

循证医学与价值医学



湖南省人民医院 (湖南师范大学第一附属医院) 秦月兰



秦月兰

主任护师,硕士生导师 湖南省人民医院副院长

中华护理学会第27届理事会常务理事及护理管理专业委员会委员

中国研究型医院学会护理分会理事

中华医学会医学伦理学分会护理学组委员

湖南省护理学会副理事长及护理管理专业委员会主任委员

湖南省护理学会信息与继续教育工作委员会主任委员

公立医院行政领导人员职业化培训专家委员会委员

湖南省健康服务业协会老年照护与老年病康复分会第一届理事会理事长

赴新加坡、美国进修护理管理,获加拿大皇家大学MBA

中华护理杂志、中华现代护理杂志、湖南师范大学(医学版)、当代护士杂志编委

研究方向: 护理管理、老年护理

成果: 论文60篇 (SCI2篇) ,专著24部,课题14项,科技奖6项



Qin Yuelan



省级综合性三甲医院

2006

1949

1924

医院创始人



中华医学会 第一届会长颜福庆先生



湖南师范大学 第一附属医院

省立长沙医院

中国红十字会 湖南分会医院



1958 湖南省人民医院

湖南仁术医院

1912

2013年 百年名院





在十年之内,作为医学生你们所学知识的一半都会被证明是错误的,而且麻烦的是没有老师能够告诉你们哪一半是错误的

一前哈佛大学医学院院长、著名心脏病专家Bur-well教授





一、循证医学



循证医学 (evidence-based medicine,EBM):

审慎地、明确地、明智地 (conscientious,explicit,and judicious) 运用最新、最佳证据做出临床决策。

--加拿大McMaster大学David Sackett 教授 (1996年)

[1]. Evidence-Based Medicine Working Group. Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine[1]. IAMA. 1992. 268(17): 2420-2425.



▶国外发展现状



20世纪70年代,

ArchieCochrane: 提出了一个具有远见卓识的建议: "基于证据的卫生保健服务或管理"

Chalmers领导的团队历时14年,于1989年完成了对产科各种方法临床效果的研究证据的评价。表明临床使用的很多治疗可能是无效的结果震惊了医学界,也表明

denkeobased medicine education and asse

Consmit the practice of medicine; Effectiveness of training in evidence—based medicine

1991年由Guyatt在ACP Journal Club上撰文正式提出,1992年牵头成立了循证医学工作组,并在JAMA发表《Evidence-based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine》一文,标

an interactive class for third- and f

1992年英国
Cochrane中心和
1993年正式成立的
Cochrane协作网为
起点,各种EBM相
关的学术组织、数
据库、期刊和会议

1999年,EBM被列为全

球医学教育最低基本要

求运用EBM原则,在挽

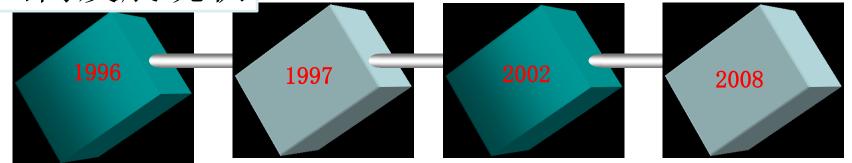
救生命的过程中采用恰

当的诊断和治疗手段"。

2003年4月美国医学院



▶国内发展现状



EBM正式引入:

王吉耀教授发表了第一篇介绍的文章 第一篇介绍的文章 并将其翻译为"循 证医学",在港澳 台地区也翻译为 "求证医学"和 "实证医学" 卫生部下文成立的中国循证医学中心和国际Cochrane中心的第十四个分中心一一中国Cochrane中心落户四川大学华西医院(原华西医科大学

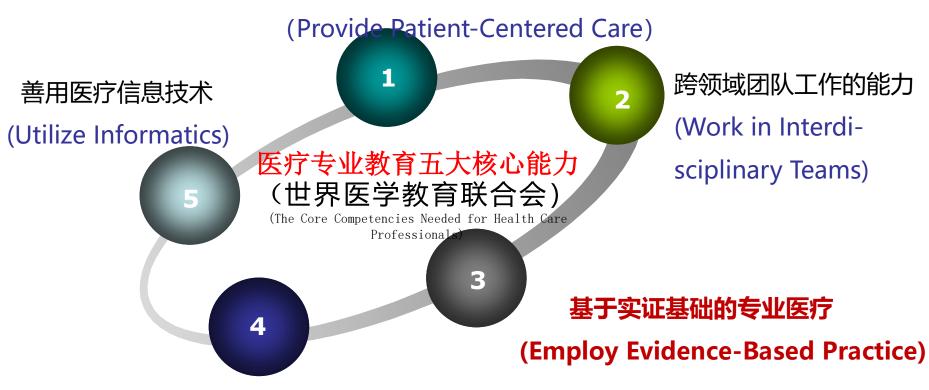
由教育部下文正 式成立了循证医 学教育部网上合 作研究中心,均 由李幼平研究员 任主任。(现全 国共有18所分中 心)

EBM在国内也已经发展 为EBS(循证科学)



医学生的核心能力

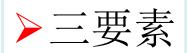
提供以病人为中心的医疗照顾



能应用于质量改善的技术

(Apply Quality Improvement)





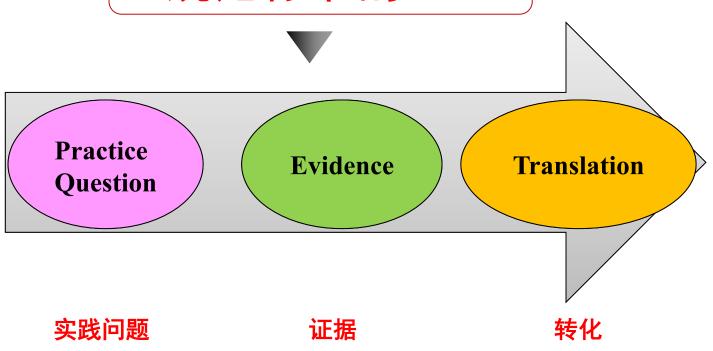
三要素必须有机结合

- (1)可利用的最适宜的研究证据
- (2)医务人员的个人技能和临床经验
- (3)病人的实际情况、价值观和愿望



> 先进做法

规范标准的90%



---霍普金斯医学中心



PRACTICE QUESTION 实践问题。

Step 1: I EVIDENCE 证据↓ 步骤 1: Step 2: I Step 6: Co 步骤 6: 步骤 2: Step 3: I Step 7: Ar 步骤 7: 步骤 3: Step 8: Su Step 4: I 步骤 8: 步骤 4: Step 5: S Step 9: Sy

步骤 9:

Step 10: I

步骤 10:

步骤 5:

TRANSLATION 转化。

Step 11: Determine fit, feasibility, and appropriateness of recommendation(s) for translation pathe

步骤 11: 确定转化途径建议的适合性、适当性和可行性↓

Step 12: Create action plan∉

步骤 12: 创建行动计划~

Step 13: Secure support and resources to implement action plan-

步骤 13: **获取**实施行动计划的**资源和帮助**₽

Step 14: Implement action plan₽

步骤 14: **实施**行动计划↵

Step 15: Evaluate outcomes

步骤 15: **评估**结果↓

Step 16: Report outcomes to stakeholders

步骤 16:向利益相关者<mark>汇报</mark>结果↓

Step 17: Identify next steps₽

步骤 17:明确下一步↓

Step 18: Disseminate findings

步骤 18: **公开**成果↓



> 发展面临的问题

- ◆证据的过度化和绝对化
- •导致普遍性与特殊性之间的巨大矛盾
- •忽视最佳证据获取过程中的缺陷(人为因素的干扰、疾病诊断的不准确、疾病评估及分期模糊)
- •降低了疾病的深层机制和临床共识的权重,容易被有偏倚的数据左右
- ◆不能完全弥补基础医学和临床实践之中的鸿沟 疾病诊断不准确,分期评估模糊,疾病发生的根本原因不明等问题不解决
- ,基础医学便始终无法架起通往临床实践的桥梁



二、价值医学



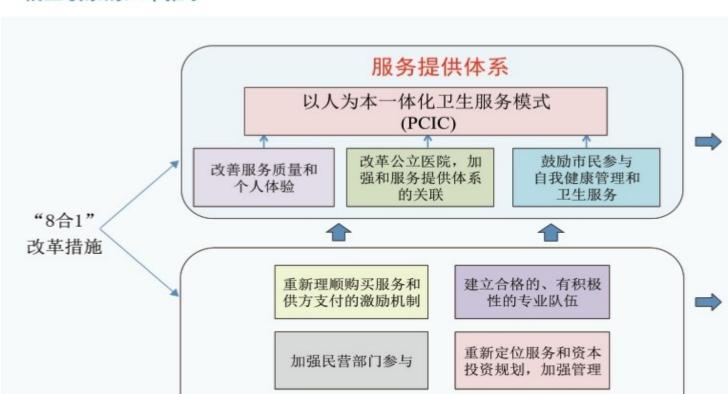
概念

- ◆美国学者Brown等提出价值医学是一种探讨患者所期望的生命价值与治疗费用相结合的建立在循证医学最佳证据基础上的实践医学
- ◆ 德国Hirneiss等专家提出价值医学是一种将患者所 关心的生活质量的提高、寿命的延长等因素与治疗 费用有机结合起来的一种医学



> 建设基于价值的优质服务提供体系

相互联系的八个推手



体制和筹资环境

深化中国医药卫生体制改革

建设基于价值的优质服务提供体系

政策总计

中国医药卫生体制改革联合研究合作方

世界银行集团、 世界卫生组织 财政部、国家卫生和计划生育委员会、人力资源和社会保障部

2016年

平衡的、基于价值的卫生服务提供体系



- 身体更健康
- 服务更优质、就医更满意
- 服务价格更经济合理



> 核心: 旨在为患者优化医疗价值

Value=Quality/Cost

合理的医疗成本



更优的健康结局

职业价值和研发生物技术的价值一定要体现在让患者和 社会获益: 让患者活得更久、活得更好



> 最重要的优势:

- □评估临床指标、患者的生活质量和工作能力
- □评估医疗团队干预患者的全部能力
- □促使患者做出合理的决定

●缺乏评估诊疗效果的统一标准是导致新疗法泛 滥、不必要的治疗变动及过度治疗的主要原因



> 低价值的医疗服务:

- □成本超支
- □低满意度
- □不良的健康结局

包括:不当医疗,不安全医疗,不必要医疗,大处方,滥用新疗法,过度医疗,过度诊断,错过最佳预防时机,浪费



> 发展面临的问题

- ◆缺乏大型临床数据中心的一致方式来衡量
- ◆多元独立的健康服务难以整合到一个个体
- ◆评价系统复杂,争议大

过渡期!

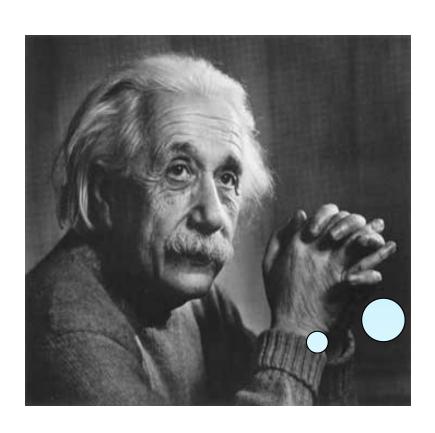


三、医学本质的回归

▶ 价值医学与循证医学完美结合

- ◆ 医学的本质是人学(自然属性和社会属性) --国医大师裘沛然人学思想
- ◆价值医学 社会收益
- ◆循证医学 医疗技术的安全性和有效性





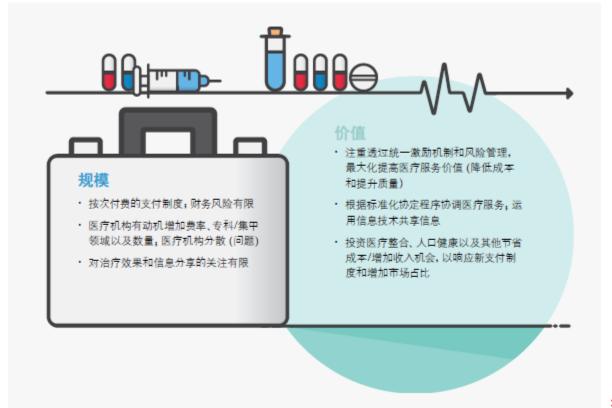
"眼泪用科学解释就是盐加水,但眼泪怎会如此简单!"

——爱因斯坦



> 医疗服务报销模式的转变

按次付费补偿模式→基于疗效与价值的付费模式





四、卫生服务提供体系急需变革

- > 卫生服务提供体系现状
 - ◆ 《柳叶刀》首次刊发了全球低质量医疗系统研究结果: 在中低收入国家里,每年预计有500多万人死于低质量的 医疗服务,另外还有360多万人死于医疗资源匮乏

遏制低质量的医疗服务泛滥!!



◆ 慢性病变化趋势



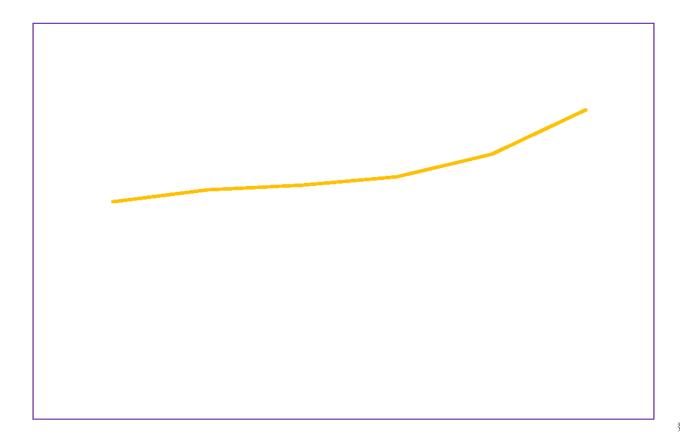


- 确诊人数: 已超过3亿
- 己呈现**年轻化**发展趋势,开始侵袭四五十岁的中年人
- ■**死亡率**: 占总死亡人数的比例高达86.6% (城市85.3%、农村79.5%)
- ■疾病负担: 已占到总疾病负担的70%(65岁以下人群负担 占50%)



◆ 中国居民健康素养水平

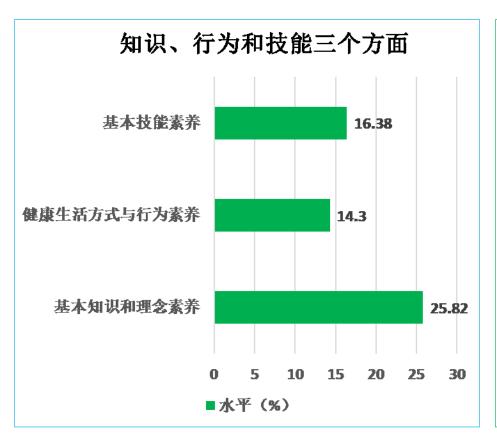
健康素养指个人获取和处理基本卫生信息和服务并参与相关决策的能力

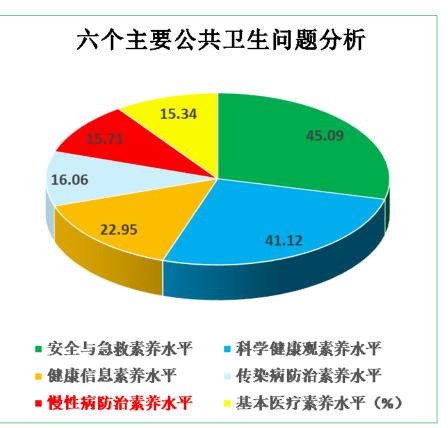


数据来源: 国家卫生健康委员会



2017年中国居民健康素养第7次监测结果 (样本量为8.5万人)







基本医疗素养主要包括:

- ◆ 安全注射 安全献血
- ◆ 血压正常值 体温正常值 脉搏正常值
- ◆ 安眠药服用 安眠药会否上瘾
- ◆ 对止痛药正确理解
- ◆ 不滥用抗生素
- ◆ 药盒上 "OTC" 含义
- ◆ 识别药品有效期
-



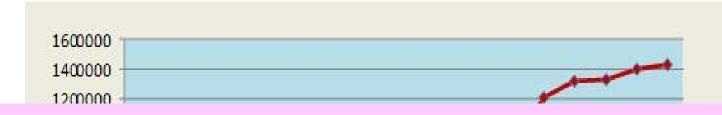
基本医疗素养主要包括:

- ◆ 居民免费获得健康知识的机构
- ◆ 遵医嘱服药后出现不良反应的正确做法
- ◆ 脉搏正常值 体温波动范围 发热症状的处理
- ◆ 正确就医的理解
- ◆ 慢性病治疗态度
- ◆ 药品标签"OTC"标识
- **•**

----(2012版)



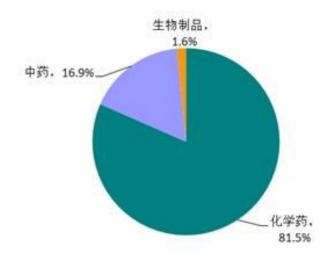
◆ 药物安全事件



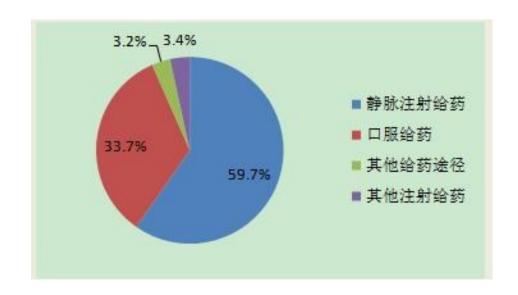
2016年全国药品不良反应监测网络收到《药品不良反应/事件报告表》143万份,较2015年增长了2.3%。



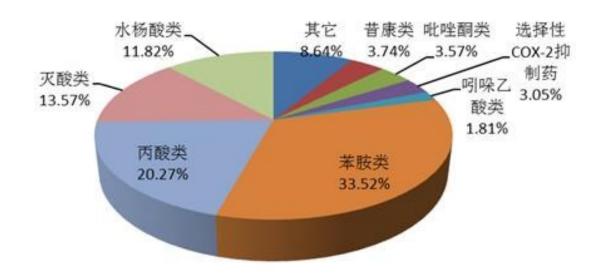
1999-2016年全国药品不良反应/事件报告数量增长趋势



2016年药品不良反应/事件报告涉及药品类别分布



2016年药品不良反应/事件报告给药途径分布



2016年解热镇痛抗炎药类别及报告数

全球阿片类药物依赖已经发展到前所未有的局面: 2017年有400万新病例,11万人因此死亡



▶ 世界上只有两条路可走





五、责任与担当

- > 临床药师的价值
 - ◆实现最佳药物疗效
 - ◆ 最大限度地降低药物风险, 提高药物安全性
 - ◆最大化提高药物治疗成本效益

循证医学与价值医学完美结合



安全-手卫生"

> WHO三个全球患者安全挑战

2017年 第二项全球患 者安全挑战 "ウヘエ+ゼ 2005年

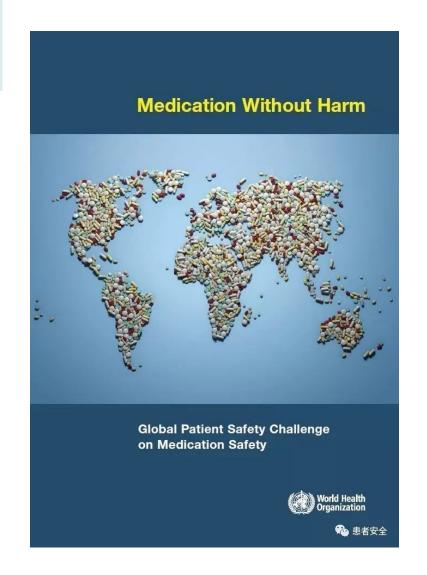


▶药无伤害

一第三个全球患者安全挑战

Medication Without Harm Global Patient Safety Challenge on Medication Safety 药无伤害 全球患者安全挑战 - 用药安全

----WHO 2017年3月德国波恩举办的全球患者安全部级峰会上发布





◆药物安全的严峻性

- ■在全球范围内,与药物差错相关的成本估计 为420亿美元/年,即全球卫生总支出的近1%
- ■低收入国家经历的药物不良事件数量是高收入国家的两倍



◆ 药物伤害的关键因素

- ■高危药物的不当使用
- ■多种疾病和病症的患者服用多种药物
- ■患者医疗照护的转换
- ■最佳安全文化缺失(如:犯错时只有责难)



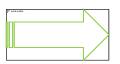
◆药物安全的目标



确保正确的患者,在正确的时间,通过正确的 途径,以正确的剂量, 接受正确的药物



◆ 采取行动的四个重要方面



- 患者和公众(健康素养)
- 卫生保健专业人员(服务能力)
- 药品为产品(药品质量)
- 用药系统和实践(持续改进)

高风险患者群体:

- ◆ 使用多种药物(五种或 更多种药物)的患者
- ◆ 消除过程受损的人
- ◆ 使用低治疗指数的药物 或可能不适当的药物
- ◆ 身体虚弱,营养不良的 病人(老年患者)

--Jeannell M, Medication Safety Systems and the Important Role of Pharmacists, 2016.



> 用药安全实践

◆ 药物重整制度及流程

CPSG.3

目标三 确保用药安全

- (一) 规范药品管理程序, 对高浓度电解质、易混淆 (听似、看似) 药品有严格的贮存、识别与使用的要求。
- (二) 严格执行麻醉药品、精神药品、放射性药品、肿瘤化疗药品、医疗用毒性药品及药品类易制毒化学品等特殊药品的使用与管理规范。
- (三) 规范临床用药医嘱的开具、审核、查对、执行制度及流程。
- (四) 制定并执行药物重整制度及流程。

——中国医院协会患者安全目标(2017版)



药物重整 (medication reconciliation, MR):

一个对比分析的过程,比较患者目前正在应用的药物与医务人员新 开具的处方医嘱间是否一致,包括药品名称、剂量、频次及给药途径等。 ;涵盖的药物包括处方药和 非处方药(OTC)、草药、疫苗、诊断和对比 剂、替代治疗药物(如天然药物)、放射药物、血液制品、保健品等。目 的在于发现并解决药疗偏差,最大限度"保证患者医疗安全"这个首要 目标,实现药物治疗的准确性和连续性,减少临床用药差错和控制药品 不良反应。这种药物的重整过程可以避免诸如漏服、重复给药、剂量错 误或药物相互作用的等用药错误。 ——美国医疗机构评审联合 委员会



列出目前 患者已使 用的药物 治疗清单

列出将 新开的 药物治 疗清单

对 分 两 清 单 依据出 協協 協病 病 病 清 連



- 在患者入/出院、转床/科/院等环节,开展药物重整,以确保药物治疗的准确性和连贯性
- MR在美国、加拿大、巴西、英国和意大利等国家被广 泛的认可和推广,成为保障患者用药安全的重要举措



慢病管理实践平台(线上线下)

平台、服务者、居民三赢

通过慢病管理中心形成院前-院中-院后服务链

服务需求: 慢病管理、居家护理、咨询服务、养老服务









云医院用户 家庭

护+

家庭周边



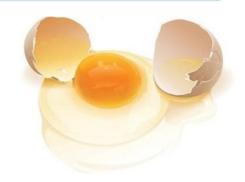
- ■进一步提高对药学服务重要性的认识
- ■推进分级诊疗建设,构建上下贯通的药学服务体系(探索 慢性病长期处方管理)
- ■加快药学服务转型,提供高质量药学服务
- ■加强药师队伍建设, 充分调动药师队伍积极性
- ■积极推进"互联网+药学服务"健康发展
- 一摘自: 国卫医发〔2018〕45号《关于加快药学服务高质量发展的意见》



循证医学与价值医学完美结合,实施基于价

值的优质服务,临床药学大有可为!

鸡蛋,从外打破,是食物





从内打破,是生命



Thank You!

祝愿大家

高效工作! 快乐生活!



