



中 华 中 医 药 学 会 团 体 标 准

T/CACM 005—2017

中医药临床实践指南制订过程中
专家共识形成及其流程的技术规范
征求意见稿

Technical specifications on developing expert consensus for clinical practice
guideline in traditional Chinese medicine

2017-xx-xx 发布

2017-xx-xx 实施

中 华 中 医 药 学 会 发 布

目 次

前 言.....	I
引 言.....	II
1 范围	- 1 -
2 规范性引用文件.....	- 1 -
3 术语及定义.....	- 1 -
4 组织者.....	- 2 -
5 共识形成的三个环节及其主题.....	- 2 -
6 遴选共识组成员.....	- 3 -
7 共识背景资料.....	- 3 -
8 提炼共识清单.....	- 3 -
9 四种正式共识形成方法.....	- 4 -
10 “共识”程度的界定.....	- 6 -
11 “共识”到“推荐”形成的要求.....	- 7 -
12 共识形成流程.....	- 7 -
附 录 A.....	- 9 -
参考文献.....	- 12 -

前 言

《中医药临床实践指南专家共识形成的技术规范》（以下简称“《规范》”）按照 GB/T1.1-2009《标准化工作导则 第1部分：标准的结构和编写》规定的规则起草。

本规范由中国中医科学院中医临床基础医学研究所提出。

本规范由中华中医药学会归口。

本规范负责起草单位：中国中医科学院中医临床基础医学研究所。

本规范指导委员会：王永炎、张伯礼、翁维良、刘建平、杨克虎、詹思延。

本规范主要起草人：谢雁鸣、廖星、张俊华、刘清泉、马融、王耀献、苗青、张洪春、李光熙、罗颂平、陈耀龙、陈薇、胡晶、姜俊杰、刘垲、支英杰、黎元元、王连心、王志飞。

引言

专家共识 (expert consensus) 是指相关专家在全面复习现有知识的基础上, 做出的针对某一疾病的共识性意见和建议。临床实践指南是指通过系统综述生成的证据以及对各种备选干预方式的利弊评价之后提出的最优指导意见。两者不可等同, 前者更多地被后者用于制订过程中。临床实践指南在制订过程中会面临不同阶段和不同问题的群体决策, 需要汇聚专家意见, 达成共识形成推荐意见, 并解决指南制订过程中其他问题, 如确定主题、目标人群和范围。循证制订指南 (evidence based guideline development) 倡导将共识意见与证据质量相结合, 依据对现有证据进行评价的结果来确定推荐意见。

20 世纪 90 年代以来, 共识方法越来越多地被应用于指南的制订。国际指南联盟认为高质量临床实践指南应在指南制订之初确定专家组成员达成共识的过程。AGREE II 评价标准的第 10 条和第 12 条分别强调应“清楚描述形成推荐建议的方法”和“推荐建议和支持证据之间有明确的联系”。RIGHT 报告标准中第 15 条规定从证据到决策, 应描述指南制订工作组的决策过程和方法, 特别是形成推荐意见的方法。GRADE 要求通过一次或多次的专家共识, 综合考虑利弊平衡、患者的偏好和价值观、资源投入等因素, 最终达成一致的推荐意见。可见, “专家共识”已成为临床实践指南制订过程中不可或缺的重要环节。

国际上有诸多成熟的共识形成方法, 以正式共识法为常用方法。

目前, 无论是 WHO 临床实践指南还是中国临床实践指南, 大多数未清楚阐述达成共识的具体方法和过程。而这种现状, 中医药临床实践指南领域更为严重。一方面是由于指南制订者忽略了共识实施环节的重要性, 另外一方面也是由于缺乏一份明确的共识形成方法和技术规范。为此, 根据现有国际上公认的共识形成方法, 基于临床实践指南实施过程中的具体环节, 结合中医药临床实践指南制订过程中的特殊性, 制订中医药临床实践指南专家共识形成技术规范, 为中医药临床实践指南制订过程中共识的形成透明、规范提供技术指导。

中医药临床实践指南制订过程中专家共识形成及其流程的技术规范

1 范围

本规范适用于中医药临床实践指南制订过程中专家共识形成，可供指南制订者使用。

2 规范性引用文件

下列文件对于本规范的应用是必不可少的。凡是注明日期的引用文件，仅所注明日期的版本适用于本规范。凡是不注明日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改版本）适用于本文件。

GB/T1.1-2009《标准化工作导则 第1部分：标准的结构和编写》

3 术语及定义

下列术语和定义适用于本规范。

3.1

专家共识 Expert consensus

疾病领域专家在全面复习现有知识的基础上，做出的针对某一疾病的共识性意见和建议。

3.2

临床实践指南 Clinical Practice Guideline

通过系统综述生成的证据以及对各种备选干预方式的利弊评价之后提出的最优指导意见。

3.3

李克特量表 Likert scale

是一种心理反应量表，是目前调查研究中使用最广泛的量表。受测者被要求指出他或她们对该题目所陈述的认同程度，或任何形式的主观或客观评价。通常使用五个回应等级，也可以使用7或9个等级。

3.4

PICO 要素

P：特定的患病人群/临床问题（population/problem）；I/E：干预措施/暴露因素（intervention/exposure）；C：对照措施或另一种可用于比较的干预措施（comparison/control）；O：结局（outcome）。

3.5

利益冲突 conflicts of interest

是指参与者和多个利益相关组织有关联，在其决策时，会有意识或无意识受到其相关利益组织的影响，使其不能以公正、开放的心态进行决策。这些关联可以是经济利益的资助也可以是学术意识的不同。为此，指南制订过程中的利益冲突主要包括两种，一种来自于经济上的利益冲突（financial conflicts of interest ,FCOIs），一种来自学术意识形态上的

利益冲突 (intellectual conflicts of interest ,IC0Is) 。

4 组织者

共识的组织者应该是临床实践指南制订的主导成员，主要为临床实践指南主要起草人，应包括临床专家和方法学专家。组织者在执行安排共识形成过程中，负责准备共识实施前的预备材料，如时间计划表、人员分工安排表和工作流程。

5 共识形成的三个环节及其主题

根据指南的主题，定位指南制订过程中需形成共识的具体环节，并以 PICO 形式，进行细化，构建用于形成共识的问题清单或提纲。由于在指南过程中，主要有三个环节会需要进行共识，即：筛选指南主题、形成临床问题 PICO、形成推荐内容和强度。

5.1 筛选指南主题

5.1.1 明确指南制订目的，即指南实施对临床的影响，包括规范临床医疗行为，或引导行业水平提高和进步，或保障医疗质量，或改善患者结局，或保障医疗安全等。制订者、使用者、受益者的目的均应包括。

5.1.2 确定指南类型，即是制订标准指南、快速建议指南还是完整指南。

5.1.3 指南主题的选择一般需要满足以下条件：该疾病给人类带来一定负担、诊疗工作中却是存在差异或临床效果存在可被改善的潜能。主题由指南制定小组的首席专家及指南制订负责人提出。提出之后，需要征求意见，即实施共识。

5.2 形成临床问题

5.2.1 临床问题来源

临床问题是临床实践中亟待解决的关键问题，是指南主题的具体化表现。临床问题应包括推荐的干预措施的有效性，以及干预措施的不良后果、社会认可度或成本效益的信息等，为形成推荐意见提供证据基础。诊疗指南所解决的问题应来源于临床实践。这些问题可以通过问卷调查，也可以由资深医务人员、患者代表及其家属研究后，结合临床实践经验和经历提出。指南所针对的问题应明确描述，包括适应症如何确立、合理的干预措施以及干预措施的危害及对临床经济学的影响等。

5.2.2 临床问题的构建一般采用 PICO 方式。

患者：应准确描述其适应症，包括年龄、性别、民族和行为特征等，描述适应人群所处的环境，是否需要亚组或排除亚组等。

干预方案：需要明确其治疗措施、诊断步骤、制订诊疗措施的程序、影响预后因素、风险因素、生活方式的改变、社会活动、筛查方法、预防措施等，并考虑其他变量，如剂量、频次、实践和疗程等，当干预措施较为复杂时，考虑最关注的部分及如何最佳地描述它们。

对照：明确其他可选的干预方案，如安慰剂、不干预、标准治疗方法、现行的标准诊断、干预措施的调整方案或完全不同的干预措施。

结局：明确推荐意见的目的，预期达到的效果和可能产生的危害。需要根据专家、推荐意见的实施者和患者代表的意见形成解决指标清单，仔细遴选可能的疗效、安全性、经济学结局。

5.2.3 结局指标的选择和分级

由指南制订组负责组织临床专家和患者代表制作结局清单，并统一进行分级和排序。按照 1-3 分为该结局指标不重要，4-6 分为该结局指标重要，7-9 分为该结局指标至关重要进

行评判。

5.2.4 确定需要系统综述的问题

一项临床实践指南，通常可以形成 10 余个系统综述问题，对这些问题进行排序，优先解决亟待回答的问题。

5.3 形成推荐内容和强度

对证据进行分级评价并讨论起于临床问题的符合程度，考虑其他影响推荐意见的因素，如经济性、可行性、公平性、患者偏好与价值观等，经过指南制订小组专家共识会议表决后，将证据转化成推荐意见。除了对证据质量和利弊权衡以外，患者的价值观、干预成本等都是影响推荐强度的重要因素。

6 遴选共识组成员

6.1.1 共识组成员要求

成员的选定有 3 种情况：疾病领域的中医和西医临床专家(涵盖不同级别)，方法学专家(流行病学研究者、循证医学研究者、文献研究者等等)；非专业人员(如患者代表、医院管理者)。中医临床专家应该是熟悉指南相关疾病的诊疗过程，并有不同年限的临床经验；方法学研究者，则需要熟知该疾病/干预措施/诊断工具相关的证据资料及其来源；而对于非专业人员，如患者代表，则有过对该疾病/干预措施/诊断工具的体验经历。对于每种人群的异质性大小也因情况而已，一个纳入参与者广泛的共识组将能够具有较好的共识结果推广前景，但是共识形成过程中会产生较大的分歧。当然共识如果来自于比较统一的群体时，比较能代表大多数的意见。共识小组的人员数不能少于 20 个，且 $\geq 2/3$ 的人应该为具有高级职称且工作经历 ≥ 10 年，同时剩余的 1/3 的共识组成员中还应纳入中、初级职称的临床一线医生代表、药剂师、护理人员、患者代表、以及医院管理人员。

6.1.2 共识成员利益冲突声明

一份利益冲突声明至少包含以下四方面的内容：

(1) 阐明指南制订过程中受到资助的任何环节；(2) 如有资助，则需阐明资助者对指南制订、传播和实施的作用和影响；(3) 阐明 COI 的类型，是经济利益性还是非经济利益性；(4) 阐明 COI 是如何测量且如何处理的，需告知指南使用者如何获得这些利益冲突声明信息

6.1.3 面对面共识会议主持人/协调员要求

在面对面共识形成方法中，还需要主持人/协调员对面对面会议进行主持和协调。选择合适的主持人/协调员是面对面共识会是否举办成功的一个重要因素。需要其对指南制订背景、讨论主题以及参会人员了解和熟悉，并具备良好的交流和协调能力。

7 共识背景资料

在实施共识形成方法之前，组织者应该系统、广泛地收集相关主题的证据资料，就目前中医药临床实践指南制订的特点来看，主要有 4 种证据资料需要查询：①中医经典和传承经验：中医的经典古籍；历史上著名医家的专著；近现代医家的医话医案。②最新指南和法规性文件：国家基本药物目录、国家基本医疗保险药品目录；中国药典等。③最新版教材。④现代临床研究的系统评价。⑤名老中医定性访谈。

8 提炼共识清单

基于背景资料以及前期的访谈调研，可以凝练正式共识形成开展的问题清单。就中医药领域来讲，需要重点凝练 4 个方面的内容：①中西医疾病名称；②证候分型及其诊断要素；③治疗原则；④代表性方药。同时以列表形式形成最终的拟将用于共识的内容清单，采用李克特量表进行评分。

9 四种正式共识形成方法

正式共识形成方法主要分为 4 种：德尔菲法(Delphi method)、名义组法(the nominal group technique, NGT)、RNAD/UCLA 合适度检测方法(RAND/UCLA appropriateness method)、美国 NIH(national institutes of health)的共识形成会议法(consensus development conference, CDC)。

9.1 德尔菲法(the Delphi method)

9.1.1 定义和特点

该方法是指通过多次反复的结构化的方式收集参与者意见。针对参与人较多的情况下采用通信/邮件方式征询参与成员的意见，经过至少三轮征询，使参与者们的意见趋于集中，最后做出符合共识主题的结论。主要特点在于：设立主持人或主席，结构化的流程具有可控性，参与者可独立、匿名发表意见，并可得到反馈，但过程复杂，花费时间较长。

9.1.2 具体过程

首先确定好需要调研的问题，可以通过前期文献调研来整理出问题，并将相关材料发送给参与者，这样做可以确认当事人邮箱/收信地址是否正确。在进行第一轮专家调研前，德尔菲组织小组邀请一些临床或方法学研究专家针对该问题提出意见进行完善，可以对相关参与者进行访谈，进而完善并确定主题，然后制订出问卷框架，同时也邀请他们参与到接下来的问卷调研中。所邀请的参与者应该是来自不同地区的具有代表性的人，且对所调研的问题感兴趣，并保证能参与。

第一轮时，询问参与者们针对调研主题的意见，应该进行开放式提问，以便能够激发出参与者们不同的意见，然后对回收意见进行归类，制订出用于循环使用的问卷调研表，这一轮的调研尽可能简单，所提问题不要超过一页纸。

第二轮时，在对第一轮意见进行总结时，会有一些议题已达到共识，而还有一些议题并没有，这时候要对这一部分议题进行凝练后再次开展第二轮意见征询，而第一轮反馈的结果也会同时送达各个参与者，他们会以同意与否的方式直接形成共识，或者对他们针对每个条目的同意与否进行排序。

第三轮时，参与者们在第二轮时已经获知了整体的调研结果，以及他们自己之前的回答情况。这一轮时，参与者们会再次对于他们之前的意见进行重新审度。同时，他们还有机会对之前的结果排序进行调整。最后对汇总的排序进行评估和总结，看共识程度是否高，如果高，则调研结束，如果共识程度低，在条件许可的情况下尚需进行第四轮。

9.1.3 注意事项

共识人员的遴选：应根据需要共识的主题，制订遴选标准。需要考虑共识人员分布的地域性，和不同专业背景、身份背景的分布，能够坚持完成多轮共识咨询。

调查问卷的制订：根据共识的主题，制订调查问卷。第一轮问卷一般采用文献回顾和开放性访谈结合的方法，拟定出来，其后的调查问卷主要采用客观评分和共识人员提出书面具体的意见相结合的方式。

问卷发放方式：通过邮件或信件的方式发送问卷，回答者可以匿名。

统计方法：根据共识人员意见的协调程度，计算相应的军属和标准差，判断德尔菲法的轮次，当专家意见趋近一致时，调查即可结束。

9.2 名义组法 (nominal group technique, NCT)

9.2.1 定义和特点

该方法是指在决策过程中对群体成员通过出席所召开的讨论会，先进行个体决策，即独立思考后，再看最终共识程度。该方法特点是，每位成员可平等参与，可避免讨论产生的冲突，能尽可能多地搜集观点，洁身实践，但在同时解决多个问题上缺乏灵活性，需要较长时间。

9.2.2 具体过程

通过一名经验丰富的主持人/协调员组建9~12名相关专家以面对面会议的形式讨论特定主题。它包含两轮会议，参与者们对主题内容进行评判和讨论以及再评判和讨论。该方法的过程主要有：首先参与者们先用5~10分钟时间匿名写下各自对讨论主题的观点；第二阶段，每个参与者依次对主持人阐述观点，主持人做记录，并进行列示，使周知；第三阶段，展开讨论，将相同的意见进行归类，同时对每个观点和意见进行讨论和评价；最后每个参与者对每个观点进行第一轮的匿名排序，并对排序进行展示；再进行第二轮的排序和讨论；最后对结果进行展示并反馈给参与者们。

9.3 RNAD/UCLA 合适度检测方法 (RAND/UCLA Appropriateness Method)

9.3.1 定义和特点

简称为：“RAND”法，该方法又被称为“改良德尔菲法”，联合应用了德尔菲法和名义组法。“RAND”法通过优势互补发挥两者的优点，有效地克服了德尔菲法中专家不谋面以致对有争议的问题难以取得共识和名义组法参与者意见过于分散的缺点。

9.3.2 具体过程

该方法实施时，通常会组建两个小组，即核心小组和专家组，前者引导后者，并向后者提供综合数据，后者则基于这些数据来达成共识。一般来讲，在开展共识形成过程之前，核心组会基于证据的综合开展一个系统评价，以便给专家组提供一个循证的决策引导。接着一个包含各种临床实际情景片段的问题会被制作出来提供给专家组。这些片段来自于有明显临床特征的某一患者。同时专家组会被给予一个9分制的李克特量表，用于评价某一特定干预措施是否适合该患者。专家组可以由7~15人组成，最好是9人，且以奇数为好。所遴选的专家最好来自多领域。

通常对于某一干预措施的评价会有两轮。第一轮专家组通过邮件收到临床情景片段，并被要求进行“合适度”的评分，在评价时可以考虑干预措施的经济性问题。1~3分，4~6分，7~9分，分别代表不合适，不确定，合适。每个专家独立于其他专家进行评分。专家组成员可以参考核心组所提供的综合证据。第二轮则由一名经验丰富的主持人/协调员来组织一次1~2天的面对面会议。不少于20名，且总人数为奇数人数。会上，所有参与专家都会获得其他专家之前的个体评分结果。参会专家每人对每个片段干预措施的合适度发表意见。在讨论结束之前，每个参会专家可以再次重新审度他们之前的评分结果，并可以进行修改。

之后，这些结果会被进行描述性统计分析。当有 $\geq 1/3$ 的专家对某一临床问题的干预措施的评分为低分，而另外 $\geq 1/3$ 的专家对同一临床问题的干预措施的评分为高分时，则视为有分歧，没有达成共识。在没有分歧时，中位评分若处于低分段（1~3分），视为“不合适”，如果评分处于高分段（7~9分）时，视为“合适”，如果评分在4~6分，无论是否有分歧都视为“不确定”。这些评分结果将最终用于某一干预措施是否在过去使用不合适，或某一干预措施是否能够合适地用于将来。

9.4 美国NIH共识形成会议法 (Consensus development conference)

9.4.1 定义和特点

即遴选一组人参加会议，就某问题根据呈现的证据达成共识，分为开放和封闭两种类型，均设有主席，负责全过程和分配任务，公众也可参与其中。该方法的主要特点在于较之于其他方法更倾向于通过公共论坛讨论问题。通过面对面讨论和交流产生建议，形式灵活，内容更丰富，经济方便，可实现快速决策，但对群体意见的综合分析方法不明确。

9.4.2 具体过程

首先要选定主题和遴选参会专家。然后围绕主题由参会者列出将要讨论的问题清单，确定会议讨论范围。与会专家不少于 20 人，来自不同领域，形成会议专家决策组。该决策者独立于组织者，且没有其他利益冲突。这些专家应为领域内高水平的专家。同时，由组织者邀请另外一批独立于决策组的专家提供相关主题的各种证据，用于会议决策专家进行讨论。通常，组织者对于会议所讨论的主题会提供相关系统评价类的证据。与会专家听取证据陈述和来自公开方式征集的普通公众的意见之后，展开讨论。

在公开征求意见时，普通公众可以对与会专家进行提问。之后，会议组专家组织讨论会进一步讨论证据，最终达成共识。会议主持人/协调员将主导并对公开征求意见会以及专家会进行掌控，并协助达成共识。在权衡各种证据和信息后，专家组将生成一份针对预先问题的共识声明。共识声明草稿会被参会人进行评审。讨论之后，专家组做出相应修正，之后对声明进行发布和传播。

9.4.3 注意事项

会议成员的遴选：会议的参与者应能够在共识主题上给出较客观的和专业化的意见，应尽可能选择不同观点的参与者。

会议的主要议程：会议分为两个部分，即公开讨论会和委员会。在公开讨论部分应邀请参与者向会议小组陈述观点和意见，并接受提问和咨询，然后会议小组组织委员进行研讨和材料的整理，并撰写共识声明。

会议的讨论范围：即共识主题明确，共识清单可辩论。

有各参与者以投票、排序、公开讨论等非结构化的互动方法评估最终的共识结果。

9.5 四种正式共识方法的优缺点对比

上述四种方法各有优缺点，为了方便使用者选择，现将其优缺点进行列表展示如下：

共识方法	是否可以 邮寄问卷	个人独立 决策过程 是否保密	临时的小 组建议或 决定是否 反馈给成 员	是否允许 面对面讨 论	是否为结 构化的互 动讨论	整合成员 观点的方 法
德尔菲法	√	√	√	×	√	明确
名义群体 法	×	√	√	√	√	明确
共识形成 会议法	×	×	×	√	×	不明确
RAND 法	√	√	√	√	√	明确

10 “共识”程度的界定

四种方法中，涉及到共识程度的界定时，借鉴 GRADE Grid 方法，内容如下：

共识总原则为：凡是对共识内容同意或反对人数 $\geq 2/3$ 总人数，则视为达成共识， $< 2/3$ ，则视为未达成共识。

但对于治疗措施形成推荐意见时，应遵循以下原则：

凡是对某项治疗措施推荐人数 $\geq 2/3$ 总人数，则推荐使用该治疗措施，且如果推荐人数 $\geq 3/4$ 时，为强推荐；如果推荐使用人数比例 $\geq 50\%$ 且 $< 3/4$ ，则为弱推荐。

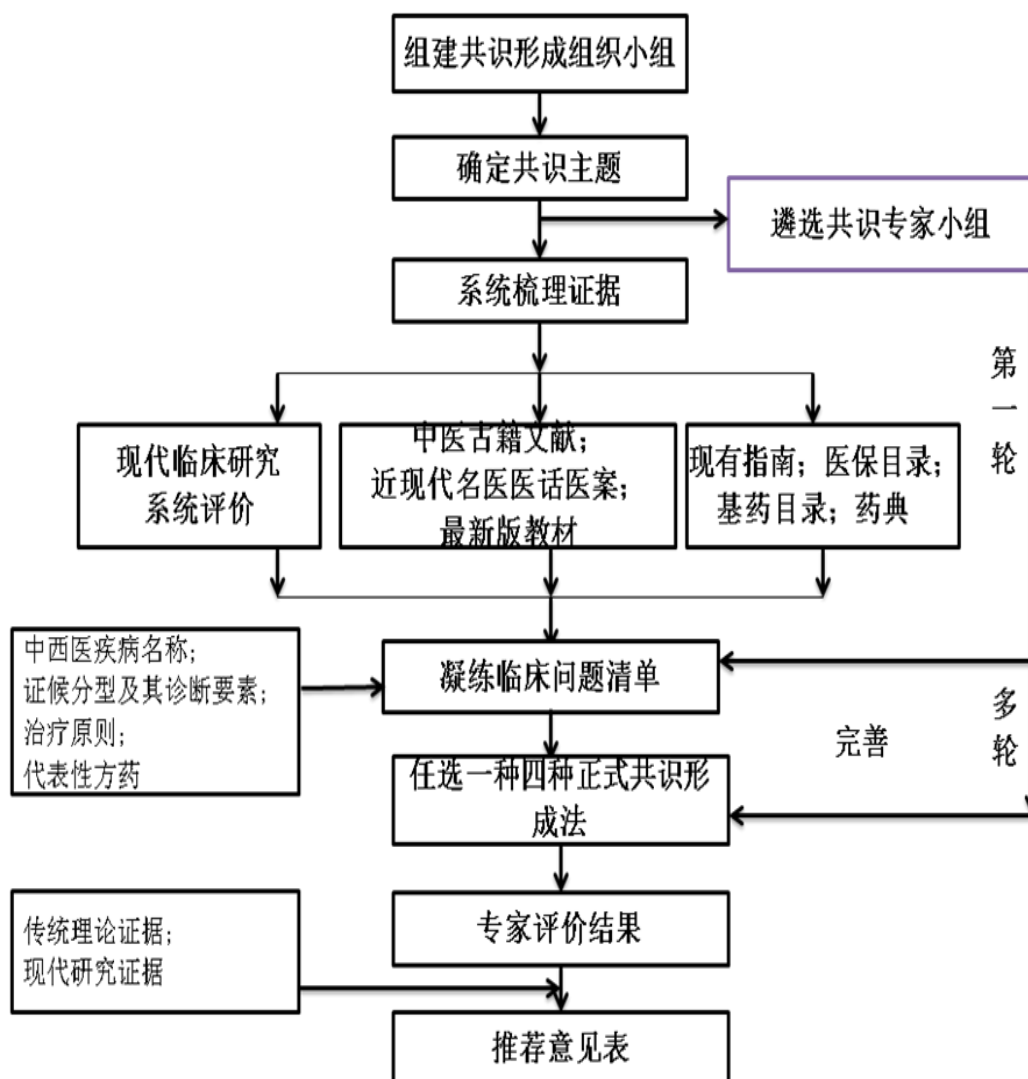
凡是对某项治疗措施反对人数 $\geq 2/3$ 总人数，则不推荐使用该治疗措施，且如果不推荐人数 $\geq 3/4$ 时，为强不推荐；如果不推荐使用人数比例 $\geq 2/3$ 且 $< 3/4$ ，则为弱不推荐。

对于中医药特色经典名方且有古籍（1911 年以前）记载，临床长期应用 30 年以上，现代研究证据级别偏低或无相应支撑证据的情况，有 $3/4$ 以上的专家达成推荐共识时，则为强推荐。

11 “共识”到“推荐”形成的要求

临床实践指南中推荐意见形成时应考虑 3 个方面的内容：①研究证据支持情况；②专家临床经验及其专业建议；③患者建议。其中研究证据的质量与证据支持力度是科学性的基础，推荐强度的依据，而专家经验与建议、患者建议则可以增加指南的适用性。在共识形成过程中，常见有 3 种情况需要应对处理：①专家同意现有证据提供的结论；②现有证据缺如，专家提出其他建议；③专家不同意现有证据所得结论。这 3 种情况在最后形成推荐意见时均需要注明。在最后陈述推荐意见时，应该将形成推荐的过程及其所使用的方法进行整体的描述；所推荐的强度应该有所标识；推荐的理由应该有所列示，如有参考证据，应该附上参考文献及其出处。就中医的临床实践指南制订过程中还需注意，证据类型中有很大部分的支撑来自于传承和经验，即中医理论传统证据。应将中医理论传承证据、现代临床研究证据，临床专家意见相互参考，之后再做出综合推荐。

12 共识形成流程



附录 A

（资料性附录）

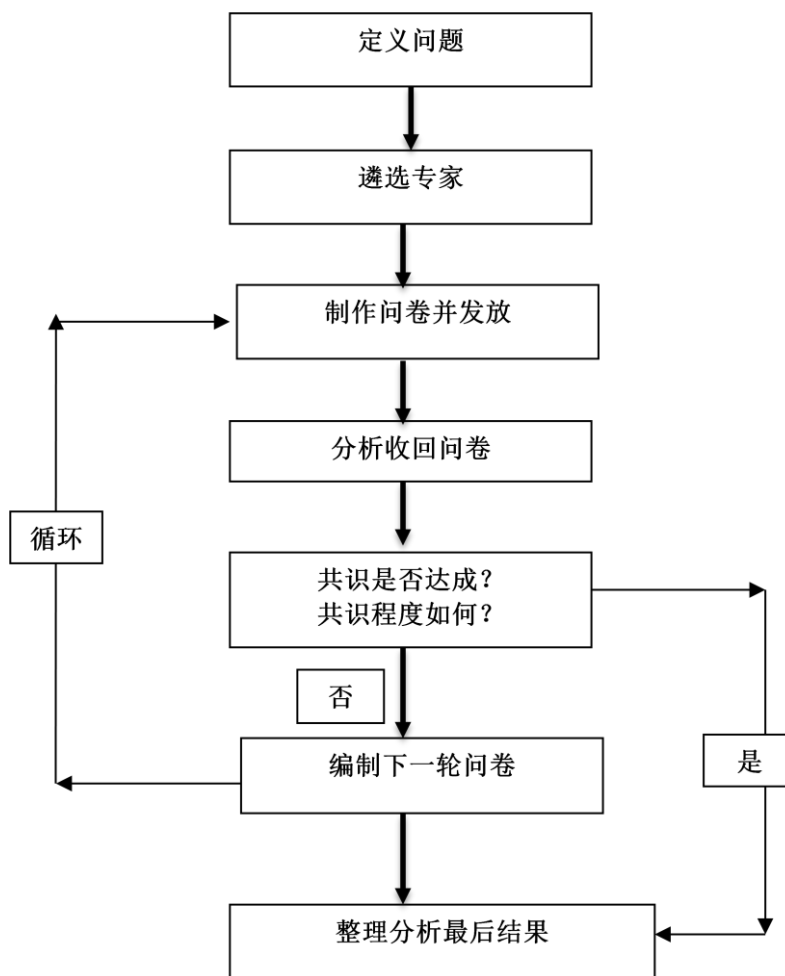
四种正式共识方法的实施流程图和使用手册（或经典参考文献）

1. 德尔菲法（the Delphi method）

1.1 经典参考文献

Dalkey NC, Helmer O. An experimental application of the Delphi method to the use of experts. Management Science 1963; 9: 458-467

1.2 流程图

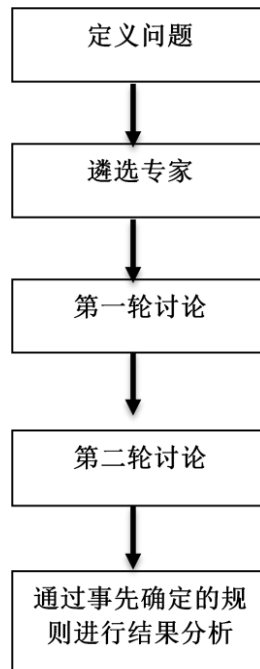


2. 名义组法（nominal group technique, NCT）

1.1 经典参考文献

Delbecq A, Van de Ven A. A group process model for problem identification and program planning. Journal of Applied Behavioral Science 1971; 7: 467-492

1.2 流程图



3. RNAD/UCLA合适度检测方法 (RAND/UCLA Appropriateness Method)

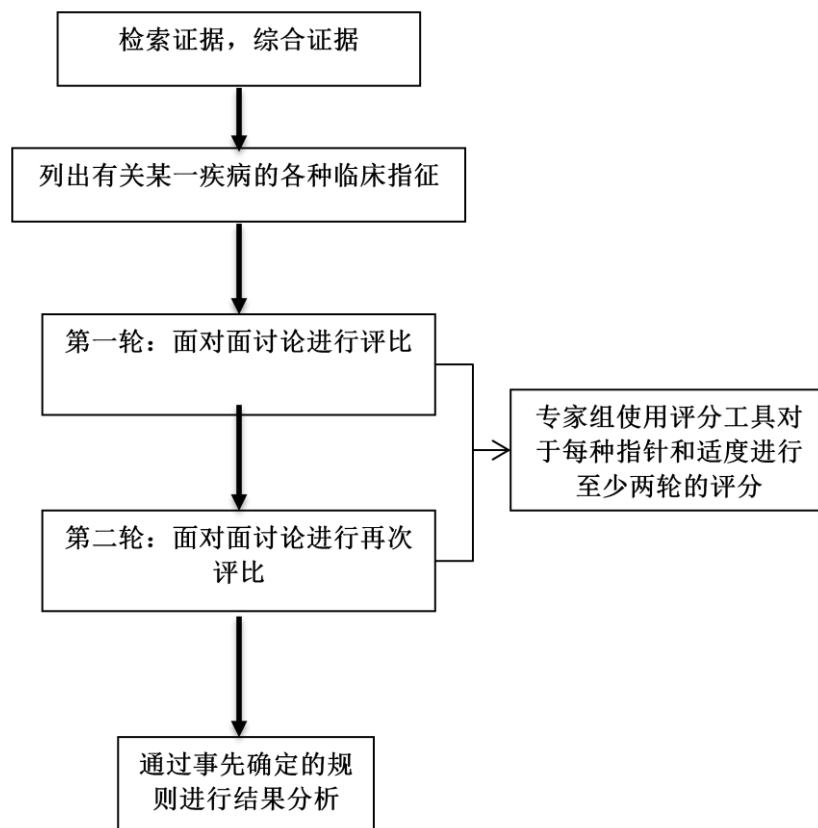
1.1 使用手册

The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual

网址:

https://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/monograph_reports/2011/MR1269.pdf

1.2 流程图

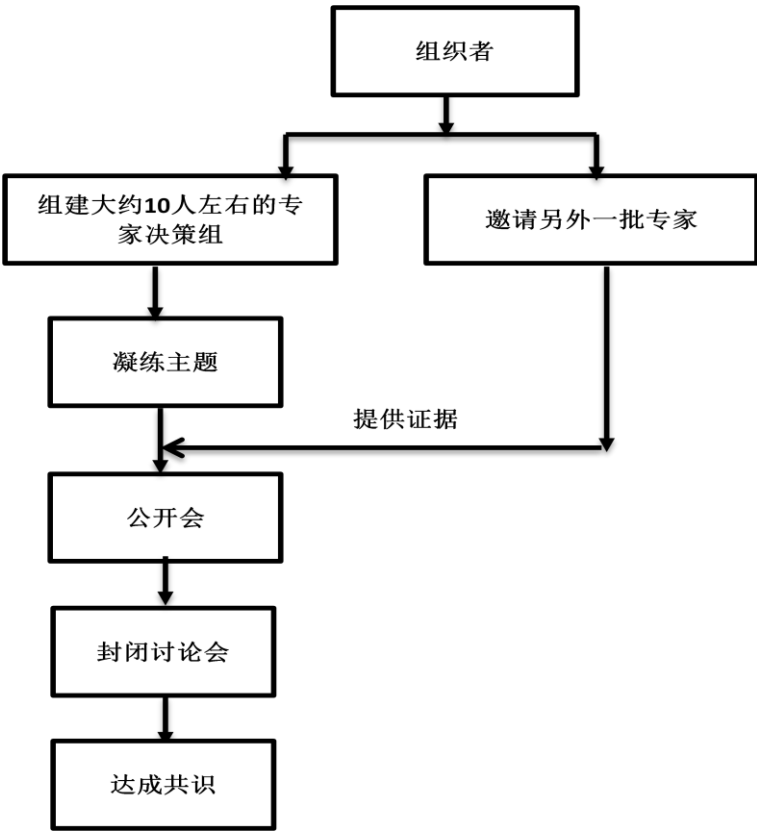


4. 美国 NIH 共识形成会议法 (Consensus development conference)

1.1 经典参考文献

Fink A, Kosecoff J, Chassin M, Brook RH. Consensus methods: characteristics and guidelines for use. American Journal of Public Health 1984; 74: 979-983

1.2 流程图



共识形成文件归档与保存

1	指南制订计划书
2	共识专家名单及其个人简介
3	参与共识形成人员签署的利益冲突声明书
4	共识清单
5	所用共识方法实施方案
6	每次共识实施存档记录

参考文献

- [1] Graham R, Mancher M, Miller Wolman D, et al. Clinical practice guidelines we can trust. Washington DC: National Academies Press (US); 2011
- [2] Improving Consensus Development for Health Technology Assessment: An International Perspective [EB/OL]. 2017-3-24. <http://www.nap.edu/catalog/1628.html>.
- [3] Murphy M K, Black N A, Lamping D L, et al. Consensus development methods, and their use in clinical guideline development[J]. Health technology assessment (Winchester, England), 1998, 2(3):1-100.
- [4] Clinical Practice Guidelines: Directions for a New Program[EB/OL]. 2017-3-24. <http://www.nap.edu/catalog/1626.html>.
- [5] Guidelines for Clinical Practice: From Development to Use[EB/OL]. 2017-3-24. <http://www.nap.edu/catalog/1863.html>.
- [6] Rs H, Mc W, Sr T, et al. Users' guides to the medical literature. VIII. How to use clinical practice guidelines. A. Are the recommendations valid? The Evidence-Based Medicine Working Group[J]. JAMA, 1995(274):570-574.
- [7] METHODOLOGICAL PRINCIPLES [EB/OL]. 2017-3-24. <http://sign.ac.uk/methodology/index.html>.
- [8] 2013 (Revised) Criteria for Inclusion of Clinical Practice Guidelines in NGC[EB/OL]. 2017-3-24. <https://www.guideline.gov/help-and-about/summaries/inclusion-criteria>.
- [9] Clinical Practice Guidelines We Can Trust—Standards for Developing Trustworthy Clinical Practice Guidelines (CPGs) [EB/OL]. 2017-3-24. <http://nationalacademies.org/hmd/~media/Files/Report%20Files/2011/Clinical-Practice-Guidelines-We-Can-Trust/Clinical%20Practice%20Guidelines%202011%20Insert.pdf>.
- [10] Subjective Global Assessment—A HIGHLY RELIABLE NUTRITIONAL ASSESSMENT TOOL[EB/OL]. 2017-3-24. <http://subjectiveglobalassessment.com/>.
- [11] Nc D, O H. An experimental application of the Delphi method to the use of experts[J]. Futures, 1963(9):458-467.
- [12] A D, Van de Ven A. A group process model for problem identification and program planning[J]. J Appl Behav Sci, 1971(7):467-492.
- [13] 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):53-63.
- [14] 廖星, 谢雁鸣. 共识法在传统医学临床实践指南制定过程中的应用探讨[J]. 中西医结合学报, 2008(06):555-560.
- [15] 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(08):1518-1524.

[16] Kwong J S W, Chen H, Sun X. Development of Evidence-based Recommendations: Implications for Preparing Expert Consensus Statements [J].Chinese Medical Journal, 2016, 129(24):2998-3000.

Arlene F, Jacqueline K, Mark C, et al. Consensus methods: characteristics and guidelines for use[J].Am J Publ Health, 1984(74): 979