



# 药政参考

Reference for Pharmaceutical Administration

—— 及时 | 精准 | 深度 ——

2022|03.15

总第46期



中国药学会科技开发中心  
官方网站二维码



中国药学会科技开发中心  
微信公众号二维码

# 目 录

## 新政发布

《新型冠状病毒肺炎诊疗方案（试行第九版）》修订要点 .....	1
关于印发新冠病毒抗原检测应用方案（试行）的通知 .....	3
2021 年医疗保障事业发展统计快报 .....	7
国家卫生健康委办公厅关于成立国家卫生健康委药事管理与药物治疗学委员会的通知 .....	9
国家卫生健康委办公厅关于印发 2022 年国家医疗质量安全改进目标的通知 .....	10
关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见 .....	12

## 药物信息

国家药监局附条件批准安徽智飞龙科马生物制药有限公司重组新型冠状病毒蛋白疫苗（CHO 细胞）注册申请 .....	16
---	----

## 附件

新型冠状病毒肺炎诊疗方案（试行第九版） .....	17
基层医疗卫生机构新冠病毒抗原检测基本要求及流程 .....	48
新冠病毒抗原自测基本要求及流程 .....	53
国家卫生健康委药事管理与药物治疗学委员会名单 .....	57
2022 年国家医疗质量安全改进目标 .....	63
2022 年各专业质控工作改进目标 .....	75

（本期收录 2022 年 3 月 1 日~3 月 15 日医药政策信息）

# 《新型冠状病毒肺炎诊疗方案（试行第九版）》 修订要点

重要性：★★★★

关注度：★★★★★

为进一步做好新冠肺炎医疗救治工作，切实提高规范化、同质化诊疗水平，国家卫生健康委和国家中医药管理局组织专家对《新型冠状病毒肺炎诊疗方案（试行第八版修订版）》进行了修订，形成了《新型冠状病毒肺炎诊疗方案（试行第九版）》，并印发各地参照执行。新版诊疗方案是在认真研究德尔塔、奥密克戎等变异毒株传播特点和病例特征，深入分析相关研究成果的基础上形成的。重点修订内容如下：

**一是优化病例发现和报告程序。**在核酸检测基础上，增加抗原检测作为补充，进一步提高病例早发现能力。同时提高疑似病例诊断或排除效率，要求疑似病例或抗原检测结果为阳性者，立即进行核酸检测或闭环转运至有条件的上级医疗机构进行核酸检测。核酸检测结果为阳性者，进行集中隔离管理或送至定点医院治疗，并按照规定进行网络直报。

**二是对病例实施分类收治。**根据各地反映的“奥密克戎变异毒株患者以无症状感染者和轻型病例为主，大多不需要过多治疗，全部收治到定点医院会占用大量医疗资源”等意见，进一步完善了病例分类收治措施：

**1. 轻型病例实行集中隔离管理，相关集中隔离场所不能同时隔离入境人员、密切接触者等人群。**隔离管理期间应做好对症治疗

和病情监测，如病情加重，应转至定点医院治疗。

**2. 普通型、重型、危重型病例和有重型高危因素的病例应在定点医院集中治疗，其中重型、危重型病例应当尽早收入ICU治疗，有高危因素且有重症倾向的患者也宜收入ICU治疗。**

**三是进一步规范抗病毒治疗。**将国家药监局批准的两种特异性抗新冠病毒药物写入诊疗方案，即：PF-07321332/利托那韦片（Paxlovid）和国产单克隆抗体（安巴韦单抗/罗米司韦单抗注射液）。

**四是对中医治疗内容进行了修订完善。**结合各地临床救治经验，加强中医非药物疗法应用，增加了针灸治疗内容；结合儿童患者特点，增加儿童中医治疗相关内容。

**五是调整解除隔离管理、出院标准以及解除隔离管理、出院后注意事项。**国内有关研究显示，处于恢复期的感染者在核酸 Ct 值  $\geq 35$  时，样本中未能分离出病毒，密切接触者未发现被感染的情况。据此，新版诊疗方案将解除隔离管理及出院标准中的“连续两次呼吸道标本核酸检测阴性（采样时间至少间隔 24 小时）”修改为“连续两次新型冠状病毒核酸 Ct 值均  $\geq 35$ （荧光定量 PCR 方法，界限值为 40，采样时间至少间隔 24 小时），或连续两次新型

冠状病毒核酸检测阴性(荧光定量 PCR 方法, 界限值低于 35, 采样时间至少间隔 24 小时)”。将“出院后继续进行 14 天隔离管理和健康状况监测”修改为“解除隔离管理或出院后继续进行 7 天居家健康监测”。

### **关于印发新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第九版)的通知**

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委、中医药管理局:

当前, 新型冠状病毒肺炎疫情仍在世界范围内持续流行, 奥密克戎 (Omicron) 毒株已取代德尔塔 (Delta) 毒株成为主要流行株, 新型冠状病毒肺炎患者临床表现呈现新的特点, 且针对新型冠状病毒肺炎治疗的新

药物已相继上市, 治疗经验和治疗手段进一步丰富。为进一步科学、规范做好新型冠状病毒肺炎诊疗工作, 我们组织专家对《新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第八版修订版)》相关内容进行修订, 形成了《新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第九版)》。现印发给你们, 请参照执行。

附件: [新型冠状病毒肺炎诊疗方案\(试行第九版\)](#) (见附件)

国家卫生健康委员会办公厅  
国家中医药管理局办公室  
2022 年 3 月 14 日





# 关于印发新冠病毒抗原检测应用方案（试行）的通知

重要性：★★★★★

关注度：★★★★★

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团应对新冠肺炎疫情联防联控机制（领导小组、指挥部）：

为进一步优化新冠病毒检测策略，服务疫情防控需要，经研究，国务院应对新型冠状病毒肺炎疫情联防联控机制综合组决定在核酸检测基础上，增加抗原检测作为补充，并组织制定了《新冠病毒抗原检测应用方案（试行）》。现印发给你们，请认真组织实施。

国务院应对新型冠状病毒肺炎疫情联防联控机制综合组  
2022年3月10日

相关链接：[新冠病毒抗原检测应用方案（试行）](#)

为指导各地科学合理应用新冠病毒抗原检测，规范抗原检测阳性后的处置管理，进一步提高“早发现”能力，特制定本方案。

## 一、抗原检测适用人群

（一）到基层医疗卫生机构就诊，伴有呼吸道、发热等症状且出现症状5天以内的人员。

（二）隔离观察人员，包括居家隔离观察、密接和次密接、入境隔离观察、封控区和管控区内的人员。

（三）有抗原自我检测需求的社区居民。

## 二、基层医疗卫生机构抗原检测应用

基层医疗卫生机构在接诊有呼吸道、发热等症状且出现症状5天以内的人员时，具备核酸检测能力的机构，应当首选进行核酸检测；不具备核酸检测能力的，进行抗原检测。

（一）需满足的主要条件。为保障质量安全、避免医患之间交叉感染，基层医疗卫生机构开展抗原检测需同时满足以下条件：

1. 样本采集、检测人员均应当经过生物安全培训和技术操作培训，并考核合格。
2. 具备生物安全柜等适宜的仪器设备，检测过程中做好医务人员防护。
3. 检测操作宜在相对独立且通风良好的空间内进行；基层医疗卫生机构具备实验室条件的，鼓励在实验室内进行检测操作。
4. 建立抗原检测阳性人员的报告、转运制度与工作流程。

（二）检测结果的处置。

1. 针对抗原检测阳性人员，基层医疗卫生机构应当立即向辖区疾控部门报告，由急救中心按照新冠肺炎疫情相关人员转运工作指南，将抗原阳性人员转运至设置发热门诊的医疗机构进行核酸检测。

2. 针对抗原检测阴性人员，基层医疗卫生机构应当予以对症治疗、嘱其居家观察，自就诊当日起连续5天每天进行一次抗原检

测，避免社交活动，正确佩戴口罩，勤洗手勤通风。抗原结果一直阴性、直至症状消失的，可不采取其他干预措施。抗原结果一旦阳性，阳性人员需立即向所在社区（村镇）报告，由社区（村镇）联系急救中心按照新冠肺炎疫情相关人员转运工作指南，将其转运至设置发热门诊的医疗机构，进行核酸检测；阳性人员使用后的采样拭子、采样管、检测卡等装入密封袋一并转运至医疗机构作为医疗废物处置。

（三）检测试剂的配备。基层医疗卫生机构配备抗原检测试剂纳入集中招标采购，可通过省级集中招采，不断降低检测试剂价格，减轻检测费用负担。

### 三、隔离观察人员抗原检测应用

居家隔离观察、密接和次密接、入境隔离观察、封控区和管控区内的人员，由相关管理部门（如社区、村镇、隔离点等）做好组织管理。在隔离观察期按照现行的有关防控方案要求开展核酸检测，并在前5天每天进行一次抗原自测。

（一）需满足的主要条件。隔离观察人员进行抗原检测需同时满足以下条件：1. 建立抗原自测管理流程，包括抗原检测试剂领取、人员信息核对、检测过程监督、结果上报等。2. 隔离观察人员需认真阅读说明书，按照规定的要求和流程，规范地进行采样、加样、结果判读等操作；有条件的管理部门要对检测过程进行监督管理，确保检测结果真实可信。3. 做好废弃物处理。检测使用后的采样拭子、采样管、检测卡等，不论结果阴性还是阳性，均装入密封袋由管理人员参照医疗废物或按程序处理。

（二）检测结果的处置。抗原检测阳性的，须立即进行核酸检测予以确认。

（三）检测试剂的配备。由组织隔离观察的管理部门（如社区、村镇、隔离点等）负责抗原检测试剂的采购、发放、管理等相关工作。

### 四、社区居民抗原检测应用

社区居民有自我检测需求的，可通过零售药店、网络销售平台等渠道，自行购买抗原检测试剂进行自测。

（一）需注意的事项。为确保采样检测质量，居民需认真阅读说明书，按照规定的要求和流程，规范地进行采样、加样、结果判读等操作。

（二）检测结果的处置。

1. 抗原检测阳性的，不论是否有呼吸道、发热等症状，居民应当立即向所在社区（村镇）报告，由社区（村镇）联系急救中心按照新冠肺炎疫情相关人员转运工作指南，将居民转运至设置发热门诊的医疗机构，进行核酸检测。阳性人员使用后的采样拭子、采样管、检测卡等装入密封袋一并转运至医疗机构作为医疗废物处置。

2. 抗原检测阴性的，无症状的居民可密切观察，需要时再进行抗原检测或核酸检测；有症状的居民，建议尽快前往设置发热门诊的医疗机构就诊，进行核酸检测；如不便就诊，则应当居家自我隔离，避免外出活动，连续5天每天进行一次抗原自测。

### 五、核酸检测的确认

核酸检测是新冠病毒感染的确诊依据。在进行核酸检测确认的过程中，如核酸检测阳性，不论抗原检测结果是阳性还是阴性，

均按照新冠病毒感染者或新冠肺炎确诊患者采取相应措施；如核酸检测阴性但抗原检测阳性，则视同新冠病毒感染者采取集中隔离等措施，密切观察，连续进行核酸检测。

## 六、人员培训和宣传教育

各地在应用抗原检测过程中，要扎实做好基层医疗卫生机构医务人员的培训，使其充分掌握抗原检测的特性和操作要点，以确保检测结果准确可靠，并向患者和居民做好抗原检测相关知识的宣传教育。社会公众在进行抗原自测时，要认真按照有关基本要求及流程操作，需要时，进行核酸检测予以确认。

附件 1 [基层医疗卫生机构新冠病毒抗原检测基本要求及流程](#)（见附件）

附件 2 [新冠病毒抗原自测基本要求及流程](#)（见附件）

## [新冠病毒抗原检测应用方案（试行）政策解读](#)

为进一步优化新冠病毒检测策略，根据疫情防控需要，国务院联防联控机制综合组研究决定，推进“抗原筛查、核酸诊断”的监测模式，在核酸检测基础上增加抗原检测作为补充。近日，机制综合组制定印发了《新冠病毒抗原检测应用方案（试行）》（以下简称《方案》），要求各地认真组织实施。

《方案》规定了抗原检测的适用人群：一是到基层医疗卫生机构就诊，伴有呼吸道、发热等症状且出现症状 5 天以内的人员；二是隔离观察人员，包括居家隔离观察、密接和次密接、入境隔离观察、封控区和管控区内的人员；三是有抗原自我检测需求的社区居民。同时，明确了 3 类人群进行抗原检测

需满足的主要条件、检测试剂的获得渠道，制定了检测发现阳性后的处置管理流程，促进抗原检测与核酸检测相衔接。为便于各地规范开展检测，《方案》还包括 2 个附件，即基层医疗卫生机构新冠病毒抗原检测基本要求及流程、新冠病毒抗原自测基本要求及流程。

需要说明的是，核酸检测依然是新冠病毒感染的确诊依据，抗原检测作为补充手段可以用于特定人群的筛查，有利于提高“早发现”能力。基层医疗卫生机构具有核酸检测能力的，应当首选核酸检测；不具备核酸检测能力的，可以进行抗原检测，并做好医务人员的培训和患者的沟通指导。隔离观察人员和社区居民进行抗原检测，应当认真阅读说明书、规范操作，一旦抗原检测阳性要立即向有关部门报告；需要时，进行核酸检测予以确认。

## 附：[国家药监局综合司关于做好新冠病毒抗原检测试剂质量安全监管工作的通知](#)

各省、自治区、直辖市和新疆生产建设兵团药品监督管理局：

近日，国务院应对新型冠状病毒肺炎疫情联防联控机制综合组印发了《新冠病毒抗原检测应用方案（试行）》。为切实保障新冠病毒抗原检测试剂产品质量安全，进一步强化新冠病毒抗原检测试剂产品质量安全监管，现就有关要求通知如下：

### 一、加强注册相关管理工作

各省级药品监督管理部门要加强研发注册环节指导，做好申报注册产品质量管理体系核查工作，确保企业研发过程规范，注册申报资料真实、准确、完整和可追溯。

## 二、加强生产环节监督检查

相关省级药品监督管理部门要加强监管，组织专业力量加强对行政区域内新冠病毒抗原检测试剂注册人及其受托生产企业的监督检查力度，监督指导企业严格落实主体责任，按照经注册的产品技术要求组织生产，确保质量管理体系持续有效运行。重点关注产品原材料采购、质量控制、洁净车间环境控制是否符合要求，不合格品等风险隐患是否依法及时控制，产品说明书是否载明消费者个人自行使用说明。督促企业认真做好产品销售记录，确保相关记录满足可追溯要求，畅通售后服务渠道，及时了解产品使用情况。

## 三、加强经营环节监督检查

根据国务院应对新型冠状病毒肺炎疫情联防联控机制综合组印发的《新冠病毒抗原检测应用方案（试行）》明确“社区居民有自我检测需求的，可通过零售药店、网络销售平台等渠道，自行购买抗原检测试剂进行自测”的要求，在疫情防控期间，取得药品经营许可证或者医疗器械经营许可证，并具备相应储存条件的零售药店和医疗器械经营企业，可销售新冠病毒抗原检测试剂。地方各级药品监督管理部门要进一步做好对新冠病毒抗原检测试剂经营企业的监督检查，监督指导企业从具备合法资质的医疗器械注册人、生产经营企业购进新冠病毒抗原检测试剂，做好进货查验和销售等记录，配备相适

应的设施设备，保证产品运输、储存条件符合标签和说明书的标示要求。重点关注企业经营新冠病毒抗原检测试剂是否经注册批准并具备合格证明文件，产品说明书是否载明消费者个人自行使用说明等。对从事网络销售的医疗器械经营企业，还要督促其在网站主页面显著位置展示医疗器械经营许可证，在产品页面展示医疗器械注册证等信息。

各省级药品监督管理部门要继续加强对新冠病毒检测试剂网络交易信息的监测处置力度，对监测发现的违法违规线索要及时组织查处。加强对辖区医疗器械网络交易服务第三方平台的监督检查，监督指导其严格履行对入网医疗器械经营者的实名登记、资质审核、经营行为管理等义务，发现违法违规销售医疗器械行为，要及时制止并报告药品监督管理部门。

## 四、严厉打击违法违规行为

各级药品监督管理部门要高度重视网络监测、投诉举报、舆情监测、监督检查、监督抽检等渠道反映的案件线索，对未经许可生产经营、生产经营未经注册新冠病毒抗原检测试剂等违法违规行为，要依法从严查处。涉嫌犯罪的，要及时移送公安机关。

国家药监局综合司

2022年3月12日



# 2021 年医疗保障事业发展统计快报

重要性：★★★★

关注度：★★★★★

2021 年，国家医保局坚持以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻党的十九大和十九届历次全会以及中央经济工作会议精神，坚决贯彻落实党中央、国务院决策部署，认真开展党史学习教育，持续完善中国特色医疗保障制度，推动医保改革走向纵深，实现管理服务提质增效，医保制度运行总体平稳，基金安全可持续，群众待遇巩固完善，“十四五”实现良好开局。

## 一、基本医疗保险

### （一）参保人员情况。

截至 2021 年底，基本医疗保险参保人数达 136424 万人[1]，参保覆盖面稳定在 95% 以上。其中参加职工基本医疗保险人数 35422 万人，比 2020 年底增加 967 万人，增长 2.8%；在参加职工基本医疗保险人数中，在职职工 26099 万人，退休职工 9323 万人，分别比 2020 年底增加 670 万人和 297 万人。参加城乡居民基本医疗保险人数 101002 万人，比 2020 年底减少 674 万人，下降 0.7%。

### （二）基金收支情况。

2021 年，基本医疗保险基金（含生育保险）总收入、总支出分别为 28710.28 亿元、24011.09 亿元，年末基本医疗保险（含生育保险）累计结存 36121.54 亿元。

全年职工基本医疗保险基金（含生育保险）收入 18968.03 亿元，同比增长 20.6%，主要由于 2020 年阶段性减征职工医保费，同比基数较低影响；其中，征缴收入（含生育保险）17778.07 亿元。基金（含生育保险）支

出 14863.02 亿元，同比增长 15.5%，主要由于疫情防控常态化后就诊人次恢复，基金支出增加。职工基本医疗保险基金（含生育保险）年末累计结存 29409.24 亿元，其中统筹基金累计结存 17833.82 亿元，个人账户累计结存 11575.43 亿元。

全年城乡居民基本医疗保险基金收入 9742.25 亿元，同比增长 6.9%；支出 9148.07 亿元，同比增长 12.0%，受就医恢复和新冠病毒疫苗及接种费用保障支出影响，2021 年城乡居民医保基金支出同比增速高于收入同比增速。年末累计结存 6712.30 亿元。

## 二、生育保险

截至 2021 年底，生育保险参保人数 23851 万人，比 2020 年底增加 283 万人，增长 1.2%。生育保险待遇支出 804.86 亿元，同比下降 7.4%。

## 三、疫情防控

在基金收支保持平衡的同时，扎实做好新冠肺炎救治医疗保障工作和新冠病毒疫苗及接种费用保障，截至 2021 年底，全国范围内新冠病毒疫苗累计接种 28.3 亿剂次。各地合理降低核酸检测费用，单人单检每人份价格降至不高于 40 元，多人混检每人份价格降至不高于 10 元，有效减轻群众和政府负担。

## 四、乡村振兴

2021 年，25 个原承担医保脱贫攻坚任务的省份共资助 8519.72 万人参加基本医疗保险，支出 176.69 亿元，人均资助 207.40 元。基本医疗保险、大病保险、医疗救助三重

制度累计惠及农村低收入人口就医 1.23 亿人次，减轻医疗费用负担 1189.63 亿元。

### 五、跨省异地就医直接结算

截至 2021 年底，住院费用跨省直接结算定点医疗机构数量为 5.27 万家。2021 年当年国家平台直接结算 440.59 万人次，涉及医疗总费用 1070.20 亿元，医保基金支付 624.63 亿元。

门诊费用跨省直接结算试点工作稳妥推进，开通联网定点医疗机构 4.56 万家，联网定点零售药店 8.27 万家，门诊费用跨省累计直接结算 1251.44 万人次，涉及医疗总费用 31.28 亿元，医保基金支付 17.50 亿元。

### 六、医疗保障基金监管

2021 年，共检查定点医药机构 70.8 万家，处理违法违规机构 41.4 万家，其中解除医保服务协议 4181 家，行政处罚 7088 家，移交司法机关 404 家；处理参保人员 45704 人，其中，暂停医保卡结算 6472 人，移交司法机关 1789 人。截至 2021 年底，共追回医保资金 234.18 亿元。组织开展飞行检查 30 组次，实际检查 29 个省份的定点医疗机构 68 家、医保经办机构 30 家，查出涉嫌违法违规资金 5.58 亿元。

### 七、医保药品目录

2021 年目录调整中，将 74 个药品新增进入《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2021 年）》（简称《2021 版目录》）。《2021 版目录》收载西药和中成药共 2860 种。其中，西药 1486 种，中成药 1374 种。另含中药饮片 892 种。

自 2018 年国家医保局成立以来，连续 4 次开展医保药品目录准入谈判，累计将 250 种药品通过谈判新增进入目录，价格平均降幅超过 50%。2021 年，协议期内 221 种谈判药报销 1.4 亿人次，平均实际报销比例

68.7%。通过谈判降价和医保报销，年内累计为患者减负 1494.9 亿元。

### 八、医保支付方式改革

截至 2021 年 12 月底，全国 30 个按疾病诊断相关分组 (DRG) 付费国家试点城市和 71 个区域点数法总额预算和按病种分值 (DIP) 付费试点城市全部进入实际付费阶段。

### 九、价格招采

2021 年，全国通过省级医药集中采购平台网采订单总金额 9573 亿元，比 2020 年增加 261 亿元。其中，西药（化学药品及生物制品）7672 亿元，中成药 1901 亿元，分别比 2020 年增加 151 亿元和 110 亿元。医保目录内药品网采订单金额为 7670 亿元，占网采订单总金额 80.1%。

全年共开展 2 批化学药集中带量采购，覆盖 106 种药品，平均降价幅度 54%，开展 1 批胰岛素专项采购，覆盖 16 种胰岛素，平均降价 48%。自 2018 年以来，共开展 6 批国家组织药品集中带量采购，共采购 234 种药品，涉及金额占公立医疗机构化学药品年采购总额的 30%，按集采前采购金额计算，累计节约费用 2600 亿元以上。在高值医用耗材集采方面，冠脉支架中选结果实施满一年，中选产品年度采购量 169 万个，达到协议采购量近 1.6 倍。人工关节平均降价 82%。

### 十、医药价格和招采信用评价

2021 年，累计通报 4 批医药商业贿赂案源和 1 批垄断控销案源，涉及企业 220 家。指导各地对涉案企业进行失信评级，截至 2021 年底，评定一般失信企业 49 家、中等失信企业 13 家、严重失信企业 5 家。

注释：[1] 参保和基金收支相关数据均为各省市上报统计快报汇总数据。部分数据因四舍五入，总计与分项合计略有差异。

# 国家卫生健康委办公厅关于成立国家卫生健康委药事管理与药物治疗学委员会的通知

重要性：★★★★★

关注度：★★★★★

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委：

为进一步加强医疗机构药事管理，促进合理用药，发挥专家技术支持作用，我委决定成立国家卫生健康委药事管理与药物治疗学委员会（以下简称委员会）。现将委员会名单印发给你们，请在相关工作中予以支持。

委员会主要职责包括：研究我国医疗机构药事管理的发展现状，提出政策建议；围绕建立完善医疗机构的药品遴选、采购、使用、评价等制度提供技术支持；推动药物治疗相关临床诊疗指南和药物临床应用指导原

则的实施；促进建立完善我国药学服务体系，加强药师队伍建设，规范并发展药学服务；调查处理重大的群体性药害事件；承担国家卫生健康委交办的其他工作等。

委员会办公室设在国家卫生健康委医政医管局，负责日常工作。委员会成员任期为自本通知发布之日起满3年。

附件：[国家卫生健康委药事管理与药物治疗学委员会名单](#)（见附件）

国家卫生健康委办公厅  
2022年3月1日



# 国家卫生健康委办公厅关于印发 2022 年国家医疗质量安全改进目标的通知

重要性：★★★★

关注度：★★★★

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委：

为加强医疗质量安全管理，持续提升医疗质量安全管理科学化、精细化水平，构建优质高效的医疗质量管理与控制体系，2021 年我委组织制定了年度国家医疗质量安全改进目标。目标印发后，全行业高度关注，在各级卫生健康行政部门的指导下，各质控组织、医疗机构、行业学协会围绕目标积极制定改进策略、组织开展落实工作，取得明显成效。充分展现了目标引导医疗质量安全管理工作方向，激发行业内生动力，凝聚行业力量，实现医疗质量安全改进的重要作用。

为进一步发挥目标在促进医疗质量安全改进方面的重要作用，我委在 2021 年工作基础上，结合年度质量安全报告数据反映的医疗质量安全突出问题和薄弱环节，制定了《2022 年国家医疗质量安全改进目标》，并指导各国家级质控中心研究制定了本专业 2022 年质控工作改进目标。现一并印发给你们，请进一步加强医疗质量安全管理，继续指导各质控组织、医疗机构、行业学协会做好组织实施工作，优化改进工作策略，创新工作机制和方式方法，深入推进目标管理，指导医疗机构以目标为切入点开展医疗质量

安全系统改进工作。同时，进一步加强宣贯培训，做好数据信息的收集、分析和反馈，不断提升医疗质量安全管理水平。

附件：

1. [2022 年国家医疗质量安全改进目标](#) (见附件)

2. [2022 年各专业质控工作改进目标](#) (见附件)

国家卫生健康委办公厅

2022 年 3 月 1 日

相关链接：[《2022 年国家医疗质量安全改进目标》解读](#)

一、制订国家医疗质量安全改进目标的意义是什么？

目标管理是经过实践检验的现代管理方法，明确的目标能够强化相关人员责任感，调动相关人员积极性，凝聚人心、形成合力，推动工作快速有序开展。近年来，我委通过信息化手段持续监测、分析我国医疗质量安全情况，明确了当前医疗质量安全领域亟需改进的薄弱环节，为目标的提出奠定了科学基础。2021 年，我委首次发布国家医疗质量安全改进目标，全行业高度关注，各方围绕相关目标积极开展落实工作，取得显著成效。充分证明了目标管理在医疗质量安全领域的



可行性、有效性和重要作用。因此，根据医疗质量安全情况，针对性的提出改进目标并以此为切入点开展系统改进工作，对引导医疗质量安全管理方向、激发医疗机构内生动力、广泛凝聚行业力量、提升医疗质量安全管理科学化和精细化水平具有重要意义。

## 二、为什么要按年度发布目标？

随着行业发展和工作推进，医疗质量安全情况每年都会出现一定程度的变化。特别是国家医疗质量安全目标发布后，行业针对性的开展改进工作，部分薄弱环节和突出问题在 1 年内得到明显改善，相关改进工作进入良性轨道。同时，也有一些新的问题和薄弱环节暴露出来，成为需要关注的重点。为了充分发挥目标对行业的引导作用，指导行业精准开展改进工作，需要根据医疗质量安全变化情况，按年度针对性制定发布目标，推动医疗质量安全工作实现精准改进。

## 三、2022 年目标与 2021 年目标有什么区别？

2022 年目标是 2021 年目标的继承与发展，两者均基于当前我国医疗质量安全领域的突出薄弱环节提出。2021 年 10 项国家医疗质量安全改进目标中，有 8 项继续作为 2022 年目标，其余 2 项作为各专业质控工作改进目标继续推进，以保障相关工作的延续性。根据 2021 年度国家医疗质量安全报告数据中体现的突出薄弱环节，今年新增了“感染性休克集束化治疗完成率、非计划重返手术室再手术率”2 个国家医疗质量安全改进

目标。未来，我们将根据国家医疗质量安全变化情况和改进目标实现情况，按照继承与发展的原则，及时修订国家医疗质量安全改进目标，指导行业有针对性的持续开展质量改进工作。

## 四、如何推动目标的实现？

目标的实现需要卫生健康行政部门、医疗机构、质控组织和行业学协会密切合作、共同推进。全行业要把 2021 年目标和 2022 年目标结合起来，聚焦管理重点，强化责任意识，凝聚多方力量，发挥资源协同作用。各级卫生健康行政部门要把推动目标实现作为年度工作重点，指导辖区内质控组织和各级各类医疗机构开展改进工作。各级各类医疗机构要积极创新工作机制和方式方法，推动机构内多部门、多学科协同工作，按照各目标核心策略制定符合本机构实际的管理组织架构、相关制度、工作机制和实施路径，建立激励约束机制，充分调动相关管理人员和医务人员积极性。各专业质控中心要将本专业质控工作改进目标作为年度核心工作，继续为目标的实现提供技术支撑，细化相关改进策略，加强宣贯培训，做好数据信息的收集、分析、反馈。相关行业组织要利用自身优势，围绕目标积极开展研究和交流，构建政府主导、行业自律、机构自治、多方参与的医疗质量安全管理格局，共同培育全员关注、全员参与的医疗质量安全行业理念与文化。

# 关于推进家庭医生签约服务高质量发展的指导意见

重要性：★★★★

关注度：★★★★

各省、自治区、直辖市卫生健康委、财政厅（局）、人力资源社会保障厅（局）、医保局、中医药局：

为贯彻新时代党的卫生与健康工作方针，推进实施健康中国战略，落实《中华人民共和国国民经济和社会发展第十四个五年规划和 2035 年远景目标纲要》要求，进一步加快推动家庭医生签约服务发展，现提出以下指导意见。

## 一、总体要求

**（一）发展思路。**积极增加家庭医生签约服务供给，扩大签约服务覆盖面；强化签约服务内涵，突出全方位全周期健康管理服务，推进有效签约、规范履约；健全签约服务激励和保障机制，强化政策协同性，夯实签约服务政策效力，推进家庭医生签约服务高质量发展。

**（二）主要目标。**准确把握工作节奏，在确保服务质量和签约居民获得感、满意度和质量的前提下，循序渐进积极扩大签约服务覆盖率，逐步建成以家庭医生为健康守门人的家庭医生制度。从 2022 年开始，各地在现有服务水平基础上，全人群和重点人群签约服务覆盖率每年提升 1~3 个百分点，到 2035 年，签约服务覆盖率达到 75% 以上，基本实现家庭全覆盖，重点人群签约服务覆盖率达到 85% 以上，满意度达到 85% 左右。

## 二、扩大服务供给

### （一）有序扩大家庭医生队伍来源渠道。

家庭医生既可以是全科医生，又可以在医疗卫生机构执业的其他类别临床医师（含中医类别）、乡村医生及退休临床医师。鼓励各类医生到基层医疗卫生机构提供不同形式的签约服务，积极引导符合条件的二、三级医院医师加入家庭医生队伍，以基层医疗卫生机构为平台开展签约服务。家庭医生既可以为个人为签约主体，也可组建团队提供签约服务。

### （二）支持社会力量开展签约服务。

鼓励各地结合实际，在签约服务费、医保报销、服务项目、转诊绿色通道等方面做好政策引导支持，为社会办医疗卫生机构开展签约服务创造条件，满足居民个性化、多元化健康需求。各地应对社会办医疗卫生机构开展签约服务予以支持。

### （三）强化家庭医生培养培训体系。

加强全科专业住院医师规范化培训、助理全科医生培训、转岗培训、订单定向免费医学生培养，推进乡村全科执业助理医师考试，积极扩充家庭医生队伍。优化家庭医生的临床诊疗服务能力和全科理念、知识、技能培训体系，重点加强针对性、操作性强的实用技能培训。

## 三、丰富服务内容

**（一）提升医疗服务能力。**进一步改善基层医疗卫生机构基础设施和装备条件，强

化基层医疗卫生机构基本医疗服务功能，提升家庭医生开展常见病、多发病诊疗及慢性病管理能力，鼓励乡镇卫生院和社区卫生服务中心根据服务能力和群众需求，按照相关诊疗规范开展符合相应资质要求的服务项目，拓展康复、医养结合、安宁疗护、智能辅助诊疗等服务功能。

**(二) 提高基本公共卫生和健康管理服务质量。**积极提供预防保健等公共卫生服务，对签约居民落实基本公共卫生服务项目和其他公共卫生服务，加强对慢性病的预防指导，推进电子健康档案向签约居民个人开放。根据签约居民健康状况和服务需求，提供优质健康教育服务和优化健康管理服务，提升签约服务的获得感和满意度。

**(三) 保障合理用药。**落实基本药物目录管理等政策，加强基层医疗卫生机构与二级以上医院用药目录衔接统一，进一步适应签约居民基本用药需求。按照长期处方管理有关规定，为符合条件的签约慢性病患者优先提供长期处方服务，原则上可开具 4~12 周长期处方。到 2025 年，全部乡镇卫生院和社区卫生服务中心均应提供长期处方服务。

**(四) 开展上门服务。**对行动不便、失能失智的老年人、残疾人等确有需求的人群，要结合实际提供上门治疗、随访管理、康复、护理、安宁疗护、健康指导及家庭病床等服务，加强医疗质量监管，确保医疗安全。

**(五) 优化转诊服务。**统筹区域优质卫生资源，城市医疗集团、县域医共体牵头医院应将一定比例的专家号源、预约设备检查等医疗资源交由家庭医生管理支配，可给予家庭医生部分预留床位，方便经家庭医生转诊的患者优先就诊、检查、住院。

**(六) 加强中医药服务。**坚持中西医并重，加强基层医疗卫生机构中医科和中医馆建设，改善中医药服务场地条件和设施水平，推进普遍将中医药服务纳入签约服务内容，加强签约团队中医药人员配置，鼓励家庭医生（团队）掌握和使用针刺、推拿、拔罐、艾灸等中医药技术方法，提供中医治未病服务。

**(七) 形成有序就医秩序。**进一步推进基层医疗卫生机构预约就诊和智能分诊，大力引导和推进签约居民到基层医疗卫生机构就诊时由家庭医生接诊。家庭医生应通过日常诊疗服务全方位掌握签约居民及其家庭成员健康状况，加强与签约居民联系，引导签约居民逐步形成到基层医疗卫生机构首诊的就医选择。对签约居民可积极推广采用信用支付、诊间结算等方式，整合挂号、检查、检验、诊疗、取药等付费环节，实行一站式结算，减少排队等候次数和时间。

#### 四、优化服务方式

**(一) 推广弹性化服务协议。**服务协议应明确签约双方的责权利，列出服务清单。服务协议有效期可为 1~3 年，可根据居民需求和基层医疗卫生机构工作实际，允许服务关系稳定的家庭医生和签约居民签订 2 年、3 年有效期的服务协议。支持家庭医生与居民以家庭为单元签订服务协议，鼓励各地探索以党政机关、企事业单位、产业园区、商务楼宇等功能社区为签约对象，签订服务协议。

**(二) 加强全专结合医防融合。**通过专科医生直接参与签约服务、家庭医生经绿色通道优先转诊专科医生等形式，为签约居民提供“一站式”全专结合服务，加强全科和

专科医生的协作，促进基层医防融合，增强签约服务的连续性、协同性和综合性。

**(三) 鼓励组合式签约。**鼓励各地按照城市医疗集团、县域医共体建设的网格化布局，引导三级医院采取“包干分片”方式，通过对口支援、科室共建、人才下沉、多点执业等多种途径，促进优质医疗资源下沉，与辖区基层医疗卫生机构一起壮大签约服务力量，共同做好家庭医生签约服务。

**(四) 推进“互联网+签约服务”。**基于区域全民健康信息平台，搭建或完善家庭医生服务和管理信息系统，实现线上为居民提供签订协议、健康咨询、慢病随访、双向转诊等服务。信息系统记录的服务行为，作为考核评价家庭医生服务履约的重要指标。加强区域健康信息互通共享，打通家庭医生服务和管理信息系统同医疗机构诊疗系统、基本公共卫生系统等数据通道，积极推广应用人工智能等新技术。

**(五) 提供健康咨询服务。**结合签约居民基本健康情况，通过面对面、电话、社交软件、家庭医生服务和管理信息系统等多种形式，为签约居民提供针对性健康咨询服务，包括健康评估、健康指导、健康宣教、疾病预防、就诊指导、心理疏导等，密切签约双方关系，增加互信互动，发展长期稳定的服务关系。

**(六) 突出重点人群。**要将老年人、孕产妇、儿童、残疾人、脱贫人口、计划生育特殊家庭成员以及高血压、糖尿病、结核病和严重精神障碍患者等作为签约服务重点人群，优先签约、优先服务。脱贫地区要结合实际，逐步将脱贫不稳定户、边缘易致贫户、突发严重困难户等群体中的慢病患者、老年

人等纳入签约服务重点人群范围，重点做好主要慢病患者的规范管理和健康服务。

## 五、完善保障机制

**(一) 加强组织领导。**各地要强化属地责任，结合实际及时出台具体实施方案，细化工作目标和措施。要切实加强统筹协调，建立健全家庭医生签约服务保障制度，形成政府主导、部门协作、基层医疗卫生机构为平台、多种社会资源参与的工作机制，确保各项任务落实到位，签约服务覆盖面持续扩大，签约服务质量和满意度持续提升。

**(二) 健全激励机制。**签约服务费是家庭医生（团队）与居民建立契约服务关系、履行相应健康服务责任，打包提供医疗服务、健康服务以及其他必要便民服务的费用。签约服务费由医保基金支付、基本公共卫生服务经费和签约居民付费等分担。要合理测算家庭医生签约服务费结算标准，原则上将不低于 70%的签约服务费用于参与家庭医生签约服务人员的薪酬分配，签约服务费在考核后拨付。二级以上医疗机构要在绩效工资分配上向参与签约服务的医师倾斜。明确家庭医生签约服务中基本服务包和个性化服务包的内涵，并相应调整费用结算标准。

**(三) 发挥基本医保引导作用。**在医疗服务价格动态调整中，优先考虑体现分级诊疗、技术劳务价值高的医疗服务项目，促进就近就医。推进基层医疗卫生机构门诊就医按人头付费，引导群众主动在基层就诊，促进签约居民更多利用基层医疗卫生服务。有条件的地区可探索将签约居民的门诊基金按人头支付给基层医疗卫生机构或家庭医生（团队），对经分级诊疗转诊的患者，由基层医疗卫生机构或家庭医生（团队）支付一



定的转诊费用。医保部门加强协议管理，完善结算办法，确保参保人获得高质量医疗服务，加强绩效评价，完善结余留用的激励政策。继续对不同层级医疗机构实行差异化支付政策，合理设置基层医疗卫生机构同二级及以上医疗机构间报销水平差距。

**(四) 加强宣传引导。**加强家庭医生签约服务宣传，扩大签约服务群众知晓率，引导更多居民利用签约服务。重点做好签约服务内涵内容宣传，合理引导居民预期。要发掘优质高效推进家庭医生签约服务的典型案例，以点带面，发挥正面示范引导作用，为家庭医生签约服务发展创造良好的社会氛围。

**(五) 提升家庭医生职业荣誉感。**鼓励支持家庭医生（团队）评优争先，注重挖掘服务质量好、群众认可度高的家庭医生典型模范，树立家庭医生热心服务群众的正面形象，卫生健康系统内各类表彰和评优评先要

向家庭医生适当倾斜，提高全社会对家庭医生的认可度和信任度。

**(六) 加强监督、考核与评价。**加强家庭医生签约服务质量考核和监督力度，将签约服务人数、重点人群占比、续签率、健康管理效果、服务质量以及签约居民满意度等作为评价指标，利用信息化手段和居民回访等方式，定期对基层医疗卫生机构和家庭医生开展监督评价，考核结果同经费拨付、绩效分配等挂钩。国家卫生健康委将会同有关部门对各地开展家庭医生签约服务的进展情况开展年度和5年为周期的评价评估，并将结果通报各地。

国家卫生健康委  
人力资源社会保障部  
国家中医药局

财政部  
国家医保局  
国家疾控局

2022年3月3日



## 药物信息

# 国家药监局附条件批准安徽智飞龙科马生物制药有限公司重组新型冠状病毒蛋白疫苗（CHO 细胞）注册申请

3月1日，国家药品监督管理局附条件批准安徽智飞龙科马生物制药有限公司的重组新型冠状病毒蛋白疫苗（CHO 细胞）上市注册申请。该疫苗是首个获批的国产重组新型冠状病毒蛋白疫苗，适用于预防新型冠状病毒感染所致的疾病（COVID-19）。

国家药监局根据《疫苗管理法》《药品管理法》相关规定，按照药品特别审批程序，进行应急审评审批，附条件批准该疫苗上市注册申请。国家药监局要求该疫苗上市许可持有人继续开展相关研究工作，完成附条件的要求，及时提交后续研究结果。



# 新型冠状病毒肺炎诊疗方案 (试行第九版)

为进一步做好新型冠状病毒肺炎(COVID-19)诊疗工作,我们组织专家对《新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第八版修订版)》相关内容进行修订,形成《新型冠状病毒肺炎诊疗方案(试行第九版)》。

## 一、病原学特点

新型冠状病毒(SARS-CoV-2)属于 $\beta$ 属的冠状病毒,有包膜,颗粒呈圆形或椭圆形,直径60~140nm。具有5个必需基因,分别针对核蛋白(N)、病毒包膜(E)、基质蛋白(M)和刺突蛋白(S)4种结构蛋白及RNA依赖性的RNA聚合酶(RdRp)。核蛋白(N)包裹RNA基因组构成核衣壳,外面围绕着病毒包膜(E),病毒包膜包埋有基质蛋白(M)和刺突蛋白(S)等蛋白。刺突蛋白通过结合血管紧张素转化酶2(ACE-2)进入细胞。体外分离培养时,新型冠状病毒96个小时左右即可在人呼吸道上皮细胞内发现,而在Vero E6和Huh-7细胞系中分离培养约需4~6天。

与其他病毒一样,新型冠状病毒基因组也会发生变异,某些变异会影响病毒生物学特性,如S蛋白与ACE-2亲和力的变化将会影响病毒入侵细胞、复制、传播的能力,康复者恢复期和疫苗接种后抗体的产生,以及抗体药物的中和能力,

进而引起广泛关注。世界卫生组织（WHO）提出的“关切的变异株”（variant of concern, VOC）有 5 个，分别为阿尔法（Alpha）、贝塔（Beta）、伽玛（Gamma）、德尔塔（Delta）和奥密克戎（Omicron）。目前 Omicron 株感染病例已取代 Delta 株成为主要流行株。现有证据显示 Omicron 株传播力强于 Delta 株，致病力有所减弱，我国境内常规使用的 PCR 检测诊断准确性未受到影响，但可能降低了一些单克隆抗体药物对其中和作用。

冠状病毒对紫外线和热敏感，56℃30 分钟、乙醚、75%乙醇、含氯消毒剂、过氧乙酸和氯仿等脂溶剂均可有效灭活病毒，氯己定不能有效灭活病毒。

## 二、流行病学特点

### （一）传染源。

传染源主要是新型冠状病毒感染者，在潜伏期即有传染性，发病后 5 天内传染性较强。

### （二）传播途径。

1. 经呼吸道飞沫和密切接触传播是主要的传播途径。
2. 在相对封闭的环境中经气溶胶传播。
3. 接触被病毒污染的物品后也可造成感染。

### （三）易感人群。

人群普遍易感。感染后或接种新型冠状病毒疫苗后可获得一定的免疫力。



### 三、病理改变

以下为新型冠状病毒肺炎疫情早期病例主要器官病理学改变和新型冠状病毒检测结果（不包括基础疾病病变）。

#### （一）肺脏。

早期和较轻病变区见肺泡腔内浆液、纤维蛋白渗出以及透明膜形成，炎细胞以单核细胞和淋巴细胞为主；肺泡隔毛细血管充血。随病变进展和加重，大量单核细胞/巨噬细胞和纤维蛋白充满肺泡腔；II型肺泡上皮细胞增生、部分细胞脱落，可见多核巨细胞，偶见红染包涵体。易见肺血管炎、血栓形成（混合血栓、透明血栓），可见血栓栓塞。肺内各级支气管黏膜部分上皮脱落，腔内可见渗出物和黏液。小支气管和细支气管易见黏液栓形成。肺组织易见灶性出血，可见出血性梗死、细菌和（或）真菌感染。部分肺泡过度充气、肺泡隔断裂或囊腔形成。病程较长的病例，见肺泡腔渗出物肉质变和肺间质纤维化。

电镜下支气管黏膜上皮和II型肺泡上皮细胞胞质内见冠状病毒颗粒。免疫组化染色显示部分支气管黏膜上皮、肺泡上皮细胞和巨噬细胞呈新型冠状病毒抗原免疫染色和核酸检测阳性。

#### （二）脾脏、肺门淋巴结和骨髓。

脾脏缩小。骨髓萎缩，淋巴细胞数量减少、部分细胞坏死；骨髓充血、灶性出血，脾脏内巨噬细胞增生并可见吞噬

现象；易见脾脏贫血性梗死。淋巴结淋巴细胞数量减少，可见坏死。免疫组化染色显示脾脏和淋巴结内 CD4+ T 和 CD8+T 细胞均减少。淋巴结组织新型冠状病毒核酸检测可呈阳性，巨噬细胞新型冠状病毒抗原免疫染色可见阳性。骨髓造血细胞或增生或数量减少，粒红比例增高；偶见噬血现象。

### （三）心脏和血管。

部分心肌细胞可见变性、坏死，间质充血、水肿，可见少数单核细胞、淋巴细胞和（或）中性粒细胞浸润。新型冠状病毒核酸检测偶见阳性。

全身主要部位小血管可见内皮细胞脱落、内膜或全层炎症；可见血管内混合血栓形成、血栓栓塞及相应部位的梗死。主要脏器微血管易见透明血栓形成。

### （四）肝脏和胆囊。

肝细胞变性、灶性坏死伴中性粒细胞浸润；肝血窦充血，汇管区见淋巴细胞和单核细胞浸润及微血栓形成。胆囊高度充盈，胆囊黏膜上皮脱落。肝脏和胆囊新型冠状病毒核酸检测可见阳性。

### （五）肾脏。

肾小球毛细血管充血，偶见节段性纤维素样坏死；球囊腔内见蛋白性渗出物。近端小管上皮变性，部分坏死、脱落，远端小管易见管型。肾间质充血，可见微血栓形成。肾组织新型冠状病毒核酸检测偶见阳性。

#### （六）其他器官。

脑组织充血、水肿，部分神经元变性、缺血性改变和脱落，可见噬节现象和卫星现象。可见血管周围间隙单核细胞和淋巴细胞浸润。肾上腺见灶性坏死。食管、胃和肠黏膜上皮不同程度变性、坏死、脱落，固有层和黏膜下单核细胞、淋巴细胞浸润。肾上腺可见皮质细胞变性，灶性出血和坏死。睾丸见不同程度的生精细胞数量减少，Sertoli 细胞和Leydig 细胞变性。

鼻咽和胃肠黏膜及睾丸和唾液腺等器官可检测到新型冠状病毒。

### 四、临床特点

#### （一）临床表现。

潜伏期 1~14 天，多为 3~7 天。

以发热、干咳、乏力为主要表现。部分患者可以鼻塞、流涕、咽痛、嗅觉味觉减退或丧失、结膜炎、肌痛和腹泻等为主要表现。重症患者多在发病一周后出现呼吸困难和（或）低氧血症，严重者可快速进展为急性呼吸窘迫综合征、脓毒症休克、难以纠正的代谢性酸中毒和出凝血功能障碍及多器官功能衰竭等。极少数患者还可有中枢神经系统受累及肢端缺血性坏死等表现。值得注意的是重型、危重型患者病程中可为中低热，甚至无明显发热。

轻型患者可表现为低热、轻微乏力、嗅觉及味觉障碍等，

无肺炎表现。在感染新型冠状病毒后也可无明显临床症状。

曾接种过疫苗者及感染 Omicron 株者以无症状及轻症为主。有临床症状者主要表现为中低度发热、咽干、咽痛、鼻塞、流涕等上呼吸道感染症状。

多数患者预后良好，少数患者病情危重，多见于老年人、有慢性基础疾病者、晚期妊娠和围产期女性、肥胖人群。

儿童病例症状相对较轻，部分儿童及新生儿病例症状可不典型，表现为呕吐、腹泻等消化道症状或仅表现为反应差、呼吸急促。极少数儿童可有多系统炎症综合征（MIS-C），出现类似川崎病或不典型川崎病表现、中毒性休克综合征或巨噬细胞活化综合征等，多发生于恢复期。主要表现为发热伴皮疹、非化脓性结膜炎、黏膜炎症、低血压或休克、凝血障碍、急性消化道症状等。一旦发生，病情可在短期内急剧恶化。

## （二）实验室检查。

### 1. 一般检查。

发病早期外周血白细胞总数正常或减少，可见淋巴细胞计数减少，部分患者可出现肝酶、乳酸脱氢酶、肌酶、肌红蛋白、肌钙蛋白和铁蛋白增高。多数患者 C 反应蛋白（CRP）和血沉升高，降钙素原（PCT）正常。重型、危重型患者可见 D-二聚体升高、外周血淋巴细胞进行性减少，炎症因子升高。



## 2. 病原学及血清学检查。

(1) 病原学检查:采用核酸扩增检测方法在鼻、口咽拭子、痰和其他下呼吸道分泌物、粪便等标本检测新型冠状病毒核酸。核酸检测会受到病程、标本采集、检测过程、检测试剂等因素的影响,为提高检测准确性,应规范采集标本,标本采集后尽快送检。

(2) 血清学检查:新型冠状病毒特异性 IgM 抗体、IgG 抗体阳性,发病 1 周内阳性率均较低。

由于试剂本身阳性判断值原因,或者体内存在干扰物质(类风湿因子、嗜异性抗体、补体、溶菌酶等),或者标本原因(标本溶血、标本被细菌污染、标本贮存时间过长、标本凝固不全等),抗体检测可能会出现假阳性。一般不单独以血清学检测作为诊断依据,需结合流行病学史、临床表现和基础疾病等情况进行综合判断。

### (三) 胸部影像学。

早期呈现多发小斑片影及间质改变,以肺外带明显。进而发展为双肺多发磨玻璃影、浸润影,严重者可出现肺实变,胸腔积液少见。MIS-C 时,心功能不全患者可见心影增大和肺水肿。

## 五、诊断

### (一) 诊断原则。

根据流行病学史、临床表现、实验室检查等综合分析,

作出诊断。新型冠状病毒核酸检测阳性为确诊的首要标准。未接种新型冠状病毒疫苗者，新型冠状病毒特异性抗体检测可作为诊断的参考依据。接种新型冠状病毒疫苗者和既往感染新型冠状病毒者，原则上抗体不作为诊断依据。

## （二）诊断标准。

### 1. 疑似病例。

有下述流行病学史中的任何 1 条，且符合临床表现中任意 2 条。

无明确流行病学史的，符合临床表现中的 3 条；或符合临床表现中任意 2 条，同时新型冠状病毒特异性 IgM 抗体阳性（近期接种过新型冠状病毒疫苗者不作为参考指标）。

### （1）流行病学史

- ①发病前 14 天内有病例报告社区的旅行史或居住史；
- ②发病前 14 天内与新型冠状病毒感染者有接触史；
- ③发病前 14 天内曾接触过来自有病例报告社区的发热或有呼吸道症状的患者；
- ④聚集性发病（14 天内在小范围如家庭、办公室、学校班级等场所，出现 2 例及以上发热和/或呼吸道症状的病例）。

### （2）临床表现

- ①发热和（或）呼吸道症状等新型冠状病毒肺炎相关临床表现；
- ②具有上述新型冠状病毒肺炎影像学特征；

③发病早期白细胞总数正常或降低，淋巴细胞计数正常或减少。

## 2. 确诊病例。

疑似病例具备以下病原学或血清学证据之一者：

(1) 新型冠状病毒核酸检测阳性；

(2) 未接种新型冠状病毒疫苗者新型冠状病毒特异性IgM抗体和IgG抗体均为阳性。

## 六、临床分型

### (一) 轻型。

临床症状轻微，影像学未见肺炎表现。

### (二) 普通型。

具有上述临床表现，影像学可见肺炎表现。

### (三) 重型。

成人符合下列任何一条：

1. 出现气促，RR $\geq$ 30次/分；

2. 静息状态下，吸空气时指氧饱和度 $\leq$ 93%；

3. 动脉血氧分压(PaO<sub>2</sub>)/吸氧浓度(FiO<sub>2</sub>) $\leq$ 300mmHg  
(1mmHg=0.133kPa)；

高海拔（海拔超过1000米）地区应根据以下公式对PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub>进行校正： $PaO_2/FiO_2 \times [760/\text{大气压}(\text{mmHg})]$ 。

4. 临床症状进行性加重，肺部影像学显示24~48小时内病灶明显进展 $>$ 50%者。

儿童符合下列任何一条：

1. 持续高热超过 3 天；
2. 出现气促（<2 月龄，RR $\geq$ 60 次/分；2~12 月龄，RR $\geq$ 50 次/分；1~5 岁，RR $\geq$ 40 次/分；>5 岁，RR $\geq$ 30 次/分），除外发热和哭闹的影响；
3. 静息状态下，吸空气时指氧饱和度 $\leq$ 93%；
4. 辅助呼吸（鼻翼扇动、三凹征）；
5. 出现嗜睡、惊厥；
6. 拒食或喂养困难，有脱水征。

#### （四）危重型。

符合以下情况之一者：

1. 出现呼吸衰竭，且需要机械通气；
2. 出现休克；
3. 合并其他器官功能衰竭需 ICU 监护治疗。

### 七、重型/危重型高危人群

（一）大于 60 岁老年人；

（二）有心脑血管疾病（含高血压）、慢性肺部疾病、糖尿病、慢性肝脏、肾脏疾病、肿瘤等基础疾病者；

（三）免疫功能缺陷（如艾滋病患者、长期使用皮质类固醇或其他免疫抑制药物导致免疫功能减退状态）；

（四）肥胖（体质指数 $\geq$ 30）；

（五）晚期妊娠和围产期女性；



(六) 重度吸烟者。

## 八、重型/危重型早期预警指标

(一) 成人。

有以下指标变化应警惕病情恶化：

1. 低氧血症或呼吸窘迫进行性加重；
2. 组织氧合指标(如指氧饱和度、氧合指数)恶化或乳酸进行性升高；
3. 外周血淋巴细胞计数进行性降低或炎症因子如白细胞介素6 (IL-6)、CRP、铁蛋白等进行性上升；
4. D-二聚体等凝血功能相关指标明显升高；
5. 胸部影像学显示肺部病变明显进展。

(二) 儿童。

1. 呼吸频率增快；
2. 精神反应差、嗜睡；
3. 乳酸进行性升高；
4. CRP、PCT、铁蛋白等炎症因子明显升高；
5. 影像学显示双侧或多肺叶浸润、胸腔积液或短期内病变快速进展；
6. 有基础疾病（先天性心脏病、支气管肺发育不良、呼吸道畸形、异常血红蛋白、重度营养不良等）、有免疫缺陷或低下（长期使用免疫抑制剂）和新生儿。

## 九、鉴别诊断

（一）新型冠状病毒肺炎轻型表现需与其他病毒引起的上呼吸道感染相鉴别。

（二）新型冠状病毒肺炎主要与流感病毒、腺病毒、呼吸道合胞病毒等其他已知病毒性肺炎及肺炎支原体感染鉴别，尤其是对疑似病例要尽可能采取快速抗原检测、多重 PCR 核酸检测等方法，对常见呼吸道病原体进行检测。

（三）还要与非感染性疾病，如血管炎、皮炎和机化性肺炎等鉴别。

（四）儿童患者出现皮疹、黏膜损害时，需与川崎病鉴别。

（五）与新型冠状病毒感染者有密切接触者，即便常见呼吸道病原检测阳性，也应及时进行新型冠状病毒病原学检测。

## 十、病例的发现与报告

各级各类医疗机构发现符合病例定义的疑似病例或新型冠状病毒抗原检测结果为阳性者，应立即采集标本进行核酸检测或闭环转运至有条件的上级医疗机构进行核酸检测，期间单人单间隔离。核酸检测结果为阳性者，进行集中隔离管理或送至定点医院治疗，并按照规定进行网络直报。

连续两次新型冠状病毒核酸检测阴性（采样时间至少间隔 24 小时），可排除疑似病例诊断。

## 十一、治疗

### （一）根据病情确定隔离管理和治疗场所。

1. 轻型病例实行集中隔离管理，相关集中隔离场所不能同时隔离入境人员、密切接触者等人群。隔离管理期间应做好对症治疗和病情监测，如病情加重，应转至定点医院治疗。

2. 普通型、重型、危重型病例和有重型高危因素的病例应在定点医院集中治疗，其中重型、危重型病例应当尽早收入 ICU 治疗，有高危因素且有重症倾向的患者也宜收入 ICU 治疗。

### （二）一般治疗。

1. 卧床休息，加强支持治疗，保证充分能量和营养摄入；注意水、电解质平衡，维持内环境稳定。

2. 密切监测生命体征，特别是静息和活动后的指氧饱和度等。

3. 根据病情监测血常规、尿常规、CRP、生化指标（肝酶、心肌酶、肾功能等）、凝血功能、动脉血气分析、胸部影像学等。有条件者可行炎症因子检测。

4. 根据病情给予规范有效氧疗措施，包括鼻导管、面罩给氧和经鼻高流量氧疗。

5. 抗菌药物治疗：避免盲目或不恰当使用抗菌药物，尤其是联合使用广谱抗菌药物。

### （三）抗病毒治疗。

1. PF-07321332/利托那韦片（Paxlovid）。适用人群为

发病 5 天以内的轻型和普通型且伴有进展为重型高风险因素的成人和青少年（12-17 岁，体重  $\geq 40\text{kg}$ ）。用法：300mg PF-07321332 与 100mg 利托那韦同时服用，每 12 小时一次，连续服用 5 天。使用前应详细阅读说明书，不得与哌替啶、雷诺嗪等高度依赖 CYP3A 进行清除且其血浆浓度升高会导致严重和/或危及生命的不良反应的药物联用。

2. 单克隆抗体：安巴韦单抗/罗米司韦单抗注射液。联合用于治疗轻型和普通型且伴有进展为重型高风险因素的成人和青少年（12-17 岁，体重  $\geq 40\text{kg}$ ）患者。用法：二药的剂量分别为 1000 mg。在给药前两种药品分别以 100 ml 生理盐水稀释后，经静脉序贯输注给药，以不高于 4ml/min 的速度静脉滴注，之间使用生理盐水 100ml 冲管。在输注期间对患者进行临床监测，并在输注完成后对患者进行至少 1 小时的观察。

3. 静注 COVID-19 人免疫球蛋白。可在病程早期用于有高危因素、病毒载量较高、病情进展较快的患者。使用剂量为轻型 100mg/kg, 普通型 200mg/kg, 重型 400mg/kg，静脉输注，根据患者病情改善情况，次日可再次输注，总次数不超过 5 次。

4. 康复者恢复期血浆。可在病程早期用于有高危因素、病毒载量较高、病情进展较快的患者。输注剂量为 200~500ml（4~5ml/kg），可根据患者个体情况及病毒载量等决

定是否再次输注。

#### (四) 免疫治疗。

1. 糖皮质激素。对于氧合指标进行性恶化、影像学进展迅速、机体炎症反应过度激活状态的重型和危重型患者，酌情短期内（不超过 10 日）使用糖皮质激素，建议地塞米松 5mg/日或甲泼尼龙 40mg/日，避免长时间、大剂量使用糖皮质激素，以减少副作用。

2. 白细胞介素 6（IL-6）抑制剂：托珠单抗。对于重型、危重型且实验室检测 IL-6 水平升高者可试用。用法：首次剂量 4~8mg/kg，推荐剂量 400mg，生理盐水稀释至 100ml，输注时间大于 1 小时；首次用药疗效不佳者，可在首剂应用 12 小时后追加应用一次（剂量同前），累计给药次数最多为 2 次，单次最大剂量不超过 800mg。注意过敏反应，有结核等活动性感染者禁用。

#### (五) 抗凝治疗。

用于具有重症高危因素、病情进展较快的普通型，重型和危重型患者，无禁忌证情况下可给予治疗剂量的低分子肝素或普通肝素。发生血栓栓塞事件时，按照相应指南进行治疗。

#### (六) 俯卧位治疗。

具有重症高危因素、病情进展较快的普通型，重型和危重型患者，应当给予规范的俯卧位治疗，建议每天不少于 12



小时。

### （七）心理干预。

患者常存在紧张焦虑情绪，应当加强心理疏导，必要时辅以药物治疗。

### （八）重型、危重型支持治疗。

1. 治疗原则：在上述治疗的基础上，积极防治并发症，治疗基础疾病，预防继发感染，及时进行器官功能支持。

2. 呼吸支持：

#### （1）鼻导管或面罩吸氧

$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$  低于 300 mmHg 的重型患者均应立即给予氧疗。接受鼻导管或面罩吸氧后，短时间（1~2 小时）密切观察，若呼吸窘迫和（或）低氧血症无改善，应使用经鼻高流量氧疗（HFNC）或无创通气（NIV）。

#### （2）经鼻高流量氧疗或无创通气

$\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$  低于 200 mmHg 应给予经鼻高流量氧疗（HFNC）或无创通气（NIV）。接受 HFNC 或 NIV 的患者，无禁忌证的情况下，建议同时实施俯卧位通气，即清醒俯卧位通气，俯卧位治疗时间每天应大于 12 小时。

部分患者使用 HFNC 或 NIV 治疗的失败风险高，需要密切观察患者的症状和体征。若短时间（1~2 小时）治疗后病情无改善，特别是接受俯卧位治疗后，低氧血症仍无改善，或呼吸频数、潮气量过大或吸气努力过强等，往往提示 HFNC

或 NIV 治疗疗效不佳，应及时进行有创机械通气治疗。

### （3）有创机械通气

一般情况下， $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$  低于 150 mmHg，特别是吸气努力明显增强的患者，应考虑气管插管，实施有创机械通气。但鉴于重型、危重型患者低氧血症的临床表现不典型，不应单纯把  $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$  是否达标作为气管插管和有创机械通气的指征，而应结合患者的临床表现和器官功能情况实时进行评估。值得注意的是，延误气管插管，带来的危害可能更大。

早期恰当的有创机械通气治疗是危重型患者重要的治疗手段。实施肺保护性机械通气策略。对于中重度急性呼吸窘迫综合征患者，或有创机械通气  $\text{FiO}_2$  高于 50% 时，可采用肺复张治疗，并根据肺复张的反应性，决定是否反复实施肺复张手法。应注意部分新型冠状病毒肺炎患者肺可复张性较差，应避免过高的 PEEP 导致气压伤。

### （4）气道管理

加强气道湿化，建议采用主动加热湿化器，有条件的使用环路加热导丝保证湿化效果；建议使用密闭式吸痰，必要时气管镜吸痰；积极进行气道廓清治疗，如振动排痰、高频胸廓振荡、体位引流等；在氧合及血流动力学稳定的情况下，尽早开展被动及主动活动，促进痰液引流及肺康复。

### （5）体外膜肺氧合（ECMO）

ECMO 启动时机。在最优的机械通气条件下（ $\text{FiO}_2 \geq 80\%$ ，

潮气量为 6ml/kg 理想体重, PEEP  $\geq$  5cmH<sub>2</sub>O, 且无禁忌证), 且保护性通气和俯卧位通气效果不佳, 并符合以下之一, 应尽早考虑评估实施 ECMO:

- ① PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 50mmHg 超过 3 小时;
- ② PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> < 80mmHg 超过 6 小时;
- ③ 动脉血 pH < 7.25 且 PaCO<sub>2</sub> > 60mmHg 超过 6 小时, 且呼吸频率 > 35 次/分;
- ④ 呼吸频率 > 35 次/分时, 动脉血 pH < 7.2 且平台压 > 30cmH<sub>2</sub>O。

符合 ECMO 指征, 且无禁忌证的危重型患者, 应尽早启动 ECMO 治疗, 避免延误时机, 导致患者预后不良。

ECMO 模式选择。仅需呼吸支持时选用静脉-静脉方式 ECMO (VV-ECMO), 是最为常用的方式; 需呼吸和循环同时支持则选用静脉-动脉方式 ECMO (VA-ECMO); VA-ECMO 出现头臂部缺氧时可采用静脉-动脉-静脉方式 ECMO (VAV-ECMO)。实施 ECMO 后, 严格实施肺保护性肺通气策略。推荐初始设置: 潮气量 < 4~6ml/kg 理想体重, 平台压  $\leq$  25cmH<sub>2</sub>O, 驱动压 < 15cmH<sub>2</sub>O, PEEP 5~15cmH<sub>2</sub>O, 呼吸频率 4~10 次/分, FiO<sub>2</sub> < 50%。对于氧合功能难以维持或吸气努力强、双肺重力依赖区实变明显、或需气道分泌物引流的患者, 应积极俯卧位通气。

儿童心肺代偿能力较成人弱, 对缺氧更为敏感, 需要应

用比成人更积极的氧疗和通气支持策略，指征应适当放宽；不推荐常规应用肺复张。

3. 循环支持：危重型患者可合并休克，应在充分液体复苏的基础上，合理使用血管活性药物，密切监测患者血压、心率和尿量的变化，以及乳酸和碱剩余。必要时进行血流动力学监测。

4. 急性肾损伤和肾替代治疗：危重型患者可合并急性肾损伤，应积极寻找病因，如低灌注和药物等因素。在积极纠正病因的同时，注意维持水、电解质、酸碱平衡。连续性肾替代治疗（CRRT）的指征包括：①高钾血症；②严重酸中毒；③利尿剂无效的肺水肿或水负荷过多。

5. 儿童多系统炎症综合征（MIS-C）：治疗原则是多学科合作，尽早抗炎、纠正休克和出凝血功能障碍、脏器功能支持，必要时抗感染治疗。无休克者首选静脉用丙种球蛋白（IVIG），2g/kg，病情无好转时加用甲泼尼龙 1~2mg/kg/日或托珠单抗等强化治疗；合并休克者首选静脉用丙种球蛋白（IVIG）联合甲泼尼龙 1~2mg/kg/日；难治性重症患儿应用大剂甲泼尼龙冲击（10~30mg/kg/日）或加用托珠单抗等免疫治疗。

6. 重型或危重型妊娠患者：应多学科评估继续妊娠的风险，必要时终止妊娠，剖宫产为首选。

7. 营养支持：应加强营养风险评估，首选肠内营养，保

证热量 25~30 千卡/kg/日、蛋白质 >1.2g/kg/日摄入，必要时加用肠外营养。可使用肠道微生态调节剂，维持肠道微生态平衡，预防继发细菌感染。

### （九）中医治疗。

本病属于中医“疫”病范畴，病因为感受“疫戾”之气，各地可根据病情、证候及气候等情况，参照下列方案进行辨证论治。涉及到超药典剂量，应当在医师指导下使用。

#### 1. 医学观察期

**临床表现 1：**乏力伴胃肠不适

**推荐中成药：**藿香正气胶囊（丸、水、口服液）

**临床表现 2：**乏力伴发热

**推荐中成药：**金花清感颗粒、连花清瘟胶囊（颗粒）、疏风解毒胶囊（颗粒）

#### 2. 临床治疗期（确诊病例）

##### 2.1 清肺排毒汤、清肺排毒颗粒

**适用范围：**结合多地医生临床观察，适用于轻型、普通型、重型患者，在危重型患者救治中可结合患者实际情况合理使用。

**基础方剂：**麻黄 9g、炙甘草 6g、杏仁 9g、生石膏 15~30g（先煎）、桂枝 9g、泽泻 9g、猪苓 9g、白术 9g、茯苓 15g、柴胡 16g、黄芩 6g、姜半夏 9g、生姜 9g、紫菀 9g、冬花 9g、射干 9g、细辛 6g、山药 12g、枳实 6g、陈皮 6g、藿香 9g。



**服法：**传统中药饮片，水煎服。每天一付，早晚各一次（饭后四十分钟），温服，三付一个疗程。

如有条件，每次服完药可加服大米汤半碗，舌干津液亏虚者可多服至一碗。（注：如患者不发热则生石膏的用量要小，发热或壮热可加大生石膏用量）。若症状好转而未痊愈则服用第二个疗程，若患者有特殊情况或其他基础病，第二疗程可以根据实际情况修改处方，症状消失则停药。

**清肺排毒颗粒服法：**开水冲服，一次2袋，一日2次。疗程3~6天。

## 2.2 轻型

### (1) 寒湿郁肺证

**临床表现：**发热，乏力，周身酸痛，咳嗽，咯痰，胸闷憋气，纳呆，恶心，呕吐，腹泻或大便粘腻不爽。舌质淡胖齿痕或淡红，苔白厚腻或腐腻，脉濡或滑。

**推荐处方：**寒湿疫方

**基础方剂：**生麻黄6g、生石膏15g、杏仁9g、羌活15g、葶苈子15g、贯众9g、地龙15g、徐长卿15g、藿香15g、佩兰9g、苍术15g、云苓45g、生白术30g、焦三仙各9g、厚朴15g、焦槟榔9g、煨草果9g、生姜15g。

**服法：**每日1剂，水煎600ml，分3次服用，早中晚各1次，饭前服用。

寒湿疫方亦适用于普通型患者。

## (2) 湿热蕴肺证

**临床表现：**低热或不发热，微恶寒，乏力，头身困重，肌肉酸痛，干咳痰少，咽痛，口干不欲多饮，或伴有胸闷脘痞，无汗或汗出不畅，或见呕恶纳呆，便溏或大便粘滞不爽。舌淡红，苔白厚腻或薄黄，脉滑数或濡。

**推荐处方：**槟榔 10g、草果 10g、厚朴 10g、知母 10g、黄芩 10g、柴胡 10g、赤芍 10g、连翘 15g、青蒿 10g(后下)、苍术 10g、大青叶 10g、生甘草 5g。

**服法：**每日 1 剂，水煎 400ml，分 2 次服用，早晚各 1 次。

**推荐中成药：**金花清感颗粒、连花清瘟胶囊（颗粒）

**金花清感颗粒服法：**开水冲服，一次 1~2 袋，一日 3 次。疗程 5~7 天。

**连花清瘟颗粒服法：**口服。一次 1 袋，一日 3 次。疗程 7~10 天。

**连花清瘟胶囊服法：**口服。一次 4 粒，一日 3 次。

**针灸治疗推荐穴位：**合谷、后溪、阴陵泉、太溪、肺俞、脾俞。针刺方法：每次选择 3 个穴位，针刺采用平补平泻法，得气为度，留针 30 分钟，每日一次。

## 2.3 普通型

### (1) 湿毒郁肺证

**临床表现：**发热，咳嗽痰少，或有黄痰，憋闷气促，腹

胀，便秘不畅。舌质暗红，舌体胖，苔黄腻或黄燥，脉滑数或弦滑。

**推荐处方：**宣肺败毒方

**基础方剂：**麻黄 6g、炒苦杏仁 15g、生石膏 30g、薏苡仁 30g、麸炒苍术 10g、广藿香 15g、青蒿 12g、虎杖 20g、马鞭草 30g、芦根 30g、葶苈子 15g、化橘红 15g、甘草 10g。

**服法：**每日 1 剂，水煎 400ml，分 2 次服用，早晚各 1 次。

**推荐中成药：**宣肺败毒颗粒

**服法：**开水冲服，一次 1 袋，每日 2 次。疗程 7~14 天，或遵医嘱。

## (2) 寒湿阻肺证

**临床表现：**低热，身热不扬，或未热，干咳，少痰，倦怠乏力，胸闷，脘痞，或呕恶，便溏。舌质淡或淡红，苔白或白腻，脉濡。

**推荐处方：**苍术 15g、陈皮 10g、厚朴 10g、藿香 10g、草果 6g、生麻黄 6g、羌活 10g、生姜 10g、槟榔 10g。

**服法：**每日 1 剂，水煎 400ml，分 2 次服用，早晚各 1 次。

## (3) 疫毒夹燥证

**临床表现：**恶寒，发热，肌肉酸痛，流涕，干咳，咽痛，咽痒，口干、咽干，便秘，舌淡、少津，苔薄白或干，脉浮

紧。

**推荐处方：**宣肺润燥解毒方

**基础方剂：**麻黄 6g、杏仁 10g、柴胡 12g、沙参 15g、麦冬 15g、玄参 15g、白芷 10g、羌活 15g、升麻 8g、桑叶 15g、黄芩 10g、桑白皮 15g、生石膏 20g。

**服法：**每日 1 剂，水煎 400ml，分 2 次服用，早晚各 1 次。

**推荐中成药：**金花清感颗粒、连花清瘟胶囊（颗粒）

**金花清感颗粒服法：**开水冲服，一次 1~2 袋，一日 3 次。疗程 5~7 天。

**连花清瘟颗粒服法：**口服。一次 1 袋，一日 3 次。疗程 7~10 天。

**连花清瘟胶囊服法：**口服。一次 4 粒，一日 3 次。

**针灸治疗推荐穴位：**内关、孔最、曲池、气海、阴陵泉、中脘。针刺方法：每次选择 3 个穴位，针刺采用平补平泻法，得气为度，留针 30 分钟，每日一次。

## 2.4 重型

### (1) 疫毒闭肺证

**临床表现：**发热面红，咳嗽，痰黄粘少，或痰中带血，喘憋气促，疲乏倦怠，口干苦粘，恶心不食，大便不畅，小便短赤。舌红，苔黄腻，脉滑数。

**推荐处方：**化湿败毒方

**基础方剂：**生麻黄 6g、杏仁 9g、生石膏 15g、甘草 3g、藿香 10g（后下）、厚朴 10g、苍术 15g、草果 10g、法半夏 9g、茯苓 15g、生大黄 5g（后下）、生黄芪 10g、葶苈子 10g、赤芍 10g。

**服法：**每日 1~2 剂，水煎服，每次 100ml~200ml，一日 2~4 次，口服或鼻饲。

**推荐中成药：**化湿败毒颗粒

**服法：**开水冲服，一次 2 袋，一日 2 次；或遵医嘱。

## （2）气营两燔证

**临床表现：**大热烦渴，喘憋气促，谵语神昏，视物错謬，或发斑疹，或吐血、衄血，或四肢抽搐。舌绛少苔或无苔，脉沉细数，或浮大而数。

**推荐处方：**生石膏 30~60g（先煎）、知母 30g、生地 30~60g、水牛角 30g（先煎）、赤芍 30g、玄参 30g、连翘 15g、丹皮 15g、黄连 6g、竹叶 12g、葶苈子 15g、生甘草 6g。

**服法：**每日 1 剂，水煎服，先煎石膏、水牛角后下诸药，每次 100ml~200ml，每日 2~4 次，口服或鼻饲。

**推荐中成药：**喜炎平注射液、血必净注射液、热毒宁注射液、痰热清注射液、醒脑静注射液。功效相近的药物根据个体情况可选择一种，也可根据临床症状联合使用两种。中药注射剂可与中药汤剂联合使用。

**针灸治疗推荐穴位：**大椎、肺俞、脾俞、太溪、列缺、



太冲。针刺方法：每次选择3~5个穴位，背俞穴与肢体穴位相结合，针刺平补平泻，留针30分钟，每日一次。

## 2.5 危重型

### 内闭外脱证

**临床表现：**呼吸困难、动辄气喘或需要机械通气，伴神昏，烦躁，汗出肢冷，舌质紫暗，苔厚腻或燥，脉浮大无根。

**推荐处方：**人参15g、黑顺片10g（先煎）、山茱萸15g，送服苏合香丸或安宫牛黄丸。

出现机械通气伴腹胀便秘或大便不畅者，可用生大黄5~10g。出现人机不同步情况，在镇静和肌松剂使用的情况下，可用生大黄5~10g和芒硝5~10g。

**推荐中成药：**血必净注射液、热毒宁注射液、痰热清注射液、醒脑静注射液、参附注射液、生脉注射液、参麦注射液。功效相近的药物根据个体情况可选择一种，也可根据临床症状联合使用两种。中药注射剂可与中药汤剂联合使用。

### 注：重型和危重型中药注射剂推荐用法

中药注射剂的使用遵照药品说明书从小剂量开始、逐步辨证调整的原则，推荐用法如下：

**病毒感染或合并轻度细菌感染：**0.9%氯化钠注射液250ml加喜炎平注射液100mg，一日2次，或0.9%氯化钠注射液250ml加热毒宁注射液20ml，或0.9%氯化钠注射液250ml加痰热清注射液40ml，一日2次。

**高热伴意识障碍：**0.9%氯化钠注射液 250ml 加醒脑静注射液 20ml，一日 2 次。

**全身炎症反应综合征或/和多脏器功能衰竭：**0.9%氯化钠注射液 250ml 加血必净注射液 100ml，一日 2 次。

**免疫调节：**葡萄糖注射液 250ml 加参麦注射液 100ml 或生脉注射液 20~60ml，一日 2 次。

**针灸治疗推荐穴位：**太溪、膻中、关元、百会、足三里、素髀。针刺方法：选以上穴位，针刺平补平泻，留针 30 分钟，每日一次。

## 2.6 恢复期

### (1) 肺脾气虚证

**临床表现：**气短，倦怠乏力，纳差呕恶，痞满，大便无力，便溏不爽。舌淡胖，苔白腻。

**推荐处方：**法半夏 9g、陈皮 10g、党参 15g、炙黄芪 30g、炒白术 10g、茯苓 15g、藿香 10g、砂仁 6g（后下）、甘草 6g。

**服法：**每日 1 剂，水煎 400ml，分 2 次服用，早晚各 1 次。

### (2) 气阴两虚证

**临床表现：**乏力，气短，口干，口渴，心悸，汗多，纳差，低热或不热，干咳少痰。舌干少津，脉细或虚无力。

**推荐处方：**南北沙参各 10g、麦冬 15g、西洋参 6g，五味子 6g、生石膏 15g、淡竹叶 10g、桑叶 10g、芦根 15g、丹

参 15g、生甘草 6g。

**服法：**每日 1 剂，水煎 400ml，分 2 次服用，早晚各 1 次。

**针灸治疗推荐穴位：**足三里（艾灸）、百会、太溪。针刺方法：选以上穴位，针刺平补平泻，留针 30 分钟，每日一次。隔物灸贴取穴：大椎、肺俞、脾俞、孔最、每次贴敷 40 分钟，每日一次。

### 3. 儿童中药治疗

儿童患者的中医证候特点、核心病机与成人基本一致，治疗参照成人中医治疗方案，结合儿童患者临床症候和小儿生理特点，辨证酌量使用。可选择儿童适用中成药辨证使用。

#### （十）早期康复。

重视患者早期康复介入，针对新型冠状病毒肺炎患者呼吸功能、躯体功能以及心理障碍，积极开展康复训练和干预，尽最大可能恢复体能、体质和免疫能力。

## 十二、护理

根据患者病情，明确护理重点并做好基础护理。重症患者密切观察患者生命体征和意识状态，重点监测血氧饱和度。危重症患者 24 小时持续心电监测，每小时测量患者的心率、呼吸频率、血压、血氧饱和度（SpO<sub>2</sub>），每 4 小时测量并记录体温。合理、正确使用静脉通路，并保持各类管路通畅，妥善固定。卧床患者定时变更体位，预防压力性损伤。按护

理规范做好无创机械通气、有创机械通气、人工气道、俯卧位通气、镇静镇痛、ECMO 治疗的护理。特别注意患者口腔护理和液体出入量管理，有创机械通气患者防止误吸。清醒患者及时评估心理状况，做好心理护理。

### 十三、解除隔离管理、出院标准及解除隔离管理、出院后注意事项

#### （一）解除隔离管理标准。

轻型病例连续两次新型冠状病毒核酸检测 N 基因和 ORF 基因 Ct 值均  $\geq 35$ （荧光定量 PCR 方法，界限值为 40，采样时间至少间隔 24 小时），或连续两次新型冠状病毒核酸检测阴性（荧光定量 PCR 方法，界限值低于 35，采样时间至少间隔 24 小时），可解除隔离管理。

#### （二）出院标准。

1. 体温恢复正常 3 天以上；
2. 呼吸道症状明显好转；
3. 肺部影像学显示急性渗出性病变明显改善；
4. 连续两次新型冠状病毒核酸检测 N 基因和 ORF 基因 Ct 值均  $\geq 35$ （荧光定量 PCR 方法，界限值为 40，采样时间至少间隔 24 小时），或连续两次新型冠状病毒核酸检测阴性（荧光定量 PCR 方法，界限值低于 35，采样时间至少间隔 24 小时）。

满足以上条件者可出院。

### **（三）解除隔离管理、出院后注意事项。**

解除隔离管理或出院后继续进行7天居家健康监测，佩戴口罩，有条件的居住在通风良好的单人房间，减少与家人的近距离密切接触，分餐饮食，做好手卫生，避免外出活动。

## **十四、转运原则**

按照国务院应对新型冠状病毒肺炎疫情联防联控机制医疗救治组印发的《新型冠状病毒感染者转运工作方案（第二版）》执行。

## **十五、医疗机构内感染预防与控制**

严格按照国家卫生健康委印发的《医疗机构内新型冠状病毒感染预防与控制技术指南（第三版）》的要求执行。

## **十六、预防**

### **（一）新型冠状病毒疫苗接种。**

接种新型冠状病毒疫苗可以减少新型冠状病毒感染和发病，是降低重症和死亡发生率的有效手段，符合接种条件者均应接种。符合加强免疫条件的接种对象，应及时进行加强免疫接种。

### **（二）一般预防措施。**

保持良好的个人及环境卫生，均衡营养、适量运动、充足休息，避免过度疲劳。提高健康素养，养成“一米线”、勤洗手、戴口罩、公筷制等卫生习惯和生活方式，打喷嚏或咳嗽时应掩住口鼻。保持室内通风良好，科学做好个人防护，



出现呼吸道症状时应及时到发热门诊就医。近期去过高风险地区或与新型冠状病毒感染者有接触史的，应主动进行新型冠状病毒核酸检测。

# 基层医疗卫生机构新冠病毒抗原检测 基本要求及流程

## 一、技术人员基本要求

(一) 采样人员。从事新冠病毒抗原（以下简称抗原）检测标本采集的技术人员应当经过生物安全培训合格，熟悉标本种类和采集方法，熟练掌握标本采集操作流程及注意事项，做好标本信息的记录，确保标本质量符合要求、标本及相关信息可追溯。

(二) 检测人员。检测技术人员应当具备相关资质，人员数量应当与所开展检测项目及标本量相适宜，以保证及时、熟练地进行实验和报告结果，保证结果的准确性。

## 二、标本采集基本要求

### (一) 基本原则。

1.基层医疗卫生机构的检测能力应当与门急诊就诊人次、住院人次等诊疗量相匹配，避免采集数量明显超出检测能力导致的标本积压、标本失效、检测结果反馈迟缓等问题。

2.基层医疗卫生机构在采集标本时，要根据不同采集对象设置不同的采样区域，将发热患者与其他人群分区采样，避免可能的交叉感染。

(二) 采样点设置。基层医疗卫生机构设置抗原采样点应当遵循安全、科学、便民的原则。采样点应当为独立空间，

具备通风条件，内部划分相应的清洁区和污染区，配备手卫生设施或装置。采样点需设立清晰的指引标识，并明确采样流程和注意事项。设置独立的等候区域，尽可能保证人员单向流动，落实“1米线”间隔要求，严控人员密度。

（三）人员配置及防护要求。每个采样点应当配备 1-2 名采样人员。合理安排采样人员轮替，原则上每 2-4 小时轮岗休息 1 次。采样人员防护装备要求与新冠核酸检测采样相同，戴双层乳胶手套，手套被污染时，及时更换外层乳胶手套。每采一人应当进行严格手消毒或更换手套。

（四）采样流程。基层医疗卫生机构应当建立抗原检测采样操作流程制度，根据采样对象类别确定具体采样流程，包括预约、缴费、信息核对、采样、送检、报告发放等。应当利用条码扫描等信息化手段采集受检者信息。标本采集前，采样人员应当对受检者身份信息进行核对，并在公共区域以信息公告形式告知检测报告的发放时限和发放方式。每个标本应当至少记录以下信息：1.受检者（患者）姓名、身份证号、居住地址、联系方式；2.采样单位名称、标本编号，标本采集的日期、时间、采集部位、类型、数量等。

（五）采集方法。根据使用的试剂说明书要求选择采集标本类型。

1.鼻咽拭子。采样人员一手轻扶被采集人员的头部，一手执拭子贴鼻孔进入，沿下鼻道的底部向后缓缓深入，由于鼻道呈弧形，不可用力过猛，以免发生外伤出血。待拭子顶

端到达鼻咽腔后壁时，轻轻旋转一周（如遇反射性咳嗽，应停留片刻），然后缓缓取出拭子，将拭子头浸入与检测试纸条配套的含保存液的采样容器中。

2.口咽拭子。被采集人员头部微仰，嘴张大，并发“啊”音，露出两侧咽扁桃体，将拭子越过舌根，在被采集者两侧咽扁桃体稍微用力来回擦拭至少3次，然后再在咽后壁上下擦拭至少3次，将拭子头浸入检测试纸条配套的含保存液的采样容器中。

3.鼻腔拭子。被采集人员先用卫生纸擤去鼻涕，随后头部微仰。采样人员一手轻扶被采集人员的头部，一手执拭子贴一侧鼻孔进入，沿下鼻道的底部向后缓缓深入1-1.5厘米后贴鼻腔旋转至少4圈（停留时间不少于15秒），随后使用同一拭子对另一鼻腔内重复相同操作。缓缓取出拭子后，将拭子头浸入检测试纸条配套的含保存液的采样容器中。

### 三、标本管理基本要求

（一）标本包装。标本采集后，通常应即时进行检测，如不能即时检测，则应在采样容器外注明标本编号、种类、姓名及采样日期。将密闭后的含有标本的容器放入大小合适的塑料袋内密封，每袋装一份标本。

（二）标本检测。标本采集后室温放置不超过4小时，应在采样后尽快进行检测。标本检测人员的个人防护要求与核酸检测相同。

(三) 标本保存。用于抗原检测的标本应当尽快进行检测；检测前，可暂存于 4℃冰箱，保存时间遵循试剂说明书。

#### 四、检测基本要求

(一) 场所要求。检测操作宜在相对独立且通风良好的空间内进行；基层医疗卫生机构具备实验室条件的，鼓励在实验室内进行检测操作。

(二) 主要仪器设备。应当配备与开展检验项目相适宜的仪器设备，如生物安全柜、保存试剂和标本的冰箱、不间断电源（UPS）或备用电源等。

(三) 检测。接到标本后，应当在生物安全柜内对标本进行清点核对。按照标准操作程序进行试剂准备、标本前处理、标本检测、结果分析及报告。

1.试剂准备。应当选择国家药品监督管理部门批准的抗原检测试剂。

2.标本前处理。检测前需充分混匀。

3.标本检测。在生物安全柜内打开标本采集管进行加样，完成检测后的检测卡或反应板直接放于垃圾袋中，封好袋口，进行压力蒸汽灭菌处理后随其他医疗废物一起转运进行销毁处理。

#### 五、检测结果反馈基本要求

(一) 报告时限。如结果为阴性，即向患者出具阴性报告；如结果为阳性，即按规定的流程即时上报。

(二) 检测报告发放。可采用纸质、快递、网络或信息化系统等多种形式，发放抗原检测报告，并注意保护个人隐私。

## 六、抗原检测安全管理

抗原检测的生物安全相关管理与新冠核酸检测相同。

## 七、抗原检测信息化管理

基层医疗卫生机构应当在卫生健康行政部门统筹下，做好标本采集、抗原检测、检测报告的信息对接工作。建立统一的信息采集扫码程序，信息应至少包括姓名、性别、年龄、身份证号、联系电话，做到标本采集的个人信息与卫生医疗机构信息系统顺利对接，各医疗卫生机构之间应做到信息互通、互采、互认。



# 新冠病毒抗原自测基本要求及流程

## 一、新冠病毒抗原自测基本要求

(一) 基本原则。新冠病毒抗原（以下简称抗原）自测适用于隔离观察人员和社区居民。其中，居家隔离、密接和次密接、入境隔离观察、封控区和管控区内的人员，应当在相关管理部门的组织管理下进行抗原自测。

(二) 自测须知。抗原检测一般用于急性感染期，即疑似人群出现症状 7 天之内的样本检测。疑似人群抗原阳性及阴性结果均应当进行进一步的核酸检测，阳性结果可用于对疑似人群的早期分流和快速管理，但不能作为新冠病毒感染的确诊依据。选用的抗原检测试剂须经过国家药品监督管理部门批准。

## 二、抗原自测操作流程

### (一) 抗原自测前准备。

- 1.洗手。使用流动清水或手部消毒液清洗双手。
- 2.了解检测流程。仔细阅读抗原自测试剂配套说明书及抗原自测相关注意事项。
- 3.试剂准备。检查抗原自测试剂是否在保质期内，检查鼻拭子、采样管、检测卡等内容物是否有缺失或破损。如试剂过期或试剂内容物缺失、破损应及时更换检测试剂。
- 4.确认检测对环境温湿度要求。胶体金试纸条检测一般要求在 14℃-30℃常温条件下，避免过冷、过热或过度潮湿

环境导致检测结果异常。抗原检测卡拆除包装后置于平坦、清洁处。

## (二) 样本采集。

1. 年龄 14 岁以上的，可自行进行鼻腔拭子采样。自检者先用卫生纸擤去鼻涕。小心拆开鼻拭子外包装，避免手部接触拭子头。随后头部微仰，一手执拭子尾部贴一侧鼻孔进入，沿下鼻道的底部向后缓缓深入 1-1.5 厘米后贴鼻腔旋转至少 4 圈（停留时间不少于 15 秒），随后使用同一拭子对另一鼻腔重复相同操作。如下图所示。

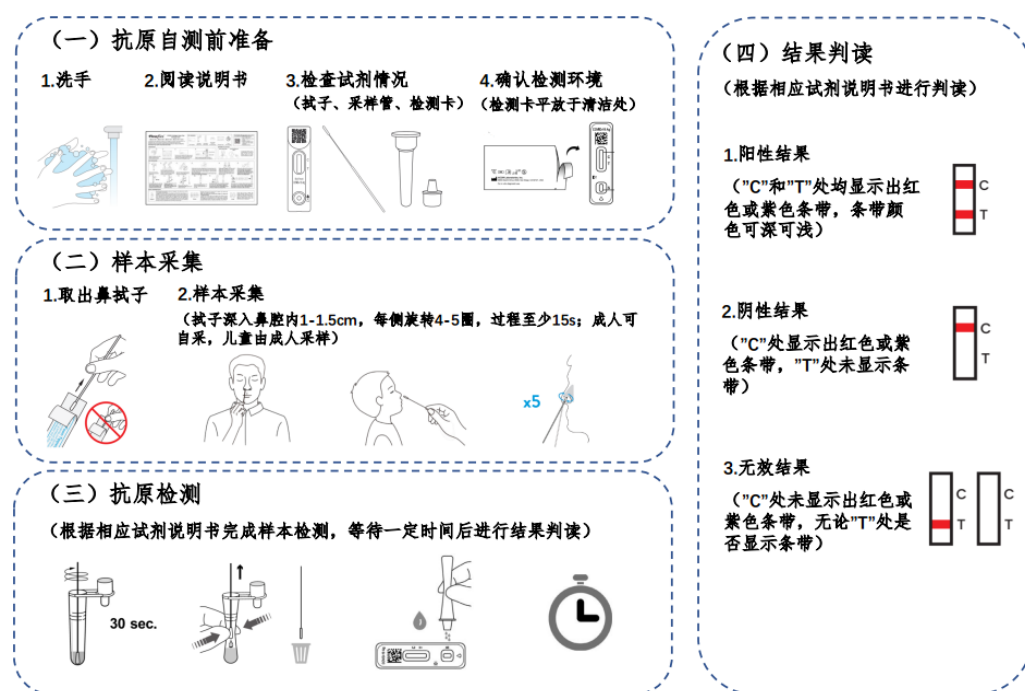


图 抗原自测流程示意图（具体参照特定试剂盒说明书）

2. 年龄 2-14 岁自检者应由其他成人代为采样。采样时，先用卫生纸擤去鼻涕，随后头部微仰。采样人员小心拆开鼻

拭子外包装, 手部避免接触拭子头, 一手轻扶被采集人员的头部, 一手执拭子贴一侧鼻孔进入, 沿下鼻道的底部向后缓缓深入 1 厘米后贴鼻腔旋转至少 4 圈(停留时间不少于 15 秒), 随后使用同一拭子对另一鼻腔重复相同操作。

### (三) 抗原检测。

1.根据试剂说明书, 将采集样本后的鼻拭子立即置于采样管中, 拭子头应在保存液中旋转混匀至少 30 秒, 同时用手隔着采样管外壁挤压拭子头至少 5 次, 确保样本充分洗脱于采样管中。

2.用手隔着采样管外壁将拭子头液体挤干后, 将拭子弃去。采样管盖盖后, 将液体垂直滴入检测卡样本孔中。

3.根据试剂说明书, 等待一定时间后进行结果判读。

阳性结果: “C” 和 “T” 处均显示出红色或紫色条带, “T” 处条带颜色可深可浅, 均为阳性结果。

阴性结果: “C” 处显示出红色或紫色条带, “T” 处未显示条带。

无效结果: “C” 处未显示出红色或紫色条带, 无论 “T” 处是否显示条带。结果无效, 需重新取试纸条重测。

### (四) 废弃物处理。

1.隔离观察人员。检测结果不论阴性还是阳性, 所有使用后的采样拭子、采样管、检测卡等装入密封袋由管理人员参照医疗废物或按程序处理。

2.社区居民。检测结果阴性的，使用后的所有鼻拭子、采样管、检测卡等装入密封袋中后作为一般垃圾处理；检测结果阳性的，在人员转运时一并交由医疗机构按照医疗废物处理。

# 国家卫生健康委药事管理与药物治疗学 委员会名单

(按姓氏笔画排序)

## 一、顾问

- 宁 光 国家代谢性疾病临床医学研究中心  
尚 红 国家医学检验临床医学研究中心  
赵玉沛 北京协和医院  
钟南山 国家呼吸医学中心  
高润霖 国家心血管病中心  
蒋建东 中国医学科学院  
赫 捷 国家癌症中心

## 二、主任委员

- 张抒扬 北京协和医院

## 三、副主任委员

- 史录文 北京大学药学院  
李为民 四川大学华西医院  
郑军华 上海交通大学医学院附属仁济医院  
倪 鑫 首都医科大学附属北京儿童医院  
甄健存 北京积水潭医院  
颜 青 国家卫生健康委医院管理研究所

## 四、委员

## （一）临床医学组

- 于凯江 哈尔滨医科大学附属第一医院
- 万 军 武汉大学人民医院
- 马小军 北京协和医院
- 马晓春 中国医科大学附属第一医院
- 王行环 武汉大学中南医院
- 王贵强 北京大学第一医院
- 文飞球 深圳市儿童医院
- 方力争 浙江大学医学院附属邵逸夫医院
- 石远凯 中国医学科学院肿瘤医院
- 冉献贵 阜阳市人民医院
- 毕宇芳 上海交通大学医学院附属瑞金医院
- 吕传柱 海南医学院第一附属医院
- 朱鹏立 福建省立医院
- 刘 薇 天津市儿童医院
- 杜兆辉 上海市浦东新区上钢社区卫生服务中心
- 李小兵 重庆市精神卫生中心
- 李桂梅 山东省立医院
- 肖永红 浙江大学医学院附属第一医院
- 吴一龙 广东省人民医院
- 余昌胤 遵义医科大学附属医院
- 沈 琳 北京大学肿瘤医院

张 伟 南昌大学第一附属医院  
陆前进 中国医学科学院皮肤病医院  
陈江华 浙江大学医学院附属第一医院  
岳寿伟 山东大学齐鲁医院  
赵增仁 河北医科大学第一医院  
胡必杰 复旦大学附属中山医院  
顾 民 南京医科大学第二附属医院  
党爱民 中国医学科学院阜外医院  
黄宇光 北京协和医院  
黄国英 复旦大学附属儿科医院  
黄晓军 北京大学人民医院  
龚四堂 广州市妇女儿童医疗中心  
董 强 复旦大学附属华山医院  
程剑剑 河南省人民医院

## （二）临床药学组

丁玉峰 华中科技大学同济医学院附属同济医院  
于 倩 吉林大学中日联谊医院  
于鲁海 新疆维吾尔自治区人民医院  
王亚峰 青海省人民医院  
王晓玲 首都医科大学附属北京儿童医院  
尹 桃 中南大学湘雅医院  
卢晓阳 浙江大学医学院附属第一医院



伍俊妍 中山大学孙逸仙纪念医院  
刘丽宏 中日友好医院  
刘茂柏 福建医科大学附属协和医院  
刘滔滔 广西医科大学第一附属医院  
李国辉 中国医学科学院肿瘤医院  
吴 晖 昆明医科大学第一附属医院  
旷南岳 新疆生产建设兵团医院  
张 玉 华中科技大学同济医学院附属协和医院  
张 波 北京协和医院  
张文周 河南省肿瘤医院  
张抗怀 西安交通大学第二附属医院  
张志清 河北医科大学第二医院  
陈 楠 郑州人民医院  
泽 碧 西藏自治区人民医院  
封宇飞 北京大学人民医院  
赵志刚 首都医科大学附属北京天坛医院  
赵荣生 北京大学第三医院  
胡 欣 北京医院  
胡建新 江西省人民医院  
俞淑文 山东大学齐鲁医院  
黄品芳 福建医科大学附属第一医院  
葛卫红 南京鼓楼医院

董亚琳 西安交通大学第一附属医院

熊爱珍 南昌大学第二附属医院

### (三) 药事管理组

王春革 天津市眼科医院

吕富荣 重庆医科大学附属第一医院

刘世坤 中南大学湘雅三医院

杜 光 华中科技大学同济医学院附属同济医院

杨宏昕 内蒙古自治区人民医院

吴玉波 哈尔滨医科大学附属第四医院

宋燕青 吉林大学第一医院

张伶俐 四川大学华西第二医院

张幸国 宁波市北仑区人民医院

张晓坚 郑州大学第一附属医院

张淑慧 河北省人民医院

陈 孝 中山大学附属第一医院

陈晓宇 广西壮族自治区人民医院

钟明康 复旦大学附属华山医院

侯锐钢 山西医科大学第二医院

姜 玲 安徽省立医院

费广鹤 安徽医科大学第一附属医院

贾乐川 宁夏医科大学总医院

葛 斌 甘肃省人民医院

童荣生 四川省人民医院

缪丽燕 苏州大学附属第一医院

#### (四) 政策研究组

丁锦希 中国药科大学

付 强 国家卫生健康委卫生发展研究中心

孙利华 沈阳药科大学

李思进 山西医科大学第一医院

林丽开 武汉大学医院管理研究所

岳小林 首都医科大学宣武医院

徐英春 北京协和医院

崔一民 北京大学医学部

翟晓辉 国家卫生健康委医疗管理服务指导中心

## 2022 年国家医疗质量安全改进目标

- 目标一 提高急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗率
- 目标二 提高急性脑梗死再灌注治疗率
- 目标三 提高肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率
- 目标四 提高住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率
- 目标五 提高静脉血栓栓塞症规范预防率
- 目标六 提高感染性休克集束化治疗完成率
- 目标七 提高医疗质量安全不良事件报告率
- 目标八 降低非计划重返手术室再手术率
- 目标九 降低住院患者静脉输液使用率
- 目标十 降低阴道分娩并发症发生率

## 目标一 提高急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗率 (NIT-2022-1)

### (一) 目标简述

急性心肌梗死是导致我国居民死亡的首要病种，提高急性 ST 段抬高型心肌梗死（STEMI）患者再灌注治疗率对降低急性 STEMI 患者的致残率及死亡率、改善患者生活质量、减轻社会和家庭负担具有重要意义。急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗，是指对发病 12 小时内的急性 STEMI 患者给予经皮冠状动脉介入治疗（PCI）或静脉溶栓治疗，首选 PCI 治疗。

### (二) 核心策略

1. 医疗机构建立由心内科、急诊科、检验、护理、影像等相关部门组成的急性 STEMI 患者再灌注治疗技术团队，并指定牵头部门。

2. 医疗机构制订符合本机构实际的急性 STEMI 患者急救方案及标准化操作流程，进行院内再灌注治疗规范化培训。保障医务人员随时到位，保障药品、设备、设施处于可用状态。

3. 不具备 PCI 能力的医疗机构，要建立本机构急性 STEMI 患者急救转诊方案及流程，确保可以及早启动转运 PCI、院内溶栓加转运 PCI 的早期再灌注治疗，并完善前期准备。

4. 医疗机构建立急性 STEMI 患者再灌注治疗率的监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程

序，按季度进行本机构数据分析、反馈，建立激励约束机制。

5. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

## **目标二 提高急性脑梗死再灌注治疗率（NIT-2022-II）**

### **（一）目标简述**

脑梗死在我国二级以上医院住院患者疾病诊断数量中位居首位，也是导致我国居民死亡的前3位病种之一。提高急性脑梗死再灌注治疗率有助于降低急性脑梗死患者的致残率及死亡率，改善患者生活质量，减轻社会和家庭负担。急性脑梗死再灌注治疗，是指对发病6小时内的急性脑梗死患者给予静脉溶栓治疗和（或）血管内治疗。

### **（二）核心策略**

1. 医疗机构建立由急诊科、神经内科、神经外科、影像、检验、护理等相关部门组成的急性脑梗死患者再灌注治疗技术团队，并指定牵头部门。

2. 医疗机构制订符合本机构实际的急性脑梗死患者急救方案及标准化操作流程，进行院内再灌注治疗规范化培训。保障医务人员随时到位，保障药品、设备、设施处于可用状态。

3. 不具备再灌注治疗能力的医疗机构，要建立本机构急性脑梗死患者急救转诊方案及流程，尽可能完成“一小时急救圈”内转诊。

4. 医疗机构建立急性脑梗死患者再灌注治疗率的监测及

评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度进行本机构数据分析、反馈，建立激励约束机制。

5. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

### **目标三 提高肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率(NIT-2022-III)**

#### **(一) 目标简述**

恶性肿瘤在我国位于居民死因排序首位。全面科学评估肿瘤患者病情，是肿瘤规范化治疗的基础。提高肿瘤患者治疗前完成临床 TNM 分期评估的比例可以提高肿瘤患者诊疗方案的科学性、合理性，提升肿瘤患者诊疗效果和生存率。

#### **(二) 核心策略**

1. 医疗机构成立由医务、病案、肿瘤、影像及其他临床科室组成的专项工作小组，加强本机构肿瘤疾病诊疗规范化管理，定期进行相关工作的培训与再教育。

2. 医疗机构重点加强非肿瘤专业临床科室诊疗肿瘤疾病的管理，对肿瘤患者(特别是初诊患者)采取多学科协作诊疗。

3. 建立本机构肿瘤单病种诊疗的监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度、分科室进行数据分析、反馈，并将目标改进情况纳入绩效管理，建立激励约束机制。

4. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。



## 目标四 提高住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率 (NIT-2022-IV)

### (一) 目标简述

当前，全球普遍关注抗菌药物临床使用问题。提高抗菌药物治疗前病原学送检率（尤其是限制使用级以上抗菌药物），提高无菌性样本送检比例，可以有效提高抗菌药物使用的科学性和规范性，对遏制细菌耐药、提升治疗效果和保障人民群众健康权益具有重要意义。病原学检验项目包括：细菌培养、真菌培养；降钙素原检测、白介素-6检测、真菌 1-3-β-D 葡聚糖检测（G 试验）等。

### (二) 核心策略

1. 医疗机构在按照《抗菌药物临床应用管理办法》完善管理组织架构的基础上，成立由医务、药学、临床科室、检验、院感、护理等部门组成的专项工作小组。

2. 医疗机构根据实际情况制订本机构抗菌药物治疗性用药前病原学送检制度与监管程序，并在机构内部定期进行相关工作的培训与再教育。

3. 医疗机构建立治疗性应用抗菌药物前病原学送检情况监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度、分科室进行本机构数据分析、反馈，并将目标改进情况纳入绩效管理，建立激励约束机制。

4. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实

现该目标的因素，提出改进措施并落实。

## 目标五 提高静脉血栓栓塞症规范预防率（NIT-2022-V）

### （一）目标简述

静脉血栓栓塞症（VTE）包括深静脉血栓形成（DVT）和肺血栓栓塞症（PTE），是导致患者非预期死亡的重要原因之一，严重危害患者安全。提高 VTE 规范预防率，实现 VTE 的早期干预，可以有效降低 VTE 的发生率、致残率及致死率。采取 VTE 规范预防措施，是指患者住院期间接受 VTE 风险与出血风险评估，并根据评估情况按照有关临床指南规范给予预防措施，包括药物预防、机械预防等。

### （二）核心策略

1. 医疗机构进行院内 VTE 防治体系建设，成立由医务、临床科室、护理等部门组成的 VTE 管理团队，完善 VTE 防治工作制度和机制，开展规范化 VTE 风险评估和出血风险评估。

2. 建立急危重症患者 VTE 处理的应急预案，建立 VTE 相关的患者会诊与转诊机制等。

3. 医疗机构内部加强 VTE 相关教育培训工作，建立 VTE 质量监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度、分科室进行数据分析、反馈，并将目标改进情况纳入绩效管理，建立激励约束机制。

4. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

## 目标六 提高感染性休克集束化治疗完成率（NIT-2022-VI）

### （一）目标简述

感染性休克具有发病率高、病死率高、治疗费用高等特点，是导致住院患者（特别是重症患者）死亡的重要原因。提高感染性休克临床治疗水平是当前全球重大的健康挑战之一，尽快实施规范的集束化治疗是改善感染性休克患者预后的重要措施。《国家医疗服务与质量安全报告》显示，我国感染性休克患者的集束化治疗仍有较大改进空间，提高感染性休克患者1小时和3小时集束化治疗完成率对保障患者生命安全具有重要意义。

### （二）核心策略

1. 医疗机构成立由重症、急诊、感染性疾病、检验、医务等相关部门组成的专项工作小组，并指定牵头部门。
2. 医疗机构定期开展相关培训，确保医护人员熟练掌握相关诊疗规范，能够及时识别相关患者并给予规范治疗。
3. 医疗机构建立感染性休克集束化治疗的多部门联合监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法和数据内部验证程序，按季度、分科室进行数据分析、反馈，纳入绩效管理，建立激励约束机制。
4. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，根据分析结果明确关键原因，制定改进措施并组织实施。

## 目标七 提高医疗质量安全不良事件报告率（NIT-2022-VII）

### （一）目标简述

医疗质量安全不良事件指在医院内被工作人员主动发现的，或患者在接受诊疗服务过程中出现的，除了患者自身疾病自然过程之外的各种因素所致的不安全隐患、状态或造成后果的负性事件。目前，我国医疗机构医疗质量安全不良事件发生情况与国际相关数据比较，在识别和报告率上还有一定差距。加强医疗质量安全不良事件报告工作，提高医疗质量安全不良事件的识别和报告率，对于构建医疗机构医疗质量安全文化和学习平台，提升医疗质量安全水平具有重要意义。

### （二）核心策略

1. 医疗机构成立由医务、护理、院感、各临床科室等部门组成的专项工作小组，完善医疗质量安全不良事件管理的相关制度、工作机制，重点明确医疗质量安全不良事件的分级、分类管理。

2. 医疗机构加强培训工作，持续提高医务人员识别与防范医疗质量安全不良事件的意识和能力，引导和鼓励医务人员主动发现和上报医疗质量安全不良事件的积极性，构建非惩罚性文化氛围。

3. 建立及完善本机构医疗安全（不良）事件的报告、监测及评价机制，按季度进行本机构数据分析、反馈，建立激励约束机制。

4. 重点提升医疗质量安全隐患问题，或未造成严重不良后果的负性事件识别与报告能力。

5. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

## **目标八 降低非计划重返手术室再手术率（NIT-2022-VIII）**

### **（一）目标简述**

非计划重返手术室再手术率是行业通用的反映手术质量安全的指标之一。其发生可能涉及术前评估不足、手术设计缺陷、手术操作失误或患者术后管理不到位等多种原因。《国家医疗服务与质量安全报告》显示，我国非计划重返手术室再手术率近年来未见明显改善。降低其发生率对提高整体医疗质量安全水平具有重要意义。

### **（二）核心策略**

1. 医疗机构成立由医务、临床科室、麻醉、护理等相关部门组成的专项工作小组，并指定牵头部门。

2. 医疗机构加强手术管理，保障手术分级管理、医师授权管理、术前讨论制度、手术安全核查制度等手术相关管理制度落实到位。

3. 医疗机构建立非计划重返手术室再手术多部门联合监测及评价机制，按季度、分科室进行数据分析、反馈，纳入绩效管理，建立激励约束机制。

4. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实

现该目标的因素，根据分析结果明确关键原因，制定改进措施并组织实施。

## 目标九 降低住院患者静脉输液使用率（NIT-2022-IX）

### （一）目标简述

静脉输液是现代药物治疗的重要给药途径，在治疗某些疾病和挽救患者方面具有不可替代的作用。但是，静脉输液治疗的不合理使用，不仅不能改善患者治疗效果，还存在更多安全隐患，增加不必要的医疗成本。连续几年的《国家医疗服务与质量安全报告》显示，我国二级以上医院住院患者静脉输液治疗比例居高不下，需要采取综合措施予以干预，以维护医疗安全和患者权益。降低住院患者静脉输液使用率包括降低住院患者静脉输液天数、药品种类、液体量等多个维度。

### （二）核心策略

1. 医疗机构成立由医务、临床科室、药事、后勤等部门组成的专项工作小组，完善静脉输液治疗管理相关工作制度和机制。

2. 优化药品供应机制，保障常用药物口服、外用等剂型的合理供应。

3. 研究确定并不断完善本机构无需静脉输液治疗的病种清单，持续积累临床管理和实践证据。

4. 强化静脉输液治疗药物不良反应发生的监测和预警机制，关注静脉输液治疗药物使用数量和强度等情况，并向临床

及时反馈预警信息。

5. 定期进行相关培训与再教育，促进医务人员科学选择给药方式，建立优化给药途径的激励约束机制。

6. 建立本机构静脉输液治疗的监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度进行本机构数据分析、反馈。

7. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

## 目标十 降低阴道分娩并发症发生率（NIT-2022-X）

### （一）目标简述

《国家医疗服务与质量安全报告》显示，产妇阴道分娩并发症发生率近年来不断升高，严重威胁产科患者健康。降低其发生率对提升医疗质量，保障产妇和新生儿安全具有重要意义。

### （二）核心策略

1. 医疗机构成立由医务、产科、新生儿科、护理等部门组成的专项工作小组，建立本机构产妇分娩安全管理及并发症预防的管理制度、实施目标与措施。

2. 定期开展与分娩相关的诊疗指南及技术操作规范、产科获得性疾病预防与控制的相关培训与再教育。

3. 指导孕妇做好孕期管理，规范分娩前评估和核查。



4. 建立本机构产妇医疗质量与医院获得性指标的监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度进行本机构数据分析、反馈，建立激励约束机制。

5. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

## 2022 年各专业质控工作改进目标

序号	质控中心	改进目标	目标简述
1	病案管理专业	提高病案首页主要诊断编码正确率 (PIT-2022-01)	病案首页主要诊断填写正确，是指医师和病案管理人员按照规定，准确选择和规范填写住院病案首页中的主要诊断，并按照国家统一发布的疾病分类代码准确进行编码。提高病案首页主要诊断编码正确率，是提升病案首页质量的重要内容，对正确统计医院及地区疾病谱、支撑 DRGs 分组、评价医疗质量安全水平和技术能力等工作具有非常重要的基础性支撑作用。
2	病理专业	提高分子病理室间质评参加率 (PIT-2022-02)	室间质量评价是病理专业质量评价和改进的重要工具，对评定病理检查能力、识别风险点并启动改进措施、评价病理检查的准确性和可比性具有非常重要的基础性支撑作用。
3	产科	降低阴	《国家医疗服务与质量安全报告》显

	专业	道分娩 并发症 发生率  (NIT-2 022-X)	示, 产妇阴道分娩并发症发生率近年来不断升高, 严重威胁产科患者健康。降低其发生率对提升医疗质量, 保障产妇和新生儿安全具有重要意义。
4	超声 诊断 专业	提高超 声危急 值 10 分 钟内通 报完成 率  (PIT-2 022-03)	超声检查作为最常用和最便捷的影像学检查方法之一, 广泛用于患者急诊、筛查等诊疗工作, 及时通报超声检查危急值对挽救患者生命、保障医疗质量安全具有重要意义。
5	儿科 专业	降低住 院新生 儿黄疸 中胆红 素脑病 发生率  (PIT-2 022-04)	黄疸是新生儿最常见症状之一, 约 10%-13% 的黄疸患儿需要干预, 早期监测发现需要干预的新生儿并及时予以干预可以有效预防胆红素脑病发生。胆红素脑病一旦发生会造成神经系统不可逆损伤, 对家庭和社会造成巨大经济负担。但目前我国部分地区的发生率仍然较高。

		降低儿童抗菌药物使用强度 (PIT-2022-05)	全球普遍关注抗菌药物临床使用问题。由于儿童所处的特殊生长发育时期，不合理使用抗菌药物将对其造成严重的影响。当前，儿科领域普遍存在着抗菌药物使用频度、强度较高的问题，有必要对其进行干预以促进抗菌药物的规范使用。
7	肺脏移植专业	降低肺脏移植患者围术期死亡率 (PIT-2022-06)	肺脏移植患者围术期死亡率是综合反映肺脏移植水平的核心指标之一。降低肺脏移植患者围术期死亡率，是肺脏移植专业的共同目标。
8	肝脏移植专业	缩短平均无肝期 (PIT-2022-07)	无肝期是影响肝脏移植术后并发症及病死率的关键因素之一，其时间越久，术后发生早期移植物功能障碍和急性肾损伤的概率越高。同时，无肝期期间回心血量大幅度减少，可能会发生低血压、低血钾、脏器功能损害。因此缩短无肝期是行业公认的保障肝脏移植患者诊疗安全，提高手术效果的方法之

			一。
9	感染性疾病专业	降低病毒性肺炎患者抗菌药物使用率 (PIT-2022-08)	<p>在未合并细菌性感染的情况下，病毒性肺炎患者无需使用抗菌药物。但当前部分地区轻中度病毒性肺炎患者抗菌药物使用率超过90%，其中不合理使用率超过70%，亟需予以干预。</p> <p>降低病毒性肺炎患者抗菌药物使用率一方面要严格把握抗菌药物的应用指征，一方面要预防患者继发院内细菌性感染。</p>
		提高呼吸道病原核酸检测率 (PIT-2022-09)	<p>呼吸道感染性疾病病原谱复杂多样，部分可引起暴发流行。提高呼吸道病原核酸检测率有助于快速明确病因和合理使用抗菌药物，并对呼吸道传染病的早发现、早隔离、早报告和早治疗具有十分重要的意义。目前，医疗机构对呼吸道感染性疾病的病原学检测能力普遍不足、检测率偏低。常见的核酸检测呼吸道病原包括：新型冠状病毒、流感病毒、副流感病毒、呼吸道合胞病毒、鼻病毒、腺病毒、肺炎支原体、肺炎衣原体等。</p>

11	冠心病介入专业	提高非 ST 段抬高型急性冠脉综合征患者接受危险分层的百分比 (PIT-2022-10)	非 ST 段抬高型急性冠脉综合征接受介入治疗的患者约占所有接受介入治疗病例 60%，而对非 ST 段抬高型急性冠脉综合征患者进行危险分层是合理应用经皮冠状动脉介入治疗技术的前提。非 ST 段抬高型急性冠脉综合征患者接受危险分层，是指应用专业工具或采用特定的标准对非 ST 段抬高型急性冠脉综合征患者的病情严重程度进行评估。其中，中高危患者应进行经皮冠状动脉介入治疗，低危患者应进行缺血评价后决定治疗方案。
12	护理专业	降低住院患者 II 期以上院内压力性损伤发生率 (PIT-2022-11)	院内压力性损伤是住院患者常见并发症之一，一旦发生将给患者带来极大的痛苦，且容易导致感染等并发症。其发生与护理工作质量密切相关，是护理专业重点关注的问题之一。
		降低血	血管内导管相关血流感染是临床常见

		<p>管内导管相关血流感染发生率</p> <p>(PIT-2022-12)</p>	<p>的医源性感染之一，感染因素涉及医护人员操作、护理、患者管理等诸多方面，为患者预后带来不利影响，造成沉重的经济负担。连续几年的《国家医疗服务与质量安全报告》显示，我国二级以上医院住院患者血管内导管相关血流感染发生率近年来改善幅度不大，需要采取综合措施予以干预，以保障医疗安全和患者权益。重点改善中心静脉导管（CVC）及经外周静脉置入中心静脉导管（PICC）的相关血流感染问题。</p>
14	呼吸内科专业	<p>提高住院社区获得性肺炎患者病情严重程度评估率</p> <p>(PIT-2022-13)</p>	<p>社区获得性肺炎（CAP）病情严重程度评估是规范化治疗的基础，也是识别高风险患者、保障医疗质量安全的重要手段。CAP 病情严重程度评估能够反映医疗机构对 CAP 患者住院指征的把握能力及对医疗资源的管理能力，是 CAP 医疗质控的重要参数。《国家医疗服务与质量安全报告》显示，我国二级以上医院住院 CAP 患者病情严重程度评估率仍偏低，需要采取综合措施予以干预，以保障医疗资源的有效利用和医疗安全。</p>

15	急诊专业	<p>提高心脏骤停患者复苏成功率</p> <p>(PIT-2022-14)</p>	<p>心脏骤停是指心脏射血功能突然停止导致全身循环中断、呼吸停止和意识丧失,若不迅速予以纠正,会发展为猝死。心肺复苏成功率是急诊医疗质量安全的核心指标及救治能力的重要体现。心肺复苏成功是指心肺复苏后自主循环恢复(ROSC)且维持20分钟及以上。心脏骤停复苏成功率的整体提升,对于保障人民生命健康具有重要意义。</p>
16	健康体检管理专业	<p>提高健康体检重要异常结果随访率</p> <p>(PIT-2022-15)</p>	<p>早发现、早诊断重大疾病是健康体检的主要目的之一。对重要异常结果进行随访,能够促使相关异常结果得到及时、规范的处置,对提高重大疾病的诊疗效果具有重要意义。该指标反映健康体检(管理)机构主动收集受检者中发现重要异常结果后处理措施的情况。</p>
17	结构性心脏病介入专业	<p>降低室间隔缺损封堵术后传导阻滞发生率</p>	<p>室间隔缺损封堵术后传导阻滞是手术并发症之一,对患者的手术效果和生存质量造成严重影响,需要予以重点关注和干预。</p>



		(PIT-2 022-16)	
18	康复 医学 专业	提高住院患者 早期康复介入 率  (PIT-2 022-17)	在疾病早期规范开展康复诊疗,可以有效避免或减轻患者功能障碍、提高生活自理能力和生活质量、降低家庭与社会的负担。《国家医疗服务与质量安全报告》显示,近3年来我国综合医院住院患者早期康复介入率逐年提高,但仍处于较低水平。目前重点关注骨科、神经内科、神经外科、重症医学科住院患者早期康复介入率。
19	口腔 医学 专业	提高橡皮障隔离术在 根管治疗中的 使用率  (PIT-2 022-18)	根管治疗术是近两年口腔医学门诊诊疗量排名第一的技术,在根管治疗中使用橡皮障隔离术,不仅能够保持术野清净,保护术区附近口腔软组织,预防治疗器械误吞误吸,还能够加强根管治疗中的感染控制,提高根管治疗的疗效。
20	临床 检验 专业	提高室 间质评 项目参	提高室间质评项目参加率,是提升临床实验室质量的重要内容,重点关注检验科及其他临床实验室的室间质评项目。

		加率 (PIT-2 022-19)	室间质量评价是临床实验室质量评价和改进的重要工具,对评定实验室从事特定检测或测量的能力、识别实验室存在的问题并启动改进措施、评价检测或测量方法的有效性和可比性、识别实验室间的差异等工作具有非常重要的基础性支撑作用。
21	临床 营养 专业	提高住院患者 营养评估率 (PIT-2 022-20)	营养评估包括:人体测量、膳食评估、营养生化检验、营养代谢检测(能量代谢测定、人体组成成分分析等)及疾病状态评估等内容。营养评估是推动开展营养诊疗、规范营养药物和特殊医学用途配方食品应用、提高临床综合治疗效果的重要措施。
22	麻醉 专业	提高全麻患者 体温监测率 (PIT-2 022-21)	全麻患者受麻醉、手术因素的影响,围术期易出现体温波动。而围术期低体温会影响患者药物代谢、凝血功能及苏醒后感受。长期以来,术中体温并未作为全身麻醉的常规监测项目,导致患者低体温无法及时发现。提高全麻患者体温监测率,对保障麻醉安全、提高麻醉质量具有重要意义。

23	门诊专业	提高门诊电子病历使用率 (PIT-2022-22)	门诊电子病历是促进门诊病历记录规范化、标准化的重要手段,可以有效提升工作效率和信息流转效率,便于患者在不同机构间的连续性诊疗。
24	脑损伤评价	提高脑死亡判定自主呼吸激发试验(AT)完成率 (PIT-2022-23)	深昏迷、脑干反射消失和自主呼吸停止是目前国际公认的脑死亡最低判定标准,其中验证自主呼吸停止的自主呼吸激发试验是完成脑死亡判定的关键。脑死亡判定自主呼吸激发试验完成率,与AT操作技术和流程相关。提高AT完成率对提高脑死亡诊断规范性具有重要意义。
25	人体捐献器官获取	提高脑死亡来源器官捐献者(DBD)占比 (PIT-2	提高脑死亡来源器官捐献者(DBD)占比是国际通行做法,也是保障捐献器官质量,促进社会伦理进步的重要方法。

		022-24)	
26	神经系统疾病	提高急性脑梗死再灌注治疗率 (NIT-2022-II)	脑梗死在我国二级以上医院住院患者疾病诊断数量中位居首位，也是导致我国居民死亡的前3位病种之一。提高急性脑梗死再灌注治疗率有助于降低急性脑梗死患者的致残率及死亡率，改善患者生活质量，减轻社会和家庭负担。 急性脑梗死再灌注治疗，是指对发病6小时内的急性脑梗死患者给予静脉溶栓治疗和（或）血管内治疗。
27	肾病专业	提高透析患者肾性贫血控制率 (PIT-2022-25)	肾性贫血是终末期肾脏疾病的主要并发症，严重影响患者预后。纠正贫血有助于降低透析患者心血管事件发生率和死亡率，改善透析患者认知功能及生活质量。肾性贫血控制是指根据患者评估情况按照有关临床指南或规范，定期复查血常规并予以透析患者补充铁剂、叶酸、维生素B12、重组人促红细胞生成素等治疗，使患者血红蛋白维持在110g/L以上。
28	肾脏移植	提高肾脏移植	随访质量直接反映对肾脏移植受者的长期管理能力，是评价肾脏移植医疗质

	专业	受者1年 总体随 访质量  (PIT-2 022-26)	量的重要一环。持续稳定的随访是制定个体化医疗方案的前提,是每个移植中心的责任和义务。每例肾脏移植的随访质量得分=(实际随访次数/应随访次数)×(实际录入的随访参数/应录入的随访参数)×100。
29	疼痛 专业	提高癌 性疼痛 的规范 化治疗 率  (PIT-2 022-27)	癌性疼痛是常见的顽固性疼痛,极大的影响患者生活质量。规范化的治疗是保障治疗效果,减轻患者痛苦,提高患者生活质量的重要手段。
30	消化 内镜 专业	提高结 肠镜腺 瘤检出 率  (PIT-2 022-28)	结肠镜腺瘤检出率是国际公认的评价结肠镜质量的结局指标。提高结肠镜腺瘤检出率,可以降低结直肠癌发病率和死亡率。内镜检查工作中造成结直肠腺瘤漏诊主要原因是内镜医师操作过快、观察不仔细,需要加以改进。
31	心律 失常 专业	降低心 脏植入 型电子	心脏植入型电子器械(CIED)相关手术近年来在心律失常诊疗领域快速发展,其质量安全需要予以重点关注。降低相

		器械植入术患者住院死亡率 (PIT-2022-29)	关手术死亡率是实现质量改进的重要目标。CIED包括心脏永久起搏器(PM),植入型心律转复除颤器(ICD),心脏再同步化治疗(CRTP),心脏再同步化治疗除颤器(CRTD)。CIED植入术包括CIED新植入、CIED更换以及CIED升级手术。
32	心血管病专业	提高急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗率 (NIT-2022-I)	急性心肌梗死是导致我国居民死亡的首要病种,提高急性ST段抬高型心肌梗死(STEMI)患者再灌注治疗率对降低急性STEMI患者的致残率及死亡率、改善患者生活质量、减轻社会和家庭负担具有重要意义。急性ST段抬高型心肌梗死再灌注治疗,是指对发病12小时内的急性STEMI患者给予经皮冠状动脉介入治疗(PCI)或静脉溶栓治疗,首选PCI治疗。
33	心脏移植专业	提高心脏移植术前心肺运动试验检查率	心肺运动试验是首选的判断患者是否符合心脏移植的评价方法。该试验能够帮助医生了解移植受者心脏以外器官功能状况是否正常,并及时纠正存在的问题,供医生参考是否将患者纳入心脏移植等候序列。该指标反映医疗机构实

		(PIT-2 022-30)	施心脏移植手术术前评估的规范性。
34	眼科 专业	提高糖尿病患者白内障术前眼底检查率  (PIT-2 022-31)	白内障术前眼底检查是明确手术适应症、保障手术安全和效果的重要手段，对防止手术滥用和保障术后效果具有重要意义。
35	药事 管理 专业	降低住院患者静脉输液使用率  (NIT-2 022-IX)	静脉输液是现代药物治疗的重要给药途径，在治疗某些疾病和挽救患者方面具有不可替代的作用。但是，静脉输液治疗的不合理使用，不仅不能改善患者治疗效果，还存在更多安全隐患，增加不必要的医疗成本。降低住院患者静脉输液使用率包括降低住院患者静脉输液体量、天数、药品种类等多个维度。
36	医院 感染 管理 专业	提高住院患者抗菌药物治疗	当前，全球普遍关注抗菌药物临床使用问题。提高抗菌药物治疗前病原学送检率（尤其是限制使用级以上抗菌药物），提高无菌性样本送检比例，可以有效提

		前病原学送检率 (NIT-2022-IV)	高抗菌药物使用的科学性和规范性,对遏制细菌耐药、提升治疗效果和保障人民群众健康权益具有重要意义。
37	整形美容专业	降低注射美容并发症发生率 (PIT-2022-32)	注射美容是目前整形美容专业最为流行、普适性最为广泛的医美项目,常见的并发症有局部红斑、肉芽肿,部分患者还可发生中毒反应、血管栓塞,甚至脑梗死、死亡等严重并发症。并发症的发生与医师对患者的评估、注射技术、药物剂量选择等因素密切相关,积极的干预可以有效降低其发生率,保障患者安全。
38	肿瘤专业	提高肿瘤治疗前临床TNM分期评估率 (NIT-2022-III)	恶性肿瘤在我国位于居民死因排序首位。全面科学评估肿瘤患者病情,是肿瘤规范化治疗的基础。提高肿瘤患者治疗前完成临床TNM分期评估的比例可以提高肿瘤患者诊疗方案的科学性、合理性,提升肿瘤患者诊疗效果和生存率。重点关注发病率较高的肺癌、胃癌、肝癌、结直肠癌、乳腺癌5个病种。



39	重症医学专业	提高感染性休克集束化治疗完成率 (NIT-2022-VI)	<p>感染性休克是当前对重症患者最具威胁性的疾病，其具有高发病率、高病死率、高治疗费用等特点，已经成为导致重症患者中、后期死亡的主要原因，并给社会资源和经济发展带来沉重负担。</p> <p>提高其临床治疗水平是当前全球重大健康挑战之一。及时规范的给予感染性休克患者集束化治疗能够显著改善患者预后。</p>
40		降低ICU内中心静脉导管相关血流感染的发生率 (PIT-2022-33)	<p>血管内导管相关血流感染是临床常见的医源性感染之一，感染因素涉及医护人员操作、护理、患者管理等诸多方面，为患者预后带来不利影响，造成沉重的经济负担。ICU是使用中心静脉导管最为频繁的专业，需要重点关注相关问题。</p>



中国药学会科技开发中心  
地址：北京市朝阳区恋日国际403A室  
网站：WWW.CMEI.ORG.CN  
电话：010-65661728  
传真：010-65661338