

EBM，醫學復興運動

——賴鈺嘉醫師專訪

採訪／鄭爵儀， Frank

我們腳踩的不是堅實的土地，而是騰空在9樓的圖書館之內，窗外也沒有台北的溼冷氣氛，而是溫暖和煦的陽光，我們在彰化基督教醫院。

我們知道彰化除了肉圓有相當的名氣之外，還有一位醫生，默默的向大家推廣了5年證據醫學。而有幸的我們找到了，所以我們才會站在彰化基督教醫院的證據醫學中心裡，和一手建立它的賴鈺嘉醫師談談他對EBM的心得。以下是我們的專訪…

□不知道您是在什麼時空背景下，和EBM結下不解之緣？

我想這是個人的機會，我有幸掌握，和個人能力的默默準備有很大的關係。這要從民國84年談起，那時彰基要發展老年醫學，彰基派我到澳洲去進修老年醫學，向一位老年醫學的專家學習。3個月進修結束之後，彰基院長和我一起再到Oxford去參與一個有關老年醫學的workshop。在研討會中，某一堂課討論EBM，那時候台灣沒有人提到這個東西，第一次知道EBM這個字眼。經過黃院長和我討論之後，似乎是醫學界必需走到這裡，也似乎是一個擺脫困境的方法。我們覺得證據醫學比老年醫學來的重要，於是就決定在85年7月開始全力推動證據醫學。

來，何以在近幾年才開始展露鋒芒？

證據醫學的概念其實很早由Cohrane提出，但是最近才慢慢發展起來，有兩個很大的因素：1.大量的資料的產生。2.電腦科技的進步。

1. 大量的資料

許多人認為獲得大量的資料就能解決許多問題，大量的資料並不能解決問題，反而會造成更多的不確定性。這是一個不確定的年代，若是在100萬筆資料中要去找找到10筆有用的資料，我們很可能不是找不到就是找到錯誤的資料。在醫學實務上來說，即Uncertainty變的更大，意指醫學所關注的疾病和藥物的資料量比以往都來得多，疾病的種類隨著診斷技術的進步也會相對增加，如此則造成醫學的資料量膨脹，同時也造成醫學教育上產生相當大的問題：大量的知識根本來不及教授。證據醫學的理念才會在這樣的時代裏發展出來。

2. 電腦的進步。

如果沒有informatics的科技進步，資料也就沒有辦法進行大量流通。記得以前有位學弟去美國買了台486電腦回來，要價近三十萬，那時是用來作為製作動畫。但是現在已經很少人在用486電腦。因為電腦的進步，個人才有辦法去處理大量資料。

□EBM在1970年代已經發展出

懂點興奇學習，EBM

起點與奇點

□ EBM 的本質為何？

EBM 的核心是一種流程，它教你一種包含 5 個步驟的流程。傳統醫學的教學方法或是畢業後的學習方法常常是給你魚；假如你是胸腔科主治醫師，談到 COPD 就會用很多資料開始盡力去教導住院醫生。而 EBM 比較像是給你釣竿，教你一個方法：怎麼樣問問題，怎麼樣找資料，怎麼評斷那些資料，怎麼樣去應用，怎麼樣去考核以上這些做法。魚在那裡？你得自己去釣。

EBM 是醫學上的一種 methodology (方法論)。EBM 和科學研究方法一樣，也是提出問題、假設，但是不太一樣的，EBM 比較強調在臨床上的應用，可以說是臨床醫師工作的科學方法。

有關傳統醫學的部分，EBM 並沒有要推翻它，傳統醫學的基礎還是相當需要，EBM 應該比較像是畢業進入臨床之後，一種新的學習的方式。我個人比較喜歡講這是一個種學習態度的改變。一種 new way of learning，一種醫師自我改革的運動。

□ 同樣都是畢業後的學習，進修也可以學習到一樣的東西，那 EBM 和畢業後的進修到底有何不同？

進修和在學校一樣仍是 Teacher-student 的關係，課程都幫你排好了。而 EBM 我舉一個為例，不久前

我們討論懷孕時的 thrombo-embolic disease，我可能找了數百篇的資料，而我必須大致閱讀(view)過這些資料，有的談論診斷，有的討論治療，只有一部分才是我所關注的資料，EBM 在這種搜尋的過程中，讓你了解你所關注部分在整個領域中的角色。就像從台北到彰化，坐飛機睡一下就到了，直接獲得結果，這是進修或繼續教育，老師教，學生學。EBM 就像是從台北坐火車到彰化，你並非要到苗栗、台中，但是這樣的經歷似乎很重要，同時重視過程與結果。所以證據醫學讓我們去經歷一些似乎不必要的東西，但這些其實是很重要的。

□ 如果可以透過 EBM 自我學習，老師和研究報告的結果或數據不合，那會不會對傳統的老師—學生關係有所變化？

我認為應該會有變化，只是這並不是要我們去否認老師，我們還是有許多層面應該尊敬老師。資料經過時代會有所改變，在那時空背景是對的，在這時空背景也許就不適用。我們的下一代也可能說我們那裏錯了。只是若有了這個 EBM 的手法，醫生能夠持續學習，一直能得到最新的資料。也許你搜尋美國的資料，而我發現英國的資料，在流行病學上的結論就會有所不同，而這並不是對或不對的事情，只不過是資料來源不同而已。EBM 最重要

益出戲內界戲出益

的哲學精神就是要以病人為中心達成最適當的照顧，資料數據相差一點點並沒有關係。EBM 使人 and 人的溝通能開誠佈公，我們聚焦在 uncertainty 上，了解醫學的不確定性存在，儘量找出對病人有利的資料來用。

□ EBM 的 5 steps 已經為一個標準的程序亦或是有其他版本？

EBM 的 5 steps 是由 Sackett 提出的，這 5 個步驟經過若干演變，到現在幾乎可以說已經確認。EBM 是由 Cochrane 提出觀念，而由 Sackett 來推動，目前的 textbook 是由 Sackett 等人寫的。只是 5 steps 的內容部分還是有很多變化，像是提出問題有人用 RCT(random controlled trail)的手法，有人用其它方法，但是原則上的程序是固定的。

那如果經過 EBM 這樣嚴謹的研究，仍發現有全然不同結果的兩份報告，那該怎麼辦？

現在可以運用 meta-analysis(綜合性分析)或 clinical bottom line(臨床底線)等等多種方法來解決問題。千萬不要認為有了 EBM，或是一堆的 guideline，醫學的實務就就會很方便，仍是有許多的不確定性存在。現在醫學上用 meta-analysis，即怎麼樣把很多篇的報告綜合起來判讀。我們不可能有了證據醫學，很多東西都變成確定的了。

□ EBM 是不是可以幫助醫生在診療上背書，減少被告的機會？

證據是不會說話的，醫生利用證據來治療病人，而病人也會利用證據。訴訟的基本起因是醫病關係不好，所以醫生的心態上不要認為用證據醫學來防止醫療糾紛，而是從給予病人最佳的照護治療為出發點，把醫病關係維持好。所以糾紛不是證據的事情，而是人文的問題。

□ 如果畢業後的醫生想要再學習，EBM 能給他們什麼？

其實只要有一台電腦，有一支電話，連到彰基的網站(<http://www.cch.org.tw/ebm/>)，我們的網頁中有介紹一些觀念讓大家懂得利用，住在海邊也不會什麼問題。對疾病的分佈來說，處理大部分的 common diseases 其實用傳統的方法都沒有什麼問題，只是如果想要再進步，那麼使用 EBM 的方法，將會是一個很好的學習工具。

賴醫師是台灣證據醫學的先行者，他很用心而且默默地把彰基變成台灣的證據醫學推動中心。因為時間關係，訪談打擾賴醫師這許久卻還不能窺盡全貌。我們不坐飛機，火車在等著我們，從彰化一站站晃回台北，如果你意猶未盡，或是還有問題，您可以寫 e-mail 給賴鈺嘉醫師(laiyujia@msl.hinet.net)，機會留給了有準備的人。