

慢性乙型肝炎及并发症诊治质量改进专家共识

国家感染性疾病医疗质量控制中心

【摘要】慢性乙型肝炎（CHB）及并发症临床诊疗存在疾病认知度低、诊断率和治疗率低，治疗和随访不规范等问题。为提高CHB及并发症诊治质量，国家感染性疾病医疗质量控制中心组织专家制定了CHB及并发症诊治的6项医疗质量控制指标。为指导各级各类医疗机构应用这些质控指标，国家感染性疾病医疗质量控制中心组织专家制订本共识，对CHB及并发症诊治质控指标定义、意义和信息化采集，医院和科室医疗质量持续改进提出了意见。

【关键词】肝炎，乙型，慢性；并发症；诊断；治疗；质量控制

Expert consensus on quality improvement in the diagnosis and treatment of chronic hepatitis B and its complications National Medical Quality Control Center for Infectious Diseases

【Abstract】 The clinical management of chronic hepatitis B (CHB) and its complications faces critical challenges, including insufficient public awareness, suboptimal diagnosis and treatment rates, and non-standardized therapeutic protocols with poor follow-up adherence. To enhance the quality management of CHB and its complications, the National Medical Quality Control Center for Infectious Diseases has established six evidence-based quality control indicators. To guide the healthcare institutions at all levels in effectively implementing these quality control indicators, the National Medical Quality Control Center for Infectious Diseases organized experts to formulate this consensus. It provides suggestions on the definitions of quality control indicators for the diagnosis and treatment of CHB and its complications, the significance of these quality control indicators, digital data collection of quality control metrics, and continuous improvement of medical quality in hospitals and departments.

【Key words】 Chronic hepatitis B; Complications; Diagnosis; Treatment; Quality control

乙型肝炎病毒（hepatitis B virus, HBV）感染是全球疾病负担严重的传染病之一，也是我国面临的重要公共卫生问题^[1]。据世界卫生组织估计2022年全球约有2.54亿慢性HBV感染者，HBV感染导致全球范围内约110万人死亡^[2-3]。总体来说，中国HBV感染处于下降趋势，感染率从9.67%下降到5.86%，仍有约7 974万HBV感染者^[4]，并且80%肝硬化及肝癌为HBV感染所致^[5]。

目前，在国家的积极推动与支持下，抗病毒药物可及性和可负担性不再是慢性乙型肝炎（chronic hepatitis B, CHB）患者治疗的掣肘，

但目前CHB诊断率和治疗率仅分别为58.7%和17.3%^[6]。距WHO提出的“至2030年病毒性肝炎诊断率达90%，治疗率达80%”仍有很大差距^[2]。此外，肝硬化并发症是威胁患者生命和加重经济负担的主要原因，包括腹水、食管胃静脉曲张破裂出血、肝性脑病和肝衰竭等^[7]。腹腔穿刺在明确腹水性质、指导治疗方面至关重要^[8]。一级预防和急诊胃镜诊疗可以显著降低食管胃静脉曲张破裂出血的发生率和病死率^[9-10]。国家感染性疾病医疗质量控制中心监测和调研发现，部分医疗机构在抗病毒治疗和并发症诊治方面仍存在不规范。因此，为进一步提升对CHB及并发症诊治质量，国家感染性疾病医疗质量控制中心从上述关键环节出发，组织专家制定CHB及并发症质控指标。

为落实CHB及并发症质控指标的监测，实现CHB及并发症诊治质量管理的科学化、精细化、

DOI: 10.3877/cma.j.issn.1674-1358.2025.01.003

基金项目：2024年首都卫生发展科研专项（No. 首发2024-1-2172）；首都临床特色诊疗技术研究及转化应用项目（No. Z221100007422076）；2022年北京市卫生健康委员会高层次公共卫生技术人才建设项目（No. 学科带头人-01-02）；国家疾病预防控制中心公共卫生人才培养支持项目

规范化和信息化,国家感染性疾病医疗质量控制中心组织专家组和省级质控中心制定了本共识,对质控指标意义、信息化采集和医院CHB及并发症诊治质量持续改进提出了建议。

一、慢性乙型肝炎(CHB)及并发症诊治质控指标

(一) CHB及相关肝硬化、肝癌患者抗病毒治疗率

定义: CHB及相关肝硬化、肝癌患者进行抗病毒治疗的人数占同期CHB及相关肝硬化、肝癌患者总人数的比例。

计算公式:

$$\text{CHB及相关肝硬化、肝癌患者抗病毒治疗率} = \frac{\text{CHB及相关肝硬化、肝癌患者进行抗病毒治疗的人数}}{\text{同期CHB及相关肝硬化、肝癌患者总人数}} \times 100\%$$

说明: CHB指包括HBeAg阳性CHB和HBeAg阴性CHB。具体定义参考《慢性乙型肝炎防治指南(2022年版)》^[1]。本指标中的抗病毒治疗包括使用以下任一种抗病毒药物或联合用药:聚乙二醇干扰素(pegylated interferon- α , PegIFN- α)、干扰素 α 、恩替卡韦、富马酸替诺福韦二吡呋酯、富马酸丙酚替诺福韦和艾米替诺福韦。

意义: 反映医疗机构对CHB及相关肝硬化、肝癌患者抗病毒治疗的规范性。

(二) 食管胃静脉曲张破裂出血(EVB)一级预防率

定义: 接受食管胃静脉曲张破裂出血(esophageal and gastric variceal bleeding, EVB)一级预防的病例数占同期需要接受EVB一级预防的病例总数的比例。

计算公式:

$$\text{EVB一级预防率} = \frac{\text{接受EVB一级预防的病例数}}{\text{同期需要接受EVB一级预防总病例数}} \times 100\%$$

说明: 本指标中需接受食管胃静脉曲张出血一级预防的患者为肝硬化合并中、重度食管胃静脉曲张、出血风险较大者(Child-Pugh B、C级或内镜下食管胃静脉曲张红色征阳性),本指标中的一级预防包括使用非选择性 β 受体阻滞剂(nonselective beta-blocker, NSBB),如卡维地洛、普萘洛尔、纳多洛尔或内镜下曲张静脉套扎术

(endoscopic variceal ligation, EVL)等预防首次静脉曲张出血。

意义: 规范医疗机构对EVB一级预防可预防静脉曲张形成和进展、预防中-重度静脉曲张破裂出血,预防并发症的发生,提高生存率。

(三) 急性食管胃静脉曲张破裂出血(AEVB)患者急诊内镜诊疗率

定义: 急性食管胃静脉曲张破裂出血(acute esophageal and gastric variceal bleeding, AEVB)患者行急诊内镜诊疗的病例数占同期AEVB患者总病例数的比例。

计算公式:

$$\text{AEVB患者急诊内镜诊疗率} = \frac{\text{AEVB患者急诊内镜诊疗的病例数}}{\text{同期AEVB患者总病例数}} \times 100\%$$

说明: 急诊内镜诊疗是指患者因消化道出血就诊24 h内行内镜诊疗,方法包括胃镜检查 and EVL、内镜下食管静脉曲张硬化注射术(endoscopic injection sclerotherapy, EIS)及钳夹法或组织黏合剂(组织胶)注射治疗。

意义: 该指标主要反映医疗机构对AEVB诊疗能力。

(四) 住院肝硬化腹水患者腹腔穿刺率

定义: 住院肝硬化腹水患者行腹腔穿刺术的病例数占同期住院肝硬化腹水患者总病例数的比例。

计算公式:

$$\text{住院肝硬化腹水患者腹腔穿刺率} = \frac{\text{住院肝硬化腹水患者行腹腔穿刺术的病例数}}{\text{同期住院肝硬化腹水患者的总病例数}} \times 100\%$$

意义: 腹腔穿刺评估腹水的性质及病因对指导治疗具有重要意义。

(五) 住院肝硬化腹水患者抗菌药物使用率

定义: 住院肝硬化腹水患者使用抗菌药物的病例数占同期住院肝硬化腹水患者总病例数的比例。

计算公式:

$$\text{住院肝硬化腹水患者抗菌药物使用率} = \frac{\text{住院肝硬化腹水患者抗菌药物使用的病例数}}{\text{同期住院肝硬化腹水患者的总病例数}} \times 100\%$$

意义: 反映医疗机构住院肝硬化腹水患者抗

菌药物使用和管理情况。

(六) 住院肝衰竭患者病死率

定义：住院肝衰竭患者死亡例数占同期住院肝衰竭患者总例数的比例。

计算公式：

$$\text{住院肝衰竭患者病死率} = \frac{\text{住院肝衰竭患者死亡例数}}{\text{同期住院肝衰竭患者总例数}} \times 100\%$$

说明：肝衰竭包括急性肝衰竭、亚急性肝衰竭、慢加急性（亚急性）肝衰竭和慢性肝衰竭。具体定义参考《肝衰竭诊治指南（2024年版）》^[12]。

意义：反映医疗机构在肝病领域的综合救治能力。

二、CHB及并发症质控指标数据提取方案

(一) CHB及相关肝硬化、肝癌患者抗病毒治疗率数据提取方案

1. 数据采集范围：全院（门诊加住院）。

2. 临床医生、病案室和信息科人员一起确定并筛选出诊断中包含CHB、乙型肝炎肝硬化、乙型肝炎相关肝癌诊断的患者，列出患者门诊和（或）住院号、姓名、性别、年龄、诊断、就诊时间，形成目标患者信息表。

3. 匹配医嘱信息，筛选出开具过抗病毒药物患者的信息条目，抗病毒治疗药物见本共识质控指标（一）抗病毒治疗率说明。

4. 关联未开具抗病毒药物患者的病历信息，若病历记录中有抗病毒治疗相关记录，按抗病毒治疗患者计算，无相关记录者视为未抗病毒治疗。

5. 去重，同一识别号患者多次就诊视为1人次，分析时只保留1次就诊信息即可。同一识别号患者多次就诊，包括住院和（或）门诊，有1次就诊开具抗病毒药物记录视为抗病毒治疗患者。同一识别号患者符合2~3种诊断者，分析时只保留其中1种诊断的就诊信息即可。

6. 根据上述规则进行数据采集提取和清洗，生成用于分析的数据表格。

7. 各医疗机构数据上报人员应和临床医生、病案室、信息科人员一起对数据表格内容进行核对、清洗。

8. 各医疗机构根据清洗后的数据生成上报数据集，并按照医院编码+指标名称上报（见表1）。

(二) 食管胃静脉曲张破裂出血（EVB）一级预防率

1. 数据采集范围：全院（门诊加住院）。

2. 临床医生、病案室和信息科人员一起确定并筛选出诊断中包含乙型肝炎肝硬化及食管胃静脉曲张诊断的患者，列出患者门诊或住院号、姓名、性别、年龄、诊断、就诊时间，形成目标患者信息表。

3. 进一步匹配医嘱界面，筛选出医嘱信息中开具卡维地洛、普萘洛尔或纳多洛尔的患者，剩余住院患者提取病案首页手术及诊疗操作中有“食管静脉曲张套扎术”或“内镜下胃静脉曲张结扎术”的患者。

4. 剩余患者根据医嘱信息分为行胃镜检查 and 未行胃镜检查者。行胃镜检查者关联胃镜和化验检查结果，筛选出食管胃静脉中、重度曲张和出血风险较大者（Child-Pugh B、C级或胃镜下食管胃曲张静脉红色征阳性）和未行胃镜检查者视为需要但未启动一级预防者。胃镜下未达到中重度曲张程度者视为不需要启动一级预防者。

5. 去重，同一患者多次就诊，包括住院和（或）门诊，有1次开具上述药物视为启动一级预防，按1人次计算；同一患者1年内多次就诊，做过1次胃镜检查视为评估食管胃底静脉曲张程度；同一患者1年内多次治疗按1人次计算。同一患者1年内有多次胃镜检查结果提取第1次检查结果。

6. 根据上述规则进行数据采集提取和清洗，生成最终分析数据表格。

7. 各医疗机构数据上报人员应和临床医生、信息科人员一起对数据表格内容进行核对、清洗。

8. 各医疗机构根据清洗后的数据生成上报数据集，并按照医院编码+指标名称上报（见表2）。

表1 CHB及相关肝硬化、肝癌患者抗病毒治疗率上报数据集

门诊/住院号（或其他患者唯一识别号）	性别	年龄	所有诊断（如有住院则提取出院诊断，如只有门诊则提取门诊诊断）	门诊/住院就诊时间	是否使用抗病毒药物（是/否）	抗病毒药物名称	首次医嘱时间

注：CHB及相关肝硬化、肝癌患者数据信息化提取建议：CHB用“乙型”+“肝炎”两个字段提取；肝硬化可在“乙型”+“肝炎”两个字段基础加“肝硬化”或“肝硬变”字段提取；肝癌可在“乙型”+“肝炎”两个字段基础加（“肝”+“恶性肿瘤”或“癌”）的字段提取

(三) 急性食管胃静脉曲张破裂出血 (AEVB) 患者急诊胃镜诊疗率

1. 数据采集范围：住院患者。
2. 临床医生、病案室和信息科人员一起确定并筛选出诊断中包含乙型肝炎肝硬化及食管胃静脉曲张破裂出血诊断的患者，列出患者住院号、姓名、性别、年龄、诊断、入院时间（具体到分钟）；形成初始目标患者信息表。
3. 进一步提取病案首页手术及操作中有“食管静脉曲张套扎术”、“内镜下胃静脉曲张结扎术”、“内镜食管静脉曲张硬化注射术”、“内镜下胃静脉曲张硬化术”、“内镜下胃底静脉曲张组织胶注射术”或“内镜食管静脉曲张组织胶注射术”治疗操作患者的治疗方式及时间（具体到分钟），同一患者多次破裂出血治疗按实际次数计算。

4. 根据上述规则进行数据采集提取和清洗，生成数据表格。
5. 各医疗机构数据上报人员应和临床医生、信息科人员一起对数据表格内容进行核对、清洗。
6. 各医疗机构根据清洗后的数据生成上报数据集，并按照医院编码+指标名称上报（见表3）。

(四) 住院肝硬化腹水患者腹腔穿刺率

1. 数据采集范围：住院患者。
2. 临床医生与病案室和信息科人员一起确定并筛选出诊断中包含乙型肝炎肝硬化及腹水诊断的患者，列出患者住院号、姓名、性别、年龄、诊断、入院时间，形成目标患者信息表。

3. 进一步提取病案首页手术及操作中有“腹腔穿刺引流术”或“腹腔穿刺术”的患者信息，同一患者多次因肝硬化腹水住院按实际次数计算。

4. 根据上述规则进行数据采集提取和清洗，生成初始数据表格。
5. 各医疗机构数据上报人员应和临床医生、信息科人员一起对数据表格内容进行核对、清洗。
6. 各医疗机构根据清洗后的数据生成上报数据集，并按照医院编码+指标名称上报（见表4）。

(五) 住院肝硬化腹水患者抗菌药物使用率

1. 数据采集范围：全院住院患者。
2. 临床医生、病案室和信息科人员一起确定并筛选出诊断中包含乙型肝炎肝硬化及腹水诊断的患者，列出患者住院号、姓名、性别、年龄、诊断、入院时间，形成目标患者信息表。
3. 临床医生与药剂科和信息科人员共同确定医院抗菌药物品种目录。进一步匹配医嘱信息，筛选出患者抗菌药物使用信息，包括药物名称、疗程等。
4. 根据上述规则进行数据采集提取和清洗，生成初始数据表格。

5. 各医疗机构数据上报人员应和临床医生、信息科人员一起对数据表格内容进行核对、清洗。
6. 各医疗机构根据清洗后的数据生成上报数据集，并按照医院编码+指标名称上报（见表4）。

(六) 住院肝衰竭患者病死率

1. 数据采集范围：住院患者。
2. 临床医生、病案室和信息科人员一起确定

表2 食管胃静脉曲张破裂出血一级预防率上报数据集

门诊/住院号 (或其他患者 唯一识别号)	性别	年龄	所有诊断(如有住院则提取 出院诊断,如只有门诊则提 取门诊诊断)	门诊就诊/ 住院时间	是否启动一级 预防(是/否)	一级预防药物或 手术操作名称	首次医嘱或 手术操作日期	是否行胃镜检查 (是/否)	依据胃镜检查结果 是否需要启动一级 预防(是/否)

注：乙型肝炎肝硬化伴食管胃静脉曲张（未破裂出血）患者数据信息化提取建议：第一步锁定诊断字段中含“乙型”+“肝炎”+（“肝硬化”或“肝硬变”）患者，第二步锁定诊断字段中有“食管静脉曲张”或“胃底静脉曲张”，并剔除包含“破裂出血”字段的患者

表3 急性食管胃静脉曲张破裂出血患者急诊胃镜诊疗率上报数据集

本医疗机构是否开展内镜下食管胃静脉曲张 套扎、结扎、硬化注射或组织胶注射术 (是/否)	住院号或患者其他 唯一识别号	性别	年龄	所有出院诊断	住院时间(具 体到分钟)	手术或诊疗操作中内 镜下治疗方式	手术或诊疗操作中 内镜下治疗时间 (具体到分钟)

注：若本医疗机构未开展内镜下相关治疗，本质控指标不填报。急性食管胃静脉曲张破裂出血患者信息化提取建议：第一步锁定诊断字段中含有“乙型”+“肝炎”+（“肝硬化”或“肝硬变”）的患者，第二步锁定诊断字段中含有“食管静脉曲张破裂出血”或“胃静脉曲张破裂出血”的患者

并筛选出诊断中包含乙型肝炎及肝衰竭诊断的患者,列出患者住院号、姓名、性别、年龄、诊断、入院时间,形成初始目标患者信息表。

3. 进一步提取病案首页中患者出院信息(治愈、好转、未愈、死亡、其他)。

4. 各医疗机构数据上报人员应和临床医生、信息科人员一起对数据表格内容进行核对、清洗。

5. 各医疗机构根据清洗后的数据生成上报数据集,并按照医院编码+指标名称上报(见表5)。

三、CHB及并发症诊治质量持续改进建议

为指导各级各类医疗机构应用CHB及并发症质控指标,通过信息化定期监测和评价,实现CHB及并发症诊治质量的持续改进,国家感染性疾病医疗质量控制中心组织专家从医院管理和指标应用两方面提出建议:

1. 及时诊断、及时治疗、规范评估和随访是CHB及并发症诊治质量管理的关键环节,建议将新发现的CHB患者的诊断、病情评估、抗病毒治疗、并发症管理与随访作为诊治质量控制与改进的关键点。

2. 医疗机构应组织感染性疾病科、医务和质控管理相关部门,在本质控指标基础上,结合各医疗机构实际情况进一步细化和扩充,制定各医疗机构CHB及并发症质控指标。

3. 优化诊疗流程与管理:医疗机构应组织感染性疾病科、医务科和质控管理部门,结合本院实际情况,构建标准化诊疗路径,包括传染病报卡、会诊、转诊及多学科会诊制度,从患者初次筛查发现HBV表面抗原(hepatitis B surface antigen, HBsAg)阳性起,明确各环节时间节点和任务。例如,新发现HBsAg阳性患者初步检查项目及时限要求,检查结果回报后专科会诊评估及健康宣教

具体要求及时限,会诊意见或转诊落实的追踪与反馈等,需要转专科或上级医疗机构治疗的转诊落实与时限要求。建立多学科诊疗(multi disciplinary team, MDT)团队,针对肝硬化、肝衰竭等复杂病例,及时开展MDT会诊,综合制定精准治疗方案,提高救治成功率。

4. 建立考核激励与监督机制:设立专项考核指标体系,将CHB及并发症的抗病毒治疗率等6项质控指标完成情况等纳入医护人员绩效考核管理。同时,成立内部监督小组,定期检查诊疗流程执行情况和质控指标数据上报真实性,确保各项改进措施有效落实。

5. 加强信息化建设与应用:根据CHB及并发症质控指标,更新医院信息系统(hospital information system, HIS)功能,完善本医疗机构门诊结构化病历,做好住院病历管理,制定和优化CHB及并发症质控指标信息化提取方案,实现医疗机构CHB及并发症质控指标动态监测和管理。

6. 应用质量管理工具如PDCA等,对本医疗机构CHB及并发症质控监测过程中的负性指标进行分析,制定改进方案,实现CHB及相关并发症诊治质量持续改进。

7. 强化人员培训与教育:开展系统培训,针对不同科室医护人员制定分层培训方案。对非感染科人员,着重培训CHB基础知识、诊断要点和传染病上报流程;对感染科及相关专科人员,聚焦最新诊疗指南解读、疑难病例分析和多学科协作要点。

8. 建议各省市感染质控中心监测各级各类医疗机构的CHB及肝硬化、肝癌患者抗病毒治疗率、食管胃静脉曲张破裂出血一级预防率、急性食管胃静脉曲张破裂出血患者急诊内镜诊疗率、住院肝硬化腹水患者腹腔穿刺率、住院肝硬化腹水患者

表4 住院肝硬化腹水患者腹腔穿刺率和抗菌药物使用率上报数据集

住院号或其他患者唯一识别号	性别	年龄	所有出院诊断	住院时间	是否行腹腔穿刺引流术或腹腔穿刺术(是/否)	是否使用抗菌药物(是/否)	抗菌药物首次医嘱时间	抗菌药物名称	抗菌药物使用剂量	抗菌药物疗程

注:乙型肝炎肝硬化并腹水患者信息化提取建议:第一步锁定诊断字段中含有“乙型”+“肝炎”+(“肝硬化”或“肝硬变”)的患者,第二步继续锁定诊断字段中含有“腹腔积液”、“腹水”、“自发性腹膜炎”或“原发性腹膜炎”的患者

表5 住院肝衰竭患者病死率上报数据集

住院号或其他患者唯一识别号	性别	年龄	所有出院诊断	住院时间	出院情况为:1:死亡,2:治愈,3:好转,4:未愈,5:其他(请说明)

注:乙型肝炎相关肝衰竭患者信息化提取建议:按照出院诊断字段中同时含有“乙型”+“肝炎”+“肝衰竭”3个字段提取

抗菌药物使用率和住院肝衰竭患者病死率, 进行数据分析和现场检查, 细致分析可能的影响因素并进行持续改进。

9. 建议各省市感染质控中心根据本地实际情况, 收集CHB患者抗病毒治疗方案及门诊次均费用、不同肝硬化和肝衰竭住院患者次均费用等信息, 评价上述质控指标产生的卫生经济学效益。

四、局限性

本共识的质控指标重点遴选CHB及主要并发症临床诊治流程的关键环节。这些指标并未全面覆盖慢性HBV感染及其所有并发症的临床诊疗质控范畴, 亦无法囊括影响此类疾病临床诊疗质量的所有因素。慢性HBV感染及其并发症的临床诊疗工作横跨感染性疾病/肝病、普外、介入、肝移植以及内镜等多个学科领域, 其医疗质量的提升高度依赖多学科协作机制的建立与完善。因此, 各医疗机构应当深入了解本机构在慢性HBV感染及其并发症临床诊治方面的实际情况, 以本共识为参照依据, 量身定制契合自身需求的质控指标, 进一步有序开展医疗质量控制与改进工作, 形成医疗质量持续改进的良性循环。

参 考 文 献

- [1] Zheng Y, Wu J, Ding C, et al. Disease burden of chronic hepatitis B and complications in China from 2006 to 2050: an individual-based modeling study[J]. *Virol J*, 2020, 17(1):132.
- [2] World Health Organization. Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030[EB/OL]. 2022. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053779>
- [3] World Health Organization. Global hepatitis report 2024: action for access in low- and middle-income countries[EB/OL]. 2024. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240091672>
- [4] Hui Z, Yu W, Fuzhen W, et al. New progress in HBV control and the cascade of health care for people living with HBV in China: evidence from the fourth national serological survey, 2020[J]. *Lancet Reg Health West Pac*, 2024, 51:101193.
- [5] Yang JD, Hainaut P, Gores GJ, et al. A global view of hepatocellular carcinoma: trends, risk, prevention and management[J]. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol*, 2019, 16(10):589-604.
- [6] Yan R, Sun M, Yang H, et al. 2024 latest report on hepatitis B virus epidemiology in China: current status, changing trajectory, and challenges[J]. *Hepatobiliary Surg Nutr*, 2025, 14(1):66-77.
- [7] Ginès P, Krag A, Abraldes JG, et al. Liver cirrhosis[J]. *Lancet*, 2021, 398(10308):1359-1376.
- [8] 中华医学学会肝病学会. 肝硬化腹水诊疗指南(2023年版)[J]. *中华肝脏病杂志*, 2023, 31(8):813-826.
- [9] 中华医学学会肝病学会, 中华医学学会消化病学会, 中华医学学会消化内镜学会. 肝硬化门静脉高压食管胃静脉曲张出血的防治指南[J]. *中华内科杂志*, 2023, 62(1):7-22.
- [10] de Franchis R, Bosch J, Garcia-Tsao G, et al. Baveno VII - Renewing consensus in portal hypertension[J]. *J Hepatol*, 2022, 76(4):959-974.
- [11] 中华医学学会肝病学会, 中华医学学会感染病学会. 慢性乙型肝炎防治指南(2022年版)[J]. *中华肝脏病杂志*, 2022(12):1309-1331.
- [12] 中华医学学会肝病学会重型肝病与人工肝学组, 中华医学学会感染病学会肝衰竭与人工肝学组. 肝衰竭诊治指南(2024年版)[J]. *中华肝脏病杂志*, 2025, 33(1):18-33.

本专家共识编写专家组成员:

执笔作者: 王晓锋[甘肃省妇幼保健院(甘肃省中心医院)], 单蕾(哈尔滨医科大学附属第一医院)、王娜(重庆医科大学附属第二医院)、岳伟(云南省第一人民医院)、陈淑如(中山大学附属第三医院科)、钱珠萍(上海交通大学医学院附属瑞金医院)

通信作者: 蒋荣猛, Email: 13911900791@163.com; 杨宝山, Email: baoshanyang@126.com; 蔡大川, Email: cqmcudc@cqmu.edu.cn; 张臻云, Email: zlysgzy@163.com; 谢雯, Email: xiewen6218@163.com

专家组(按姓氏笔划排序): 丁洋(辽宁省感染质控中心、中国医科大学附属盛京医院)、马洁(国家感染性疾病医疗质量控制中心专家委员会副主任委员、东南大学附属第二医院)、毛小荣(甘肃省感染质控中心、兰州大学第一医院)、王芙蓉(内蒙古自治区感染质控中心、内蒙古自治区第四医院)、王贵强(国家感染性疾病医疗质量控制中心专家委员会副主任委员、北京大学第一医院)、代丽丽(国家感染性疾病医疗质量控制中心专家委员会委员、首都医科大学附属北京佑安医院)、卢洪洲(国家感染性疾病医疗质量控制中心专家委员会委员、深圳市第三人民医院)、卢水华(深圳市感染质控中心、深圳市第三人民医院)、叶寒辉(福建省感染质控中心、福建医科大学附属孟超肝胆医院)、石荔(西藏自治区感染质控中心、西藏自治区人民医院)、刘映霞(深圳市感染质控中心、深圳市第三人民医院)、刘松涛(重庆市结核病质控中心、重庆市公共卫生医疗救治中心)、孙成栋(国家感染性疾病医疗质量控制中心专家委员会委员、首都医科大学附属北京积水潭医院)、许能奎(福建省感染质控中心、福建省立医院)、张志成(江西省感染质控中心、南昌市中心医院)、张凯宇(吉林省感染质控中心、吉林大学第一医院)、张忠法(山东省感染质控中心、山东省公共卫生临床中心)、张臻云(山西省感染质控中心、山西医科大学第一医院)、李兴旺(国家感染性疾病医疗质量控制中心、北京市感染性疾病质量控制和改进中心、首都医科大学附属北京地坛医院)、李恒(重庆市呼吸道传染病质控中心、重庆市艾滋病质控中心、重庆市公共卫生医疗救治中心)、李家斌(安徽省感染质控中心、安徽医科大学第

一附属医院)、杨文杰(天津市感染质控中心、天津市第一中心医院)、杨宝山(黑龙江省感染质控中心、哈尔滨医科大学附属第一医院)、杨永峰(江苏省感染质控中心、江苏省传染病医院)、杨益大(浙江省感染质控中心、浙江大学医学院附属第一医院)、沈银忠(国家感染性疾病医疗质量控制中心专家委员会委员、上海市公共卫生临床中心)、宗志勇(四川省感染质控中心、四川大学华西医院)、罗新华(贵州省感染质控中心、贵州省人民医院)、连建奇(陕西省感染质控中心、空军军医大学唐都医院)、胡凤玉(广东省艾滋病丙肝诊疗质量控制中心、广州医科大学附属市八医院)、施理(海南省感染质控中心、海南省人民医院)、赵彩彦(河北省感染质控中心、河北医科大学第三医院)、祖红梅(青海省感染质控中心、青海省第四人民医院)、唐红(四川省感染质控中心、四川大学华西医院)、耿嘉蔚(云南省感染质控中心、云南省第一人民医院)、高志良(广东省感染质控中心、中山大学附属第三医院)、高孟秋(国家感染性疾病医疗质量控制中心专家委员会委员、首都医科大学附属北京胸科医

院)、高燕(国家感染性疾病医疗质量控制中心专家委员会委员、北京大学人民医院)、曹阳(吉林省传染科质控中心、长春市传染病医院)、梁红霞(河南省感染质控中心、郑州大学第一附属医院)、谢青(上海市感染质控中心、上海交通大学医学院附属瑞金医院)、谢雯(国家感染性疾病医疗质量控制中心、北京市感染性疾病质量控制和改进中心、首都医科大学附属北京地坛医院)、谢松松(新疆生产建设兵团感染质控中心、石河子大学第一附属医院)、鲁晓壁(新疆维吾尔自治区感染质控中心、新疆医科大学第一附属医院)、黄燕(湖南省感染质控中心、中南大学湘雅医院)、蒋荣猛(国家感染性疾病医疗质量控制中心、北京市感染性疾病质量控制和改进中心、首都医科大学附属北京地坛医院)、蒋忠胜(广西壮族自治区感染质控中心、柳州市人民医院)、熊勇(湖北省感染质控中心、武汉大学中南医院)、蔡大川(重庆市肝病、肠道病专业质控中心、重庆医科大学附属第二医院)

(收稿日期: 2025-01-06)

(本文编辑: 孙荣华)

国家感染性疾病医疗质量控制中心. 慢性乙型肝炎及并发症诊治质量改进专家共识 [J/CD]. 中华实验和临床感染病杂志 (电子版), 2025,19(1):16-22.

中华医学会