

doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2015.01.008

View this article at: http://dx.doi.org/10.3978/j.issn.2095-6959.2015.01.008

· AME 科研时间专栏 ·

专栏导读: AME Groups旗下出版了*Journal of Thoracic Disease* (《胸部疾病杂志》)、*Annals of Cardiothoracic Surgery* (《心胸外科年鉴》)、*Chinese Journal of Cancer Research* (《中国癌症研究》)和*Annals of Translational Medicine* (《转化医学年鉴》)等近20本英文医学学术期刊。2014年, AME Groups中文平台——“科研时间”的诞生, 为广大从事临床和基础研究的科研工作者带来了福音, 提供了更多科研交流和学习分享的机会。欢迎广大读者关注我们“AME科研时间专栏”, 订阅我们的公众微信号(科研时间: amegroups), 给我们提出宝贵的建议和意见, 以便于将这个专栏建设得更好, 成为读者喜闻乐见的一个栏目。

AME 循证杂谈01 | 走出循证医学的八大误区

周支瑞

(复旦大学肿瘤医院放疗科, 上海 200032)

循证医学进入中国已有二十多个年头, 从高大上的舶来物逐渐为大家所熟知, “旧时王谢堂前燕, 飞入寻常百姓家”。但循证医学理念真的已经深入人心了吗? 现实往往很残酷, 揭开伤疤总是让人痛不欲生。笔者小文将对循证医学认识的常见误区进行简单剖析, 权当茶余饭后的小憩。

1 循证医学就是 Meta 分析, Meta 分析就是循证医学!

剖析: 这是最深的误解, 误解之深犹如桃花潭水, 又岂止三千尺? 我们首先来看看循证医学的定义, 循证医学创始人之一David Sackett教授将循证医学定义为“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, 考虑病人的价值和愿望, 将三者完美地结合后制定出病人的治疗措施”。下面我们再看看Meta分析的定义: 一般把Meta分析译作元分析或者荟萃分析, 是指将多个研究结果整合在一起的统计方法。足见Meta分析的本质是一种统计学方法。从这个意义上说Meta分析与t检验、方差分析、多元回归一样, 只是一种统计学方法。把一种统计学方法与一种高大上的医学实践模式划等号, 实属不应该(图1)。

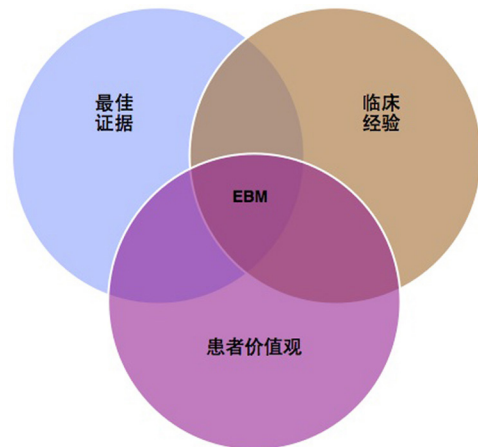


图1 循证医学决策依据

2 循证医学就是系统评价, 系统评价就是循证医学!

剖析: 这又是一个常见误区。下面我们看一段来自于维基百科的关于系统评价的定义: “系统综述是文献探讨的一种, 为研究有关某特定主题所有高质量的报告, 并将之识别, 评论并集合。高质量的随机对照试验为循证医药系统综述中最重要的一环。对系统综述的认识及实际使

收稿日期 (Date of reception): 2014-12-09

通信作者 (Corresponding author): 周支瑞, Email: zrz3711@163.com

用已成为医疗及保健专业中不可或缺的部分。除了健康干预，它亦适用于临床测试，公共健康干预，社会干预，不良反应和经济评估。系统综述不局限于医学，于科学其他领域亦常见，对判定研究方法的质素有帮助。其他应用到系统综述的领域包括心理学，护理学，牙医学，公共健康，职能治疗，言语治疗，物理治疗，教育研究，社会学，商业管理，环境管理和保育生物学”。这条定义里把“systematic review”翻译为“系统综述”，而不是“系统评价”，后者的译法主要是强调在系统综述中“评价”的重要性，事实上二者完全相同。从这个定义我们可以看出系统综述/系统评价是一种既往发表的文献再探讨的方法，是一种基于已发表文献的二次研究，它可以与循证医学有密切关系也可以没有关系，比如社会学领域的系统评价可能与医学就没什么关系或者关系不大。

3 系统评价就是 Meta 分析，Meta 分析就是系统评价

剖析：如果读者对系统评价与Meta分析傻傻分不清楚，请看(图2)：

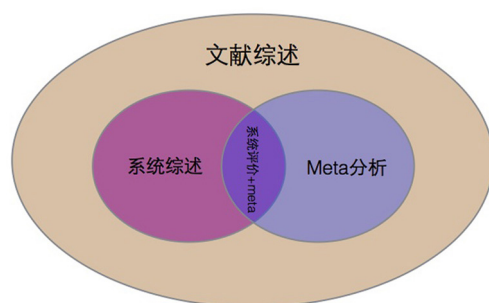


图2 系统评价与Meta分析的区别和联系

4 循证医学排斥医生的临床经验！

剖析：有人认为：“既然循证医学一切以证据说话，那么医生的经验就不再重要了”。事实上这是一种误解，他们忽略了一些重要的前提：第一，并非所有的临床问题都有确凿无疑的证据，很多问题并没有答案，而且最关键的是“没有答案或者仅有部分答案”这种情况可能占大多数；第二，证据是发展的，现有的所谓正确的证据未来可能被证明是错误的；第三，疾病的诊断需要临床医生的经验，患者治疗过程中病情的变

化、疗效的观察需要医生的经验；第四，富有经验的医生总是显得更擅长医患沟通，良好的医患沟通对于患者的康复同样很重要。第五，很多证据来自于临床医生的经验积累和升华，处于临床证据金字塔的I类证据往往最初来自于医生的观察。以上总结的几点理由可能不全面，但足以说明循证医学从来不排除医生的经验，相反循证医学更需要临床医生的经验。

5 临床证据高于患者的价值观！

剖析：根据循证医学的定义以及图1所示，我们不难发现，循证医学并不否定患者的价值取向与选择的权利。相反，当目前的循证证据与患者的价值观发生矛盾时，比如某些证据可能与患者的宗教信仰相违背，或者患者拒绝一些副作用较大的治疗措施等，此时基于循证医学的临床决策更应该把患者的价值观放在首要的考虑因素，或者说患者的价值观在循证决策中占据更大的权重。

6 临床实践指南就是圣经！

剖析：高质量的指南对于推动医疗规范化无疑起到了积极的作用，但是教条化临床指南无疑会阻碍医学的发展和进步。指南具有一定的滞后性，即便是每年更新的指南也存在这个问题，而那些几年更新甚至几十年更新一次的指南滞后性就更显而易见。除此之外，临床指南的质量也有高低，有些指南可能是错误的或者是过时的，对于低质量的指南，更要持怀疑态度。只有那些制定流程科学规范并定期更新的指南才具有临床参考价值。简言之，以批判的态度对待临床指南是一个医生科学素养的集中体现。

7 把单个 RCT 的结果奉若至宝！

剖析：RCT(随机对照试验)无疑是目前最好的干预试验设计方法，但是，如同临床指南一样，RCT的质量也有高有低。如果把某个随机方法不明、缺乏隐蔽分组、减员偏倚严重的随机对照试验奉为至宝并指导临床实践，可能会带来严重后果。此外，一个重要的事实经常被证据使用者忽略，一些药厂或者医疗器械生产者赞助的临床试验可能存在数据修饰与选择性报告结果的嫌疑，造成一些疗效被夸大，一些副作用被忽视；一些原本没有疗效的干预措施，在经过一系列试

验数据挖掘之后，在某些所谓的亚组人群中被赋予了神奇的疗效，这样的例子并不罕见(笔者比较中庸，所以对于那些欺世盗名的临床试验就不点名了)。以上理由也许片面，但足以说明问题，因此对于任何临床证据，使用者都要持有批判性的态度，辩证的看待试验结果，最终做出最有利于患者的临床决策。

8 循证医学是无所不能的!

剖析：没有一种医学模式是万能的，更不要

期望有一种医学模式可以解决医生和患者所有的问题。医学是科学，也是一种有关可能性与不确定性的艺术。

文末把华西医学院循证医学中心李幼平教授的一段话送给大家：基于问题的研究，遵循证据的决策，关注实践的后果，后效评价，止于至善。

最后祝大家在漫漫医路上都有所得，有所悟!

作者：周支瑞，复旦大学肿瘤医院放疗科在读博士，AME 学术沙龙委员。

本文引用：周支瑞. AME 循证杂谈01| 走出循证医学的八大误区[J]. 临床与病理杂志, 2015, 35(1): 20-22. doi: 10.3978/j.issn.2095-6959.2015.01.008

本文首先以中文发表于【科研时间】(doi: 10.3978/kysj.2014.1.352). 本文已获科研时间和作者同意将该文内容以中文在本刊发表。