

健康公平性在指南制订中的思考与方法学建议

高一城^{1,2,3}, 刘芷含^{1,2,3}, 陶立元⁴, 曹蕊^{1,2,3}, 夏如玉^{1,2,3}, 冯玉婷^{1,2,3},
方锐⁵, 邓迎杰⁵, 向文远⁵, 费宇彤^{1,2,3}

北京中医药大学¹ 循证医学中心² 国际循证中医药研究院, 北京 100029

³ 北京 GRADE 中心, 北京 100029

⁴ 北京大学第三医院临床流行病学研究中心, 北京 100191

⁵ 新疆医科大学附属中医医院, 乌鲁木齐 830000

通信作者: 费宇彤, E-mail: yutong_fei@163.com

【摘要】 健康公平性能够缩小不同群体之间的健康差异, 使公民享有公平的健康服务。目前, 指南制订者越来越重视对健康公平性的考虑, 并在指南制订的过程中进行了初步探索和应用。但现有指南制订过程对于健康公平性的结构化和系统化构建考虑较少, 其对未来指南制订的指导较有限。本文探讨在指南制订关键环节对健康公平性系统化构建进行深入思考的方法学建议, 以期为指导制订者提供参考。

【关键词】 健康公平性; 临床实践指南; 方法学

【中图分类号】 R181.2 **【文献标志码】** A **【文章编号】** 1674-9081(2023)06-1319-06

DOI: 10.12290/xhyxzz.2023-0096

Considerations and Methodological Suggestions on Health Equity in Clinical Practice Guideline Development

GAO Yicheng^{1,2,3}, LIU Zhihan^{1,2,3}, TAO Liyuan⁴, CAO Rui^{1,2,3}, XIA Ruyu^{1,2,3}, FENG Yuting^{1,2,3},
FANG Rui⁵, DENG Yingjie⁵, XIANG Wenyan⁵, FEI Yutong^{1,2,3}

¹Centre for Evidence-based Chinese Medicine, ²Institute for Excellence in Evidence-based Chinese Medicine,
Beijing University of Chinese Medicine, Beijing 100029, China

³Beijing GRADE Center, Beijing 100029, China

⁴Research Center of Clinical Epidemiology, Peking University Third Hospital, Beijing 100191, China

⁵Affiliated Hospital of Traditional Chinese Medicine, Xinjiang Medical University, Urumqi 830000, China

Corresponding author: FEI Yutong, E-mail: yutong_fei@163.com

【Abstract】 Health equity can narrow the health gap between different groups and enable citizens to enjoy fair health services. Clinical practice guideline makers have been paying more and more attention to health equity, and exploring and applying the consideration to the development of corresponding guidelines. However, existing clinical practice guideline development gives little consideration to the structured and systematic construction of health equity, and the guidance for future guidelines is limited. This paper aims to put forward methodological suggestions for in-depth consideration of health equity in clinical practice guideline development, with

基金项目: 新疆维吾尔自治区重点研发计划 (2021B03006-4)

引用本文: 高一城, 刘芷含, 陶立元, 等. 健康公平性在指南制订中的思考与方法学建议 [J]. 协和医学杂志, 2023, 14 (6): 1319-1324.

doi: 10.12290/xhyxzz.2023-0096.

the hope of providing reference for guideline developers.

【Key words】 health equity; clinical practice guidelines; methodology

Funding: Key Research and Development Program of Xinjiang Uygur Autonomous Region (2021B03006-4)

Med J PUMCH, 2023, 14(6): 1319–1324

健康公平性是指社会中的所有个人在健康获取方面具有同等机会^[1]。与其相对的“健康不公平”则是一种健康差异，需满足以下条件：（1）这种健康差异是可避免的；（2）这种健康差异是否为社会成员自由选择的结果，个人不能为这种选择承担后果；（3）这种健康差异是由某种原因造成的，找到导致不公平的原因并予以消除^[2]。健康公平性的核心意义在于让所有社会公民均享有公平的健康权。在指南制订过程中，最终的推荐意见将对不同的社会群体产生不同的健康影响，诸多权威指南制订手册、指南报告规范等均明确考虑了健康公平性^[3-7]，并将其作为影响推荐意见形成的独立且重要维度进行考虑。如英国国家卫生医疗质量标准署（National Institute for Health and Care Excellence, NICE）对于健康公平性的考虑较为全面，不仅将其作为指南相对独立的影响因素，在考虑影响推荐意见形成的其他因素时也会考量此因素的健康公平性。因此，为实现不同人群良好且公平的健康结局，对健康公平性的全面、深入考量值得关注。

1 健康公平性的重要性

受指南推荐意见的影响，在接受指南推荐的干预措施方面处于不利地位的群体被称为“弱势群体”，健康不公平将导致其健康获得方面的质量下降。如生活在全球农村及偏远地区的 20 亿人口无法在社区获得基本的保健服务^[8]。非裔美国人与白人之间的癌症死亡率存在巨大差异，尤其是美国的非裔妇女健康状况 20 余年来未得到较大改善^[9]。不仅不同地区、不同政治体系的不同社会群体获得健康服务存在差异，即使同一国家或地区的不同社会群体也可能经历健康不公平。在指南制订过程中明确考虑健康公平性问题，有助于缩小弱势群体与其他人群的健康梯度，对促进全球健康公平具有重要意义。

2 健康公平性的影响因素

为确保全面、综合、明确地考虑健康公平性相关因素，国际上提出了一些关于构建健康公平性的框架

（如 SDOH 框架^[10-11]、PROGRESS 框架^[12]等），阐明了多种社会或行为因素可对医疗保健结果产生影响，其中最常用的是 PROGRESS 框架。O'Neill 等^[12]将影响健康公平性的因素进行归纳总结，以首字母表示，构建了 PROGRESS 框架，其分别代表居住地（place of residence）、种族/民族/文化/语言（race/ethnicity/culture/language）、职业（occupation）、生理或社会性别（gender/sex）、宗教（religion）、教育（education）、社会经济地位（socioeconomic status）、社会资产（social capital）。其后又在此基础上，增加了年龄、残疾、性取向、时间限制、人际关系等其他因素，形成 PROGRESS-Plus 框架^[13-14]，“Plus”部分可根据真实的临床情景设立，可能存在健康公平性差异的任何分层因素均可作为“Plus”类别。考虑健康公平性时可将 PROGRESS-Plus 框架作为一种结构化和概念化的辅助工具或备忘框架，在真实的决策场景中尽可能进行全面考虑，缩小群体之间的疾病负担差异。

3 在指南制订关键环节考虑健康公平性的建议

随着指南制订方法学的不断发展，健康公平性的重要程度逐渐凸显。健康公平性是“证据至推荐意见形成”这一决策过程中需考虑的维度之一^[15]，但对其考量不应局限于此环节，而应贯穿于指南制订的全过程^[16-19]。目前，指南制订过程中对于健康公平性的考虑仍有限，笔者建议在指南制订的关键环节应深入考量健康公平性。

3.1 确定指南主题及范围

在确定指南主题及范围阶段，需考量不同群体是否因主题的优先性不同或范围大小不同而产生不同影响，进而影响健康公平性。前期可通过文献调研，了解弱势群体与一般人群的发病率、入院率、死亡率差异等，为确定指南主题及范围提供循证医学证据，也可为后期构建临床问题及形成推荐意见提供参考；或通过访谈专家，了解本主题中弱势群体与一般人群的差异。具体建议如下：（1）确定指南主题后，在 PROGRESS-Plus 等框架的辅助下，结

合临床实际情况，界定与主题相关的弱势群体范围。如 Barnabe 等^[20]根据文献调研和定性访谈形式，确定了与加拿大类风湿关节炎主题相关的 6 个弱势群体。（2）可考虑将整部指南用于弱势群体，如乳腺密度极高女性相较于其他群体的晚期乳腺癌诊断风险增加，因此应制订针对此类群体的乳腺癌筛查及防治指南^[21]。接受结直肠手术治疗的老年患者比例不断增加，且死亡率相较于其他群体偏高^[22]，需对该群体患者进行特殊考虑并制订针对该群体的相关指南以对临床实践进行指导。

上述措施可在一定程度上改善目前对于弱势群体关注不足的现状，提升系统评价研究者对弱势群体的研究比例，增加社会或政策制定者对弱势群体的关注和资源分配。但过度关注也存在一定的歧视嫌疑，因此指南制订者应注意指南主题对于弱势群体关注的范围和强度。

3.2 确定指南使用者

指南使用者一般为不同类型的临床医生、保健工作者等，是距离弱势群体最近的健康服务提供者，其医疗行为对弱势群体的影响最为直接。因此，建议确定指南相关弱势群体后，根据主题、弱势群体代表的意见、与弱势群体接触较多的临床医生等的意见、对 PROGRESS-Plus 框架各维度的考虑、专家意见，以及文献结果等多方面进行综合考虑，确定指南的使用者。如我国 2 型糖尿病的患病率、知晓率、控制率等不断上升，基层医院的防治任务相较于大型三级甲等医院更为艰巨，故面向基层医疗卫生机构医务人员制订糖尿病防治指南具有重要意义^[23]。指南使用者的确定可促进指南在整个制订过程中对于健康公平性的考虑，并影响临床问题的收集、构建及证据检索等其他阶段，推动指南的制订进程。

3.3 组建指南工作组

组建指南工作组时考虑健康公平性，可使指南制订的全程充分体现公平性。但在指南制订过程中，经常遇到弱势群体利益不被充分代表的问题，弱势群体的参与形式有效率差、参与程度不足、参与质量不高，导致指南制订过程中对健康公平性的考虑不充分，从而对推荐意见的决策结果产生较大不良影响。因此，提出如下建议：（1）指南工作组中具有投票权的专家至少 1 名应熟悉健康公平性方法学知识；（2）建议纳入信息检索方面专家或建立专门的文献检索小组^[24-25]，以便后期对健康公平性相关文献进行有效检索；（3）成立弱势群体患者代表小组，不同类型的弱势群体应有一定比例的人员参与，并对患

者代表小组全体成员开展指南相关内容培训^[26]，最终选择 1~2 人参加指南制订小组，其中 1 人最好为弱势群体患者代表；（4）指南小组主席应坚持并鼓励对健康公平性的考虑。如 2021 年美国风湿病学会/血管炎基金会共同发布的结节性多动脉炎管理指南，在指南制订过程中选择不同疾病类型的血管炎患者共 11 人组成患者代表小组，审查证据报告并提供不同健康差异患者的偏好与价值观^[27]，且指南工作组中具有投票权的专家除临床专家等专业人员外，还包含 2 名患者代表，使指南工作组成员的组成更为全面，且不同健康差异的患者代表参与对于提升指南的健康公平性具有较大促进作用。

3.4 构建临床问题

指南的临床问题一般以 PICO（Participants/Population, Interventions, Comparisons, Outcomes）格式构建和呈现，其中人口、干预措施、对照措施、结局指标包含了影响健康公平性的重要因素，此外弱势群体对于结局指标等的价值观和意愿往往不同于其他人群。因此，提出如下建议：（1）PICO 的每个要素均应在 PROGRESS-Plus 框架辅助下考虑潜在的健康不公平性。对于 P：弱势群体与其他人群的患病情况有所不同，可考虑对 P 进行继续分解，为弱势群体单独构建一个临床问题，或将二者划分亚组；对于 I 和 C：考虑弱势群体与其他人群在干预措施的成本、可接受性等方面是否存在差异；对于 O：慎重考虑弱势群体与其他人群在结局指标的偏好与价值观方面是否存在不可忽视的差异，若二者存在较大差异，可考虑将健康公平性作为结局指标之一。（2）充分考虑弱势群体在临床问题收集、构建以及结局指标筛选等环节的价值观和意愿，可能导致与其他人群不同的临床问题或推荐意见，从而使不同群体在纵向水平上达到健康公平^[28]。

具体执行方式可通过收集患者代表小组对于临床问题 PICO 各要素的看法和观点，尤其是弱势群体的意见；通过文献调查弱势群体对于结局指标等的偏好与价值观；通过定性访谈咨询专家对于临床问题中潜在健康不公平性的看法；共识决策过程中鼓励专家对健康公平性进行深入考量。

3.5 文献检索及证据综合

指南的制订需建立在证据的基础上，根据目前最佳证据综合考虑作出决策。需注意的是，在所获得的证据中，很多临床研究并不包括弱势群体，相当一部分临床研究将孕妇、儿童、高龄老年人排除在外或对于弱势群体的研究相较于其他人群远远不足^[29-30]，导

致很多研究结果不能代表弱势群体。基于指南制订中的潜在健康不公平性因素,提出如下建议:(1)在指南证据检索阶段,单独检索弱势群体的基线数据;(2)进一步检索与弱势群体相关的偏好与价值观、可接受性、可行性等定性及定量资料,如拉丁美洲静脉血栓栓塞管理指南证据综合小组全面检索患者的偏好与价值观、可及性、可行性和健康公平性领域的证据^[31];(3)在进行证据总结时,应考虑 PROGRESS-Plus 框架中的元素,对涉及健康公平性的各方面证据进行总结,评估干预措施对弱势群体的影响或对不同群体健康公平性的影响^[32];(4)基于系统评价制订的指南或共识在进行系统评价报告时,应严格遵循 PRISMA-equity 报告规范^[33]。

可在各数据库系统开展文献检索,因与弱势群体相关的文献多为灰色文献,故需在信息检索专家的辅助下尽可能全面地检索灰色文献和不同语种的文献^[34]。由此,可较为全面地纳入与指南健康公平性相关的各方面文献,尽可能保证证据的全面性及证据综合的实用性。

3.6 推荐意见形成

从证据至推荐意见形成环节,专家需考虑多个维度并最终作出决策,其中健康公平性是重要维度之一,目前常用的 GRADE-EtD (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation-Evidence to Decision) 框架对于健康公平性的考虑较为全面,但指南的透明度和包容性要求在各维度均应考虑健康公平性问题。因此,提出如下建议:(1)鼓励共识组专家在影响决策的各维度均进行健康公平性考虑。如 Barnabe 等^[20]展示了加拿大类风湿关节炎6个弱势群体面临的不平等情况,并整合数据将其在证据至推荐意见形成环节的 GRADE-EtD 框架中进行全面考虑。(2)制订健康公平性的敏感推荐意见时,当弱势群体与其他人群患病风险相差较大时,应分别制订推荐意见,并明确界定弱势群体及相关考虑因素,若不同群体间无特殊的健康不公平,应予以说明,以增加指南的透明度。如器官移植时,成人和儿童存在的风险不同,对于接受异体造血干细胞移植与接受兄弟姐妹供体适应证的患者,应对成人和儿童患者分别制订推荐意见^[35]。(3)在每条推荐意见的相关评论中,应明确标注实施具体操作的指引信息,方便患者尤其是弱势群体执行。(4)在提出建议时,对于健康公平性的考虑应综合弱势群体的相关影响因素,而非局限于某个或某几个弱势群体。如沙特阿拉伯癌症患者静脉血栓栓塞预防和治

疗指南的推荐意见:专家组建议癌症门诊患者不使用肝素进行常规血栓预防,并说明此建议不适用于已有预防指征的人群,此建议是针对归纳总结出的一大类群体,而非明确、全面、详细地列出具体的不适用患者^[36]。

在推荐意见形成环节,对于健康公平性的考虑可提高指南的透明度和全面性,从而提高决策质量,增加推荐意见的可执行性,改善不同健康梯度群体的健康干预状况,缩小健康差异。

3.7 指南的撰写、传播、实施及评价

指南的撰写、传播、实施及评价也应考虑健康公平性的影响。在撰写方面,推荐意见的措辞应避免产生歧视^[7];在传播方面,必须强调健康公平性目标;在指南实施过程中,应尽量考虑弱势群体的传播特点,尤其是与弱势群体相关的使用者或终端用户,提高患者尤其是弱势群体的依从性。如在患者指南的传播与实施阶段,持续监测和审查弱势群体的使用状况,以评估健康公平性的影响。

4 小结与展望

在指南制订过程中,严谨性和透明度是一个至关重要的问题^[37],同时指南也需要更好的包容性,不同人群尤其是弱势群体的诊断及治疗方式可能不同,指南制订者不仅应考虑多数群体的健康利益,同时也应关注弱势群体的健康结局,因此在指南制订过程中应对健康公平性进行系统、全面考虑。对弱势群体考虑不足所产生的健康不公平,将导致指南“落地性”差,而指南对于健康公平性的深入考量可改善弱势群体所处的不利医疗环境,在一定程度上可增强指南的临床可实施性,改变临床医生不遵循指南建议、患者依从性差的现状。

在指南制订的关键环节考虑健康公平性是必要的,但目前仍然存在较多方法学难点。首先,健康公平性的可实施性是一个具有挑战性的问题,如弱势群体患者代表参与指南制订过程多为形式上或象征性参与,在有较多权威专家参与的场合,患者代表不敢或不愿发表自己的看法^[38]。其次,将健康公平性纳入指南制订全过程仍面临较大挑战,指南制订组需更多的工作量和更高的制订成本,对指南制订主席的质量把控、工作组的专业技能、系统检索组的文献检索质量、各小组间的协作等均提出了更高的技术要求,可能带来健康公平性与各类资源间的矛盾和冲突。因此,指南制订各小组的合理构

建、专业技能的不断提升、小组间的协作联动均需提前把控，并开展相关培训。

在特定的社会背景下，影响健康公平性的各维度存在不同特性，相互之间可叠加，健康不公平是其相互作用的结果，因此指南制订过程中应尽可能采用系统化、结构化的方法解决实际问题，目前尚缺乏健康公平性在指南中应用的指导原则和评价标准。因此，未来开展对健康公平性问题的方法学探索具有深远意义。

作者贡献：高一城负责查阅资料、撰写论文；刘芷含、陶立元、曹蕊、夏如玉、冯玉婷、方锐、邓迎杰、向文远负责补充资料、修订论文；费宇彤负责论文结构设计、指导写作及审校。

利益冲突：所有作者均声明不存在利益冲突

参 考 文 献

[1] Braveman P, Gruskin S. Defining equity in health [J]. J Epidemiol Community Health, 2003, 57: 254-258.

[2] Whitehead M. The concepts and principles of equity and health [J]. Int J Health Serv, 1992, 22: 429-445.

[3] World Health Organization. WHO handbook for guideline development (2nd edition). [EB/OL]. (2014-12-18) [2023-01-28]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548960>.

[4] National Institute for Health and Care Excellence. Developing Nice Guidelines the Manual [EB/OL]. (2020-10-05) [2023-01-22]. <https://www.nice.org.uk/process/pmg20/chapter/introduction>.

[5] Scottish Intercollegiate Guidelines Network. A guideline developer's handbook [EB/OL]. (2019-11) [2023-01-22]. <http://www.sign.ac.uk/>.

[6] Schünemann HJ, Wiercioch W, Etzeandia I, et al. Guidelines 2.0: systematic development of a comprehensive checklist for a successful guideline enterprise [J]. CMAJ, 2014, 186: E123-E142.

[7] Chen Y, Yang K, Marušić A, et al. A reporting tool for practice guidelines in health care: the RIGHT statement [J]. Ann Intern Med, 2017, 166: 128-132.

[8] Policy brief by the HLCP Inequalities Task Team. Tackling inequalities in public service coverage to “build forward better” for the rural poor. [EB/OL]. (2021-12-17) [2023-01-22]. <https://www.who.int/publications/m/item/tackling-inequalities-in-public-service-coverage-to-build-forward-better-for-the-rural-poor>.

[9] National Center for Health Statistics. Healthy People 2020 Progress by Population Group [EB/OL]. (2020-12-14) [2023-01-22]. https://www.cdc.gov/nchs/healthy_people/hp2020-final-review.htm.

[10] Marmot M, Commission on Social Determinants of Health. Achieving health equity: from root causes to fair outcomes [J]. Lancet, 2007, 370: 1153-1163.

[11] Tarlov A. Social Determinants of Health: the sociobiological translation [M]. London: Routledge, 1996.

[12] O'Neill J, Tabish H, Welch V, et al. Applying an equity lens to interventions: using PROGRESS ensures consideration of socially stratifying factors to illuminate inequities in health [J]. J Clin Epidemiol, 2014, 67: 56-64.

[13] Oliver S, Kavanagh J, Caird J, et al. Health promotion, inequalities and young people's health. A systematic review of research [EB/OL]. (2008-10) [2023-03-29]. <https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/10018803/>.

[14] Oliver S, Dickson K, Gough D, et al. An introduction to systematic reviews [M]. London: SAGE Publications, 2012.

[15] Alonso-Coello P, Schünemann HJ, Moher J, et al. GRADE Evidence to Decision (EtD) frameworks: a systematic and transparent approach to making well informed healthcare choices. 1: Introduction [J]. BMJ, 2016, 353: i2016.

[16] Welch VA, Akl EA, Guyatt G, et al. GRADE equity guidelines 1: considering health equity in GRADE guideline development: introduction and rationale [J]. J Clin Epidemiol, 2017, 90: 59-67.

[17] Akl EA, Welch V, Pottie K, et al. GRADE equity guidelines 2: considering health equity in GRADE guideline development: equity extension of the guideline development checklist [J]. J Clin Epidemiol, 2017, 90: 68-75.

[18] Welch VA, Akl EA, Pottie K, et al. GRADE equity guidelines 3: considering health equity in GRADE guideline development: rating the certainty of synthesized evidence [J]. J Clin Epidemiol, 2017, 90: 76-83.

[19] Pottie K, Welch V, Morton R, et al. GRADE equity guidelines 4: considering health equity in GRADE guideline development: evidence to decision process [J]. J Clin Epidemiol, 2017, 90: 84-91.

[20] Barnabe C, Pianarosa E, Hazlewood G. Informing the GRADE evidence to decision process with health equity considerations: demonstration from the Canadian rheumatoid arthritis care context [J]. J Clin Epidemiol, 2021, 138: 147-155.

[21] Mann RM, Athanasiou A, Baltzer PAT, et al. Breast cancer screening in women with extremely dense breasts recommendations of the European Society of Breast Imaging

- (EUSOBI) [J]. *Eur Radiol*, 2022, 32: 4036-4045.
- [22] Saur NM, Davis BR, Montroni I, et al. The American Society of Colon and Rectal Surgeons Clinical Practice Guidelines for the Perioperative Evaluation and Management of Frailty Among Older Adults Undergoing Colorectal Surgery [J]. *Dis Colon Rectum*, 2022, 65: 473-488.
- [23] 中华医学会糖尿病学分会, 国家基层糖尿病防治管理办公室. 国家基层糖尿病防治管理指南 (2018) [J]. *中华内科杂志*, 2018, 57: 885-893.
- [24] Goodman SM, Springer B, Guyatt G, et al. 2017 American College of Rheumatology/American Association of Hip and Knee Surgeons Guideline for the Perioperative Management of Antirheumatic Medication in Patients With Rheumatic Diseases Undergoing Elective Total Hip or Total Knee Arthroplasty [J]. *J Arthroplasty*, 2017, 32: 2628-2638.
- [25] Palda VA, Davis D, Goldman J. A guide to the Canadian Medical Association Handbook on Clinical Practice Guidelines [J]. *CMAJ*, 2007, 177: 1221-1226.
- [26] Harris JS, Weiss MS, Haas NS, et al. Methodology for ACOEM's Occupational Medicine Practice Guidelines-2017 Revision [J]. *J Occup Environ Med*, 2017, 59: 913-919.
- [27] Chung SA, Gorelik M, Langford CA, et al. 2021 American College of Rheumatology/Vasculitis Foundation Guideline for the Management of Polyarteritis Nodosa [J]. *Arthritis Care Res (Hoboken)*, 2021, 73: 1061-1070.
- [28] 高建民, 杨金娟. 健康公平性概述 [J]. *卫生经济研究*, 2014 (10): 51-54.
- [29] Groff ML, Offringa M, Emdin A, et al. Publication trends of pediatric and adult randomized controlled trials in general medical journals, 2005-2018: a citation analysis [J]. *Children (Basel)*, 2020, 7: 293.
- [30] National Institutes of Health. NIH Policy and Guidelines on the Inclusion of Children as Participants in Research involving Human Subjects [EB/OL]. (2015-10-13) [2023-01-20]. <https://grants.nih.gov/grants/guide/notice-files/not98-024.html>.
- [31] Neumann I, Izcovich A, Aguilar R, et al. ASH, ABHH, ACHO, Grupo CAHT, Grupo CLAHT, SAH, SBHH, SHU, SOCHIHEN, SOMETH, Sociedad Panameña de Hematología, SPH, and SVH 2021 guidelines for management of venous thromboembolism in Latin America [J]. *Blood Adv*, 2021, 5: 3032-3046.
- [32] Coronado G, Chio-Lauri J, Cruz RD, et al. Health Disparities of Cardiometabolic Disorders Among Filipino Americans: Implications for Health Equity and Community-Based Genetic Research [J]. *J Racial Ethn Health Disparities*, 2022, 9: 2560-2567.
- [33] Welch V, Petticrew M, Tugwell P, et al. PRISMA-Equity Bellagio group. PRISMA-Equity 2012 extension: reporting guidelines for systematic reviews with a focus on health equity [J]. *PLoS Med*, 2012, 9: e1001333.
- [34] Ogilvie D, Egan M, Hamilton V, et al. Systematic reviews of health effects of social interventions: 2. Best available evidence: how low should you go? [J]. *J Epidemiol Community Health*, 2005, 59: 886-892.
- [35] Kanter J, Liem RI, Bernaudin F, et al. American Society of Hematology 2021 guidelines for sickle cell disease: stem cell transplantation [J]. *Blood Adv*, 2021, 5: 3668-3689.
- [36] Al-Hameed F, Al-Dorzi HM, AlMomen A, et al. Prophylaxis and treatment of venous thromboembolism in patients with cancer: the Saudi clinical practice guideline [J]. *Ann Saudi Med*, 2015, 35: 95-106.
- [37] Shekelle PG. Clinical Practice Guidelines: What's Next? [J]. *JAMA*, 2018, 320: 757-758.
- [38] Domecq JP, Prutsky G, Elraiyah T, et al. Patient engagement in research: a systematic review [J]. *BMC Health Serv Res*, 2014, 14: 89.

(收稿: 2023-02-24 录用: 2023-04-14 在线: 2023-05-10)

(本文编辑: 李玉乐)