

<<循证医学与临床实践>>

图书基本信息

书名：<<循证医学与临床实践>>

13位ISBN编号：9787030346407

10位ISBN编号：7030346408

出版时间：2012-6

出版时间：科学出版社

作者：王吉耀

页数：438

字数：694500

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

<<循证医学与临床实践>>

内容概要

《循证医学与临床实践（第3版）》是一本关于循证医学与临床实践的专著。

全书共分为四篇。

第一篇着重介绍循证医学的概念和方法、实践的原则和步骤，同时还介绍了循证医学的产生历史、开展现状和发展方向。

第二篇介绍如何得到有用的证据，包括文献检索的具体方法，并介绍循证医学实践中经常遇到的统计方法和临床实践指南形成的过程，具体包括Meta分析的各种统计方法、步骤及系统综述撰写步骤和示例，临床实践指南概述、编制、评价和应用。

第三篇则从诊断、治疗、预防和筛查、预后、不良反应、临床经济分析、生命质量、决策分析、卫生技术和医疗质量评估及在医学教育中应用等方面论述如何在临床实践和医学教学中开展循证医学。

第四篇从疾病角度，向读者介绍各专科医生如何在临床实践中应用循证医学的原理解决临床问题的实例。

《循证医学与临床实践（第3版）》内容丰富、资料新颖，科学性及实用性较强，可供临床医生、研究生、临床医技护理专业人员及临床流行病工作者、医学杂志编辑和医学院校学生参考。

<<循证医学与临床实践>>

作者简介

王吉耀、〔丹〕Christian Gluud

书籍目录

序一序二第3版前言第2版前言第1版前言一第1版前言二第一篇 概论第一章 循证医学的概念第二章 循证医学产生的历史第一节 随机临床试验的历史第二节 Meta分析的历史第三节 临床流行病学第四节 Cochrane协作网第三章 循证医学开展现状和发展方向第一节 循证医学的分支学科第二节 循证医学的普及教育第三节 循证医学的研究第四节 中国循证医学的现状第四章 学习循证医学的必要性第一节 进行临床决策的前提第二节 寻找最好的证据第五章 如何实施循证医学第一节 实施循证医学的步骤第二节 寻找和提出临床问题的方法第三节 学习循证医学应注意的问题第二篇 如何得到有用的证据第六章 Cochrane协作网第七章 循证医学资源检索第一节 概述第二节 常用循证医学证据资源第三节 循证医学资源证据检索实例第八章 系统综述第一节 概述第二节 干预效果证据的质量评估第三节 系统综述的步骤与方法第四节 系统综述示例——中草药治疗慢性乙型肝炎随机对照试验的系统评价第九章 Meta分析中的统计方法第一节 Meta分析中资料的齐性和统计模型的选择第二节 Mantel-Haenszel方法第三节 Peto法第四节 General Variance-Based方法举例介绍第五节 Dersimonian and Laird方法(随机模型)第六节 各种方法的优缺点第十章 Meta分析结果的图示报告第十一章 系统综述偏倚的检测——Funnel Plot分析第一节 系统综述偏倚的来源第二节 Funnel Plot图形的原理和方法第三节 诊断性试验Meta分析的发表偏倚检测第三篇 循证医学与临床实践第十二章 诊断试验第一节 寻找最恰当的相关资料第二节 评价文章的科学性第三节 估计临床应用的指标第四节 将临床研究结果用于自己的病人第五节 筛查和诊断试验的Meta分析方法第六节 循证医学在诊断试验方面的实施现况第十三章 治疗性研究第一节 寻找与治疗有关当前最佳的资料第二节 临床治疗试验科学性的评估第三节 研究结果的评估第四节 将临床研究结果用于病人第十四章 预防和筛查第一节 研究的结果是什么第二节 结果是否真实第三节 结果是否适用于我的病人第四节 筛查实例第十五章 预后第一节 文献结果是否真实第二节 研究的结果是什么第三节 研究结果是否有助于解答病人的临床问题第四节 临床问题举例第十六章 临床经济分析与实施第一节 概论第二节 问题的提出第三节 临床经济评价方法第四节 如何将临床经济评价结果应用于解决临床问题第十七章 生命质量第一节 生命质量的含义第二节 生命质量评价的循证医学第三节 生命质量量表的建立和评价第四节 生命质量评价中的问题第十八章 不良反应第一节 不良反应的研究结果是否真实第二节 不良反应的研究结果第三节 将不良反应的研究证据应用于病人第四节 在临床中我们应有的对待不良反应的态度和可操作的方法第五节 实例分析第十九章 决策分析第一节 临床决策和决策分析第二节 决策分析模型第三节 决策分析评价第二十章 卫生技术评估第一节 卫生技术和卫生技术评估概述第二节 卫生技术评估的内容第三节 卫生技术评估的步骤第四节 卫生技术评估的发展第二十一章 临床实践指南第一节 临床实践指南概述第二节 循证实践指南的编制第三节 临床指南的评价与应用第二十二章 临床资料库与医疗质量评估和改进第二十三章 医疗卫生系统质量、经营和改进管理第一节 医疗卫生系统质量管理工具——认证第二节 医疗质量管理体系第二十四章 循证医学在教学中的应用第二十五章 循证医学与比较效果研究第四篇 循证医学在各学科教学中的应用实例第二十六章 心血管疾病——非瓣膜性心房颤动应用抗栓药物预防脑卒中的策略第二十七章 呼吸系统疾病——糖皮质激素治疗结核性胸膜炎疗效评价第二十八章 胃肠病与肝病第一节 门静脉高压出血的预防和治疗第二节 长期服用非甾体类抗炎药物上消化道副作用的防治第二十九章 内分泌代谢病第三十章 血液系统疾病第三十一章 风湿病——老年人骨关节炎止痛药物的选择策略第三十二章 神经系统疾病——严重颅脑外伤预防性抗癫痫治疗评价第三十三章 精神-心理疾病第一节 心理治疗与抑郁症第二节 抗抑郁药与抑郁症第三节 益智药物与老年期痴呆第四节 焦虑障碍用心理治疗效果如何第三十四章 儿科疾病——小儿呼吸道感染和中耳炎预防措施的疗效评价第三十五章 肾脏疾病附录附录一 Cochrane协作网的历史回顾附录二 Cochrane肝胆疾病组发表于Cochrane图书馆2006年1期的系统评价及研究方案附录三 国家临床研究论文的发表标准附录四 循证医学数据库资源附录五 部分国家的卫生技术评估机构的基本情况英汉对照索引

<<循证医学与临床实践>>

章节摘录

第一篇 概论 第一章 循证医学的概念 循证医学 (evidence based medicine, EBM) 即遵循证据的临床医学, 其核心思想是医务人员应该认真地、明智地、深思熟虑地运用在临床研究得到的最新、最有力的科学研究信息来诊治病人。

“循证医学”是一种理念, 是一个将最佳证据与医师的临床经验以及病人的需求和价值观三者结合起来 (图1-1-1) 对病人进行最有利的临床决策的过程, 而不是指某一特定的内容 [1]。

最好的证据来自医学基础学科和以病人为中心的临床研究 [2, 3]。

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病人的健康状况、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师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病人的服务。

在将证据用于解决病人问题时, 必须将获得的证据与病人沟通, 在病人理解和同意基础上实施。

总之, 任何临床医疗决策的制定都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, 为病人的诊治做出最佳决策, 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都可以用错, 因为最好的临床证据在用于每一个具体病人时, 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, 给病人造成损害。

EBM 倡导的有根据地对病人进行医疗服务, 将医学研究结果用于临床实践的做法已被广大医务人员和病人所接受。

(王吉耀) 参考文献 [1] Citrome L, Ketter T A. Teaching the philosophy and tools of evidence-based medicine: misunderstandings and solutions. *Int J Clin Pract*, 2009, 63 (3): 353 ~ 359. [2] Sackett DL, Richardson WS, Rosenberg W, et al. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1997. 1 ~ 60. [3] Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, et al. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM (Second Edition). Edinburgh: Churchill Livingstone, 2000. 1 ~ 240. 第二章 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。

第一节 随机临床试验的历史 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 [1]。

对循证思维的进一步肯定见于阿拉伯医生 Avicenna (980 ~ 1037) 的著述 [2]。

他提出, 动物实验并不能证实在人身上的效果, 因此药物的实验应当在人体上进行, 而不是在狮子或马身上进行。

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 [2]。

来自中东的 Avicenna 医生的智慧思想后来可能通过丝绸之路传到中国。

在中国, 第一次提到对照试验见于 1061 年的《本草图经》(Atlas of Materia Medica) [3]。

这本宋代 (960 ~ 1279) 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。

” Sackett 等引述个人交流的资料证实循证医学较早在中国引入。

在清代 (1644 ~ 1911) 乾隆年间编著的《考证》一书, 考证的方法其用意为实践有证据的研究或研究过硬的事实, 以用于解释孔子有关干预的论述 (公元前 551 年)。

循证医学的哲学与科学根基在 18 世纪得到了明显巩固。

英国开始对医疗卫生干预进行利大于弊的严格评价 [3]。

<<循证医学与临床实践>>

苏格兰航海外科医生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[4]。

同他一起的同期其他临床研究人员创造性地将观察性、定量及实验研究引入内科学和外科学[3]。特别是George Fordyce于1793年发表了名为《力求改进医学的证据》(A ttempt to Improve the Evidence of Medicine)一书[4]。

在法国大革命后期，循证的思想得到了进一步发展。

1816年，Alexander Hamilton在其博士论文中描述了一项爱丁堡的大型对照试验评价放血疗法的效果[4]。

患病士兵(n = 336)被交替分配到接受放血治疗组(占1/3)和非放血治疗组(占2/3)。

放血组中35名士兵死亡，而非放血组仅6名死亡。

这是迄今为止发现的采用交替的方法产生对比组的最早记载之一[3]。

当今已很难找到提倡放血疗法的事例。

1898年，丹麦医生Fibiger发表了其著名的血清治疗白喉的半随机对照试验[5]。

19世纪90年代，当时血清治疗白喉效果的证据存在争论[5]。

动物实验表明治疗是有希望的，巴黎的Roux医生所进行的研究具有说服力。

然而，某些临床医生在一系列的观察性研究中并未发现血清治疗的疗效[5]。

此外，血清治疗的副作用(如血清病)是众所周知的，尤其是当医生们自己患白喉时却拒绝血清治疗更让人产生了怀疑[5]。

Fibiger试验的目的是调查血清治疗对白喉病人发病与死亡的效果与副作用。

在哥本哈根的一所医院，入院的白喉病人除标准治疗外采用皮下注射白喉血清一日2次，直至症状改善，而对照组仅用标准治疗。

按入院日先后分配治疗，每隔一天新的病例接受标准治疗，另一天接受血清治疗。

结果血清治疗组239例病人中8例死亡，而245例对照组中30例死亡。

两组的差异经卡方检验(由Pear-son 1900年首次提出)， $P = 0.0003$ ，表明赞同血清治疗[5]。

一个饶有兴趣的问题激励Fibiger进一步发展他以前的试验。

国际上，随机化的方法在1898年以前只在非临床试验中使用[6]。

1884年，Peirce使用一副纸牌来决定重量变化的顺序用于调查小重量差异的感觉阈值[7]。

Pierce的发明并未受到重视，而当今他已被称为实用主义哲学运动的奠基人之一[5]。

虽然许多医师认识到缺乏证据的治疗方案对广大病人的健康是有害的，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，并没有先用于人群观察疗效，如用胃冰冻疗法治疗消化道出血[8]。

后来人们逐渐认识到动物试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。

直到第二次世界大战结束，人们对进行临床试验的兴趣才缓慢增加[9, 10]。

1948年，在英国医学研究会领导下开展的世界上第一个临床随机对照试验(randomized controlled trial, RCT)肯定了链霉素治疗肺结核的疗效[11]。

其中流行病学家和统计学家对于医学界起了科学的领导作用，改进了临床研究的质量。

随机分组的运用控制了混杂因素，减少了偏倚，对于治疗性研究的正确开展有不可估量的作用。

接着，在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[12]。

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出血是无效的[8]。

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病人的观念已经形成，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。

RCT的出现是临床医学研究新纪元的里程碑，也是循证医学证据的主要来源。

对临床试验历史发展感兴趣的读者可从《纵览历史的对照试验》(Controlled Trials from History)一

<<循证医学与临床实践>>

书的互联网网址上查到更多信息 (http://www.rcpe.ac.uk/controlled_trials/biblio.html)。

第二节 Meta 分析的历史 将多个研究资料合并进行的统计学再分析, 该想法早在1904年 [13] 和1907年 [14] 就已存在。

1904年, Pearson [13] 将接种肠热病疫苗与生存率之间的相关系数进行合并, 其理由是“由于受发生概率错误大小的影响, 很多分组资料均太小, 不足以获得肯定的结论”。

几年以后, Goldberger [14] 注意到有关伤寒菌尿症所发表的资料存在很大的变异性。

他对相关的文献进行了鉴定, 并制作了特定的标准用来选择、提取供分析的资料, 然后进行统计学分析, 因此达到了当今的Meta分析的基本要求 [14]。

19世纪30年代, 人们研究开发了统计学的技术用于不同研究资料的合并 (如Tippett 1931, Fisher 1932, Cochran 1937, Pearson 1938)。

然而, 过了相当长的时间后, Meta分析的方法才被引用于医学领域对干预效果的评价, 其中有些例子见于1966年 [15] 和1977年 [16]。

Meta分析一词是由心理学家Glass于1976年首次提出的统计学方法 [17]。

Thomas C Chalmers 在1982年对该方法产生了疑虑 [18]。

而正是Thomas C Chalmers 和他的小组 [19] 提出了累积性Meta分析的概念 [16]。

累积性Meta分析只需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的随机临床试验Meta分析结果中。

这也是Cochrane 协作网蕴藏的基本理念之一 (详见第二篇第六章)。

以此, 用户和医疗卫生提供者能够以最新的干预效果评价不断地进行更新。

由于Meta分析的资料来源全面, 有清晰的搜索收集资料的措施, 是在批判、评价基础上收集证据, 有统一的评估方法, 对资料进行质量综合而不是以往综述中的定性估计。

文章的推论常建立在证据基础上, 为临床进一步研究和决策提供全面的文献复习和综合。

由于做定量综合时增加了样本数, 因此在临床发生率较低情况下为发现两种结果之间的差异增加了统计学上的把握度, 增加了对治疗作用的正确估计, 有助于防止小样本导致的偏倚。

通过分析可以测定及解决文献报道中矛盾的结果, 研究不同文献异质性的来源和重要性, 还可研究不同亚组的变化。

因此, Meta分析的结果常被用作开展循证医学的证据。

第三节 临床流行病学 临床流行病学在循证医学的发展中起了重要作用。

20世纪70年代后期和80年代初期, Sackett DL [20]、Fletcher RH [21] 等在临床研究和医疗实践中, 创造性地将流行病学和医学统计的原理和方法有机地与临床医学结合起来, 发展和丰富了临床研究方法学, 创建了现代临床流行病学。

以Sackett DL 为代表的McMASTER 大学临床流行病工作小组在1984年陆续出版了《阅读者指导》

(Reading Guides), 指导临床医生如何阅读医学文献, 保持知识更新, 并制定了评价有关病因、治疗、预后、判断等文献的新标准 [20], 帮助临床医师得到有用的证据指导临床实践。

经过十多年的使用, 在20世纪90年代, Sackett等对其加以改进, 制定了一套新的《使用者指导》

(User's Guides), 陆续发表在《美国医学会杂志》(JAMA)上。

这套系列的指导文章是在原来《阅读者指导》基础上除了指导临床医生如何收集及评价文献外, 着重于指导如何应用医学文献中得到的证据来解决每日碰到的临床问题, 介绍了循证医学的众多概念 [21]。

1995年, Sackett 到了英国剑桥, 在同事们的帮助下, 使循证医学的概念更加系统化, 并向全世界推广。

第四节 Cochrane 协作网 由英国流行病学家Archie Cochrane 在1979年提出和开展的系统综述

(systematic review) 对循证医学的开展起了重要作用。

1972年, Archie Cochran 根据当时研究者并不理解临床医师是如何需要研究信息的情况, 指出当时的事实是大多数医生对于治疗方面的决策是从质量差别很大的一大堆研究结果中随意或根据专家意见选择, 有时由于研究的缺陷, 其选择的是完全错误的研究结果。

他意识到医生们还没有准备好去接受可供使用证据的可靠的综述。

<<循证医学与临床实践>>

1979年,他说道:“我们没有组织由专家定期地对所有相关的随机对照试验进行评估和总结,这是我们职业上最大的失误。

”他提出全世界的研究者与临床医师应该联合起来,各专业的专家系统地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[22](详见第二篇第六章)。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,它们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,为了生产、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师、病人和决策者,使循证医学的开展、证据的获得有了条件。

(Christian Gluud 王吉耀)参考文献 [1] Hippocrates.Precepts. : works (translated by W HS Jones).London : Wm.Heinemann , 1923 , 1 : 313. [2] Bull JP.The historical development of clinical therapeutic trials.J Chron Dis , 1959 , 10 : 218 ~ 248. [3] Lewith G T , Aldridge D (Eds) .Clinical research methodology for complementary therapies.London : Hodder andStoughton , 1993. [4] Tr?hler U. “ To improve the evidence of medicine ” .The 18 th Century British Origins of a Critical Approach.TheRoyal College of Physicians of Edinburgh.Scotland : Metro Press Euro Limited , 2000. [5] Hrobjartsson A , G.tzsche PC , Gluud C.The controlled clinical trial turns 100 years : Fibiger’s trial on serum treat-ment of diphtheria.BMJ , 1998 , 317 : 1243 ~ 1245. [6] Hacking I.Telepathy : origins of randomization in experimental design.ISIS , 1988 , 79 : 427 ~ 451. [7] Pierce CS , Jastrow J.On small differences of sensation.Memoirs Natl Acad Sci , 1884 , 3 : 73 ~ 83. [8] Ruffin JM , Grizzle JE , Hightower NC , et al , A co-operative double-blind evaluation of gastric “ freezing ” in thetreatment of duodenal ulcer.N Engl J Med , 1969 , 281 (1) : 16 ~ 19. [9] Clarke M. . . . but “ quasirandom allocation ” of treatment was reported in 1930.BMJ , 1996 , 312 : 1298. [10] Maynard A , Chalmers I (Eds) .Non-random reflections on health services research.On the 25 th anniversary of Archie Cochran’s Effectiveness and Efficiency.London : BMJ Publishing Group , 1997. [11] A Medical Research Council Investigation.Streptomycin treatment of pulmonary tuberculosis.Br Med J , 1948 : 770 ~ 782. [12] Truelive SC.Witts LJ.Cortisone in ulcerative colitis.Final report on a therapeutic trial.Br Med J 1955 : 1041 ~ 1048. [13] Pearson K.Report on certain enteric fever inoculation statistics.BMJ , 1904 , 3 : 1243 ~ 1246. [14] Winkelstein W.The first use of Meta-analysis ? Am J Epidem , 1998 , 147 : 717.

<<循证医学与临床实践>>

编辑推荐

《循证医学与临床实践(第3版)》内容丰富、资料新颖，科学性及实用性较强，可供临床医生、研究生、临床医技护理专业人员及临床流行病工作者、医学杂志编辑和医学院校学生参考。

<<循证医学与临床实践>>

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>