

循证医学和循证保健

第一讲 概述

詹思延

信息时代知识更新十分迅速,仅仅依靠学校教育已远远不能满足实际需求,因此,以问题为基础的学习和终身学习势在必行。在这种以自学为主的模式中,如何提出问题;如何从浩如烟海、质量参差不齐的各种信息中迅速收集到真实、有用的资料;如何评价证据,系统总结现有资料并为我所用;如何将外部证据与已有的经验完美结合用于临床和预防实践;如何进行自我评估。这些都是众多卫生工作者面临的问题。循证医学(evidence-based medicine,EBM)为解决这些问题提供了一条有效的途径,过去十余年这种模式在欧美等国广为学习和实践。20世纪末期,循证医学已不仅仅局限于临床病人,而是扩展到整个保健系统,由此提出了循证保健(evidence-based healthcare,EBHC)的全新理念。本文将采用系列讲座的方式介绍循证医学和循证保健的基本思想和实践步骤,以飨读者。

一、基本概念

1. 什么是EBM:循证的思想古已有之,但EBM作为一种模式则是由加拿大McMaster大学Gordon Guyatt领导的循证医学工作组于1992年正式命名^[1]。著名的临床流行病学家Sackett等人^[2]在1996年发表于英国医学杂志的文章中提出,EBM是指对个体病人的临床医疗决策的制订应基于当前最佳的科学研究的成果。2000年Sackett等^[3]在其主编的第二版《循证医学:如何实践和教学》一书中进一步指出,EBM是最佳的证据、临床经验和病人价值的有机结合。即任何临床医疗决策的制订仅仅依靠临床经验是不够的,应当基于当前最佳的科学研究成果,并充分考虑病人对治疗的选择、关注和期望,此即所谓的循证临床决策。①最佳证据除了来自基础医学的研究,更主要的是来自以病人为中心的临床研究。②临床经验是指医生利用临床技能和既往经验快速评价病人健康状况、进行诊断、估计所施治疗的可能风险和效益,以及分析病人的价值观念和期望的能力。③病人的价值是指每个病人对其治疗的选择、关注和期望。

由此可见,EBM是一种以治疗病人为目的,不断获得有关重要的诊断、预后、治疗、病因及其他相关健康信息的自我学习实践活动,通过这一活动,临床医师可以尽最大可能捕捉到最可靠的事实证据来解决各种各样的临床问题,正确评价建立在事实证据上的实践结果并将这些结果应用于今后的临床实践中。通过活动还可以评价医师的临床行为。

2. 什么是EBHC^[4]:随着人口的老齡化,大量新技术和

新知识的涌现,病人对卫生服务期望值的增加以及专业人员期望提供更高质量的服务,这些因素交织在一起,导致对卫生资源的需求大大增加,几乎所有的国家,卫生保健需求的增加速度都超过了资源提供的速度。在资源紧张的情况下,如何利用有限的资源提供最佳的服务,是决策者必须考虑的问题。只有根据科学证据制定出的决策才能达到这样的目的。这就促使卫生工作者考虑利用EBM的思想方法解决病人群体及人群的卫生问题,随即出现了EBHC。EBHC强调对个人、群体的任何保健策略和措施的制定不仅要考虑资源和价值,还要以当前科学研究的最佳成果为依据。即使证据的质量很差或最终还是根据价值和资源制订策略和措施也必须去寻找和评价它们。

EBHC主要包括循证政策、循证采购、循证管理、循证实践、循证病人选择内容。EBHC与EBM的主要不同在于前者是把最好的证据用于病人群体和人群,而后者只限于病人个体。

3. 什么是循证实践(evidence-based practice,EBP)^[5]:随着循证思想的日趋深入和广泛传播,出现了循证治疗、循证护理、循证药学、循证精神卫生、循证儿童卫生等诸多的循证应用领域,EBM和EBHC已很难有一个明显的分界线,人们开始使用EBP来概括发现、评价和应用科学证据制定临床决策和进行保健系统管理的整个过程(图1)。EBP的最终目的是为决策者提供一种思想方法,即应用当前最佳的研究成果来制定临床和保健决策,以减少甚至消除无效的、不恰当的、昂贵的和可能有害的任何实践活动。

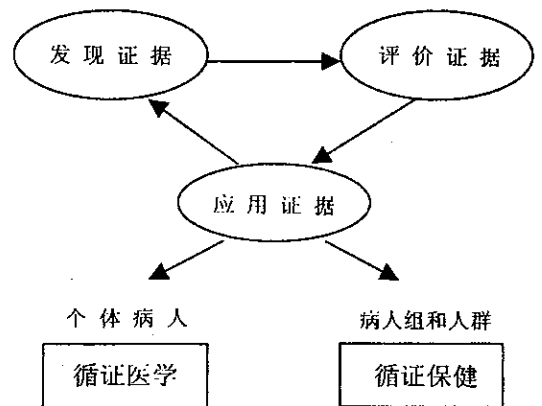


图1 循证实践过程

二、循证的主要步骤

1. 提出一个可以回答的问题:例如,对一位有乳腺癌家

族史的绝经期妇女,是否可以采用雌激素替代疗法治疗骨质疏松?如果采用,治疗的效益和发生乳腺癌的危险孰大孰小?宫颈癌严重威胁妇女的健康和生命,是否需要40岁及以上的妇女进行年度例行宫颈涂片检查,这种筛检计划的成本效果如何,能否制定相应的政策,在社区人群中实施这项筛检?根据病人或人群的实际状况提出这类需要解决的问题,是整个EBP中的第一步,也是非常关键的一步,它关系到卫生工作者能否寻找到最佳的证据来解决所面对的临床或保健问题,能否为病人或人群提供一个满意的医疗卫生服务。在第二讲将详细阐述如何提出并形成可以回答的问题,如何对保健系统中的问题进行优先排序等。

2. 检索文献寻找相关证据:循证强调要获得“最佳证据”,即指经过对研究的科学价值和实用性评价后的信息。这些信息可以来源于经同行评估的、高质量期刊上面发表的原始研究论著,亦可以来自经系统综述的各种出版物。如美国ACP杂志俱乐部和英国EBM杂志,或直接登录Cochrane图书馆(<http://www.cochrane-library.com>)获取证据。在第三讲将重点介绍网上医学和保健系统资源。

3. 严格评价证据:循证的核心思想是指临床医疗决策或卫生决策应建立在当前最佳科学研究成果的基础之上。但由于科学研究质量参差不齐,内容丰富多样,所以对文献的真实性和用途进行科学的评价是十分必要的。阅读文献时应考虑下述问题,如研究结果正确吗?结果是多少?将研究结果外推到全人群的把握度有多大?干预措施的好处(有效性,安全性和可接受性)是否大于坏处?研究结果适用于本地区的人群或卫生服务吗?阅读文献的同时对上述各项内容回答“是,否或不清楚”并进行有关疗效大小的计算和卫生经济学评价,然后综合评价这些证据的价值。目前国际上已经发展了一系列系统评价的方法,将在第四讲予以介绍。

4. 应用证据:评价证据的目的是为了使用,近年已发展并不断更新的各种临床指南和社区预防指南为卫生保健工作者提供了有益的帮助,因此,医师可以在自己的临床实践中直接利用那些真实有效的证据为病人服务,更有意义的方式是将这些证据在各级查房或小组讨论中提出,供其他医生学习借鉴。卫生保健工作者也应当利用评价后的最好证据制订决策,进行采购和管理卫生服务,然后改变资金流向和实现卫生资源的有效配置。在第五讲将重点介绍如何制定社区预防指南。

5. 自我评估:依据最佳证据制定的临床决策或卫生保健决策是否达到了预期效果应当进行评估,并据此提出改进建议,重新提出问题,进入新一轮的循证过程。此为第六讲的内容。

三、实践的基本条件:实践EBM和EBHC应具备基本的硬件和软件。硬件方面如图书馆、计算机检索系统、计算机联网等,软件方面如对专业人员进行专业技能和循证技能的培训,对公众进行健康教育,改革机构使之更有利于循证实践等。新的医学模式要求卫生工作者具备以下素质:拥有较

高的伦理学水平;专业技术上的继续发展和提高;较好的协作和交流能力;对健康和疾病同样重视,以病人和公众为中心,重视临床标准、结局、效果,对发展、研究、转变抱有浓厚兴趣。循证实践和教学还需要运用传统医学训练中没有的技能,包括精确地了解患者或社区卫生问题的情况,清楚解决问题需要哪些信息;有效地进行文献检索,找出最相关的研究并应用证据原则来确定它们的有效性;从中找出所需要的信息并将它们用于解决实际问题,能够用简洁明了的方式把检索到的文章内容的优缺点讲解给同事等。此外,还应具备一定的流行病学和统计学基础,了解循证过程中经常使用的分析技术,如Meta分析、决定分析和成本效果分析;作为决策人员,还需一定的管理能力,能够使决策顺利实施,团队有效工作。这些内容将渗透到上述各讲中。

EBM概念的提出至今不过十余年,但其内涵和外延都日益丰富,已广泛应用于临床各科和公共卫生的诸多领域,有关循证的书籍已出版百余本,循证杂志和循证网站也达几十个,尤其是1993年成立了世界科克伦协作网(Cochrane collaboration)更是将这一运动国际化,我国也在华西医科大学成立了中国循证医学中心,并被批准加入此组织,成为全球第14个科克伦中心。然而,EBM和EBHC毕竟尚在发展、完善之中,对循证的科学基础、哲学思考还有争议,实践过程也面临许多困难和挑战^[6,7]。无论如何,循证思想是十分可贵的,尤其在信息爆炸、医学和其他保健学科又经历变革的今天,提倡循证不仅可以帮助医生不断获取最新信息,学会运用他人总结出的事实依据来制定临床决策,从而提高临床实际工作能力,还能帮助卫生政策制定者进行合理决策,再配以高质量的管理,从而实现资源的有效配置,缓解医疗保健系统的压力,使人群或一组病人以最小的危险、最少的花费获得最多的卫生服务,从而增进全人群的健康。

参 考 文 献

- 1 EBM Working Group. Evidence-based medicine: A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA*, 1992, 268: 2420-2425.
- 2 Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, et al. Evidence based medicine: What is and what it isn't. *BMJ*, 1996, 312: 71-72.
- 3 Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, et al. How to practice and teach EBM. In: Churchill Livingstone. Evidence-Based Medicine. Second Edition. London, 2000. 1-12.
- 4 Muir Gray JA. How to make health policy and management decisions. In: Churchill Livingstone. Evidence-Based Healthcare. Second Edition. London, 2001. 9-35.
- 5 Collinson Gill, Muir Gray JA, Hamer Susan. Achieving Evidence-based practice A Handbook for Practitioners. Bailliere Tindall, 1999. 1-20.
- 6 Haynes RB. What kind of evidence is it that evidence-based medicine advocated want health care providers and consumers to pay attention to? <http://www.biomedcentral.com/1472-6923/2/3>, 2001.
- 7 Heller RF, Page J. A population perspective to evidence based medicine: "evidence for population health". *J Epidemiol Community Health* 2002, 56: 45-47.

(收稿日期: 2002-02-15)

(本文编辑: 段江娟)