

《儿科营养门诊规范化建设专家共识》解读

潘莉雅 洪 莉

上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心临床营养科(上海 200127)

儿童健康是经济社会可持续发展的重要保障,儿童营养是儿童健康的基础。儿科营养门诊作为医院专科门诊及临床营养科建设的重要组成部分,无论对儿童营养性疾病的诊治,还是对非疾病儿童的营养状况监测、咨询与健康促进均具有重要的意义。2024年7月,由中国妇幼保健协会儿童营养专业委员会及中华医学会肠外肠内营养学分会儿科学组牵头,组织国内专家制定并发表了《儿科营养门诊规范化建设专家共识》(以下简称《共识》)^[1]。《共识》围绕儿科营养门诊规范化建设的必要性、设置形式、硬件要求以及能力建设规范等提出了相应建议。本文对《共识》进行进一步解读,以期更好地认识儿科营养门诊规范化建设的重要性,了解中国儿科营养门诊建设的现状,明确如何从人员、场地、设施设备、信息化智能化等方面建设标准化营养门诊,同时规范营养诊疗流程,提升营养门诊诊疗核心能力,以便规范开展儿科营养门诊,为儿童疾病与健康相关营养问题提供科学解决方案。本解读将围绕《共识》制定的背景以及《共识》中的关键问题进行分析,以利于广大医师对《共识》的全面把握和理解。

1 儿科营养门诊规范化建设的重要性和紧迫性

随着国家经济水平提高以及医疗技术进步,儿科营养门诊的规范化建设需求逐渐迫切。除儿童喂养困难、食物过敏、超重肥胖、生长迟缓等常见营养问题外,临床疾病继发或合并的营养问题在儿科营养门诊所占比重也日益提高。研究显示,6%~50%的肿瘤患儿初诊时即可表现出急性营养不良,8%~32%的肿瘤患儿则在长期治疗过程中发生营养

不良^[2-4]。我国先天性心脏病患儿急、慢性营养不良的发生率约在50%以上^[5-6],其中,中、高度营养风险的发生率为30%~100%^[7]。2018年一项针对先天性消化道畸形患儿营养状况的调查显示该人群营养不良率达26%^[8],其中14.8%为重度营养不良。此类患儿均需在儿科营养门诊进行长期规范的营养管理。因此,规范开展儿科营养门诊并提升诊疗能力,满足相关人群的健康需求显得尤为重要。国家卫生健康委员会于2022年提出临床营养科建设指南,上海、广东、四川、重庆、贵州等省市陆续颁布临床营养质量控制标准与建设方案,对营养门诊的场地、设备、人员资质等提出一定的要求,但尚缺乏实施细则^[9-11]。全国各地医疗机构虽然已逐渐开设儿科营养门诊,但人员配置、诊查设备、诊疗能力等参差不齐,亟需进一步规范 and 提升。

2 我国医疗机构儿科营养门诊现状及存在问题

2023年,中国妇幼保健协会儿童营养专业委员会(以下简称专委会)在全国开展了一项医疗机构儿科营养门诊现状的调查(表1)。来自19个省市自治区的50所医疗机构参与了该项调研,地域覆盖华东、华南、华西、华北,其中23所为妇幼保健院,17所为儿科专科医院,另有10所综合性医院。76%的调研单位为三级甲等医院。该调研显示,医疗机构营养专业人员包括医师、营养师、护士等(图1)。营养门诊诊疗集中于营养不良、肥胖、喂养问题、食物过敏(包括牛奶蛋白过敏等)、营养性贫血等疾病与非疾病相关营养问题(图2)。治疗方法主要涉及肠内营养、治疗膳食、特殊医学用途配方食品以及营养素补

基金项目:国家重点研发计划“生育健康及妇女儿童健康保障”重点专项(No.2023YFC2706505);国家重点研发计划“食品营养与安全关键技术研发”重点专项(No.2023YFF1104301);福建省卫生健康重大科研专项资助计划(No.2022ZD01007);上海卫生健康委项目(基于规范化儿童营养门诊建设的儿童早期营养管理模式探索)

通信作者:洪莉 电子邮箱:hongliscmc@163.com



表 1 中国医疗机构儿科营养门诊现况的调查问卷内容

一级目录	二级目录
科室管理体制	医院所在地、医院归属、医院性质、医院等级与规模、营养科室管理性质归属
科室人员结构	科室人数、人员构成、学历、职称
营养门诊建设	营养门诊诊室、营养门诊人员构成、营养门诊诊疗信息系统、营养门诊查设设施设备、门诊营养风险筛查及诊疗流程、营养门诊诊疗疾病谱、营养门诊治疗技术、特殊医学用途配方食品使用管理等

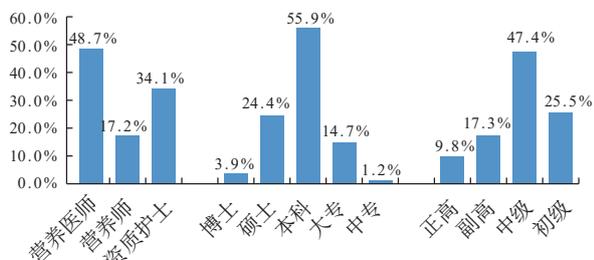


图 1 医疗机构儿科营养门诊人员构成、学历、职称

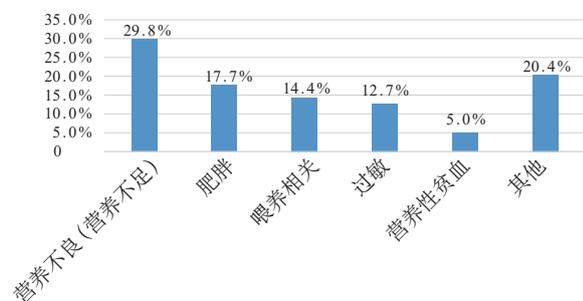


图 2 医疗机构儿科营养门诊主要病种分布

充剂使用等(表 2)。

分析该调研数据可以发现,我国儿科医疗机构营养门诊水平尚处于起步阶段。即使在三级甲等医院,也存在营养学科人员构成欠合理、人才队伍不足、诊疗规范化水平有待提高、需要应对新的疾病谱变化等问题。因此,国家和各级医疗机构需要加大对儿童临床营养学科建设以及儿童营养专业人才培养的支持力度。同时,亟需出台儿科营养门诊建设标准与规范的共识,指导儿科营养门诊建设并提升其诊疗水平。

3 多学科协作诊疗是儿科营养门诊的重要形式

多种疾病均可能影响儿科患儿的营养状况,营养不良亦可能加重儿科患儿的疾病诊疗负担并影

响疾病预后^[12-13]。营养诊疗涉及多个学科的互补,并且要在营养评估后制定个体化的营养支持方案,才能使患者获得临床收益^[14-15],进而改善预后。因此,20 世纪 70 年代国内外即开始成立营养支持小组(nutrition support team, NST),其成员包括临床医师、营养师、营养护士、临床药师、营养技师,旨在为患儿提供安全规范、合理有效的营养支持^[16-17]。营养工作本身就是一个多学科协作的模式^[18]。因此,建议以多学科协作诊疗(multi-disciplinary team, MDT)模式开展儿科营养门诊工作,根据营养风险筛查和营养评估结果,实现儿科营养门诊的层级、系统化管理模式;对于有原发病合并营养风险或营养不良的患儿,实施病房-门诊-家庭一体化营养管理模式。根据患儿的不同营养需求和各医院专科发展情况,MDT 既可由临床营养科主导,也可由临床科室牵头。例如,生长迟缓^[19-20]、超重肥胖^[21]、食物过敏^[22]、确诊的遗传代谢性疾病^[23]、糖尿病^[24]、术后疾病康复期等^[25]患儿可以在临床营养科主导的营养门诊诊疗中获得全面详细的营养评估和营养诊断,并获得个体化的营养治疗方案。肠内喂养指导应由专业的临床医师或临床营养师完成,改善患儿营养状况,从而改善疾病预后和患儿及家庭生活质量。而对于部分慢性疾病如肾脏疾病^[26]、复杂先天性心脏病多次手术围手术期^[27]、血液肿瘤疾病化疗阶段^[28]等规律随访治疗阶段伴随出现的营养问题,可以由临床科室牵头、临床营养科参与的 MDT 门诊为其提供营养风险筛查-营养评估-营养诊断-营养治疗-营养随访全流程的营养诊疗,通过改善患儿的营养状况,提高患儿对原发病诊疗的耐受性及治疗手段的有效性,

表 2 医疗机构儿科营养门诊营养治疗方式和主要策略

项目	开展机构数量[n(%)]	主要治疗策略(前 3 位)
肠内营养	19 (38)	口服营养补充剂、鼻胃管治疗、鼻肠管治疗
治疗膳食	32 (64)	过敏食谱、肥胖食谱、糖尿病食谱
特医食品	40 (80)	深度水解配方、氨基酸配方、高热卡配方
营养素补充剂	42 (82)	铁剂、锌剂、钙剂

改善患儿预后。

4 规范儿科营养门诊建设, 场地与设施设备配置是基础

目前各级地方政府都在加强对医疗机构的建设, 营养门诊建设也是二级以上医疗机构设置的基本要求。所以本《共识》整合梳理国家卫生健康委员会、质控中心以及各省主管部门出台的对营养门诊设置的相关要求文件, 对营养门诊的场地、设施设备、硬件软件、营养制剂等都提供了建议, 为各医疗机构建设儿科营养门诊提供了具体指引和参考。考虑到地区发展不平衡和儿童营养相关学科发展起步较晚, 本《共识》区分了应达到的基本标准和高标准, 其中“应当”“应配置”“应具备”等为基本标准, 所有儿科营养门诊均应达到; “有条件的”为高标准, 国家级、省级医疗中心, 三级甲等医院应尽量达到。

5 提升儿科营养门诊能力, 核心是优化人员配置, 规范诊疗流程

根据调研, 目前主诊儿科营养门诊专业人员的学历、职称偏低, 高级职称仅占 27.1%, 初级职称占 25.5%; 人员专业结构欠合理, 临床营养师仅占 17.2%。为提升营养门诊的专业性, 本《共识》建议儿科营养门诊出诊人员应同时具备以下四方面的资质: ①本科以上学历; ②取得执业资格并在出诊机构注册; ③临床营养及相关专业(如儿保、消化、内分泌等)中级及中级以上职称; ④经临床营养专业教育或培训并取得继续教育合格证书。同时, 本《共识》鼓励临床营养师积极参与营养门诊, 以及专病营养门诊, 由专科医师或营养医师、营养师、护士等组成 NST 联合出诊, 为门诊患儿提供更专业精准的营养诊断及营养治疗。

规范的儿科营养门诊建设以提升营养专业诊疗能力为重点, 即应具备营养风险筛查能力、营养评估能力、营养诊疗与相关疾病诊疗能力, 以及营养随访能力。对于至营养门诊就诊的患儿, 应首先对其进行营养风险筛查, 对营养中高风险患儿进行全面详细的营养评估, 给予营养诊断, 制定合理的营养治疗方案, 并需定期进行营养随访。本《共识》结合国际

国内最新指南及专家临床实践, 首次明确提出了规范的儿科营养门诊诊疗流程, 为广大儿科营养门诊专业人员提供了儿科营养诊疗实践的标准规范流程(standard of practice, SOP)。

本《共识》根据儿科营养风险筛查工具的灵敏度、特异度、使用的简便性和实用性, 推荐儿科营养不良评估筛查方法(screening tool for the assessment of malnutrition in pediatrics, STAMP)或营养风险及发育不良筛查工具(screening tool for risk of impaired nutritional status and growth, STRONGkids)作为营养风险筛查工具。

STAMP 评分主要内容包括: ①人体测量指标(生长发育情况); ②营养摄入; ③临床诊断。每项的最高分为 3 分, 总得分 0~1 分提示低营养风险, 2~3 分提示中度营养风险, 4 分及以上提示高度营养风险。上海儿童医学中心自 2010 年起即采用 STAMP 方法对所有入院患儿进行营养风险筛查, 并以此指导营养诊疗^[7]。2022 年 Emam 等^[29]为 3 640 例门诊患儿使用 STAMP 方法进行营养风险筛查, 并对高营养风险患儿进行进一步的研究, 结果发现高营养风险发生率为 5.14%。

STRONGkids 主要包括四部分内容。①主观的全面临床评估(1 分), 即根据一些易于测量或观察的评价指标(如皮下脂肪减少、肌肉消耗及面容)来判断营养状态; ②是否具有高风险的疾病(2 分, 研究中列出了 23 种高风险的疾病); ③营养的摄入及丢失的情况(1 分), 即是否存在下列情况之一: 最近几天腹泻次数 > 5 次/d 或呕吐 > 3 次/d; 入院前至今进食量减少(不包括特殊情况下的禁食); 已经进行营养干预; 因为疼痛而无法进食充足的食物; ④最近几个星期或几个月内体重减轻或增长缓慢(1 分)。在入院 48 h 内进行评估, 前两条由儿科医师评定, 后两条与患儿父母或照看者讨论后决定。总分为 0 分者示低风险, 无营养干预的必要, 但需要定期复测; 1~3 分示中度营养风险, 需要医师进一步全面评估, 并在饮食上给予营养干预; 4~5 分示高度营养风险, 需要医师和营养师进一步全面评估, 提供个体化的营养建议。李晓南教授^[30]团队开展了一项多中心、横断面的观察性研究, 利用 STRONGkids 工具评估



11 454 例 2 岁以下门诊患儿的营养风险, 结果发现, 高、中、低营养风险发生率分别为 2.0%、28.2%、69.8%, 提示 STRONGkids 工具可以识别出 2 岁以下门诊患者的营养风险; 并且 STRONGkids 得分与慢性营养不良发生率更相关。

准确的营养评估是获得营养诊断、进行营养治疗并获得最佳临床结局的前提。但至今国际上对于儿童营养评估的方法尚缺乏统一标准。本《共识》建议采用经典的“ABCDE F”法进行营养评估: 人体测量 (anthropometry, A)、实验室检测 (biochemistry, B)、临床评估 (clinical assessment, C)、膳食评估 (diet assessment, D)、环境和家庭情况 (environment and family information, E/F), 综合分析判定门诊就诊患儿营养状况, 以明确营养诊断, 并制定个体化营养治疗方案^[31]。对于不同疾病, 需要有侧重地选择具有针对性的营养评估指标。例如对于血液肿瘤患儿, 实验室检测方面应密切关注血常规、肝肾功能、凝血功能等指标; 对于糖尿病患儿, 实验室检测方面应密切关注血糖、胰岛素等指标, 膳食评估方面应密切关注食物的血糖生成指数值; 对于单纯性肥胖患儿, 体格检查和实验室检测方面应密切关注人体成分、骨密度、肝胆胰脾 B 超、血糖、血脂、尿酸等, 并进行全面的膳食评估。

明确营养诊断后, 根据是否存在营养风险或者营养不良, 以及病因和严重程度, 进行针对性的营养治疗。营养治疗的基本要求是满足患儿能量、蛋白质、液体及微量营养素的目标量, 而更全面的治疗目标则应包括调节异常代谢、改善免疫功能、控制疾病、提高生活质量、改善疾病预后。营养治疗需要遵循“营养治疗五阶梯”原则^[32]。目前在营养门诊主要用到的是营养教育、口服营养补充、肠内营养支持等手段, 有条件的单位可以在肠内营养支持不能满足目标量的前提下, 开展肠外营养支持甚至是家庭肠外营养支持治疗。肠外营养治疗需要严格控制适应证, 并进行严格的导管管理以及对可能发生的并发症进行密切监测。

对于营养门诊就诊的患儿需要定期进行随访。随访的重点包括营养评估的全部内容, 尤其注意生长曲线的变化及变化趋势。

6 加强儿科营养门诊建设, 为儿童营养问题提供科学解决方案

根据儿科营养门诊调研结果, 目前儿科营养门诊常见问题有: 营养咨询, 喂养问题, 喂养困难, 生长迟缓、超重肥胖、食物过敏等, 以及儿科高营养风险疾病状态下合并的营养风险和/或营养不良, 例如早产儿、先天性心脏病、血液肿瘤、遗传代谢性疾病、围手术期、短肠综合征、消化系统疾病、免疫系统疾病等, 以及发育行为疾病或心理疾病伴有营养不良等。对于特定营养风险和营养问题的处理, 可参考相关专病营养诊疗指南或者共识^[33-45]。每一种营养性疾病或疾病相关营养问题, 都需要遵循“营养风险筛查-营养评估-营养诊断-营养治疗-营养随访”的规范流程, 以及“营养治疗五阶梯”的原则。在此基础上, 需要结合不同疾病及个体, 明确其营养代谢特点、营养评估重点、营养诊疗关键点、营养监测与随访要点, 以提供个体化精准营养解决方案, 为儿童营养健康保驾护航。

7 结语

本《共识》将为我国各级医疗机构进行规范化儿科营养门诊建设提供重要参考。相信以本《共识》的发表为契机, 依托中国妇幼保健协会儿童营养专业委员会与中华医学会肠外肠内营养学分会儿科学组等专业学术组织的学术推广, 以及儿科营养专业与其他儿科专业、与相关行政部门的通力合作, 将能真正促进中国儿科营养门诊的规范化建设, 为健康中国助力。

参考文献:

- [1] 中国妇幼保健协会儿童营养专业委员会, 中华医学会肠外肠内营养学分会儿科学组. 儿科营养门诊规范化建设专家共识 [J]. 临床儿科杂志, 2024, 42(7): 567-572.
- [2] Pedretti L, Massa S, Leardini D, et al. Role of nutrition in pediatric patients with cancer [J]. Nutrients, 2023, 15(3): 710.
- [3] Franke J, Bishop C, Runco DV. Malnutrition screening and treatment in pediatric oncology: a scoping review [J]. BMC Nutr, 2022, 8(1): 150.
- [4] Joffe L, Ladas EJ. Nutrition during childhood cancer



- treatment: current understanding and a path for future research [J]. *Lancet Child Adolesc Health*, 2020, 4(6): 465-475.
- [5] Blasquez A, Clouzeau H, Fayon M, et al. Evaluation of nutritional status and support in children with congenital heart disease [J]. *Eur J Clin Nutr*, 2016, 70(4): 528-531.
- [6] 刘正伟, 陈欣欣, 张瑞源, 等. 采用 CiteSpace 对先天性心脏病临床营养研究现状与热点的国内外文献分析 [J]. *中华临床营养杂志*, 2021, 29(4): 210-217.
- [7] Pan L, Liu Y, Feng Y, et al. Nutrition risk profile of 62 408 inpatients based on electronic health records in a tertiary children's hospital [J]. *Nutrition*, 2021, 85: 111137.
- [8] 王位苹, 谢伟, 夏昊, 等. 小儿外科重症监护病房先天性消化道畸形患儿营养状况调查 [J]. *临床误诊误治*, 2018, 31(10): 1-5.
- [9] 广东省卫生健康委员会. 广东省医疗机构临床营养科建设方案 [EB/OL]. [2024-09-09]. <https://ysqgk.gd.gov.cn/95/choice>.
- [10] 贵州省卫生健康委员会. 贵州省二级以上综合医院临床营养科基本标准 (修订版) [EB/OL]. [2024-09-09]. https://www.guizhou.gov.cn/zwgk/zfgb/gzszfgb/202211/t20221118_77142188.html.
- [11] 重庆市卫生健康委员会. 重庆市三级医院临床营养质量控制考评标准 (试行) [EB/OL]. [2024-09-09]. <https://cqylzk.china-pharmacy.com/html/zkg/15/03/2539.html>.
- [12] Luca AC, Miron IC, Mindru DE, et al. Optimal nutrition parameters for neonates and infants with congenital heart disease [J]. *Nutrients*, 2022, 14(8):1671.
- [13] Verburgt CM, Ghiboub M, Benninga MA, et al. Nutritional therapy strategies in pediatric Crohn's disease [J]. *Nutrients*, 2021, 13(1): 212.
- [14] Mitchell LJ, Ball LE, Ross LJ, et al. Effectiveness of dietetic consultations in primary health care: a systematic review of randomized controlled trials [J]. *J Acad Nutr Diet*, 2017,117(12): 1941-1962.
- [15] Hashash JG, Elkins J, Lewis JD, et al. AGA clinical practice update on diet and nutritional therapies in patients with inflammatory bowel disease: expert review [J]. *Gastroenterology*, 2024, 166(3): 521-532.
- [16] 吴德民, 张强, 吴海寰, 等. 建立临床营养支持管理小组的构想 [J]. *中华医院管理杂志*, 2003, 19(3): 167-168.
- [17] Barrocas A, Schwartz DB, Bistrrian BR, et al. Nutrition support teams: Institution, evolution, and innovation [J]. *Nutr Clin Pract*, 2023, 38(1): 10-26.
- [18] Volkert D, Beck AM, Cederholm T, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics [J]. *Clin Nutr*, 2019, 38(1): 10-47.
- [19] Lezo A, Baldini L, Asteggiano M. Failure to thrive in the outpatient clinic: a new insight [J]. *Nutrients*, 2020, 12(8): 2202.
- [20] Fang Y, Yang K, Cheng R, et al. A panoramic localizer based on coarse-to-fine descriptors for navigation assistance [J]. *Sensors (Basel)*, 2020, 20(15):4177.
- [21] Kheniser K, Saxon DR, Kashyap SR. Long-term weight loss strategies for obesity [J]. *J Clin Endocrinol Metab*, 2021, 106(7): 1854-1866.
- [22] Barker S, Daniels L, Chang YS, et al. Allergy education and training for physicians [J]. *World Allergy Organ J*, 2021,14(10): 100589.
- [23] Simon E, Molero-Luis M, Fueyo-Diaz R, et al. The gluten-free diet for celiac disease: critical insights to better understand clinical outcomes [J]. *Nutrients*, 2023,15(18): 4013.
- [24] Blonde L, Umpierrez GE, Reddy SS, et al. American association of clinical endocrinology clinical practice guideline: developing a diabetes mellitus comprehensive care plan-2022 update [J]. *Endocr Pract*, 2022, 28(10): 923-1049.
- [25] Reiter CS, Graves L. Nutrition therapy for eating disorders [J]. *Nutr Clin Pract*, 2010, 25(2): 122-136.
- [26] Panzarino V, Lesser J, Cassani FA. Pediatric chronic kidney disease [J]. *Adv Pediatr*, 2022, 69(1): 123-132.
- [27] Kiraly L, Shah NC, Abdullah O, et al. Three-dimensional virtual and printed prototypes in complex congenital and pediatric cardiac surgery-a multidisciplinary team-learning experience [J]. *Biomolecules*, 2021, 11(11):1703.
- [28] 姚克青, 郭志利, 代忠, 等. 营养支持小组对肿瘤患者经鼻饲管喂养并发症预防的临床实践 [J]. *肿瘤综合治疗电子杂志*, 2019, 5(4): 40-44.
- [29] Emam EK, Nassar MF, Allam MF, et al. Nutritional rehabilitation of malnourished children: are nutritional supplements a must? [J]. *Curr Med Res Opin*, 2023, 39(2): 281-287.
- [30] Sha L, Shi X, Zhu M, et al. Implementation of STRONGkids for identifying nutritional risk in outpatients of child health care clinics: Results of a multicentre study [J]. *Clin Nutr*, 2023, 42(11): 2207-2213.
- [31] 洪莉. 0 ~ 6 月龄婴儿营养评估 [J]. *中国实用儿科杂志*, 2019, 34(10): 818-822.
- [32] 石汉平, 许红霞, 李苏宜, 等. 营养不良的五阶梯治疗 [J]. *肿瘤代谢与营养电子杂志*, 2015, 2(1): 29-33.
- [33] 纪文静, 梁爱民. 婴幼儿喂养困难的研究现状与展望 [J]. *中国儿童保健杂志*, 2019, 27(3): 277-280.
- [34] Milano K, Chatoor I, Kerzner B. A functional approach to



- feeding difficulties in children [J]. *Curr Gastroenterol Rep*, 2019, 21(10): 51.
- [35] 中华医学会儿科学分会内分泌遗传代谢学组, 中华医学会儿科学分会儿童保健学组, 中华医学会儿科学分会临床营养学组, 等. 中国儿童肥胖诊断评估与管理专家共识 [J]. *中华儿科杂志*, 2022, 60(6): 507-515.
- [36] 陈同辛, 洪莉, 王华, 等. 中国婴儿轻中度非 IgE 介导的牛奶蛋白过敏诊断和营养干预指南 [J]. *中华实用儿科临床杂志*, 2022, 37(4): 241-250.
- [37] 周薇, 赵京, 车会莲, 等. 中国儿童食物过敏循证指南 [J]. *中华实用儿科临床杂志*, 2022, 37(8): 572-583.
- [38] 编辑委员会中华儿科杂志, 中华医学会儿科学分会儿童保健学组, 中华医学会儿科学分会新生儿学组. 早产、低出生体重儿出院后喂养建议 [J]. *中华儿科杂志*, 2016, 54(1): 6-12.
- [39] 编写委员会儿童青少年糖尿病营养治疗专家共识版. 儿童青少年糖尿病营养治疗专家共识 (2018 版) [J]. *中华糖尿病杂志*, 2018, 10(9): 569-577.
- [40] 陈哲晖, 董慧, 黄新文, 等. 尿素循环障碍的三级防控专家共识 [J]. *中国实用儿科杂志*, 2021, 36(10): 725-730.
- [41] Mo X, Cai W, Qi J, et al. Expert consensus on nutritional support for children with congenital heart disease (2023 Edition) [J]. *Congenit Heart Dis*, 2023, 18(6): 571-593.
- [42] Bischoff SC, Bager P, Escher J, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in inflammatory bowel disease [J]. *Clinical Nutrition*, 2023, 42(3): 352-379.
- [43] 中华医学会儿科学分会消化组, 中华医学会儿科学分会临床营养学组. 儿童炎症性肠病诊断和治疗专家共识 [J]. *中华儿科杂志*, 2019, 57(7): 501-507.
- [44] 孔庆梅. 中国进食障碍防治指南解读 [J]. *中华精神科杂志*, 2018, 51(6): 355-358.
- [45] 中华医学会儿科学分会康复学组, 中华医学会儿科学分会临床营养学分会儿科学组. 脑性瘫痪患儿营养支持专家共识 [J]. *中华儿科杂志*, 2020, 58(7): 553-558.

(收稿日期: 2024-09-09)

(本文编辑: 邹 强)

《临床儿科杂志》稿约——关于法律、伦理和道德规范问题

1. 著作权法

来稿决定刊用后, 由作者亲笔签署版权转让协议, 自动承认论文专有使用权归《临床儿科杂志》编辑委员会所有, 对本刊以但不限于电子期刊、光盘版、网络版等方式出版该文无异议。已发表的论文未经本刊书面许可, 不可再授权他人以任何形式汇编、转载、出版该文的任何部分。任何单位或个人不得将已出版的论文以单行本、抽印本等形式出版。但论文作者本人可以在其后续的作品中引用该论文中部分内容, 或翻译、或将其汇编在论文作者主编的非期刊类文集中。

稿件刊登后酌致稿酬, 并赠当期杂志 2 册。所付稿酬中已含上述多种版本的稿酬。来稿一律文责自负、本刊对稿件享有修改、删节权, 凡有涉及原意的修改将征得作者同意。

2. 科研伦理规范

如涉及保密问题, 需附有关部门审查同意发表的证明。

如以人为对象的研究, 应遵循《赫尔辛基宣言》中的伦理准则, 研究人员有责任保护研究受试者的生命、健康、尊严、完整性、自我决定权、隐私, 以及为研究受试者的个人信息保密。凡是涉及人的研究 (如人体组织、血液标本、调查问卷等), 均应获得所在单位或上级主管单位医学伦理委员会的批准, 并经患者或家属的知情同意。本刊有权要求作者提供但不限于医学伦理审核文件、知情同意书、研究设计方案等复印件。

如以动物为对象的研究, 需提供动物生产许可证号和动物使用许可证号复印件。

3. 药物临床试验质量管理规范

相关药物疗效及安全性研究的论文, 如涉及药物在使用中超出药物说明书范围的, 作者单位必须为国家药物临床试验基地, 并符合药物临床试验质量管理规范 (GCP), 详见国家药监局、国家卫生健康委 2020 年发布的《药物临床试验质量管理规范》。

