

妇科、产科、儿科常见病种入出院参考标准和转诊 指导原则（试行）

目 录

第一部分 产科疾病	1
一、计划性剖宫产	1
二、中央型前置胎盘	2
三、妊娠中期引产	3
四、宫缩乏力导致产后出血	3
第二部分 妇科疾病	4
一、输卵管妊娠	4
二、宫颈癌	6
三、子宫肌瘤	7
四、卵巢良性肿瘤	8
五、子宫腺肌病	8
第三部分 儿科疾病	9
一、儿内科疾病	9
（一）母婴 ABO 血型不合溶血病	9
（二）胃食管反流病	10
（三）消化性溃疡	11

（四）轮状病毒性肠炎	12
（五）支气管肺炎.....	13
（六）急性链球菌感染后肾小球肾炎.....	15
（七）过敏性紫癜.....	16
（八）儿童急性淋巴细胞白血病（初治期）	17
（九）儿童急性早幼粒细胞白血病（初治期）	19
（十）血友病.....	20
（十一）儿童获得性再生障碍性贫血.....	21
（十二）重症肌无力	22
（十三）热性惊厥.....	23
（十四）吉兰-巴雷综合征	24
（十五）传染性单核细胞增多症	25
（十六）病毒性脑炎	27
二、儿外科疾病	28
（一）肠套叠.....	28
（二）先天性肥厚性幽门狭窄	29
（三）先天性肠旋转不良.....	30
（四）急性化脓性阑尾炎.....	31
（五）梅克尔憩室.....	32

(六) 先天性巨结肠	33
(七) 先天性肛门直肠畸形(中低位)	34
(八) 先天性胆总管囊肿	34
(九) 肾盂输尿管连接不全梗阻性肾积水	35
(十) 尿道下裂	36
(十一) 隐睾 (可触及型)	37
(十二) 肾母细胞瘤 (I - II 期)	38
(十三) 发育性髋脱位	38
(十四) 先天性肌性斜颈	39
(十五) 先天性马蹄内翻足	40

本文中入院标准主要适用于有能力收治该病种患者的三级医院；转诊原则主要用于指导三级医院将经过治疗、病情稳定且未达到出院标准的患者，转入下一级医疗机构继续住院治疗；经医疗机构治疗后，病情稳定且不需要住院治疗的患者，医疗机构根据出院标准安排患者出院。

第一部分 产科疾病

一、计划性剖宫产

计划性剖宫产术是指具有剖宫产手术指征，孕妇及胎儿状态良好，有计划、有准备的前提下，先于分娩发动的择期手术。因妊娠 39 周前的剖宫产手术，新生儿发生呼吸道感染并发症的风险较高，除双胎或多胎妊娠及前置胎盘等外，计划性剖宫产手术不建议在妊娠 39 周前实施。包括再次剖宫产和有指征剖宫产。

【ICD-10】082.000

【诊断标准】

符合下述因素之一拟行剖宫产终止妊娠者：

1. 头盆不称者；
2. 瘢痕子宫：2 次及以上剖宫产手术后再次妊娠者；既往子宫肌瘤剔除术穿透宫腔者；
3. 胎位异常：胎儿横位，初产足月单胎臀位（估计胎儿出生体质量>3500g 者）及足先露；
4. 前置胎盘及前置血管：胎盘部分或完全覆盖宫颈内口者及前置血管者；
5. 双胎或多胎妊娠：第 1 个胎儿为非头位；复杂性双胎妊娠；连体双胎、多胎妊娠者；
6. 孕妇存在严重合并症和并发症：如合并心脏病、呼吸系统疾病、重度子痫前期或子痫、急性妊娠期脂肪肝、血小

板减少及重型妊娠期肝内胆汁淤积症等，不能承受阴道分娩者；

7. 巨大儿：估计胎儿出生体质量>4 000 g 者；

8. 孕妇要求的剖宫产；

9. 外阴疾病及产道畸形不宜阴道分娩者；

10. 妊娠合并肿瘤：如妊娠合并子宫颈癌、巨大的子宫颈肌瘤、子宫下段肌瘤等。

【入院标准】

1. 在保障母儿安全的前提下，于拟定终止妊娠前一天入院；

2. 存在严重妊娠合并症和并发症需要治疗缓解后终止妊娠者适时入院。

【出院标准】

一般情况及切口愈合良好，子宫复旧、恶露及体温正常。

二、中央型前置胎盘

【ICD-10】044.004

【诊断标准】

1. 妊娠晚期（少数在妊娠中期）无痛性、无诱因的反复阴道流血；

2. B 型超声或核磁共振显示胎盘附着于子宫下段并完全

覆盖子宫颈内口。

【入院标准】

1. 反复性阴道出血者急诊入院治疗；
2. 无出血者在保障孕妇安全和胎儿成熟前提下适时入院终止妊娠。

【出院标准】

1. 阴道出血停止且病情稳定并孕周不足 34 周者；
2. 分娩或剖宫产后（符合计划剖宫产出院标准）。

三、妊娠中期引产

【ICD-10】 004.901

【诊断标准】

确诊宫内妊娠，因各种原因不宜继续妊娠。

【入院标准】

中期妊娠，要求终止妊娠而无禁忌症者，和/或因疾病不宜继续妊娠者。

【出院标准】

宫腔内容物排出，病情平稳，阴道流血不多。

四、宫缩乏力导致产后出血

【ICD-10】 062.201, 072.101

【诊断标准】

胎儿娩出后 24 小时内阴道出血量 > 500ml, 一般多发生在产后 2 小时内。

【入院标准】

符合本诊断标准。

【出院标准】

出血控制, 病情平稳, 阴道流血不多, 血常规检查 Hb > 70g/L 以上。

第二部分 妇科疾病

一、输卵管妊娠

【ICD-10】 000.1

【诊断标准】

1. 病史: 多有停经史, 可伴阴道不规则流血和腹痛。输卵管妊娠破裂时可有下腹一侧突发性持续性剧痛或隐痛, 伴肛门坠胀, 严重者可出现失血性休克。部分患者无明显停经史;

2. 体格检查: 腹腔内出血时下腹部有压痛、反跳痛, 患侧为重, 可伴轻微肌紧张。移动性浊音可阳性, 少数可扪及包块;

3. 盆腔检查: 后穹窿饱满, 有触痛, 宫颈举痛。子宫正

常大小或略大，略软，子宫一侧可触及包块；

4. 后穹窿或腹腔穿刺抽出暗红色不凝血；
5. 尿妊娠试验阳性，或血 HCG 升高；
6. B 超检查显示一侧输卵管异常回声或有妊娠囊、胚芽、原始心血管搏动，或盆腔内见游离液体；
7. 腹腔镜检查见输卵管增粗，呈紫蓝色或有破口，盆腹腔积血。
8. 腹腔镜检查中见绒毛组织或组织病理学检查证实。

【入院标准】

疑诊本病，即可入院。

【转诊原则】

入院后经术前检查生命体征平稳，无内出血征象、排除间质部妊娠，且输卵管部位肿块最大直径 $< 2\text{cm}$ ，血 HCG $< 2000\text{U/L}$ 可转下级医院门诊随访或住院观察。

【出院标准】

1. 手术治疗后：如行保守性手术，术后第一天病情稳定，血 HCG 下降 $> 50\%$ ；如行输卵管切除术，见妊娠物位于输卵管内，病情稳定，可予出院。

2. 非手术者病情稳定，如行药物治疗，治疗后一周，血 HCG 下降 $> 25\%$ 可予出院。

二、宫颈癌

【ICD-10】C53.900, C53

【诊断标准】

1. 症状：接触性出血或不规则流血，可有白带增多、白带带血，阴道排液。晚期患者阴道流血或排液恶臭，可伴有疼痛、贫血、消瘦等恶液质现象；

2. 体征：早期宫颈癌宫颈可呈轻至重度糜烂，外生型呈菜花或息肉状；内生型则宫颈肥大、质硬。晚期宫颈癌病灶可呈结节、溃疡、菜花、空洞状。宫旁累及时可触及增厚、质硬、甚至冰冻骨盆；

3. 辅助检查：宫颈细胞学(防癌涂片或 TCT)、HPV、阴道镜检查或宫颈锥切 (LEEP 或冷刀锥切)；

4. 组织病理学检查证实。

临床分期执行 FIGO 分期标准。

【入院标准】

明确诊断，需住院治疗者。

【转诊原则】

1. 经手术治疗后，病情稳定，但仍需住院观察排除近期手术并发症或进一步康复者可转至下一级医院住院治疗；

2. 非手术治疗患者，放疗或化疗后病情稳定或缓解，不需要进一步手术治疗可转至下一级医院门诊随访或住院观察。

【出院标准】

治疗后病情稳定，不再需要住院观察。

三、子宫肌瘤

【ICD-10】 D25.900 M88900/0， D25.000 M88900/0，
D25.200 M88900/0, D25.100 M88900/0

【诊断标准】

1. 症状：可有经期延长、经量增多、压迫症状、白带增多、腹痛、腰酸、下腹坠胀，可伴不孕、继发性贫血等。也可无症状，体检发现子宫肌瘤；

2. 妇科检查：子宫不规则增大，质硬，表面凸凹不平，单个或多个结节突起。若为粘膜下肌瘤，有时可见宫颈口有实质肿块突出，表面暗红色，可伴有溃疡、坏死；

3. 辅助检查：影像学检查可协助诊断；

4. 术后病理检查证实。

具备第 1、 2 、 3 项可诊断，兼有第 4 项可确诊。

【入院标准】

1. 诊断明确，需要手术者。

2. 诊断明确，拒绝手术，阴道出血多致重度贫血，入院纠正贫血。

【出院标准】

治疗后病情稳定。

四、卵巢良性肿瘤

【ICD-10】D27. x00

【诊断标准】

1. 症状：自行扪及或检查发现盆腔包块，或有腹胀及压迫症状。卵巢性索-间质肿瘤可伴有月经紊乱症状；
2. 妇科检查：在子宫一侧或双侧触及囊性或实性肿物。在蒂扭转或破裂时，则突发下腹剧痛，检查可触及包块，可伴有压痛甚至反跳痛；
3. 影像学检查可辅助诊断；
4. 肿瘤标记物检测可辅助诊断。

【入院标准】

1. 疑诊需入院手术治疗。
2. 疑并发扭转、破裂等需急诊入院。

【出院标准】

治疗后病情稳定。

五、子宫腺肌病

【ICD-10】N80. 001

【诊断标准】

1. 症状：痛经进行性加重，经量增多；
2. 妇科检查：子宫均匀性增大或有局限性结节隆起，质

地硬，或有压痛；

3. 血清 CA125 检测可协助诊断；

4. 影像学可协助诊断。

【入院标准】

1. 临床症状严重，非手术治疗无效，需手术治疗。

2. 出血症状严重，致重度贫血，拒绝手术，予纠正贫血治疗。

【出院标准】

手术后病情稳定。

第三部分 儿科疾病

一、儿内科疾病

(一) 母婴 ABO 血型不合溶血病

【ICD-10】P55.1

【诊断标准】

1. 黄疸出现早，进展快，或黄疸程度重，达到病理性黄疸诊断标准；

2. 母婴 ABO 血型不合；

3. 实验室检查有血红蛋白下降、网织和/或有核红细胞升高、高间接胆红素血症等溶血依据；

4. 母子交叉免疫试验符合以下任意一条：

(1) 直接 Coombs (抗人球蛋白) 试验阳性；

- (2) 抗体释放试验阳性;
- (3) 子血清抗体筛查阳性, 并结合临床;
- (4) 母孕期抗 A 或抗 B IgG 效价明显升高, 滴度 $\geq 1: 64$, 并结合临床。

【入院标准】

- 1. 黄疸出现早, 进展快, 或黄疸程度重, 达到病理性黄疸诊断标准;
- 2. 存在贫血;
- 3. 存在母婴 ABO 血型不合条件。

【转诊原则】

- 1. 黄疸未完全消退, 需要临床干预 (如光疗), 但不需换血治疗;
- 2. 贫血, 但血红蛋白大于 80g/L 。
- 3. 生命体征稳定, 但需要临床监测。

【出院标准】

- 1. 血清胆红素稳定下降, 结束光疗 24-48 小时后, 胆红素仍低于需要临床干预的黄疸标准;
- 2. 血红蛋白稳定, 大于 80g/L , 不需要输血;
- 3. 患儿一般情况好, 生命体征平稳。

(二) 胃食管反流病

【ICD-10】K21

【诊断标准】

1. 无明显系统性疾病的频繁呕吐、反复发作的慢性呼吸道感染、治疗无效的哮喘、胸部及上腹痛、喂养困难、不明原因的营养不良、发育停滞等表现，应考虑胃食管反流病的可能；

2. 食管 24 小时 pH 监测和/或阻抗监测阳性；
3. 食管压力测定下食管括约肌压力降低；
4. 胃镜或食管镜检查发现食管黏膜破损；
5. 上消化道钡餐造影显示反流。

【入院标准】

1. 临床症状严重，影响患儿生活、学习质量；
2. 出现消化道出血等并发症；
3. 出现反复呼吸道感染、哮喘、吸入性肺炎；
4. 并发重度营养不良和/或严重生长迟缓。

【出院标准】

1. 临床症状有所缓解；
2. 出血等并发症得到控制且不需要外科干预。

(三) 消化性溃疡

【ICD-10】K25-K27

【诊断标准】

1. 病史：反复腹痛、恶心、呕吐，尤其是出现消化道出

血，或原因不明的进行性贫血的患儿，应考虑到消化性溃疡可能；

2. 体征：剑突下或脐周压痛，并发穿孔可伴腹膜炎体征；

3. 实验室检查：上消化道钡餐造影发现溃疡征象；胃镜检查发现溃疡灶，幽门螺杆菌检测可阳性。

【入院标准】

1. 临床症状严重，影响患儿生活、学习质量；

2. 考虑存在出血、穿孔或幽门梗阻等并发症。

【出院标准】

1. 腹痛，呕吐等临床症状缓解；

2. 无活动性出血，血红蛋白稳定；

3. 相关并发症得到纠正。

(四) 轮状病毒性肠炎

【ICD-10】A08.0

【诊断标准】

1. 病史：腹泻，大便为黄稀便、水样或蛋花汤样，伴或不伴发热、呕吐；

2. 体征：有或无脱水征，肠鸣音活跃；

3. 实验室检查：大便常规镜检正常，或见少许白细胞，无吞噬细胞；血常规白细胞正常或轻度升高；大便轮状病毒检测阳性可确诊。

【入院标准】

诊断明确，出现重度脱水、严重电解质紊乱、代谢性酸中毒或并发严重器官受累（心肌、肝、肾、中枢神经系统等）。

【出院标准】

1. 体温正常，精神食欲好转，腹泻好转；
2. 无呕吐；
3. 脱水纠正；
4. 血电解质检测正常；
5. 并发症好转。

（五）支气管肺炎

【ICD-10】 J18.0

【诊断标准】

1. 典型临床表现：发热、咳嗽、咳痰及气促，肺部闻及固定中细湿啰音；

2. 胸部 X 线：沿支气管分布的小斑片状肺实质浸润阴影，以两肺底部、中内带及心膈角较多，由于细支气管的阻塞，可发生局部肺不张或肺气肿；

3. 重症肺炎的诊断标准：

- （1） 一般情况差；
- （2） 有拒食或脱水征；
- （3） 有意识障碍；

- (4) 呼吸频率明显增快 (婴儿 >70 次/分, 年长儿 >50 次/分);
- (5) 有呼吸困难 (呻吟、鼻翼扇动、三凹征);
- (6) 肺浸润范围累及多肺叶或 $\geq 2/3$ 肺叶;
- (7) 有胸腔积液;
- (8) 血氧饱和度 $\leq 92\%$;
- (9) 有肺外并发症。

符合以上任何一项即可诊断。

【入院标准】

1. 符合重症肺炎的诊断标准;
2. 持续高热 3-5 天, 或肺炎经过经验性治疗效果不满意,;
3. 并存有先天性心脏病、支气管肺发育不良、先天性呼吸道畸形、重度营养不良、重度贫血、神经-肌肉病变等基础疾病者;
4. 3 月龄以下。
5. 胸片等影像学资料证实双侧或多肺叶受累或肺叶实变并肺不张、胸腔积液或短期内病变进展者。

【转诊原则】

病情缓解, 疗程不足, 仍需继续静脉治疗者。

【出院标准】

体温正常, 呼吸平稳, 症状、体征较入院时明显减轻,

肺部影像较入院时有所吸收。

(六) 急性链球菌感染后肾小球肾炎

【ICD-10】 N00.9

【诊断标准】

1. 急性起病，主要表现为血尿、少尿、水肿、高血压，或可仅表现为血尿或水肿或高血压之一，伴有蛋白尿；
2. 血清补体 C3 下降，抗链球菌溶血素“O”试验升高；
3. 前期有呼吸道或皮肤链球菌感染史。

【入院标准】

符合诊断标准的病例，或伴有高血压脑病、循环充血、肾功能不全之一者，或经过治疗病情无好转者。

【转诊原则】

1. 血压控制稳定；
2. 水肿、肉眼血尿、蛋白尿减轻；
3. 肾功能好转。

【出院标准】

1. 血压控制稳定；
2. 水肿及肉眼血尿消失，镜下血尿及尿蛋白减轻；
3. 肾功能好转。

(七) 过敏性紫癜

【ICD-10】D69.0

【诊断标准】

1. 病史：病初 1-3 周可有上呼吸道感染史。须有皮疹，可有消化道症状（腹痛、呕吐、血便等），关节症状，肾脏受累症状（血尿、蛋白尿、水肿），少数可有神经系统或其他系统症状；

2. 体征：紫癜为高出皮面的可触性皮疹，压之不褪色，对称性分布，四肢为主，伸侧面为著。可出现血管神经性水肿；腹部可有压痛；肾脏受累可有水肿；关节周围肿胀、疼痛及活动受限；

3. 实验室检查：血常规白细胞正常或轻度升高；血小板正常或增高；血沉可增快，免疫球蛋白 IgA 可增高，抗核抗体及类风湿因子多阴性。肾脏受累时尿蛋白定量 $>0.15 \text{ g}/24$ 小时，或尿离心镜检红细胞 >5 个/高倍视野；过敏原测定有时可协诊诱因。

4. 依据脏器受累程度不同，临床可表现为：

(1) 皮肤型；

(2) 关节型；

(3) 腹型；

(4) 肾型；

(5) 重症紫癜（肾功能不全、消化道大出血和/或肠穿孔、

脑血管炎甚至脑出血需要紧急抢救者)。

【入院标准】

1. 紫癜发展迅速，皮疹症状重；
2. 合并关节症状；
3. 消化道受累：腹痛、急腹症、消化道出血；
4. 肾脏受累；
5. 合并多脏器受累。

【转诊原则】

1. 皮肤型紫癜：皮疹好转，无内脏受累表现；
2. 关节型或腹型：上述症状好转，病情稳定；
3. 肾型：肾功能恢复，无显著水肿，血尿、蛋白尿好转稳定。

【出院标准】

1. 皮疹减少或消退；
2. 关节症状、腹部症状明显缓解，肾损害明显好转，达到病情稳定状态；
3. 受累脏器功能恢复，继续维持治疗状态。

(八) 儿童急性淋巴细胞白血病(初治期)

【ICD-10】C91.0, M9835/3

【诊断标准】

1. 临床表现：可有贫血、发热、出血，淋巴结及肝脾肿

大、胸骨压痛等；

2. 血细胞计数及分类：大多有白细胞增高，但也可正常或减少，大多可见幼稚细胞。血红蛋白及血小板大多减少，少数正常；

3. 骨髓形态学检查：骨髓增生明显活跃，少数可表现增生低下，分类以及原始及幼稚淋巴细胞为主，大于等于 25%。免疫组织化学检查：过氧化酶染色和苏丹黑染色阴性，糖原染色阳性；非特异性酯酶阴性加氟化钠不抑制；

4. 免疫分型：T 或 B 淋巴细胞表型；

5. 细胞遗传学：核型分析，必要时 FISH 。如 t (9; 22) (q34; q11)、 t (1; 19) (q23; p13)、 t (12; 21) (p13; q22)、 t (1; 11)、 t (4; 11)、 t (6; 11)、 t (9; 11)、 t (10; 11)、 t (11; 17) 及 t (x; 11) 等；

6. 白血病相关基因：BCR/ABL 融合基因、MLL 基因重排、E2A/PBX1 融合基因和 TEL/AML1 融合基因等。

【入院标准】

满足下列标准之一即可：

1. 临床表现、血常规检查和/或骨髓形态学检查拟诊急性淋巴细胞白血病；

2. 已诊断急性淋巴细胞白血病需行化疗和/或放疗、生物治疗、靶向治疗、造血干细胞移植等。

3. 化疗骨髓抑制期发生严重感染、出血等并发症。

【出院标准】

一般情况良好，无需要住院处理的并发症和/或合并症。

(九) 儿童急性早幼粒细胞白血病 (初治期)

【ICD-10】C92.4, M9866/3

【诊断标准】

1. 临床表现：可有贫血、发热、出血，淋巴结及肝脾肿大、胸骨压痛等，多有明显出血倾向，尤其是穿刺部位出血明显；

2. 血细胞计数及分类：血红蛋白及血小板减少，白细胞增高或正常，也可减少，多有中晚幼粒细胞增多；

3. 骨髓形态学检查：骨髓增生明显活跃，以异常早幼粒细胞明显增多为主；

4. 免疫分型：髓细胞表型，即表达 CD 13、CD33、CD117 等；

5. 细胞遗传学：核型分析 t(15;17)(q22;q21) 及其变异型；

6. 白血病相关基因：PML/RAR α 及其变异型。

【入院标准】

满足下列标准之一即可：

1. 临床表现、血常规检查和/或骨髓形态学检查拟诊急性早幼粒细胞白血病；

2. 已诊断急性早幼粒白血病需行化疗和/或放疗、生物治疗、靶向治疗、造血干细胞移植等。

3. 化疗骨髓抑制期发生严重感染、出血等并发症。

【出院标准】

一般情况良好，无需要住院处理的并发症和/或合并症。

(十) 血友病

【ICD-10】D66

血友病是一种 X 染色体连锁的先天性遗传出血性疾病，可分为血友病 A 和 B 两种。A 为凝血因子 VIII (FVIII) 缺乏，B 为缺乏凝血因子 IX (FIX) 缺乏，均由相应凝血因子基因突变引起。所有血友病患者中，血友病 A 约占 80%-85%，血友病 B 约占 15%-20%。

【诊断标准】

1. 男性（女性患者为纯合子，极罕见），有或无家族史。血友病以出血表现为主，出血症状可发生于患者的任何部位，以关节、肌肉多见，占 70%-80%，不予正确治疗可致残，而颅内、消化道及咽喉部位出血属于危重症出血，可致死。

2. 实验室检查：有赖于 FVIII: C、FIX: C 以及 vWF: Ag 测定。血友病 A 患者 FVIII: C 减低或缺乏，vWF: Ag 正常，FVIII: C/vWF: Ag 明显降低。血友病 B 患者 FIX: C 减低或缺乏。血小板计数正常，凝血酶原时间 (PT)、凝血酶时间 (TT) 及

出血时间等正常。纤维蛋白原定量正常。活化的部分凝血活酶时间（APTT）延长，能被正常新鲜血浆及吸附血浆纠正，余正常；凝血因子VIII或者 IX 活性（FVIII、IX:C）减少，FVIII/IX:C>5%-40%为轻型，1%-5%为中间型，<1%为重型。血管性血友病因子（vWF）抗原正常。

【入院标准】

1. 可能危及生命的出血，如消化道、颅内出血；
2. 严重的关节或组织出血。
3. 危险器官的出血。

【出院标准】

1. 临床症状缓解；
2. 无生命危险；
3. 不需要继续因子替代治疗或者仅需要继续预防性维持治疗者。

(十一) 儿童获得性再生障碍性贫血

【ICD-10】D61.9

【诊断标准】

1. 临床主要表现为贫血、出血或感染，一般无肝、脾、淋巴结肿大；
2. 血常规提示血红蛋白、中性粒细胞、血小板至少两系减少；

3. 骨髓穿刺提示骨髓有核细胞增生减低，骨髓小粒造血细胞减少，非造血细胞比例增高；巨核细胞减少或缺如；

4. 骨髓活检提示骨髓有核细胞增生减低，巨核细胞减少或缺如，造血组织减少，脂肪和(或)非造血细胞增多，无纤维组织增生，网状纤维染色阴性，无异常细胞浸润；

5. 除外先天性和其他获得性、继发性骨髓衰竭性疾病。

【入院标准】

1. 临床怀疑再生障碍性贫血，入院完善检查以期明确诊断；

2. 再生障碍性贫血合并重症感染、严重出血，需要静脉抗感染治疗，或控制严重出血治疗；

3. 再生障碍性贫血诊断明确，需要入院进一步强化治疗，如强烈免疫抑制治疗或造血干细胞移植。

【出院标准】

1. 检查完善，再生障碍性贫血诊断基本明确；

2. 重症感染、严重出血控制；

3. 完成强烈免疫抑制治疗或造血干细胞移植治疗。

(十二) 重症肌无力

【ICD-10】G70.0

【诊断标准】

1. 临床表现：主要为受累的眼外肌、球肌及骨骼肌波动

性无力，即眼睑下垂，伴/不伴眼球活动障碍，吞咽困难及四肢无力，症状呈晨轻暮重，活动后加重，休息后改善；

2. 辅助检查：新斯的明试验阳性；肌电图低频重复电刺激衰减 10%以上，高频无递增；血清乙酰胆碱受体抗体（AChR 抗体）阳性。

【临床分型】

Osserman 分型：I 眼肌型，IIA 轻度全身型，IIB 中度全身型，III 急性重症型，IV 迟发重症型，V 肌萎缩型。

【入院标准】

1. 全身型；
2. 眼肌型病程大于半月或症状进行性加重；
3. 合并各种肌无力危象。

【转诊原则】

症状好转，生命体征平稳，可正常进食及吞咽，可转至下级医疗机构进一步治疗及康复。

【出院标准】

症状好转，生命体征平稳，可正常进食及吞咽，病情稳定。

（十三）热性惊厥

【ICD-10】R56.0

【诊断标准】

1. 初次发作在 3 个月至 5 岁之间;
2. 体温升高, 多在 38℃ 以上时突然出现惊厥;
3. 排除颅内感染和其他导致惊厥的器质性疾病或代谢性异常;

4. 既往没有无热惊厥史;

5. 临床分型:

(1) 简单型热性惊厥: 惊厥持续时间在 15 分钟以内, 惊厥发作类型为全面性, 24 小时惊厥发生的次数 1 次, 惊厥时体温 $> 38^{\circ}\text{C}$;

(2) 复杂型热性惊厥: 惊厥持续时间在 15 分钟以上, 惊厥发作类型为部分性, 24 小时惊厥发生的次数 ≥ 2 次, 惊厥时体温 $< 38^{\circ}\text{C}$ 。

【入院标准】

1. 惊厥持续时间长 ($> 10-15$ 分钟);
2. 反复发作;
3. 惊厥缓解后仍存在意识障碍或精神状况欠佳者;
4. 不能除外中枢感染的发热惊厥。

【出院标准】

惊厥控制, 病情好转并稳定, 排除引起惊厥的其他病因。

(十四) 吉兰-巴雷综合征

【ICD-10】G61.0

【诊断标准】

1. 病程：急性或亚急性起病，病前 1-4 周可有或无感染史；
2. 临床表现：四肢对称性迟缓性瘫痪，伴或不伴颅神经受损和（或）呼吸肌麻痹及感觉障碍，可伴有自主神经功能障碍，但括约肌功能多数正常；
3. 脑脊液检查：2/3 患者起病 2 周表现为蛋白-细胞分离；
4. 肌电图：神经传导速度减慢或波幅减低。

【入院标准】

急性期、症状进行性加重。

【转诊原则】

症状好转，病情稳定，生命体征平稳。

【出院标准】

1. 病情稳定，神经功能缺损表现好转，呼吸功能正常，可正常进食及吞咽；
2. 并发症得到有效控制。

(十五) 传染性单核细胞增多症

【ICD-10】 B27

【诊断标准】

1. 临床症状：

- (1) 发热;
- (2) 咽炎、扁桃体炎;
- (3) 颈部淋巴结异常肿大;
- (4) 肝脏肿大 (4 岁以下: 肋下 2cm 以上; 4 岁以上: 肋下可触及);

(5) 脾脏肿大 (可触及)。

上述症状至少 3 项呈阳性。

2. 血象检查:

(1) 血常规白细胞升高, 分类以淋巴为主, 或淋巴加单核比例大于 50%;

(2) 异形淋巴细胞达 10% 以上或总数高于 $1.0 \times 10^9/L$ 。

3. EB 病毒抗体提示现症感染: 如 VCA-IgG、IgM 及 EA-IGame 阳性; EB 病毒 DNA 检查阳性。

【入院标准】

1. 具有典型临床症状;
2. 持续发热, 伴有脏器功能损害;
3. 治疗过程中发生严重并发症者, 包括脾破裂、溶血性贫血、血小板减少性紫癜、神经系统并发症、嗜血细胞增多综合征、肝衰竭等;
4. 混合感染。

【转诊原则】

临床症状控制、体征好转, 需要继续住院治疗完成疗程。

【出院标准】

体温正常持续 2 天以上，临床症状好转，脏器功能恢复，可口服药物继续治疗者。

(十六) 病毒性脑炎

【ICD-10】 A86

【诊断标准】

1. 急性或亚急性起病，病前 1-3 周有/无病毒感染史；
2. 主要表现为发热、头痛、惊厥发作、精神行为改变、意识障碍和/或神经系统定位体征等脑实质受损征象；
3. 脑电图（EEG）显示局灶性或广泛异常；
4. 头颅 CT/MRI 检查可显示脑水肿、局灶性或弥漫性病
变；
5. 腰穿检查脑脊液压力正常或升高，脑脊液常规检查：
白细胞数可正常或轻度升高，分类多以单核为主，脑脊液生
化糖多正常，蛋白可正常或轻度升高，氯化物多正常；病毒
急性期抗体检测阳性或 PCR 检测阳性，且无细菌、结核菌和
真菌感染证据。

【入院标准】

发热，伴有头痛、惊厥发作、精神行为改变、意识障碍和/或神经系统定位体征等脑实质受损征象，以及脑脊液异常，可住院诊治。

【转诊原则】

临床症状控制、体征好转，病情稳定，可回地方医院完善疗程，若遗留神经系统后遗症可行康复治疗。

【出院标准】

1. 病情平稳，体温正常，无抽搐及颅高压表现，神经功能缺损表现有所好转或基本恢复。
2. 并发症得到有效控制。

二、儿外科疾病

(一) 肠套叠

【ICD-10】K56.1

【诊断标准】

1. 阵发性哭闹不安、呕吐、果酱样血便；
2. 查体提示右下腹空虚，多于上腹可扪及腊肠样肿物；
3. B超提示为同心圆征；
4. X线空气灌肠见杯口征。

【入院标准】

1. 空气灌肠失败；
2. 患儿病程超过 48 小时，一般情况差，血便时间长、量大，有腹膜炎体征或休克表现，不适合灌肠复位患者；
3. 继发性肠套叠。
4. 无法复位的小肠套叠。

【出院标准】

1. 一般情况良好，进食好，无腹胀，排大便正常；
2. 伤口愈合良好，无出血、感染等；
3. 无其他需要住院处理的并发症。

(二) 先天性肥厚性幽门狭窄

【ICD-10】Q40.0

【诊断标准】

1. 临床表现：生后 2 - 4 周出现喷射性呕吐，不含胆汁；失水、营养不良；
2. 体征：右上腹肋缘下腹直肌外缘处橄榄形肿块；
3. B 超检查：幽门环肌厚度 $\geq 3.5\text{mm}$ - 4mm ，幽门管长度 $\geq 15\text{mm}$ ；
4. X 线检查：吞稀钡造影特征表现：（1）胃扩张；（2）胃蠕动增强；（3）幽门管细长如“鸟嘴状”；（4）胃排空延迟。
其中 3、4 可任选一项。

【入院标准】

1. 临床诊断为先天性肥厚性幽门狭窄患儿；
2. 除外其他原因所致不含胆汁的呕吐。

【转诊原则】

手术后呕吐好转，需继续治疗合并症。

【出院标准】

1. 一般情况良好，进食可，没有或偶有呕吐；
2. 伤口愈合良好；
3. 没有需要住院处理的并发症。

(三) 先天性肠旋转不良

【ICD-10】 Q43.3

【诊断标准】

1. 临床表现：多发于新生儿期，以胆汁性呕吐最为突出，并发肠扭转时可以出现完全性便秘，进而出现血便、腹胀等。婴幼儿病程较长，呈间歇发作的中上腹疼痛，并发肠扭转时产生急性腹痛和剧烈呕吐；
2. 体格检查：早期腹部无特殊体征，并发肠扭转时可出现腹部膨胀、肠鸣音减弱或消失、腹膜刺激征和休克；
3. 腹部平片：胃及十二指肠扩大，小肠内仅有少量气体甚至完全无气，典型表现为“双泡征”；
4. 上消化道造影：十二指肠 C 状弯曲消失，呈部分梗阻，十二指肠空肠交界部位于脊柱右侧，并发肠扭转时十二指肠和空肠上端呈螺旋状走向；
5. 钡剂灌肠造影：盲肠位于上腹部或左侧腹部；
6. 腹部超声或 CT（必要时）：肠扭转病例，可显示肠系膜呈螺旋状排列（漩涡征），肠系膜上动、静脉位置异常。

【入院标准】

1. 临床诊断为先天性肠旋转不良患儿；
2. 除外其他原因所致功能性呕吐；
3. 其他原因所致十二指肠梗阻进入其他疾病的诊断及治疗。

【转诊原则】

手术解除梗阻，需继续治疗合并症。

【出院标准】

1. 胃纳好，排便正常；
2. 伤口愈合好；
3. 没有需要处理的并发症。

(四) 急性化脓性阑尾炎

【ICD-10】K35

【诊断标准】

1. 急性发作的转移性右下腹痛，常伴有发热或呕吐；
2. 婴幼儿持续哭闹，伴有发热或呕吐，食欲不佳，腹部拒按，不喜动；
3. 查体提示右下腹压痛，伴或不伴反跳痛及肌紧张；
4. 血常规检查提示白细胞明显升高，以中性粒细胞升高为主，常有 CRP 明显升高；
5. 腹部 B 超可显示右下腹肿大阑尾，或显示右下腹炎性包块，提示阑尾脓肿。

【入院标准】

1. 高度怀疑急性化脓性阑尾炎；
2. 临床诊断为急性阑尾炎、急性化脓性阑尾炎或伴阑尾穿孔、慢性阑尾炎急性发作。
3. 阑尾脓肿门诊急诊治疗感染控制不佳，或继发肠梗阻等并发症。

【转诊原则】

一般无需转诊。

【出院标准】

1. 病情稳定，体温正常，伤口愈合良好，无出血、感染，血常规、CRP 正常或基本正常。
2. 无其他需要住院处理的并发症。

(五) 梅克尔憩室

【ICD-10】Q43.0

【诊断标准】

1. 临床表现：呕吐、腹痛、便秘或无痛性血便；
2. 体格检查：大量出血者可呈贫血貌；可有腹胀、压痛；
3. 辅助检查：
 - (1) 核素显像检查：可见中腹部或偏下存在异常浓聚灶；
 - (2) 腹部 B 超检查提示梅克尔憩室。

【入院标准】

疑诊梅克尔憩室。

【出院标准】

1. 一般情况良好，进食好，无腹痛、腹胀，排大便正常；
2. 伤口愈合良好，无出血、感染等；
3. 无其他需要住院处理的并发症。

(六) 先天性巨结肠

【ICD-10】Q43.1

【诊断标准】

1. 长期便秘或排便困难，内科治疗无法缓解；
2. 腹胀，呕吐或伴有发育迟滞；
3. 钡灌肠有巨结肠典型征象(痉挛段、移行段和扩张段，排钡功能差)；
4. 肛门直肠测压支持巨结肠诊断；
5. 直肠粘膜活检病理检查符合。

【入院标准】

拟诊巨结肠。

【转诊原则】

1. 保守治疗期间，需要灌肠、补液等住院治疗；
2. 术后病情稳定，需继续住院治疗并发症。

【出院标准】

1. 保守治疗患者腹胀缓解，病情稳定；
2. 根治术后，吻合口愈合良好，无出血、感染等；
3. 病情稳定，无需要手术干预的并发症。

(七) 先天性肛门直肠畸形(中低位)

【ICD-10】 Q 42. 0、Q42. 2

【诊断标准】

1. 有会阴部异常瘻口或尿道口排大便病史；
2. 查体正常肛门位置无肛门；
3. 影像学倒立侧位摄片提示直肠盲端位于耻骨中点与骶尾关节连线（PC线）的远端。

【入院标准】

确诊先天性肛门直肠畸形(中低位)。

【出院标准】

术后伤口愈合良好，肛门或结肠造瘻口排便通畅，无其他需要住院处理的并发症。

(八) 先天性胆总管囊肿

【ICD-10】 Q44. 4

【诊断标准】

1. 三个主要临床特征：腹痛、黄疸和腹部肿块。可仅有其中一或两项；

2. 查体：皮肤和/或巩膜黄染，右上腹部有时可及囊性包块，合并感染时腹部包块可伴有压痛、反跳痛或肌紧张；

3. 实验室检查：可有静脉血白细胞、C-反应蛋白、血淀粉酶、尿淀粉酶，碱性磷酸酶、转氨酶、胆红素升高；

4. 影像学检查：超声、腹部 CT 及 MRCP 显示肝外或肝内、外胆管扩张。

部分患儿无明显临床表现，仅超声等检查发现相关异常。

【入院标准】

1. 明确诊断胆总管囊肿；
2. 拟诊或诊断胆总管囊肿合并感染或穿孔、胰腺炎。

【转诊原则】

经保守治疗或囊肿穿孔胆道外引流术后，病情稳定，需要继续住院治疗相关并发症。

【出院标准】

1. 一般情况好，无发热，消化道功能恢复好；
2. 切口愈合良好；
3. 无并发症。

(九) 肾盂输尿管连接不全梗阻性肾积水

【ICD-10】Q62.1、N13.0

【诊断标准】

1. 临床表现：间歇性腹痛，腹部肿块；产前超声诊断肾

积水产后随诊没有减轻。

2. 超声检查肾脏集合系统分离 ($> 1\text{cm}$), 肾盂扩大而未
见输尿管扩张, 膀胱形态正常, 无残余尿;

3. 核素肾扫描检查: 利尿肾图可显示有无器质性梗阻;

4. 静脉肾盂造影检查: 肾盂肾盏扩张, 造影剂突然终止
于肾盂输尿管连接部, 输尿管不显影;

5. CT 和 MRI 检查显示肾集合系统扩张。

【入院标准】

有明显肾盂输尿管连接部梗阻证据。

【转诊原则】

手术后病情稳定, 需继续住院治疗合并症或者进一步康
复治疗。

【出院标准】

1. 一般情况良好, 伤口无感染;
2. 吻合口通畅;
3. 没有需要住院处理的并发症。

(十) 尿道下裂

【ICD-10】Q54 (除外 Q54.4)

【诊断标准】

阴茎的外观异常, 通常有以下情况:

1. 异位尿道口;

2. 阴茎下弯；
3. 包皮异常分布。

【入院标准】

确诊为尿道下裂，除外性别畸形。

【出院标准】

一般情况良好，伤口愈合好，排尿通畅或导尿管引流通畅。

(十一) 隐睾 (可触及型)

【ICD-10】 Q53.1-Q53.9

【诊断标准】

1. 患侧阴囊空虚，大部分睾丸在腹股沟区可以触及，睾丸可推入阴囊但松手后立即退回腹股沟区或腹腔内；有 20% 患儿睾丸体检未能触及。

2. 超声检查提示睾丸位置异常。

【入院标准】

睾丸位置异常。

【出院标准】

1. 伤口愈合良好；
2. 阴囊内可触及睾丸；
3. 没有需要住院处理的并发症。

(十二) 肾母细胞瘤 (I-II期)

【ICD-10】 C64, M8960/3

【诊断标准】

1. 腹部肿块。可有腹痛，血尿及高血压；
2. 超声检查为肾脏实性或杂合性回声，可有同侧腹膜后淋巴结肿大，下腔静脉血栓；
3. 增强 CT 提示：肾脏占位病变；

【入院标准】

临床诊断为肾母细胞瘤。

【转诊原则】

肿瘤已手术切除，一般情况良好，继续进行化疗或放疗。
如入院后暂无手术条件，需先行化疗或放疗，也可转诊。

【出院标准】

1. 生命体征平稳，伤口愈合良好；
2. 没有需要住院处理的并发症。

(十三) 发育性髋脱位

【ICD-10】 M16.2、M16.3

【诊断标准】

1. 下肢不等长，臀（或大腿）皮纹不对称，跛行（双侧鸭步），可有疼痛；
2. 查体下肢不等长，大粗隆突出，患髋外展活动受限；

双侧脱位可见腹部突出；

3. 大于 6 个月患儿行 X 线检查示股骨头位于髋臼外，股骨头与髋臼形态存在不同程度发育不良表现。

4. 小于 6 个月患儿行 B 超检查发现股骨头位于髋臼外，股骨头与髋臼形态存在不同程度发育不良表现。

【入院标准】

1. 保守治疗未复位的髋脱位；
2. 手术治疗后复发的髋脱位。

【转诊原则】

髋脱位切开复位、骨盆截骨术后需继续住院康复治疗。

【出院标准】

1. X 片复位满意，内固定可靠，石膏情况好，露出的足和足趾颜色及感觉正常，能够正常活动。
2. 没有需要住院处理的并发症。

(十四) 先天性肌性斜颈

【ICD-10】Q68.0

【诊断标准】

1. 出生后 1-3 月一侧颈部质硬包块，半岁左右包块消失，条索存在；
2. 头偏向患侧，下颌偏向健侧，转动受限；
3. B 超显示患侧胸锁乳突肌增粗，婴儿可见包块。颈椎

X 片显示未见颈椎畸形。

【入院标准】

1. 1 岁以上患儿，按摩治疗仍有质硬紧张条索，头偏向患侧，转头受限，同时伴有明显面部不对称表现；
2. 胸锁乳突肌切断松解手术治疗后复发的肌性斜颈。

【出院标准】

患儿情况好，伤口换药对和好、无感染。能够配合进行术后功能锻炼。

(十五) 先天性马蹄内翻足

【ICD-10】Q66.0

【诊断标准】

1. 生后单侧/双侧前足内收、跟骨内翻及踝关节下垂，不能手法矫正置于中立位；
2. 患足内侧皮肤紧张，外侧皮肤皱褶，年长儿童可见摩擦所致胼胝体；
3. 腰骶部未见脊膜膨出、皮毛窦等神经系统畸形，无出生缺氧等异常围产期病史；
4. 年长儿童行走异常，足跟不着地；
5. 年长儿童足 X 片、CT、MRI 显示足部骨及软组织改变。

【入院标准】

1. 经手法按摩及门诊 Ponseti 石膏治疗后仍有明显足内

翻、内收、下垂；

2. 手术后复发的马蹄内翻足。

【出院标准】

患儿情况好，足部石膏干洁固定好，足趾颜色正常，感觉及活动好。