

BMJ Best Practice 临床实践

世界一流的循证医学临床决策支持工具



覆盖诊疗全流程
医学知识

适用临床各场景
应用形式

为临床、教学、科研、自主学习
提供即时支持

bestpractice.bmj.com



BMJ 出版集团（简称 BMJ） 全球领先的医学出版机构

成立于 1840 年，有 180 余年悠久历史

隶属于英国医学会 —— 世界上最早创立的医学会

作为非逐利性专业医学知识提供机构，致力于推动世界医疗卫生发展，促进患者健康改善

主要业务领域包括：医学期刊出版、临床决策支持、医学教育培训、医疗质量改进、会议展览活动

旗舰刊 *The BMJ*（《英国医学杂志》）享誉于世，是世界顶级综合医学期刊之一

旗下拥有近 70 种一流医学学术期刊，其中近 1/2 在相关领域排名前十

内容以 14 种语言出版，为全球 150 余个国家/地区 3000 余家医疗机构和组织提供服务，拥有超过 5000 万用户

总部位于英国伦敦，全球设立 8 个区域中心分部

BMJ 中国区分部于 2015 年成立

BMJ 是循证医学的 发起者和促进者

从 1996 年最早发表第一个最为广泛认可的循证医学定义开始，BMJ 一直以实际行动致力于推动循证医学发展。

1948

The BMJ 发表第一篇随机对照临床实验“链霉素治疗肺结核”

1994

BMJ 与美国内科医师学会联合出版循证医学和临床证据

1995

BMJ 出版 Evidence-based Medicine 期刊

1996

The BMJ 正式刊发 David Scakett 博士对循证医学定义

1998

出版 Evidence-Based Nursing 期刊和 Evidence-Based Mental Health 期刊

1999

推出 BMJ Clinical Evidence（循证医学证据库），将循证医学发展带入新的高度

2007

The BMJ 将循证医学评为 1840 年以来前十位重大医学进步之一

2009

推出 BMJ Best Practice（循证临床决策支持知识库）

2011

推出 Action Sets（适用于高等级医疗机构的循证医学临床路径）

2015

与开普敦大学共同研发初级医疗机构患者管理工具（PACK）

2016

完成 BMJ Best Practice 本地化，推出中文版，即 BMJ Best Practice 临床实践

2020

不断升级改版 BMJ Best Practice，并发布全球首个合并症诊疗工具

关于循证医学和临床实践

循证医学是：

现代医学的重大进步 · 衡量临床实践利弊的金标准 · 保障患者安全的必由之路

循证医学（Evidence-Based Medicine, EBM）简单而言是指“遵循证据的医学”。循证医学之父 David Sackett 教授于 1996 年在 The BMJ 上发表的文章将循证医学定义为“审慎、准确和明智的应用当前所能获得最佳研究依据，同时结合医生个人专业技能和临床实践经验，并尊重患者选择和意愿而做出临床诊治决策。”*

循证医学较之传统的经验医学有着不可比拟的重要性。传统的经验医学以参考个人经验为主，并依赖高年资医师指导、出版时就已然过时的教科书，以及零散的研究报告，效率低下，不易规范化，健康和经济成本高昂，且难以跟上现代推陈出新医学进步。

而循证医学理念和工具可实现对全人类已知最佳证据的收集、分析、归纳、总结和更新，提供最新的可靠诊疗知识，支持医生结合自身经验和患者实际情况快速作出最佳临床决策。其对于促进临床诊疗决策的科学化、提高临床医生素质和业务水平、增强疾病诊治有效性、安全性、适用性和经济性等方面有着不可比拟的重要性。

优质的临床决策支持资源可帮助实现循证诊疗 并提高医疗质量和价值

循证医学至关重要，但真正在临床中实现循证诊疗并非易事。在信息爆炸的时代，对临床证据进行搜集、筛选、评价、解读并最终作为依据指导临床实践，此番过程不仅需要正确的方法，还需要耗费大量的时间和精力。临床工作国际发展和经验已证明，临床决策支持系统（Clinical Decision Support System, CDSS）已是医生常用工具，可有效帮助实现循证诊疗并提高医疗质量和价值。而作为 CDSS 的核心组成部分，知识库有着至关重要的地位。但知识库也存在着较高的“门槛”——只有内容权威、全面、简明并即时更新的知识库才能真正为医务工作者提供最有价值的支撑，直接应用于指导临床实践，并为减少诊疗错误、规范诊疗行为提供有效和可信的保障。

* Evidence based medicine: what it is and what it isn't BMJ 1996; 312 doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71> (Published 13 January 1996) Cite this as: BMJ 1996;312:71

系统综述：临床决策支持系统的作用
Bright TJ, Wong A, Dhurjati R, et al. Effect of clinical decision-support systems. A systematic review. Ann Intern Med. 2012;157:29-43.

通过临床决策支持系统改善临床实践
——发现关键成功特征的系统综述
Kawamoto K, Houlihan CA, Balas EA, et al. Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success. BMJ. 2005;330:765.

BMJ Best Practice 临床实践 是什么

32

个临床专科

10000 +

种诊断方法

700 +关联的Cochrane
Clinical Answers**50 +**

手术及操作视频

1000 +个疾病（组）和
症状专题**3000 +**

种诊断性检测

23000 +药物专论
2000+ 独立药物**40 +**

循证医学工具

80% +临床常见疾病
（组）覆盖率**6800 +**

篇国际指南

4000 +

临床图像

65000 +

篇关键参考文献

3000 +治疗分组和 12500+
细分诊疗方案**38000 +**

合并症诊疗方案

180 +

医学计算器

70 +有关证据分级
的证据表单

BMJ Best Practice 临床实践 是全球最佳循证医学临床决策支持资源之一

BMJ Best Practice 临床实践（简称BP）提供权威、实用、简明的诊疗知识，为临床决策提供即时支持，可有效帮助医生优化治疗方案、减少医疗错误，并帮助医疗机构规范诊疗标准，保障服务质量。

BP 内容基于循证医学理念和方法，对全球最佳医学证据（高质量研究成果、指南和专家意见等）进行严格的提炼，并经由正规同行评议等流程产出，参考文献等证据源可供用户追溯。

BP 按照诊疗流程设计标准化导航，让使用者一步操作即直达要点性诊疗知识，可真正应用于辅助临床决策。

BP 获得多项国际奖项和认证，包括英国国民医疗服务体系信息标准认证（NHS Information Standard），供全英医生使用。

2016 年，BMJ 与中华医学会合作，携手全国多名临床专家以及医学译校专家，完成 BP 的首次翻译工作，使其成为首个提供全中文版本的国际循证临床决策支持知识库。此后BP中文版一直保持及时更新。

2017 - 2018 年，BMJ 与中国一流电子病历供应商和公共卫生平台展开合作，促进 BP 与本地电子病历等信息化系统实现深度整合，并实现智能应用。

2019 年，BP 发布中文版手机 App 版，成为首个可同时支持网页端、手机应用端及电子病历和本地大数据智能集成等多平台应用的全中文循证临床资源知识库。

2020 年，BP 发布合并症诊疗工具，是全球首个、目前唯一提供全面的合并症精准治疗方案的知识工具。

始终坚持循证医学理念和方法

BP 内提供了其监测和采用的所有支持性证据的明确来源和分级更新。这些证据都经循证医学系统性评价，伴有人口、干预措施、对照、结果和分级总结等关键数据，且都经过严格同行评议，而非依据个人经验、陈旧的教科书或部分地方性指南。

BP 内的具体临床知识内容由全球 1600 余名临床专家撰写，拥有超过 2500 人的同行评议网络和 60 余名专业医学编辑团队。依托 BMJ 出版集团严谨的医学编辑出版流程和出版技术，BP 可为全球临床医务工作者带来便捷高效的使用体验。

BP采用的循证医学方法和专业编辑流程包括以下主要步骤：

1	证据检索 分析和报告	专业的证据中心对全球高质量且最新的国际指南、系统评价和可能改变实践的随机对照试验进行系统性检索和监测 专业的证据中心将以上证据结果整理成报告
2	撰写、同行评议 和编辑发表	国际专家和编辑团队根据报告撰写 BP 专题内容 国际学科领袖及执业医师对专题进行独立的外部同行评议 编辑团队进行持续的内部审阅和筛选药物警示 高级编辑和药剂师编辑所有内容，并组织完成内部同行评议、验收和发表
3	更新、优化 和发展	高级编辑每天对用户反馈进行监测和筛选，并组织相应优化项目 持续循环以上过程，从而实现及时更新，并向用户提示重点更新内容
4	应用先进 出版技术	制作、管理高度结构化、高频次更新的海量文档发展多种应用形态
5	非英语语言版本 发展和更新	由本地专家、专业翻译和编辑团队根据英语语言版本组织内容翻译和及时更新（包含常规更新和重大更新） 由本地团队组织本地内容的延展和添加，包括本地指南链接和本地专家解读评述等

BMJ Best Practice 临床实践

功能

一步检索和定位

支持单疾病名、单症状和多症状检索，
利用检索结果的标准化结构，精准直达所需了解的具体诊疗知识

多种浏览途径

可按学科和疾病浏览，包括综述、疾病（组）、
症状评估等多类专题

多种内容资源

除诊疗知识专题外还包含医学计算器、
手术视频、临床证据等多种资源

智能推送功能

可按症状或疾病推送对应匹配的内容，
以及最近更新内容（智能推送需通过与信息系统整合实现）

丰富证据资源

与国际知名的 Cochrane Clinical Answers 证据数据库合作，
为用户实时提供高质量前沿临床证据

集成权威药典

包括英国国家药典（BNF）、马丁代尔大药典（Martindale）
等多个药典药物信息（需单独订阅）

支持继续教育

可自动记录学习活动，生成学习证书并获取多家认证机构学分

最新推出，全球唯一：合并症诊疗工具和内容

2020 年，BP 发布合并症诊疗工具，是全球唯一全面为合并多种
慢性疾病的急症患者提供的诊疗，快速给出精准的个体化治疗策
略，从而最大限度改善诊疗结局，控制医疗费用。

特点和优势

权威可信

BP 的内容是通过循证医学的方法对全球高质量证据进行评价、总结、提炼，并在此基础上梳理出系统的诊疗知识。它帮助使用者节约收集、筛检并解读证据的时间，让其不必花费大量精力查阅繁杂文献和过时的教科书，或参考没有明确证据支持的信息。同时，BP 始终遵循严格编辑流程和质量控制体系，以确保内容权威、系统、精准、可溯源。

全面丰富

BP 的内容已覆盖大部分已知常见疾病及临床症状，并伴有证据数据来源、权威国际指南、医学计算器、循证医学工具等多种资源及工具。其内容丰富而实用，可满足临床决策、教学辅助以及自主学习需求。

及时更新

BP 保持对全球数千个可信数据源进行实时监测，并根据最新的临床证据对其内容进行持续更新，年度更新可达 1200 批次，更新内容达整体内容的 30%。具有重大意义的新药上市、临床指南修订引发的实践改变可实现1个月内更新；药物警示、涉及患者安全的临床证据改变可实现 24-48 小时内更新。重要更新在显著位置加以标示，并伴有关键点总结，便于使用者快速理解，并紧跟科学进展。中文版内容每月进行常规更新，并确保重要更新在 7 日内完成。

适用临床

BP 内容精简，以要点式、指导性语言呈现诊疗知识，可直接指导临床实践，比如同一疾病的不同患者群体，BP 也可为其提供更针对性的诊疗方案，其效率和实用性远远高于传统的医学文献数据库或者按文献风格编排的临床决策知识库。同时，BP 结构规范，按照标准诊疗流程设计，包含基础知识、诊断、治疗和随访等环节的内容，确保快速精确定位到所需知识点，不会在海量的知识中“迷失”，适合在繁忙的临床情景使用，同时有助于培养临床思维。

适用教学

可为临床教学提供备课和学习资源，适用于各年级医学生和各年资医生使用；可帮助医学本科生系统、高效地学习临床知识、训练临床思维；也可帮助医学研究生、临床培训生在临床工作中即时应用临床知识、优化诊疗决策、应对复杂案例，完成从学校向临床工作的过度。

易于信息化应用

BP 内容高度结构化、标准化、颗粒化，非文献类描述性文字，并提供标准编码和接口，不仅便于精准查找，还易于系统调用。与电子病历等医疗信息系统集成后的 BP，可与其中的患者信息进行实时交互，智能推送当下诊疗流程中最需要、最相关的知识，为使用者提供即时临床决策支持。同时，作为国际规范的循证医学知识体系，BP 能为医院信息系统和医疗人工智能技术提供知识支撑，为其赋能，使其增值。

访问方式多样

BP 网页版支持机构内的在线或离线访问。在线访问可实现内容实时更新，支持继续医学教育（Continuous Medical Education, CME）证书获取，并能关联其他丰富资源；离线访问安装简便、使用迅捷，有助于保障网络安全。BP 移动版可同样实时访问全部内容，并支持个人订阅、按学科订阅以及离线使用。BP 集成版支持页面集成、数据集成及深度智能集成等多种集成方式，可根据信息系统条件和机构需求量身打造最适宜、成本效益最高的解决方案。

BMJ Best Practice 临床实践

用户和价值

对于临床医生

辅助做出最佳临床决策，减少临床差错，特别是处理紧急和复杂案例时

节约 90% 的文献查阅、筛检和评价时间，提升诊疗效率和质量

帮助教学备课，制作教案及课件，高效完成临床带教

即时更新专业知识，跟进学科进展，助力终生学习

对于医疗机构、医学院校、学协会等机构

提高临床质量

规范诊疗行为，促进诊疗标准化和同质化，提高整体诊疗水平

节约教学资源

提升临床培训和教学工作的整体成本效益，节约时间

优化信息系统

为电子病历和互联互通评级提供必备的临床决策支持模块

支持科研产出

为学生和研究人员提供系统性文献回顾（literature review）的信息和资源

对于信息系统技术厂商的价值

获得权威、标准的临床知识体系支撑

为电子病历、CDSS 等产品赋能

提升企业和产品的品牌价值

节约产品开发时间和成本

所获国际权威机构认证与奖项

BP 获得国际权威机构认证

英国 NHS 信息标准委员会认证
英国皇家内科医师学会联盟认证
包括伦敦皇家内科医师学会、
爱丁堡皇家内科医师学会和格拉斯哥皇家
内外科医师学会

BP 获得多个国际奖项

2018 英国数字化体验奖

荣获：

最佳在线 B2B 用户体验奖
最佳数字化变革与转型奖



2018 威尔士在线数字奖

荣获：

最佳移动应用程序奖
最佳全球覆盖奖



2018W3 奖

荣获：

最佳用户体验奖
最佳实践奖



第 25 届年度传播者大奖

荣获：

综合健康类别冠军
用户体验类别冠军
最佳实践类别冠军



BMJ Best Practice 临床实践

在多项国际独立评估中排名第一并屡获嘉奖

在 2015 年进行的一项全球优质循证医学床旁诊疗资源评估中，BP 在作者身份、同行评议、透明度、独立性、文献检索/监督、批判性评估方法和证据应用类型等多个关键评估指标上均取得了最高分数。该评估报告发表于 Worldviews on Evidence-Based Nursing 期刊。



Table 3. Editorial Quality

	Authorship stated	Peer review	Frequency of updates	Conflict of interest	Commercial support	Total
UpToDate	3	3	1	3	3	13
BMJ Best Practice	3	3	1	3	3	13
MDConsult	3	3	3	0	3	12
Medscape Reference	3	3	1	3	1	11
WU	1	3	1	3	3	11
Nursing Reference Centre	3	3	1	3	1	11
JB-CONNECT	3	3	3	0	1	10
Clinical Evidence	3	3	1	3	0	10

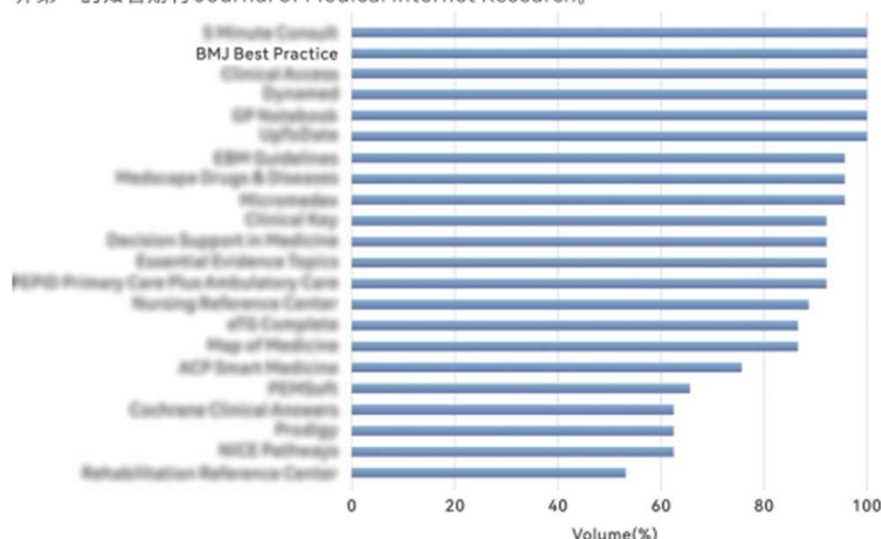
在其它评估指标上，如结构化程度、简洁度、界面友好度等，BP 也是最优资源之一。

Campbell JM, Umaphysivam K, Xue Y, Lockwood C. Evidence-Based Practice Point-of-Care Resources: A Quantitative Evaluation of Quality, Rigor, and Content. Worldviews Evid Based Nurs. 2015 Dec;12(6):313-27.

Table 4. Evidence-Based Methodology

	Literature search/surveillance	Method of critical appraisal	Type of evidence
UpToDate	3	3	3
JB-CONNECT	3	1	3
UpToDate	3	1	3
MDConsult	3	3	3
Essential Evidence	3	3	0
BMJ Best Practice	3	3	3
Nursing Reference Centre	3	3	1
First Consult	3	1	3
Synapse	3	3	3

在 2016 年进行的国际临床决策支持系统独立评价中, BP 在疾病覆盖范围、编辑质量和循证方法等各项评比中均位列第一(含并列)。此评估报告发表于医学信息领域排名世界第一的知名期刊 Journal of Medical Internet Research。



Kwag KH, González-Lorenzo M, Banzi R, et al. Providing doctors with high-quality information: an updated evaluation of web-based point-of-care information summaries. J Med Internet Res 2016;18:e15

Estimated volume (breadth) of diseases and medical conditions covered by point-of-care information summaries.

不同临床信息系统所涵盖的疾病和症状的估计数量(广度)

Name of Product	Editorial Quality Score	Evidence-Based Methodology Score	Volume(%)
5 Minute Consult			
ACP Smart Medicine			
Best Bits			
BMJ Best Practice			
Clinical Access			
Clinical Key			
Cochrane Clinical Answers			
Decision Support in Medicine			
Dynamed			
EBM Guidelines			
Essential Evidence Topics			
aTIS Complete			
GP Notebook			
Map of Medicine			
Medscape Drugs & Diseases			
MicroMedex			
NICE Pathways			
Nursing Reference Center			
WebMD			
PEPD Primary Care Plus Ambulatory Care			
Prology			
Rehabilitation Reference Center			
UpToDate			

Point-of-care information summary rankings with providers listed in alphabetical order. Quartiles according to 2014 rankings for volume, editorial quality, and evidence-based methodology: black, bottom quartile; dark gray, low intermediate quartile; light gray, high intermediate quartile; white, top quartile.

图为按字母顺序排列的临床决策支持系统列表。根据内容数量、编辑质量和循证方法,分成四类:黑色为排名最低的1/4;深灰色为较低的1/4;浅灰色为较高的1/4,白色为排名最高的1/4。可见BP是唯一一个全部标为白色的产品,在三个类别中均有最佳表现。

BMJ Best Practice 临床实践

应用范围和案例

国际广泛应用

BP 以 8 种语言出版，在全球 82 个国家和地区得到广泛应用。在英国、爱尔兰、挪威、巴西、沙特等国，国家机构统一采购 BP，并将其作为本国认证的诊疗知识库在全国范围应用。

国内医疗机构和医学院校的诊疗辅助及教学工具

在中国，BP 英文版自 2010 年引进中国后已被四十多家一流医学院和 200 余家教学医院使用。BP 中文版在 2016-2018 年间分阶段推出，在中国的医疗机构、医疗信息技术厂商中得到广泛应用和认可，用户数量近年快速上涨。

医疗信息化系统的核心知识库模块

东软、嘉和美康等一流医疗信息技术厂商将 BP 集成入为其众多医院客户的电子病历或临床决策支持等专项产品中，为其产品和服务增值。

专业人员的临床学习和科研工具

低年资医生

即时临床决策支持，辅助处理急症，精准诊疗合并症，破解临床难题

中高年资医生

跨学科会诊，扩充专业知识，丰富教学资源

全科医生

辅助临床决策，管理慢病，患者教育，获取 CME 学分

科研人员

学习循证医学方法，查阅文献，跟进当前学科进展和研究现状医学生：一站式获取最新医学知识，完成向临床工作的过度

经典应用案例

临床信息系统集成应用

入院和出院诊断一致率提升 6.7%

确诊时间减少 0.98 天

住院时间减少 2.02 天

BP 支持与医院本地大数据结合应用，发展为“双引擎”驱动的 CDSS，可同时向医生并行推送来自 BP 的标准诊疗知识以及来自医院本地的既往优质病历信息，在不同诊疗阶段即时、精准地为医生提供诊疗方案建议或警示。这是国内医疗信息技术行业的一大创新。

此类应用已在北京协和医院、北京大学第三医院、北京天坛医院、北京世纪坛医院、烟台毓璜顶医院等多家一流医疗机构落地，能有效帮助医院提升临床诊疗水平及效率，成为其电子病历评审、互联互通评级中的亮点。

2020 年来自北京大学第三医院团队的一项研究表明，在医院信息系统中应用该“双引擎”CDSS 后，出入院诊断一致性得到提高，且入院后确诊时间得到缩短，平均住院时间亦得到缩短。该项研究结果已发布于国际一流的医学信息学期刊 JMIR Medical Informatics。

► JMIR Med Inform. 2020 Jan 20;8(1):e16912. doi: 10.2196/16912.

Accuracy and Effects of Clinical Decision Support Systems Integrated With BMJ Best Practice-Aided Diagnosis: Interrupted Time Series Study

Liyuan Tao ¹, Chen Zhang ², Lin Zeng ¹, Shengrong Zhu ², Nan Li ¹, Wei Li ², Hua Zhang ¹, Yiming Zhao ¹, Siyan Zhan ¹, Hong Ji ²

Affiliations + expand

PMID: 31958069 PMID: PMC6997922 DOI: 10.2196/16912

Free PMC article

辅助临床诊疗

国内的一项最新研究显示，有 80% 及以上来自中国人民解放军空军总医院的 184 名各年资医师认为：BP 能帮助他们做出基于最佳证据的诊疗决策，有效利用 BP 完成从临床知识自我学习向临床应用地转化，以及帮助医师与患者共同参与临床决策。

Understanding transfer of learning from an online self-directed learning and clinical decision support resource (BMJ Best Practice) for health professions education: a capability approach perspective. Unpublished data.

助力临床教学

传统“填鸭式”教学模式已无法适应知识的快速更新换代，更无法取得精准、良好的预期教学效果。BP 作为先进的循证医学临床决策知识库可支持医学信息及时更新、实时在线访问，从而助力现代医学教育模式的改善。

· 对住院医师的帮助

作为教学资源纳入北京大学第一医院住院医师规培和专业研究生培训的必修课程。60% 以上的学员认为 BP 可帮助临床学习

· 对全科医师的帮助

BMJ Best Practice 临床实践作为全科医师继续教育资源在广州市 5 家全科服务培训示范基地使用，并获得全科医师继教二类学分。70% 以上的学员认为 BP 能帮助快速获取到支持临床决策的证据。

· 对医学生的帮助

中国人民解放军空军特色医学中心内分泌科张旭主治医师通过采用 BP 临床实践“糖尿病酮症酸中毒”专题内容为信息源，观察学生施教前后的知识掌握程度变化。整个教学活动在学员中取得了超出意料的良好反馈，学生认为获益匪浅，BP 里的知识以要点式、指导式呈现，不但使学生“知其然”，亦“知其所以然”。

应用机构和合作伙伴（部分）

北京大学第一医院	广州市卫生健康委	东南大学	清华大学	香港中文大学
北京大学第三医院	四川省人民医院	复旦大学	首都医科大学	中山大学
北京协和医院	郑州大学第一附属医院	华中科技大学	上海交通大学医学院	北京嘉和美康信息技术有限公司
福建医科大学附属第一医院	中国医科大学附属盛京医院	江苏大学	天津医科大学	东软集团
广东省人民医院	重庆医科大学	解放军医学图书馆	香港大学	科大讯飞集团

以上排名不分先后

BMJ Best Practice 临床实践

页面和内容示例（部分）



1. 平台首页

清晰直观，一目了然

1 【搜索框】可直接检索疾病或症状关键词，一步直达相关主题

2 通过【导航栏】进入近期更新、按学科浏览、医学计算器、合并症、操作视频、证据、药典等主要内容板块

3 【最近更新】按照时间顺序，优先展示最新更新的专题；进入后可进一步浏览【重要更新】，实时了解改变临床实践的最新证据。



2. 检索结果页面

直达诊疗所需内容

1 通过检索疾病或症状关键词，可一步进入专题内的子章节，精准定位相关知识内容

2 检索结果简洁、清晰，按相关性排序，并支持图片和视频的检索

3 检索结果右侧摘要栏，显示相关度最高专题的详细信息及链接，便于快速获取所需信息

原发性高血压

概述	理论	诊断	治疗	随访	资源
小结	流行病学 病因学 病史	诊断路径 病史和体格检查 辅助检查 鉴别诊断 诊断标准 筛查	治疗路径 治疗流程 新兴治疗 预防 患者指导	监测 并发症 预后	指南 图片和操作视频 参考文献 医学计算器 证据

最后审阅：27 十二月 2021

最后更新：24 八月 2021

小结

通常通过对无症状患者筛查，进行原发性高血压诊断。

积极治疗未控制高血压能够降低死亡风险，同时能够减少心脏病发作、血管并发症、肾脏病并发症和脑血管并发症的风险。

推荐所有患者改变生活方式：减重、锻炼、减少钠的摄入量、高血压膳食法 (Dietary Approaches to Stop Hypertension, DASH) 和饮酒适度。

药物治疗选择需要考虑与之相关的合并疾病，血压达标可能需要多种药物联合治疗。

定义

原发性高血压定义为血压 $\geq 140/90$ mmHg，但没有发现继发性原因。[1][2][3] 治疗的主要目标是降低死亡风险以及心血管和肾脏的发病风险。[4]

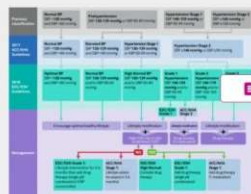
第 8 届美国预防、检测、评估和治疗高血压委员会 (Eighth Joint National Committee, JNC8) 指南建议，血压 $\geq 140/90$ mmHg 的慢性肾脏病和糖尿病患者应该开始药物治疗。[3] 对于年龄 ≥ 60 岁的普通人群，如果血压 (BP) $\geq 150/90$ mmHg 时，应开始降压治疗。但因为对于 BP $\geq 140/90$ mmHg 的心血管事件相关风险看法不同，专家组成员并没有在此条建议达成一致。

在 2018 年欧洲心脏病学会 (European Society of Cardiology, ESC) 和欧洲高血压学会 (European Society of Hypertension, ESH) 指南中，高血压被定义为诊室收缩压 ≥ 140 mmHg 和/或舒张压 ≥ 90 mmHg，这就相当于 24 小时活动性血压检测值平均 $\geq 130/80$ mmHg 或者家庭血压检测值平均 $\geq 135/85$ mmHg。[2]

根据新的证据，血压目标和建议在不断更新。

2017 年美国心脏病学会/美国心脏协会 (American College of Cardiology/American Heart Association, ACC/AHA) 指南将高血压定义为收缩压检测值 ≥ 130 mmHg 或舒张压检测值 ≥ 80 mmHg。[5] 此定义有别于 JNC 8、ESH 和 ESC 指南中的定义。

收缩压干预试验 (Systolic Blood Pressure Intervention Trial, SPRINT) 发现，在年龄大于 50 岁、罹患高血压且至少有一种其他心脏病危险因素的人群中，120 mmHg (采用自动化诊室血压测量) 这一较低的收缩压目标可减少心血管并发症和死亡。[6][7] 这项临床试验排除了糖尿病或卒中患者。



鉴别诊断

- 药源性
- 慢性肾病
- 肾动脉狭窄

[更多 鉴别诊断](#)

指南

2020 年加拿大成人和儿童高血压诊断、风险评估、预防和治疗综合指南

糖尿病医学诊疗标准 - 2020

[更多 指南](#)

医学计算器

用同位素稀释语法 (IDMS) 和肾脏病饮食改良 (MDRD) 简化公式估算肾小球滤过率

用 CKD-EPI 公式估算 GFR

[更多 医学计算器](#)

操作视频

关于如何进行心电图的动画演示

[更多 操作视频](#)

3. 疾病专题页面

标准导航精准定位子章节

1 专题均有按完整诊疗流程设计的标准导航栏，包含诊断、治疗、随访等 6 部分共 23 个子章节，便于精准直达不同诊疗环节的知识内容

2 专题内容以要点式呈现，便于快速阅读、支持当下决策

3 专题的摘要栏提供与本专题相关的鉴别诊断、指南、医学计算器和操作视频等资源链接

埃博拉病毒感染

概述	理论	诊断	治疗	随访	资源
----	----	----	----	----	----

定义

由丝状病毒科 (埃博拉病毒属) 病毒感染引起的一种重度 (经常致死) 人畜共患传染病。当前有 6 种已知种属：扎伊尔型埃博拉病毒、苏丹型埃博拉病毒、塔伊森林型埃博拉病毒、本迪布焦型埃博拉病毒、雷斯顿型埃博拉病毒和邦巴利型埃博拉病毒。在这些种属中，已知仅有 4 种可在人类中引发疾病——扎伊尔型埃博拉病毒、苏丹型埃博拉病毒、塔伊森林型埃博拉病毒以及本迪布焦型埃博拉病毒。[1] 埃博拉病毒感染是一种病毒性出血热疾病，以前被称为埃博拉出血热。

病史和体格检查

关键诊断因素

- 存在的危险因素
- 先前 21 天暴露于埃博拉病毒环境下
- 发热
- 肌痛

[更多 关键诊断因素](#)

其他诊断因素

- 疲劳
- 厌食
- 腹泻
- 呕吐

[其他诊断因素](#)

危险因素

- 先前 21 天在流行区生活或工作者从流行区归来
- 接触感染者的体液
- 职业暴露
- 屠宰感染 (或潜在感染) 动物或摄入此类动物的肉

[更多 危险因素](#)

诊断性检查

首要检查

- 逆转录聚合酶链反应 (RT-PCR)
- 疟疾检查

[更多 首要检查](#)

需考虑的检查

- 血清电解质水平
- 血清肌酐和尿素
- 血乳酸
- 动脉血气分析 (ABG)

[更多 需考虑的检查](#)

新兴检查

- 快速床旁试验

[更多 新兴检查](#)

治疗流程

急救处理

[所有患者](#)

haemorrhagic fever, CCHF)

[更多 鉴别诊断](#)

指南

在埃博拉病毒背景下孕妇和哺乳期女性管理指南

埃博拉病毒：针对卫生专业人员的信息

[更多 指南](#)

4. 专题小结页面

全面、快速了解专题精华概要

小结章节涵盖本专题精粹的临床诊疗知识，高度概括病史、体格检查、诊断性检查等核心诊疗环节

慢性阻塞性肺疾病 (COPD)

概述 理论 诊断 治疗 随访 资源

诊断路径

有关 2019 冠状病毒病 (COVID-19) 大流行期间诊断和管理共存疾病的最新信息, 请参阅专题“COVID-19 共存疾病管理”。

病史

COPD 起病隐匿, 通常见于老年患者。典型病史有咳嗽、喘息、呼吸短促, 特别是运动时。其他症状包括频繁发生支气管炎、运动耐量降低、夜间因呼吸困难醒来、踝部水肿和疲劳。[2][1]

患者可能诉睡眠中断导致的疲劳, 睡眠中断是由于不停的夜间咳嗽以及持续性缺氧和高碳酸血症。应当确定患者的吸烟史、职业暴露、合并症以及肺病家族史。还应询问既往加重病史和入院史。

COPD 患者在急性感染性加重期间亦可表现为急性重度呼吸短促、发热和胸痛。参阅“慢性阻塞性肺病急性加重”专题, 获取更多信息。

体格检查

尽管需进行肺量测定进行诊断, 但体格检查是患者诊疗的重要环节。[1] 查体可见呼吸急促、呼吸窘迫、辅助呼吸肌参与和肋间隙饱满。视诊常见桶状胸。叩诊可见过清音, 听诊可闻及呼吸音低和气流运动减低。可能出现哮鸣、粗湿罗音、杵状指和发绀以及右心衰竭体征 (颈静脉扩张、P2 亢进、肝肿大、肝颈静脉反流征和下肢水肿)。患者偶尔可能出现扑翼震颤, 也就是高碳酸血症导致双肾伸展时失去姿势控制能力 (通常称为扑动)。这是由于肺实质气体交换障碍所致, 运动时加重, 提示呼吸衰竭。



呼气相哮鸣音

鉴别诊断

收起全部内容

哮喘

征象/症状

哮喘通常于幼年时期发作。常有过敏、鼻炎、湿疹的个人史或家族史。症状每天都有变化, 患者会出现明显的喘息, 通常对支气管舒张剂有迅速反应。咳嗽变异型哮喘有很多类似慢性阻塞性肺病的特征。

辅助检查

肺量测定显示使用支气管舒张剂后可逆。肺功能检查显示使用支气管舒张剂后具有可逆性, 并且肺一氧化碳弥散量 (diffusing capacity of the lung for carbon monoxide, DLCO) 未下降。痰或血嗜酸性粒细胞增多提示哮喘, 但 COPD 亦有可能有此表现。

成人哮喘 →

充血性心力衰竭

征象/症状

通常有心血管疾病病史。患者自述有端坐呼吸症状, 听诊可以听到双下肺基底部分散性湿啰音。

辅助检查

B 型利钠肽水平通常升高, 胸部 X 线检查显示肺血管充血加重。超声心动图可证实诊断。

慢性充血性心力衰竭 →

诊断标准

慢性阻塞性肺疾病全球倡议 (GOLD) 标准[1]

COPD 气流受限严重程度的分类:

肺功能检查时, 吸入支气管扩张剂后 FEV1/FVC 比值 < 0.70, 通常考虑诊断为 COPD。GOLD 系统对气流受限进行了分级。在 FEV1/FVC < 0.70 的患者中:

- GOLD 1 - 轻度: FEV1 ≥ 80% 预计值
- GOLD 2 - 中度: 50% 预计值 ≤ FEV1 < 80% 预计值
- GOLD 3 - 重度: 30% 预计值 ≤ FEV1 < 50% 预计值
- GOLD 4 - 极重度: FEV1 < 30% 预计值。

GOLD 指南根据症状和既往加重病史, 采用 COPD 综合评估来对患者进行分组。使用改良版英国医学研究理事会 (mMRC) 或 COPD 评估测试 (CAT) 量表评估症状。可在 GOLD 指南中找到。[1] GOLD 提出警告, 勿将 mMRC 呼吸困难量表单独用于患者评估, 因为 COPD 症状不仅仅是呼吸困难。由于该原因, 倾向于使用 CAT。然而, GOLD 承认, mMRC 量表的使用非常广泛, 因此仍将 mMRC 评级 ≥ 2 的阈值包括在对“呼吸更困难”患者进行定义的评估标准中 (区别于“呼吸困难程度较低”患者)。[1]

- A 组: 低风险 (每年加重 0-1 次, 无需住院治疗) 且症状较少 (mMRC 0-1 或 CAT < 10)
- B 组: 低风险 (每年加重 0-1 次, 无需住院治疗) 且症状较多 (mMRC ≥ 2 或 CAT ≥ 10)
- C 组: 高风险 (每年加重 ≥ 2 次, 或者一次或多次需住院治疗) 且症状较少 (mMRC 0-1 或 CAT < 10)
- D 组: 高风险 (每年加重 ≥ 2 次, 或者一次或多次需住院治疗) 且症状较多 (mMRC ≥ 2 或 CAT ≥ 10)。

5. 诊断章节

帮助第一时间做出准确诊断

通过“诊断步骤”、“鉴别诊断”、“诊断标准”和急重症警示等内容, 避免误漏诊以及严重并发症的发生

肝细胞癌

治疗流程

请注意药品名称和品牌、药品处方或地区之间的配方/用药途径和剂量可能有所不同。治疗建议针对患者特定群体提出：
查看免责声明

急性处理

巴塞罗那临床肝癌 (BCLC) 分期 0-A (极早期 0 或早期 A)：可手术 (肝功能良好)

展开全部内容

一线治疗 考虑手术切除

对于没有血管侵犯、肝合成功能正常、无门静脉高压证据的孤立性 HCC 患者，手术切除是最佳治愈性治疗。[4][43][62]

手术切除也可考虑用于肝功能储备良好的肝硬化患者，前提是他们没有重大的合并症。肝切除术也是乙型肝炎诱发的无肝硬化的 HCC 患者的最佳选择。

基于 BCLC 分期的切除标准包括：局限于肝脏的孤立性 HCC；没有放射影像学证据显示肝血管侵犯；没有放射影像学证据显示有任何邻近或远处转移；肝功能完好，无门静脉高压。[62]

在考虑肝细胞癌肝切除术前确定肝功能良好是非常重要的；在发生硬化的肝脏中行切除术有可能出现术后肝衰竭。对于经慎重选择的患者，5 年生存率能达到 90%。[63]

术后出血和肝衰竭是切除后最常见的并发症。这些并发症在肝功能储备受损的肝硬化患者中更常见。荟萃分析显示，对于经选择的 HCC 患者，腹腔镜肝切除术安全可行；接受腹腔镜肝切除术的患者对输血的需求更少，住院时间更短，术后并发症更少。[64][65]

对有合并疾病患者的治疗需要依据具体病例以及合并疾病的严重程度和患者的功能状态决定。

BCLC 0-A 期 (极早期 0, 或早期 A)：不适合肝切除治疗

展开全部内容

肝功能不佳，无合并症

一线治疗 肝移植

辅助治疗 经动脉化疗栓塞 (TACE) 和/或射频消融 (RFA) 过渡治疗

肝功能不佳，有合并症：病变 < 2 cm

一线治疗 肝动脉化疗栓塞术 (TACE) 或射频消融 (RFA)

二线治疗 经皮酒精注射 (PEI)

肝功能不佳，有合并症：病变大小为 2-3 cm

一线治疗 肝动脉化疗栓塞术 (TACE) 或射频消融 (RFA)

BCLC B 级：中期

展开全部内容

一线治疗 肝动脉化疗栓塞术 (TACE)

辅助治疗 经皮消融

BCLC C 级：晚期

展开全部内容

一线治疗 索拉非尼或乐伐替尼

二线治疗 瑞戈非尼、纳武单抗、帕博利珠单抗、卡博替尼或雷莫芦单抗 (ramucirumab)

BCLC D 级：终末期

展开全部内容

一线治疗 临终关怀 (+/- 在特定候选患者中进行肝移植)

持续性治疗

复发

展开全部内容

一线治疗 再次评价合适的治疗方法

6. 治疗章节

简洁明确，精准支持，诊疗决策

1 通过“治疗流程”、“治疗步骤”、“最新疗法”等内容，优化治疗方案

2 治疗流程章节可按患者情况、疾病诊断组别和疾病的进展程度对治疗要点进行排列，提供快速、循证、逐步而有针对性的诊疗指导

3 每个治疗流程都对用药方案、手术方案及辅助治疗手段进行详细介绍，便于针对患者的病情获取最相关的分步治疗信息和详细用药方案

新兴治疗

择期内放疗 (SIRT)

然而，使用 Y-90 微球 (SIRT-Y90；半衰期为 2.67 天；组织穿透性：平均 2.5 mm，最大 11 mm) 行选择性内放射治疗可以向肿瘤细胞输送高剂量辐射，同时最大程度减少对周围肝脏组织的附带伤害。几项大型病例系列研究报告，在 Child-Pugh A 级肝硬化合并中期 HCC 的患者中，中位总生存期最长为 18.4 个月。在有门静脉侵犯的 HCC 患者中，预期中位总生存期最长为 10.4 个月。在一项多中心 3 期临床试验中，不能进行手术的局部晚期 HCC 患者 (Child-Pugh 分级 A5 至 B7) 被随机分配接受 SIRT-Y90 或索拉非尼治疗。研究结果发现，两组患者的总生存期无差异。[89] 安全性分析发现，在 SIRT-Y90 组中，不良事件明显更少，生活质量评估结果更好。[89] 在亚洲进行的一项多中心研究报告了相似的结果。[90] 对于中期 HCC 患者，不建议将择期内放疗作为一线治疗。在特殊情况下，对于肝功能正常的肝肿瘤局限性疾病患者，如果不适合 TACE 或全身治疗，则可考虑使用该方法。[4] Cochrane 评价发现没有充分的证据来确定 SIRT 与 TACE 在预后、生活质量和不良事件方面是否存在有意义的差异。[91]

纳武利尤单抗加伊匹木单抗

纳武利尤单抗和伊匹木单抗可能用于在接受索拉非尼治疗时发生病情进展的患者。根据一项针对使用索拉非尼后

成人 2 型糖尿病

概述 理论 诊断 治疗 预防 资源

参考文献

138. Fullerton B, Stebenhoffer A, Jettler K, et al. Short-acting insulin analogues versus regular human insulin for adult, non-pregnant persons with type 2 diabetes mellitus. Cochrane Database Syst Rev. 2018 Dec 17;12(12):CD013226.

全文

摘要

查看所有参考文献

如果血糖水平 ≥ 16.6 mmol/L (≥ 300 mg/dL) 或者如果 HbA1c ≥ 66 mmol/L。这些患者具有明显的低血糖。在没有恶心、呕吐或容量不足的情况下，二甲双胍可用于辅助治疗。

治疗联合基础胰岛素 (例如特赖胰岛素类似物) 是糖尿病前期糖尿病患者、人胰岛素治疗已有足够经验的糖尿病患者增加、调整胰岛素剂量的选择。

Cochrane Library

How do short-acting insulin analogues compare with regular human insulin for adults with type 2 diabetes mellitus?

显示答案

证据表单

在妊娠期糖尿病孕妇中，更严格的血糖控制与分娩时更低的血糖控制，效果如何？

该表单针对临床上述重要问题的指南所依据分析 (以系统综述为基础) 内容进行的总结。

查看指南完整内容

证据 C

进行 GRADE 后，证据可信度非常低或很低。干预措施对于关键结局时对所有更有效的证据更多获益。但是，这并不确定。新证据可能会在未来发生改变。

人群：妊娠期糖尿病孕妇

干预：更严格的血糖控制

比较：相对宽松的血糖控制

结局

效能 (BMJ 评价)

证据可信度 (GRADE)

空腹血糖 < 5.3 mmol/L vs 妊娠期糖尿病患者 ≥ 5.3 mmol/L

ST 段抬高型心肌梗死

概述	理论	诊断	治疗	预防	资源
小结	流行病学 病因学 病史	诊断建议 病史和体格检查 辅助检查 鉴别诊断 诊断标准 筛查	治疗建议 治疗流程 新兴治疗 预防 患者指导	监测 并发症 预后	指南 图片和操作视频 参考文献 医学计算器 证据

最后审阅：20 十二月 2021 最后更新：22 四月 2021

小结

ST 段抬高型心肌梗死 (ST-elevation myocardial infarction, STEMI) 表现为胸部正中疼痛，通常性质较重，如压榨感或紧迫感。患者体征发现各异，从正常到发生心力衰竭的严重不适各有不同。对所有疑似急性冠脉综合征患者均应尽快给予负荷剂量阿司匹林。

当患者出现提示心肌梗死的症状，且至少 2 个前导联导联的 ECG 显示持续性 ST 段抬高时，可做出 STEMI 的初步诊断，应立即开始治疗。

心电图特异的肌钙蛋白升高可确诊，但应立即开始治疗，无需等待实验室检查结果。

即时、快速的再灌注可以预防或最大程度地降低心肌梗死，并提高生存率和恢复率。对于大多数患者而言，最佳治疗选择是直接经皮冠状动脉介入治疗 (percutaneous coronary intervention, PCI)，溶栓治疗仅用于无法及时进行直接 PCI 的患者。

急性 MI 存活者应接受二级预防治疗和密切随访，确保危险因素得到充分改善，并优化 (和从) 药物治疗进行二级预防。同时对 MI 后并发症的预防和监测应进行密切监测。

定义

急性心肌梗死是由于灌注量与需求量的失衡而发生的急性心肌细胞坏死。在 ST 段抬高型心肌梗死 (ST-elevation myocardial infarction, STEMI) 的病程中，这主要由冠状动脉出现完全动脉粥样硬化性阻塞所致。

在具有相应临床表现的情况下，如果在 II-V3 导联以外所有导联中至少两个相邻导联出现新发 (或加重) 且呈持续性的 ≥ 1 mm ST 段抬高，即可作出 STEMI 临床诊断。适用的具体标准如下：[1]

- ≥ 2 mm (40 岁以下的男性)
- ≥ 2 mm (40 岁以上的男性)
- ≥ 1.5 mm (女性，不论年龄大小)

≥ 1 mm = 1 个大方格 (在采用标准校准的 ECG 上为 10 mm/mV)。

相邻 ECG 导联在解剖学上彼此相邻，指示特定的心肌区域。

病史和体格检查

关键诊断因素	其他诊断因素	危险因素
胸痛 呼吸困难 苍白 出汗 完整评估	恶心和呕吐 头晕或头重脚轻感 焦虑和焦躁 心悸 完整评估	吸烟 高血压 糖尿病 肥胖 完整评估

合并症

添加患者合并症，即刻获取定制管理计划。

☐ 高血压
☐ 心力衰竭
☐ 心衰
☐ 卒中
☐ 肾脏病
☐ 哮喘
☐ COPD
☐ 慢性肝病 (CHD)
☐ 糖尿病

显示我的列表

鉴别诊断

- 不稳定型心绞痛
- 非 ST 段抬高型心肌梗死
- 主动脉夹层

更多鉴别诊断

指南

2021 年欧洲复苏委员会指南。

表现为 ST 段抬高的急性心肌梗死患者的治疗

更多指南

医学计算器

预测急性冠脉综合征患者预后的 GRACE 评分

更多医学计算器

7. 证据和文献资源：

透明、清晰地提供可追溯的证据和文献资源

- 1 提供多种直接相关证据和文献资源以保证专题内容的权威性
- 2 专题内容中包含关键文献的标识和链接
- 3 证据标识可链接至知名循证医学信息库 Cochrane Clinical Answers 的知识内容
- 4 包含 90 余项循证医学证据评级列表 (Grade 证据分级列表)，方便了解已知证据的强弱

8. 临床辅助资源：

支持高效率的临床诊疗与终身学习

除专题内容外，还涵盖了 180 余种医学计算器，近 50 段临床操作视频和大量关于学习和实践循证医学的工具与文献



9. 合并症诊疗工具

整体治疗，全面管理

BP 最新发布的合并症诊疗工具，可帮助医生对患者当前急症与固有疾患进行综合考量，从而针对患者整体情况给予全面的治疗和管理，以达成更好的临床结局。BP 是首个、目前也是唯一支持根据患者合并症给出个体化诊疗方案的临床决策支持知识库。

