

BJPsych



Advances

Continuing professional development in psychiatry

Chinese translation of:

Diagnosis and treatment: are psychiatrists choosing wisely?

Daniel Maughan & Adrian James

BJPsych Advances 2017, 23: 9–15

doi: 10.1192/apt.bp.115.015271

Reprints/permissions To obtain reprints or permission to reproduce material from this article, please write to permissions@rcpsych.ac.uk

© The Royal College of Psychiatrists 2017

诊断与治疗：精神科医生是否做出明智选择

Daniel Maughan & Adrian James

Translated by Zhao Zhenru¹, Roger Ho Chun Man¹ (赵振儒, 何振民译)

1. National University of Singapore (新加坡国立大学)

概要：英国的“明智选择”活动目标在于通过增进认识和提倡医患共同决定治疗方案来解决过度应用医疗资源（例如过度诊断，过度治疗）的问题。这个活动让各个医学学会列出一些有争议的医疗干预措施然后通过医患讨论来研究这些干预措施的实际应用。本文旨在指出过度应用医疗资源的问题和介绍英国皇家精神学会“明智选择”活动，讨论为什么出现这种问题，以及“明智选择”活动是否可以成功。

学习目标：

1. 理解“明智选择”活动的目标
2. 定义过度诊断和过度治疗
3. 研究在自己的临床实践中有可能出现的过度应用医疗资源的问题

利益冲突： 无

“如果你想要新的东西，你需要停止做旧的事情” — Peter F. Drucker, 1909–2005

精神科医生的工作充满了艰难的决定。这些决定对患者，治疗团队和更广泛的医疗系统产生着重要影响。对病人做出正确的决定当然应该是首要任务。然而，有许多因素可以正确和错误地影响这些决定。事实上，越来越多的人认识到，许多这些影响因素促使医生做更多的事情 – 诊断更多，更多地临床检查和治疗 (Malhotra 2015)。这篇文章是关于英国一个名为“明智选择”的活动，旨在减少不必要的干预措施，提高对临床实践中发生的过度治疗和过度诊断的认识。(www.choosingwisely.org)

这种过度使用不仅仅是我们的内科和外科同事的问题；也是精神科医生的问题。对精神病学历史的简要回顾显示，精神科医生对过度诊断和过度治疗负有责任，有时甚至对患者造成了灾害性的后果 (Burns 2014)。“明智选择”活动旨在找出目前使用的哪些治疗和检查可能是不必要的，甚至可能是对患者有害。

过度诊断

过度诊断和过度治疗的术语反映了医生作出的决定不带给病人任何利益。过度诊断发生在当“患者被诊断患有某种病症但不会引起任何症状或死亡”时 (Welch, 2011)。Moynihan (2015) 提出过度诊断的原因是“疾病定义[...]被扩大化, 阈值被降低, 诊断过程中没有研究人体的一些变化是否真正造成危害以及人体系统是否可以减轻或中和这些危害”。在某些情况下, 这可能是正常人类感觉被医学化 (Dowrick 2013)。在精神病学方面, 有人认为, 这种情况发生DSM-5 (Wakefield 2012) 抑郁症诊断标准中移除丧亲之痛作为排除标准, 尽管这一改变旨在提高对亲人丧亡期间遭受抑郁症患者的识别。

对于过度诊断的认识开始于对癌症前期状态的相关筛查项目。一个例子就是证据显示多达1/5的妇女根据筛查结果做出的乳腺癌诊断可能不会受到该癌症的伤害 (Moynihan 2013)。在精神病学中, 过度诊断的一个例子可能是美国自闭症诊断最近上升了四倍, 这主要归因于神经发育障碍诊断的重新分类, 而不是病例的真正上升 (Polyak, 2015)。潜在过度诊断的另一个领域是将“危险精神状态”误认为诊断分类而不是科研分类。证据表明, 只有1/5的“危险精神状态”患者随后发生精神疾病 (FusarPoli 2012)。对这种分类的误解造成另外一种诊断从而可能导致该组中的许多人接受不适当地治疗。

过度诊断不是一个单边的问题。有很多例子显示不充分的诊断或治疗也被应用着。事实上, 诊断率增加的原因在于人们对心理健康问题的认识日益增加, 鼓励人们寻求帮助以及人们对提供服务机构的成见减少。英国皇家精神病学院院长Simon Wessely在英国媒体中经常提到对抑郁症低诊断率和低治疗率不能接受 (Bosely, 2014年)。此外, 2015年NHS医疗变化图谱 (Atlas of Variation) 发现在英格兰的各个地区患有严重精神疾病人口的百分比存在三倍的不同 (英国公共卫生 2015)。尽管有很多原因, 但NHS英格兰认为, 某些地区的检测水平需要改进 (英国公共卫生2015)。虽然诊断不足在心理健康方面是一个更为迫切的问题, 精神科医生应该支持旨在改善精神疾病检测的策略, 但过度使用也是一个至关重要的问题, 即使在使用不足这个整体环境下也是如此。这些过程不是相互排斥的。

过度治疗

过度治疗是指以下任何一种 (Hoffman 2009) :

1. 治疗对患者无益
2. 缺乏证据支持治疗
3. 当危害超过益处时
4. 相对于公认的标准, 治疗过于复杂, 持续时间或成本过度

过度治疗的例子很普遍。在美国, 基于保险的医疗支配占主导地位, 预算本质上是无限的, 不同地区的医疗保健成本表明30%的医疗保健资金并没有给病人带来益处 (Berwick 2012)。研究表

明，在英国的所有医疗保健机构中，NHS有大约20%的临床工作对结果没有影响（MacArthur 2012）。尽管NHS 医疗变化图谱（Atlas of Variation）开始提供一些地区临床实践的数据（英国公共卫生 2015），但英国整体的心理保健过度治疗水平没有具体数据。

在精神病学中，过度治疗的原因是多因素的。一个原因可能是过度依赖症状评分。最近的一项研究发现，使用患者健康问卷9（PHQ9）抑郁量表显着增加抗抑郁药处方（调整后OR = 3.80; 95%CI 1.0-13.9）（Jerant 2014）。筛选工具如PHQ9的问题是，在与慢性躯体疾病共患的背景下，它们可以通过包含共患的慢性躯体疾病的症状（例如疲劳）来产生抑郁症不实的高分。所以这也可能导致过度诊断。

过度治疗也可能是由于处方习惯：2009年，英国氟哌丁醇癸酸盐注射液的平均剂量为每2周60毫克（NHS 2009）；然而，Cochrane发现几乎没有证据表明计量高于每4周50毫克会有临床改善（基于3个小样本研究）（Mahapatra 2014）。因此，证据表明，临床有效剂量的最大值远远低于英国临床应用的平均剂量。这可能与这个药物剂量在历史上应用的高得多（Reed 2011）有关。

过度治疗的另一个例子是在老年痴呆症中使用抗精神病药。有充足的证据表明它们可能造成显著的损害（精神卫生国家合作中心 2007）。指南意见认为，只有在非药物干预措施不成功之后才应考虑使用抗精神病药物，因为这些药物的益处仍然不确定（精神卫生国家合作中心 2007）。然而，2012年，对超过10 000例老年痴呆症患者的研究发现，1001例患者接受了6个月以上的抗精神病药物治疗，在过去6个月里，四分之一的患者没有药物治疗反应记录回顾（Barnes 2012）。这表明许多潜在病例开始使用抗精神病药物后，没有疗效后药物也可能没有停止。

自2002年以来，BMJ开展了“太多药物”运动，目的是说服医生成为“去除过度医药的先驱者”，将权力移交给病人，抗拒疾病市场化，并要求更公平的分配有效的治疗方法”（Moynihan 2002）。BMJ发表了许多文章演示过度诊断和过度治疗的证据。例如，在2015年12月，本系列文章讨论了筛查卵巢癌是否真正挽救生命的不明确性（Kmietowicz, 2015）。这一系列文章很少涉及心理健康。一篇文章提到，制药公司对注意缺陷多动障碍症药物的营销策略导致使用量大幅上升（McCarthy, 2013）。另有评论说，最近英国政府的“名字和耻辱”老年痴呆症挑战网站可能会导致全科医生（GP）过度诊断老年痴呆症，以避免出现在名单上（Brunet 2014）。

过度医疗的原因

过度诊断和过度治疗的原因是复杂和多因素的。然而，在每次诊治时候，对医生的影响是明确的。这些包括以下内容：

1. 临床规范：过度和不值得的基本检查也许成了临床规范，比如对所有第一次精神病发作患者进行计算机断层扫描（CT）头部扫描；
2. 时间压力：例如，时间限制不允许详细的病史和查体，因此进行更多的临床检查来排除潜在的状况；
3. 防御性行医：例如，医生建议检查或开始治疗，主要目的是避免诉讼，而不是为了病人受益；

4. 健康数据概念不明：例如，对150名妇科医生进行的一项调查显示，三分之一的人不了解乳房X线照相术检查所造成25%的风险降低的含义；其中许多人相信，如果所有的妇女都被筛检，会减少25%的妇女死于乳腺癌（那么每1000名女性中就有250人的免于死于乳腺癌），而实际上最好的证据估计实际上每2000人中也只减少了1人死于乳腺癌（Malhotra, 2015年）。
5. 患者因素：例如，医生知道治疗无效，但为了避免与患者发生冲突，医生还是开具处方；一项对200名全科医生的调查发现，33%的医生处方抗抑郁药只是因为患者要求，而不是因为临床适应症（精神卫生基金会 2005: p.8）。
6. 制药厂商压力：例如，医药代表鼓励医生开具某种药物，尽管没有证据支持这一选择。

为什么减少过度医疗是重要的

可持续提供高质量的医疗保健对于子孙后代的健康至关重要。给定的医疗服务是否可持续是基于在系统的限制内可以实现什么样的医疗结果。重要的是，这些限制不仅仅是财政，而是在财政，环境和社会三个领域（Maughan 2016）。这三个领域被称为可持续发展的“三重底线”（Savitz 2013）。在财政困难的医疗体系中，财政成本往往主导临床决策。然而，环境和社会成本也是非常重要的。医疗保健是碳排放密集型行业：NHS比一些中型欧洲国家拥有更大的碳排放量（SteenOlsen 2012），是英国公共部门温室气体排放量最大的贡献者（可持续发展单元 2013）。其中大部分由临床因素组成：事实上，药物治疗是NHS（可持续发展单元 2013）碳排放的最大贡献者。医疗卫生的社会成本也非常显著。对于患者，因为急性精神病入院可能导致工作丧失，丧失亲密关系，甚至可能丧失住宿条件。过度诊断和过度治疗导致临床资源浪费。金钱和碳排放被浪费，病人的生活受到不必要地影响，有时甚至是伤害（Moynihan, 2013）。因此，这种过度使用可能会破坏我们医疗系统的可持续性。

在过去十年中，因为对不断增长的不必要或无效临床实践的认识，医疗保健价值观（图1）已经得到发展（Gray 2011）。高价值干预措施几乎没有浪费资源，而低价值或负值的干预措施本身就是资源浪费。在这种情况下，过度诊断或过度治疗应被视为浪费。医疗保健中的价值指的是每花一英镑得到的患者结果（Porter 2010）。然而，价值应该广义上指可持续发展的三重底线。



图 1 价值在医疗行业的体现- 基于财政，环境和社会成本三重底线的可持续模式 (Maughan & Ansell, 2014).

“明智选择”活动

在2012年，美国内科学会（ABIM）发起了第一次明智选择活动。这正是因为人们逐渐意识到医生对美国医疗保健费用的上涨负有部分责任（Wolfson, 2014）。这个活动让各个医学学会提出他们认为本专业内过度使用“前五名”的没有为患者提供任何益处的测试或治疗。从那时起，美国的内科和外科专业学会已经提出了70多个明智选择名单和大约400项建议。随后，这一活动在加拿大被启用，加拿大在2014年期间邀请其他几个国家开始自己的明智选择活动。现在，在几个大陆，超过15个国家，已经开展了自己的明智选择活动，其中也包括在2015年由英国皇家医学院的参与。

明智选择活动的根本前提是通过发展学科内的不必要干预措施名单，各个医学会更加意识到过度诊断和过度治疗的问题。目标在于提高这种意识将使医生和病人之间进行更多的交流，使干预措施真正有必要，并最终减少不必要的干预措施。

明智选择活动只是简单的在于降低成本吗？

2014年，皇家医学院发表的一篇报告的共同作者D. M. 敦促医生审查其临床决定，以减少过度治疗（Maughan 2014）。报告指出，“如果有限的NHS资源用于没有什么益处的昂贵的干预措施，那么我们提供的服务就没有任何价值，我们的资源将被浪费掉。关键在于尽量减少一切形式的浪费。通过这样做，医疗价值和良好的健康结果将得到最大化”。（Maughan 2014: p. 6）报告认为，在具有有限资源的医疗系统中，减少不必要的干预措施的问题成为一个道德的问题：一个病人的过度治疗是另一个病人的延误。

虽然明智选择的倡议最初是为了应对削减美国医疗支出的需要而制定的，这个活动之后被其他一些国家采用了，只是重点稍有不同。在加拿大，他们明智选择活动的理由是不必要的测试和治疗会破坏高质量医疗，潜在地使患者受到伤害，导致更多假阳性的测试结果从而给患者带来压力（加拿大明智选择 2014）。在英国，皇家医学院已经明确表示，该活动不是关于降低成本或拒绝治疗，而是通过减少不必要的干预来提高医疗价值（Malhotra 2015）。

明智选择活动 —— 皇家精神学院项目

2015年6月，皇家医学院要求所有其下属医学院提供应受质疑的医疗干预措施的前五名名单。以下为制定该名单的指南：

1. 应该与本专业相关
2. 它应该对患者和/或NHS产生影响：不必要的干预措施会对患者造成不良影响或浪费NHS资源
3. 应该是有据而依的
4. 学院应积极让患者和公众参与来制定名单

5. 学院应优先考虑那些会产生积极影响的干预措施

6. 该名单应该是可衡量和可实施的。

在皇家精神学院，我们（D. M. & A. J.）领导了一个由院系和部门的代表组成的委员会，包括了病人，家属和循证医学专家。委员会最初通过专家共识提出了12项建议（如表1所列）。2015年9月，向所有皇家精神学院成员发送了一份使用这些建议的调查问卷，询问他们会选择哪五项最重要选项，并要求成员们选择临床实践产生最大积极影响的项目。成员们给出的调查结果不会直接决定最终名单，但会在委员会进行讨论。

超过50%的受访者认为继续使用没有很好治疗效果的抗抑郁药和长期使用苯二氮卓类药物应被列入名单（表1）。结果表明，成员认为在不适当的情况下使用抗精神病药物也应列入名单，如儿童处方，痴呆症患者和氯氮平治疗前联合使用。认为最不应列入名单的是在社区使用的法律授权强制治疗。

委员们在随后的皇家精神学院明智选择活动委员会上讨论了调查结果。皇家医学院对其成员提交的名单进行了比较，并于2016年10月24日发布了在11项专业中的40项建议（见 www.choosingwisely.co.uk）。皇家精神学院的建议如框1所示。

表 1 皇家精神学院明智选择活动调查问卷结果

选项	投票率	投票数
不要在没有特异性指征的情况下，对精神病患者使用CT/MRI头部扫描	39.7	618
不要使用社区强制治疗（CTO）	16.5	257
不要处方缺乏对患者有益证据的心理干预治疗	41.3	643
创伤事件后不要使用简单心理疏导	39.1	609
除非有适应症，否则不得处方苯二氮卓类药物超过1个月	53.3	830
不要开一个月以上的催眠药	43.1	671
不要使用抗精神病药治疗老年痴呆症的行为症状，除非所有其他努力失败或者症状是精神病的直接后果	47.2	735
不要使用抗精神病药物来控制儿童的行为问题	51.1	796
处方抗精神病药物，要首先进行全面的身体检查，并整个过程中监测患者的体重	31.5	490
不要一次使用多种抗精神病药物，除非是在使用氯氮平无作用或部分作用的时候	45.2	703
除了治疗合并症外，不要开处方剂治疗人格障碍患者	42.2	657
如果没有反应，不要继续处方相同的抗抑郁药超过2个月	53.7	836
总数		1557

为什么很难制作前五名名单？

鉴于做出任何临床决策所涉及的复杂性，我们在创建皇家精神学院的“前五名”列表中遇到了很大的困难也就不足为奇。第一，有人担心，如果学院反对过度使用，这可能会掩盖诊断不足和治疗不足的实际问题。这与精神病学特别相关，诊断不足在精神病学领域的问题比其他学科更为突出（Bosely 2014）。然而，这两个问题通常同时发生，医生和公众都应该意识到这一点。

第二，成员提出，病情复杂的患者经常需要应用指南之外的治疗，因为其他治疗（指南内的治疗方案）被尝试但被证明是无效的。担心的是，把这些干预措施放到“前五名”列表中可能会导致“复杂患者”的成功治疗方案遭到批评。

第三，有人担心，如果“前五名”列表太死板，会影响医生根据诊断而且还要对病人及其实际情况做出适当的临床决策所需的专业自主权。然而，尽管允许偏离建议是重要的，但在某些情况下，如果有充足证据来否定某种干预，“不要做”列表可以为讨论停止这种不必要的干预提供了一个论坛。

停止过度医疗 —— 什么是可行的

循证医学已经成功地通过最佳实践来促进医生的临床行为。然而，医学界一直缺乏重要的对话：关于医生应该停止做什么。国立一流卫生保健（National Institute for Health and Care Excellence, NICE）指南在全球受到良好的推崇，提供有关治疗的证据和成本效益的有用信息。NICE现在运行了一个非常有用的数据库——“做和不做的建议”，这是通过从他们的指南中提出“不做”的建议来编制的。皇家医学院发表的报告认为，医生应该在减少医疗资源浪费领域占领导地位（Maughan 2014）。英国医学杂志的“太多医药”活动也提高了国家对过度诊断和过度治疗概念的认识。威尔士政府已经开展了一项旨在减少不必要的临床资源使用的“谨慎医疗保健”活动（www.prudenthealthcare.org.uk）。这些举措是否产生了重大影响尚不清楚。这可能是因为测量过度使用并不容易。NHS医疗变化图谱（Atlas of Variation）已经开始了这个测量过程，但到目前为止只有少数干预措施被覆盖（英国公共卫生 2015）。我们认为，这些变化在很大程度上还是未知数。

美国最近的一项研究（Rosenberg 2015）评估了美国明智选择活动的有效性。分析了自2012年发表以来的3年内使用七种“做与不做”建议的趋势。研究发现，有两种干预方法的使用显著下降：对于头痛的影像学诊断（14.9%降至13.4%； $P < 0.001$ ）和心脏影像学诊断（10.8%降至9.7%； $P < 0.001$ ）。使用三种干预措施并没有减少：术前胸部X线摄像，腰痛的影像学诊断，急性鼻窦炎抗生素治疗。两种干预措施的频率增加：HPV检测（从4.8%增至6.0%； $P < 0.001$ ），使用非甾体抗炎药（NSAIDs）（14.4%增至16.2%； $P < 0.001$ ）。作者得出结论，需要采取额外的干预措施，以确保成功实施“明智选择”建议，包括“更大的反馈，医师沟通培训，电子病历中的临床决策支持和患者为重心的治疗”（Rosenberg, 2015）。其他人则建议，为了成功，临床医生团体必须接受和支持明智选择和[...] [策略实施]，使临床医生更容易遵循明智选择的建议（McCarthy, 2015）。

在我们看来，只有患者从一开始就参与，明智选择活动才会有效。这是因为有很多证据表明，共

同决策的概念是解决过度使用的高效策略 (Mulley 2012; McCaffery 2016)。Cochrane对115项随机对照试验进行了综述,发现使用患者“决策辅助工具”可提高患者的知识水平,提高患者的风险感知准确性,提高决策参与度,降低手术需求 (Stacey, 2014)。有证据表明,共同决策的技能培训导致呼吸道感染中不适当的抗生素使用减少 (Coxeter 2015),并更好地了解乳房筛查过度检测的风险 (Hersch 2015)。因此,明智选择活动成功的基础是与公众和患者沟通。

结论

停止过度医疗是困难的。它需要比引入新干预措施更广泛的方法。相反,这需要观念的转变。“前五名”列表旨在为某些干预措施提供专业意见,以强调过度诊断和过度治疗的问题。恰当的媒体关注以及充分的病人和公众的参与是需要的。理想情况下,公众会将“明智选择”视为经过认可和接受的明智理想临床实践的“品牌”。但最重要的是,为了取得成功,医患共同决策必须成为医学的新口号。

框 1 皇家精神学院明智选择建议

1. 在抑郁症的治疗中,如果处方的抗抑郁药在2个月治疗范围内只有极少或没有反应,应该进行重新审视和换药,或者添加另一种抗抑郁药。
2. 当使用长期抗精神病药物治疗精神分裂症患者时,应与所有相关人员讨论口服药物与长效注射药物相比的好处和危害。
3. 对于正在计划怀孕或已怀孕的妇女不应该为精神障碍服用丙戊酸,除非有治疗抵抗和/或非常高危的临床情况。
4. 当精神病的诊断已经确定,CT或MRI头部扫描只适用于症状或体征提示有神经科的病症。

参考文献

- Barnes TRE, Banerjee S, Collins N, et al (2012) Antipsychotics in dementia: prevalence and quality of antipsychotic drug prescribing in UK mental health services. *British Journal of Psychiatry*, 201: 221–6.
- Berwick DM, Hackbarth AD (2012) Eliminating waste in US health care. *JAMA*, 307: 1513–6.
- Bosely S (2014) Two-thirds of Britons with depression get no treatment. *The Guardian*, 13 August (<http://www.theguardian.com/society/2014/aug/13/two-thirds-britons-not-treated-depression>). Accessed 14 October 2016.
- Brunet M (2014) Targets for dementia diagnoses will lead to overdiagnosis. *BMJ*, 348: g2224.
- Burns T (2014) *Our Necessary Shadow: The Nature and Meaning of Psychiatry*. Pegasus Books.

- Choosing Wisely Canada (2014) What Is CWC? CWC (<http://www.choosingwiselycanada.org/about/what-is-cwc>). Accessed 26 October 2016.
- Coxeter P, Del Mar CB, McGregor L, et al (2015) Interventions to facilitate shared decision making to address antibiotic use for acute respiratory infections in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 11: CD010907.
- David A, Adams CE, Quraishi SN (1999) Depot flupenthixol decanoate for schizophrenia or other similar psychotic disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2: CD001470.
- Dowrick C, Frances A (2013) Medicalising unhappiness: new classification of depression risks more patients being put on drug treatment from which they will not benefit. *BMJ*, 347: f7140.
- Fusar-Poli P, Bonoldi I, Yung AR, et al (2012) Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Archives of General Psychiatry*, 69: 220–9.
- Gray JAM (2011) *How to Get Better Value Healthcare*. Oxford Press.
- Hersch J, Barratt A, Jansen J, et al (2015) Use of a decision aid including information on overdetection to support informed choice about breast cancer screening: a randomised controlled trial. *Lancet*, 385: 1642–52.
- Hoffman A, Pearson SD (2009) “Marginal medicine”: targeting comparative effectiveness research to reduce waste. *Health Affairs*, 28: w710–8.
- Jerant A, Kravitz RL, Garcia EY (2014) Potential antidepressant overtreatment associated with office use of brief depression symptom measures. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 27: 611–20.
- Kmietowicz Z (2015) Whether screening for ovarian cancer saves lives is still unclear despite large trial. *BMJ*, 351: h6876.
- MacArthur H, Phillips C, Simpson H (2012) *Improving Quality Reduces Costs: Quality as the Business Strategy*. 1000 Lives Plus.
- Mahapatra J, Quraishi SN, David A, Sampson S, Adams CE (2014) Flupenthixol decanoate (depot) for schizophrenia or other similar psychotic disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 6: CD001470.
- Malhotra A, Maughan D, Ansell J, et al (2015) Choosing Wisely in the UK: the Academy of Medical Royal Colleges’ initiative to reduce the harms of too much medicine. *BMJ*, 350: h2308.
- Maughan D, Ansell J (2014) *Protecting Resources Promoting Value: A Doctor’s Guide to Cutting Waste in Clinical Care*. Academy of Medical Royal Colleges (http://www.aomrc.org.uk/wp-content/uploads/2016/05/Protecting_Resources_Promoting_Value_1114.pdf).
- Maughan DL, Lillywhite R, Cooke M (2016) Cost and carbon burden of long-acting injections: a sustainable evaluation. *BJPsych Bulletin*, 40: 132–6.
- McCaffery KJ, Jansen J, Scherer LD, et al (2016) Walking the tightrope: communicating overdiagnosis in modern healthcare. *BMJ*, 352: i348.
- McCarthy M (2013) ADHD drug makers move to expand into adult market. *BMJ*, 347: f7581.
- McCarthy, M (2015) US Choosing Wisely campaign has had only modest success, study finds. *BMJ*, 351: h5437.
- Mental Health Foundation (2005) *Up and Running? Exercise Therapy and the Treatment of Mild or Moderate Depression in Primary Care*. Mental Health Foundation.
- Moynihan R, Smith R (2002) Too much medicine? Almost certainly. *BMJ*, 324: 859–60.

- Moynihan R, Glasziou P, Woloshin S, et al (2013) Winding back the harms of too much medicine. *BMJ*, 346: f1271.
- Moynihan R (2015) Preventing overdiagnosis: the myth, the music, and the medical meeting. *BMJ*, 350: h1370.
- Mulley A, Trimble C, Elwyn G (2012) *Patients' Preferences Matter: Stop the Silent Misdiagnosis*. King's Fund.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2007) *Dementia: The NICE–SCIE Guideline on Supporting People with Dementia and Their Carers in Health and Social Care* (National Clinical Practice Guideline 42). British Psychological Society and Gaskell.
- NHS (2009) *Antipsychotic Drugs*. NHS Business Services Authority
(http://www.nhsbsa.nhs.uk/Documents/Apr_-_Jun_2009_-_Antipsychotic_drugs.pdf).
- Polyak A, Kubina RM, Girirajan S (2015) Comorbidity of intellectual disability confounds ascertainment of autism: implications for genetic diagnosis. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 168: 600–8.
- Porter ME (2010) What is value in health care? *New England Journal of Medicine*, 363: 2477–81.
- Public Health England (2015) *The NHS Atlas of Variation in Healthcare: Reducing Unwarranted Variation to Increase Value and Improve Quality*. Public Health England.
- Reed P, Fanshawe T (2011) The effects of dose of flupentixol decanoate on relapse rates in schizophrenia. *The Psychiatrist*, 35: 293–6.
- Rosenberg A, Agiro A, Gottlieb M, et al (2015) Early trends among seven recommendations from the Choosing Wisely campaign. *JAMA Internal Medicine*, 175: 1913–20.
- Savitz AW (2013) *The Triple Bottom Line: How Today's Best-Run Companies are Achieving Economic, Social and Environmental Success and How You Can Too*. John Wiley & Sons.
- Stacey D, Légaré F, Col NF, et al (2014) Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1: CD001431.
- Steen-Olsen K, Weinzettel J, Cranston G, et al (2012) Carbon, land, and water footprint accounts for the European Union: consumption, production, and displacements through international trade. *Environmental Science & Technology*, 46: 10883–91.
- Sustainable Development Unit (2013) *Carbon Footprint Update for NHS in England 2012*. SDU.
- Wakefield JC, First MB (2012) Validity of the bereavement exclusion to major depression: does the empirical evidence support the proposal to eliminate the exclusion in DSM-5? *World Psychiatry*, 11: 3–10.
- Welch HG, Schwartz L, Woloshin S (2011) *Overdiagnosed: Making People Sick in the Pursuit of Health*. Beacon Press.
- Wolfson D, Santa J, Slass L (2014) *Engaging physicians and consumers in conversations*

多项选择题（选择最佳选项）

1. 过度诊断是：

- a 在一个病人身上做出太多诊断
- b 有太多的鉴别诊断
- c 诊断不会造成任何症状或死亡的疾病
- d 对病人做出错误诊断
- e 对病人过多治疗

2. 下列哪项没有描述过度治疗？

- a 当治疗没有给患者带来任何好处时
- b 当治疗给患者带来害处时
- c 当缺乏证据支持治疗时
- d 当相对于公认标准的治疗过于复杂时
- e 当治疗时间或成本相对于公认标准过度时

3. 可持续发展的三重底线是：

- a 财政，环境，社会
- b 价值，品质，时效性
- c 财政，社会，技术
- d 品质，安全性，同情心
- e 安全，品质，廉洁

4. 医疗保健的价值指的是：

- a 医生的个人价值
- b 病人的个人价值

- c 服务的财政价值
- d 在医疗领域每投资一英镑得到的健康结果
- e 医疗健康领域更好的投资

5. 明智选择活动是：

- a 一个提高医生智慧的活动
- b 一个增进对于过度诊断和过度治疗认识的活动
- c 一个帮助医学生职业规划的活动
- d 一个政府降低成本的活动
- e 一个让医生处方更多药物的活动

答案：1. c, 2. b, 3. a, 4. d, 5. b