[**http://www.opendental.com/manual/chart.html**](http://www.opendental.com/manual/chart.html)

[**http://www.practicefusion.com/**](http://www.practicefusion.com/)

### 112,764 medical professionals

### 49 specialties supported

### 351 partners connected

### 80,556,385 patient records

更多的口腔开源软件列表

Patient Dental Record Software

<http://www.fileguru.com/apps/patient_dental_record_software>  
  
和商业化软件介绍

Top Dental Software Products：123 Products

<http://www.capterra.com/dental-software>

**Using Electronic Dental Record Data for Research: A Data-mapping Study**

[http://www.ch-cp.org.cn](http://www.ch-cp.org.cn/)

您好！ [yexj](http://www.ch-cp.org.cn/space.php?uid=180090)   
[设置头像](http://www.ch-cp.org.cn/cp.php?ac=profile&op=avatar) | [修改密码](http://www.ch-cp.org.cn/cp.php?ac=profile&op=pwd) [[退出](http://www.ch-cp.org.cn/batch.login.php?action=logout)]

# **临床路径理论与方法概述**

华中科技大学同济医学院医药卫生管理学院 陶红兵

**一、临床路径的定义**

临床路径是指医生、护士及其他专业人员等多个相关学科研究者针对某个ICD对应病种或手术，以循证医学为基础，以预期的治疗效果和成本控制为目的，制定的有严格工作顺序和准确时间要求的程序化、标准化的诊疗计划，以规范医疗服务行为、减少康复延迟及资源浪费，使患者获得最佳的医疗护理服务。

**二、循证医学的定义**

循证医学是遵循科学证据的临床医学。它提倡将临床医师个人的临床实践和经验与客观的科学研究证据结合起来，将最正确的诊断、最安全有效的治疗和最精确的预后估计服务于每位具体患者。

循证医学的实践包括三个组成部分：第一是患者，患者生了病要去找医生医治，期望能获得最好的医疗服务而恢复健康；第二是医生，医生要正确地诊疗患者，首先要正确、完善地了解与掌握病史和体征以及相关的临床资料，应用于自己的临床经验和已掌握的医学理论知识，卓有成效地解决患者的若干疑难问题，还必须不断地更新和丰富自己的知识，掌握新技能；第三，要去发掘和掌握当前研究的最佳证据。

循证医学实际上是临床医生诊治患者的一个实践过程，精益求精的认识病人及其所患疾病的本质，从疑难的临床问题中去求知和理解新知，然后应用真知去联系病人的实际并卓有成效地解决病人的问题，并期望取得最佳效果。

**三、诊断相关组（DRG）概述**

1976年，美国耶鲁大学卫生研究中心的Robert Fetter 和John Thompson 等人经过近十年的努力研究出一种新型的住院病人方案，并首次定名为疾病诊断相关组（diagnosis related groups system ，DRGs）。

疾病诊断相关组是一种病例组合方式，设计病组的出发点主要是考虑了反映病例特征的一些因素，如病人的主要诊断、次要诊断、主要手术、重要的并发症或伴随病、年龄、新生儿体重、昏迷时间、是否死亡等。每个DRG组内的病人具有相似的临床特点，可以根据病情的严重程度和医疗服务资源的消耗程度对每个DRG分别指定价格，病人在诊疗全过程中按比例一次性向医院支付该制定价格的费用。还可以将传统的实报实销的后付制度改为依据DRG分组的预付款拨款制度，用以指导并规范医院和医务人员合理利用医疗卫生资源，控制医疗服务中的不合理消费，从而达到控制医疗费用增长过快的趋势。通过控制DRG的平均住院日和住院费用来达到充分调动医疗服务提供方进行医疗费用控制的积极性，促使医院挖掘潜力，保证医疗服务质量、提高医院效益和效率，减少医疗资源的浪费。

**四、临床路径的起源**

20世纪60年代初，美国人均医疗费用为80美元，到80年代末，人均医疗费用上涨到1710美元，增加了20多倍。20世纪80年代中期，美国政府为了遏止医疗费用不断上涨的趋势和提高卫生资源的利用率，以法律的形式实行了以耶鲁大学研究者提出的诊断相关分类为付款基础的定额预付款制(DRGs－PPS)。医院在提供每一种DRGs病人医疗服务前已知道付款的数额，即DRGs的费用，病人接受的医疗服务均按相同费用支付。这对参加DRGs－PPS的医院而言，最明显的影响是所承担的经济风险。如果医院能使提供的实际服务费用低于DRGs－PPS的标准费用时，医院才能从中获得盈利，否则，医院就会出现亏损。在这种情况下，医院为了生存，必须考虑每一项医疗服务的成本和每一种治疗方案对病人恢复健康所得到的实际效益，并且去探索和研究低于DRGs－PPS标准费用的服务方法与模式，以保证医疗质量的持续改进和成本的有效控制。

1990年，美国波士顿新英格兰医疗中心医院选择了DRGs中的某些病种，在住院期间按照预定的诊疗计划开展诊疗工作，既可缩短平均住院天数和节约费用，又可达到预期的治疗效果。此种模式提出后受到了美国医学界的高度重视，逐步得到应用和推广。后来，人们将这种模式称为临床路径（Clinical pathway ，CP）。

**五、临床路径的相关理论**

**（一）工业工程的标准化原理**

工业工程的标准化原理是实现临床路径诊疗规范化的理论基础。标准化是对现实与潜在的问题做出的统一规定，供共同和反复使用，以在预定的领域内获得最佳秩序和效益的活动。工业工程通过标准化的程序和动作路径，使人、财、物等生产要素以科学、规范的程序参与到生产过程中，从而剔除不合理的失误动作和无用动作，从而大大提高工业生产效率。临床路径不同于传统的诊疗模式，而是规范统一医务人员实施诊疗活动的大致顺序，使诊疗活动由以前的随意性、不规范性转变为相对规范的标准化流程。

**（二）戴明循环理论**

戴明循环理论（PDCA）为临床路径的开发实施及不断优化改进提供了理论基础。戴明循环研究起源于20世纪20年代，有“统计质量控制之父”之称的著名统计学家沃特·阿曼德·休哈特（Walter A. Shewhart）在当时引入了“计划—执行—检查（Plan-Do-See）”的概念，戴明后将休哈特的PDS循环进一步发展成为：计划—执行—检查—（Plan-Do-Check-Act）。戴明循环是一个质量持续改进模型，它包括持续改进与不断学习的四个循环反复的步骤，即计划（Plan）、执行（Do）、检查（Check）、处理（Act）。具体措施包括：①分析和评价现状，以识别改进的区域；②确定改进的目标； ③寻找可能的解决办法，以实现这些目标；④评价这些解决办法并做出选择； ⑤实施选定的解决办法； ⑥测量、验证、分析和评价实施的结果，以确定这些目标已经实现；⑦正式采纳更改； ⑧必要时，对结果进行评审，以确定进一步改进的机会。临床路径的开发、实施与完善不是一个一蹴而就的过程，而是在医疗服务开展过程不断地发现问题，探究问题，寻找问题背后的原因，并不断反馈实施信息，使临床路径在下一环节和下一轮的开发实施中得以优化和完善。因此，临床路径的开发和应用也是一个动态改进发展的过程。

**六、临床路径评价法**

基于临床路径的五步评价法：评价的计划、信息收集和报告系统的设计和开发、数据收集，分析和报告、对评价的评估。临床路径评价的计划与设计。临床路径一经确定和实施，评价模式就开始运行。设计和开发用于临床路径评价的收集和报告系统。临床路径的收集和报告系统的设计应由临床路径指导委员会统一决定，并保证所有临床路径评价信息的收集和报告系统相一致，以免引起医护人员和其他使用者的混乱。

临床路径的数据收集。收集数据的原则应是：①要收集的数据的使用价值高于取得这些数据所费的成本；②保证数据收集的有效性；③数据收集的电子化。如果不能达到这些要求，应重新考虑数据收集的方法。

信息分析和报告。临床路径信息报告要提供用于路径评价的重要信息。信息报告应该容易理解并定期分发给有关人员。报告结论应是被充分证明并真实的反映了评价结果。

对评价的评估。这一步是对临床路径评价过程进行评估，以提高和改进路径评价。在评估临床路径的评价过程时，应解决以下问题：①路径评价是否达到了预定的评价目标？②路径的评价过程是否设计良好？③路径评价有那些优缺点？④提供的信息和评价报告是否满足了相关人员的需要？⑤评价所耗的成本是否合理？

**七、临床路径质量管理**

临床路径的医疗质量管理模式对医疗机构的医疗质量实施有效监管。医疗质量指符合标准及规定、满足患者需求的程度，是患者对医疗服务的期望与患者实际接受医疗服务的比较结果。它不仅指医疗技术服务的及时、安全、有效、适宜、连贯，还包括医护人员的医德医风、服务态度、对病人合法权益的尊重和治疗费用的控制。基于临床路径的医疗质量管理模式是根据某种疾病制定的一种医护人员同意认可的诊疗模式。病人由住院一开始到出院都依据此标准模式接受治疗。此标准模式详细地规定了入院指导与评估、诊断性检查、处置、治疗、药物、会诊、营养、病人卫生教育、活动、治疗后康复情形以及出院计划等。该管理模式包括了对病种住院天数、费用、医疗技术质量、对病人的服务态度等全方位的控制和管理。卫生行政部门根据临床路径确定某一病种标准的住院人数、住院费用、合理用药、检查和治疗标准，构建出对该病种医疗质量的评估标准和指标以及长效的激励和约束机制。卫生行政部门根据监督、检查结果和评估标准、指标之间的差距，开展对医疗机构的行政处罚和行政奖励。这样不仅能使监管活动公平、公正、有序，同时也能帮助医疗机构找出自己医疗质量上的薄弱环节，以促使医疗质量的持续改进。

**八、临床路径医疗成本控制法**

医院选择常见病、多发病、费用多、手术或处置方式差异小、诊断明确、需住院治疗的病种实施临床路径，运用成本核算，以项目为基础测算病人住院中每一天发生的各种医疗项目成本，如床位费、药费、检查费、治疗费、手术费（外科）、检验费、护理费算，限定每种病种临床路径的最高费用。这样，进入了临床路径的住院病人从住院到出院按照制定的标准模式进行治疗，其费用也控制在相应的范围内。由此，医疗费用上涨的趋势将得到极大遏制，患者的利益也可以得到较好保障。同时，医院不得不考虑在医疗成本和医疗效果标准内提供服务，提高服务效率，促进医疗成本的控制。

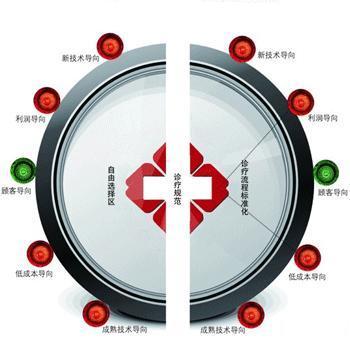
[http://www.ch-cp.org.cn](http://www.ch-cp.org.cn/)

# 临床路径概述

济宁医学院附属医院 武广华

**一、临床路径的产生背景**　　临床路径(clinical pathway, CP)是一组人员共同针对某一病种的治疗、护理、康复、检测等所制定的一个最适当的，能够被大部分患者所接受的照护计划。是既能降低单病种平均住院日和医疗费用，又能达到预期治疗效果的诊疗标准。与传统管理模式相比，在提高医疗护理质量的同时，还提高了团队协作，增加了患者本人的参与，使医疗护理更加合理化、人性化，是目前许多发达国家普遍使用的医疗工具。  
　　20世纪80年代后期，美国政府为了遏制医疗费用不合理增长，提高卫生资源利用率，医疗保险支付由传统的后付制改为按疾病诊断相关组支付(DRGs)。医院出于自身效益考虑，将临床路径应用于护理管理，作为缩短住院日的手段。1985年美国新英格兰医疗中心(New England Medical Center)率先实施临床路径，并证实成功降低了高涨的医疗费用。临床路径由此受到美国医学界的重视并不断发展，逐渐成为既能贯彻医院质量管理标准，又能节约资源的医疗标准化模式。

**二、临床路径的目的及作用**  
　　虽然实施临床路径的初衷是为了适应医疗保险支付制度的变革，但随着临床路径的不断发展，其目的逐渐外延，作用不断扩展，目前已经成为一种有效的医院质量管理工具和疾病诊疗及评估标准。从各地对临床路径的应用来看，临床路径有以下目的：寻找符合成本-效益的最佳治疗护理模式；缩短患者住院天数；将诊疗、护理标准化；可确定病种的标准住院天数和检查项目；提高服务质量和患者满意度；协调各部门通过临床路径保持一致性提高效率；降低医疗成本和住院费用。  
　　临床路径对于医疗、护理和患者都会产生有利的作用。对于医务人员来说，由于有了统一的临床路径，医务人员通过有计划的标准医疗和护理，从而减轻医生、护士的工作量，并且可以减少出现失误；可以明确医生、护士以及相关人员的责任；如果治疗或护理偏离标准易于发现,并且可以及早处理；由于各种处理措施是依据临床路径制定的，可以使医务人员在医疗、护理过程中的协调性增强。对于患者来说，通过了解住院中的治疗计划，可对自己的疾病治疗有相应的心理准备，减少入院后的不安感；并且提高患者的自身管理意识，使治疗效果更好；可以增加患者同医务人员的沟通，提高患者对医生、护士的信任感；由于可以大致预计出院时间，因此患者可以对费用进行预测。对医院来说，实行临床路径便于医院对资料进行归纳整理，对于改进诊疗方法，提高医疗水平都是十分必要的。

[](http://www.ch-cp.org.cn/batch.download.php?aid=53)  
诊疗路径“红绿灯”与自由诊疗“盲区”

**三、临床路径实施步骤**  
　　临床路径实施过程主要有以下四步，计划准备、临床路径制定、临床路径实施、临床路径评价。  
　　1．计划准备阶段   
　　分为宣传教育、健全组织、选择适宜病种三个方面。医院成立临床路径领导小组，学科临床路径指导小组和科室临床路径实施小组，完善运行体系，明确人员职责分工。科室临床路径小组进行信息收集、分析和确定病种或技术。病种的选择主要根据医院特长、医生兴趣、其他医院的经验、病例分布情况等因素来确定。  
　　2．临床路径制定阶段   
　　临床路径指导小组根据科室实施小组草拟的文本，对资料收集、信息提取、循环情况基本项目框架、路径的内容等进行检查和论证，提出修改意见，与实施小组成员达成共识后，对文本进一步完善，直至定稿。临床路径制定过程中所用的方法主要有专家制定法、循证法和数据分析法。临床路径的样式包括电子病历、表格病历、信息系统、医嘱系统或其他记录系统等。制定临床路径过程中需要确定相关的标准，如流程图、纳入标准、排除标准、临床监控指标与评估指标、变异分析等。最终临床路径形成医患两个版本，医生、病人各持一本。两个版本内容基本相同，但各有侧重,详略程度、适用范围有所不同，这也可以增进医患沟通，利于病人参与监控,保证临床路径措施的落实。  
　　3．临床路径实施阶段  
　　在准备实施前，要做好教育和培训工作，在实施初期，要对每一例病人把关，严格按临床路径执行和记录，采取专人监控和智能监控相结合。在实施过程中，要注意产生的变异，及时查明原因,尤其要注意分析路径、医生和患者三者原因。  
　　4．评价改进阶段   
　　为了了解临床路径的结果和不足，为以后的改进提供参考，需要对临床路径的各个方面进行评价，在评价时应重点考虑能客观反映该病种工作效率、医疗质量、经济指标、以及患者满意度等内容，对患者的住院时间、医疗转归、治疗效果、平均医疗费用、患者满意度等指标进行统计分析，运用统计学、运筹学等方法,对运用于临床诊疗过程的效果进行综合评价。

**四、国外对临床路径的应用与评价**　　国外对临床路径的使用经过长时间的摸索已基本成熟，对临床路径的应用与评价研究也比较多，下面从几个评价的方面来简单介绍。从病人满意度来看， Lawson等人在文章中明确提出使用临床路径可提高病人的满意度，发现对剖宫产病人使用路径管理可使病人对医护结果的满意度增加，病人期望更多的参与医护活动，而且使用临床路径还能提高医护人员的工作满意度。也有人持相反的观点，Leibmann等认为,路径组和非路径组病人的满意度并没有差异，术后并发症发生数的差异也并不明显。DeLuc也报道路径组和对照组的医护结果满意度差异甚微。从平均住院日来看，文献回顾显示临床路径能极大的降低患者的平均住院时间。Yarmo等报道对同一年龄组的病人使用临床路径，使得全髋骨替代和膝关节替代病人的平均住院日减少了1.45天。在Wammack和Mabrey研究中,使用临床路径后,膝关节替代病人的平均住院日减低57%，髋关节替代病人的平均住院日减低46%。Weingarten等的研究表明使用路径指南能有效和安全的降低胸部疼痛病人的平均住院日，肺炎路径和心脏移植路径对平均住院日的缩短也有报道。前列腺切除临床路径病人的平均住院日能缩短2-3天。对用扁桃体切除术和增殖腺切除术病人使用临床路径后,平均住院日有明显的减少。从对医疗费用的影响来看，使用临床路径能降低医护成本。由于住院日的缩短使得医院的成本减少，通过减少检验(检验科和放射科)，也降低了成本。因为所有医护人员使用同样的路径并清楚已经进行过的检验，从而避免了不必要的检验，降低了医疗费用。Painter等分析了腹主动脉瘤修复术路径对病人临床和费用的影响，结果显示，42例病人样本中每个病例的住院花费比路径使用前减低了33%。非临床路径组比路径组病人多耗费了5倍的资源。Yaksic等的研究发现,使用临床路径2年时间中,呼吸机慢性疾病病人平均费用有明显降低。Wammack和Mabrey的研究显示，膝关节替代病人的医疗费用降低11%，髋关节替代病人医疗费用降低38%，并发症也显著降低。

**五、国内对临床路径的应用与评价**  
　　国外对临床路径的研究与应用基本处于成熟阶段，而国内的应用还刚刚起步。1998年以后，北京、天津、重庆、青岛、成都等一些城市的大医院相继引入这一新的管理模式，并开展了部分研究和临床路径试点工作。北京协和医院将胆囊切除术、肺炎、充血性心力衰竭和阴道分娩4种疾病做了临床路径，实施临床路径的病例，与全院平均水平相比,其平均住院日、住院费用大幅度下降,最高下降幅度达到58.31%。四川大学华西医院对实施膝关节镜术和人工关节置换术的患者应用临床路径管理；中南大学湘雅医院对室间隔缺损修补术、胃癌和结肠癌病人实施临床路径；湖南省儿童医院以小儿外科的房室间隔缺损、尿道下裂、先天性巨结肠及阑尾炎进入临床路径管理，在鞘状突高位结扎术患儿也应用临床路径，解放军总医院在骨科引入理论与方法,实现对住院诊疗过程的实时控制，均使病人住院时间、待床时间、术后恢复时间及总住院时间缩短，降低了住院费用，提高了健康教育效果，促进了病人康复，服务品质和患者满意度明显提高。第三军医大学西南医院对剖宫产、部分腰椎间盘突出手术病人应用临床路径，并探讨了确定多术式单病种实施范围和住院时间的方法；北京大学第三医院在心内科进行临床路径试验，并制定出中国内地第一批记录临床路径的表格病历。解放军第九四医院运用临床路径形式对慢性病人进行自我管理,操作简便，指导性强。济宁医学院附属医院对128种病例实施了临床路径管理，病人的住院时间、医疗费用都有明显降低。葛建云等人对冠状动脉造影术患者实行了临床路径管理，平均住院天数减少了5天，平均费用下降了20％，患者满意度也有所提高。

**六、小结**　　我国人口众多、卫生资源贫乏,人均收入水平低，患者医疗费用的支付能力差,而医疗费用和成本却呈日益高涨之态势。近20年，国外在控制医疗成本、降低医疗费用方面进行了大量的探索和研究，20世纪80年代中期开始的临床路径就是较突出的一种模式。它的成功应用已证明：临床路径是一种科学、高效的治疗、护理新模式。经过近20年的实践与发展，临床路径的理论和实践在国外已形成了较完善的体系。临床路径在我国的应用结果显示，提高了患者满意度，缩短了平均住院天数，降低了平均住院费用。实施结果表明,我国开展临床路径有良好的可行性。发展符合我国国情的临床路径,对我国顺利进行医疗体制改革、合理使用有限的卫生资源、提高效率和服务质量、降低医疗费用意义重大。

# 循证医学概述

济宁医学院附属医院 武广华

循证医学（EvidenceBasedMedicine，EBM）是20世纪90年代迅速兴起的一门新兴学科。通过循证医学可以达到促进**物有所值医疗**措施的利用，防止无效措施引入医学实践，淘汰现行使用的无效措施，限制使用昂贵低效措施等。从而，不断增加医学实践中有效防治措施的比例，提高医疗服务质量和效益，有效利用宝贵的医疗卫生资源。发展和落实循证医学将是世界各国摆脱目前医疗卫生服务所面临的困境，并不断提高医疗卫生服务质量和效率的必要策略之一。

**一、循证医学的定义**  
　　循证医学是指″**遵循证据的医学″（Evidence－basedmedicine， EBM**）。著名临床流行病学家DavidSackett教授将EBM定义为″慎重、准确和明智地应用当前所能获得的最好研究依据，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，将三者完美地结合制定出病人的治疗措施″。EBM是医生在临床实践中必须遵循的科学原则，其核心思想是对临床中所遇到的实际问题，进行系统的医学文献检索，经过仔细的筛选，以获得当前最好的临床研究证据，并结合临床的具体实际和病人的喜好，做出医疗决策诊治疾病。

EBM与研究证据、患者需求、临床经验关系模式图

**二、循证医学的产生背景及发展**  
　　EBM的渊源可追溯到古希腊时期。著名医学家希波克拉底首次在医学领域应用观察性研究，他认为医学研究不仅需要合理的理论，而且还需要依靠综合推理的经验。19世纪中期，法国大革命后兴起了″ 唯结果论″，主张某一行为正确与否应该用其结果来衡量。该理论在医学活动中的表现，是注重临床实际效果，强调治疗手段的正确有效性，必须经过大量临床实践确凿证据的证实。1972年，英国著名流行病学家ArchieCochrane指出，由于资源有限，临床工作者应充分利用可获得、经过证明可靠的临床研究结果，尤其利用随机对照试验证据来指导临床实践。1979年，ArchieCochrane又提出，应将所有有关的随机对照试验结合起来进行综合分析，并随着新的临床试验的出现不断予以更新，为临床实践提供可靠依据。在他倡导下，20世纪80年代，医学界对一些重要疾病的某些疗法进行了系统综述（SystematicRevi ew，又称MetaAnalysis或Overview），其综述结果对临床实践和研究产生了划时代的影响。1992年，加拿大学者DavidSackett等在国际上正式发表文章，提出EBM概念。同年，在牛津大学成立了以英国已故著名流行病学家、内科医生、EBM的奠基人之一ArchieCochrane名字命名的Cochrane中心，为EBM的实践提供了研究场所。1993年，在英国成立了国际Cochrane协作网，协作网建立之初主要任务是收集、整理研究依据，建立资料库－Cochrane图书馆，其后加强了方法学研究，以提高研究依据的质量，把研究得出的可靠依据，应用于临床实践和医疗卫生决策，使EBM得以实现，并在国际交流与合作中获得了广阔的发展空间。到目前为止，世界上已经有15个国家相继成立了Coch rane中心，包括英国、澳大利亚、美国、荷兰、挪威、南非和中国等。 Cochrane中心旨在通过制作、保存、传播和更新系统评价，提供证据，帮助人们尽量做出合理的决策。

　**三、循证实践的基本步骤**  
　　1.提出明确的临床问题     临床实践中常需要了解有关特定患者诊断、预后及处理方面的新信息以帮助科学决策。由于时间有限，要求医师快速地形成恰当的问题，以便在短时间内完成证据检索。好的临床问题应包含四部分内容：患者或问题（Patientorproblem）、干预措施（Intervention）、对照干预措施（Comparisonintervention）及结局指标（Outcome），即PICO原则。只有明确了临床问题，才能有的放矢地进行证据的检索和做出临床决策，这是最基本但很重要的一步。  
　　2.搜索相关文献，寻找最佳证据     根据特定的临床问题，确定恰当的研究类型，再根据相应证据的分级选择恰当的数据库，制定检索策略进行检索。首选二次文献数据库，看该问题是否解决，如果没有再看原始文献数据库，按证据分级逐级降低的顺序检索，直到满足要求。  
　　3.对证据进行严格的评价     在将检索到的证据应用于个体患者前，需要对收集证据的真实、可靠性及与该患者的相关性进行评价。根据证据所属的研究类型，循证医学将临床文献依据等科学性和可靠程度一般分为五级水平：  
　　一级：按照特定病种的特定疗法收集的质量可靠的随机对照试验的评价资料。如由多个研究中心联合统一规划的完全随机病例对照研究（RCT），可以在短期内完成大量病例的RCT汇总分析。这通常是由临床药理基地牵头组织，较多临床研究机构参加的随机对照临床诊疗观察试验，其病例数量众多，且按照统一设计方案进行。研究结果为国家药物检测机构审批治疗用药和诊疗手段合法性的依据，因而具有最严格和最高级的评价级别。  
　　二级：单个大样本队列研究试验和不严格的RCT试验，即某一个临床研究机构单独进行的单个大样本的随机对照研究结果，达到一定水平，有一定的学术价值。但由于单位的局限性，达不到国家药物检测机构审批的要求，多个这样的单位所获得的结果也难以汇总，因为不是在临床药理基地统一组织设计下进行的，其间的差异较大，影响总体评价。  
　　三级：未采用随机方法进行对照分组的队列研究，即研究尚未达到随机选样的要求，影响观察群体的可靠性。  
　　四级：无对照或低质量的临床病例分析。连对照都没有的研究，无法进行统计学试验检测。  
　　五级：个人经验性意见，并无专家组讨论。这主要是个人在工作中的经验总结，没有经过严格的试验验证。这种经验总结应该予以尊重，但不能代替科学根据。  
　　4.应用证据进行临床实践     证据有助于患者获得更好地诊治，降低不良反应发生，但必须注意“临床决策不能单纯依靠证据”，必须考虑患者所处的临床环境和他本人的意愿。由于病人与临床资料中的病例存在性别、年龄、并发症、疾病严重程度、依从性、社会因素、文化背景、生物学及临床特征的差别，因此，真实可靠且具有临床价值的研究证据并不一定能直接应用于每一位病人，医务人员必须结合自己的临床专业知识经验、病人的具体情况、病人的选择进行综合考虑，作相应的调整。这样，将经过严格评价的文献、从中获得的真实可靠并有临床应用价值的最佳证据用于指导临床决策，服务于临床。  
　　5.评估循证医学实践后的效果和效率，便于改进提高     在应用最佳证据对患者的临床实践中，必定有成功或不成功的经验或教训。临床医生应进行具体分析和评价，从中获益，达到提高认识、增进学术水平和提高医疗质量的目的。事实上，任何临床处理都应该通过一定的监督机制进行随访，这是一种连续的证据累加过程，在临床实践中，医生应该考虑如何增加自己的知识来提高诊治技术，特别是如何利用大量高质量事先经过消化的信息来指导临床实践。通过实践，提高临床学术水平和医疗质量，这也是临床医生自身进行继续教育的方法与过程。

　**四、循证医学的证据来源**  
　　目前有大量可供医学研究证据查询的数据来源，包括数据库（互联网在线数据库、公开发行的数据库光盘、循证医学中心数据库等）、杂志、指南等，常用的有：

EBM证据信度“金字塔”

　　（一）原始证据来源证据  
　　原始证据来源主要有下面几种：

    1.Medline美国国立医学图书馆研制的生物医学数据库收录了自 1966年以来70多个国家40多个语种约3700多种生物医学期刊的题录及文摘1100万条，年报道量约40万－50万条，是世界生物医学文献资源最为重要的数据库之一。  
　　2.Embase数据库荷兰《医学文摘》摘录报道世界范围内的医学文献，包括42个文摘分册和1个题录分册，是一个收录了约4000余种杂志的生物医学与药物文献数据库，拥有医学以及药物相关方面的最新信息（以其对药物研究文献的收录而著名）。  
　　3.CBM中国生物医学文献数据库（ChineseBiomedicalLiterature Database，CBM）是中国医学科学院医学信息研究所开发研制的综合性医学文献数据库。收录自1978年以来1000多种中国生物医学期刊。  
　　4.CEBM/CCD中国循证医学/Cochrane中心数据库（ChineseEviden ce－BasedMedicine/CochraneCenterDatabase，CEBM/CCD）是由中国循证医学Cochrane中心组织建立和更新的以中文发表的临床干预性随机对照试验和诊断试验数据库。  
　　5.NRR国立研究注册数据库（NationalResearchRegister，NRR ）是由英国国立卫生服务部（NationalHealthService，NHS）资助的正在研究或新近完成临床试验的数据库。  
　　（二）二次研究证据     除了原始证据外，还有对原始研究证据进行加工处理的二次研究证据，可分为数据库、期刊和指南三种。  
　　1.数据库     数据库大致有下面5种：     （1）CLCochrane图书馆（CochraneLibrary，CL）是临床疗效研究证据的基本来源，也是目前临床疗效研究证据的最好来源。它的制作者是国际Cochrane协作网。国际协作网是一个旨在制作、保存、传播和更新系统评价（SystematicReview，SR）的国际性、非盈利性的民间学术团体。其制作的SR主要通过CL以光盘形式每年4期向世界公开发行，主要由系统评价资料库（CochraneDatabaseofSystematicR eview，CDSR）、疗效评价文摘库（DatabaseofAbstractsofReviews ofEffectiveness，DARE）、对照试验注册资料库（CochraneContro lledTrialsRegister，CCTR）、方法学数据库（CochraneDatabaseo fMethod－ologyReviews）等组成。  
　　（2）EBMR循证医学评价（Evidence－BasedMedicineRe－views， EBMR）是一个由Ovid科技公司制作与更新的付费数据库，以Ovid在线和光盘形式发表。由于CL是目前临床疗效研究证据的最好来源，EMBR 的主要内容为从100余种著名临床杂志中依照文献科学性和临床实用性筛选评价后所撰写的文摘，因此被认为是目前指导临床实践和研究的最好证据来源。  
　　（3）CRDD评价与传播中心数据库（CentreforReviewsandDissem inationDatabase，CRDD）包括了DARE、NEED和HTAD三个数据库。由N HS和卫生技术评估国际网络机构（InternationalNetworkofAgencies forHealthTechnologyAs－sessment，INAHTA）制作与更新，这三个数据库均可在Cochrane图书馆和互联网上在线查询。  
　　（4）CE临床证据（ClinicalEvidence，CE），由英国医学杂志（BritishMedicalJournal，BMJ）出版，每6个月更新一次，网络版可免费查询，主要针对临床具体问题提供实用的证据或明确有无证据，这是一个对临床实践有指导意义的数据库。  
　　（5）NIHCS＆TAS美国国立卫生研究院卫生技术评估与导向发布数据库（NationalInstitutesofHealthConsensusState－mentsandTe chnologyAssessmentStatements，NIHCS＆TAS）由美国NIH的医学应用研究事务所（OfficeofMedicalAppli－cationsofResearch，OMAR ）制作，是一个关于卫生技术评估的数据库。  
　　2.期刊     世界各地的有关循证医学的期刊很多，其中比较重要的有下面几种：循证医学杂志（Evidence－BasedMedicine，EBM），由BMJ和美国内科医生学院（AmericanCollegeofPhysicians，ACP）联合主办。Bandolier单月刊由英国OxfordHSR＆DDi－retorate于1994年创办，网络版始于1995年可免费获取全文（http：//www.jr2.ox.ac. uk/banolier）。循证护理杂志（Evidence－BasedNursing）由英国皇家护士学院和BMJ联合主办，是一个提供与护理相关的最好研究和最新证据的高质量国际性新杂志，可在线查询。我国也有相关的杂志，如中国循证医学杂志，内容包括循证医学、临床流行病学、卫生技术评估、随机对照试验、卫生经济研究、循证实践、循证决策、系统评价摘要、Cochrane系统评价和卫生技术评估摘要。  
　　3.指南     国立指南库（NationalGuidelineClearinghouse，NGC）是一个循证临床实践指南数据库，由美国卫生健康研究与质量机构（Agenc yforHealthcareResearchandQuality，AHRQ）、美国医学会（Ameri canMedicalAssociation，AMA）、美国卫生健康计划协会（America nAssociationofHealthPlans，AAHP）联合制作。该数据库能对多篇指南就各项参数进行比较，能合成具有相同主题的指南文献（系统能对14个专题范围的文献进行合成分析），并在相同和有区别之处以高亮显示。

　　**五、我国的EBM的发展状况**  
　　自1995年以来，原华西医科大学附属第一医院部分留学归国人员就跟踪和利用这一世界前沿的科学研究方法，开始筹建中国Cochrane 中心的启动工作。经积极筹备，于1996年在四川大学医学院华西医院成立Cochrane中心，并得到卫生部和国家自然科学基金委员会的支持，以及世界卫生组织在内的国际学术团体和组织的支持和资助。1998 年初，中国EBM中心在澳大利亚Cochrane中心的大力帮助下，提出加入国际Cochrane协作网的申请，1999年3月，被国际Cochrane协作网正式批准并予以注册，成为亚洲地区第一个Cochrane中心。  
　　中国EBM中心成立后，利用我国现有的医疗卫生信息网络系统，建立全国协作网点，形成覆盖全国的EBM中心网络体系。循证医学的迅速和健康发展，对于推动我国医疗卫生事业改革，起到了积极的促进作用。

# 国家卫生计生委办公厅关于切实做好临床路径管理工作的通知

国卫办医函〔2013〕210号

各省、自治区、直辖市卫生厅局（卫生计生委），新疆生产建设兵团卫生局，卫生部医院管理研究所：

为确保2013年及今后临床路径管理工作取得实效，促进“十二五”期间推进临床路径管理工作目标顺利完成，现提出如下要求：

一、加大工作力度，扩大临床路径管理覆盖面

**（一）进一步提高认识，推进临床路径管理工作。**各省级卫生计生行政部门要加大工作力度，将临床路径管理作为医疗工作精细化管理的常规工作，常抓不懈。各地要根据《卫生部关于“十二五”期间推进临床路径管理工作的指导意见》（以下简称《指导意见》）要求，制订年度工作计划和目标，组织、指导辖区内医院做好临床路径管理工作。

**（二）继续扩大临床路径管理覆盖面。**各省级卫生计生行政部门要在前期工作基础上，根据《指导意见》要求，结合实际，逐步增加辖区内临床路径管理医院的数量，组织、指导各医院扩大临床路径管理专业和病种范围，确保“十二五”时期任务目标顺利完成。

二、完善相关制度规范，提高临床路径管理水平和工作质量

**（一）细化完善各病种临床路径及分路径。**各医院要在相关病种临床路径基础上，依据《临床诊疗指南》、《临床技术操作规范》、《国家基本药物目录》和《中国国家处方集（化学药品与生物制品卷及其儿童版）》等规范性文件，进一步细化各病种临床路径表单，优化诊疗流程，明确治疗药物，限定耗材种类，确定入、出院标准。对于同一疾病诊疗方案差异较大的，可以根据疾病的特点，进一步制订并细化各诊疗方案的分路径。

**（二）不断提高临床路径管理病例入组率和完成率，动态监测变异率。**各医院要加强管理，进一步提高符合临床路径管理病例的入组率和完成率。加强对变异病例的管理，定期组织对变异原因进行分析、评估，分析变异原因，发现问题并加以改进，逐步完善临床路径管理持续改进体系，进一步降低变异率。

**（三）建立完善绩效考核机制，加强临床路径质量管理与控制。**各医院要逐步建立以医疗服务量、患者满意度、医疗质量、医疗安全、医疗效率和费用控制等为主要内容的综合评估机制，不断完善绩效考核制度。要定期对《指导意见》要求的效率指标、医疗质量与安全指标、合理用药指标、卫生经济指标等相关指标进行分析、考核，综合评价临床路径工作质量，建立完善奖惩机制，科学引导医务人员积极开展临床路径管理工作，提高临床路径工作质量。

三、做好数据上报、分析工作，加强临床路径管理信息化建设

各医院要进一步加强以电子病历为核心的医院信息化建设工作，实现临床路径管理与电子病历系统相衔接。要加强临床路径管理数据收集、分析工作并及时登录中国临床路径网（http://www.ch-cp.org.cn/）,向“临床路径管理信息网络直报系统”（以下简称直报系统, 由卫生部医院管理研究所管理）上传数据。

各省级卫生计生行政部门要充分利用直报系统，全面掌握辖区内各医院临床路径管理情况，并根据情况，加强指导和管理，持续推动工作。

卫生部医院管理研究所要加强直报系统的管理，做好信息汇总、分析工作。每半年将反映全国临床路径管理工作开展情况的有关信息报我委医政医管局，为我委制定相关政策和工作计划提供参考。

联系人：医政医管局医疗与护理处 吴佳乐、张萌、李大川

电 话：010-68792196、68792200、68792211

传 真：010-68792196

邮 箱：YLYHLC@126.COM

国家卫生计生委办公厅

2013年9月6

**卫生部办公厅关于印发唇裂等口腔科9个病种县级医院版临床路径的通知**

**卫生部办公厅关于印发上消化道出血等内科12个病种县级医院版临床路径的通知**

**卫生部办公厅关于印发慢性扁桃体炎等耳鼻咽喉科4个病种县级医院版临床路径的通知**

**卫生部办公厅关于印发非侵袭性胸腺瘤等外科9个病种县级医院版临床路径的通知**

**卫生部办公厅关于印发角膜裂伤等眼科4个病种县级医院版临床路径的通知**

**卫生部办公厅关于印发结节性甲状腺肿等外科26个病种县级医院版临床路径的通知**

**卫生部办公厅关于印发结肠癌根治切除手术等2个临床路径的通知**

**卫生部办公厅关于印发直肠癌低位前切除手术等4个临床路径的通知**

**卫生部办公厅关于印发食管癌手术治疗等3个临床路径的通知**

**产科、胸外、小儿外科、内分泌、呼吸内科、口腔、泌尿外科、普外、肿瘤、神经内科、眼科临床路径**