维尔姆斯癌症基金会

维尔姆斯瘤

# 全球临床营养工具包

儿童维尔姆斯瘤





重要提示：本文件面向临床医生、非政府组织、基金会以及服务照护者的儿童肿瘤项目，作为教育和规划资源使用。它不能替代个体化医疗建议、肾脏营养评估、肿瘤治疗方案或医疗机构的临床判断。

# 目录



## 全球临床营养工具包

遵循全球标准的综合临床及照护者资源：涵盖诊断、治疗、复发及康复生存期的营养


1) 引言 1
2) 全球临床框架 2
3) 核心营养原则 3
4) 肾脏保护策略 4
5) 积极治疗期间的营养 5
6) 复发与高风险患者的营养 6
7) 康复生存期营养 7
8) 临床营养路径 8
9) 照护者指导 9
10) 临床见解与结果 10
11) 结论 11
附录A（治疗方法） 12
附录B（参考文献） 13

# 1 - 引言

维尔姆斯瘤（肾母细胞瘤）是儿童最常见的原发性肾脏恶性肿瘤，通常发生于幼儿期，占儿童肾癌的大多数。结合手术、化疗及部分情况下放疗的多模式治疗取得进展，使许多地区达到较高生存率。然而，这些结果并非仅由肿瘤治疗决定。支持性照护，尤其是营养管理，对短期治疗成功及长期健康结果具有关键而常被低估的影响。

儿童肿瘤患者处于独特而复杂的生理状态。与成人不同，儿童持续生长发育，需要稳定摄入能量、蛋白质和微量营养素，以支持正常生物学过程。

癌症及治疗带来的代谢应激会显著提高这些基本需求。同时，食欲下降、胃肠道副作用及治疗相关毒性可能限制孩子摄入充足营养的能力。因此，营养缺乏可能迅速发生，并立即产生临床影响。

儿童癌症患者的营养不良不只是次要问题，而是直接影响结果的重大临床状况。营养不足与感染风险升高、化疗耐受性降低、住院时间延长及治疗中断增加有关。相反，营养良好的患者更可能耐受强化治疗、更快恢复，并在治疗过程中保持更稳定的整体生理状态。

在维尔姆斯瘤中，肾脏在代谢调节中的核心作用使营养问题更复杂。肾脏负责液体平衡、电解质稳态，以及代谢废物和化疗药物的排泄。手术，尤其是肾切除术，会降低肾脏功能储备，因此必须采用既支持肾功能、又避免过度代谢负担的营养策略。支持生长与保护肾脏这两项要求，使这些患者的饮食管理更加复杂。

除近期治疗外，营养还持续影响长期生存和生活质量。儿童癌症幸存者发生心血管疾病、肾功能损害及代谢紊乱等晚期效应的风险增加。早期营养干预和健康饮食模式有助于降低这些风险，支持其进入青春期及成年后的健康。

有效的儿童肿瘤营养照护需要多学科、以家庭为中心的方法。临床医生、营养师、护士和照护者须协作评估营养状况、实施适当干预，并随孩子病情变化调整策略。照护者尤其承担日常营养支持的重要职责，需要实用知识和指导，以应对患病期间的进食挑战。

本文件为儿童维尔姆斯瘤患者的营养管理提供全面且具临床基础的框架，整合全球临床标准、循证实践和实用照护策略，涵盖诊断、积极治疗、复发及长期康复生存的各阶段。本工具包将营养定位为儿童肿瘤照护的基础，旨在改善治疗耐受性、促进恢复，并改善维尔姆斯瘤儿童的整体结果。

# 2 - 全球临床框架

本工具包以世界卫生组织（WHO）、儿童肿瘤协作组（COG）及国际儿童肿瘤学会（SIOP）确立的国际公认儿童肿瘤标准为基础。这些组织共同界定儿童癌症照护的最佳实践，并日益强调将营养作为治疗核心组成部分，而非附加考虑。这些框架一致重视诊断时尽早、系统地开展营养筛查，并在整个治疗过程中持续监测，因为疾病负担、治疗毒性和代谢需求增加可能使儿童肿瘤患者的营养状况迅速下降。

主动识别高风险患者，可在营养不良达到临床显著程度前及时干预。全球指南的核心原则是预防和管理癌症相关营养不良，因为它影响治疗耐受性、感染风险、住院率及总生存率。因此，营养照护被纳入多学科肿瘤诊疗路径，要求肿瘤医生、营养师、护理团队和照护者密切协调，使饮食策略适应患者的临床状况、治疗阶段和个体需求。

这些框架也强调适应不同医疗环境的必要性。在资源充足的环境中，全面营养支持可包括肠内或肠外营养等先进干预，以及详细的实验室监测。

在专科照护和营养产品获取受限的中低收入国家，则强调实用、当地可获得的饮食策略和早期照护者教育，以降低风险。

资源有限地区的基础营养不良更常见，儿童甚至可能在治疗开始前已有营养受损。这进一步凸显早期干预的重要性，因为诊断时营养不良与较差临床结果有关。在这些环境中，营养不仅是支持措施，也是决定治疗可行性和生存的关键因素。

全球临床框架最终强调儿童肿瘤照护的一项重要转变：营养已不再被视为辅助照护，而是有效癌症治疗的基础支柱，需要规范方案、早期干预以及贯穿整个照护过程的持续关注。

# 3 - 核心营养原则

儿童维尔姆斯瘤患者的有效营养管理建立在成熟的生理学和临床原则之上。与成人肿瘤患者不同，儿童同时处于积极生长发育阶段，基本营养需求显著增加。癌症及治疗带来的代谢应激进一步造成独特而复杂的营养环境，需要谨慎管理。

在宏量营养素层面，碳水化合物是主要能量来源，支持基础代谢以及治疗和恢复期间增加的能量需求。充足摄入有助于避免分解蛋白质储备供能，从而保留瘦体组织。这在儿童肿瘤治疗中尤其重要，因为肌肉量可能迅速下降，并与较差临床结果相关。

蛋白质在组织修复、免疫功能和维持生长轨迹方面发挥核心作用。化疗和放疗期间，炎症、细胞损伤及免疫激活会增加蛋白质周转。

蛋白质摄入不足可能妨碍伤口愈合、降低免疫能力并延迟恢复。然而，对于维尔姆斯瘤患者，尤其是肾功能储备下降者，必须谨慎平衡蛋白质摄入，以满足生理需求，同时避免对肾脏造成过度负担。

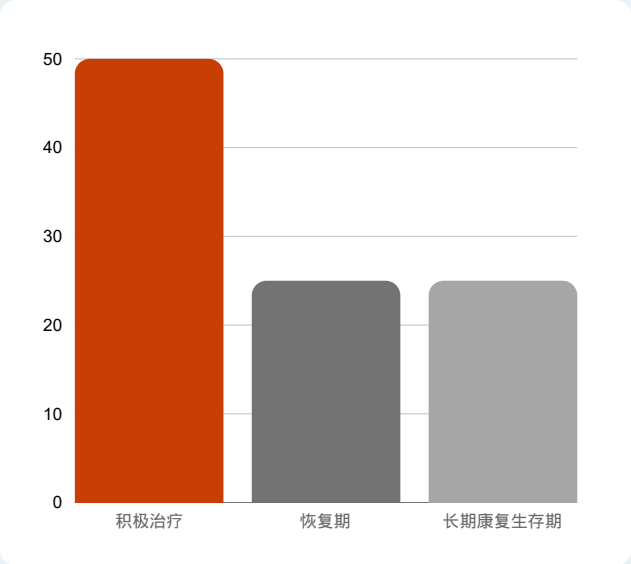
膳食脂肪提供浓缩能量，对食欲下降或经口摄入受限者尤为有用。脂肪也对脂溶性维生素吸收和神经系统发育至关重要。在饮食中加入健康脂肪，可在不增加餐量的情况下提高热量密度，帮助容易早饱或存在治疗相关疲劳的儿童。

除宏量营养素外，充足微量营养素对维持代谢稳定和免疫韧性必不可少。铁、锌及维生素A、C、D等参与红细胞生成、伤口愈合、骨骼健康和抗感染。缺乏可能加重治疗相关副作用及并发症易感性。补充剂应依据临床评估使用，以避免过量或与治疗发生相互作用。

水分补充是营养照护的重要组成部分，却常被忽视。由于肾脏在体液和电解质调节中起核心作用，这对维尔姆斯瘤患者尤其重要。充足饮水支持肾脏清除化疗药物、维持电解质平衡并降低肾毒性风险。即使轻度脱水也可能显著影响肾功能及整体治疗耐受性，因此持续补充液体应列为重点。

这些原则须在灵活、以患者为中心的框架下应用。食欲波动、治疗副作用、文化饮食偏好和心理社会因素都会影响孩子的摄入能力。与僵化的饮食规定相比，优先考虑整体摄入和患者舒适度的灵活策略往往更有效。

图1 / 不同照护阶段的营养（宏量营养素均衡）



# 4 - 肾脏保护策略

儿童维尔姆斯瘤患者的疾病和治疗直接涉及肾脏，因此肾脏保护是核心临床重点。许多患者接受肾切除后仅剩一个有功能的肾脏，其他患者则可能遭受化疗药物相关肾毒性。营养策略必须在维持充足生长和代谢支持的同时，尽量减轻肾脏负担。

蛋白质管理是最重要的考虑之一。蛋白质虽对生长、免疫和组织修复必不可少，但过量可增加肾小球滤过需求，加重剩余肾脏的负担。应优化而非最大化摄入，保证充足且不过量。这一平衡在快速生长或治疗恢复期尤为重要。

钠摄入也是关键因素。过量钠可导致高血压、液体潴留及长期心血管风险，而肾脏储备下降的患者本已面临这些问题。减少加工食品和高钠食品，有助于稳定血压并减轻肾脏压力。

还须密切监测电解质平衡。肾功能受损患者可能出现钾和磷水平失调，须根据实验室结果调整其膳食摄入，尤其是在接受肾毒性治疗或肾功能下降时。

充足水分可保护肾脏，促进代谢废物和化疗药物清除，维持肾灌注并降低急性肾损伤风险。液体建议须个体化，尤其对存在液体平衡问题或接受特定治疗方案的患者。

维尔姆斯瘤患者的肾脏保护需要依据持续临床监测，动态制定个体化营养方案。将饮食管理、实验室评估和临床监督结合，可帮助医疗团队保留肾功能并减少长期并发症。

# 5 - 积极治疗期间的营养

积极治疗阶段带来儿童肿瘤营养方面最重大的挑战之一。化疗和放疗可能显著影响食欲、消化及营养吸收，导致营养需求增加时，经口摄入反而下降。

常见副作用包括恶心、呕吐、黏膜炎、味觉改变和疲劳。这些症状可形成进食的身体及心理障碍，造成热量不足和体重下降。年龄较小的儿童还可能因沟通能力有限和进食厌恶而加重这些影响。

应对这些挑战时，营养策略须优先考虑灵活性和耐受性。少量多餐通常比大份食物更易接受，可维持稳定的热量和营养摄入。高能量密度食物，包括含健康脂肪的食物，能以较小体积提供更多热量，尤其适合食欲下降的儿童。

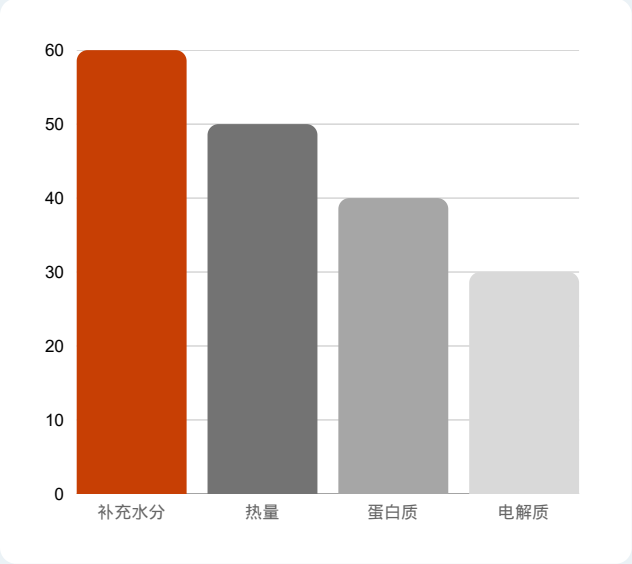
调整质地和温度也能改善摄入。存在黏膜炎或恶心时，软食、清淡或偏凉的食物通常更易耐受。强烈气味及重口味食物可能加重恶心或厌恶，可能需要避免。

治疗期间的食品安全极为重要，尤其是免疫功能受抑制者。避免生食或未熟食物、正确处理食品并保持卫生标准，可降低感染风险。

经口摄入不足时，可引入口服营养补充剂或医学配方产品，以满足热量和蛋白质需求。早期干预至关重要，等到体重显著下降才处理，可能使营养恢复更加困难。

积极治疗期间的营养需要灵敏、以患者为中心的方法，随症状变化调整，并以维持摄入为重点，而不是严格遵守理想化饮食模式。

图2 / 治疗期间的营养重点



# 6 - 复发与高风险患者的营养

维尔姆斯瘤复发患者通常面对更强、更久的治疗，营养受损风险进一步增加。既往治疗的累积影响，加上额外治疗的需求，使积极主动的营养管理必不可少。

这些患者常有更高代谢应激、更多炎症和更严重的治疗副作用，导致能量消耗增加而摄入减少，营养迅速恶化的风险显著升高。

因此，临床医生应降低营养干预门槛。经口进食仍是首选途径，但许多情况下可能不足。尽早启动肠内营养，可提供可靠且可控的营养输送，尤其适用于经口摄入不稳定或不足时。

胃肠道并发症或严重不耐受使肠内喂养不可行时，可能需要肠外营养。虽然侵入性更大并伴随额外风险，但在关键治疗阶段，它可通过维持营养状况发挥维持生命的作用。

高风险患者更常发生电解质失衡，需要密切监测。营养计划须依据实验室结果、临床状况和治疗进展动态调整。

也不能忽视复发的心理和情绪负担。食物偏好、安慰性进食、进食疲劳及照护者互动均影响营养摄入。结合医疗和心理社会支持的整体方法，对维持这一困难阶段的充足营养至关重要。

# 7 - 康复生存期营养

儿童维尔姆斯瘤患者进入康复生存期后，营养照护重点从急性支持转向优化长期健康和预防晚期效应。治疗强度虽下降，但治疗对肾脏和心血管系统的长期影响仍需持续关注。

幸存者发生高血压、肾功能下降、代谢紊乱及心血管疾病的风险可能增加，尤其是接受过肾切除或肾毒性治疗者。营养在降低这些风险方面发挥关键作用。

建议均衡、以天然完整食物为基础的饮食，重视水果、蔬菜、全谷物、瘦肉蛋白和健康脂肪。减少钠摄入仍对维持健康血压和保护肾功能十分重要。充足水分继续支持肾脏健康和整体生理平衡。

须密切监测生长发育，尤其是可能出现治疗相关发育延迟的幼儿。必要时，营养摄入应支持追赶性生长，同时避免过度增重，以免增加长期健康并发症。

适当营养结合身体活动，也是康复生存照护的重要组成部分。尽早鼓励健康生活习惯，有助于建立可降低日后慢性疾病风险的模式。

康复生存期营养并非静态计划，而是不断演变的策略，应依据个人病史、当前健康状况和长期风险特征调整。

# 8 - 临床营养路径

结构化临床决策路径为儿童维尔姆斯瘤营养管理提供系统方法，确保一致性和及时干预。该路径通常依据临床指标，依次开展评估、干预及升级支持。

首先进行全面营养评估，包括体重、身高、身体质量指数、条件允许时的上臂中围、生长趋势、膳食摄入和相关实验室指标，以建立基线并识别风险患者。

根据评估，临床医生启动经口营养优化，重点是提高热量密度、增加进餐频次并解决摄入障碍。这一阶段通常包括照护者教育和饮食调整策略。

经口摄入无法满足需求时，升级至肠内营养，在维持胃肠功能的同时，实现可控、稳定的营养输送。

肠内喂养不可行时，肠外营养提供替代途径，但因感染和代谢并发症等风险而需要谨慎监测。

每个阶段都必须持续重新评估。营养需求可能因治疗影响、疾病进展或恢复而迅速变化。路径须保持动态和灵敏，确保及时调整干预。

图3 / 营养支持升级路径

| 步骤 | 行动 | 实际目的 |
|---|---|---|
| 步骤1 | 基线营养评估 | 尽早识别风险，建立生长及摄入基线 |
| 步骤2 | 优化经口营养 | 通过偏好食物、增加进餐频次及热量密度提高摄入 |
| 步骤3 | 口服补充剂 / 强化食品 | 日常摄入不足时补足缺口 |
| 步骤4 | 肠内营养 | 经口摄入不足时提供可靠营养 |
| 步骤5 | 肠外营养 | 肠内喂养不可行或不足时使用 |
| 步骤6 | 重新评估与调整 | 随症状、肾功能及治疗阶段变化调整计划 |

# 9 - 照护者指导

照护者在维持儿童维尔姆斯瘤患者充足营养方面发挥核心且不可替代的作用。临床团队确定总体策略，而照护者负责日常实施喂养计划、监测摄入并应对病情变化。因此，照护者教育和支持是有效营养管理的重要组成部分。

照护者的主要挑战之一是应对食欲波动及治疗相关进食困难。接受化疗的儿童可能突然厌恶以前喜欢的食物、味觉改变，或因进食而不适。这些变化可能令孩子和照护者沮丧、情绪疲惫。灵活性因此十分重要。照护者应优先考虑整体热量和营养摄入，而非僵化的进餐结构，即使需要随时根据孩子偏好调整食物。

建立少量多餐习惯，通常每两至三小时一次，有助于维持稳定摄入而不使孩子负担过重。提供分量适中、热量和营养密度高的食物，往往比鼓励大餐更有效。营造轻松、支持性的进餐环境，可减少焦虑并提高进食意愿。

水分补充是照护者的另一重要责任。儿童，特别是生病时，可能无法有效识别或表达口渴。照护者应全天鼓励规律饮水，提供可接受的选择，如水、口服补液液或其他临床适宜液体。

照护者还应能够识别营养下降或临床恶化的早期警讯，包括持续呕吐、拒绝进食或饮水、快速体重下降、尿量减少，以及嘴唇干燥、嗜睡等脱水迹象。出现这些情况应及时与医疗团队沟通，以预防并发症。

进食的情绪和心理层面同样重要。治疗期间进餐可能成为压力来源，照护者可能因担心孩子吃不够而感到压力。提供安慰、实用指导及儿童营养师等专业支持，可帮助他们更有效应对挑战。

赋予照护者知识、灵活策略和支持，使其能够积极、自信地维护孩子整个治疗过程中的营养健康。

图4 / 方法比较

| 类别 | COG方法 | SIOP方法 |
|---|---|---|
| 时机 | 确诊后立即支持 | 术前稳定状态 |
| 重点 | 高热量 / 高蛋白 | 补充水分与稳定状态 |
| 升级支持 | 早期肠内 / 肠外营养 | 逐步升级 |
| 监测 | 频繁化验和体重追踪 | 生长及耐受性监测 |

# 10 - 临床见解与结果

越来越多证据表明，营养在决定儿童肿瘤临床结果方面具有关键作用。在治疗通常强度较高但十分有效的维尔姆斯瘤中，营养状况可显著影响耐受治疗、从治疗相关毒性中恢复，以及获得最佳长期结果的能力。

营养良好的患者通常更能耐受化疗和放疗，较少需要减少剂量或推迟治疗。充足营养支持免疫功能，降低可能中断疗程或延长住院的感染风险，并改善包括肾切除在内的手术后伤口愈合。

相反，营养不良与感染增加、住院时间延长、身体恢复能力降低和治疗反应减弱等不良结果有关。严重时可能需要调整治疗强度，从而影响整体疗效。

除近期治疗结果外，营养还影响功能恢复和生活质量。治疗期间营养较好的儿童更可能保留肌肉量、维持精力并参与正常发育活动，这对身体及心理社会健康具有重要意义。

新兴研究还提示，早期、持续营养干预可能调节长期风险，包括心血管疾病和代谢紊乱等慢性疾病的发生。这进一步强调应将营养整合进整个照护过程，而非仅在问题出现时才处理。

从医疗系统角度，有效营养管理有助于提高医疗服务效率，减少并发症、缩短住院并提高整体治疗效率。在资源有限的环境中，优化支持性照护可显著改善结果，因此尤为重要。

营养不仅是支持措施，更是儿童肿瘤治疗成功不可或缺的一部分，对临床结果及长期健康轨迹均有可衡量的影响。

# 11 - 结论

营养是儿童维尔姆斯瘤照护的基础组成部分，影响从初次诊断、治疗、复发管理到长期康复生存的每个阶段。肿瘤治疗进展虽显著提高生存率，但只有全面、充分整合的营养照护，才能发挥这些治疗的全部潜力。

这类患者营养管理的复杂性，体现了生长需求、治疗相关挑战和器官特异性考虑的相互作用，尤其是保护肾功能的需求。应对这些因素须由肿瘤医生、营养师、护士和照护者组成多学科团队，共同制定并实施个体化营养策略。

本文件的核心主题是早期干预和持续监测的重要性。营养下降可能迅速发生，但主动评估和及时行动往往能够预防。将营养纳入常规临床路径，可确保系统性管理，而非被动应对。

同样重要的是，有效营养照护超越临床环境。照护者承担关键实施职责，其支持孩子营养需求的能力取决于能否获得清晰指导、教育和持续支持。

未来仍需持续推进营养方案标准化、扩大专科照护可及性，并将营养纳入全球儿童肿瘤倡议。在中低收入环境中，支持性照护差距可显著影响结果，因此这些工作尤其重要。

将营养定位为儿童癌症照护的核心支柱，而非附加措施，有望改善维尔姆斯瘤儿童的生存率、生活质量和长期健康。

# 附录A

图5 / 概览

| 类别 | COG / NWTS传统 | SIOP传统 | 营养方面的意义 |
|---|---|---|---|
| 治疗顺序 | 通常强调先手术，再按风险调整治疗 | 通常强调术前化疗，再手术及按风险调整治疗 | 营养计划须预见不同治疗时机、术后恢复需求及症状模式 |
| 支持性照护重点 | 早期多学科支持；识别风险时开展营养评估 | 采用术前治疗时，重大干预前稳定状态十分重要 | 无论治疗顺序如何，均应在诊断时开展营养筛查 |
| 资源适应 | 主要在资源充足的协作组环境中实施 | 包括适应资源的SIOP-PODC及相关合作项目 | 资源较少时，当地食物、照护者教育及实用监测十分重要 |
| 肾脏保护 | 康复生存期监测肾功能、血压及晚期效应 | 肾切除和肾毒性暴露中的肾脏保护仍为核心 | 适量膳食钠、补充水分及个体化蛋白质平衡始终是重点 |

# 附录B

## 参考文献


1) 世界卫生组织。全球儿童癌症倡议。日内瓦：WHO；2018。

2) 世界卫生组织。WHO全球儿童癌症倡议：概览手册。日内瓦：WHO；2020。

3) 美国国家癌症研究所。维尔姆斯瘤及其他儿童肾脏肿瘤的治疗（PDQ），医务人员版。Bethesda（MD）：National Cancer Institute；2025年更新。

4) 国际儿童肿瘤学会。SIOP-PODC适应性治疗指南：维尔姆斯瘤及支持性照护。SIOP；2026年访问。

5) Israels T, Moreira C, Scanlan T, Molyneux L, Kampondeni S, Hesseling P, 等。SIOP PODC：低收入环境中儿童维尔姆斯瘤管理的临床指南。Pediatr Blood Cancer. 2013;60(1):5-11.

6) Wang J, Li M, Tang D, Gu W, Mao J, Shu Q。维尔姆斯瘤的当前治疗：COG与SIOP标准。World J Pediatr Surg. 2019;2(3):e000038.

7) Dome JS, Fernandez CV, Mullen EA, Kalapurakal JA, Geller JI, Huff V, 等。维尔姆斯瘤（肾母细胞瘤），2021年第2版，NCCN肿瘤临床实践指南。J Natl Compr Canc Netw. 2021;19(8):945-977.

8) Ladas EJ, Sacks N, Brophy P, Rogers PC。儿童肿瘤营养照护标准：全国实践标准调查结果。Pediatr Blood Cancer. 2006;46(3):339-344.

9) Ladas EJ, Sacks N, Meacham L, Henry D, Enriquez L, Lowry G, 等。儿童肿瘤人群营养问题的多学科综述：儿童肿瘤协作组视角。Nutr Clin Pract. 2005;20(4):377-393.

10) Brinksma A, Huizinga G, Sulkers E, Kamps WA, Roodbol PF, Tissing WJE。儿童癌症患者营养不良：患病率及可能原因综述。Crit Rev Oncol Hematol. 2012;83(2):249-275.

11) Jofe L, Dwyer S, Glade Bender JL, Frazier AL, Ladas EJ。儿童肿瘤营养状况与临床结果。Lancet Child Adolesc Health. 2020;4(10):719-731.

12) Mehta NM, Corkins MR, Lyman B, Malone A, Goday PS, Carney LN, 等。定义儿童营养不良：向病因相关定义的范式转变。JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2013;37(4):460-481.

13) Becker PJ, Nieman Carney L, Corkins MR, Monczka J, Smith E, Smith SE, 等。美国营养与饮食学会／美国肠外与肠内营养学会共识声明：用于识别和记录儿童营养不良的推荐指标。J Acad Nutr Diet. 2014;114(12):1988-2000.

14) Barr RD。营养在儿童肿瘤学中的作用。Pediatr Blood Cancer. 2020;67 Suppl 3:e28211.

15) 儿童肿瘤协作组。儿童、青少年及青年成人癌症幸存者长期随访指南。Monrovia（CA）：Children's Oncology Group；现行版本。

16) KDOQI工作组。KDOQI儿童慢性肾脏病营养临床实践指南：2008年更新。Am J Kidney Dis. 2009;53(3 Suppl 2):S1-S124.

17) 美国国家肾脏基金会。儿童营养与肾脏疾病：患者及家庭教育资源。纽约：National [ 英文原文此处未完整列出 ]。



# 维尔姆斯癌症基金会

电话：+1 (778) 514 5000
电子邮箱：info@WilmsFoundation.org
网站：www.WilmsFoundation.org
地址：Suite 2147, 712 H Street NE, Washington DC, United States, 20002.

“维尔姆斯癌症基金会”、WCF，以及“战胜儿童肾癌”和“您从未听说过的疾病”等标语，均为基金会的国际商标，受版权保护。文件内容与设计由维尔姆斯癌症基金会提供。© 版权所有，保留所有权利。

根据版权法，未经维尔姆斯癌症基金会事先书面同意，不得全部或部分复制、影印、转载或翻译本文件。

美国：符合501(c)(3)规定的免税组织 | EIN：98-3478827
加拿大：注册慈善机构，编号756261939BC0001

© 版权所有 | 维尔姆斯癌症基金会 | 保留所有权利。

维尔姆斯癌症基金会（WCF）

维尔姆斯癌症基金会（WCF）是一家慈善组织，支持受儿童肾癌（尤其是通常称为维尔姆斯瘤的肾母细胞瘤）影响的儿童、家庭和医疗机构，并代表他们表达需求。其使命是建立涵盖宣传、教育、权益倡导、早期发现、治疗及支持的国际项目，以应对疾病的蔓延。

本基金会指南仅供教育用途，依据加拿大、美国和欧洲的国际儿童肿瘤诊疗标准编写。
如有疑虑或问题，请咨询具备资质的医疗专业人员。

© 世界卫生组织（WHO）。经许可，与维尔姆斯癌症基金会（WCF）合作使用。CureAll 是世界卫生组织全球儿童癌症倡议（GICC）的一部分。世界卫生组织不为任何特定组织、产品或服务背书。

© 版权所有 | 维尔姆斯癌症基金会 | 保留所有权利。