



西北大学附属第一医院
西安市第一医院
XI'AN NO.1 HOSPITAL

仁爱 精医 创新 卓越

2023
第一季

药讯

西北大学附属第一医院
西安市第一医院

药剂科宣

目 录

❖ 国家政策动向	1
国家卫生健康委办公厅关于印发第二批国家重点监控合理用药药品目录的通知	1
国家卫生健康委办公厅关于进一步加强儿童临床用药管理工作的通知	2
❖ 医院政策动态	4
西安市第一医院关于印发应对春季传染病大流行应急预案的通知	4
❖ 科室动态	6
紧跟国家药物管理政策 强化医院药事管理 促进医院高质量发展	6
❖ 合理用药	10
2023 年 1 月 50%处方权医师门急诊处方点评月报	10
❖ 药学科普	14
流感来袭，奥司他韦知多少？	14
流感高烧不退怎么办？	16
❖ 指南共识	17
流行性感冒诊疗方案	17
❖ 药物临床试验动态	28
GCP 临床试验科研项目及科研成果转化被确定纳入三级公立医院绩效考核指标	28
❖ 药品信息	31
国家药监局关于修订盐酸哌替啶注射液说明书的修订要求	31
❖ 《药讯》约稿启事	36

❖ 国家政策动向

国家卫生健康委办公厅关于印发第二批国家重点监控合理用药药品目录的通知

国卫办医政函〔2023〕9号

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委：

为进一步加强我国临床合理用药管理，根据《国家重点监控合理用药药品目录调整工作规程》（国卫办医函〔2021〕474号），我委确定了《第二批国家重点监控合理用药药品目录》（以下简称《目录》）。现印发给你们，供各地在加强合理用药管理、开展公立医院绩效考核等工作中使用。

各地要以规范临床用药行为、促进合理用药为工作目标，对纳入本目录的药品制定完善临床应用指南，明确临床应用的条件和原则，加强合理用药监管。《第一批国家重点监控合理用药药品目录》（国卫办医函〔2019〕558号）中的药品纳入本《目录》的，按照要求加强重点监控；未纳入本《目录》的，应当持续监控至少满1年后可不再监控，以促进临床合理用药水平持续提高。

国家卫生健康委办公厅

2023年1月13日

附：第二批国家重点监控合理用药药品目录

1	奥美拉唑	16	左氧氟沙星
2	人血白蛋白	17	法莫替丁
3	头孢哌酮舒巴坦	18	奥拉西坦
4	依达拉奉	19	雷贝拉唑
5	银杏叶提取物	20	前列地尔
6	泮托拉唑	21	骨肽
7	复方氨基酸	22	罂粟碱
8	地佐辛	23	烟酸
9	倍他司汀	24	乙酰谷酰胺
10	布地奈德	25	兰索拉唑
11	烟酰胺	26	脑蛋白水解物
12	头孢他啶	27	美罗培南

13	哌拉西林他唑巴坦	28	磷酸肌酸
14	艾司奥美拉唑	29	单唾液酸四己糖神经节苷脂
15	吡拉西坦	30	头孢噻肟

国家卫生健康委办公厅关于进一步加强儿童临床用药管理工作的通知

国卫办医政函〔2023〕11号

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委：

为进一步做好儿童临床用药管理工作，提高儿科医疗质量，保障儿童用药安全，现就进一步加强儿童临床用药管理工作提出以下要求：

一、加强儿童用药遴选和配备管理

医疗机构要建立完善儿童用药遴选制度，做好儿童用药的配备管理。开展儿科医疗服务的二级以上医疗机构要在本机构药事管理与药物治疗学委员会下成立儿童用药工作组，定期对本机构药品供应目录中儿童用药进行评估和调整。遴选儿童用药（仅限于药品说明书中有明确儿童适应证和儿童用法用量的药品）时，可不受“一品两规”和药品总品种数限制，进一步拓宽儿童用药范围。城市医疗集团、县域医共体等医联体要建立儿童用药联动管理机制，加强儿童用药目录的统一衔接，促进儿童用药在医联体内共享使用。各地要落实《关于加强疫情期间儿童用医疗机构配制制剂调剂使用有关工作的通知》（联防联控机制医疗发〔2022〕244号），配合药监部门开展儿童用医疗机构配制制剂调剂使用的审批工作，加强调剂用药的药事管理，进一步满足儿童就医和用药需求。

二、强化儿童用药临床合理使用

医疗机构要落实安全、有效、经济的用药原则，遵循药品临床应用指导原则、诊疗方案和药品说明书等，加强医师处方、药师审方、护士给药等各环节管理。要准确把握用药适应证，以及不同年龄儿童的药物选择、给药方法、剂量计算、药物不良反应等，合理开具处方并经审核合格后进行调配。对于住院儿童患者，要严密观察用药过程中药物疗效和不良反应，对出现的药物不良反应要及时妥善处理并上报；对于门诊儿童患者，要向家属详细交代用药注意事项，嘱其严格遵医嘱用药，告知可能存在的不良反应，以及必要的复诊或紧急送医建议等。符合法定情形采用

药品说明书中未明确但具有充分循证医学证据的药品用法实施治疗时，医疗机构要制定管理制度，医务人员严格遵照执行。

三、加强药师配备并提供儿科药学服务

医疗机构要加大药师配备力度，围绕儿童患者需求和临床治疗特点开展专科药学服务。其中，综合医院、妇幼保健院的儿科以及儿童专科医院的小儿呼吸、小儿消化、新生儿、儿童重症等科室，鼓励安排 1 名经过培训的药师或临床药师驻科，与本科室的医护团队共同提供药物治疗服务。驻科药师要积极参与制订药物治疗方案，参加联合查房、会诊，为儿童患者提供用药医嘱审核、药物重整、药学监护、用药教育等服务。驻科药师的业务工作由药学部门统一管理，其他事项纳入儿科管理。支持有条件的医疗机构开设儿科药学门诊，按照相应药学服务规范，提供药物咨询、药物重整、药物治疗管理等服务。

四、做好儿童用药处方调剂和专项点评

医疗机构要按照处方剂量精准调配儿童用药，特别是针对低龄儿童的药品调剂，鼓励开发可灵活调整剂量的新技术、新方法，加强个性化给药的标准化管理和质量控制，减少“剂量靠猜、分药靠掰”导致的分不准、不安全等问题。医疗机构要建立儿童用药临床应用评估制度与持续改进机制，在常规开展处方审核的基础上，由药事管理与药物治疗学委员会儿童用药工作组定期组织开展儿童用药专项点评；有条件的地区，要开展区域性儿童用药合理性评价，汇总分析多家医疗机构的评价结果，对发现的问题进行分析总结，有针对性地提出干预和改进措施。

五、开展儿童用药临床监测

医疗机构应当建立覆盖儿童用药采购、贮存、发放、调配、使用等全过程的监测系统，加强药品使用情况动态监测分析，分析结果作为儿童用药目录遴选、药品临床合理使用等的重要依据。医疗机构要根据《国家卫生健康委办公厅关于加强儿童抗菌药物临床应用监测和细菌耐药监测工作的通知》（国卫办医函〔2020〕601号）的要求，按规定开展儿童抗菌药物临床应用监测和细菌耐药监测。国家和省级层面发布儿童抗菌药物临床应用监测结果，指导改进用药管理措施，提高儿童细菌真菌感染诊治及合理用药水平。

六、加强儿童用药指导和健康宣教

医疗机构要围绕用药中、用药后的常见问题，加强对儿童家长的指导和教育。建立完善用药随访制度，特别是对出院慢病儿童患者的用药情况进行跟踪和指导。医疗机构要综合利用手机 APP、微信公众号、健康教育单等多种方式，开展儿童临床合理用药宣传和儿童疾病预防保健等相关健康教育活动，引导儿童家长树立科学用药观念，提高安全用药意识及儿童用药依从性。

国家卫生健康委办公厅

2023 年 1 月 19 日

❖ 医院政策动态

西安市第一医院关于印发应对春季传染病大流行应急预案的通知

各科室：

依据《中华人民共和国传染病防治法》、《传染病信息报告管理规范》（2015 版）、《陕西省重点传染病专病专防技术规范》（2020 年版）、《西安流感大流行应急预案》（2023 年 3 月印发）等有关文件规定，为有效做好我院应对春季传染病大流行的应急处理工作，结合我院实际，现制定西安市第一医院应对春季传染病大流行的应急预案，具体内容如下：

一、应急工作组织体系及职责

（一）成立春季传染病大流行工作领导小组

组 长：刘 植

副组长：王克平 张红兵 刘佩勇

组 员：张 磊 任燕萍 雷小航 石峻岭

郭 城 段石顽 张娟娟 赵 雅

李永斌 赵长安 展小军 李平权

李永刚 刘 颀

职责：负责指挥、组织、协调全院应对春季传染病大流行的应对工作。

（二）成立医疗救治专家组

第一组：

组长：李延

副组长：张北宁 赵 昆

组 员：施少林 谭 楠 张育兵 郑军梅
张誉洋 王汉民 张永红 刘永国
张雪丽 杨 华 曹淑梅 崔 健

第二组：

组长：冯大鹏

组员：安亚东 刘伟华 何岸江 陆 艳
何 芸 张颺雪 王 静 杨晓岗

职责：负责制定相关传染病诊疗方案，与上级部门专家组保持联络，必要时负责院内会诊，指导各科各病区临床诊疗。同时，负责诊疗相关方案的全院培训
工作。

（三）成立传染病监测和防控组

组长：石峻岭

组员：雷小航 闫 艳 刘 颀

职责：负责本院春季传染病疫情监测、信息收集、审核、报告、转诊、汇总
分析等工作；指导消毒隔离和环境消杀清洁等工作；协助疾控机构开展流行病学
调查、采集样本、采取控制措施等；当发生院内感染聚集时，及时督查各部门防
控措施落实到位。

（四）成立后勤保障组

组长：段石顽

组员：郭 城 李平权 李永刚

职责：负责治疗药品、设备、物资等后勤保障，并保证全部物资符合标准，
运转正常，证件齐全。严格执行医疗垃圾处理规范，保障医院医疗秩序。

二、具体方案

粉巷院区发热患者（成人）在发热门诊就诊，工作人员严格遵循我院各项消
毒隔离制度，执行相关防护标准。实时监测发热门诊就诊信息，如出现就诊量激
增，由医务科护理部从各内科抽调医护人员扩充到发热门诊。必要时，启动眼视
光南区扩容发热门诊就诊区域。

粉巷院区发热患者（儿童）在儿科门诊就诊，工作人员严格遵循我院各项消
毒隔离制度，执行相关防护标准，实时监测儿科门诊就诊信息，如出现就诊量激

增，计划增加儿科医师排班，必要时，由医务科护理部从各内科抽调医护支援儿科门诊并在扩容后的发热门诊就诊区域（眼视光南区）增加儿科诊室。

粉巷院区发热患者如需收治住院治疗，原则上儿童收治在儿科病区，成人收治在呼吸与危重症医学科病区及老年呼吸与危重症医学科病区，在病区内对传染病患者进行分区集中收治管理。各病区工作人员应严格遵循我院各项消毒隔离制度，执行相关防护标准。实时监测以上各病区传染病患者收治信息，如出现就诊量激增，需扩充病区时，计划将眼二病区设置为感染病区，原眼二病区护士留用，由医务科从各内科抽调医生支援感染病区。如出现重症患者经专家组会诊后应优先转入呼吸与危重症医学科病区及老年呼吸与危重症医学科病区积极就诊。

高新院区发热患者（儿童）在儿科门诊就诊，发热患者（成人）在内科诊室就诊，实时监测门诊就诊信息，如出现就诊量激增，启动感染楼发热门诊，所有发热患者在感染楼就诊。暂时需要住院的发热患者收治在急诊综合病区，在病区内对传染病患者进行分区集中收治管理。各门诊及病区工作人员应严格遵循我院各项消毒隔离制度，执行相关防护标准，实时监测急诊综合病区传染病患者收治信息，如出现就诊量激增，需扩充病区时，依次开放感染楼二层至四层的感染病区收治患者，所需医护由医务科、护理部从高新院区及粉巷院区各内科共同抽调支援。

❖ 科室动态

紧跟国家药物管理政策 强化医院药事管理 促进医院高质量发展

--我院召开 2023 年第一季度药事管理与药物治疗学委员会会议

3 月 23 日下午，西北大学附属第一医院·西安市第一医院药事管理与药物治疗学委员会 2023 年第一季度会议在心血管五楼会议室顺利召开。医院药事管理与药物治疗学委员会主任委员刘植院长，副院长王克平、张红兵，总会计师蔡秀莲，以及其他委员共 48 位参会。医院总药师、药剂科主任段石硕主持会议。

根据会议议程，首先由张红兵副院长讲话，介绍了本次会议召开的背景和主要讨论内容。他指出，药品是医疗机构疾病诊疗的重要组成部分，在医疗活动中占有非常大的比例，所以对于药品的严格管控尤其重要；要促进国家基本药物、国家组织集中带量采购药品的合理使用，重视精麻毒放等特殊管理药品、贵重药

品、重点监控药品的管理；在刘植院长前期的大力支持下，我院药物临床试验机构通过了备案申请，促使我院向科研性医院迈出实质性的步伐；要促进合理用药，发挥专家技术支持作用，了解国家药事管理背景、学习医院药事管理新文件，保障服务质量和用药安全。



张红兵副院长讲话

接着，由段石硕总药师分别汇报我院国家组织药品集中带量采购工作情况和我院重点监控药物管理修订文件情况。对于未完成的集采任务，希望引起委员们和科室主任的注意。



段石硕总药师分别汇报我院集采药品目前运行情况和我院《重点监控药物管理修订》文件情况

临床药师王丹做《2022年抗菌药物使用强度专项整治活动汇报》的报告。



王丹汇报 2022 年抗菌药物使用强度专项整治活动

我院 GCP 机构办秘书王亚娟汇报医院药物临床试验机构运行情况。



王亚娟汇报医院药物临床试验机构运行情况

药事会秘书、副主任药师梁乐同与会委员共同学习《国家卫生健康委办公厅关于进一步加强儿童临床用药管理工作的通知》（国卫办医政函【2023】11号）》。



梁乐同与会委员共同学习《国家卫生健康委办公厅关于进一步加强儿童临床用药管理工作的通知》（国卫办医政函【2023】11号）》

最后，刘植院长讲话。一是肯定了本次药事会的内容，会议主要针对医院的国家集采药品、抗菌药物使用、重点监控药品等使用情况和药事管理的新文件进行学习。二是传达了3月23日上午省卫生健康委联合省医保局、省药监局召开的全省医疗领域深入开展群众身边腐败和作风问题专项整治暨清廉医院建设试点工作部署会的会议精神。他强调，此次会议非常严肃、接下来要展开认真学习。他指出，大家要知道现在开始国家要治理的重点内容，务必高度重视医疗领域专项整治和清廉医院建设工作，把它当做全年重点任务来抓，把专项整治作为拥护“两个确立”、做到“两个维护”的实践检验。三是要求严格执行医院处方管理办法，加强处方点评和处方管理，加强抗菌药物的合理使用，在医保费用上，针对不合理的收费，逐一核实、认真检查。对于不合理用药的处方要退回去，纪委要积极监督，提醒谈话。夯实服务意识，将患者利益放在首位，坚决摒弃不作为、慢作为的工作态度，临床开具处方要明确用药依据，不乱开药、乱用药。最后，他对委员们提出要求：他强调，各位委员要主动作为，对促进医院合理用药有履职尽责的强烈担当，有高度责任感和使命感，传达、贯彻落实每次药事会的学习内容，将最新的药事管理精神带回去。他要求全院上下一致从严管理，要有紧跟核心的高度自觉，营造风清气朗的形象，用好基药和国谈药品，更合理的为患者用好药，全方位做好为患者服务。



刘植院长讲话



会议现场

❖ 合理用药

2023年1月50%处方权医师门急诊处方点评月报

根据卫生部《处方管理办法》、《医院处方点评管理规范（试行）》和《陕西省控制公立医院医疗费用不合理增长的实施意见》，要求公立医院每个月对25%具有处方权的医师处方、医嘱进行点评，每名医生不少于50份，加强临床

用药干预。

为扩大点评样本量、促进临床合理用药,处方点评小组于2023年2月对2023年1月50%处方权的医师门急诊处方进行了点评,每人不少于50张处方,中医科直接抽取50%的非草药处方,急诊外科和儿科抽取50%的门诊处方,共计2658张门诊处方,并填写处方点评表,表格数据结果汇总如下。

一、处方合理率

本次点评共计处方3007张,合理处方数2987张,处方合理率为99.33%,具体数据见表1。

表1 2023年1月门急诊处方点评结果

序号	科室	抽查 处方数	平均每张 处方药品数	抗菌药物 使用率%	注射剂 使用率%	基药 品种数%	基药 优先%	平均每张 处方金额/元	合理 处方数	超常 处方数	处方 合理率%
1	消化科	151	1.636	14.57	13.25	38.46	50.99	112.25	150	0	99.34
2	神内科	155	1.51	2.581	5.806	68.38	80.60	144.758	154	0	99.35
3	肾内科	100	2.38	1	36	47.9	67	402.008	99	0	99
4	呼吸科	139	1.432	35.25	3.6	40.2	46.04	126.197	138	0	99.28
5	内分泌	50	1.66	0	24	46.988	60	187.997	49	0	98
6	儿科	100	1.68	38	18	33.93	41	131.626	99	0	99
7	妇产科	114	1.368	28.07	29.83	40.39	1.368	87.843	100	0	100
8	普外科	63	1.175	6.727	15.873	48.649	46.03	161.446	62	0	98.4
9	骨外科	86	1.488	5.814	2.326	38.281	48.8	137.268	100	0	100
10	神外科	91	1.582	8.79	9.9	54.167	69.2	418.604	90	0	98.9
11	泌外科	57	1.368	22.807	3.609	60.256	57.89	165.907	56	0	98.2
12	急内科	101	1.574	11.88	5.94	33.33	41.58	99.92	101	0	100
13	急外科	50	1.68	28	28	54.76	50	93.203	50	0	100
14	眼科	1143	1.515	0.787	9.274	8.776	11.4	222.846	1138	0	99.5
15	心内科	307	1.632	5.21	3.58	51.3	59.61	221.435	303	0	98.7
16	中医科	100	3.56	7	7	49.16	47	180.069	99	0	99
17	耳鼻喉	100	1.98	31	10	35.35	59	128.982	100	0	100

18	皮肤科	100	1.45	7	37	20	27	107.348	99	0	99
总计	全院	3007	1.70	14.14	14.61	42.79	48.03	175.59	2987	0	99.33

二、点评结果明细

本次点评明细共计 20 条，按科室列出详见表 2。

表 2 2023 年 1 月门急诊处方点评结果明细

处方号	诊断	审核意见	问题代码
20230116.72373	黑便；2 型糖尿病	硫酸氢氯吡格雷片缺乏临床诊断	1-10
20230106.74935	足扭伤；脑梗死	开具盐酸多奈哌齐片、盐酸二甲双胍片未书写相关诊断	1-10
20230113.63568	上呼吸道感染	上呼吸道感染开具阿普唑仑	2-1
20230110.14184	慢性阻塞性肺病伴有急性加重；失眠；前列腺增生	洛索洛芬钠片缺乏临床诊断	1-10
20221230.18376	急性支气管炎	急性支气管炎开具蒙脱石散	2-1
20230129.78995	2 型糖尿病（慢性病）；高血压 3 级	开具银杏叶提取物片未书写相关诊断	1-10
20230128.66588	查体	复方泛影葡胺注射液	1-10
20230131.13061	脑血管意外	开具蒲地蓝消炎口服液未书写相关诊断	1-10
20230112.39868	泌尿道感染？	盐酸克林霉素棕榈酸酯分散片、左氧氟沙星片联合用药不适宜	2-6
20230113.51914	高血压 3 级	高血压 3 级开具地西泮片	2-1
20230103.29986	高血压 3 级	高血压 3 级开具氯硝西泮片	2-1
20230104.50421	高血压 2 级；冠状动脉粥样硬化性心脏病	蓝岑口服液缺乏临床诊断	1-10
20230130.98914	干眼症	铝碳酸镁咀嚼片开具一次 0.5g，一日一次，说明书推荐一日三次	2-5
20230109.92284	原发性高血压；高脂血症；前	健胃消食口服液缺乏临床诊断	1-10

	列腺增生		
20230103.28151	玫瑰糠疹	蓝芩口服液缺乏临床诊断	1-10
20230126.45268	屈光不正	开具盐酸奥洛他定滴眼液（4+7）适应症不适宜	2-1
20230106.77136	屈光不正	开具盐酸奥洛他定滴眼液（4+7）适应症不适宜	2-1
20230104.42428	白内障	开具小牛血去蛋白提取物眼用凝胶、加替沙星滴眼液诊断书写不全	2-1
20230108.89680	查体	开具贝美前列素滴眼液为书写相关诊断	1-10
20230101.17794	屈光不正	开具布洛芬片未书写相关诊断	1-10

三、点评结果分类

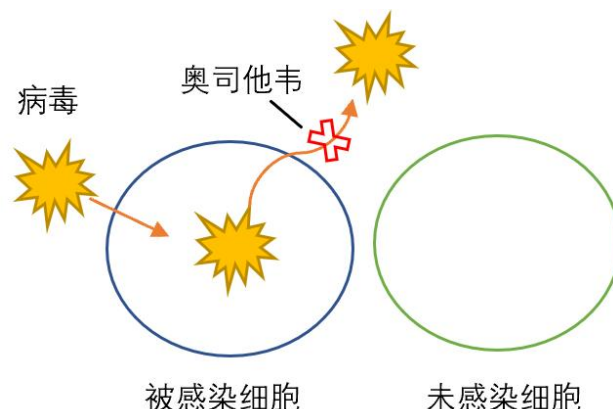
将本次处方点评结果分类汇总，得数据如下表 3：

表 3 点评结果分类表

编码	编码解析	出现次数	数据占比（%）
1-10	临床诊断书写不全	11	55.0
2-1	适应症不适宜	7	35.0
2-5	用法用量不适宜	1	5.0
2-6	联合用药不适宜	1	5.
合计		20	100

❖ 药学科普

流感来袭，奥司他韦知多少？



奥司他韦是一种抑制神经氨酸酶的抗病毒药物，可以用于甲型与乙型流感的治疗；同时，对于流感并发症高风险的人群，例如孕妇、小于5岁的儿童、大于65岁的老人、慢性病患者、重度肥胖者等，也可作为预防用药。

在临床应用过程中，奥司他韦应该怎么用？注意事项有哪些？

成人应该怎样使用奥司他韦？

1. 甲型和乙型流感治疗

成人（国内适应症及用法）

奥司他韦用于成人和1岁及1岁以上儿童的甲型和乙型流感治疗，但是乙型流感的临床应用数据尚不多。患者应在首次出现症状48小时以内使用。

用法用量

在流感症状开始的第一天或第二天（理想状态为36小时内）就应开始治疗。

奥司他韦在成人和13岁以上青少年的推荐口服剂量是每次75mg，每日2次，共5天。

2. 甲型和乙型流感的预防

成人（国内适应症及用法）

用于成人和13岁及13岁以上青少年的甲型和乙型流感的预防。

用法用量

奥司他韦用于与流感患者密切接触后的流感预防时，推荐口服剂量为75mg，每日1次，至少10天。同样应在密切接触后2天内开始用药。

奥司他韦用于流感季节时预防流感的推荐剂量为 75mg，每日 1 次。有数据表明连用药物 6 周安全有效。服药期间一直具有预防作用。

儿童应该怎样使用奥司他韦？

1. 儿童（2 周龄-12 岁）

流感的治疗

表 1 显示了磷酸奥司他韦胶囊用于 2 周龄-12 岁儿童患者流感治疗的推荐口服剂量，并提供了关于处方胶囊或口服混悬液制剂的信息。

2. 流感的预防

表 1 显示了奥司他韦基于体重用于 1-12 岁儿童患者流感预防的推荐口服剂量，并提供了关于处方胶囊或口服混悬液制剂的信息。建议儿童患者在与感染者密切接触后 10 天内以及在社区暴发期长达 6 周时进行预防。

表 1 磷酸奥司他韦胶囊用于流感治疗和预防的儿童患者的剂量推荐

体重	治疗剂量(服用 5 天)	预防剂量(服用 10 天)	每个剂量的口服混悬液体积 (6mg/mL)	分配的口服混悬液瓶数	要分配的胶囊数量
2 周龄-1 岁以下的患者					
任何体重	3mg/kg, bid	不适用	0.5mL/kg	11 瓶	不适用
1-12 岁 (按体重计)					
≤15kg	30mg, bid	30mg, qd	5mL	1 瓶	10 粒(30mg)
15-23kg	45mg, bid	45mg, qd	7.5mL	2 瓶	10 粒(45mg)
23-40kg	60mg, bid	60mg, qd	10mL	2 瓶	10 粒(30mg)
>40kg	75mg, bid	75mg, qd	12.5mL	3 瓶	10 粒(75mg)

使用奥司他韦需要注意的事项

1. 严重的皮肤/过敏反应

在磷酸奥司他韦胶囊上市后，已报告了过敏反应和严重皮肤反应的案例，包括中毒性表皮坏死松解、Stevens-Johnson 综合征和多形性红斑。

如果发生或怀疑过敏样反应，停用磷酸奥司他韦胶囊并进行适当的治疗。

已知对磷酸奥司他韦胶囊严重过敏的患者禁用。

2. 果糖不耐受

果糖可能对遗传性果糖不耐受的患者有害。一剂 75mg 磷酸奥司他韦口服混悬液可提供 2g 山梨糖醇（由于山梨醇主要在肝内代谢，是由山梨醇脱氢酶催化转变为果糖，以后的代谢与果糖相同）。这超出了遗传性果糖不耐受患者每天服用山梨糖醇的最大剂量，并可能导致消化不良和腹泻。

流感高烧不退怎么办？

最近又到了流感的高发季节，而流感最主要的症状是高烧。对乙酰氨基酚和布洛芬是世卫组织最常推荐的两种退烧药。这两个药物的区别很多，但在减轻人体发热方面没什么区别，其它区别主要有以下几个方面：

表 1 布洛芬和对乙酰氨基酚的区别

	布洛芬	对乙酰氨基酚
适用年龄	6 个月以上	3 个月以上(小于 3 个月应看医生)
降温程度	1-2°C	1-2°C
起效时间	20-30 分钟	20 分钟
儿童剂量	5-10 mg/kg	10-15 mg/kg
用药间隔时间	6-8 小时	4-6 小时，24 小时少于 4 次
作用	退烧、止痛、消炎 布洛芬对痛经、牙痛和偏头痛有好处，还可以用于背痛、扭伤和拉伤，以及关节炎引起的疼痛	退烧、止痛 对乙酰氨基酚通常用于轻度或中度疼痛，对于头痛和胃痛，它可能比布洛芬更好。
副作用和禁忌症	胃部刺激，建议饭后服用；怀疑有脱水症的孩子不应使用布洛芬，避免造成肾功能障碍；有心血管疾病、肾脏疾病或同时服用其他肾毒性药物时慎用，避免肾毒性；有诱发哮喘风险，哮喘患者不推荐使用布洛芬。	过量可能造成肝损伤。蚕豆病即遗传性葡萄糖-6-磷酸脱氢酶（G6PD）缺乏症患者退烧时，应避免使用对乙酰氨基酚，可选用布洛芬。使用对乙酰氨基酚退烧无效的患者，可以考虑使用布洛芬退烧。
布洛芬和对乙酰氨基酚是否可以	只在流感等持续高烧不退等少数不得已情况下，才考虑对乙酰氨基酚和布洛芬交替使用。对乙酰氨基酚最小给药时间间隔是 4 小时，当对	

交替使用	乙酰氨基酚用了最大剂量后 2 小时烧还没退下来时，才考虑交替使用布洛芬，这两种药交替使用的最小时间间隔是 2 小时。交替使用时，两药各自每天最多使用的次数不变，即对乙酰氨基酚最多 5 次，布洛芬最多 4 次。
------	--

❖ 指南共识

流行性感冒诊疗方案

流行性感冒（以下简称流感）是流感病毒引起的一种急性呼吸道传染病，甲型和乙型流感病毒每年呈季节性流行，其中甲型流感病毒可引起全球大流行。全国流感监测结果显示，每年 10 月我国各地陆续进入流感冬春季流行季节。

流感起病急，虽然大多为自限性，但部分患者因出现肺炎等并发症或基础疾病加重发展成重症病例，少数病例病情进展快，可因急性呼吸窘迫综合征（ARDS）、急性坏死性脑病或多器官功能不全等并发症而死亡。重症流感主要发生在老年人、年幼儿童、肥胖者、孕产妇和有慢性基础疾病者等高危人群，也可发生在一般人群。

为进一步规范和加强流感临床诊治工作，减少重症流感发生，降低病死率，在《流行性感冒诊疗方案（2019 年版）》的基础上，结合国内外研究成果及我国既往流感诊疗经验，制定本诊疗方案。

一、病原学

流感病毒属于正粘病毒科，为单股、负链、分节段 RNA 病毒。根据核蛋白和基质蛋白不同，分为甲、乙、丙、丁四型。

目前感染人的主要是甲型流感病毒中的 H1N1、H3N2 亚型及乙型流感病毒中的 Victoria 和 Yamagata 系。

流感病毒对乙醇、碘伏、碘酊等常用消毒剂敏感；对紫外线和热敏感，56℃ 条件下 30 分钟可灭活。

二、流行病学

（一）传染源。

患者和隐性感染者是主要传染源。从潜伏期末到急性期都有传染性，病毒在人呼吸道分泌物中一般持续排毒 3~7 天，儿童、免疫功能受损及危重患者病毒排毒时间可超过 1 周。

（二）传播途径。

流感病毒主要通过打喷嚏和咳嗽等飞沫传播，经口腔、鼻腔、眼睛等黏膜直接或间接接触感染。接触被病毒污染的物品也可通过上述途径感染。在特定场所，如人群密集且密闭或通风不良的房间内，也可能通过气溶胶的形式传播，需警惕。

（三）易感人群。

人群普遍易感。接种流感疫苗可有效预防相应亚型/系的流感病毒感染。

（四）重症病例的高危人群。

下列人群感染流感病毒后较易发展为重症病例，应当给予高度重视，尽早进行流感病毒核酸检测及其他必要检查，给予抗病毒药物治疗。

1. 年龄<5 岁的儿童（年龄<2 岁更易发生严重并发症）；
2. 年龄≥65 岁的老年人；
3. 伴有以下疾病或状况者：慢性呼吸系统疾病、心血管系统疾病（高血压除外）、肾病、肝病、血液系统疾病、神经系统及神经肌肉疾病、代谢及内分泌系统疾病、恶性肿瘤、免疫功能抑制等；
4. 肥胖者【体重指数（Body Mass Index, BMI）大于 30】；
5. 妊娠及围产期妇女。

三、发病机制及病理改变

（一）发病机制

甲、乙型流感病毒通过血凝素（HA）与呼吸道上皮细胞表面的唾液酸受体结合启动感染。流感病毒通过细胞内吞作用进入宿主细胞，病毒基因组在细胞核内进行转录和复制，复制出大量新的子代病毒并感染其他细胞。流感病毒感染人体后，严重者可诱发细胞因子风暴，导致感染中毒症，从而引起 ARDS、休克、脑病及多器官功能不全等多种并发症。

（二）病理改变

主要表现为呼吸道纤毛上皮细胞呈簇状脱落、上皮细胞化生、固有层黏膜细胞充血、水肿伴单核细胞浸润等病理变化。重症病例可出现肺炎的改变；危重症

者可合并弥漫性肺泡损害；合并脑病时出现脑组织弥漫性充血、水肿、坏死，急性坏死性脑病表现为丘脑为主的对称性坏死性病变；合并心脏损害时出现间质出血、淋巴细胞浸润、心肌细胞肿胀和坏死等心肌炎的表现。

四、临床表现和实验室检查

潜伏期一般为1~7天，多为2~4天。

（一）临床表现

主要以发热、头痛、肌痛和全身不适起病，体温可达39~40℃，可有畏寒、寒战，多伴全身肌肉关节酸痛、乏力、食欲减退等全身症状，常有咽喉痛、干咳，可有鼻塞、流涕、胸骨后不适，颜面潮红，眼结膜充血等。部分患者症状轻微或无症状。

儿童的发热程度通常高于成人，患乙型流感时恶心、呕吐、腹泻等消化道症状也较成人多见。新生儿，可仅表现为嗜睡、拒奶、呼吸暂停等。

无并发症者病程呈自限性，多于发病3~5天后发热逐渐消退，全身症状好转，但咳嗽、体力恢复常需较长时间。

（二）并发症

肺炎是最常见的并发症，其他并发症有神经系统损伤、心脏损伤、肌炎和横纹肌溶解、休克等。儿童流感并发喉炎、中耳炎、支气管炎较成人多见。

1. 流感病毒可侵犯下呼吸道，引起原发性病毒性肺炎。部分重症流感患者可合并细菌、真菌等其他病原体感染，严重者可出现ARDS。

2. 神经系统损伤包括脑膜炎、脑炎、脊髓炎、脑病、吉兰-巴雷综合征等，其中急性坏死性脑病多见于儿童。

3. 心脏损伤主要有心肌炎、心包炎。可见心肌标志物、心电图、心脏超声等异常，严重者可出现心力衰竭。此外，感染流感病毒后，心肌梗死、缺血性心脏病相关住院和死亡的风险明显增加。

4. 肌炎和横纹肌溶解主要表现为肌痛、肌无力、血清肌酸激酶、肌红蛋白升高，严重者可导致急性肾损伤等。

（三）实验室检查

1. 血常规：外周血白细胞总数一般不高或降低，重症病例淋巴细胞计数明显降低。

2. 血生化：可有天门冬氨酸氨基转移酶、丙氨酸氨基转移酶、乳酸脱氢酶、肌酐等升高。少数病例肌酸激酶升高；部分病例出现低钾血症等电解质紊乱。休克病例血乳酸可升高。

3. 动脉血气分析：重症患者可有氧分压、血氧饱和度、氧合指数下降，酸碱失衡。

4. 脑脊液：中枢神经系统受累者细胞数和蛋白可正常或升高；急性坏死性脑病典型表现为细胞数大致正常，蛋白增高。

5. 病原学相关检查：

(1) 病毒抗原检测：病毒抗原检测可采用胶体金法和免疫荧光法。抗原检测速度快，但敏感性低于核酸检测。病毒抗原检测阳性支持诊断，但阴性不能排除流感。

(2) 病毒核酸检测：病毒核酸检测的敏感性和特异性很高，且能区分病毒类型和亚型。目前主要包括实时荧光定量 PCR 和快速多重 PCR。荧光定量 PCR 法可检测呼吸道标本（鼻咽拭子、咽拭子、气管抽取物、痰）中的流感病毒核酸，且可区分流感病毒亚型。对重症患者，检测下呼吸道（痰或气管抽取物）标本更加准确。

(3) 病毒培养分离：从呼吸道标本培养可培养分离出流感病毒。

(4) 血清学检测：IgG 抗体水平恢复期比急性期呈 4 倍或以上升高有回顾性诊断意义。IgM 抗体检测敏感性和特异性较低。

(四) 影像学表现

原发性病毒性肺炎者影像学表现为肺内斑片状、磨玻璃影、多叶段渗出性病灶；进展迅速者可发展为双肺弥漫的渗出性病变或实变，个别病例可见胸腔积液。

急性坏死性脑病 CT 或 MRI 可见对称性、多灶性脑损伤，包括双侧丘脑、脑室周围白质、内囊、壳核、脑干被盖上部（第四脑室、中脑水管腹侧）和小脑髓质等。

五、诊断

主要结合流行病学史、临床表现和病原学检查进行诊断。在流感流行季节，即使临床表现不典型，特别是有重症流感高危因素或住院患者，仍需考虑流感可

能，应行病原学检测。在流感散发季节，对疑似病毒性肺炎的住院患者，除检测常见呼吸道病原体外，还需行流感病毒检测。

（一）临床诊断病例

有流行病学史（发病前 7 天内在无有效个人防护的情况下与疑似或确诊流感患者有密切接触，或属于流感样病例聚集发病者之一，或有明确传染他人的证据）和上述流感临床表现，且排除其他引起流感样症状的疾病。

（二）确定诊断病例

有上述流感临床表现，具有以下一种或以上病原学检测结果阳性：

1. 流感病毒核酸检测阳性。
2. 流感抗原检测阳性。
3. 流感病毒培养分离阳性。
4. 急性期和恢复期双份血清的流感病毒特异性 IgG 抗体水平呈 4 倍或以上升高。

六、重症与危重病例

（一）出现以下情况之一者为重症病例

1. 持续高热>3 天，伴有剧烈咳嗽，咳脓痰、血痰，或胸痛；
2. 呼吸频率快，呼吸困难，口唇紫绀；
3. 反应迟钝、嗜睡、躁动等神志改变或惊厥；
4. 严重呕吐、腹泻，出现脱水表现；
5. 合并肺炎；
6. 原有基础疾病明显加重；
7. 需住院治疗的其他临床情况。

（二）出现以下情况之一者为危重病例

1. 呼吸衰竭；
2. 急性坏死性脑病；
3. 休克；
4. 多器官功能不全；
5. 其他需进行监护治疗的严重临床情况。

七、鉴别诊断

（一）普通感冒

流感的全身症状比普通感冒重；追踪流行病学史有助于鉴别；普通感冒的流感病原学检测阴性，或可找到相应的病原学证据。

（二）其他上呼吸道感染

包括急性咽炎、扁桃体炎、鼻炎和鼻窦炎。感染与症状主要限于相应部位。流感病原学检查阴性。

（三）其他下呼吸道感染

流感有咳嗽症状或合并气管一支气管炎时需与急性气管一支气管炎相鉴别；合并肺炎时需要与其他病原体（其他病毒、支原体、衣原体、细菌、真菌、结核分枝杆菌等）导致的肺炎相鉴别。根据临床特征可作出初步判断，病原学检查可资确诊。

（四）新冠肺炎

新冠肺炎轻型、普通型可表现为发热、干咳、咽痛等症状，与流感不易区别；重型、危重型表现为重症肺炎、ARDS 和多器官功能障碍，与重症、危重症流感临床表现类似，应当结合流行病学史和病原学鉴别。

八、治疗

（一）基本原则

1. 临床诊断病例和确定诊断病例应当尽早隔离治疗。

2. 住院治疗标准（满足下列标准任意 1 条）：

（1）基础疾病明显加重，如：慢性阻塞性肺疾病、糖尿病、慢性心功能不全、慢性肾功能不全、肝硬化等。

（2）符合重症或危重流感诊断标准。

3. 非住院患者居家隔离，保持房间通风，佩戴口罩。充分休息，多饮水，饮食应当易于消化和富有营养。密切观察病情变化，尤其是儿童和老年患者。

4. 流感病毒感染高危人群容易引发重症流感，尽早抗病毒治疗可减轻症状，减少并发症，缩短病程，降低病死率。

5. 避免盲目或不恰当使用抗菌药物。仅在细菌感染指征时使用抗菌药物。

6. 合理选用退热药物，儿童忌用阿司匹林或含阿司匹林及其他水杨酸制剂。

7. 辨证使用中医药。

（二）对症治疗

高热者可进行物理降温、应用解热药物。咳嗽咳痰严重者给予止咳祛痰药物。根据缺氧程度采用适当的方式进行氧疗。

（三）抗病毒治疗

1. 抗流感病毒治疗时机：重症或有重症流感高危因素的流感样病例，应当尽早给予经验性抗流感病毒治疗。发病 48 小时内进行抗病毒治疗可减少并发症、降低病死率、缩短住院时间；发病时间超过 48 小时的重症患者依然可从抗病毒治疗中获益。

非重症且无重症流感高危因素的患者，应当充分评价风险和收益，考虑是否给予抗病毒治疗。

2. 抗流感病毒药物：我国目前上市的药物有神经氨酸酶抑制剂、血凝素抑制剂和 M2 离子通道阻滞剂三种。

（1）神经氨酸酶抑制剂对甲型、乙型流感均有效，包括以下几种：

①奥司他韦（胶囊/颗粒）：成人剂量每次 75mg,每日 2 次。

1 岁以下儿童推荐剂量：0~8 月龄，每次 3.0mg/kg，每日 2 次；9~11 月龄，每次 3.5mg/kg，每日 2 次。1 岁及以上年龄儿童推荐剂量：体重不足 15kg 者，每次 30mg，每日 2 次；体重 15~23kg 者，每次 45mg,每日 2 次；体重 23~40kg 者，每次 60mg,每日 2 次；体重大于 40kg 者，每次 75mg，每日 2 次。疗程 5 天，重症患者疗程可适当延长。

肾功能不全者要根据肾功能调整剂量。

②扎那米韦（吸入喷雾剂）：适用于成人及 7 岁以上青少年，用法：每次 10mg，每天 2 次（间隔 12 小时），疗程 5 天。不推荐原有哮喘或其他慢性呼吸道疾病患者使用吸入性扎那米韦。不推荐扎那米韦吸入粉剂用雾化器或机械通气装置给药。

③帕拉米韦：成人用量为 300~600mg，小于 30 天新生儿 6mg/kg，31~90 天婴儿 8mg/kg，91 天~17 岁儿童 10mg/kg，静脉滴注，每日 1 次，1~5 天，重症患者疗程可适当延长。

（2）血凝素抑制剂

阿比多尔：可用于成人甲、乙型流感的治疗。用量为每次 200mg，每日 3 次，疗程 5 天。我国临床应用数据有限，需密切观察疗效和不良反应。

（3）M2 离子通道阻滞剂

金刚烷胺和金刚乙胺：对目前流行的流感病毒株耐药，不建议使用。

（四）重症病例的治疗

治疗原则：积极治疗原发病，防治并发症，并进行有效的器官保护和功能支持。

1. 对于重症流感患者，抗病毒治疗疗程尚不明确，有条件的医院可根据核酸检测结果适当延长抗病毒治疗时间。不推荐双倍剂量或联合应用两种神经氨酸酶抑制剂治疗。

2. 低氧血症或呼吸衰竭是重症和危重症患者的主要表现，需要密切监护，及时给予相应的治疗，包括常规氧疗、鼻导管高流量氧疗、无创通气或有创机械通气等。对难治性低氧血症患者，可考虑使用体外膜肺氧合（Extra Corporeal Membrane Oxygenation, ECMO）。出现其他脏器功能损害时，给予相应支持治疗。

3. 重症流感患者可合并细菌或真菌感染，需密切关注病情变化，积极留取标本送检病原学，及时、合理应用抗细菌或抗真菌药物。

4. 合并神经系统并发症时应当给予降颅压、镇静止惊等对症处理；急性坏死性脑病无特效治疗，可给予糖皮质激素和丙种球蛋白等治疗。

（五）中医治疗

1. 轻症辨证治疗方案

（1）风热犯卫

症状：发病初期，发热或未发热，咽红不适，轻咳少痰，口干。

舌脉：舌质边尖红，苔薄或薄腻，脉浮数。

治法：疏风解表，清热解毒。

基本方药：银翘散加减。

银花 15g 连翘 15g 桑叶 10g 菊花 10g 桔梗 10g

牛蒡子 15g 芦根 30g 薄荷^(后下) 6g 荆芥 10g 生甘草 3g

煎服法：水煎服，1 日 2 次。

加減：苔厚膩加藿香 10g、佩蘭 10g；

咳嗽重加杏仁 10g、炙枇杷葉 10g；

腹瀉加黃連 6g、葛根 15g；

咽痛重加錦灯笼 9g、玄參 15g。

常用中成藥：疏風解表、清熱解毒類，如金花清感顆粒、連花清瘟膠囊（顆粒）、清開靈顆粒（膠囊、軟膠囊、片）、疏風解毒膠囊、銀翹解毒丸（顆粒、膠囊、軟膠囊、片）等。

兒童可選兒童抗感顆粒、小兒豉翹清熱顆粒等。

（2）風寒束表

症狀：發病初期，惡寒，發熱或未發熱，無汗，身痛頭痛，鼻流清涕。

舌脈：舌質淡紅，苔薄而潤，脈浮緊。

治法：辛溫解表。

基本方藥：麻黃湯加味。

炙麻黃 6g 炒杏仁 10g 桂枝 10g 葛根 15g 羌活 10g

蘇葉 10g 炙甘草 6g

煎服法：水煎服，1日2次。

加減：咳嗽咳痰加前胡 10g、紫苑 10g、浙貝母 10g。

常用中成藥：九味羌活丸（顆粒）、正柴胡飲顆粒、感冒清熱顆粒（膠囊）等。

（3）表寒里熱

症狀：惡寒，高熱，頭痛，身體酸痛，咽痛，鼻塞，流涕，口渴。

舌脈：舌質紅，苔薄或黃，脈數。

治法：解表清里。

基本方藥：大青龍湯加減。

炙麻黃 6g 桂枝 10g 羌活 10g 生石膏^{（先煎）} 30g 黃芩 15g

知母 10g 金銀花 15g 炙甘草 6g

煎服法：水煎服，1日2次。

加減：舌苔膩加藿香 10g、蒼朮 10g；

咽喉紅腫加連翹 15g、牛蒡子 10g。

常用中成药：连花清瘟胶囊、金花清感颗粒等。

(4) 热毒袭肺

症状：高热，咳喘，痰粘、痰黄、咯痰不爽，口渴喜饮，咽痛，目赤。

舌脉：舌质红，苔黄或腻，脉滑数。

治法：清热解毒，宣肺化痰。

基本方药：麻杏石甘汤加减。

炙麻黄 9g 杏仁 10g 生石膏^(先煎) 45g 知母 10g 浙贝母 10g

桔梗 10g 黄芩 15g 瓜蒌 30g 生甘草 10g

煎服法：水煎服，1日2次。

加减：便秘加生大黄（后下）6g、厚朴 6g。

常用中成药：清热解毒、宣肺止咳类，如连花清瘟胶囊（颗粒）、金花清感颗粒、疏风解毒胶囊、银黄口服液（颗粒、胶囊、片）等。

儿童可选小儿肺热咳喘颗粒（口服液）等。

2. 重症辨证治疗方案。

(1) 毒热壅盛

症状：高热不退，烦躁不安，咳嗽，喘促短气，少痰或无痰，便秘、腹胀。

舌脉：舌质红绛，苔黄或腻，脉弦滑数。

治法：解毒清热，通腑泻肺。

基本方药：宣白承气汤加味。

炙麻黄 9g 生石膏^(先煎) 45g 杏仁 10g 瓜蒌 30g 知母 15g

鱼腥草 30g 葶苈子 15g 黄芩 15g 浙贝母 10g

生大黄^(后下) 6g 赤芍 15g 丹皮 12g

煎服法：水煎服，1日2次；必要时可日服2剂，每6小时口服1次。也可鼻饲或结肠给药。

加减：高热神昏加安宫牛黄丸1丸；喘促重伴有汗出乏力者加西洋参 15g、五味子 12g。

(2) 毒热内陷，内闭外脱

症状：神识昏蒙，唇甲紫暗，呼吸浅促，或咯吐血痰，或咯吐粉红色血水，胸腹灼热，四肢厥冷，汗出，尿少。

舌脉：舌红绛或暗淡，脉微细。

治法：益气固脱，泻热开窍。

基本方药：参附汤加减

生晒参 30g 黑顺片^(先煎) 10g 山萸肉 30g 生大黄^(后下) 10g
生地 30g 丹皮 12g 炒山栀 10g

煎服法：水煎汤送服安宫牛黄丸 1 丸，1 日 2 次；必要时可日服 2 剂，每 6 小时口服 1 次。也可鼻饲或结肠给药。

3. 恢复期辨证治疗方案

气阴两虚，正气未复

症状：神倦乏力，气短，咳嗽，痰少，纳差。

舌脉：舌质淡，少津，苔薄，脉弦细。

治法：益气养阴。

基本方药：沙参麦门冬汤加减。

沙参 15g 麦冬 15g 五味子 10g 浙贝母 10g 杏仁 10g
青蒿 10g 炙枇杷叶 10g 焦三仙各 10g

煎服法：水煎服，1 日 2 次。

加减：舌苔厚腻加芦根 30g、藿香 10g、佩兰 10g。

注：

1. 涉及到超药典剂量，应按照国家有关规定规范使用。
2. 妊娠期妇女发病，治疗参考成人方案，避免使用妊娠禁忌药。
3. 儿童用药可参考成人治疗方案，并根据临床实际调整用药。
4. 如病情发生变化，根据实际情况辨证论治。

九、医院感染控制措施

(一) 落实门急诊预检分诊制度，做好患者分流。提供手卫生、呼吸道卫生和咳嗽礼仪指导，有呼吸道症状的患者及陪同人员应当佩戴医用外科口罩。

(二) 医疗机构应当分开安置流感疑似和确诊患者，患者外出检查、转科或转院途中应当佩戴医用外科口罩。限制疑似或确诊患者探视或陪护，防止住院患者感染。

(三) 加强病房通风, 并做好诊室、病房、办公室和值班室等区域物体表面的清洁和消毒。

(四) 按照要求处理医疗废物, 患者转出或离院后进行终末消毒。

(五) 医务人员按照标准预防原则, 根据暴露风险进行适当的个人防护。在工作期间佩戴医用外科口罩, 并严格执行手卫生。出现发热或流感样症状时, 及时进行流感筛查。疑似或确诊流感的医务人员, 应当隔离治疗, 不可带病工作。

十、预防

(一) 疫苗接种

接种流感疫苗是预防流感最有效的手段, 可降低接种者罹患流感和发生严重并发症的风险。推荐 60 岁及以上老年人、6 月龄至 5 岁儿童、孕妇、6 月龄以下儿童家庭成员和看护人员、慢性病患者和医务人员等重点人群, 每年优先接种流感疫苗。

(二) 药物预防

药物预防不能代替疫苗接种。建议对有重症流感高危因素的密切接触者(且未接种疫苗或接种疫苗后尚未获得免疫力)进行暴露后药物预防, 建议不要迟于暴露后 48 小时用药。可使用奥司他韦或扎那米韦等(剂量同治疗量, 每日一次, 使用 7 天)。

(三) 一般预防措施

保持良好的个人卫生习惯是预防流感等呼吸道传染病的重要手段, 主要措施包括: 勤洗手、保持环境清洁和通风、在流感流行季节尽量减少到人群密集场所活动、避免接触呼吸道感染患者; 保持良好的呼吸道卫生习惯, 咳嗽或打喷嚏时, 用上臂或纸巾、毛巾等遮住口鼻, 咳嗽或打喷嚏后洗手, 尽量避免触摸眼睛、鼻或口; 出现流感样症状应当注意休息及自我隔离, 前往公共场所或就医过程中需戴口罩。

❖ 药物临床试验动态

GCP 临床试验科研项目及科研成果转化被确定纳入三级公立医院绩效考核指标

国家卫生健康委办公厅关于印发国家三级公立医院绩效考核操作手册（2023版）的通知

发布时间: 2023-02-27 来源: 医政司



国卫办医政函〔2023〕49号

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委：

为深入贯彻落实《国务院办公厅关于加强三级公立医院绩效考核工作的意见》（国办发〔2019〕4号），持续提高三级公立医院绩效考核工作精细化水平，我委根据实际工作需要和最新政策文件要求，对《国家三级公立医院绩效考核操作手册（2022版）》进行了修订完善，形成了《国家三级公立医院绩效考核操作手册（2023版）》（可从国家卫生健康委网站下载）。现印发给你们，请遵照执行。

联系人：医政司 陈轶戈、高勇

联系电话：010-68791885

附件：📎国家三级公立医院绩效考核操作手册（2023版）

国家卫生健康委办公厅

2023年2月27日

（信息公开形式：主动公开）

（十一）学科建设（指标 50-51）

50. 每百名卫生技术人员科研项目经费▲

【指标属性】定量指标，国家监测指标。

【计量单位】元

【指标定义】

考核年度每百名卫生技术人员立项的科研经费总金额。

【计算方法】

$$\text{每百名卫生技术人员科研项目经费} = \frac{\text{本年度科研项目立项经费总金额}}{\text{同期卫生技术人员总数}} \times 100$$

【指标说明】

（1）分子：科研项目经费以当年立项批复或签订合同的项目金额为准，包括纵向（国家、部/委、省、辖市等政府或者上级主管部门下达的课题项目）和横向（非政府机构或者上级单位，含 **GCP 临床试验**）的科研项目，不含院内课题和院内匹配经费，不含适宜技术推广、新技术引进、学科建设、平台建设、工作室建设、科普宣传、科研相关奖励等经费。

(2) 分母：卫生技术人员包括医、药、护、技四类在岗人员，包含在行政职能科室工作的四类人员。

【指标意义】考核医院科研创新能力。

【指标导向】逐步提高。

【指标来源】医院填报。

【指标解释】国家卫生健康委、省级卫生健康委。

继 2020 年的国家三级公立医院绩效考核操作手册（2020 修订版）首次将 GCP 临床试验纳入学科建设考核指标，2023 版三级公立医院绩效考核继续明确纳入。

51. 每百名卫生技术人员科研成果转化金额

【指标属性】定量指标

【计量单位】元

【指标定义】

考核年度每百名卫生技术人员科研成果转化的金额数。

【计算方法】

每百名卫生技术人员科研成果转化金额=本年度科技成果转化总金额/同期医院卫生技术人员总数×100

【指标说明】

(1) 分子：科技成果转化总金额是指考核年度医院科技成果转化合同、协议成交金额总数（以实际到账金额统计）。无科研转化，填“0”。

(2) 分母：此处卫生技术人员包括医、药、护、技四类在岗人员，包含在行政职能科室工作的四类人员。

【指标意义】

该指标考核医院去规模化和创新成果应用能力。《关于加强卫生与健康科技成果转移转化工作的指导意见》（国卫科教发〔2016〕51号）指出，科技成果转移转化是卫生与健康科技创新的重要内容，是加强科技创新和卫生与健康事业发展紧密结合的关键环节，对推进“健康中国”建设具有重要意义。

【指标导向】逐步提高。

❖ 药品信息

国家药监局关于修订盐酸哌替啶注射液说明书的修订要求

一、增加警示语，包括以下内容：

使用本品存在成瘾、滥用和误用的风险，可能导致用药过量和死亡。用药前应对患者进行评估并在使用本品过程中进行定期监测。本品可能导致严重的呼吸抑制，危及生命甚至死亡，应密切监护。

二、【不良反应】项下应包含以下内容

- 1) 个体心理不良反应在强度和类型上有所不同（取决于性格和用药时长）。
- 2) 在同等镇痛剂量下，哌替啶引起的呼吸抑制程度与吗啡相同，可导致 CO₂ 浓度升高和颅内压升高，故在颅内压增高时不宜使用哌替啶。

三、【禁忌】项下应包含以下内容

对哌替啶或本品任何成份过敏的患者，有严重呼吸抑制、严重呼吸衰竭、急性或重度支气管哮喘、严重胃肠道梗阻（包括麻痹性肠梗阻）的患者禁用。严禁与单胺氧化酶抑制剂同用或单胺氧化酶抑制剂停用不足 14 天的患者禁用。

四、【注意事项】项下应包含以下内容

(1) 药物滥用与成瘾风险：①本品为国家特殊管理的麻醉药品，务必严格遵守国家对麻醉药品的管理条例，医院和病室的贮药处均须加锁，处方颜色应与其他药处方区别开。各级负责保管人员均应遵守交接班制度，不可稍有疏忽。使用该药医生处方量每次不应超过 3 日常用量。处方留存三年备查。②哌替啶可能导致药物成瘾。在长期用药的情况下，会产生快速耐受性以及心理和生理依赖性。对其他阿片类药物有交叉耐受性。长期用药过程中突然停药时可能会出现戒断综合征。其症状包括心理症状（如躁动不安、焦虑、易怒、沮丧）和生理症状（如出汗、腹部绞痛、呕吐、循环衰竭）等。

(2) 未明确诊断的疼痛，尽可能不用本品，以免掩盖病情贻误诊治。

(3) 肝功能损伤、甲状腺功能不全者、颅脑损伤或颅内压升高者、血容量不足者、肾上腺功能不全者、有室上性心动过速者有前列腺疾病（如前列腺肥大）和尿道疾病（如尿道狭窄）的患者（尿潴留风险）、急性腹部不适者慎用。

(4) 注射相关信息：静脉注射后可出现外周血管扩张，血压下降，尤其与酚噻嗪类药物（如氯丙嗪等）以及中枢抑制药并用时；静脉注射可能会导致呼吸抑制发作频率增加及加重呼吸抑制，对于老年患者，静脉注射推荐给药剂量后可能会出现严重的低血压；胃肠外注射高剂量本品后，导致中枢神经系统的兴奋作用（震颤，不自主的肌肉抽搐等）频率增加；已有多次肌肉注射后出现纤维肌病的病例；不宜用于 PCA，特别不能做皮下 PCA；注意勿将药液注射到外周神经干附近，否则产生局麻或神经阻滞。

(5) 本品务必在单胺氧化酶抑制药（如呋喃唑酮、丙卡巴肼等）停用 14 天以上方可给药，而且应先试用小剂量（1/4 常用量），否则会发生难以预料的、严重的并发症，临床表现为多汗、肌肉僵直、血压先升高后剧降、呼吸抑制、紫钳、昏迷、高热、惊厥，终致循环虚脱而死亡。

(6) 本品与中枢神经抑制剂合并使用会出现镇静、呼吸抑制、昏迷甚至死亡等风险，仅限于无其他合适替代治疗方案时，才能合并使用，并尽可能减少给药剂量和给药时间，同时密切监测患者的呼吸抑制和镇静症状及体征。不建议在本品治疗期间饮酒。

(7) 本品不应与 5-羟色胺能药物合并使用，否则可能导致 5-羟色胺综合征。

(8) 本品长期或大剂量使用，会导致哌替啶代谢产物（去甲哌替啶）在体内蓄积，可能减弱其镇痛作用，增加毒性风险。

(9) 有癫痫病史的患者应谨慎使用。若同时患有肾功能不全，则应延长给药间隔或减少给药剂量，否则可能由于代谢产物去甲哌替啶的蓄积而引起癫痫发作。癫痫患者仅可在同时服用抗惊厥药的情况下使用哌替啶。

(10) 同其他阿片类药物一样，本品可能导致睡眠相关呼吸障碍，包括中枢性睡眠呼吸暂停（CSA）和睡眠相关低氧血症，呈剂量依赖性，对 CSA 患者应考虑减量使用。

(11) 使用本品期间请勿驾车或操作机器。

(12) 运动员慎用。

五、【孕期及哺乳期妇女用药】项下应包含以下内容

本品能通过胎盘屏障，妊娠期妇女长期使用阿片类药物可能导致新生儿阿片类戒断综合征，严重者可危及新生儿生命，如妊娠期间须持续用药，应告知患者相关风险并密切监测。

本品能分泌入乳汁，哺乳期间应监测其婴儿是否有过度镇静和呼吸抑制。长期使用阿片类药物的母亲停止使用本品或停止母乳喂养时，母乳喂养的婴儿可能出现戒断症状。

六、【儿童用药】项下应包含以下内容

文献报道表明，本品在婴幼儿中的清除速度较慢，不良反应风险增加，应权衡利弊使用。

七、【药物相互作用】项下应包含以下内容

CYP3A4 抑制剂和 CYP2B6 抑制剂，可增加哌替啶的血药浓度，导致药物作用增强或延长。CYP3A4 诱导剂和 CYP2B6 诱导剂可降低哌替啶的血药浓度，导致对哌替啶依赖的患者疗效降低或出现戒断综合征。

利托那韦

利托那韦会导致血浆中代谢物去甲哌替啶的浓度上升，合并使用时应谨慎。

阿昔洛韦

阿昔洛韦会增加哌替啶及其代谢产物去甲哌替啶的血药浓度。

苯妥英

苯妥英可以增强哌替啶在肝脏中的代谢，合并使用时可能会导致哌替啶的半衰期缩短和生物利用度降低，同时哌替啶的清除率增加，并导致去甲哌替啶的浓度升高，合并使用时应谨慎。

西咪替丁

西咪替丁会减少哌替啶的清除和分布容积，并减少代谢物去甲哌替啶的生成，合并使用时应谨慎。

苯巴比妥

长期使用苯巴比妥的患者在使用哌替啶时，会导致哌替啶的代谢增加，可能会增加中枢神经系统的不良反应。

MAO 抑制剂

在 14 天内使用过 MAO 抑制剂的患者使用阿片类药物时，可能会出现危及生命的中枢神经系统、呼吸和循环系统的药物相互作用：已有报道，合并用药出现 5-羟色胺综合征伴有躁动、体温过高、腹泻、心动过速、出汗、震颤和意识障碍，以及与使用阿片类药物过量时类似的症状，伴有昏迷、严重的呼吸抑制和低血压。

5-羟色胺药物

哌替啶与其他 5-羟色胺能药物(例如选择性 5-羟色胺再摄取抑制剂(SSRIs)，5-羟色胺去甲肾上腺素再摄取抑制剂(SNRIs)或圣约翰草制剂(贯叶连翘))合并使用时，已出现 5-羟色胺综合征的病例。

中枢神经系统抑制剂

镇静药物(如苯二氮卓类药物或相关药物)和阿片类药物合并使用时，由于中枢抑制作用的相互增强，会增加镇静、呼吸抑制、昏迷甚至死亡的风险。因此应限制其给药剂量和给药时间。

与巴比妥类药物和其他中枢抑制类药物合并使用时，由于中枢神经系统抑制作用增强，可能会出现意识状态下降或呼吸抑制的情况，合并使用时应谨慎。

酒精

酒精和阿片类药物合并使用时，由于中枢抑制作用的相互增强，会增加镇静、呼吸抑制、昏迷甚至死亡的风险。

吩噻嗪

哌替啶和吩噻嗪合并使用时，会增加发生低血压的风险。

阿片受体混合激动-拮抗剂类的阿片类

镇痛药；部分阿片激动剂类的阿片类镇痛药(如喷他佐辛和丁丙诺啡)

可能降低哌替啶的镇痛效果和/或加剧戒断症状。

肌肉松弛药

哌替啶可增强肌肉松弛药的神经肌肉阻滞作用，并加深呼吸抑制的程度。

利尿剂

同其他阿片类药物一样，哌替啶可通过诱导抗利尿激素的释放而降低利尿药物的疗效。

抗胆碱药

与哌替啶合用可能增加尿潴留和/或严重便秘的风险，还可能导致麻痹性肠梗阻。

其他

应谨慎与其他强效镇痛药、降低癫痫发作阈值的药物合并使用。

《药讯》约稿启事

西安市第一医院《药讯》是由药剂科主办的院内交流刊物，遵循服务于临床，促进合理用药的宗旨。为丰富药讯内容，增强医、护、药、技之间的交流，特面向全院征稿，欢迎我院医务人员踊跃来稿，原则为实用、精炼、前沿。

此外，欢迎医院各科室对药讯提出宝贵意见或建议，以帮助我们提高药讯质量和水平。

电话：029-87630939

邮箱：yyyjk2012@163.com

主 编：刘 植

副 主 编：张红兵

执行主编：段石顽

审 校：王颖丽

编 辑：吕 娟

主 办：西北大学附属第一医院·西安市第一医院药剂科

