

后指南时代的临床情境

Clinical encounters in the post-guidelines era

来源:BMJ 2016;353:i3200 doi: 10.1136/bmj.i3200

Glyn Elwyn 及其同事强调快速和节约型知识工具可带来潜在获益。

Jan 42岁,是一名来自波兰的水管工。他向家庭医生主诉腰痛,向下肢后部放射,行走时疼痛。他平时服用治疗牛皮癣和高血压药物。吸烟20年,从1年前每日20支降至当前每日5支。3年前第一个孩子不幸胎死腹中后,他经历了长期抑郁,至今仍然经常感觉情绪低落。他和妻子都强烈地想要一个孩子,但一直没有成功怀孕。

很多年来,Amanda一直是Jan的家庭医生。她全职工作,一般每日接诊30位患者,同时做大部分管理工作。最近她参加了为期1周的培训课程,专家介绍了15个临床专题的最新证据。她偶尔会见医药代表,常规浏览2种期刊的摘要。她是一个在线社交媒体群体(Facebook)的成员,在网上和同行们分享想法和真实病例的部分内容(获得知情同意后)。她每日2次参与这个小组讨论,发现这是一个获取有用知识和学术支持的来源。

与Jan的急性和慢性病情相关的各种指南超过500页¹⁻⁷。Amanda没有翻阅任何指南。一位有经验的医生主要运用通过直觉和经验法则获得的知识来解决问题⁸。她问了Jan一些腰痛的问题,并进行了查体。她注意到Jan的牛皮癣处于静止状态,还检查了血压。Amanda给Jan处方了非甾体抗炎药,告诉他如果症状没有好转,几天后复诊。

由于对Jan非常了解,Amanda注意到

他在精神状态上的微妙线索,判断没有询问抑郁症筛查问题的迫切需要。如同对待所有患者一样,她以开放式问题结束,“我今天还能帮您做些什么吗?”这句询问使Jan说出了最困扰他的问题:他和他妻子数月来尝试怀孕,但一直未成功。Amanda认识到这个问题的合理性及严重性,隐约地证实了他过去的丧亲之痛。她邀请Jan和他的妻子一同前来,进一步讨论这个问题。

尽管问题不少,Amanda在8分钟内处理了大部分问题,并将足够的数据录入至Jan的医疗记录中,便于有意义的随诊以及这些数据在审计、年度报告和研究中被再次使用。虽然Amanda没有查询指南,但她的临床决策(一些是明确的并被正式记录;其余为潜意识的未被记录)与相关指南非常一致。有经验的医生清楚急性腰痛的“警示”症状¹,如原发性高血压患者必须规律监测血压³,简易干预对于戒烟有效且划算⁴,等等。

但这种知识并不能从阅读指南中直接获得。一项人种学研究已经证实医生的知识主要来自于与同行持续且通常有活力的交流,穿插着与个人知识来源者(比如医药代表)的交谈、简短阅读及不定期的课程⁹。通过医生社群(目前越来越多地出现于虚拟网络环境),来分享个人经验、情境化病例及研究证据和指南的片段。

Glyn Elwyn
professor¹,
Siestse Wieringa
research fellow²,
Trisha Greenhalgh
professor³

¹Dartmouth Institute
for Health Policy and
Clinical Practice,
Hanover, New
Hampshire 03755,
USA;
²Institute of Health
and Society,
University of Oslo,
Oslo, Norway;
³Nuffield Department
of Primary Care
Health Sciences,
University of Oxford,
Oxford, UK

Correspondence to:
G Elwyn
glynelwyn@gmail.com

李胜德 译
王琳 校
北京协和医院
神经科

对知识工具的挑战

指南通常假设一种理性、综合性的决策模式,所有数据、方法及结果均已知并被仔细考虑。然而在临床情境中,医患双方最常遵循“渐进决策科学”原则¹⁰,向着貌似正确的处理多次逐步前进。如果临床知识并不符合指南中有限的处理策略,即“如果—那么”规则,就会迫切地需要替代方案。多个探寻新型知识工具的原创性工作已经启动¹¹⁻¹²。此类工具应当能够处理来自多种途径的其他知识(非指南性)、不够完善的知识、独特的个案处理方案,以及多种方法和选择。

其他类型知识——加贝(Gabby)和勒梅(Le May)已强调了临床知识的实践性和不确定性的特征(“实践和背景中的知识”)。他们创造了“思维线索(mindlines)”这个词来表示不断演变和社会共享的图形化知识呈现方式,用以支撑临床实践¹³。源自指南的明确知识可被置入众创的思维线索中,受到临床医生的现有知识挑战、理解和融合(或者没有)¹⁴。比如现在很少有医生引用曾改变激素替代治疗观点的那项研究,但很难找到一位执业医生不知道激素替代治疗对于大多数女性的风险大于获益。

不够完善的知识——尽管指南制定者倾尽全力,但临床指南所追求的完整、准确、简明、便捷、全面和强大证据支持的目标永远是未来才能实现的梦想¹⁵。现实是忙碌的临床医师使用知识不够完善的指南进行工作(框图1)。当然,我们应采取措施防止这些问题导致临床情境中的错误预测(以及由此导致错误决定)。但是这些问题不可能完全被克服。

处理独特的个案——人口级数据给我们提供了

框图1 指南:不够完善的知识

- 指南可能缺乏可信度,因为指南制定者们具有利益冲突,经济的¹⁶或非经济的¹⁷,尽管制定者努力去避免偏倚¹⁸
- 指南可能相互矛盾,因为不同的指南制定组织对证据的解释不同,因而得出不同的结论¹⁹
- 指南可误导他人,主要源于指南固化了文献中的发表偏倚²⁰⁻²¹
- 指南由海量的推荐堆砌而成,可能让人不知所措²²
- 许多指南过于简单,因为它们在一个其他方面良好的患者身上假设了一种简单且准确界定的状态²³
- 指南往往是过时的,因为制定一个适应性强的指南通常花费数年

概率,而对于个体,事件发生或不发生。就像Jan的例子所示²⁴⁻²⁵,个体疾病存在于独特的情境中,并且人们的参数可能和临床指南中使用的人群均值不一致。

多重选择和多个做法——指南通常是在假设的决策程序中每个节点上,基于最佳的益损平衡证据(经指南制定者评价),提供一种单一的处理方案。临床医师需要理解这些信息并将指南所推荐的治疗应用于特定患者。然而,在临床工作中最常见的挑战是在一系列可能的方案中做出决定,考虑“在这些情形下对这个特定患者最佳的处理方案是什么²⁶⁻²⁷?”临床实践指南很少比较各种合理的处理选择,几乎不提供不同检查或治疗之间的相对效益信息,并且很少按照容易与患者沟通风险的方式来解释数据²⁸。

总之,当前这种结构方式的临床指南不适用于为临床实践提供信息。接下来,我们将提出替代方案。

在实践的情境中支持知识获取的工具

我们认为除了追求增加指南的便捷性外,现在需要设计和评估一种新型知识工具,可以反映临床工作的实际情况,包含个体临床决策的独特且高度情境化的特征。患者常存在多种(或其他)健康问题,好的临床实践要求比较不同替代方案和对患者个体化的巧妙引导。这有赖于Schei所称的“关系能力(relational competences)²⁶”——对话、探索、解释和思考²⁹。

它或许还基于所谓的“拼接(bricolage)”,该词最初由人类学家李维·史特劳斯(Levi-Strauss)创造,之后范德文(Van de Ven)将其阐述为“即兴利用形形色色的工具和不言而喻的知识适应手头的工作”³⁰。有效的知识工具必须能够反映临床情境的动态性和对话性、许多临床知识不言而喻的特点,以及临床拼接在信息管理和引导不确定性方面的重要作用。当然直觉不能替代知识——事实上,研究显示直觉思维和分析思维都取决于同样的数据³¹,但知识工具使得数据更容易获得和处理。

这些知识工具是什么样子?

这些工具的实例已经存在——比如糖尿病药物选择卡和选择网格决策辅助系统(图1,2)。有证据显示它们能与临床实践整合,而且患者对它们的应用持积极态度,从中获取知识,更多地参与互动³²⁻³⁴。节约型的知识工具具备以下共同特征:

简短、灵活、便捷——知识工具必须适应临床

实践的时间限制,而且足够“沉默”以促进医患对话。在某些情况下,简单的纸质工具可能就是最好的(它们可被打印、带回家或者涂写)³⁵。针对某些情况,为了适应工作流程而设计的数据格式可以使信息可视化或实现动画³⁶。对患者读写和计数的要求降至最低(可以通过应用图片和图表),可使这些工具对于绝大多数患者容易使用。

承认患者所关注的风险和获益具有不确定性——知识工具应当使患者和医生能够处理多种来源且不够完善的知识。它们应当列出关于某个话题的医学争论和不确定的因素。对于文化水平低的患者,临床医师在判断哪些不该说(不该问)及避免伤害风险方面担负重要作用。例如,他们能解释吸烟比轻度升高的胆固醇水平更易导致疾病,或者前列腺特异性

抗原检测并不像众多报纸上描述得那样简单。

关注临床情境的原因——知识工具应该处理患者向医生提供的信息,而不是教科书情境或诊断标签。例如,如果患者以腰痛就诊,工具应该给出腰痛的鉴别诊断和治疗计划,而不只是提供坐骨神经痛。不同于线性途径,指南需要促进一种更加交互或循环的诊断路径,据此患者和医生探索、重新思考并努力解决问题。

比较替代方案——工具应了解现有的合理的替代选择和方法,并提供关于治疗方案的相对伤害、负担和预期获益的信息。

以用户为中心的设计:像维基百科一样的知识工具?

创建这些“及时”“足够”的新的知识工具既是一项设计,也是一项持久挑战。设计需要以用户为中心,能够同时处理来自医生和患者的信息。由专门从事交流的媒体行家开发创新版本,他们从擅长计算效应量和可信区间的专家处获得所需要的,此为可行之道。这类知识工具可能会采用类似维基百科的设计版本变成开放源代码。社交媒体的自我组织、自我批判的特性和知识分享一起,可能提供用以保持这些工具前沿、有用及具有良好设计所需的发展

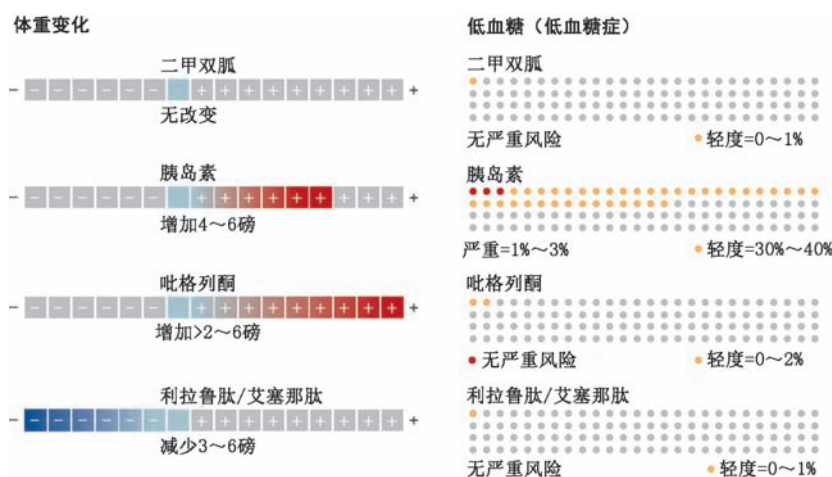


图1 部分糖尿病药物选择,梅奥诊所

(<http://shareddecisions.mayoclinic.org/files/2011/08/Diabetes-brochure.pdf>)

经常被问及的问题	夹板疗法和运动	局部类固醇注射	手术松解
这是什么类型的治疗?	夹板将手腕固定于一个位置,以减轻神经压力,疗程约6周	腕部注射小剂量类固醇,减轻水肿和神经压力	手术在手腕的掌侧完成,切除部分组织减少神经压力
这种治疗对哪些患者最有效?	轻至中度症状,如睡眠时注意到问题	轻至中度症状,如睡眠时注意到问题	手术是中至重度症状最有效的治疗方法,如持续注意到问题
这种治疗的优点是什么?	最便宜、简单和安全	方便:常规预约时段内即可完成。绝大多数患者4个月内改善	手术可使95%患者获得长期改善
这种治疗的缺点是什么?	戴夹板可能不方便。症状经常只能短期缓解	类固醇注射症状缓解,但可能复发	患者可能需要停止工作数周。如果患者长期患病,神经可能破坏严重难以恢复,患者可能持续存在无力、麻木症状
治疗风险是什么?	无风险	问题罕见。注射可能会疼痛,手部麻木感加重和暂时的刺痛感	最多5%患者有遗留问题。有时疼痛、麻木或无力,持续或加重
治疗后多长时间能使用手?	无延迟	患者通常在注射当天可恢复工作	通常需要1周或更长时间,患者才能再次使用手
治疗后多久症状会再次出现?	患者可能保持3个月或更长时间无症状	患者可能保持4个月或更长时间无症状	症状不常复发

图2 腕管综合征选择网格决策辅助系统中经常被问及的问题

压力。

此类工具的核心特征是对公众和临床均具有可搜索性和易获得性。在搜索引擎上的高排名及在智能手机、平板电脑和其他平台上易于应用,将便于其被大众接受。

为什么这些工具可能优于临床指南?

决策科学已经证实人类在做判断时主要依赖启发式方法,所以简短但是准确的总结更有可能被采用,且对处于时间压力下的临床医师有用。医患双方都将从高效呈现的信息中获益——例如使用图标阵列来显示风险。知识工具专注于比较不同的替代选择,这意味着它比指南更贴近关键决策点,并且针对那些获取患者偏好的重要主题。在权衡利弊时,有证据表明使用比较法比推荐法更能促进对话³⁷。

与指南有相同的问题?

借助以用户为中心的设计,以协作使用为目的开发的工具,将摒弃使用困难和难以理解的格式。然而,当遇到证据合成、升级和利益冲突时,它们面临着和其他工具同样的困难。将知识工具的产生与证据合成过程相结合,就像医学数据库(例如 DynaMed Plus 和 UptoDate)所做的那样,可能是一种扩展规模的解决之道。

未来情境——Jan 的下次随诊

想象一下,利用新型知识工具时,Jan 和 Amanda 的临床实践将会是什么样子? 像之前一样,Amanda 邀请 Jan 和他妻子回来一起商谈他们的不孕问题。但这次不同,在结束咨询前,她检索并打印出关于不孕的信息单页,解释了不同治疗选择的利弊。她说:“在下次咨询前,您和您的妻子能看看这个吗? 它可能会帮助我们确定对你们夫妇最好的治疗方案。您想到任何问题都可以随时写下来。”

当 Jan 和他的妻子再次前来时,他们已经圈标了一些事情并且想提出问题。很明显,他们已经熟悉了医学术语和用于研究继发性不孕的一些检查。Amanda 专注于他们的问题,发现自己正在帮助他们规划未来的步骤,而不是解释可能的选择方案(这一点他们似乎已经掌握了)。她还发现数据有趣,但未意识到一些风险评价。Jan 和他的妻子

关键点

绝大多数临床指南冗长和僵化,无法解决临床复杂问题

临床医生和患者从快速、节约型的知识工具中获益,这些工具旨在支持对话和思考

这类工具适应快节奏的临床工作、易于解释和临床证据个体化

显然想听听 Amanda 的意见,把她视作决定下一步的专家,但他们很乐于被问及自己的意见。现在 Jan 已不被腰痛困扰。

上次就诊和这次就诊之间的差异是微妙而重要的。咨询的主要内容将仍然是基于实践的隐性知识(译者注:隐性知识是通过人们的身体感官或者直觉、领悟获得的)。但 Jan、他的妻子和 Amanda 在他们的讨论中加入了一些显性知识(译者注:显性知识是能明确表达的知识),而且 Jan 已经直接接触过这些知识。患者对潜在的伤害、获益和负担更为明晰³⁸。最重要的是,这个过程中在考虑对患者最重要之事时,仍然可以进行有意义的讨论,以制定针对个人的下一步方案。知识工具无法取代敏感性、判断、经验和人道。但职业医生和患者同样从特定的、前沿的知识中获益。借用来自一个软件世界的比喻,设计知识工具很可能需要一个“集市”途径,而不是“教堂”途径,将开放获取元素结合至创新的类似于维基百科过程,而不是花费数年时间形成权威文件。这种解决方案是有必要的,因为我们认为执业医生和患者会重视那些快速、节约型的工具,它们能辅助优质医疗核心部分中那些复杂、动态及需要解释的工作³⁹。

贡献者与机构 (Contributors and sources): GE initiated the article, and was joined by TG and SW who made extensive revisions. All authors approve the final draft. TG and SW investigated the concept of mindlines in previous studies, and GE has evaluated the use of knowledge tools designed for use in clinical encounters.

利益竞争 (Competing interests): We have read and understood BMJ policy on declaration of interests and declare GE initiated the Option Grid Collaborative, which develops and disseminates Option Grid decision aids under the auspices of the Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice.

来源及同行评议 (Provenance and peer review): Not commissioned; externally peer reviewed.

参考文献详见网站 bmj.com 或 bmj.yiigle.com

BMJ takes no responsibility for the accuracy of the translation from the published English language original and is not liable for any errors that may occur.