

附件 4

# 湛江市常见疾病分级诊疗指南

(12 个专科、109 种常见疾病)

湛江市卫生和计划生育局

2018 年 1 月

# 目录

<b>第一章 心内科常见疾病分级诊疗指南</b> .....	<b>1</b>
冠心病.....	1
心律失常.....	2
1. 窦性心动过速(窦速).....	3
2. 室上性心动过速(室上速).....	3
3. 房性心动过速(房速).....	4
4. 心房颤动(房颤).....	4
5. 预激综合征合并房颤与房扑.....	5
6. 室性期前收缩(室早).....	5
7. 宽 QRS 波心动过速.....	5
8. 单形性室性心动过速(单形室速).....	5
9. 加速室性自主心律.....	6
10. 多形性室性心动过速(多形室速).....	6
11. 心室颤动(室颤)/无脉性室性心动过速(无脉性室速).....	6
12. 室速/室颤风暴.....	7
13. 缓慢性心律失常.....	7
先天性心脏病.....	8
顽固性心力衰竭.....	11
严重瓣膜病.....	12
重症心肌炎.....	16
严重大血管疾病.....	16
<b>第二章 神经内科常见疾病分级诊疗指南</b> .....	<b>18</b>
阿尔茨海默病.....	18
癫痫及癫痫持续状态.....	19
1. 痫性发作的病因诊断;.....	20
2. 痫性发作的病因治疗, 并发症及合并症治疗;.....	20
3. 耐药癫痫术前评估, 药物调整;.....	20
多发性硬化、视神经脊髓炎.....	21
格林—巴利综合征.....	22
肌病(注: 原为肌肉原发性疾患).....	24
脊髓病.....	25
TIA/脑梗死.....	27
帕金森病.....	28
中枢神经系统感染.....	31
重症肌无力.....	33
<b>第三章 肾脏疾病分级诊疗指南</b> .....	<b>35</b>
急性感染后急性肾小球肾炎.....	35
急进性肾炎综合征.....	36
慢性肾小球肾炎综合征.....	37
肾病综合征.....	38
狼疮性肾炎.....	40

过敏性紫癜性肾炎.....	42
糖尿病肾病.....	43
乙型肝炎病毒相关性肾炎.....	44
多发性骨髓瘤肾病.....	45
间质性肾炎.....	46
高血压肾病.....	47
急性肾损伤(急性肾衰竭).....	48
慢性肾脏病(慢性肾衰竭).....	50
<b>第四章 普外科常见疾病分级诊疗指南.....</b>	<b>53</b>
急性胰腺炎.....	53
一、适合在上级医院治疗或符合上转条件的患者: .....	53
二、适合在基层医院治疗或符合下转条件的患者: .....	53
甲状腺结节.....	53
一、三级医院门诊、住院指南.....	53
二、二级医院门诊、住院指南.....	54
乳腺癌.....	55
一、适合在三级医院治疗或符合上转条件的患者.....	55
二、适合在二级及以下医院治疗或符合下转条件的患者.....	56
一、适合在三级医院治疗或符合上转条件的患者.....	56
二、适合在二级及以下医院治疗或符合下转条件的患者.....	56
胆道外科常见疾病.....	57
一、适合在三级医院治疗或符合上转条件的患者.....	57
二、适合在二级及以下医院治疗或符合下转条件的患者.....	57
血管外科部分疾病.....	57
一、腹主动脉瘤.....	58
二、胸腹主动脉夹层动脉瘤.....	58
三、颈动脉体瘤.....	59
四、累及大血管的腹膜后肿瘤.....	60
五、肾动脉狭窄.....	61
胰腺肿瘤.....	61
一、适宜于三级医院诊治或上转至三级医院的患者应具备以下条件.....	61
二、适宜于二级医院诊治或下转至二级及以下医院的患者应具备以下条件.....	62
<b>第五章 骨科常见疾病分级诊疗指南.....</b>	<b>63</b>
股骨颈骨折.....	63
一、上转指南.....	63
二、下转指南.....	63
骨盆骨折.....	63
一、上转指南.....	63
二、下转指南.....	63
胫骨平台骨折.....	64
一、上转指南.....	64
二、下转指南.....	64
踝关节骨折.....	64
一、上转指南.....	64

二、下转指南.....	64
四肢长骨干骨折.....	65
一、上转指南.....	65
二、下转指南.....	65
股骨头缺血坏死.....	65
一、上转指南.....	65
二、下转指南.....	65
膝关节骨关节炎.....	66
一、上转指南.....	66
二、下转指南.....	66
骨肿瘤.....	66
一、上转指南.....	66
二、下转指南.....	66
颈椎骨折(颈3-7).....	67
一、上转指南.....	67
二、下转指南.....	67
胸腰椎脊柱骨折.....	67
一、上转指南.....	67
二、下转指南.....	68
脊柱结核.....	68
一、上转指南.....	68
二、下转指南.....	69
腰椎间盘突出症.....	69
一、上转指南.....	69
二、下转指南.....	70
<b>第六章 妇科常见疾病分级诊疗指南.....</b>	<b>71</b>
宫颈疾病.....	71
子宫内膜癌.....	72
卵巢恶性肿瘤.....	73
子宫肌瘤.....	74
闭经.....	75
功能失调性子宫出血.....	77
<b>第七章 产科常见疾病分级诊疗指南.....</b>	<b>79</b>
妊娠合并心脏病.....	79
妊娠期肝病.....	79
妊娠期糖尿病.....	80
妊娠合并甲状腺功能异常.....	80
妊娠期高血压疾病.....	81
早产.....	82
前置胎盘.....	83
双胎妊娠.....	84
<b>第八章 儿科常见疾病分级诊疗指南.....</b>	<b>85</b>
社区获得性肺炎.....	85
支气管哮喘.....	86

腹泻病.....	88
急性肾小球肾炎.....	89
肾病综合征.....	90
泌尿系感染.....	91
过敏性紫癜.....	92
心肌炎.....	93
心律失常.....	94
先天性心脏病.....	95
热性惊厥.....	96
化脓性脑膜炎.....	97
<b>第九章 常见精神疾病分级诊疗指南.....</b>	<b>99</b>
脑血管疾病所致精神障碍.....	99
难治性精神分裂症.....	100
难治性抑郁症.....	101
强迫症.....	102
偏执性精神障碍.....	104
<b>第十章 康复医学科常见疾病分级诊疗指南.....</b>	<b>106</b>
脑卒中康复.....	106
颅脑损伤康复.....	107
2. 24 小时内无发热; .....	107
脊髓损伤康复.....	108
<b>第十一章 眼科常见疾病分级诊疗指南.....</b>	<b>110</b>
角膜病变.....	110
白内障.....	111
急性闭角型青光眼.....	111
原发性开角型青光眼.....	115
裂孔源性视网膜脱离.....	116
角膜病变.....	117
糖尿病性视网膜病变.....	118
原发性开角型青光眼.....	119
玻璃体出血.....	120
老年性白内障.....	121
急性闭角型青光眼.....	122
复杂性白内障.....	123
复杂性眼外伤.....	123
化学性眼部烧伤.....	124
<b>第十二章 皮肤科常见疾病分级诊疗指南.....</b>	<b>125</b>
红斑狼疮.....	125
一、适合在上级医院治疗或符合上转条件的患者.....	125
二、适合在基层医院治疗或符合下转条件的患者.....	125
皮炎.....	127
一、适合在上级医院治疗或符合上转条件的患者.....	127
二、适合在基层医院治疗或符合下转条件的患者.....	128
天疱疮.....	129

一、适合在上级医院治疗或符合上转条件的患者.....	129
二、适合在基层医院治疗或符合下转条件的患者.....	130
恶性黑色素瘤.....	131
一、适合在上级医院治疗或符合上转条件的患者.....	131
二、适合在基层医院治疗或符合下转条件的患者.....	132
尖锐湿疣.....	132
一、适合在上级医院治疗或符合上转条件的患者.....	132
二、适合在基层医院治疗或符合下转条件的患者.....	133
麻风病.....	134
一、适合在上级医院治疗或符合上转条件的患者.....	134
二、适合在基层医院治疗或符合下转条件的患者.....	135
梅毒.....	135
一、适合在上级医院治疗或符合上转条件的患者.....	135
二、适合在基层医院治疗或符合下转条件的患者.....	137
皮肤鳞状细胞癌.....	137
一、适合在上级医院治疗或符合上转条件的患者.....	137
二、适合在基层医院治疗或符合下转条件的患者.....	138
药疹.....	139
一、适合在上级医院治疗或符合上转条件的患者.....	139
二、适合在基层医院治疗或符合下转条件的患者.....	140
银屑病.....	142
一、适合在上级医院治疗或符合上转条件的患者.....	142
二、适合在基层医院治疗或符合下转条件的患者.....	143
硬皮病.....	145
一、适合在上级医院治疗或符合上转条件的患者。.....	145
二、适合在基层医院治疗或符合下转条件的患者.....	146

# 第一章 心内科常见疾病分级诊疗指南

## 冠心病

冠心病是冠状动脉粥样硬化性心脏病的简称，是指供给心脏营养物质的血管——冠状动脉发生严重粥样硬化或痉挛，使冠状动脉狭窄或阻塞，以及血栓形成造成管腔闭塞，导致心肌缺血缺氧或梗塞的一种心脏病。

### 冠心病分类

- 1. 无症状性心肌缺血型:**又叫无痛性心肌缺血或隐匿性心肌缺血，指确有心肌缺血的客观证据(心电活动、左室功能、心肌血流灌注及心肌代谢等异常)，但缺乏胸痛或与心肌缺血相关的主观症状。
- 2. 心绞痛型:**是指由冠状动脉供血不足，心肌急剧、暂时缺血与缺氧所引起的以发作性胸痛或胸部不适为主要表现的一组临床综合症。
- 3. 心肌梗死型:**是指冠状动脉出现粥样硬化斑块或在此基础上血栓形成，导致冠状动脉的血流急剧减少或中断，使相应的心肌出现严重而持久地急性缺血，最终导致心肌的缺血性坏死，属冠心病的严重类型。
- 4. 缺血性心肌病型:**是指由于长期心肌缺血导致心肌局限性或弥漫性纤维化，从而产生心脏收缩和(或)舒张功能受损，

引起心脏扩大或僵硬、充血性心力衰竭、心律失常等一系列临床表现的临床综合症。

**5. 猝死型:** 目前认为, 该病患者心脏骤停的发生是在冠状动脉粥样硬化的基础上, 发生冠状动脉痉挛或微循环栓塞导致心肌急性缺血, 造成局部电生理紊乱, 引起暂时的严重心律失常(特别是心室颤动)所致。

根据上述分类, 按照如下分级诊疗指南实施救治:

### **一级医院**

接诊冠心病病人应做出初诊断, 尽快转诊至二级或三级医院。

### **二级医院**

接诊冠心病危重病人做出初诊断并进行维持生命的抢救处理, 尽快转诊到建立应急系统的有资质开展直接PCI的三级医院, 估计转诊时间延误超过90分钟的, 有溶栓指征而无禁忌症的ST段抬高型心肌梗死病人, 可以先溶栓治疗再转诊。病情相对稳定的病人应进行危险分层, 择期转诊至有资质开展直接PCI的三级医院。

### **三级医院**

危重及病情急性加重的冠心病患者应在三级医院行PCI治疗, 经血运重建或药物治疗稳定的冠心病病人可转一级或二级医院进行恢复、后续治疗及随诊。

## **心律失常**

心律失常是由于窦房结激动异常或激动产生于窦房结

以外，，激动的传导缓慢、阻滞或经异常通道传导，即心脏活动的起源和(或)传导障碍导致心脏搏动的频率(或)节律异常。心律失常是心血管疾病中重要的一组疾病，它可单独发病亦可与心血管病伴发，可突然发作而致猝死，亦可持续累及心脏而衰竭。

### 1. 窦性心动过速(窦速)

窦速指成人的窦性心率 > 100次/分，可由多种因素引起如生理(如运动，兴奋)或病理(如甲状腺机能亢进)原因引起，但临床所见窦速更常见于合并基础疾病或其他危急情况，如心肌缺血、贫血、心衰、休克、低氧血症、发热、血容量不足等。还有一些少见原因导致的窦速，如迷走功能减弱会导致不适当的窦速、体位改变时也可引起窦速(直立性心动过速综合征)、窦房结折返性心动过速(是由于窦房结内或其邻近组织发生折返而形成的心动过速，属于广义室上性心动过速的范畴)。

### 2. 室上性心动过速(室上速)

室上速可分为广义和狭义的室上速: 广义的室上速包括起源于窦房结、心房、交接区及旁路所致的各种心动过速，如房室结双径路所致的房室结折返性心动过速、预激或旁路所致的房室折返性心动过速、房速、房扑和房颤等，狭义的室上速主要是房室结折返性心动过速和旁路所致的房室折返性心动过速。如果室上速患者窦性心律或心动过速时心电图QRS波群上呈现预激波，这种情况又称为"预激综合征"。本节主要集中于狭义室上速。

### 3. 房性心动过速(房速)

是由于心房异位兴奋灶自律性增高或折返激动所引起。房速可见于器质性心脏病，尤其是心房明显扩大者，也可发生于无器质性心脏病者。特发性房速少见，多发生于儿童和青少年，药物疗效差。房速时心率一般多在140-220次/分之间，但也有慢至140次/分以下或高至250次/分者，婴幼儿可达300次/分以上。如同时伴有房室不同比例下传，心律可不规则。根据其发生机制的不同，分为房内折返性心动过速和自律性房性心动过速，发作时后者的心率通常快于前者，但心率有很多重叠，故临床上通常不易区分。由于心房不受迷走神经张力增高的影响，故采用刺激迷走神经方法如颈动脉窦按摩不能终止心动过速发作，但可减慢心室率，并在心电图上暴露房性P波，此有助于与其他阵发性室上性心动过速相鉴别。

### 4. 心房颤动(房颤)

房颤是指规则有序的心房电活动丧失，代之以快速无序的颤动波，临床听诊有心律绝对不齐，心电图窦性P波消失，代之以频率350-600次/分f波，RR间期绝对不等。根据合并疾病和房颤本身的情况，可以出现轻重不一的临床表现。房颤是最常见的急性心律失常之一，可发生于器质性心脏病或无器质性心脏病的患者，后者称为孤立性房颤。按其发作特点和对治疗的反应，一般将房颤分为四种类型：首次发作的房颤称为初发房颤；能够自行终止者为阵发性房颤(持续时间<7天，一般<48小时，多为自限性)；不能自行终止但经

过治疗可以终止者为持续性房颤(持续时间 > 7天); 经治疗也不能终止或不拟进行节律控制的房颤为持久性房颤。

### **5. 预激综合征合并房颤与房扑**

由于旁路的不应期短, 合并预激综合征的房颤或房扑可以经旁路前传而造成非常快的心室率, 患者出现严重的症状, 少数患者还可诱发严重室性心律失常, 心电图可见快速的旁路下传的宽QRS波, 伴有极快的心室率, 可超过200次/分, 此种房颤或房扑应予电复律。

### **6. 室性期前收缩(室早)**

室早是常见的心律失常, 典型的心电图特征: 提前发生的宽大畸形的QRS波群, 其前无P波, 其后有完全性代偿间期, T波的方向与QRS主波方向相反。

### **7. 宽QRS波心动过速**

宽QRS心动过速为频率超过100次/min, QRS宽度超过120ms的心动过速, 以室速最为常见, 也可见于室上性心律失常伴有室内差异性传导、束支或室内传导阻滞、部分或全部经房室旁路前传的快速室上性心律失常(如预激综合征伴有房颤/房扑, 逆向折返性心动过速)。

### **8. 单形性室性心动过速(单形室速)**

室速是指起源于希氏束以下水平的心脏传导系统或心室肌快速性心律失常, 单形室速心电图出现宽大畸形的QRS波, 其波形在心电图同一导联中一致, T波方向与主波方向相反, 节律在120次分以上。根据室速的发作情况, 分为持续单形室速(发作 > 30秒或不到30秒因血流动力学不稳定必

须终止)和非持续单形室速(不符合上述持续室速的定义)。

### **9. 加速室性自主心律**

心室率一般在55-110次/min, 比较规则, 大多为60-80次/min, 很少超过100次/min。最常见于急性心肌梗死患者, 再灌注治疗时最常见的心律失常, 也可见于洋地黄过量、心肌炎、高血钾、外科手术、完全性房室传导阻滞、室性逸搏、应用异丙肾上腺素后出现等, 少数患者无器质性心脏病因。也偶见于正常人。

### **10. 多形性室性心动过速(多形室速)**

多形性室速是指QRS形态在任一心电图导联上不断变化, 节律不规则的室性心动过速, 频率100-250次/min. 常见于器质性心脏病, 持续性多形性室速可蜕变为室扑或室颤, 造成严重血流动力学障碍, 根据有否QT间期延长, 分为QT间期延长的多形性室速(尖端扭转性室速, TdP)、正常QT间期的多形性室速和短QT间期多形性室速。此种鉴别十分重要, 不同的类型多形室速的抢救治疗措施完全不同。

### **11. 心室颤动(室颤)/无脉性室性心动过速(无脉性室速)**

室颤心电图特点为连续、不规则且振幅较小波动, QRS波群和T波完全消失, 细颤波幅 $< 0.5\text{mV}$ , 频率250-500次/分。无脉性室速指出现快速致命性室性心动过速不能启动心脏机械收缩, 也有心室率减慢, 心电-机械分离, 心排血量为零或接近为零。患者表现为突然意识丧失、抽搐, 听诊心音及脉搏消失, 血压测不到, 呼吸呈叹息样, 继之呼吸停止,

是心脏骤停一种常见形式。

## 12. 室速/室颤风暴

室速风暴是指24h内自发的VT/室颤 $\geq 2$ 次，并需要紧急治疗的临床症候群。患者表现为反复发作性晕厥，可伴交感神经兴奋性增高的表现，如血压增高、呼吸加快、心率加速、焦虑等。心电监测记录到反复发作的室速/室颤。室速风暴可见于各种类型的室速和室颤。

## 13. 缓慢性心律失常

缓慢性心律失常是指窦性心动过缓、房室交界性逸搏心律、心室自主心律、传导阻滞(包括窦房传导阻滞、心房内传导阻滞、房室传导阻滞、心室内传导阻滞)等以心率减慢为特征的疾病。轻度的心动过缓可以没有症状，或仅有轻微症状。严重的心动过缓可造成低血压、心绞痛、心衰加重、晕厥前兆或晕厥等，需要紧急处理，主要常见的可造成血流动力学障碍的情况包括严重的窦性心动过缓、窦性停搏、窦房阻滞、快慢综合征、II和III度房室阻滞、心脏停搏、电机械分离。注意有些心动过缓(如III度房室阻滞)可继发QT间期延长而发生快速性室性心律失常(TdP)，产生心源性脑缺血症状。根据上述定义，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### 一级医院

接诊到缓慢性心律失常病人，应仔细评估病情。如果心动过缓危机病人生命，应先行临时起搏植入，如无条件施行临时起搏植入，应尽快转诊到有条件实施临时起搏治疗的二级医疗机构，并后续转诊到有资质进行永久起搏器植入的三

级医疗机构。

接诊到快速性心律失常病人，应仔细评估病情。如心动过速危及病人生命，应立即抢救(电复律/除颤,药物治疗等)，待病情好转再考虑转诊到二、三级医疗机构。

### 二级医院

对于有指征进行射频消融或器械植入(ICD, CRTD等)的病人，应择期转诊到有资质开展射频消融或器械植入的三级医疗机构。

### 三级医院

对在三级医疗机构治疗稳定的缓慢和快速心律失常病人，可以转诊到社区及一、二级医疗机构进行恢复及后续治疗。

## 先天性心脏病

先天性心血管病是先天性畸形中最常见的一类，轻者无症状，查体时发现。重者可有活动后呼吸困难、紫绀、晕厥等，年长儿可有生长发育迟缓，症状有无与表现还与疾病类型和有无并发症有关。

先天性心脏病的分类：

**1. 无分流型(无青紫型)：**即心脏左右两侧或动静脉之间无异常通路和分流，不产生紫绀.包括主动脉缩窄、肺动脉瓣狭窄、主动脉瓣狭窄以及肺动脉瓣狭窄、单纯性肺动脉扩张、原发性肺动脉高压等。

**2. 左向右分流组(潜伏青紫型)：**此型有心脏左右两侧

血流循环途径之间异常的通道。早期由于心脏左半侧体循环的压力大于右半侧肺循环压力，所以平时血流从左向右分流而不出现青紫。当啼哭、屏气或任何病理情况，致使肺动脉或右心室压力增高，并超过左心压力时，则可使血液自右向左分流而出现暂时性青紫。如房间隔缺损、室间隔缺损、动脉导管未闭、主肺动脉隔缺损，以及主动脉窦动脉瘤破入右心或肺动脉等。

**3. 右向左分流组(青紫型):** 该组所包括的畸形也构成了左右两侧心血管腔内的异常交通，右侧心血管腔内的静脉血，通过异常交通分流入左侧心血管腔，大量静脉血注入体循环，故可出现持续性青紫，如法洛四联症、法洛三联症、右心室双出口和完全性大动脉转位、永存动脉干等。

根据上述分类，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### **一级医院**

接诊先天性心脏病病人，应尽快转诊到有先天性心脏病介入以及先天性心脏外科治疗资质的三级医院进行病情评估和治疗。

### **二级医院**

接诊先天性心脏病病人，应做出初诊断，尽快转诊到有先天性心脏病介入以及先天性心脏外科治疗资质的三级医院进行病情评估和治疗。

### **三级医院**

对先天性心脏病患者进行评估后，有适应症者给予相应介入或外科治疗。评估及治疗稳定的先天性心脏病病人可以

转诊到社区及一、二级医疗机构进行恢复及后续治疗。

## 高血压危象及顽固性高血压

**高血压急症：**指血压短时间内严重升高(通常BP > 180/120mmHg)并伴发进行性靶器官损害的表现。高血压急症危害严重，通常需立即进行降压治疗以阻止靶器官进一步损害。高血压急症包括脑血管意外(缺血性、出血性)、急性心肌梗死、急性左心衰竭伴肺水肿、不稳定性心绞痛、主动脉夹层。

**高血压亚急症：**指血压显著升高但不伴靶器官损害，通常不需住院，但应立即进行口服抗高血压药联合治疗，应仔细评估、监测高血压导致的心肾损害并确定导致血压升高的可能原因。

高血压急症和高血压亚急症统称为高血压危象，需要强调的是，靶器官损害而非血压水平是区别高血压急症与高血压亚急症的关键。患者血压的高低并不完全代表患者的危重程度，是否出现靶器官损害以及哪个靶器官受累不仅是高血压急症诊断的重点，也直接决定治疗方案的选择，并决定患者的预后。在判断是否属于高血压急症时，还需要注重其较基础血压升高的幅度，其比血压的绝对值更为重要。高血压急症是指在原发性或继发性高血压患者，在某些诱因作用下，血压突然和显著升高(一般超过180/120mmHg)，同时伴有进行性心、脑、肾等重要靶器官功能急性损害的一种严重危及生命的临床综合征。

顽固性高血压是指高血压病患者在改善生活方式的基

基础上，应用了足量且合理联合的 3 种降压药物(包括利尿剂)后，血压仍然在目标水平之上，或至少需要 4 种降压药物才能使血压达标。

### **一级医院**

发现高血压危象患者及顽固性高血压病人，应积极处理，如病情难以控制及改善，应尽快转诊至二级、三级医院。

### **二级医院**

可处理顽固性高血压及高血压亚急症病人。高血压急症和难以控制的顽固性高血压患者，积极处理后如病情难以控制及改善，应转至三级医院。

### **三级医院**

对在三级医疗机构治疗稳定高血压病人，可以转诊到社区及一、二级医疗机构进行恢复及后续治疗。

一些复杂的疑诊为继发性高血压患者需要到三级医院诊断。

## **顽固性心力衰竭**

顽固性心力衰竭是指经常规休息，限制水钠摄入，给予利尿剂和强心剂后，心力衰竭仍难以控制者。典型的病人表现为休息或极轻微活动时，即出现心衰症状，往往需要反复或长时间住院接受治疗。

根据上述分类，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### **一级医院**

接诊顽固性心力衰竭病人应做出初诊断，积极处理，如

病情难以控制，应尽快转诊到二、三级医院进行治疗。

## 二级医院

接诊顽固性心力衰竭病人应进行病情评估，积极处理，如病情难以控制，应尽快转诊到三级医院进行治疗。对于有指征进行器械植入(ICD, CRT/CRTD等)的病人应转诊到有资质开展器械植入的三级医院。

## 三级医院

对顽固性心力衰竭患者进行病情评估后，积极处理，给予药物或器械置入治疗。治疗后病情相对稳定的顽固性心力衰竭患者可以转诊到一、二级医疗机构进行后续治疗及随访。

# 严重瓣膜病

## 1. 二尖瓣狭窄

二尖瓣狭窄的病因多为风心病，采用PBMV 或换瓣手术的适应证是相同的，即：①中、重度二尖瓣狭窄且出现左心衰的症状(I类推荐)；②静息肺动脉压  $> 50\text{mmHg}$ ；运动时肺动脉收缩压  $\geq 60\text{mmHg}$  (I类推荐)；③如果中、重度二尖瓣狭窄即使没有左心衰症状，多数研究结果仍推荐手术(II a类推荐)；④如果中、重度二尖瓣狭窄出现新发房颤时多数研究结果也推荐手术(II a类推荐)。相反，轻度二尖瓣狭窄没有左心衰症状时不应考虑手术，手术为时尚早(III类推荐)。要强调的是，出现与瓣膜狭窄有关的症状(即左心衰)是最主要的手术指征(I类推荐, A级证据水平)，另外，PBMV 的以往适应证是中、重度狭窄且瓣膜及瓣下组织病变较轻，不存在中

度以上的瓣膜关闭不全，而目前由于技术水平的提高，PBMV的适应证已扩展到分离术后再狭窄、老年、妊娠、心房颤动、合并其他先天性心脏畸形等患者。

## 2. 二尖瓣反流:

二尖瓣反流的病因很多，包括：①风湿性损害包括瓣膜增厚、变性、瓣缘卷缩、连接处融合以及腱索融合缩短；②二尖瓣环老年退行性变和瓣环钙化；③缺血性乳头肌功能不全或断裂；④二尖瓣脱垂，病因包括二尖瓣原发性黏液性变、遗传性结缔组织病(如Marfan综合征)；⑤感染性心内膜炎破坏瓣叶；⑥肥厚型心肌病收缩期二尖瓣前叶前移导致二尖瓣反流；⑦先天性心脏病心内膜垫缺损合并二尖瓣前叶裂导致反流，或先天的腱索病变，如腱索过长、断裂缩短和融合；⑧外伤性的腱索断裂。

二尖瓣反流修复或置换术适应证：①重度反流伴有左心衰症状(I类推荐)；②LVEF $\leq$ 60%，LVESD $\geq$ 40mm(I类推荐)；③心脏超声提示重度反流但尚无临床症状，LVEF $>$ 60%，LVESD $<$ 40mm，或出现房颤时是否应该手术尚有争议(II类推荐)；④中度以下的反流无症状，且LVEF $>$ 60%、LVESD $<$ 40mm不是手术的适应证(III类推荐)。

## 3. 主动脉瓣狭窄:

主动脉瓣狭窄可由风湿热的后遗症、先天性狭窄或老年性主动脉瓣钙化所造成。钙化性主动脉瓣疾病随年龄增长而增加，年龄每增加10岁，主动脉瓣钙化的危险性增加1倍；男性为女性的2倍；吸烟、高血压、高胆固醇血症均为其危

险因素。由于左心室代偿能力较大，即使存在较明显的主动脉瓣狭窄，相当长的时间内患者可无明显症状，直至瓣口重度狭窄才出现临床症状(晕厥、心绞痛或心衰3个症状一旦出现，则预计寿命仅为2-5年)。而对于没有出现临床症状，但心脏彩超检查明确重度狭窄，并且出现左心室肥厚、增大、主动脉瓣跨瓣压差 $>60\text{mmHg}$ 的患者，亦应及早治疗，而且在出现临床症状前施行手术期疗效较好，手术死亡率较低。对于严重心功能不全或合并严重心律失常、感染性心内膜炎的重症主动脉瓣狭窄的患者，虽然手术危险相对较高，但手术治疗症状改善和远期效果均比非手术治疗好，所以也应该积极手术治疗。主动脉瓣狭窄手术适应证：①重度主动脉瓣狭窄并出现晕厥、心绞痛或心衰3个症状之一者(I类推荐)；②中度主动脉瓣狭窄要进行冠状动脉(冠脉)搭桥手术时应该同时行换瓣手术(I类推荐)；③主动脉瓣狭窄同时LVEF $<50\%$ 也应考虑手术(I类推荐)；④重度甚至极重度主动脉瓣狭窄。但是没有上述症状时推荐手术(IIb类推荐)；⑤中度以下的主动脉瓣狭窄不伴症状时不是手术适应证(III类推荐)。

#### 4. 主动脉瓣反流：

主动脉瓣反流的病因有：①感染性心内膜炎致主动脉瓣瓣膜穿孔、破损或瓣周脓肿；②外伤致升主动脉根部、瓣叶支持结构和瓣叶破损或瓣叶急性脱垂；③主动脉夹层时夹层血肿使主动脉瓣环扩大，一个瓣叶被夹层血肿挤压向下，瓣环或瓣叶被夹层血肿撕裂；④风心病使瓣叶纤维化、增厚和

缩短，影响舒张期瓣叶边缘对合；⑤先天性畸形包括二叶主动脉瓣和室间隔缺损时由于无冠瓣失去支撑引起主动脉瓣反流；⑥主动脉瓣黏液样变性，或合并主动脉根部中层囊性坏死(可能为先天性原因)；⑦强直性脊柱炎时瓣叶基底部和远端边缘增厚伴瓣叶缩短；⑧主动脉根部扩张引起瓣环扩大，瓣叶舒张期不能对合；⑨梅毒性主动脉炎。

主动脉瓣反流瓣膜置换术适应证：①重度主动脉瓣反流合并左心衰症状，或LVEF < 50% (I类推荐)；②重度主动脉瓣反流并要进行冠脉搭桥手术时应该同时行换瓣手术(I类推荐)，而中度反流时可做可不做(II a类推荐)；③重度主动脉瓣反流无症状、LVEF > 50%，但是LVEDD > 75 mm、LVESD > 55 mm时，可以考虑手术(II a类推荐)；④LVEDD < 70mm、LVESD < 50mm、LVEF > 50%而无症状时，不应考虑手术(III类推荐)。

### 一级医院

接诊到严重瓣膜疾病病人应积极处理，如病情难以控制及改善，或危及病人生命，应尽快转诊到二、三级医疗机构心血管专科治疗。

### 二级医院

对于有指征进行介入治疗及外科手术的瓣膜病病人，应转诊到有资质开展瓣膜病介入以及瓣膜病心脏外科治疗的三级医疗机构。

### 三级医院

对在三级医疗机构治疗稳定的瓣膜病病人，可以转诊到

社区及一、二级医疗机构进行恢复及后续治疗。

## 重症心肌炎

心肌炎患者有阿-斯综合征发作、充血性心力衰竭伴或不伴心肌梗死样心电图改变、心源性休克、急性肾功能衰竭、持续性室性心动过速伴低血压或心肌心包炎等一项或多项表现，可诊断为重症病毒性心肌炎。

根据上述分类，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### 一级医院

接诊重症心肌炎患者时，应做出初诊断，积极抢救，尽快转诊到二、三级医院治疗。

### 二级医院

接诊重症心肌炎患者时，应进行病情评估，如病情难以控制及改善，危及病人生命，或需要器械置入治疗，应尽快转诊到有资质开展器械植入的三级医院进行治疗。

### 三级医院

对重症心肌炎患者进行病情评估后，积极处理，给予药物或器械置入治疗。治疗后病情稳定的重症心肌炎患者可以转诊到一、二级医疗机构进行后续治疗、恢复及随访。

## 严重大血管疾病

大血管疾病是一类很凶险的疾病，发病急，进展快，病死率高。这里所说的大血管主要是指人体的主动脉及肺动脉，可分为狭窄性和扩张性大血管疾病。

根据上述分类，按照如下分级诊疗指南实施救治：

## **一级医院**

接诊严重大血管疾病患者时，应做出初诊断，积极抢救，尽快转诊到二、三级医院治疗。

## **二级医院**

接诊严重大血管疾病患者时，应评估病情，积极抢救，如病情危及病人生命，应尽快转诊到三级医院心血管专科治疗。对于有指征进行介入治疗及外科手术的大血管病人，应转诊到有资质开展大血管疾病介入以及大血管和心脏外科治疗的三级医院。

## **三级医院**

对严重大血管疾病患者进行病情评估后，积极处理，给予药物、介入治疗及外科手术治疗。治疗后病情稳定的严重大血管疾病患者可以转诊到一、二级医疗机构进行后续治疗、恢复及随访。

## 第二章 神经内科常见疾病分级诊疗指南

### 阿尔茨海默病

阿尔茨海默病 (Alzheimer' s disease, AD) 是一种发生于老年和老年前期的中枢神经系统退行性疾病, 临床隐袭起病, 表现为的记忆力和认知功能持续恶化, 日常生活能力进行性减退, 可伴有各种精神症状和行为障碍, 病因和发病机制迄今未明。

根据上述定义, 按照如下分级诊疗指南实施救治:

#### 一级医院

疑诊阿尔茨海默病患者转诊至二级医院。

#### 二级医院

1. 阿尔茨海默病的初步诊断、治疗;
2. 已确诊的阿尔茨海默病需长期药物治疗及康复治疗患者;
3. 中、晚期阿尔茨海默病无其它严重合并症仅需对症支持治疗的患者;
4. 符合以下条件患者, 转诊至三级医院: ①阿尔茨海默病的初步诊断及治疗困难; ②中、晚期阿尔茨海默病有其它严重合并症患者。

#### 三级医院

1. 所有阶段阿尔茨海默病的诊断、治疗;
2. 伴有各种内科疾病及其它神经系统疾病如高血压、糖尿病、心脏病、肺心病、心脑血管疾病、帕金森氏病、抑

郁症、焦虑症等阿尔茨海默病多学科的综合评估及治疗；

3. 合并重要脏器功能损害及各种感染性疾病、中毒性损害、外科疾病需手术治疗等阿尔茨海默病的评估和治疗；

4. 阿尔茨海默病中、晚期严重精神障碍的治疗；

5. 符合以下条件患者，可转下级医院：①阿尔茨海默病诊断及治疗明确；②合并症已有效控制需长期药物治疗及康复治疗患者。

## 癫痫及癫痫持续状态

癫痫是由多种病因引起的慢性脑部疾患，是一组疾病和综合征，以大脑神经元反复突然过度放电所致的间歇性中枢神经系统功能失调为特征。患者发作可表现为感觉、运动、意识、精神、行为、自主神经功能障碍或兼而有之。每次发作称为痫性发作，持续存在的癫痫易感性所导致的反复发作称为癫痫。在癫痫中，由特定症状和体征组成的、特定的癫痫现象称为癫痫综合征、癫痫持续状态(SE)或称癫痫状态，是癫痫连续发作之间意识未完全恢复又频繁再发，或发作持续30分钟以上不自行停止。长时间癫痫发作，若不及时治疗，可因高热、循环衰竭或神经元兴奋毒性损伤导致不可逆的脑损伤。各种癫痫发作均可发生持续状态，但临床以强直一阵挛持续状态最常见。全身性发作的癫痫持续状态(SE)常伴有不同程度的意识、运动功能障碍，严重者更有脑水肿和颅压增高表现。

根据上述定义，按照如下分级诊疗指南实施救治：

## 一级医院

疑诊痫性发作患者应转诊至二级医院。

## 二级医院

1. 癫痫病患者的初诊及随访;
2. 癫痫病因诊断明确, 二级医院具备实施适宜病因、并发症及合并症治疗条件的;
3. 二级医院具有录像脑电图设备条件的;
4. 癫痫持续状态;
5. 符合以下条件患者, 转诊至三级医院: ①痫性发作病因诊断困难, 或二级医院诊断条件有限的; ②二级医院不具备实施特殊治疗方案条件的; ③癫痫持续状态不能得到有效控制, 充分评估转院风险后, 可转入上级医院; ④难治性癫痫术前评估。

## 三级医院

1. 痫性发作的病因诊断;
2. 痫性发作的病因治疗, 并发症及合并症治疗;
3. 耐药癫痫术前评估, 药物调整;
4. 24小时脑电图;
5. 癫痫持续状态的治疗及高级生命支持;
6. 符合以下条件患者, 可转下级医院: ①癫痫诊断明确, 二级医院具备实施适宜病因、并发症、合并症治疗条件的; ②耐药癫痫药物调整后, 发作相对得到控制; ③癫痫病因诊断明确, 需实施特殊治疗, 甚至手术治疗, 但患方拒绝, 仅接受基础治疗的; ④癫痫持续状态得到完全控制, 生命体征平

稳。

## 多发性硬化、视神经脊髓炎

多发性硬化 (MS) 是以中枢神经系统白质多灶性炎性脱髓鞘为主要病变的自身免疫性疾病，时间和空间上的多相性是其最重要的临床特点。本病急性活动期中枢神经白质有多发性炎性脱髓鞘斑，陈旧病变则由于胶质纤维增生而形成钙化斑，以多发病灶、缓解、复发病程为特点，好发于视神经、脊髓和脑干。视神经脊髓炎 (NOM) 是视神经与脊髓同时或相继受累的急性或亚急性脱髓鞘病变，又称Devic病，其临床特征为急性或亚急性起病的，单眼或双眼失明，其前或其后数周伴发横贯性或上升性脊髓炎。

根据上述定义，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### 一级医院

疑诊多发性硬化、视神经脊髓炎患者应转诊至二级医院。

### 二级医院

1. 多发性硬化、视神经脊髓炎诊断及随访；
2. 符合以下条件患者，转诊至三级医院：①复发的多发性硬化、视神经脊髓炎急性期；②不明原因的视力障碍、肢体瘫痪、感觉障碍、复视、排尿障碍、眩晕和平衡障碍、吞咽困难等；③多发性硬化、视神经脊髓炎合并高血压、糖尿病、感染等严重内科疾病。

### 三级医院

1. 多发性硬化、视神经脊髓炎的诊断；

2. 多发性硬化、视神经脊髓炎后遗症治疗，如痉挛性瘫痪、发作性症状、抑郁；
3. 多发性硬化、视神经脊髓炎再发预防；
4. 首次诊断的多发性硬化、视神经脊髓炎；
5. 多发性硬化、视神经脊髓炎急性期需激素冲击治疗等；
6. 复发的多发性硬化、视神经脊髓炎需激素冲击治疗等；
7. 急性进展的多发性硬化、视神经脊髓炎需呼吸支持等治疗；
8. 多发性硬化、视神经脊髓炎合并高血压、糖尿病、感染等严重内科疾病；
9. 符合以下条件患者，可转下级医院：①多发性硬化、视神经脊髓炎治疗恢复期；②多发性硬化、视神经脊髓炎后遗症康复治疗；③需要长期高级生命支持，但经评估生命体征相对稳定。

## 格林—巴利综合征

格林-巴利综合征 (Guillain-Barre综合征)，又称急性炎症性脱髓鞘性多发性神经根神经病，是累及周围神经和神经根的自身免疫性疾病。临床上表现为进行性对称性四肢软瘫，以及不同程度的感觉障碍，可伴有致死性呼吸麻痹和双侧面瘫。脑脊液检查，出现典型的蛋白质增加而细胞数正常，又称蛋白细胞分离现象。

根据上述定义，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### 一级医院

发现急性或亚急性四肢对称性迟缓性瘫痪患者应转诊至二级医院。

### 二级医院

1. 急性或亚急性四肢对称性迟缓性瘫痪初诊、留观和治疗；

2. 符合以下条件患者，转诊至三级医院：①急性或亚急性四肢对称性弛缓性瘫痪，治疗一周以上无好转，诊断仍不明确；②急性或亚急性四肢对称性弛缓性瘫痪，肌无力进行性加重或出现肋间肌、膈肌无力、延髓麻痹的症状和体征，下级医院无生命支持能力；③急性或亚急性四肢对称性迟缓性瘫痪，伴严重心律失常、重度感染或心衰，充分评估转运风险后可转至上级医院继续治疗；④急性或亚急性四肢对称性迟缓性瘫痪，需接受特殊治疗方案，但下级医院不具备相关条件，充分评估转运风险后可转至上级医院继续治疗。

### 三级医院

1. 格林—巴利综合征的诊断及随访；

2. 急性或亚急性四肢对称性迟缓性瘫痪，瘫痪呈进行性加重；

3. 急性或亚急性四肢对称性弛缓性瘫痪，伴肋间肌、膈肌无力症状和体征；

4. 急性或亚急性双侧颅神经下运动神经元性损伤，伴延髓麻痹症状和体征；

5. 急性或亚急性四肢对称性迟缓性瘫痪，伴严重心律失常、重度感染或心衰；

6. 排除周期性麻痹、全身型重症肌无力、急性脊髓炎、癍症性发作；

7. 符合以下条件患者，可转下级医院：①格林-巴利综合征诊断明确，生命体征相对平稳，无严重心律失常、重度感染或心衰；②诊断明确，需长期呼吸支持患者，生命体征相对平稳的患者，充分评估转运风险，可转至下级医院继续治疗；③格林-巴利综合征诊断明确，肌无力症状无加重，无呼吸肌麻痹的症状和体征；④颅神经型(双侧颅神经下运动神经元性损伤)格林-巴利综合征，无延髓麻痹的症状和体征。

## 肌病(注:原为肌肉原发性疾患)

肌病(myopathies)是横纹肌病的简称，为肌肉的原发性结构或功能性病变，故中枢神经系统(CNS)、下运动神经元、末梢神经及神经肌肉接头处疾病所致继发性肌软弱，皆包括在内。临床上肌病可以大致分为遗传性肌病(如肌营养不良、先天性肌病、肌强直和通道病、代谢性肌病、线粒体性肌病等)和获得性肌病(如炎症性肌病、内分泌性肌病、与系统性疾病有关的肌病、药物中毒性肌病等)两大类。

根据上述定义，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### 一级医院

疑诊肌肉无力、疼痛、肌肉萎缩等肌病患者应转诊至二

级医院。

### 二级医院

1. 肌肉无力、疼痛、肌肉萎缩等肌病的初筛；
2. 明确诊断；
3. 进一步行肌电图检查的患者；
4. 需要完善肌酶检查的患者；
5. 符合以下条件患者，转诊至三级医院：①诊断不明确，需进一步明确诊断；②肌肉营养不良患者需要行肌肉活检、基因检测，进一步分型的患者；③肌肉疾患合并有心脏、智力损伤、内分泌改变等多系统损伤的患者需要综合治疗。

### 三级医院

1. 不明原因肌肉萎缩、肌肉肥大、肌无力、肌肉疼痛表现的患者；
2. 门诊肌电图检查排除神经源性疾患；
3. 不明原因肌肉萎缩、行走困难的患者；
4. 需要完善肌肉活检的患者；
5. 发病呈家族性，需要基因检测；
6. 符合以下条件患者，可转下级医院：诊断明确，需要进一步巩固治疗或并发症的继续治疗。

## 脊髓病

脊髓病 (myelopathy) 系指非生物原性致病因子，如外伤、压迫、血管、代谢、遗传、中毒和其他不明原因所致的脊髓灰质或白质的部分或系统病变。临床上，有可表现为肢体疾、

肌肉萎缩、感觉缺失、分离以及伴或不伴膀胱、直肠功能障碍等症状。病理学上一般不具炎性细胞渗出，而有缺血、坏死、神经病变和髓鞘脱失等改变。脊髓病者多起病隐匿，缓慢进展，病史中有物理、化学损伤、代谢缺陷、遗传、中毒等因素，常规治疗难于改变病程进展，预后较差。

根据上述定义，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### **一级医院**

疑诊脊髓病患者应转诊至二级医院。

### **二级医院**

1. 脊髓病患者的初诊及随访；
2. 脊髓病病因诊断明确，二级医院具备实施适宜病因、并发症及合并症治疗条件的；
3. 脊髓病处于神经功能恢复期的康复治疗；
4. 符合以下条件患者，转诊至三级医院：①脊髓病病因诊断困难，或二级医院诊断条件有限的；②二级医院不具备实施适宜治疗方案(如：手术、介入治疗、血浆置换等)条件的；③脊髓病出现严重并发症或难以处理的并发症时，转院无危险，可转送上级医院治疗；④二级医院治疗期间疗效不佳，病情继续恶化或合并其他严重基础疾病的患者。

### **三级医院**

1. 脊髓病患者的初诊及随访；
2. 脊髓病的病因诊断；
3. 脊髓病的病因治疗，并发症及合并症治疗；
4. 脊髓病的康复治疗；

5. 符合以下条件患者，可转下级医院：①脊髓病病因诊断明确，二级医院具备实施适宜病因、并发症、合并症治疗条件的；②脊髓病急性期治疗结束，处于神经功能恢复期，二级医院具备实施适宜康复治疗条件的；③脊髓病病因诊断明确，需实施特殊治疗，但患方拒绝，仅接受基础治疗的；④经评估需长期带机，患者生命体征相对平稳，下级医院具有进一步生命支持条件的。

## TIA/脑梗死

短暂性脑缺血发作(transientischemicattack, TIA)为局部性缺血造成的短暂性脑或视网膜神经功能缺陷，临床表现为缺血部位的相应症状和体征，每次发作持续时间为数分钟至1小时；可反复发作；无任何急性梗死的证据发现。TIA不是良性疾病，它预示患者处于发生脑梗死、心肌梗死和其他血管意外的高度危险中，应予积极处理，以减少发生脑梗死的几率。脑梗死是指脑部供血中断，又无充分侧支循环代偿供血时导致的脑组织缺血、缺氧性坏死和脑软化，而产生的神经系统症状群，不包括全脑性缺血和缺氧性坏死，如窒息和心跳、呼吸暂停引起的全脑病损。

根据上述定义，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### 一级医院

疑诊脑血管病患者应转诊至二级医院。

### 二级医院

1. 脑血管病初步诊断；

2. 二级预防治疗方案的调整;
3. 定期随访及评估的患者;
4. 急性期TIA/脑梗死患者;
5. 未进行血管评估, 病因及发病机制不明的患者;
6. 符合以下条件患者, 转诊至三级医院: ①不能进行血管评估, 病因及发病机制诊断不明的患者; ②无条件进行血管成形术; ③有严重合并症, 当地医院无法良好控制, 病情许可时。

### 三级医院

1. 脑血管病初步诊断;
2. 二级预防治疗方案的调整;
3. 定期随访及评估的患者;
4. 急性期TIA/脑梗死(初发与复发)患者;
5. 未进行血管评估, 病因及发病机制不明的患者;
6. 需要进行血管介入检查或治疗患者;
7. 门诊治疗出现严重药物不良反应的患者;
8. 原有疾病基础上再次加重, 需重新评估的患者;
9. 符合以下条件患者, 可转下级医院: ①已明确病因及发病机制诊断, 病情稳定的患者; ②生命体征稳定, 无严重合并症的患者; ③有合并症, 甚至需要长期高级生命支持患者, 但生命体征相对稳定, 下级医院具有生命支持条件, 需要长期康复的患者。

## 帕金森病

帕金森病 (Parkinson disease, PD) 又名震颤麻痹是最常见的神经退行性疾病之一。PD 病因及发病机制尚未明确可能与遗传因素、环境因素、患者因素等有关。PD 病理改变为：中脑黑质致密部、蓝斑神经元色素脱失，黑质色素变淡及出现路易小体。PD 神经生化改变为：中脑黑质致密部、蓝斑神经元脱失致上述部位及其神经末梢处多巴胺 (DA) 减少，(DA 减少  $\geq 70\%$  时产生 PD 临床表现)，而黑质纹状体系统中与 DA 功能拮抗的乙酰胆碱 (ACH) 作用相对亢进，DA 与 ACH 平衡失调。临床表现：运动症状，如运动过缓、肌强直、静止性震颤、姿势步态异常等；非运动症状，如认知/精神异常、睡眠障碍、自主神经功能障碍、感觉障碍等。

根据上述定义，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### 一级医院

疑诊帕金森病患者应转诊至二级医院。

### 二级医院

1. 帕金森病的筛查、初诊以及术后随访；
2. H-Y 分级 2 级以下的患者；
3. 在三级医院指导下 H-Y 分级 2.5 级以上的患者的后期综合治疗；
4. 帕金森病患者的康复治疗，晚期卧床者的护理；
5. 外科治疗后的康复和一般并发症治疗；
6. 符合以下条件患者，转诊至三级医院：①初步考虑诊断为帕金森病，但诊断性药物治疗效果不佳者；② H-Y 分级 2.5 级以上的患者，或/和经过常规药物治疗疗效不佳者，

③患者出现运动并发症如异动或剂末现象、开关现象等，④患者因服药出现不能耐受的副作用者，如严重的恶心呕吐、头昏、嗜睡等及记忆力损害；⑤患者出现严重的非运动症状如抑郁、焦虑、认知损害等；⑥患者出现与药物相关或无关的并发症如幻觉等精神症状；⑦需要外科手术如DBS治疗者；⑧晚期因吞咽困难需要安置胃造瘘管者。

### 三级医院

1. 帕金森病的诊断及分级、药物调整、手术治疗后以及随访；

2. 需要明确诊断；

3. H-Y分级2.5级以上的患者；

4. 患者出现运动并发症如异动症或剂末现象、开关现象等；

5. 患者因服药出现不能耐受的副作用，如严重的恶心呕吐、头昏、嗜睡等；

6. 患者出现与药物相关或无关的并发症，如幻觉等精神症状；

7. 患者出现严重的非运动症状如抑郁、焦虑、认知损害等；

8. 患者出现严重并发症，如肺部感染、摔倒骨折、褥疮等；

9. 深部脑刺激术 (DBS) 术前评估；

10. 符合以下条件患者，可转下级医院：①诊断明确、H-Y分级2级以下、药物控制症状良好的患者；②出现运动并

发症的患者经三级医院调整药物后，运动并发症得到良好控制者；③出现非运动症状，经三级医院调整药物后，症状得到良好控制者；④其他并发症如肺部感染、褥疮、骨折等经内科治疗和相关专科治疗后，症状等得到控制者。

## 中枢神经系统感染

中枢神经系统(CNS)感染系指各种生物性病原体侵犯CNS实质、被膜及血管等引起的急性或慢性炎症性(或非炎症性)疾病。根据感染的部位可分为：①脑炎、脊髓炎或脑脊髓炎：主要侵犯脑和(或)脊髓实质；②脑膜炎、脊膜炎或脑脊膜炎：主要侵犯脑和(或)脊髓软膜；③脑膜脑炎：脑实质与脑膜合并受累。根据发病情况及病程可分为急性、亚急性和慢性感染；根据特异性致病因子不同，有病毒性脑炎、细菌性脑膜炎、真菌性脑膜炎和脑寄生虫病之分。

根据上述定义，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### 一级医院

疑诊中枢神经系统感染患者应转诊至二级医院。

### 二级医院

1. 中枢神经系统感染患者的初诊、及出院患者随访；
2. 中枢神经系统感染患者的确诊；
3. 中枢神经系统感染患者的治疗；
4. 伴有轻中度并发症的患者的评估与综合治疗；
5. 中枢神经系统感染患者的康复治疗；
6. 符合以下条件患者，转诊至三级医院：①病情严重

合并严重颅内压增高、脑水肿或已有脑疝形成的患者，病情许可时；②有昏迷、癫痫发作及癫痫持续状态的患者，病情许可时；③合并较严重基础疾病如心脏及肺部疾病、糖尿病，在当地医院没有条件治疗或不能得到良好控制的患者；④二级医院治疗期间疗效不好或病情继续恶化者；⑤多次复发当地医院处理有困难的患者。

### 三级医院

1. 中枢神经系统感染患者的初诊、出院患者的评估及随访；

2. 严重及复杂中枢神经系统感染患者的确诊；

3. 伴有严重合并症的患者多学科评估与综合治疗；

4. 有昏迷、癫痫发作及癫痫持续状态的综合治疗；

5. 合并严重颅内压增高、脑水肿、呼吸肌麻痹需机械通气患者的综合治疗；

6. 合并有严重呼吸道感染等并发症及衰竭需全身支持治疗的患者；

7. 复发的中枢神经系统感染患者的诊断及治疗；

8. 符合以下条件患者，可转下级医院：①颅内感染诊断明确，急性期治疗结束，需后期康复；②~~中—重症~~无严重合并症病情稳定的中枢神经系统感染患者；③需要长期带机或高级生命支持，但病情相对稳定，评估转运风险后，下级医院具有生命支持条件，可转回下级医院继续治疗。

## 重症肌无力

重症肌无力 (Myastheniagravis, MG) 是一种由乙酰胆碱受体抗体介导、T细胞依赖、补体参与的，针对神经-肌肉接头处突触后膜上乙酰胆碱受体的自身免疫性疾病，引起神经-肌肉接头处生物化学和电生理传递功能障碍。临床主要表现为部分或全身骨骼肌无力和易疲劳，活动后症状加重，经休息后症状减轻。

根据上述定义，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### 一级医院

疑诊重症肌无力患者应转诊至二级医院。

### 二级医院

1. 重症肌无力的初诊及随访；
2. 重症肌无力或肌无力综合征进一步明确诊断及病因；
3. 重症肌无力各型的治疗；
4. 符合以下条件患者，转诊至三级医院：①肌无力综合征病因诊断不明确；②二级医院治疗期间疗效不好或病情继续恶化者(重症危象)；③合并较严重并发症，下级医院无进一步治疗条件；④发现胸腺瘤，需进一步术前评估。

### 三级医院

1. 重症肌无力的诊断、轻症治疗方案的制定及随访；
2. 肌无力综合征明确诊断及病因筛查；
3. 重症肌无力各个分型的治疗；
4. 重症肌无力危象的治疗；
5. 重症肌无力合并其他脏器损伤的治疗；

6. 重症肌无力术前评估;

7. 符合以下条件患者, 可转下级医院: ①病情稳定的重症肌无力, 需随访观察; ②需要长期带机或高级生命支持, 但病情相对平稳, 下级医院具有生命支持条件; ③肌无力综合征病因诊断明确, 需进一步康复治疗。

## 第三章 肾脏疾病分级诊疗指南

### 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，是一种主要侵犯儿童的临床常见肾脏病。其临床特点为急性肾炎综合征即急性起病，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为临床表现，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)。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。其病因多样，以链球菌感染后常见。

根据上述定义，按照如下分级诊疗指南实施救治：

#### 一级医院

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 $>30/90\text{mmHg}$ ，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院。二级或三级医院确诊，如无上述情况无肾功能异常，在一级医院治疗和随诊。

#### 二级医院

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( $>3.5\text{g/d}$ )、或成人C3持续降低超过3月者转至三级医院。三级医院确诊，肾功能稳定无并发症者，在二级或一级医院治疗和随诊。

#### 三级医院

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。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，在二级或一级医院治疗和随诊。

## 急进性肾炎综合征

急进性肾炎综合征起病急骤，表现为血尿(部分可有肉眼血尿)、蛋白尿、水肿、高血压、贫血和低蛋白血症，伴肾功能快速进行性恶化(多在几周内)，B超检查见肾脏体积正常或增大，病理生理基础为大量新月体形成，肾小球毛细血管袢广泛重度炎症和坏死。常见于：1.各种原因导致的新月体性肾炎，如抗肾小球基底膜肾炎、肺出血-肾炎综合征、抗中性粒细胞胞浆抗体相关性血管炎、过敏性紫癜性肾炎、狼疮性肾炎。2.其他疾病：血管炎型IgA肾病、伴有新月体形成的各种肾小球疾病和感染后肾小球肾炎等。

根据上述定义，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### 一级医院

血尿、蛋白尿、水肿、高血压、少尿，肾功能进行性减退者应转至二级或三级医院。二级或三级医院已确诊、治疗后病情稳定，治疗方案确定，不需要使用糖皮质激素和细胞毒药物，肾功能正常或稳定者，在二级或一级医院随诊，指导用药和生活方式调整。

### 二级医院

不明原因的少尿、贫血、肾功能进行性减退或需要肾脏替代治疗，但肾脏体积正常或增大者，应立即转至三级医院。

三级医院已确诊、治疗后病情稳定，不需使用糖皮质激素和细胞毒药物，肾功能异常需要或不需要维持性肾脏替代治疗者，在二级医院治疗和随诊（如需透析治疗，要求二级医院有透析条件）和随诊。

### 三级医院

多系统损害、需要肾活检、血浆置换、肾脏替代治疗者，需要使用糖皮质激素和细胞毒药物，合并严重并发症者，在三级医院治疗和随诊。

若病情稳定，不继续使用糖皮质激素和免疫抑制剂、肾功能稳定者转至二级或一级医院治疗和随诊。

## 慢性肾小球肾炎综合征

慢性肾小球肾炎综合征是指以蛋白尿、血尿、高血压、水肿为基本临床表现，可有不同程度的肾功能异常。

根据上述定义，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### 一级医院

主诉水肿或体检有高血压、或蛋白尿、或血尿和/或肾功能异常，复查仍有异常者，应转至二级医院。二级或三级医院已确诊和制定治疗方案，不需使用糖皮质激素和细胞毒药物，蛋白尿 $<1/d$ ，肾功能、血压正常或使用1-2种降压药血压控制在 $\leq 110-130/70-80\text{mmHg}$ （有合并症者需根据情况确定目标血压），在一级医院随诊，指导用药和生活方式调整。

### 二级医院

不明原因血尿，蛋白尿  $\geq 1\text{g/d}$ ，首诊肾功能异常，使用2种以上降压药血压  $\geq 140/90\text{mmHg}$ ，合并心脑血管危险因素或合并症，应转至三级医院。

三级医院已确诊和制定治疗方案，或不需使用糖皮质激素和细胞毒药物，使用3种以下降压药血压控制在  $\leq 110-140/70-90\text{mmHg}$ （有合并症者需根据情况确定目标血压），肾功能稳定或维持性肾脏替代治疗并已建立长期透析通路，在二级医院随诊，指导用药和生活方式调整（如二级医院能够建立长期透析通路可在二级医院进行）。

### 三级医院

行肾活检，需要使用糖皮质激素和细胞毒药物，使用3种以上降压药血压  $\geq 140/90\text{mmHg}$ ，肾功能异常并合并心脑血管合并症、肾功能进行性进展者在三级医院治疗和随诊。

若治疗方案和病情稳定，停用糖皮质激素和细胞毒药物，血压和肾功能稳定达到下转二级、一级医院标准，转下级医院随诊。

## 肾病综合征

肾病综合征 (nephritic syndrome) 是以大量蛋白尿 ( $> 3.5\text{g/d}$ )、严重的低白蛋白血症 (血浆白蛋白  $< 30\text{g/L}$ )、水肿和(或)、高脂血症为基本特征的一组临床综合征。肾病综合征根据病因分为原发性肾病综合征和继发性肾病综合征两大类(此部分特指原发性肾病综合征)。但临床上有一部分原发性肾病综合征患者对糖皮质激素依赖或抵抗或频繁复发，称

为难治性肾病综合征。难治型肾病综合征是频繁复发型、激素依赖型和激素抵抗型肾病综合征的总称。频繁复发型肾病综合征是指经治疗缓解后半年内复发2次或2次以上，或一年内复发3次或3次以上者。肾活检是确诊成人原发性肾病综合征病理类型、指导治疗和评估预后的最好方法。肾病综合征常见的并发症包括感染、血栓栓塞、急性肾衰竭以及蛋白质营养不良和代谢紊乱。

根据上述定义及分类，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### **一级医院**

患者主诉水肿、血尿、泡沫尿或尿量减少，在一级医院进行尿常规和肝肾功能筛查异常者，应转至二级医院。二级或三级医院已确诊和制定治疗方案，不需使用糖皮质激素和细胞毒药物，或经治疗后蛋白尿 $<1\text{g/d}$ ，肾功能、血压正常或使用1-2种降压药血压 $\leq 110-130/70-80\text{mmHg}$ （有合并症者需根据情况确定目标血压），在一级医院随诊，指导用药和生活方式调整。

### **二级医院**

行24小时尿蛋白定量、肝肾功能及其它相关实验室检测对肾病综合征进行临床诊断、判断有无并发症，无并发症或并发症轻微的初发初治年轻患者可在二级医院进行治疗和随诊。难治性肾综、或存在继发病因、或合并严重并发症者或中老年患者需转至三级医院。三级医院已确诊和制定治疗方案，使用规范剂量糖皮质激素或加口服免疫抑制剂者，不使用细胞毒药物者，在二级医院随诊，指导用药和生活方式

调整。

### 三级医院

肾活检，继发性肾病综合征、难治型肾病综合征、需要使用糖皮质激素和细胞毒药物，合并严重并发症者，在三级医院治疗和随诊。若治疗方案和病情稳定，使用规范剂量糖皮质激素或加口服免疫抑制剂者，不使用细胞毒药物者，转二级医院治疗和随诊。

## 狼疮性肾炎

狼疮性肾炎的定义：是继发于系统性红斑狼疮的肾组织炎性损伤。系统性红斑狼疮是一种风湿免疫性疾病，可导致皮肤、肌肉、骨关节、血液系统、肝、肾、神经系统等机体多个组织器官的损伤。

狼疮性肾炎的诊治要点：（1）筛查肾脏损伤：明确蛋白尿、血尿、高血压、水肿、肾功能受损等；（2）筛查系统性红斑狼疮：临床表现有肾外损害；（3）病理诊断：肾活检明确狼疮性肾炎病理类型、急慢性活动指数；（4）基于病理制定治疗方案。

根据上述定义，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### 一级医院

筛查肾脏损伤，凡具有不明原因蛋白尿、血尿、高血压、肾功能损害者，转二级医院处理。水肿、关节痛、皮疹、发热，体检有高血压、蛋白尿、血尿和/或肾功能异常，应转至二级医院。

二级或三级医院已确诊和制定治疗方案，口服糖皮质激素或加用口服免疫抑制剂者，不需长期使用糖皮质激素和细胞毒药物，尿红细胞+~++，蛋白尿+~++，尿蛋白定量<1g/d，血压正常或使用1-2种降压药血压 $\leq$ 110-130/70-80mmHg（有合并症者需根据情况确定目标血压），肾功能正常或稳定、无/或其它肾外组织损伤轻微者，在一级医院随诊，指导用药和生活方式调整，但需定期到有条件做自身抗体的医院进行检查。

### 二级医院

疑诊系统性红斑狼疮，蛋白尿 $\geq$ 1g/d，肾功能异常，肾外组织(皮肤、关节、心、肺、脑)损害较重、发热者，应转至三级医院。三级医院已确诊和制定治疗方案，或不需长期使用糖皮质激素和细胞毒药物，尿红细胞+~++，蛋白尿+~++，尿蛋白定量<1g/d，血压正常或使用3种以下降压药血压 $\leq$ 110-140/70-90mmHg（有合并症者需根据情况确定目标血压），肾功能正常或异常肾功能未进行性进展、无/或其它肾外组织损伤轻微者，在二级医院随诊，指导用药和生活方式调整，但需定期到有条件做自身抗体的医院进行检查。

### 三级医院

肾活检，依据肾脏病理和狼疮活动程度制定治疗方案，肾功能进行性进展，肾外组织损伤表现明显或有狼疮活动者均在三级医院就诊。

若治疗方案和病情稳定，使用规范剂量糖皮质激素或加

口服免疫抑制剂者或停用糖皮质激素和细胞毒药物，血压和肾功能稳定达到下转二级医院标准，转二级医院随诊。

## 过敏性紫癜性肾炎

过敏性紫癜是一种常见的血管变态反应性疾病。主要累及皮肤、关节、胃肠道和肾脏毛细血管及小血管，伴IgA沉积的系统性小血管炎。临床以皮肤紫癜、腹痛、关节痛和肾炎为特征。约半数过敏性紫癜累及肾脏，即过敏性紫癜性肾炎，临床表现为尿检异常或急性肾炎综合征，少数或表现为肾病综合征或急进性肾病综合征。肾活检病理表现为系膜增生性病变，伴节段肾小球毛细血管襻坏死和(或)新月体形成，免疫荧光以IgA沉积为特征。

根据上述定义，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### 一级医院

诊断过敏性紫癜，连续2次查尿常规异常(蛋白尿和/或血尿)或肾功能异常者转至二级医院。二级或三级医院已确诊和制定治疗方案，不需使用糖皮质激素和细胞毒药物，蛋白尿 $< 1\text{g/d}$ ，肾功能、血压正常或使用1-2种降压药血压 $\leq 110-130/70-80\text{mmHg}$ (特殊病变根据情况确定目标血压)，在一级医院随诊，指导用药和生活方式调整。

### 二级医院

蛋白尿 $\geq 1\text{g/d}$ ，肾功能异常者应转至三级医院。三级医院已确诊和制定治疗方案，使用正规剂量糖皮质激素或加口服免疫抑制剂者，不使用细胞毒药物，3种以下用降压药血

压  $\leq 110-140/70-90\text{mmHg}$ （有合并症者需根据情况确定目标血压），肾功能稳定者，在二级医院随诊，指导用药和生活方式调整。

### 三级医院

需要肾活检，需要使用糖皮质激素和细胞毒药物。若治疗方案和病情稳定，使用规范剂量糖皮质激素或加口服免疫抑制剂者，不使用细胞毒药物者，转二级医院治疗和随诊。

## 糖尿病肾病

糖尿病肾病是糖尿病全身微血管病性并发症之一，1型糖尿病病人发生糖尿病肾病多在起病10-15年左右，而2型糖尿病病人发生糖尿病肾病的时间不确定，与年龄大、同时合并较多其他基础疾病有关，微量白蛋白尿是诊断糖尿病肾病的标志。糖尿病肾病分为以下五期：1. 肾小球高滤过和肾脏肥大期：这种初期改变与高血糖水平一致，血糖控制后可以得到部分缓解。2. 静止期：间断出现尿白蛋白排出率(UAE)升高( $> 20 \mu\text{g}/\text{min}$ )，休息后恢复正常。3. 临床前期（早期糖尿病肾病）：持续性UAE升高， $20-200 \mu\text{g}/\text{min}$ 。4. 临床期糖尿病肾病：持续性大量白蛋白尿(UAE  $> 200 \mu\text{g}/\text{min}$ )和/或24小时尿蛋白定量大于 $500\text{mg}/\text{d}$ ，出现高血压、水肿、肾病综合征等临床表现。5. 糖尿病肾病V期：肾功能下降，肾功指标开始上升，出现肾功能不全症状。

根据上述分期，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### 一级医院

1 型糖尿病病史5-10年，2 型糖尿病确诊应转到二级医院进行糖尿病肾病筛查。

### 二级医院

1-2期糖尿病肾病患者可控制血糖，监测尿蛋白变化，若出现可疑蛋白尿或糖尿病肾病疑诊合并其它肾脏病理改变者，需要肾活检明确诊断，应转至三级医院。

### 三级医院

3-5期糖尿病肾病患者应在三级医院检查尿白蛋白排泄率，必要时肾活检鉴别糖尿病肾病及非糖尿病肾病，制定治疗方案。终末期肾功衰竭患者或内科治疗无法改善症状的患者，需建立透析通路，进行肾替代治疗，病情好转稳定后转二级医院随诊。

## 乙型肝炎病毒相关性肾炎

乙型肝炎病毒相关性肾炎是由乙型肝炎病毒感染后引发的继发性免疫复合物性肾小球肾炎。乙型肝炎病毒相关性肾炎的临床表现不一，可呈现出肾小球肾炎的临床表现如蛋白尿、血尿、高血压、肾功不全等，肾脏病理类型为膜性肾病及膜增殖性肾小球肾炎。诊断标准为；①血清学：有HBV感染的指标；②肾组织活检病理类型为膜性肾病及膜增殖性肾小球肾炎，除外其它继发性肾小球疾病；③肾小球和或肾小管细胞HBV抗原阳性。

根据上述定义及诊断标准，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### 一级医院

患者主诉水肿、血尿、泡沫尿、尿量减少等可在一级医院进行尿常规和肝肾功能筛查。

### 二级医院

疑诊肾小球肾炎或肾病者在二级医院行24小时尿蛋白定量、肝肾功能、乙肝病毒抗原抗体、HBV-DNA 以及其它相关实验室检查。HBsAg(+)和或HBcAg(+), HBcAb(+), HBeAg(+), HBeAb(+ )拟确诊者应转至三级医院。

### 三级医院

无特殊禁忌情况下,行肾活检确诊乙型肝炎病毒相关性肾炎,需要抗病毒、糖皮质激素或免疫抑制剂、合并肾脏病严重并发症者在三级医院治疗和随访。

若治疗方案和病情稳定,不使用抗病毒药物、糖皮质激素和细胞毒药物者,转二级医院治疗和随诊。

## 多发性骨髓瘤肾病

多发性骨髓瘤:是浆细胞系异常增生的恶性疾病,主要浸润骨髓或软组织,可产生异常的单克隆免疫球蛋白,引起骨骼破坏、贫血、肾损害或免疫功能异常。骨髓瘤肾病:是多发性骨髓瘤最常见和严重的并发症,常表现为蛋白尿、肾病综合征、肾功能损害、高血钙、高尿酸、高粘滞综合征。

根据上述定义,按照如下分级诊疗指南实施救治:

### 一级医院

负责筛查多性骨髓瘤肾病高风险患者,具有临下临床特

点者，应及时转往二级医院：（1）中老年患者；（2）蛋白尿、肾功能异常；（3）高钙血症、白蛋白/球蛋白比例倒置、贫血、血小板或白细胞减少。

### 二级医院

负责筛查多性骨髓瘤肾病患者，具有临下临床特点者，应及时转往三级医院：（1）肾脏损害不能与常见疾病如高血压、糖尿病、肾炎等特点不符者；（2）影像学检查提示骨骼损害。

### 三级医院

负责确诊多性骨髓瘤肾病患者并制定治疗方案的医院应具备以下诊治疗条件：（1）肾脏病理诊断；（2）免疫球蛋白固定电泳检测；（3）骨髓穿刺诊断。对确诊多发性骨髓瘤肾病患者，由医院肾病科及血液科或其它相关科室联合制定治疗方案并随访。若治疗方案和病情稳定，停用化疗药物，可转二级医院随诊。

## 间质性肾炎

间质性肾炎，又称肾小管间质性肾炎，是由各种原因引起的肾小管间质急慢性损害的临床病理综合征。临床常分为急性间质性肾炎和慢性间质性肾炎。急性间质性肾炎以多种原因导致短时间内发生肾间质炎性细胞浸润、间质水肿、肾小管不同程度受损伴肾功能不全为特点，临床表现可轻可重，多数病例有明确的病因。去除病因、及时治疗，疾病可痊愈或使病情得到不同程度的改善。慢性间质性肾炎病理表现以

肾间质纤维化、间质单个核细胞浸润和肾小管萎缩为主要特征，临床可出现夜尿增多及慢性肾功能不全等表现。

根据上述定义，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### **一级医院**

突然发生少尿或非少尿性急性肾功能不全，发现不明原因的发热、贫血、夜尿增多或烦渴、多饮、多尿等表现，应转至二级医院。

### **二级医院**

收治病因明确的急性间质性肾炎，无合并其他脏器功能损害者；在慢性肾功能不全的基础上发生急性肾损伤，病因明确，通过药物治疗或血液透析治疗病情好转或得到控制者；病因明确、治疗方案明确的慢性间质性肾炎患者。

### **三级医院**

急性肾损伤合并其他脏器功能损害病情危重，疑诊急性间质性肾炎，肾功能有损害需要尽快寻找病因，需行肾穿刺病理活检明确诊断者。经治疗病情好转，病因明确，治疗方案明确可转二级医院继续治疗。以肾小管间质功能减损为主的慢性肾脏间质性肾炎，需要肾活检明确病理诊断，明确病因，拟定明确的治疗方案后可转二级医院随诊。

## **高血压肾病**

高血压病史患者(良性高血压5-10年以上或恶性高血压半年以上)出现蛋白尿、水肿、夜尿增多或肾功能受损者。

根据上述定义，按照如下分级诊疗指南实施救治：

## 一级医院

高血压病史患者(良性高血压5-10年以上或恶性高血压半年以上)出现蛋白尿、水肿、夜尿增多或肾功能受损者,应转至二级医院。肾功能正常、使用1-2种降压药血压 $< 140/90\text{mmHg}$ ,在一级医院随诊,指导用药和生活方式调整。

## 二级医院

高血压肾病患者出现中度至大量蛋白尿(蛋白尿 $\geq 1\text{g/d}$ )、血尿、肾功能快速进展、合并心脑血管并发症应转三级医院。

使用3种以下降压药血压 $\leq 140/90\text{mmHg}$ ,肾功能稳定或维持性肾脏替代治疗,心脑血管并发症稳定,在二级医院随诊,生活方式调整,指导用药和维持性肾脏替代治疗。

## 三级医院

存在高血压,中度至大量蛋白尿,需行肾活检的患者。肾活检,使用3种以上降压药血压 $\geq 140/90\text{mmHg}$ ,恶性高血压、肾功能快速进展、合并心脑血管并发症者在三级医院治疗和随诊。

若治疗方案和病情稳定,血压和肾功能稳定达到下转二级、一级医院标准,转下级医院随诊。

## 急性肾损伤(急性肾衰竭)

急性肾损伤是一种常见的临床综合征,以短期内肾小球滤过率(GFR)下降及血肌酐和尿素氮等代谢产物潴留为特征,伴有水、电解质及酸碱平衡紊乱和全身各系统并发症。按发

病机理，分为肾前性、肾性和肾后性三大类。

1. 肾前性急性肾衰竭：由于有效循环血量减少、心排出量下降及引起肾血管收缩的因素导致肾血液灌注不足，肾小球滤过率减少而发生的急性肾衰竭。见于各种休克早期。

2. 肾性急性肾衰竭：是指各种原因引起的肾脏实质性病变而导致的急性肾衰竭。最常见于：1. 肾缺血和肾毒物等引致的急性肾小管坏死 (ATN)；2. 某些肾小球疾病，原发性：急进性肾炎、急性肾小球肾炎、IgA肾病等；继发性：狼疮性肾炎、过敏性紫癜性肾炎、肺出血肾炎综合征等；3 急性间质性肾炎 (AIN)：过敏性、感染性、特发性等；4 肾血管性，大血管：肾动脉栓塞、肾静脉栓塞；小血管：血管炎、血栓性微血管病等。

3. 肾后性急性肾衰竭：是指尿路急性梗阻所致的肾衰竭。见于泌尿道结石、盆腔肿瘤和前列腺肥大、前列腺癌、糖尿病肾病等。

急性肾损伤(急性肾衰竭)的典型临床病程(ATN)分为3期：少尿期、多尿期、恢复期。

急性肾损伤的透析指针：1. 无尿24小时，少尿48小时以上；2. 血钾大于6.5mmol/L；3. 尿素氮 $> 22.0$ mmol/L，血肌酐 $> 442$ umol/L；4. 液体过多，有心衰、肺水肿前兆；5. 酸中毒，二氧化碳结合力低于13mmol/L；血PH $< 7.25$ ；6. 高分解代谢：尿素氮每日上升 $> 8.9$ mmol/L，血肌酐 $> 176.8$ umol/L，血钾大于1mmol/L以上；7. 少尿2天以上伴有下列情况之一者：液体潴留(如眼结膜水肿、胸腔积液、心

音呈奔马律、中心静脉压升高)，尿毒症症状(如持续呕吐、烦躁、嗜睡)，血钾大于6mmol/L以上、心电图有高钾改变。

根据上述定义和分类，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### 一级医院

发现水肿、少尿、肾功能损伤，排除肾后性因素，B超提示双肾体积不小，应转至二级医院。

### 二级医院

经初步(如补液试验)等处理仍少尿，肾功能无好转，不能确诊为慢性肾衰的肾功能异常应转至三级医院。

### 三级医院

需行血液净化(血液透析、连续性肾脏替代治疗等)等治疗，需行肾穿刺活检明确诊断，需给予糖皮质激素及细胞毒药物治疗。

不需要使用糖皮质激素和细胞毒药物者，肾功能恢复或肾功能稳定者可转二级医院随诊。

## 慢性肾脏病(慢性肾衰竭)

慢性肾脏病(CKD)是指肾脏结构或功能异常，包括肾小球滤过率(GFR)正常和不正常的病理、血液或尿液检查异常，或GFR < 60ml/min 超过3个月。CKD 分为5期：1期GFR ≥ 90ml/min，2期GFR 60-89ml/min；3期GFR 30-59ml/min；4期GFR 15-29ml/min；5期GFR < 15ml/min。慢性肾衰竭是CKD进展的结局，主要为CKD4-5期。随着疾病的进展，患者可出现多系统的临床症状，包括消化系统、心血管系统、神

经系统、血液系统、呼吸系统、内分泌系统、骨骼系统以及水电解质和酸碱平衡紊乱等。对于CKD 5期患者，一般需要肾脏替代治疗，包括血液透析、腹膜透析和肾脏移植。

根据上述定义和分期，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### **一级医院**

经上级医院诊断明确的CKD1-3期患者的治疗和随访，延缓CKD进展，治疗并发症。有条件的医院可接受病情稳定的腹膜透析患者。

### **二级医院**

CKD1-5期患者的诊治和评估，延缓CKD进展，治疗并发症。有条件的医院可进行透析前血管通路的准备或腹膜透析置管术。病情稳定的维持性血液透析患者和腹膜透析患者长期随访。在三级医院病情未能得到有效控制，但患者及其家属因各种原因要求出院，仍需继续治疗的患者。

### **三级医院**

快速进展或病因不明的各期CKD患者。合并有严重其他系统并发症的CKD患者：如心力衰竭、肺部感染、呼吸衰竭、严重感染、严重的神经系统病变、重度贫血、严重的甲状旁腺功能亢进、严重的电解质和酸碱平衡紊乱等。

二级医院透析血管通路建立困难的患者；出现严重或复杂的血管通路并发症的患者；出现严重或复杂的血液透析或腹膜透析并发症的患者；肾移植手术患者；其它二级医院处理有困难的情况。

医院所在地区的（省内随访）维持性血液透析患者和腹膜透

析患者的长期跟踪和治疗。

## 第四章 普外科常见疾病分级诊疗指南

### 急性胰腺炎

一、适合在上级医院治疗或符合上转条件的患者:

1. 诊断怀疑急性胰腺炎, 医院条件无法进一步确诊的病例;

2. 诊断为急性胰腺炎, 早期经积极内科保守治疗48小时, 无明显好转的病例;

3. 诊断为急性胰腺炎, 伴局部或全身并发症(含呼吸、循环、肝、肾功能衰竭)的病例;

4. 急腹症剖腹探查术中发现为急性胰腺炎, 术后出现局部或全身并发症, 经积极内科保守治疗, 短期内无明显好转的病例;

5. 急性胰腺炎术后恢复期, 出现全身感染、出血、肠漏等并发症的病例;

6. 急性胰腺炎术后胰漏, 需手术治疗的病例。

二、适合在基层医院治疗或符合下转条件的患者:

1. 轻症急性胰腺炎, 经内科保守治疗病情稳定的恢复期病例;

2. 急性胰腺炎术后病情稳定, 需要继续康复治疗的病例。

### 甲状腺结节

一、三级医院门诊、住院指南

(一) 门诊

各类甲状腺结节初诊、会诊及随访，甲状腺彩超、甲状腺功能、穿刺活检等检查。

## **(二) 住院：具备手术指征的甲状腺结节**

1. 各类甲状腺恶性肿瘤；
2. 结节性甲状腺肿伴压迫症状或胸骨后甲状腺肿；
3. 桥本甲状腺炎伴压迫症状；
4. 毒性结节性甲状腺肿；
5. 经内科治疗及/或<sup>131</sup>I正规治疗失败的甲亢；
6. 功能自主性腺瘤；
7. 甲亢合并肿瘤；
8. 甲状腺结节的不规范手术后的再次手术(残余甲状腺切除、颈淋巴结清扫、喉返神经修复等等)。

## **(三) 下转标准**

各类甲状腺手术后恢复期，或出现以下并发症需长期住院治疗者：甲状旁腺功能低下需较长时间静脉补钙；淋巴漏需较长时间引流；切口感染需较长时间换药。

## **(四) 本级医院诊疗目标**

1. 明确甲状腺结节的性质；
2. 对于需要手术治疗者进行规范手术治疗，并制定长期随访及后续治疗方案；
3. 接受下级医院的转诊。

## **二、二级医院门诊、住院指南**

### **(一) 门诊**

甲状腺结节的初诊及甲状腺手术后随访。

## (二) 住院

较小的甲状腺良性结节限于侧叶切除以下范围者，不伴有压迫症状及手术高危因素者。

## (三) 上转标准

1. 各种甲状腺手术若合并高龄、心肺等重要器官功能障碍者；

2. 结节性质不能明确者；

3. 甲状腺癌需行全甲状腺切除 + 颈淋巴结清扫(包括中央区淋巴结清扫)。

## (四) 本级医院诊疗目标

完成各种甲状腺结节的初筛，对诊断明确、有手术指征且限于一侧叶的良性结节可施行手术治疗；向上级医院转诊不属于本院诊治范围的患者。

# 乳腺癌

## 一、适合在三级医院治疗或符合上转条件的患者

1. 乳腺癌及乳腺其他恶性肿瘤；

2. 乳腺叶状肿瘤；

3. 行乳房外形修复者；

4. 反复复发的乳腺多发脓肿或脓肿切开术后伤口长期不愈形成瘻管患者；

5. 影像学显示乳管内肿瘤诊断不明确的乳头溢液，尤其是单侧单孔溢液患者；

6. 有严重心血管疾病、呼吸功能严重障碍、肝肾功能

不全患者的乳腺肿瘤手术者。

## 二、适合在二级及以下医院治疗或符合下转条件的患者

1. 急性乳腺炎及乳腺脓肿；
2. 单纯性乳腺纤维腺瘤；
3. 影像学明确的单纯性乳腺导管内肿瘤；
4. 乳腺癌术后上肢功能锻炼患者；
5. 乳腺术后创腔积液, 需反复抽吸积液甚至引流者；
6. 乳腺术后出现切口感染需换药者；
7. 乳腺癌全身多处转移仅行姑息性治疗患者。

## 肝脏外科常见疾病

### 一、适合在三级医院治疗或符合上转条件的患者

1. 各类原发性及转移性肝癌；
2. 各类肝脏良性实性肿瘤：包括肝血管瘤、肝局灶性结节性增生 (FNH)、肝腺瘤、肝包虫等；
3. 各类术前诊断困难的肝脏实性占位病变；
4. 各类有肝移植指征的终末期肝病；
5. 各类门静脉高压症, 脾大、脾亢；
6. 手术难度较大的病理脾、脾脏肿瘤；
7. 各类处理困难的肝脏手术、脾脏手术病例需转至三级医院。
8. 各类腹膜后肿瘤。

### 二、适合在二级及以下医院治疗或符合下转条件的患者

- 1 手术难度较小的病理脾、脾脏肿瘤
- 2 各类肝切除术后恢复期，无严重并发症(出血、胆漏、肝衰等)；
- 3 各类脾切除术后恢复期，无严重并发症(出血、胰漏等)；
- 4 各类门奇断流或分流术后恢复期，无严重并发症(出血、食管痿等)；
5. 肝脏脓肿，病情稳定，无需手术治疗的病例。  
手术难度较小的已经确诊的肝脏寄生虫性疾病。

## 胆道外科常见疾病

### 一、适合在三级医院治疗或符合上转条件的患者

1. 各类胆道肿瘤；
2. 复杂胆石症病例；
3. 各类术前诊断困难的胆道占位病变；
4. 各类处理困难的胆道手术病例；
5. 由于诊疗设备条件无法在基层医院完成诊治的胆道疾病。

### 二、适合在二级及以下医院治疗或符合下转条件的患者

1. 手术难度较小的胆石症、胆道感染病例；
2. 各类胆道术后恢复期，无严重并发症(出血、胆漏、肝衰等)。

## 血管外科部分疾病

## 一、腹主动脉瘤

(一) 适宜于三级医院诊治或上转至三级医院的患者应具备以下条件

1. 诊断怀疑腹主动脉瘤，医院条件无法进一步确诊的病例；
2. 诊断为腹主动脉瘤，有外科或腔内治疗指征的病例；
3. 诊断为腹主动脉瘤，有先兆破裂表现的病例；
4. 诊断为腹主动脉瘤，发生破裂，生命体征能够维持并可以短时间内上转的病例；
5. 腹主动脉瘤外科治疗术后恢复期，出现吻合口破裂出血、移植物感染移植物血管内血栓形成等并发症的病例；
6. 腹主动脉瘤腔内修复术后，出现支架移位、内漏、出血等并发症的病例。

(二) 适宜于二级医院诊治或下转至二级及以下医院的患者应具备以下条件

1. 腹主动脉瘤直径小于 3 cm，暂无外科及腔内治疗指征，需随访控制血压的病例；
2. 未破裂腹主动脉瘤，经外科或腔内治疗后病情稳定的恢复期病例可转至二级医院；
3. 破裂腹主动脉瘤术后并稳定，需要继续康复治疗的病例可转至二级医院。

## 二、胸腹主动脉夹层动脉瘤

(一) 适宜于三级医院诊治或上转至三级医院的患者应具备以下条件：

1. 诊断怀疑胸腹主动脉夹层动脉瘤，医院条件无法进一步确诊的病例；

2. 诊断为胸腹主动脉夹层动脉瘤，有外科或腔内治疗指征的病例；

3. 诊断为胸腹主动脉夹层动脉瘤，发生破裂，生命体征能够维持并可以短时间内上转的病例；

4. 胸腹主动脉夹层动脉瘤外科治疗术后恢复期，出现吻合口破裂出血、移植物感染移植物血管内血栓形成等并发症的病例；

5. 胸腹主动脉夹层动脉瘤腔内修复术后，出现支架移位、内漏、出血、逆向撕裂、缺血等并发症的病例。

(二) 适宜于二级医院诊治或下转至二级及以下医院的患者应具备以下条件：

1. 局灶性胸腹主动脉夹层，暂无外科及腔内治疗指征病例；

2. 胸腹主动脉内膜溃疡，无需外科及腔内治疗，需随访及控制血压病例；

3. 慢性胸腹主动脉夹层动脉瘤，暂无外科及腔内治疗指征，需随访及控制血压病例；

4. 胸腹主动脉夹层动脉瘤，经外科或腔内治疗后病情稳定的恢复期病例；

5. 胸腹主动脉夹层动脉瘤保守治疗后未手术治疗且病情稳定的恢复期患者。

### 三、颈动脉体瘤

(一) 适宜于三级医院诊治或上转至三级医院的患者应具备以下条件:

1. 诊断怀疑颈动脉体瘤, 医院条件无法进一步确诊的病例;

2. 诊断为颈动脉体瘤, 有手术指征的病例;

3. 颈部包块手术探查后发现为颈动脉体瘤 (Shamblin II / III 型), 医院无法继续手术、需要颈内动脉转流或重建的病例。

(二) 适宜于二级医院诊治或下转至二级及以下医院的患者应具备以下条件:

1. 直径较小且无明显周围压迫的颈部良性包块病例;

2. 颈动脉体瘤术后并稳定的恢复期病例;

3. 颈动脉体瘤术后有神经系统并发症, 需继续康复治疗的病例。

#### 四、累及大血管的腹膜后肿瘤

(一) 适宜于三级医院诊治或上转至三级医院的患者应具备以下条件

1. 诊断怀疑累及大血管的腹膜后肿瘤, 医院条件无法进一步确诊的病例;

2. 诊断为累及大血管的腹膜后肿瘤, 有手术指征的病例;

3. 剖腹探查后发现为累及大血管的腹膜后肿瘤, 医院无法继续手术、需要血管重建的病例;

4. 若患者术前合并较多心脑血管合并症患者需转三级

医院治疗。

**(二) 适宜于二级医院诊治或下转至二级及以下医院的患者应具备以下条件**

1. 直径较小且未累及重要脏器及血管的腹膜后肿瘤;
2. 腹膜后肿瘤术后并稳定的恢复期病例;
3. 腹膜后肿瘤术后稳定, 需要继续康复治疗的病例。

## **五、肾动脉狭窄**

**(一) 适宜于三级医院诊治或上转至三级医院的患者应具备以下条件**

1. 诊断肾动脉狭窄, 医院条件无法进一步确诊的病例;
2. 诊断为肾动脉狭窄, 有手术指征的病例;
3. 肾动脉狭窄经腔内治疗失败, 需要行外科搭桥手术的病例。

**(二) 适宜于二级医院诊治或下转至二级及以下医院的患者应具备以下条件**

1. 轻度肾动脉狭窄暂不需腔内及外科手术, 仅需随访及控制血压病例;
2. 肾动脉狭窄搭桥术后并稳定的恢复期病例;
3. 肾动脉狭窄搭桥术后, 需继续内科治疗的病例。

## **胰腺肿瘤**

**一、适宜于三级医院诊治或上转至三级医院的患者应具备以下条件**

1. 诊断怀疑胰腺肿瘤, 医院条件无法进一步确诊的病

例；

2. 诊断为胰腺癌，需要手术治疗的病例；

3. 剖腹探查术中发现胰腺癌，手术有困难，术后生命体征平稳的病例。

**二、适宜于二级医院诊治或下转至二级及以下医院的患者应具备以下条件**

1. 晚期胰腺癌，不能耐受手术、放疗、化疗的病例；

2. 晚期胰腺癌伴梗阻性黄疸、行PTCD 或ERCP + ENBD术后的病例；

3. 胰腺手术后病情稳定，需要继续康复治疗的病例；

4. 术后出现A级胰瘘(ISGPF标准)，短期内不能拔除腹腔引流管的病例；

5. 术后伤口感染，但无全身感染征象，需要长时间换药的病例；

6. 术后出现其它并发症，但生命体征平稳，不需要特殊治疗的病例。

## 第五章 骨科常见疾病分级诊疗指南

### 股骨颈骨折

#### 一、上转指南

经X线摄片确诊为Garden分型 II-IV级的股骨颈骨折病人。需要手术治疗者，经过患者同意，并充分尊重自主选择权的情况下，将患者转往二级以上的医院，如需作人工关节置换，应转至三级医院治疗。

#### 二、下转指南

经X线摄片确诊为Garden分型 I型，或年老体弱，全身合并疾病多，不能耐受手术或不愿手术，采取保守治疗的患者，经患者同意，并充分尊重其选择权的情况下，将患者转往基层医院卫生机构治疗或管理。

### 骨盆骨折

#### 一、上转指南

骨盆骨折，骨折有移位或骨折不稳定，或骨折波及关节面，需手术治疗者，在患者生命体征和血流动力学平稳的情况下，经过患者同意，并充分尊重自主选择权的情况下，将患者转往三级的医院。

#### 二、下转指南

骨盆骨折，骨折无移位，仅需保守治疗或外固定者，或骨盆骨折经手术治疗，腹腔脏器损伤、血管损伤、神经损伤，尿道损伤等均已修复，生命体征平稳，内固定稳定可靠，伤

口愈合好，经患者同意，将患者转往基层医院卫生机构治疗或管理。

## 胫骨平台骨折

### 一、上转指南

经X线拍片发现粉碎性的胫骨平台骨折，关节面移位超过2-3mm，或者伴有半月板、交叉韧带损伤，需手术治疗者，经患者同意，并充分尊重其选择权的情况下，将患者转往二级以上的医疗机构。

### 二、下转指南

胫骨平台骨折，单纯的线性骨折，无移位，或经手术治疗，伤口愈合好，骨折固定可靠，需住院康复者，经患者同意，并充分尊重其选择权的情况下，将患者转往基层医院卫生机构治疗或管理。

## 踝关节骨折

### 一、上转指南

踝关节损伤，经X线摄片发现踝关节有骨折，双踝或三踝骨折，踝关节不稳定，需要手术治疗者，经过患者同意，并充分尊重自主选择权的情况下，将患者转往二级以上的医院。

### 二、下转指南

踝关节损伤，经X线摄片等检查，发现无骨折或单纯的内踝或外踝骨折，无移位，仅需石膏固定，或术后伤口愈合

良好，内固定可靠，需要进一步康复者，经患者同意，并充分尊重其选择权的情况下，将患者转往基层医院卫生机构治疗或管理。

## 四肢长骨干骨折

### 一、上转指南

四肢创伤患者，经检查发现有四肢血管、神经损伤，重要韧带损伤，复杂的骨折，经过患者同意，并充分尊重自主选择权的情况下，将患者转往二级以上的医院。

### 二、下转指南

四肢创伤患者，经检查排除血管、神经损伤，重要韧带伤，系简单骨折，无需手术者，经患者同意，并充分尊重其选择权情况下，将患者转往基层医院卫生机构治疗或管理。

## 股骨头缺血坏死

### 一、上转指南

股骨头坏死，经X线、CT及MRI确诊为股骨头坏死，ARCO分期Ⅱ期以上的病人，需要行手术治疗者，经过患者同意，并充分尊重自主选择权的情况下，将患者转往二级以上的医疗机构，如需行人工关节置换，将患者转往三级医疗机构。

### 二、下转指南

股骨头坏死，经检查确诊为股骨头坏死，ARCO分期0~Ⅰ期的病人，或经手术治疗病情稳定，伤口愈合好，或不愿行手术治疗的病人，经患者同意，并充分尊重其选择权的情

况下，将患者转往基层医院卫生机构治疗或管理。

## 膝关节骨关节炎

### 一、上转指南

膝关节骨关节炎，经诊断为中晚期，需作关节腔清理术，经过患者同意，并充分尊重自主选择权的情况下，将患者转往二级以上的医疗机构；需做人工膝关节置换术，经过患者同意，并充分尊重自主选择权的情况下，将患者转往三级以上医疗机构。

### 二、下转指南

膝关节骨关节炎，经手术治疗病情稳定，伤口愈合好，或诊断为早期的病人，在征得患者同意，并充分尊重其选择权的情况下，将患者转往基层医院卫生机构治疗或管理。

## 骨肿瘤

### 一、上转指南

骨肿瘤病人，除典型的良性肿瘤，因其诊断治疗均较困难，且致残率高，经过患者同意，并充分尊重自主选择权的情况下，将患者转往二级以上医疗机构；诊断不明确的骨肿瘤或恶性骨肿瘤需要行保肢手术或人工关节置换术的患者，经过患者同意，并充分尊重自主选择权的情况下，将患者转三级以上医院。

### 二、下转指南

骨肿瘤患者，经确诊为简单的骨良性肿瘤(如单个的骨

软骨瘤)，或晚期骨肿瘤患者，失去手术机会，需对症治疗，或临终关怀者，经患者同意，并充分尊重其选择权的情况下，将患者转往基层医院卫生机构治疗或管理。

## 颈椎骨折(颈 3 - 7)

### 一、上转指南

伴有不全瘫痪或者全瘫的病人需手术治疗，爆裂骨折、压缩骨折1/3以上、骨折脱位等需手术治疗。接诊医院行颅骨牵引术，伴有呼吸功能障碍必要时行气管切开术，同时做相应的检查处理及生命体征观察。基层医疗机构不能确定是否需手术治疗时应请上级医院会诊。需行颈椎前路或后路内固定手术者待病情稳定后，与患者及家属进行充分沟通，经其理解和同意，将患者转至三级医院或者经批准能开展脊柱四级手术的二甲医院实施。

### 二、下转指南

1. 上述指征不需要手术者，年老体弱、全身合并疾病多、不能耐受手术或不愿手术的患者。

2. 已经手术病情平稳患者。经与患者及家属进行充分沟通，经其理解和同意，可以将患者转往基层医院卫生机构治疗或管理。

## 胸腰椎脊柱骨折

### 一、上转指南

确诊为胸腰椎骨折的病人，接诊医院做相应的检查处理

及生命体征观察，搬动和护理时特别注意轴线翻身。伴有不全瘫痪或者全瘫的病人需手术治疗，爆裂骨折、压缩骨折1/3以上、骨折脱位等需行胸腰椎段脊柱前路或后路内固定手术的患者，与患者及家属进行充分沟通，经其理解和同意，填写〈陕西省医疗机构双向转诊同意书〉并签字，医疗机构将患者转三级医院或者经省卫生计生委批准的能开展脊柱四级手术的二甲医院实施，同时转诊医疗机构向接诊医疗机构提供前期治疗详情。

## 二、下转指南

1. 上述指征不需要手术者，年老体弱、全身合并疾病多、不能耐受手术或不愿手术的患者。

2. 已经手术病情平稳患者。经与患者及家属进行充分沟通，经其理解和同意，填写〈陕西省医疗机构双向转诊同意书〉并签字，上级医院可以将患者转往基层医院卫生机构治疗或管理。在下转患者时，上级医院应将患者诊断、治疗、预后评估、辅助检查及后续治疗、康复指导方案提供给基层医疗卫生机构。

# 脊柱结核

## 一、上转指南

确诊为脊柱结核的病人，接诊医院及时做肝肾功能、血沉等检查，并按“早期、联合、足量、规律、全程”原则抗痨治疗，抗痨按标准化疗方案(WHO)用药：异烟肼、利福平、吡嗪酰胺、乙胺丁醇/链霉素。脊髓受压伴神经功能障碍(不

全瘫痪或者全瘫)，有明显椎体间破坏、死骨、死腔、脓肿等造成脊柱不稳，脊柱明显或进行性后凸畸形( $> 30^{\circ}$ )，需行脊柱结核病灶清除、植骨、前路内固定的患者，抗痨2-4周后，与患者及家属进行充分沟通，经其理解和同意，医疗机构将患者转致三级医院或者经批准能开展脊柱四级手术的二甲医院实施。

## 二、下转指南

1. 非以上手术指征，年老体弱、全身合并疾病多不能耐受手术或不愿手术的患者；

2. 已经手术病情平稳患者。经与患者及家属进行充分沟通，经其理解和同意，上级医院可以将患者转往基层医院卫生机构治疗或管理。在下转患者时，上级医院应将后续检查治疗(定期复查肝肾功，必要时调整抗痨药等)、康复指导方案提供给基层医疗卫生机构；

3. 上级医院确诊胸腰椎结核后，按下转原则转下级医院抗痨2-4周，再按上转原则转入上级医院手术。

# 腰椎间盘突出症

## 一、上转指南

确诊为腰椎间盘突出症的病人出现以下情况：

1. 正规非手术治疗3月以上，症状重，反复发作，影响工作与生活者；

2. 突发根性痛(下肢放射痛)，不能缓解者；

3. 神经根功能丧失(肌萎缩、肌无力、踝瘫等)或马尾功

能障碍(大小便障碍)者;

4. 伴椎管狭窄出现间歇性跛行、腰椎滑脱不稳者;需行椎间盘摘除手术者,与患者及家属进行充分沟通,经其理解和同意,医疗机构将患者转二级以上医院实施;手术需要固定并椎间融合应转至三级医院或者经批准能开展脊柱四级手术的二甲医院实施。

## 二、下转指南

1. 非上述手术指征不需要手术者,年老体弱、全身合并疾病多、不能耐受手术或不愿手术的患者;

2. 已经手术病情平稳患者。经与患者及家属进行充分沟通,经其理解和同意,上级医院可以将患者转往基层医院卫生机构治疗或管理。在下转患者时,上级医院应将患者诊断、治疗、预后评估、辅助检查及后续治疗、康复指导方案提供给基层医疗卫生机构。

## 第六章 妇科常见疾病分级诊疗指南

### 宫颈疾病

1. 宫颈上皮内瘤 (Cervical Intraepithelial Neoplasia, CIN): 包括宫颈不典型增生和原位癌, 为宫颈浸润癌的癌前病变。CIN分为3级, CIN I级指轻度不典型增生, CIN II级指中度不典型增生, CIN III级指重度不典型增生及原位癌;

2. 宫颈浸润癌: (1) I期: I A1期镜下诊断的浸润性宫颈癌, 肿瘤浸润深度 < 3mm, 宽度小于7mm; I A2期浸润深度 3-5mm, 宽度小于7mm; I B期肿瘤肉眼可见, 或镜下诊断时肿瘤范围超过 I A2。(2) II期: 肿瘤超过宫颈, 但未侵犯骨盆壁或阴道下1/3。(3) III期: 肿瘤达到骨盆壁或/和阴道下1/3, 或引起肾积水或肾脏无功能。(4) IV期: 肿瘤侵犯膀胱或直肠粘膜, 和/或超出真骨盆范围以及发生远处转移。

根据上述定义, 按照如下分级诊疗指南实施救治:

#### 一级医院

常规妇科检查及宫颈碘试验或醋酸试验有异常, 疑有宫颈恶变者转二级医院处理。

#### 二级医院

接收转诊患者行宫颈TCT、HPV检测, 有阴道镜检查指征者行阴道镜检查, 必要时镜下宫颈活检: (1) 若为CINI-II, 按照《临床诊疗指南-妇产科学分册》(中华医学会编著, 人民卫生出版社)处理。(2) 若为CINIII或 I A1期宫颈浸润癌, 根据《临床诊疗指南-妇产科学分册》的治疗方案处理,

有条件的医院可予治疗，无条件者转三级医院治疗。（3）若为 I A 2 期及以上的宫颈浸润癌转三级医院治疗。

### 三级医院

医院应具备外、内科综合实力。有宫颈癌手术治疗经验，经妇科肿瘤医师培训基地培训过的副主任医师及以上职称的医师，可接收宫颈癌根治术患者。完成治疗后，可转二级医院随诊。

## 子宫内膜癌

子宫内膜不典型增生：指子宫内膜腺体增生并有细胞不典型，表现为在单纯型或复杂型增生的基础上，腺上皮细胞增生，层次增多，细胞极性紊乱，体积增大，核浆比例增加、核深染，见核分裂像。不典型增生可分为轻、中、重三度，重度不典型增生约1/3可发展为子宫内膜癌。

子宫内膜癌：是发生于子宫内膜的一组上皮性恶性肿瘤，好发于围绝经期和绝经后女性，可分为雌激素依赖型（I型）和非雌激素依赖型（II型）。雌激素依赖型子宫内膜癌绝大部分为子宫内膜样癌；非雌激素依赖型子宫内膜癌包括浆液性乳头状腺癌、透明细胞癌等。

根据上述定义，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### 一级医院

围绝经期妇女不规则阴道出血、绝经后妇女阴道出血、阴道排液者，或B超检查疑子宫内膜病变或宫腔占位者须转二级医院处理。

## 二级医院

患者行妇科检查、B超、分段诊刮。分段诊刮病检结果：  
(1)若为子宫内膜息肉、子宫内膜单纯性或复杂性增生等良性病变，按照《临床诊疗指南-妇产科学分册》处理。(2)若为子宫内膜不典型增生或子宫内膜癌，转三级医院治疗。子宫内膜轻度不典型增生可以在二级医院处理。

## 三级医院

医院应具备外、内科综合实力。有内膜癌手术治疗经验，经妇科肿瘤医师培训基地培训过的副主任医师及以上职称的医师，可接收内膜癌根治术患者。完成治疗后，可转二级医院随诊。

# 卵巢恶性肿瘤

卵巢恶性肿瘤包括：①上皮性癌：分为浆液性、粘液性；②恶性生殖细胞肿瘤，如：内胚窦瘤、未成熟畸胎瘤、成熟畸胎瘤恶性变及无性细胞瘤等；③性索间质细胞肿瘤，如：颗粒细胞瘤、卵泡膜细胞瘤，睾丸母细胞瘤；④转移性肿瘤：最常见为来自胃肠道的转移癌，镜下可见印戒细胞，即库肯勃氏瘤。

根据上述定义，按照如下分级诊疗指南实施救治：

## 一级医院

根据病史、妇科检查、B超，发现患者卵巢包块，转二级医院处理。

## 二级医院

患者行妇科检查、B超及肿瘤标记物检测：（1）若囊肿 $<5\text{cm}$ ，妇科检查囊肿光滑活动，B超提示囊壁薄、无回声，肿瘤标记物正常，无症状者可3月后复查。（2）肿瘤标记物正常的患者：盆腔肿块 $<5\text{cm}$ 、观察3月持续存在，或肿块 $\geq 5\text{cm}$ ，应行开腹或腹腔镜探查术。（3）肿瘤标记物升高及盆腔包块固定，高度疑为卵巢恶性肿瘤者，转诊至三级医院。

### 三级医院

医院应具备外、内科综合实力。有卵巢癌手术治疗经验，经妇科肿瘤医师培训基地培训过的副主任医师及以上职称的医师，可接收卵巢癌患者。手术后，需进行化疗者，原则上在三级医院进行相应处理，也可转具有化疗条件的下级医院。

## 子宫肌瘤

子宫肌瘤：按肌瘤所在部位分宫体肌瘤和宫颈肌瘤，根据肌瘤与子宫肌壁的关系分为肌壁间肌瘤、浆膜下肌瘤和粘膜下肌瘤，多个或多种类型的肌瘤可发生于同一子宫，称为多发子宫肌瘤。

子宫粘膜下肌瘤分型：① 0型：有蒂黏膜下肌瘤，未向肌层扩展；② I型：无蒂，向肌层扩展 $<50\%$ ；③ II型：无蒂，向肌层扩展 $>50\%$ 。

根据上述定义，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### 一级医院

根据病史、妇科检查、B超结果：（1）若患者子宫小于

孕2月(7.0\*6.0\*5.5cm)，无明显症状，可每3-6个月随访一次。(2)需手术治疗的子宫肌瘤患者，转二级医院。

### 二级医院

诊断为子宫肌瘤，若为下列情况，转诊至三级医院：①单个宫体肌瘤 $\geq 8\text{cm}$ ；②宫颈肌瘤、阔韧带肌瘤及II型子宫粘膜下肌瘤；③多发性或巨大子宫肌瘤，子宫大于孕4月；④拟行宫腔镜下粘膜下肌瘤切除者；⑤妊娠合并子宫肌瘤者；⑥子宫肌瘤拟有恶性变者。

### 三级医院

接收二级医院转诊的子宫肌瘤患者，按照《临床诊疗指南-妇产科学分册》予以相应处理。完成治疗后，可转下级医院随诊。

## 闭经

闭经是妇产科临床常见症状，诊治的关键是明确闭经原因，针对病因进行治疗。闭经与下丘脑-垂体-卵巢-子宫四个重要环节有密切关系。根据部位不同分为子宫性闭经，卵巢性闭经，垂体性闭经和下丘脑性闭经。闭经原因分为生理性与病理性。青春期前、妊娠期、哺乳期及绝经后不来月经属于生理现象。病理性闭经则原因复杂，常分为原发性与继发性两大类。

原发闭经：指女孩年龄超过16岁，第二性征已发育，月经未来潮，或年龄超过14岁，尚无第二性征发育者。原发闭经多由遗传学原因或先天性发育缺陷引起，根据第二性

征的发育情况分为第二性征存在和第二性征缺乏两类。如性发育异常、卵巢发育不全，生殖道发育异常等。

继发闭经：指妇女曾已有规律月经来潮，因某种病理性原因而再出现停经 6 个月或按自身原有月经周期计算停止 3 个周期以上者。

根据上述定义，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### **一级医院**

通过问诊、查体、妊娠试验等排除生理性闭经(青春期前、妊娠、哺乳期，自然绝经)。当为病理性闭经时，通过问诊了解为原发性闭经还是继发性闭经。如果考虑为原发性闭经转二级或者三级医院诊治。如果为继发性闭经可给予孕激素试验。孕激素试验阳性(用孕激素后有撤退性出血)诊断为 I 度闭经，可给予孕激素后半周期疗法。孕激素试验阴性者转二级医院。

### **二级医院**

对于一级医院转诊的原发性闭经者通过病史、查体、辅助检查了解是否为处女膜闭锁。如果为处女膜闭锁行处女膜切开成形术，如果不是处女膜闭锁转三级医院。继发性闭经的患者进行雌孕激素序贯试验，如为阴性(停药后无撤退性出血)，应重复一次试验，仍为阴性考虑为子宫性闭经。根据病史考虑需要进宫腔镜检查者转三级医院，不需要者可行宫腔粘连分解术，必要时安环，术后辅以雌孕激素治疗。雌孕激素序贯试验，如为阳性(停药后有撤退性出血)考虑非子宫性闭经，需要进一步检查。如无条件进行以下检查及相关

功能实验：性激素检查(E、P、FSH、LH、T、PRL)、甲状腺功能相关激素检测、肾上腺激素及相关检查、染色体检查、脑CT、宫腔镜检查、垂体兴奋试验等转三级医院。

### 三级医院

处理由二级医院转诊来的其他继发性闭经患者。应当有病理检测条件、诊断和治疗性分化异常、有经验的妇科内分泌专科医师(副高医师以上)。具备进行准确相应检查。治疗困难的闭经应在三级医院进行。诊断明确、治疗方案确定后，可转下级医院治疗。

## 功能失调性子宫出血

功能失调性子宫出血是指非全身性或生殖系统局部的各种器质性病变所引起的异常子宫出血，可表现为出血量过多、出血持续时间过长和(或)间隔时间过短。

分类：按发病机制可分为无排卵性及有排卵性两类。前者多见于青春期及更年期妇女，占70%-80%；后者多见于育龄期妇女，占20%-30%。药物治疗效果差，贫血严重，病人一般情况差，或反复出血治疗效果差，称为难治性功血。

根据上述定义，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### 一级医院

通过问诊，查体，辅助检查了解患者既往有无异常阴道流血。如既往有异常阴道流血者转二级医院，如既往没有异常阴道流血，仅本次异常阴道流血，考虑为排卵性功血，且出血不多，血色素在100g/L以上者可给予一般止血治疗。如

考虑为无排卵性功血，或者虽然考虑为排卵性功血，但血色素在100g/L以下者均应转入二级医院治疗。如没有相应的检查设备排除其他引起异常子宫出血的疾病时要转入二级医院。可进行一般止血治疗。

无条件进行凝血功能检测、性激素测定、输血者转二级医院。

生育期或更年期患者需诊断性刮宫术。青春期功血患者出血量多、重度失血性休克需用激素止血、输血者转二级医院。

难治性功血、需行宫腔镜检查或无病理检测条件，直接转三级医院。

### **二级医院**

对于一级医院转诊而来的所有患者首先再次进行相关病史，查体，辅助检查明确功血的诊断。可进行一般止血治疗，及简单的激素止血治疗。必要时输血或者行诊刮明确诊断。如果严重贫血，无输血条件、需行宫腔镜检查或无病理检测条件，转三级医院。难治性功血、严重贫血者、需行内膜病理检查或需行宫腔镜检查 and 手术者转三级医院处理。

### **三级医院**

应有对各种功血(包括难治性功血)有治疗经验的副主任以上的医师。应有输血，子宫内膜活检或者宫腔镜检查 and 手术等必要条件。应具有必要时请内科相关科室会诊的条件。诊断明确、治疗方案确定后，可转下级医院治疗。

## 第七章 产科常见疾病分级诊疗指南

### 妊娠合并心脏病

妊娠合并心脏病主要包括先天性心脏病、风湿性心脏病、妊娠期高血压疾病性心脏病、围产期心肌病及心肌炎。

根据心功能分级按照如下分级诊疗指南实施救治：

#### 一级医院

有心脏疾病，心功能I - II级的孕妇应及时转到二级医院进行产前保健。

#### 二级医院

心功能III - IV级，房颤，先心紫绀型应转诊至三级医院。

#### 三级医院

具有综合抢救能力的三级医院。

### 妊娠期肝病

妊娠期肝病主要包括妊娠合并肝炎、妊娠期急性脂肪肝、妊娠期肝内胆汁淤积症等。

根据病情严重程度按如下分级诊疗指南实施救治：

#### 一级医院

有肝脏疾病，谷丙转氨酶偏高，乙肝表面抗原阳性，“小三阳”，“大三阳”或PCR 阳性应登记入册并转二级医院门诊作出治疗复查意见。谷丙转氨酶大于200U，应考虑急性肝炎可能，及时转送二级医院报检单位或传染科医院诊治、住

院、监护，做好结局追踪。

### **二级医院**

急性肝炎、慢性肝炎活动期、重症肝炎、肝内胆汁淤积症、脂肪肝应转诊至三级医院。

### **三级医院**

具有综合抢救能力的三级医院。

## **妊娠期糖尿病**

妊娠合并糖尿病包括两类：

- 1 原有糖尿病基础上合并妊娠的糖尿病合并妊娠；
- 2 妊娠前糖代谢正常，妊娠期才出现糖尿病的妊娠期糖尿病。

按照以下分级诊疗指南实施救治：

### **一级医院**

有糖尿病不需要用药者应向二级医疗、保健机构转诊；但可在一级医院进行围保治疗，住院分娩时应转到二级机构。

### **二级医院**

有糖尿病需要用药者应向三级医疗、保健机构转诊；糖尿病酮症酸中毒应转诊至三级医院。

### **三级医院**

## **妊娠合并甲状腺功能异常**

包括妊娠合并甲状腺功能亢进和甲状腺功能减退。

按照以下分级诊疗指南实施救治：

## 一级医院

有甲状腺功能异常不需要用药者应向二级医疗、保健机构转诊；但可在一级医院进行围保治疗，住院分娩时应转到二级机构。

## 二级医院

有甲状腺功能异常需要用药者应向三级医疗、保健机构转诊；甲亢危象应转诊至三级医院。

## 三级医院

# 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  $\geq 140/90$ 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  $\geq 140/90$ mmHg；尿蛋白  $\geq 0.3$ g/24h或随机尿蛋白(+); 可伴有上腹不适、头痛等症状。重度：BP  $\geq 160/110$ mmHg；尿蛋白  $>$

2.0g/24h或随机尿蛋白  $\geq (+ +)$ ；血清肌酐  $> 106 \mu\text{mol/L}$ ，血小板  $< 100 \times 10^9/\text{L}$ ；血LDH 升高；血清ALT或AST升高；持续性头痛或其他脑神经或视觉障碍；持续性上腹不适；

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  $\geq 90$ 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，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### 一级医院

发现孕妇血压升高，间隔半小时复测仍高者应转至二级医院。

### 二级医院

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 $\geq 160/110\text{mmHg}$ 应转至三级医院。

### 三级医院

重度子痫前期、慢性高血压并发子痫前期患者应在三级医院处理。产后，可转二级医院随诊。

## 早产

早产指妊娠满28周不足37周(196-258日)间分娩者。此时娩出的新生儿成为早产儿，体重为1000-2499g。为便于分级处理，将早产按孕周分为 $< 32$ 周，32-34周， $\geq 34$ 周三类。

根据上述定义，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### 一级医院

孕期检查，诊断34周以后的早产，胎膜早破孕妇应转到二甲以上有新生儿科的医院分娩。

### 二级医院

发现32-34周在有新生儿科的二级或以上医院。

### 三级医院

< 32周在有新生儿科的三级医院。

## 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或超声提示胎盘植入。

根据上述定义，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### 一级医院

孕期发现前置胎盘孕妇，应转到二级医院进行产前保健。

### 二级医院

单纯型在有血源或获取血源方便及新生儿科的二级甲等及以上医院处理。单纯性或重症型但胎盘系边缘性或部分性前置胎盘，在有血源或获取血源方便及新生儿科的二级甲等及以上医院处理。

### 三级医院

重症型、凶险型在有大量血源、新生儿科及综合抢救能

力的三级医院处理。

## 双胎妊娠

一次妊娠宫腔内同时有两个胎儿时称为双胎妊娠。分为：

1. 普通双胎；
2. 高危双胎：高龄、瘢痕子宫、有妊娠合并症及并发症、流产  $\geq 3$ 次；
3. 复杂性双胎：单绒毛膜双胎、双绒毛膜双胎一胎死亡、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) 等。

根据上述定义，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### 一级医院

一级医院在早孕期B超发现为双胎妊娠应转诊至二级医院进行围产期保健。

### 二级医院

普通双胎在二甲医院处理。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，应转诊至三级医院。

### 三级医院

高危双胎在三级医院处理。复杂性双胎在有胎儿医学中心的三甲医院处理。

## 第八章 儿科常见疾病分级诊疗指南

### 社区获得性肺炎

社区获得性肺炎 (Community Acquired Pneumonia, CAP) 是指原本健康的儿童在医院外获得的感染性肺炎。

根据上述定义，按照如下分级诊疗指南实施救治：

#### 一级医院

轻度CAP，患儿精神反应好，无明显呼吸困难、低热3天以内、胸片仅提示斑片状阴影患儿，可以在一级医院治疗。治疗48h无效，持续高热3天以上、胸片出现单叶病灶融合病变患儿及短期内病变进展患儿必须及时转二级医院治疗。

#### 二级医院

接受及诊治一级医院转诊患儿，如果出现持续高热病史达到7天或明显呼吸困难表现，以及胸片等影像学证实双侧或多叶受累或肺实变并肺不张、胸腔积液或病情迅速恶化，患儿出现休克、意识障碍、呼吸窘迫或衰竭征象者需转三级医院治疗。有先天性心脏病、先天性支气管肺发育不良、先天性呼吸道畸形、重度贫血、重度营养不良等基础疾病者需在二级及以上医院治疗。

#### 三级医院

三级医院根据《儿童社区获得性肺炎管理指南》对患儿进行诊治。需具备内外科综合实力，有经验丰富的小儿呼吸专科、完善的实验室及影像学检查条件，具备纤支镜等特殊检查治疗手段，有呼吸机等重症抢救设备。病情缓解可转二

级医院治疗。

## 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。这种慢性炎症导致易感个体气道高反应性，当接触物理、化学、生物等刺激因素时，发生广泛多变的可逆性气流受限，从而引起反复发作的喘息、咳嗽、气促、胸闷等症状，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。哮喘急性发作常表现为进行性加重的过程，以呼气流量降低为其特征，常因接触变应原、刺激物或呼吸道感染诱发。其起病缓急和病情轻重不一，可在数小时或数天内出现，偶尔可在数分钟内即危及生命，故应对病情作出正确评估，以便给予及时有效的紧急治疗。

## 哮喘急性发作期病情严重程度分级

临床特点 \ 分级	轻度	中度	重度	危重度
气短	走路时	说话时	休息时	
体位	可平卧	喜坐位	前弓位	
讲话方式	能成句	成短句	说单字	难以说话
精神意识	可有焦虑、烦躁	常焦虑、烦躁	常焦虑、烦躁	嗜睡、意识模糊
呼吸频率	轻度增加	增加	明显增加	减慢或不规则
辅助呼吸肌活动及三凹征	常无	可有	通常有	胸腹反常运动
哮鸣音	散在,呼气末期	响亮、弥漫	响亮、弥漫、双相	减弱乃至消失
脉率	略增加	增加	明显增加	减慢或不规则
奇脉 (kPa)	不存在	可有	通常有	不存在(提示呼吸肌疲劳)
	<1.33	1.33~3.33	2.67~5.33	
使用速效 $\beta_2$ 受体激动剂后	>80	60~80	<60 或治疗效应	<33
PEF 占正常预计值或本人最佳值的百分数 (%)			维持 <2h	
PaO <sub>2</sub> (吸空气) (kPa)	正常	>8	<8,可能有紫钳	呼吸衰竭
PaCO <sub>2</sub> (kPa)	<6	<6	≥6,短小时内明显上升	呼吸衰竭
SaO <sub>2</sub> (吸空气)	>0.95	>0.92~0.95	0.9~0.92	<0.9

根据上述定义，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### 一级医院

轻度哮喘发作，在一级医院进行治疗。一级医院如有对儿童哮喘诊疗随访有经验的医生，可对经三级医院确诊的哮喘患儿进行临床缓解期的随访。患儿出现中度以上哮喘发作，

以及经系统治疗仍反复发作喘息的患儿需转二级医院治疗。  
对怀疑哮喘尚未确诊的患儿需转二级以上医院确诊。

### **二级医院**

接受一级医院转诊患儿，对中度哮喘发作患儿进行诊治。  
对经3天喘息治疗控制无效者和重度、危重度哮喘发作者，  
以及经本级别医院系统治疗仍反复发作喘息的患儿需转三  
级医院治疗。

### **三级医院**

接受二级医院转诊病人，按照《儿童支气管哮喘诊断与  
防治指南》对患儿进行诊治，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。三级医院需  
具备有小儿哮喘诊治经验的呼吸专科，有肺功能、过敏原检  
查条件、脱敏治疗条件，及危重症哮喘发作抢救条件。患儿  
病情缓解，可转下级医院治疗。

## **腹泻病**

腹泻病定义：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，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### **一级医院**

小儿诊断为腹泻病，但没有明显的感染中毒症状，体温  
< 38.5℃，不伴有脱水及电解质紊乱，尿量正常，进食正常，  
可在一级医院就诊。如治疗三天以上症状无明显改善，或体  
温 > 38.5℃，大便性状以水分为主，伴有尿量减少，精神差，

或出现大便带血，则应转二级医院诊治。

### **二级医院**

小儿腹泻病在二级医院治疗超过三天无好转或诊断腹泻病伴有重度脱水、电解质紊乱及酸碱失衡，体温  $> 39^{\circ}\text{C}$ ，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院诊治。

### **三级医院**

小儿腹泻病合并重度脱水、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、哭吵及严重腹胀的患儿。

## **急性肾小球肾炎**

急性链球菌感染后肾小球肾炎(急性肾炎)是一组急性起病，临床上具有血尿、水肿、高血压、少尿表现的疾病。由多种病因引起；因多数发生于急性溶血性链球菌感染后，故又称链球菌感染后肾炎。

根据上述定义，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### **一级医院**

发现患儿有水肿、血尿、高血压等表现，应及时转二级医院进一步诊治。

### **二级医院**

急性肾小球肾炎患儿出现有循环充血状态、高血压脑病、急性肾功能衰竭等并发症应及时转三级医院诊治。如缺乏确

诊急性肾炎的实验室条件，应转三级医院治疗。

### **三级医院**

急性肾炎少尿或无尿 > 48小时或合并循环充血、高血压脑病、急性肾功能衰竭等并发症。

## **肾病综合征**

肾病综合征是由于肾小球滤过膜对血浆蛋白的通透性增高、大量血浆蛋白自尿中丢失而导致一系列病理生理改变的一种临床综合征。以大量蛋白尿、低蛋白血症、高脂血症和水肿为其主要临床特点。分原发性、继发性和先天性三种类型。其中原发性肾病占儿童肾病综合征总数的 90%，依临床表现分为单纯型和肾炎型。

### **一级医院**

尿检发现患儿有蛋白尿应及时转二级医院进一步检查以明确诊断。

### **二级医院**

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院进一步诊治。如肾炎型肾病综合征，医院不能做自身抗体、补体及尿红细胞形态等检查时，建议转三级医院治疗；由于单纯型和肾炎型肾病综合征鉴别困难，建议转三级医院治疗；肾炎型建议转三级医院就诊。

### **三级医院**

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。

## 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，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### 一级医院

所有疑似泌尿系感染患儿应转二级医院行中段尿培养明确诊断。

### 二级医院

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院治疗，否则建议转三级医院就诊；伴有发热的尿路感染应转三级医院就诊；2岁以下儿童初患泌尿系感染，复发性尿路感染、急性肾盂肾炎、复杂性尿路感染均应尽早转三级医院进一步诊治。

### 三级医院

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院进一步诊治。

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院诊治。

## 过敏性紫癜

过敏性紫癜又称Henoch-Schonlein综合征,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。

过敏性紫癜根据临床特点分五型:

1. 过敏性紫癜(皮肤型): 仅皮肤出现紫癜疹,无其它症状。

2. 过敏性紫癜(关节型): 除皮肤紫癜外,合并有膝、踝、肘、腕等大关节肿痛,活动受限。

3. 过敏性紫癜(胃肠型): 除皮肤紫癜外,合并有阵发性腹痛,常伴呕吐、黑便或血便。

4. 过敏性紫癜(肾型): 除皮肤紫癜外,合并有肾脏受损的临床表现。如血尿、蛋白尿和管型尿,可伴血压增高及水肿。

5. 过敏性紫癜(其它型): 除皮肤紫癜外,合并有其它症状,如颅内出血、睾丸出血、心肌炎、心包炎、喉头水肿、哮喘、肺出血等。

根据上述定义,按照如下分级诊疗指南实施救治:

### 一级医院

过敏性紫癜(皮肤型)可在一级医院观察及诊疗。如出现其它合并症状应转诊二级医院。

### 二级医院

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院诊治，症状重者(如腹痛难以控制，消化道出血等)应转诊三级医院。

### 三级医院

除单纯皮肤型外，合并其它系统损害者，或反复发作的过敏性紫癜。

## 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，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### 一级医院

临床诊断明确，生命体征平稳的患儿；

### 二级医院

经治疗后，病情稳定、进入康复期；或诊断明确，仅需常规护心治疗及随访，不需特殊治疗。

### 三级医院

1. 出现心功能不全，心源性休克或心脑综合征；
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. 诊断不明确的疑难病例。

## 心律失常

正常心脏激动起源于窦房结，通过心脏传导系统，按一定的频率、顺序及速度播散，使心脏进行收缩和舒张活动，我们称之为窦性心律；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。

根据上述特点，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### 一级医院

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。

### 二级医院

病情稳定、进入康复期；或诊断明确，仅需常规护心治疗及随访，不需特殊治疗的患儿。

### 三级医院

1. 诊断不明确的疑难病例；
2. 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，室上性心动过速，室性心动过速，心房扑动，心房颤动，

心室扑动，心室颤动，低电压及异常Q波等恶性心律失常；

3. 超声或x线示心脏扩大、或心包积液；
4. 出现心功能不全，心源性休克或心脑综合征；
5. 伴有多脏器功能损害；
6. 治疗效果欠佳或加重。

## 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，其发病率在活产婴儿中比例大约为6-10%。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。

根据上述特点，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### 一级医院

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。

### 二级医院

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。

### 三级医院

1. 需要介入治疗的病人；
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；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；

3. 介入或外科手术治疗后并发症，如残余漏、严重传导阻滞等；

4. 伴有心功能不全，心源性休克或心脑综合征；

5. 合并心包积液、或心律失常；

6. 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；

7. 治疗效果欠佳、或加重；

8. 诊断不明确的疑难病例。

## 热性惊厥

热性惊厥 (Febrile Seizures, FS) 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现的惊厥。过去国内曾将本病称为高热惊厥。热性惊厥的发病率为 5% - 6%，首次发作最多见于 6 个月至 3 岁儿童，本病的发病原因尚无定论，遗传因素是惊厥的倾向，发热是惊厥的条件，感染是引起发热的原因，和年龄有关发育阶段是机体发病的内在基础。

FS 可分为两型：

1. 简单型：发作形式呈全身性，持续时间不超过 15 分钟，一次热病过程中仅发作一次，发作前后神经系统无异常；

2. 复杂型：发作形式呈局限性，持续时间 15 分钟以上，一次热病过程中惊厥发作 2 次或 2 次以上，发作前可有神经系

统异常。

根据上述定义，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### **一级医院**

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现的惊厥，可在一级医院处理。

### **二级医院**

首次因发热伴有惊厥，精神状况好，且能进行常规脑电图、脑脊液及头颅MRI等检查，可在二级医院处理。

### **三级医院**

因发热伴有惊厥的患儿精神状况差，难以控制的抽搐，且不能进行常规脑电图、脑脊液及头颅MRI等检查，复杂型热性惊厥及频繁热性惊厥患者，应转诊至三甲医院。

## **化脓性脑膜炎**

由细菌引起的脑膜炎称化脓性脑膜 (purulent meningitis) (简称“化脑”)。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。近年来，随着以抗生素为主的综合治疗措施的应用，化脑的预后已大为改观，但仍有较高的死亡率及神经系统后遗症。

根据上述定义，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### **一级医院**

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，

凶门未闭者出现凶门饱满；2岁以上儿童有发热、头痛、呕吐，继而出现嗜睡、惊厥可转二级医院处理。

### **二级医院**

1. 化脓性脑膜炎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；2. 治疗效果不佳或并发症的出现如：硬膜下积液，脑积水，脑室管膜炎等可转三级医院处理。3. 无行头颅MRI检查条件和脑脊液穿刺检查能力建议转三级医院治疗；4. 需进行脑脊液、血液培养+药敏试验时建议转三级医院治疗。

### **三级医院**

接收二级医院转诊的化脓性脑膜炎患儿，按照《临床诊疗指南-儿科分册》予以相应处理。

## 第九章 常见精神疾病分级诊疗指南

### 脑血管疾病所致精神障碍

#### 临床特征与诊断标准

- (1) 符合器质性精神障碍的诊断标准;
- (2) 认知缺陷分布不均, 某些认知功能受损明显, 另一些相对保存, 如记忆明显受损, 而判断、推理, 及信息处理可只受轻微损害, 自知力可保持较好;
- (3) 人格相对完整, 但有些病人的人格改变明显, 如自我中心、偏执、缺乏控制力、淡漠, 或易激惹;
- (4) 至少有下列1项局灶性脑损伤的证据: 脑卒中史、单侧肢体痉挛性瘫痪、伸跖反射阳性, 或假性球麻痹;
- (5) 病史、检查, 或化验有脑血管疾病证据;
- (6) 精神障碍的发生、发展, 及病程与脑血管疾病相关。
- (7) 日常生活和社会功能明显受损。
- (8) 排除其他原因所致意识障碍、其他原因所致智能损害(如阿尔茨海默病)、情感性精神障碍、精神发育迟滞、硬脑膜下出血。

根据上述描述, 按照如下分级诊疗指南实施救治:

#### 一级医院

在一级医疗机构及社区进行恢复及后续康复治疗。

#### 二级医院

当躯体情况、精神行为症状以及药物治疗稳定时, 可以从三级医疗机构转到二级医疗机构继续治疗。

### 三级医院

处于活跃期和巩固期的脑血管疾病所致精神障碍患者应在具有脑血管意外治疗资格的三级医疗机构进行诊断、风险评估与控制以及精神行为症状治疗。

## 难治性精神分裂症

难治性精神分裂症指对确诊精神分裂症的患者，至少两种第一代抗精神病药物，足剂量(相当于氯丙嗪400-600mg/d的等效剂量)、足疗程(4-6周)分别应用后，仍无明显效果。诊断标准：①过去5年对3种药物剂量和疗程适当的抗精神病药物(3种药物至少有2种化学结构是不同的)治疗反应不良；②患者不能耐受抗精神病药物的不良反应；③即使有充分的维持治疗或预防治疗，患者仍然复发或恶化。难治精神分裂的治疗往往需要二种与两种以上的抗精神病药物联合治疗，抗精神病药物与电休克治疗联合治疗，以及抗精神病药物与心理行为治疗联合治疗。这些特殊的治疗措施，需要严格的医疗安全性监测与处理以及经过严格训练的、具有相关资质的精神科医生、临床心理治疗师、麻醉师等人员组成的专业组提供安全有效的治疗。

根据上述描述，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### 一级医院

在一级医疗机构及社区进行恢复及后续康复治疗。

### 二级医院

精神疾病情况(CGI-GI评分 $\leq 2$ ，BPRS评分 $\leq 35$ ，PANG

SS-EC $\leq$ 15 评分, 自杀评估 $\leq$ 低风险)、躯体情况(肝肾功能、水电解质、心电图、脑电图等指标基本正常或稳定, 代谢性疾病指标基本正常及得到有效控制)与药物治疗稳定后可以从三级医疗机构转诊二级医疗机构继续治疗。

### 三级医院

需要两种以上的抗精神病药物联合治疗, 或抗精神病药物与电休克治疗以及与心理行为治疗联合治疗的应在三级专科医疗机构或具有资质的三级综合医疗机构精神科接受治疗。

## 难治性抑郁症

难治性抑郁症指在符合抑郁症的诊断标准基础上, 并且经过至少2种或2种以上作用机制不同的抗抑郁药, 足量足程治疗后疗效不佳或者无反应者。

Thase和Rush(1995年)将难治性抑郁症从对一种抗抑郁药物无效到电休克治疗无效分为五级: 一级: 至少一类抗抑郁药充分治疗无效; 二级: 在一级基础上, 另一作用机制不同的抗抑郁药充分治疗无效; 三级: 在二级基础上, 三环类药物充分治疗无效; 四级: 在三级基础上, 单胺氧化酶抑制剂充分治疗无效; 五级: 在四级基础上, 用一个疗程的电休克治疗无效。

根据上述描述, 按照如下分级诊疗指南实施救治:

### 一级医院

在一级医疗机构及社区进行恢复及后续康复治疗。

## 二级医院

精神疾病情况 (CGI-GI评分  $\leq 2$ , HAMD24评分  $\leq 20$ , 自杀评估  $\leq$  低风险)、躯体情况 (肝肾功能、水电解质、心电图、脑电图等指标基本正常或稳定, 代谢性疾病指标基本正常及得到有效控制) 与药物治疗情况等方面稳定后可从三级医疗机构转诊二级医疗机构继续治疗。

## 三级医院

需要二种与两种以上的精神药物联合治疗, 两种以上的抗抑郁药物联合治疗, 抗抑郁药物与抗精神病药物或情绪稳定剂联合治疗, 电休克治疗、经颅磁刺激治疗、甚至功能外科治疗, 精神药物 (抗抑郁药物) 与心理行为治疗联合治疗的应在三级专科医院或具有资质的三级综合医疗机构精神科接受治疗。

## 强迫症

强迫症是指一种以强迫症状为主的神经症, 其特点是有意识的自我强迫和反强迫并存, 二者强烈冲突使病人感到焦虑和痛苦; 病人体验到观念或冲动系来源于自我, 但违反自己意愿, 虽极力抵抗, 却无法控制; 病人也意识到强迫症状的异常性, 但无法摆脱。病程迁延者可以仪式动作为主而精神痛苦减轻, 但社会功能严重受损。

### 【症状标准】

(1) 符合神经症的诊断标准, 并以强迫症状为主, 至少有下列 1 项:

①以强迫思想为主，包括强迫观念、回忆或表象，强迫性对立观念、穷思竭虑、害怕丧失自控能力等；

②以强迫行为(动作)为主，包括反复洗涤、核对、检查，或询问等；

③上述的混合形式；

(2)病人称强迫症状起源于自己内心，不是被别人或外界影响强加的；

(3)强迫症状反复出现，病人认为没有意义，并感到不快，甚至痛苦，因此试图抵抗，但不能奏效。

**【严重标准】** 社会功能受损。

**【病程标准】** 符合症状标准至少已3个月。

**【排除标准】**

(1)排除其他精神障碍的继发性强迫症状，如精神分裂症、抑郁症，或恐惧症等；

(2)排除脑器质性疾病特别是基底节病变的继发性强迫症状。

根据上述描述，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### **一级医院**

在一级医疗机构及社区进行恢复及后续康复治疗。

### **二级医院**

精神疾病情况(CGI - GI评分 $\leq 2$ ，Y - BOCS $\leq 15$ ，自杀评估 $\leq$ 低风险)、躯体情况(肝肾功能、水电解质、心电图、脑电图等指标基本正常或稳定，代谢性疾病指标基本正常及得到有效控制)与药物治疗情况等方面稳定后可从三级医疗

机构转诊二级医疗机构继续治疗。

### 三级医院

需要多种精神药物联合治疗(抗抑郁药之间的、抗抑郁与抗精神病药物的等)以及精神药物与心理治疗联合干预、甚至需要功能外科治疗的应在三级专科医疗机构或具有资质的三级综合医疗机构精神科接受治疗。

## 偏执性精神障碍

偏执性精神障碍指一组以系统妄想为主要症状，而病因未明的精神障碍，若有幻觉则历时短暂且不突出。在不涉及妄想的情况下，无明显的其他心理方面异常。30岁以后起病者较多。平均发病年龄约为40岁。

**【症状标准】**以系统妄想为主要症状，内容较固定，并有一定的现实性，不经了解，难辨真伪。主要表现为被害、嫉妒、夸大、疑病，或钟情等内容。

**【严重标准】**社会功能严重受损和自知力障碍。

**【病程标准】**符合症状标准和严重标准至少已持续3个月。

**【排除标准】**排除器质性精神障碍、精神活性物质和非成瘾物质所致精神障碍、分裂症，或情感性精神障碍。

根据上述描述，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### 一级医院

在一级医疗机构及社区进行恢复及后续康复治疗。

### 二级医院

精神疾病情况 (CGI-GI评分  $\leq 2$ , Y-BOCS  $\leq 15$ , 自杀评估  $\leq$  低风险)、躯体情况 (肝肾功能、水电解质、心电图、脑电图等指标基本正常或稳定, 代谢性疾病指标基本正常及得到有效控制) 与药物治疗情况等方面稳定后可从三级医疗机构转诊二级医疗机构继续治疗。

### 三级医院

需要较大剂量的抗精神病药物, 应在三级专科医院或具有资质的三级综合医疗机构精神科接受治疗。

## 第十章 康复医学科常见疾病分级诊疗指南

### 脑卒中康复

脑卒中患者且有下列功能障碍之一/或以上者均应当进行康复治疗：意识、运动、感觉、平衡、认知、言语、心肺、吞咽、精神心理等一系列影响日常生活活动能力的障碍等。

#### 三级医院

脑卒中急性期（发病后1月内），生命体征平稳，有上述功能障碍之一/或以上者；在卫生部发布的综合医院康复医学科规定的住院时间之内。

#### 二级医院

1. 脑卒中恢复中期（发病后3-6个月），病情稳定，有上述功能障碍之一/或以上者；
2. 经过三级医院系统、规范化的康复治疗4周，功能评定与4周比较改善率低于30%，没有严重的并发症，可转至二级医院康复医学科或二级康复机构。

#### 社区或家庭

1. 脑卒中恢复后期或称后遗症期（发病后6个月以上），有上述功能障碍之一/或以上者；
2. 生命体征稳定，没有严重并发症（如肺部感染、泌尿系感染），功能障碍还有继续改善空间。
3. 如出现在社区或家庭不能处理的并发症、合并症或其他需要住院治疗的情况；或意识障碍、原有功能障碍进行性加重，需转至二级或以上医院治疗。

## 颅脑损伤康复

颅脑损伤患者有下列功能障碍之一/或以上者均应当进行康复治疗：意识、精神行为、认知、感觉、知觉、言语、吞咽、运动等一系列的影响日常生活活动能力的障碍等。

### 三级医院

颅脑损伤后急性期(2-4周内)，生命体征平稳，有上述功能障碍之一/或以上者；在卫生部发布的综合医院康复医学科规定的住院时间之内。

### 二级综合医院康复医学科

1. 颅脑损伤恢复中期（发病后3-6个月）病情稳定，神经外科专科处理结束，颅脑损伤相关临床实验室检查指标基本正常或平稳；转出前24h内无癫痫发作；
2. 24小时内无发热；
3. 无手术或再手术的指征。
4. GCS  $\geq$  3分，存在有上述功能障碍之一/或以上且功能障碍。

符合以上4种情况可在二级医院康复治疗。

5. 出现颅内活动性出血，脑水肿进行加重或其他需要手术治疗的情况；出现肺水肿、肺感染、败血症、重度压疮或多器官功能衰竭等本级医疗机构不能处理的并发症；意识障碍或功能障碍加重，可考虑转至三级医院。

### 社区或家庭

1. 颅脑损伤后恢复后期或称后遗症期（发病后6个月以

上)，生命体征及实验室检查各项指标平稳；

2. 无手术或再手术的指征，只存在轻微的精神行为障碍、认知功能障碍、感觉、知觉障碍、吞咽障碍、运动功能等某1-2项障碍；

3. 日常生活活动改良巴氏指数量表评级中度功能缺陷；

4. 能独立或在家人帮助下于家中进行康复训练；

5. 有时需要相关专业康复团队或人员进行康复治疗。

符合以上5种情况可在社区或家庭康复治疗。

6. 如出现在社区或家庭不能处理的并发症、合并症或其他需要住院治疗的情况；或意识障碍、原有功能障碍进行性加重，需转至二级或以上医院治疗。

## 脊髓损伤康复

脊髓损伤患者有下列功能障碍之一或以上者均应当进行康复治疗：感觉、运动、膀胱控制、直肠控制等一系列影响日常生活活动能力的障碍。

### 三级医院

脊髓损伤后2-4周内（急性期早期），生命体征平稳，有上述功能障碍之一/或以上者；在卫生部发布的综合医院康复医学科规定的住院时间之内。

### 二级医院

1. 脊髓损伤后4-12周，病情稳定，有上述功能障碍之一/或以上者；

2. 在三级医院康复治疗后(基本完成呼吸训练、残存肌力训练、床-轮椅转移训练、排尿、排便训练等), 脊柱稳定性良好, 功能障碍情况稳定, 无进一步加重并根据损伤程度有一定进步, 但仍未达到相应的标准。

### **社区或家庭**

1. 脊髓损伤后恢复后期或称后遗症期(发病后六个月以上, 脊柱稳定性良好, 无并发症或并发症已经控制;
2. 功能达到与损伤平面相对应的功能状态, 并且已掌握间歇导尿等并发症的预防相关技术和知识;
3. 患者不能耐受或不愿意接受康复治疗方案;
4. 患者经系统康复治疗后功能障碍无进步大于3周;
5. 达到卫生部发布的综合医院康复医学科规定的住院时间;
6. 如出现在社区或家庭不能处理的并发症、合并症或其他需要住院治疗的情况, 或功能障碍进行性加重可转至二级医院/康复医院或以上医院康复治疗。

# 第十一章 眼科常见疾病分级诊疗指南

## 角膜病变

角膜病变是引起视力减退的重要原因。使透明的角膜出现灰白色的混浊，可使视力模糊、减退，甚至失明。也是当前致盲的重要眼病之一。角膜病变的早期，若能及时准确的治疗，可以治愈。但病变严重或反复发生，则将使角膜上留下厚厚的瘢痕，此时惟一的治疗办法只有行角膜移植术，将已混浊的角膜去除，换上透明的角膜，使患者重新获得视力。

根据上述定义，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### 一级医院

经常规药物治疗后无好转或加重的感染性角膜炎，因其诊断治疗均较困难，且致残率高，经过患者同意，并充分尊重自主选择权的情况下，将患者转往二级以上的医疗机构药物治疗。

### 二级医院

如药物治疗无效，需行穿透性角膜移植或板层角膜移植的感染性角膜炎，和其它需行穿透性角膜移植或板层角膜移植的角膜病变病人，经过患者同意，并充分尊重自主选择权的情况下，将患者转三级以上医院和有条件的眼科专科医院。

### 三级医院

感染性角膜炎药物控制后，和行手术后需康复治疗的病人，经患者同意，并充分尊重其选择权的情况下，将患者转往二级医院康复治疗。

## 白内障

凡是各种原因如老化，遗传、局部营养障碍、免疫与代谢异常，外伤、中毒、辐射等，都能引起晶状体代谢紊乱，导致晶状体蛋白质变性而发生混浊，称为白内障，此时光线被混浊晶状体阻扰无法投射在视网膜上，导致视物模糊。多见于40岁以上，且随年龄增长而发病率增多。

根据上述定义，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### 一级医院

需行超声乳化白内障摘除手术治疗的老年性白内障病人，经过患者同意，并充分尊重自主选择权的情况下，将患者转往二级医院行手术治疗。

### 二级医院

合并青光眼或抗青光眼手术后的白内障、高度近视的白内障、玻璃体切割术后的白内障、伴有晶状体脱位的白内障以及其它手术难度大的并发性白内障，全身情况允许手术治疗的病人，经过患者同意，并充分尊重自主选择权的情况下，将患者转往三级医院行手术治疗。

### 三级医院

复杂性白内障患行手术后需后需康复治疗的病人，经患者同意，并充分尊重其选择权的情况下，将患者转往二级医院康复治疗。

## 急性闭角型青光眼

## 急性闭角型青光眼的定义及临床分期:

急性闭角型青光眼是由于前房角突然关闭而引起眼压(IOP)急剧升高的眼病,发病机制尚不十分明确。常伴有明显眼痛,视力下降,同侧偏头痛,恶心,呕吐等症状,如未经及时恰当治疗,可于短期内失明。

临床表现根据疾病发展过程分为6期:

### 1. 临床前期

无任何症状,但需要治疗。包括以下两种情况:

(1)一眼曾有急性发作,另一眼虽无发作史,但具有浅前房和窄房角的特点,迟早都有发作的可能者。

(2)有急性原发性闭角型青光眼家族史,前房浅,房角窄,无发作史,但激发试验阳性者。

### 2. 前驱期

(1)症状轻度眼痛,视力减痛,虹视,并伴有同侧偏头痛、鼻根和眼眶部酸痛和恶心。

(2)体征轻度睫状充血,角膜透明度稍减退,前房稍变浅,轻度瞳孔开大,IOP轻度升高。

上述症状多发生于情绪波动或劳累之后,常于傍晚或夜间瞳孔散大情况下发作。经到亮处或睡眠后,瞳孔缩小,症状可自行缓解。持续时间一般短暂,而间隔时间较长,通常于1-2小时后症状可完全消退。多次发作后,持续时间逐渐延长,而间隔时间缩短,症状逐渐加重而至急性发作期。也有少数病例不经过前驱期而直接表现为急性发作。

### 3. 急性发作期

起病急，前房角大部或全部关闭，IOP突然升高。

(1) 症状剧烈眼痛，视力极度下降，同侧偏头痛，眼眶胀

痛，恶心，呕吐，甚至有体温增高，脉搏加快等。

(2) 体征①球结膜睫状或混合性充血，并有结膜水肿。②角膜上皮水肿，呈雾状混浊，知觉消失，角膜后壁有棕色沉着物。③前房极浅，可出现房水闪光。④虹膜水肿。⑤瞳孔半开大，呈竖椭圆形。⑥晶状体前囊下可出现乳白色斑点状边界锐利的混浊，称为青光眼斑，常位于晶状体缝处，不发生与被虹膜覆盖的部位。⑦IOP明显升高，多在50mmHg以上，甚至可达80mmHg或更高。⑧房角关闭。⑨眼底：视乳头充血，有动脉搏动，视网膜静脉扩张，偶见少许视网膜出血。

### 4. 间歇期

青光眼急性发作以后，经药物治疗或自然缓解，前房重新开放，IOP恢复正常，使病情得到暂时缓解，称为间歇期或缓解期，由于瞳孔阻滞等致病因素并未解除，以后还会复发。

(1) 症状无任何不适。

(2) 体征如急性发作时未遗留永久性损害，除浅前房及窄房角以外，无任何阳性所见。只能根据病史及激发试验确定诊断。

### 5. 慢性期

急性期症状未全部缓解，迁延转为慢性，常因房角关闭

时间过久，周边虹膜与小梁网发生永久性粘连。

(1) 症状慢性期的早期仍有轻度眼痛、眼胀、视物不清等症状，以后则症状消失或仅有轻度眼胀。

(2) 体征①此期早期仍有急性发作的体征，但程度较轻，以后则充血等均消退，仅遗留虹膜萎缩、瞳孔开大、青光眼斑。如急性发作时无上述体征，则虹膜和瞳孔正常。②房角发生粘连，如粘连范围达1/2-2/3房角圆周时，房水排出受阻，IOP升高。③早期视乳头尚正常，当病情发展到一定阶段时，视乳头逐渐出现青光眼性病理凹陷及萎缩。④视野：早期正常，后期出现青光眼性视野缺损，视野缺损逐渐进展，最后完全失明而进入绝对期。

## 6. 绝对期

视力完全丧失。

(1) 症状因为患者已长期耐受高眼压，故自觉症状不明显，仅有轻度眼痛，但部分病例尚有明显症状。

(2) 体征球结膜轻度睫状充血，前睫状支血管扩张，角膜上皮轻度水肿，可反复出现大疱或上皮剥脱，前房极浅，晶状体浑浊，IOP高。晚期由于整个眼球变性，IOP可低于正常，最后眼球萎缩。由于这种眼球的抵抗力低，常发生角膜溃疡，甚至发展为眼内炎。

根据上述分期，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### 一级医院

对于临床前期及前驱期的患者应给给予局部降眼压药物治疗，有条件可行青光眼激光治疗或转入二级医院治疗。

对于急性发作期的患者应积极全身及局部降眼压药物治疗，尽快转入二级医院治疗。对于间歇期和慢性期的患者，应给予降眼压药物，并转入二级医院行激光或手术治疗。对于绝对期患者给予缓解症状药物，如发生角膜溃疡、眼内炎等应及时转入二级医院治疗。

### 二级医院

可处理急性闭角型青光眼各期患者，若急性发作期患者眼压控制欠佳，病情较重，合并晶状体膨胀，手术风险大，应转至三级医院。对于绝对期眼内炎患者也应转至三级医院。

### 三级医院

急性发作期药物控制欠佳患者及绝对期眼内炎患者应在三级医院处理，病情稳定后，可转二级医院随诊。

## 原发性开角型青光眼

### 原发性开角型青光眼的定义及临床分期：

原发性开角型青光眼又称慢性开角型青光眼，有以下特征：1. 两眼中至少一只眼的眼压持续  $> 21\text{mmHg}$ ；2. 房角是开放的，具有正常外观；3. 眼底存在青光眼特征性视网膜视神经损害和(或)视野损害；4. 没有与眼压升高相关的病因性眼部或全身其他异常。

### 按照如下分级诊疗指南实施救治：

#### 一级医院

发现眼压高，眼底异常的可疑青光眼患者转入二级医院进行诊治。

## 二级医院

对于诊断明确的原发性开角型青光眼患者给予药物或手术治疗。可疑病例或晚期青光眼患者可转入三级医院治疗。

## 三级医院

对于可疑开角型青光眼患者行视野、视神经纤维层检查及24小时监测，明确诊断，给予降眼压药物治疗，并转入二级医院随诊。晚期青光眼患者手术治疗后，病情稳定者可转入二级医院随诊。

# 裂孔源性视网膜脱离

原发性裂孔源性视网膜脱离定义为在视网膜裂孔形成基础上，液化的玻璃体经裂孔进入视网膜神经上皮和色素上皮之间，形成的视网膜脱离。初发时有“飞蚊症”或眼前漂浮物，某一方位有“闪光感”；眼前阴影遮挡，累及黄斑时视力则明显下降。视网膜裂孔可分为以下几类：

1. 马蹄孔：系玻璃体视网膜牵拉所形成，常发生于格子样变性区，也可发生于非格子样变性区。

2. 圆孔：呈圆形，可以在格子样变性区内因视网膜萎缩形成。

3. 黄斑裂孔：分特发性黄斑裂孔、外伤性黄斑裂孔或近视眼黄斑裂孔。

4. 巨大裂孔：超过 $90^\circ$ 的裂孔称为巨大裂孔，常见于外伤。

5. 锯齿缘截离：锯齿缘裂孔，它与巨大裂孔的区别：1)

通常小于 $90^{\circ}$ ；2)裂孔后缘无卷边。

根据上述定义，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### 一级医院

经眼底检查确诊为裂孔源性视网膜脱离，转往二级医院处理。

### 二级医院

经眼底检查确诊为裂孔源性视网膜脱离，全身情况允许手术治疗的病人，经过患者同意，并充分尊重自主选择权的情况下，可在二级以上的综合医院或眼科专科医院行手术治疗。

### 三级医院

复杂性裂孔源性视网膜脱离，应转至三级综合医院或有条件的眼科专科医院行手术治疗。裂孔源性视网膜脱离经手术后，经患者同意，并充分尊重其选择权的情况下，可将患者转往二级医院进行康复治疗。

## 角膜病变

### 上转指南

经常规药物治疗后无好转或加重的感染性角膜炎，因其诊断治疗均较困难，且致残率高，经过患者同意，并充分尊重自主选择权的情况下，将患者转往二级以上的医疗机构药物治疗；如药物治疗无效，需行穿透性角膜移植或板层角膜移植的感染性角膜炎，和其它需行穿透性角膜移植或板层角膜移植的角膜病变病人，经过患者同意，并充分尊重自主选

择权的情况下，将患者转三级以上医院和有条件的眼科专科医院。

### 下转指南

感染性角膜炎药物控制后，和行手术后需康复治疗的患者，经患者同意，并充分尊重其选择权的情况下，将患者转往基层医院卫生机构康复治疗。

## 糖尿病性视网膜病变

糖尿病性视网膜病变(DR)是糖尿病性微血管病变中最重要的表现，是一种具有特异性改变的眼底病变，是糖尿病的严重并发症之一。

临床上根据是否出现视网膜新生血管为标志，将没有视网膜新生血管形成的糖尿病性视网膜病变称为非增殖性糖尿病性视网膜病变(NPDR，或称单纯型或背景型)，而将有视网膜新生血管形成的糖尿病性视网膜病变称为增殖性糖尿病性视网膜病变(PDR)。在增殖性视网膜病变中，视网膜损害刺激新生血管生长。新生血管生长对视网膜有害无益，其可引起纤维增生，有时还可导致视网膜脱离。新生血管也可长入玻璃体，引起玻璃体出血。与非增殖性视网膜病变相比，增殖性视网膜病变对视力的危害性更大，其可导致严重视力下降甚至完全失明。视网膜毛细血管的病变表现为动脉瘤、出血斑点、硬性渗出、棉绒斑、静脉串珠状、视网膜内微血管异常(IRMA)，以及黄斑水肿等。广泛缺血会引起视网膜或视盘新生血管、视网膜前出血及牵拉性视网膜脱离，患者有

严重的视力障碍。

根据上述定义，按照如下分级诊疗指南实施救治：

### **一级医院**

重度非增殖性和增殖性糖尿病视网膜病变的病人，转往二级以上的综合医院或眼科专科医院进行处理。

### **二级医院**

重度非增殖性和增殖性糖尿病视网膜病变需行激光光凝的病人，经过患者同意，并充分尊重自主选择权的情况下，在二级以上的综合医院或眼科专科医院行激光光凝治疗。需行玻璃体切割术的增殖性糖尿病视网膜病变病人，转往三级以上的综合医院或有条件的眼科专科医院行手术治疗。

### **三级医院**

如需行玻璃体切割手术，全身情况允许手术治疗的病人，经过患者同意，在三级以上的综合医院或有条件的眼科专科医院行手术治疗。手术治疗后，需住院康复者，经患者同意，并充分尊重其选择权的情况下，可将患者转往二级医院行康复治疗或管理。

## **原发性开角型青光眼**

### **上转指南**

原发性开角型青光眼经药物治疗无效，需行手术治疗，全身情况允许手术治疗的病人，经过患者同意，并充分尊重自主选择权的情况下，将患者转往二级以上的综合医院或眼科专科医院行手术治疗。

## 下转指南

原发性开角型青光眼手术后，经患者同意，并充分尊重其选择权的情况下，将患者转往基层医院卫生机构康复治疗。

## 玻璃体出血

玻璃体出血是眼外伤或视网膜血管性疾病造成视力危害的一种常见并发症。出血不仅使屈光介质混浊，而且能对眼部组织产生严重破坏作用；在不同的病例，玻璃体出血的后果有很大不同，应根据原发伤病、出血量的多少、出血吸收的情况及眼部反应的表现等，适时给予临床处理。根据玻璃体出血的病因，可将其分为四类：

### 1. 外伤

在眼外伤中，眼球穿通伤或眼球钝挫伤都可造成外伤性玻璃体积血。在角巩膜穿孔伤、巩膜穿孔和眼后节的滞留性异物伤，玻璃体积血的发生率很高。眼球钝挫伤造成的眼球瞬间形变可致视网膜脉络膜破裂而出血；前部玻璃体积血可由睫状体部位损伤所致。

### 2. 自发性

自发性玻璃体积血的疾病较多，包括脉络膜视网膜的炎性、变性或肿瘤性疾病。

### 3. 糖尿病病人

在糖尿病病人，眼底出现新生血管是玻璃体积血的一个先兆。如果不作任何处理，5年内约有27%发生玻璃体积血。因出血引起的视力下降，不能靠血液自行吸收而恢复的病人

约占60%。

#### 4. 手术

可见于白内障手术、视网膜脱离复位手术、玻璃体类手术等。

根据上述定义，按照如下分级诊疗指南实施救治：

##### **一级医院**

初期药物治疗有效的玻璃体出血，可在一级医院处理。经药物治疗无效的玻璃体出血，需行玻璃体切割手术治疗的病人，经过患者同意，并充分尊重自主选择权的情况下，将患者转往三级以上的综合医院或有条件的眼科专科医院处理。

##### **二级医院**

初期药物治疗有效的玻璃体出血，可在二级医院处理。经药物治疗无效的玻璃体出血，需行玻璃体切割手术治疗的病人，将患者转往三级以上的综合医院或有条件的眼科专科医院处理。

##### **三级医院**

经药物治疗无效的玻璃体出血，需行玻璃体切割手术治疗的病人，在三级以上的综合医院或有条件的眼科专科医院行手术治疗。玻璃体出血手术后，经患者同意，并充分尊重其选择权的情况下，可将患者转往二级医院或一级医院行康复治疗。

## **老年性白内障**

## 上转指南

需行超声乳化白内障摘除手术治疗的老年性白内障病人，经过患者同意，并充分尊重自主选择权的情况下，将患者转往二级以上的综合医院或眼科专科医院行手术治疗。下转条件：

## 下转指南

老年性白内障手术后，经患者同意，并充分尊重其选择权的情况下，将患者转往基层医院卫生机构康复治疗，在下转患者时上级医院应将患者治疗、诊断、预后评估、辅助检查及后续治疗、康复指导方案提供给基层医疗卫生机构。

# 急性闭角型青光眼

## 上转指南

经药物治疗无效需行手术治疗的急性闭角型青光眼，以及急性闭角型青光眼手术后浅前房或恶性青光眼，经过患者同意，并充分尊重自主选择权的情况下，将患者转往二级以上的综合医院或有条件的眼科专科医院行手术治疗。

## 下转指南

急性闭角型青光眼手术后，经患者同意，并充分尊重其选择权的情况下，填写《陕西省医疗机构双向转诊书》，将患者转往基层医院卫生机构康复治疗，在下转患者时，上级医院应将患者治疗、诊断、预后评估、辅助检查及后续治疗、康复指导方案提供给基层医疗卫生机构。

## 复杂性白内障

### 上转指南

合并青光眼或抗青光眼手术后的白内障、高度近视的白内障、玻璃体切割术后的白内障、伴有晶状体脱位的白内障以及其它手术难度大的并发性白内障，全身情况允许手术治疗的病人，经过患者同意，并充分尊重自主选择权的情况下，将患者转往二级以上的综合医院或眼科专科医院行手术治疗。

### 下转指南

复杂性白内障经手术后，经患者同意，并充分尊重其选择权的情况下，将患者转往基层医院卫生机构康复治疗，在下转患者时。

## 复杂性眼外伤

### 上转指南

复杂性眼外伤常致视功能严重损害或失明，治疗复杂，基层医疗机构不能确定如何治疗时应请上级医院会诊。需转上级医院时，应与患者及家属进行充分沟通，经其理解和同意，经一般急诊处理后，将患者转至三级医院或者有条件的眼科专科医院

### 下转指南

复杂性眼外伤手术后，经患者同意，并充分尊重其选择权的情况下，将患者转往基层医院卫生机构康复治疗。

# 化学性眼部烧伤

## 上转指南

严重的化学性眼烧伤是严重的致盲眼病，需及时和有效的治疗，患者在基层医疗机构经积极治疗后，应与患者及家属进行充分沟通，经其理解和同意，及时将患者转三级医院或者有条件的眼科专科医院。

## 下转指南

严重的化学性眼烧伤经有效治疗后，经患者同意，并充分尊重其选择权的情况下，将患者转往基层医院卫生机构康复治疗。

## 第十二章 皮肤科常见疾病分级诊疗指南

### 红斑狼疮

#### 一、适合在上级医院治疗或符合上转条件的患者

##### 1. 重型SLE:

(1) 出现心脏、肺脏、消化系统、血液系统、肾脏、神经系统明显受累的症状及实验室证据;

(2) 弥漫性的严重皮损, 出现溃疡、大疱;

(3) 非感染性高热有衰竭表现;

(4) 狼疮危象: 指急性的危及生命的重症SLE, 包括急性进行性狼疮性肾炎、严重的中枢神经系统损害、严重的溶血性贫血、血小板减少性紫癜、粒细胞缺乏症、严重心脏损害、严重狼疮性肺炎、严重狼疮性肝炎、严重的血管炎等。或SLEDAI评分 $\geq 5$ 分(5-9分轻度活动, 10-14分中度活动,  $\geq 15$ 分重度活动)。

2. SLE合并妊娠出现病情活跃者;

3. 对于基层医院诊断困难的皮肤型红斑狼疮, 可上转至上级医院明确诊断及确定治疗方案。

#### 二、适合在基层医院治疗或符合下转条件的患者

1. 仅有皮肤损害的皮肤型红斑狼疮, 该类患者可出现ANA阳性、血沉加快、白细胞减少等, 但系统损害轻微, 具体包括: ①亚急性皮肤型红斑狼疮: 可有光过敏、低热、肌痛或关节痛, 但无明显的浆膜炎及血液系统、肾脏、中枢神经系统损害; ②慢性皮肤型红斑狼疮(包括盘状红斑狼疮、

肥厚性狼疮、狼疮性脂膜炎、肿胀性狼疮、冻疮样狼疮):  
少数患者出现低滴度ANA, 并有低热、关节痛及乏力等全身症状, 但通常无系统损害, 该类患者在上级医院诊断明确及确定治疗方案后可下转至基层医院继续治疗;

2. 轻型SLE, 即是诊断明确或高度怀疑者, 但临床稳定, 所累及的靶器官(包括肾脏、血液系统、肺脏、心脏、消化系统、中枢神经系统、皮肤、关节)功能正常或稳定, 呈非致命性;

3. 重型SLE(除轻型以外者为重型)在上级医院治疗后病情趋于稳定后可下转至基层医院治疗。如患者体温恢复正常、口腔溃疡愈合、面部红斑颜色变淡或消退、脱发症状缓解、关节肌肉疼痛消失、浆膜炎缓解、血液系统三系回升、血沉下降、补体C3、C4水平上升、ANA 滴度下降、肾脏检查指标好转等, 或以SLEDAI (Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index)评分为标准, 得分 $\leq$ 4分的患者。

附

### SLEDAI评分标准

临 床 表 现	评分
癫痫发作: 最近开始发作的, 除外代谢、感染、药物所致	8
精神症状: 严重紊乱干扰正常活动。除外尿毒症、药物影响	8
器质性脑病: 智力的改变伴定向力、记忆力或其它智力功能的损害并出现反复不定的临床症状, 至少同时有以下两项: 感觉紊乱、不连贯的松散语言、失眠或白天瞌睡、精神活动增多或减少。除外代谢、感染、药物所致	8

视觉受损：SLE 视网膜病变，除外高血压、感染、药物所致	8
颅神经异常：累及颅神经的新出现的感觉、运动神经病变	8
狼疮性头痛：严重持续性头痛，麻醉性止痛药无效	8
脑血管意外：新出现的脑血管意外。应除外动脉硬化	8
脉管炎：溃疡、坏疽、有触痛的手指小结节、甲周碎片状梗塞、出血或经活检、血管造影证实	8
关节炎：2 个以上关节痛和炎性体征（压痛、肿胀、渗出）	4
肌炎：近端肌痛或无力伴 CPK/醛缩酶升高，或肌电图改变或活检证实	4
管型尿：HB、颗粒管型或 RBC 管型	4
血尿：>5RBC/HP，除外结石、感染和其它原因	4
蛋白尿：>0.5g/24h，新出现或近期增加	4
脓尿：>5 个 WBC/HP，除外感染	4
脱发：新出现或复发的异常斑片状或弥散性脱发	2
新出现皮疹：新出现或复发的炎症性皮疹	2
黏膜溃疡：新出现或复发的口腔或鼻黏膜溃疡	2
胸膜炎：胸膜炎性胸痛伴胸膜摩擦音、渗出或胸膜肥厚	2
发热：>38℃，需除外感染因素。	1
血小板降低<100×10 <sup>9</sup> /L	1
白细胞减少<3×10 <sup>9</sup> /L，需除外药物因素	1

0-4分基本无活动；5-9分轻度活动；10-14分中度活动；  
≥15分重度活动。

## 皮炎

### 一、适合在上级医院治疗或符合上转条件的患者

1. 怀疑皮炎患者，在当地医院无法完善相关检查(自身抗体、肌电图、肌肉活检+病理)，需要明确诊断的病人；

2. 确诊皮肌炎，符合以下条件之一可上转：

(1) 临床症状：

- A. 肌力 0 - III 级；
- B. 肌炎急性期，肌肉病变急速发展；
- C. 广泛肌肉无力伴急性肿胀和疼痛；
- D. 肌力短期内明显下降；
- E. 体温持续升高 3 天以上 (大于 38℃)；

F. 或首次出现以下情况者：吞咽困难，声嘶，咀嚼困难，大小便失禁，肠道功能紊乱，呼吸困难，心肌炎，心功能不全 (II 级以上)，心力衰竭，或既往虽有以上症状出现，但在稳定控制期间突然加重者。

(2) 实验室检查：

- A. 肌酶 (主要是 CK 或 LDH) 突然升高，并伴有临床症状的加重；
- B. 影像学提示有肺间质纤维化改变、心包积液；
- C. 肺功能测定：FVC < 60%，FEV < 60%，FEV/FVC < 55%，RV/TLC < 55%，Dlco < 60%；
- D. 检查中发现恶性肿瘤的转上级医院相关科室。

(3) 正规激素治疗 2 个月，无明显好转：

- A. 肌力无好转，仍在同一个肌力分级中；
- B. 肌肉疼痛无缓解；
- C. 血清 CK 和 24 小时尿肌酐排泄量无下降。

(4) 儿童型皮肌炎中的 Banker 型患者。

二、适合在基层医院治疗或符合下转条件的患者

1. 明确诊断，病情稳定的患者，制定好治疗方案后；
2. 诊断为无肌病性皮肌炎的病人；
3. 临床症状：
  - A. 肌力明显恢复，肌力分级达到IV-V级；
  - B. 无明显呼吸困难，无心力衰竭症状，吞咽困难、声嘶、咀嚼困难、肠道功能紊乱等症状稳定，没有需要紧急处理的并发症。
4. 实验室检查：经治疗后CK或LDH降至正常；
5. 激素剂量：相当于强的松用量小于 $1\text{mg}/\text{kg}^{-1}\cdot\text{d}^{-1}$ ；
6. 自愿转回基层医疗卫生机构的病人。

## 天疱疮

### 一、适合在上级医院治疗或符合上转条件的患者

(一) 不具备病理检查等实验室条件者，疑似天疱疮患者均需上转。

(二) 确诊为天疱疮患者，符合以下条件之一可上转。

1. 病情严重患者，符合以下条件之一：
  - A. 皮疹面积  $> 30\%$ ；
  - B. 水疱数目  $> 40$ 个水疱；
  - C. 合并严重口腔、眼睑、肛周等黏膜损害(黏膜损害5小片以上)。
2. 合并严重感染，肿瘤及其他心肺等疾病患者，符合以下条件之一。
  - A. 皮疹面积  $> 10\%$ ；

- B. 水疱数目 > 20个水疱;
- C. 合并严重口腔、眼睑、肛周等黏膜损害(黏膜损害3小片以上)。

3. 足量激素及免疫抑制剂等系统治疗5天后无明显好转,同时符合以下三条:

- A. 水疱每天新发 > 10个, 连续5天;
- B. 皮疹糜烂面渗出无减轻;
- C. 尼氏征无转阴。

4. 系统治疗过程中出现严重激素及免疫抑制剂并发症危及生命患者。

5. 系统治疗过程中病情出现反复, 符合 1 - 4 中之一条件患者。

## 二、适合在基层医院治疗或符合下转条件的患者

确诊天疱疮患者经激素及免疫抑制剂等系统治疗后临床症状及实验室指标明显好转可下转当地医院继续住院治疗(以临床症状指标、实验室指标及激素用量指标三方面, 每方面符合一条者):

(一) 临床症状指标符合以下条件之一。

- A. 水疱每天新发 < 10个, 连续3-5天;
- B. 皮疹糜烂面渗出明显减轻, 干燥, 结痂;
- C. 皮疹面积 < 30% ;
- D. 尼氏征减轻。

(二) 实验室指标符合以下条件之一。

- A. 天疱疮抗体检测较前下降;

B. 白蛋白 > 25g/l。

(三) 激素用量指标，符合以下条件之一。

A. 每日激素用量 < 60mg/d (相当于强的松用量)；

B. 症状控制2周后激素减量观察3-5天，临床症状无复发者，即符合第一条临床症状指标。

## 恶性黑色素瘤

### 一、适合在上级医院治疗或符合上转条件的患者

(一) 原有色素痣发生以下改变，高度怀疑恶变者，且无条件进行确诊者。

1) A (Asymmetry)，皮损不对称；

2) B (Border)，边界不规则；

3) C (Color)，颜色不均匀；

4) D (Diameter)，直径 5 mm 以上；

5) E (Elevation)，扩大或结节状生长，皮损退行性改变。

6) 直径大于 2.0 cm 的先天性色素痣；

7) 后天获得性色素痣直径大于 5mm (甲下黑斑宽于 3mm) 者，且发生时患者年龄较大；

8) 发生于指远端、趾跖关节处、足跟等部位的较大黑斑；

9) 原有色素痣周围出现卫星灶；

10) 原有色素痣出现瘙痒，疼痛等感觉异常者；

11) 原有色素痣出现出血，溃疡。

(二) 确诊为恶性黑色素瘤，无条件进行下列检查以确定有无转移者。

1) 皮肤浅表B超，淋巴结B超；

2) 骨扫描或PET - CT。

(三) 确诊为恶性黑色素瘤，无条件进行扩大切除术，术中冰冻及相应的创面修复者，如皮瓣转移术和植皮术。

(四) 确诊为恶性黑色素瘤，无条件进行术后辅助治疗者，包括免疫治疗，化疗，放疗等。

## 二、适合在基层医院治疗或符合下转条件的患者

1. 疑似恶性黑色素瘤，经病理检查确诊为良性病变，术后需继续康复治疗者。

2. 恶性黑色素瘤手术治疗后，伤口恢复差，需较长时间换药治疗者。

3. 早期恶性黑色素瘤经手术治疗后，无需辅助治疗，但尚需继续康复治疗者。

4. 恶性黑色素瘤经手术治疗，并完成干扰素诱导期治疗，病情稳定，开始维持期治疗者。

## 尖锐湿疣

### 一、适合在上级医院治疗或符合上转条件的患者

(一) 不具备病理检查或实验室条件者，疑似尖锐湿疣。

(二) 实验室或临床确诊为尖锐湿疣，符合以下条件之一可上转。

1. 巨大型尖锐湿疣也称癌样尖锐湿疣须手术或多次手

术者；

2. 尖锐湿疣恶变者(包括与其有关的阴茎癌，女阴癌，肛门癌，宫颈癌)；

3. 尖锐湿疣合并免疫缺陷患者(包括HIV 患者，严重的细胞免疫功能低下者和移植手术者)；

4. 有严重合并症，手术过程中须严密监护的患者。如基层医院不具备相应处理措施可转上级医院治疗。例如严重的心血管疾病，严重的肾功能不全，心肺功能不全，严重的免疫性疾病(例如红斑狼疮，硬皮病，皮炎，类风湿性关节炎)等患者；

5. 尖锐湿疣合并妊娠患者，若疣体巨大需手术切除或患者本身合并妊高症，妊娠糖尿病，免疫性疾病，器官移植或其他严重内科疾病患者；

6. 带蒂较大，直径 $\geq 5\text{cm}$ 的尖锐湿疣，或疣体数量多 $\geq 10$ 个，手术中易大量出血者；

7. 要求做HPV分型的患者，且基层医院无条件分型的可转上级医院；

8. 尿道内尖锐湿疣，手术中易引起出血者。或尿道内尖锐湿疣部位较深不易手术者；。

9. 特殊部位的尖锐湿疣，例如膀胱内尖锐湿疣，喉部尖锐湿疣等；

10. 在基层医院多次治疗，并且反复，有意愿转入上级医院治疗者。

## 二、适合在基层医院治疗或符合下转条件的患者

如患者在上级医院首诊，经临床表现或实验室检查确诊为尖锐湿疣患者，如出现以下情况，且患者本人有意愿，可按双向转诊制度向下级医疗机构转诊。

1. 疣体直径小， $< 5\text{cm}$ ，数目较少， $< 10$ 个，仅需外用  
药

或激光，液氮冷冻，电灼治疗的患者；

2. 经过治疗原有疣体已清除，仅需定期复查的尖锐湿疣患者；

3. 临床治愈后但HPV分型有癌变高风险的患者，可在基层医院定期筛查；

4. 经过初次手术切除，疣体面积缩小， $< 5\text{CM}$ ，或疣体数目 $< 10$ 个，仅需外用药物或激光，液氮冷冻，电灼治疗的患者；

5. 多次治疗仍反复复发，每次复发病体数量少，面积小的患者，且有意愿就近治疗，可转下级医院。

## 麻风病

### 一、适合在上级医院治疗或符合上转条件的患者

#### 1. 严重的麻风反应，包括：

(1) 严重的麻风反应如果出现以下任一体征：皮肤上有一个或多个红色、疼痛性结节，伴或不伴有溃疡；一条或多条神经疼痛或触痛，伴或不伴有神经功能丧失；一块红肿的皮损位于面部，或位于另一条主要的神经干上；皮损破溃，伴有高热；手、足或面部明显水肿；眼疼痛和(或)发红，伴

或不伴有视力丧失； 关节疼痛肿胀伴发热；

(2) 麻风性结节性红斑 (ENL) 反应如果发生以下任一特征：一条或几条神经疼痛或触痛，伴或不伴有神经功能丧失；ENL 结节破溃；眼疼痛和 (或) 发红，伴或不伴有视力丧失；睾丸疼痛肿胀 (睾丸炎) 或手指疼痛肿胀明显的关节炎或淋巴结炎。

2. 手或足的严重感染 (通常与有恶臭分泌物的溃疡有关)；

3. 麻风的眼受累：需要转诊的 4 种情况：

- A. 新近发生的视力丧失；
- B. 疼痛性红眼；
- C. 新近发生的闭眼障碍 (兔眼)；
- D. 面部有反应性麻风皮损；

4. 严重的药物不良反应。

## 二、适合在基层医院治疗或符合下转条件的患者

- 1. 严重的麻风反应控制后，需要继续治疗的病例；
- 2. 麻风的眼受累缓解，需要继续治疗的病例；
- 3. 手或足的严重感染控制，需要继续治疗的病例；
- 4. 严重的药物不良反应控制后，需要继续治疗的病例。

## 梅毒

### 一、适合在上级医院治疗或符合上转条件的患者

- 1. 没有开展梅毒螺旋体抗体检测 (TPPA、TPHA、FTA-ABS、TP - WB 等) 或只开展非梅毒螺旋体抗体检测 (RPR、TRUST、

VDRL等)的医院遇下列情况时应上转患者。

(1) 有高危性行为，并疑似各期梅毒的临床表现(硬下疳、二期梅毒疹，不明原因心血管病变)；

(2) 有高危性行为，其性伴在他院已确诊梅毒的；

(3) 高危性行为者自愿进行梅毒检测的；

(4) 非梅毒螺旋体抗体检测阳性的患者。

2. 只开展了梅毒螺旋体抗体检测(TPPA、TPHA、FTAABS、TP-WB等)的医院在查见结果阳性但无法判断非梅毒螺旋体抗体滴度时。

(1) 各期梅毒经过治疗后2年血清仍维持低滴度或血清复发经治疗无效而又无法进行腰穿和脑脊液梅毒螺旋体检测时；

(2) 患者出现神经症状疑似神经梅毒而又无法进行腰穿和脑脊液梅毒螺旋体检测时；

(3) 因梅毒血清检测结果涉及民事纠纷甚至刑事案件时；

(4) 确诊为胎传梅毒的新生儿和年龄较小的婴幼儿。

3. 确诊未治疗的血管梅毒或疑似血管梅毒无法确诊者。

4. 神经梅毒合并神经系统症状或精神障碍的。

5. 确诊的或疑似骨梅毒。

6. 初诊非梅毒螺旋体抗体滴度较高(> 1: 320)有可能发生严重的吉-赫反应的，或已发生较为严重过敏性休克经抢救稳定者。

7. 确诊梅毒需要治疗但合并了其它较为严重的系统疾病(严重心衰、呼吸功能衰竭、肾脏功能衰竭等)。合并有某些疾病如接受青霉素治疗有可能加重这些疾病的(如SLE等)。

8. 有严重合并症的孕妇, 治疗期间需要密切监测母体和胎儿各项生命指标的。

9. 梅毒合并HIV或其它免疫缺陷疾病的。

10. 患者经治疗血清复发或血清固定不能排除有无心血管梅毒或神经梅毒需要进行确诊的患者。

二、适合在基层医院治疗或符合下转条件的患者

1. 已确诊的各期梅毒仅需要常规治疗而下转医院又备有苄星青霉素或头孢曲松钠等药物并可进行血清随访的。

2. 已确诊为神经梅毒但无严重神经症状和系统风险仅需要进行常规治疗的患者。

3. 已完成常规治疗仅需要血清随访而下转医院又具备梅毒血清学检查条件的。

4. 心血管梅毒经治疗病情稳定仅需血清随访和临床观察的。

## 皮肤鳞状细胞癌

一、适合在上级医院治疗或符合上转条件的患者

(一) 在原发瘢痕或皮肤病变基础上出现一下情况, 高度怀疑皮肤鳞癌者。

1. 瘢痕反复破溃, 经久不愈者;

2. 发生于紫外线损伤的皮肤或继发于日光性角化病、慢

性溃疡、银屑病、盘状红斑狼疮等皮肤病皮损处的菜花状新生物，伴有感染和恶臭者；

3. 原发溃疡迅速扩大，并伴有出血，感染和恶臭者；

4. 在原发病变基础上出现区域淋巴结肿大者。

(二) 确诊为皮肤鳞状细胞癌，无条件进行下列检查以确定有无转移者。

1. 皮肤浅表B超，淋巴结B超；

2. 骨扫描或PET - CT。

(三) 确诊为皮肤转移性鳞状细胞癌，无条件进行原发灶治疗者，如肺癌皮肤转移。

(四) 确诊为皮肤鳞状细胞癌，无条件进行扩大切除术，术中冰冻及相应的创面修复者，如皮瓣转移术和植皮术。

(五) 确诊为皮肤鳞状细胞癌，无条件进行术后辅助治疗者，包括化疗，放疗等。

## 二、适合在基层医院治疗或符合下转条件的患者

1. 疑似皮肤鳞状细胞癌，经病理检查确诊为良性病变，术后需继续康复治疗者；

2. 皮肤鳞癌手术治疗后，伤口恢复差，需较长时间换药治疗者；

3. 早期皮肤鳞癌经手术治疗后，无需辅助治疗，但尚需继续康复治疗者。

# 药疹

## 一、适合在上级医院治疗或符合上转条件的患者

### (一) 重症药疹。

#### 1. 剥脱性皮炎或红皮病型药疹:

- A. 全身剥脱皮肤超过体表面积30%;
- B. 全身皮肤潮红肿胀超过体表面积90%。

#### 2. 大疱性表皮坏死松解型: 皮损面积超过30%;

#### 3. 重症多形红斑型 (StevenJohnson综合征):

- A. 中高度发热(体温  $> 38.5^{\circ}\text{C}$ ), 外周血白细胞升高, 肾功损害;
- B. 原发皮疹加重, 皮疹增多基础上新出现大疱、糜烂、渗出伴皮肤剧烈疼痛, 皮损面积10%至30%;
- C. 眼、口、外生殖器黏膜受累重, 一个部位50%以上黏膜出现糜烂、溃疡。

#### 4. 药物超敏综合征 (DHS):

- A. 使用某些特定的药物后3周以上出现的斑丘疹;
- B. 停用致病药物之后, 症状迁延2周以上;
- C. 体温高于 $38^{\circ}\text{C}$ ;
- D. 伴有肝功能损害(谷氨酸氨基转移酶  $> 100\text{U/L}$ );
- E. 伴有下列1项以上血液学改变:
  - a) 白细胞升高 ( $> 11 \times 10^9/\text{L}$ );
  - b) 出现异形淋巴细胞 ( $> 5\%$ );
  - c) 嗜酸性粒细胞升高 ( $> 1.5 \times 10^9/\text{L}$ )。
- F. 淋巴结增大;

G. HHV-6再激活;

(二) 荨麻疹及血管水肿型药疹。

1. 出现喉头水肿、气管痉挛, 严重过敏性休克, 在争取时间, 紧急抢救, 待病情稳定后可转诊; 病情稳定指标包括:

A. 呼吸困难症状消失, 呼吸频率、呼吸节律恢复正常, 听诊肺部哮鸣音消失;

B. 收缩压  $> 90\text{mmHg}$ 。

2. 出现黑便或血便。

(三) 紫癜型药疹。

1. 血液系统受累, 外周血小板  $< 6.0 \times 10^9/\text{L}$ ;

2. 肾脏受累, 24小时尿蛋白定量  $> 3.0\text{g}$ 或出现肾功能衰竭;

3. 出现肌炎, 伴有肌痛, 血清肌酶CK升高5倍, ALT升高2倍;

4. 胃肠道出血, 出现呕血、黑便或血便。

(四) 泛发性脓疱病 (AGEP)。

1. 皮疹除脓疱外出现瘀斑、紫癜;

2. 出现肾功能衰竭;

3. 全身皮疹疼痛。

## 二、适合在基层医院治疗或符合下转条件的患者

以下药疹如基础卫生医疗机构条件足够, 可以在当地治疗。

(一) 发疹型 (皮疹表现为猩红热样或麻疹样或两种皮疹混合)。

(二) 固定型药疹。

(三) 湿疹样型。

(四) 光敏皮炎型。

(五) 苔藓样型。

(六) 痤疮样疹。

(七) 紫癜型。

(八) 荨麻疹及血管水肿型。

1. 生命体征平稳；
2. 复查大便隐血阴性；
3. 24小时内新发皮疹数目小于24小时内消退皮疹数目。

(九) 紫癜型。

1. 外周血小板  $> 6.0 \times 10^9/L$ ；
2. 肌酐未进一步升高，达到尿毒症诊断标准需转肾内科继续治疗；
3. 肌痛症状减轻或消退，检测CK、ALT开始下降；
4. 消化道出血停止。

(十) 泛发性脓疱病。

1. 体温正常；
2. 脓疱无新发，原有脓疱吸收超过50%；
3. 肾功能衰竭者转入肾内科继续治疗。

(十一) 重症药疹。

1. 剥脱性皮炎或红皮病型：
  - A. 体温正常；
  - B. 肝酶无进行性升高，24小时尿蛋白  $< 3.0g/L$ ；

- C. 全身皮疹干燥，无渗出，鳞屑大部分(90%)脱落。
- 2. 大疱性表皮坏死松解型。
  - A. 皮疹疼痛评分7分以下(最高10分);
  - B. 皮疹渗液停止，全身皮肤干燥;
  - C. 尼氏征阴性;
  - D. 全身中毒症状轻，感染得到控制。
- 3. 重症多形红斑型:
  - A. 体温正常;
  - B. 皮疹无新发;
  - C. 皮疹颜色变浅，水泡开始出现干涸，皮疹疼痛减轻或消失;
  - D. 眼、口、生殖器粘膜糜烂面干燥、结痂，分泌、渗出物消失。

## 银屑病

一、适合在上级医院治疗或符合上转条件的患者

(一) 基层不能明确诊断的疑似银屑病。

(二) 寻常型银屑病：体表受累面积 > 10%，银屑病面积和严重程度指数(PASI) > 10患者。(PASI评分方法及规章详见附录)。

(三) 脓疱型银屑病。

1. 泛发性脓疱型银屑病：

A. 急性发病，皮损泛发全身，伴有高热、关节痛、肿胀等

全身不适患者；

B. 病程长者伴有继发感染、肌无力、低钙血症甚至出现严重的系统性病变患者；

C. 脓疱和发热周期性复发、持续数日至数周可以自行缓解，但周期逐渐缩短患者；

D. 全身泛发红斑、脱屑，成为红皮病样表现患者。

2. 局限性脓疱型银屑病：皮损泛发全身，成为泛发性脓疱型银屑病患者；

(四) 红皮病型银屑病：明确诊断为红皮病型银屑病患者即应上转。

(五) 关节型银屑病：需排除类风湿性关节炎等关节病，明确诊断者需上转。

## 二、适合在基层医院治疗或符合下转条件的患者

(一) 寻常型银屑病：体表受累面积 < 3%，银屑病面积和严重程度指数 (PASI) < 3。

(二) 脓疱型银屑病：脓疱干涸脱屑，无新发脓疱，炎症浸润逐渐消退，不伴发热、关节痛等不适。

(三) 红皮病型银屑病：全身红斑逐渐减退，鳞屑减少，部分患者可见银屑病的首发皮损。

(三) 关节型银屑病：受累关节红肿消退，疼痛缓解，关节积液逐渐吸收，活动无明显受限患者。

## 附录

### PASI评分：

0. 1 \* 头部面积评分 \* (红斑程度评分 + 鳞屑程度评分 +

浸润程度评分)

0.2 \* 2 \* 上肢面积评分 \* (红斑程度评分 + 鳞屑程度评分 + 浸润程度评分)

0.3 \* 3 \* 躯干面积评分 \* (红斑程度评分 + 鳞屑程度评分 + 浸润程度评分)

0.4 \* 4 \* 下肢面积评分 \* (红斑程度评分 + 鳞屑程度评分 + 浸润程度评分)

面积评分:

6分: 90% - 100%; 5分: 70% - 90%; 4分: 50% - 70%;  
3分: 30% - 50%; 2分: 10% - 30%; 1分: 10% 以下。

红斑程度评分:

4分: 色紫红; 3分: 色鲜红或色暗红; 2分: 色红;  
1分:  
淡红。

鳞屑程度评分:

4分: 厚屑, 皮损全层覆盖; 3分: 鳞屑厚, 部分覆盖;  
2分: 片状鳞屑稀薄覆盖; 1分: 糠状鳞屑。

浸润程度评分:

4分: 暗红或紫红斑块; 3分: 红色斑块; 2分: 红色斑片或丘疹; 1分: 淡红斑或丘疹。

将人体体表面积分为头(h)、躯干(t)、上肢(u)、下肢(l) 4部分, 分别占总体表面积的10%、20%、30%和40%, 各受累面积(Ah At Au Al)根据其所占百分比分为0-6级: 0级无皮损; 1级 < 10%; 2级 10% - 30%; 3级 30% - 50%; 4级 50%

-70%；5级70%-90%；6级90%-100%。

根据红斑(E)，鳞屑(D)，浸润(I)在上述各部位的严重程度不同分别计分，分为5个级别：0级无皮损；1级轻度；2级中度；3级重度；4级极重度。

计算公式：

$$\text{PASI} = 0.1\text{Ah}(\text{Eh} + \text{Dh} + \text{Ih}) + 0.2\text{At}(\text{Et} + \text{Dt} + \text{It}) + 0.3\text{Au}(\text{Eu} + \text{Du} + \text{Iu}) + 0.4\text{Al}(\text{E1} + \text{D1} + \text{I1})$$

## 硬皮病

一、适合在上级医院治疗或符合上转条件的患者。

1. 基层不能明确诊断的疑似硬皮病；
2. 表现为仅皮肤受累的局限性硬皮病(包括点滴状、斑块状、线状)，基层卫生医疗机构没有治疗条件；
3. 局限性硬皮病全身泛发(泛发性硬斑病)、深部硬斑病、致残性硬斑病；
4. 诊断为系统性硬皮病，出现雷诺氏现象，伴有发热、关节痛：
  - (1) 皮肤进行性肿胀硬化，张口受限，关节活动受限，指尖溃疡，粘膜硬化干燥，眼球活动受限；
  - (2) 关节疼痛、畸形、活动受限，X线显示关节间隙狭窄，关节面硬化，骨质疏松、破坏；
  - (3) 吞咽困难，胃内容物反流，钡剂透视显示食管扩张，食管下2/3蠕动减弱或消失；
  - (4) 腹痛、腹泻，表现为麻痹性肠梗阻及吸收障碍综合

征；

(5) 呼吸困难，间质性肺炎、支气管扩张、肺气肿；

(6) 胸闷、心悸、气急、心绞痛、晕厥，心率失常、心力衰竭；

(7) 血尿、蛋白尿，进行性肾功能损伤。

## 二、适合在基层医院治疗或符合下转条件的患者

硬皮病患者经过上级医院的规范化治疗，进展期病情得到有效控制，临床症状缓解，征得患者同意的情况下，可以下转至具备相应医疗条件的基层卫生医疗机构进一步康复治疗，定期随访。

1. 皮肤进行性硬化缓解，或没有进一步加重；
2. 上述各种系统症状缓解，或没有进一步加重；
3. 治疗方案成熟，患者有意回当地康复治疗。