

循证

*EBM-based
Community Healthcare Guidance*

社区医疗指南

阮列敏 徐芳芳 程前进 主编
王雪楠 李晓哲 王 芳

山东大学出版社

循证

社区医疗指南

陈永明 陈永昌 陈永强
陈永强 陈永强 陈永强

100

循证社区医疗指南

主 编	阮列敏	徐芳芳	程前进	王雪楠
	李晓哲	王 芳		
副 主 编	刘宏生	王忠云	梁卫东	秦茂华
	郑慧敏	高秀华	朱志忠	李 刚
	杨明才	刘爱萍		
编 委	姚文娟	李 娟	赵新红	孟祥丽
	海青山	姬国华	刘海英	赵广章
	刘慧红	梁 霄	蒋歆昶	曹先德
	刘 伟	卜宪敏	李秀青	张玉革
	张东萍	谢 辉		
学术秘书	蒋歆昶			

山东大学出版社

《循证社区医疗指南》 编委会

主 任 阮列敏

副主任 朱志忠 靳清汉

委 员 (以姓氏笔画为序)

王典辉	左 权	朱志忠	刘 峰
阮列敏	李秀兰	杨 莉	杨 菁
吴健明	余建华	张俊权	赵 越
赵志军	黄 锋	隗铁夫	靳清汉

前 言

1992年,加拿大麦克玛斯特大学(McMaster University)的 Gordon Guyatt 所领导的循证医学工作组在 JAMA 上发表了名为“Evidence-based medicine: A new approach to teaching the practice of medicine”的文章,第一次提出了“循证医学”的概念。循证医学创始人之一大卫·萨科特(David L. Sackett)教授在 2000 年新版《怎样实践和讲授循证医学》一书中,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好的研究证据,同时结合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定出患者的治疗措施”。也就是说,循证医学提倡将临床医师个人的临床实践和经验与客观的科学研究证据结合起来,将最正确的诊断、最安全有效的治疗和最精确的预后估计服务于每位具体患者。近年来,循证医学发展非常迅速,循证医学的理论和方法被应用到基础医学、临床各专科、公共卫生、卫生管理、药物治疗等各个领域,并且产生了巨大的影响。

作为目前世界上最大的发展中国家,如何提高卫生服务的质量和效率对我们是更为重要的挑战。一方面我国人口数量不断增长,年龄老化日趋严重,疾病谱改变和人们健康需求层次逐步提高;另一方面医疗费用高速增长,使国家卫生总费用超过了社会经济的承受能力;卫生资源绝对不足与浪费巨大并存,卫生资源不合理配置与低效率使用并存。兼之技术、人才、市场、质量、效率的激烈竞争,医疗保障制度改革及其相关配套政策改革相对滞后,社会医疗保险系统不健全等等。在此背景下,社区卫生服务被公认为最佳的基层卫生服务模式,近年来在全国各地得以蓬勃发展。社区医生的任务之一是对各种常见病进行早期识别,早期干预,达到早期预防的目的,同时还要考虑到医疗条件、费用等。在社区医疗工作中,仅仅依靠经验医学已远不能达到应有的医疗效果,根据现有的研究证据表明许多处理是错误的。对社区医生而言,层出不穷的新证据虽然对临床决策产生着巨大影响,但繁忙的工作之余通常没有太多的时间去寻找,也可能不甚清楚怎样去查找需要的证据。解决上述问题的最佳方法就是实践循证医学,

以当前最佳证据为基础,结合医生个人专业技能和多年临床经验,充分征求患者及家属意见,作出最佳诊治决策。

2010年5月,作者在北京参加澳大利亚 La Trobe 大学中国卫生校友会分会成立大会期间,与工作在数家大学及医院的同学商定,根据循证医学和社区医疗服务的最新研究进展,结合国内社区卫生服务的实际需要,组织国内外专家共同编撰而成本书。全书共分6篇,分别为循证医学基础知识、社区医疗服务及管理知识、循证医学在社区常见疾病诊疗中的应用、循证医学与社区医学常用名词术语、常用循证医学网站、社区卫生服务相关政策法规。在《循证医学在社区常见疾病诊疗中的应用》中,简要介绍了高血压、糖尿病合并高血压、慢性肾脏疾病、脑卒中和肿瘤的综合治疗等社区常见疾病的循证诊疗、护理决策建议。通过阅读本著作,社区医务工作者可快速掌握循证医学、社区卫生服务管理的原则、方法等基本原理,应用于社区医疗服务工作,从而为社区居民提供优质、安全、经济、高效、便捷的医疗卫生服务。

由于时间仓促,以及编者水平有限,疏漏甚至错误在所难免,恳请专家和广大读者批评指正。

宁波市第一人民医院院长 阮列敏
2010年5月

目 录

第一篇 循证医学基础知识	(1)
第一章 循证医学概论	(1)
第一节 循证医学的基本概念	(1)
第二节 循证医学的产生和发展	(2)
第三节 循证医学的证据质量分级	(4)
第四节 实践循证医学的基础和方法	(6)
第二章 循证医学与生命质量	(10)
第一节 生命质量的概念及历史背景	(10)
第二节 生命质量的含义和内容	(11)
第三节 生命质量的评估和生命质量量表	(12)
第四节 生命质量试验的实施	(14)
第三章 循证医学证据的产生方法	(16)
第一节 医学研究是产生证据的根本源泉	(16)
第二节 文献资料	(19)
第三节 临床实践经验的积累	(20)
第四节 现况调查的证据	(21)
第四章 临床证据的来源与检索	(23)
第一节 一级证据来源	(23)
第二节 二级证据来源	(24)
第三节 证据检索的基本思路和步骤	(26)
第四节 网络资源及其他证据资源	(28)
第五章 临床研究证据在疾病诊断中的应用	(31)
第一节 诊断性试验在临床医学中的重要性	(31)
第二节 诊断性临床试验评估的基本要求	(33)

第三节	诊断性试验在循证医学中的应用	(34)
第四节	诊断性试验证据的评估	(36)
第六章	循证医学中的个体化原则和方法的应用	(39)
第一节	最佳临床证据的特征	(39)
第二节	生物学依据	(40)
第三节	病理生理学依据	(41)
第四节	社会心理因素及经济特点	(42)
第五节	综合考虑应用研究证据	(42)
第七章	临床实践指南的评价和应用	(44)
第一节	临床实践指南概述	(44)
第二节	临床实践指南的制定原则与方法	(46)
第三节	临床实践指南的评价	(48)
第四节	临床应用指南的原则和方法	(49)
第八章	卫生技术评估的基本方法	(51)
第一节	卫生技术和卫生技术评估的基本概念	(51)
第二节	卫生技术评估的过程与方法	(53)
第三节	卫生技术评估对政策决策的影响	(55)
第四节	卫生技术评估与循证医学的关系	(56)
第二篇	社区医疗服务管理	(57)
第九章	全科医学与社区卫生服务概述	(57)
第一节	全科医学概述	(57)
第二节	社区卫生服务概述	(62)
第十章	社区卫生服务机构的设置与管理	(72)
第一节	社区卫生服务的人力资源管理	(72)
第二节	社区卫生服务经济管理	(77)
第三节	社区卫生服务信息管理	(83)
第四节	社区卫生服务质量管理	(86)
第十一章	社区卫生服务的计划、实施与评价	(91)
第一节	社区卫生服务计划	(91)
第二节	社区卫生服务计划的落实	(95)
第三节	社区卫生服务评价	(97)
第十二章	新型农村合作医疗制度与社区卫生服务	(101)
第一节	新型农村合作医疗制度回顾与兴起	(101)

第二节	新型农村合作医疗制度的主要内容与运行机制·····	(103)
第三节	新型农村合作医疗制度与社区卫生服务·····	(105)
第十三章	城镇职工基本医疗保险与社区卫生服务·····	(107)
第一节	国外医疗保险主要模式·····	(107)
第二节	我国医疗保险制度·····	(111)
第三节	我国医疗保险未来发展趋势·····	(113)
第四节	城镇职工基本医疗保险制度与社区卫生服务的关系·····	(115)
第三篇	循证医学在社区常见疾病诊疗中的应用 ·····	(117)
第十四章	高血压防治的循证医学证据·····	(117)
第一节	循证医学时代高血压防治药物·····	(117)
第二节	联合用药及降压治疗·····	(118)
第十五章	糖尿病合并高血压的循证治疗决策·····	(120)
第一节	糖尿病合并高血压患者血压控制的重要性·····	(120)
第二节	糖尿病合并高血压的治疗·····	(121)
第三节	糖尿病合并高血压治疗方案的选择·····	(123)
第十六章	慢性肾脏病的循证治疗决策·····	(125)
第一节	慢性肾脏病的概况·····	(125)
第二节	慢性肾脏病的防治策略·····	(127)
第三节	肾实质性高血压的治疗·····	(128)
第四节	慢性肾脏病肾性贫血的治疗·····	(129)
第五节	慢性肾脏病的低蛋白饮食治疗·····	(130)
第十七章	脑卒中诊疗的循证决策·····	(132)
第一节	急性脑梗死治疗的循证临床决策·····	(132)
第二节	脑卒中特殊亚型二级预防的循证处理·····	(135)
第十八章	循证医学与肿瘤的综合治疗·····	(139)
第一节	循证医学在肿瘤学专业的应用·····	(139)
第二节	肿瘤综合治疗新进展·····	(140)
第三节	胰腺癌的综合治疗·····	(143)
第四节	乳腺癌的综合治疗·····	(146)

第一篇 循证医学基础知识

第一章 循证医学概论

20 世纪 70 年代后期,日益发展和完善的临床流行病学以其先进的临床科研方法学推动了临床科学研究的进步,产生了日益增多的高质量临床研究结果,促进了临床医学信息科学的发展,并逐步派生出一门新兴学科——循证医学。近年来,循证医学发展非常迅速,循证医学的理论和方法被应用到基础医学、临床各专科、公共卫生、卫生管理、药物治疗等各个领域。循证医学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、医学科研、卫生事业管理和医学信息研究产生了巨大的影响。《柳叶刀》把循证医学比作临床科学的人类基因组计划,《纽约时报》则将循证医学称为震荡与影响世界的伟大思想之一。

第一节 循证医学的基本概念

循证医学(Evidence-Based Medicine, EBM)是“遵循证据的医学”、“基于证据的医学”,港台地区称为“证据医学”。循证医学创始人之一、美国临床流行病学家萨科特(David L. Sackett)教授在 2000 年新版《怎样实践和讲授循证医学》一书中,再次将循证医学定义为“慎重、准确和明智地应用当前所能获得的最好的研究证据,同时结合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定出患者的治疗措施”。也就是说,循证医学提倡将临床医师个人的临床实践和经验与客观的科学研究证据结合起来,将最正确的诊断、最安全有效的治疗和最精确的预后估计服务于每位具体患者。

循证医学不同于传统医学。传统医学是以经验医学为主,即根据非试验性的临床经验、临床资料和对疾病基础知识的理解来诊治患者。循证医学的思想和严格的方法学为临床研究提供了新思路,它提倡的随机对照试验及系统评价等对临床医疗产生了划时代的影响。以心血管疾病为例,20 世纪 80 年代以来,

众多的临床试验报道逐一评价和再评价了治疗急性心肌梗死、心力衰竭等重要心血管疾病的系列药物,其中,最明显的例子就是利多卡因预防急性心肌梗死后的心律失常。利多卡因是一种具有抗室性心律失常作用的药物。从急性心肌梗死的病理生理机制推测,心肌梗死患者发生室性心律失常,是导致猝死的重要危险因素,故以前认为对急性心肌梗死者,需要使用利多卡因抗心律失常。因此,利多卡因曾是治疗该病的常规用药。然而经临床随机对照试验证明,该药虽能抑制急性心肌梗死后心脏传导系统异常诱发的室性心律失常,却增加了患者的死亡率。换言之,使用利多卡因对急性心肌梗死患者是有害无益的。循证医学的实践颠覆了许多诸如此类的医学界以往认为正确的治疗方法,开启了人类审视自身医疗活动的新视角。

第二节 循证医学的产生和发展

萨科特教授认为,循证医学思想应该上溯自 1789 年后法国的巴黎学派,以 Pierre Louis 为代表的医生们反对当时流行的做法:即仅仅依据中世纪以来的古典理论就能够对患者作出正确的决策。Louis 认为,对诊断而言重要的是对患者个体情况无遗漏的观察,并运用医学的“系统性规律”来对这些观察结果作出结论,这些规律将通过采用他所称的“数值方法”(méthode numérique)而得以累积,正是这种数值方法将统计学观念引入了临床医学;同时,Louis 的观念更具有革命性的意义在于:一切临床结论的来源应该仅限于临床观察事实,而不应当盲从于任何权威和理论。

Louis 最具开拓性的工作是他对有关放血疗法的研究,在这一工作过程中,他率先将“对照”的观念引入临床试验中。通过这些研究,他证明放血疗法对肺炎患者的预后并无影响,同样无效的还有当时广为医生们所使用的氧化酒石酸锑钾(吐酒石)。他的这些思想和实践既深刻影响了当时及其后临床医学的发展,某种意义上,也的确可以认为是现代循证医学思想的开端。然而,并不能因此就认为循证医学“古以有之”,毕竟,在 Louis 时代及其后的很长时间内,人类还没有像现今这样如此紧迫地面临卫生资源与其应用之间的深刻矛盾。

循证医学的真正诞生应该是 1992 年,由加拿大麦克玛斯特大学(McMaster University)的 Gordon Guyatt 所领导的循证医学工作组在 JAMA 上发表了名为“Evidence-based medicine: A new approach to teaching the practice of medicine”的文章,第一次提出了“循证医学”的概念,并就如何将这一观念引入临床教学,如何在证据基础上实践循证医学进行了探讨。

循证医学在这样一个时间出现,并不是偶然的。在此之前的数十年间,循证

医学赖以存在的基础逐渐建立;作为临床医学与流行病学的交叉学科的临床流行病学在经过 50 余年的发展后,于 1982 年成立了其国际临床流行病学网(International Clinical Epidemiology, INCLNE),并相继在全球建立了 8 个地区性临床流行病学资源和培训中心。临床流行病学的发展为循证医学提供了其发展所必需的统计学、文献评价方法学、临床研究设计方法以及对人群疾病研究方法学等技术支撑。麦克玛斯特大学从 20 世纪 70 年代率先提出并成功推广的以问题为基础的医学教育模式(Problem-based Curriculum)已经具有循证医学思想的全部内涵:以临床问题为中心进行思考、提出假设、制定检索策略、形成问题、作出临床决策。同一时期,英国流行病学家和内科学家科克伦(Archie L. Cochrane, 1909~1988)提出应该思考如何最有效地使用卫生资源,并使临床知识的不断更新同临床研究和实践同步。为此,他提出:由于资源有限,应该使用已经证明并确实有效的医疗措施,而随机对照试验作为证据具有较其他证据更为可靠的重要性。20 世纪 80 年代以来,Meta 分析作为一种有效的合成和处理数据的手段,开始得到越来越多的临床医师和研究者的重视,在各领域专家的共同努力下,这一方法逐渐完善,最终为循证医学的诞生准备好了一切条件。

1992 年,在英国内科医生 Iain Chalmers 的推动和领导之下,由英国国家医疗保健服务部(National Health Service)支持成立了世界上第一个循证医学实践机构——英国循证医学中心。为了纪念循证医学思想的先驱、已故的科克伦医师,中心以他的名字命名。在此基础上,1993 年英国成立了一个以“科克伦”命名的国际性、非营利性的循证医学学术团体——科克伦协作网(The Cochrane Collaboration),其实体包括科克伦中心、协作评价组、方法学组、领域和网络组。今天,科克伦协作网已经在全球建立了包括中国在内的 15 个科克伦中心,并由这些中心作为地区性协调组织,为所在地的临床研究人员提供技术支持,制作高质量的临床证据,并以之为基础为各类用户提供最佳临床证据;同时,以这些中心为平台实现不同国家、不同语言的研究人员之间的对话与交流,通过国际协作实现有限资源的共享。为达到这些目的,协作网建立了一套行之有效的证据生成和传播机制:通过建立 49 个面向不同临床专业的协作组为各专业问题的解决提供专家意见;通过建立 11 个方法学协作组解决系统评价过程中的技术问题;建立以互联网为基础的用户支持网络以促进用户的参与;采用多种途径发布相关信息。

近年来随着循证医学的迅速发展,网络资源越来越丰富。由科克伦协作网创建的科克伦图书馆已成为获取循证医学资源的重要数据库,其高质量的系统综述被誉为提供科学证据的最佳来源。由于计算机、现代通信技术和生物医学信息学的飞速发展,许多著名的生物医学数据库,如 MEDLINE、EMBASE、BI-

OSIS、SCI、中国生物医学数据库等纷纷由光盘转向网络,使广大医学专业人员可在网上进行全面、无偏倚的文献检索,进而获取有关某一临床具体问题的摘要,但是文摘的内容并不能完全满足循证医学系统综述的信息需求。目前网络期刊的大量涌现,已促使信息服务机构和出版商开始提供“关键词查询→文摘→原文”的一体化服务,为医学专业人员在网上直接获取原文提供了机会,其中不乏提供循证医学资源的著名全文库数据库 OVID、中国最大的全文库中国期刊网等。此外,随着循证医学的兴起,其网站也日趋完善,几乎囊括了循证医学的各个方面:系统综述数据库、临床实践指南数据库、循证医学期刊、Meta 分析软件、循证医学教学资源 and 导航等,其中许多资源可免费获取,一些已成为临床医生查阅循证医学资源的重要网站。

中国国家循证医学中心在四川大学附属华西医院,同时也是国家新药、中药安全性评价中心。1996 年 7 月,华西医院开始筹建国家循证医学中心,1997 年 7 月获卫生部认可,1999 年 3 月 31 日,建立在华西医院的中国循证医学中心经国际科克伦协作网指导委员会正式批准为国际科克伦协作网的第 15 个中心,该中心在卫生部的指导下,开展面向全国的循证医学培训工作和国际交流协作,并出版《中国循证医学杂志》。

第三节 循证医学的证据质量分级

循证医学的证据因来源不同而存在质量差异,研究机构根据证据来源对证据质量进行了分级,循证医学的证据质量分级有以下几种划分方法:

一、美国预防医学工作组的分级体系

美国预防医学工作组(U. S. Preventive Services Task Force)的分级方法,可以用于评价治疗或筛查的证据质量,分级如下:

I 级证据:自至少一个设计良好的随机对照临床试验中获得的证据。

II-1 级证据:自设计良好的非随机对照试验中获得的证据。

II-2 级证据:来自设计良好的队列研究或病例对照研究(最好是多中心研究)的证据。

II-3 级证据:自多个带有或不带有干预的时间序列研究得出的证据。非对照试验中得出的差异极为明显的结果有时也可作为这一等级的证据。

III 级证据:来自临床经验、描述性研究或专家委员会报告的权威意见。

二、英国国家医疗保健服务部的分级体系

美国预防医学工作组的分级体系仅适用于治疗和干预,而在评价诊断准确性、疾病自然史和预后等方面也需要多种研究提供证据。为此,牛津循证医学中心(Oxford Centre for Evidence-based Medicine)提出了另外一套证据评价体系,可用于预防、诊断、预后、治疗和危害研究等领域的研究评价,并被英国国家医疗保健服务部(National Health Service)所采用。它使用一套以字母标识的证据分级体系:

A 级证据:具有一致性的、在不同群体中得到验证的随机对照临床研究、队列研究、全或无结论式研究、临床决策规则。

B 级证据:具有一致性的回顾性队列研究、前瞻性队列研究、生态性研究、结果研究、病例对照研究或是 A 级证据的外推得出的结论。

C 级证据:病例序列研究或 B 级证据外推得出的结论。

D 级证据:没有关键性评价的专家意见,或是基于基础医学研究得出的证据。

三、临床指南的推荐评价体系

在临床指南和一些著述中,还有一套推荐评价体系,通过衡量医疗行为的风险与获益以及该操作基于何种证据等级来对医疗行为的医患沟通作出指导。如美国预防医学工作组(U. S. Preventive Services Task Force)的推荐评价标准:

A 级推荐:良好的科学证据提示该医疗行为带来的获益实质性地压倒其潜在的风险。临床医生应当与适用的患者讨论该医疗行为。

B 级推荐:至少是尚可的证据提示该医疗行为带来的获益超过其潜在的风险。临床医生应与适用的患者讨论该医疗行为。

C 级推荐:至少是尚可的科学证据提示该医疗行为能提供益处,但获益与风险十分接近,无法进行一般性推荐。临床医生不需要提供此医疗行为,除非存在某些个体性考虑。

D 级推荐:至少是尚可的科学证据提示该医疗行为的潜在风险超过潜在获益;临床医生不应该向无症状的患者常规实施该医疗行为。

I 级推荐:该医疗行为缺少科学证据,或证据质量低下,或相互冲突,例如风险与获益无法衡量和评估。临床医生应当帮助患者理解该医疗行为存在的不确定性。

总的来说,指导临床决策的证据质量是由临床数据的质量以及这些数据的临床“导向性”综合确定的。尽管各证据分级系统之间有差异,但其目的相同,就

是使临床研究信息的应用者明确哪些研究更有可能是最有效的。

第四节 实践循证医学的基础和方法

一、循证医学实践的基础

循证医学并非抽象的概念,它有自己的学术及其实践的基础,可概括为以下几个方面:

1. 高素质的临床医生

临床医生是实践循证医学的主体,因为对疾病的诊断和对患者的任何处理都是通过医生去实施的。因此,医生的水平,包括医学理论知识、临床技能以及临床经验尤为重要,而且还必须不断更新和丰富自己新理论和新知识。此外,还必须具备崇高的医德和全心全意为患者服务的精神,这些都是临床医生实践循证医学的必备条件。因此,如果临床医生素质不高,即使有最佳的证据和条件,他们也是不可能真正地实践循证医学的。

2. 最佳的研究证据

最佳的临床研究证据是指对临床研究的文献,应用临床流行病学的原则和方法以及有关质量评价的标准,经过认真分析与评价获得的新近最真实可靠,且有临床重要应用价值的研究成果或称证据(current best evidence)。应用这些证据指导临床医疗实践,将会有助于取得更好的临床效果。

当前,经过专家严格筛选和评价的新近最佳证据(current best evidence),国际上主要有四大来源:

(1)美国内科学杂志(Annals of Internal Medicine)发表的 ACPJC 附刊:主要提供临床科研最佳研究成果的二次摘要并加以专家简评。但近年来与英国循证医学杂志合并故停刊,然此前的证据仍很有价值。网址:<http://www.acponline.org>。

(2)循证医学杂志(Evidence-based Medicine):为英国医学杂志社主编出版,系双月刊,主要提供临床医学研究的最佳证据,为二次发表的摘要文献加专家评述。网址:<http://cebm.jr2.ox.ac.uk>。

(3)Cochrane 图书馆(Cochrane Library):当前主要提供有关临床随机对照治疗性研究证据,以及高质量的系统评价(systematic review)等,而且这些证据都会随着研究而不断深化,将所获得的新成果每年更新。网址:<http://www.cochranelibrary.org>。

(4)临床证据(Clinical Evidence, a compendium of the best available evi-

dence for effective health care):这是由美国内科学会和英国医学杂志联合主编的最佳研究证据集,每年出版两集,为综合性简明文献摘要及分析评价资料,内容颇为丰富,涉及临床有关学科和某些对人类健康为害颇重的疾病之病因、诊断、防治、预后以及卫生经济评价等研究成果,对指导循证医学的临床实践有着十分重要的应用价值。网址:<http://www.clinicalevidence.org>。

上述四大最佳证据资源,是经过不同学科专家从国际著名杂志的文献库以及若干研究成果中严格精选并精加工,再生产出来的,质量高而且真实性好,同时具有临床重要的实用价值的证据资源,是实践循证医学的重要武器。

3. 临床流行病学的基本方法和知识

临床流行病学的基本理论和临床研究的方法学是实践循证医学的学术基础。因为要想筛选最佳的证据,必然要看其研究的设计是否科学合理;要严格地评价文献的质量,务必要掌握临床流行病学对研究质量的严格评价学术标准;要分析医学文献所报道的研究结果的真实性,就务必要分析在研究中和文献里面是否存在有关偏倚和混杂因素(confounder)的影响及其可被接受的程度;要想评价医学文献的临床重要意义,也必然会涉及其终点指标的意义,定量测试指标的准确程度及其临床价值,对研究中涉及的各种类型的资料做科学分析、整理及评价,还必须掌握统计学方法的正确应用。此外,还会涉及研究的证据(成果)卫生经济学的分析与评价,以及被采用或推广的适用意义。

上述诸方面因素是临床流行病学所研究的核心内容,自然也是循证医学所必备的基本理论、基本知识和基本方法,否则,要想卓有成效地去实践循证医学,恐怕是会遇到某些障碍的。因此,掌握和应用临床流行病学研究方法学是卓有成效地实践循证医学的关键之一。

4. 患者的参与

人患病之后总会去就医的,而且对自己所患的疾病和对健康的恢复是极为关注的。因此,患者对医生必寄以重望;医生的任何诊治决策的实施,都必须通过患者的接受和合作,才会取得相应的效果,医患间平等友好合作关系和医生诊治决策的正确与否,是成功实践循证医学的又一关键。因为任何科学的医疗决策,如果患者不予合作和接受则是不可能奏效的。所以,循证医学的实施要求医生充分地关心与爱护患者,尊重患者的人权和正当的权益,要与患者友好合作,这样才能保证正确有效地诊治措施取得患者的高度依从,从而产生最佳效果。

上述四大因素为循证医学实践的基础,缺一不可,它们是有机结合的循证医学的整体框架。实践循证医学是临床医学领域里的一个庞大的系统工程。所涉及的专业范围较广,是众多学科相关学者共同劳动的结晶。

二、循证医学实践的方法

根据国外实践循证医学的教学培训与临床经验,归纳成为“五部曲”的循证医学实践方法,其中每个步骤都具有丰富的内涵和科学的方法。它们之间是互相联系的一个完整的整体,如果在任何方面存在着缺陷或不足,都会影响循证医学实践的质量。

1. 找准患者存在的且应解决的临床重要问题

在循证医学的临床实践中,首先应该找准自己的患者究竟存在什么重要的临床问题?用现有的理论知识和临床技能是否可以有效地解决?如果棘手,这就是循证医学应该回答与解决的问题了。

找准患者存在的需要回答和解决的临床问题,是实践循证医学的首要关键环节,如果找不准或者根本不是什么重要的问题,那么就会造成误导,这就像临床科研选题的差误,必然会造成研究的结果毫无价值一样。

为了找准重要的临床问题,应该强调的是,临床医生必须准确地采集病史、查体及收集有关试验结果,占有可靠的一手资料,充分应用自己的知识、临床技能和经验、思维性以及判断力,经过仔细分析论证后,方可准确地找出临床存在而需解决的且必须回答的疑难问题。

2. 检索有关医学文献

根据第一步提出的临床问题,确定有关“关键词”,应用电子检索系统和期刊检索系统,检索相关文献,从这些文献中找出拟弄清和回答的与临床问题关系密切的资料,作为分析评价之用。

3. 严格评价文献

将收集的有关文献,应用临床流行病学及 EBM 质量评价的标准,从证据的真实性、重要性以及实用性方面作出具体的评价,并得出确切的结论。这里将有三种结果:其一,质量不高的文献,当弃之勿用;其二,研究的证据尚难定论,当作参考或待进一步研究和探讨;其三,属最佳证据,则可根据临床的具体情况,解决患者的问题,用以指导临床决策。如果收集的合格文献有多篇,则可以作系统评价和 Meta 分析,这样的评价结论则更为可靠。

4. 应用最佳证据,指导临床决策

将经过严格评价的文献,从中获得的真实可靠并有重要的临床应用价值之最佳证据,用于指导临床决策,服务于临床。反之,对于经过严格评价为无效甚至有害的治疗措施则予以否定;对于尚难定论并有期望的治疗措施,则可为进一步地研究,提供信息。

将最佳证据用于对自己的患者作相关决策时,务必遵循个体化的原则,要对