

李佩文 名誉主编  
徐永前 付晓华 梁建国 席晓辉 主 编

# 医疗规范与 质量标准



中国科学技术出版社

中国医药报 2013年11月11日 星期一  
第11111号

# 医疗规范与

## 临床实践

# 医疗规范与质量标准

李佩文 名誉主编

徐永前 付晓华 梁建国 席晓辉 主编

中国科学技术出版社

·北京·

## 图书在版编目 (CIP) 数据

医疗规范与质量标准/徐永前等主编. —北京: 中国科学技术出版社, 2004. 12  
ISBN 7-5046-4001-8

I. 医... II. 徐... III. 医院-质量管理-标准 IV. R197.32-65

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2005) 第 023101 号

中国科学技术出版社出版

北京市海淀区中关村南大街 16 号 邮政编码: 100081

电话: 010-62103210 传真: 010-62183872

<http://kjpbooks.com.cn>

新华书店北京发行所发行 各地新华书店经售

北京玥实印刷有限公司印刷

\*

开本: 787 毫米 × 1092 毫米 1/16 印张: 36.75 插页: 1 字数: 1030 千字

2004 年 12 月第 1 版 2004 年 12 月第 1 次印刷

印数: 1—4000 册 定价: 65.50 元

---

(凡购买本社的图书, 如有缺页、倒页、  
脱页者, 本社发行部负责调换)

# 《医疗规范与质量标准》编委会

名誉主编 李佩文

主 编 徐永前 付晓华 梁建国 席晓辉

副主编 谌 辉 丁国华 付 强 艾美蓉 张金彪

黄顺强 艾麦花

编 委 (按姓氏笔画排序)

丁国华 马 彬 王丽华 邓志士 邓军萍

左 勇 艾麦花 艾美蓉 兰小米 付晓华

付 强 朱茹英 刘琪琳 孙国莲 李春生

李 强 杨光辉 肖小军 宋 晔 宋备战

闵筠杰 沈 斌 张金彪 陈茶花 陈 超

武志洪 周国平 罗小荣 罗浩然 郑作田

单人骥 单 飞 高飞龙 贾东岗 徐永前

席晓辉 席绍成 黄云生 黄晓萍 黄顺强

黄洋华 梅爱华 梁燕红 梁建国 谌 辉

彭 惠 简嵘华 熊良能

# 前 言

随着医院改革深化和医学科学技术的发展，医院管理模式和服务功能结构的变化以及国家法制建设的不断完善，为适应《医疗事故处理条例》实施的新形势，进一步强化医务人员基本功能，规范医务人员诊疗行为，切实提高医学科学技术水平，保障医疗安全，减少医疗纠纷，更好地为人民健康服务，我们组织本市相关专家和医务工作者根据有关文件、法规、条例的精神，在广泛征求意见的基础上，编了集医疗管理规范、临床操作常规和诊疗技术标准为一体的《医疗规范与质量标准》一书。该书的规范、常规和标准，是各级医政管理工作、各级各类医院和广大医务人员的工作指南；它充分体现了时代特征，对深化医院各项改革、加强医院科学管理、提高医疗技术水平具有指导作用，是广大医务人员的行为向导、管理规范、诊疗依据，对保障医疗安全将发挥重要作用。

在本书编写过程中，得到市卫生局、市医学会、全市各级医院的大力支持，北京中日友好医院主任医师、博士生导师、北京中医药大学李佩文教授为本书的名誉主编。本书参考了许多业已出版的著作，吸取了兄弟省市许多专家、学者的研究成果，引用了国家有关法规、政策，应用了大量全国卫生信息资料，在此一并感谢！

徐永前

2004年12月1日

# 目 录

<b>第一章 常见疾病诊断治疗质量标准</b> .....	1
第一节 传染病诊断治疗质量标准 .....	1
第二节 儿科疾病诊断治疗质量标准 .....	19
第三节 心血管内科疾病诊断治疗质量标准 .....	33
第四节 呼吸内科疾病诊断治疗质量标准 .....	47
第五节 消化内科疾病诊断治疗质量标准 .....	57
第六节 血液内科疾病诊断治疗质量标准 .....	63
第七节 肾脏内科疾病诊断治疗质量标准 .....	69
第八节 内分泌科疾病诊断治疗质量标准 .....	76
第九节 神经内科疾病诊断治疗质量标准 .....	79
第十节 普通外科疾病诊断治疗质量标准 .....	89
第十一节 胸外科疾病诊断治疗质量标准 .....	108
第十二节 心血管外科疾病诊断治疗质量标准 .....	110
第十三节 泌尿外科疾病诊断治疗质量标准 .....	115
第十四节 神经外科疾病诊断治疗质量标准 .....	121
第十五节 骨科疾病诊断治疗质量标准 .....	126
第十六节 妇产科疾病诊断治疗质量标准 .....	130
第十七节 眼科疾病诊断治疗质量标准 .....	145
第十八节 耳鼻喉科疾病诊断治疗质量标准 .....	148
第十九节 皮肤科疾病诊断治疗质量标准 .....	157
第二十节 恶性肿瘤诊断治疗质量标准 .....	162
第二十一节 急性中毒诊断治疗质量标准 .....	197
<b>第二章 医院感染诊断标准</b> .....	204
第一节 概述 .....	204
第二节 呼吸系统 .....	204
第三节 心血管系统 .....	206
第四节 血液系统 .....	206
第五节 腹部和消化系统 .....	208
第六节 中枢神经系统 .....	210
第七节 泌尿系统 .....	211
第八节 手术部位 .....	212

第九节 皮肤和软组织 .....	213
第十节 骨关节 .....	215
第十一节 生殖道 .....	216
第十二节 口腔 .....	217
第十三节 其他部位 .....	218
<b>第三章 临床输血技术规范及质量标准 .....</b>	<b>219</b>
第一节 临床输血技术规范 .....	219
第二节 血液及成分的质量标准 .....	222
第三节 成分输血指南 .....	223
第四节 自身输血指南 .....	226
第五节 手术及创伤输血指南 .....	227
第六节 内科输血指南 .....	228
<b>第四章 临床医师基本操作规范 .....</b>	<b>230</b>
第一节 注射术 .....	230
第二节 穿刺术 .....	233
第三节 插管技术 .....	251
第四节 无菌技术 .....	259
第五节 切开技术 .....	262
第六节 清创、换药术 .....	267
第七节 急救技术 .....	269
<b>第五章 抗菌药物使用管理标准 .....</b>	<b>278</b>
第一节 抗菌药物应用的基本原则 .....	278
第二节 抗感染药物分线管理原则 .....	279
第三节 抗菌药物的预防性应用 .....	281
第四节 抗菌药物的治疗性应用 .....	283
第五节 特殊情况下抗菌药物的应用 .....	287
第六节 抗菌药物的联合应用 .....	294
<b>第六章 各科疾病急诊范围及危重病标准 .....</b>	<b>296</b>
第一节 各科急诊标准 .....	296
第二节 常见危重病标准 .....	298
第三节 常见急性危重症诊断及抢救成功标准 .....	300
第四节 常见神经科危重症 .....	308
第五节 常见妇产科危重症 .....	310
第六节 常见儿科危重症 .....	313
第七节 常见眼科危重症 .....	314



---

第八节 常见耳鼻喉科危重症 .....	315
<b>第七章 病历书写基本规范 .....</b>	<b>316</b>
第一节 住院病案首页填写说明 .....	316
第二节 病历书写的基本要求 .....	318
第三节 门诊病历书写要求 .....	319
第四节 急诊病历书写要求、格式和示例 .....	322
第五节 急诊留观病历的书写要求与示例 .....	323
第六节 住院病历的书写要求 .....	325
第七节 入院记录 .....	335
第八节 再次（或第×次）入院记录 .....	339
第九节 24 小时内入出院记录 .....	340
<b>第八章 各科病历书写规范 .....</b>	<b>342</b>
第一节 呼吸内科病历书写规范 .....	342
第二节 肺结核病历书写规范 .....	343
第三节 心血管内科病历书写规范 .....	346
第四节 消化内科病历书写规范 .....	348
第五节 血液内科病历书写规范 .....	349
第六节 肾内科病历书写规范 .....	351
第七节 内分泌科病历书写规范 .....	353
第八节 神经内科病历书写规范 .....	355
第九节 急性中毒病历书写规范 .....	362
第十节 传染病科病历书写规范 .....	363
第十一节 皮肤科病历书写规范 .....	365
第十二节 儿科病历书写规范 .....	368
第十三节 普通外科病历书写规范 .....	371
第十四节 骨科病历书写规范 .....	373
第十五节 胸外科病历书写规范 .....	376
第十六节 泌尿外科病历书写规范 .....	378
第十七节 神经外科病历书写规范 .....	380
第十八节 烧伤外科病历书写规范 .....	382
第十九节 整形外科病历书写规范 .....	385
第二十节 肿瘤科病历书写规范 .....	386
第二十一节 眼科病历书写规范 .....	389
第二十二节 耳鼻咽喉科病历书写规范 .....	392
第二十三节 口腔科病历书写规范 .....	395
第二十四节 妇科病历书写规范 .....	397
第二十五节 产科病历书写规范 .....	399

<b>第九章 病历中各种记录规范</b> .....	402
第一节 首次病程记录 .....	402
第二节 日常记录 .....	404
第三节 上级医师查房记录 .....	405
第四节 会诊记录 .....	406
第五节 转科记录 .....	407
第六节 接收记录 .....	407
第七节 交班记录 .....	408
第八节 接班记录 .....	409
第九节 阶段小结 .....	410
第十节 抢救记录 .....	411
第十一节 临床病例讨论 .....	412
第十二节 手术前讨论记录 .....	413
第十三节 手术知情同意书 .....	415
第十四节 手术记录 .....	417
第十五节 麻醉记录 .....	418
第十六节 出院记录 .....	424
第十七节 24 小时内入出院记录 .....	425
第十八节 24 小时内入院死亡记录 .....	426
第十九节 死亡记录 .....	426
第二十节 死亡讨论记录 .....	427
<b>第十章 各种检查申请与报告单书写规范</b> .....	430
第一节 检验申请单与报告单书写要求 .....	430
第二节 X 射线检查申请单与报告单书写要求 .....	432
第三节 CT、核磁共振成像检查申请单与报告单书写要求 .....	433
第四节 超声波检查申请单与报告单书写要求 .....	435
第五节 脑电图、脑血流图检查申请单与报告单书写要求 .....	441
第六节 心电图及心脏功能检查申请单与报告单书写要求 .....	443
第七节 肺功能检查申请单与报告单书写要求 .....	448
第八节 纤维内窥镜检查申请单与报告单书写要求 .....	450
<b>第十一章 手术质量管理</b> .....	456
第一节 手术医师分级标准 .....	456
第二节 手术分类标准 .....	456
第三节 计划生育技术常规 .....	462
<b>第十二章 护理文件书写规范</b> .....	492
第一节 基本要求 .....	492

---

第二节	护理文件内容 .....	492
第三节	医嘱处理 .....	504
<b>第十三章</b>	<b>病例分型标准 .....</b>	<b>505</b>
第一节	病例分型基本原则 .....	505
第二节	儿科病例分型标准 .....	505
第三节	内科病例分型标准 .....	506
第四节	骨科病例分型标准 .....	508
第五节	脑外科病例分型标准 .....	508
第六节	泌尿外科病例分型标准 .....	509
第七节	普外科病例分型标准 .....	509
第八节	烧伤科病例分型标准 .....	510
第九节	耳鼻喉科病例分型标准 .....	510
第十节	眼科病例分型标准 .....	511
第十一节	妇产科病例分型标准 .....	512
<b>第十四章</b>	<b>医疗缺陷分度标准 .....</b>	<b>513</b>
第一节	病历书写缺陷分度标准 .....	513
第二节	诊断缺陷分度标准 .....	513
第三节	治疗缺陷分度标准 .....	514
第四节	抢救缺陷分度标准 .....	515
第五节	手术缺陷分度标准 .....	515
第六节	院内感染缺陷分度标准 .....	516
第七节	护理缺陷分度标准 .....	516
<b>第十五章</b>	<b>内镜清洗消毒技术操作规范 .....</b>	<b>518</b>
第一节	基本要求 .....	518
第二节	软式内镜的清洗与消毒 .....	519
第三节	硬式内镜的清洗与消毒 .....	521
第四节	内镜消毒灭菌效果的监测 .....	522
<b>附录</b>	<b>.....</b>	<b>523</b>
附录一	常规告知书 .....	523
附录二	医疗行为告知同意书 .....	539
附录三	出院后或发生纠纷时的事务性文书 .....	557
附录四	常用病案质量评定标准 .....	563

# 第一章 常见疾病诊断治疗质量标准

## 第一节 传染病诊断治疗质量标准

### 一、流行性乙型脑炎

#### 【诊断标准】

- (1) 流行病学史：明显季节性。北方患者集中发病于7、8、9月份，南方略提前。
- (2) 发病急骤，突然高热、头痛、呕吐、嗜睡，重者昏迷、抽搐，脑膜刺激征及病理反射阳性，浅反射消失，深反射亢进。
- (3) 血象：白细胞总数及中性粒细胞增高。
- (4) 脑脊液压力增高，外观无色透明或微浊，白细胞及蛋白轻度升高，糖、氯化物正常。
- (5) 乙脑特异性IgM测定，可作早期诊断。间隔1周的双份血清查血凝抑制试验及补体结合试验，滴度呈4倍增长，若只有急性期单份血清，前者效价在1:320，后者为阳性。

#### 【入院指征】

凡临床疑诊或确诊者，均需住院治疗。

#### 【检查项目】

- (1) 血象：白细胞计数及分类。
- (2) 脑脊液常规、生化检查。
- (3) 血清学检查：特异性IgM抗体，特异性IgG抗体测定，单克隆抗体反向血凝抑制试验。
- (4) 脑脊液做乙脑病毒分离。

#### 【治疗原则】

- (1) 隔离于有防蚊设备的病室，加强护理，加强营养与支持疗法，补充维生素，营养脑细胞。
- (2) 积极治疗高热、惊厥，减轻脑水肿，防治呼吸衰竭。
- (3) 中医中药，辨证施治。
- (4) 积极康复治疗恢复期症状和后遗症。

#### 【疗效标准】

- (1) 治愈：体温正常，神志清楚，脑膜刺激征及病理反射消失，脑脊液恢复正常。
- (2) 好转：体温正常，症状好转或遗留不危及生命的后遗症。
- (3) 症状、体征未愈。

#### 【出院标准】

达到治愈或好转标准者可出院。

## 二、严重急性呼吸综合征 (SARS)

### 【诊断标准】

#### (一) 传染性非典型肺炎临床诊断条件

##### 1. 流行病学史

(1) 与发病者有密切接触史, 或属受感染的群发病者之一, 或有明显传染他人的证据(硬条件);

(2) 病前两周内曾到过或居住在报告有传染性非典区域, 或在继发感染疫情的区域居住过(软条件)。

##### 2. 症状体征

起病急, 多以发热为首发症状, 多数体温 $>38^{\circ}\text{C}$ , 可伴有畏寒; 或伴有头痛、关节酸痛、全身酸痛、乏力、胸痛、腹泻; 可有咳嗽, 多为干咳、少痰, 偶有血丝痰, 严重者出现呼吸急促, 或发展为急性呼吸窘迫综合征, 肺部体征不明显, 部分病人可闻及少许湿啰音, 或有肺实变体征。

##### 3. 实验室检查

外周血白细胞计数一般不升高或降低。部分病例发病数天血小板减少或处正常下限。T淋巴细胞计数 CD4 (抑制 T 细胞)、CD8 (辅助 T 细胞) 减少。

##### 4. 胸部 X 线或 CT 检查

肺部有不同程度的片状、斑片状、网状样、类圆形、磨玻璃样阴影。少数病人进展迅速, 呈大片状阴影, 常为双侧改变, 阴影吸收消散较慢。大部分病人肺部阴影与症状体征不一致。

##### 5. 抗菌药物治疗

无明显效果。

#### (二) 疑似诊断标准

符合上述 1.1+2+3 条, 或 1.2+2+4 条或 1.2+3+4 条。

#### (三) 临床诊断标准

符合上述 1.2+2+4 条, 或 1.2+2+3+4 或 1.2+2+4+5 条。

#### (四) 医学观察诊断标准

符合上述 1.2+2+3 条。

#### (五) 传染性非典型肺炎重症病例诊断标准

符合下列标准的其中 1 条可诊断传染性非典型肺炎的重症病例。

(1) 多叶病变或 X 线胸片 48 小时内病灶进展 $>50\%$ 。

(2) 呼吸困难, 呼吸频率 $>30$  次/min。

(3) 低氧血症, 在吸氧 3~5L/min 条件下,  $\text{SaO}_2 < 93\%$ , 或氧合指数 ( $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ )  $< 300$ 。

(4) 出现休克、ARDS 或 MODS (多器官功能障碍综合征)。

(5) 具有严重基础性疾病或合并其他感染或年龄 $>50$  岁。

### 【入院指征】

医学观察病例应收入留观室治疗观察。

疑似病例、临床病例、重症病例均需收入 SARS 病房治疗与抢救。

**【检查项目】**

(1) 血常规、尿常规、大便常规。

(2) 肝功能、血浆蛋白、肾功能、心肌酶谱、血糖、二氧化碳结合力、血电解质、血沉等。

(3) 心电图、胸片 1 次/(2~3)天、胸部 CT。

**【治疗原则】****(一) 监护指标**

包括基本的生命体征，呼吸系统的主要症状和体征，如咳嗽，咳痰，呼吸状况、血压、液体出入量、心电图等，血氧饱和度 (SaO<sub>2</sub>)，保证室内通风，卧床休息。避免过度用力或剧烈咳嗽，给患者补充足够的液体和维生素。

**(二) 对症治疗**

(1) 物理降温与药物降温：体温超过 39℃者，全身酸痛明显者可使用解热镇痛药，高热者给予冰敷、酒精擦浴等物理降温。

(2) 镇咳、祛痰。

(3) 器官功能保护：病人出现肝功能、心肌酶谱、肾功能的异常时，应密切监测器官功能，避免器官功能的继续损害，营养脏器细胞。

(4) 腹泻病人注意补液及纠正水电解质平衡紊乱。

(5) 白细胞减少明显者应做相应处理。

**(三) 合理应用抗生素**

根据临床情况，可选用大环内酯类、氟喹诺酮类及第二、三代头孢菌素类抗生素，必要时参考病原学资料（痰、血等培养结果）调整。

**(四) 糖皮质激素的应用**

对于重症病例及中毒症状重的病例，应及时有规律地使用糖皮质激素，尽量减轻肺的渗出、损伤和后期的肺纤维化。选用甲基强的松龙，目前一般推荐剂量为 80~320mg/d，用 7 天。然后根据病情酌情减量，一般疗程为 3~4 周。

**(五) 呼吸衰竭的处理**

(1) 氧疗：对于重症的病例，即使在休息状态下无缺氧的表现，也应给予持续鼻导管吸氧。有低氧血症者，通常需要比较高的吸氧水平，此时应及时考虑作进一步的呼吸支持治疗。若需高流量 (>5L/min) 吸氧，才能使 SaO<sub>2</sub> 维持在 90 以上者，建议选用面罩吸氧，但应避免过高浓度吸氧而导致进一步的肺损伤。

**(2) 无创正压人工通气 (NIPPV)**

应用指征：①呼吸频率 > 30 次/min 或有呼吸窘迫的表现；②在吸氧 3~5L/min 条件下，SaO<sub>2</sub> < 93%；③有明显的胸闷、呼吸困难。

禁忌证：①有危及生命的情况，需要紧急插管；②气道分泌物多和排痰能力障碍；③不配合或不能耐受 NIPPV 治疗；④血流动力学不稳定和有多个器官功能损害。

(3) 有创人工呼吸：气管插管或气管切开。

**(六) 营养支持**

由于大部分重症的患者均因病情加重而出现营养不良，故应注意及时补充。一般热量供应，按 125.6~209.3J/(kg·d) 供给。

### (七) 抗病毒治疗

可试用利巴韦林等药物。

### (八) 免疫调节剂的应用

静脉给免疫球蛋白和已经康复 SARS 病人的血液。

#### 【疗效标准】

(1) 好转：症状好转，胸片阴影明显吸收好转。

(2) 治愈：未用退热药物，体温正常 7 天以上；呼吸系统症状明显改善；胸部影像学有明显吸收。

#### 【出院标准】

同时具备以下三个条件者可出院：

(1) 未用退热药物，体温正常 7 天以上。

(2) 呼吸系统症状明显改善。

(3) 胸部影像学明显吸收。

## 三、肾综合征出血热 (HFRS)

#### 【诊断标准】

(1) 流行病学史：流行季节大高峰在 10~12 月，次高峰在 5~6 月，于病前两周至两个月曾在疫区居住或逗留过，曾与鼠类接触或曾食鼠类污染过的食物。

(2) 发病急，畏寒、发热，伴头痛、腰痛、眼眶痛（即“三痛”症）；食欲不振、呕吐、腹胀、乏力、衰竭等全身中毒症状。颜面、颈、上胸皮肤充血潮红（即“三红”征）；眼结合膜、软腭有细小出血点，腋下、胸背部皮肤可见散在条索状、簇状出血点，重者可见大片淤斑及内脏出血。球结膜水肿等血浆外渗表现，重者出现低血容量性休克，病初几日多数有肾脏受损的表现，至少尿或无尿。血中尿素氮、肌酐值逐渐增高，出现急性肾功能衰竭。

多数患者常有典型的五期临床经过：发热期、低血压休克期、少尿期、多尿期、恢复期。

重型或危重型病人可发生数期重叠，轻型或中型病人可出现越期现象。

(3) 血象：白细胞计数正常或降低，随着病程进展而增高，可出现异型淋巴细胞，血小板有不同程度的下降。

尿常规：尿蛋白阳性，并进行性增多，另可见红、白细胞、管型等，重者尿中可出现膜状物。

(4) 免疫学检查：出血热特异性 IgM 抗体阳性，或特异性 IgM 效价升高 4 倍以上。

(5) 早期病人血清或尿中检出血热病毒抗原。病人血液或尿液中分离出血热病毒或检测到病毒 RNA。

#### 【入院指征】

凡临床疑诊、确诊病例均需住院治疗。

#### 【检查项目】

(1) 血象：白细胞计数及分类，异型淋巴细胞，血小板，血红蛋白及红细胞。

(2) 尿、大便常规。

(3) 检查肾功能、肝功能、二氧化碳结合力、血浆蛋白。

(4) 血电解质及凝血功能检查。

- (5) 免疫功能检查。
- (6) 特异性抗体, 抗原检查。
- (7) 心电图、双肾 B 超、必要时拍胸片。

#### 【治疗原则】

(1) 发热期: ①抗病毒治疗; ②液体疗法: 平衡盐液为主; ③免疫调节疗法; ④中医中药, 辨证施治。

(2) 低血压休克期: ①补充血容量, 纠正酸中毒; ②血管活性药物; ③肾上腺皮质激素。

(3) 少尿期: 防治肾功能衰竭, 以稳定机体内环境, 促进利尿为主, 必要时可采用透析疗法。高血容量综合征时, 可行导泻及放血疗法。

(4) 多尿期: 维持水盐平衡, 补充液量以口服为主, 抗利尿措施可使用双克, 抗利尿激素等, 增加营养与支持治疗, 补充维生素及各种元素;

(5) 出血的治疗: 根据不同阶段、具体原因、检查的结果进行处理。

#### 【疗效标准】

- (1) 治愈: 临床症状消失, 血象、肾功能正常。
- (2) 好转: 临床症状基本改善, 血、尿及生化检查基本好转。
- (3) 症状、体征未减轻或有并发症。

#### 【出院标准】

达到治愈或好转者即可出院。

### 四、病毒性肝炎

#### (一) 急性病毒性肝炎

#### 【诊断标准】

(1) 流行病学史: 密切接触病毒性肝炎患者, 输血史, 消毒不严的注射史, 进食不洁毛蚶类或其他饮食不洁史。

(2) 临床表现: 急性起病, 食欲不振、恶心、呕吐、厌油、全身乏力, 肝区隐痛, 皮肤巩膜可有黄染, 茶色尿, 肝肿大, 有压痛。

(3) 血象: 白细胞计数正常或降低。

(4) 肝功能试验异常: 有黄疸者胆红素可升高, 丙氨酸转氨酶 ALT (GPT) 增高。

(5) 病原学检查

甲型: 抗 HAV-IgM (+); 双份血清抗 HAV 总抗体滴度  $\geq 4$  倍; 血清或粪便检出 HAV-RNA。

乙型: ①HBsAg (+); ②抗 HBc-IgM (+) 1/1000

丙型: 抗 HCV (+)

丁型: ①HDAg (+); ②抗 HDV-IgM (+)

戊型: ①HEAg (+); ②抗 HEV-IgM (+)

#### 【入院指征】

凡急性起病伴明显消化道症状、肝大、有或无黄疸、肝功能异常以及拟诊肝炎者。

#### 【检查项目】

(1) 血、尿常规。



(2) 肝功能、血浆蛋白测定、白/球蛋白比值, 肾功能、血糖、胆碱酯酶、凝血酶原时间、血电解质。

(3) 肝炎病毒标志物检查。

(4) 肝、脾、胆超声检查。

#### 【治疗原则】

(1) 根据各型肝炎传播途径进行隔离。

(2) 卧床休息, 加强营养。

(3) 抗病毒治疗。

(4) 护肝治疗和支持治疗。

(5) 中医中药, 辨证施治。

(6) 对慢性活动型肝炎和重症肝炎考虑免疫调节治疗。

(7) 积极抢救肝昏迷, 大出血, 肾功能衰竭, 腹水及继发感染。

#### 【疗效标准】

(1) 治愈: 自觉症状明显减轻或消失, 黄疸消失, 肝功能化验正常。

(2) 好转: 自觉症状有不同程度的减轻, 黄疸减轻或消失, 肝功能有好转。

#### 【出院标准】

隔离期满, 达到临床治愈或好转即可出院。

### (二) 重型肝炎

#### 【诊断标准】

#### 1. 急性重型 (急性肝坏死 Acute Liver necrosis)

临床确诊的急性病毒性肝炎, 起病后 14 天以内黄疸加深, 迅速出现精神神经症状 (嗜睡、烦躁不安、昏迷), 肝脏急速缩小, 肝功能严重损害, 并有出血倾向。

#### 2. 亚急性重型 (亚急性肝坏死 Subacute Liver necrosis)

临床确诊为急性病毒性肝炎。起病在 14 天以上黄疸迅速加深, 伴神经精神症状, 数日内血清胆红素明显上升, 凝血酶原时间延长 1 倍以上。伴高度乏力, 明显的恶心、呕吐、肝脏逐渐缩小, 出现腹水及出血倾向。

#### 3. 慢性重型

既往有病毒性肝炎史或无明确肝炎史, 但有隐性肝炎表现, 或在慢性活动性肝炎或肝硬化基础上, 近期内症状急速加重, 伴神经精神症状, 出现食欲不振, 反复呕吐、出血、蜘蛛痣、肝掌。实验室检查同亚急性重型肝炎。

#### 【入院指征】

凡确诊或疑诊者均可入院。

#### 【检查项目】

(1) 血、尿常规。

(2) 肝功能、血浆蛋白测定; 白/球蛋白比值,  $\gamma$ -GT、肾功能。

(3) 肝炎病毒标志物检查。

(4) 肝、脾、胆超声检查。

(5) 凝血四项测定。

(6) 血糖、血氨测定。