,新闻、网络、报刊杂志等多种媒体均报道了一

些“过度医疗”现象的实例,甚至在日本,有学者总结了日本的“100 种过度医疗现象”。这都说明“过度医疗”现象是普遍存在的,这不仅是一个医学问题,更是一个关乎国计民生的社会问题。国内学术界对“过度医疗”现象已经展开了较为深入的探讨和研究。杜治政^[1]、胡宏伟等^[2]从医学和保险学的角度对“过度医疗”的概念做出了界定;刘海英^[3]、孙天敏等^[4]分别通过对城市医院和新农合的问卷调查,确证了“过度医疗”现象的存在;多位学者从经济学、管理学和社会学的角度探讨了“过度医疗”现象的成因^[5-8];也有很多学者从管理学、伦理学和法律的角度探讨了如何解决“过度医疗”问题^[9-12]。

“过度医疗”并不是我国特有的问题。目前世界发达国家的医疗体制可分为 3 种模式:自由主义模式、法团主义模式和社会民主主义模式^[13]。自由主义模式以美国为代表,法团主义模式以德国为代表,社会民主主义模式以英国和北欧国家为代表。在第 1 种模式中,医疗体制高度商业化,沉重的经济负担使得低收入人口无法享受到正常的医疗服

务,因此美国前任总统奥巴马才会顶着资本集团的巨大压力在美国国会推动医改,但其前景很不乐观。即便在现有享受医保的美国人中,依然存在着大量的“过度医疗”现象。后两种模式更加符合社会主义的医学伦理观,但都无法避免地带来了“过度医疗”问题。在著名的英文论文数据库斯普林格 Springer 或 Wiley 中搜索“Over treatment”或“Unnecessary health care”,能够检索到海量文献。可以说“过度医疗”是现代化国家的普遍问题。

2 “过度医疗”在 ICU 中的表现形式

目前,“过度医疗”的界定方法和标准尚未达成统一。医疗实践的过程既具有很大的不确定性,又受多重因素影响,因此很难用一种确切的工具或单一的标准来界定“过度医疗”存在与否;同一种诊疗方案,应用于不同的患者身上,有时可能是过度的,有时却是适度的。如体外膜肺氧合(ECMO)是一种近年来在 ICU 开展的高新技术,对于一个高龄、肺癌晚期患者出现呼吸衰竭(呼衰),死亡已无法避免,对其实施 ECMO 治疗,不仅耗费了高昂的医疗费用,也不能改变患者的结局,就属于“过度医疗”行为;而如果是一位年轻的溺水患者,发病前身体健康,溺水后出现严重的呼衰,患者治愈的可能性极大,此时应用 ECMO 治疗对患者意义很大,就不应视为“过度医疗”现象。只有深入临床,把每个病例放在特定的社会、家庭背景中,结合病情具体分析,才能界定“过度医疗”的存在。因此,也只有临床一线医务人员才能更准确地识别“过度医疗”现象。

目前关于“过度医疗”在 ICU 中的表现形式研究较少,本研究从临床一线的角度出发,采用专家咨询法,由3位具有高级职称的重症医学专业医师对某三级甲等医院综合 ICU 2019年1月至8月收住529例患者的病例资料进行回顾性分析,如3人同时判定,即为“过度医疗”,其中表现形式为无效医疗23例(4.35%)、高新技术过度应用16例(3.02%)、抗菌药物过度应用18例(3.40%)。

2.1 无效医疗:无效医疗是“过度医疗”常见的表现形式,部分患者家庭经济条件较好,或患者或家属处于特殊的社会地位,或其他原因(如医疗纠纷),即使患者已处于疾病终末期(如肿瘤晚期、严重脑功能衰竭等),或经过加强治疗也无挽回的可能(如植物状态),但患者仍长期入住 ICU,患者家属仍要求医生“尽全力”给予患者“最好的治疗”,这部分治疗对患者而言已无实际意义,即无效医疗,无疑属于“过度医疗”。另外一些患者,虽然疾病已经好转,达到了转出 ICU 的标准,但家属仍不愿转出 ICU,这部分患者往往不需要自己支付医疗费用(如医疗费用全额报销、交通事故费用由肇事方全额支付等),此时,医务人员虽然只给予患者最基本的治疗,但无疑造成了 ICU 优质医疗资源的浪费,因此也应属于“过度医疗”。在以上情况下,医生并无“过度医疗”的主观故意,而是迫于患者或家属的压力,处于被动地位。

2.2 一些先进的诊断、治疗技术被过度应用:高新医学技术是一把“双刃剑”,如果对其应用不当,势必会加剧“过度医疗”^[14]。国外有研究表明,过度检查是“过度医疗”的重要表现,包括降钙素原(PCT)的过度检查和磁共振成像、CT的

过度应用等^[15]。在 ICU 中,诊疗技术的过度应用包括两种情况:一方面,医生可能被夸大其词的宣传误导,或限于技术水平,主观上过分依赖于一些诊疗技术,或为了其他目的(如应用高新技术的成就感、科研甚至经济利益),在医患信息不对称的背景下,即使一些高新诊疗技术并非患者必需,医生也可能诱导患者及家属采取这些诊疗措施,甚至扩大其适用范围;另一方面,ICU 患者病死率高,医疗费用昂贵,潜在的医疗风险很大,在医患关系紧张的社会背景下,医生为了规避风险,为患者实施了过度的检查和治疗,属于防御性医疗的范畴。如在休克患者的治疗中,根据病史及临床表现或一些简单的技术手段(如补液试验、床旁超声等)即可判断休克的病因及类型,但部分医生由于技术水平缺陷或科研等目的,仍为患者进行有创伤性的监测手段,如 Swan-Ganz 导管、脉搏指示连续心排量监测(PiCCO)等。再比如 ECMO 是一种新的心肺支持治疗技术,其临床应用有一定的适应证和禁忌证。首先,作为一种临时性替代治疗手段,它应该只应用于一些心肺功能可恢复的可逆性疾病的治疗;其次,由于它是一种有创伤性的治疗手段,在操作过程中存在着潜在的风险,而且价格十分昂贵,医生在决定进行这项治疗前,应仔细评估治疗成功的可能性到底有多大?巨额的花费能换来什么样的结果?对于不可逆疾病的终末期,应是 ECMO 治疗的相对禁忌证。例如肺间质纤维化是一种无特效治疗方法的渐进性、不可逆性疾病,疾病晚期患者出现顽固性呼衰,应用一般的机械通气治疗难以改善,目前认为,唯一可能有效的治疗方法是肺移植术,ECMO 作为患者接受肺移植术前的过渡性治疗是有意义的^[16];而对于不具备接受肺移植手术条件的患者而言,ECMO 治疗并不能改善不良预后,同时患者又承担了巨额医疗费用,也应属于过度医疗的范畴。

2.3 抗菌药物的过度应用:抗菌药物的过度应用也是“过度医疗”的表现之一。感染是 ICU 患者的常见问题,抗菌药物尤其是高档抗菌药物是 ICU 中最常使用的。然而,也存在很多抗菌药物不合理使用甚至过度使用的问题。首先,由于患者病情危重,而在入住 ICU 的早期阶段,往往不能明确导致感染的确切病原菌,医务人员担心错失最佳治疗时机,可能会在早期采用超广谱抗菌药物治疗,等待明确病原菌后再改为针对性治疗,称为“降阶梯治疗”。然而,这种治疗策略在临床中往往被扩大应用范围,甚至成为过度使用抗菌药物的“保护伞”。在抗菌药物的经验性选择上,临床医生需要明确两个问题:①严重感染并非等同于难治性感染和耐药菌感染;②抗菌谱的广泛覆盖并不是全覆盖。典型的案例是,患者因“输尿管结石、尿路梗阻伴感染”行体外碎石治疗后很快出现休克症状,考虑为泌尿系感染合并感染性休克,无疑属于严重感染。对于泌尿系感染,最常见的病原菌是大肠杆菌,这时经验性选择的抗菌药物应主要是针对大肠杆菌即可(第3代头孢菌素或氟喹诺酮类药物);如果这时医生考虑患者为严重感染,初始经验性采用泰能联合万古霉素广泛覆盖抗感染,无疑属于“过度医疗”。其次,抗菌药物的过度预防性应用也是常见表现。国家对预防性应用抗菌药物的指征、药物级别和疗程都有明

确的规定,在ICU中常见的是预防性应用抗菌药物指征的扩大。气管插管以及各种导管均不是预防性应用抗菌药物的指征,一些医生考虑到ICU中院内感染的发生率高,错误地给予这些患者预防性应用抗菌药物。如神经外科术后患者置留侧脑室引流管或硬膜下引流管,目前研究已明确,预防性应用抗菌药物并不能降低颅内感染发生的概率^[17];此外,部分医生对抗菌药物的理解偏颇,将抗菌药物当成退热药物应用,患者一旦出现发热立即更换抗菌药物,导致抗菌药物使用混乱。抗菌药物过度应用不仅增加了患者的经济负担,还在强大的抗菌药物选择压力作用下,导致多重耐药菌的产生和流行,最终结果是感染治愈率明显降低,“二重感染”发生率和患者病死率增加,对患者的经济和躯体均造成了无可挽回的损害。

刘雪娇等^[18]总结了“过度医疗”的基本特点包括:医疗行为的实施主体是医务人员、实施的诊疗手段超过了患者的实际需要、给患者造成了人身或财产损失以及医务人员的主观故意等。然而ICU中的“过度医疗”也有一些自身特点:在某些情况下,医务人员虽然是医疗行为的实施主体,但并无“过度医疗”的主观故意,而是迫于来自患者家属的强烈要求而做出的无奈之举(比如对于治疗无望患者的无效医疗),只是医疗行为的被动实施者,此时患方才是“过度医疗”产生的主要原因。

3 ICU内“过度医疗”的产生原因

ICU是集中救治危重症患者的专业科室,主要收治对象是因各种原因导致一个或多个器官功能障碍危及生命或有潜在高危因素的患者。ICU内过度医疗产生的原因与ICU的诊疗特殊性有关,总结如下。

3.1 在医患关系紧张的社会背景下,医疗纠纷发生率很高。ICU收治的患者病情危重、变化快,病死率高,医疗费用昂贵。在这种情况下,医生的专业判断往往被迫让位于社会压力,许多医生都会以最积极的治疗去应对哪怕最无望的病症,以此换来自己的安全,实施了防御性医疗措施,造成医疗资源的浪费。

3.2 医生和患者、家属分属于不同的社会角色,有着专属自己角色的知识库和世界观,势必会造成医患信息的不对称。而ICU对患者实行封闭式管理,与家属隔离,医患信息不对称的现象更加明显。在这种特殊情况下,有个别医生为了非纯粹医疗目的(如科研、经济利益等),诱导患者及家属接受一些不必要的诊疗措施构成了“过度医疗”。已有研究表明,医患信息不对称对“过度医疗”的形成有重要影响^[8]。

3.3 中国的家庭伦理观使得患者家属很难做出“放弃患者”的选择,即便可能造成巨大的经济浪费,也不敢面对可能的道德谴责。著名社会学家费孝通曾指出,中国社会不同于西方社会,西方社会的组成结构是“团体格局”,而中国社会的组成结构是“差序格局”。这种区别导致中国人在面对亲属的生命问题时背负着极其沉重的道德包袱,即使患者已无救治希望,仍坚持积极治疗。在ICU中,优质医疗资源(先进的医疗仪器设备和训练有素的、专业化的、具有丰富临床经验的医护团队等)高度集中,由于以上原因,将这些医疗资源

源运用于已无治疗价值的患者身上属于无效医疗的范畴,也是一种“过度医疗”现象。

4 解决ICU“过度医疗”的对策和建议

目前学术界对“过度医疗”的解决对策研究相对薄弱,只是在相当宏观的层面提出要继续深化医疗体制改革、提高医务工作者的伦理道德水平、进一步健全法制等理念性的对策和结论。这些对策和建议都远离了真正的医疗实践,对于走出“过度医疗”的困境并没有实质性的帮助。笔者从一线医务工作者的角度出发,针对ICU内“过度医疗”的实际情况,提出一些自下而上的对策建议。

4.1 法律、法规层面:呼吁尽快为“脑死亡”立法。目前我国法律仍以“心跳停止”作为判定死亡的依据,“脑死亡”的概念仍停留在医学学术讨论的范围内,而并不被法律所承认。在ICU中就经常存在这样一些情况,即患者实际已达到“脑死亡”的诊断标准,但心脏未停止跳动,此时家属认为患者仍然存活,要求医生全力抢救。实际此时任何治疗都不能改变患者的结局,此时的医疗行为即属于无效医疗行为。研究表明,我国公民对“脑死亡”认知程度和立法的支持率均较低,应通过加大宣传力度,增强“脑死亡”立法的民意基础^[19]。如果通过立法改变人们对死亡的认识,就可以避免由此造成的“过度医疗”现象。另外,建议制定统一的ICU收治及转出行业标准,同时完善医疗保险制度,患者已达到ICU转出标准后,在ICU内产生的费用不再继续实行报销制度。

4.2 医院、科室层面:医院应严格执行高新技术准入制度,加强对高新技术应用的监督和管理,实行高新技术备案制度,并对开展情况进行不定期抽查;实行高新技术应用前的科室内讨论制度,应结合患者病情、预后以及家庭经济条件综合分析,严格把握适应证和禁忌证,发现超适应证使用情况时,医院应给予医生及科室相应的处罚。

4.3 医生、患者层面:加强医患沟通,以“医患共同决策”模式代替“医生决定”模式。在以往的生物医学模式下,脱离了人的社会学属性,崇尚用纯粹的医疗技术解决患者的疾病状态。在这种背景下,由于部分患者家属完全缺乏医学知识,医患信息完全不对称,患者及家属面对疾病时,对医生产生了极度依赖,医生也习惯了“家长式”的绝对权威,在某些目的(如使用高新技术的冲动、经济利益等)的驱动下,很容易诱导患者或家属接受某些并不必要的诊治手段,极易引起“过度医疗”的产生。而“医疗-心理-社会”的医学模式更注重患者心理以及社会因素对治疗的影响,医患在充分沟通后共同决定治疗策略更适合新的医学模式。有研究表明,在ICU中实行医患共同决策,可提高患者家属的沟通满意度,缩短入住ICU时间,降低医疗费用,并有利于减少“过度医疗”^[20-21]。在医患共同决策的实施过程中,医生要向家属详细说明患者的病情、最可能的预后、诊疗操作的必要性、潜在风险和费用等,患者家属要充分考虑到家庭实际情况、经济条件、患者及家属对治疗的期望值、家庭风俗习惯等多种因素,综合考虑投入-效益关系,共同决定治疗方案。通过医患共同决策的过程,一方面可能改善

医患关系,增加医患互信,从而减少医生实行防御型医疗的动机;另一方面,家属对于患者的病情严重程度和预后有了更深的了解,对于一些已处于终末期、即使尽全力抢救也无法改变预后的患者,家属可能不再要求医生继续积极治疗,既维护了患者的尊严,也减少了无效医疗的发生;此外,患者家属根据自身经济条件和家庭状况,对于一些费用远远超过自身承受能力、并非必须的或收效不确定的诊疗项目可能会采取拒绝的态度;对于医方而言,医患共同决策的实施也使得他们在对患者实施诱导性行为时有所忌惮。正是由于以上原因,笔者认为,医患共同决策的实施有利于减少“过度医疗”的发生。

5 结 语

ICU 治疗事关生死,ICU 医生会面对更多社会学、伦理学问题。“过度医疗”现象不仅是一个医学问题,更是一个社会问题。然而,医生往往更注重医疗技术的提高,只关注患者的生物属性,而忽略了其社会属性,因此,ICU 中“过度医疗”现象未得到足够重视。目前“过度医疗”的界定方法以医生的主观判断为主,需要更加科学、相对客观的界定标准。针对“过度医疗”的法律法规也尚不完善,“过度医疗”的遏制主要依靠医务人员自身。在医疗实践过程中,医生应时刻警惕“过度医疗”的发生,提高自身专业和道德素养,坚持自律与慎独;在制定治疗方案时,需要加强医患沟通,结合患者的社会关系、家庭条件、经济条件等因素综合考虑。唯此,才能最大程度地减少“过度医疗”,达到适度医疗。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

参考文献

- [1] 杜治政. 过度医疗、适度医疗与诊疗最优化[J]. 医学与哲学, 2005, 26 (7): 1-4, 16.
Du ZZ. Overtreatment, appropriate medical care and optimization of medical care [J]. Med Philos, 2005, 26 (7): 1-4, 16.
- [2] 胡宏伟, 高敏, 赵英丽, 等. 过度医疗行为研究述评[J]. 社会保障研究, 2013, 6 (1): 46-53. DOI: 10.3969/j.issn.1674-4802.2013.01.008.
Hu HW, Gao M, Zhao YL, et al. Concept, cause and countermeasure of over treatment behavior: a review of the literature research [J]. Soc Secur Stud, 2013, 6 (1): 46-53. DOI: 10.3969/j.issn.1674-4802.2013.01.008.
- [3] 刘海英. 中国存在过度医疗问题吗? ——基于省际地区城市医院医疗服务效率测度视角[J]. 社会科学, 2015, 35 (12): 65-75. DOI: 10.3969/j.issn.0257-5833.2015.12.008.
Liu HY. Is there a problem of excessive medical treatment issues in china? from the perspective of medical service efficiency measurement of urban hospitals in provincial regions [J]. J Soc Sci, 2015, 35 (12): 65-75. DOI: 10.3969/j.issn.0257-5833.2015.12.008.
- [4] 孙天敏, 田宗滢, 李文春, 等. 新型农村合作医疗过度医疗行为调查与对策[J]. 职业与健康, 2014, 30 (5): 688-690. DOI: CNKI:SUN:ZYJK.0.2014-05-044.
Sun TM, Tian ZY, Li WC, et al. Investigation on excessive medical treatment in new cooperative medical scheme and exploration for its countermeasures [J]. Occup Health, 2014, 30 (5): 688-690. DOI: CNKI:SUN:ZYJK.0.2014-05-044.
- [5] 杜创. 价格管制与过度医疗[J]. 世界经济, 2013, 36 (1): 116-140.
Du C. Price control and overtreatment [J]. J World Econ, 2013, 36 (1): 116-140.
- [6] 徐莉. 论防御性医疗行为与过度医疗行为的关系[J]. 医学与社会, 2016, 29 (2): 41-43. DOI: 10.13723/j.yxysh.2016.02.012.
Xu L. Discussion on the relationship between defensive medical behaviors and excessive medical treatment [J]. Med Soc, 2016, 29 (2): 41-43. DOI: 10.13723/j.yxysh.2016.02.012.
- [7] 张洪松, 朱家明. 过度医疗的司法界定与伦理审视[J]. 医学与哲学, 2019, 40 (20): 22-24, 52. DOI: 10.12014/j.issn.1002-0772.2019.20.05.
Zhang HS, Zhu JM. The judicial definition and ethical reflection of excessive medical treatment [J]. Med Philos, 2019, 40 (20): 22-24, 52. DOI: 10.12014/j.issn.1002-0772.2019.20.05.
- [8] 张卓, 韩玉珍, 刘国栋, 等. 三级甲等公立医院过度医疗形成影响因素研究[J]. 中国医院管理, 2017, 37 (6): 29-31.
Zhang Z, Han YZ, Liu GD, et al. Study on the influence factors of excessive medical treatment in class III grade I hospital [J]. Chin Hosp Manage, 2017, 37 (6): 29-31.
- [9] 廖新波. 过度医疗的伦理学分析[J]. 临床误诊误治, 2015, 28 (1): 1-5. DOI:10.3969/j.issn.1002-3429.2015.01.001.
Liao XB. Ethical analysis of overtreatment [J]. Clin Misdiagn Misther, 2015, 28 (1): 1-5. DOI: 10.3969/j.issn.1002-3429.2015.01.001.
- [10] 聂政宇. 论过度医疗侵权行为及其法律规制[J]. 法制博览, 2018, 34 (7): 198. DOI: 10.3969/j.issn.2095-4379.2018.07.123.
Nie ZY. On the tort of excessive medical treatment and its legal regulation [J]. Legal Vision, 2018, 34 (7): 198. DOI: 10.3969/j.issn.2095-4379.2018.07.123.
- [11] 朱紫雯. 供给侧视角下的过度医疗与分级诊疗的理论机制研究[J]. 中国卫生经济, 2018, 37 (3): 8-10. DOI: 10.7664/CHE20180302.
Zhu ZW. Research on theoretical framework on excessive medical treatment and hierarchical medical system based on the perspective of supply side [J]. Chin Health Econ, 2018, 37 (3): 8-10. DOI: 10.7664/CHE20180302.
- [12] 邱胜, 李浩, 吴金婕. 博弈论视角下药品零加成后过度医疗的医保监管研究[J]. 医学与社会, 2018, 31 (7): 10-13. DOI: 10.13723/j.yxysh.2018.07.004.
Qiu S, Li H, Wu JJ. Study on medical insurance regulation of over medical treatment under the background of zero-markup medicine policy from perspective of game theory [J]. Med Soc, 2018, 31 (7): 10-13. DOI: 10.13723/j.yxysh.2018.07.004.
- [13] 考斯塔·艾斯平-安德森. 福利资本主义的三个世界[M]. 苗正民, 滕玉英, 译. 北京: 商务印书馆, 2010.
Andersen GE. The three worlds of welfare capitalism [M]. Miao ZM, Teng YY, trans. Beijing: The Commercial Press, 2010.
- [14] 罗勇. 警惕新的诊疗技术带来的过度医疗[J]. 临床误诊误治, 2015, 28 (1): 5-8. DOI: 10.3969/j.issn.1002-3429.2015.01.002.
Luo Y. Vigilance against over treatment brought by new diagnosis and treatment technology [J]. Clin Misdiagn Misther, 2015, 28 (1): 5-8. DOI: 10.3969/j.issn.1002-3429.2015.01.002.
- [15] Money NM, Schroeder AR, Quinonez RA, et al. 2019 update on pediatric medical overuse: a systematic review [J]. JAMA Pediatr, 2020, 174 (4): 375-382. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2019.5849.
- [16] 王凯. 体外膜肺氧合在肺移植围术期的应用进展[J/CD]. 实用器官移植电子杂志, 2016, 4 (3): 190-192. DOI: 10.3969/j.issn.2095-5332.2016.03.016.
Wang K. Application progress of extracorporeal membrane oxygenation in perioperative period of lung transplantation [J/CD]. Prac J Organ Transplant (Electronic Version), 2016, 4 (3): 190-192. DOI: 10.3969/j.issn.2095-5332.2016.03.016.
- [17] Tunkel AR, Hasbun R, Bhimraj A, et al. 2017 infectious diseases society of america's clinical practice guidelines for healthcare-associated ventriculitis and meningitis [J]. Clin Infect Dis, 2017, 64 (6): e34-e65. DOI: 10.1093/cid/ciw861.
- [18] 刘雪娇, 王颖颖, 张凤, 等. 过度医疗的诱因分析及界定方法研究[J]. 中国卫生事业管理, 2016, 33 (3): 177-180.
Liu XJ, Wang HY, Zhang F, et al. Study on inducement and definition of overtreatment [J]. Chin Health Serv Manage, 2016, 33 (3): 177-180.
- [19] 李小杉, 缪俊艳, 胡迪, 等. 公民对脑死亡标准立法态度的现状调查[J]. 器官移植, 2020, 11 (1): 87-92. DOI: 10.3969/j.issn.1674-7445.2020.01.014.
Li XS, Miao JY, Hu D, et al. Investigation of current status of citizen's attitude to legislation of brain death criteria [J]. Organ Transplant, 2020, 11 (1): 87-92. DOI: 10.3969/j.issn.1674-7445.2020.01.014.
- [20] 伍松柏, 吕爱莲. “共同决策模式”在 ICU 医患沟通中的应用价值[J]. 医学与哲学, 2019, 40 (6): 25-27, 77. DOI: 10.12014/j.issn.1002-0772.2019.06.06.
Wu SB, Lyu AL. Application value of shared decision-making on doctor-patient communication in ICU [J]. Med Philos, 2019, 40 (6): 25-27, 77. DOI: 10.12014/j.issn.1002-0772.2019.06.06.
- [21] Bandini JI. Negotiating the "buffer" of choice: advances in technology and end-of-life decision-making in the intensive care unit setting [J]. Social Health Illn, 2020, 42 (4): 877-891. DOI: 10.1111/1467-9566.13068.

(收稿日期: 2020-04-03)