

出國報告（出國類別：研討會）

## 藉全球實證高峰會探討 全球實證發展趨勢

服務機關：臺北榮民總醫院

姓名職稱：郭素真護理長、楊淑華專科護理師

派赴國家：南非開普敦

出國期間：106年09月11日-106年09月18日

報告日期：106年10月27日

## 摘要

全球實證高峰會議(Global Evidence Summit)於 2017 年 9 月 13 日至 16 日在南非開普敦舉辦，會議主題為使用實證改善生活(Using evidence. Improving lives.)，是由五大實證單位首次合作的大型會議，包括英國實證醫學考科藍聯合中心(Cochrane)、澳洲坎培拉聯合中心(The Campbell Collaboration)、國際指引聯合網絡(Guidelines International Network)、國際實證健康照護協會(International Society for Evidence-based Health Care)及澳洲的喬安娜布莉姬實證護理中心(Joanna Briggs Institute)共同聯合為實證政策貢獻心力的聯合實證會議，大會安排 5 場專題演講，9 場次分場口頭發表，83 個工作坊，567 海報發表，深化 75 個國家 1,300 餘人的實證知識，本部有 2 人參與了這場盛宴，收穫滿滿，了解實證知識之浩瀚，也認知道唯有加緊腳步奮發學習才能不被潮流所淘汰。

非常感謝 院長、副院長與 王主任的支持及鼓勵，讓職等有機會展現臺北榮總推展實證護理臨床應用的成效，拓展本院的知名度，並能擷取經驗及最新的實證知識，未來期待能藉由計畫性的培育實證人才、建置與結合資料庫結合的實證知識平台與建構實證推行計畫，不斷厚植實證研究能力，全面推廣實證證據與臨床業務結合，與全球實證發展並駕齊驅。

關鍵字：實證健康照護

## 目次

一、 目的.....	3
二、 過程.....	3
三、 心得.....	20
四、 建議事項.....	21

## 一、目的

與全球實證發展接軌，汲取最新實證發展知識與比較各國發展進度。

## 二、過程

本次大會是首次由全球五大實證機構，包括英國實證醫學考科藍聯合中心(Cochrane)、澳洲坎培拉聯合中心(The Campbell Collaboration)、國際指引聯合網絡(Guidelines International Network)、國際實證健康照護協會(International Society for Evidence-based Health Care)及澳洲喬安娜布莉姬實證護理中心(Joanna Briggs Institute)共同聯合為實證政策貢獻心力的首次聯合實證會議，大會主題是“運用證據，改善生活”(Using evidence. Improving lives.)，旨在運用目前已得可靠的研究證據來解決及推動世界上一些最嚴重的健康和社會議題的挑戰，基於資源的有限，也特別著重於勿將資源浪費在無效或甚至有害的處置與介入措施，因此，集結了全球實證實務、政策、方法學以及提倡者的領袖，希冀藉由五大實證團體之知識共盪，共聚一堂，彼此共享不同視野與願景，為創造一個更健康及更平等的世界提供重要的貢獻。同時，為呼應大會主題，運用證據，改善生活，本次演講議題也將聚焦於此，挑戰與敦促全球的專業人員與政策制定者奠基於目前可得的最佳證據，進行決策。因此，來自全球世界各地 75 個國家的政策制定者、各實證機構領袖、各國的研究學者、統計專家、臨床實務專家以及實證同好者，餘 1,300 人與會，希望能針對更有經濟效益之健康處置，貢獻一己之力，以促進全球健康。此外，主辦單位更別出心裁地，在迎賓及謝幕晚宴上，提供了饒富當地色彩的南非音樂與舞蹈演出，讓行程滿檔的研討會中，穿插著人文風采，平添風味，也使與會者對當地特色印象深刻。

研討會共計四天，其中每天都有大會專題演講、分場口頭發表，以及每天不同地海報發表者，此外，更由全球各實證領域的專家所主持，共計 83 個工作坊，分享其所專精領域的新知，所有參與者都無私的奉獻自己的所知，彼此從不同的視角出發，在當下充分討論及激盪出不同的火花，讓與會者收穫滿載。茲將參與的場次及收穫分述如下：

(一)專題演講:

1. Evidence for Africa: How evidence is changing communities across one continent

由 Trevor Manuel 教授帶領的專題演講的目的是了解非洲如何使用實證從政策到實務，透過網絡(networks)和活動(activities)為例。整場會議由 Trevor Manuel, Ruth Stewart, Patrick Mbath Okwen 分別就非洲實證基礎的政策、實證網絡(evidence network)有做出改變嗎?可以在實務中，獲得最佳通行的證據嗎?等三個主題做精闢的演講。非洲證據網絡是一個對在非洲工作的社區，對實證、生產和決策有興趣。該網絡由 University of Johannesburg 非洲證據中心提供支持，包括來自大學、民間社會和政府的研究人員、從業人員及政策制定者。並於 2012 年 12 月於 Bangladesh 的 Dacca 一項小型研討會成功舉行。來自非洲一些代表皆來自不同背景，不同評估系統及實證決策組織有著不同聯繫。會議後，決定建立一個網絡分享信息、經驗分享。

2. Evidence Ecosystem concept and advances in evidence synthesis and dissemination

在非洲稀樹大草原的生態，採用數位和值得信賴的證據系統，去增加研究的價值與減少浪費。演講解釋行為者間明確的聯繫方法，關閉新證據及改進照護間的循環，以及結合數字結構的方法和技術/數字結構數據平台。在生態系統中的扮演著，是實證整合者(Evidence synthesizers)、給醫師

實證的傳播者(Evidence disseminators to clinicians)、病患實證的傳播者(Evidence disseminators to patients)、實證執行者(Evidence implementers)、實證評估者和改進者(Evidence evaluators & improvers)和實證生產者(Evidence producers)。在這其中數字結構數據(digitally structured data)藉由值得信的證據(Trustworthy evidence)、共同理解的方法(Common understanding of methods)、共享文化(Culture for sharing)及工具和平台(Tools and platforms)來啟動產生實證、合成實證、傳播實證結果給臨床醫師建議、給病患、執行實證、評估且改善臨床實務的實證循環生態及數據流(flow of data)。以 Cochrane 為例，建立了一個新的回顧生態系統(New Cochrane Review Ecosystem)，包括三個同心圓。演講中並對在此生態系統中連結的工具做了介紹，包括 MAGIC 和 Cochrane PICO finder。最後以牙科照護指引(Dentistry guideline)作為實證傳播的例子。

### 3. Evidence and Gap Maps-A comparison of different approaches

由 Stephen Kennedy、Vasee Moorthy、John-Arne Røttingen 及 Jodi Nelson 主講的專題演講內容主要包括實證地圖(Evidence Maps)的介紹、常用術語、證據地圖定義的組成內容、途徑得比較及一般原則。所謂證據地圖是指導研究重點設定和實證統合焦點定義的工具。所使用的術語包括系統圖(Systematic map)、證據圖(Evidence map)、實證製圖(Evidence Mapping)、科學不確定性(Scientific uncertainties)、實證基礎的監管矩陣(Evidence Based Policing Matrix)、證據差距圖(Evidence gap maps)。Scope 指證據圖一般具有廣泛的主題範圍，涵蓋一系列介入措施和結果，實證基礎的監管矩陣例外，是一個狹窄的 Scope。根據研究需求，環境證據的合作範圍有窄有廣。排

除條件(Inclusion Criteria)指大多數媒介產出地圖(agency produce map)包括系統審查(systematic review)和原始研究(primary studies)，實證基礎的監管矩陣(Evidence-Based Policing Matrix)例外，它只包含原始研究。嚴格評讀(Critical appraisal)幾乎是必要的，根據三部份來操作，包括信效度(Validity/Reliability)、重要性(Importance)、臨床適用性(Practice)。篩選與搜尋策略(Screening and search strategy)統一採用全面及系統性搜尋策略。來自不同的來源，如手工搜尋期刊或不是被其他人所使用過一部份的文學作品。一般原則主要是清楚決定預期的目的、證據類型和地圖的計畫性結構。定義地圖的範圍，應該要設定清楚的標題。有一個事前搜索策略和編碼的形式。包括嚴格評讀和研究的品質。至少在兩個維度(dimensions)上具有直觀表示(visual representation)，可能還有額外的維度或過濾。附有描述性報告。證據製圖方法(Method for Evidence Mapping)，首先制定 Protocol(定義 PICO 和需求、內外審查和建立關聯性)，然後 Literature search(最好使用人口和篩選進行系統文獻審查)，之後 Appraisal of identified literature(由兩位審查者，使用 AMSTAR 做品質評估)，最後再藉由內在及外在的檢視。

## (二)分場口頭發表

場次主題:當臨床指引與決策共享相遇，是否就永遠幸福快樂?

隨著臨床指引的誕生，實證醫學益發地顯得重要，指引中依據特殊族群總結了人口統計研究證據的風險、利益並提出建議，然而，當臨床上提供病人個別性照護時，顯然不是書面報告中的人口，有疑問、意見、故事和個人喜好，這是無法只透過血液檢測就知道的。醫病共享決策，是從以病人為中心的理念所誕生的新星，從 1970 年代開始與臨床指引碰撞產生對談，本場次提供各自的擁護者進

行知識對弈的平台，激起不同的火花。

### 1. 同床異夢的臨床指引與決策共享

臨床指引開發者有一個具體的術語，雖然不斷更新進步，但本質上是從不同的族群出發，基於對大眾群體的健康影響和成效提出一個確定性的結論及建議；然而，決策共享則是相反，將個人的不確定性放置在最高位置，意見具有合法性且主宰決策，當各種可選擇的方案中存在高度均衡時，情況就越多。

### 2. 臨床指引與決策共享系統/工具間的和諧

臨床指引佔專業的樞紐位置已逾 30 年，然而隨著醫事專業人員與病人走向共同決策模式，需要越來越多的決策支援工具協助，達到以病人為中心的臨床實務。目前建議，病人決策輔助工具應該由兩方共同設計，最佳的證據由臨床指引的引導下，支持更多的決策行為，透過兩者的協作發展，建立臨床指引與病人決策輔助工具之間更密切的聯繫，決策輔助工具此時可扮演翻譯工具的角色，這種合作將鼓勵業者為具有相同證據的專業人士和患者設計決策支持工具，並提高醫生與病人之間的決策品質，同時促進臨床實務中，落實臨床指引與醫病共同決策並行的和諧。

### 3. 臨床指引與病人偏好的取捨

臨床指引隨實證醫學興起，旨在整合及提供病人目前可得最高證據，個人偏好的建立是複雜的過程，臨床指引在許多面向都能提供病人最好的專業選擇，然而臨床指引大多由政府及專業團體，直至近期才逐漸納入病人的意見，幸而建議等級(Grading of Recommendations Assessment)使其更精確，臨床建議等級可依據病人的價值觀及喜好、目前證據品質，同時考慮現有醫療資源、預期與不預期的影響因素以及利益風險比，做最後平衡的考量。



臨床指引與病人決策輔助工具間的關聯取決於標的使用者與證據的不確定性，當不確定性低時需要的是勸病人改變行為，當不確定性高時，則可能是決策輔助工具協助決策的時機；而標的使用者可能在不同時刻為不同族群或者兩者，例如在急救時流程的選擇以及決定是否戒菸就有許多差異，因此，仍取決於每個照護決策點。然而，過往臨床指引的證據格式和框架經常由臨床醫生，研究人員，和流行病學家制訂，他們可能不知道如何克服數字文盲及提出最好的方法來增強病人的理解，或許是在臨床指引中加入利害風險平衡以及決策點的時機，未來，臨床指引開發人員應考慮指引是否需要專業或病人支持，其中哪些決定點，建議以什麼形式進行病人決策輔助的核心。

在這場摩登知識的對話中，看到不同立場的倡議者對於議題的剖析與對話方式，衝擊著與會人員不斷思考，然而，即使在各國最先進的研究者、頂尖的統計專家、政策制定者或臨床專業人員的前面，大家都面對這樣的課題都沒有結論，或許面對每位病人時，都有著不同故事與情境要面對，即使如此，這個場次卻帶給與會者不同的思考方向，討論的議題在會後相信仍會奔馳盪漾在彼此心中。

### (三)海報發表

大會為容納更多的海報，因此每天都有不同人的海報展示，而海報中除有各國發表者投稿的研究結果，更囊括全球各組織的政策報告、新知、新工具的發展、工作內容等，包羅萬象，讓人目不暇給，茲摘錄幾個印象深刻的海報內容如下：

題目一:Moving knowledge into practice: evaluating cross-cultural applicability of the Promoting Action on Research Implementation in Health Services (PARIHS)

作者: Liz Avital，內容如下:

目的:要評估 PARIHS 的適用性和實用性，將文化轉譯中的知識實施框架和基於實證臨

床實務指引，轉化為 Malta 醫療系統的臨床實務操作。並確定成功的文化轉譯及實施的挑戰和障礙，為未來的跨文化知識轉譯計畫提供資訊。

方法: 嵌入式單機(embedded single case)，案例分析。使用焦點小組來增加數據的收集，多學科專業人員，半結構訪談，兩個指引發展團體的非參與式觀察。數據分析是使用架構分析(Framework Analysis)歸納與推論。指引的發展是以 NICE 方法為基礎。焦點團體問題指引由 PARIHS 框架的三個元素，證據、背景及便利性。

結果: 架構分析(Framework Analysis)確定了與 PARIHS 架構相關的主題，並確定了其他的架構。焦點團體提供了健康系統的背景和理解，檢查用語和概念，一個機會去探索實證的意義，如何與參與者相關，他們的利用率與遇到的障礙。為了評估 PARIHS 的架構，訪談和觀察指示，實證的重要性，上下文的多面性質，需要將其擴大到更廣泛的範圍，文化的影響力、資源的總體力量。特別是人力資源，將促進三個主題的代表性。使用 PARIHS 架構元素外的兩個主題，當作改變的驅動力及實施的重要性。有關指引發展過程與經驗的發現，沒有在這裡列出來。

結論: PARIHS 架構可用於指導文化實務轉譯，在跨文化環境中適應以實證為基礎的臨床指引。對 PARIHS 架構建議進行充分的應用，主要進行了一些調整。

1. 去定義背景需求去擴展到更廣泛的社會/政治/組織背景。
2. 文化需求成為一個背景的獨立次元素，去了解它有的多面角色。
3. 病患角色和他們需求的影響是包括的
4. 政策應該當作一個次元素被包括在內
5. 有影響的角色資源，人類和財務需求兩者，是較大的認可。

題目二: The known knowns and known unknowns: A database of evidence gaps and clusters in environmental management

作者: Biljana Macura, Neal R Haddaway, and Karolin Andersson，內容如下:

目的:這項工作的目的是整理系統地圖中的證據差距(gaps)和集群(clusters)，產生第一版跨環境管理可搜尋數據庫的證據差距和集群。這個資料庫的主要由贊助者、研究人員、審查人員和決策者在環境政策和實務中使用。

方法:我們搜尋了官方對環境實證(Collaboration for Environmental Evidence, CEE)雜誌，透過提出關於主題的建議來檢查實證的差距，需要進一步的研究，並透過摘錄參考文獻的實證據集去建議問題的全面系統文獻回顧主題。

結果:這個資料庫包含了 50 個實證差距和 39 個實證據集，從所有 13 個系統地圖 (maps)，如下廣泛的學領域：林業(forestry)、漁業(fisheries)、農業(agriculture)，以及生物多樣的生態(ecological)、社會(social)和經濟(economic aspects)。四個地圖無法確定任何證據聚集，因為他們主題的證據太多限制，但他們強調了幾個差距 (gaps)，並提供了更多初步研究的建議。

題目三: Using PICO to establish a framework for a comprehensive clinical guideline

作者:Alper BS, Troyan SL, Sprakel, JF, van Zuuren EJ, Birido N, Dellisanti C, Fedorowicz

Z，內容如下:

目的:1.澄清指引適應準則中已存在的建議(Costa Rican Breast Cancer guideline)。2.建立指引架構(for new Bahrain Breast Cancer guideline)。3.促進指引的應用與發展。

方法:在 Costa Rican 乳癌指引(Costa Rican breast cancer guideline)為基礎的 90 個臨床建議是被轉譯成英文，並透過陳述人口和介入措施的配對來擴大。透過人口/介入措施配對 90 個建議進行排序，以確定建議的集中和切換點。將這些配對繪製到 Dyna Med Plus，使用進一步模造一個臨床概念組織方法，並促進實證驗證及評價指引的發展。增加比較器(comparators)增加指引發展者溝通的清晰度和準確

性，以確定建議的範圍。在評值實證去建立建議時，增加結果可增加提高重點的清晰度和準確性。

結果:指引範圍擴大到 125 個建議。21 個人口類別和 85 個介入措施類別是被編碼，容易在 Excel 中排序，產生一個臨床相關的架構，被使用在分享指引的內容和範圍。

題目四:Defining appropriateness criteria for performance measures

作者:Brian S, Alan Drabkin, Amir Qaseem，內容如下:

背景: 關鍵評估標準是為評估不同類型證據和指引發展方法學而廣泛發展。績效指標(performance measures)比指引或實證合成對醫療機構行為改變和決策更為重要。

因此，明確透明標準來評估績效指標的適當性將是有用的。

方法:績效指標的分析透過美國內科學績測量委員會審查。對於實施的適當，確定不支持具體績效指標的原因。對實證(>70000 篇研究)和建議(>15000 主題)在應用關鍵評估標準上，合適我們的經驗，去發展績效指標評估的重複標準。多項績效指標的迭代評估，以完善適用性的標準。

結果:分對過程測量的適當標準和結果測量的適當標準兩部分。

#### (四)工作坊

工作坊是由個協作組織或團隊為分享所建置的工作內容組成的各類型的知識發展討論平台，由該工具/方法學的發起者主持，教導概念與操作/使用方法，再帶領討論以及實作，內容五花八門，甚至在此工作坊中有一系列的相關課程，初階到進階，所有與會者可依據原來的研究領域、實證知識的基礎，選擇適合自己的不同場次，參與學習與加入討論，以厚植自己的知識基底，未來更可藉此深鑿該領域的知識，甚至創造知識。茲將參與且印象深刻的新工具場次列舉如下:

場次一:第二版的隨機對照試驗評析工具\_偏差風險(Risk of bias 2.0, RoB 2.0)

本工具是英國醫學研究諮詢網絡中的方法學研究中心所支持贊助，由英國排名第 9，也是世界排名 28 的羅素大學(University of Bristol)團隊所發展建構，納入 44 位頂尖學者的知識貢獻，教導全球實證知識擁護者認識新工具。

過往第一版的隨機對照試驗評析工具\_偏差風險評估一直被認為使用起來有過度簡單化、不一致、評等範圍有限(僅是、否、不清楚三個選項)、對非盲化的臨床研究具有很大的挑戰性、難以評估是否為選擇性陳述研究結果以及缺乏一個綜整的偏差評等等缺點，因此，研發團隊針對這幾個缺點進行改善，開發出了偏差風險評析工具 2 版，主要以結果導向為評估依據，面向也更廣泛，涵蓋所有潛在的偏差，評析更為精確。

首先在偏差分類上，分為五大類偏差，將偏差分為來自隨機過程的偏差，來自偏離研究介入措施的偏差，遺失結果的偏差，量測成果指標的偏差以及選擇陳述研究結果的偏差；而在結果評等上，有別於以往簡略的三個選項，進一步將評等等級擴大為是，可能是，可能不是，不是與缺乏相關資訊等五個等級，每個面向再分為幾個題目說明，最後在每一面向再請評析者對該面向作一個綜整的風險高低評等，分為高/低/有某些考量等三等級，2 版的偏差風險評析工具不僅增加評等原因說明(圖一)，更用決策樹(圖二)提供使用者在每個問題結果評等後應該給予整體的風險等級應為何，最後再請評估者針對本研究給一個全面性的風險等級建議，其中也說明給予個不同風險等級其內涵應為何?充分給所有使用者一個評析工作手冊的概念，場次主持人甚至為此工作坊以 VBA 建立了架構在 EXCEL 的程式，讓與會者使用並進行練習，再逐步說明；練習者在每一題給予評等後，在畫面左下方即有根據決策樹針對該面向建議給予的風險等級，提供與會者參考，解決所有初學者對給予評析等級的疑惑，如下圖三。

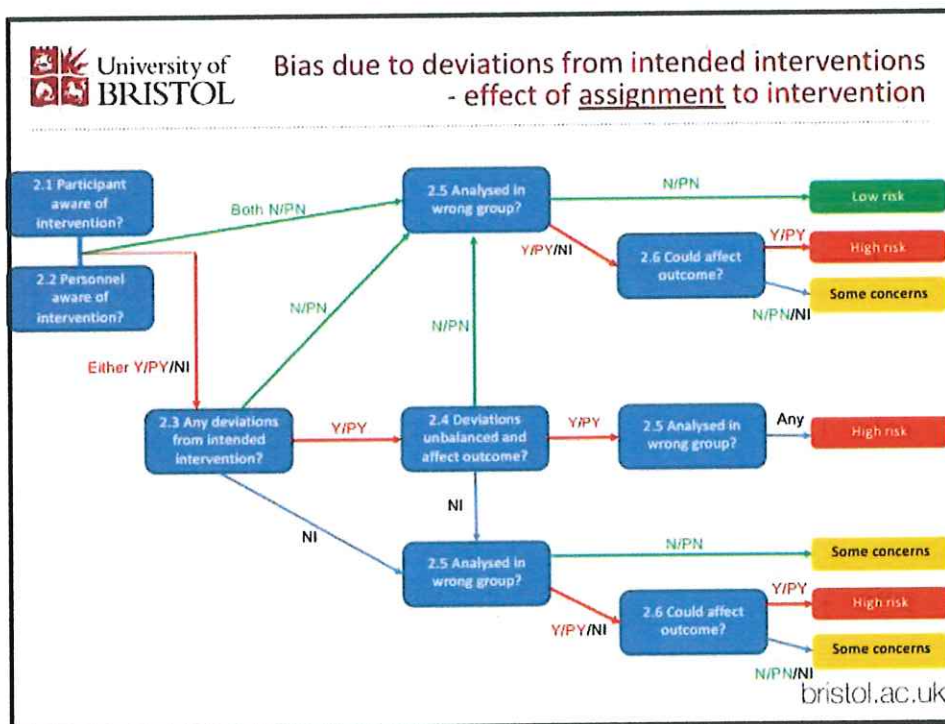
Risk of bias assessment

Responses underlined in green are potential markers for low risk of bias, and responses in red are potential markers for a risk of bias. Where questions relate only to sign posts to other questions, no formatting is used.

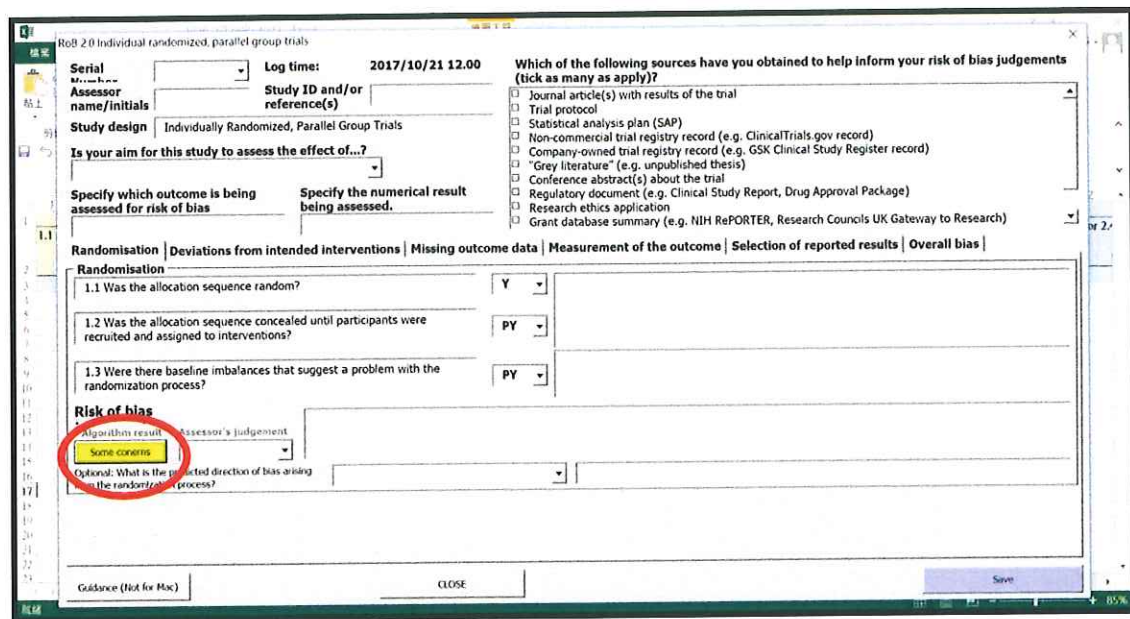
Bias domain	Signalling questions	Elaboration	Response options
Bias arising from the randomization process	1.1 Was the allocation sequence random?	<p>"Yes" if a random component was used in the sequence generation process such as using a computer generated random numbers, referring to a random number table, minimization, coin tossing, shuffling cards or envelopes, throwing dice; or drawing of lots. Minimization may be implemented without a random element, and this is considered to be equivalent to being random.</p> <p>"No" if the sequence is non-random, such that it is either likely to introduce confounding, or is predictable or difficult to conceal, e.g. alternation, methods based on dates (of birth or admission) or patient record numbers, allocation decision made by clinicians or participants, based on the availability of the intervention, or any other systematic or haphazard method.</p> <p>If the only information about randomization methods is to state that the study is randomized, then this signalling question should generally be answered as "No information". There may be situations in which a judgement is made to answer "Probably No" or "Probably yes". For example, if the study was large, conducted by an independent trials unit or carried out for regulatory purposes, then it may be reasonable to assume that the sequence was random. Alternatively, if other (contemporary) trials by the same investigator team have clearly used non-random sequences, it might be reasonable to assume that the current study was done using similar methods. Similarly, if participants and personnel are all unaware of intervention assignments throughout/during the trial (blinding or masking), this may be an indicator that the allocation process was also concealed, but this will not necessarily always be the case.</p> <p>If the allocation sequence was clearly concealed but there is no information about how the sequence was generated, it will often be reasonable to assume that the sequence was random (although this will not necessarily always be the case).</p> <p>"Yes" if any form of remote or centrally administered randomization, where the process of allocation is controlled by an outsourced unit or organization, independent of the enrolment personnel (e.g. independent central pharmacy, telephone or internet based randomization service providers).</p>	<p><u>Y/Py/PN/N/</u> NI</p>
	1.2 Was the allocation sequence concealed until participants were recruited and assigned to interventions?		<p><u>Y/Py/PN/N/</u> NI</p>

© 2017 by the authors. This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International License.2

圖一 每題評等原因說明



圖二 決策樹



圖三 主持人建置的 VBA 看到 RoB 2.0 含決策樹評等建議結果

## 主題二:一系列的非隨機對照試驗的評析工具

有鑑於研究型態並非僅有隨機對照試驗，許多具介入措施型態的研究缺乏工具，使得系統性文獻回顧在納入這些研究時缺乏評析工具，因此，非隨機對照試驗介入型研究的評析新工具(non-randomized studies of interventions, ROBINS-I)應運而生。

ROBINS-I 囊括世代研究、病例對照研究、系列研究、前後測等實驗型研究，本工具可概括分為兩大類，七大面向的偏差產生機會以及 34 題的評析工具，兩類分別是介入措施給予前與執行中的因素以及介入措施後的因素兩類，前者可再分為因為干擾造成的偏差、因選取受試者進入試驗過程產生的偏差及介入措施分類偏差；後者則可再分為偏離介入措施產生偏差、遺失資料產生偏差、測量結果偏差以及選擇性報告結果產生偏差。在每一題的評等同樣分為是、可能是、可能不是、不是以及缺乏足夠訊息等 5 等級，但在每一面向的風險評等上不同於以往的是，改為低、中、嚴重、危急風險等級以及缺乏足夠資訊等 5 級，最後同樣增

加一題綜整的風險等級評估，評估等級與每一面向等級相同，但內容卻是看整個研究個面向偏差綜合結果，不同於以往評析工具的缺點為缺乏細項說明，使所有使用者僅能依據字面上的解讀，各自依照對文字的了解程度給予評析，但新版工具卻在每一題目上都給予清楚的指示，主持人並在介紹後給予與會者依據事前給予的文獻進行分組練習，練習後再分組回饋，綜合討論釋疑，讓與會者收穫滿滿。

### 主題三:多重慢性病(multimorbidity)的處置與應用

本場次的主持人為來自芬蘭赫爾辛基大學的 Ilkka Kunnamo 教授，會中首先介紹多重慢性病的背景，近 30 年來，這個議題益發地被重視，推陳出新的文獻顯示其盛行率與重要性，實證知識建構時，臨床指引是臨床專業人員遵循的重要依據，然而，大部分的臨床指引的建置都是針對單一疾病所提供各方面的處置建議，但越來越多人帶有數種慢性病，這時單一指引就不敷使用，因此，考科藍中一個工作小組開始組成團隊建置多重疾病處置所需的工具，舉行跨國會議以及發表立場聲明、文章等引起大眾對此議題的重視。在本場工作坊中，主持人以一位 84 歲女性，帶有甲狀腺低下、高血壓、骨質疏鬆、腎功能缺損以及不寧腿病史，新發的中風發作個案為例，帶領大家以高血壓為例，見識到現今實證知識與資料庫結合後產生的力量，目前已建置的高血壓老人合併其他疾病處置的網站(圖四)，多種藥物選擇比較的網站(圖五)以及介入處置淨效益計算的網站(圖六)，令人嘆為觀止，網站前方的呈現都必需來自背後強大資料庫的知識為背景以及建置在背後的公式運算，先進智慧化網站的呈現讓人不禁為自己的存在擔憂，精準醫療的背後帶著強大資料庫以及大數據資料的支持，那麼醫療產業的存亡是否會被強大的資訊產業所取代？



## Guidelines for the management of hypertension in elderly patients with (or without) comorbidities

Management of hypertension in the elderly: recommendations extracted from DynaMed Plus

The screenshot shows the DynaMed Plus interface. At the top, it says 'Antihypertensive medication selection and management'. Below that, there's a search bar with the text 'Antihypertensive medication selection and management'. The search results show a section for 'Target Blood Pressure: Recommendations (target blood pressure)'. The main content includes a bullet point: 'Eighth Joint National Committee (JNC8) 2014 guideline<sup>1)</sup>' with sub-points:
 

- for patients ≥ 60 years old
  - start pharmacologic treatment to lower blood pressure if systolic blood pressure ≥ 150 mm Hg or diastolic blood pressure ≥ 90 mm Hg (JNC8 Strong recommendation)
  - treat to goal of < 150/90 mm Hg (JNC8 Strong recommendation)
- if treatment with medications results in lower blood pressures (below the 150/90 mm Hg target) and treatment is well tolerated, treatment does not need to be adjusted because of new targets with this guideline (JNC8 Strong statement)

圖四 高血壓老人共病症處置網站

The screenshot shows the DUODECIM EBMEDS Comprehensive Medication Review website. The main heading is 'EBMEDS Comprehensive Medication Review'. Below it, there's a paragraph explaining that the review is based on patient data entered on the eCRF, forming several knowledge databases. It states it's essential to check the medication list and add missing diagnoses. There's a section for 'Medication and Indications' with a list of items:
 

- Measurement Results
- Procedures
- Therapy (Dose, Duration, etc.)
- Adverse effects (primarily caused by drugs, not benefits)
- Interactions
- Contraindications
- Drug Outcomes

圖五 多重藥物利弊分析網站

The screenshot shows a 'Health Benefit Analysis' for 'Ivabradine for heart failure'. It includes a table with columns: Outcome, Relative effect, Relative risk, Absolute effect, Number needed to treat (NNT), Events of outcome, Duration of effect, Importance of outcome, and Benefit of harm. The table shows that Ivabradine has a relative effect of 0.1702, a relative risk of 0.17, and an absolute effect of 0.006. The NNT is 33.3, and the benefit of harm is 10.6. Below the table, there's a section for 'Health Benefit Analysis' with a table showing interventions and their health impacts:
 

Intervention	Health problem	Health impact	Additional information
Susceptible	Heart failure	5.6	0.00
Ivabradine	Heart failure	18.6	0.00
Screening for colorectal cancer		-2.9	0.00
PSA screening for prostate cancer		5.6	0.00

圖六 介入處置淨效益分析網站

## (五)本國海報發表

主題一: 雷射治療對纖維肌痛症成效的系統性文獻回顧(The effectiveness of low-power laser therapy for fibromyalgia: A systematic review)

作者: 楊淑華專科護理師(圖七)

內容大綱:

背景:纖維肌痛症(Fibromyalgia)是一種複雜且困難治療的疾病。雷射治療(low level laser therapy)已經發展 30 年，它可以減低疼痛並修復組織。然而，這些報告並不能證實雷射治療纖維肌痛症的療效並成為潛在的治療選擇。因此，本研究旨在進行量性系統文獻回顧，以確定雷射治療效果與治療劑量。

目的: 此文獻回顧的目的要探討不同劑量及治療週期的低頻雷射治療對纖維肌痛症之治療效果。

方法:搜尋了 PubMed、Medline、CINAHL、Cochrane、Embase、ProQuest、EBSCO、Google scholar 和 CEPS 等資料庫。過去幾年英文和中文隨機對照臨床試驗。使用 JBI-MAStARI 評估研究品質。

結果: 我們搜尋了 6 項隨機對照試驗，共 225 例患者。大多數研究使用美國風濕病學院的標準進行 FMS 的臨床診斷。疼痛量表和纖維肌痛影響問卷 (FIQ) 是評估 FMS 中最常用的。他們的分數在所有研究中顯著降低，這意味著 LLLT 在治療纖維肌痛方面具有有效性。但是一項研究發現，六個月後 FIQ 評分有爬高的狀況，因此激光治療對 FMS 病人的影響可能是短期的。

結論:雷射治療對於降低 FMS 病人的疼痛和增加生命功能是有效的。從這些評論來看，雷射治療的作用還有對 FMS 治療的不良反應和有效劑量的限制。在每個物品之間發現激光波長的許多差異，密度的能量和持續時間。需要進一步的研究

確定雷射治療 FMS 的有效劑量，持續和間隔時間。

主題二:探討台灣北部某醫學中心實證實務發展影響因素

作者: 郭素真護理長(圖八)

內容大綱:

背景:過去 15 年來，實證實務已成為西方醫療體系政策的主軸，目前，實證實務被認為是發現和解決護理人員臨床問題的最佳工具，在台灣推行實證經驗已累積 10 於年，臺北榮總位於台灣北部的某醫學中心，在護理部傳授實證實務技能業已數年，因此藉由發展實證實務量表檢視目前護理師對臨床上發展實證實務的看法。

方法:藉由翻譯的發展實證實務問卷的繁體中文版本，設計一個橫斷式調查型研究，首先發送邀請電子郵件和問卷連結網址至各單位的護理長，請其轉寄至各護理師電子郵址請其至網站填寫不記名問卷。

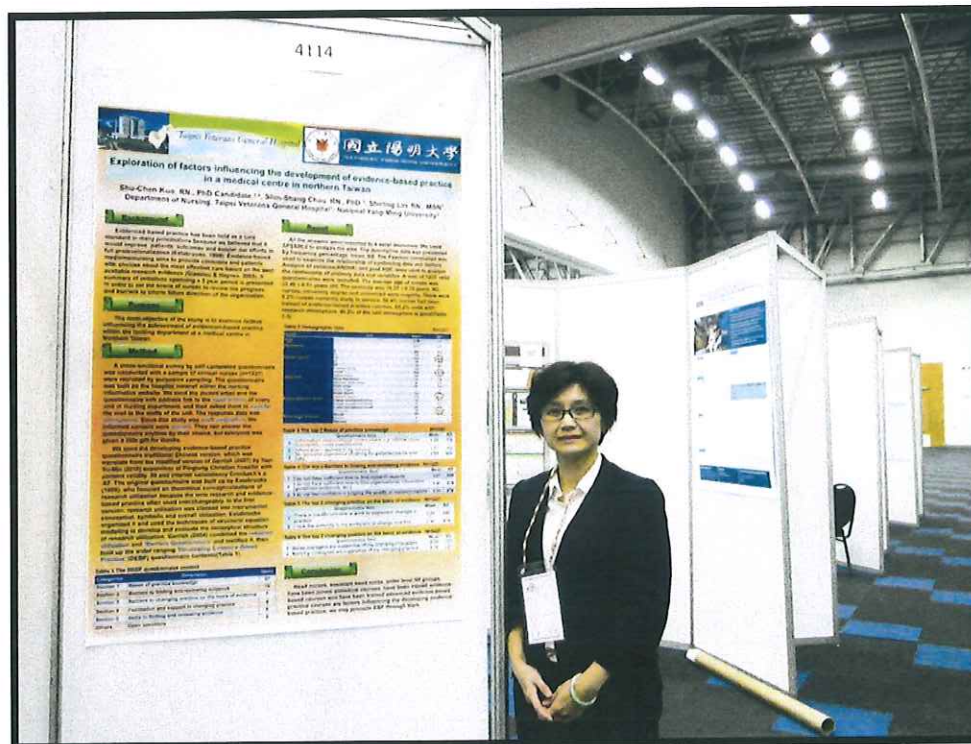
結果:共收到 1,227 份有效問卷，基本資料部分，護理人員平均年齡  $33.46 \pm 8.51$  歲，資歷  $18.27 \pm 6.78$  年，而護理臨床級階 N2、護理師職稱，大學學位和未婚占大多數。結果顯示在實踐知識層面的基礎上，資深護理人員，包括正、副護理長、專科護理師、N3 及 N4 級階護理師共享臨床信息最多，而在找尋和評析證據級依據證據改變臨床實務的最大障礙是工作時間不足，其次為英文。在阻力與助力方面，臨床護理人員認為最大的支持是來自護理主管，而給予支持最少的是臨床醫師。在總分發現護理臨床級階、職稱、曾參與實證課程和研究統計訓練課程是發展實證實務的重要因素，且呈統計顯著差異 ( $p < .05$ )。

建議:在臨床上，可邀請專科護理師、資深護理師擔任種子教師，協助推動指導臨床實證實務，同時，充實基層護理人員的實證知能與研究相關知能仍是重要的影

響因子，因此，仍需舉辦研究、實證與統計相關課程以協助推廣實證實務。



圖六 楊淑華專科護理師海報發表



圖七 郭素真護理長海報發表

### 三、心得:

能夠順利參加第一屆實證高峰會議，首先感謝院長、副院長及主任的支持與鼓勵。本次大會主題為“運用證據，改善生活”(Using evidence. Improving lives.)，在大會專題演講中，有別於以往各大實證研討會中宣導實證發展方向，在這次會議中，南非的實證發展，強調證據對公共衛生的影響以及醫療資源的公平性，也看到各國的佼佼者實證發展的努力與成果，實證已在各領域與政策、資訊相結合，強大它的影響力，著實成為醫療界不可或缺的根基，而實證知識的發展日新月異，為期四天的研討會很快的過去了，但在心中的確留下鞭策進步的種子，每場專題演講、分場發表、工作坊與海報發表，看到實證知識的浩瀚，學習是從會後開始，每一個主題都值得我們深入了解，探究甚至鑽研，知道自己的不足，因此，決不能停下自己努力的步伐，在這樣知識爆炸的年代，加緊努力學習都已經嫌不足，更何況是停滯不前，唯有奮發學習才能不被時代所淘汰。

主辦單位除在謝幕晚宴上讓全球參與大會者見識到富含當地文化與色彩的音樂與舞蹈，更讓大家見識到年輕學者的膽識，在大會專題演講中，年輕研究者絲毫不怯場地展現其不羈的創意，在座位上千個的大演講廳中，輕鬆地展現實證在其中心的輕鬆玩樂氛圍，與會者都感染到在實證中找到的樂趣，讓在儒家文化薰陶下拘謹的我們嘆為觀止。此外，在會議現場也見識到某些學者都已經拄著拐杖了，仍不減其學習熱忱，在會場中不斷地做著筆記，充分展現活到老、學到老的精神!這些年輕人的膽識、氣度與年長者終身學習的精神都是值得學習的地方，人生真是處處都是智慧啊!

#### 四、建議事項:

第一屆全球實證高峰會於 2017 年 9 月 16 日圓滿落幕，我們帶著不捨與重新灌滿的實證魂熱情回家了，綜觀本次專題演講及實證研究成果發表可發現，實證研討會的重點在近幾年來已經有巨幅的轉變，在全球實證都已陸續與政策結合，除將研討會中最新議題與工具帶回，並將所學心得應用於臨床照護工作外，藉由本院實證中心的成立，相信更能有組織地規劃實證醫療照護的發展，在未來研究發展及業務推動上提出幾點建議：

##### (一)建置結合資料庫的實證知識平台

實證證據與知識日新月異，依據人的能力閱讀整理已不敷目前知識發展的速度，應與資料庫進行結合，借助資料庫分析整理的能力，大大省去人工花費的精神與時間，而產生的證據也建置在此平台中，省去臨床人員篩選與評讀的時間，以利實證實務使用者隨手取用，方能全面實證實務推展。

##### (二)建構本院實證推行計畫

運行良好的推行實證實務必需建構在良好的架構與推行計畫上，本院擁有完整的資料庫、建置完整的資訊系統以及最質優精實的團隊，在國內外也都擁有良好的聲譽，在實證知識的潮流上我們也應不落人後，甚至應引領全台，與世界並駕齊驅，因此，本院應建置跨領域的，以院長、副院長為層級的政策推動者，促進各部門的跨領域合作，方能突破藩籬，真正將實證知識落實在每一個點的照護。

##### (三)計畫性的培育實證人才

本院的臨床業務繁重而複雜，各部門的人才都是各領域的佼佼者，以愛才惜才的角度出發，應有計畫地培育實證菁英，除計畫性地給予完善的實證人才培育計畫之外，應要配套給予部分工時以充分消化吸收甚至進行研究發展計畫，促進臨床實務與

最新知識的連結，避免因為在繁忙業務之餘的研究教學業務消磨精良團隊對實務創新的精力與熱情，健康愉快的人力資源絕對是醫院的最大資產，友善的工作環境才能確保人才留任，並盡心盡力為醫院的未來打拼。

#### (四)定期參與實證相關國際研討會，與國際接軌

國際實證研討會是各國研究翹楚與各領域領袖分享其研究發展成果之資訊共享平台，各國學者將其歷年或進行中的研究成果匯整報告的舞台，參與國際研討會不僅能從每次大會主題及專題演講中確知國際實證研究潮流與趨勢，工作坊中了解各種工具發展的進度，更可從各國的發表主題中知悉目前各國發展的進度，了解臺北榮總的優勢與劣勢，以確保本院的各項研究與國際並駕齊驅。