

درماتولوژی مبتنی بر شواهد: رفع شبهه‌ای شایع

سردبیر محترم

همانگونه که قرار بود به تدریج به رفع شبهات مطرح پیرامون رویکرد پزشکی مبتنی بر شواهد (evidence-based medicine [EBM]) پرداخته شود^۱ و به دنبال پی بردن به وجود شبهه‌ای در ارتباط با EBM نزد برخی همکاران، دستیاران رشته‌ی تخصصی بیماری‌های پوست و دانشجویانی که طی همایش‌ها یا زمان برگزاری کلاس درس با آن‌ها صحبت داشتم، تصمیم گرفتم با نگارش این توضیح کوتاه نسبت به رفع این شبهه شایع گام بردارم.

با آنکه نزدیک به سه دهه از شکل‌گیری EBM در قالب امروزی آن می‌گذرد^۲، این شبهه که به سطح شواهد براساس سلسله‌مراتب (hierarchy) آن‌ها باز می‌گردد و در اشتباه‌گرفتن «وجود نداشتن بهترین شواهد»، نظیر مطالعات مرور نظام‌مند کارآزمایی‌های بالینی با کیفیت خوب در خصوص مداخلات درمانی، «با نبودن شواهدی برای یک مداخله» ریشه دارد، کماکان مشاهده می‌شود. نکته‌ی مهم آن است که اساساً سطح‌بندی شواهد با هدف کمک به رسالت اصلی EBM یعنی «ترکیب دانش، مهارت و تجربه‌ی تخصصی با بهترین شواهد حاصل از پژوهش و توجه به ارزش‌ها و ترجیحات بیماران برای یاری پزشکان و بیماران در دستیابی به بهترین مراقبت ممکن برای تک‌بیماران»، انجام شده است^{۳-۵}؛ بنابراین «بهترین شواهد موجود حاصل از پژوهش» صرفاً به مفهوم «وجود بالاترین سطح شواهد» نیست، بلکه «بهترین شواهد موجود» ممکن است شواهدی در سطوح پایین‌تری از «بالاترین سطح شواهد» باشند. به عبارت دیگر در صورت وجود نداشتن «بالاترین سطح

شواهد» برای یک مداخله، سطح بعدی شواهد (ولو اینکه بالاترین سطح شواهد نباشد) است که در اینجا «بهترین شواهد موجود» در نظر گرفته می‌شود. مثلاً در صورتی که برای درمان یک بیماری مشخص مروری نظام‌مند بر کارآزمایی‌های بالینی با کیفیت خوب وجود نداشت، سطح بعدی شواهد که «کارآزمایی بالینی با کیفیت خوب» است باید به‌عنوان «بهترین شواهد موجود» مورداستفاده قرار گیرد. در غیاب هر سطح از شواهد، این پایین‌رفتن در سلسله‌مراتب شواهد باید ادامه یابد تا جایی که به پایین‌ترین سطح شواهد یعنی «تجربه یا نظر شخصی» برسیم. پس ممکن است برای برخی از بیماری‌های نادر که در رشته‌ی تخصصی ما کم هم نیستند، «بهترین شواهد موجود» مواردی مانند یک گزارش موردی (case report) یا حتی نظر شخصی همکاری که تجربه‌ای در آن مورد دارند، باشد.

کلیدواژه‌ها: پزشکی مبتنی بر شواهد، درماتولوژی، بیماری‌های پوست
 دکتر علیرضا خاتمی
 مرکز آموزش و پژوهش بیماری‌های پوست و جذام، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
 نویسنده‌ی مسئول: دکتر علیرضا خاتمی
 تهران، خیابان طالقانی، نبش خیابان شهید نادری، شماره‌ی ۴۱۵، مرکز آموزش و پژوهش بیماری‌های پوست و جذام

Email: akhatami@tums.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۰۹/۱۱

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۰/۰۱

References

1. Khatami A, Firooz A. [Evidence-based dermatology: It is open to debate!] *Dermatology and Cosmetic* 2015;6:180-2. [Persian]
2. Khatami A. [In memory of Dr. David L. Sackett (1934-2015)]. *Dermatology and Cosmetic* 2015; 6: 75-8. [Persian]
3. Khatami A, Rahnama N. [A critical review of evidence-based medicine: The need for moving toward real evidence-based medicine]. *Dermatology and Cosmetic* 2016;7: 101-14 [In Persian]
4. Firooz A, Khatami A. [A review on evidence-based medicine]. *Iran J Dermatol* 2004; 7:101-11. [Persian]
5. Evidence Based Medicine Working Group. Evidence based medicine. A new approach to teaching the practice of medicine. *JAMA* 1992;268:2420-5.

Evidence-based dermatology: Clarifying a common misunderstanding

Alireza Khatami, MD, MSc(PH),
MScMedEd

Center for Research and Training in Skin
Diseases and Leprosy, Tehran University
of Medical Sciences, Tehran, Iran

I commonly meet colleagues, resident dermatologists, and medical students who have a misunderstanding about an important point of evidence-based medicine (EBM). Their problem is rooted in their misinterpretation of the "highest level of evidence" and "current best evidence". They usually do not differentiate the crucial difference between the two. Indeed, if they cannot find the "highest level of evidence" for a certain disease, they interpret it as "not having the current best evidence".

It is important to remember that when the "highest level of evidence" cannot be found, the next level of evidence will be considered as the "best current evidence". For example, if there is no systematic review of homogenous, high quality randomized controlled trials for the treatment of a certain disease, the next level, i.e. high quality randomized controlled trial(s), will be "the current best level of evidence". So, there is a need for looking for lower levels of evidence when we could not find the higher ones. Rare diseases are common in dermatology, in many cases the "current best evidence" may be limited to a case report or a colleague's experience.

Keywords: evidence-based medicine, dermatology, skin diseases

Received: Dec 01, 2016 Accepted: Dec 21, 2016

Dermatology and Cosmetic 2016; 7 (4): 228-230

Corresponding Author:

Alireza Khatami, MD, MSc(PH),
MScMedEd

No. 415, Taleqani Avenue, Tehran, Iran
Email: akhatami@tums.ac.ir

Conflict of interest: None to declare