

· 思路与方法学 ·

名老中医专家意见在中医药临床实践
指南制订中的应用

常文婧 刘建平 陈 薇

摘要 名老中医专家意见在中医循证证据体系中不可或缺,然而国外对于此类证据不够重视,笔者系统梳理了国际指南制订及发布机构中对专家意见的态度和看法,结合国内名老中医意见在中医药证据体系的研究现状,探讨了国外专家意见与国内名老中医意见之间的异同,总结出名老中医意见在指南制订领域的独特价值与意义,以及在中医药临床实践指南制订过程中几个环节的应用,如确定临床问题、明确疾病的证候分型以及解读证据条目等,并且当某些疾病领域证据不足时可以作为专家证据使用。

关键词 专家意见;中医药;临床实践指南

The Role of Expert Opinion of Prestigious Chinese Medicine Doctors in the Development of Clinical Practice Guidelines for Chinese Medicine CHANG Wen-jing, LIU Jian-ping, and CHEN Wei Center for Evidence-based Medicine, Beijing University of Chinese Medicine, Beijing (100029)

ABSTRACT Though Western Medicine do not pay much attention to expert opinion, expert opinion of prestigious Chinese medicine (CM) doctors are indispensable in CM evidence-based evidence. We systematically reviewed the attitudes and views of distinguished international guideline developing institutions to expert opinion. Combined with the research status of the expert opinion in CM, this study analyzed the similarities and differences in expert opinion/experience between CM and Western medicine, and summarizes the professional value and significance of expert opinion of prestigious CM doctors, as well as the application of several steps in the development of clinical practice guidelines for CM, such as to determine the clinical questions, identify the syndrome type of the disease and interpret items of evidence, etc. At the same time expert opinion may be used as expert evidence when certain areas of disease are lack of evidence.

KEYWORDS expert opinion; Chinese medicine; clinical practice guidelines

随着临床流行病学和循证医学在国内的引入与发展,中医药临床实践指南制订及发布的数量在快速增长,指南的质量也在不断提升。然而,如何处理名老中医专家意见,是中医指南在证据分级和形成推荐意见阶段所面临的独特挑战^[1]。

目前,国际上常用的证据分级方法均是建立在现代西医学体系之上。西医学的临床证据主要来自于最新的临床研究,重视大规模、多中心的随机对照试验的证据,但对专家意见的评价较低。其证据评价系统虽然有其先进性和广泛的认可度,但是直接照

搬应用于传统中医药独特的医疗体系中往往难以适用^[2]。传统中医药学以经典古籍为理论基础,以古今医家经验总结为临床决策的参考依据,在中医临床实践中有重要的指导意义,是中医药临床证据体系中的重要组成部分。近现代医家融会贯通古籍文献与现代研究并结合多年的临床经验,其意见建议往往较为成熟,是中医临床医师借鉴的重要依据。若能科学获取医家的意见,并对其进行恰当的评价再加以总结,在现代临床研究证据不足或质量不高等情况下,或许可以为中医药临床实践指南的制订提供一类独特的证据。

笔者就国内外指南制订领域对专家意见态度的发展过程进行梳理以及就如何获取、总结、评价医家意见的方法进行探索性研究,以期提供将专家意见融入中医药临床证据体的方法,完善中医药临床实践指南的制订方法,建立符合中医药特色的证据分级和推荐

基金项目:国家自然科学基金资助项目 (No.81830115)

作者单位:北京中医药大学循证医学中心 (北京 100029)

通讯作者:陈 薇, Tel: 010-64286757, E-mail: chenweibucm@

163.com

DOI: 10. 7661/j. cjim. 20220809.087

意见等级体系。

1 国内外对于“专家意见”的态度

1.1 专家意见在国际证据分级体系中的位置

在目前现有的国际证据分级体系中,“专家意见”基本被列为低级证据,或根本不被纳入证据分级中。

1979年,加拿大定期体检特别工作组(Canadian Task Force on the Periodic Health Examination, CTFPHE)首次提出医学证据分级体系,基于研究设计类型将证据分为三级,权威人士的意见为最低等级^[3]。1992年美国卫生保健政策研究所(Agency for Health Care Policy and Research, AHCPR,现更名为 Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ)将医学证据分为4个等级,将专家委员会的意见以及权威人士的经验列为最低等级证据^[4]。1996年英格兰北部循证指南制定项目(North of England Evidence Based Guidelines Development Project, NEEBGDP)将证据分为3级,基于非对照研究与共识的建议并列为最低级证据^[5]。2000年英国牛津循证医学中心(Oxford Centre for Evidence-based Medicine, OCEBM)推出新的证据分级体系,基于经验而未经严格论证的专家意见为最低等级^[6]。2001年,苏格兰院际指南网络(The Scottish Intercollegiate Guidelines Network, SIGN)将证据等级和推荐强度均分为四个等级,专家意见被列为最低等级^[7]。同年,美国纽约州立大学下州医学中心发布了证据金字塔(又称“新九级证据”),首次纳入动物研究和体外研究,专家意见仅高于这2种研究证据^[8]。此外,1986年David Sackett证据分级^[9]、2000年澳大利亚国家健康与医疗研究委员会(National Health and Medical Research Council, NHMRC)^[10]制定的证据分级标准,以及后来较为权威的2004年GRADE证据分级标准^[11],均未纳入专家意见或经验。

1.2 国外指南制定者对“专家意见”的态度

在循证医学诞生之初,人们为了推翻固有的医疗程序,普遍主张研究证据优于专家经验,指南制定者开始质疑专家意见得出的推荐意见对临床的指导作用,比如有研究发现期刊的综述或教科书中的专家意见会推荐一些无效或可能有害的疗法,因此开始强调科学证据在指南制定中的重要性^[12]。1992年,Woolf SH^[13]提出,无论采用正式还是非正式的专家意见达成的共识来制定指南,其方法都不够科学明确,其有效性存在明显的局限性,应当采用科学证据与专家意见相结合的形式来总结临床诊疗手段的益处与危害。2001年,Rycroft-Malone J^[14]认为,指南制

定者应当采用临床研究、专家意见和患者体验三者相结合的形式制定指南,并且需要说明是如何结合的。2006年Oxman AD等^[15]明确指出,专家意见不是一种研究设计,不应该被作为证据使用,而那些产生专家意见的基础(即医生的临床经验或观察所得到的数据)可以作为证据,但必须以系统和透明的方式加以识别和评价。2008年,GRADE工作组进一步表示,将“专家意见”归为证据分类会造成混乱^[16]。2011年,GRADE工作组再次强调专家意见不是证据,指南制定人员应发现并明确专家意见所基于的“证据”,并帮助专家理解“证据”的内容^[17]。2015年,Levin A等^[18]指出,在缺乏证据时,指南作者应该生成一个有关建议的问题清单,包括研究设计的细节,从而促进临床研究的设计与实施,而不是撰写基于专家意见的建议。2019年,Schünemann HJ等^[19]首次撰文提出了专家意见与专家证据的概念,将专家证据定义为从对某一领域有知识或技能的人那里获得的观察结果或经验,指出专家证据和专家意见之间的区别类似于研究结果和作者结论之间的区别(表1)。

表1 专家意见与专家证据的区别

项目	专家意见	专家证据
本质	对某事形成的观点或判断,不一定基于事实	用于支持结论的事实
举例	前列腺切除术是有效的	给100名前列腺癌患者做了手术,他们均未死于前列腺癌
来源	通过系统化或非系统化收集的结果或经验,包括对结果的主观解释	采用系统化的、透明的方法识别、选择、评估、综合和呈现
有无利益冲突	经常有	无或很少

但是,另一方面,也有些指南制订者开始发现,由于各种因素造成在某些领域证据稀缺或质量不高,如研究所需人力和财力巨大,广泛开展研究存在限制等,此时无法使用高质量证据制订指南。当认识到这些缺陷之后,人们开始尝试将集体的专家意见或经验与有限的研究证据结合起来。2013年,Eibling D等^[20]认为,当现有证据稀缺或质量不高时,临床实践指南建议中应考虑专家意见,引入集体的专家意见可增强最终指南的公信力。2014年,Hofmeijer J^[21]认为,专家意见在以下阶段均发挥了作用:(1)确定临床问题和提出关于潜在有益的诊断或治疗的假设阶段;(2)研究设计和完成阶段;(3)对研究结果的解释阶段。但是,2017年,Ponce OJ等^[22]等通过调查显示,在使用了专家意见作为建议的指南中通常(91%)都未明确报告使用专家意见的理由,只有少数(8.7%)以缺乏证据作为理由。

因此,有学者开始探讨如何使用科学的方法对专家经验或意见进行调查和收集。有些研究已经采用一些方法,以系统观察的名义给专家发放问卷,收集专家在过去治疗相关疾病的数据,整理后提交给指南制订人员,以作为提出建议的证据基础的一部分^[23, 24]。2018 年, Hohmann E 等^[25]提出应该以科学的、高质量方法对专家进行调查,如基于德尔菲法得到的专家集体经验作为提高患者疗效的工具是有价值的。2021 年, Mustafa RA 等^[26]等指出当证据不足时,指南制订小组应寻求各种办法,对专家组成员的集体经验进行系统的梳理和总结,同时进行了一次专家证据调查。但即便如此,专家意见或经验在国际指南制定的过程中仍未占据主导地位。

1.3 国内指南制定者对“专家意见”的态度

在 2008 年,有学者提出制订中医学指南时文献检索范围不仅包括近现代的检索,还应重点检索中医特色文献,包括古代文献、医案医话专家经验等内容^[27];后有多位国内指南领域研究者^[28-30]提出以上观点,并补充了现代名医经验证据的收集方法,如可将知名专家姓名作为检索词进行检索^[28],或查阅名医撰写的专著,以及以问卷形式向专家进行调研等^[30]。2017 年,宋海阔等^[31]提出制订中医治未病实践指南需以专家共识为依据,当现代文献不足或质量较低时,古代文献及现代名医经验的权重系数应相对增高。2020 年,《中成药临床应用循证指南》制订工作组^[32]明确指出在检索现代文献的同时应重视古代经典医籍、名老中医专家经验、医案医话等文献。2022 年,陈耀龙等^[33]在《中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则(2022 版)》也表示“需清楚记录推荐意见在共识过程中被修改的情况,特别是当证据质量低或缺乏直接证据时,专家意见和专家证据在其中发挥的作用”。

2 名老中医专家意见在制订中医临床实践指南过程中的重要性

中西医属于两种不同的学术体系,相比西医强调临床实践来源于证据,中医学根植于几千年的经验积累,发展过程中不同的专家经验逐渐形成不同的医学流派,因此中医学十分强调经典古籍文献及医家经验对临床实践的指导作用^[34, 35]。实际上,名老中医专家意见和其医家经验密不可分,名医意见来源于医生的经验及其既往获取的研究结果,是经验的主要体现形式。名医经验是中医药临床证据体系的重要组成部分,这可能是现代临床研究证据无法替代的。如何把医家经验纳入证据分级体系,国内众多学者也进行了

多年的尝试与探索,提出了不同的分级体系,表 2 总结了专家意见或经验在不同中医药证据体系中的等级位置。可见,虽然这些体系中都对于名老中医意见或经验进行了肯定,但均未对其进行明确的界定,也未描述具体的收集经验的方法,且评级也存在不一致的情况。笔者认为,判断专家意见是否可以作为证据,关键在于是否可以保证其疗效的“可重复性”。国外指南中的“专家意见”来源于现代临床医生自身的经验,由于其个人治疗的患者数量有限,患者自身特点不同,且可能存在回忆偏倚等问题,其疗效往往难以确定,即可能无法在别的患者身上重复,这是其作为最低级别证据的主要原因,故难以直接作为循证医学的证据使用。

中医药领域名老中医是一批精于中医学理论、临床、科研工作,并有很深理论造诣和临床经验的人,是将中医学理论、前人经验与当今临床实践相结合的典范。中医药名老中医专家意见不仅基于他们个人的临床经验,也基于他们从广泛的渠道学习、交流、传承所得的知识。这种知识的广度和深度远远超出固有的教科书知识,以及随着经验的积累,名老中医对疾病病情变化的预知程度或许要比一本指南敏锐得多。例如在 2019 年底突发的新冠肺炎(COVID-19)疫情防控中,由于缺乏现代研究证据,疫情一线医生通过名老中医经验结合具体病例准确分析,快速掌握其辨证要点以及处方思路,在抗击疫情一线起到了重要的作用,名老中医丰富的诊疗经验也为新冠疫情防治指南的制订提供了宝贵的借鉴与参考^[36]。

3 名老中医专家意见在中医药临床实践指南制订中的应用

笔者认为,名老中医专家意见在中医药指南制订中可以有两个层面的应用,首先是在整个指南制订过程中,对于确定临床问题、明确中医证候以及对证据的解读等方面,以实现从证据到推荐的有效转化;另一方面,在很多疾病领域,当很难获取足够的证据去制订一份指南时,可以考虑纳入专家经验性证据,处理病例系列、非随机对照研究等研究数据的方式来处理这些专家经验性证据,或许可以将其在五级证据体系当中的最低级位置提高到Ⅳ级证据—病例系列等研究中,那么就可以增加指南中此类推荐意见条目数量以提高权重。

3.1 应用一:实现从证据到推荐的有效转化

3.1.1 确定临床问题 确定临床问题是指南制订的第一步,问题的确立会对最终的推荐意见产生重要影响,因而确保这一步的正确性至关重要^[43]。中

表 2 国内中医药证据评价分级体系中对专家意见 / 经验的分级

制定者	特点	证据级别	专家意见 / 经验级别	描述
刘建平 2007 ^[37]	基于五级证据体, 并结合中医药临床实践特点提出针对中医药的临床证据分级建议	I、II、III、IV、V	V	未经系统研究验证的专家观点和临床经验, 以及无长期在临床上广泛运用的病例报告和史料记载的疗法
李敬华 2009 ^[38]	以辨证论治作为评价第一要素, 建立中医治疗文献证据等级体系	I a、I b、I c、I d、II、III	I c	辨证论治的专家经验总结、记录者和专家层次高
王阶 2010 ^[39]	通过“中医证据来源专家调查问卷”的结果, 结合国内外既往的证据评价体系, 所得的中医临床证据分析与评分体系, 将四大经典、国家标准与系统评价列为最高等级证据	I a、I b、II a、II b、III、IV	II b	经系统整理过的名老中医经验 (以国家中医药管理局确认的名老中医为准)
汪受传等 2013 ^[40]	根据“Delphi 法证据分级标准”修订的中医文献证据分级标准, 强化了古代名家经验在循证中医临床实践指南中的地位	I、II、III、IV、V	III、IV、V	基于古今文献的中医专家共识为 III 级; 当代中医专家共识为 IV 级; 专家观点为 V 级
衷敬柏 2016 ^[34]	基于朝代划分, 东汉及东汉之前的著述等级最高	I a、I b、II、III a、III b、IV a、IV b	III a	近现代 (民国—当代) 名中医著述
钱静华等 2018 ^[41]	将经典医籍医案及名家经验作为一类特殊的证据体系分为四个等级	一级、二级、三级、四级	三级、四级	国医大师、全国名中医经验集为 III 级; 专家经验集为 IV 级
陈薇等 2019 ^[42]	在刘建平 2007 的基础上加以更新, 将古籍文献等特色证据排除, 建立中医药临床研究证据的分级标准	I、II、III、IV、V	V	非规范化专家共识、经验总结

医指南制订人员在实际制定过程中, 常通过文献检索或小范围的临床医师调研来确定临床问题, 这样执行起来虽然省时省力, 但并未最大程度地考虑到指南使用者的需求, 所构建的问题也难以达到饱和。根据国际通行做法, 构建临床问题通常按照 PICO 原则^[44]: P (patient or population), 研究对象、患者或人群; I (intervention), 干预措施; C (comparison), 对照措施; O (outcome), 结局即干预措施的诊疗效果。在研究对象方面, 中医强调个体化治疗, 名老中医在确定疾病的中医诊断标准方面常更符合中医传统诊疗理念和临床实际; 在干预措施以及患者的结局方面, 名老中医对疾病的发生、发展及变化规律有较为系统的把握, 会更加明确干预切入点, 清晰疾病的预后方向, 为指南日后的修订完善提供有力的支持。

3.1.2 明确疾病的证候分型 疾病的证候是中医学理论体系的重要组成部分, 是中医辨证的结果和论治的依据^[45]。如何建立规范的诊断标准和完整的证候体系, 是制订中医药临床指南的必经步骤和难点。有的指南制订者通过检索文献来确定疾病的证候分型。然而, 从已有文献或研究中获取到的证型往往过于陈旧或不够完整, 而且检索到的文献往往基于单个中心或医院的数据, 代表性较差。此时, 名老中医在确定疾病证候方面可以提供更加丰富且详细的建议。指南制订人员可以索取或调查他们过去的临床经验数据, 询问他们在此领域治疗过该病的数量以及各种可能证候的患者数量, 以此来判断名老中医意见具有多大的权威性, 再通过众多的名老中医专家经验集

来达到共识, 这种从名老中医专家经验中确定疾病证候分型的做法可能较为科学、合理。

3.1.3 解读证据条目 中医药指南不仅要体现国际通行的指南共性, 又要突出中医学的特色和优势, 中医药指南中独有的方剂、针灸等多种干预措施实施的细节如使用环境、操作手法、注意事项等, 都离不开名老中医的指导, 在指南制订形成推荐意见条目的相关说明时可将名老中医意见纳入考量, 以提高指南的适用性和可实施性。另外, 医学本身的金标准在于临床疗效, 干预措施的临床疗效对于不同体质的人可能有所不同, 那么其结局也会不同。名医专家可以解释某些经验性的临床现象与疗效, 为指南制订工作提供证据及相关疗效的临床解释与咨询, 为临床医师评估疗效及安全性提供意见。

3.2 应用二: 证据不充分的情况下提供专家经验性证据 目前国外已有指南尝试在临床研究证据缺乏的情况下, 采用问卷调查的方法, 收集专家在过去治疗某疾病的数据, 以此作为专家证据使用^[23, 24]。国内也有研究采用临床资料作为医家经验证据, 比如在制订新冠肺炎指南中^[46]。当古籍文献与现代研究证据质量不高或缺乏的时候, 名老中医意见及经验往往起着举足轻重的作用。但是, 不同的医家经验其可靠程度并不相同, 因此在指南推荐意见数量占比也应不尽相同。名老中医经验既传承了经典的中医学理论, 又在实践中进行了广泛传播和运用, 并可以提供临床疗效的有效性证据, 那么可以适当提高其证据的等级。若名医专家在参与指南制订过程中提出合理的、

有中医学理论支持的意见,但该意见仅由医家个人知识转化而来,未提供支持其观点的“证据”,那么指南中关于此类的推荐意见数量占比不应超过 5%。如果专家在提出意见的同时能给出支持其意见背后的“证据”,且该证据包含了临床实践的数据,可以在制订指南的共识会议上就其提供的个人经验证据参与讨论。这一“基于专家经验的证据收集过程”,不仅可以保证专家提出的意见来源于过去的临床实践,并且指南制订人员能够根据这些证据来权衡专家意见的可信度,并且可以规避一些与利益冲突有关的偏倚。笔者认为,相对于过去在共识中专家直接给出意见或建议,这种将专家的意见和指南制订人员的客观判断结果相结合的方式更加科学、有效,从而指南中此类推荐意见数量占比可以适当提高,但不应超过 20%。

总之,名老中医学术意见与经验积累是一座值得发掘的矿藏。还有更多在中医药指南制订中应用的方面亟待深入整理研究。为了顺应循证医学时代对中医药高质量证据的需求,人们应多加探索、挖掘名老中医背后的经验性证据,构建将名医经验与循证证据有机结合制定中医临床诊疗指南的方法,逐步规范中医药专家经验性证据使用框架,使优秀的中医药临床理论内涵和学术经验得以传承、普及,对提升中医药从业者临床诊疗水平具有重要意义。

参 考 文 献

- [1] 陈耀龙, 胡嘉元, 李承羽, 等. 中国临床实践指南的发展与变革[J]. 中国循证医学杂志, 2018, 18(8): 787-792.
- [2] 陈薇, 方赛男, 刘建平, 等. 国内循证医学证据分级体系的引入及其在中医药领域面临的挑战[J]. 中国中西医结合杂志, 2017, 37(11): 1285-1288.
- [3] Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The periodic health examination[J]. Can Med Assoc J, 1979, 121(9): 1161-1164.
- [4] Carr DB, Jacox AK, Cahpman CR, et al. Acute pain management: operative or medical procedures and trauma: clinical practice guideline[M]. Rockville MD: US Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, 1992: 107.
- [5] Eccles M, Clapp Z, Grimshaw J, et al. North of England evidence based guidelines development project: methods of guideline development[J]. BMJ, 1996, 312(7033): 760-762.
- [6] CEBM. Explanation of the 2011 OCEBM levels of evidence[OL]. (2019-3) [2021-10-16]. <https://www.cebim.ox.ac.uk/resources/levels-of-evidence/oxford-centre-for-evidence-based-medicine-levels-of-evidence-march-2009>.
- [7] SIGN 50: a guideline developer's handbook[OL]. (2019-11) [2021-10-26]. <https://www.sign.ac.uk/sign-50.html>.
- [8] SUNY Downstate EBM Tutorial. Guide to research methods: the evidence pyramid[OL]. (2019-08-06) [2021-10-10]. <https://guides.downstate.edu/ebm>.
- [9] Sackett DL. Rules of evidence and clinical recommendations on the use of antithrombotic agents[J]. Chest, 1986, 89(2 Suppl): 2S-3S.
- [10] National Health and Medical Research Council (NHMRC). How to use the evidence: assessment and application of scientific evidence[M]. Canberra, Australia: NHMRC, 2000: 8.
- [11] Atkins D, Best D, Briss PA, et al. Grading quality of evidence and strength of recommendations[J]. BMJ, 2004, 328(7454): 1490-1494.
- [12] Antman EM, Lau J, Kupelnick B, et al. A comparison of results of meta-analyses of randomized control trials and recommendations of clinical experts. Treatments for myocardial infarction[J]. JAMA, 1992, 268(2): 240-248.
- [13] Woolf SH. Practice guidelines, a new reality in medicine. II. Methods of developing guidelines[J]. Arch Intern Med, 1992, 152(5): 946-952.
- [14] Rycroft-Malone J. Formal consensus: the development of a national clinical guideline[J]. BMJ, 2001, 323(7282): 238-244.
- [15] Oxman AD, Schünemann Holger J, Fretheim A. Improving the use of research evidence in guideline development: 7. Deciding what evidence to include[J]. Health Res Policy Syst, 2006, 4: 19.
- [16] Guyatt GH, Oxman AD, Vist GE, et al. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations[J]. BMJ, 2008, 336(7650): 924-926.
- [17] Balshem H, Helfand M, Schünemann HJ, et al. GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence[J]. J Clin Epidemiol, 2011, 64(4): 401-406.
- [18] Levin A, Wheeler DC. A fine balance: developing clinical practice guidelines in areas where evidence is lacking[J]. Semin Dial, 2015, 28(6): 654-656.

- [19] Schünemann HJ, Zhang Y, Oxman AD, et al. Distinguishing opinion from evidence in guidelines[J]. BMJ, 2019, 366: l4606.
- [20] Eibling D, Fried M, Blitzer A, et al. Commentary on the role of expert opinion in developing evidence-based guidelines[J]. Laryngoscope, 2014, 124 (2): 355–357.
- [21] Hofmeijer J. Evidence-based medical knowledge: the neglected role of expert opinion[J]. J Eval Clin Pract, 2014, 20 (6): 803–808.
- [22] Ponce OJ, Alvarez-Villalobos N, Shah R, et al. What does expert opinion in guidelines mean? A meta-epidemiological study[J]. Evid Based Med, 2017, 22 (5): 164–169.
- [23] Legault K, Schunemann H, Hillis C, et al. McMaster RARE-Best practices clinical practice guideline on diagnosis and management of the catastrophic antiphospholipid syndrome[J]. J Thromb Haemost, 2018, doi: 10.1111/jth.14192.
- [24] Pai M, Santesso N, Yeung CH, et al. Methodology for the development of the NHF-McMaster guideline on care models for haemophilia management[J]. Haemophilia, 2016, 22 (Suppl 3): 17–22.
- [25] Hohmann E, Brand JC, Rossi MJ, et al. Expert opinion is necessary: Delphi panel methodology facilitates a scientific approach to consensus[J]. Arthroscopy, 2018, 34 (2): 349–351.
- [26] Mustafa RA, Garcia CAC, Bhatt M, et al. GRADE notes: how to use GRADE when there is “no” evidence? a case study of the expert evidence approach[J]. J Clin Epidemiol, 2021, 137: 231–235.
- [27] 郭旭, 刘保延, 刘志顺, 等. 循证针灸临床实践指南结构特点及方法学探讨[J]. 循证医学, 2008, 8 (2): 104–108.
- [28] 周莉. 基于循证的中医临床实践指南研制方法研究[D]. 北京: 北京中医药大学, 2011.
- [29] 廖星, 胡晶, 谢雁鸣, 等. 中医药临床实践指南中“共识”形成的方法和流程[J]. 中国中药杂志, 2017, 42 (8): 1518–1524.
- [30] 吕中茜, 郭义, 陈泽林, 等. 针灸临床实践指南制订中证据体的评估方法探索—分层证据评分法[J]. 中国针灸, 2018, 38 (10): 1115–1118.
- [31] 宋海阔, 张玄, 郭义, 等. 制定《中医治未病实践指南》的方法学探讨[J]. 河南中医, 2017, 37 (12): 2066–2068.
- [32] 冯佳佳, 董子洵, 史楠楠, 等. 制定/修订《中成药临床应用循证指南》的方法与程序[J]. 中国研究型医院, 2020, 7 (3): 93–97.
- [33] 陈耀龙, 杨克虎, 王小钦, 等. 中国制订/修订临床诊疗指南的指导原则(2022版)[J]. 中华医学杂志, 2022, 102 (10): 697–703.
- [34] 袁敬柏. 建立适合中医临床诊疗证据评价方法的建议[J]. 中华中医药杂志, 2016, 31 (4): 1146–1148.
- [35] 王晓玥, 苗茂, 谭亚芹, 等. 中医治未病实践指南的编制思路和方法学探析[J]. 中医杂志, 2017, 58 (20): 1743–1745.
- [36] 梁宁, 陈雅馨, 李慧珍, 等. 新型冠状病毒肺炎疫情下快速动态化制订循证中医指南的思考[J]. 中国中西医结合杂志, 2022, 42 (2): 218–222.
- [37] 刘建平. 传统医学证据体的构成及证据分级的建议[J]. 中国中西医结合杂志, 2007, 27 (12): 1061–1065.
- [38] 李敬华. 中医治疗文献质量评价方法及示范应用研究[D]. 北京: 中国中医科学院, 2009.
- [39] 王阶. 中医临床证据分级与评分体系研究[C]. 中国科学技术协会学会, 福建省人民政府. 经济发展方式转变与自主创新——第十二届中国科学技术协会年会(第三卷)[A]. 福州: 中国科学技术协会学会, 2010.
- [40] 汪受传, 陈争光, 徐珊, 等. 建立循证中医临床实践指南证据分级体系的构想[J]. 世界科学技术—中医药现代化, 2013, 15 (7): 1488–1492.
- [41] 钱静华, 郭志丽. 构建适合中医药特征的临床证据评价体系[J]. 中华中医药杂志, 2018, 33 (10): 4302–4304.
- [42] 陈薇, 方赛男, 刘建平. 基于证据体的中医药临床证据分级标准建议[J]. 中国中西医结合杂志, 2019, 39 (3): 358–364.
- [43] 陈薇, 郭宇博, 方赛男, 等. 中医药临床实践指南中临床问题的确定[J]. 中国中西医结合杂志, 2020, 40 (2): 220–223.
- [44] 赵启菡, 张文婷, 杨涵雯, 等. 改良德尔菲法构建临床问题实例解读[J]. 中国中西医结合肾病杂志, 2020, 21 (7): 629–631.
- [45] 谷浩荣, 付桥桥, 李小会, 等. 中医证候研究进展及趋势[J]. 中华中医药杂志, 2020, 35 (3): 1340–1343.
- [46] 武汉大学中南医院新型冠状病毒肺炎防治课题组. 新型冠状病毒肺炎(COVID-19)中西医结合临床诊疗快速建议指南[J]. 中国研究型医院, 2020, 7 (2): 51–64.

(收稿: 2022-04-19 在线: 2022-09-05)

责任编辑: 汤 静