

DOI: 10.3969/j.issn.1673-5501.2026.02.002

儿童孤独症基层早期康复服务建设规范 专家共识(2026年版)

上海市儿童心理健康-儿童孤独症质量控制中心

摘要 孤独症谱系障碍(autism spectrum disorder, ASD),简称孤独症,是儿童早期常见的神经发育障碍,早期干预对其改善预后至关重要。为提升基层医疗机构孤独症早期康复服务能力,本共识基于国内外循证依据与实践经验,系统阐述了基层医疗机构孤独症早期康复服务的硬件设施、人员资质、核心干预技术、家庭支持体系、服务流程及质量控制等建设要求,旨在为全国基层医疗机构提供一套科学、规范、可操作的孤独症早期康复服务建设规范和标准。

关键词 孤独症谱系障碍; 基层医疗; 早期康复; 专家共识

Expert consensus on the construction standards of early rehabilitation services in primary health care institutions for children with autism spectrum disorder

Shanghai Autism Spectrum Disorder Quality Control Expert Committee

Corresponding Author: WANG Yi, email: yiwang@shmu.edu.cn

Abstract Autism spectrum disorder (ASD) is a prevalent neurodevelopmental disorder in early childhood, for which early intervention is critical to improving long-term outcomes. To strengthen the capacity of primary healthcare institutions in delivering early rehabilitation services for ASD, this consensus systematically elaborates on the infrastructure, professional qualifications, core intervention techniques, family support systems, service workflows, and quality control mechanisms required for early ASD rehabilitation in community-based settings, drawing on both global evidence and local practical experience, and providing a scientific, standardized, and actionable framework for construction standards of early rehabilitation services in primary care institutions nationwide.

Keywords Autism spectrum disorder; Primary care; Early rehabilitation; Expert consensus

孤独症谱系障碍(autism spectrum disorder, ASD),简称孤独症,是儿童早期常见的一种神经发育障碍^[1],近年来患病率呈上升趋势,我国6~12岁儿童孤独症患病率约0.7%^[2]。孤独症由于发病率、致残率高,疾病负担重,已经成为重大儿童公共卫生健康问题^[3-4]。早期筛查、早期诊断,并给予科学规范、家庭参与的行为学干预是改善孤独症预后、减轻致残率的关键^[5-7]。2022年国家卫生健康委发布《0~6岁儿童孤独症筛查干预服务规范(试行)》文件^[8],将孤独症筛查纳入妇幼公共卫生服务内容,显著提升了孤独症早期发现能力。基层医疗机构在孤独症防治体系中扮演关键角色。目前我国基层医疗机构孤独症筛查服务体系已初步建立,但基层医疗机构孤独症早期康复服务尚处于起步阶段,存在资源配置不合理、从业人员专业水平参差不齐、服务流程欠规范等问题^[9]。为了提升基层医疗机构孤独症早期康复干预的服务能力,上海市儿童心理健康-儿童

孤独症质量控制中心组织专家团队基于前期实践探索,融合国内外循证依据,系统阐述在基层医疗机构进行孤独症早期康复服务的硬件设施、人员资质与培训、核心干预技术、家庭支持体系、标准化服务流程及质量控制与改进机制等建设要求,旨在为全国基层医疗机构提供一套科学、规范、可操作的孤独症早期康复服务建设规范和标准。

1 共识制定方法

1.1 发起机构与内容确定 本共识由上海市儿童心理健康-儿童孤独症质量控制中心发起并组织。上海市在儿童孤独症筛查、诊断与康复领域积累了丰富的经验,为推动基层医疗机构孤独症康复服务的规范化与高质量发展,上海市儿童心理健康-儿童孤独症质量控制中心牵头组建了涵盖儿童保健、发育行为、康复医学、公共卫生、妇幼健康及社区卫生服务等领域的多学科工作组,同时广泛吸纳国内

基金项目 上海市卫健委2025上海市儿童早期健康管理和服务模式创新项目:EK00000934

通信作者 王艺, email: yiwang@shmu.edu.cn

权威专家组成共识专家组。专家组成员包括三级医院儿科医生、妇幼保健机构管理者及社区卫生服务中心代表等。所有专家组成员均填写了利益冲突声明,确保与本共识制定无任何利益冲突。

1.2 内容遴选与确定 多学科工作组首先系统检索了国内外基层医疗机构孤独症康复服务相关文献,结合国家卫生健康政策文件,整合上海市前期实践经验,完成了共识初稿起草。进入修订阶段后,通过两重机制进一步完善内容:一是定向征求专家意见,获取多元专业视角;二是召开专题论证会议研讨关键条目,反复讨论内容细节。最终形成的共识文本兼具政策合规性、管理实操性与临床实用性,实现了科学性与实用性的统一。

1.3 使用者与应用目标人群 本共识主要服务于各级基层医疗机构(包括区妇幼保健机构、社区卫生服务中心、乡镇卫生院等)中参与孤独症早期康复服务的决策管理者、执行团队及协同支撑人员。共识中的意见主要针对基层医疗机构的医务人员、康复治疗师及行政管理者,在场地设施配置、人员资质培训、核心技术应用、家庭支持指导、服务流程设计及质量评估改进等方面提出了实施建议。

2 儿童孤独症基层医疗机构早期康复服务定义与总体原则

2.1 定义 儿童孤独症基层医疗机构早期康复服务,是指以区妇幼保健机构、社区卫生服务中心、乡镇卫生院等基层医疗机构为实施主体,在三级医院的技术指导与质控支持下,为辖区内孤独症儿童及其家庭提供科学、规范、家庭参与的早期干预支持模式。其核心特征包括规范化服务场所、经统一培训认证的专业人员、具有循证依据的干预技术、家庭深度参与的服务模式及标准化的服务流程。

2.2 建设类型 根据服务对象与服务深度的不同,基层医疗机构孤独症早期康复服务的建设主要分为以下三种渐进类型,各类别的核心定位与实践价值如下。(1)基础型服务:聚焦早期识别与家庭赋能。核心在于对筛查阳性儿童进行初步评估与随访,为确诊儿童家庭提供基础性指导与资源链接,重点在于普及孤独症知识、传授基础家庭干预技巧,建立家庭与专业机构的初步连接。例如,社区卫生服务中心儿保医生在筛查发现疑似孤独症高危儿后,进行初步评估并转诊至上级医院确诊,同时对家长进行基础培训,指导其在家庭环境中运用简单互动技巧。(2)标准型服务:聚焦核心症状干预与机构康复。在基础型服务之上,配备相对固定的专业人员与功能场地,开展以自然发展行为干预和应用行为分析为核心的个体化干预服务。核心在于为孤独症儿童提供每周一定频次的机构内康复训练,同时系统化开展家庭指导,形成“机构干预+家庭干预”的双轨并行模式。例如,设立评估室、个训室及家长指导室,由经培训的治疗师为儿童提供每周2~3次个体化训练,并每月组织家

长培训。(3)整合型服务:聚焦全周期管理与社区融合。在标准型服务基础上,进一步深化与三级医院、教育机构、社会组织的联动,实现筛查、诊断、康复、教育、转诊的全链条服务。核心在于构建以基层医疗机构为枢纽的区域性孤独症支持网络,为儿童提供从早期干预到学前融合的连续性支持,同时为家庭提供心理支持与喘息服务。例如,基层医疗机构联合辖区幼儿园开展融合教育支持,与三级医院建立双向转诊绿色通道,并引入社工资源开展家庭支持小组。

2.3 顶层设计原则 基层医疗机构孤独症早期康复服务的建设需立足基层医疗机构实际,遵循以下四项基本原则,以保障服务体系科学、可持续运行。(1)坚持机构专业引领与家庭日常实施协同并重:基层医疗机构孤独症早期康复服务的核心在于构建“机构—家庭”双轨协同的运行机制。机构应承担专业指导职能,聚焦人员培训、技术规范、质量监控及疑难个案督导,为家庭提供系统化专业支撑;家庭则在专业人员支持下,将干预目标自然融入儿童日常起居与游戏互动之中,实现“生活即干预”的落地。二者分工明确、互为补充:机构负责评估、方案制定与技术示范,家庭负责日常执行、情境泛化与情感回应。为此,应建立常态化沟通机制,如共享干预档案、定期入户指导、线上即时答疑等,确保专业支持与家庭实践紧密衔接、持续互动。(2)统筹人员职业成长,推动专业深度与服务能力协调发展:基层医疗机构孤独症康复服务人员的能力建设需兼顾专业深度与服务广度。应根据人员发展阶段设置分层培养路径:入职阶段以规范化岗前培训为主,夯实基础能力;成长阶段通过理论研修与实操督导,系统掌握核心干预技术;成熟阶段通过参与教学、科研及复杂个案处理,逐步向区域骨干发展。同时建立能力持续提升机制,通过定期进修、案例督导、跨机构学术交流等方式,保障人员专业能力与服务需求同步增长,实现个人成长与机构发展的良性互动。(3)以家庭需求为导向,促进专业技术与人文关怀深度融合:基层医疗机构孤独症康复服务应将家庭置于服务体系的中心位置,实现专业技术与人文关怀的有机统一。服务设计需围绕儿童发展全周期和家庭实际需求展开,通过简化服务流程、整合指导资源、提供心理支持等方式,提升家庭服务的可及性与满意度。在追求干预精准性与有效性的同时,应充分关注家庭的情感需求与社会支持需求,营造尊重、理解、共情的服务氛围,使技术干预在人文环境中发挥最大效能。(4)立足区域资源布局,推动分级诊疗体系下的服务网络整合:在分级诊疗制度背景下,基层医疗机构应充分发挥其在孤独症防治体系中的枢纽作用。孤独症康复服务建设应以区域卫生规划为指引,明确“早期干预主阵地”与“家庭支持枢纽站”的功能定位。纵向层面,加强与三级医院的协作联动,建立规范的双向转诊通道;横向层面,拓展与教育、残联、社工等系统的合作,构建社区融合支持网络。在此基础上,通过标准化服务流程与信息化手段,提升资源利用效率与服务品

质,逐步形成覆盖筛查、干预、转诊等资源整合的区域性孤独症支持网络。

需要指出的是,基层医疗孤独症康复服务机构的实体化建设应基于实际需求与资源条件审慎推进。当辖区内孤独症儿童数量达到一定规模、康复服务需长期系统开展,且单纯依靠家庭或零散指导难以满足需求时,可启动实体化建设;若条件尚不成熟,宜先以家庭指导门诊等灵活形式开展服务,避免盲目投入。

3 基层医疗机构孤独症早期康复服务建设框架

基层医疗机构孤独症早期康复服务的建设需基于科学评估与系统规划,可采用“硬件-人员-技术-流程-质控”五位一体的建设框架(表1)系统性推进。该框架以“硬件设施”为基础保障,以“人员资质”为核心支撑,以“核心技术”为关键手段,以“服务流程”为行动指南,以“质量控制”为持续改进机制,共同实现基层医疗机构孤独症康复服务从基础配置到成熟运营的全面管理。

4 基层医疗机构孤独症早期康复服务实施方案

4.1 场地与功能室设置 基层医疗机构孤独症康复服务场地应遵循功能整合、资源共享、适度智能化的原则进行规划。建议按照“评估、训练、指导”三大核心功能进行空间布局。(1)评估区:应设置相对独立的孤独症评估室,用于开展儿童发育行为评估。有条件的机构可设置带单向观察窗的评估室,并建议配备音、视频记录设备,便于教学研讨、案例

督导和家长反馈。(2)训练区:应设置用于个别辅导和集体训练的功能室,以满足不同形式的干预需求。具体包括社交训练室、言语与语言训练室、认知训练室、游戏训练室等,各功能室需根据其核心目标配备相应工具(详见表2)。(3)家长指导区:应设置家长指导室,用于开展家长培训、咨询和休息。建议配备多媒体设备,便于开展线上家长培训、专家远程会诊和跨机构案例研讨。

4.2 人员资质管理

4.2.1 人员配置 应设置负责人1名,评估人员1~2名,干预人员2~3名,管理人员1名。

4.2.2 干预人员培训 (1)培训目标:确保干预人员具备扎实的孤独症专业知识、娴熟的实操技能以及良好的职业素养。(2)培训形式:参加由专业机构组织的理论培训每年不少于3课时。专业机构通常包括:①经省、市级卫生健康行政部门或残疾人联合会指定的培训基地。②各级孤独症诊断中心或儿童康复质控中心。③设有相关学科的高等医学院校及教学医院。④中国残疾人康复协会等国家级行业组织及其授权机构。实践技能培训需在三级甲等综合/专科医院、市级儿童康复专科机构的儿保科、康复科或精神心理科完成。培训机构原则上应满足以下条件:①符合国家《孤独症儿童“医康教”一体化服务指南:T/CARD 074—2025》^[10]或地方相关服务规范要求三级甲等综合/专科医院。②至少具有2名从事孤独症诊断、康复干预工作不少于5年的副高级职称及以上的医师/治疗师。③每年早期康复干预的孤独症患儿不少于100人次。(3)培训合格标准:

表1 基层医疗机构孤独症早期康复服务“五位一体”建设框架

维度	要点	含义
硬件设施	场地与功能室设置	遵循功能整合、资源共享、适度智能化原则,按“评估-训练-指导”三大功能布局,配置评估、社交训练、言语训练、认知训练、游戏训练、家长指导等功能室,并配备相应工具与教具
人员资质	人员配置与培训	设置负责人、评估人员、干预人员、管理人员,明确岗位职责;干预人员需经过系统理论培训与实践技能培训,获得合格证书,并实行定期考核与年检制度
核心技术	核心症状干预方法	以行为干预为核心,聚焦社交沟通、重复刻板行为等核心症状,推荐自然发展行为干预[naturalistic developmental behavioral interventions, NDBI; 包括早期介入丹佛模式(early start Denver model, ESDM)、关键反应训练(pivotal response treatment, PRT)、共同注意、象征性游戏、参与和调节(joint attention, symbolic play, engagement & regulation, JASPER)]、应用行为分析[离散试验训练(discrete trial training, DTT)/行为强化/行为泛化]、结构化教学(treatment and education of autistic and related communication handicapped children, TEACCH)、社交故事、图片交换沟通系统等循证方法
家庭支持	家庭干预指导体系	以家庭赋能为核心,遵循“生活即干预”原则,指导家长运用可视化常规、回应性互动、任务分解、前因—行为—后果(antecedent-behavior-consequence, ABC)行为记录等技术;推荐《孤独症婴幼儿早期介入丹佛模式》家长指导用书、世界卫生组织照顾者技能培训项目(World Health Organization caregiver skills training, WHO-CST)、Hanen More Than Words、提升家长作为沟通教导者(improving parents as communication teachers, ImPACT)项目、行为干预研究单元—家长培训(research units in behavioral intervention-parent training, RUBI-PT)项目等循证家庭干预项目
服务流程	标准化服务路径	建立“初始评估建档-干预计划制定-干预实施-定期再评估-转诊服务”的标准化闭环流程,明确各环节操作要点与时间节点,确保服务的连续性与规范性
质量控制	评估与改进机制	建立干预有效率、覆盖率、档案合格率、家长覆盖率、满意度等核心评估指标;采用自评、座谈会、外部评估等方式开展年度评估;建立培训学习机制,持续改进服务质量

表2 孤独症功能室工具配置建议

功能室名称	建议配置工具
评估室	(1)初筛与复筛工具(必备工具):儿童心理行为发育问题预警征象筛查表、修订版幼儿孤独症筛查量表(modified checklist for autism in toddlers, M-CHAT)、孤独症行为评定量表(autism behavior checklist, ABC)、0~6岁儿童发育行为评估量表(儿心量表-Ⅱ)等。(2)诊断与综合评估工具(可选配置,由上级医院或专业评估团队使用,基层医疗机构可了解并基于其报告制定干预计划):孤独症诊断观察量表(Ados-2)/孤独症诊断访谈量表(修订版)(autism diagnostic interview-revised, ADI-R)、儿童孤独症评定量表(childhood autism rating scale, CARS)、格里菲斯发育评估量表中文版(Griffiths developmental scales-Chinese edition, GDS-C)、语言行为里程碑评价及安置程序(verbal behavior milestones assessment and placement program, VB-MAPP)、心理教育量表第三版(pschoeducational profile-third edition, PEP-3)、盖泽尔发育诊断量表(Gesell)、韦氏智力测试、基本语言与学习技能评估(修订版)(assessment of basic language and learning skills-revised, ABLIS-R)等。(3)干预效果评估工具(建议配置):孤独症治疗评估量表(autism treatment evaluation checklist, ATEC)等
社交训练室	建议根据孤独症社交训练的核心目标进行配置,强调实物互动与情景模拟,减少静态图片依赖。(1)联合注意启动类:泡泡机、发光陀螺、遥控/声控电动玩具、音乐盒(需按压/摇晃启动)、八音盒等。(2)非语言沟通与模仿类:真人表情面具、大型手势指示玩偶、身体动作可调节的木偶、镜子(用于模仿练习)。(3)情景模拟与角色扮演类:仿真社区场景地垫、收银台/医生/厨房等职业扮演套装(含真实或仿真的工具,如听诊器、锅铲、钱币)、模拟交通灯、公共汽车方向盘模型。(4)团队协作游戏类:多人合作的轨道车、双人抛接球、需共同搭建的积木组、团队任务箱(需两人配合完成的任务)。(5)情绪体验与表达类:情绪温度计(视觉化)、带有不同表情的毛绒玩具、情绪指偶、冷静角工具包(减压球、安抚毯)
言语与语言训练室	强调实物操作与感官体验,从“看图片”转向“玩实物”。(1)词汇与概念建立类:仿真水果/蔬菜/动物模型(可触摸、可分类)、迷你交通工具模型、真实日用品(如小碗、勺子、牙刷)用于指认和命名。(2)语音与构音练习类:拟声玩具(按压动物模型可发出对应叫声)、回音话筒、口腔训练套装(泡泡水、风车、吸管)。(3)句子与表达激发类:动作玩偶(可摆出不同姿势)、故事场景积木、神秘袋(内装各类实物或仿真模型,用于描述触摸感觉)、迷你生活场景套装
认知训练室	结合0~6岁儿童认知能力发展特点进行配置,强调动手操作与逻辑体验。(1)基础感知与分类类:大颗粒颜色分类杯、形状配对盒、大小套娃、简易拼图(2~4片)、触摸配对板。(2)简单因果关系类:敲击球台、按压弹跳玩具、摇铃、转转乐、轨道滚球玩具。(3)日常生活概念类:水果/动物配对卡片、实物与图片对应盒、穿衣板、拉链/扣子练习板。(4)简单记忆与模仿类:记忆配对卡片、模仿动作图卡、简单节奏模仿玩具(如小鼓)。(5)空间与建构启蒙类:大颗粒积木、磁力片(简易款)、形状嵌入板、叠叠杯
游戏训练室	强调情感投射与感官调节。(1)情感表达与投射类:娃娃屋与家庭玩偶玩具、动物玩偶套装、手偶、情绪/表情卡片、迷你生活场景(学校、医院)等。(2)压力释放与感觉调节类:挤压玩具/减压球、沙盘(含迷你沙具)、水/沙桌、秋千/平衡板、触觉板等。(3)创造类与象征类别玩具:积木/建构玩具、蜡笔/颜料/橡皮泥/彩泥、医生玩具箱、厨房玩具套装等
家庭指导室	(1)专业技术资料:《孤独症婴幼儿早期介入丹佛模式》家长版、《中国低龄孤独症谱系障碍患儿家庭干预专家共识》解读手册等。(2)可视化教具:各类生活场景卡片(用于建立可视化常规)、情绪识别海报、简单社交故事绘本等。(3)教学设备:音视频播放设备(用于播放教学视频、案例分析)、白板/挂图等。(4)家庭互动评估工具:亲子互动观察记录表、家庭环境评估问卷等

在理论技能方面,能够掌握孤独症核心症状与发展特点,理解评估工具的原理与适应证,熟悉干预理论框架及个性化干预原则;在实践技能方面,能独立完成评估,准确解读评估结果并制定干预计划。(4)上岗要求:经过理论培训+实践技能培训学习,获得培训单位颁发的“孤独症培训合格证证书”或“进修结业证书”或持有其他省级及以上医院/行业学会(如中华医学会、中国医师协会、中国康复医学会等)颁发的同类证书。(5)定期考核与年检:每两年进行一次全面核查(首次获证后第24个月完成第一次年检)。年检内容包括以下方面:①干预实践与案例督导:每两年须提供至少3例全程干预的孤独症儿童完整案例报告,案例应体现评估、计划制定、干预实施和效果反馈的全流程,且须由单位督导或市级质控专家审核签字。②伦理与职业素养评估:无违

反职业道德和干预伦理的不良记录,须由所在单位出具执业情况证明,并提交个人反思总结。③技能再认证:年检中包含一项基础技能实操或模拟考核,由认证考核专家组随机抽查核心干预技术实际操作能力。案例数量不达标、技能考核未通过或存在重大伦理违规者,年检不予通过,暂停干预服务资质,须重新参加培训与考核。

4.3 核心技术应用 基层医疗机构孤独症早期康复服务应以机构专业干预为引领,聚焦孤独症核心症状的基础干预。

4.3.1 孤独症核心症状干预 推荐以行为干预为核心,采用国际主流技术。(1)自然发展行为干预(naturalistic developmental behavioral interventions, NDBI)^[11]:包括早期介入丹佛模式(常简称为“早期丹佛模式”, early start

Denver model, ESDM)^[12-13], 关键反应训练(pivotal response treatment, PRT)^[14], 共同注意、象征性游戏、参与和调节(joint attention, symbolic play, engagement & regulation, JASPER)^[15]。(2)应用行为分析(applied behavior analysis, ABA)^[16-17]: 包括离散试验训练(discrete trial training, DTT)^[16-17]、行为强化技术^[18]、行为泛化^[19-20]。(3)其他方法: 包括结构化教学(treatment and education of autistic and related communication handicapped children, TEACCH)^[21]、社交故事^[22-23]、图片交换沟通系统(picture exchange communication system, PECS)^[24-25]。上述主流干预技术均有其侧重点, 选择时需基于儿童的评估结果、发展水平、核心优势与挑战及家庭目标。

4.3.2 家庭干预指导 基层医疗机构孤独症康复服务的核心任务之一是赋能家长, 使其成为孩子干预的日常执行者。

(1)家庭干预的基本原则: 以日常生活为载体; 跟随孩子的兴趣; 回应性互动; 分解目标, 小步快走。(2)核心技术: 包括建立可视化常规、“三等待”原则、描述性语言、任务分解、前因—行为—后果(antecedent-behavior-consequence, ABC)行为记录等。(3)循证家庭干预技术: 推荐《孤独症婴幼儿早期介入丹佛模式》^[26]家长指导用书、世界卫生组织照顾者技能培训项目(World Health Organization caregiver skills training, WHO-CST)^[27-28]、Hanen More Than Words项目^[29]、孤独症幼儿游戏与语言项目(常简称为“PLAY项目”, play and language for autistic youngsters project, PLAY Project)^[30]、提升家长作为沟通教导者(improving parents as communication teachers, ImPACT)项目^[31]、行为干预研究单元—家长培训(research units in behavioral intervention - parent training, RUBI-PT)项目^[32]等, 并参考《中国低龄孤独症谱系障碍患儿家庭干预专家共识》获取本土化指导。

4.3.3 家庭指导实施要求 (1)频次: 建议每月至少提供1次家庭指导, 每次1~1.5学时, 全年累计不少于12学时。(2)内容: 涵盖孤独症基础知识、干预技术家庭应用、行为管理、生活技能训练、亲子互动评估等。

4.4 标准化服务流程

4.4.1 核心挑战 当前基层医疗机构孤独症康复服务流程面临的核心挑战在于: 一是评估建档不规范, 缺乏统一的评估工具与信息采集标准, 导致干预计划针对性不足; 二是干预实施与评估脱节, 再评估频率不明确, 干预方案调整滞后; 三是转诊机制不顺畅, 与上级医院的双向转诊缺乏标准化路径, 易出现服务断点。

4.4.2 实施要点建议 建立“初始评估-计划制定-干预实施-定期再评估-转诊服务”的标准化闭环流程。(1)初始评估建档: 基层医疗机构孤独症服务人员通过对家长开展问卷调查、访谈等方式, 综合评估儿童发展水平及家庭支持情况, 形成综合评估报告。(2)干预计划制定: 根据初始评估报告制定干预计划, 设置合理的干预目标与阶段性目标, 目标

需具体明确、可衡量、有时限、可实现。(3)干预实施: 按照“早发现、早诊断、早干预”原则, 对确诊与疑似确诊儿童及时干预, 采用个体化、小组或团体等方式, 及时记录干预过程。(4)定期再评估: 遵循“分级评估、疑难会诊”原则, 常规再评估至少每6个月进行一次。对于3岁以下或干预初期的儿童, 可根据情况缩短至3~4个月。评估结果用于调整个性化干预计划。(5)转诊服务: 建立标准化双向转诊流程(见图1)。基层医疗机构转诊至三级医院的条件包括: 阶段性复评估、基层医疗机构干预效果不佳、功能障碍显著加重、合并严重情绪和行为问题、需要明确共病诊断等。三级医院转诊至基层医疗机构的条件包括: 诊断明确需长期干预的患儿、病情稳定进入维持阶段的患儿、共患病控制稳定的患儿。

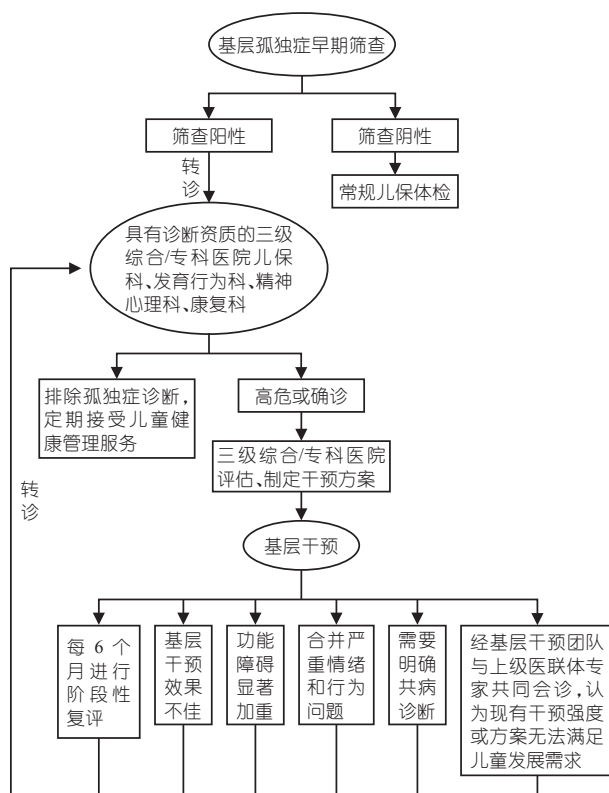


图1 基层医疗机构孤独症早期筛查转诊服务流程

4.5 质量控制与改进

4.5.1 核心挑战 当前基层医疗机构孤独症康复服务质量控制面临的核心挑战在于: 一是评估指标不统一, 难以科学衡量干预成效; 二是质量评估方式单一, 缺乏多维度、多主体的评价机制; 三是持续改进机制缺失, 发现问题后缺乏有效的整改与能力提升路径。

4.5.2 实施要点建议 (1)建立评估指标: ①干预有效率= $\frac{\text{干预有效的人数}}{\text{干预的总人数}} \times 100\%$ 。②辖区内孤独症儿童干预覆盖率= $\frac{\text{辖区内接受干预的孤独症人数}}{\text{辖区内应干预的孤独症总人数}} \times 100\%$ 。③干预档案记

录书写合格率= $\frac{\text{书写合格的干预档案数量}}{\text{干预档案总数量}} \times 100\%$ 。④家长

教育指导覆盖率= $\frac{\text{接受家长指导的孤独症家庭数量}}{\text{孤独症儿童家庭总数量}} \times 100\%$ 。

⑤家长满意度:采用满意度问卷调查,按李克特五级评分法计算“满意”及以上比例= $\frac{\text{评价为“满意”及以上的家长人数}}{\text{参与满意度调查的家长总人数}} \times$

100%。(2)多元质量评估方式:每年采用自评、组织召开监护人座谈会等方式,结合年检结果,对服务质量及任务完成情况开展至少2次评估;同时接受相关职能部门的监督以及外部专家的评估。(3)建立培训学习机制:定期组织基层医疗机构开展技术指导与案例研讨,内容包括典型个案分析、干预效果评估、个性化干预目标动态调整及实操经验分享,确保基层医疗机构孤独症干预服务的规范性与科学性。

5 结语

本共识系统性地提出了儿童孤独症基层医疗机构早期康复服务建设与管理的框架体系,通过明确硬件设施、人员资质、核心技术、家庭支持、服务流程及质量控制等建设要点,为全国基层医疗机构提供了可操作、可推广的实践指南。共识强调以儿童为中心、以家庭为基石、以循证为驱动,推动基层医疗机构孤独症早期康复服务的规范化与高质量发展。

基层医疗机构孤独症早期康复服务建设涉及场地配置、人才培养、技术应用、多部门协作等核心要素,仅依靠医疗机构自主推进存在较大困难,亟需上级政府部门发挥主导作用,为改革落地提供政策支撑。未来,基层医疗机构孤独症康复服务建设需进一步对接国家医疗改革总体方向,响应孤独症疾病特点与家庭需求变化趋势,持续优化资源配置格局与服务模式。为此,呼吁政府部门、医疗机构、专业团队及社会力量强化协同创新,共同探索基层医疗机构孤独症早期康复服务高质量发展路径,为推进健康中国建设提供坚实基层医疗机构支撑。

本共识将持续修订完善,以期成为基层医疗机构孤独症早期康复服务规范化、科学化、精细化发展的根本遵循。

《儿童孤独症基层早期康复服务建设规范

专家共识(2026年版)》专家组成员名单

(排名不分先后)

执笔:周浩、杨宁、于晋然、张晶、程铎、杨瑜麟、王艺

共识专家组:王艺(复旦大学附属儿科医院),王瑜(上海交通大学医学院附属儿童医院),孙锦华(复旦大学附属儿科医院),李云(上海市闵行区妇幼保健院),李斐(上海交通大学医学院附属新华医院),余晓丹(上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心),沈敏(上海市特殊

儿童康复中心),张旭(同济大学附属同济医院),张晶(上海市妇幼保健中心),花静(上海市第一妇婴保健院),杨瑜麟(上海市妇幼保健中心),周浩(复旦大学附属儿科医院),金星明(上海交通大学医学院附属上海儿童医学中心),钟华(上海市闵行区虹桥社区卫生服务中心),徐健(中国福利会国际和平妇幼保健院),徐明玉(上海交通大学医学院附属新华医院),程铎(上海市卫生健康委员会)

外审专家组:唐久来(安徽医科大学),陈艳妮(西安交通大学附属儿童医院),李海峰(浙江大学医学院附属儿童医院),朱红敏(华中科技大学同济医学院附属武汉儿童医院)

共识秘书组:周浩、杨宁(复旦大学附属儿科医院)

参考文献

- [1] FIRST M B. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition, and clinical utility[J]. J Nerv Ment Dis, 2013, 201(9): 727-729.
- [2] ZHOU H, XU X, YAN W, et al. Prevalence of autism spectrum disorder in China: a nationwide multi-center population-based study among children aged 6 to 12 years[J]. Neurosci Bull, 2020, 36(9): 961-971.
- [3] SHAW K A, WILLIAMS S, PATRICK M E, et al. Prevalence and early identification of autism spectrum disorder among children aged 4 and 8 years - autism and developmental disabilities monitoring network, 16 sites, United States, 2022[J]. MMWR Surveill Summ, 2025, 74(2): 1-22.
- [4] Global Burden of Disease Study 2021 Autism Spectrum Collaborators. The global epidemiology and health burden of the autism spectrum: findings from the Global Burden of Disease Study 2021 [J]. Lancet Psychiatry, 2025, 12(2): 111-121.
- [5] DAWSON G, JONES E J, MERKLE K, et al. Early behavioral intervention is associated with normalized brain activity in young children with autism[J]. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2012, 51(11): 1150-1159.
- [6] ANDERSON C, HOCHHEIMER S, WARREN Z, et al. Comparative effectiveness trial: modular behavior approach for young autistic children compared to comprehensive behavioral intervention [J]. Autism Res, 2024, 17(11): 2430-2446.
- [7] WHITEHOUSE A J O, VARCIN K J, PILLAR S, et al. Effect of preemptive intervention on developmental outcomes among infants showing early signs of autism: a randomized clinical trial of outcomes to diagnosis[J]. JAMA Pediatr, 2021, 175(11): e213298.
- [8] 国家卫生健康委办公厅. 国家卫生健康委办公厅关于印发0~6岁儿童孤独症筛查干预服务规范(试行)的通知[EB/OL]. (2022-09-20)[2026-01-08]. <https://www.nhc.gov.cn/fys/c100078/202209/0cb5cf9dd3964c0ab46beb31c1be312d.shtml>.

- [9] LIN Y, CHEN G, LU H, et al. Inequality and heterogeneity in medical resources for children with autism spectrum disorders: a study in the ethnic minority region of southern China[J]. BMC Public Health, 2025, 25(1): 1677.
- [10] 中国残疾人康复协会. 孤独症儿童医康教一体化康复服务规范: T/CARD 074-2025 [S/OL]. (2025-12-24)[2026-01-08]. <https://www.cnccard.org.cn/search-detail?category=3&id=1592&type=9>.
- [11] SCHREIBMAN L, DAWSON G, STAHLER A C, et al. Naturalistic developmental behavioral interventions: empirically validated treatments for autism spectrum disorder[J]. J Autism Dev Disord, 2015, 45(8): 2411-2428.
- [12] DAWSON G, ROGERS S, MUNSON J, et al. Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model[J]. Pediatrics, 2010, 125(1): e17-23.
- [13] ZHOU B, XU Q, LI H, et al. Effects of parent-implemented early start Denver model intervention on chinese toddlers with autism spectrum disorder: a non-randomized controlled trial[J]. Autism Res, 2018, 11(4): 654-666.
- [14] GENGOUX G W, ABRAMS D A, SCHUCK R, et al. A pivotal response treatment package for children with autism spectrum disorder: An RCT[J]. Pediatrics, 2019, 144(3): e20190178.
- [15] SHIRE S Y, SHIH W, BRACAGLIA S, et al. Peer engagement in toddlers with autism: community implementation of dyadic and individual joint attention, symbolic play, engagement, and regulation intervention[J]. Autism, 2020, 24(8): 2142-2152.
- [16] LOVAAS O I. Behavioral treatment and normal educational and intellectual functioning in young autistic children[J]. J Consult Clin Psychol, 1987, 55(1): 3-9.
- [17] MCEACHIN J J, SMITH T, LOVAAS O I. Long-term outcome for children with autism who received early intensive behavioral treatment[J]. Am J Ment Retard, 1993, 97(4): 359-391.
- [18] DONAHOE J W, PALMER D C. Acquired reinforcement: implications for autism[J]. Am Psychol, 2022, 77(3): 439-452.
- [19] KLORFELD-AUSLENDER S, PAZ Y, SHINDER I, et al. A distinct route for efficient learning and generalization in autism[J]. Curr Biol, 2022, 32(14): 3203-3209.
- [20] WICHNICK-GILLIS A M, VENER S M, POULSON C L. Script fading for children with autism: generalization of social initiation skills from school to home[J]. J Appl Behav Anal, 2019, 52(2): 451-466.
- [21] ZENG H, LIU S, HUANG R, et al. Effect of the TEACCH program on the rehabilitation of preschool children with autistic spectrum disorder: a randomized controlled trial[J]. J Psychiatr Res, 2021, 138: 420-427.
- [22] KOKINA A, KERN L. Social story interventions for students with autism spectrum disorders: a meta-analysis[J]. J Autism Dev Disord, 2010, 40(7): 812-826.
- [23] KARKHANEH M, CLARK B, OSPINA M B, et al. Social Stories™ to improve social skills in children with autism spectrum disorder: a systematic review[J]. Autism, 2010, 14(6): 641-662.
- [24] BONDY A S, FROST L A. The picture exchange communication system[J]. Semin Speech Lang, 1998, 19(4): 373-388.
- [25] MAY R J, SALMAN H, O'NEILL S J, et al. Exploring the use of the picture exchange communication system (PECS) in special education settings[J]. J Autism Dev Disord, 2025, 55(2): 652-666.
- [26] ROGERS S J, DAWSON G, 著. 孤独症婴幼儿早期介入丹佛模式 [M]. 徐秀, 王艺, 译. 上海: 上海科学技术出版社, 2015.
- [27] 陈碧媛, 邹小兵, 柯晓燕, 等. 2~9 岁孤独症谱系障碍儿童 WHO-CST 干预中国实施方案[J]. 中国儿童保健杂志, 2023, 31(8): 913-919.
- [28] SALOMONE E, PACIONE L, SHIRE S, et al. Development of the WHO caregiver skills training program for developmental disorders or delays[J]. Front Psychiatry, 2019, 10: 769.
- [29] QI X, ZHAO Q, TO C K S. Empowering Hong Kong Chinese families with autism: a preliminary study of the online Hanen More Than Words Program[J]. Autism Dev Lang Impair, 2024, 9: 23969415241245096.
- [30] SOLOMON R, NECHELES J, FERCH C, et al. Pilot study of a parent training program for young children with autism: the PLAY Project Home Consultation program[J]. Autism, 2007, 11(3): 205-224.
- [31] 吴丹萍, 任芳, 沈理笑, 等. 孤独症谱系障碍 ImPACT 干预方案的改编及适应性调查[J]. 上海交通大学学报(医学版), 2022, 42(9): 1239-1246.
- [32] GRAUCHER T, SINAI-GAVRILOV Y, MOR Y, et al. From clinic room to zoom: delivery of an evidence-based, parent-mediated intervention in the community before and during the pandemic[J]. J Autism Dev Disord, 2022, 52(12): 5222-5231.

(收稿日期: 2026-02-26 修回日期: 2026-03-15)

(本文编辑: 吴洋意)