

博
學



Linchuang Yixue Xilie

临床医学系列

精神医学

Jingshen Yixue

● 主编 季建林

复旦博学·临床医学系列 复旦博学·临床医学系列 复旦博学·临床医学系列 复旦博学·临床医学系列

复旦大学出版社



临床医学系列

精神医学

Jingshen Yixue

○ 主编 季建林

图书在版编目(CIP)数据

精神医学/季建林主编. —上海:复旦大学出版社,
2003.9
(博学·临床医学系列)
ISBN 7-309-03717-0

I. 精… II. 季… III. 精神病学-医学院校-教材
IV. R749

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2003)第 061704 号

精神医学

季建林 主编

出版发行 复旦大学出版社

上海市国权路 579 号 邮编 200433

86-21-65118853(发行部) 86-21-65109143(邮购)

fupnet@fudanpress.com http://www.fudanpress.com

责任编辑 宫建平

装帧设计 周 进

总 编 辑 高若海

出 品 人 贺圣遂

印 刷 上海华业装潢印刷厂

开 本 787×1092 1/16

印 张 22.25 插页 2

字 数 541 千

版 次 2003 年 9 月第一版 2003 年 9 月第一次印刷

印 数 1—3 100

书 号 ISBN 7-309-03717-0/R·800

定 价 36.00 元

如有印装质量问题, 请向复旦大学出版社发行部调换。

版权所有 侵权必究

内 容 提 要

精神医学在21世纪的医学教育和临床实践中的重要性愈来愈显得突出, 本教材根据现代世界精神医学发展趋势和国内医学教育的实际情况, 结合作者的经验, 比较系统和重点介绍了精神医学的基本概念、目前的诊断分类和病因学进展、精神症状的识别、常见精神障碍(痴呆、精神分裂症、心境障碍、神经症性障碍、人格障碍等)的诊治、特殊人群或机构的精神卫生服务(儿童、老年精神医学, 会诊-联络精神医学, 社区精神卫生与司法精神医学), 以及治疗学原则与新进展, 并且将我国第一部地方性法规——《上海市精神卫生条例》编入附录。本教材侧重基本概念、基本临床技能, 强调对常见精神障碍的诊断识别和鉴别诊断, 以及治疗原则和方法的选用。全书共17章, 并附录25个常用精神科量表, 适合于医学专业本科生和研究生的教学、住院医师和主治医师的继续医学教育。

主 编 季建林

副主编 吴文源 李惠春

编者(以章节先后为序)

徐韬园(复旦大学上海医学院)

季建林(复旦大学上海医学院)

施慎逊(复旦大学上海医学院)

张红霞(复旦大学上海医学院)

李华芳(复旦大学上海医学院)

陆 峥(同济大学医学院)

朱晓彤(复旦大学上海医学院)

王立伟(复旦大学上海医学院)

吴文源(同济大学医学院)

李春波(同济大学医学院)

于德华(同济大学医学院)

张 旭(同济大学医学院)

李惠春(浙江大学医学院)

陈巧珍(浙江大学医学院)

谢世平(南京医科大学附属脑科医院)

杜亚松(复旦大学上海医学院)

朱紫青(同济大学医学院)

前言

精神医学长期以来一直是医学生的必修课程之一,尤其是近 20 余年来日趋受到重视。不仅是因为医学模式的转换和健康观念的改变使人们认识到精神卫生的重要性,而且是人类进入 21 世纪后疾病谱已发生很大的变化、疾病负担和生命质量问题的提出,以及医疗服务需求的提高等,使得精神医学在医学生的临床培训和今后工作中越来越必不可少。

根据我国高等医学教育发展规划(2002~2015 年),将有 12%左右的医学生接受 8 年制的高等教育,以跟西方国家的医学教育接轨,面向城市地区三级甲等医院,提高医疗服务整体质量。国内部分医学院校在总结过去的 5 年制和 7 年制医学教育经验的基础上,已经开始或着手酝酿 8 年制医学生培养计划,其中很重要的改革便是如何提高医学生的人文素养和知识、强化临床沟通技巧和基本技能。鉴于原有的精神医学教材难以适应新世纪高等医学教育发展的需要,特组织上海、浙江和江苏部分医学院校从事精神医学教育的专家编写本教材,目的是强调基本概念、基本理论和临床基本技能,并且与另一门医学生必修课程——《医学心理学》教材配套使用,不求“面面俱到”。因此,有关应激相关障碍、心理生理障碍、睡眠障碍、进食障碍、心理治疗以及自杀等内容不再纳入本教材,读者可参阅《医学心理学》(第 3 版,复旦大学出版社)。本教材的编写原则力求:① 简明扼要,概念清晰,方便医学生学习和理解,尤其是提高其对精神医学的兴趣;② 侧重临床诊断、鉴别诊断以及治疗原则;③ 措辞谨严、通俗易懂,多举例和多用图表归纳;④ 应用循证医学的观点来收集资料编写,重视新进展的介绍。本教材共 17 章,另加 2 个附录(上海市精神卫生条例和常用精神科评定量表)。

本教材主要适用于8年制和7年制医学生的精神医学教学与培训,也可作为精神科住院医师和相关专业研究生的参考书籍。当然,教师在具体的教学实践中可根据自己的所长和所需,对相关资料进行取舍和再加工,特别是增添新进展,以提高精神医学的教学质量。

上海地区的精神医学教学和培训与夏镇夷教授和徐韬园教授等老一辈专家的言传身教、严谨学风密不可分。本人作为他们的学生,自愧难以达到前辈的学识水准,但既然受命担任复旦大学上海医学院精神卫生学系主任,则义不容辞为培养新世纪、新一代的医学生组织编写本教材,为临床精神医学的教育和培训尽一份力。特别令人感动的是徐韬园教授不但在本教材策划之初提供了许多有价值的建议,并且以古稀之年欣然参与了部分章节的编写,令学生汗颜。感谢吴文源教授和李惠春教授两位副主编的辅佐,感谢其他专家们在百忙之中的编撰,使得本教材得以如期完成。2005年将是复旦大学百年校庆之年,本教材的面世亦作为学子们的校庆之礼。

由于学识和经验有限与不足,参编专家较多,章节之间的协调和衔接,以及文字等方面仍存有诸多缺点和遗憾,恳望读者指正。

季建林

2003年5月1日

目 录

第1章 概 论

Introduction

第一节 精神医学的一些基本概念	1
第二节 精神医学的发展概况	2
第三节 精神医学的分支	3
第四节 精神医学与相关学科的研究进展	4

第2章 精神症状学

Psychopathology

第一节 概述	10
第二节 感知障碍	11
第三节 思维障碍	12
第四节 情感障碍	16
第五节 意志障碍与注意障碍	18
第六节 动作行为障碍	20
第七节 记忆障碍与智能障碍	22
第八节 意识障碍与自我意识障碍	25

第3章 诊断学与分类学

Diagnosis and Classification of Mental Disorders

第一节 交谈是诊断的开始	28
第二节 病史	30
第三节 精神检查	35
第四节 特殊检查	41
第五节 诊断原则	42
第六节 分类学	44

第4章 病因学**Etiology**

第一节 概述	52
第二节 遗传因素	54
第三节 神经递质学说	57
第四节 其他生物学因素	63
第五节 发育因素	65
第六节 社会因素	66
第七节 神经病理学	68

第5章 谵妄、痴呆和其他认知障碍**Delirium, Dementia and Other Cognitive Disorders**

第一节 谵妄	71
第二节 痴呆	77
第三节 可疑谵妄和痴呆的评估与诊断	80
第四节 特异性器质性精神科综合征	82
第五节 神经系统综合征	84
第六节 常见躯体疾病伴发精神障碍	87

第6章 精神分裂症**Schizophrenia**

第一节 流行病学	90
第二节 精神分裂症的临床表现	91
第三节 诊断与鉴别诊断	98
第四节 病因与发病机制	101
第五节 预后与转归	103
第六节 治疗及预防	103

第7章 心境障碍**Mood Disorders**

第一节 抑郁障碍	108
第二节 恶劣心境	120
第三节 双相障碍	124

第8章 神经症性障碍**Neurotic Disorders**

第一节 焦虑障碍概述	131
------------------	-----

第二节	惊恐障碍	132
第三节	恐惧症	135
第四节	广泛性焦虑障碍	140
第五节	强迫症	144
第六节	躯体形式障碍	147
第七节	癔症或解离(转换)性障碍	151

第9章 会诊-联络精神医学

Consultation-Liaison Psychiatry

第一节	概述	156
第二节	综合医院心理卫生	157
第三节	会诊-联络精神医学的发展历史	160
第四节	联络精神医学的组织形式	161
第五节	相关的专业技能要求	162
第六节	会诊-联络精神医学的治疗设置	162
第七节	神经影像学在会诊-联络精神医学的应用潜力	163
第八节	会诊-联络精神科医生的临床检查技能	165

第10章 人格障碍与性心理障碍

Personality Disorder and Psychosexual Disorder

第一节	人格障碍	170
第二节	性心理障碍	185

第11章 精神活性物质所致精神障碍

Mental Disorders Associated with Psychoactive Substance Abuse

第一节	酒精所致精神障碍	194
第二节	阿片类物质所致精神障碍	201
第三节	苯丙胺类物质所致精神障碍	205
第四节	镇静催眠药和抗焦虑药所致精神障碍	206
第五节	非成瘾物质所致精神障碍	207

第12章 精神发育迟滞

Mental Retardation

第一节	概述	210
第二节	临床表现与分级	211
第三节	诊断与鉴别诊断	212

第四节	病因及发病机制	213
第五节	临床类型	215
第六节	精神发育迟滞合并其他精神障碍	217
第七节	治疗	218

第 13 章 儿童、青少年精神医学

Child and Adolescent Psychiatry

第一节	儿童、青少年精神障碍的评估	221
第二节	发育性障碍	225
第三节	行为障碍	229
第四节	情绪障碍	235
第五节	亲子关系障碍	240
第六节	抽动障碍	243

第 14 章 老年精神医学

Geriatric Psychiatry

第一节	概述	247
第二节	老年期痴呆	249
第三节	其他老年期精神障碍	252

第 15 章 治疗学

Treatments of Mental Disorders

第一节	心理治疗的一般原则	256
第二节	抗精神病药	260
第三节	抗抑郁药物	267
第四节	抗焦虑药物	274
第五节	抗躁狂药物	279
第六节	益智药	282
第七节	物理治疗	287
第八节	工娱治疗	288

第 16 章 社区精神卫生服务

Community Mental Health Services

第一节	概述	290
第二节	社区精神卫生服务的发展	291
第三节	社区精神卫生与相关学科的关系	293

第四节 组织形式与服务实施	296
---------------------	-----

第 17 章 司法与精神卫生

Forensic Psychiatry

第一节 概述	302
第二节 精神疾病患者的法定能力	302
第三节 司法精神病学鉴定	304
第四节 各种精神疾病的法律能力评定	306
第五节 精神损伤的司法鉴定	311
附录 1 上海市精神卫生条例	313
附录 2 常用精神科评定量表	319
量表-1 精神现状检查(PSE)	319
量表-2 复合性国际诊断用检查提纲(CIDI)	321
量表-3 简明精神病量表(BPRS)	324
量表-4 阴性症状评定量表(SANS)	325
量表-5 阳性症状评定量表(SAPS)	326
量表-6 Bech-Rafaelson 躁狂量表(BRMS)	326
量表-7 Montgomery-Asberg 抑郁量表(MADS)	327
量表-8 纽卡斯尔抑郁诊断量表(NDI)	327
量表-9 大体评定量表(GAS)	328
量表-10 社会功能缺陷筛选量表(SDSS)	328
量表-11 社会功能评定量表(DAS/WHO)	329
量表-12 日常生活能力量表(ADL)	330
量表-13 功能活动调查表(FAG)记录单	330
量表-14 Achenbach 儿童行为量表(CBCL)	331
量表-15 中文版简易智能状态检查(MMSE)	334
量表-16 痴呆简易筛查量表(BSSD)	336
量表-17 Hechinski 缺血指数	338
量表-18 老年病人临床评定量表(SCAG)	338
量表-19 治疗时出现的症状量表(TESS)	339
量表-20 锥体外系不良反应量表(RSESE)	340
量表-21 不自主运动评定量表(AIMS)	340
量表-22 抗抑郁药不良反应评定量表(SERS)	341
量表-23 密西根酒精依赖调查表(MAST)	342
量表-24 酒精依赖诊断量表(SCID-AD)	342
量表-25 药物依赖诊断量表(SCID-DD)	343

概 论

Introduction

精神医学是临床医学的一个重要分支,在国外它是与内科学、外科学、妇产科学和儿科学并列为临床五大学科,主要研究精神疾患的病因、发病机制、临床表现、病程转归和预后、诊断与鉴别诊断,以及治疗和预防的一门临床学科。

第一节 精神医学的一些基本概念

精神医学又称精神病学,英文是 Psychiatry,源自希腊语,有“心灵的治疗”之意。此词在 20 世纪初引入中国,当时精神病学包括的疾病有精神分裂症、躁狂抑郁症、神经官能症等。前两者被称为重性精神病(major psychosis),后者被称为轻性精神病(minor psychosis)。到了 20 世纪六七十年代,因为精神疾病日益受到重视,因而大量轻症患者也来寻求治疗,而精神病一词又日益具有贬义,因此被局限用于重症病人。根据这一情况,我国许多学者认为应该用“精神医学”一词来代替“精神病学”,这样更符合实际。

正常的精神活动和病态的精神活动之间有时并没有一条明确的分界线,需要“具体情况具体分析”。轻重之间,有时界线更难划分。因此,目前倾向于把精神医学应当处理的对象统称为精神障碍(mental disorder)或精神疾病(mental illness),其中较委婉的叫法是“心理障碍”,而解决问题的方法之一就是“去看心理医生”。

近二三十年来又流行“精神卫生”(mental health)一词,此词尚无严格的定义。狭义地说,可以作为“精神医学”的同义词;广义地说,包含有“提高人群心理素质,预防心理障碍”的意思,那就是全社会的工作了。

一、精神医学——医学中的一个特殊科目

医学生在经历了几年的基础医学学习后,体验到人的许多生理和病理现象都是看得见、摸得着的,而且有许多现象都可以找到一个量化的指标(例如量血压),但进入精神医学的领域后,情况就不一样了,无论是正常或异常的精神活动,都好像是不可捉摸或不易捉摸的,这就使精神医学在医学各科中显得特殊,觉得掌握起来不容易,因而使许多人不选择它作为终身专业。

这确实是一个问题,但不是不可以解决的问题,关键是要有人去解决,特别是要有一些精英投身于这一事业。

人们认识事物,总是从感性认识开始,然后进入理性认识。前者是一个印象,后者则进行了印象的归纳分析,分析的最后成果,就是把事物化成一系列的数字,例如大千世界的各种物质,都是由100多种元素构成,而这些元素的主要区别,就在于其原子所带质子和中子的数目的不同。而人的精神现象以及由精神活动所构成的社会现象,目前要用数字来表达其差距还很远。过去还有一种理论(“还原论”)认为这是不可能的,但近半个世纪来科学技术的迅猛发展,已使这些“不可能性”逐渐减小,或许在本世纪内,人类就可用自然科学的方法探索出脑活动的多数“秘密”,而精神疾病的诊断和治疗,就可以有一个“跃进式”的提高。

二、疾病模式和精神疾病

古代的人们无法从生理、解剖等方面解释疾病,直至两三百年前解剖、生理、细菌等现代医学的基础发展起来之后,在西方的医学院校用这些学问来培训医生之后,人们才开始用生物学的观点来认识和解释疾病——疾病的病因主要是生物学因素,疾病的病理机制应该是生物学变化,这就是所谓疾病的“生物学模式”。这一模式引起医学很大的进步,特别是传染病防治和急性病处理方面的进步最明显。但当这一模式发展到高峰时就出现了忽视精神和社会因素对疾病影响的偏向(古代的医生是很重视这些因素的,包括现代的中医在内),这一偏向使疾病的诊疗达不到应有的水平,因而在二三十年以前有人提出了新的疾病模式,即“生物-心理-社会模式”,并得到了广泛的承认。这一模式使与心理及社会因素关系特别明显的精神疾病也得到相应的重视,促进了精神医学的发展。其实心理与社会因素归根结底也是生物因素,因为心理现象是脑的生理活动的表现,而社会现象是人们相互关系的表现,人的社会性(群居性)其实也是一种生物学本能的表現。不过这些现象是一种更高层次的生物学现象,是现在以及不远的将来我们还不能以一般的生物学知识来解释的现象。但是尽管我们还不了解心理及社会因素影响人类健康的具体机制,但我们还是可以而且应该应用这些因素来改善人们的健康,就像我们对那些病因未明的疾病仍应及时给予对症治疗一样,不能说要等到病因搞清楚(不知要等到何年何月)才给予治疗,因为治疗是不能等的。因此,从预防疾病发展和提高治疗效果方面来看,各科医生都应重视心理及社会因素对疾病发生与发展的影响,尽量用现有的手段来帮助病人。

第二节 精神医学的发展概况

应该说,有了人类就有各种疾病,包括精神疾病。但早期人们并不认识疾病的病因,而把它看作是神鬼对病人的惩罚或“报应”,治疗的办法当然是求神拜鬼、请巫师等。如果套用疾病模式的概念,这可以称为疾病的“神鬼模式”。

大概在两千年以前,才开始有疾病病名和药物治疗的记载,在希波克拉底斯的著作中和中医典籍《内经》里也有了精神疾病病名和治疗处方,医病不再是巫师的专业。但现代医

学的迅速发展是近数百年的事,特别是19世纪以来的事。

精神疾病在过去的医书里虽已有记载,但直到19世纪在欧洲(主要是法国)才有较广泛的病例报道,并提出许多现在还在使用的病名和症状学名称。19世纪末,德国医生 Kraepelin 总结了前人工作,提出了一个分类,这一分类以后成为现代分类的框架,所以 Kraepelin 成为现代精神病学史上的关键人物(“祖师”)。

20世纪以前,精神疾病基本上没有什么治疗。30年代先后发明了电休克和胰岛素休克治疗,对部分病人有较好的对症治疗效果。50年代以后,出现了一批治疗药物,开创了精神疾病化学治疗的新局面,大大改变了精神科治疗的面貌,也促进了精神疾病的实验室研究。19世纪末弗洛伊德的心理分析治疗的出现,使心理治疗成为一个专业,促进了20世纪各种心理治疗的发展。

到了20世纪后期,由于提出了新的疾病模式,由于神经科学的进步,由于伴随人口老龄化而来的阿尔茨海默病的增加,过去不被重视的精神卫生问题现已日益受到重视,这对广大的精神科工作者是一个很大的激励和促进,使精神科能赶上医学其他科快速发展的步伐。

现代精神医学在19世纪末传入中国,在少数沿海城市建立了主要为收容性质的精神病院;20世纪初,引进了神经精神病学的课程,到了20年代培养出第一批神经精神科医生。但在20世纪上半期,由于战乱频繁,所以发展不快,在新中国建立(1949年)以前,全国精神科住院床位仅1000余张,精神科医师也屈指可数。20世纪下半期,精神科床位已发展为10万余张,从事精神科的专业人员也相应地大量增加,并在北京、南京、上海、成都、长沙等地形成了几个著名的临床及学术中心。成立了全国性的学术团体,出版了许多专业书籍和杂志。近10年来,床位数发展已渐趋稳定,目前主要工作是提高质量、培养人才和加强科研。有关会诊联络精神医学和社区精神医学的发展参见相关章节。

第三节 精神医学的分支

精神医学牵涉范围很广,在理论上和实践上,又分出了许多流派和分支。例如以生物学疾病模式为指导思想的称为生物精神病学,其内容包括精神药理学、精神遗传学、精神生化学等;以心理学理论特别是精神分析理论作为指导思想称为动力精神病学(dynamic psychiatry),这一学派在20世纪中期,在美国风行一时,也影响其他国家,目前已渐趋衰落。

因服务对象或研究目的不同,精神医学又分出了司法精神病学(研究精神病与犯罪的关系)、老年精神医学、儿童精神医学、军事精神医学(研究战争时特有的精神障碍)、职业精神病学(与职业病学相关)、跨文化精神病学(研究比较不同社会文化背景与精神病的关系)等。

精神科的服务方式过去都是病人来医院看门诊或住院,处理的大多是较严重的病人,这种服务方式现在称为医院精神医学。近30年来,又兴起了社区(communitiy)精神医学和联络(liaison)精神医学两种方式。前者是医生深入社区和家庭,为病人解决问题;后者则是精神科医生与综合医院其他科医生合作,共同解决患其他科疾病时出现的精神科问题。由于医疗费用高涨,社区医学服务正日益成为减轻医疗负担的一个重要方式,还有助于早期诊断、及时治疗。

第四节 精神医学与相关学科的研究进展

一、疾病负担

传统的疾病负担研究多采用死亡率和发病率来衡量疾病的重要性,它忽视和低估了非致死性疾病和慢性疾病的影响,同时未考虑到疾病严重程度和持续时间对劳动、生活能力丧失的影响。因此,WHO、世界银行和美国哈佛公共卫生学院在 1993 年开展了一项全球疾病负担(the global burden of disease, GBD)的合作研究,将伤残调整生命年(disability-adjusted life year, DALY)减少作为疾病负担的衡量指标。所谓 DALY 减少是指生命年的丧失或有能力的生命年减少。通过计算 DALY 可以估计疾病的相对重要性、疾病对社会的整体负担,以及评估干预措施的成本-效益,考虑合理分配健康资源,可根据有关数据和人口模型来估计某地区的疾病负担,这一重要评估指标已得到许多国家卫生决策部门的认可(当然也包括中国政府)。根据 1998 年 WHO 所公布的资料,比较了中国与发达国家和发展中国家 DALY 损失最高的前 5 类疾病(表 1-1),从中不难发现某些疾病在中国所导致的疾病负担已接近或超过发达国家(如单相抑郁和脑血管疾病)。

表 1-1 全球疾病负担(DALY, %)前 5 位疾病比较(1998 年)

中 国	发展中国家(中/低收入)	发达国家(高收入)
慢性阻塞性肺病(8.1)	急性下呼吸道感染(6.4)	冠心病(8.8)
单相抑郁(6.9)	围产期疾病(6.2)	单相抑郁(6.5)
脑血管疾病(5.7)	腹泻(5.7)	脑血管疾病(4.8)
自杀/自伤(4.2)	艾滋病(5.5)	酒依赖(4.4)
急性下呼吸道感染(3.5)	儿科传染病(4.4)	交通事故(4.2)

在中国疾病总负担中,预测 2020 年精神障碍与自杀所占总疾病负担将列第 1 位(20.2%),而恶性肿瘤、心脑血管疾病和呼吸系统疾病分列第 3~5 位(16.3%~18.7%)。表 1-2 比较了 1990 年、1998 年和预测 2020 年的中国精神障碍疾病负担,结果提示单相抑郁、自杀/自伤是精神障碍中导致疾病负担损失最大的问题,应该予以重视。

表 1-2 中国精神障碍疾病负担(DALY, %)

病 种	1990 年	1998 年	2020 年
所有精神障碍	14.2	15.1	15.5
单相抑郁	6.2	6.9	7.3
双相情感障碍	1.8	1.9	1.9
精神分裂症	1.3	1.3	1.2
强迫症	1.1	1.3	1.2
痴呆	0.7	0.8	1.3
酒依赖	0.7	0.8	0.7

续 表

病 种	1990 年	1998 年	2020 年
惊恐障碍	0.5	0.6	0.6
其他*	—	—	—
自杀/自伤	3.9	4.2	4.7

* DALY<0.5%的障碍未列。

近年来日益增长的精神卫生需求已经引起包括中国政府在内的世界性关注,WHO 总干事布伦特兰女士在 1999 年 11 月 WHO/北京中国精神卫生高层研讨会上引用有关 GBD 研究资料,指出:中国当前的精神疾病中,最重要的是抑郁症/自杀、精神分裂症、癫痫、精神发育迟滞和老年痴呆。WHO 亦倡议“各国携起手来普及和促进精神卫生”,开展“全世界的防止抑郁症、自杀、精神分裂症和癫痫的运动”。

二、循证医学与循证精神卫生

循证医学(evidence based medicine,EBM)是寻求、应用证据的医学,临床医师自觉、明确、审慎地将现有的最佳证据应用于处理病人的决策之中。同时,结合临床医师的个人专业技能和多年临床经验,考虑患者的权利、价值和期望,将三者完美地结合,以制定出对患者的最佳治疗措施。其核心思想是:在临床医疗实践中,对患者的诊治决策都应尽量以客观的科学依据结果为证据。

最佳研究证据主要指临床研究证据,特别是以病人为中心的关于诊断、预后、治疗、预防及康复等方面的高质量临床研究证据(有时也采用基础研究证据)。新的研究证据往往会纠正旧的结论,并代之以更加真实和准确的结论;临床经验是医生长期积累的对个体病人的诊断和治疗反应的经验;病人的选择指病人对诊断和治疗方案的特殊选择和需要,因为每个病人可能有不同的选择。当这 3 个方面恰当结合时,病人和医生就形成了诊治联盟,从而使病人获得最佳的临床预后和生活质量。

20 世纪 80 年代以来,许多大样本随机对照试验(RCT)结果发现,一些理论上应该有效的治疗方法实际上无效或害大于利。而另一些似乎无效的治疗方法却被证实利大于害,应该推广。有鉴于此,1992 年加拿大 McMaster 大学的 Sackett 及同事在长期的临床流行病学实践的基础上正式提出了循证医学的概念。同时在英国牛津,Chalmer 及同事们在 10 多年准备工作的基础上,为循证医学实践提供了有效方法——系统评价(systematic review, SR),其中包括采用 Meta 分析(Meta-analysis,有人译为“荟萃分析”)的 Cochrane 协作网(网址:www.cochrane.org)工作,国内精神科领域已有学者介绍该协作组织及其循证医学的概念。目前循证医学正在迅速发展,其理论和实践在深度和广度方面不断扩展,已遍及临床治疗的各个领域,有学者预测它将成为 21 世纪临床医学的新模式。国内近期已出版了数本有关这方面的专著,如中外学者合著的《循证医学临床与实践》。

证据是循证医学的核心问题。临床研究者和应用者应尽可能提供和使用当前最可靠的、高质量的临床研究证据是循证医学的关键。循证医学中的证据主要指以病人为中心的人体研究证据,包括病因、诊断、预防、治疗、康复和预后等方面的研究。证据的质量分级按研究的质量及可靠程度可分为以下 5 级(可靠性依次降低)。