

严格督导落实。

4.3.2 训练保障制度 以满足开展训练的人员要求、物资要求、装备要求、时间要求,确保人员满编参训、全时参训、全程参训,确保人员岗位的相对固定和适量预备,具备完成训练所需的政策保障、经费保障、思想保障等。

4.3.3 训练考评制度 分析建立训练个体、训练单元与训练整体的不同训练要素与考核指标,制定考核的具体实施细则与实施标准,建立与实际训练任务相符合的可操作性较强的考核指标体系,对训练人员进行定期全程的监督考评,确保训练效果。

参考文献

- [1] 李经纶,王本瀚,张长远,等. 医疗方舱救治颅脑损伤 112 例分析[J]. 人民军医,2011,54(12):1039-1041.
- [2] 范斌,樊毫军,侯世科,等. 国内外野战医院的研究进展[J]. 医疗卫生装备,2010,31(5):28-30.
- [3] 余海,郭九宫. 方舱医院的建设与保障实践[J]. 医疗卫生装备,2012,33(5):97-98.
- [4] 刘建军. 野战方舱医院在四川抗震救灾工作中的应用[J]. 华北国防医药,2008,20(4):58-59.
- [5] 王炳南,程正祥. 方舱医院发展与研究展望[J]. 医疗卫生

装备,2012,33(1):92-94.

- [6] 林村河. 新型方舱医院应用探讨[J]. 医疗卫生装备,2011,32(5):82-83.
- [7] 王军,刘建军,曹敏. 野战方舱医院高原抗震救灾展开流程及分析[J]. 医疗卫生装备,2011,32(8):103-104.
- [8] 侯世科,樊毫军,韩慧娟,等. 武警方舱医院综合演练实践分析[J]. 医疗卫生装备,2012,33(12):75-76.
- [9] 孙景工,谭树林,张晓峰. 外军方舱医院的发展现状及对我军的启示[J]. 医疗卫生装备,2011,31(9):75-77.
- [10] 温剑,樊毫军,侯世科. 武警方舱医院 PACS 的实施[J]. 医疗卫生装备,2012,33(11):91-92,111.
- [11] 尤健,王魁,陆海宇,等. 应急专业力量针对性训演练问题探讨[J]. 东南国防医药,2010,12(5):474-476.
- [12] 郭新,安军防,黄咏梅. 野战方舱医院在玉树抗震救灾中的应用[J]. 解放军医院管理杂志,2011,18(7):653-654.
- [13] 关晓峰,李卫东,赵鹏飞. 野战医疗方舱医院参加 5.12 抗震救灾的相关问题探讨[J]. 解放军医院管理杂志,2008,15(6):510-512.

(收稿日期:2015-03-08 修回日期:2015-07-16)

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.26.046

综合医院传染病病例分析与防控管理探讨

王 静,张越巍,周志男

(首都医科大学附属北京天坛医院疾病预防控制处 100050)

[中图分类号] R51

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2015)26-3723-03

传染性疾病是指由多种病原体引起的能在人类或者动物之间相互传播的疾病,它的基本特点就是具有传染性,同时还具有流行性。目前,传染病已经不仅仅是一个公共卫生问题,而是一个与政治、经济有着密切联系的社会问题^[1]。传染病的流行和传播,必须具备传染源、传播方式、易感人群三个必要条件,这三个环节贯穿于综合医院传染病预防控制管理全过程中。综合医院要在第一时间发现传染源,做到“早发现、早诊断、早报告”;控制传播方式,做到“早隔离、早转诊”;减少易感人群,采取包括疫苗应急接种,隔离监测密切接触者,院内感染消毒等措施。本文拟对本院近 2 年报告的传染病病例(包括疑似病例、确诊病例)进行分析,总结加强综合医院传染病防控工作的规范化建议。

1 资料与方法

1.1 资料来源 本文研究所用的数据来自于 2013 年 1 月 1 日至 2014 年 12 月 31 日,本院报告的门诊、急诊、住院患者传染病病例(疑似病例、临床诊断病例、实验室诊断病例),共计 1 886 例。

1.2 研究方法 本文采用回顾性分析的方法,对 1 886 例传染病病例的特点进行分析。

2 结 果

2.1 报告数量 2013~2014 年本院共报告传染病病例 1 886 例,其中 2013 年报告 908 例,2014 年报告 978 例,2014 年比 2013 年同期报告数量增加 7.71%。从构成上看,2013 年排名前十位的传染病为:感染性腹泻,尖锐湿疣,细菌性痢疾,乙型肝炎,结核病,梅毒,水痘,淋病,丙型肝炎,生殖道沙眼衣原体感染,前十位传染病病例总数占全年传染病病例总数的 96.04%;2014 年,排名前十位的传染病为:感染性腹泻,尖锐湿疣,细菌性痢疾,乙型肝炎,梅毒,结核病,水痘,淋病,丙型肝炎,人类免疫缺陷病毒(HIV)感染,前十位传染病病例总数占全年传染病病例总数的 96.01%;其中梅毒病例的数量排名更加靠前,HIV 病例的数量排名进入前十名(表 1)。从疾病数量增长速度来看,2014 年与 2013 年同期相对,病例数量增长速度排名前十位的传染病为:生殖器疱疹,HIV,AFP,艾滋病,乙型肝炎,水痘,结核病,淋病,丙型肝炎,细菌性痢疾(表 2)。其中 HIV 病例、艾滋病病例、乙型肝炎病例、结核病病例等传染病在绝对增长数量和同期增长百分比上均保持较高的增长幅度和增长水平。

2.2 病例类型 2013、2014 年本院上报的 1 886 例传染病病例,涵盖疑似病例、实验室诊断病例和临床诊断病例等病例类型,其中疑似病例 42 例,实验室诊断病例 695 例,临床诊断病

例 1 149 例;疑似病例占有所有病例的 2.22%,诊断病例占 97.78%(表 3)。从每年的病例类型构成上看,2013 年的 908 例传染病上报病例中,疑似病例 14 例,实验室诊断病例 315 例,临床诊断病例 579 例,疑似病例占有所有病例的 1.54%,诊断病例占 98.46%;2014 年的 978 例传染病上报病例中,疑似病例 28 例,实验室诊断病例 380 例,临床诊断病例 570 例,疑似病例占有所有病例的 2.86%,诊断病例占 97.14%。

2.3 病例分析 从病例户籍所在地看,2013 年和 2014 年报告的传染病病例中,本地户籍病例总数为 1 061 例,而非本地户籍病例总数为 825 例,非本地户籍病例由 2013 年的 381 例增加至 2014 年的 444 例,增幅为 16.54%;从病例年龄分组看,以 21~30 岁组和 31~40 岁组两个年龄组报告病例数量最多,占 2013、2014 年上报传染病病例总数的 50.21%。

表 1 2013、2014 年传染病上报病例前十位疾病[n(%)]

疾病名称	2013	疾病名称	2014
感染性腹泻	301(33.15)	感染性腹泻	300(30.67)
尖锐湿疣	142(15.64)	尖锐湿疣	126(12.88)
细菌性痢疾	122(13.44)	细菌性痢疾	126(12.88)
乙型肝炎	74(8.15)	乙型肝炎	94(9.61)
结核病	74(8.15)	梅毒	93(9.51)
梅毒	57(6.28)	结核病	83(8.49)
水痘	45(4.96)	水痘	54(5.52)
淋病	32(3.52)	淋病	35(3.58)
丙型肝炎	16(1.76)	丙型肝炎	17(1.74)
生殖道沙眼衣原体感染	9(0.99)	HIV	11(1.12)
合计	872(96.04)	合计	939(96.01)

表 2 2013~2014 年增长速率前十位的传染病

疾病名称	2013	2014	增长 n	同期增长百分比
生殖器疱疹	1	2	1	100.00
HIV	6	11	5	83.33
AFP	3	5	2	66.67
艾滋病	7	9	2	28.57
乙型肝炎	74	94	20	27.03
水痘	45	54	9	20.00
结核病	74	83	9	12.16
淋病	32	35	3	9.38
丙型肝炎	16	17	1	6.25
细菌性痢疾	122	126	4	3.28

表 3 2013、2014 年传染病病例类型分析

疾病类型	2013	占上报总数百分比	2014	占上报总数百分比	合计	占上报总数百分比
疑似病例	14	1.54	28	2.86	42	2.23
诊断病例	894	98.46	950	97.14	1844	97.77
临床诊断病例	579	63.77	570	58.28	1149	60.92
实验室诊断病例	315	34.69	380	38.85	695	36.85
合计	908	100.00	978	100.00	1886	100.00

表 4 2013、2014 年传染病病例年龄分析

年龄分组	2013		2014		合计	
	n	占当年上报总数百分比	n	占当年上报总数百分比	n	占当年上报总数百分比
0~<11	18	1.98	14	1.43	32	1.70
11~<21	66	7.27	62	6.34	128	6.79
21~<31	308	33.92	299	30.57	607	32.18
31~<41	152	16.74	188	19.22	340	18.03
41~<51	117	12.89	100	10.22	217	11.51
51~<61	111	12.22	145	14.83	256	13.57
61~<71	59	6.50	79	8.08	138	7.32
71~	77	8.48	91	9.30	168	8.91
合计	908	100.00	978	100.00	1 886	100.00

3 讨 论

3.1 综合医院防控传染病预防控制管理的压力日益增大 三级医院是向几个地区提供高水平专科性医疗卫生服务和执行高等教育、科研任务的区域性以上的医院。本院是以神经科为特色的三级甲等综合医院,每年来本院就诊、治疗的门、急诊患者和住院患者中,外省市来京人员的比例接近 80%。一方面,由于目标人群和预期治疗疾病不同,综合医院的建设标准与传染病专科医院的建设标准存在很大差异,综合医院的建设标准和布局不符合传染病防治的要求;另一方面,外来就诊人群的自身免疫情况复杂,既要防控外来就诊人群在院内新发传染病的发生,也要防控已携带的陈旧性传染病的扩散,同时,还要做好外来就诊人群出现传染病临床症状后对其他人群和医务人员的交叉感染。从近 2 年本院上报的传染性疾病来看,乙型肝炎、结核和细菌性痢疾等传染病一直处于较高的发病水平和患病水平,同时,尖锐湿疣、梅毒、淋病、艾滋病、HIV 病毒感染等性传播疾病的发病人数也在逐年增加。性病数量的增多,新增艾滋病病例数量不断上升,流动人口所占比例居高不下,以上这 3 点均符合北京市艾滋病疫情特点。从年龄分布来看,青壮年 21~<30 岁组发病率占 32.18%,也符合北京市传染病报告数量的总体规律。这些特点的凸显,加大了综合医院传染病预防控制管理的难度和压力。

3.2 建立完整的传染病防控管理流程 传染病防治关系人民群众的身体健康和生命安全,关系经济社会发展和国家安全稳定。医疗机构涉及传染病传播流行的全过程。从传染源上看,医院既要接诊输入性门、急诊病例,也要面对住院患者发生的传染病病例疫情;从传播途径上看,一旦发生传染病疫情,医院要及时根据传染病的传播特点,做好环境消毒;从易感人群上看,院内传染病疫情出现以后,医院职工和门、急诊患者和住院患者及其家属都将有可能被感染。因此,医院传染病预防控制管理应制定涵盖传染病传播流行的完整流程。(1)在门诊、急诊分诊区严格执行预检分诊制度,提高传染病鉴别诊断水平,做到传染病病例“早发现、早诊断、早报告”;(2)及时切断传染病病例与外界可能的接触途径,并组织开展传染病患者的医疗救治和转诊,做到“早隔离、早治疗、早转诊”;(3)动员密切接触人员开展症状监测,积极开展疫情后疫苗应急补种;及时做好污染区域的消毒清洁,防止院内感染的发生。

3.3 完善医院传染病综合防控工作预案 突发公共卫生事件

应急预案体系建设,是我国突发公共卫生事件应急机制建设的重要组成部分,是加强突发事件预警、预测能力的基础,也是提高卫生应急处置能力的重要保障^[2]。抓紧制订完善传染病现场调查处置人员的防护标准、职业暴露应急处置预案,定期组织开展人员防护培训和演练,综合医院在传染病病例发现、诊断、报告、隔离、治疗中所承担的责任,要求医院必须结合综合防控的要求制定传染病突发事件综合防控预案。(1)防控预案应侧重流程管理,明确医院防控传染病的组织管理、分诊流程和报告制度,明确医院各部门的职责和分工;(2)防控预案应密切结合传染病防控指南和防控政策指南,涵盖组织管理、物资储备、信息管理和防护要求等方面^[3];(3)传染病防控预案的制定应结合医院突发事件防控的总预案。从近两年的传染病报告情况来看,确诊病例比例可达到 97.7%,充分说明经过系统的传染病培训和演练,临床医务人员对传染病的症状、诊断、报告意识逐渐在加强。

3.4 加强院内感染防控和医务人员个人防护工作 综合医院的感染科门诊、急诊科、呼吸科门诊、皮肤性病科等科室,是相当一部分传染病病例的首诊科室,即使做了相关的隔离措施,但是在传染病患者的诊疗活动中,也难免与其他非传染病患者直接或间接接触^[4]。在首诊负责制的要求下,医务人员一方面,要提高鉴别诊断能力,早发现,早报告;另一方面,医务人员在接诊疑似患者时的也要加强个人防护,不要将自己完全暴露在患者面前,导致自己被动感染。围绕“早发现、早诊断、早治疗、早隔离、早报告”的指导原则,首先,定期梳理医院的预检分诊制度,确保有明确症状的患者到皮肤科、感染科门诊等指定

• 卫生管理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2015.26.047

区域就诊;其次,医院疾病预防控制处和医院感染管理处要定期组织重点科室开展不同时期常见、重点传染病鉴别诊断和防控知识培训,提高医务人员的鉴别诊断能力,牢固树立医院感染防控和个人防护意识;第三,科室要进行有针对性地防控演练,如肠道门诊,要进行接诊肠道感染患者的演练;皮肤性病科要组织开展针对艾滋病、性病患者的防护训练;发热门诊要针对呼吸道传染病、禽流感的防护培训。

对于当前传染病的发生和发展的趋势,保持有序的传染病疫情上报流程,实现对传染病的早发现、早报告、早治疗,做好传染病的院内防控工作,是综合医院疾病预防控制工作中的重中之重。

参考文献

- [1] 曹纪风.综合医院内传染病的感染防控管理探讨[J].吉林医学,2014,35(11):2496
- [2] 邱泽青.我国突发公共卫生事件应急预案体系建设中存在的问题及其对策[J].中国预防医学杂志,2008,6(9):449-451.
- [3] 赵贺,陈凤欣,马剡芳,等.应急管理在突发传染病救治中的作用—以收治北京市首例人感染甲型 H7N9 禽流感患者为例[J].中国医院,2014,18(2):40-42.
- [4] 潘华.综合医院传染病防控与医院危机管理[J].医院管理论坛,2009,26(156):41-43.

(收稿日期:2015-03-08 修回日期:2015-06-16)

合理规避超范围用药法律风险的经验探析

张良辉,李映洁[△],邢沫

(北京大学肿瘤医院暨北京市肿瘤防治研究所医务处/恶性肿瘤发病机制及转化研究

教育部重点实验室 100142)

[中图分类号] R969.3

[文献标识码] B

[文章编号] 1671-8348(2015)26-3725-02

超范围用药是在医学实践中越来越普遍的做法,其必要性越来越得到广泛认可。但由于缺少关于超范围用药具体详细的法律规定,超范围用药的法律风险也一直存在。本文结合某周期性发热综合征病例的超范围用药行为,就超范围用药的概念、必要性、相关法律规定等内容进行了探讨,得出该周期性发热综合征病例中的超范围用药行为是合法行使处方权的行为的结论。并由此病例中超范围用药的行为总结出合理规避超范围用药法律风险的经验。

1 超范围用药简介

1.1 概念 超范围用药,又称超说明书用药。是指药品使用的适应证、给药方法或剂量不在官方批准的说明书之内的用法,包括年龄、给药剂量、适应人群、适应证或给药途径等与药品说明书中的用法不同^[1]。超范围用药一词在广东省药学会印发的《药品未注册用法专家共识》中也被定义为“药品未注册

用法”^[2]。

1.2 超范围用药的必要性 (1)药品说明书是药品生产商利益权衡的产物。首先,即使出现新的用法,制药企业也会出于经济考虑很少修改说明书^[3];其次,制药企业往往处于经济利益的考虑不愿意为市场份额较小的患者(如:罕见病患者)用药开发新药,当医师对此类疾病患者采用标准疗法无效时,超范围用药是惟一有效的途径。(2)医学发展迅速,药品未注册的用法被不断发现。医师在大量的临床实践、文献报道中可获得药品未注册的用法,这些方法已经广泛应用于临床中。现有的药品说明书的改进远远赶不上医学发展的脚步^[4]。(3)医生针对儿童、肿瘤患者等特殊人群常常不能在现有药物的注册用法中找到对应治疗。以儿童群体为例,由于政府对儿童在一些安全性和有效性没有经过考证的制剂问题上持谨慎态度,所以儿童经常被排除在新药临床试验之外,这就导致药品上市前研究