

# 美国儿科学会指南中证据质量与推荐强度的分析

Armand H. Matheny Antommaria, MD, PhD,<sup>1,2</sup> Matthew Kelleher, MD, MEd,<sup>1,2,a</sup> Rachel J. Peterson, MD<sup>1,2,a</sup>

<sup>1</sup> Cincinnati Children's Hospital Medical Center, Cincinnati, Ohio; and <sup>2</sup> University of Cincinnati College of Medicine, Cincinnati, Ohio

<sup>a</sup> Contributed equally as co-senior authors.

Address correspondence to: Armand H. Matheny Antommaria, Cincinnati Children's Hospital Medical Center, 3333 Burnett Avenue, MLC 15006, Cincinnati OH 45229. armand.antommaria@cchmc.org

## 缩略语

AAP: 美国儿科学会

## 摘 要

**目的** 总结美国儿科学会 (AAP) 现行临床实践指南摘要中的证据质量和推荐强度。

**方法** 本研究从 AAP 网站获取现行临床实践指南，并通过三位独立评审员从每份指南中提取推荐意见、支持证据的质量及其强度。通过协商解决分歧，使用描述性统计分析结果。

**结果** 研究共获取 14 份现行临床实践指南。单个指南包含 1 至 39 条推荐意见 (平均 16.9 条，中位数 15 条)，合计 236 条推荐意见。25 条 (10.6%) 基于 A 级证据 (设计良好的试验、荟萃分析)，112 条 (47.5%) 基于 B 级依据 (有轻微局限性的试验；多个观察性研究的一致发现)，64 条 (27.1%) 基于 C 级依据 (单个或少数观察性研究或多个结果不一致或有重大局限性的研究)，15 条 (6.4%) 基于 D 级依据 (专家意见、病例报告、基本原理推理)，20 条 (8.5%) 基于 X 级依据 (无法进行验证性研究但明显利大于弊的特殊情况)。82 条 (34.7%) 为强推荐，117 条 (49.6%) 中等推荐，37 条 (15.7%) 弱推荐。117 条中等推荐中有 50 条 (43%) 基于 C 级证据，82 条强推荐中有 10 条 (12.2%) 基于 X 级证据。

**结论** AAP 现行临床实践指南中仅有少数推荐意见 (10.6%) 基于最高质量证据，为了提高支持儿科临床实践指南的证据质量，还需要开展更多的高质量研究。

## 引 言

随着时代的发展，临床实践指南也在持续更新与完善。其核心目标在于规范医疗行为，保障医疗质量和安全；优化医疗资源的利用；同时维护专业自主性，确保医疗决策的科学性和专业性<sup>[1]</sup>。随着循证医学的不断进步，对推荐意见依据的合理解释愈发受到重视，这推动了创建指南正式流程的制定，旨在明确证据的质量，并精准评估推荐意见的

强度<sup>[2]</sup>。

目前，已有多个医学专科针对临床实践指南中的证据质量和推荐强度进行了系统评价的综述<sup>[3-7]</sup>。然而，有理由推测儿科的证据质量可能低于其他专科。造成这一差异的原因包括：儿童疾病或状况的患病率较低、儿童治疗药物的市场份额较小、国家卫生研究院 (NIH) 资金支持水平较低，以及在儿童研究中存在研究对象招募困难等问题<sup>[8]</sup>。这些因素共

同导致了儿科临床实践指南的证据基础相对薄弱，进而影响了推荐意见的强度和质量。

美国儿科学会 (AAP) 是美国最大的儿科专业组织，拥有大约 67 000 名成员<sup>[9]</sup>。AAP 发布多种类型的政策文件，包括政策声明、技术报告、临床报告和临床实践指南。其中，技术报告和临床报告并不提出具体推荐意见。虽然政策声明和临床实践指南都会提出建议，但只有临床实践指南是基于对文献的全面回顾，并采用正式的证据规则来支持每一项推荐<sup>[10,11]</sup>。政策声明必须至少每三年进行一次审查，审查结果可能是重新确认、修订或废止<sup>[10,11]</sup>。

AAP 用于对其临床实践指南中的证据等级和推荐强度进行分类的系统最初于 2004 年发布<sup>[12]</sup>，随后进行了修订<sup>[13]</sup>。这两个版本都采用 5 个等级 (A、B、C、D 和 X) 来描述证据质量，并使用 4 个类别来描述推荐强度。两个版本在措辞上存在细微差别。一般而言：A 级证据，指的是设计和执行良好的随机对照试验；B 级证据包括有一些小缺陷的随机对

照试验，或来自多项观察性研究的一致性证据；C 级证据指多项观察性研究结果不一致，或只有单项 / 少量观察性研究，或者这些研究存在重大局限性；D 级证据依赖专家意见、病例报告或基本原理推理；D 级包括专家意见、病例报告或基本原理推理；X 级证据，指在某些特殊情境下无法进行验证性研究，但利益或危害极为明确。AAP 最初使用的推荐强度术语包括：“强推荐 (Strong Recommendation)” “推荐 (Recommendation)” “可选 (Option)” “无推荐意见 (No Recommendation)” 。在后续修订中，AAP 将“推荐”改为“中等推荐 (Moderate Recommendation)”，将“可选”改为“弱推荐 (Weak Recommendation)”。尽管“无推荐意见”被列为四类推荐强度之一，但 AAP 并不鼓励使用这一类别<sup>[12]</sup>。推荐强度的确定基于证据质量以及利益与风险之间的权衡。例如，若存在 A 级证据并且优势明显，则会形成“强推荐”。AAP 的方法学规定了某些证据等级不能支持某些推荐强度。例如：不能以 C 或 D 级证据作出强推荐；不能以 A 级或 D 级证据作出中等推荐；不能以 X 级证据作出弱推荐<sup>[13]</sup>。新旧两个版本之间一个实质性变化

| 证据质量 (旧版)                           | 证据质量 (新版)  | 利大于弊<br>(旧版) | 利大于弊<br>(新版)  | 利弊平衡<br>(旧版) | 利弊平衡<br>(新版)    |
|-------------------------------------|--|--------------|---------------|--------------|-----------------|
| A 级：设计良好的随机对照试验或针对相关人群的<br>诊断性研究    | A 级：干预：设计良好并执行充分的试验、适用人群的荟萃分析；<br>诊断：适用人群中采用独立“金标准”的研究 | 强推荐          | 强推荐           | 可选           | 弱推荐<br>(基于利弊平衡) |
| B 级：有轻微局限性的随机对照试验或诊断性研究；观察性研究的一致性证据 | B 级：有轻微局限性的试验或诊断性研究；多个观察性研究的一致发现                       | 推荐           | 中等推荐          |              |                 |
| C 级：观察性研究 (病例对照和队列设计)               | C 级：单个或少数观察性研究或多个结果不一致或有重大局限性的研究                       |              | 弱推荐 (基于低质量证据) | 不推荐          | 不推荐             |
| D 级：专家意见、病例报告、基本原理推理                | D 级：专家意见、病例报告、基本原理推理                                   | 可选           |               |              |                 |
| X 级：无法进行验证性研究，但明显利大于弊的特殊情况          | X 级：无法进行验证性研究，但明显利大于弊的特殊情况                             | 强推荐<br>推荐    | 强推荐<br>中等推荐   |              |                 |

注：“旧版”指 AAP 质量改进与管理指导委员会 2004 年描述的方案。  
“新版”指 2019 年 Alvarez 等在《循证临床实践指南：开发与实施手册》中描述的方案。

图 1 美国儿科学会指南方法学新旧版本对比

表 1 各临床实践指南中的推荐意见分布

| 指南名称         | 年份   | 分类版本 | 推荐总数 | 证据质量与推荐强度分布                                     |
|--------------|------|------|------|---|
| 单纯热性惊厥       | 2011 | 旧版   | 6    | A 级：强推荐 0；B 级：强推荐 4；C 级：中等推荐 0；D 级：弱推荐 2        |
| 阻塞性睡眠呼吸暂停综合征 | 2012 | 旧版   | 11   | A 级：强推荐 1；B 级：中等推荐 6；C 级：弱推荐 1；D 级：弱推荐 1        |
| 2 型糖尿病       | 2013 | 旧版   | 6    | B 级：强推荐 1；D 级：弱推荐 4；X 级：强推荐 1                   |
| 急性中耳炎        | 2013 | 旧版   | 17   | B 级：强推荐 3，中等推荐 10；C 级：弱推荐 3                     |
| 急性细菌性鼻窦炎     | 2013 | 旧版   | 8    | B 级：强推荐 3，中等推荐 3；C 级：弱推荐 1；D 级：弱推荐 1            |
| 细支气管炎        | 2014 | 新版   | 22   | A 级：强推荐 1；B 级：强推荐 8，中等推荐 7；C 级：中等推荐 2；X 级：强推荐 1 |
| 短暂不明原因事件     | 2016 | 新版   | 29   | B 级：强推荐 1，中等推荐 5；C 级：中等推荐 14；D 级：弱推荐 1          |
| 高血压          | 2017 | 新版   | 30   | B 级：强推荐 8；C 级：中等推荐 14；D 级：弱推荐 2；X 级：强推荐 1       |
| 维持静脉输液       | 2018 | 新版   | 1    | A 级：强推荐 1                                       |
| 婴儿血管瘤        | 2019 | 新版   | 14   | A 级：强推荐 2；B 级：中等推荐 5；C 级：中等推荐 1；X 级：强推荐 5       |
| 注意力缺陷 / 多动障碍 | 2019 | 新版   | 12   | A 级：强推荐 5；B 级：强推荐 6；C 级：中等推荐 1                  |
| 外观良好的发热婴儿    | 2021 | 新版   | 39   | A 级：强推荐 13；B 级：强推荐 8，中等推荐 12；C 级：中等推荐 2         |
| 高胆红素血症       | 2022 | 旧版   | 25   | B 级：强推荐 1；C 级：弱推荐 6；D 级：弱推荐 3；X 级：强推荐 2，中等推荐 10 |
| 肥胖症          | 2023 | 新版   | 16   | A 级：强推荐 2；B 级：强推荐 4；C 级：中等推荐 5                  |
| 总计           |      |      | 236  | A 级：25；B 级：112；C 级：64；D 级：15；X 级：20             |

是：在利益或危害占明显优势的情况下，新版本允许使用 C 级证据来支持“弱推荐”，而不仅限于“中等推荐”。关于两个版本的比较可参见图 1。然而，AAP 并未以一种可将旧术语准确转换为新术语的方式来报告利益与风险的权衡。此外，AAP 也未对推荐的类别（如诊断或治疗）进行一致性标注。

综上，本研究的主要目的是总结 AAP 现行临床实践指南中的证据质量和推荐强度。

## 方 法

我们通过 AAP 官网，在 2024 年 1 月 25 日检索了当前的临床实践指南<sup>[14]</sup>，并排除了以下内容：政策声明、临床报告、技术报告、临床实践指南的执行摘要，已经被废止或被更新指南或临床报告所取代的临床实践指南，以及由其他医学专业组织撰写并获得 AAP 认可的指南。

三位独立评审人员从每份指南中提取了每条推荐意见所对应的证据质量和推荐强度。我们将每一

条被赋予了证据等级和推荐强度的陈述都视为一条“推荐意见”，而不考虑指南对其关键行动声明的编号。我们使用 AAP 当前的推荐强度术语<sup>[13]</sup>，并将所有“推荐”报告为“中等推荐”。对于出现不一致的情况，则通过协商达成共识。如果某条推荐的强度与 AAP 的方法学不一致，我们会尝试判断出正确的推荐强度。

研究采用描述性统计方法对结果进行分析。

## 结 果

我们检索出 14 份现行临床实践指南<sup>[15-28]</sup>。2000 年关于发育性髋关节发育不良的指南<sup>[29]</sup>被更新的临床报告取代<sup>[30]</sup>，2011 年关于尿路感染的指南<sup>[31]</sup>及其 2016 年的重申<sup>[32]</sup>已被废止，2011 年关于注意力缺陷 / 多动障碍的指南已被修订<sup>[33]</sup>。

这些指南共提出 236 条推荐意见（补充表 1）。单个指南包含 1 条（维持静脉输液指南）<sup>[23]</sup>至 39 条（外表健康的发热婴儿指南）<sup>[26]</sup>推荐意见（平均 16.9

条，中位数 15 条) (表 1)。证据等级分布如下：25 条 (10.6%) 推荐意见基于 A 级证据，112 条 (47.5%) B 级，64 条 (27.1%) C 级，15 条 (6.4%) D 级，20 条 (8.5%) X 级。在 3 个实例中，其推荐强度与 AAP 的方法不一致。在 2 个实例中，阻塞性睡眠呼吸暂停综合征指南的关键行动声明 2A 选项 1<sup>[16]</sup> 和婴儿血管瘤指南的关键行动声明 3B<sup>[24]</sup>，可通过证据等级和利益 - 风险比来判断正确的推荐强度。在第三个实例中，注意力缺陷 / 多动障碍指南的关键行动声明 7<sup>[25]</sup>，无法明确判断其推荐术语是否正确，因此保留了原报告中的推荐强度不变。在所有推荐中，82 条 (34.7%) 为强推荐，117 条 (49.6%) 中等推荐，37 条 (15.7%) 弱推荐 (表 2)。另外值得注意的是：117 条中等推荐中有 50 条 (42.7%) 基于 C 级证据，82 条强推荐中有 10 条 (12.2%) 基于 X 级证据。

## 讨 论

美国儿科学会 (AAP) 目前有 14 项临床实践指南，共提出了 236 条推荐意见。其中，仅有少数 (10.6%) 的推荐意见基于 A 级证据——即设计良好、执行完善的试验或系统评价。在这些推荐中，有近一半 (49.6%) 的推荐被评为“中等强度”，在这些“中等强度”的推荐中，有一部分 (43%) 实际上是基于 C 级证据，也就是证据质量较低。此外，还有一部分强

烈推荐意见 (12.2%) 是基于 X 级证据，即由于特殊情况，无法进行验证性研究的情形。

我们所知的唯一一项可比的既往研究是《美国儿科学会指南中报告质量与证据质量的研究》<sup>[34]</sup>。这项研究采用了显著不同的方法学，其纳入了由美国儿科学会制定和认可的所有临床实践指南。研究作者独立评估了每条推荐所依据的证据水平，并将其分为：实验性研究 (23%，N = 394)、观察性研究 (46%) 和专家意见或无参考文献 (31%)。由于本研究中所涉及的 B 级证据既包括随机对照试验，也包括观察性研究，因此无法与上述研究结果直接进行比较。

与我们原本的假设相反——即认为儿科领域中基于最高等级证据的推荐比例会更低，本研究发现，这一比例与其他医学专科是相当的。根据对现有文献的非系统性回顾，在其他医学专科中，基于最高等级证据的推荐比例从肾脏病学的 5.6% (853 条推荐中 48 条)<sup>[3]</sup> 到妇产科学的 30.0% (717 条推荐中 215 条)<sup>[4]</sup> 不等。与儿科相似的高质量证据占比还见于以下领域：介入医学亚专业 (10.6%，364 / 3 426)<sup>[5]</sup>、心脏病学 (11.6%，314 / 2 711) 和传染病学 (14.8%，617 / 4 182)<sup>[7]</sup>。尽管如此，这些数据仍显示出显著的改进空间，以提升支持儿科临床实践指南的证据质量。

表 2 证据质量与推荐强度的关系

| 证据质量 | 总数 (%)     | 强推荐 (%)   | 中等推荐 (%)   | 弱推荐 (%)   |
|------|------------|-----------|------------|-----------|
| A 级  | 25 (10.6)  | 25 (30)   | 不适用        | 0 (0)     |
| B 级  | 112 (47.5) | 47 (57)   | 57 (49)    | 8 (22)    |
| C 级  | 64 (27.1)  | 不适用       | 50 (43)    | 14 (38)   |
| D 级  | 15 (6.4)   | 不适用       | 不适用        | 15 (41)   |
| X 级  | 20 (8.5)   | 10 (12.2) | 10 (9)     | 不适用       |
| 总计   | 236        | 82 (34.7) | 117 (49.6) | 37 (15.7) |

注：百分比计算基于总样本量 (n = 236)。

其他百分比表示特定推荐强度中基于特定证据质量的推荐比例。

“不适用”表示 AAP 临床实践指南方法不允许该证据质量与推荐强度的组合。

虽然美国儿科学会 (AAP) 的指南制定方法禁止在 D 级证据的基础上提出‘强推荐’ (Strong Recommendations)，但在其 117 条‘中等推荐’ (Moderate Recommendations) 中，有 50 条 (42.7%) 是基于 C 级证据，且其 82 条‘强推荐’中有 10 条 (12.2%)，以及 117 条中等推荐中也有 10 条 (9%)，是基于 X 级证据 (即在特殊情况下无法进行验证性研究的情形)。相比之下，GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation) 方法虽然通常不鼓励在低或极低质量证据的基础上提出强推荐，



但并不绝对禁止这样做。GRADE 识别出 5 种可以在低或极低证据质量下提出强推荐的合理情况<sup>[35]</sup>。在其他医学专科中，“不一致性推荐”（即基于低质量证据却做出强推荐）是相当常见的。例如：内分泌学会临床实践指南中的强推荐有 33.9%（357 条中 121 条）是不一致性推荐<sup>[36]</sup>和美国心脏病学会（ACC）和美国心脏协会（AHA）指南中的强推荐有 32.4%（714 条中 232 条）<sup>[37]</sup>是不一致的。其他用于评级证据质量和推荐强度的系统，通常会 AAP 所称的“X 级证据”类推荐，称作未分级的良好实践建议或最佳实践声明<sup>[38]</sup>。至于 AAP 为什么会在术语上与其他广泛使用的评级系统有所不同，目前还不清楚。

这项研究存在若干局限性。我们仅审查了 AAP 发布的临床实践指南，因为它代表了一个明确且重要的样本。然而，这一样本不太可能代表整个儿科领域推荐意见所依据证据的质量，因为 AAP 仅针对少数几种疾病发布了临床实践指南。其他来源的儿科临床实践指南，如儿科专科组织或处理儿科问题的成人医学组织，可能基于不同质量的证据，或给出强度不同的推荐。AAP 用于评估证据质量和推荐强度的方法也与其他一些广泛使用的方法不同，这使得不同发布机构之间的比较变得困难<sup>[2]</sup>。我们只审查了当前的指南，因此无法判断证据质量是否随着时间发生了变化。最后，由于我们在处理 AAP 方法变化的方式上所做的选择，可能会高估“中等推荐”的数量而低估“较弱推荐”的数量。然而，基于 C 级证据的推荐总数（15 条）仍然很少。

## 结 论

AAP 现行临床实践指南中提出的仅有少数推荐意见（10.6%）基于最高质量的证据，因此尚需要开展更多的高质量研究，来提高支持儿科临床实践指南的证据质量。

（侯淼 译 黄洁 校）

联系人：丁欣 etyxcbzx@suda.edu.cn

## 参考文献

- 1 Weisz G, Cambrosio A, Keating P, Knaapen L, Schlich T, Tournay VJ. The emergence of clinical practice guidelines. *Milbank Q.* 2007; 85(4):691–727. PubMed doi: 10.1111/j.1468-0009.2007.00505.x
- 2 Atkins D, Best D, Briss PA, et al; GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ.* 2004;328(7454):1490. PubMed doi: 10.1136/bmj.328.7454.1490
- 3 Alseieri M, Meyer KB, Wong JB. Evidence Underlying KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) Guideline Recommendations: A Systematic Review. *Am J Kidney Dis.* 2016;67(3):417–422. PubMed doi: 10.1053/j.ajkd.2015.09.016
- 4 Wright JD, Pawar N, Gonzalez JSR, et al. Scientific evidence underlying the American College of Obstetricians and Gynecologists' practice bulletins. *Obstet Gynecol.* 2011;118(3):505–512. PubMed doi: 10.1097/AOG.0b013e3182267f43
- 5 Feuerstein JD, Akbari M, Gifford AE, et al. Systematic analysis underlying the quality of the scientific evidence and conflicts of interest in interventional medicine subspecialty guidelines. *Mayo Clin Proc.* 2014;89(1):16–24. PubMed doi: 10.1016/j.mayocp.2013.09.013
- 6 Tricoci P, Allen JM, Kramer JM, Califf RM, Smith SC Jr. Scientific evidence underlying the ACC/AHA clinical practice guidelines. *JAMA.* 2009;301(8):831–841. PubMed doi: 10.1001/jama.2009.205
- 7 Khan AR, Khan S, Zimmerman V, Baddour LM, Tleyjeh IM. Quality and strength of evidence of the Infectious Diseases Society of America clinical practice guidelines. *Clin Infect Dis.* 2010;51(10):1147–1156. PubMed doi: 10.1086/656735
- 8 Martinez-Castaldi C, Silverstein M, Bauchner H. Child versus adult research: the gap in high-quality study design. *Pediatrics.* 2008; 122(1):52–57. PubMed doi: 10.1542/peds.2007-2849
- 9 American Academy of Pediatrics. About the AAP. 2024. Accessed January 18, 2024. <https://www.aap.org/en/about-the-aap/>
- 10 American Academy of Pediatrics. Policy Development Process. 2009. Accessed January 18, 2024. [https://collaborate.aap.org/Lead/ArchivesPreJune19/Documents/DevelopmentProcess/policy\\_process.pdf#search=technical%20report](https://collaborate.aap.org/Lead/ArchivesPreJune19/Documents/DevelopmentProcess/policy_process.pdf#search=technical%20report)
- 11 American Academy of Pediatrics. Policy Statement Development Process. 2023. Accessed January 18, 2024. <https://www.aap.org/en/policy/policy-statement-development-process/>
- 12 American Academy of Pediatrics Steering Committee on Quality Improvement and Management. Classifying recommendations for clinical practice guidelines. *Pediatrics.* 2004;114(3):874–877. PubMed doi: 10.1542/peds.2004-1260

- 13 Alvarez F, Franklin W, Gleeson S, et al. Evidence-Based Clinical Practice Guidelines: Development and Implementation Manual. 2019. Accessed January 18, 2024. <https://downloads.aap.org/DOCCSA/CPGManual20190628.pdf>
- 14 American Academy of Pediatrics. Clinical Practice Guidelines. Accessed January 25, 2024. <https://publications.aap.org/collection/523/Clinical-Practice-Guidelines?autologincheck=redirected>
- 15 Subcommittee on Febrile Seizures; American Academy of Pediatrics. Neurodiagnostic evaluation of the child with a simple febrile seizure. *Pediatrics*. 2011;127(2):389–394. PubMed doi: 10.1542/peds.2010-3318
- 16 Marcus CL, Brooks LJ, Draper KA, et al; American Academy of Pediatrics. Diagnosis and management of childhood obstructive sleep apnea syndrome. *Pediatrics*. 2012;130(3):576–584. PubMed doi: 10.1542/peds.2012-1671
- 17 Copeland KC, Silverstein J, Moore KR, et al; American Academy of Pediatrics. Management of newly diagnosed type 2 diabetes mellitus (T2DM) in children and adolescents. *Pediatrics*. 2013;131(2):364–382. PubMed doi: 10.1542/peds.2012-3494
- 18 Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, et al. The diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics*. 2013;131(3): e964–e999. PubMed doi: 10.1542/peds.2012-3488
- 19 Wald ER, Applegate KE, Bordley C, et al; American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of acute bacterial sinusitis in children aged 1 to 18 years. *Pediatrics*. 2013;132(1):e262–e280. PubMed doi: 10.1542/peds.2013-1071
- 20 Ralston SL, Lieberthal AS, Meissner HC, et al; American Academy of Pediatrics. Clinical practice guideline: the diagnosis, management, and prevention of bronchiolitis. *Pediatrics*. 2014;134(5): e1474–e1502. PubMed doi: 10.1542/peds.2014-2742
- 21 Tieder JS, Bonkowsky JL, Etzel RA, et al; SUBCOMMITTEE ON APPARENT LIFE THREATENING EVENTS. Brief resolved unexplained events (formerly apparent life-threatening events) and evaluation of lower-risk infants. *Pediatrics*. 2016;137(5):e20160590. PubMed doi: 10.1542/peds.2016-0590
- 22 Flynn JT, Kaelber DC, Baker-Smith CM, et al; SUBCOMMITTEE ON SCREENING AND MANAGEMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE IN CHILDREN. Clinical practice guideline for screening and management of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics*. 2017;140(3):e20171904. PubMed doi: 10.1542/peds.2017-1904
- 23 Feld LG, Neuspiel DR, Foster BA, et al; SUBCOMMITTEE ON FLUID AND ELECTROLYTE THERAPY. Clinical practice guideline: Maintenance intravenous fluids in children. *Pediatrics*. 2018;142(6):e20183083. PubMed doi: 10.1542/peds.2018-3083
- 24 Krowchuk DP, Frieden IJ, Mancini AJ, et al; SUBCOMMITTEE ON THE MANAGEMENT OF INFANTILE HEMANGIOMAS. Clinical practice guideline for the management of infantile hemangiomas. *Pediatrics*. 2019;143(1):e20183475. PubMed doi: 10.1542/peds.2018-3475
- 25 Wolraich ML, Hagan JF Jr, Allan C, et al; SUBCOMMITTEE ON CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVE DISORDER. Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*. 2019;144(4):e20192528. PubMed doi: 10.1542/peds.2019-2528
- 26 Pantell RH, Roberts KB, Adams WG, et al; SUBCOMMITTEE ON FEBRILE INFANTS. Evaluation and management of well-appearing febrile infants 8 to 60 days old. *Pediatrics*. 2021;148(2): e2021052228. PubMed doi: 10.1542/peds.2021-052228
- 27 Kemper AR, Newman TB, Slaughter JL, et al. Clinical practice guideline revision: Management of hyperbilirubinemia in the newborn infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics*. 2022;150(3):e2022058859. PubMed doi: 10.1542/peds.2022-058859
- 28 Hampl SE, Hassink SG, Skinner AC, et al. Clinical practice guideline for the evaluation and treatment of children and adolescents with obesity. *Pediatrics*. 2023;151(2):e2022060640. PubMed doi: 10.1542/peds.2022-060640
- 29 Clinical practice guideline: early detection of developmental dysplasia of the hip. Committee on Quality Improvement, Subcommittee on Developmental Dysplasia of the Hip. American Academy of Pediatrics. *Pediatrics*. 2000;105(4 Pt 1): 896–905. PubMed doi: 10.1542/peds.105.4.896
- 30 Shaw BA, Segal LS; SECTION ON ORTHOPAEDICS. Evaluation and referral for developmental dysplasia of the hip in infants. *Pediatrics*. 2016;138(6):e20163107. PubMed doi: 10.1542/peds.2016-3107
- 31 Subcommittee on Urinary Tract Infection, Steering Committee on Quality Improvement and Management; Roberts KB. Urinary tract infection: clinical practice guideline for the diagnosis and management of the initial UTI in febrile infants and children 2 to 24 months. *Pediatrics*. 2011;128(3):595–610. PubMed doi: 10.1542/peds.2011-1330
- 32 SUBCOMMITTEE ON URINARY TRACT INFECTION. Reaffirmation of AAP Clinical Practice Guideline: The diagnosis and management of the initial urinary tract infection in febrile infants and young children 2–24 months of age. *Pediatrics*. 2016;138(6):e20163026. PubMed doi: 10.1542/peds.2016-3026
- 33 Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder; Steering Committee on Quality Improvement and Management; Wolraich M, Brown L, Brown RT, et al. ADHD: clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of

attentiondeficit/ hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*. 2011;128(5):1007–1022. PubMed doi: 10.1542/peds.2011-2654

- 34 Isaac A, Saginur M, Hartling L, Robinson JL. Quality of reporting and evidence in American Academy of Pediatrics guidelines. *Pediatrics*. 2013;131(4):732–738. PubMed doi: 10.1542/peds.2012-2027
- 35 Andrews JC, Schünemann HJ, Oxman AD, et al. GRADE guidelines: 15. Going from evidence to recommendation-determinants of a recommendation's direction and strength. *J Clin Epidemiol*. 2013;66(7):726–735. PubMed doi: 10.1016/j.jclinepi.2013.02.003
- 36 Brito JP, Domecq JP, Murad MH, Guyatt GH, Montori VM. The

Endocrine Society guidelines: when the confidence cart goes before the evidence horse. *J Clin Endocrinol Metab*. 2013;98(8):3246–3252. PubMed doi: 10.1210/jc.2013-1814

- 37 Yao L, Ahmed MM, Guyatt GH, et al. Discordant and inappropriate discordant recommendations in consensus and evidence based guidelines: empirical analysis. *BMJ*. 2021;375:e066045. PubMed doi: 10.1136/bmj-2021-066045
- 38 Guyatt GH, Alonso-Coello P, Schünemann HJ, et al. Guideline panels should seldom make good practice statements: guidance from the GRADE Working Group. *J Clin Epidemiol*. 2016;80:3–7. PubMed doi: 10.1016/j.jclinepi.2016.07.006

**【英文原件请参阅 *PEDIATRICS* 2025;155(4):e2024067836】**