

中国护理临床实践指南质量评价标准的构建



周英凤¹, 王强², 胡雁¹, 邢唯杰¹, 黄超², 林炜炜²

1. 复旦大学护理学院, 复旦大学 JBI 循证护理合作中心, 上海市循证护理中心(上海 200032)
2. 国家卫生健康委医疗管理服务指导中心(北京 100044)

【摘要】 目的 制定我国护理临床实践指南的质量评价标准。方法 采用团体焦点访谈法对全国 26 名临床护理专家和循证方法学专家进行两轮访谈以确定我国护理领域临床实践指南的质量评价标准。结果 制订了我国护理领域临床实践指南的质量评价标准: 涵盖五个维度, 包括 15 个条目, 即科学性/严谨性、有效性/安全性、经济性、可用性/可行性、指南制定过程的利益冲突, 每个条目均采用 0~5 分制进行评分。依据不同条目对指南质量的影响不同, 确定各条目权重为 0.5~2, 并对每个条目的评分标准进行了详细解读。结论 我国护理领域临床实践指南质量评价标准既确保了与医疗领域指南质量评价标准在框架上的一致性, 又充分考虑了护理学科特点, 对提高我国护理临床实践指南的质量提供了标准和依据。

【关键词】 临床实践指南; 循证护理; 质量评价标准; 中国

Establishment of quality criteria for clinical nursing practice guidelines in China

ZHOU Yingfeng¹, WANG Qiang², HU Yan¹, XING Weijie¹, HUNANG Chao², LIN Weiwei²

1. School of Nursing, Fudan University; Centre for Joanna Briggs Institute Centre of Excellence of Evidence-based Nursing, Fudan University; Shanghai Evidence-based Nursing Center, Shanghai, 200032, P.R.China
2. National Center for Medical Service Administration, National Health Commission, Beijing, 100044, P.R.China
Corresponding author: WANG Qiang, Email: jason2019@sina.cn; HU Yan, Email: huyan@fudan.edu.cn

【Abstract】 Objective To establish the quality criteria for clinical nursing practice guidelines in China. **Methods** Two focus groups' interviews for 26 clinical nursing experts and methodological experts from China were adopted to build the quality criteria for clinical nursing practice guidelines. **Results** The quality criteria for clinical nursing practice guidelines in China covered 5 domains and 15 items, which included scientificity/rigor, effectiveness/safety, economy, availability/feasibility, and conflict of interest. All items were rated on 0 to 5 scale and were weighted 0.5 to 2 based on their contributions to the quality of guideline. **Conclusions** The quality criteria for clinical nursing practice guidelines adopt the same framework with the quality criteria of guideline in medical field and also integrate features of nursing. It provide the quality standard for Chinese clinical nursing practice guidelines.

【Key words】 Clinical practice guideline; Evidence-based nursing; Quality criteria; China

临床实践指南是根据特定临床情景系统指定、帮助医务人员及患者做出恰当处理的指导意见或建议^[1]。作为医学证据与临床实践之间联系的桥梁, 临床实践指南受到了研究者、实践者和管理者的极大关注, 临床实践指南的数量在近年来急剧增加。但我国临床实践指南的总体质量参差不齐^[2], 部分指南制定方法缺乏科学性和规范性^[3], 发布渠道不通畅, 更新不及时^[4], 影响了指南的获取、传播和利用。为提高临床实践指南报告质量, 推动指南

发表和传播, 国际上推出了指南研究与评价 (AGREE II) 工具, 但该工具条目较多、缺乏对指南内容专业性和真实性的评价、某些条目不完全适用于中国开发的指南等问题^[5], 因此, 迫切需要构建适宜于中国国情的本土化指南质量评价工具, 以加强对我国临床实践指南的质量管理。在此背景下, 2017 年 9 月受国家卫生健康委医疗管理服务指导中心的委托, 由复旦大学循证护理中心牵头联合全国护理行业专家, 在复旦大学王吉耀教授团队制作的“我国医疗领域临床实践指南质量评价标准(草案)”基础上, 结合护理学科特点和循证护理实践发展要求, 制定了我国护理领域临床实践指南质量

DOI: 10.7507/1672-2531.201804048

通信作者: 王强, Email: jason2019@sina.cn; 胡雁, Email: huyan@fudan.edu.cn

评价标准, 以期为我国护理领域内指南的质量管理提供标准和评价依据。

1 研究方法

本研究采用两轮全员团体焦点访谈法收集指南质量评价标准的条目^[6], 该方法是团体焦点访谈中纳入人数最多的一种研究方法, 通过该领域内专家对特定的主题进行团体讨论, 充分了解专家对该主题的看法或建议。

1.1 访谈对象

采用目的抽样法, 遵循权威性和代表性原则, 选取来自全国的临床护理专家及循证方法学专家组成焦点小组。临床护理专家纳入标准: 从事临床护理或护理管理工作、工作 10 年以上、具有副高及以上职称、曾参与过护理标准、护理规范或护理指南的制定; 循证方法学专家纳入标准: 具有硕士及以上学历、接受过循证方法学专业教育、工作 5 年以上、参与或主持过临床实践指南的制定。两轮焦点小组共纳入 26 名专家, 平均年龄 48.85+6.72 岁; 平均工作年限 25.38+7.94 年; 24 名专家具有副高及以上职称; 19 名专家来自医院, 6 名专家来自高等院校, 1 名专家来自护理学会。26 名专家来自全国 9 个省(包括甘肃、山东、陕西、吉林、四川、湖南、湖北、广东和浙江)和 3 个直辖市(北京、上海和天津)。

1.2 访谈提纲

本研究以“我国医疗领域临床实践指南质量评价标准(草案)”为依据, 结合我国护理学科的特点, 拟定了“我国护理领域临床实践指南质量评价标准(草案)”。再以此草案为依据, 制定访谈提纲, 访谈内容涵盖: 指南质量评价标准的整体框

架是否合适、一级和二级指标的描述是否准确、二级指标的评分是否合理、对各评价条目的解读及评分标准是否符合护理领域指南的要求。

1.3 访谈准备

两轮访谈于 2017 年 9 月至 10 月分别在上海复旦大学护理学院和西安西京医院进行。首先与专家联系, 确定访谈时间和地点, 选择大小合适、有圆形会议桌的会议室进行, 为所有专家准备纸质版“我国护理领域临床实践指南质量评价标准(草案)”, 选择两名研究人员担任访谈助理, 准备访谈所需物品。

1.4 资料收集及整理

由本研究主要负责人担任访谈主持人, 由另一名研究者负责记录。首先, 主持人介绍本研究背景、本次访谈的目的和内容, 在全体人员知情同意下全程录音。然后, 按照访谈提纲组织提问和讨论, 鼓励所有专家自由发言, 不对专家发言进行评判, 推动专家围绕访谈主题深入开展讨论。所有讨论内容均通过投影仪同步呈现, 以便及时确认相关信息, 确保资料的准确性和完整性, 访谈时间控制在 3 小时内。在访谈结束 48 小时内结合录音, 通过内容分析法完成资料整理。通过邮件发给所有专家, 对结果进行确认、补充和完善, 并在 1 周内收回。研究团队对专家返回的资料进行最终整合, 形成我国护理领域内临床实践指南质量评价标准。

2 结果

经过两轮团体焦点访谈, 本研究确定了我国护理领域内临床实践指南的质量评价标准, 其评价领域、评价内容、评分分值、权重、评价条目的解读及评分标准见表 1。

表 1 中国护理领域临床实践指南的质量评价标准

领域	评价条目	分值*	权重	评分标准		得分(权重*分值)
				说明	评分细则	
一、科学性/严谨性	1.指南制定小组由相关的多学科团队组成	0~5	1	指南制定小组一般不少于 10 人, 多由 10 到 20 人组成, 成员主要包括: 组长(由该领域的专家担任)、临床医师(包括专科医师和全科医师)、护理人员、临床流行病学家、循证医学专家、卫生经济学家、信息学家(文献检索)等相关的多学科专家。如有患者代表参加更佳。	0 分: 只有 1 个行业专家制定; 1 分: 2~5 个行业专家制定; 2 分: 5 个以上行业专家制定; 3 分: 多学科专家组成指南制定小组制定; 4 分: 多学科指南制定小组参加人员中包括方法学专家; 5 分: 上述基础上, 明确说明了方法学专家的角色, 以及在指南制定中所起的作用。	
	2.说明了指南的背景、目的和应用对象	0~5	1	制定指南的背景和目的是什么, 谁将使用该指南、应用于什么对象。	0 分: 没有说明制定指南的背景、目的、使用者和应用对象; 1 分: 说明了指南制定的必要性和疾病负担; 2 分: 在上述基础上说明了国内外有无相同指南, 本指南是改编还是原创; 3 分: 在上述基础上详细描述指南制定的目的; 4 分: 在上述基础上明确使用者(医生、护理人员或其他); 5 分: 在上述基础上明确应用对象(患者类别)。	

续表 1

领域	评价条目	分值*	权重	评分标准		得分(权重*分值)
				说明	评分细则	
二、有效性/安全性	3.正确、全面的文献检索策略进行证据检索,并提供了全部参考文献列表。检索中考虑证据的多元性	0~5	2	有明确的临床问题,并形成 PICO 问题(P: 人群/病人, I: 干预措施, C: 对照/比较, O: 结局指标)。对证据的文献检索有明确的检索数据库或检索平台、时间范围、检索词、检索策略。证据查全、查准。① 列出所有数据库; ② 有时间范围; ③ 检索词, 检索策略; ④ 证据查全查准; ⑤ 提供全部参考文献列表。	0 分: 未提及检索策略和数据库, 无任何参考文献; 1分: 仅有 PICO 问题或附有参考文献; 2分: 有 PICO 问题, 并列关键词和检索策略; 3分: 在上述基础上, 列出与主题相关的必要的数据库, 应包括中外基本数据库, 如 PubMed、EMbase、CINAHL、PsychoInfo、Cochrane 图书馆、JBI 数据库、中国生物医学文献数据库(CMB)、各专业学科数据库等; 4分: 在上述基础上, 有文献筛查标准、有时间范围、文献是否公开发表等详细说明; 5分: 在上述基础上, 提供检索流程和所有相关附件, 并列全部参考文献目录。	
	4.对检索到的证据进行质量评价,对证据/证据体进行分级	0~5	2	对检索到的证据进行综合,形成针对某个问题的证据体,然后对证据体进行证据质量评价和分级,一般采用 GRADE 证据分级系统,分为 A、B、C、D 级。或者采用牛津循证医学中心证据分级系统,分为 I、II、III、IV 级。对证据体采用证据概要表进行描述,如对设计方案、研究方法、结果的一致性进行了描述。	0 分: 对证据没有任何质量评价和分级; 1分: 少量证据有质量分级,没有分级的定义和标准; 2分: 绝大部分证据有质量分级,没有分级的定义和标准; 3分: 全部证据有质量分级,但是没有分级的定义和标准; 4分: 有证据级别,并有证据级别定义; 5分: 有证据级别,并有证据级别定义,并附有证据概要表。	
	5.说明了从证据到形成推荐意见的方法	0~5	2	从证据到形成推荐意见应该有科学、正确的方法,如德尔菲法、名义群体法、共识形成会议法、投票系统等。形成推荐意见时不仅要考虑证据的等级,还要考虑本地的医疗环境、医疗条件、经济成本、患者价值观等进行利弊权衡,所以并非高等级的证据一定是强推荐意见。当证据不足或没有,或者存在争议的部分,明确指出相应的解决方法。	0 分: 没有从证据级别到推荐意见的形成过程说明,也没有考虑证据以外的其他因素; 1分: 有从证据级别到推荐意见的形成过程说明,但是不具体,如投票情况; 2分: 有从证据级别到推荐意见的形成过程的说明,采用了正规的方法,并清晰写明形成过程以及存在争议时的处理方法。或考虑到证据以外的其他因素; 3分: 有从证据级别到推荐意见的形成过程的说明,采用了正规的方法,并清晰写明形成过程以及存在争议时的处理方法,并同时考虑到证据以外的一个其他因素如医疗条件或者患者价值观等; 4分: 有从证据级别到推荐意见的形成过程的说明,采用了正规的方法,并清晰写明形成过程以及存在争议时的处理方法,并同时考虑到证据以外的二个其他因素如医疗条件、患者价值观或者经济条件等; 5分: 有从证据级别到推荐意见的形成过程的说明,采用了正规的方法,并清晰写明形成过程以及存在争议时的处理方法,并同时考虑了上述的各种因素的利弊平衡。	
	6.列出了推荐意见的推荐等级	0~5	1.5	推荐意见应该有非常明确的等级定义和等级,如强推荐或弱推荐。	0 分: 全部推荐意见均没有推荐等级; 1分: 有明确的推荐等级的定义; 2分: <50% 的推荐意见有明确的推荐等级; 3分: 50% 以上的推荐意见有明确的推荐等级; 4分: 75% 以上的推荐意见有明确的推荐等级; 5分: 每一条推荐意见,都有明确的推荐等级。	
	7.指南发表前经过了临床试点和外部专家评审	0~5	1	指南制定后发表前应该有制定小组以外的专家小组进行审阅。	0 分: 无专家审阅; 1分: 有专家审阅,但专家的相关性和权威性未进行说明; 2分: 有专家审阅,并说明专家的相关性和权威性,但未强调外部专家; 3分: 有外部专家审阅,但专家的相关性和权威性未进行说明; 4分: 有专家审阅,并说明专家的相关性和权威性,但未强调外部专家; 5分: 有外部专家审阅,并说明专家的相关性和权威性。	
	8.提供了指南的更新计划	0~5	0.5	有指南更新的计划。说明现在的指南是否是更新版,准备多少时间更新一次。	0 分: 没有指南更新计划; 3分: 有更新计划,但是无具体方案; 5分: 有具体的指南更新计划和方案。	
	9.推荐方案的有效性: 同一临床问题,如有备选方案,应列出。必要时列出效应大小的具体数据。	0~5	2	对于同一临床问题,如果有不同的备选方案,应该都写清楚,方便不同的临床医师选择。对不同方案的效果要有客观的评价,有具体的数据支持。	0 分: 对所有的推荐方案的疗效均无明确的疗效说明和具体数据; 1分: 少量推荐方案(<25%)有明确的疗效说明和具体数据; 2分: 部分推荐方案(25%~50%)有明确的疗效说明和具体数据; 3分: 多数推荐方案(50%~75%)有明确的疗效说明和具体数据; 4分: 绝大多数推荐方案(>75%)有明确的疗效说明和具体数据; 5分: 在上述基础上,有临床获益程度描述与评价标准。	

续表 1

领域	评价条目	分值*	权重	评分标准		得分(权重*分值)
				说明	评分细则	
	10.推荐方案的安全性: 推荐意见考虑了方案的不良作用, 列出安全性相关具体数据。	0~5	2	制定推荐意见时不仅要考虑疗效, 也要考虑不良反应和安全性, 在指南中应该说明该推荐方案的安全性问题, 会导致什么不良反应。	0分: 没有考虑各个推荐方案的安全性问题和不良反应; 1分: 很少的推荐方案(<25%)提及有不良反应, 但没有具体数据; 2分: 部分(>25%)说明各个推荐方案的安全性问题, 没有具体数据; 3分: 部分(>25%)说明各个推荐方案的安全性问题, 且有具体数据; 4分: 每个推荐方案均考虑了安全性问题, 但没有具体数据; 5分: 每个推荐方案均考虑了安全性问题, 有具体数据。	
三、经济性	11.推荐意见考虑了卫生经济学问题。	0~5	1	推荐方案是否经过了卫生经济学的评估, 如进行了成本-效果分析。推荐的方案应该是有效而经济的。	0分: 无卫生经济学评价; 3分: 提及卫生经济学, 但没有具体数据; 5分: 有卫生经济学评价, 并有具体数据。	
四、可用性/可行性	12.推荐意见明确不含糊, 容易理解。	0~5	1	指南写作规范, 条理清晰, 推荐意见应该十分明确和详细, 让人容易理解, 不会引起误解。	0分: 指南表达不清晰, 不易理解, 推荐意见含糊不清; 3分: 指南表达尚清晰, 可理解; 5分: 指南写作规范, 表达清晰, 容易理解。	
	13.指南容易获得和推广。	0~5	1.5	指南的全文在国内杂志发表, 容易获得。指南包含了一些评估工具、评估标准、流程图等与指南推广应用相关的支持性工具。指南的推荐意见准确清晰, 适合国内国情, 容易推广。	0分: 指南无法通过公共途径获得, 指南可操作性不强, 无支持性工具; 3分: 指南的全文在国内杂志发表, 推荐意见推荐方案通俗易懂, 有流程图等。指南有一定的可操作性, 有一些支持性的工具作为附件; 5分: 指南容易获得, 具有可操作性, 有完整的支持性的工具作为附件。	
	14.指南检索和评估了中国研究的证据。	0~5	0.5	中国的指南应该纳入中国的研究证据, 不能全部是国外研究。中国研究证据是指研究对象来自我国人群, 包括发表外文期刊的中国研究, 也包括入组了我国病人的国际多中心研究。	0分: 没有检索国内研究证据; 3分: 有国内研究证据, 但没有系统完整检索, 证据不全面; 5分: 检索了国内的研究证据, 并且纳入了研究证据, 或者已经经过检索但是发现没有高质量的国内研究证据, 有详细的说明。	
五、利益冲突	15.指南制定过程有“利益冲突声明”。	0~5	1	指南制定小组成员应该说明有无利益冲突, 如果有利益冲突, 是否会影响到指南的推荐意见。	0分: 没有“利益冲突声明”, 指南中出现药物或器械的商品名、对赞助商的致谢; 3分: 虽然没有“利益冲突声明”, 但指南中未出现药物或器械的商品名和对赞助商的致谢, 不影响指南推荐意见的独立性; 5分: 有“利益冲突声明”, 并且说明是否会影响到指南的推荐意见, 指南中没有出现药物或器械的商品名、也无对赞助商的致谢。	
总分				确定指南推荐的等级, 计算评估表的总得分, 按照得分高低确定指南推荐的等级。	总分在 60~100 分, 定为强推荐的指南(A 级); 总分在 31~59 分, 定为弱推荐的指南(B 级); 总分在 0~30 分, 定为不推荐的指南(C 级)	
对指南的总体评价				评价完成后, 对该指南整体的评价。	强推荐(临床上可应用性很好)、弱推荐(可应用性差)、和不推荐。	

*0: 代表完全不符合; 5: 代表完全符合。

2.1 评价领域及内容

经过专家讨论, 一致同意护理领域临床实践指南质量评价标准亦沿用医疗领域指南质量评价标准的五个维度、15 个条目对指南的质量进行评价, 以免造成不同领域指南质量评价标准的混乱。该框架依据卫生技术评估原理及指南制定的方法学, 从指南制定过程的科学性/严谨性、推荐意见有效性/安全性、经济性、可用性/可行性、指南制定过程的利益冲突五大方面对指南质量进行评价。但专家根据护理学科的特点, 对其中 9 个条目进行了修改和完善。如第 3 个条目, 在原来“正确、全面的文献检索策略进行证据检索, 并提供了全部参考文献列表”的基础上, 修改为“正确、全面的文献检索策略进行证据检索, 并提供了全部参考文献列

表, 检索中考虑证据的多元性”, 提出充分考虑护理领域内证据的多元性, 不但重视定量研究的价值, 也重视定性研究的价值。

2.2 评分分值及权重

由于既往指南质量评价标准尚不统一, 一般有四种评分标准对各条目进行评分, 即 0~3 分制、0~5 分制、0~7 分制和 0~10 分制。为了提高评价者之间的一致性, 本研究中, 专家建议将所有条目评分标准均改为统一的评分标准, 即 0~5 分制, 同时增加了“权重”一栏, 充分考虑到不同条目对指南质量的影响不同, 根据两轮专家讨论的结果, 将不同条目的权重设置为 0.5、1、1.5、2。如条目 8 “提供了指南的更新计划”权重为 0.5, 而条目 5 “说明了从证据到形成推荐意见的方法”权重为 2。

2.3 评分标准

对评分标准主要从3个方面进行了修改和完善,首先从评分内容上,根据护理学科的特点进行了修改、补充和完善,如指南制定小组中应纳入护理人员及方法学专家的参与,文献检索策略中应纳入护理领域内的数据库并考虑护理领域内证据的多元性等。其次,从评分标准上,全部按照0~5分评分制,列出清晰的评分方法和依据。第三,从评分方法上,采用逐级评分的方法,将定性描述和定量评价结合,采用无(0%)、少部分(<25%)、部分(26~50%)、大部分(51~75%)、绝大部分(>75%)、全部(100%)进行明确评价,确保不同评价者对同一条目评价的一致性。

3 讨论

作为证据和实践之间的桥梁,护理临床实践指南的价值被越来越多的护理人员认可。传统的临床实践指南大多是“基于专家共识的指南”,因其形成过程缺乏严谨的方法学,其科学性和透明性受到了很大质疑^[7]。因此,采用严谨的指南制订方法,综合经过系统检索、严格评价的最佳证据,并对不同干预措施的利弊进行充分评估,结合患者的意愿和价值观,制订“基于证据的临床实践指南”,已经成为指南发展的主流趋势^[8]。2014年美国国立指南文库更改了其指南收录的标准,明确了其收录的指南应该满足的条件^[9],包括采用系统方法制定的指南、基于系统评价方法收集的证据、由政府或医疗机构组织发起制定的、包括各种推荐意见利弊和可以备选的建议、5年内制定或修订的新版本。

而目前我国指南数量日益增多,但存在指南总体质量参差不齐、版本繁多、获取渠道不畅、难以甄别等问题,严重影响了指质的质量和使用效率^[4]。为了提高我国护理领域内临床实践指南的质量,本研究遵循卫生技术评估的原理,依据临床实践指南制定规范^[10-12],从指南制定的严谨性/科学性、推荐意见的有效性/安全性及经济性、指南的可用性/可行性、指南制定过程的利益冲突五个领域,全面构建指南质量评价标准,并通过两轮团体焦点访谈,确定了各条目的评分、权重及评分标准。本指南评价标准不但在评价条目、权重设置及评价标准方面充分考虑了护理领域指南的特点,而且评价标准具体、可操作性强,不仅帮助护理人员评价现有指南的质量,且对未来制订护理临床实践指南也起到规范作用。

中国护理领域临床实践指南质量评价标准与

目前国际上公认的指南研究与评价(AGREE II)工具相比,条目从23条精简到15条,且采用了更符合中国人评价的0~5分制对每个条目进行评价,并对评分给出了细致、可操作性强的解释和说明,确保了不同评价者对同一条目及评价的一致性。此外,本评价标准还根据不同条目对指南质量的影响不同,制定了相应的权重,改变了AGREE II工具中每个条目对指南质量影响相同的评价方法,从影响指南质量的核心要素来看,本指南评价标准更客观,更科学。

尽管本指南评价标准具有较好的可操作性,但仍建议评价者在使用该评价标准前,严格遴选评价者资质,详细了解指南制定的方法学,并深入理解该评价标准,把握每个条目的内涵及评分标准,确保不同评价者对相同条目内涵及评分标准理解一致。此外,建议评价者根据本指南质量评价标准对所评价的指南进行预评价,以熟悉和理解对本指南质量评价标准。若不同评价者对同一条目评价差别很大时,可共同商议决策,必要时咨询专家,达成一致后进行指南评价。

参考文献

- 1 Institute of Medicine. Clinical practice guidelines we can trust. Washington, DC: National Academies Press, 2011.
- 2 韦当,王小琴,吴琼芳,等. 2011年中国临床实践指南质量评价. 中国循证医学杂志, 2013, 13(6): 760-763.
- 3 Chen YL, Yao L, Xiao XJ, et al. Quality assessment of clinical guidelines in China: 1993-2010. Chin Med J, 2012, 125(20): 3660-3664.
- 4 吴梦佳,张士靖,周志超,等. 我国临床实践指南利用和需求调查. 中国医学图书情报杂志, 2016, 25(1): 37-42.
- 5 王琪. 中国临床实践指南质量评价研究. 兰州: 兰州大学, 2017.
- 6 时雨,仲理峰,时勤. 团体焦点访谈方法简介. 中国人力资源开发, 2003, (1): 37-40.
- 7 胡雁,朱政,傅亮,等. 临床实践指南的发展和应. 中国护理管理, 2016, 16(9): 1156-1160.
- 8 王波,詹思延. 国外循证临床实践指南制定的方法与经验. 中国循证心血管医学杂志, 2013, 5(4): 334-336.
- 9 National Guideline Clearinghouse. 2013 (Revised) criteria for inclusion of clinical practice guidelines in NGC[EB/OL]. Available at: <https://www.guideline.gov/help-and-about/summaries/inclusion-criteria>.
- 10 WHO handbook for guideline development (2nd edition). World Health Organization, 2014.
- 11 Qaseem A, Forland F, Macbeth F, et al. Guidelines international network: toward international standards for clinical practice guidelines. Ann Intern Med, 2012, 156(7): 525-531.
- 12 中华医学会肝病学会,中华医学会感染病学分会. 关于临床实践指南制定的规范. 中华肝脏病杂志, 2015, 23(12): 881-887.

收稿日期: 2018-04-11 修回日期: 2018-07-18

本文编辑: 张永刚