



丁香园
WWW.DXY.CN

制定医疗决策 ——医生指南

Medical Decision Making: A Physician's Guide

主 编 Alan Schwartz
George Bergus

主 译 郑明华

主 审 陈永平



人民卫生出版社

第 1 版 (2009)
第 2 版 (2015)

制定医疗决策 ——医生指南

Medical Decision-Making

Workbooks

A Physician's Guide

主 编 李 强
副主编 李 强
主 审 李 强
主 审 李 强

人民卫生出版社

制定医疗决策

——医生指南

**Medical Decision Making:
A Physician's Guide**

主 编 Alan Schwartz

George Bergus

主 译 郑明华

主 审 陈永平

副主译 潘夏蕙 尤捷

译 者 (按姓名汉语拼音排序)

陈琼秋 温州市第三人民医院

范玉琛 山东大学齐鲁医院

顾 兵 南京医科大学第一附属医院

陆小菊 温州医学院附属第一医院

潘夏蕙 温州医学院附属第二医院

申春燕 温州医学院附属第一医院

施可庆 温州医学院附属第一医院

阳 韬 温州医学院附属第一医院

尤 捷 温州医学院附属第一医院

郑明华 温州医学院附属第一医院

人 民 卫 生 出 版 社

Medical Decision Making: A Physician's Guide by Alan Schwartz and George Bergus, first published by Cambridge University Press 2008

All rights reserved.

This simplified Chinese edition for the People's Republic of China is published by arrangement with the Press Syndicate of the University of Cambridge, Cambridge, United Kingdom.

© Cambridge University Press & People's Medical Publishing House 2011

This book is in copyright. No reproduction of any part may take place without the written permission of Cambridge University Press and People's Medical Publishing House.

This edition is for sale in the People's Republic of China (excluding Hong Kong SAR, Macau SAR and Taiwan Province) only.

此版本仅限在中华人民共和国境内(不包括香港、澳门特别行政区及台湾地区)销售。

图书在版编目(CIP)数据

制定医疗决策:医生指南/(美)施瓦茨著;郑明华译.—北京:人民卫生出版社,2011.9

ISBN 978-7-117-14707-1

I. ①制… II. ①施…②郑… III. ①治疗-方案-制定 IV. ①R45

中国版本图书馆CIP数据核字(2011)第167143号

门户网:www.pmph.com 出版物查询、网上书店

卫人网:www.ipmph.com 护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有,侵权必究!

图字:01-2011-4505

制定医疗决策

——医生指南

主 译:郑明华

出版发行:人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址:北京市朝阳区潘家园南里19号

邮 编:100021

E-mail: pmph@pmph.com

购书热线:010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷:三河市双峰印刷装订有限公司

经 销:新华书店

开 本:710×1000 1/16 印张:12

字 数:220千字

版 次:2011年9月第1版 2011年9月第1版第1次印刷

标准书号:ISBN 978-7-117-14707-1/R·14708

定 价:28.00元

打击盗版举报电话:010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

序

本书通俗易懂、表达流畅,填补了卫生事业中决策制定相关著作的一大空白,尤其是医学和护理方面。这个空白是什么?本书又是如何阐述的呢?

介绍医疗决策的制定,通常从如何评价临床证据的准确性开始,特别是诊断性试验,然后得出推论结果。诊断性判断的概念是一个利用不完整信息修正观点的问题,贝叶斯定理(Bayes's theorem)是解决该问题的方法。贝叶斯定理以不同的形式存在,强调可能性和不确定性。其他书籍是为希望从事决策分析或运用统计决策理论搞研究的卫生专业研究生准备的教材。这本书则是定位于它们两者之间。

本书不是从诊断性试验开始,而是从确定卫生保健目标和宗旨这一问题以及评估生活价值和质量的方法开始。它不是忽略可能性和不确定性,不是忽略如何有效地与患者探讨这些问题,而是把价值观、实用的评价和选择放在中心位置。有趣的是,本书直到后半部分才提到贝叶斯定理和诊断性试验。到那时,读者应该能很好地理解医学决策制定的概念和原则是如何充分延伸并超越了诊断最初所设定的领域。重要的是,本书体现出制定医学决策的科学途径不应局限于技术上的合理性,而要密切关注整个临床实践的价值和目标。

本书涵盖了有关医学决策制定的所有重大主题,对于不打算专门从事该领域、但又想宽泛地了解该领域的医师和其他卫生保健专业人员来说,它是一本很合适的参考书。这些主题包括:1)数值在许多决策中的作用,以及在制定系统的决策时如何对其量化;2)面对众多、有时甚至相互矛盾的客观事实制定决策,并考虑取舍;3)决策分析,包括敏感性分析和决策可视化的方法,后者包括决策树和影响因素图表;4)成本-效益分析,包括测量健康状况结果的质量(质量调整寿命年);5)判断心理学和决策制定。本书极好地融合了决策心理学 30 年来的研究成果。它以家庭参与临床决策和其他伦理问题的章节作为总结。

近年来,医学决策制定很大程度上被看做是循证医学的附属物。本书强调了一个与众不同的观点:它很少讨论循证医学,但更突出价值和生活质量的问题。在我看来,这很有必要。

本书为满足该领域初学者和新手的需求及关注作了不懈的努力。本书讨论的所有主题并非毕业论文。为了增加对医护人员的吸引力,数学公式和符号已被精减到最少。我们应该关注某个特殊问题的原因会采用特殊的方法阐述。临床现实状况与基本观念、理论之间的联系会被反复强调。因此,对于想要纵览该领域的医师和其他卫生保健专业人员来说,如果你正在寻找一本真正适合、有用的书,那么请把它放在手上。这本书值得广大读者阅读。

Arthur S. Elstein, Ph. D.

2007. 10

前言

在医学实践中,决策是一项关键的活动——可能是关键的活动。虽然医生们通过培训学习和随后的临床实践获得了大量的知识和许多专业技能,但是面对某个患者,在进行临床判断和制定具体决策时,优秀的医生是与众不同的。越来越复杂的临床决策越来越需要患者的参与,这样会更准确,它被称为“共同制定决策”。

医疗决策科学是一个包括几个相关研究的领域。作为一种规范化的尝试,它为制定理想的决策提供了标准。作为一种描述性的尝试,它试图解释医生和患者通常是如何做出决策的,同时识别有效决策制定的障碍和推动者。作为一种说明性的尝试,它设法开发可以指导医生、患者和卫生保健政策制定者在实践中制定出好决策的工具。

尽管对临床判断和医患决策制定的理论研究已有数十年的经验,但是,在学术医疗中心领域以外,决策过程中的“基本科学知识”却鲜为人知。正如普通医师本可以从遗传学和基因组学的新进展中受益,但一个巨大的裂缝却将理论遗传学家和普通医师割裂开来,而决策研究者和社区医生之间也同样有着峡谷般的距离。

本书的目的是要在这个峡谷上架起桥梁——为决策理论家、分析家和心理学家的的工作提供一个实用的、概念上的和临床上的转变——并通过一种对繁忙的医生有吸引力和实用的方式达到目的。

我们谈谈这本书的几个基本观点。我们的第一个基本观点是,绝大部分临床决策是类似跨专业决策问题基本模式的变体,同样服从于概念工具的基础分类。所有木匠都在使用一套普通的工具加工普通的原材料。但是,一位熟练的木匠,通过严格评估一块木料与众不同的纹理、谨慎地选择恰当的工具并且娴熟地运用这些工具以达到最好的效果,创作出珍贵而又独特的作品。而一位优秀的临床医生,通过把每一位患者看做是一个独一无二的个体并以熟练的方式选择性地应用概念工具,同样可以使病人获得好的结果。

我们的第二个基本观点是,在实践中制定好的决策要比制定完美的决策更重要。因此,本书不仅高度概念化地对待决策科学,而且必须削减一些精细的、

对决策研究者很有益的数学区别。对于想要探究这些理念的读者,我们会更详细地或以数学的严谨性为他们在现代决策理论中的关键工作提供参考。

我们的第三个基本观点是,许多临床决策有赖于医生和患者的共同参与,但医患双方不能互换。每一方都提供了特有的观点和信息,这些观点和信息是另一方很难获得的——当医生扮演患者的角色撰写他们自己的经历时,这点经常被提到。这本书的一个主题是,为了使决策过程一帆风顺,要考虑到在不同类型的决策中,有多少信息、有哪些信息必须由患者提供。

我们的第四个基本观点是,医学实践和卫生保健政策是密切相连的。临床医疗行为受公共政策和社会环境影响;在许多重要的情况下,临床医疗行为甚至可能是政策的表现。当卫生保健需求超过了现有的资源,当在行医的道路上遇到困难的或不公平的待遇时,或者当其他因素恰巧限制了医生提供良好的服务时,医生往往不仅会成为个别病人的辩护者,而且会成为社会健康的拥护者。由于这些情况在发达国家和发展中国家普遍存在,所以,这本书也引入了科学决策的思想,不局限于影响某个患者乃至该患者家庭、社区及社会的选择。

这本书是为医生和其他聪明、忙碌、有独立见解、并深切关心他人健康和福利的人准备的。我们是医学教育工作者,同样地,我们知道讲课是传达信息效果最差的办法。因此,这本书围绕各专业的典型临床病例精心编排,旨在鼓励读者反思他们在临床实践中对概念的运用。由于篇章是独立的,所以如果可能的话,允许读者按照对他们最有用的顺序阅读本书,以便参考之用;但需要注意的是,这种情况下必须参考前面的章节。各章概要介绍如下。

第一部分

医疗服务的目标

第1章 目的和目标

你的患者刚刚被诊断为肺癌,你知道,关于她的治疗她将面临许多抉择,她指望你能提供信息和指导。好决策的首要特征是好的决策过程——即旨在增加实现重要目标的可能性和程度的途径。考虑任何选择之前,决策者应该明确他们的目的和目标。本章提出了目标类型学,介绍它们在治疗决策中如何发挥作用,同时建议你应该如何帮助你的患者明确并改进他们的目标。

第二部分

评估健康状况

第 2 章 健康状况的组成部分

你的病人患有糖尿病，他正面临着如何积极控制疾病的抉择。他需要更好地了解将来他可能要面临的健康状况，其中每种情况都是多层面的。大多数健康状况的结果涉及数个不同的健康层面。而且，不是所有层面都同等重要。我们会在这里遇到一个医学判断的基本悖论：虽然只有患者才真正知道每个健康层面有多重要，但是与医生相比，他们的经验往往很有限，他们的医生可能已经治疗过大量或数百名类似情况的患者，并且看到了他们抉择后的结果。本章讨论了常用于评估生活质量的健康层面及亚层面，并为患者和医生介绍如何明确健康层面的重要性、评估每个层面可能出现的结局。

第 3 章 整体健康状况

你的糖尿病患者已经考虑到他将来的健康状况可能会影响他面对一些健康层面的问题，但他不愿把自己限定在那些层面之内。他担心可能没有考虑到健康状况的重要方面或者健康状况的不同方面可能相互作用，他想知道如何评价自己的整体健康状态。这一章阐述并比较了两种识别和评价整体健康状况的方法，即分解法和整体法。

第 4 章 质量和数量

你的患者膝关节患有退行性骨关节炎，正在考虑全膝关节置换术。她的决定是一个权衡未来生活质和量的典型例子，尤其是在退行性疾病的自然病程中，她应该如何考虑她未来的生活质量，如何考虑她一生的健康状况？

第三部分

理解不确定性

第 5 章 接受不确定性

公共健康筛查使一位患者向你咨询他的胆固醇水平,并询问他是否可能会突发心脏病,膳食补充是否能降低风险。不确定性使患者和医生都感到紧张,但是,不确定性是医学最基本的特征之一。本章揭示了理解不同类型的不确定性有助于让患者放松,能指导医生在计划做一项检查或考虑治疗方案时明确最重要的问题。

第 6 章 机会与选择

你的患者已经被确诊为前列腺癌,他正在考虑一系列治疗方案中应该选择哪一种,如果还有选择的话。每种治疗方案都有一些使癌症缓解的希望,但每种治疗方案也都存在发生严重副作用的风险。大多数医疗决策提供的是一些可能结果的可能性,没有肯定哪种情况会真的发生。本章结合了结果概率的知识和结果价值的深刻见解,介绍了评价和比较这些选择的手段。

第 7 章 信心

一位医生描述了他的高血压患者 10 年心脏病发作的风险,患者询问医生对他的风险估计和治疗后可能的受益有多大的信心。一个完整的决定,仅仅制定达标的最佳选择往往是不够的。医生、政策制定者或者患者通常也关心他们到底有多少信心相信推荐的选择要优于其他的选择,以及在何种情况下反而应该推荐另一种选择。本章讨论了主观的信心和统计学的信心。

第四部分

信息发展

第 8 章 决策可视化

一对夫妇不确定他们应该选择哪种产前唐氏综合症的筛查策略,为了解

这项决策向你寻求帮助。使选项、结果及特性直观易懂的手段是最强有力的决策助手之一。本章介绍了几种不同类型的可视化决策和交流工具,并为创造和评价新工具开发了一个词汇表和分类法。要特别关注用于构建选择集、权衡和评价特性以及代表决策结构的工具。

第9章 信息的力量

另一对面临产前唐氏综合征筛查抉择的夫妇已经决定接受羊膜穿刺术,但是关于操作过程的风险和自己更期望的结果他们还有其他问题。许多决策中,有效的选项之一就是收集更多的信息。如果可以获得更多有用的信息,我们可以思考这些信息,考虑一个决策性建议还能有多大的改进。但是,额外的信息通常是要付出代价的。本章对决策中的信息运用做了既概念又精简的精确介绍,又为在决策中决定应该掌握哪些信息及何时获得这些信息提供了临床策略。本章还讨论了循证医学和临床试验的发展。

第10章 筛查和检测

在许多临床决策中,额外信息最现成的来源是诊断性试验。诊断性试验不仅包括实验室检查,而且还包括有关诊断的其他信息来源,例如病史和体格检查。但是,许多医生不了解如何制定诊断性试验,不知道如何判断它们所提供的信息价值。本章通过列举一位缺铁性贫血少女被考虑诊断为幽门螺旋杆菌感染的案例说明了这些概念。本章阐述了诊断性试验策略涉及多个连续的或者并行的试验。本章还讨论了有关诊断的心理试探法以及在哪些情况下这些判断是有用的还是误导性的。

第五部分

超越个体

第11章 家庭问题

医生习惯于为他人提供建议;然而,患者要面对其他额外的、不太熟悉的复杂情况——决策影响到孩子、年迈的长辈、或丧失能力的配偶的健康,他们要为此负责时,医生们发现自己处在一个“代理人”的位置。在这些情况下医生要怎

样指导患者？本章回顾了关于为他人制定医疗决策与为自己制定决策有何不同的研究，并为作为代理人的医生提供建议。本章为阐明如何运用这些建议列举了两个案例：一、一对已婚夫妇向你咨询丈夫前列腺癌的治疗；二、一位妇女咨询为她患有中期阿尔茨海默病的母亲承担决策制定的责任。

第 12 章 公共健康

在美国，以往医生习惯把注意力集中在病人的临床治疗上，很少关心公共卫生问题或者医疗护理的成本，但是最近 20 年来他们的注意力已经发生了显著的变化。在其他国家，医生常常要为社会的大众健康负责。本章介绍了有关公共卫生决策的要素。首先，要考虑价值聚集的问题：社会应该如何去评价一个不同患者可能会有不同评价的健康状况？回顾分析公共事业聚集区的相关研究和附加价值。其次，本章讨论了医疗护理直接和间接的开支及节余，并简要解释了度量社会医疗成本的指导方针。最后，本章以给公共卫生项目拨专款为例，通过介绍成本效益分析，将上述两者结合起来，并回顾了现行的一些公共卫生和医疗干预的成本效益。本章通过介绍常规为幼儿接种甲肝疫苗的成本效益研究，举例说明了这些概念。

第 13 章 社会价值

最后一章从公共社会价值观和道德准则的角度再次提到决策的目的和目标。本章详细描述了各种通常毫无疑问地被接受的优先决策原则，包括定量配给护理（伤员验伤分类，“抢救规则”，成本效益），并以器官捐赠和移植为例进行说明。本章不仅仅考虑到促进患者健康的价值和目标，还考虑到诸如预期不会受益的研究的价值（例如，I 期药物试验）。

致谢

我们要感谢很多同事，他们的工作鼓舞了我们，得到他们的指导，我们受益匪浅，他们包括 George Lakoff, Barbara Mellers, Danny Kahneman, Alan Cooke, Arthur Elstein, David Meltzer, Gordy Hazen, Suzanne Poirier, Georges Bordage, Les Sandlow, Jerry Niederman, Jordan Hupert, Robert Hamm, 以及

芝加哥伊利诺伊州大学医学教育系和儿科系、爱荷华州大学全科医学系的全体教师。这本书是在芝加哥伊利诺伊州大学休假期间写好的,得到国家医学图书馆和国家科学基金会的一定支持,Alan Schwartz 获得的基金项目编号分别为5G08LM007921-03 和 SES-0451122。该书所表达的任何观点、结果和结论或建议都是作者们的见解,不一定反映国家科学基金会或者国立医学图书馆的观点。

目录

第一部分 医疗服务的目标	1
第 1 章 目的和目标	3
第二部分 评估健康状况	13
第 2 章 健康状况的组成部分	15
第 3 章 整体健康状况	25
第 4 章 质量和数量	37
第三部分 理解不确定性	47
第 5 章 接受不确定性	49
第 6 章 机会与选择	66
第 7 章 信心	78
第四部分 信息发展	87
第 8 章 决策可视化	89
第 9 章 信息的力量	100
第 10 章 筛查和检测	113
第五部分 超越个体	129
第 11 章 家庭问题	131
第 12 章 公共健康	139
第 13 章 社会价值	153
参考文献	163

第一部分

医疗服务的目标

第 1 章

目的和目标

简介

M 夫人, 54 岁, 15 年来一直是你的患者, 那个时候她的身体大致正常。因手腕骨折、严重胃肠炎脱水住院, 以及每年的健康体检和常规预防性健康筛查, 你曾见过她。当她向你提及有咳血及面部浮肿的病史时, 你立即安排了胸部 X 线检查。X 线片显示有一肿块, 第二天胸部计算机断层扫描术(CT)强烈提示小细胞肺癌伴部分纵隔淋巴结转移。

你将 M 夫人转到你所在区域里声誉极高的肿瘤中心, 那里采用团队治疗的方法。M 夫人的治疗团队包括一位胸外科医生、一位肿瘤学专家、一位呼吸内科专家和一位社会事业工作者。他们讨论了她的身体状况, 并制定出几种备选治疗计划。考虑到情况的复杂性, 他们都赞成 M 夫人能合理地决定开始这几种治疗方案中的一种。达成一致后, 肿瘤学专家和社会事业工作者会见了 M 夫人共同讨论意见。他们仔细地描述了 4 种不同的治疗方案, 并询问她的选择。他们也耐心地回答了关于治疗副作用和成功机会等问题。最后, M 夫人告诉她的治疗团队, 她需要一些时间考虑这些意见。他们同意了这个请求, 并在接下来的 10 天内安排随访。

M 夫人苦恼、焦虑和困惑地回到家。第二天, 她打电话到你的办公室并约你见面。关于不同的化疗方案和手术切除肿瘤原发灶及受累淋巴结方面, 她希望得到你的指导。她已经意识到, 她的寿命可能比她曾经预想的要短得多。

M 夫人这个案例昭示了初级保健医生和他们的患者所面对的决策制定几乎所有的方面。大多数情况下, M 夫人的治疗团队会建议进行一个全面检查给她的疾病分期, 然后以他们最好的判断力并鉴于最有用的证据为患者推荐一个治疗计划, 使她获得最长的寿命或者最大的 3 或 5 年生存率。很多情况下, M 夫人会毫无疑问地接受这些建议, 因为这些建议是由受过高等教育、经验丰