

四川省卫生和计划生育委员会文件

川卫办发〔2016〕118号

四川省卫生计生委关于印发《四川省产科 分级诊疗指南（2016年版）》和《四川省 儿科分级诊疗指南（2016年版）》的通知

各市（州）卫生计生委，委直属相关单位，国家在川医疗机构：

为贯彻落实《国务院办公厅关于推进完善分级诊疗制度的指导意见》（国办发〔2015〕70号）和《省卫生计生委省委宣传部省发展改革委等6个部门关于建立完善分级诊疗制度的意见》（川卫办发〔2014〕257号）等相关精神，加快推进产儿科分级诊疗工作，促进基层提升产儿科诊疗水平，缓解群众“看病难、看病贵”问题，结合我省妇幼健康工作实际，我委制定了《四川省产科分级诊疗指南（2016年版）》和《四川省儿科分级诊疗

指南（2016 年版）》，现印发你们，请认真贯彻执行。



四川省产科分级诊疗指南（2016年版）

为贯彻落实《国务院办公厅关于推进完善分级诊疗制度的指导意见》（国办发〔2015〕70号）和《省卫生计生委省委宣传部省发展改革委等6个部门关于建立完善分级诊疗制度的意见》（川卫办发〔2014〕257号）等相关精神，结合我省产科疾病特点，以保障产科医疗质量和母婴安全为根本，加快推进产科分级诊疗工作，促进基层提升产科诊疗水平，缓解群众“看病贵、看病难”问题，特制定本指南。

一、产科分级诊疗指导原则

（一）按照《四川省综合医院评审标准》、《四川省妇幼保健机构评审标准》对医疗保健机构进行分级，不同级别的医疗保健机构承担不同疾病治疗。

（二）按照疾病的轻、重、缓、急及治疗的难易程度进行分级治疗，常见病、多发病在基层医疗保健机构首诊治疗，疑难病、危重病在三级医疗保健机构首诊治疗。

（三）孕产妇分级管理应与当地经济社会发展和医疗卫生服务能力相适应。各级医疗保健机构应评估助产技术水平与新生儿救治能力，在保障医疗质量和母婴安全的前提下开展分级诊疗。对于超出机构功能定位和服务能力的疾病，应为患者提供及时正确的转诊服务，根据疾病的轻重缓急及治疗的难易程度可以逐级或越级上转，病情稳定或诊断明确适时下转，建立双向转诊机制。

产科急救应以区域急救体系为主体，配合跨区协调转运、专家会诊、远程医疗等综合措施共享资源，提高成功率。

（四）孕妇合并严重内、外科疾病应转至相应的三级综合医疗机构，需做产前诊断应转至具有资质的产前诊断机构进行产前诊断等专项服务。

（五）患有传染性疾病的孕妇按照专病治疗原则进行分级诊疗，在设有隔离病区的二级以上医疗保健机构或传染性疾病专科治疗。HIV、梅毒和乙肝筛查知情告知、诊断、治疗流程和管理措施按照四川省和辖区《预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播工作方案》执行。

（六）医疗保健机构实施孕产妇转诊应充分评估转运的风险，转诊前应将孕妇的病情、转运的必要性、潜在风险等情况告知家属并签署知情同意书，与上转医疗保健机构做好对接，橙色预警级别高危孕产妇原则上应有医务人员陪护转诊。应为病情稳定下转的患者制定诊疗方案，定期随访。

（七）各级卫生计生行政主管部门和医疗保健机构应主动向社会公布辖区内产科分级诊疗政策、医疗保健机构等级、诊疗范围，引导孕产妇有序就诊。

二、孕产妇风险预警评估和分类分级管理

（一）风险预警评估。

1. 风险预警评估将孕产妇妊娠风险分为 5 级，分别用 5 种颜色标识。1 级绿色为正常孕产妇；2 级蓝色为低风险孕产妇；3

级橙色为中等风险孕产妇；4级红色为高风险孕产妇；5级黄色为患有严重传染性疾病的孕产妇。

2. 按照国家《基本公共卫生服务规范》和《孕产期保健规范》的要求，原则上每位孕妇应在妊娠13周以前在基层医疗机构建立《孕产妇保健手册》（卡），并进行首次风险评估，将2级风险以上的孕妇纳入高危孕产妇进行高危评分，专册登记上报，对于辖区规定的重症高危应进行专案管理、随访。对于符合下列转诊标准的应该及时转诊。

3. 产科应建立产科门诊病历和/或《孕产期保健手册》。产科医生应将每次产前检查诊疗内容和孕期风险评估，高危管理情况如实记入产科门诊病历和/或《孕产期保健手册》。并根据每个孕妇的评估等级在高危登记册或建档病历上做好相应颜色的标识，动态管理。

4. 每位孕妇应在孕11-13周、孕20-28周、孕28-34周、孕37周后分别进行一次风险评估；从未产检的临产孕产妇，首诊医师必须进行一次风险评估。

（二）风险预警分类管理。

1. 绿色标识：按照《中华医学会孕前及孕期保健指南》2011年第一版常规检查和随访。

2. 蓝色预警：原则上应转至二级医疗保健机构进行产前监护及随访，直至分娩，其中第（1）-（8）条必须有产科以外的专科医师的书面诊治意见。

(1) 心肌炎后遗症、心律失常等心脏病变，目前无症状，无需药物治疗，心功能正常；

(2) 哮喘等呼吸系统疾病，肺功能正常，孕期未发病；

(3) 肾脏疾病，目前病情稳定，肾功能正常；

(4) 肝炎病毒携带（表面抗原阳性，肝功能正常）；

(5) 病情稳定、无需药物治疗的内分泌疾病，如糖尿病、甲状腺疾病等；

(6) 血小板减少（ $PLT 50-100 \times 10^9/L$ ）但无出血倾向，中度贫血（ $70-99g/L$ ）；

(7) 精神病缓解期；

(8) 尖锐湿疣、淋病等性传播疾病；

(9) 基本情况：年龄 ≥ 35 岁或 ≤ 18 岁， $BMI \geq 24kg/m^2$ 或 $< 18.5kg/m^2$ ，生殖道畸形，骨盆狭小，不良孕产史，瘢痕子宫，子宫肌瘤或卵巢囊肿 $\geq 5cm$ ；

(10) 妊娠并发症：双绒毛膜双胎妊娠、先兆早产，胎儿宫内生长受限，妊娠期高血压，妊娠期肝内胆汁淤积症，胎膜早破，羊水过少，羊水过多，足月臀位、横位及斜产式，低置胎盘、部分型前置胎盘；

(11) 其他。

3. 橙色预警：病情较重，对母婴安全会造成一定威胁，原则上应在二级或三级医疗保健机构进行产前监护及随访，直至分娩。

第(1) - (9)条必须有产科以外的专科医师的书面诊治意见。

(1) 心脏病变较严重: 心功能 I - II 级, 心肌炎后遗症, 心律失常需药物治疗;

(2) 胸廓畸形、哮喘等伴轻度肺功能不全;

(3) 慢性肾脏疾病伴肾功能不全代偿期

(肌酐 $133-177\mu\text{mol/L}$);

(4) 需用药物治疗控制的内分泌疾病, 如糖尿病、甲状腺疾病等;

(5) 血小板减少 ($\text{PLT} 50-100 \times 10^9/\text{L}$) 并伴有出血倾向, 重度贫血 ($40-69\text{g/L}$);

(6) 原因不明的肝功能异常;

(7) 癫痫;

(8) 病情稳定自身免疫性疾病, 如 SLE 静止期、干燥综合征等;

(9) 智力障碍;

(10) 妊娠期并发症, 中央型前置胎盘, 其他妊娠期并发症除外;

(11) 二次或二次以上的瘢痕子宫、子宫体部肌瘤挖出术后、腹腔镜下子宫肌瘤挖出术后再次妊娠;

(12) 其他。

4、红色预警: 疾病严重, 继续妊娠可能危及孕妇生命。原则上立即转至三级医疗保健机构诊治。病情危重者需及时转区域危重孕产妇会诊抢救中心救治(依据就近原则就片区和专科专治的

原则)。所有孕产妇必须应有产科以外的专科医师的书面诊治意见。

(1) 严重心脏病变：心功能 III-IV 级，中度以上肺动脉高压 ($\geq 50\text{mmHg}$)，右向左分流型先心，严重心律失常，风湿热活动期、各类心肌病等；

(2) 胸廓或脊柱严重畸形；

(3) 呼吸系统疾病：如哮喘反复发作、肺纤维化等伴严重肺功能不全；

(4) 急性、亚急性肝衰竭，慢加急性肝衰竭，慢性肝衰竭，肝硬化失代偿、妊娠期急性脂肪肝；

(5) 急、慢性肾脏疾病伴严重高血压、蛋白尿、肾功能不全 (肌酐 $> 177\mu\text{mol/L}$)；

(6) 糖尿病并发肾病 V 级、严重心血管病、增生性视网膜病变或玻璃体出血，甲亢危象等内分泌疾病；

(7) 严重的血液系统疾病，如再障、重度血小板减少 ($< 50 \times 10^9/\text{L}$) 或进行性下降、极重度贫血 ($\leq \text{Hb}40\text{g/L}$)、白血病等；

(8) 严重的免疫系统疾病：如 SLE (活动期)、重症 IgA 肾病等；

(9) 精神病急性期；

(10) 危及生命的恶性肿瘤；

(11) 凶险型前置胎盘、胎盘植入、子痫、HELLP、妊娠期急性脂肪肝、复杂性双胎、三胎及三胎以上妊娠等；

(12) 其他严重内、外科疾病。

5、黄色标识: 妊娠合并传染性疾病, 需转诊至辖区内公共卫生中心或传染病指定医疗机构专科治疗。孕产期 HIV、梅毒和乙肝筛查知情告知、诊断、治疗流程和管理措施按照四川省和当地制定的《预防艾滋病、梅毒和乙肝母婴传播项目实施细则》执行。

三、产科常见疾病分级诊疗指南

妊娠期高血压疾病

妊娠期高血压疾病分类

1. 妊娠期高血压: 妊娠期首次出现 $BP \geq 140/90\text{mmHg}$, 并于产后 12 周恢复正常; 尿蛋白 (-); 少数患者可伴有上腹部不适或血小板减少。产后方可确诊;

2. 子痫前期: 轻度: 妊娠 20 周以后出现 $BP \geq 140/90\text{mmHg}$; 尿蛋白 $\geq 0.3\text{g}/24\text{h}$ 或随机尿蛋白 (+); 可伴有上腹不适、头痛等症状。重度: 血压和尿蛋白持续升高, 发生母体脏器功能不全或胎儿并发症。出现下列任何一项即可确诊。(1) $BP \geq 160/110\text{mmHg}$; (2) 尿蛋白 $> 5.0\text{g}/24\text{h}$ 或随机尿蛋白 $\geq (+++)$; (3) 持续性头痛或其他脑神经或视觉障碍; (4) 持续性上腹不适、肝包膜下血肿或肝破裂症状; (5) 肝功能异常: 血清 ALT 或 AST 升高; (6) 肾功能异常: 少尿 (24 小时尿量 $< 400\text{ml}$ 或每小时尿量 $< 17\text{ml}$) 或血清肌酐 $> 106 \mu\text{mol/L}$; (7) 血液系统异常: 血小板 $< 100 \times 10^9/\text{L}$; 血 LDH 升高; (8) 心力衰竭、肺水肿; (9)

低蛋白血症伴胸腔积液或腹腔积液；（10）胎儿生长受限或羊水过少；（11）妊娠 34 周前发病。

3. 子痫：子痫前期孕妇抽搐不能用其他原因解释；

4. 妊娠合并慢性高血压：妊娠前或妊娠 20 周前舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ （除外滋养细胞疾病），妊娠期无明显加重；或妊娠 20 周后首次诊断高血压并持续到产后 12 周后；

5. 慢性高血压并发子痫前期：高血压孕妇妊娠 20 周以前无尿蛋白，若出现尿蛋白 $\geq 0.3\text{g}/24\text{h}$ ；高血压孕妇妊娠 20 周后突然尿蛋白增加或血压进一步升高或血小板 $<100 \times 10^9/\text{L}$ 。

根据上述分类，按照如下分级诊疗原则实施救治：

上转指征：

基层医院

发现孕妇血压升高，间隔半小时复测仍高者应转至二级医疗保健机构。

二级医疗保健机构

可处理妊娠期高血压、轻度子痫前期病人及重度子痫前期病人未合并其他脏器损害者；若妊娠合并慢性高血压患者，血压 $\geq 160/110\text{mmHg}$ 应转至三级医疗保健机构治疗。

三级医疗保健机构

重度子痫前期、慢性高血压并发子痫前期患者应在三级医疗保健机构治疗。产后病情稳定可转二级医疗保健机构随诊。

下转指征：

1. 对在三级医疗保健机构治疗稳定的妊娠期高血压、轻度子痫前期病人，可以转诊到二级医疗保健机构进行监护及继续治疗。

2. 对在二级医疗保健机构治疗后血压正常的妊娠期高血压，可以转诊到基层医疗卫生机构进行孕期检查及监护。

妊娠期肝内胆汁淤积症

妊娠期肝内胆汁淤积症分类：

1. 轻度：

(1) 血清总胆汁酸 $\geq 10 \sim 40 \mu\text{mol/L}$ ；(2) 临床症状以皮肤瘙痒为主，无明显其他症状。

2. 重度：

(1) 血清总胆汁酸 $\geq 40 \mu\text{mol/L}$ ；(2) 临床症状：瘙痒严重；(3) 伴有其他情况，如多胎妊娠、妊娠期高血压疾病、复发性 ICP、曾因 ICP 致围产儿死亡者；(4) 早发型 ICP：国际上尚无基于发病时间的 ICP 分度，但早期发病者其围产儿结局更差，也应该归入重度 ICP 中。

上转指征：

基层医院

轻度 ICP 可在成都周边医疗条件较好地区基层医院监护；其他地区轻度 ICP 均应转到二级以上设有新生儿科的医疗保健机构监护及分娩。

二级医疗保健机构

重度 ICP 可在设有新生儿科的二级及以上医疗保健机构监护及分娩。

三级医疗保健机构

重度 ICP 可在设有新生儿科的三级医疗保健机构监护及分娩。

下转指征:

1. 对在三级医疗保健机构治疗的重度 ICP, 若血清总胆汁酸 $<40 \mu\text{mol/L}$ 可以转诊到二级医疗保健机构进行监护及继续治疗。

2. 对在二级医疗保健机构治疗的轻度 ICP, 若血清总胆汁酸恢复正常可以转诊到基层医院进行监护及继续治疗。

妊娠期糖尿病

妊娠期间糖尿病包括妊娠前已确诊患糖尿病, 称“糖尿病合并妊娠”(PGDM); 和妊娠前糖代谢正常或有潜在糖耐量减退、妊娠期才出现或确诊的糖尿病, 又称为“妊娠期糖尿病(GDM)”。

上转指征:

基层医院

孕期发现 PGDM 及 GDM 无需胰岛素治疗而血糖控制达标的孕妇, 可在基层医院进行产前保健。

二级医疗保健机构

需胰岛素治疗而血糖控制达标的 GDM 或 PGDM 孕妇, 如无母

儿并发症可在二级医疗保健机构进行产前保健。

三级医疗保健机构

需胰岛素治疗而血糖控制不满意的 GDM、PGDM 孕妇或 PGDM 伴发微血管病变（糖尿病并发肾病 V 级、严重心血管病、增生性视网膜病变或玻璃体出血）或既往有不良产史者、酮症酸中毒在三级医疗保健机构进行产前保健。

下转指征：

对在三级医疗保健机构治疗稳定的 GDM、PGDM 孕妇，可以转诊到二级医疗保健机构进行监护及继续治疗。

妊娠合并甲状腺疾病

妊娠合并甲状腺疾病包括甲状腺功能减退（临床甲状腺功能减退症、亚临床甲状腺功能减退症、单纯低甲状腺素血症）、妊娠期甲状腺毒症（临床甲亢、亚临床甲亢、妊娠甲亢综合征、甲状腺高功能腺瘤、结节性甲状腺肿）、甲状腺自身抗体阳性、碘缺乏。

上转指征：

基层医院

在成都周边医疗条件较好地区，孕期发现妊娠合并甲状腺疾病病情稳定、无需药物治疗的可在基层医院进行产前保健，否则转二级医疗保健机构产前保健。

二级医疗保健机构

成都以外地区妊娠合并甲状腺疾病中的单纯低甲状腺素血症、甲状腺自身抗体阳性、亚临床甲亢、妊娠甲亢综合征、碘缺乏可在二级医疗保健机构进行产前保健，其他的转三级医疗保健机构诊疗保健；在成都周边医疗条件较好地区妊娠合并甲状腺疾病需用药物治疗控制的可在二级医疗保健机构进行产前保健，甲亢危象转三级医疗保健机构治疗。

三级医疗保健机构

甲亢危象转三级医疗保健机构治疗。

下转指征：

1. 对在三级医疗保健机构治疗后甲亢危象已控制的妊娠合并甲状腺疾病孕妇，可以转诊到二级医疗保健机构进行监护及继续治疗。

2. 对在二级医疗保健机构治疗后甲功恢复正常，不需用药的妊娠合并甲状腺疾病孕妇，可以转诊到基层医疗卫生机构进行孕期检查及监护。

妊娠合并心脏病

心脏病分类

妊娠期心脏病以风湿性心脏病、先天性心脏病比较常见，其次为妊娠高血压疾病征性心脏病、贫血性心脏病、围产期心肌病、心肌炎

心功能的分级。一般以孕妇日常体力活动耐受能力为依据，

将心脏功能分为四级，适用于各种类型心脏病。

I 级：一般体力活动不受限制。

II 级：一般体力活动略受限制，日常劳动后有疲劳、心跳、气短或胸闷等不适，休息后恢复如常。

III 级：一般体力活动显著受到限制，日常活动量少于一般体力活动即有疲劳、心跳、气短或心绞痛等不适，休息时无症状。

IV 级：休息时即有心功能不全症状，任何轻微体力活动即可致不适或加重不适，有明显心力衰竭现象。

上转指征：

基层医院

心肌炎后遗症、心律失常等心脏病变，目前无症状，无需药物治疗，心功能正常可在基层医院产前保健。

二级医疗保健机构

心脏病变较严重：心功能 I - II 级，心肌炎后遗症，心律失常需药物治疗可在二级医疗保健机构进行产前保健，III 级以上转三级医疗保健机构治疗。

三级医疗保健机构

严重心脏病变：心功能 III-IV 级，中度以上肺动脉高压（ $\geq 50\text{mmHg}$ ），右向左分流型先心，严重心律失常，风湿热活动期，各类心肌病等，转三级医疗保健机构产前保健及治疗。

下转指征：

1、对在三级医疗保健机构治疗后心功能恢复到 II 级以内的

妊娠合并心脏病孕妇，可以转诊到二级医疗保健机构进行监护及继续治疗。

2、对在二级医疗保健机构治疗后心功能恢复正常，目前无症状，无需药物治疗的妊娠合并心脏病孕妇，可以转诊到基层医院进行监护及继续治疗。

妊娠合并肝病

妊娠期肝病分类

1、妊娠期合并肝病，常见的有病毒性肝炎、药物性肝炎、胆囊炎、胆石症等。

2、妊娠期特有的肝病，可分为两种，一种为特发性，主要有妊娠期肝内胆汁淤积和妊娠期急性脂肪肝；另一种为妊娠并发症引起的肝损害，如妊娠剧吐和以溶血、肝酶增高、血小板减少为特点的 HELLP 综合症等。

上转指征：

基层医院

肝炎病毒携带者（表面抗原阳性，肝功能正常）可在基层医院产前保健

二级医疗保健机构

孕期合并急慢性肝炎、肝脏功能有损伤的可在二级医疗保健机构进行产前保健。

三级医疗保健机构

重症肝炎、肝衰竭，肝硬化失代偿、HELLP 综合征、妊娠期急性脂肪肝转三级医疗保健机构产前保健及治疗，重症肝炎可转三级综合医院或传染病医院治疗。

下转指征：

1. 对在三级医疗保健机构治疗后病情平稳的妊娠合并急慢性肝炎孕妇，可以转诊到二级医疗保健机构进行监护及继续治疗。

2. 对在二级医疗保健机构治疗后肝功恢复正常，不需用药的妊娠合并肝病孕妇，可以转诊到基层医院进行孕期检查及监护。

妊娠合并血液系统疾病

妊娠合并血液系统疾病包括妊娠合并贫血、妊娠合并血小板减少、妊娠合并血液系统肿瘤（妊娠合并白血病）。

成人血小板 $<100 \times 10^9/L$ 即可诊断血小板减少症。

孕妇外周血 $HB < 110g/L$ ，血细胞比容 <0.33 为妊娠期贫血，根据 Hb 水平分为轻度贫血（ $100-109g/L$ ）、中度贫血（ $70-99g/L$ ）、重度贫血（ $40-69g/L$ ）和极重度贫血（ $<40g/L$ ）

上转指征：

基层医院

轻度贫血、血小板减少（ $PLT 50-100 \times 10^9/L$ ）但无出血倾向可在基层医院产前保健。

二级医疗保健机构

中度贫血、血小板减少（ $PLT 50-100 \times 10^9/L$ ）并伴有出血倾向可在二级医疗保健机构进行产前保健。

三级医疗保健机构

严重的血液系统疾病，如重度贫血、再障、重度血小板减少（ $<50 \times 10^9/L$ ）或进行性下降、妊娠合并血液系统肿瘤（妊娠合并白血病）转三级医疗保健机构产前保健及治疗。孕妇及丈夫若诊断为地中海贫血，需由三级医院血液科医师及产前诊断中心评估后分级诊疗。

下转指征：

1. 对在三级医疗保健机构治疗后病情平稳，血小板 $>50 \times 10^9/L$ 的妊娠合并血小板减少的孕妇，可以转诊到二级医疗保健机构进行监护及继续治疗。

2. 对在二级医疗保健机构治疗后 $HB \geq 70g/L$ 、血小板 $>75 \times 10^9/L$ 、的妊娠合并血液系统疾病的孕妇，可以转诊到基层医院进行孕期检查及监护。

妊娠合并呼吸系统疾病

妊娠合并呼吸系统疾病常见的包括妊娠合并哮喘、妊娠合并肺结核。

临床表现哮喘可分为急性发作期、慢性持续期和临床缓解期。慢性持续期是指每周均不同频度和（或）不同程度地出现症状（喘息、气急、胸闷、咳嗽等）；临床缓解期系指经过治疗或

未经治疗症状、体征消失，肺功能恢复到急性发作前水平，并维持 3 个月以上。

上转指征：

基层医院

肺结核稳定期、哮喘者临床缓解期等呼吸系统疾病，肺功能正常，孕期未发病可在基层医院产前保健。

二级医疗保健机构

肺结核活动期到具有助产技术服务的二级传染病院进行保健及治疗；哮喘、胸廓畸形在二级医疗保健机构进行产前保健。

三级医疗保健机构

开放性、粟粒性肺结核到具有助产服务的三级传染病院进行保健及治疗；哮喘伴肺功能不全、胸廓或脊柱严重畸形转三级医疗保健机构产前保健及治疗。

下转指征：

1. 对在三级医疗保健机构治疗后病情平稳的妊娠合并呼吸系统疾病的孕妇，可以转诊到二级医疗保健机构进行监护及继续治疗。

2. 对在二级医疗保健机构治疗后肺结核进入稳定期、哮喘进入临床缓解期的孕妇，可以转诊到基层医院进行孕期检查及监护。

妊娠合并肾病综合征

增殖性或膜性增殖性肾小球肾炎、脂性肾病、狼疮肾炎、家

族性肾炎、糖尿病性肾病、梅毒、淀粉样变性、肾静脉血栓、重金属或药物中毒以及过敏等均可引起肾病综合征,发生于妊娠晚期的肾病综合征的最常见的原因是妊娠期高血压疾病。

上转指征:

基层医院

肾脏疾病病情稳定,肾功能正常可在基层医院产前保健。

二级医疗保健机构

慢性肾脏疾病伴肾功能不全代偿期(肌酐 $133-177\mu\text{mol/L}$) 在二级医疗保健机构进行产前保健。

三级医疗保健机构

急、慢性肾脏疾病伴严重高血压、蛋白尿、肾功能不全(肌酐 $>177\mu\text{mol/L}$) 转三级医疗保健机构产前保健及治疗。

下转指征:

1. 对在三级医疗保健机构治疗后病情平稳、肾功能恢复到轻度损害以内的妊娠合并肾病综合征的孕妇,可以转诊到二级医疗保健机构进行监护及继续治疗。

2. 对在二级医疗保健机构治疗后病情平稳、肾功能恢复正常的妊娠合并肾病综合征的孕妇,可以转诊到基层医院进行监护及继续治疗。

早产

早产是指妊娠满 28 周不足 37 周(196-258 日)间分娩者。此时娩出的新生儿称为早产儿,体重为 1000-2499g。为便于分

级处理，将早产按孕周分为 < 32 周， $32-36$ 周， ≥ 36 周三类。

根据上述定义，按照如下分级诊疗原则实施救治：

上转指征：

基层医院

孕期检查诊断为 ≥ 36 周的早产，胎膜早破孕妇可在基层医疗卫生机构监护及终止妊娠， < 36 周的应转到二级及以上设有新生儿科的医疗保健机构分娩。

二级医疗保健机构

孕周在 $32-36$ 周的早产应转至设有新生儿科的二级及以上医疗保健机构。

三级医疗保健机构

孕周 < 32 周的早产患者应该转至设有新生儿科的三级医疗保健机构。

下转指征：

1. 对在二、三级医疗保健机构治疗后病情平稳的先兆早产的孕妇，无宫缩，未破膜的可以转诊到基层医院进行孕期检查及监护。

2. 若保胎到 32 周以上，无感染的可以转诊到二级医疗保健机构进行监护及继续治疗。

前置胎盘

妊娠 28 周后，胎盘附着于子宫下段，甚至胎盘下缘达到或

覆盖宫颈内口，其位置低于胎先露部，称为前置胎盘。为便于分级处理，将前置胎盘按照有无合并症、并发症分为三类：

1. 单纯型：无瘢痕子宫、无其它高危因素、超声提示无植入；
2. 重症型：高龄、瘢痕子宫、有妊娠合并症及并发症；
3. 凶险型：胎盘位于子宫下段瘢痕上、超声提示胎盘植入。

根据上述定义，按照如下分级诊疗原则实施救治：

上转指征：

基层医院

孕期发现前置胎盘孕妇，应转到二级医疗保健机构进行产前保健。

二级医疗保健机构

单纯型前置胎盘在有血源或获取血源方便和设有新生儿科的二级甲等及以上医疗保健机构诊治。

三级医疗保健机构

重症型、凶险型前置胎盘在有大量血源、新生儿科及综合抢救能力的三级医疗保健机构诊治。

下转指征：

上级医疗保健机构诊治后若孕产妇和胎儿病情平稳，结合孕周和下级医疗保健机构的诊疗水平评估下转和后续随访。

胎盘早剥

根据病情严重程度，将胎盘早剥分为 3 度。

I 度：多见于分娩期，胎盘剥离面积小，患者常无腹痛或腹痛轻微，贫血体征不明显。腹部检查见子宫软，大小与妊娠周数相符，胎位清楚，胎心率正常。产后检查见胎盘母体面有凝血块及压迹即可诊断。

II 度：胎盘剥离面为胎盘面积 $1/3$ 左右。主要症状为突然发生持续性腹痛、腰酸或腰背痛，疼痛程度与胎盘后积血量成正比。无阴道流血或流血量不多，贫血程度与阴道流血量不相符。腹部检查见子宫大于妊娠周数，子宫底随胎盘后血肿增大而升高。胎盘附着处压痛明显（胎盘位于后壁则不明显），宫缩有间歇，胎位可扪及，胎儿存活。

III 度：胎盘剥离面超过胎盘面积的 $1/2$ ，临床表现较 II 度重。患者可出现恶心、呕吐、面色苍白、四肢湿冷、脉搏细数、血压下降等休克症状，且休克程度大多与阴道流血量不成正比。腹部检查见子宫硬如板，于宫缩间歇时不能松弛，胎位扪不清，胎心消失。若患者无凝血功能障碍属 IIIa，有凝血功能障碍属 IIIb。

上转指征：

基层医院

孕期发现胎盘早剥 I 度的孕妇，生命体征平稳，胎心好，应转到二级医疗保健机构进行产前保健，若生命体征不平稳，胎心异常，就地抢救。

二级医疗保健机构

孕期发现胎盘早剥 I 度的孕妇，生命体征平稳，胎心好，尽量转至就近有血源或获取血源方便和设有新生儿科的二级甲等及以上医疗保健机构诊治。

三级医疗保健机构

负责 II 度及 III 度胎盘早剥的患者的诊治及下级医院的转诊患者。

双胎妊娠

一次妊娠宫腔内同时有两个胎儿称为双胎妊娠，分为以下三类：

1. 普通双胎：没有高危因素的双绒毛膜双胎。
2. 高危双胎：具有下列危险因素的双胎：高龄、瘢痕子宫、有妊娠合并症及并发症、流产 ≥ 3 次；单绒毛膜双胎。
3. 复杂性双胎：双胎一胎死亡、双胎输血综合症（TTTS）、选择性胎儿宫内发育迟缓（SIUGR）、TRAP（双胎反向动脉灌注序列征）、TAPS（双胎贫血-多血质序列征）等。

根据上述定义，按照如下分级诊疗原则实施救治：

上转指征：

基层医院

在早孕期 B 超发现为双胎妊娠应转诊至二级医疗保健机构明确绒毛膜性，根据绒毛膜性质进行围产期保健。

二级医疗保健机构

双绒毛膜双胎妊娠无母体合并症在二甲医疗保健机构诊治。

三级医疗保健机构

发现为单绒毛膜双胎妊娠或双绒毛膜双胎妊娠合并有母体合并症、并发症或双绒毛膜双胎妊娠合并一胎畸形、一胎生长受限、双胎儿羊水量不一致、双胎儿脐血流有异常情况，应转诊至三级医疗保健机构。

高危/复杂双胎在三级医疗保健机构诊治。复杂性双胎在有胎儿医学中心的三甲医疗保健机构诊治。

巨大胎儿

胎儿体重等于或大于 4000 克者称为“巨大儿”。

上转指征：

基层医院

在产前检查发现为可疑巨大儿时转诊至二级医疗保健机构进行围产期保健。

二级医疗保健机构

巨大胎儿应在二级及以上设有新生儿科的医疗保健机构分娩。

三级医疗保健机构

有合并症的巨大胎儿在三级医疗保健机构诊治。

下转指征：

对在三级医疗保健机构治疗后病情平稳、合并症已控制的巨

大胎儿的孕妇,可转诊到二级及以上设有新生儿科的医疗保健机构进行监护及分娩。

胎儿生长受限

胎儿生长受限是指胎儿出生体重低于同胎龄平均体重的第十个百分位或两个标准差。

上转指征:

基层医院

胎儿大小估计在第十百分位时可在基层医院进行产前保健。

二级医疗保健机构

胎儿大小小于第十百分位时应转诊至二级设有新生儿科的医疗保健机构分娩。

三级医疗保健机构

胎儿大小小于第五百分位时应转诊至三级有新生儿科的医疗保健机构分娩。最好在有胎儿医学中心的三甲医疗保健机构产前保健。

下转指征:

1. 对在三级医疗保健机构治疗后好转,胎儿大小大于第五百分位小于第十百分位的胎儿生长受限的孕妇,可以转诊到二级医疗保健机构进行孕期检查及监护。

2. 对在二级医疗保健机构治疗后好转,胎儿大小估计在第十百分位时的胎儿生长受限的孕妇,可以转诊到基层医院进行孕期

检查及监护。

RH 母儿血型不合

上转指征:

基层医院

发现孕妇 RH 阴性血应转至三级医疗保健机构产前保健。

三级医疗保健机构

RH 阴性血应转在三级医疗保健机构产前保健。

RH 阴性血, 抗 D 抗体 $\geq 1:64$ 或合并有胎儿水肿或大脑中动脉血流异常, 最好在有胎儿医学中心的三甲医疗保健机构产前保健。

妊娠合并结缔组织疾病 (CTD)

结缔组织疾病 (CTD) 包括多种与自身免疫有关的慢性多系统疾病, 包括系统性红斑狼疮 (SLE)、系统性硬化症 (SSC)、类风湿性关节炎 (RA)、硬皮病、未分类的 CTD (MCTD)、抗磷脂抗体和抗磷脂综合征 (APL 阳性者)、结节性多动脉炎、干燥综合征等。妊娠合并 CTD 可能对母儿造成严重影响, 甚至可能造成不可逆的脏器损害, 需要孕前咨询, 风险评估和分层管理, 多学科协作, 个体化的产前和产后管理计划, 有经验高层次的新生儿科, 以及早期识别发作和并发症。

妊娠相对禁忌症有:

- 6 个月内有严重的结缔组织疾病的发作。
- 肺动脉高压。
- 中度至重度心脏衰竭（左心室射血分数 $<40\%$ ）。
- 严重的限制性肺病（用力肺活量 <1 升）。
- 慢性肾脏疾病 4-5 期（估计肾小球滤过率 <30 毫升/分钟）。
- 未控制的高血压。
- 前次妊娠虽然使用阿司匹林及肝素治疗，仍发生严重的早发性

子痫前期（ <28 周）。

上转指征：

基层医院

发现妊娠合并 CTD 应转至二级医疗保健机构诊治。

二级医疗保健机构

妊娠合并 CTD 病情平稳，各项抗体检查正常，无合并症的可在二级医疗保健机构进行产前保健。

三级医疗保健机构

妊娠合并 CTD 怀孕前 6 个月疾病活动，有高血压，慢性肾病，低补体血症，继发性抗磷脂综合征（APS）等合并症的转三级医疗保健机构产前保健及治疗。

下转指征：

对在三级医疗保健机构治疗后病情平稳的妊娠合并 CTD 的孕妇，可以转诊到二级医疗保健机构进行监护及继续治疗。

四川省儿科分级诊疗指南（2016年版）

为贯彻落实《国务院办公厅关于推进完善分级诊疗制度的指导意见》（国办发〔2015〕70号）和《省卫生计生委、省委宣传部、省发展改革委等6个部门关于建立完善分级诊疗制度的意见》（川卫办发〔2014〕257号）等相关精神，结合我省儿科疾病特点，以保障儿科医疗质量和医疗安全为根本，加快推进儿科分级诊疗工作，促进基层提升儿科诊疗水平，缓解群众“看病贵、看病难”问题，特制定本指南。

一、儿科分级诊疗指导原则

（一）按照《四川省综合医院评审标准》、《四川省妇幼保健机构评审标准》对医疗保健机构进行分级，不同级别的医疗保健机构承担不同疾病治疗。

（二）按照疾病的轻、重、缓、急及治疗难易程度进行分级诊疗，常见病、多发病在基层医疗机构首诊治疗，疑难病、危重病在三级医疗保健机构首诊治疗。

（三）各级医疗保健机构应当评估儿科诊疗水平，按照《新生儿病房分级建设和管理指南》要求，加强新生儿病房建设，提高儿科救治能力，在保障医疗质量和医疗安全的前提下开展分级诊疗。对于超出机构功能定位和服务能力的疾病，应为患者提供及时正确的转诊服务，根据疾病的轻重缓急及治疗的难易程度可以逐级或越级上转。儿科危急重症按照区域急救体系开展救治。

病情稳定或诊断明确适时下转，健全双向转诊机制。

（四）儿童传染病按照相关传染病管理制度及诊疗规范进行分级诊疗。

（五）医疗保健机构实施转诊应征得患儿家长同意并充分尊重自主选择权，按照就近转诊的原则，履行转诊手续。转诊前应充分评估转运的风险，将患儿的病情、转运的必要性、潜在风险等告知家属并签署知情同意书，并与上转医疗保健机构做好对接，提供详细书面诊疗记录、检查报告等必要的医疗文件，接诊医院应安排好床位。新生儿（早产儿）转诊需配备专用转运车。对病情危重患儿，短时间病情无法稳定，转运存在风险，应请相关上级医院会诊，协助诊治。对病情稳定下转的患者应制定诊疗方案，定期随访。

（六）各级卫生计生行政主管部门和医疗保健机构应主动向社会公布辖区儿科分级诊疗政策、医疗保健机构等级、诊疗范围，引导群众主动在基层就诊。

二、儿科常见疾病分级诊疗指南

儿童危重症状况

凡是满足以下情况的其中任意一条，基层医疗机构接诊识别危重症后应尽快转往三级医疗保健机构诊治。

- 1、需要气管插管机械通气或有呼吸衰竭。
- 2、心功能不全或严重心律失常：阵发性室上性心动过速合

并心衰、心房扑动和心房纤颤、阵发性室性心动过速、房室传导阻滞（II度II型以上）、心室内传导阻滞（双束支以上）；出现心室扑动和纤颤应就地抢救，病情稳定后转诊。

- 3、弥散性血管内凝血。
- 4、反复抽搐，经处理抽搐仍然持续24小时以上不能缓解。
- 5、对刺激无反应或昏迷患儿。
- 6、体温 ≤ 35 度或 > 41 度。
- 7、硬肿面积 $\geq 25\%$ 。
- 8、难治性低血糖。
- 9、有换血指征的高胆红素血症。
- 10、新生儿出生体重 $\leq 1500\text{g}$ 。
- 11、严重血液系统病病：重度贫血， $\text{Hgb} \leq 60\text{g/L}$ （新生儿 $\leq 90\text{g/L}$ ）。. $\text{PLT} \leq 40 \times 10^{12}/\text{L}$ 、 $\text{WBC} \leq 5 \times 10^9/\text{L}$ 或 $\geq 40 \times 10^9/\text{L}$ 。
- 12、休克。
- 13、难以纠正的电解质及酸碱平衡紊乱。
- 14、需要长期静脉营养的患儿。
- 15、病情危重，原因不明。
- 16、消化道畸形、或发生消化功能障碍需要进一步检查者。
- 17、严重颅内感染。
- 18、肾功能不全或影响生存的泌尿道畸形。

早产儿

早产儿指妊娠不足 37 周（258 日）娩出的新生儿。将早产按孕周分为 <28 周、28-32 周，32-34 周， ≥ 35 周四类。低出生体重儿：出生体重 <2500g；极低出生体重儿：出生体重 <1500g；超低出生体重儿：出生体重 <1000g。根据各级医疗保健机构新生儿病房级别按如下分级诊疗原则实施救治：

上转指征：

二级医疗保健机构

1、生命体征稳定的出生体重 $\geq 1500\text{g}$ 的低出生体重儿或胎龄 ≥ 32 周的早产儿的全面医疗护理。

2、生命体征异常但预计不会发展到脏器功能衰竭的病理新生儿的医疗护理；一旦出现生命体征不稳定或早产儿并发症等需及时转三级医疗保健机构。

三级医疗保健机构

1、低出生体重新生儿或胎龄 <37 周早产儿的全面医疗护理。

2、出生体重 <1000 克的超低出生体重新生儿或胎龄 <28 周的超早产儿的全面医疗护理。

3、新生儿伴有如 NRDS、颅内出血、呼吸暂停、坏死性小肠结肠炎、严重败血症、颅内感染等需较长时间提供常规机械通气或静脉高营养者。

4、严重脓毒症和各种脏器功能衰竭内科医疗护理。

5、进行计算机 X 线断层扫描术（CT）或磁共振成像（MRI）

检查。

- 6、实施脐动、静脉置管和血液置换等特殊诊疗护理技术。
- 7、高频通气和 NO 吸入治疗。
- 8、亚低温治疗。
- 9、儿科各亚专业的诊断治疗，包括：脑功能监护、支气管镜、胃镜、连续血液净化、早产儿视网膜病治疗等。
- 10、换血治疗。
- 11、实施有创循环监护。
- 12、实施体外循环支持的严重先天性心脏病修补术。
- 13、实施新生儿先天性心脏病心导管手术。
- 14、实施中、大型外科手术。

下转指征：

病情稳定但疗程不足的可下转至二级医疗保健机构巩固治疗。

新生儿缺氧缺血性脑病（HIE）

新生儿缺氧缺血性脑病是指围生期窒息等原因导致的脑缺氧缺血后的严重并发症，临床根据出生后神经系统症状及体征、结合头颅彩超、头颅影像学检查（CT 或 MRI）、脑电监测、神经功能评估等检查分为轻度、中度和重度。

上转指征：

基层医院

积极的新生儿复苏、观察识别 HIE 程度，轻中度 HIE 及时转诊至二级医疗保健机构，中重度可越级转诊至三级医疗保健机构。

二级医疗保健机构

识别及诊治轻中度 HIE，重度及时转诊至可开展亚低温治疗的三级医疗保健机构。

三级医疗保健机构

重度 HIE 或中度出现生命体征不稳定，需要亚低温治疗、呼吸支持等的危重新生儿诊治。

下转指征：

病情稳定但疗程不足的可下转至二级医疗保健机构巩固治疗。

新生儿高胆红素血症

多种因素或疾病可引起新生儿黄疸加重。根据新生儿日龄、胎龄干预标准进行干预治疗，临床干预措施主要为光疗、光疗失败换血、换血加光疗等。

根据上述定义，按照如下分级诊疗原则实施救治：

上转指征：

基层医院

监测新生儿生理性黄疸，识别病理性黄疸及时转诊至有光疗设备的二级医疗保健机构。

二级医疗保健机构

接受及诊治基层医院转诊患儿，根据《不同孕周不同日龄的新生儿黄疸干预标准》诊治新生儿，并针对病因进行治疗；光疗失败需要换血或有换血治疗高危因素者、出现胆红素脑病高危因素者应及时转诊至有换血条件的三级医疗保健机构。

三级医疗保健机构

接受及诊治二级医疗保健机构转诊患儿，根据《不同孕周不同日龄新生儿黄疸干预标准》诊治光疗失败需换血或换血加光疗的重度患儿；根据《不同胎龄/出生体重早产儿黄疸干预标准》诊治早产儿黄疸；同时进行黄疸病因的诊断和治疗。

新生儿感染性肺炎

新生儿感染可发生在出生前、出生时及出生后，病原体主要为细菌及病毒，少数由真菌、衣原体等引起。多数患儿有体温不升或发热、反应低下、拒奶等全身症状，出现气急、口吐白沫、鼻翼煽动、呻吟、发绀、呼吸困难等，重症易发生呼吸衰竭。胸片根据不同病原有相应改变。

根据上述定义，按照如下分级诊疗原则实施救治：

上转指征：

基层医院

根据临床症状识别新生儿肺炎，及时转诊至上级医院。

二级医疗保健机构

轻度新生儿肺炎，患儿一般情况良好，可以在二级医疗保健机构治疗，一旦出现各脏器功能损伤或肺部炎症加重可能需要机械通气的患者，应及时转诊至三级医疗保健机构治疗。

三级医疗保健机构

接受及诊治二级医疗保健机构转诊的患儿，新生儿重症肺炎的诊断及治疗。

下转指征：

病情稳定但疗程不足的可下转至二级医疗保健机构巩固治疗。

社区获得性肺炎（CAP）

社区获得性肺炎是指原本健康的儿童在医院外获得的感染性肺炎。根据病情分为轻度肺炎（以呼吸系统症状为主）、重症肺炎（有严重并发症或过高热或体温不升）。

根据上述定义，按照如下分级诊疗原则实施救治：

上转指征：

基层医院

- 1、轻度 CAP，患儿精神反应好，无呼吸困难的患儿。
- 2、治疗 48h 无好转及病情进展必须及时转二级医疗保健机构治疗。重症肺炎直接转二级或三级医疗机构。

二级医疗保健机构

接受及诊治基层医疗保健机构转诊患儿，如果出现持续高热

或明显呼吸困难表现，精神反应差，合并有脑炎、心肌炎、肾功能等改变时应及时转三级医疗保健机构诊治。

三级医疗保健机构

重症肺炎需要呼吸支持者为三级医疗保健机构首诊。

下转指征：

病情缓解但疗程不足可转二级医疗保健机构治疗。

腹泻病

腹泻病是指小儿每日大便超过三次，伴有性状的改变，尤以粪便的性状改变为主要诊断依据。

根据上述定义，按照如下分级诊疗原则实施救治：

上转指征：

基层医院

小儿诊断为腹泻病，但没有明显的感染中毒症状，不伴中重度脱水及电解质紊乱，尿量正常，进食正常，可在基层医院就诊。

如治疗后症状无明显缓解或伴有尿量减少，精神差，或伴有中重度脱水则应转二级医疗保健机构诊治。

二级医疗保健机构

小儿腹泻病在二级医疗保健机构治疗无好转或诊断腹泻病伴有重度脱水、严重电解质紊乱及酸碱失衡，精神反应差，合并有脑炎、心肌炎、肾功能改变应及时转三级医疗保健机构诊治。

三级医疗保健机构

小儿腹泻病合并重度脱水、严重电解质紊乱及酸碱失衡，或合并有心、脑、肾等脏器功能损害；年龄小于三个月的婴儿如出现严重呕吐影响生长发育、大便反复带粘液脓血及严重腹胀的患儿。

存在如下基础疾病者（免疫缺陷、解剖性或功能性无脾、糖皮质激素或免疫抑制剂治疗、肾上腺皮质增生症等）应及时转三级医疗保健机构诊治。

下转指征：

病情缓解，脱水纠正，精神好转，可下转至二级医疗保健机构巩固治疗。

急性感染后急性肾小球肾炎

急性感染后急性肾小球肾炎简称急性肾炎，其临床特点为急性起病，以血尿、蛋白尿、高血压、水肿、少尿（或无尿）以及氮质血症肾功能不全等，病前1周-3周常有前驱感染（如上呼吸道或皮肤软组织有感染史）。其病因多样，临床上常见的为链球菌感染后急性肾炎，该病起病时常伴有血中补体C3下降，8周后恢复正常。

根据上述定义，按照如下分级诊疗指南实施救治：

上转指征：

基层医院

上呼吸道或皮肤软组织感染后出现血尿、水肿或蛋白尿，如

血压升高（学龄前 $>120/80\text{mmHg}$ ，学龄期 $>130/90\text{mmHg}$ ，成人 $>140/90\text{mmHg}$ ）、少尿、肾功能异常或水肿严重者转至二级或以上医疗保健机构。

二级医疗保健机构

少尿/无尿、或肾功能进行性恶化、或严重水肿或合并心脑血管并发症、或大量蛋白尿（ $>2.5\text{g/d}$ ）、或C3持续降低超过1月者转至三级医疗保健机构。

三级医疗保健机构

肾脏替代治疗，需肾活检确定诊断者或需使用糖皮质激素及免疫抑制剂者。

下转指征：

若病情稳定，治疗方案确定或不需要糖皮质激素、肾功能稳定者，在二级医疗保健机构或基层医院治疗和随诊。

肾病综合征

肾病综合征是以大量蛋白尿、低蛋白血症、高脂血症和水肿为其主要特点的临床综合征。分原发性、继发性和先天性三种类型。根据临床表现可分为单纯型和肾炎型。

上转指征：

基层医院

尿检发现患儿有蛋白尿应及时转二级医疗保健机构进一步检查以明确诊断。

二级医疗保健机构

初次诊断肾病综合征患儿，若能除外继发因素，确诊为原发性单纯型肾病者可行正规足量泼尼松治疗；但若4周尿蛋白未转阴应及时转三级医疗保健机构进一步诊治。如考虑为肾炎型肾病综合征，建议转三级医疗保健机构治疗。

三级医疗保健机构

原发性肾病激素依赖、激素耐药、频复发的患儿进行进一步诊治，必要时行肾活检病理检查。

下转指征：

若病情稳定，治疗方案确定，可以下转至二级医疗保健机构治疗及随访。

泌尿系感染

泌尿系感染是由病原微生物直接侵入下尿道（尿道、膀胱）与上尿道（肾盂、肾实质）而引起炎症的总称。儿童泌尿道感染临床上难以定位，且常伴有尿道畸形、结石、及膀胱输尿管返流。

根据上述定义，按照如下分级诊疗原则实施救治：

上转指征：

基层医院

所有疑似泌尿系感染患儿应转二级医疗保健机构行中段尿培养明确诊断。

二级医疗保健机构

儿童尿路感染难以定位，如果能完全区别下尿路感染和肾盂肾炎则可在二级医疗保健机构治疗，否则建议转三级医疗保健机构就诊；伴有发热的尿路感染应转三级医疗保健机构就诊；复发性尿路感染、急性肾盂肾炎均应尽早转三级医疗保健机构进一步诊治。

三级医疗保健机构

急性肾盂肾炎、复杂性尿路感染、慢性尿路感染应转至具备B超、静脉肾盂造影、排泄性膀胱尿路造影、核素肾静态扫描等条件的三级医疗保健机构进一步诊治。

除以上疾病外，对于IgA肾病、遗传性肾炎、各种继发性肾小球疾病、肾小管疾病、孤立性血尿、孤立性蛋白尿、血尿伴随蛋白尿、急、慢性肾功能衰竭等疾病因需一些特殊诊疗设备及技术，故患儿应转至三级医疗保健机构诊治。

下转指征：

病情缓解但疗程不足可转二级医疗保健机构治疗。

过敏性紫癜

过敏性紫癜是以小血管炎为主要病变的系统性血管炎。临床特点为血小板不减少性紫癜，常伴关节肿痛、腹痛、便血、血尿和蛋白尿。根据临床特点不同分为皮肤型、关节型、胃肠型及混合型；

根据上述定义，按照如下分级诊疗原则实施救治：

上转指征:

基层医院

过敏性紫癜（皮肤型）可在基层医疗保健机构观察及诊疗。如出现其它合并症状应转诊二级医疗保健机构。

二级医疗保健机构

过敏性紫癜（关节型）及过敏性紫癜（胃肠型）症状轻者可在二级医疗保健机构诊治，症状重者（如腹痛难以控制，消化道出血等）应转诊三级医疗保健机构。

三级医疗保健机构

除单纯皮肤型外，合并其它系统损害者，特别是过敏性紫癜肾炎，或反复发作的过敏性紫癜。

下转指征:

除紫癜性肾炎外，过敏性紫癜若病情稳定，诊断明确，治疗方案确定，可以下转至二级医疗保健机构治疗及随访。

支气管哮喘

支气管哮喘是由多种细胞，包括炎性细胞、气道结构细胞和细胞组分参与的气道慢性炎症性疾病。常在夜间和（或）清晨发作或加剧，多数患儿可经治疗或自行缓解。哮喘可分为三期：急性发作期、慢性持续期和临床缓解期。根据急性发作期病情严重程度可分为轻度、中度、重度及危重度；

根据上述定义，按照如下分级诊疗原则实施救治：

上转指征:

基层医院

- 1、轻度哮喘发作，在基层医院进行治疗。
- 2、患儿出现中度以上哮喘发作，以及轻度哮喘发作经治疗仍反复发作喘息的患儿需转二级医疗保健机构治疗。
- 3、对怀疑哮喘尚未确诊的患儿需转二级以上医疗保健机构确诊。

二级医疗保健机构

接受基层医疗保健机构转诊患儿，对中度哮喘发作患儿进行诊治。重度、危重度哮喘急性发作者、及经本级别医院系统治疗仍反复发作喘息的患儿需转三级医疗保健机构治疗。

三级医疗保健机构

接受二级医疗保健机构转诊病人，并对下级医院转诊的未确定诊断的哮喘患儿进行确诊和哮喘治疗方案的制定。重度、危重症哮喘发作的急救。

下转指征:

- 1、基层医疗保健机构如有对儿童哮喘诊疗随访有经验的医生，可对经上级医疗保健机构确诊的哮喘患儿进行临床缓解期的随访。
- 2、患儿病情缓解，或已明确诊断和哮喘治疗方案确定可转二级医疗保健机构维持治疗或随访。

心肌炎

心肌炎是由各种感染或其它原因引起的心肌间质炎症细胞浸润和邻近的心肌细胞坏死，导致心功能障碍和其它系统损害的疾病。心肌炎的临床表现轻重悬殊很大，轻者可以无症状，极重者可以出现心源性休克或急性充血性心力衰竭，于数小时或数日内死亡。

根据上述特点，按照如下分级诊疗原则实施救治：

上转指征：

基层医院

- 1、临床诊断明确，生命体征平稳的患儿。
- 2、如有心肌酶、肌钙蛋白异常者转二级或三级医疗机构治疗。

二级医疗保健机构

- 1、经治疗后，病情稳定、进入康复期；或诊断明确，仅需常规治疗及随访，不需特殊治疗者。
- 2、出现以下情况者应及时转诊至三级医疗保健机构。

三级医疗保健机构

1. 出现心功能不全，心源性休克或心脑血管综合征。
2. 超声或X线示心脏扩大、或心包积液。
3. 心电图明显异常，如窦房传导阻滞，房室传导阻滞，完全右或左束支阻滞，成联律、多形、多源成对或并行性早搏、非房室结及房室折返引起的异位性心动过速、低电压及异常Q波。

4. 伴有多脏器功能损害。
5. 治疗效果欠佳、或加重。
6. 诊断不明的疑难病例。

下转指征:

生命体征平稳;经治疗后,病情稳定进入康复期;诊断明确,仅需常规保心治疗及随访,不需特殊治疗者可下转至二级医疗保健机构治疗。

心律失常

如果心脏激动的形成、频率或传导不正常,均可导致心律失常发生。同一性质的心律失常可由不同病因引起,对血液动力学的影响因患儿具体情况而不同。

根据上述定义,按照如下分级诊疗原则实施救治:

上转指征:

基层医院

临床诊断明确,生命体征平稳,暂时无需特殊药物或其他治疗的患儿。

二级医疗保健机构

- 1、病情稳定进入康复期。
- 2、诊断明确,仅需常规治疗及随访,不需特殊治疗的患儿。

三级医疗保健机构

- 1、诊断不明的疑难病例。

2、伴有心功能不全，心源性休克或心脑血管综合征。

3、伴有心脏长大、或心包积液。

4、伴有器质性心血管疾病、或其他器官系统疾病。

5、系严重心律失常，即可以引起严重血流动力学障碍、短暂意识丧失或猝死等危急状态的心律失常，如：窦性停搏、窦性静止、III度房室传导阻滞、室速、室扑、室颤、房速、房扑、房颤、室上速等，应就地抢救。

6、治疗效果欠佳、或加重。

下转指征：

生命体征平稳；经治疗后，病情稳定、进入康复期；或诊断明确，仅需常规治疗及随访，不需特殊治疗者可下转至二级医疗保健机构治疗和随访。

先天性心脏病

先天性心脏病是胎儿时期心脏及大血管发育异常而致的先天畸形，是小儿最常见的先天性疾患，目前绝大多数先天性心脏病可以通过治疗获得痊愈，早期准确诊断和正确处理是挽救先天性心脏病患儿的关键。

根据上述定义，按照如下分级诊疗原则实施救治：

上转指征：

基层医院

临床诊断明确，生命体征平稳，暂时无需特殊药物或其他治

疗的患儿。

二级医疗保健机构

经治疗后，病情稳定、心功能良好，进入康复期；或诊断明确，仅合并一般感染，不需特殊专科治疗。

三级医疗保健机构

1、需要介入治疗的病人，包括：房间隔缺损、室间隔缺损、动脉导管未闭、肺动脉瓣狭窄、冠状动脉瘘等其他心血管畸形。

2、复杂先心病或伴有重度肺动脉高压的左向右分流先心病，外科手术前需要行介入诊断了解心血管畸形或血流动力学参数。

3、复杂先心病，外科手术前、后需要介入治疗扩张血管或瓣膜、安放血管支架、堵闭侧枝等。

4、介入或外科手术治疗后并发症，如残余漏、严重传导阻滞等。

5、伴有心功能不全，心源性休克或心脑血管综合征。

6、伴有心包积液、或心律失常。

7、有严重并发症，如：重症肺炎、感染性心内膜炎、重度肺动脉高压、脑栓塞或脑脓肿、咯血、严重或频繁缺氧发作等。

8、治疗效果欠佳、或加重。

9、诊断不明确的疑难病例。

下转指征：

若生命体征平稳；介入手术后无严重并发症，不需特殊治疗；经治疗后，病情稳定、进入康复期；或诊断明确，仅需常规治疗

及随访，不需特殊治疗者可下转至二级医疗保健机构随访和治疗。

热性惊厥

热性惊厥是指6岁以内儿童（不包括新生儿）在非中枢神经系统感染所致发热而诱发出出现的惊厥。首次发作多见于6个月至3岁儿童。根据临床表现分为简单型和复杂型；

根据上述定义，按照如下分级诊疗原则实施救治：

上转指征：

基层医院

已确诊为热性惊厥的患儿，再次因非中枢神经系统感染所致发热而诱发出出现的惊厥，可在基层医院治疗。

二级医疗保健机构

1、首次因发热伴有惊厥，精神状况好，**神经系统体征阴性**，且能进行脑脊液等检查，可在二级医疗保健机构治疗。

2、不能进行常规脑电图、头颅MRI等检查，复杂型热性惊厥及频繁或反复热性惊厥患者，应转诊至三级医疗保健机构。

三级医疗保健机构

1、需要进行脑电图及头颅MRI等检查的患儿

2、复杂型热性惊厥及频繁或反复热性惊厥患者或难以控制的抽搐。

3、因发热伴有惊厥的患儿精神状况差，伴有头痛呕吐、神经系统体征阳性且诊断不明的患儿。

下转指征:

经治疗后,病情稳定进入康复期;或诊断明确,仅需常规治疗及随访,不需特殊治疗者可下转至二级医疗保健机构随访和治疗。

化脓性脑膜炎

由细菌引起的脑膜炎称化脓性脑膜炎,常见致病菌随年龄而异,新生儿期主要为大肠杆菌、金黄色葡萄球菌,婴幼儿期为肺炎链球菌及流感杆菌,年长儿为肺炎链球菌及金黄色葡萄球菌。新生儿表现为面色差、精神萎靡、拒食,两眼凝视,或发生惊厥;2个月-2岁婴儿表现发热、呕吐、嗜睡、惊厥,囟门未闭者出现囟门饱满;2岁以上儿童有发热、头痛、呕吐,继而出现嗜睡、惊厥等临床表现。

根据上述定义,按照如下分级诊疗原则实施救治:

上转指征:

基层医院

早期识别化脓性脑膜炎,及时转二级医疗保健机构进一步诊治。

二级医疗保健机构

1、接收基层医院转诊的患儿,若在治疗过程中出现病情加重或反复:逐渐加重意识障碍,难以控制的抽搐等;治疗效果不佳或并发症的出现如:硬膜下积液,脑积水,脑室管膜炎等应及

时转三级医疗保健机构诊治。

2、不能进行脑脊液及血液培养+药敏试验时建议转三级医疗保健机构诊治。

三级医疗保健机构

接收二级医疗保健机构转诊的化脓性脑膜炎患儿；伴有明显的头痛呕吐；生命体征不稳定；难以控制的抽搐或反复高热；意识障碍；神经功能障碍如颅神经损害、瘫痪等；合并多系统损害。

下转指征：

若化脓性脑膜炎诊断明确，治疗方案已确定，但治疗疗程不够，存在需长期住院治疗病例，包括：化脓性脑膜炎遗留吞咽功能问题需管道喂养、静脉营养支持，需要长期康复训练者可下转至二级医疗保健机构治疗。

特发性血小板减少性紫癜（ITP）

ITP为儿童期常见的出血性疾病，临床表现为血小板减少，皮肤、粘膜出血，偶伴有内脏出血，病程多自限性；根据病程不同分为急性型和慢性型；重症患儿血小板 $<20 \times 10^9/L$ ，可伴严重粘膜出血，或3个以上部位出血，或因出血严重而致 $HB < 60g/L$ ，最严重时可伴发颅内出血。中度患儿血小板 $<50 \times 10^9/L$ ，皮肤粘膜瘀斑瘀点，无广泛出血。轻度患儿血小板 $<100 \times 10^9/L$ ，皮肤粘膜瘀斑瘀点。

根据上述定义，按照如下分级诊疗原则实施救治：

上转指征:

基层医院

轻度患儿,若出现血小板进行性下降及时转诊至上级医疗保健机构。

二级医疗保健机构

- 1、接受基层医院转诊的患儿;中度患儿给予积极治疗。
- 2、若治疗效果不佳,出现血小板持续下降、广泛出血倾向或可疑颅内出血者或重症患儿,立即转诊至三级医疗保健机构。

三级医疗保健机构

接受二级医疗保健机构转诊的患儿或重度ITP患儿的诊治。

下转指征:

生命体征平稳;经治疗后,病情稳定;或诊断明确,仅需常规治疗及随访,不需特殊治疗者可下转至二级或基层保健机构治疗和随访。

信息公开选项：主动公开

抄送：国家卫生计生委。

四川省卫生和计划生育委员会办公室

2016 年 5 月 3 日印发
