

亏虚,外环境主要指忧思恼怒,或饮食不节,或房室所伤,或劳累过度,或气候骤变等诱因。在采取中医康复方法康复治疗中风偏瘫的时候充分考虑到这些因素的影响就明显提高中医康复的疗效。

强调治“神”及“形神合一”的观点是中医康复方法治疗中风偏瘫最为显著的特点和优势,这与现代康复将“形体康复”与“心理或精神康复”相对分开有极大地不同。中医康复学将人体视为由“形”与“神”组成的一个高度复杂而完善的统一体,即《内经》认为的:“形为神之体,神为形之主”。在治疗上也强调治“神”的重要,如《灵枢·本神》篇有:“凡刺之法,必先本于神……是故用针者,察观患者之态,以知精神魂魄之存亡得失之意”,并通过“得神者昌,失神者亡”(《素问·移精变气论篇》)来判断疾病的预后。

2.2 辨证观念在指导中医康复技术治疗中风偏瘫的体现

中医对疾病的治疗是建立在“辨证求因,审因论治”的基础上,辨证康复观是中医学辨证论治特点在中医康复学中的具体体现。辨证康复观就是在辨病的同时,更强调辨证的重要性,根据所辨证候的不同,制定不同的康复治疗原则和方法。在辨证时应全面掌握辨证的要领,除了需要辨证候的寒热虚实外,还需辨病位的深浅,病情的轻重缓急,病势的顺逆等。如《金匱要略·中风历节病脉证治》说:“邪在于络,肌肤不仁;邪在于经,即重不胜;邪入于腑,即不识人;邪入于脏,舌即难言,口吐涎。”根据辨证的结果,病情的需要,或施以汤药,或施以针灸、或施以按摩导引、或针药并施等。然而中风病病情多复杂,临

床上单一疗法难以取得满意疗效,往往需要“杂合以治”,也就是根据患者个体的差异,病机的变化,证候的不同,综合选用中医康复的各种方法,目的在于提高疗效,即所谓“圣人杂合以治,各得其所宜。故治所以异而病皆治愈者,得病之情,知治之大体也。”(《素问·异法方宜论》)。

3 小结

总之,中医康复学是以整体观念和辨证施治为特色,它的整体康复观以及辨证康复观相对于现代康复来说,具有一定的理论优势。而它发展起来的中医康复方法如中药、针灸、按摩、熏洗、气功、导引、食疗等疗法也可以作为现代康复的补充,具有一定的临床优势。

随着现代康复医学理论不断发展,中医康复学也在不断吸收现代康复的知识不断自我完善和发展。如在中风偏瘫的康复评价上不再仅仅关注肌力的改变,而是正常运动模式的恢复。在中风偏瘫的康复治疗上也从仅仅针对弛缓和痉挛两种状态变成根据中风偏瘫Brunnstrom六阶段理论采取分期治疗的方法。然而中医康复学不同于现代康复学的最大特点是中医康复学是以中医传统理论为指导,应用中医学的理论和方法,使功能障碍患者的潜在能力和残存功能得到充分发挥的科学体系,忽视这一点,就失去了中医康复学独立存在的意义。

基金项目:国家高技术研究发展计划(“863”计划)资助项目(2007AA02Z4B2)

* 中国中医科学院中医临床基础医学研究所(100700)

通讯作者:谢雁鸣, yj_zh@126.com, (010)64014411转 3307

循证医学在缺血性卒中康复疗效评价中的作用

毕 齐* 郭 旭*

[摘要] **目的** 明确循证医学在遴选缺血性卒中患者的最佳康复干预方案中的作用。 **方法** 根据康复医学学科特点,介绍循证医学在康复学领域的发展,讨论如何遵循循证医学方法研究缺血性卒中康复干预的临床疗效评价,以明确缺血性卒中康复临床疗效评价的目的、方法及缺血性卒中康复临床疗效的影响因素。 **结果** 初步形成缺血性卒中康复临床疗效评价的方法学建议。 **结论** 应用合理、优化的循证医学推荐下的最佳康复方案应用于缺血性卒中患者治疗,提高卒中康复的整体治疗水平,最终从根本上降低中风患者的死亡率及致残率,充分发挥卫生保健在缺血性卒中患者康复干预的积极作用。

[关键词] 循证医学;缺血性卒中;康复;疗效评价

1 循证医学与康复医学简述

循证医学是一门新兴的医学学科,它重视临床最佳、最新证据,将证据合理整合,提出最优化的干预方案,为医生提出临床决策给予合理化建议,这体现了循证医学与临床医学的紧密契合,也体现了循证医学的核心思想。现代康复医学强调在方法上以物理治疗为主,以临床治疗学为本,在治疗方向上着重于人体功能(包括认知和感觉)的测定、评估、训练、重建、补偿、调整和适应,在疗效的评估和认证方面有一整套现代化设备和成系列的评估

量表,尤其是国际上通用的功能评定标准(ICF)^[1]。

近些年来,循证医学蓬勃发展,柳惠玲等介绍了循证医学概念,并区分了循证医学模式与传统医学模式的不同,提出在康复医疗工作中引入循证医学概念可以更好地获取科学、先进的康复医疗知识,对疾病康复及预防制定的以重新认识,对康复医疗决策产生重要影响^[2]。大多数学者认为,由于康复治疗的特殊性,一般医生认为难以贯彻治疗实验的统一原则,难以进行盲法对照研究,使得康复治疗效果评价在过去很长时间多停留在经验总

结、病例累积报道上^[3-4]。近些年来我国的“九五”、“十五”计划、“863课题”等都有脑卒中康复的相关研究,循证卒中康复学也正在蓬勃发展^[5]。目前,国内康复医学研究多数存在未作随机取样、未设立对照组、未使用盲法、统计方法不恰当等问题,急需在科研方法学上得到改进;同时应加强科室、医院、地区之间的合作研究,使研究规模上也有大的提高^[6]。

循证医学方法在临床中的广泛应用;为临床决策的实施 反馈 修正 再实施提供了重要支撑,正是循证医学与临床医学科学结合的最终目标。作为循证医学服务于康复医学临床实践,董碧蓉等提出康复医学循证治疗决策指的是根据患者的具体情况,康复医生利用自己的临床经验、专业知识,结合当前最好的研究证据,再考虑患者的愿望,制定出最适宜的治疗方案,将有效、安全、经济的治疗措施用于自己的患者。指出这一过程大致分为 4 个部分:提出问题,检索文献,评价文献,合理应用评价结果^[7]。近年来搜集并整合众多高质量临床试验结论制定的临床实践指南被众多学科、领域中的研究者、临床医生遵从并实施,其中不乏我们熟识的《美国退伍军人事务部 国防部成人脑卒中康复治疗管理临床实践指南》^[8](以下简称《指南》)。

2 缺血性卒中康复的临床疗效评价

2.1 缺血性卒中康复临床疗效评价的目的

科学、客观地评价中风患者康复临床疗效有助于直观地了解中风患者临床结局的转归。中风康复临床疗效评价除纵向评估每位中风患者的疗效优劣,还应横向比较不同患者群的预后,如不同年龄的患者、不同病情严重程度的患者、接受不同康复干预措施的患者、康复介入时机不同的患者等,通过上述全方面、多角度的比较分析,可深入明确中风患者群体临床疗效的影响因素。这也从了解个体患者的治疗结局,升华到遵循循证医学原则、应用循证医学方法对群体中风患者治疗的临床观察,这些从总体患者治疗方案的提炼、优化与总结是我们医务工作者追求的目标,是指导中风患者康复临床决策的风向标,为遴选适合中风患者的最佳康复方案指导临床操作提供帮助,使临床康复医师有据可寻,从而提高卒中康复的整体治疗水平,最终从根本上降低中风患者的死亡率及致残率,充分发挥卫生保健在社会中的作用。

2.2 缺血性卒中康复临床疗效评价的方法学建议

缺血性卒中康复的临床疗效应从个体患者及群体患者角度进行评估,对缺血性卒中个体患者发病前后进行评价,目的是根据每个卒中患者发病特点、疾病严重程度等制定康复干预的个体化方案,并最终评估患者的预后转归。具体康复疗效的评定内容应纳入对一般状态评定、运动功能评定、言语功能评定、吞咽功能评定、性功能评定、智力障碍评定、精神障碍评定、心理障碍评定、日常生活活动能力评定等。作为急性缺血性卒中患者的评

估, Functional Independence Measures(FIM)已成为美国医学康复统一数据库(uniform data system for medical rehabilitation, UDSMR)的重要组成部分,其影响广泛,《指南》中推荐所有卒中患者都应纳入该数据库内。

以上是对缺血性卒中个体患者的评估方案,更为重要的是对群体患者临床疗效评价,这须充分遵循循证医学原则,利用循证医学方法。《指南》也明确提出:应对卒中发病 3 个月后患者的功能状态(主要指运动功能)、再住院率、社会居住情况、病死率等进行评估。笔者认为,目前临床研究以系统评价、Meta 分析及大规模、多中心、随机双盲对照试验为质量最高、推荐最强的试验研究方案。但康复医学存在治疗干预复杂、常难以应用盲法进行试验设计实施、疗效影响因素繁杂、疗效评价指标缺乏客观性等特点,因而临床试验研究质量仍有待提高。今后临床试验研究应力求设计严格、规范化的随机对照试验(RCT)验证缺血性卒中患者康复治疗的临床疗效,通过大量收集随机对照试验文献,应用临床流行病学及质量评价标准,从证据的真实性、临床价值及适用性作出评价,得出确切结论以指导最终的康复临床决策,为规范的康复方案拓展于临床实施提供准备。即使没有严格设计的随机对照试验,对现有康复临床中应用的非随机同期对照研究、病例序列观察等也应进行质量评估,根据质量高低以对缺血性卒中患者推荐最佳并安全的治疗方案。具体的评估方法建议参照英国国家卫生和临床质量研究所(NICE)2004 年已发表了指南制定方法中介绍的随机对照试验等研究的质量评估标准及推荐强度标准。

2.3 缺血性卒中康复临床疗效的影响因素

目前该领域方面的研究较少,笔者认为,康复是复杂的临床干预手段,影响因素繁杂,大致可分为可干预和不可干预的因素。其中,可干预的影响因素包括:缺血性卒中患者并发症或其他合并症的治疗;康复技术方法的应用,其中包括康复介入时机、具体康复技术和方法、患者康复训练强度、家庭康复和护理、患者治疗依从性等。康复介入时机是影响中风康复成功的关键影响因素之一,早期康复治疗具有重要意义,世界卫生组织(WHO)推荐的康复训练开始时间为生命体征稳定,神经系统症状不再进展以后 48h^[9]。不可干预的影响因素包含患者的年龄、患者病情的严重程度等,后者通常与缺血性中风病变部位、病灶大小等有关。

综上所述,恰当选用康复技术和方法并及时对缺血性中风患者治疗干预可提高临床疗效,使患者提早并高效恢复,争取早日回归社会,减轻患者自身及社会经济负担,从而提高我国卒中康复的整体治疗水平,充分发挥医疗卫生事业在社会中的积极作用,这充分发挥了循证医学在康复临床实践过程中的积极作用。尽管康复医学与循证医学的结合在我国的发展处于初级阶段,相信通过康复学科领域专家学者、流行病学专家、循证医学专家等

跨学科、多领域的通力合作,相信遵循循证医学方法推荐的最佳康复治疗方 案,将提高缺血性卒中患者康复的整体治疗水平,从根本上降低中风患者的死亡率及致残率,增加患者回归社会机会,充分发挥卫生保健在社会中的作用。

参考文献

- [1] 郭明,李建军.我国康复医学发展的新思路[J].中国康复,2005,20(6):371—373.
- [2] 柳惠玲,于明.循证医学在康复医学科学化中的应用[J].中国临床康复,2004,8(25):5362—5363.
- [3] 南登崑.加强科学研究,推动学科发展[J].中华物理医学与康复杂志,2002,24,3.
- [4] 董时富.临床试验研究应遵循随机化原则[J].中华物理医学与康复杂志,2002,24:513—514.
- [5] 张小年.循证医学与脑卒中康复[J].中国康复理论与实

践,2006,3(12):273—274.

- [6] 黄晓琳.关于康复医学临床研究的几点思考[J].中国康复医学杂志,2003,18,45.
- [7] 董碧蓉,周焱.康复医学的循证治疗决策[J].中国临床康复,2003,7(4):529—530.
- [8] Duncan PW, Zorowif R, Bates B et al. Management of Adult Stroke Rehabilitation Care: a clinical practice guideline [J]. 2005, 36(19): e100—143.
- [9] WHO. Recommendation on stroke prevention diagnosis and therapy [J]. Stroke 1989, 20(10): 1407.

基金项目:国家高技术研究发展(“863”计划)资助项目(2007AA02Z4B2)

* 首都医科大学附属北京安贞医院神经内科(100029)

通讯作者:谢雁鸣, yj_zh@126.com, (010)64014411 转 3307

循证医学与临床路径

毕 齐* 宋 哲*

[摘 要] 近年来,循证医学的理念日益完善,如何在临床应用当中更好的发挥循证医学的作用来科学、规范地防治疾病,有效、合理地使用医疗资源,促进医学模式的转化等问题是目前临床工作中急需解决的,因此,临床路径的概念逐步形成,已成为循证医学从理论向实践转化的桥梁。

[关键词] 循证医学;临床路径

循证医学(evidence-based medicine EBM)是近十几年来在临床医学实践中发展起来的一门新兴学科,目前这一概念已经频繁地出现在各类医学文献中,越来越多的医生也意识到循证医学对临床实践的重要性。循证医学的发展,强调医疗决策的制定应将个人的临床经验与现有的最可靠的临床研究证据以及患者的期望进行完善结合,促进医学模式的转化,对医疗实践起主导作用,同时还强调科学、规范地防治疾病,有效合理地使用医疗资源等。这样系统化的理念也促成了临床路径(clinical pathway CP)概念的形成,临床路径成为循证医学从理论向实践转化的桥梁。

1 循证医学的概念与实践

1.1 循证医学的来源与概念^[1]

循证医学的哲学根源可追溯到十九世纪中叶。著名英国流行病学家、内科医生 Archie Cochrane 1972 年在其专著《疗效与效益:健康服务中的随想》中指出:“由于资源终将有限,因此应该使用已被证明的、有明显效果的医疗保健措施”,“应用随机对照试验证据之所以重要,是因为它比其他任何证据更为可靠”。首次讨论了医疗服务中如何才能做到既有疗效、又有效益的问题。“临床决策需要基于科学的研究证据”这样一个理念日益突出,1987 年 Cochrane 撰写的系统评价(systematic reviews SR)成为临床研究和卫生评价方面一个真正的里程碑,为临床治疗实践提供了可靠依据,并对临床医学产生了广泛和深

远的影响。

1992 年加拿大麦克马斯特大学 David Sackett 教授及同事,在长期的临床流行病学实践的基础上正式提出了循证医学的概念^[2],同年在英国牛津成立了英国科克伦(Cochrane)中心,由此宣告了循证医学的正式问世。在不到 10 年的时间里,循证医学的理论、技术体系已逐渐形成,其实践应用更是随着国际 Cochrane 协作网的建设 and 微机网络技术的突飞猛进而不断完善,并在临床医学领域迅速发展,成为当前国际临床医学的热点之一。而循证医学在中国的发展是近几年的事。1996 年 7 月中国循证医学中心(中国 Cochrane 中心),在四川大学华西医院开始筹建,1997 年获卫生部认可,1999 年 3 月经国际 Cochrane 协作网指导委员会正式批准注册成为国际 Cochrane 协作网第 15 个中心^[3]。目前该中心正按病种收集中国有关疾病的临床随机对照试验资料,建立中国的数据库,进行系统评价和卫生技术评价,为临床医生、临床科研和教学、政府的卫生决策提供可靠依据,并按国际标准进行科学的系统分析,将资料输入国际数据库,同时分享国际协作网已取得的研究成果^[4]。

循证医学是指“遵循科学依据的医学”。David Sackett 教授在 2000 年新版《怎样实践和讲授循证医学》中将循证医学定义为“慎重、准确和明智地应用当前所能获得的最好的研究依据、同时结合临床医生的个人专业技能和多年临床经验,考虑患者的价值和愿望,将三者完美地