

4.12 卫生研究系统的局限性

在COVID-19大流行之前，一组研究人员记录了卫生研究系统的局限性。为更好地满足决策者的需求，他们呼吁重组该体系，包括支撑该体系的结构（如Cochrane等全球合作机构）和激励措施（如来自大学、资助者和期刊的激励）。（15-17）他们主要关注决策者常遇到的三种证据形式，即原始研究（特别是评估类研究，尤其是随机对照试验）、证据综合和指南（以及较少的卫生技术评估）。

虽然一些局限性在COVID-19证据响应中变得更为明显，但在应对大流行中也产生了解决许多局限性的典型案例。尽管研究人员最初关注的是卫生挑战和特定的证据形式，但许多见解也同样适用于其他社会挑战和其他形式的证据。换言之，对于与本节所述完全不同的社会挑战和证据形式，也需要开展类似的工作。例如，政府间气候变化专门委员会（Intergovernmental Panel on Climate Change, IPCC）在其关注领域的全球协调方面发挥了巨大作用，并推动了长期建模的新方法。然而，IPCC也可以获益于通过对气候变化应对方案的事后评估来完善这些方法。

新冠肺炎大流行前卫生研究系统的局限性	在COVID-19证据响应中突显局限性的示例	在COVID-19证据响应中解决局限性的示例
缺乏证据社区的全球协作，每个社区都使用系统和透明的方法以及一系列完整的数据来源（例如，研究注册网站、监管机构和官方机构数据库）理想地应对全球优先挑战	<ul style="list-style-type: none"> COVID-END全球审查工作组优先考虑的许多主题从未通过一部或多部“最佳”证据综合得到解决 低信噪比：根据解决具体决策相关问题、证据检索的时间、证据综合的质量和GRADE证据分级可用性这四个标准，COVID-END（截至2021年11月7日）清单中关于COVID-19的近11000部证据综合大约仅有600部“最佳”证据综合 	<ul style="list-style-type: none"> 为努力减少重复并加强协作，COVID-END与55部领先的证据综合、指南制订和技术评估团队以及公民合作伙伴和证据中介机构进行了合作 PROSPERO鼓励拟注册COVID-19证据综合计划书的研究人员检索已有的计划书，如果重复，则选择新的主题（尽管138个团队仍在推进已由其他57个团队之一注册的主题，包括14个羟氯喹主题和7个托珠单抗主题） GloPID-R（全球传染病防治研究合作组织）协调主要研究资助组织快速资助COVID-19原始研究
证据社区对维持动态证据综合的关注不足。动态证据综合针对应对优先挑战的所有干预措施（例如，网状Meta分析，而不仅仅是单纯的配对比较）进行了审查	<ul style="list-style-type: none"> 只有13%的COVID-19证据综合自我定义为是动态证据综合（而COVID-END清单中，52%“动态”证据综合作为“最佳”证据综合标准），三分之二以上的证据综合涉及临床管理（而不是公共卫生措施、卫生系统安排以及经济和社会对策） 只有21%的COVID-19动态证据综合进行过一次更新（在第一次发表后），8%有2次更新，13%有2次或更多的更新，而第一次检索与更新检索间隔的平均和中位时间分别为49天和31天 许多COVID-19证据综合为解决单一药物治疗的问题，因此COVID-END清单转变为主要依赖COVID-NMA和其他比较所有药物治疗的研究（仅包括可获得所有预后因素的预后研究） 	<ul style="list-style-type: none"> 四个证据社区维护了所有高质量的药物治疗动态Meta分析，其中一个（COVID-NMA）支持每周更新偏倚风险评价和GRADE证据分级结果

<p>证据社区对识别干预措施危害和益处处的关注不足 (更普遍地说, 包括更广泛的研究设计和数据类型)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 当前研究和综合使人们很难理解如何看待关于某些疫苗接种者发生血栓的报告 	<ul style="list-style-type: none"> • 一个COVID-END团队进行的一项系统评价完成了与接种疫苗相关的暂时性血小板减少症因果关系评估
<p>缺乏对个体参与者数据的共享, 也没有利用这些数据检查调查结果如何因受试者类型、环境或其他因素的不同而变化, 以及如何更好地进行个性化或情境化干预</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 许多报告记录了缺乏个体参与者数据的共享(例如, 疫情初期的一项对140项研究的综合发现, 仅有一项研究的数据进行了共享——见 bit.ly/31WQUxM) 	<ul style="list-style-type: none"> • COVID-19知识加速器改进了跨平台共享可计算的证据表达和指南推荐意见所需的方法, Vivli 扩展了其平台以共享COVID-19试验数据
<p>证据社区中未纳入来自所有相关证据团体 (例如, 进行原始研究的研究人员, 如试验人员、证据综合者和指南制订者)、所有相关类型的决策者和所有相关类型的证据中介机构代表</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 许多报告描述了在COVID-19研究中公民的参与度低于疫情前的其他研究, 同时在疫情初期没有提供证据综合的简明摘要(例如 bit.ly/3kwCHhr) 	<ul style="list-style-type: none"> • 国家COVID-19临床证据工作组邀请了很多医疗专业人员(及其协会)和患者参与到动态指南中, 并与主要维护动态网状Meta分析的证据团队合作 • 许多小组参与建模, 以帮助决策者在基于现有证据和专家意见的可用方案(如封城)以及环境提供的某些条件下进行选择 • 许多团队应决策者的要求(在许多COVID-END快速综合的情况下, 与公民合作)撰写了符合实际情况的快速综合
<p>证据社区缺乏使用一系列的新方法来提高其工作效率和及时性(例如, 机器学习和众包对其工作的贡献)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 截至2021年7月, 已有超过18000项研究被上传到一个预印本平台(medRxiv), 这极大地缩短了出版时间(与此同时, 由于缺乏同行评审而存在不确定的危害) • 在纳入183份报告的中等质量概况性评价(bit.ly/3D7bTeV)中发现许多在COVID-19响应中使用机器学习的例子, 但在疫情初期并没有被广泛使用 	<ul style="list-style-type: none"> • L*VE (动态证据综合再评价)使用机器学习维护原始研究和证据综合的数据库, EPPI中心使用机器学习来维护动态证据地图
<p>‘原始研究的空白、质量和透明度的报告不足(包括利益冲突)是反馈循环的一部分, 旨在支持学习和改进——详见框1:(17)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • 许多原始研究的结果都是通过媒体发表的, 而不是通过可以严格评价的完整研究报告 • 许多报告指出原始研究存在中高偏倚风险(例如, 713篇中有81%的文章从10516篇COVID-19文章池中纳入原始的患者数据(bit.ly/3HiI90X), 并因学术不端而被撤稿 • COVID-END编制的报告针对证据综合缺乏时效性(在全文数据库和“最佳”证据综合数据库中, 分别有91%和61%是180多天前完成的检索)、中低质量(分别为75%和55%)以及缺乏证据概况(分别为81%和42%)的报告, 以及快速综合比完整综合更有可能是低质量的(43%对比13%) 	<ul style="list-style-type: none"> • RECOVERY (recoverytrial.net) 和世界卫生组织COVID-19团结治疗试验为超快速、高质量、多国家试验的COVID-19药物治疗提供了平台 • COVID-19证据警示概述了基于质量评价的原始研究