

呼吸学科医疗服务能力指南

(2018 年版)

编写说明

为贯彻落实党的十九大、十九届二中、三中全会和全国卫生与健康大会精神，根据《“健康中国”2030规划纲要》、《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》（国办发〔2015〕70号）和《国务院办公厅关于推进医疗联合体建设和发展的指导意见》（国办发〔2017〕32号）有关要求，国家卫生健康委组织制定了《呼吸学科医疗服务能力指南（2018年版）》（以下简称《指南》），进一步明确不同级别医疗机构呼吸学科的功能定位，指导各地加强呼吸学科医疗服务能力建设。各有关医院要按照《指南》要求，科学、规范地加强呼吸学科内涵建设，开展与自身功能定位相适应的诊疗服务，不断提升医疗服务能力，保障医疗质量与安全，提高医院管理水平。同时，充分发挥技术辐射和带动作用，通过对口帮扶、医联体等多种方式，促进医疗资源纵向整合，引导优质医疗资源下沉，提升基层医疗机构能力，推动分级诊疗制度建设。

本指南提及的医疗服务能力是指符合医院（不含中医院）功能定位的综合能力，包含医院资源配置、技术人员、工作效率与效果、医疗服务能力与技术水平等。基本标准为学科应当达到的基础能力要求；推荐标准是指在达到基本标准的基础上，进一步应当实现的能力要求。

第一部分

三级医院呼吸学科医疗服务能力指南

(2018年版)

三级医院呼吸学科主要任务是提供呼吸专科医疗服务，解决危重疑难病症，接受下级医疗机构转诊，对下级医疗机构进行技术指导和培训；承担培养医疗专业人员的教学任务和科研项目；参与和指导下级医疗机构预防保健工作。

1. 基本设置

应当具有与三级医院相适应的基本设置，满足三级医院服务功能、技术水平及管理要求。三级医院呼吸学科应当设置门诊、病房和呼吸相关功能检查室。

1.1 门诊设置

应当设置呼吸专科普通门诊、专家门诊，有条件的可设置专病/专项门诊（如哮喘、慢阻肺、戒烟等）、呼吸门诊综合诊疗室。

1.2 床位规模

(1) 基本标准。三级医院呼吸专科住院床位设置应当与其功能定位、服务能力和患者就医需求相适应。医院配置有重症监护室(ICU)，能够开展呼吸系统急危重症病例救治。

(2) 推荐标准。三级医院呼吸专科住院床位设置与其功能

定位、服务能力和患者就医需求相适应，并已形成相应的亚专科学组。医院设置呼吸重症监护室(RICU)或者内科重症监护室(MICU)，具有较高的呼吸系统急危重症病例救治能力。

1.3 呼吸相关功能检查室设置

1.3.1 肺功能室

三级医院呼吸专科应当设置肺功能室。能够提供以下诊疗服务：

(1) 基本标准。应当开展通气功能、弥散功能、支气管舒张试验、气道阻力测定等。

(2) 推荐标准。可开展呼气一氧化氮水平(FeNO)、支气管激发试验、心肺运动试验、呼吸驱动测定等。

1.3.2 呼吸内镜室及其它呼吸介入诊疗室

三级医院呼吸专科应当设置呼吸内镜室。能够提供以下诊疗服务：

(1) 基本标准。应当开展支气管肺泡灌洗(BAL)、经支气管活检(TBB)、经支气管肺活检(TBLB)、气道异物钳取术、床旁支气管镜应用于危重病人的诊治等。

(2) 推荐标准。可开展经支气管针吸活检(TBNA)、支气管腔内超声引导下的经支气管针吸活检(EBUS-TBNA)、支气管腔内超声及导引鞘引导下经支气管肺活检(EBUS-GS-TBLB)、外周病灶径向超声引导下经支气管肺活检、支气管腔内冷冻活检(EBCB)、经支气管冷冻肺活检(TBCB)等。支气管镜下气道良

恶性狭窄相关诊疗技术，如气管/支气管内支架置入、硬质气管/支气管镜、氩等离子体凝固（APC）、电烧灼治疗、激光治疗、冷冻治疗、气管/支气管内球囊扩张术、哮喘的支气管热成形术、慢阻肺的内科肺减容术、全肺灌洗术、内科胸腔镜等。

1.3.3 睡眠呼吸疾病诊疗室

有条件的三级医院呼吸专科可设置睡眠呼吸疾病诊疗室，配置睡眠呼吸监测仪和无创呼吸机，可以提供以下诊疗服务：

（1）可配置标准多导睡眠监测设备或便携式睡眠呼吸监测设备、无创呼吸机，能开展睡眠呼吸疾病的基本诊断和治疗。

（2）有条件的单位可配置实时视频监测和记录设备，开展全夜呼气末二氧化碳监测（PETCO₂）、经皮二氧化碳监测（tcPCO₂）、膈肌肌电监测，进行日间多次睡眠潜伏期试验（MSLT）和醒觉维持试验（MWT），压力滴定，配备多种形式的无创通气呼吸机包括适应性支持通气（ASV）和平均容量保证压力支持（AVAPS/iVAPS）呼吸机。

1.4 呼吸重症监护室

三级医院呼吸科应当具备呼吸系统急危重病例救治能力。有条件的三级医院可独立设置呼吸重症监护室，提供呼吸衰竭等呼吸急危重症的医疗服务。

1.5 医疗设备

（1）基本标准。与三级医院服务功能相匹配，能够满足临床诊治疑难重症及开展医疗技术等服务需求。包括肺功能仪、

呼吸内镜、床旁心电监护仪、血气分析仪、除颤仪、无创呼吸机、有创呼吸机、转运呼吸机、无创和有创血流动力学监测等。

(2) 推荐标准。有条件的可配备体外膜肺氧合 (ECMO)、血液净化 (CRRT) 等。

1.6 人力资源

(1) 卫生技术人员与实际开放床位之比 $\geq 1.03:1$ 。

(2) 医师与实际开放床位之比 $\geq 0.3:1$ 。

(3) 护理岗位人员与实际开放床位之比 $\geq 0.4:1$ 。

(4) 护理岗位人员与医师之比 $\geq 1.6:1$ 。

(5) 具有专职从事肺功能、呼吸内镜和呼吸治疗的专业技术人员等。

1.7 多学科综合诊疗 (MDT) 模式

建立完善多学科综合诊疗模式，加强与胸外科、介入科、影像科、病理科、临床药学等协作，为患者提供整合型诊疗服务。利用远程医疗服务平台，为下级医疗机构提供多学科综合诊疗服务，方便患者就近就医。

1.8 开展医联体建设

三级医院呼吸学科应当加强急危重症患者救治能力建设，通过组建医联体等多种形式，加强与下级医疗机构呼吸科协作，为下级医疗机构及其他专科医院设置转诊绿色通道，完善双向转诊机制，促进医疗资源上下贯通。

2. 运行绩效

运行绩效反映医疗机构的工作运行能力与管理水平，主要衡量指标包括工作负荷、工作效率、服务质量等方面。

2.1 工作负荷

- (1) 年出院人次 ≥ 1200 人次。
- (2) 出院患者中，疑难危重症患者占比 $\geq 30\%$ 。

2.2 工作效率

- (1) 年出院患者平均住院日 $\leq 11-15$ 日。
- (2) 年床位使用率 93%—97%。
- (3) MICU/RICU 年床位使用率 75%—90%。

2.3 服务质量

- (1) 年医院感染漏报率 $\leq 10.0\%$
- (2) 住院患者抗菌药物使用前的病原学送检率 $\geq 30\%$ ，限制级抗菌药物使用前的病原学送检率 $\geq 50\%$ ，特殊级抗菌药物使用前的病原学送检率 $\geq 80\%$ 。
- (3) 呼吸慢病患者（含向下转诊患者）随访率 $\geq 50\%$ 。
- (4) 年入院诊断与出院诊断符合率。
- (5) 住院患者出院 30 天非计划再住院率。
- (6) 呼吸机相关肺炎发病率。

说明：(4)—(6)可通过电子病历系统导出指标进行测算，各医院对应指标不得低于本区域（以省为单位）同级别医疗机构平均水平。入院诊断与出院诊断符合率以入院诊断和出院诊断 ICD-10 编码前 4 位比较计算，要求不低于本区域（以省为单

位) 平均水平。

3. 临床专科医疗服务能力

呼吸学科疑难危重症和关键技术中涉及到的检验、影像、病理及药学等内容, 应当由医院统一设置的医技科室提供。可以提供的疑难危重症和关键技术能力, 是指包含但不限于列表中的疑难危重症及关键技术能力, 提供的数量越多, 表明医疗能力越高。应当按照相关医疗技术临床应用管理规范加强关键医疗技术的管理。

3.1 疾病诊疗

(1) 基本标准。应当具备诊治以下症状或疾病的医疗能力: 慢性咳嗽、咯血、肺结节和肿块、烟草依赖、急性上呼吸道感染、流行性感冒、急性气管及支气管炎、社区获得性肺炎、医院获得性肺炎、肺结核、肺部寄生虫病、肺部真菌病、肺脓肿、支气管哮喘、慢性阻塞性肺疾病、支气管扩张症、肺血栓栓塞症、肺源性心脏病、原发性支气管肺癌、肺部转移性肿瘤、特发性肺间质纤维化、肺结节病、肺血管炎、过敏性肺炎、结缔组织肺部表现、急性呼吸窘迫综合征、慢性呼吸衰竭、自发性气胸、胸腔积液、睡眠呼吸暂停低通气综合征等。

(2) 推荐标准。建议具备诊治以下疾病的医疗能力: 肺动脉高压、气管支气管等大气道肿瘤、纵隔肿瘤、隐源性机化性肺炎、弥漫性泛细支气管炎、非结核分枝杆菌病、弥漫性间质性肺疾病、特发性含铁血黄素沉着症、肺出血-肾炎综合症、IgG4

相关性疾病、肺泡蛋白沉着症、嗜酸性肉芽肿和嗜酸性综合征、肺泡微石症、支气管和肺淀粉样变、肺淋巴管平滑肌瘤病等。

3.2 疑难重症诊治

(1) 基本标准。应当具备诊治以下疑难危重症的医疗能力：

疾病名称	诊断手段	主要治疗方法
肺炎	胸部CT、血气分析、病原体检测	抗感染治疗、氧疗、机械通气、多系统功能支持
慢阻肺急性加重	血气分析、肺功能检查	氧疗、药物、雾化治疗、机械通气
哮喘急性发作	血气分析、肺功能检查	氧疗、药物、雾化治疗、必要时机械通气
急性肺栓塞	肺血管CT、心超、心肌标志物	循环支持、溶栓、抗凝等
急性呼吸窘迫综合征	血气分析、胸部X片/胸部CT、心脏超声	药物、机械通气
特发性肺(间质)纤维化	胸部HRCT、肺功能、肺组织病理	抗纤维化、氧疗、康复
隐源性机化性肺炎	胸部HRCT、肺组织病理	激素
肺血管炎	化验(ANCA)、胸部CT、组织病理	激素、免疫抑制剂
弥漫性肺泡出血	胸部CT、支气管肺泡灌洗	氧疗、机械通气、激素/免疫抑制剂、丙种球蛋白、血浆置换
张力性气胸	胸片或胸部CT	胸腔置管引流
多器官功能衰竭	肝、肾、心等功能	药物、脏器支持治疗

(2) 推荐标准。建议具备诊治以下疾病的医疗能力：

疾病名称	诊断手段	主要治疗方法
变应性支气管肺曲霉菌病	外周血嗜酸性粒细胞、血清总IgE、曲霉特异性IgE、胸部CT	激素、抗曲霉菌治疗
气道狭窄	胸部CT、支气管镜检查	经支气管镜介入治疗
肺动脉高压	心脏超声、胸部X片、肺血管CT、右心导管、急性血管反应试验	药物
高危肺栓塞(溶栓禁忌)	肺血管CT、心脏超声、心肌标志物、肺动脉造影	导管下碎栓
肺血管炎	化验(包括ANCA)、胸部CT、组织病理	激素、免疫抑制剂
弥漫性泛细支气管炎	胸部HRCT、鼻窦CT、肺功能检查、血清冷凝实验、肺组织病理	药物等
弥漫性实质性肺疾病/间质性肺疾病	胸部HRCT、肺功能、支气管镜检查、肺组织病理	基于检查结果与诊断,必要时呼吸支持
肺淋巴管平滑肌瘤病	胸部HRCT、肺组织病理	药物

疾病名称	诊断手段	主要治疗方法
肺朗格汉组织细胞增生症	胸部 HRCT、支气管镜检查、肺功能检查、肺组织病理	戒烟、酌情激素、免疫抑制剂
肺泡蛋白沉积症	胸部 HRCT、支气管肺泡灌洗、肺功能检查、肺组织病理	全肺灌洗、GM-CSF 治疗

3.3 关键医疗技术

(1) 基本标准。应当具备以下关键医疗技术能力：

关键医疗技术	主要应用范围
病原学诊断	肺炎和其他呼吸系统感染、脓胸、肺部病灶鉴别诊断等
肺功能检查	任何需要呼吸功能评估的情况，包括诊断、治疗疗效评价等
机械通气	呼吸衰竭、急性呼吸窘迫综合征、睡眠呼吸综合征、心力衰竭等
支气管镜检查术	气道、肺、纵隔病变等
经支气管镜介入治疗	肿瘤、感染性疾病、气道异物
胸腔引流	气胸、血胸、脓胸、胸腔手术后引流
经皮穿刺肺活检术	肺实质病变
多导睡眠图	睡眠呼吸疾病
无创血流动力学监测	休克、心肌梗死、心力衰竭、肺栓塞、多器官功能障碍综合征等
雾化治疗	呼吸道肺疾病
吸入治疗	呼吸道肺疾病
肺康复	急慢性呼吸道肺疾病，尤其是慢性阻塞性肺疾病

(2) 推荐标准。建议具有以下关键技术能力：

关键医疗技术	主要应用范围
诱导痰液检查	支气管哮喘、慢性咳嗽
呼出气一氧化氮 (FeNO) 测定	支气管哮喘、慢性咳嗽
特异性免疫治疗 (脱敏治疗)	支气管哮喘
肺功能检查	呼吸康复运动方案制定
经支气管镜介入治疗	气管支气管结核，气道良性狭窄，重症支气管哮喘等
右心导管术	肺动脉高压、难治性心力衰竭、心肌梗死、心源性休克
有创血流动力学监测	休克、心肌梗死、心力衰竭、肺栓塞、多器官功能障碍综合征等
床旁超声检查	急性呼吸窘迫综合征、血流动力学不稳定患者等
深静脉穿刺置管术	测量中心静脉压，肠外营养等

关键医疗技术	主要应用范围
动脉穿刺置管术	紧急输液输血、动脉血压监测等
气管插管术与气管切开术	有创机械通气，上呼吸道梗阻等
血液净化技术	急性肾损伤、多脏器功能障碍综合征等
体外膜氧合	顽固性重症呼吸衰竭、顽固性休克等

4. 单病种年出院患者平均住院日

三级医院呼吸学科要加强临床路径管理，提高临床路径管理入组率、完成率，降低变异率，不断提升医疗服务质量，提高服务效率，控制不合理医疗费用。

代表病种名称	单病种年出院患者平均住院日参考值(天)
自发性气胸	≤8
肺栓塞(高危)	≤12
社区获得性肺炎	≤11
支气管哮喘(非危重)	≤11
慢性阻塞性肺疾病	≤16
支气管扩张症	≤11
慢性肺源性心脏病	≤23
慢性支气管炎	≤11
原发性支气管肺恶性肿瘤	≤11
特发性肺纤维化	≤11

5. 学科建设

5.1 科室管理

制定目标明确的中长期、短期发展规划并严格执行，落实目标责任制。定期进行工作总结，及时发现问题并整改。树立医疗安全风险意识，建立医疗风险防范机制。落实医疗安全事件报告制度和预警制度，建立医疗质量与安全持续改进机

制，定期分析医疗安全风险点。以提升医疗服务质量和效率为重点改进医疗服务模式，增强群众获得感。

5.2 亚专科设置

根据患者就医需求和学科发展要求，设置相应亚专科，逐步形成特色专科服务模式。包括慢阻肺、哮喘、感染/结核、呼吸治疗与呼吸危重症、肺癌、间质性肺疾病与职业性肺病、肺栓塞与肺血管病、睡眠呼吸疾病、介入呼吸病学、烟草病学与呼吸疾病预防、肺康复等。

5.3 医疗质量管理

落实《医疗质量管理办法》、《医疗质量安全核心制度要点(2018年版)》要求，加强医疗质量管理体系建设，建立完善医疗质量管理体系与工作机制，运用医疗质量管理工具持续改进医疗质量。按照医疗技术操作规范、临床诊疗指南等规范临床诊疗行为。开展单病种和临床路径管理，加强抗菌药物临床应用管理，促进临床合理用药。严格控制高值医用耗材的不合理使用，加大对异常、高额医疗费用的分析。

5.4 教学

具备完成教学任务的硬件、软件和人力资源条件，有明确教学计划并严格执行。承担本地区专业人才教学指导工作，包括医学生临床实习、住院医师规范化培训、专科医师规范化培训、专科医师进修等培训工作。加强在岗人员的继续教育和培训，不断提高服务能力和水平。

5.5 科研

积极开展临床及基础研究等科研工作。在临床研究、技术转化、技术辐射和管理中发挥重要作用，具有开展全国及区域性多中心、大样本临床研究的能力，积极参与国际合作。

第二部分

二级医院呼吸学科医疗服务能力指南 (2018年版)

二级医院呼吸学科主要任务是承担地区内呼吸系统常见病、多发病的诊断与治疗，接收上级医疗机构下转患者，承担一定的教学、科研任务，参与指导下级医疗机构预防保健工作。

1. 基本设置

应当具有与二级医院相适应的基本设置，满足二级医院服务功能、技术水平及管理要求。二级医院呼吸学科应当设置门诊、病房和呼吸相关功能检查室。

1.1 门诊设置

应当设置呼吸专科普通门诊。有条件的，可设置专病/专项门诊（如哮喘、慢阻肺、戒烟等）和专家门诊，配置呼吸门诊综合诊疗室。

1.2 床位规模

(1) 基本标准。二级医院呼吸专科住院床位设置应当与其功能定位、服务能力和患者就医需求相适应。能够开展呼吸系统常见病、多发病和部分疑难疾病诊疗。

(2) 推荐标准。与其功能定位、服务能力和患者就医需求相适应。医院配置有重症监护室(ICU)或者呼吸重症监护室(RICU)，能够开展部分呼吸系统急危重症病例救治。

1.3 呼吸相关功能检查室设置

1.3.1 肺功能室

有条件的二级医院呼吸专科可设置肺功能室，或者通过医联体合作等形式，能够提供以下诊疗服务：

(1) 基本标准。通气功能、支气管舒张试验等。

(2) 推荐标准。弥散功能、支气管激发试验、呼气一氧化氮水平 (FeNO) 等。

1.3.2 呼吸内镜室及其它呼吸介入诊疗室

有条件的二级医院呼吸专科可设置呼吸内镜室，或者通过医联体合作等形式，能够提供以下诊疗服务：

(1) 基本标准。支气管肺泡灌洗 (BAL)、经支气管活检 (TBB) 等。

(2) 推荐标准。经支气管针吸活检 (TBNA)、经支气管肺活检 (TBLB)、支气管腔内超声引导下的经支气管针吸活检 (EBUS-TBNA)、气道异物钳取术、床旁支气管镜应用于危重病人的诊治、内科胸腔镜技术等。

1.3.3 睡眠呼吸疾病诊疗室

有条件的二级医院呼吸专科可设置睡眠呼吸疾病诊疗室，或者通过医联体合作等形式，能够提供以下诊疗服务：

(1) 基本标准：具备便携式睡眠呼吸监测仪，对睡眠呼吸疾病患者进行诊断。

(2) 推荐标准：配备标准多导睡眠监测仪或改良的便携睡

眠呼吸监测设备，对睡眠呼吸疾病患者能进行压力滴定。

1.4 重症监护室

有条件的二级医院可设置重症监护室（ICU）或者呼吸重症监护室（RICU），提供相应的呼吸系统疾急危重病例医疗服务。

1.5 医疗设备

（1）基本标准。与二级医院服务功能相匹配，能够满足临床诊治及开展医疗技术等服务需求。包括肺功能仪、床旁心电图监护仪、除颤仪、无创呼吸机等。

（2）推荐标准。有条件的可配备有创呼吸机、转运呼吸机、无创血流动力学监测等。

1.6 人力资源

（1）卫生技术人员与实际开放床位之比 $\geq 0.88:1$ 。

（2）医师与实际开放床位之比 $\geq 0.4:1$ 。

（3）护理岗位人员与实际开放床位之比 $\geq 0.4:1$ 。

（4）护理岗位人员与医师之比 $\geq 1:1$ 。

1.7 开展医联体建设

二级医院呼吸学科应当加强对常见病、多发病和地方病诊疗能力建设。通过组建医联体等多种形式，加强与上、下级医疗机构呼吸科协作，促进医疗资源上下贯通。加强与上级医疗机构合作，承接上级医疗机构下转的诊断明确、病情稳定的患者；为下级医疗机构设置转诊绿色通道，完善双向转诊机制。

2. 运行绩效

运行绩效反映医疗机构的工作运行能力与管理水平，主要衡量指标包括工作负荷、工作效率、服务质量等方面。

2.1 工作负荷

年出院人次 ≥ 800 人次。

2.2 工作效率

(1) 年出院患者平均住院日 $\leq 12-15$ 日。

(2) 年床位使用率 85%—95%。

2.3 服务质量

(1) 年医院感染漏报率 $\leq 10.0\%$ 。

(2) 住院患者抗菌药物使用前的病原学送检率 $\geq 30\%$ ，限制级抗菌药物使用前的病原学送检率 $\geq 50\%$ ，特殊级抗菌药物使用前的病原学送检率 $\geq 80\%$ 。

(3) 呼吸慢病患者（含向下转诊患者）随访率 $\geq 50\%$ 。

(4) 年入院诊断与出院诊断符合率。

(5) 住院患者出院 30 天非计划再住院率。

(6) 呼吸机相关肺炎发病率。

说明：(4)—(6)可通过电子病历系统导出指标进行测算，各医院对应指标不得低于本区域（以省为单位）同级别医疗机构平均水平。入院诊断与出院诊断符合率以入院诊断和出院诊断 ICD-10 编码前 4 位比较计算，要求不低于本区域（以省为单位）平均水平。

3. 临床专科医疗能力

呼吸学科疑难危重症和关键技术中涉及到的检验、影像、病理及药学等内容，应当由医院统一设置的医技科室提供。可以提供的疑难危重症和关键技术能力，是指包含但不限于列表中的疑难危重症及关键技术能力，提供的数量越多，表明能力越高。应当按照相关医疗技术临床应用管理规范加强关键医疗技术的管理。

3.1 疾病诊疗

(1) 基本标准。应当具备诊治以下症状或疾病的医疗能力：慢性咳嗽、咯血、肺结节和肿块、烟草依赖、急性上呼吸道感染、流行性感冒、急性气管及支气管炎、社区获得性肺炎、医院获得性肺炎、肺结核、支气管哮喘、慢性阻塞性肺疾病、支气管扩张症、肺血栓栓塞症、肺源性心脏病、原发性支气管肺癌、肺部转移性肿瘤、慢性呼吸衰竭、自发性气胸、胸腔积液等。

(2) 推荐标准。建议具备诊治以下疾病的医疗能力：肺部寄生虫病、肺部真菌病、肺脓肿、特发性肺间质纤维化、肺结节病、肺血管炎、过敏性肺炎、结缔组织肺部表现、急性呼吸窘迫综合征、睡眠呼吸暂停低通气综合征等。

3.2 疑难重症诊治

(1) 基本标准。应当具备诊治以下疑难危重症的医疗能力：

疾病名称	诊断手段	主要治疗方法
自发性气胸	胸片或胸部 CT	胸腔穿刺抽气、胸腔置管引流
胸腔积液	胸片或胸部 CT、超声	药物、胸腔置管引流

疾病名称	诊断手段	主要治疗方法
重症慢阻肺急性加重	血气分析、肺功能检查	氧疗、药物、雾化治疗、机械通气
重症哮喘急性发作	血气分析、肺功能检查	药物、氧疗、雾化治疗、必要时机械通气
肺部结节或肿块	胸部 CT、肺组织病理	基于检测结果
重症肺炎	胸部 CT、血气分析	药物、呼吸支持

(2) 推荐标准。建议具备诊治以下疑难危重症的医疗能力：

疾病名称	诊断手段	主要治疗方法
张力性气胸	胸片或胸部 CT	胸腔置管引流
急性肺栓塞	肺血管 CT、通气灌注扫描、心超	抗凝、溶栓
肺部弥漫性病变	胸部 CT、支气管镜检查、肺组织病理	药物、呼吸支持
隐源性机化性肺炎	胸部 CT、肺组织病理	激素等
肺泡蛋白沉积症	胸部 CT、支气管肺泡灌洗、肺功能检查	药物，肺灌洗、GM-CSF 治疗
急性呼吸窘迫综合征	血气分析、胸部 CT	药物、机械通气
多器官功能衰竭	肝、肾、心等功能	药物、脏器支持治疗

3.3 关键医疗技术

(1) 基本标准。应当具备以下关键医疗技术能力：

关键医疗技术	主要应用范围
病原学诊断	肺炎和其他呼吸系统感染、脓胸、肺部病灶鉴别诊断等
肺功能检查	任何需要呼吸功能评估的情况，包括诊断、治疗疗效评价等
床旁监护	术后、危重症患者
支气管镜检查术	气道、肺、纵隔病变等
胸腔引流	气胸、血胸、脓胸、胸腔手术后引流
无创机械通气	呼吸衰竭、睡眠呼吸综合征、心力衰竭等
心肺脑复苏	心脏骤停
雾化治疗	呼吸道肺疾病
吸入治疗	呼吸道肺疾病
肺康复	急慢性呼吸道肺疾病，尤其是慢性阻塞性肺疾病

(2) 推荐标准。建议具有以下关键技术能力：

关键医疗技术	主要应用范围
经皮穿刺肺活检术	肺实质病变
有创机械通气	呼吸衰竭、急性呼吸窘迫综合征等

关键医疗技术	主要应用范围
经支气管镜肺活检术	气道、肺病变等
多导睡眠图	睡眠呼吸疾病
经支气管镜介入治疗	肿瘤、感染性疾病、气道异物
无创血流动力学监测	休克、心肌梗死、心力衰竭、肺栓塞、多器官功能障碍综合征等

4. 单病种年出院患者平均住院日

二级医院呼吸学科要加强临床路径管理，提高临床路径管理入组率、完成率，降低变异率，不断提升医疗服务质量，提高服务效率，控制不合理医疗费用。

代表病种名称	单病种年出院患者平均住院日参考值(天)
自发性气胸	≤8
社区获得性肺炎	≤11
支气管哮喘(非危重)	≤11
慢性阻塞性肺疾病	≤16

5. 学科建设

5.1 科室管理

制定目标明确的中长期、短期发展规划并严格执行，落实目标责任制。定期进行工作总结，及时发现问题并整改。树立医疗安全风险意识，建立医疗风险防范机制。落实医疗安全事件报告制度和预警制度，建立医疗质量与安全持续改进机制，定期分析医疗安全风险点。以提升医疗服务质量和效率为重点改进医疗服务模式，增强群众获得感。

5.2 专科发展

根据患者就医需求和学科发展要求，重点关注慢性气道性疾病(慢阻肺、哮喘等)、肺部感染(含肺结核)、呼吸危重症、肺癌和介入等主要领域。

5.3 医疗质量管理

落实《医疗质量管理办法》、《医疗质量安全核心制度要点(2018年版)》要求，加强医疗质量管理体系建设，建立完善医疗质量管理体系与工作机制，运用医疗质量管理工具持续改进医疗质量。按照医疗技术操作规范、临床诊疗指南等规范临床诊疗行为。开展单病种和临床路径管理，加强抗菌药物临床应用管理，促进临床合理用药。严格控制高值医用耗材的不合理使用，加大对异常、高额医疗费用的分析。

5.4 教学

有明确教学计划并严格执行。加强在岗人员的继续教育和培训，定期选派专业人员前往上级医疗机构进修学习，不断提高服务能力和水平。

5.5 科研

通过组建专科联盟、远程医疗协作网等途径，积极参与多中心、大样本的临床研究，不断提升临床科研能力。

抄送：国家中医药局。

国家卫生健康委办公厅

2018年12月4日印发

校对：胡瑞荣