



中医杂志
Journal of Traditional Chinese Medicine
ISSN 1001-1668, CN 11-2166/R

《中医杂志》网络首发论文

题目： 中成药临床实践指南制定方法（六）：推荐意见形成与呈现
作者： 张钰菁，梁宁，晏利姣，胡紫腾，陈雅馨，张福强，车前子，陈昭，刘玉祁，
王丁熠，史楠楠，王燕平
收稿日期： 2023-08-06
网络首发日期： 2023-10-27
引用格式： 张钰菁，梁宁，晏利姣，胡紫腾，陈雅馨，张福强，车前子，陈昭，刘玉祁，
王丁熠，史楠楠，王燕平. 中成药临床实践指南制定方法（六）：推荐意见形
成与呈现[J/OL]. 中医杂志.
<https://link.cnki.net/urlid/11.2166.R.20231026.1724.016>



网络首发：在编辑部工作流程中，稿件从录用到出版要经历录用定稿、排版定稿、整期汇编定稿等阶段。录用定稿指内容已经确定，且通过同行评议、主编终审同意刊用的稿件。排版定稿指录用定稿按照期刊特定版式（包括网络呈现版式）排版后的稿件，可暂不确定出版年、卷、期和页码。整期汇编定稿指出版年、卷、期、页码均已确定的印刷或数字出版的整期汇编稿件。录用定稿网络首发稿件内容必须符合《出版管理条例》和《期刊出版管理规定》的有关规定；学术研究成果具有创新性、科学性和先进性，符合编辑部对刊文的录用要求，不存在学术不端行为及其他侵权行为；稿件内容应基本符合国家有关书刊编辑、出版的技术标准，正确使用和统一规范语言文字、符号、数字、外文字母、法定计量单位及地图标注等。为确保录用定稿网络首发的严肃性，录用定稿一经发布，不得修改论文题目、作者、机构名称和学术内容，只可基于编辑规范进行少量文字的修改。

出版确认：纸质期刊编辑部通过与《中国学术期刊（光盘版）》电子杂志社有限公司签约，在《中国学术期刊（网络版）》出版传播平台上创办与纸质期刊内容一致的网络版，以单篇或整期出版形式，在印刷出版之前刊发论文的录用定稿、排版定稿、整期汇编定稿。因为《中国学术期刊（网络版）》是国家新闻出版广电总局批准的网络连续型出版物（ISSN 2096-4188，CN 11-6037/Z），所以签约期刊的网络版上网络首发论文视为正式出版。

中成药临床实践指南制定方法(六): 推荐意见形成与呈现

张钰菁[△], 梁宁[△], 晏利姣, 胡紫腾, 陈雅馨, 张福强, 车前子,
陈昭, 刘玉祁, 王丁熠, 史楠楠[✉], 王燕平



中国中医科学院中医临床基础医学研究所, 北京市东城区东直门内南小街16号, 100700

[摘要] 在中成药临床实践指南制定过程中, 基于前期的临床证据和合理用药关键信息的检索与整合, 形成证据分级后, 如何将证据体变成科学可行的推荐意见至关重要。在证据质量因素中, 需纳入中医古籍文献、人用经验、专家经验证据, 除此之外应综合考虑中成药的临床问题优势、证据因素、疗效和不良反应的利弊因素、患者的接受程度、中成药的资源因素、社会公平因素、经济因素等, 通过多次的专家共识, 最终达成一致的意见及方向和强度, 规范地指导临床实践。从推荐意见的基本内容, 推荐意见的形成考虑因素, 包括证据质量、临床问题、利弊因素、患者因素等, 共识方法的对比和选择3方面结合中成药的特点进行全方位的梳理, 为推荐意见的形成提供参考。

[关键词] 临床实践指南; 中成药; 推荐意见; 形成; 呈现

基于前期的证据检索与评价以及合理用药关键信息的检索和整合评估后, 形成明确的推荐意见是中成药临床实践指南(简称“中成药指南”)制定的关键环节^[1]。形成推荐意见包括确定推荐意见的方向和强度及确定推荐意见呈现的内容。当前已经有相应的指南报告规范^[2]介绍了推荐意见应该呈现的内容, 也有很多证据到推荐^[3-8]的框架来指导指南制定者如何基于系统评价证据确定推荐意见的强度和方向。但是, 这些报告规范与框架通用于所有指南, 并没有针对中成药指南做出详细的指导, 导致中成药指南制定者无法合理使用这些报告规范和框架。现有的中成药指南在确定推荐意见方向和强度时以证据质量高低和专家共识为主^[9], 在报告推荐意见时往往会缺乏一些重要信息, 如缺少中成药使用细则, 未和临床问题一一对应等, 从而限制了指南的使用^[10]。因此, 本文基于团队前期制定

中成药相关指南的经验, 参考相关文献^[3-8], 对中成药指南推荐意见应包含的基本要素与形成方法进行介绍, 以期为指南制定者形成推荐意见时提供方法学指导。

1 中成药指南推荐意见的基本要素

推荐意见的形成包括确定推荐意见的内容和判定推荐意见的强度和方向。

1.1 确定推荐意见的内容

中成药指南的推荐意见应包括对临床问题的回答, 推荐理由及实施推荐意见的方法(如附图1所示, 扫描本文二维码获取)。第一, 清晰明确的推荐意见^[11], 建议应用DSCO框架(D, drug, 中成药品种; S, specific disease stage, 特定疾病阶段; C: comparison, 对照; O, specific outcome, 特定结局)来撰写推荐意见, 突出所推荐的中成药、适用的人群、特定的结局, 体现推荐意见与临床问题的对应关系, 并说明推荐强度及证据等级。第二, 说明推荐意见的具体实施方法, 即中成药的使用细则, 包括但不限于给药方式、服用时间等, 以保证指南使用者无需查找其他材料就可正确理解和应用指南推荐内容^[12], 合理规范地使用中成药。第三,

基金项目: 中央级公益性科研院所基本科研业务费专项资金(Z0753); 国家自然科学基金(82174532); 中国中医科学院科技创新工程项目(CI2021A05505); 国家中医药管理局青年岐黄学者项目(Z0841)

✉ 通讯作者: 13811839164@vip.126.com

△同等贡献

说明推荐理由，即说明指南制定者是如何基于证据形成的该推荐意见，包括证据情况、考虑的因素等，以增强推荐意见的可信性。

1.2 推荐意见的强度与方向

推荐意见的强弱与方向代表临床应用的可能性^[13]，代表指南使用者遵守推荐意见对目标人群产生的利弊程度有多大把握^[14]。例如 GRADE (Grade of Recommendations, Assessment, Development and Evaluation) 证据分级分为高、中、低、极低四个等级。这些等级是根据研究的设计、偏倚、一致性、直接性、精度五个方面进行评价的。高质量证据是指符合标准的随机对照试验 (randomized controlled trials, RCTs)、大规模队列研究或者多个高质量系统评价的研究证据，此类证据极少会被后续的研究推翻。而极低质量证据是指非常不可靠的证据，难以支持决策^[15]。

2 中成药指南推荐意见的形成

推荐意见是在前期证据综合与评价的基础上，由指南工作组明确并量化推荐考虑的因素及标准，通过专家共识等流程形成^[16]。最初，推荐意见的形成只考虑证据质量这一因素，与证据质量完全对应，即高质量证据就是强推荐^[17]。随后，越来越多的学者认识到此方法存在弊端，胸科医学杂志 (CHEST)^[18]、美国卫生保健研究与质量管理处 (AHRQ, the Agency for Healthcare Research and Quality)^[19]、GRADE 工作组^[3] 等发表文章，逐步打破推荐强度和证据质量一一对应的现状，不断增加新的考虑因素。现指南推荐强度与方向需综合考虑多因素，并采用共识法进行判定。

2.1 影响证据到推荐的因素

推荐意见的形成需综合考虑多种因素，除了证据质量的高低，经济性、可获得性、患者接受度等方面均在决策框架体系内起到不同程度的影响。目前尚无一致的方法学标准，不同指南在形成推荐意见所考虑的因素和借助的框架各不相同^[20]，现对常用的框架进行梳理比较，详见表1，结合中成药的特点进行分析讨论融合，供指南制定者有选择性地参考。

2.1.1 证据质量因素 一般来说，证据质量是推荐与否和推荐强度的重要支撑^[3]。在中成药指南制定过程中，指南制定者除了要考虑临床研究证据 (系统评价、随机对照试验、队列研究等) 外，古籍文献证据、人用经验、专家经验证据也是构建中

医药证据体的重要组成部分。古籍文献证据是指 1911 年 (包括 1911 年) 以前编撰出版的、以手工纸为主要文字载体的中医书籍中的证据^[14]；人用经验、专家经验证据是指 1911 年以后近现代中医专家经验证据^[21]。中成药多来源于古籍文献中的经典名方的加减方或合方，或专家经验方，这些古籍中的经典名方和专家经验方在长期的临床实践中得到了验证和肯定，因此被认为具有一定的有效性和安全性。在临床实践中，有些中成药并没有经过现代临床试验的验证，因此缺乏现代临床证据。在这种情况下，古籍证据、人用经验、专家经验证据的补充可以提高中成药的推荐强度，为医生和患者提供更加全面和可靠的指导^[22]。因此在考虑证据质量因素时，除临床研究证据外，古籍文献和人用专家经验证据是中成药的特色考虑因素，特别是面对中成药的高质量、大样本的临床研究证据不足时，充分完备的古籍文献和人用专家经验证据可考虑提升推荐强度。

2.1.2 临床问题因素 决定证据到决策框架 (DECIDE EtD 框架, SIGN)、证据到决策框架 (EtD 框架, GRADE 工作组) 与推荐分级的评估、制定与评价标准 (GRADE 标准, WHO) 均将待解决问题的优先性纳入考虑范围内，考虑疾病的负担、流行性、严重性、紧迫性等，例如对问题优先性维度的解释可分为几个细则^[23]：“此问题严重吗？”“此问题紧迫吗？”“此问题常见吗？”“是否为中成药治疗的优势病种”等。待解决的问题越重要，形成强推荐的可能性就越大。同时要考虑其改善的结局指标，待改善的结局指标重要性越大，指标间的变异性越小，越适合作出强推荐。在中成药指南中，构建临床问题时重点关注中成药应用对疾病治疗的必要性，如某疾病西医疗法治疗效果不佳或不良反应明显，急需中成药治疗进行补充，则此类临床问题的优先性高，用中医原理解释分析临床问题解决的可能性后，即可考虑提升其推荐强度。

2.1.3 利弊因素 以上四种框架均强调了需要平衡利弊，综合比较干预的获益 (疗效) 是否比风险 (副作用、不良反应等) 大，综合值越高，利弊间的差别越大，越适合作出强推荐；净效益越小，其确定性越低，越适合作出弱推荐。由于中成药的疗效与其使用方法密切相关^[24]，因此在考虑某利弊时，要考虑中成药的应用方法。此外，在考虑利弊因素时，指南制定者要着重考虑中成药的禁忌证情况，建议在推荐意见中可对该推荐药物禁用于哪些

表1 中成药临床实践指南制定过程中4种证据到推荐的框架所涉及的相关因素对比分析

框架名称 (发布组织)	临床问题因素	利弊因素	患者因素	公平因素	经济因素	可行性	可接受性	资源因素
FAME 框架 (JBI) ^[4]	未提及	干预的疗效的积极影响和不良反应、副作用	未提及	未提及	干预的成本和带来的收益的匹配程度	指南使用者的经验和能力水平; 干预的安全性、有效性	文化因素、群体利益、环境因素等社会层面对于干预的接受程度	资源的可获得性和实施干预的可行性
GRADE 标准 (WHO) ^[3]	临床问题的重要性、优先性(如: 疾病致死率、经济负担等)	干预的有利因素和不利因素的平衡	患者的价值观和偏好以及其不确定性	干预对降低不公平性、提高公平性等作出贡献的可能性	未提及	以现有基础设施物资、文化道德规范、法律体制政策等评估干预的可行性	对所有或者多数利益相关者来说干预的可接受性	资源影响与推荐意见的资源密集程度, 推荐意见的成本效果以及增值收益
DECIDE EtD 框架 (SIGN) ^[5]	临床问题的优先性, 如会降低的风险, 干预治疗的提升空间, 干预对常见风险的改善情况	干预的疗效和副作用	患者对干预的接受情况及患者的价值观	社会公平相关的问题, 以及临床因素, 如特定并发症	干预的成本和效益因素	未提及	未提及	未提及
EtD 框架 (GRADE 工作组) ^[6-8]	临床问题的严重性、紧迫性、优先性是否普遍认可	干预的有利和不利影响及重大不确定性/可变异性; 干预的获益(疗效)与风险(副作用、不良反应等)	患者对干预的反对程度和寻求程度; 患者对远期结局和近期结局的重视程度	干预对某些亚组人群或某些组织、环境的公平性及解释, 以及伦理问题	干预的成本效果分析; 干预的净效益对投入的增量成本的判断	干预的可持续性、合理性、可及性	主要利益相关方对于干预的效果、危害或成本的接受程度; 对远期、短期的治疗效果和成本的接受程度; 对于干预的效果、危害带来的价值或风险的接受程度等	干预所需要的资源和成本; 支持资源利用的证据的可信程度等

注: FAME: The feasibility, appropriateness, meaningfulness and effectiveness scale, FAME 量表; JBI: The Joanna Briggs Institute, 澳大利亚乔安娜布里格斯研究所; GRADE: the Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation, 推荐分级的评估、制定与评价; WHO: World Health Organization, 世界卫生组织; DECIDE EtD: DECIDE EtD frameworks, 决定证据到决策框架; SIGN: Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 苏格兰院际指南网络; EtD: GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks, 证据到决策框架。

亚组人群等信息进行说明。

2.1.4 患者因素 GRADE 工作组、DECIDE EtD 框架 (SIGN)、EtD 框架均提出要重视患者的意愿与偏好, 重点考虑患者对某中成药 (色、味、剂型、服用方式等) 的接受度^[25]、依从性^[26]、对治疗效果的接受度等, 特别是患者对中成药的不良反应的接受程度, 可通过咨询患者代表, 或体现患者价值观相关的文献。当患者的价值观和意愿差异越大, 或一般的价值观和偏好不确定性越大, 越不合作出强推荐。

2.1.5 公平因素 GRADE 工作组、DECIDE EtD

框架 (SIGN)、EtD 框架均重视推荐意见的公平性, 尤其是少数人的利益, 对有并发症的患者进行相应的亚组分析等。在制订中成药指南时, 除了必须关注弱势群体和少数人群等公平性原则外, 还应特别重视患者的中医体质因素, 体质不同, 用药推荐不同^[27], 不应忽略某类较为罕见的体质。

2.1.6 经济因素 经济成本与效益是指考虑干预措施的成本, 是否与其带来的疗效相匹配, 可采用成本分析、成本-效益分析、成本-效果分析、成本-效用分析、最小成本分析等方法进行评估。例如当中成药治疗与西医常规治疗疗效相似, 但经济

负担更小时，可考虑作出强推荐^[28]。

2.1.7 可行性及资源因素 可行性是指所推荐的中成药是否在全国各级医院均简便易取，与现有的基础物资是否匹配等，并考虑医保等政策因素。例如雪莲注射液是维药的特色品种，虽不在国家医保目录中，但在新疆维吾尔自治区的地方医保中，且作为民族药在当地的认可度很高^[29]，此时，考虑地域性因素，可在新疆地区提升推荐等级。资源因素指干预方案是否可持续等资源因素，例如安宫牛黄丸治疗小儿病毒性肺炎证据质量高，但由于其资源缺乏，获取相对较难，因此，综合考虑后可降低其推荐强度^[30]。

2.2 推荐意见的共识

基于指南循证方法学组提供的综合证据体，由指南临床专家组的成员根据推荐意见基本要素初步草拟推荐意见，由指南秘书组组织临床专家召开推荐意见共识会议，依据上述因素综合考虑，对中成药推荐意见的推荐方向和推荐强度进行共识，并对临床应用推荐意见草拟稿进行修订完善，形成推荐意见最终版。

2.2.1 共识方法选择 专家共识包括正式共识法和非正式共识法。非正式专家共识指针对待解决的问题由专家们自由讨论而形成共识，不受到正式程序和流程的限制^[1]。专家共识法包括德尔菲法、名义组法、改良德尔菲法、美国国立卫生研究院(National Institutes of Health, NIH)的共识形成会议法^[31]。具体的共识方法需根据实际情况进行判断，对这4种方法进行的对比分析详见表2，以便后续共识法的挑选。

2.2.2 达成共识的标准 中成药指南需共识的内容分两部分，一部分是基于证据检索与评价而共识的中成药使用提案；另一部分是基于合理用药关键信息而共识的中成药使用细则。

根据证据检索与评价进行推荐强度的共识，实际上就是对所纳入的中成药的用药指征进行共识，可采用GRADE网络进行推荐强度的判断。收集专家意见时填写GRADE评分表格来达成共识^[37]。若“强推荐”“弱推荐”“弱不推荐”“强不推荐”的任何一项 $>50\%$ ^[38]即为达成共识，可直接确定推荐方向和强度；若均 $\leq 50\%$ ，则统计“强推荐”+“弱推荐”和“强不推荐”+“弱不推荐”，若两项相加 $>70\%$ ，则确定推荐方向，推荐强度定为弱^[39]。其余情况视为未达成共识，推荐意见进入下一轮投票。2或3轮共识后，即可达成最终推荐意见。

采用推荐意见同意率来界定对中成药合理用药关键信息的共识强度。由临床专家组根据自身的临床经验及指南方法组收集的合理用药关键信息对上述提及的中成药的给药方式(口服/注射)、服用时间(饭前/饭后/睡前)、药剂使用细则、详细的用量频次疗程、停药时机、联合用药时的注意事项、服药时的饮食注意等用药明细进行共识。当各途径的用法均与说明书一致时，即视为有强有力的证据存在，此时无需过多讨论就可达成共识。当各途径用法与说明书不一致，存在超说明书使用情况时，对不一致的指标就汇总的证据资料、专家的临床经验、药物的非临床试验的结果^[40]进行共识。同意率 $\geq 75\%$ 的建议被定义为最终推荐意见的强推荐。同意率 $< 50\%$ 的建议为未达成共识，可再次共识或

表2 中成药临床实践指南4种共识方法特点分析

共识方法	邮寄调查 问卷	独立完成 决策	反馈小组 建议	面对面 交流	优点	缺点
德尔菲法 ^[32]	是	是	是	否	避免了地域、人数限制，可尽可能多地收集专家意见；反复的邮件征集的过程耗时较长，存在主观可充分表达观点，避免从众性以及不同意见而产生冲突；理解偏差等问题使达成共识相对困难 有足够的时间去思考问题，并分析反馈小组建议；结构化的问卷设计使后续的统计分析更加简便	
名义组法 ^[33]	否	是	是	是	面对面交流，减少主观理解偏差；每个参与者都有发言机会，确保观点的多样性；可以匿名投票；可在短时间内达成共识	不排除有些参与者话语权较大，影响其他人决策；在同时解决多个问题上缺乏灵活性
共识形成会议法 ^[34-35]	否	否	否	是	由多领域人员参加会议，专家覆盖面广，产生观点考虑更全面，且权威性高；讨论充分	专家间存在相互影响；群体意见的综合分析方法不明确
改良德尔菲法 ^[36]	是	是	是	是	结合德尔菲法和名义群体法，既保留了独立完成决策表 达观点，又面对面讨论，有利于共识形成	过程复杂，费时

者考虑按药品说明书使用。同意率 $\geq 50\%$ 且 $< 75\%$ 的建议,代表大多数人同意,可纳入为最终推荐意见^[41],但相应的共识强度降低为弱推荐。但对于原药品说明书的使用需要以参考信息的形式,展现在推荐意见中。对用药明细的共识是定性与定量方法的结合,有助于规范中成药使用。

3 小结

推荐意见是证据应用到临床实践的桥梁,推荐意见应包括对临床问题的回答、中成药的合理用药信息、证据描述等内容,才能更好地满足临床使用的需要。在推荐意见的形成中,应总体描述推荐形成的过程和使用方法,确定推荐强度和方向及其影响要素,确保推荐意见形成的科学性和清晰性。对推荐意见的措辞要把握清晰性和可实施性等原则,加强指南推荐意见的实践性,为临床活动提供规范化的指导。

参考文献

- [1] 杨思红,陈可冀,刘建平,等. 中医药临床实践指南从证据到推荐意见形成要目和解读[J]. 中国中西医结合杂志, 2021, 41(4): 494-498.
- [2] 谢秀丽,姚沙,韦当,等. 中医(中西医结合)临床实践指南制修订方法: 报告规范[J]. 中华中医药杂志, 2016, 31(8): 3153-3154.
- [3] World Health Organization. WHO handbook for guideline development [M]. 2nd edition. Geneva: WHO Library, 2014: 93-94.
- [4] The Joanna Briggs Institute Levels of Evidence and Grade of Recommendation Working Party. Supporting document for the Joanna Briggs Institute levels of evidence and grade of recommendation [M]. Adelaide: The Joanna Briggs Institute, 2020: 8.
- [5] Healthcare Improvement Scotland. Rapid guideline methodology: a guideline developer's handbook [M]. Scotland: Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2021: 5.
- [6] MORGANO GP, AMATO L, PARMELLI E, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction [J]. Gaceta Sanitaria, 2017, 353(10): i2089.
- [7] ALONSO-COELLO P, OXMAN AD, MOBERG J, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 2: Clinical practice guidelines [J]. BMJ, 2016, 353(10): i2089.
- [8] 邓通,韩斐,汪洋,等. 临床实践指南制订方法: EtD框架在推荐意见制订中的应用[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2019, 11(5): 516-520, 525.
- [9] 杨颖,毕颖斐,王贤良,等. 《中成药治疗冠心病临床应用指南》证据分级与推荐强度的应用[J]. 中华中医药杂志, 2021, 36(5): 2490-2493.
- [10] 王建新,孙瑞,高学敏,等. 《中成药治疗优势病种临床应用指南》实施性评价[J]. 中国循证医学杂志, 2023, 23(4): 444-449.
- [11] 丁楠,袁静云,赵楠琦,等. 针灸临床实践指南推荐意见框架的研究[J]. 中华中医药杂志, 2022, 37(11): 6352-6357.
- [12] SHIFFMAN RN, DIXON J, BRANDT C, et al. The GuideLine Implementability Appraisal (GLIA): development of an instrument to identify obstacles to guideline implementation [J]. BMC Med Inform Decis Mak, 2005: 23. doi: 10.1186/1472-6947-5-23.
- [13] 黄笛,黄瑞秀,郭晨煜,等. 临床实践指南制定方法: 证据分级与推荐强度[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2018, 10(7): 769-776.
- [14] 夏鸿杰,赵峥嵘,郭静,等. 中医相关证据质量及推荐意见分级体系的系统评价[J]. 中国循证医学杂志, 2022, 22(2): 187-195.
- [15] 靳英辉,韩斐,王明辉,等. 临床实践指南制订方法: 证据向推荐意见转化[J]. 中国循证心血管医学杂志, 2018, 10(9): 1031-1038.
- [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. doi: 10.1136/bmj.39489.470347.AD.
- [17] SACKETT DL. Rules of evidence and clinical recommendations on the use of antithrombotic agents [J]. Chest, 1986, 89(2 Suppl): 305S.
- [18] GUYATT G, SCHUNEMANN H, COOK D, et al. Grades of recommendation for antithrombotic agents [J]. Chest, 2001, 119(1 Suppl): 3S-7S.
- [19] WEST S, KING V, CAREY TS, et al. Systems to rate the strength of scientific evidence [J]. Evid Rep Technol Assess, 2002(47): 1-11.
- [20] 王云云,靳英辉,陈耀龙,等. 循证临床实践指南推荐意见形成的方法分析[J]. 中国循证医学杂志, 2017, 17(9): 1085-1092.
- [21] 刘少南,郭新峰,吴大嵘,等. 基于循证医学原则的中医干预类临床证据分级系统的构建[J]. 中国中西医结合杂志, 2023, 43(8): 911-915.
- [22] 刘少南,郭新峰,吴大嵘,等. 中医干预类临床证据分级系统构建思路探讨[J]. 中医杂志, 2023, 64(18): 1885-1889.

- [23]高一城,夏如玉,曹蕊,等.多准则决策在临床实践指南推荐意见形成中应用的思考及方法学建议[J].中国循证医学杂志,2023,23(5):616-620.
- [24]薛武更,段锦绣,张伟娜,等.中成药不合理使用的常见原因及对策[J].中国中医药现代远程教育,2023,21(01):169-171.
- [25]王明辉,张菁,曾宪涛,等.临床实践指南制定方法:患者的价值观和意愿[J].中国循证心血管医学杂志,2018,10(10):1153-1156,1161.
- [26]沈琴英.神经内科患者出院后中成药服药依从性调查[J].中医药管理杂志,2023,31(8):47-48.
- [27]徐婷婷.探讨中医体质辨识在治疗高血压病合理使用中成药中的应用[J].中医临床研究,2019,11(23):20-22.
- [28]刘焱,王学美,杨金霞,等.中西医结合治疗2型糖尿病临床回顾性研究[J].中国中西医结合杂志,2009,29(8):698-702.
- [29]杨明翰,梁政亭,盛萍.新疆民族药的开发研究与前景展望[J].中国实验方剂学杂志,2021,27(17):227-236.
- [30]袁斌,白晓红,陈华,等.小儿病毒性肺炎中医临床诊疗指南(修订)[J].南京中医药大学学报,2023,39(3):293-300.
- [31]NAIR R, AGGARWAL R, KHANNA D. Methods of formal consensus in classification/diagnostic criteria and guideline development [J]. *Semin Arthritis Rheum*, 2011, 41(2):95-105.
- [32]VAKIL N. Editorial: consensus guidelines: method or madness? [J]. *Am J Gastroenterol*, 2011, 106(2): 225-227.
- [33]季新强,刘志民. Delphi法及其在医学研究和决策中的应用[J].中国药物依赖性杂志,2006,15(6):422-426.
- [34]DELBECQ A, VAN DE VEN A. A group process model for problem identification and program planning [J]. *J Appl Behav Sci*, 1971, 7(4): 467-492.
- [35]Murphy MK, Black NA, Lamping DL, et al. Consensus development methods, and their use in clinical guideline development [J]. *Health Technol Assess*, 1998, 2(3): i-iv, 1-88.
- [36]FINK A, KOSECOFF J, CHASSIN M, et al. Consensus methods: characteristics and guidelines for use [J]. *Am J Public Health*, 1984, 74(9):979-983.
- [37]BROOK RH, CHASSIN MR, FINK A, et al. A method for the detailed assessment of the appropriateness of medical technologies [J]. *Int J Technol Assess Health Care*, 1986, 2(1):53-63.
- [38]JAESCHKE R, GUYATT GH, DELLINGER P, et al. Use of GRADE grid to reach decisions on clinical practice guidelines when consensus is elusive [J]. *BMJ*, 2008, 337:a744. doi: 10.1136/bmj.a744.
- [39]武杰,杨金超,刘焱.心血管介入碘对比剂使用管理护理专家共识[J].中国循环杂志,2021,36(7):625-633.
- [40]陈耀龙,陈昱,叶志康,等.中国万古霉素治疗药物监测指南的制定[J].中国循证医学杂志,2015,15(2):236-239.
- [41]方赛男,孙塑伦,郭宇博,等.中成药临床应用专家共识制定有关问题讨论[J].中国中药杂志,2018,43(24):4792-4795.

(收稿日期:2023-08-06;修回日期:2023-10-06)

[编辑:焦爽]