الفصل الخامس

تطبيق الأدلة على المرضى

تريشا جرينهالج وجافن يونج

إن الممارسة الطبية العامة هي دون منازع المكان الذي يتراكم فيه الشعور بالذنب على نحو يتناسب طردًا مع الأكداس المتزايدة من المجلات التي لم تفتح ولم تقرأ[١]. وتكمن مهارة الطبيب العام دوماً في اختياره لما سيهمله، والتحدي الذي يواجهه الممارس العام هو تعيين الأدلة المناسبة وتفسيرها لتوجيه اتخاذ القرار في العيادة وبالقرب من سرير المريض. وسنوضح في هذا المقال كيف حاولنا، باستخدام حالات مرضية، أن نقوم بذلك في أربع حالات واقعية.

من العادات القديمة المتعارف عليها بين الأطباء العامين أن يقوموا بتحليل الجوانب النفسية والاجتماعية لمقابلاتهم مع المرضى،[٢،٣] وكما أوضح سوليفان وماكنوتون Sullivan – MacNaughton مؤخراً، فإن الحصول على الدليل العلمي وتقييمه جانب مهم جدًا من الاستشارة في الرعاية الأولية ولكنه لا يزال محدودًا (الشكل رقم ٥–١)،[٤] ومع ذلك، فإن الأطباء العامين في القرن الحادي والعشرين سيعتمدون بشكل متزايد على مهاراتهم في التوصل إلى المعلومات المناسبة (كما ورد في الفصل الثالث) وتحويل القدر الضئيل من البيانات المجردة، كالعدد الذي ينبغي معالجته بالنسبة لتدخل معين على سبيل المثال، إلى حكمة سريرية منصبة على المريض (يجب نصح *هذا* المريض لتلقي *هذا* العلاج في *هذه* المرحلة).[١]

الشكل رقم ٥-١. تحليل موجه حسب مهام الاستشارة في الممارسة العامة. [٤،٢]

ولقد نتج عن اتجاه الاستناد إلى الأدلة في رعاية المرضى والذي دعا إليه ساكت Sackett وزملاؤه[٥] تحول في الصورة الذهنية للعلوم الطبية في أوائل تسعينيات القرن العشرين. لم تعد سلطة الطبيب، بل بالأحرى طبيعة الدليل وقوته، هي التي يجب أن تبرر (أو تمنع) قرارًا سريريًا معينًا.[٦] ولكن سرعان ما اكتشف رواد اتجاه الاستناد إلى الأدلة، أنه حتى عندما تتوفر الأدلة الصحيحة، والمتوافقة فيما بينها والتي لا تثير اللبس بالنسبة لتدبير معين ضمن مجموعة ظروف سريرية معينة (وهذا وضع نادر جداً)، إلا أنه قلما يكون مجرى الأمور "المثالي" هو النتيجة المحتومة.[٧]

إن أحد الأسباب هو أن الخيار المثالي قد لا يتاح تحقيقه في إطار الموارد المتوفرة. وسبب آخر هو وجود المعوقات العملية للتنفيذ (مثل ضيق الوقت بالنسبة للطبيب وافتقاره إلى المهارات المطلوبة، أو عدم توفر الفحوص المخبرية).[٨] وفي حالات كثيرة، يتم تعديل خيار العلاج المألوف وذلك حسب ظروف المريض الخاصة مثل وجود أمراض أخرى، أو عوامل خطورة إضافية. علاوة على ذلك، فإنه حتى لو قام كل من المريض والطبيب أو الاختصاصي الصحي بقراءة الدليل وفهمه بالكامل، ربما لا يتفق الاثنان، على سبيل المثال، على أن تناول حبة كل صباح للسيطرة على ضغط الدم أمر يستحق بذل ذلك الجهد، أو أن المراقبة المستمرة لدقات قلب الجنين هو نوع من الطمأنة وليس تدخلاً أثناء الولادة، أو أن منظار أعلى الجهاز الهضمي هو إجراء تشخيصي بسيط. وبعبارة أخرى، فإن المريض والاختصاصي الصحي قد يريان فوائد مختلفة لخيارات التشخيص والعلاج المأخوذة في الحسبان.[٩]

إن دراسة الكيفية التي ينظر المرضى بها إلى النتائج الصحية المختلفة هي علم مشوق وآخذ في التوسع وقد تمت تغطيته بالتفصيل في مكان آخر.[٩،١٠] ويتحمل المرضى عموماً الآثار الجانبية الطفيفة الناجمة عن التدخلات الفعالة ولكنهم يعلقون أهمية كبرى– بل وعلى نحو أشد من العاملين في القطاع الصحي– على النتائج التي

تكون عادة بعيدة الاحتمال ولكنها قد تكون خطيرة. وعلى سبيل المثال، سيتقبل معظم المرضى الذين يعانون من خثار وريدي عميق بسهولة احتمال الإصابة بألم أو التهاب في الساق ولكنهم لن يجازفوا -وإن كان احتمال الخطر ضئيلاً جدًا - بالإصابة بنزف داخل المخ عند المعالجة بالستربتوكاياناز والهيبارين معًا streptokinase- plus -heparin مقارنة بالهيبارين وحده، على الرغم من أن الأطباء يميلون إلى جعل النسبة بين احتمالات الفائدة والخطر لصالح العلاج بالعقارين معًا.[١١]

إن تحليل القرار بالشكل المتعارف عليه – حيث يتم رسم الخيارات التشخيصية والعلاجية المختلفة مثل فروع شجرة الاحتمالات، ويعطى كل منها قيمًا رقمية تتوافق مع الفوائد والأعباء المحتملة، ومضاعفتها من خلال المنافع الشخصية التي يحددها المريض [١٢]– أمر له من يؤيده وكذلك من يعارضه. ويزعم الفريق الأول أن اتخاذ القرار بناء على تحليل القرار قد يؤدي إلى توحيد النماذج المتضاربة للطب المستند إلى الأدلة (الحاجة إلى أن ترتكز الإجراءات السريرية على أدلة بحثية صحيحة)، وممارسة طب يوازن بين الفعالية والتكلفة (الحاجة لأخذ التكلفة الاقتصادية في الاعتبار عند اختيار إجراء طبي) وكذلك ممارسة طب تحكمه الاختيارات (الحاجة إلى أن تستوعب الإجراءات قيم كل مريض واختياراته على حدة وكذلك بالنسبة للمجتمع الأكبر). إلا أن المعارضين لأسلوب تحليل القرار يزعمون أن نموذج "شجرة الاحتمالات" لا يمكن الاعتماد عليه، لأنه يبسط الأمور ويضفي موضوعية كاذبة لقرارات هي في النهاية بديهية وتعتمد على السياق بدرجة كبيرة، [١٤] وأنه على أية حال، فإن هذه الحسابات تستغرق وقتًا طويلاً ونادراً ما تؤثر على اتخاذ القرار أثناء الممارسة.[١٥]

وفي ضوء هذا الجدل، [١٦] سنقوم فيما يلي بعرض أربع حالات نقابلها في عملنا كأطباء عامين والتي قد تساعد في توضيح دور الأسلوب الذي يراعي ظروف الحالة

وتفاصيلها عند ممارسة الطب المستند إلى الأدلة. وعلى الرغم من أنها جميعها تعتمد على مشكلات سريرية حقيقية، إلا أن بعض التفاصيل قد تم تغييرها للحفاظ على خصوصية مرضانا.

الحالة الأولى: سيدة عمرها ٥٤ سنة تعاني من "ألم" غير نمطي في الصدر

إن حالة السيدة زوجة أحمد موضحة في الشكل ٥–١. وعند استخدام نموذج بندلتون Pendleton الموجه حسب المهام[٢] بعد تعديله من قبل سوليفان وماكنوتون،[٤] نجد أنه ليس من السهل تحديد دور الأدلة في معالجة هذه المريضة. لقد تم وصف الحالة المحتملة لهذه السيدة بشكل روائي جيد وتمت دراستها دراسة نوعية.[١٧] وفي الوضع المثالي، سيتم استكمال هذه الأدلة النوعية ببيانات مستقاة من الدراسات الوبائية حول دقة المعطيات غير المألوفة وتلك التقليدية الواضحة في التاريخ المرضي فيما يتعلق بتطور حالة المريضة، والدراسات المقارنة للاستراتيجيات المختلفة للمعالجة. ولكن وكما هو الحال في أغلب الأحيان بالنسبة للمشكلات الطبية في الثقافات المختلفة، فإن الأدلة الكمية اللازمة لتوجيه اتخاذ القرارات المتعلقة بالتشخيص والإنذار والعلاج هي ببساطة غير متوفرة.

ويواجه الطبيب العام مريضة قلقة قامت بتفسير الأعراض التي تشعر بها بشكل معين وكان فحصها البدني سالبًا، يشير التقدير السريري إلى أن احتمال وجود داء عضوي قبل إجراء المزيد من الفحوصات هو احتمال بسيط، وبالتالي ستكون الفائدة التشخيصية وفعالية التكلفة لإجراء المزيد من الفحوصات على الأغلب محدودة، هذا على الرغم من أنه لا بد من أخذ بعض الأمور المتعلقة بهذه السيدة في الاعتبار، مثل التدخين ومستوى الكولسترول في مصل الدم، وعوامل الخطورة في الشرايين التاجية

الأخرى.[١٨،١٩] وقد توحي المعلومات المعتادة عن تطور المرض والتي جمعت عن مرضى من خلفيات ثقافية مختلفة بأن احتمال أو أرجحية وجود داء عضوي في الشرايين التاجية قبل الفحص هي ٣,٢٪ بالنسبة لأولئك الذين لا يشكون من أي أعراض، و٨,٤٪ بالنسبة لأولئك الذين يشكون من ألم بالصدر لا يشبه "الذبحة الصدرية"، و٣٢٪ بالنسبة للمرضى الذين يعانون من "ذبحة لا نمطية"[٢٠]. بينما يكون تخطيط كهرباء القلب في حالة الراحة مطمئنًا لأبعد حد عندما يحضر المريض إلى غرفة الطوارئ بأعراض توحي بأن لديه احتشاء في عضلة القلب،[٢١] إلا أن قيمته أقل وضوحًا في تقدير المجموعة الكاملة لمتلازمات ألم الصدر الحاد.[٢٢] وفي معظم الحالات فإن تخطيط كهرباء القلب في وضع الراحة لا يؤكد التشخيص ولا ينفيه.[٢٠،٢٣] وقد تكون النصيحة المعتادة "لا تفحص (باستخدام تخطيط كهرباء القلب) ولا تعالج" ولكن تقرر الطبيبة، وذلك باستخدام الحصافة السريرية ثانية وليس الأدلة البحثية الموضوعية، أن المنفعة المرجوة من النتيجة السليمة لتخطيط كهرباء القلب من حيث طمأنة هذه المريضة بالذات ستكون عظيمة، هذا بالإضافة إلى أن التخطيط رخيص نسبيًا، وبسيط، ومن المستبعد أن يحدث تفاعلات ضارة.

وإذا طلبت هذه المريضة تخطيطًا لكهربائية القلب في حالة الراحة فإن على الطبيبة أن تفعل ذلك مع علمها بأن حساسية هذا الفحص في استبعاد المرض العضوي ضعيفة، وعليها أن تدرك خطورة وجود نتيجة سلبية خاطئة للداء القلبي الاقفاري ischaemic heart disease داخل الملف. وهناك طريقة أخرى قد يفضلها الأشخاص التقليديون purists، وهي إبلاغ هذه المريضة بالحقيقة طالما أنه قد تم استبعاد وجود داء عضوي في القلب بناء على التاريخ المرضي والفحص السريري، وأنه من المستبعد بشدة أن يغير تخطيط كهرباء القلب من هذا القرار، لذا فليس هناك ما يدعو لإجراء

الفحص. وقد تسبب هذه الطريقة شعورًا بالقلق والحزن لدى المريضة لبعض الوقت وقد تؤدي إلى الاختلاف في الرأي أثناء الاستشارة، ولكن في النهاية قد تؤدي إلى إيجاد ثقة متبادلة واتخاذ المريضة للقرارات المدروسة على نحو أفضل من ذي قبل مستقبلاً.[٢٤]

الحالة الثانية: تقصي متلازمة داون Down's Syndrome باستخدام الفحص الثلاثي لمصل الدم

شيرلي بوث معلمة في مدرسة ابتدائية عمرها ٣٤ سنة وهي حامل في الأسبوع الرابع عشر. لديها ولد اسمه روبن وعمره عشر سنوات، وكانت تحاول الحصول على ابن ثان خلال ثمان سنوات، ومنذ عامين تعرضت للإجهاض وفقدت حملها في الأسبوع الحادي عشر وقد سبب لها ذلك معاناة كبيرة جدًا. وقد قامت الممرضة القابلة بتسجيلها لتكون الولادة في المستشفى المحلي وأشارت عليها "بإجراء فحص دم لمتلازمة داون". وتسألك السيدة بوث "هل يجب عليّ أن أقوم بهذا الفحص أيها الطبيب؟".

إن اتخاذ قرار بنصح مريض ما بإجراء أو بعدم إجراء أحد اختبارات التقصي على وجه التحديد أمر قد يبدو للوهلة الأولى أنه أقل اعتمادًا على الأدلة البحثية مقارنة بنصح المرضى بتناول دواء أو إجراء عملية جراحية. وصحيح أنه بينما يتم تفحص الأدوية الحديثة بدقة وعناية وإحكام من قبل لجنة سلامة الأدوية في المملكة المتحدة قبل الترخيص باستخدام الدواء، إلا أنه لا توجد إجراءات مماثلة لفحوصات التشخيص والتقصي. ومع ذلك فمن المحتمل أن تحدث العديد من هذه الفحوصات أضرارًا — إما بصورة مباشرة، مثل النزيف الداخلي الذي يسببه أخذ خزعة biopsy من الكبد، أو بصورة غير مباشرة، مثل إثارة القلق خصوصًا بعد الحصول على نتيجة موجبة كاذبة للفحص.[٢٥]

إن إجراء فحص للدم في بداية الحمل هو أمر روتيني، حتى إن عددًا قليلاً من النساء يتم تبليغهن بأنهن تم فحصهن لحالات مثل الزهري Syphilis. إلا أن فحص الدم

لمتلازمة داون له آثار ونتائج بعيدة المدى. ولمساعدة السيدة بوث على اتخاذ القرار عن علم حول إجراء الفحص أو عدم إجرائه، عليك أن تأخذ في الاعتبار عددًا من الأسئلة وفقًا لرؤيتها ووجهة نظرها وهي:

١- ما احتمال خطر أن أرزق بطفل مصاب بمتلازمة داون؟

إن خطر حدوث حمل بمتلازمة داون لدى سيدة عمرها ٣٤ سنة هو بنسبة ١ : ٥٠٠ تقريبًا.(٢٦)

٢- ما الذي يتضمنه فحص التقصي بالتحديد؟

في بعض المناطق، يستخدم الفحص الذي يجري بشكل روتيني للسيدات الحوامل مستويات العلامات الكيميائية الثلاث في الدم وهي البروتين الجنيني ألفا (AFP)، وموجهة الغدد التناسلية المشيمائية البشرية (HCG)، والاستريول غير الاقتراني (E3). ويتم إدخال نتائج هذه الفحوصات إضافة إلى عمر المرأة وعمر الجنين سويًا في برنامج كمبيوتر لإعطائها تقديرًا لاحتمال الخطر (مثل نسبة ١ : ١٠٠ أو ١ : ٢٠٠٠) من أن يكون لديها طفل مصاب بمتلازمة داون. لا يخبرها الفحص بأن الطفل الذي تحمله سيكون أو لن يكون مصابًا بمتلازمة داون. وهذه نقطة هامة لا يدركها أو ينتبه إليها دائمًا الاختصاصيون الصحيون أو المرضى الذين يتبعون نصائحهم.(٢٧)

٣- ما معنى كون الفحص موجبًا؟

يتم التعبير عن الفحص عادة بأنه "أعلى من احتمال الخطر العادي" (نتيجة الفحص إيجابية) أو "أنه ليس أعلى من احتمال الخطر العادي" (نتيجة الفحص سالبة). إن النقطة الفاصلة في تحديد "احتمال الخطر العادي" تختلف من مختبر لآخر إلا أنها عادة ما يتم تثبيتها على احتمال الخطر بنسبة ١ : ٢٥٠. قد تعطي بعض المختبرات الرقم الحقيقي لاحتمال الخطر الخاص بالمريضة، ومما لا شك فيه أن تحديد أو تعريف المستوى المقبول أو "العادي" لاحتمال الخطر لنتيجة معينة هو قرار متخذ بأسلوب

"أبوي" إلى حد ما، ولكن قرارات كهذه تعد أمورًا روتينية في الممارسة السريرية - على سبيل المثال، عند النظر فيما إذا كنت ستعالج الارتفاع البسيط في ضغط الدم أو كولسترول الدم أم لا.

٤- إذن فإن نتيجة الفحص الموجبة تعني أن الطفل قد يكون مصابًا بمتلازمة داون ونتيجة الفحص السالبة تعني أنني سليمة- هل هذا صحيح؟"

سوف يكشف الفحص الثلاثي ٥٠ – ٦٠٪ من الأجنة المصابين بمتلازمة داون. وبالمقابل، فإن ٤٠ – ٥٠٪ من الأجنة المصابين بمتلازمة داون لن يكشفهم تقصي مصل الدم (أي أن نتيجة الفحص سلبية رغم وجود الحالة). إن هذا النوع من الإحصائيات ذو قيمة بالنسبة لعلماء الوبائيات، والجهات المسئولة عن الشراء والتخطيط، إلا أنه لن يكون ذا فائدة للسيدة بوث والتي على الأرجح ترغب في أن تعرف بأي درجة من التيقن ستدلها نتيجة الفحص الموجبة أو السالبة على أن طفلها مصاب أو غير مصاب بمتلازمة داون. وبلغة علماء الوبائيات، يتم التعبير عن هذه الاحتمالات بالقيمة التنبئية الإيجابية (PPV) والقيمة التنبئية السالبة (NPV) للفحص.[٢٩]

$$\text{القيمة التنبئية الإيجابية} = \frac{\text{عدد أولئك الذين كان فحصهم إيجابيًا وأتضح فيما بعد أن الحالة لديهم}}{\text{جميع أولئك الذين كان فحصهم إيجابيًا}} \quad \text{أي} \quad \frac{\text{النتائج الإيجابية الصحيحة}}{\text{النتائج الإيجابية الحقيقية + الإيجابية الخاطئة}}$$

$$\text{القيمة التنبئية السالبة} = \frac{\text{عدد أولئك الذين كان فحصهم سلبيًا وأتضح فيما بعد أن الحالة ليست لديهم}}{\text{جميع أولئك الذين كان فحصهم سلبيًا}} \quad \text{أي} \quad \frac{\text{النتائج السلبية الصحيحة}}{\text{النتائج السلبية الحقيقية + السلبية الخاطئة}}$$

ويلاحظ أن كلا من هاتين القيمتين ستختلف حسب النقطة الفاصلة والمستخدمة لتحديد "احتمال الخطر العادي". عند استخدام ١ : ٢٥٠ كحد فاصل، تصبح القيمة التنبئية الإيجابية للفحص الثلاثي في النساء تحت ٣٥ سنة هي ١ : ٣٨ أي أنه إذا جاءت نتيجة الفحص موجبة فإن لدى السيدة بوث فرصة ١ : ٣٨ بأن يكون لديها طفل مصاب بمتلازمة داون. وهناك قيمة أخرى من المحتمل أن ترغب السيدة بوث في معرفتها وهي فرصتها في حمل طفل مصاب بمتلازمة داون حتى ولو كانت نتيجة الفحص سالبة. وهذه تحسب كالتالي: "١ –القيمة التنبئية السالبة" وهي بالتقريب نسبة ١ : ١٩٠٠. [٣١،٢٩]

وقد قامت وندي فارانت Wendy Farrant وجو غرين Jo Green[٣٢،٣٣] بمناقشة وجهات النظر المختلفة للمرضى والاختصاصيين الصحيين فيما يتعلق بفحوصات التقصي في مرحلة ما قبل الولادة بالتفصيل. وعمومًا فإن المرضى يقومون بإجراء الفحص للتأكد من أنهم سليمون أي، لإثبات *خلوهم* من الداء، ولكن الأطباء يهدفون من الفحص إلى اكتشاف وجود الداء. وبالتالي فإن المرضى عمومًا أكثر اهتمامًا بالقيمة التنبئية السالبة للفحص من اهتمامهم بالقيمة التنبئية الإيجابية. وقد يبدو هذا فرقًا دقيقًا إلا أنه هام في النقاش مع السيدة بوث.

٥. ماذا أفعل إذا جاءت نتيجة الفحص إيجابية؟

قد يستغرق وصول نتائج فحص التقصي أسبوعين. وإذا كانت النتيجة موجبة فسوف يقدم لها فحص أكثر تحديدًا وهو بزل السلى amniocentesis والذي يصل إلى ١٠٠٪ تقريبًا فيما يتعلق بالقيمة التنبئية الإيجابية والسلبية، [٣٤] إلا أنه يكون مصحوبًا بازدياد في احتمال خطر الإجهاض بنسبة ١٪ فوق المعدل الأساسي وهو ٠,٧٪ وذلك بعد الأسبوع السادس عشر للحمل.[٣٤] وهذا يعني أنه مع اتخاذ النقطة الفاصلة "لاحتمال الخطر العادي" والمحددة بنسبة ١ : ٢٥٠، وسيؤدي تقصي مصل الدم إلى

فقدان عدد من الأطفال الطبيعيين صبغيًا (كروموزوميًا) بما يساوي ٥٠٪ من الأطفال المصابين بمتلازمة داون الذين سيكتشفهم.

عند هذه النقطة من النقاش يجب أخذ مشاعر السيدة بوث واختياراتها في الاعتبار (يشار لذلك أحيانًا بمنافعها أو فوائدها). إنها معلمة ومن المحتمل جدًا أن تكون لديها تجربة شخصية مع أطفال مصابين بمتلازمة داون. وقد يقودها هذا إلى أن تشعر بأن مثل هذا الطفل قد يكون محبوبًا أكثر وأنها قادرة على التغلب على الصعاب والمشكلات، أو على العكس قد لا تكون هي وعائلتها قادرين على التعامل مع طفل ذي احتياجات خاصة.

لقد مرت ست سنوات قبل أن تحمل وانتهى حملها قبل سنتين بالإجهاض. وقد تعتبر أن زيادة احتمال الإجهاض بنسبة ١٪ أمرًا غير مقبول. يجب أن يدار هذا الجانب من النقاش بحساسية فحوالي ٢٠٪ من النساء اللائى كانت نتيجة فحص تقصي مصل الدم لديهم إيجابية يرفضن بزل السلى.[٣٥] وماذا لو كان للسيدة بوث آراء دينية متشددة ولن تقبل إنهاء الحمل أو أنها تسكن في منطقة (مثل أيرلندا الشمالية) لا يعد الإجهاض بها أحد الخيارات المتاحة؟ ومع ذلك فإنها قد ترغب أن تعرف شيئًا عن طفلها لتحضير نفسها وعائلتها عاطفيًا وعمليًا. وهل يجب أن لا يطلب منها إجراء الفحص حيث أنه لا يغير من معالجتنا نحن لحالتها؟ إنه يغير من معالجتها هي للحالة.

ونورد فيما يلي جوانب أخرى يمكن مناقشتها معها:

- ما هي حسنات وسيئات الانطلاق مباشرة لإجراء بزل السلى بدلاً من التأخير انتظارًا لنتائج تقصي مصل الدم؟ (سيتم نصح ٢٥٪ من النساء فوق ٣٥ سنة بإجراء بزل السلى بعد تقصي مصل الدم[٣٦]).
- هل الفحص بالأشعة فوق الصوتية ضروري لإعطاء تقدير دقيق لعمر الجنين؟ (الإجابة على الأرجح نعم)[٣١].

• هل يستطيع الفحص بالأشعة فوق الصوتية للجنين أن يكشف بدقة عن متلازمة داون وبالتالي تفادي الخطورة المتزايدة للإجهاض بسبب بزل السلى؟ (الإجابة على الأرجح ليست في قطاع السيدات الحوامل بصورة عامة وباستخدام الأجهزة القياسية الحالية، على الرغم من أنه قد تم إجراء فحوصات أكثر حساسية في وحدات متخصصة خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل والتي أعطت أملاً كبيرًا في وجود فحوصات أكثر دقة وأقل خطورة مستقبلاً[٣٧،٣٨]).

والخيارات المختلفة التي أتيحت للسيدة بوث ملخصة في نموذج شجرة القرار في الشكل ٥–٢ والذي تم إعداده من عدة مصادر.[٢٦،٢٨، ٢٩] والسيدة بوث تحتاج إلى وقت لتفكر في الخيارات المتاحة لها ومناقشتها مع زوجها وقد تعود بصحبته أيضًا للتحدث معك مجددًا. إنها بحاجة لأن تفهم تبعات نتيجة الفحص وأن تعرف كيف ومتى ستستلم هذه النتيجة. وإن الشخص الذي سيطلعها على هذه النتيجة هو أيضًا بحاجة لمعرفة هذه التبعات ليتفادى أن يذكر ببساطة أن فحصها "طبيعي" أو "غير طبيعي". إن المعلومات المكتوبة حول طبيعة فحص التقصي ومعنى النتائج تقود عمومًا إلى اقتناع أكبر بنتيجة الفحص.[٢٥]

وفي النهاية تجد السيدة بوث أن تصور نفسها مسؤولة عن الإجهاض أمر مخيف جدًا بالنسبة لها وترفض تقصي مصل الدم. وبعد ستة أشهر تضع ولدًا سليمًا معافى وطبيعيًا من الناحية الصبغوية (الكروموزومات). تذكر أنه حتى وبدون فحوصات التقصي فإننا نعرف أن احتمال حدوث هذه النتيجة كان ٩٩,٨٪ (راجع السؤال رقم (١) أعلاه).[٢٦] إن العديد من النساء الأخريات اللائى لديهن ظروف مشابهة كنَّ سيقررن إجراء الفحص.

الشكل رقم ٥-٢ . الخيارات التي يجب أخذها في الإعتبار بالنسبة لسيدة عمرها ٣٤عام وتفكر في تقصي متلازمة داون بواسطة فحص مصل الدم .

obeikandl.com

وفي حين انه وقت كتابة هذا الفصل ، لا يزال الفحص الثلاثي هو الفحص الأكثر استخدامًا لتقصي الإصابة بمتلازمة داون في المملكة المتحدة ، إلا أن فحوصًا أخرى أكثر دقة يجري تطويرها وأن القيم الرقمية في نقطة القرار الأول ، في الشكل رقم ٥–٢ قد تتحسن قريبًا لصالح المريض.[٣٩] وإذا كنت مهتمًا بإعداد طريقة أكثر تعقيدًا وتطورًا لشجرة القرار للحالات السريرية المعقدة مثل هذه الحالة ، فراجع المقالة الممتعة التي كتبها فان ديرميولن van der Meulen وزملاؤه[٤٠] – حيث يتم فيها استخدام تقصي متلازمة داون لتوضيح إمكانية تخصيص رقم "لعدم الاستفادة" disutility (عامل "تجربة رديئة") للنتائج المختلفة المتعلقة بالمرضى.

الحالة الثالثة: رجل عمره ٦٧ سنة مصاب برجفان أذيني غير روماتزمي

هنري رولنسون رجل في السابعة والستين من العمر كان يعمل حارسًا لطرائد الصيد وهو متقاعد الآن. أصيب قبل ستة أشهر بنوبة إقفارية عابرة (TIA) في ذراعه الأيمن والجانب الأيمن من وجهه ، وقد شفي منها بعد ساعات قليلة. لقد جاء لمقابلتك اليوم نتيجة ألم في صدره والذي قررت أنه ألم عضلي. وتقوم بفحصه وتجد أن ضغط دمه طبيعي ، ولا توجد أعراض لمرض في صمامات القلب إلا أنه مصاب برجفان أذيني (AF). يمكنك الآن بحث تقليل احتمال خطر الإصابة بسكتة دماغية مستقبلاً.

ونحن نوصيك إذا كان بإمكانك التوصل إلى مكتبة كوكراين على الأقراص المدمجة ذاكرة قراءة فقط CD-ROM ، أن تقوم بذلك ، فيمكنك الدخول إلى قاعدة بيانات كوكراين للمراجعات المنهجية (CDSR) ، وتبحث عن "الرجفان" "fibrillation" وستجد ١٤ مراجعة منهجية (العدد المتوفر في وقت الكتابة) ، تتعلق ثلاث منها بالوقاية الثانوية من السكتات الدماغية للمصابين بالرجفان الأذيني غير الروماتزمي.[٤١-٤٣] وترتكز المراجعات الثلاثة جميعها على نفس الدراسة المعشاة الاستباقية prospective

متعددة المراكز للوقاية الثانوية للمصابين بالرجفان الأذيني غير الروماتزمي بعد إصابتهم بنوبة إقفارية عابرة أو سكتة دماغية بسيطة.[٤٤]

وكما في الحالة السابقة (والحالة التالية) فإن أول سؤال تطرحه من وجهة نظر المريض هو:

ما هو احتمال إصابتي بالسكتة الدماغية إذا لم أتناول علاجًا؟

تشير إحدى مراجعات كوكراين والمتعلقة بالموضوع أن المرضى بالرجفان الأذيني، والذين أصيبوا بإقفار دماغي في السابق، مآلهم سيئ: بعد الإصابة بالسكتة الأولى أو نوبة الإقفار العابرة، يتراوح احتمال خطر تكرار السكتة في السنة الأولى بين ٢–١٥٪ (حسب الدراسة)، واحتمال ٢–٥٪ سنويًا بعد ذلك إذا لم تتوفر التدابير الوقائية prophylaxis.

هناك عدد من الخيارات المتاحة للسيد رولنسون هي:

- يمكنه تناول جرعة (بسيطة) من الأسبرين المضاد للصفيحات، أي: ٧٥–٣٠٠ مجم يوميًا. لقد اتضح في تجربة استباقية معشاة مقابل عدم المعالجة،[٤٤] أن تناول ٣٠٠ مجم من الأسبرين يمنع ما يصل إلى ٤٠ حادثة وعائية (معظمها سكتات دماغية) لكل ١٠٠٠ مستخدم سنويًا، أي بانخفاض بمقدار ١٦٪ في احتمال الخطر. وفي هذه التجربة، اقترن الأسبرين بتسع حالات نزف رئيسة لكل ١٠٠٠ مستخدم، مقارنة بسبع حالات ضمن المجموعة الشاهدة أي حالتي نزف إضافيتين لكل ١٠٠٠ مستخدم سنويًا.
- يمكنه تناول العلاج المضاد للتخثر مثل الوارفارين Warfarin. ويقلل مضاد التخثر الفعال من احتمال خطر الإصابة مجددًا بمقدار النصف تقريبًا مقارنة بالعلاج بالأسبرين، وبمقدار الثلثين مقارنة بالغفل،[٤٢] ويمنع ما يصل إلى ٩٠ حادثة وعائية

لكل ١٠٠٠ مستخدم للدواء سنويًا، إلا أنه يزيد من احتمال خطر النزف الشديد بنسبة ٢١ : ١٠٠٠ (لم يكن أي من حالات النزف هذه داخل المخ).

لاحظ أنه بالرغم من التعديلات التي أجريت مؤخرًا في عام ١٩٩٩م على مراجعات كودستال Koudstaal، فإن التجارب التي تضمنتها كانت كلها دراسات أجريت في الرعاية الثانوية وقد تم تنسيقها من قبل مستشفيات تعليمية. ومن الحكمة أن تبحث عن تجارب معشاة مضبوطة بالشواهد ونشرت بعد تاريخ تلك المراجعة، خاصة تلك التجارب التي أجريت في الرعاية الأولية. ولم يسفر البحث في قاعدة بيانات ميدلاين في وقت الكتابة عن وجود أي دراسات إضافية مكتملة إلا أنه أظهر أن هناك دراسة كبيرة متعددة المراكز تجرى في ذلك الوقت للوارفارين مقابل الأسبرين لوحده وعقاري الديبيريدامول dipyridamole والأسبرين سويًا والتي ستكون نتائجها متاحة خلال سنوات قليلة.[٤٥] بالإضافة إلى ذلك، أكد تحليل تلوي حديث على تلك النتائج التي خلص إليها كودستال في مراجعته،[٤٦] كما قامت مقالة افتتاحية مصاحبة بمناقشة مقنعة بأن الأدوية المضادة للتخثر مفيدة خصوصًا في كبار السن وأولئك الذين أصيبوا بحوادث وعائية مخية في السابق– ويرجع ذلك لمجرد ارتفاع احتمال الخطر الأساسي لهذه المجموعة.[٤٧]

ومع هذه الأرقام فإن السيد رولنسون هو في وضع أفضل لاتخاذ قرار بشأن الوقاية. إنه يسكن على بعد ١٠ أميال من المركز الصحي و٣ أميال على طريق مرتفع على حافة غابة. وإن حضوره للمركز أسبوعيًا سيكون أمرًا صعبًا بالنسبة له (أو لك أنت إذا لم تكن لديه مواصلات) وهو يفضل أن لا يأخذ أي حبوب بتاتًا. إلا أنه حريص جدًا على الوقاية من السكتة الدماغية الخطيرة. ويقرر في النهاية (بمساعدتك) أن الأدلة تشير إلى أنه *بالنسبة لمريض مثله*، فإن إيجابيات الوارفارين وليس الأسبرين جديرة بالاهتمام، وذلك بالنظر إلى احتمال الخطر لديه الآن بناء على حالته السريرية. كلاكما أنت وهو ستنتظران نتائج الأبحاث الجارية حاليًا بكل اهتمام.

(وبالصدفة فإن مراجعتك لخيارات العلاج المتاحة للوقاية الثانوية من السكتات الدماغية في المرضى المصابين بالرجفان الأذيني غير الروماتزمي لن تكون كاملة بدون أخذ علاجات أخرى في الاعتبار غير مضادات التخثر والأسبرين – راجع قاعدة بيانات كوكراين لتفاصيل إضافية عن أنواع أخرى من العلاج – على سبيل المثال، بوسائل إخفاض الدهون ومضادات التأكسد).

الحالة الرابعة: رجل عمره ٥٥ سنة* ويعاني من ارتفاع حاد في ضغط الدم بدون أعراض

السيد هوج كليتون، رجل أعمال أبيض، ويبلغ من العمر ٥٥ سنة. لقد زار هوج طبيبه ست مرات في حياته كلها، وفي هذه المرة كان يعاني من التواء في مفصل الكاحل. قامت ممرضة المركز بمقابلة السيد هوج واغتنام فرصة مجيئه للمركز وقياس ضغط دمه ووجدت أن ضغطه ٢١٤/ ١٢٢ ملم زئبقي. جاءت القياسات اللاحقة والتي تمت تحت الظروف القياسية الموصى بها[٤٨] على النحو التالي: ١٩٦/ ٩٨، ١٨٨/ ١٠٢، ١٦٨/ ٩٦. كان السيد هوج رجلاً نحيفًا ولا يدخن ويمشي ٤ أميال كل يوم. أوضحت الاستفسارات الروتينية أنه ليس هناك ما يستحق الذكر في التاريخ المرضي لأسرته (كلا الوالدين والأخوة الثلاثة على قيد الحياة وبصحة جيدة). وقد كانت الفحوصات المتعارف عليها والتي شملت مستوى الجلوكوز (السكر) في البلازما عشوائيًا، ووظائف الكلى، وتخطيط كهرباء القلب في حالة الراحة، كانت كلها طبيعية. كما كان مستوى الكولسترول في البلازما في حالة الصيام ٤.٨ ملمول لكل ليتر.

يرى كثير من أطباء الأسرة أن تشخيص فرط ضغط الدم وتدبيره من المهام المعتادة والتي لا جدال بشأنها – لدرجة أن الخطوات الأساسية في الممارسة المرتكزة على الأدلة العلمية (تحديد المشكلة، صياغة الأسئلة السريرية المهمة والتي يمكن

---

* تم تعديل عمر المريض في التعريف بالحالة من ٥٨ (كما ورد في الأصل الإنجليزي) إلى ٥٥ سنة وذلك ليتفق مع العمر المذكور في تفاصيل الحالة (٥٥ سنة) والمناقشة الواردة فيما بعد (المترجمة).

الإجابة عليها، البحث في المراجع الطبية، تفسير الدليل وتطبيق التدخل) يبدو أنها توشك أن تصبح أكثر من اللازم overkill. ولكن الأطباء المعالجين والذين يقرؤون المراجع الثانوية (أي، المراجعات المنهجية والتحليلات التلوية والقواعد الإرشادية) بحثًا عن إجابات لأسئلتهم التي ترتبط بموضوع الارتفاع في ضغط الدم سيجدون أن التوصيات الحالية مثقلة بالأدلة بدلاً من أن تكون مستندة إلى الأدلة.[٤٩] وتتوفر القواعد الإرشادية والقواعد حول علاج هذه الحالة بكثرة،[٤٨،٥٠،٥١] وهي جميعًا تعتمد على الأدلة المستقاة من نفس البحوث الأولية، ولكنها تتعارض مع بعضها البعض عندما يتم تطبيقها على المرضى الحقيقيين أثناء الممارسة. يرجع هذا غالبًا لحقيقة أن مؤلفي القواعد الإرشادية الطبية يميلون إلى أن يكونوا "خبراء" في المعالجة السريرية للحالة قيد النظر وليس بالأحرى تفسير الأدلة البحثية. وعلى وجه التحديد، فإنهم يغفلون القيام بمراجعة منهجية كاملة للمراجع العلمية أو قد يفشلون في التمييز بين احتمال الخطر المطلق واحتمال الخطر النسبي.[٥٣] وحيث أننا لا زلنا نذكر مريضنا الافتراضي، هيا بنا نستكشف الأدلة بأنفسنا.

يمكن الإجابة على الأسئلة المتعلقة بتطور حالة السيد كليتون إذا لم يتم علاجه (ماذا سيحدث إذا بقي ضغط دمه بهذا المستوى؟) أو إذا تم علاجه (ماذا سيحدث إذا نجح في خفض مستوى ضغط الدم لديه حوالي ١٠ ملمترات من الزئبق؟) من خلال "الانخفاض النسبي في احتمال الخطر" (الشكل رقم ٥–٣): أي أن العلاج سيكون مصحوبًا بتراجع في احتمال خطر الإصابة بحوادث قلبية وعائية خطيرة، وهذا الانخفاض يتراوح بين الربع والثلث.[٥٤] ولكن هذا يدفعنا للسؤال: ما هو احتمال الخطر الأساسي للإصابة بحادثة قلبية وعائية خطيرة؟ ففي النهاية قد يعني تراجع احتمال الخطر النسبي بمقدار الثلث تراجعًا في احتمال الخطر من واحد لكل ٧٠٠,٠٠٠ إلى واحد في المليون وذلك على حساب الشعور بالتعب والدوخة عند تغير الوضعية

والبوال الليلي، واختلال في تحمل الجلوكوز والنقرس والعجز الجنسي (العنانة)، ناهيك عن القلق الناتج عن إلباس فرد لا يشكو من أي أعراض عباءة شخص مريض![٥٥] ولكن تراجع احتمال الخطر النسبي بمقدار الثلث قد يعني أيضًا انخفاض احتمال الخطر من واحد لكل سبع أشخاص إلى واحد لكل عشرة لذا، فنحن نرى أن الانخفاض النسبي في احتمال الخطر الذي ينتج عن استعمال التدخل يجب أن ينظر إليه فعليًا إلى جانب احتمال الخطر الأساسي للمريض دون التدخل الطبي. وذلك لنتمكن من تحديد دلالة أي انخفاض نسبي في احتمال الخطر. ويسمى ذلك "الانخفاض المطلق في احتمال الخطر":

الانخفاض المطلق في احتمال الخطر (ARR) = EER − CER

الانخفاض النسبي في احتمال الخطر (RRR) = CER / (EER – CER)

العدد الذي ينبغي معالجته (NNT) = ١ / ARR

معدل الحوادث ضمن المجموعة الشاهدة CER = معدل الحوادث القلبية الوعائية الخطيرة ضمن المجموعة التي لم تتم معالجتها.

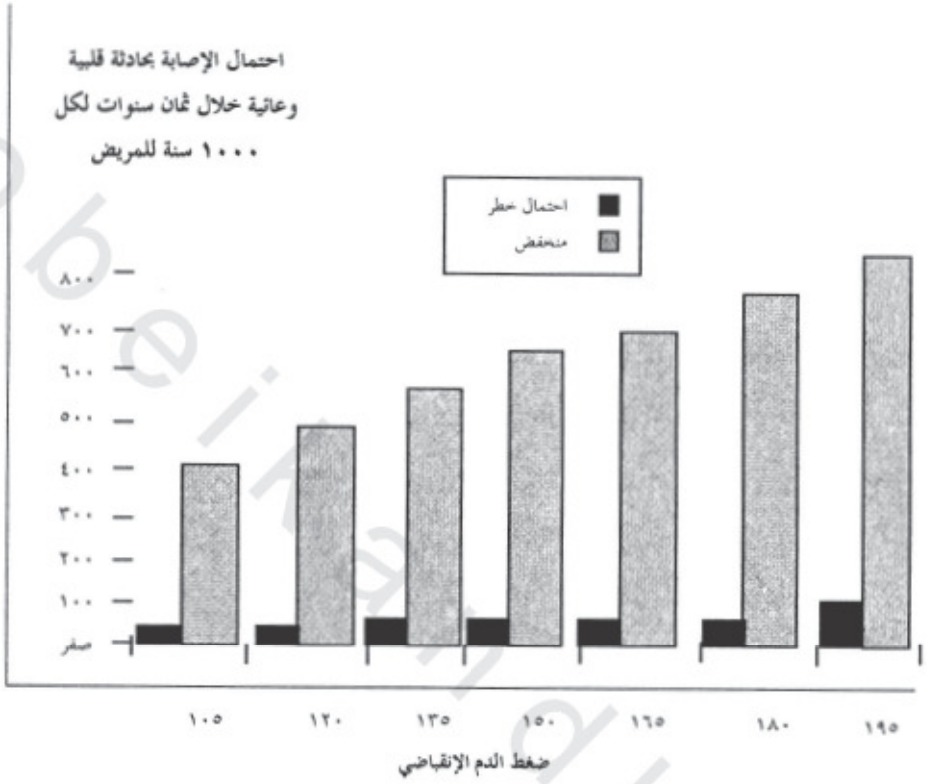
معدل الحوادث ضمن المجموعة التجريبية EER = معدل الحوادث القلبية الوعائية الخطيرة ضمن مجموعة العلاج.

يرى الاختصاصيون في علم الوبائيات السريرية أن أكثر الطرق التي تتخذ من المرضى محورًا لها لدى تفسير نتائج تجارب العلاج هي تحديد العدد الذي ينبغي معالجته (انظر أعلاه)، وهي مقلوب الانخفاض المطلق في احتمال الخطر ويعبر عن عدد المرضى الذين يجب أن يتلقوا علاجًا معينًا (كالدواء أو العملية الجراحية) حتى نحقق أو نتجنب نتيجة معينة (الشفاء، الموت، السكتة، الخ).[٥٦] وتشير نتائج دراسة كبيرة أجريت في المملكة المتحدة إلى أنه يجب علاج حوالي ٨٥٠ مريضًا يعانون من ارتفاع ضغط الدم الأساسي ولمدة سنة كاملة لتجنب حدوث سكتة دماغية واحدة.[٥٧] وبمعنى آخر، إذا

لم يتناول حوالي ٨٥٠ شخصاً علاج ارتفاع ضغط الدم، فإن واحد منهم سيصاب بسكتة دماغية كان من الممكن تفاديها بشكل أو بآخر.

ولكن كما شرح السيد كليتون لي، فإنه لا يبالي كثيرًا بهذا الشخص ضمن هذا العدد ٨٥٠– طالما أنه ليس ذلك الشخص!. ويرى جلازيو وإرويجGlasziou and Irwig أن مسألة ما إذا كان علينا أن نقوم بنصح المريض باتباع علاج معين أم لا يمكن التصدي لها على أحسن وجه من خلال تقدير المنافع والخطورة المحتملة ككل لذلك المريض في حد ذاته وليس باللجوء إلى معايير الدخول أو عدم الدخول في التجربة التي برهنت على كفاءة العلاج.[٥٨] وبينما تزداد المنفعة من أي علاج وقائي مع ازدياد احتمال الإصابة بالحالة التي تتم الوقاية منها بالنسبة لكل فرد فإن حدوث التفاعلات الضارة أمر ثابت نسبيًا في كل احتمال الخطر. وبالتالي، فإن لأنواع العلاج جميعها مستوى معينًا من احتمال الخطر ترجح فيه كفة الآثار الضارة المحتملة على الفوائد التي يمكن الحصول عليها.[٥٩]

ولتقييم احتمال الإصابة بحادثة قلبية وعائية بشكل عام لدى السيد كليتون، علينا أن ننظر إلى ما هو أكثر من مجرد ضغط دمه. وقد أوضحت الملاحظات الوبائية كما في دراسة فرامنجهام Framingham أن العوامل الرئيسة للخطورة وهي التدخين وتضخم البطين الأيسر، وزيادة كولسترول الدم، وعدم تحمل الجلوكوز جميعها تضاعف من خطر الإصابة بالسكتة الدماغية، بحيث أن رجلاً في الخامسة والخمسين من عمره ولديه عوامل الخطورة هذه كلها (المريض ذو احتمال الخطر المرتفع في الشكل رقم ٥–٣ هو عرضة للإصابة بالسكتة الدماغية أيًا كان مستوى ضغط دمه الانقباضي بمقدار ١٠–١٥ ضعفًا مقارنة برجل آخر في مثل عمره ولكن ليس لديه عوامل خطورة إضافية (المريض ذو احتمال الخطر المنخفض في الشكل ٥–٣.[٦٠]



الشكل رقم ٥–٣. احتمال الخطر المطلق والنسبي لحادثة قلبية وعائية لدى رجل عمره ٥٥ عامًا واحتمال الخطر المرتفع والمنخفض حسب ضغط الدم الانقباضي.[٦١]

وكما أوضح ألدرمان Alderman فإن نتائج التجارب التدخلية مثل تجربة فريق العمل التابع للمجلس الطبي للأبحاث (MRC) في المملكة المتحدة حول ارتفاع ضغط الدم البسيط تدعم اتجاه المقياس الانزلاقي لبداية العلاج ودرجاته اعتمادًا على تقسيم احتمال الخطر إلى طبقات.[٦١] وقد اقترن ضغط الدم الانقباضي الأعلى من ١٦٠ ملم زئبقي عند تركه دون علاج في تلك التجربة باحتمال الإصابة بحوادث قلبية وعائية تراوحت بين ٣.٧ إلى ١٤٩ لكل ١٠٠٠ مريض على مدى ثمان سنوات، وذلك حسب

وجود عوامل خطورة أخرى أو غيابها. أما في مجموعة المرضى التي تم علاجها، فقد أنتجت المداواة الخافضة للضغط أعدادًا ينبغي معالجتها تراوحت بين ٢٠ إلى ١٠٠٠، وذلك حسب العمر ووجود فرط كولسترول الدم والسمنة والتدخين والتغييرات الإقفارية في تخطيط كهرباء القلب.[٦٢] إن أسلوب معالجة خطر الإصابة بداء قلبي وعائي cardiovascular risk management والذي يعتمد على درجات من احتمال الخطر المطلق وليس مستوى أي من عوامل الخطورة على حدة سيوفر أرواحًا أكثر بينما يعرض عددًا أقل من الناس إلى متاعب وصعوبات العلاج بالأدوية.[٦٣]

ولنعد الآن إلى السيد كليتون، مريضنا الافتراضي والذي لديه عامل خطورة واحد فقط وهو ارتفاع ضغط الدم. وهو قادر على المشاركة في القرار المتعلق بكيفية معالجة حالته ويرحب بذلك. وما يحتاجه من طبيبه العام إذن، هو تقدير لاحتمال الخطر المتوقع بالنسبة له من حيث الإصابة بالمرض والتي يمكن تفاديها إذا اختار أن لا يتناول الدواء. وفي حين أنه لا يمكن قياس احتمال الخطر بدقة، إلا أن غياب عوامل الخطر الإضافية لدى المريض يشير إلى أنه أقرب إلى ٣,٧ لكل ١٠٠٠ على مدى ثمان سنوات، في المجموعة ذات احتمال الخطر الأقل في تجربة المجلس الطبي للأبحاث، وليس ١٤٩ لكل ١٠٠٠ كما في المجموعة ذات احتمال الخطر الأعلى. وبالرجوع إلى جداول تقسيم احتمال الخطر إلى طبقات والمتوفرة على الإنترنت، مثل القواعد الإرشادية النيوزيلندية لمعالجة ارتفاع ضغط الدم،[٦٤] فهي تشير إلى أن احتمال الخطر المطلق لدى السيد كليتون بالنسبة للإصابة بحادثة قلبية وعائية خلال الخمس سنوات القادمة يتراوح من ٥٪ إلى ١٠٪، وأن ٢٥ -٥٠ شخصًا مثله ينبغي علاجهم لهذه الفترة لتفادي حادثة واحدة.

وقد قرر السيد كليتون، بصورة عامة، أنه لا يحب أن يتناول الحبوب في هذه المرحلة بعد التفكير في منافعه الشخصية من احتمالات الخطر والفوائد الناتجة عن تناول

العلاج. وعليك أن تلاحظ أن رجلاً آخر لديه نفس عوامل الخطر وقدمت له نفس أرجحية النتائج قد يختار أن يبدأ بتناول الحبوب فورًا. وهذا التباين الواضح هنا هو تمامًا ما يدور حوله تطبيق الأدلة على نحو يتمركز حول المريض. ويلاحظ أيضًا أن الموازنة بين مخاطر العلاج بالأدوية الخافضة لضغط الدم وفوائدها أثناء الاستشارة الآن (لتقييم الأدلة) هو جانب بسيط من مسئولية الطبيب العام ككل تجاه السيد كليتون، والتي قد تشمل تقييمًا مشابهًا للعلاجات الأخرى غير الأدوية (مثل الرياضة المنتظمة والتقليل من تناول المشروبات الكحولية، واتباع حمية غذائية قليلة الملح)، وتأكيدًا لرسالة التوعية بأن ارتفاع ضغط الدم على نحو خطير قد يبقى دون أعراض وأن المراجعة كل ثلاثة شهور مثلاً مهمة جدًا وكذلك كما يوضح الشكل رقم ٥–١، تدعيم العلاقة العلاجية اللازمة لإيجاد حوار مثمر والموافقة عن علم وإطلاع بالنسبة للقرارات المستقبلية التي تخص صحة المريض.

خاتمة

لقد حاولنا في هذه الأمثلة الأربع أن نبين لك كيف يمكن أن تساعد الأدلة المستندة إلى البحوث العلمية – من الدراسة الاجتماعية الوصفية إلى المراجعة المنهجية للتجارب العشوائية – في اتخاذ القرار أثناء الاستشارة في الرعاية الأولية. وبكتابة هذا الفصل، وجدنا أن بعض الأدلة ذات الصلة الوثيقة (مثل مراجعة كوكراين حول الوقاية الثانوية من السكتة الدماغية) يمكن الدخول إليها بسهولة وتفسيرها، ولكننا قضينا عدة ساعات نبحث في قواعد البيانات والمكتبات الطبية عن إجابات لأسئلة تبدو أنها أسئلة سريرية مباشرة (مثل تطور حالة ارتفاع ضغط الدم البسيط الذي لم تتم معالجته أو القيمة التنبئية السالبة للفحص الثلاثي لمتلازمة داون). وليس الزمن حليفًا للطبيب العام أو الممرضة المثقلين بالعمل. ونأمل خلال السنوات القليلة القادمة أن

تكون هذه المهمة الجوهرية من حيث تتبع هذا النوع من الأدلة الموجهة للمرضى وتسهيل الوصول إليها قد تم التصدي لها من خلال الجهود المنسقة المبذولة من قبل المؤسسات الأكاديمية والسلطات الصحية ومنظمات المرضى.

وكما أشار ساكت وزملاؤه عن حق فإن الطب المبني على الأدلة ليس مثل كتاب طهي يحتوي على "وصفات" محددة سلفًا وغير قابلة للتعديل لمعالجة المرضى[٦٥]. وعلى عكس الاعتقاد السائد، فإنه لا يخضع "فن" الطب (الحساسية للظروف الشخصية وأولويات كل مريض على حدة) إلى "العلم" المستمد من التجارب السريرية والبحوث واسعة المدى. بل على العكس فإن الاستعمال الحكيم لأفضل الأدلة المتاحة يتطلب من طبيب الرعاية الأولية أن يقضي وقتًا في الاستماع للمريض والشرح له — فهو، في النهاية، الخبير الحقيقي بحالته الجسدية والعقلية والاجتماعية.[٦٦] وكما ذكر أحد منا في مكان آخر، أنه من الضروري أن تكون "الأدلة" في الطب المستند إلى الأدلة مستقاة من الأبحاث الدقيقة على مجموعات سكانية مختلفة، إلا أن *تطبيق* هذه الأدلة في الحالة السريرية يتطلب اهتمامًا بتفاصيل الحالة الخاصة والمميزة للمريض — وعليه فإن الطب "المستند إلى الأدلة" والطب "المستند إلى الرواية" ("العلم" و"الفن" في الممارسة السريرية) ليسا اتجاهين متناقضين بل هما وجهان لعملة واحدة.[٦٧] وإذا سلمنا بأن قيم كل مريض واختياراته في حد ذاته يمكن أن تقف حائلاً دون خيارات معينة في المعالجة، يصبح من الأفضل في معظم الأحيان أن نقضي وقتنا في التعرف على وجهة النظر هذه بدلاً من التردد على المكتبات بحثًا عن الأدلة التي سيتضح في النهاية أنها غير ملائمة.

شكر وتقدير

نود أن نشكر الأستاذ هاورد كوكل Howard Cuckle لمساعدته لنا في إعداد جزء من هذا الفصل.

المراجع

1. Slawson DC, Shaughnessy AF, Bennett JH. Becoming a medical information master: feeling good about not knowing everything. J Fam Pract 1994; 5: 505-13.
2. Pendleton D, Schofield T, Take P, Havelock P. The consultation: an approach to learning and teaching. Oxford University Press, 1987.
3. Byrne PS, Long BFL. Doctors talking to patients. London: HMSO, 1976.
4. Sullivan FM, MacNaughton RJ. Evidence in consultations: interpreted and indivudualised. Lancet 1996; 348: 941-3.
5. Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P. Clinical epidemiology-a basic science for clinical medicine (pp. 305-33). London: Little, Brown, & Co., 1991.
6. Hope T. Evidence-based patient choice. Report to the Anglia and Oxford Regional Health Authority into the use of evidence-based information for enhancing patient choice. Oxford University of Oxford, October 1995.
7. Naylor CD. Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine. Lancet 1995; 345: 840-2.
8. Haynes RB, Hayward RSA, Lomas J. Bridges between health care evidence and clinical practice. J Am Informatics Assoc 1995; 2: 342-50.
9. Mehrez A, Gafni A. Quality-adjusted life-years, utility theory, and healthy years equivalents. Med Decision Making 1989; 9: 142-9.
10. Kassirer JK. Incorporating patients' preferences into medical decisions. New Engl J Med 1994; 330: 1895-6.
11. O'Meara III JJ, McNutt RA, Evans AT, Moore SW, Downs SM. A decision analysis of Streptokinase plus heparin as compared with heparin alone for deep-vain thrombosis. New Engl J Med 1994; 33;: 1864-9.
12. Thornton JG, Lilford RJ, Johson N. Decision analysis in medicine. BMJ 1992; 302: 1099-103.
13. Dowie J. "Evidence-based", "cost-effective", and "preference-driven" medicine. J Health Serv Res and Policy 1996; 1: 104-13.
14. Asch DA, Herschey JC. Why some health policies don't make sense at the bedside. Ann Int Med 1995; 122: 846-50.
15. Poses RM, Cebul RD, Wigton RS. You can lead a horse to water-improving physicians' knowledge of probabilities may not affect their decisions. Med Decision Making 1995; 15: 65-75.
16. Greenhalgh T. Is my practice evidence based? BMJ 1996; 313: 957-8.
17. Krause I-B. Sinking heart-a Punjabi communication of distress. Soc Sci Med 1989; 29: 563-75.
18. Sackett DL, Haynes RB, Guyatt GH, Tugwell P. Clinical epidemiology-a basic science for clinical medicine (chapter 4). London: Little, Brown, & Co., 1991. pp. 69-152.

19. Bennett NM, Greenland P. Coronary artery disease. In: Panzer PJ, Black ER, Griner PF. eds. Diagnostic strategies for common medical problems. Philadelphia. American College of Physicians, 1991.
20. Bennett NM, Greenland P. Coronary artery disease. In: Panzer PJ, Black ER, Griner PF. eds. Diagnostic strategies for common medical problems (p. 46) Philadelphia. American College of Physicians 1991.
21. Savonitto S, Ardissino D, Granger CB, et al. Prognostic value of the admission electrocardiogram in acute coronary syndromes [see comments]. JAMA 1999; 281: 707-13.
22. Zalenski RJ, McCarren M, Roberts R, et al. An evaluation of a chest pain diagnostic protocol to exclude acute cardiac ischemia in the emergency department. Arch Intern Med 1997; 157: 1085-91.
23. Pozen MW, d'Agostino RB, Selker HP et al. A predictive instrument to improve coronary care unit admission practices in acute ischaemic heart disease. N Engl J Med 1984; 310: 1273-82.
24. Coulter A. Partnerships with patients: the Pros and Cons of shared clinical decision – making. J Health Serv Res Policy 1997; 112: 21.
25. Marteau TM, Kidd J, Michie S, et al. Anxiety, knowledge, and satisfaction in women receiving false positive results on routine prenatal screening: a randomized controlled trial. J Psychosom Obstet Gynaecol 1993; 14: 185-96.
26. Cuckle HS, Wald NJ, Thompson SG. Estimating a woman's risk of having a pregnancy associated with Down's syndrome using her age and alpha-fetoprotein level. Brit J Obstet Gynaecol 1987; 94: 387-402.
27. Sadler M. Serum screening for Down's syndrome: How much do health professionals know? Br J Obstet Gynaecol 1997; 104: 176-9.
28. Cuckle H. Established markers in second trimester maternal serum. Early Human Development 1996; 47: Suppl S27-S29.
29. Cuckle H, Sehmi I, Holding S. Nomograms to help inform women considering Down's syndrome screening. Eur J Obstet Gynaecol Reprod Biol 1996; 69: 69-72.
30. Wald NJ, Cuckle HS, Densem JW, Kennard A, Smith D. Maternal serum screening for Down's syndrome: the effect of routine ultrasound scan determination of gestational age and adjustment for maternal weight. Br J Obstet Gynaecol 1992; 99: 144-9.
31. Wald NJ, Kennard A, Densem JW, et al. Antenatal maternal serum screening for Down's syndrome: results of a demonstration project. BMJ 1992; 305: 391-4.
32. Green JM, Snowdon C, Statham H. Pregnant women's attitudes to abortion and prenatal screening. J Reprod Infant Psychol 1993 Vol II (I); 11: 31-9.
33. Farrant W. "Who's for amnicentesis?" The politics of prenatal screening. In: Homans H. ed. The sexual politics of reproduction. London: Gower, 1985.
34. Tabor A, Philip J, Madsen M, et al. Randomised controlled trial of genetic amniocentesis in 4606 low-risk women. Lancet 1986; 1: 1287-92Dick PT.

Periodic health examination, 1996 update. I. Prenatal screening for, and diagnosis of, Down's syndrome. Can Med Assoc J 1996; 154 (4): 465-79.

35. Haddow JE, Palomaki GE, et al. Reducing the need for amniocentesis in women 35 years of age or older with serum markers for screening. N Engl J Med 1994; 330: 1114-18.
36. Adekunle O, Gopee A, El-Sayed M, Thilaganathan B. Increased first trimester Nuchal Translucency: pregnancy and infant outcomes after routine screening for Down's syndrome in an selected antenatal population. Br J Radiol 1999; 72: 457-60.
37. Thilaganathan B, Sairam S, Michailidis G, Wathen NC. First trimester Nuchal Translucency: Effective routine screening for Down's syndrome. Br. J Radiol 1999; 72: 946-8.
38. Van Der Meulen JH, Mol BW, Pajkrt E, Van Lith JM, Voorn W. Use of the disutility ratio in prenatal screening for Down's syndrome. BR J Obstet Gynaecol 1999; 106: 108-15.
39. Koudstaal PJ. Anticoaguilants for preventing strokes in patients with nonrheumatic atrial fibrillation and a history of stroke or transient ischaemic attack (Cochrane Review). In: Cochrane collaboration. Cochrane Library, Issue 3. Oxford: update Software, 2000.
40. Koudstaal PJ. Anticoagulants versus antiplatelet therapy for preventing stroke in patients with nonrheumatic atrial fibrillation and a history of stroke or transient ischaemic attacks (Cochrane Review). In: Cochrane collaboration. Cochrane Library, Issue 4. Oxford: update Software, 2000.
41. Koudstall PJ. Antiplatelet therapy for preventing stroke in patients with nonrheumatic atrial fibrillation and a history of stroke or transient ischaemic attacks (Cochrane Review). In: Cochrane collaboration. Cochrane Library, Issue 4. Oxford. Update Software, 2000.
42. Secondary prevention in non-rheumatic atrial fibrillation after transient ischaemic attack or minor stroke. EAFT (European atrial fibrillation trial) study group. Lancet 1993; 342: 1255-62.
43. DE Schryver EL. Design of esprit: An International randomized trial for secondary prevention after non-disabling cerebral ischaemia of arterial origin. European/Australian stroke prevention in reversible ischaemia trial (Esprit) group. Cerebrovasc Dis 2000; 10: 147-50.
44. Hart RG, Benavente O, McBride R, Pearce LA. Antithrombotic therapy to prevent stroke in patients with atrial fibrillation: A Meta-analysis. ANN Intern Med 1999; 131: 492-501
45. Hart RG, Halperin JL. Atrial fibrillation and thromboembolism: A decade of progress in stroke prevention. ANN Intern Med 1999; 131: 688-95.
46. Ramsay LE, Williams B. Johnston GD, et al. British Hypertension Society Guidelines for Hypertension management, 1999: Summary. BMJ 1999; 319: 630-5.
47. Jaskson RT, Sackett DL. Guidelines for managing raised blood pressure. BMJ 1996-313: 64-5.

48. Jackson RT, Sackett DL. guidelines for managing raised blood pressure. BMJ 1996; 313: 64-5.
49. Feldman RD, Campbell N, Larochelle P. et al. 1999 Canadian Recommendations for the management of Hypertension. Task force for the development of the 1999 Canadian recommendations for the management of Hypertension. Can Med Assoc J 1999; 161: Suppl 12: 51-17.
50. Fahey TP, Peters TJ. What constitutes controlled hypertension? Patient-based comparison of hypertension guidelines. BMJ 1996; 313: 93-6.
51. Jacknson R. Guidelines on Preventing Cardiovascular Disease in Clinical Practice. BMJ 2000; 320: 659-61.
52. Gueyffier F, Boutitie F, Boisel JP, et al. Effect of antihypertensive drug treatment on cardiovascular outcomes in women and men: A meta-analysis of individual patient data from randomized controlled trials. Ann Intern Med 1997; 126: 761.
53. Haynes RB, Sackett DL, Tayler DW, Gibson ES, Johnson AL. Increased absenteeism from work after detection and labeling of hypertensive patients. N Engl J Med 1978; 229: 741-4.
54. Cook RJ, Sackett DL. The number needed to treat: a clinically useful measure of treatment effect. BMJ 1995; 310: 452-4.
55. Medical Research Council Working Party. MRC trial of mild hypertension: principal results. BMJ 1985; 291: 97-104.
56. Glasiziou P, Irwigh LM. An evidence-based approach to individualizing treatment. BMJ 1995; 311: 1356-9.
57. Davey Smith G, Egger M. Who benefits from medical interventions? BMJ 1994; 308: 72-4.
58. Kannel WB, Sorlie P. Hypertension in Framingham. In: Paul O. ed. Epidemiology and control of hypertension. New York: Stratton, 1975. PP. 553-92.
59. Alderman MH. Blood pressure management: individualized treatment based on absolute risk and potential for benefit. Ann Int Med 1993; 119: 329-35.
60. Medical Research Council Working Party. Stroke and coronary heart disease in mild hypertension: risk factors and the value of treatment. BMJ 1988; 296: 1565-70.
61. Baker S. Priest P, Jackson R. Using thresholds based on risk of cardiovascular disease to target treatment for hypertension: Modelling events averted and number treated. BMJ 2000; 320: 680-5.
62. http://cebm.jr2.ox.ac.uk/docs/prognosis/html.
63. Sackett DL, Rosenberg WMC, Gray JAM, Haynes RB, Richardson WS. Evidence-based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996; 312: 71-2.
64. Tuckett D, Boulton M, Olson C, et al. Meetings between experts: an approach to sharing ideas in medical consultations. London and New York: Tavistock Publications, 1985.
65. Greenhalgh T. Narrative based medicine: Narrative Based Medicine in an Evidence-Based World. BMJ 1999; 318: 323-5.