

T/GXDSL

团 体 标 准

T/GXDSL —2026

妇产科儿科临床诊疗规范

Clinical Diagnosis and Treatment Specifications for Obstetrics, Gynecology and
Pediatrics

(工作组讨论稿)

(本草案完成时间：2026 - 5 - 6)

2026 - - 发布

2026 - - 实施

广西电子商务企业联合会 发布

目 次

前 言	II
1 引言	1
2 范围	1
3 规范性引用文件	1
4 术语和定义	2
4.1 高危妊娠	2
4.2 袋鼠式护理	2
4.3 早孕期系统超声筛查	2
4.4 产后出血	2
4.5 新生儿窒息	2
5 围产期保健与高危管理	2
5.1 孕早期筛查规范（孕 6 周—13 周+6 天）	2
5.2 孕中晚期管理（孕 14 周—41 周）	3
5.3 高危孕产妇分级管理	3
6 高危产科诊疗规范	3
6.1 子痫前期	3
6.2 产后出血规范化管理	4
6.3 早产防治	4
7 产房及新生儿诊疗规范	4
7.1 新生儿窒息复苏流程	4
7.2 早产儿袋鼠式护理操作规范	4
7.3 高胆红素血症管理	5
8 质量控制与安全指标	5
8.1 产科质量控制指标	5
8.2 儿科质量控制指标	5
9 落实与持续改进	5
9.1 培训与演练	6
9.2 伦理与告知	6
9.3 标准复审	6

前 言

本文件依据GB/T 1.1-2020 《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由广西产学研科学研究院提出。

本文件由广西电子商务企业联合会归口。

本文件起草单位：

本文件主要起草人：

本文件为首次发布。

妇产科儿科临床诊疗规范

1 引言

本文件编制对标《“健康中国 2030”规划纲要》《中国妇女发展纲要（2021—2030 年）》要求，聚焦围产医学跨学科衔接不畅、基层操作同质化低等突出问题，整合相关循证医学成果。广西产学研科学研究院依据相关法规，结合我国妇幼卫生工作实际研制本规范，为各级医疗机构提供统一可操作的诊疗依据，降低母婴并发症发生率，保障医疗安全，助力妇幼健康事业高质量发展。

2 范围

规定了妇产科及儿科在围产期保健、高危产科诊疗、产房新生儿急救及重症监护领域的临床诊疗技术要求与管理规范。适用于广西壮族自治区内各级设有妇产科和（或）儿科的综合医院、妇幼保健院、专科医院，以及开展助产技术服务的基层乡镇卫生院（社区卫生服务中心）。涉及婚前保健、孕产期保健、新生儿疾病筛查及相关危重症救治等环节的技术人员（包括但不限于产科医师、助产士、儿科医师、新生儿科护士）在开展临床服务时均可参照执行。不适用于生殖医学中心的人类辅助生殖技术操作，以及儿童保健门诊中与出生缺陷无关的常规生长发育监测（如单纯性身高体重测量）。

3 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 1.1-2020 标准化工作导则第 1 部分：标准化文件的结构和起草规则

WS 377.1-2013 妇女保健基本数据集第 1 部分：婚前保健服务

WS 376.1-2013 儿童保健基本数据集第 1 部分：出生医学证明

WS/T 790.1-2021 区域卫生信息平台交互标准 第 1 部分：总则

WS/T 789-2021 血液成分输注指征

YY/T 1652-2019 体外诊断试剂用质控物通用技术要求

T/CHRA 270-2026 袋鼠式护理操作规范

T/CI 395-2024 早孕期胎儿系统超声筛查技术规范

《产前诊断技术管理办法》（中华人民共和国卫生部令第33号，2019年修订）

《国家危重孕产妇救治体系建设方案》（国卫办医函〔2018〕1185号）

《新生儿死亡评审规范（试行）》（卫办妇社发〔2009〕141号）

4 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

4.1 高危妊娠

指孕产妇及胎儿具有较高危险性，可能导致难产或严重危及母婴健康的妊娠。主要包括年龄 ≥ 35 岁或 ≤ 18 岁、妊娠合并症（如妊娠期高血压、糖尿病）及不良孕产史。

4.2 袋鼠式护理

一种针对早产儿或低出生体重儿的护理方法，通过让婴儿与母亲（或替代者）进行持续的胸前皮肤与皮肤接触，以维持体温、促进母乳喂养及稳定生理指标。

4.3 早孕期系统超声筛查

指在孕11周至13周+6天期间，对胎儿进行的系统性超声检查。主要目的是测量NT厚度、筛查严重的胎儿结构畸形（如无脑畸形、严重心脏畸形）及评估染色体异常风险。

4.4 产后出血

指胎儿娩出后24小时内，阴道分娩者出血量 $\geq 500\text{mL}$ ，剖宫产者 $\geq 1000\text{mL}$ 。这是我国孕产妇死亡的首位原因，需启动一级急救预案。

4.5 新生儿窒息

指因围产期缺氧导致胎儿或新生儿呼吸循环障碍，出生后1分钟内无法建立自主规律呼吸。诊断依据为1分钟Apgar评分 ≤ 7 分或脐动脉血气 $\text{pH} < 7.15$ 。

5 围产期保健与高危管理

5.1 孕早期筛查规范（孕6周—13周+6天）

5.1.1 建档与初筛：孕妇应在孕 12 周前建立《母子健康手册》。首次产检必须包含血常规、尿常规、血型（ABO 和 Rh）、空腹血糖、肝肾功能、乙肝五项、梅毒血清学试验、HIV 筛查及甲状腺功能检测。

5.1.2 NT 超声筛查：参照 T/CI 395-2024 标准，应在孕 11 周—13 周+6 天进行。要求超声仪阴道探头频率 $\geq 5\text{MHz}$ ，腹部探头频率 3-5MHz。NT 值的正常参考值定为 $<2.5\text{mm}$ 。当 NT 值 $\geq 3.0\text{mm}$ 时，应视为高风险，建议进行介入性产前诊断（如绒毛穿刺取样）。头臀长（CRL）测量应在 45mm-84mm 之间进行；若胎儿 CRL $\leq 45\text{mm}$ ，应建议孕妇在 1 周后复查；若 CRL $\geq 84\text{mm}$ ，则已超出 NT 测量窗口期。

5.2 孕中晚期管理（孕 14 周—41 周）

5.2.1 妊娠期糖尿病筛查：所有 24-28 周孕妇应进行 75g 口服葡萄糖耐量试验。具体参考数值为：空腹血糖 $<5.1\text{mmol/L}$ ，服糖后 1 小时 $<10.0\text{mmol/L}$ ，服糖后 2 小时 $<8.5\text{mmol/L}$ 。任意一项达到或超过上述限值，即可诊断为妊娠期糖尿病。

5.2.2 胎儿生长受限管理：若超声估算胎儿体重低于对应孕周的第 10 百分位数，应视为胎儿生长受限。母体每日应摄入蛋白质 1.2-1.5g/kg，必要时静脉滴注复方氨基酸（每日 250mL-500mL）及低分子肝素（例如依诺肝素 40mg，皮下注射，每日 1 次）。

5.3 高危孕产妇分级管理

严格执行“绿（低风险）、黄（一般风险）、橙（较高风险）、红（高风险）、紫（传染病）”五色分级标识管理。

5.3.1 橙色及以上风险（如严重心脏病、重度子痫前期）的孕产妇，必须在三级医疗机构进行产检及分娩。

5.3.2 产后出血风险预估：对有前置胎盘、胎盘植入、多胎妊娠及凝血功能障碍的产妇，应提前备血。建议在分娩前完成血常规及凝血四项检测，若血红蛋白 $<110\text{g/L}$ 或血小板 $<100\times 10^9/\text{L}$ ，需通知输血科备血总量至少 600mL（即 2 个单位悬浮红细胞+400mL 新鲜冰冻血浆）。

6 高危产科诊疗规范

6.1 子痫前期

6.1.1 诊断标准：妊娠 20 周后出现收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ ，且伴有蛋白尿（即 24 小时尿蛋白定量 $\geq 0.3\text{g}$ ），或虽无蛋白尿但合并血小板减少、肝功能损害、肾功能损害、肺水肿、新发生的脑功能或视觉障碍。

6.1.2 降压处理：血压 $\geq 160/110\text{mmHg}$ 时必须启动紧急降压。静脉用药首选拉贝洛尔 50mg（稀释

后静脉推注，不少于 1 分钟），若无效隔 10 分钟后可重复给药，总量不超过 200mg。静脉滴注硫酸镁（负荷剂量 4-6g 溶于 10%葡萄糖 20mL，静脉推注 20 分钟；维持剂量 1-2g/小时）用于预防子痫发作，每日总量不超过 25g-30g。

6.2 产后出血规范化管理

6.2.1 预警期（出血量 400-500mL）：立即建立两条以上静脉通路（18G 留置针），给予卡前列素氨丁三醇 250 μ g 宫体注射或肌肉注射。

6.2.2 处理期（出血量 500-1500mL）：启动大量输血方案。输注悬浮红细胞、新鲜冰冻血浆、血小板比例推荐为 1:1:1（例如每输注 4 单位红细胞，应搭配 400mL 新鲜冰冻血浆和 1 个单位单采血小板）。此时需动态监测血栓弹力图（TEG），目标维持纤维蛋白原 >2.0 g/L，若低于此值，应输注冷沉淀 10 单位。

6.2.3 危重期（出血量 >1500 mL）：实施子宫压迫缝合术（如 B-Lynch 缝合）、子宫动脉栓塞或子宫切除术。同时实施亚低温治疗保护脑功能，维持体温在 34 $^{\circ}$ C-35 $^{\circ}$ C。

6.3 早产防治

对于孕周在 24 周-34 周之间、有先兆早产症状的孕妇，应给予糖皮质激素促胎肺成熟。具体方案为：地塞米松磷酸钠注射液 6mg，肌肉注射，每 12 小时一次，共 4 次；或倍他米松 12mg，肌肉注射，每 24 小时 1 次，共 2 次。完成最后一个疗程后 7 天内分娩效果最佳。

7 产房及新生儿诊疗规范

7.1 新生儿窒息复苏流程

参照《中国新生儿复苏指南（2021 年修订）》，具体操作步骤如下：

7.1.1 快速评估（出生后 30 秒内）：足月妊娠、羊水清、有哭声或呼吸、肌张力好。若均为“否”，立即启动复苏。

7.1.2 正压通气（出生后 60 秒黄金时刻）：使用 T-组合复苏器，吸气峰压设置为 20-25cmH₂O，呼气末正压设置为 5cmH₂O，通气频率 40-60 次/分。

7.1.3 胸外按压：若正压通气 30 秒后心率 <60 次/分，需配合胸外按压。按压与通气比例应为 3:1，即每分钟胸外按压 90 次，人工呼吸 30 次。

7.1.4 药物使用：肾上腺素指征为在有效胸外按压 45-60 秒后心率仍 <60 次/分。给药剂量为 1:10000 的肾上腺素 0.1-0.3mL/kg（即 0.01-0.03mg/kg），首选脐静脉推注，每 3-5 分钟可重复一次。

7.2 早产儿袋鼠式护理操作规范

针对出生体重<2000g 或孕周<34 周的稳定期早产儿，执行 T/CHRA 270-2026 标准。

7.2.1 环境要求：室温维持在 24°C-26°C，相对湿度 60%-70%。需在母亲（或替代者）身旁配置辐射保暖台，在护理初期（前 30 分钟内）维持婴儿背部温度。

7.2.2 医学指征：婴儿需具备自主呼吸能力，无需气管插管或持续正压通气支持；能维持心率在 100-160 次/分，血氧饱和度在 88%-95%。首次护理时长应在 30 分钟以上，待婴儿适应后逐步延长，但单次不应超过 4 小时（需监测婴儿疲劳迹象）。

7.2.3 禁忌症：早产儿处于血流动力学不稳定状态（如需要血管活性药物维持血压）、需严格隔离的感染性疾病（如活动性结核）或母亲服用大量镇静药物时禁止实施。

7.3 高胆红素血症管理

制定光疗及换血标准。对于胎龄 35 周及以上的新生儿，若出现以下情况需进行干预：

7.3.1 光疗启动标准：出生 24 小时内出现黄疸且总胆红素 $>103\mu\text{mol/L}$ （6mg/dL）；48 小时内 $>154\mu\text{mol/L}$ （9mg/dL）。

7.3.2 换血标准：血清总胆红素达到 $425\mu\text{mol/L}$ （25mg/dL）以上，或已有急性胆红素脑病临床表现（如角弓反张、尖叫）。换血采用动静脉同步换血法，换血总量为新生儿血容量的 2 倍（约 150-180mL/kg）。

8 质量控制与安全指标

8.1 产科质量控制指标

各医疗机构应建立常态化的质控监测体系，相关具体指标要求如下：剖宫产率：控制在 40%以下，其中初产妇剖宫产率力争低于 30%。产后出血发生率：控制在 5%-10%以内，且产后出血死亡率应为 0。严重会阴裂伤发生率：IV 度会阴裂伤发生率应 $<0.5\%$ 。巨大儿（出生体重 $\geq 4000\text{g}$ ）发生率：应控制在 5%-7%以下。

8.2 儿科质量控制指标

早产儿（体重 1000-1500g）存活率：三级医院不应低于 95%。新生儿窒息复苏成功率：对于出生时无心跳或仅有微弱心跳（Apgar 0-1 分）的患儿，经规范复苏后恢复自主心跳（心率 >100 次/分）的比例应维持在 80%以上。纯母乳喂养率（出院时）：应不低于 85%。医疗文书规范：高危新生儿病程记录应在病情变化时随时记录，重症监护室护理记录需精确到分钟，且各类表单保存年限应遵循《医疗机构病历管理规定》（国卫医发〔2013〕31 号），住院病历保存至少 30 年。

9 落实与持续改进

9.1 培训与演练

广西产学研科学研究院将协同各地市卫健委，每年至少组织一次区域性的“产科急危重症演练”，包括但不限于羊水栓塞、紧急剖宫产及新生儿重度窒息联合演练。

9.2 伦理与告知

涉及高风险介入操作（如宫内输血、产时子宫切除）时，必须实行三级医师查房制度，并由高年资主治医师及以上职务医师主持术前讨论，取得患方书面知情同意后再签署相关文件。

9.3 标准复审

本文件将根据国内外最新指南（如 FIGO、ACOG、AAP 发布的最新年度指南）进行更新，复审周期一般为三年。
