# 促进儿童最佳发育：心理健康、情绪与行为问题的筛查——临床报告

**Carol Weitzman, MD, FAAP,[1] James Guevara, MD, MPH, FAAP,[2] Michelle Curtin, DO, FAAP,[3] Michelle Macias, MD, FAAP,[4] the AAP Section on Developmental and Behavioral Pediatrics; AAP Council on Early Childhood; AAP Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health; SOCIETY FOR DEVELOPMENTAL AND BEHAVIORAL PEDIATRICS**

[1]Department of Pediatrics, Harvard Medical School, Division of Developmental Medicine, Boston Children's Hospital, Boston, Massachusetts; [2]Children's Hospital of Philadelphia, Perelman School of Medicine at Penn, Philadelphia, Pennsylvania; [3]Department of Pediatrics, Wake Forest University School of Medicine, Winston-Salem, North Carolina; and [4]Division of Developmental-Behavioral Pediatrics, Department of Pediatrics, Medical University of South Carolina, Charleston, South Carolina

This document is copyrighted and is property of the American Academy of Pediatrics and its Board of Directors. All authors have filed conflict of interest statements with the American Academy of Pediatrics. Any conflicts have been resolved through a process approved by the Board of Directors. The American Academy of Pediatrics has neither solicited nor accepted any commercial involvement in the development of the content of this publication.

美国心理健康、情绪和行为 (mental health, emotional, and behavioral，MEB) 问题的发生率持续上升，目前估计有 13% ～ 20% 的儿童患有 MEB 障碍，另有 19% 的儿童存在导致功能损害或痛苦但未达到特定障碍诊断标准的问题。本临床报告整合并扩展了 2019 年美国儿科学会 (American Academy of Pediatrics，AAP) 政策声明《儿科实践的心理健康能力》以及《预防性儿科保健建议》的推荐意见，针对自 2015 年上一份临床报告《促进最佳发展：筛查行为和情绪问题》发布以来青少年日益增长的 MEB 需求。本报告概述了在儿科初级保健中筛查、识别和护理儿童 MEB 问题的具体指导。筛查作为定期健康监督访视和监测的一部分，从生命的第 1 个月开始，以识别照护者的产后抑郁。针对儿童的 MEB 问题筛查始于 6 月龄，并在 12、24 和 36 月龄的健康监督访视中持续进行，与“光明未来”周期日程表中每次访视推荐的发育和孤独症谱系障碍筛查交替进行，并在有临床指征时额外进行。3 岁以后，MEB 筛查每年持续进行。本报告：(1) 回顾了关于 MEB 问题患病率的最新信息；(2) 阐明了当前儿科初级保健中这些问题的检出状况；(3) 阐述了如何处理阳性筛查结果；(4) 描述了筛查的限制因素，包括特殊人群的需求，以及应对这些障碍的潜在模式；(5) 讨论了在实践和系统层面可能促进成功进行 MEB 筛查的变革。

## 引　言

### 问题范围

儿童期的心理健康、情绪和行为问题 ( 统称为 MEB 问题 [1]) 十分常见，且已呈现危机态势，然而这些问题虽导致显著的发病率和死亡率，却通常未被发现和治疗。根据目前估计，美国有 13% ～ 20% 的儿童在任何特定时间存在行为或情绪障碍 [2,3]，包括 2 ～ 8 岁的幼儿 [4]。大量儿童存在未达阈值的 MEB 问题，这些问题导致功能损害或痛苦，但未达到《精神障碍诊断与统计手册第 5 版》(DSM-5) 中特定障碍的诊断标准 [5,6]。MEB 问题是导致功能损害的前 5 大慢性儿科疾病之一 [7,8]。37% ～ 39% 的儿童在 16 岁前会被诊断出患有 MEB 障碍，最常见的诊断是破坏性行为问题、注意力缺陷 / 多动障碍 (attention-deficit / hyperactivity disorder，ADHD)、焦虑和情绪障碍 [2,9,10]。23% ～ 61% 曾确诊 MEB 问题的儿童未来还会被再次诊断出 MEB 问题，尽管诊断不一定相同 [2]。遭受逆

American Academy of Pediatrics
DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

The article(s) originally appeared in English in the 2025, Volume 156 of Pediatrics, published by the American Academy of Pediatrics (AAP), and are hereby authorized for translation into Chinese by Children's Hospital of Soochow University.

境的儿童，包括贫困[11]、种族主义和其他形式的歧视[12]、环境毒素（包括铅）以及毒性压力[13]（如遭受虐待、忽视、父母精神疾病和暴力），更容易出现 MEB 问题。2020 年，自杀成为 10 ～ 14 岁青少年的第 2 大死因，以及 15 ～ 24 岁青年的第 3 大死因。2000—2017 年该比率增长 41%[14-16]，且患有 MEB 问题的个体死于自杀的风险几乎是未患 MEB 问题个体的 8 倍[17]。

COVID-19 大流行加剧了儿童 MEB 问题的普遍性。超过 14 万例儿童因 COVID-19 失去了主要或次要照护者，其心理社会压力负担显著加重[18]。因严重的心理健康问题和自杀意念前往急诊科就诊的儿童人数达到空前水平。2021 年冬季，女性青少年因潜在自杀未遂而到急诊科就诊的人数比 2019 年同期增加 50.6%[19]，该比率至今仍高于疫情前水平[20]。美国疾病预防控制中心 (Centers for Disease Control and Prevention，CDC) 2021 年的数据显示，超过 1 / 3 (37%) 的高中生报告他们在 COVID-19 大流行期间经历了不良的心理健康状况，44% 的人报告他们持续感到悲伤或绝望，而 2019 年疫情前这一比例为 37%[21]。部分症状归因于创伤性损失、家庭心理社会压力源的增加、社交网络的破坏、社会隔离以及个体因素（包括先前存在的心理健康问题）。

疫情暴露了现有医疗基础设施的不足，包括 MEB 问题检测不理想、确诊问题后的人力不足、多数州缺乏覆盖筛查费用的支付机制、转诊资源缺乏以及 MEB 问题诊疗可及性低下[22]。约 50% 有行为健康问题的成年人报告其障碍最初表现在青春期早期[23,24]。研究表明，儿童早期发现的 MEB 问题具有持久影响，并与青春期后期的 MEB 问题强烈相关[25,26]。焦虑障碍和 ADHD 是最早出现的障碍，通常在学龄前和学龄早期，而物质使用障碍出现较晚。从症状出现到儿童符合 MEB 问题诊断标准之间有 2 ～ 4 年的时间，这提示存在进行二级预防或早期干预的机会[27]。2019 年，约 25% 的 12 ～ 17 岁儿童报告接受了心理健康服务，凸显儿童 MEB 问题仍是一个重大的公共卫生挑战[28]。虽然约 78% 的抑郁症儿童接受了治疗，但只有 59% 的焦虑症儿童和 53% 的行为问题儿童接受了治疗，这强调必须从儿童早期开始检测 MEB 问题以确保及时获得治疗。

## 现有政策

2004 年，AAP 成立了心理健康工作组，该工作组阐明了初级保健中的心理健康能力，制定了解决在初级保健环境中提供心理健康护理的系统性和财务障碍的指导，并提供了工具和策略以帮助儿科初级保健临床医生 (pediatric primary care clinicians，PPCC) 将慢性病护理原则应用于患有 MEB 问题的儿童[29]。该工作组还通过识别工具和描述策略，为提供者提供了调整当前实践以纳入 MEB 护理的指导[29]。

2019 年，AAP 儿童与家庭心理健康心理社会方面委员会和心理健康领导力工作组发布了《儿科实践的心理健康能力》，这是对 2009 年政策声明的更新[30]。这份更新的政策声明概述了 PPCC 所需的心理健康能力，旨在通过识别 MEB 问题的风险和症状、在初级保健中启动可实现的步骤以及与专科医生和社区伙伴合作，为更复杂的儿童提供护理，从而促进儿童福祉。作者还制定了一个护理流程算法，以帮助 PPCC 识别和照护出现心理健康问题的儿童。

2022 年，AAP 更新了《光明未来“预防性儿科保健建议”》，也称为周期日程表[31]。更新的主题之一包括对行为、社会或情绪筛查建议的变更。先前评估心理社会或行为问题的建议更新为从新生儿访视至 21 岁访视期间筛查行为、社会或情绪问题。此更新包括筛查应以家庭为中心，并且可以包括筛查如下内容：(1) 照护者情绪和心理健康问题（除已有的对至 6 月龄母亲抑郁的筛查建议以外）；(2) 健康的社会驱动因素；(3) 种族主义；(4) 贫困；(5) 关系健康；(6) 儿童的 MEB 问题。这些建议旨在与现有的 AAP 政策、美国妇产科医师学会女性预防服务倡议的建议以及美国儿童青少年精神病学会的指南保持一致[32,33]。本临床报告将侧重于儿童 MEB 问题的检测，并描述其与上述列表中其他问题的关联。

## 当前儿科机构中 MEB 问题的检出及医疗变革情况

在对婴儿和幼儿发育筛查的调查中，PPCC 的筛查率从 2002 年的 21% 提高到 2009 年的 48%，再到 2016 年的 63% (2019 年有 98% 的医生报告进行了筛查，但只有 59% 使用了标准化工具 [34])，对高危患者转介至早期干预服务的比例也大幅增加 [35]。这种增加很大程度上归功于 AAP 临床报告倡导在常规监测基础上进行发育筛查 [36]。相比之下，在同一时期关于 MEB 问题筛查工具和常规监测的研究较少。在缺乏标准化测量的情况下，仅依靠临床判断来识别发育和 MEB 问题的能力已被证明灵敏度较低 (14% ～ 54%)，特异度为 69% ～ 100%[37]。

自 2015 年临床报告发布以来，已涌现多种创新策略以改善 PPCC 筛查、识别和照护 MEB 问题儿童的能力，包括由 AAP 资助的社区医疗成果扩展项目 (Extension for Community Healthcare Outcomes，ECHO) 培训、学习协作组 [38–41]、远程精神病学咨询的可及性 [42,43] 以及将心理健康专业人员整合进儿科实践 [44,45]。质量改进学习协作组已证明，医疗机构可以显著提高并维持其对 MEB 问题的筛查率以及制定初步护理计划的能力 [38–41]。

MEB 问题的漏检率为 14% ～ 40%，这取决于家庭压力程度或已知的家庭史风险因素 [46]。由于语言文化障碍 [47,48]，在有色人种儿童和非英语母语的儿童和青少年中，PPCC 更不容易识别 MEB 问题，或者当仅使用发育筛查项目时 ( 因这些筛查并非针对 MEB 问题设计 [49])。当前数据表明，确诊 MEB 问题的儿童接受治疗的可能性更高，这表明检测可以改善预后 [22]。接受调查的儿科医生普遍支持他们应负责识别患有 ADHD、进食障碍、抑郁、物质使用障碍和行为问题的儿童 [50]。

## MEB 问题早期检测的限制因素

传统上，儿科医生报告他们在识别和成功管理儿童 MEB 问题方面的培训和能力不足；最近的干预措施如上述内容已提高了 PPCC 的技能 [38,39]。在儿科中采用新筛查实践的主要障碍包括时间不足、心理健康服务提供者接诊等待时间过长，以及缺乏可转介的心理健康专家 [51]。2004 年，作为 AAP 定期调查的一部分，一组儿科医生接受了调查；2013 年，另一组随机选择的 AAP 成员也接受了关于识别 MEB 问题障碍的调查。在这 2 项调查中，儿科医生均报告了在识别心理健康问题方面的培训不足和信心不足。2004 年报告的障碍包括缺乏识别心理健康问题的培训、缺乏诊断 MEB 问题的信心和对儿童用药治疗的信心、支付不足以及时间不足等，在 2013 年较少被提及 [52]。此处，还需指出其他筛查障碍涉及不同文化、种族、寄养或亲属照护安置、发育状况和语言使用差异的儿童群体，对每一个独特群体的深入讨论，值得进一步研究。

## 本报告更新的必要性

自 2015 年原版临床报告发表以来，前述系列挑战日益凸显，加之持续不断的证据表明患有 MEB 问题的儿童人数正在急剧攀升。当前，美国约有 755 名年龄小于 70 岁的认证发育行为儿科医生、742 名青少年医学医生以及 10 500 名儿童青少年精神科医生在职 [53–55]。这意味着每 10 万例儿童中只有不足 1 名发育行为儿科医生以及仅 10 名儿童青少年精神科医生，而实际需求预估应为每 10 万例儿童配备 47 名临床医生 [56,57]。统计数据表明，各领域从业人员的老龄化正加剧了受过训练的 MEB 临床医生的短缺 [57]。这种短缺迫切要求 PPCC 必须在初级保健中识别 MEB 问题儿童，特别是那些不会主动披露问题或寻求护理的儿童，以便在医疗家中尽早启动管理，从而可能减少转诊需求。

2019 年 AAP 政策声明《儿科实践中心理健康能力》[30] 概述了在初级保健中识别和治疗心理健康问题的综合方法。作为该声明的补充，本报告提供具体的指导以加强 MEB 问题的成功监测、追踪和筛查。本更新报告提供了以下方面的指导：(1) 根据 Bright Futures 预防服务建议，在特定时间点进行筛查间隔，并与持续监测的关系；(2) MEB 筛查与其他推荐筛查之间的关系；(3) 处理阳性 MEB 筛查；(4) 促进儿童

和家庭的韧性；(5) 组织儿科机构进行 MEB 筛查的策略，包括开发工作流程和支付方式。

## 筛查间隔与工具

### 筛查间隔

筛查作为常规健康监督访视整体框架中的重要组成部分，为应用标准化工具提升临床实践提供了契机。筛查建立在持续监测照顾者和儿童关切问题以及适时获取熟悉儿童情况者反馈的基础上，这些均是 PPCC 提供的连续性照护环节。当问题不易察觉且未被公开披露时，筛查尤为重要，因为如果没有正式筛查，临床医生可能会错过这些问题 [47]。筛查和监测都为与儿童和家庭开始对话、识别家庭和儿童优势、加强关系以及探讨筛查中可能发现的问题提供了机会。与 PPCC 建立了信任和持续关系的照顾者，可能更愿意分享个人隐私信息 [58]。

目前，AAP 的 Bright Futures 建议进行行为、社会或情感筛查。正如之前所述，这包括从出生第 1 年开始筛查多种不同的担忧和问题，并在预防性健康检查中持续至 21 岁，还建议从 12 岁开始进行抑郁症和自杀风险筛查。2022 年，美国预防服务工作组 (US Preventive Services Task Force，USPSTF) 建议对 8 ～ 18 岁的青少年进行年度焦虑筛查，并继续建议对 12 ～ 18 岁的青少年进行重度抑郁障碍 (major depressive disorder，MDD) 年度筛查 [59]。AAP 与美国自杀预防基金会合作，联合国家心理健康研究所的专家，于 2023 年发布了《青少年自杀预防蓝图》，建议对 ≥ 12 岁的青少年进行年度普遍性自杀风险筛查，并对 8 ～ 11 岁的儿童根据临床情况开展筛查 [60]。AAP 于 2024 年发布了《青少年自杀与自杀风险》临床报告，支持相同的建议 [61]。USPSTF 表示，目前的证据不足以评估在儿童和青少年中筛查自杀风险的利弊平衡。

基于上述建议，本临床报告建议父母填写的 MEB 筛查工具应从生命第 1 年早期启动，首先识别照顾者的 MEB 问题，如围生期照顾者的抑郁、照顾者 - 儿童关系问题和 ( 或 ) 儿童自我调节问题。最近一项 2 ～ 6 岁每年进行 MEB 问题筛查的研究显示，近 34% 的儿童的优势与困难问卷 (Strengths and Difficulties Questionnaire，SDQ) 评分的严重程度轨迹随时间推移持续增加。这些发现强调了对幼儿进行早期筛查和检测的必要性 [62]。越来越多的证据表明，具有显著易怒特征的幼儿，定义为极端、不可预测和长期的发脾气、频繁的失调发作以及愤怒调节问题，在进入学龄期时更可能被诊断为 MEB 问题 [63,64]。早期识别可以触发对儿童症状和功能的探索，以区分有显著易怒的儿童与处于正常年龄段的易怒儿童，并为照顾者提供关于挑战性和 ( 或 ) 破坏性行为的适当指导。

由于 MEB 问题在早期检测并在符合 Bright Futures 建议的情况下具有持久性，建议在 6、12、24 和 36 个月的健康监督访问中进行 MEB 筛查，同时交替进行发育筛查 (9、18 和 30 个月时 ) 和孤独症谱系障碍筛查 (18 和 24 个月时 )。3 岁以后，应在常规健康监督访问中每年进行 1 次筛查，并在所有访问中进行 MEB 问题的监测。在其他儿科就诊中，包括专科、急诊科和紧急护理就诊中，只要 PPCC、照顾者或患者提出担忧，应考虑进行筛查和监测。表 1 总结了各年龄段的 MEB 筛查建议。

### 筛查工具

MEB 筛查工具与发育筛查工具类似，兼具其优势和局限性。总体而言，使用标准化筛查工具有助于减少可能导致儿童误诊的认知偏见和隐性偏见。目前尚无任何一种单一的筛查工具适用于所有年龄段的儿童和所有诊断。这些工具需要照顾者投入时间完成、工作人员投入时间评分、PPCC 投入时间解读和报告结果。一些简短的工具包含照顾者和儿童自我报告版本，以及可以在线完成和评分的版本。筛查工具会得出风险分类 ( 例如，高风险或低风险 )，但不能作为诊断依据。现有工具既包含可筛查多种情况的通用性量表，也包含针对特定问题 ( 如物质使用、ADHD 或青少年抑郁与自杀倾向 ) 最有效的专

表 1　MEB 筛查间隔推荐

| 年龄 | 区间 | 筛查推荐 | 筛查完成者 |
|---|---|---|---|
| 出生～ 3 岁 | • 6 个月<br>• 12 个月<br>• 24 个月<br>• 36 个月 | • 通用性 MEB 筛查<br>• 产后抑郁筛查 ( 直至 6 个月 )* | • 照顾者 |
| 4 ～ 7 岁 | • 每年 | • 通用性 MEB 筛查 | • 照顾者 |
| 8 ～ 11 岁 | • 每年 | • 通用性 MEB 筛查<br>• 焦虑筛查 | • 照顾者<br>• 考虑儿童自我报告 * |
| ≥12 岁 | • 每年 | • 通用性 MEB 筛查<br>• 焦虑筛查<br>• 抑郁筛查 **<br>• 自杀风险筛查 ** | • 照顾者<br>• 青少年自我报告 * |

* 产后抑郁筛查应在儿童 1 月龄时开始，直至 6 月龄。

** 考虑儿童或青少年的认知与识字水平。

*** 若基于风险存在临床指征，可在 8 岁时开始 ( 此注释通常指代焦虑筛查，或根据上下文可能指代抑郁 / 自杀筛查的早期启动 )。

项筛查工具。

现有多种筛查工具可供选择，具体使用何种工具需综合考虑多方面因素。PPCC 应熟悉筛查工具验证研究中规范人群的社会人口学特征，并选择最能反映其所服务患者群体特征的筛查工具。工具应具有文化相关性，并契合 PPCC 患者群体的特点，尽管根据已发表工具报告中的信息难以判定这一点。应识别出对患有神经发育障碍的儿童具有心理测量效度的 MEB 筛查工具，同时认识到此类工具的数量有限。尽管缺乏针对神经发育障碍儿童经过验证的筛查工具，但这并不意味着应回避筛查。未经该人群专门测试的工具仍可使用，但需谨慎解读结果。其他重要的考虑因素包括：该测量工具是否属于公共领域资源、能否将其纳入电子健康记录 (electronic health record，EHR)；完成筛查的照顾者、儿童和青少年的健康素养水平；筛查工具是否提供英语以外的其他语言版本；完成筛查者是否需要协助或需要翻译人员的帮助 [65]。虽然对于 MEB 筛查工具的适当敏感度和特异度尚无达成共识 [66]，但表 2 概述了选择筛查工具时应评估其心理测量特性的特征，补充表 1 描述了适用于初级护理的常用 MEB 筛查工具。来自经验证筛查工具 ( 如补充表 1 中的工具 ) 的结果，结合常规监测的发现，有助于确定是否存在 MEB 问题。

儿童青少年自我报告版本的 MEB 筛查工具提供了关于外化问题 ( 如 ADHD) 和内化问题 ( 如焦虑和抑郁 ) 的重要信息 [67,68]。某些感受和症状最好由经历者本人报告，照顾者可能无法可靠地识别或观察到。自评工具是对传统上用于评估儿童在家庭外各方面功能的教师和照顾者问卷及 ( 或 ) 评定量表的补充。尽管关于何时使用儿童自评工具缺乏最佳实践指南，但通常可在儿童认知能力能够可靠完成筛查时使用。大多数自评工具提供 ≥ 8 岁儿童的规范数据。认知年龄、神经发育障碍、儿童的识字水平以及筛查工具所使用的语言可能会影响成功且准确使用自评工具的能力。缺乏经过充分验证的自评工具并不意味着不应筛查儿童的 MEB 问题，PPCC 可能需要更加警惕地发现功能以及 MEB 体征和症状的变化。残疾不影响其认知、识字或语言能力的青少年应有权选择使用其主要沟通方式 ( 例如：扩增和替代沟通设备或眼动追踪技术 ) 完成筛查测量。

针对年幼儿童、使用照顾者完成筛查的 MEB 筛

表 2　筛查测试的特性

- 信度 (reliability)：测试产生一致结果的能力
- 效度 (validity)：筛查测试将处于行为或社会情感问题特定风险水平 ( 即高风险、中度风险 ) 的儿童与其余人群 ( 即低风险 ) 区分开来的能力
- 敏感度 (sensitivity)：测试准确识别有行为或社会情感问题青少年的能力。被测试错误地识别为没有行为或社会情感问题者称为假阴性 (false-negatives)
- 特异性 (specificity)：测试准确识别没有行为或社会情感问题儿童的能力。被测试错误地识别为有行为或社会情感问题者称为假阳性 (false-positives)
- 阳性预测值 (positive predictive value，PPV)：测试结果为阳性且确实患有行为或社会情感障碍的儿童比例；障碍的患病率 (prevalence) 或基线率 (base rate) 越低，阳性预测值越低
- 阴性预测值 (negative predictive value，NPV)：测试结果为阴性且确实未患行为或社会情感障碍的儿童比例；这也受到障碍患病率的影响
- 患病率 (prevalence rate)：在特定时间点，人群中患有某种障碍的儿童数量
- 基线率 (base rate)：某种特定障碍的发生率
- 通用筛查测试 (general screening test)：评估行为或社会情感功能多个方面的测试
- 领域特异性筛查测试 (domain-specific screening test)：评估行为或社会情感功能某一个方面或领域的测试
- 障碍特异性筛查测试 (disorder-specific screening test)：旨在识别特定障碍 ( 例如：ADHD、焦虑症、抑郁症 ) 的测试

查工具的可用性较学龄儿童更为有限，但越来越多可靠、简短且适用于初级护理的工具已经存在，使得对所有儿童和青少年从生命第 1 年到 18 岁进行筛查成为可能。

一些具有可接受心理测量特性的可用 MEB 筛查工具列表可在补充表 1 中找到。该表虽非详尽无遗，但包括了公共领域的筛查工具以及需要付费的工具。该表还包含了有限的研究参考文献，包括在可用情况下关于在残疾青年中使用的信息。鼓励 PPCC 熟悉不同的筛查工具，并选择最适合其患者人群和实践需求的工具。

理想情况下，PPCC 应按照表 1 的建议，在健康监督访视时完成 MEB 问题筛查。然而，儿童可能会错过健康儿童访视。研究表明，错过健康监督访视的比例增加与公共保险或未参保以及存在较高水平被视为障碍的健康社会决定因素 (social drivers of health，SDOH) ( 如经济困难、住房不稳定和缺乏社会支持 ) 之间存在关联 [69,70]。这种关联表明，一些最需要 MEB 筛查和心理健康需求识别的儿童可能无法获得常规的健康监督访视，从而错过了早期发现的机会。因此，临床医生应考虑在急性护理和 ( 或 ) 专科护理访视期间，如果存在上述风险因素，或儿童因急症就诊且怀疑存在 MEB 问题，应对其进行 MEB 筛查 [71–73]。

## MEB 筛查与其他推荐筛查之间的关系

儿童的发育、SDOH、家庭功能、物质使用和 MEB 健康常常相互关联且相互影响 [11]。因此，发育、SDOH 和 ( 或 ) 物质使用筛查的结果可能与 MEB 筛查的发现相关。在任何一领域发现问题都应促使 PPCC 在其他领域进行筛查，并且识别所有问题对制定治疗计划至关重要。

患有发育和认知障碍的个体，包括智力残疾、孤独症谱系障碍和身体残疾的儿童，出现 MEB 问题的风险比没有这些情况的同龄人高 5 倍，并且其中 40% ～ 90% 会被诊断为抑郁症、焦虑症、ADHD、自杀倾向、精神病或物质使用障碍 [74]。对神经发育障碍儿童而言，MEB 问题往往是对功能与预后负面影响最大的因素。如果发现儿童存在发育迟缓的高风险，临床医生应考虑监测和筛查 MEB 问题的必要性。神经发育障碍和 MEB 问题儿童的照顾者可能会因为护理责任的增加以及对照顾者心理健康、职业机会和经济资源的影响而经历负面的社会后果。认识到

残疾青年与面临额外逆境（如贫困、种族主义和其他形式的歧视，如结构性能力歧视）群体之间的交叉性，对于应对导致健康差异的复杂因素交互作用至关重要。

已证明儿童 MEB 问题的存在与 SDOH 挑战显著相关 [75]。经历贫困、种族主义和其他形式歧视（如结构性能力歧视）的儿童更可能出现一系列 MEB 问题，包括抑郁、焦虑、创伤后应激障碍和自杀意念。通常，这种较高的发生率归因于这些儿童经历了慢性、持续不断的毒性压力，并且因缺乏稳定安全的养育关系，可能导致大脑发育的表观遗传学改变 [13]。最新研究表明，有色人种家庭经历的 SDOH 障碍明显多于白人家庭。这在很大程度上可归因于这些家庭面临的巨大的结构性和社会性障碍 [12,76–78]。在以家庭为中心的护理视角下，照顾者和兄弟姐妹的经历也会影响功能表现，部分 SDOH 评估工具已列入补充表 1。

青少年的物质使用，包括大麻、酒精和尼古丁，也被发现经常与一系列 MEB 问题同时发生，特别是自杀念头和行为 [79,80]。AAP 建议在 11 岁后每年进行 1 次烟草、酒精或药物使用评估（补充表 1)。物质使用评估呈阳性应提醒临床筛查 MEB 问题，反之亦然。

## 处理阳性筛查结果

如果 MEB 筛查结果呈阳性，临床医生应与患者讨论筛查结果，以确认其与儿童及照顾者对问题的认知是否一致，并评估问题的严重程度及影响。在评估阳性筛查结果时，确保受访者（患者或照顾者）正确理解问题并选择预期的回答非常重要。当由多名报告者完成筛查时，可能会出现相互矛盾的发现，PPCC 需要与照顾者、儿童和其他信息提供者共同复核以解读结果 [81]。

同时，还应评估儿童的睡眠卫生、营养、运动和媒体接触情况，因为这些领域的问题都可能模仿或加剧 MEB 问题。当 PPCC 评估问题的类型和严重程度时，他们应评估儿童和家庭的优势及待成长领域，询问潜在的 SDOH，观察照顾者 - 儿童互动，并利用在常规临床护理中获取的信息，在适当情况下采用创伤知情的方法 [13]。如有指征，应完成体格检查，寻找任何潜在的器质性或医学原因导致的 MEB 问题或虐待证据，如既往损伤、规律性疤痕、可疑瘀伤、防御性伤口或自残证据。

如果确认 MEB 筛查呈阳性，PPCC 需要确定问题的严重程度以规划下一步措施。严重程度可以通过询问儿童和家庭，确定在学校表现、社交互动、家庭参与以及日常生活活动（如睡眠、食欲和卫生）方面功能受损或变化的程度来评估。通用性筛查措施通常区分 MEB 问题的各个方面，并根据报告的儿童症状和临床病史进行风险分层。例如，在 1 项对 767 例 5 ～ 16 岁、在初级护理机构接受行为筛查的不同种族和族裔患者进行的横断面研究中，43% 的患者的 SDQ 筛查呈阳性 [47]。SDQ 允许根据分数范围进行严重程度分类，并包含用于识别潜在问题类型的子量表。在筛查呈阳性的患者中，作者报告称 15% 属于中等严重程度范围，28% 属于高度严重。此外，在筛查呈阳性的患者中，61% 在 SDQ 子量表上报告了注意力不集中 - 多动症状，50% 报告了情绪症状，42% 报告了品行症状，30% 报告了同伴关系问题。因此，在这项研究中，许多在一个领域有症状的患者也表现出至少另一个领域的症状，表明症状跨领域聚集，需要考虑采用全局性干预方案。

在使用通用性筛查之后，临床医生可以实施分层筛查方法，即使用领域特异性筛查工具来识别具体问题及其严重程度。例如，范德比尔特 ADHD 评定量表专注于 ADHD 及其严重程度。

除了对婴儿和儿童使用标准化筛查工具外，评估还应包括对照顾者 - 儿童关系的观察，并意识到

潜在的隐性偏见。这种观察包括评估共同的积极互动以及照顾者对儿童需求的反应性和敏感性[82]。针对年幼儿童的筛查工具可能包含关于照顾者压力和情绪的问题，并且可以使用单独的工具来评估照顾者的功能。与家庭分享观察结果并了解临床环境中的观察是否反映了典型的互动非常重要，因为存在有效的治疗干预措施，采用关系性方法来培养滋养性的照顾者 - 婴儿或幼儿二元关系。

MEB 筛查呈阳性且同时发现存在 SDOH 风险或物质使用问题的儿童，可能需要超越仅关注儿童 MEB 问题的干预措施。这类干预可能包括处理照顾者 MEB 问题、儿童和照顾者物质使用、住房和（或）食品不安全、欺凌与受害以及种族主义和其他形式歧视（如结构性能力歧视）的影响[83,84]。

处理任何已识别的 MEB 问题的初始步骤是在适当情况下，使用创伤知情的方法与儿童和家庭建立治疗联盟[85]。Common Factors 方法[86]是一种跨诊断方法，旨在建立代表家庭与临床医生之间协作纽带治疗联盟。该方法包括治疗性倾听，让儿童和照顾者谈论他们的担忧和忧虑，并厘清问题[85]。HEL$^2$P$^3$ 助记符（图 1）由 AAP 心理健康工作组制定，总结了 Common Factors 方法的组成部分，旨在以文化相关的方式促进儿童和家庭的乐观与希望、幸福感以及共享决策[30,87]。使用 HEL$^2$P$^3$ 方法将有助于 PPCC 与儿童和照顾者有效合作，以确定获得阳性筛查结果后的最佳后续步骤。

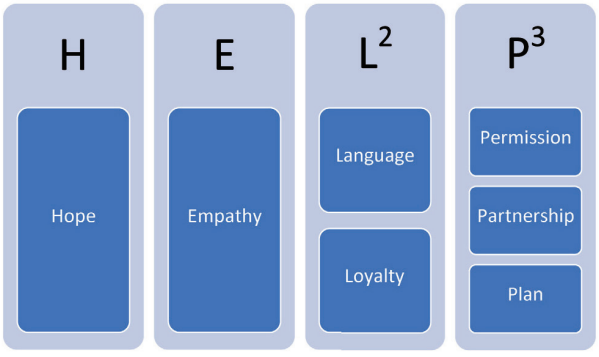



图 1　HEL$^2$P$^3$（助记符）

对于 MEB 筛查呈阳性的儿童，是否让专科医生参与以及转诊至社区项目的决定应与照顾者和患者进行协作以确定。咨询或转诊的专科医生类型取决于社区中特定类型专科医生和项目的可用性、家庭接受该护理的准备程度以及问题的性质。例如，在设有嵌入式 MEB 临床医生的儿科诊所工作的 PPCC，可以为已确诊 MEB 问题的儿童提供“热转介”（warm handoff），但如果父母、PPCC 和（或）嵌入式 MEB 临床医生认为该 MEB 问题超出了诊所的处理范围（例如，疑似孤独症谱系障碍且可能需要应用行为分析疗法的儿童），则可能需要将儿童转诊至社区资源、心理健康专家或诊所外的发育行为儿科医生。

对于 MEB 问题看似复杂的患者，PPCC 在获得阳性筛查结果后，咨询或转诊至心理健康专家、发育行为儿科医生或青少年医学医生，可能有助于更准确地评估 MEB 问题的性质。鉴于专科医生的可用性有限，PPCC 理想情况下应与其社区的专科医生建立转诊和咨询关系，尽管为此类咨询计费通常很困难。鉴于面对面心理健康转诊获取困难，大多数州和护理网络为当地初级护理临床医生提供远程精神病学咨询服务[88]。这包括基于马萨诸塞州儿童精神病学访问计划 (Massachusetts Child Psychiatry Access Project) 原型并通过儿科心理健康护理访问计划 (Pediatric Mental Health Care Access Program) 资助的成熟项目[89]。此外，许多州还增加了 PPCC 配套指南手册，涉及识别和治疗有 MEB 问题的儿童以及本地资源。

一旦与家庭合作达成关于下一步措施的决策，确保制定适当的随访计划将非常重要，该计划取决于问题的性质和严重程度、实施的管理计划以及患者和家庭对计划的反应。

## 提升家庭的韧性与健康

除了筛查 MEB 问题以外，识别优势和促进韧性（即个体对逆境做出适当反应，并在逆境或压力源消退后迅速恢复稳态的能力）[90] 也使家庭和儿童受益。社交情感能力存在脆弱性的儿童（一项研究估计超过 40% 的幼儿园学龄儿童存在此问题）[83] 尤其能从韧性建设中获益。幼儿期可能是预防和减轻伤害能产生最大影响的时期 [91]。基于 Masten 的韧性研究工作 [93] 的助记符“THREADS”[92]（图 2），概括了 PPCC 可以支持儿童和照顾者的关键领域。这些领域涉及发育里程碑，应对儿童成长的变化以及育儿技能的变化，并将预见性指导与韧性建设交织在一起。如果这些基本的适应机制得到保护，即使儿童经历重大逆境，技能发展也能得以维持 [94]。

PPCC 可以通过在文化敏感的框架内提升家庭优势 [13,95]、通过诸如积极育儿培训等干预措施以减少不良童年经历的影响 [96]、链接优质早期教育资源以及提供支持性关系积极作用的家庭教育，来帮助加强儿童的保护性因素 [97]。

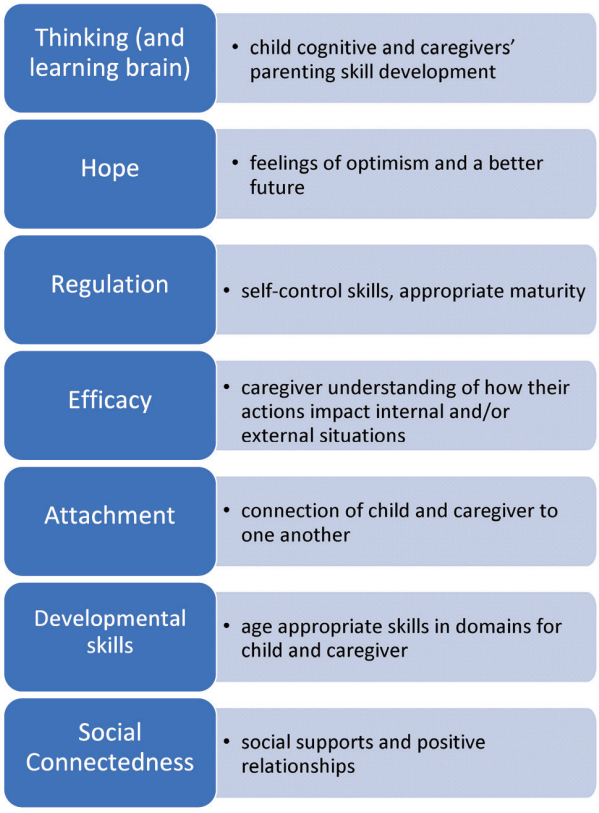



图 2　THREADS（助记符）

## 组织儿科诊所进行筛查的策略

在实践中实施 MEB 筛查时，无论是在既定常规中添加新测量工具还是首次开始筛查，规划都需要集中在几个关键领域。AAP 的“Getting Started”工作表 [98] 可供免费下载，并强调了实施筛查过程的关键步骤，包括：(1) 识别当前围绕筛查的实践；(2) 围绕一位实践倡导者组建一个实践改进团队；(3) 识别要实施的新工具或替换旧工具，以最好地服务于诊所的患者人群；(4) 设计使用新工具的工作流程；(5) 一旦新的或额外的筛查到位后，PPCC 需要考虑的其他事项包括维持已建立的筛查系统；(6) 为管理、评分和报告筛查进行适当的计费和编码。预测成功筛查的关键问题包括：确保所有员工都经过培训、在围绕筛查结果的决策中使用共享决策、选择适当且文化相关的筛查工具，以及将筛查和监测相结合以随时间推移识别有 MEB 问题的儿童。此外，AAP 实践管理资源中的“编码与估值”板块会持续更新不断变动的计费建议。

对于大型医疗体系内的机构，可能需要进行额外的倡导工作，面向领导层宣传筛查的价值，以争取支持和整合。儿科医生之间的合作以分享成功策略对于改善广泛采用至关重要。

### 识别当前围绕筛查的实践

目前，许多儿科诊所有明确的流程来筛查某些疾病，如孤独症谱系障碍，这通常涉及诊所内的团队成员，包括前台工作人员、医疗助理、护士、PPCC 和管理人员 [99]。如果当前已有的筛查流程运行良好，团队应讨论如何成功纳入额外的 MEB 筛查测量工具，以及当前实践可能需要哪些修改。

### 围绕实践改进倡导者组建实践改进团队

指定 1 名团队项目倡导者和 1 个主要的实践改进团队，该团队将在筛查实施的所有步骤中承担领导角色，这是建立筛查计划或在现有结构基础上进行建设的关键一步。

### 识别新的筛查工具或替换旧的工具

在此阶段确定筛查测量工具的选择、人群和其他细节。应教育整个诊所团队关于流程变更的原因（即 MEB 筛查的必要性）、所选测量工具（例如，评分、相关资源）以及培训团队的流程细节 [100,101]。提供应用概念和技能的实践机会可能比单纯的说教更成功 [102]。

### 设计使用新筛查工具的工作流程

确定实践工作流程的步骤应包括就诊序列的每一个组成部分，包括访前准备、患者登记、入住诊室和检查本身 [99]。筛查的数据收集可能包括：就诊患者数量；接受筛查测量工具的患者数量和已评分的工具数量；筛查阳性、未完成和阴性的比率；基于筛查结果的转诊率；以及团队对筛查的管理响应。需要这些数据来评估成功之处和实施欠佳的领域 [103]。

### 维持已建立的筛查系统

在筛查计划启动时，“计划、实施、研究、行动”循环的框架应侧重于为何选择特定方法、其益处或局限性以及持续的流程教育，以促进保真度 [104–107]。随后可以建立一个清晰界定的系统以实现可持续性 [108]。

通过 EHR 平台的自动化可以优化工作流程。可以设计 EHR，根据患者年龄或预约类型（如：患病、健康儿童、仅护士访视等）等文件记录因素，提醒工作人员和医疗提供者所需的筛查，可用于访前准备。筛查工具可以通过 EHR 患者门户或诊所内的其他安全消息传递在预约前发送给家庭。市场上有可供购买的程序，可与 EHR 集成以促进筛查。EHR 是进行文件记录的关键场所 [100]。许多 EHR 系统能够生成数据报告以审查实施的成功与否。

关于远程医疗与面对面预约类型下的筛查数据正在不断涌现。例如，一些研究表明在远程医疗预约期间进行抑郁筛查的可能性可能较低 [109,110]。远程医疗预约可能会给诊所启动新的筛查计划带来额外挑战，但如果使用与面对面筛查类似的流程，则仍可采用 [111]。虚拟筛查的常见障碍可能包括缺乏技术和互联网连接 [112,113]。医疗保险和医疗补助服务中心的《医疗保险索赔处理手册》规定，患者必须在场才能支付远程医疗服务费用。承保范围和支付指南可能因支付方政策而异，应联系支付方以了解其相关政策。

### MEB 筛查及应对筛查的计费和编码

记录风险和保护因素、筛查测量结果以及与家庭讨论的具体行动或计划非常重要。MEB 筛查工具使用以下当前 procedural terminology (CPT) 代码计费：

- 96127 代码 - 简短情绪或行为健康筛查工具。
- 96160 代码 - 对身体健康和心理健康重要的生物心理社会因素的评估；由儿童完成。
- 96161 代码 - 对身体健康和心理健康重要的生物心理社会因素的评估；照顾者为儿童利益而完成的工具 [114,115]。

应根据所执行筛查的类型选择适当的计费代码。这些代码包括标准化测量工具的管理、评分和文件记录，并应在服务日期添加到评估和管理 (evaluation and management，E / M) 服务中，花费在管理、评分和记录测量结果上的时间应清晰且单独记录，并使用额外的修饰符 25[116,117]。当在健康儿童访视中发现问题时，修饰符 25 也可用于对单独的 E / M 代码进行计费。当对同一工具或不同工具的多个单位进行计费时，修饰符 59 可能是合适的。

支付金额因支付方和政策而异，并且索赔编辑会在计划内定期发生。筛查测量工具管理的文件记录必须在记录中单独成章，与病史、体格检查和医

疗决策分开。出于支付目的，筛查和评估代码仅基于实践费用和专业责任（例如，提供工具的成本、员工管理和（或）评分所花费的时间）。医生在更广泛的临床背景下对分数的解释被视为 E / M 服务的一部分。当使用 Bright Futures 建议进行 MEB 筛查时，筛查服务的计费受 2010 年《患者保护与平价医疗法案》的保障。有关计费和编码的更多信息，请访问 AAP 实践管理中的“编码与计价”部分：https://www.aap.org/en/practice-management/practice-financing/coding-and-valuation/。PPCC 鼓励就其所在州的护理可及性和支付相关问题联系其 AAP 州倡导团队 (stgov@aap.org) 以获取更多信息和倡导指导。

## 心理健康、行为和情绪问题监测与筛查的临床指南

本临床指南纳入并建立在 2014 年《行为和情绪问题筛查》临床报告和 2019 年《儿科实践心理健康能力》政策声明的基础上。

### 针对医疗之家 (Medical Home)

1. 在生命最初 3 年内，完成 MEB (6、12、24、36 个月）、发育 (9、18、30 个月）和孤独症谱系障碍 (18、24 个月）筛查，作为儿科护理综合、集成系统方法的一部分。

2. 对于 3 岁后无症状的儿童，在预防性医疗保健访视时以及每当患者、照顾者或儿科医生提出担忧时，每年完成 MEB 筛查。当提出担忧或有临床指征时，也应在急症或专科护理访视时完成 MEB 筛查。

3. 从 8 岁开始，完成焦虑的全局性（多病症）和专项性（单病症）筛查，并在 12 岁时扩大至抑郁和自杀筛查（如果早期筛查未提示有必要）。

4. 对于 MEB 监测引起担忧但未通过 MEB 筛查测试和（或）访谈确认的儿童，或对于那些筛查呈阳性但未进行后续干预的儿童，安排早期复诊以继续进行密切监测。

5. 对于 MEB 问题看似复杂、严重且超出初级护理实践范围的患者，指示转诊进行进一步的 MEB 评估和治疗，并尽早返回 PPCC 处复诊以监测进展、症状严重程度和转诊的成功与否。

### 针对政策与倡导

1. 识别并解决医疗之家中 MEB 筛查的限制因素，包括 MEB 筛查和病例管理的支付、完成筛查和与家庭讨论的时间不足、缺乏跨专业协作和对特定儿童的讨论、远程医疗筛查的挑战、专业人员和员工知识缺乏、EHR 系统不灵活以及实现所有儿童青少年普遍筛查的低效诊所工作流程。

2. 减少通常在筛查中不足的儿童之间的差异，包括但不限于有色人种儿童、残疾儿童和非英语偏好家庭。

3. 为 MEB 筛查、评估和治疗提供适当的支付。对这些单独可识别和可报告服务的支付不应捆绑到预防性护理访视或任何其他办公室访视中。还应提供用于治疗和监测进展及结果的随访访视支付，且无需家庭分担费用。

4. 为医疗之家中已确诊 MEB 障碍的儿童提供适当且必要的持续管理支付，以解决儿童持续的 MEB 和 SDOH 需求，并识别和解决新出现的相关状况和需求。

5. 为 PPCC 与治疗师、专家和社区项目之间围绕 MEB 问题儿童护理的跨专业协作提供支付。

6. 倡导在儿科实践内建立与社区服务和支持相联系的全面、集成系统。

7. 倡导创新的实践模式，包括同地协作服务和家庭导航员，并确保这些服务获得充足支付。

8. 倡导培训更广泛能治疗 MEB 问题儿童青少年的专业队伍，可包括心理学家、精神科医生、发育行为儿科医生和其他具备资质的 MEB 临床医生。

### 针对研究与开发

1. 鼓励围绕整体 MEB 筛查和转诊率以及特定 MEB 障碍进行持续研究。应识别转诊和持续管理中的障碍和阻碍。

2. 扩展证据基础，比较 MEB 监测、筛查及其组合在

识别 MEB 障碍儿童方面的有效性。

3. 识别限制和促进 PPCC 将 MEB 筛查整合到医疗之家的因素。

4. 开发信息系统和数据收集工具，以自动化本报告推荐的监测和筛查流程并使其可操作。这些系统和工具可包括将对所有儿童的 MEB 监测和筛查以及对已确诊 MEB 障碍儿童的慢性病管理整合并记录到儿童的 EHR 中。

5. 支持对 MEB 监测和筛查实践的持续研究，包括以下方面：

a. 检验 MEB 筛查工具在不同人群（如非英语家庭、难民 [118,119] 等）、在非筛查的健康促进访视和专科访视中的效能和效度；

b. 评估 MEB 筛查的时效稳定性以及 MEB 问题的发展轨迹；

c. 开发对患有神经发育障碍（包括智力残疾和孤独症谱系障碍）的儿童具有心理测量效度的 MEB 筛查工具；

d. 扩展关于推荐 MEB 筛查最佳年龄使用和有效性的证据基础；

e. 鉴于当前证据基础的局限性，调查 MEB 监测和筛查的短期和长期益处；

f. 评估加强筛查对照顾者和青少年的影响以及他们对筛查价值的看法。

## 总　结

促进最佳儿童发展和福祉包括在家庭和社区的背景下评估 MEB 问题。MEB 问题日益普遍、持续存在，并对许多儿童和青少年造成显著的功能损害。这些问题也极有可能持续到成年期。儿科医生处于预防、干预和改善 MEB 问题的理想位置，特别是在症状初次出现与疾病形成之间存在 2 ～ 4 年窗口期的情况下。当 MEB 筛查与定期监测相结合时，其效果能得到优化。使用可靠且有效的 MEB 筛查工具至关重要，并且可以在生命最初 3 年及以后每年添加到发育或孤独症谱系障碍筛查项目中；当照顾者或儿童表达 MEB 担忧或表现出提示 MEB 问题的行为时，也应进行筛查。过去 10 年中已开发出有前景的策略，帮助组织儿科实践以改善初级护理环境中的 MEB 可及性和治疗策略，包括学习协作组织、ECHO 培训、远程专科咨询以及在儿科实践中整合 MEB 提供者。基于优势的方法至关重要，要促进儿童和家庭的韧性与健康。本报告所阐述的资金及其他形式的资源投入，对于保障婴幼儿、儿童及青少年实现茁壮成长与心理韧性，并最终成长为健康的成年人至关重要。

### 缩略词

AAP：美国儿科学会 (American Academy of Pediatrics)

ADHD：注意力缺陷 / 多动障碍 (attention-deficit / hyperactivity disorder)

ECHO：社区医疗成果扩展项目 (Extension for Community Healthcare Outcomes)

HER：电子健康记录 (electronic health record)

E / M：评估与管理 (evaluation and management)

CPT：当前 procedural terminology（医学术语通用代码）(Current Procedural Terminology)

MEB：心理健康、情绪和行为 (mental health, emotional，and behavioral)

MDD：重度抑郁障碍 (major depressive disorder)

PPCC：儿科初级保健临床医生 (pediatric primary care clinicians)

SDOH：健康的社会决定因素 (social drivers of health)

SDQ：优势与困难问卷 (strengths and difficulties questionnaire)

USPSTF：美国预防服务工作组 (US Preventive Services Task Force)

（郭萍 译　王世锴 校）

联系人：丁欣 etyxcbzx@suda.edu.cn

## 参考文献

1　National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine.

Fostering Healthy Mental, Emotional, and Behavioral Development in Children and Youth: A National Agenda. National Academies Press; 2019.

2 Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. Arch Gen Psychiatry. 2003;60(8):837–844. PubMed doi: 10.1001/archpsyc.60.8.837

3 US Department of Health and Human Services, US Department of Education, US Department of Justice. Report of the Surgeon General's Conference on Children's Mental Health: A National Action Agenda. US Department of Health and Human Services; 2000.

4 Cree RA, Bitsko RH, Robinson LR, et al. Health care, family, and community factors associated with mental, behavioral, and developmental disorders and poverty among children aged 2–8 years—United States, 2016. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2018;67(50):1377–1383. PubMed doi: 10.15585/mmwr.mm6750a1

5 Lewinsohn PM, Shankman SA, Gau JM, Klein DN. The prevalence and co-morbidity of subthreshold psychiatric conditions. Psychol Med. 2004;34(4):613–622. PubMed doi: 10.1017/S0033291703001466

6 Johnson JCS, Byrne GJ, Pelecanos AM. The prevalence of subthreshold psychiatric symptoms and associations with alcohol and substance use disorders: from a nationally representative survey of 36,309 adults. BMC Psychiatry. 2022;22(1):270. PubMed doi: 10.1186/s12888-022-03834-1

7 Slomski A. Chronic mental health issues in children now loom larger than physical problems. JAMA. 2012;308(3):223–225. PubMed doi: 10.1001/jama.2012.6951

8 Halfon N, Houtrow A, Larson K, Newacheck PW. The changing landscape of disability in childhood. Future Child. 2012;22(1):13–42. PubMed doi: 10.1353/foc.2012.0004

9 Jaffee SR, Harrington H, Cohen P, Moffitt TE. Cumulative prevalence of psychiatric disorder in youths. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2005;44(5):406–407. PubMed doi: 10.1097/01.chi.0000155317.38265.61

10 Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. Arch Gen Psychiatry. 2003;60(7):709–717. PubMed doi: 10.1001/archpsyc.60.7.709

11 American Academy of Pediatrics, Council on Community Pediatrics. Poverty and child health in the United States [reaffirmed April 2021]. Pediatrics. 2016;137(4) doi: https://doi.org/10.1542/peds.2016-0339

12 Trent M, Dooley DG, Dougé J, et al; SECTION ON ADOLESCENT HEALTH; COUNCIL ON COMMUNITY PEDIATRICS; COMMITTEE ON ADOLESCENCE. The impact of racism on child and adolescent health. Pediatrics. 2019;144(2):e20191765. PubMed doi: 10.1542/peds.2019-1765

13 Garner A, Yogman M; COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH, SECTION ON DEVELOPMENTAL AND BEHAVIORAL PEDIATRICS, COUNCIL ON EARLY CHILDHOOD. Preventing childhood toxic stress: partnering with families and communities to promote relational health. Pediatrics. 2021;148(2):e2021052582. PubMed doi: 10.1542/peds.2021-052582

14 QuickStats. Death rates for motor vehicle traffic injury, suicide, and homicide among children and adolescents aged 10–14 years—United States, 1999–2014. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2016;65(43):1203. PubMed doi: 10.15585/mmwr.mm6543a8

15 Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. Web-based Injury Statistics Query and Reporting System (WISQARS) [database]. Accessed June 14, 2023. https://www.cdc.gov/injury/wisqars

16 Curtin SC, Heron M. Death rates due to suicide and homicide among persons aged 10–24: United States, 2000–2017. NCHS Data Brief. 2019;(352):1–8. PubMed

17 Too LS, Spittal MJ, Bugeja L, Reifels L, Butterworth P, Pirkis J. The association between mental disorders and suicide: A systematic review and meta-analysis of record linkage studies. J Affect Disord. 2019;259:302–313. PubMed doi: 10.1016/j.jad.2019.08.054

18 Hillis SD, Blenkinsop A, Villaveces A, et al. COVID-19–associated orphanhood and caregiver death in the United States. Pediatrics. 2021;148(6):e2021053760. PubMed doi: 10.1542/peds. 2021-053760

19 Leeb RT, Bitsko RH, Radhakrishnan L, Martinez P, Njai R, Holland KM. Mental health–related emergency department visits among children aged <18 years during the COVID-19 pandemic—United States, January 1–October 17, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(45):1675–1680. PubMed doi: 10.15585/mmwr.mm6945a3

20 Anderson KN, Johns D, Holland KM, et al. Emergency department visits involving mental health conditions, suicide-related behaviors, and drug overdoses among adolescents—United States, January 2019–February 2023. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2023;72(19):502–512. PubMed doi: 10.15585/mmwr.mm7219a1

21 Jones SE, Ethier KA, Hertz M, et al. Mental health, suicidality, and connectedness among high school students during the COVID-19 pandemic—Adolescent Behaviors and Experiences Survey, United States, January–June 2021. MMWR Suppl. 2022;71(3):16–21. PubMed doi: 10.15585/mmwr.su7103a3

22 Ghandour RM, Sherman LJ, Vladutiu CJ, et al. Prevalence and treatment of depression, anxiety, and conduct problems in US children. J Pediatr. 2019;206:256–267.e3. PubMed doi: 10.1016/

j.jpeds.2018.09.021

23 Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):593–602. PubMed doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593

24 Copeland WE, Shanahan L, Costello EJ, Angold A. Childhood and adolescent psychiatric disorders as predictors of young adult disorders. Arch Gen Psychiatry. 2009;66(7):764–772. PubMed doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.85

25 Thomson KC, Richardson CG, Gadermann AM, Emerson SD, Shoveller J, Guhn M. Association of childhood social-emotional functioning profiles at school entry with early-onset mental health conditions. JAMA Netw Open. 2019;2(1):e186694. PubMed doi: 10.1001/jamanetworkopen.2018.6694

26 Caspi A, Houts RM, Ambler A, et al. Longitudinal assessment of mental health disorders and comorbidities across 4 decades among participants in the Dunedin Birth Cohort Study. JAMA Netw Open. 2020;3(4):e203221. PubMed doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3221

27 National Research Council. Institute of Medicine, Committee on the Prevention of Mental Disorders and Substance Abuse Among Children, Youth and Young Adults: Research Advances and Promising Interventions. O'Connell ME, Boat T, Warner KE, eds. Preventing Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Among Young People: Progress and Possibilities. National Academies Press; 2009.

28 Bitsko RH, Claussen AH, Lichstein J, et al; Contributor. Mental health surveillance among children—United States, 2013–2019. MMWR Suppl. 2022;71(2):1–42. PubMed doi: 10.15585/mmwr.su7102a1

29 Foy JM; American Academy of Pediatrics Task Force on Mental Health. Enhancing pediatric mental health care: report from the American Academy of Pediatrics Task Force on Mental Health. Introduction. Pediatrics. 2010;125(suppl 3):S69–S74. PubMed doi: 10.1542/peds.2010-0788C

30 Foy JM, Green CM, Earls MF, et al; COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH, MENTAL HEALTH LEADERSHIP WORK GROUP. Mental health competencies for pediatric practice. Pediatrics. 2019;144(5):e20192757. PubMed doi: 10.1542/peds.2019-2757

31 Hackell JM, Almendarez YM, Cantrell PE, et al; COMMITTEE ON PRACTICE & AMBULATORY MEDICINE. 2024 Recommendations for preventive pediatric health care: policy statement. Pediatrics. 2024;154(1):e2024067201. PubMed doi: 10.1542/peds.2024-067201

32 Gregory KD, Chelmow D, Nelson HD, et al; Women's Preventive Services Initiative. Screening for anxiety in adolescent and adult women: a recommendation from the Women's Preventive Services Initiative. Ann Intern Med. 2020;173(1):48–56. PubMed doi: 10.7326/M20-0580

33 Walter HJ, Bukstein OG, Abright AR, et al. Clinical practice guideline for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2020;59(10):1107–1124. PubMed doi: 10.1016/j.jaac.2020.05.005

34 Coker TR, Gottschlich EA, Burr WH, Lipkin PH. Early childhood screening practices and barriers: a national survey of primary care pediatricians. Pediatrics. 2024;154(2):e2023065552. PubMed doi: 10.1542/peds.2023-065552

35 Lipkin PH, Macias MM, Baer Chen B, et al. Trends in pediatricians' developmental screening: 2002–2016. Pediatrics. 2020;145(4):e20190851. PubMed doi: 10.1542/peds.2019-0851

36 Lipkin PH, Macias MM, Norwood KW Jr, et al; COUNCIL ON CHILDREN WITH DISABILITIES, SECTION ON DEVELOPMENTAL AND BEHAVIORAL PEDIATRICS. Promoting optimal development: identifying infants and young children with developmental disorders through developmental surveillance and screening. Pediatrics. 2020;145(1):e20193449. PubMed doi: 10.1542/peds.2019-3449

37 Sheldrick RC, Merchant S, Perrin EC. Identification of developmental-behavioral problems in primary care: a systematic review. Pediatrics. 2011;128(2):356–363. PubMed doi: 10.1542/peds. 2010-3261

38 Walter HJ, Vernacchio L, Trudell EK, et al. Five-year outcomes of behavioral health integration in pediatric primary care. Pediatrics. 2019;144(1):e20183243. PubMed doi: 10.1542/peds.2018-3243

39 Beers LS, Godoy L, John T, et al. Mental health screening quality improvement learning collaborative in pediatric primary care. Pediatrics. 2017;140(6):e20162966. PubMed doi: 10.1542/peds.2016-2966

40 Beck KE, Snyder D, Toth C, et al. Improving primary care adolescent depression screening and initial management: a quality improvement study. Pediatr Qual Saf. 2022;7(2):e549. PubMed doi: 10.1097/pq9.0000000000000549

41 Harder VS, Barry SE, French S, Consigli AB, Frankowski BL. Improving adolescent depression screening in pediatric primary care. Acad Pediatr. 2019;19(8):925–933. PubMed doi: 10.1016/j.acap.2019.02.014

42 Cama S, Knee A, Sarvet B. Impact of child psychiatry access programs on mental health care in pediatric primary care: measuring the parent experience. Psychiatr Serv. 2020;71(1):43–48. PubMed doi: 10.1176/appi.ps.201800324

43 Van Cleave J, Holifield C, Perrin JM. Primary care providers' use of a child psychiatry telephone support program. Acad Pediatr.

2018;18(3):266–272. PubMed doi: 10.1016/j.acap.2017.11.007

44 Njoroge WF, Hostutler CA, Schwartz BS, Mautone JA. Integrated behavioral health in pediatric primary care. Curr Psychiatry Rep. 2016;18(12):106. PubMed doi: 10.1007/s11920-016-0745-7

45 Mathews TL, Klepper CN, Roberts HJ, Paff ML, Mullarkey JP, Jordan P. Screening for pediatric behavioral health in primary care in rural and urban clinics. Fam Syst Health. 2023;41(1):44–53. PubMed doi: 10.1037/fsh0000707

46 Dulcan MK, Costello EJ, Costello AJ, Edelbrock C, Brent D, Janiszewski S. The pediatrician as gatekeeper to mental health care for children: do parents' concerns open the gate? J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1990;29(3):453–458. PubMed doi: 10.1097/00004583-199005000-00018

47 Brown JD, Wissow LS. Screening to identify mental health problems in pediatric primary care: considerations for practice. Int J Psychiatry Med. 2010;40(1):1–19. PubMed doi: 10.2190/PM.40.1.a

48 Guevara JP, Mandell DS, Rostain AL, Zhao H, Hadley TR. Disparities in the reporting and treatment of health conditions in children: an analysis of the Medical Expenditure Panel Survey. Health Serv Res. 2006;41(2):532–549. PubMed doi: 10.1111/j.1475-6773.2005.00484.x

49 Williams ME, Zamora I, Akinsilo O, Chen AH, Poulsen MK. Broad developmental screening misses young children with socialemotional needs. Clin Pediatr (Phila). 2018;57(7):844–849. PubMed doi: 10.1177/0009922817733700

50 Stein REK, Horwitz SM, Storfer-Isser A, Heneghan A, Olson L, Hoagwood KE. Do pediatricians think they are responsible for identification and management of child mental health problems? Results of the AAP periodic survey. Ambul Pediatr. 2008;8(1):11–17. PubMed doi: 10.1016/j.ambp.2007.10.006

51 O'Brien D, Harvey K, Howse J, Reardon T, Creswell C. Barriers to managing child and adolescent mental health problems: a systematic review of primary care practitioners' perceptions. Br J Gen Pract. 2016;66(651):e693–e707. PubMed doi: 10.3399/bjgp16X687061

52 Horwitz SM, Storfer-Isser A, Kerker BD, et al. Barriers to the identification and management of psychosocial problems: changes from 2004 to 2013. Acad Pediatr. 2015;15(6):613–620. PubMed doi: 10.1016/j.acap.2015.08.006

53 Weitzman CC, Baum RA, Fussell J, et al. Defining developmentalbehavioral pediatrics. Pediatrics. 2022;149(4):e2021054771. PubMed doi: 10.1542/peds.2021-054771

54 American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. Severe Shortage of Child and Adolescent Psychiatrists Illustrated in AACAP Workforce Maps. Published May 4, 2022. Accessed June 16, 2023. https://www.aacap.org/aacap/zLatest_News/Severe_Shortage_Child_Adolescent_Psychiatrists_Illustrated_AACAP_Workforce_Maps.aspx

55 American Board of Pediatrics. Pediatric Subspecialty US State and County Maps. Last updated August 21, 2024. Accessed June 15, 2023. https://www.abp.org/dashboards/pediatric-subspecialtyus-state-and-county-maps

56 Lim L, Stamm K. The Child and Adolescent Psychologist Workforce. University of Michigan Behavioral Health Workforce Research Center; 2020.

57 Bridgemohan C, Bauer NS, Nielsen BA, et al. A workforce survey on developmental-behavioral pediatrics. Pediatrics. 2018;141(3):e20172164. PubMed doi: 10.1542/peds.2017-2164

58 Wissow LS, Larson SM, Roter D, et al; SAFE Home Project. Longitudinal care improves disclosure of psychosocial information. Arch Pediatr Adolesc Med. 2003;157(5):419–424. PubMed doi: 10.1001/archpedi.157.5.419

59 US Preventive Services Task Force. Depression and Suicide Risk in Children and Adolescents: Screening. Published October 11, 2022. Accessed June 13, 2023. https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/screening-depressionsuicide-risk-children-adolescents

60 American Academy of Pediatrics, American Foundation for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health. Suicide: Blueprint for Youth Suicide Prevention. Accessed June 13, 2023. https://www.aap.org/en/patient-care/blueprint-for-youth-suicideprevention

61 Hua LL, Lee J, Rahmandar MH, Sigel EJ; COMMITTEE ON ADOLESCENCE; COUNCIL ON INJURY, VIOLENCE, AND POISON PREVENTION. Council on Injury, Violence, and Poison Prevention. Suicide and suicide risk in adolescents: clinical report. Pediatrics. 2024;153(1):e2023064800. PubMed doi: 10.1542/peds.2023-064800

62 Ammerman RT, Mara CA, Anyigbo C, et al. Behavior problems in low-income young children screened in pediatric primary care. JAMA Pediatr. 2023;177(12):1306–1313. PubMed doi: 10.1001/jamapediatrics.2023.4229

63 Wakschlag LS, Estabrook R, Petitclerc A, et al. Clinical implications of a dimensional approach: the normal:abnormal spectrum of early irritability. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2015;54(8):626–634. PubMed doi: 10.1016/j.jaac.2015.05.016

64 Wiggins JL, Briggs-Gowan MJ, Estabrook R, et al. Identifying clinically significant irritability in early childhood. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2018;57(3):191–199.e2. PubMed doi: 10.1016/j.jaac.2017.12.008

65 Trevethan R. Sensitivity, specificity, and predictive values: foundations, pliabilities, and pitfalls in research and practice. Front Public Health. 2017;5:307. PubMed doi: 10.3389/

fpubh.2017.00307

66 Sheldrick RC, Garfinkel D. Is a positive developmental-behavioral screening score sufficient to justify referral? A review of evidence and theory. Acad Pediatr. 2017;17(5):464–470. PubMed doi: 10.1016/j.acap.2017.01.016

67 Vugteveen J, de Bildt A, Theunissen M, Reijneveld SA, Timmerman M. Validity Aspects of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) Adolescent Self-Report and Parent-Report Versions Among Dutch Adolescents. Assessment. 2021;28(2):601–616. PubMed doi: 10.1177/1073191119858416

68 Etkin RG, Shimshoni Y, Lebowitz ER, Silverman WK. Using evaluative criteria to review youth anxiety measures, part I: self-report. J Clin Child Adolesc Psychol. 2021;50(1):58–76. PubMed doi: 10.1080/15374416.2020.1802736

69 Wolf ER, Hochheimer CJ, Sabo RT, et al. Gaps in well-child care attendance among primary care clinics serving low-income families. Pediatrics. 2018;142(5):e20174019. PubMed doi: 10.1542/peds.2017-4019

70 Roberts W, Kim EJ, Martinez J, Uwemedimo OT. Associations of adverse social determinants of health with missed well-child visits and the role of caregiver social support. J Adv Pediatr Child Health. 2021;4:067–072. doi: https://doi.org/10.29328/journal.japch.1001036

71 Cocozza V, Sickbert L, Kenny T, et al. Increasing mental health screening in pediatric subspecialty clinics: an improvement project at Brooke Army Medical Center. Mil Med. 2024;189(3–4):e789–e794. PubMed doi: 10.1093/milmed/usad373

72 Iturralde E, Adams RN, Barley RC, et al. Implementation of depression screening and global health assessment in pediatric subspecialty clinics. J Adolesc Health. 2017;61(5):591–598. PubMed doi: 10.1016/j.jadohealth.2017.05.030

73 Esposito J. Suicide screening and behavioral health assessment in the emergency department. Clin Pediatr Emerg Med. 2019;20(1):63–70. doi: 10.1016/j.cpem.2019.02.002

74 Eapen V. Developmental and mental health disorders: two sides of the same coin. Asian J Psychiatr. 2014;8:7–11. PubMed doi: 10.1016/j.ajp.2013.10.007

75 Prokosch C, Fertig AR, Ojebuoboh AR, et al. Exploring associations between social determinants of health and mental health outcomes in families from socioeconomically and racially and ethnically diverse households. Prev Med. 2022;161:107150. PubMed doi: 10.1016/j.ypmed.2022.107150

76 Brody GH, Yu T, Chen E, Miller GE, Kogan SM, Beach SR. Is resilience only skin deep?: rural African Americans' socioeconomic statusrelated risk and competence in preadolescence and psychological adjustment and allostatic load at age 19. Psychol Sci. 2013;24(7):1285–1293. PubMed doi: 10.1177/0956797612471954

77 Chen E, Miller GE, Brody GH, Lei M. Neighborhood poverty, college attendance, and diverging profiles of substance use and allostatic load in rural African American youth. Clin Psychol Sci. 2015;3(5):675–685. PubMed doi: 10.1177/2167702614546639

78 Hatsu IE, Eiterman L, Stern M, et al. Household food insecurity is associated with symptoms of emotional dysregulation in children with attention deficit hyperactivity disorder: The MADDY Study. Nutrients. 2022;14(6):1306. PubMed doi: 10.3390/nu14061306

79 Quimby EG, Brogan L, Atte T, Diamond G, Fein JA. Evaluating adolescent substance use and suicide in the pediatric emergency department. Pediatr Emerg Care. 2022;38(2):e595–e599. PubMed doi: 10.1097/PEC.0000000000002453

80 Tervo-Clemmens B, Gilman JM, Evins AE, et al. Substance use, suicidal thoughts, and psychiatric comorbidities among high school students. JAMA Pediatr. 2024;178(3):310–313. PubMed doi: 10.1001/jamapediatrics.2023.6263

81 Forkey H, Szilagyi M, Kelly ET, et al; COUNCIL ON FOSTER CARE, ADOPTION, AND KINSHIP CARE, COUNCIL ON COMMUNITY PEDIATRICS, COUNCIL ON CHILD ABUSE AND NEGLECT, COMMITTEE ON PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF CHILD AND FAMILY HEALTH. Trauma-Informed Care. Pediatrics. 2021;148(2):e2021052580. PubMed doi: 10.1542/peds.2021-052580

82 Loop L, Mouton B, Brassart E, Roskam I. The observation of child behavior during parent-child interaction: the psychometric properties of the Crowell procedure. J Child Fam Stud. 2017;26(4):1040–1050. doi: 10.1007/s10826-016-0625-0

83 Thomson KC, Guhn M, Richardson CG, Ark TK, Shoveller J. Profiles of children's social-emotional health at school entry and associated income, gender and language inequalities: a cross-sectional population-based study in British Columbia, Canada. BMJ Open. 2017;7(7):e015353. PubMed doi: 10.1136/bmjopen-2016-015353

84 Peltz A, Rogers S, Garg A. An equity lens for identifying and addressing social needs within pediatric value-based care. Pediatrics. 2020;146(4):e20200320. PubMed doi: 10.1542/peds.2020-0320

85 Wissow L, Anthony B, Brown J, et al. A common factors approach to improving the mental health capacity of pediatric primary care. Adm Policy Ment Health. 2008;35(4):305–318. PubMed doi: 10.1007/s10488-008-0178-7

86 American Academy of Pediatrics. What is the common factors approach? In: Forman SG, Shahidullah JD, Hostutler CA, Green CM, Baum RA, eds. Mental Health Strategies for Pediatric Care. American Academy of Pediatrics; 2022:21–42.

87 American Academy of Pediatrics. Practice Tools. Common Factors Approach: HEL2P3 to Build a Better Alliance. Accessed August

20, 2024. https://downloads.aap.org/AAP/PDF/mhtk2e_commonfactorsapproach.pdf

88 National Network of Child Psychiatry Access Programs. Child Psychiatry Access Programs in the United States. Accessed August 20, 2024. https://www.nncpap.org/map

89 Sarvet B, Gold J, Bostic JQ, et al. Improving access to mental health care for children: the Massachusetts Child Psychiatry Access Project. Pediatrics. 2010;126(6):1191–1200. PubMed doi: 10.1542/peds.2009-1340

90 Southwick SM, Bonanno GA, Masten AS, Panter-Brick C, Yehuda R. Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. Eur J Psychotraumatol. 2014;5(1):25338. PubMed doi: 10.3402/ejpt.v5.25338

91 Harvard University, Center on the Developing Child. Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain: Working Paper No. 3. Updated Edition. 2005/2014. Accessed January 27, 2025. https://developingchild.harvard.edu/resources/working-paper/wp3/

92 Svendsen S, Griffin J, Forkey H. Using the attachment relationship and positive parenting principles to build childhood resilience. Adv Pediatr. 2020;67:15–28. PubMed doi: 10.1016/j.yapd.2020.04.004

93 Masten AS. Ordinary magic. Resilience processes in development. Am Psychol. 2001;56(3):227–238. PubMed doi: 10.1037/0003-066X.56.3.227

94 Gupta RC, Randell KA, Dowd MD. Addressing parental adverse childhood experiences in the pediatric setting. Adv Pediatr. 2021;68:71–88. PubMed doi: 10.1016/j.yapd.2021.05.003

95 Sege RD, Harper Browne C. Responding to ACEs with HOPE: health outcomes from positive experiences. Acad Pediatr. 2017;17(7S):S79–S85. PubMed doi: 10.1016/j.acap.2017.03.007

96 Yamaoka Y, Bard DE. Positive parenting matters in the face of early adversity. Am J Prev Med. 2019;56(4):530–539. PubMed doi: 10.1016/j.amepre.2018.11.018

97 Gilgoff R, Schwartz T, Owen M, Bhushan D, Burke Harris N. Opportunities to treat toxic stress. Pediatrics. 2023;151(1):e2021055591. PubMed doi: 10.1542/peds.2021-055591

98 American Academy of Pediatrics. Getting Started: Implementing a Screening Process. Accessed August 21, 2023. https://www.aap.org/en/patient-care/screening-technical-assistance-and-resourcecenter/surveillancemonitoring-and-screening/

99 Meurer J, Rohloff R, Rein L, et al. Improving child development screening: implications for professional practice and patient equity. J Prim Care Community Health. 2022;13:21501319211062676. PubMed doi: 10.1177/21501319211062676

100 Talmi A, Bunik M, Asherin R, et al. Improving developmental screening documentation and referral completion. Pediatrics. 2014;134(4):e1181–e1188. PubMed doi: 10.1542/peds.2012-1151

101 Pinto-Martin JA, Dunkle M, Earls M, Fliedner D, Landes C. Developmental stages of developmental screening: steps to implementation of a successful program. Am J Public Health. 2005;95(11):1928–1932. PubMed doi: 10.2105/AJPH.2004.052167

102 Davis MV, Vincus A, Eggers M, et al. Effectiveness of public health quality improvement training approaches: application, application, application. J Public Health Manag Pract. 2012;18(1):E1–E7. PubMed doi: 10.1097/PHH.0b013e3182249505

103 Berry AD, Garzon DL, Mack P, Kanwischer KZ, Beck DG. Implementing an early childhood developmental screening and surveillance program in primary care settings: lessons learned from a project in Illinois. J Pediatr Health Care. 2014;28(6):516–525. PubMed doi: 10.1016/j.pedhc.2014.04.008

104 Nicolay CR, Purkayastha S, Greenhalgh A, et al. Systematic review of the application of quality improvement methodologies from the manufacturing industry to surgical healthcare. Br J Surg. 2012;99(3):324–335. PubMed doi: 10.1002/bjs.7803

105 Christoff P. Running PDSA cycles. Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care. 2018;48(8):198–201. PubMed https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2018.08.006

106 Taylor MJ, McNicholas C, Nicolay C, Darzi A, Bell D, Reed JE. Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. BMJ Qual Saf. 2014;23(4):290–298. PubMed doi: 10.1136/bmjqs-2013-001862

107 McNicholas C, Lennox L, Woodcock T, Bell D, Reed JE. Evolving quality improvement support strategies to improve Plan-Do-Study-Act cycle fidelity: a retrospective mixed-methods study. BMJ Qual Saf. 2019;28(5):356–365. PubMed doi: 10.1136/bmjqs-2017-007605

108 First 5 LA, University of Southern California, University Center for Excellence in Developmental Disabilities. Early Screening, Better Outcomes: Developmental Screening & Referral Toolkit for Pediatric Medical Clinics. Accessed June 15, 2023. http://publichealth.lacounty.gov/mch/HelpMeGrow/docs/EarlyScreeningBetterOutcomes.pdf

109 Curfman A, Hackell JM, Herendeen NE, et al. Telehealth: opportunities to improve access, quality, and cost in pediatric care. Pediatrics. 2022;149(3):e2021056035. PubMed doi: 10.1542/peds.2021-056035

110 Blackstone SR, Sebring AN, Allen C, Tan JS, Compton R. Improving depression screening in primary care: a quality improvement initiative. J Community Health. 2022;47(3):400–407. PubMed doi: 10.1007/s10900-022-01068-6

111 American Academy of Pediatrics. Screening Technical Assistance and Resource (STAR) Center. Accessed June 21, 2023. https://www.aap.org/en/patient-care/screening-technical-assistance-

andresource-center/

112 Ftouni R, AlJardali B, Hamdanieh M, Ftouni L, Salem N. Challenges of telemedicine during the COVID-19 pandemic: a systematic review. BMC Med Inform Decis Mak. 3 2022;22(1):207. doi: https://doi.org/10.1186/s12911-022-01952-0

113 Family Voices. Nuts and Bolts of Telemedicine: Essentials for a Family-Centered Experience. Accessed June 15, 2023. https://familyvoices.org/telehealth/curriculum/

114 American Academy of Family Practice. Four screening codes you should be using. Accessed June 15, 2023. https://www.aafp.org/pubs/fpm/blogs/inpractice/entry/screening_codes.html

115 Wang K. CPT Screening Codes. AACAP News. May/June 2018: 121–122. Accessed January 27, 2025. https://www.aacap.org/App_Themes/AACAP/Docs/member_resources/aacap_news/2018/AACAP-News-May-June-2018-CPT-Screening-Codes.pdf

116 Hughes C. Getting paid for screening and assessment services. Fam Pract Manag. 2017;24(6):25–29. PubMed

117 American Academy of Pediatrics. Coding and Valuation. Accessed June 15, 2023. https://www.aap.org/en/practice-management/practice-financing/coding-and-valuation/

118 Caballero TM, DeCamp LR, Platt RE, et al. Addressing the mental health needs of Latino children in immigrant families. Clin Pediatr (Phila). 2017;56(7):648–658. PubMed doi: 10.1177/0009922816679509

119 Knuti Rodrigues K, Hambidge SJ, Dickinson M, Richardson DB, Davidson AJ. Developmental screening disparities for languages other than English and Spanish. Acad Pediatr. 2016;16(7):653–659. PubMed doi: 10.1016/j.acap.2015.12.007

**【英文原件请参阅 *PEDIATRICS 2025;156(3):e2025073172*】**