



复旦卓越·医学职业教育教材

卫生技术与护理专业系列创新教材

总主编 沈小平

循证护理

主 编 沈小平 [美] Elizabeth Barker 郎思旭

副主编 叶 萌 彭幼清 刘远慧



 复旦大学出版社

复旦卓越·医学职业教育教材

卫生技术与护理专业系列创新教材

总主编 沈小平

循证护理

Evidence-Based Practice In Nursing

主 编 沈小平 Elizabeth Barker(美) 郎思旭

復旦大學出版社

图书在版编目(CIP)数据

循证护理/沈小平,[美]巴克(Barker,E.),郎思旭主编. —上海:复旦大学出版社, 2013. 7
(复旦·卓越)
医学职业教育教材. 卫生技术与护理专业系列创新教材
ISBN 978-7-309-09775-7

I. 循… II. ①沈…②巴…③郎… III. 护理学-医学院校-教材 IV. R47

中国版本图书馆CIP数据核字(2013)第122597号

循证护理

沈小平 [美]Elizabeth Barker 郎思旭 主编
责任编辑/肖英

复旦大学出版社有限公司出版发行
上海市国权路579号 邮编:200433
网址:fupnet@fudanpress.com http://www.fudanpress.com
门市零售:86-21-65642857 团体订购:86-21-65118853
外埠邮购:86-21-65109143
上海华业装潢印刷厂有限公司

开本 787×1092 1/16 印张 8.5 字数 196 千
2013年7月第1版第1次印刷

ISBN 978-7-309-09775-7/R·1310
定价: 35.00 元

如有印装质量问题, 请向复旦大学出版社有限公司发行部调换。
版权所有 侵权必究

循证护理

Evidence-Based Practice in Nursing

- 主 编:沈小平
Elizabeth Barker
郎思旭
- 副主编:叶 萌
彭幼清
刘远慧
- 编 者:(以姓氏笔画为序)
- | | |
|---------------------|----------------|
| Elizabeth Barker(美) | 美国俄亥俄州立大学护理学院 |
| 田艳萍 | 新疆医科大学第五附属医院 |
| 叶 萌 | 上海思博职业技术学院 |
| 刘远慧(加拿大) | 上海思博职业技术学院 |
| 孙克莎 | 上海交通大学附属精神卫生中心 |
| 沈小平(美) | 上海思博职业技术学院 |
| 张 默 | 上海思博职业技术学院 |
| 周文琴 | 上海中医药大学附属龙华医院 |
| 周如女 | 同济大学附属东方医院 |
| 杨 姮 | 上海中医药大学附属龙华医院 |
| 杨晓莉 | 复旦大学附属华山医院 |
| 郎思旭 | 上海思博职业技术学院 |
| 颀海霞 | 上海思博职业技术学院 |
| 彭幼清 | 同济大学附属东方医院 |
| 蒋 红 | 复旦大学附属华山医院 |
| 穆传慧 | 上海思博职业技术学院 |

高等职业技术教育创新教材系列丛书

编委会

名誉顾问:胡亚美 中国工程院院士、北京儿童医院名誉院长
主任:沈小平 上海市海外名师、美籍华裔医学专家、国家外国专家局科教文卫专家、上海思博职业技术学院卫生技术与护理学院院长、全国卫生职业教育内科研究会副会长、上海市护理学会理事

编委(以姓氏笔画为序):

马志华	上海思博职业技术学院	周文琴	上海中医药大学附属龙华医院
王娟	上海思博职业技术学院	张敏	上海市第二人民医院
王香	上海思博职业技术学院	张玉侠	复旦大学附属儿科医院
王美筠	上海市病案管理专业委员会	张惠铭	上海思博职业技术学院
叶萌	上海思博职业技术学院	张雅丽	上海中医药大学附属曙光医院
石琴	上海思博职业技术学院	张洁	上海中医药大学附属中医医院
卢根娣	第二军医大学附属长征医院	施雁	同济大学附属第十人民医院
刘远慧(加拿大)	上海思博职业技术学院	赵爱平	上海交通大学医学院附属仁济医院
刘慧珠	上海交通大学附属第一人民医院	郭荣珍	上海市第一人民医院分院
朱瑞雯	上海交通大学附属第六人民医院	龚梅	上海交通大学附属儿童医院
许方蕾	同济大学附属同济医院	钱培芬	上海交通大学医学院附属瑞金医院
许燕玲	上海交通大学附属第六人民医院	徐建鸣	复旦大学附属中山医院
李斌	上海思博职业技术学院	顾建芳	上海市浦东医院
李天雅	上海市静安区中心医院	唐庆蓉	上海思博职业技术学院
李国栋	上海思博职业技术学院	黄平	上海中医药大学附属岳阳医院
孙克莎	上海市精神卫生中心分院	黄群	中国福利会国际和平妇幼保健院
沈小平(美)	上海思博职业技术学院	曹新妹	上海交通大学附属精神卫生中心
沈爱琴	复旦大学附属眼耳鼻喉科医院	蒋红	复旦大学附属华山医院
沈惠德	上海思博职业技术学院	程云	复旦大学附属华东医院
陆箴琦	复旦大学附属肿瘤医院	彭幼清	同济大学附属东方医院
陈淑英	上海思博职业技术学院	潘惟萍	同济大学附属第一妇婴保健院
陈光忠	上海思博职业技术学院	戴琳峰	上海市闸北区中心医院
陈海燕	上海交通大学医学院附属新华医院	戴慰萍	复旦大学附属华东医院
闵雅莲	上海市中西医结合医院		

序 言

· 循 证 护 理 ·

本人在医学教育领域内学习工作了40年,其中在白求恩医科大学12年,上海交通大学附属第六人民医院3年,美国俄亥俄州立大学医学院15年,直至回国创办上海思博职业技术学院卫生技术与护理学院已10年。从国内的南方到北方,从东方的中国又到西方的美国,多年来在医学院校的学习、工作经历使我深深感到,相关医学类如护理专业的教材编写工作是如此重要,而真正适合国内医学护理高职高专院校学生的教材却并不多见,教学效果亦不尽如人意。因此,组织编写一批实用性、应用性较强的高等职业技术教育创新系列教材的想法逐渐浮出台面,并开始尝试付诸行动。本人主编的《多元文化与护理》和《护理信息学》两本书作为高等职业技术教育创新教材先后由人民卫生出版社正式出版,又在复旦大学出版社总主编一套护理创新系列教材,并主编本书《循证护理》教材。为使本教材更加与国际循证护理的研究与实践接轨,我邀请了多年的老朋友、美国俄亥俄州立大学护理学院循证护理学教授 Elizabeth Barker 博士共同合作,并同本院郎思旭老师一起组织国内有关院校教师开始了编写工作。

循证护理在我国还是一个比较新的领域,近10多年来有了一定的发展,尤其是中国第一家 Joanna Briggs 循证护理合作中心于2004年在复旦大学护理学院成立以来,已逐渐引起国内护理教育界的重视。虽然目前国内大多数护理院校已对研究生开设了《循证护理》课程,但对本科生还很少开设,更不用说高职高专学生了,相应的实用性应用性教材也较少见。目前,循证医学已成为医疗领域发展的主流,循证护理使护士以最新最科学的方法实施治疗方案,对于一名现代护士来讲,掌握循证护理尤为重要。因此,编写一本与国际接轨的实用性、应用性较强的适合高等医学院校护理专业学生和现代化医院护士需求的《循证护理》教材势在必行。根据课程学习的需求,本书第一篇为“总论”,阐述循证护理的基本理论和方法;第二篇为“循证护理在临床实践中的应用”,主要阐述循证护理在妇产科、精神科、中医科、整体护理、多元文化护理和临床营养支持中的应用;第三篇为“循证护理在北美地区的应用”,以中英文双语形式阐述循证护理在北美地区的研究和应用,并作为国内教师和学生了解参考使用。

本书的编写得到了上海思博职业技术学院、美国俄亥俄州立大学护理学院和兄弟院校广大教师以及各教学实习医院有关专家学者的大力支持和帮助,特别是复旦大学出版社的鼓励和帮助,在此一并表示衷心的感谢!鉴于我院建院历史较短,教学经验水平有限,加之本人才疏学浅,本书一定存在许多不足之处,恳请读者批评指正。

沈小平

2013年5月于上海

目 录

· 循 证 护 理 ·

第一篇 总 论

第一章	循证护理概论	3
第一节	循证医学概述	3
第二节	临床路径	10
第三节	循证护理的内涵与现状	14
第四节	循证护理实践的方法与意义	15
第二章	循证护理常用的统计学概念及方法	20
第一节	统计学基本知识	20
第二节	实验设计、随机对照试验	22
第三章	综述的撰写	25
第一节	传统综述的撰写	25
第二节	系统综述的撰写	26
第三节	Meta 分析	28
第四章	临床证据和网上文献的检索方法	31
第一节	文献检索基本知识	31
第二节	计算机文献检索方法	35
第三节	常用循证护理网上数据库	39

第二篇 循证护理在临床实践中的应用

第五章	循证护理在压疮护理实践中的应用	43
第六章	循证护理在妇产科临床护理实践中的应用	46
第一节	孕期运动	46
第二节	孕期营养	48
第三节	产科护理	50

第七章	循证护理在精神科临床护理实践中的应用	53
第八章	循证护理在中医临床护理实践中的应用	59
第九章	以循证护理思想指导整体护理临床实践	70
第一节	循证护理和整体护理概论	70
第二节	以循证护理思想指导整体护理临床实践分析	71
第十章	循证护理在多元文化护理临床实践中的应用	76
第一节	雷宁格的跨文化护理理论概述	77
第二节	以循证护理理念指导多元文化护理临床实践	81
第十一章	循证护理在临床营养支持中的应用	93
第三篇 循证护理在北美地区的应用		
第十二章	绪论	101
第十三章	什么是北美地区的循证护理?	103
第十四章	现代护理实践中作为循证实例的筛查方案	105
第十五章	循证的实用性	107
第十六章	护理实践中循证的障碍	109
第十七章	在护理实践中实行循证的北美模式	110
[附]	循证护理在北美地区的应用(英文版) Use of Evidence Base for Nursing Practice in the North America	113
References	126



第一篇

总 论

循证护理概论

循证护理(evidence-based nursing, EBN)是受循证医学的影响而产生的护理学科新领域。1991年加拿大学者 Guyatt 最先使用循证医学(evidence-based medicine, EBM)这一术语,1992年加拿大 David L. Sackett 等对循证医学的概念进行了整理和完善,其核心思想是慎重、准确、明智地应用当代最佳证据,为个体患者医疗作出决策。为纪念英国流行病学家 Archie Cochrane, 1993年英国成立了 Cochrane 协作网,对医学文献进行系统评价。目前,循证医学已发展为循证卫生保健(evidence-based healthcare),不仅在医疗领域,还在护理、公共卫生领域也发展了依据实证来决策的新理念。循证医学的产生既发扬了西方自然科学研究与理性的传统,又体现了现代医学对患者个人价值观和期待的重视。

第一节 循证医学概述

一、循证医学概念

循证医学是当今世界医学领域最重要、最活跃、最前沿的新兴学科。*The Lancet* 把循证医学比作医学实践中的人类基因计划。*The New York Times* 将它称为 80 个震荡世界的伟大思想之一。*The Washington Post* 称之为医学史上又一最杰出的成就,将会彻底改变 21 世纪医学模式。它的形成和发展对医学研究,尤其是临床医学研究,以及医学教育、卫生事业管理和医学信息研究产生了巨大的影响,被誉为 21 世纪的临床医学。现在美国 70% 以上的高校开设循证医学课程,澳大利亚将循证医学纳入医学生的必修课。

David L. Sackett 教授将循证医学定义为“**慎重、准确和明智地应用当前所能获得的最佳临床研究证据,同时结合临床医生的个人专业技能和多年临床经验,考虑患者的价值和愿望,将三者完美地结合,制订出患者的治疗措施**”。

循证医学是遵循证据的临床医学,即临床医生对患者的治疗应基于当前可得的最佳研究证据,结合自己的临床实践经验和专业知识技能,并尊重患者的选择和意愿作出的临床治疗决策。强调最佳证据、专业知识和经验、患者需求三者的结合,并且指出三者缺一不可,相辅相成,共同构成循证医学的主体。医学的循证化要求临床医生从更多方面来把握疾病、把握医患关系。其结果是医生和患者形成诊治联盟,使患者获得最好的临床结果和生命质量。

最佳的证据来自医学基础学科和以患者为中心的临床研究。临床实践是指应用临床技

能和经验,医生能够迅速地确定每一个患者的健康状况、疾病的诊断、可能进行治疗措施的利与弊。循证医学强调临床医生应在仔细采集病史和体格检查的基础上,根据临床实践中需要解决的问题,进行有效的文献检索,并对其进行评价,找到最适宜和有利的证据,通过严谨的判断,将最适宜的诊断方法、最精确的预后估计及最安全有效的治疗方法用于对每个具体患者的服务。总之,任何临床医疗决策的制定都应建立在客观的科学研究证据基础上。

循证医学提倡将个人的临床实践和经验与从外部得到的最好的临床证据结合起来,为患者的诊治作出最佳决策,这是一个医生必须具备的基本条件。忽视临床实践经验的医生即使得到了最好的证据也可以用错,因为最好的临床证据在用于每一个具体患者时,必须因人而异,结合临床资料进行取舍;而如果缺乏最好、最新的外部证据,临床医生可能采用已经过时的旧方法,给患者造成损害。循证医学倡导的有根据地对患者进行医疗服务,将医学研究成果用于临床实践的做法已被广大医务人员和患者所接受。

二、循证医学的基本思想

任何医疗决策的确定,都要基于临床科研所取得的最佳证据,即无论临床医生确定治疗方案和专家确定治疗指南,都应依据现有的最佳证据进行;证据是循证医学的基石,其主要来源是医学期刊的研究报告,特别是临床随机对照试验(randomized controlled trial, RCT)的研究成果,以及对这些研究的 Meta 分析(荟萃分析)和系统综述(systematic review, SR);运用循证医学思想指导临床实践,最关键的是根据临床所面临的问题进行系统的文献检索,了解相关问题的研究进展,对研究结果进行科学评价,以获得最佳证据。

三、循证医学产生的背景

1. 现代医学实践中存在的问题和矛盾 将动物实验中得到的结论直接用于临床的疗效与安全性的矛盾;将分散、个别的观察性研究或经验方法在临床上推广,以致临床上的诊治手段相互矛盾;单纯依据病理生理机制推论的临床疗效与实际效果间的矛盾;以症状及生物学指标改善的评估体系与预后不佳的矛盾;微观研究结果与宏观疗效间的矛盾。

2. 日益尖锐的卫生经济学问题

(1) 医疗费用增长过快:如 1980~2005 年,我国平均门诊费用增长 77 倍,平均住院费用增长 116 倍,而同期居民可支配收入仅增长 16 倍。

(2) 卫生资源配置条块分割、重复建设、利用率低:1992~1995 年共引进 γ 刀 13 台,而整个欧洲只装备 1 台; γ 刀最佳适应证为颅内良性肿瘤,而我国用于治疗恶性肿瘤的比例高达 30%。

(3) 一些高新技术在不具备条件的地方被滥用;低效、无效的“新技术”泛滥;效果相近但费用高的所谓新技术滥用;任意扩大新技术的应用范围;陈旧、无效、落后的技术继续在使用(SBU 采用 Rand 公司的“适用性测评方法”对瑞典 2 800 例持续性心绞痛接受旁路手术和经皮腔内冠状动脉成形术者进行评价;旁路手术中 78%符合适应证,10%不符合,12%未定;经皮腔内冠状动脉成形术中 32%符合适应证;38%不符合;30%未定)。

(4) 药物滥用现象十分严重。

3. 繁忙的临床工作与知识更新的矛盾日益突出 每年 200 多万篇医学文献发表在 2 万多种杂志上,年增长率达 6%~7%。1980~1998 年中医及中西医结合 13 种核心期刊中属

RCT 者占 0.1%，临床对照试验占 7.7%，双盲占 2.2%，主要集中在中西医结合类杂志，多数缺乏正确的统计方法，样本数小，不良反应观察很少，常缺乏客观指标，极少有阴性结果的文章发表，对长期生存质量、病死率、大样本、多中心观察很少。

4. 传统教育方法的缺陷。

5. 新的科学研究结果不能尽快地推广和应用。

6. 医疗模式的转变 从以疾病为中心到以患者为中心；终点指标代替中间指标；以人为本、质量至上，太多选择且难以选择。

7. 医疗责任举证倒置 依法规范行医，通过循证医疗保护自己。医生怎样循证决策，患者如何知情选择。

8. 卫生资源匮乏与人类需求不断增长的矛盾。

四、循证医学产生的历史

人们可能认为循证医学是相对新的临床实践方式，但事实并非如此。历史表明，循证的思维方式已存在数个世纪。

医学科学领域首次引入观察性研究见于希波克拉底的著述，提出不仅依靠合理的理论，也要依靠综合推理的经验。

对循证思维的进一步肯定见于阿拉伯医生 Avicenna(980~1037)的著述。他提出动物实验并不能证实在人体中的效果，因此药物试验应当在人体中进行，而不是在狮子或马中进行。而且，Avicenna 建议药物应当在无并发症的病例中进行评价，应当有两种情况的比较和可重复性评价。

在中国，第一次提到对照试验见于 1061 年的《本草图经》。这本宋代的著述提到：“为评价人参的效果，需寻两人，令其中一人服食人参并奔跑，另一人未服人参也令其奔跑。未服人参者很快就气喘吁吁”。

循证医学的哲学与科学根基在 18 世纪得到了明显的巩固。英国开始对医疗卫生干预进行利大于弊的严格评价。一名苏格兰航外科医生 Lind 于 1747 年进行了治疗坏血病的对照试验，试验橘子和柠檬以及其他干预的疗效。

1816 年 Alexander Hamilton 首次报道爱丁堡的一项大型对照试验，评价放血疗法的效果，这是采用交替法产生对照组的最早记载之一。1898 年丹麦医生 Fibiger 通过半随机对照试验，验证血清治疗白喉的效果。

1904 年 Pearson 接种肠热病疫苗与生存率之间相关关系的研究，开创了将多个研究资料合并进行统计学分析的先例。1907 年 Gold Berger 鉴定伤寒菌尿症的文献中，制订特定标准选择、提取分析的资料以及统计学分析，成为 Meta 分析的雏形。

虽然许多医生认识到缺乏证据的治疗方案对广大患者的健康是有害的，但是在 20 世纪上半叶，人类对疾病的诊断和治疗往往仍将在动物实验中得到的科学结论直接用于临床，并没有先于人群中观察疗效。例如，用胃冰冻疗法治疗消化道出血。后来人们逐渐认识到动物实验不能代替人的试验，并对长期以来单纯根据病理生理机制指导临床治疗的状况产生了疑问，认识到对医疗实践进行评价的必要性。

第二次世界大战后，人们对进行临床试验的兴趣缓慢增加。1948 年，世界上第一项临床 RCT 在英国医学研究会领导下对“链霉素治疗肺结核的效果”进行研究，首次令人信服地证

实了链霉素治疗肺结核的卓越疗效。

1955年 Truelove 进行了胃肠病方面首项 RCT,证实了肾上腺皮质激素治疗溃疡性结肠炎优于安慰剂。

1969年 Ruffin 的一项双盲 RCT 证实了胃冰冻疗法对治疗十二指肠溃疡引起的出血是无效的。

RCT 的兴起使流行病学的多项理论和原则用于临床医学。许多学者认为 RCT 在医学上的广泛开展可与显微镜的发明相媲美。根据临床研究依据来处理患者的观念已经形成,大样本、多中心的 RCT 取代了以前分散个别的观察性研究和临床经验总结。

20世纪70年代,英国流行病学家、内科医生 Archie Cochrane 提出:现有的临床诊治措施中,仅20%被证明有效,因而疾呼临床实践需要证据。1971年, Cochrane 在 *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Care* 中明确提出:“应用 RCT 证据之所以重要,是因为它比其他任何证据更为可靠。”1979年 Cochrane 提出“应根据特定病种/疗法,将所有相关的 RCT 联合起来进行综合分析,并随着新的临床试验的出现不断更新,以便得出更为可靠的结论”。1982年 Thomas C. Chalmers 提出累计性 Meta 分析概念,即将每一项新的随机试验结果,累加到已知的针对某病某干预措施的随机临床试验 Meta 分析结果中。1987年 Cochrane 根据妊娠与分娩的 RCT 结果撰写的系统评价成为 RCT 系统评价的一个里程碑,并指出其他专业也应遵循这种方法。Cochrane 被公认为循证医学的先驱,他的姓氏 Cochrane 成为循证医学的同义词。

20世纪80年代初期,在临床流行病学发源地加拿大 McMaster 大学医学中心,以 David L. Sackett 为首的一批临床流行病学家,在该医学中心的临床流行病学系和内科系,率先对年轻的住院医师进行循证医学培训,取得了很好的效果。1991年 Guyatt 首次提出循证医学的概念。1992年起 David L. Sackett 在 *JAMA* 等杂志上发表一系列循证医学文献,受到广泛关注,并由 Brian Haynes 和 David L. Sackett 发起,在美国内科医生学院组织了一个杂志俱乐部(ACPJC),开始对国际上30余种著名杂志发表的论著进行系统评价,并以专家述评的形式在 *Annals of Internal Medicine* 上发表。1992年, David L. Sackett 教授及其同事正式提出了“循证医学”概念,他普及了医学文献严格评价的原理,并教授和指导了世界上几乎所有循证医学运动的领导人。

1992年 Chalmers 创建英国 Cochrane 中心,旨在生产和保存医疗保健方面 RCT 的系统评价。

1993年 Chalmers 创建国际 Cochrane 协作网, Sackett 担任首任主席,启动了全球合作建立临床研究数据库、生产系统评价的工作。

1994年 Sackett 在牛津创办英国循证医学中心,亲自开设循证医学课程,亲临一线进行床旁循证。

1997年 Sackett 结合自己的研究与循证实践,撰写出版第一本循证医学专著 *Evidence-based Medicine: How to Practice and Teach EBM*,成为指导全球学习和实践循证医学的重要理论体系和方法基础,并于2000年再版,2005年出版第3版。

五、Cochrane 协作网

英国 Archie Cochrane 于1979年提出和开展的系统综述对循证医学的开展起了重要作

用。他提出总结和不断更新各领域中 RCT 结果进行系统综述,可以及时为临床实践提供可靠的依据。

20 世纪 80 年代末出现了跨国合作,对某些常见重要疾病(心血管疾病、癌症、消化道疾病)的某些疗法作了系统综述,对改变世界临床实践和指导临床研究课题的方向产生了划时代的影响,被认为是临床医学发展史上的一个重要里程碑。系统综述为临床提供了质量高、科学性强、可信度大、重复性好的医疗措施,以指导临床实践,也为临床科研提供重要信息。

由于现有的系统综述在数量、质量上都不能满足临床实践和医学决策的需要,为了撰写、保存、传播和更新临床医学各领域防治效果的系统综述,以满足临床实践的需要,各国临床医学专家们决定联合起来,于 1992 年首先在英国成立 Cochrane 中心,1993 年成立世界 Cochrane 中心协作网,帮助人们进行系统综述,把系统综述结果通过电子杂志光盘、因特网分发给世界各地的医生、患者和决策者,使循证医学的开展、证据的获得有了条件。

六、传统医学与循证医学的区别

循证医学的兴起和发展固然是由它优于传统医学模式的特点而决定,但其出现决不意味着取代传统医学模式,而是两种模式互相依存、互相补充、共同发展。循证医学不是、也不能否定和取代所有的经验医学,经验医学能解决的问题将不需要循证医学的研究;经验医学解决不了的问题,循证医学若能解决,则必定提供高质量证据予以证实,若解决不了,则还需经验医学和循证医学研究并进行探索。因此,它们之间的区别是相对的,主要体现在以下几方面(表 1-1)。

表 1-1 传统医学与循证医学的区别

比较类别	传统医学	循证医学
证据来源	实验室研究	临床试验
收集证据	不系统、不全面	系统、全面
评价证据	不重视	重视
判效指标	中间指标	终点指标
诊治依据	基础研究	最佳临床研究证据
医疗模式	以疾病/医生为中心	以患者为中心

1. 临床证据的来源不同 传统模式用以动物实验为主要研究手段的病理生理学成果,解释疾病的发病机制和生化指标等,并用这些指标评价临床疗效。循证医学模式认为,掌握疾病发病机制和观察各种临床指标的变化是必要的,但更强调来自临床 RCT 及 Meta 分析的最佳证据。经验医学的证据来源于教科书和零散的临床研究,而循证医学的证据则完全来源于临床研究,且多为前瞻性研究。

2. 评价结果的指标不同 即终点指标的不同。循证医学强调终点指标,即患者的生存能力、生活质量和工作能力,而非中间指标,因而更接近患者的需求。

3. 对临床医生的要求不同 传统模式主要是以医生的知识、技能和临床经验积累为临床实践基础。循证医学除此以外,还强调掌握临床科研方法、强调利用现代信息技术手段不断学习和掌握医学证据,并利用科学方法正确评价和使用证据;传统医学很难做到系统与全面,而循证医学则一定要求系统与全面,并有一套方法和一系列的伺服系统保证其系统与

全面。

4. 临床决策的依据不同 传统模式重视专业知识和个人临床经验,循证医学模式既重视临床经验,又特别强调利用最好的临床研究证据,并认为“有权威的医学”是专业知识、临床经验和最佳证据结合。传统医学并无要求评价证据,而循证医学则要求对证据进行严格评价,而且有一套严格的评价方法。

5. 治疗方案的选择不同 传统模式以疾病和医生为中心,患者不参与治疗方案的选择。循证医学模式强调以患者为中心,考虑患者自己的愿望和选择。

6. 卫生资源的配置和利用不同 传统模式很少考虑成本一效益问题,循证医学则将成本一效益分析作为临床决策的一个重要证据。

七、实施循证医学的意义

目前,世界卫生组织已开始运用循证医学的方法制定基本药物目录和基本医疗措施;澳大利亚每年根据循证医学的证据制定外科领域的治疗指南,其医疗服务咨询委员会通过卫生技术评估,为国家的医疗决策提供依据;英国卫生技术协调评估中心负责全英卫生技术评估的总体规划,指导国家卫生研究的质量和方向。循证医学正影响着这些国家的医疗实践、医学教育和临床科研,促使其完成从经验医学向循证医学的转变。循证医学在我国实施的意义主要是以下几方面。

1. 有利于我国卫生决策的科学化 卫生部已借鉴循证医学的原理和方法,成立了卫生技术准入管理处,颁布卫生技术准入管理办法,对费用高、影响大、有争议的重要卫生技术实行准入管理。国家中医药管理局、国家药品监督管理局、国家计划生育委员会等卫生行政管理部门也积极学习和引进循证医学,探索用其提高国家药品政策、计划生育政策的科学性,促进中医药现代化建设。同时,循证医学对于帮助建立并完善标准化国家卫生资源数据库,实现基础数据实时采集、深度挖掘与二次开发,亦有重大的现实和历史意义。

2. 提高医药行业的市场竞争力 循证医学以其凡事以证据说话、不断更新和后效评价的科学态度,为管理者提供清晰的管理思路和方法,用证据指导实践,对新药研发、生产、评价和不良反应监测,尤其对推动中医药现代化研究、走出国门、创出品牌有着极高的参考价值。

3. 提高医疗服务的水平和质量 我国幅员辽阔,医疗服务地域性差异明显,卫生资源配置不均衡,各地疾病谱构成不同,医务工作者素质和水平存在差异。普及循证医学知识可在基本不增加医疗费用的前提下,通过不断更新和提高医生的临床知识和专业技能来改善医疗服务质量,使政府、公众最终受益。

4. 有利于普及医学知识 随着循证医学最佳证据的普及,一方面使患者和公众可方便获得浅显易懂的医学研究结论,减少“有病乱投医”现象,保证其知情选择权;另一方面,提高国民健康意识,将有助于政府和医院实现从以治病为主到以防病为主的战略转变,保障患者的知情选择权,促进医患相互理解。

5. 促进医生自律维权 全球医学文献的信息爆炸,使得医学知识的淘汰和更新速度加快,何处寻证、以何为证使繁忙的临床医生无所适从。循证医学不仅教会临床医生如何鉴别和评价文献质量,还帮助他们参与 Cochrane 协作网工作,制作系统评价,并将其结论传播给更多的临床医生,为其临床实践及高效率使用证据提供支持。这方面已在许多发达国家成

功实现,如今正在通过中国循证医学中心与中国医生协会的战略合作变成现实。

八、我国循证医学的发展

中国的循证医学尚处于起步阶段。从 20 世纪 80 年代起,我国连续派出数批临床医生到加拿大、美国、澳大利亚学习临床流行病学,有多名医生跟随 Dr. Sackett 查房,学习如何用流行病学观点解决临床问题(循证医学的雏形),并在复旦大学上海医学院(原上海医科大学)和四川大学华西医学院(原华西医科大学)分别建立了临床流行病学培训中心,并开展这方面的工作。1996 年,原上海医科大学附属中山医院王吉耀教授在《临床》杂志上,发表了我国第一篇关于循证医学文章“循证医学的临床实践”;1997 年,四川大学华西医院神经内科刘鸣教授,在 Cochrane 图书馆发表第一篇 Cochrane 系统评价“循证医学最好的证据”;1996 年四川大学华西医院(原华西医科大学附属第一医院)引进循证医学和 Cochrane 系统评价,创建了中国循证医学/Cochrane 中心(网址 <http://www.chinacochrane.org>),1997 年 7 月获卫生部正式批准,1999 年 3 月正式注册成为国际 Cochrane 协作网的第 14 个成员国之一,也是中国和亚洲的第一个中心。作为国际 Cochrane 协作网的成员之一和中国与国际协作网的唯一接口,该中心的主要任务是:建立中国循证医学临床试验资料库,为中国和世界各国提供中国的临床研究信息;开展系统评价、RCT、卫生技术评估,以及循证医学有关的方法学研究,为临床实践和政府的卫生决策提供可靠依据;提供循证医学方法与技术培训,传播循证医学学术思想,推动循证医学在中国的发展。目前国内已有 60 余种医学杂志发表了循证医学文章。循证医学专著、循证医学普及读物、循证医学杂志、循证医学信息、循证医学网页等传播载体相继出台,为中国的循证医学迅速发展起到了重要的推动作用。

九、循证医学“两核心”

循证医学有两大核心:“证据要分级,推荐有级别”;循证医学的证据要不断地“与时俱进”(updating)。临床研究证据分级别是循证医学所提出的要求,按质量和可靠程度可分为 5 级(可靠性依此降低),即大样本多中心 RCT 或者收集这些 RCT 所作的系统评价和(或)Meta 分析;单个大样本 RCT;设有对照组的临床试验;无对照组的系列研究;专家意见、描述性研究和病案报告。

十、循证医学“三要素”

高质量的临床研究证据是循证医学的核心;临床医生的专业技能和经验是实践循证医学的必备条件;充分考虑患者的期望或选择是实践循证医学的关键因素。

十一、循证医学“四原则”

循证医学“四原则”,即基于问题(临床关注的问题或重大的科学问题)的研究;参考当前最好的证据决策;关注实践的效果;后效评价、止于至善。

十二、循证科学概念

循证科学(evidence-based science)的概念,是 2004 年由卫生部中国循证医学中心主任、循证医学教育部网上合作研究中心主任李幼平教授提出的。循证科学主要基于以下内涵: