

广东省医学会

粤医会〔2025〕98号

关于举办广东省第二届抗感染临床药师精准用药比赛的通知

各有关单位：

2011年以来，国家为规范抗菌药物合理应用，先后发了12个通知，指出医院的抗菌药物科学化管理团队组建，学科体系搭建都离不开临床药学队伍的建设。2020年《关于印发加强医疗机构药事管理促进合理用药的意见的通知》国卫医发（2020）2号文进一步提出强化药师或者其他药学技术人员对处方的审核，在疑难复杂疾病的多学科诊疗过程中，必须要有临床药师参与，指导精准用药。

为进一步培养抗感染临床药师对感染性疾病诊疗，疑难案例会诊，指导临床抗感染精准用药，推动我省临床药师队伍蓬勃发展，故举办广东省第二届抗感染临床药师精准用药案例比赛。本次会议由广东省医学会主办，临床药学分会抗感染用药学组协办，初赛定于2025年5月17日广州举办，选出初赛总分共12名人员（高级组6名+初级组6名）进入决赛，决赛时间定于2025年7月。诚邀广东省的临床药师及从事临床药学相关服务的药师踊跃参与，最终进入决赛人员的授予“广东省医学会优秀临床药师称号”。大赛具体事项安排如下：

一、主要内容：抗感染临床药师精准用药比赛。

二、时间：初赛时间：2025年5月17日；决赛时间：2025年7月

三、地点：初赛地点：广州越秀国际会议中心504AB；决赛地点：待定

四、参赛对象：广东省的二级及以上医院呼吸科、血液科、ICU、感染科、外科等有感染性疾病治疗经验的药学人员。

五、参赛规则：

比赛分为初级组（5年以下临床药学经验）、高级组（5年以上临床药学经

验), 参赛人员每人准备一个经典抗感染实战案例(示例详见附件), 分两组人员随机抽取实战案例, 现场根据案例情况分析并提出治疗意见, 现场评委点评打分。

六、资料收集:

各参赛人员于3月31日前将填写附件报名表发送到大会邮箱 lcys34403710@126.com, 邮件主题注明“第二届抗感染比赛报名+医院名称+姓名+电话-参加初级组或参加高级组”。报名情况答复: 会务组对参赛人员提交的资料进行登记, 5月1日前(含当天)以短信或电话形式通知参赛人员报名结果。

七、奖项设置:

决赛临床药师入选人数(初级组、高级组)各6名, 通过决赛者统一授予“广东省医学会学会优秀药师称号”, 并按初级组、高级组各设定以下奖励:

1. 一等奖, 1名;
2. 二等奖, 2名;
3. 三等奖, 3名。

八、联系方式:

1. 广州市红十字会医院临床药学科 王靖 15915868616
2. 广东省医学会学术管理与组织管理部 王标辉 15521112176

附件: 1、案例模板

2、报名表



主题词: 学术交流	临床药学	比赛	通知
签发: 李国营	核稿: 陈大富	拟稿: 王标辉	
发送: 各有关单位		共印: 100份	

附件 1:

案例模板

病史介绍

年龄：70岁 性别：女
主诉：新冠病毒感染后反复发热1月余。再次发热3日 入院时间：2023年12月14日
现病史：患者家属诉患者2023年11月8日新冠病毒感染出现发热，自测体温38.4℃，自行服用布洛芬缓释胶囊300mg，体温可降至正常。2023年11月18日无明显诱因再次出现发热，自测体温38.0℃，无特殊处理，体温可降至正常。2023年11月27日无明显诱因再次出现发热，到社区医院就诊，体温39.0℃，予以布洛芬缓释液。体温可降至正常，胸部正侧位DR未见异常灶。查血常规：白细胞11.01*10⁹/L，中性粒细胞数9.52*10⁹/L，中性粒细胞比率0.901，C反应蛋白48.4mg/L，尿常规：颜色 暗黄色，隐血 弱阳性，尿蛋白1+，白细胞（镜检）56/uL，诊断为“泌尿道感染”予以左氧氟沙星片0.5g po，后无发热。3日前无明显诱因再次出现发热，体温38.4℃，无特殊处理，体温可降至正常。2023年12月14日患者再次出现发热，体温39.0℃，至我院门诊就诊，以“发热查因”收入院。

既往史

平素健康状况：较差；疾病史：患者一年前无明显诱因开始出现认知功能减退，表现反应迟钝，记忆力和理解力下降，性格改变，言语减少，伴尿失禁，患者自觉四肢乏力，可呈小碎步行走。患者半年前曾于广州XX医院就诊，诊断为“脑梗死”，予输液治疗并安置可调压引流管，具体不详。患者术后病情继续进展，出现行走不稳，逐渐不能行走，现患者无自发语言，卧床，依靠家人喂食，进食缓慢，无呛咳；否认高血压病史；否认糖尿病病史；否认心脏病病史；否认心脏病病史。
传染病史：否认；患者无传染性
过敏史：药物过敏史：否认
食物过敏史：否认；手术史：否认
手术史：有；手术名称：2023.03.21在XX医院行右侧脑室引流术
外伤史：否认；输血史：否认；预防接种史：按规范接种。
个人史：出生于广东省广州市，生长于从事道（商）休人员工作，否认疫区接触史，否认疫区旅居史，否认疫区史，否认吸烟史，否认吸烟史，否认吸烟史。
月经史：已绝经。
家族史：否认家族遗传性疾病，家族中否认类似患者。

病史介绍

体格检查：T 37.6℃ P 82次/分 R 20次/分 BP 121/73mmHg
一般情况：神志清醒，发育正常，体型适中，营养良好，慢性面容，表情安静，推入病区，被动体位，无言语应答。
辅助检查
2023-12-14血常规：白细胞11.44*10⁹/L，中性粒细胞数7.7*10⁹/L，中性粒细胞比率0.682
2023-12-15降钙素原0.06ng/ml，白介素6 3.02pg/ml
2023-12-14胸DR：两肺纹理增多，左下肺见少许条片状阴影，未见渗出性病变。
2023-12-21颅脑CT：1.双侧额顶叶、侧脑室旁见多发散在钙化灶，2.梗死性脑积水、脑室腔引流术，3.脑萎缩，双侧脑沟增宽。

入院诊断

1. 发热查因
2. 脑梗死（右侧侧脑室腔分流术后）
3. 帕金森综合征

02
诊疗过程

初始药物治疗方案

- 2023.12.14-胞磷胆碱钠胶囊0.1g po tid
2023.12.14 乙哌立松片25mg po tid
2023.12.14 奥拉西坦胶囊 0.8g po tid
2023.12.14 乙酰唑胺片0.25g po qd
2023.12.14 盐酸普拉克索片 0.5mg po bid
2023.12.14大蒜素软胶囊 0.8g po bid

诊疗经过

2023年12月15日（住院第2天）
患者有发热，最高体温38.3摄氏度，精神无变化，无言语，无对答，眼睛有神，睡眠尚可，每日可经口进食少许流食，仍留置胃管通肠，尿量正常，大小便如常。
体征：神志清醒，构音不合作，双侧瞳孔等大、等圆，左2.5mm，右2.5mm，双侧瞳孔对光反射存在。鼻唇沟对称，伸舌不合作，咽反射不合作，弱，四肢肌力增强，四肢肌力不合作，双侧腱反射消失，双侧巴氏征阴性，双侧克氏征阴性，双下肢无水肿。
2023-12-15尿常规：颜色 暗黄色，浊度 清晰，白细胞 2+，隐血 -，尿蛋白 -，亚硝酸盐 阴性，白细胞 186.2/uL，红细胞 22.5/uL，细菌信息 革兰氏阴性菌？，葡萄糖 120/uL
治疗方案调整：
2023.12.15-2023.12.20左氧氟沙星片0.5 po qd

诊疗经过

2023年12月22日（住院第8天）

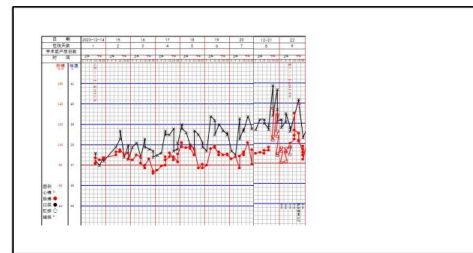
2023年12月21日16:29患者体温升至40.9℃，面色潮红，伴寒战，查体：T 40.9℃，P 135次/分，BP 124/107mmHg SPO299%，全身无散在皮疹。神志清醒。精神疲倦。构音不合作。双侧瞳孔等大。等圆。左2.5mm，右2.5mm，双侧瞳孔对光反射存在。鼻黏膜对称，伸舌不合作。咽反射不合作。颈部：四肢肌张力增强。四肢肌力不合作。双侧腱反射消失。双侧巴氏征阴性。双侧克氏征阴性。双下肢无水肿。双肘无明显摩擦。神经外科会诊诊断：1.发热原因？颅内感染？非感染性发热？阵发性交感神经过度活动综合征？2.脑积水（右侧侧脑室壁分流术后），转入神经内科继续治疗。

2023-12-21血常规：白细胞 11.01x10⁹/L，中性粒细胞数 9.92x10⁹/L，中性粒细胞比率 0.902

2023-12-20尿常规：颜色 淡黄色，透明度 清晰，白细胞 -，隐血 -，尿蛋白 -，亚硝酸盐 阴性，白细胞 8.2/uL，红细胞 18.5/uL，细菌信息 未提示，细菌 1.2/uL

2023-12-20基因检测：多种呼吸道病原体检测：阴性

2023-12-20肺炎支原体IgG抗体 180.0AU/ml



诊疗经过

2023年12月30日（住院第15天）

患者精神可，仍可对症，无法遵从指令。2023年12月29日有发热。体温最高39.1摄氏度。查体：P 71次/分 BP 151/82mmHg。神清。构音不合作。鼻黏膜功能部位不配合。双侧瞳孔等大。等圆。左2.5mm，右2.5mm，双侧瞳孔对光反射存在。鼻黏膜对称。伸舌不合作。咽反射不合作。颈部僵硬。四肢肌张力增高。四肢肌力不合作。双侧腱反射消失。双侧巴氏征阴性。双侧克氏征阴性。双下肢无水肿。

2023-12-23脑脊液涂片：连续观察300个不同视野，未见细菌杆菌

2023-12-23脑脊液离心涂片未见细菌杆菌

2023-12-24脑脊液生化：糖 160.4mmol/L，氯 146.9mmol/L，蛋白 7.89mmol/L，葡萄糖 2.8mmol/L，脑脊液蛋白 1758.2mg/L，乳酸脱氢酶 49.1U/L

2023-12-24脑脊液常规：颜色 无色透明，透明度 透明，白细胞 699.0，分类：单个核细胞 0.07，分类：分叶核细胞 0.93，红细胞 0.0x10⁶/uL，脑脊液蛋白 0-1个/HP，潜血蛋白 ++

诊疗经过

2023-12-25血清：单纯疱疹病毒IgM 阴性；巨细胞病毒IgM 阴性；风疹病毒IgM 阴性；弓形虫抗体IgM 阴性

2023-12-27血清G试验<37.5pg/ml，GM试验<0.25ug/ml

2023-12-28脑脊液培养：无细菌、真菌生长

2023-12-29血清：白蛋白 30.4mg/L

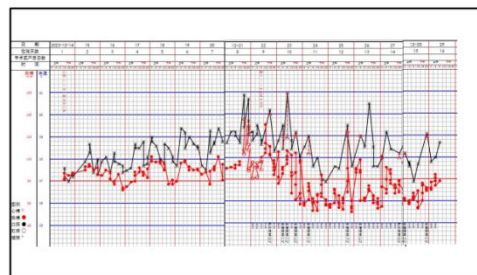
2023-12-29血常规：白细胞 12.47x10⁹/L，中性粒细胞数 10.37x10⁹/L，中性粒细胞比率 0.831

2023-12-30脑脊液NGS示肺炎链球菌（序列数5312）

2023-12-30甲流病毒检测：阴性，乙流病毒检测：阴性

2023-12-30脑脊液培养：无细菌、真菌生长

2023-12-25胸部CT双肺上叶及右肺中叶背段下段在实变渗出。病毒性肺炎？建议治疗并复查。



问题

1.根据患者临床情况，转入神经内科后如何制定抗感染治疗方案？

2.根据患者2023.12.30临床情况，如何进行抗感染治疗方案调整？

3.2023-12-30脑脊液NGS示肺炎链球菌（序列数5312），请分析脑脊液NGS报告？

案例题目及答案模板

一、根据患者临床情况，转入神经内科后如何制定抗感染治疗方案？（10分）

答：

1.总结患者临床特点（现病史、既往史、用药史）（6分）

1.1 现病史：近1个半月多次发热。2023年11月8日新冠感染出现发热。2023年11月18日无明显诱因下患者再次出现发热。2023年11月27日再次发热，血常规白细胞数升高，尿常规镜检见白细胞，社区医院诊断为泌尿道感染，予以左氧氟沙星片抗感染治疗后无发热。2023年12月12日无明显诱因下患者再次出现发热。入院后12-14血常规白细胞计数、中性粒细胞计数升高，12-15尿常规白细胞 186.2/uL，考虑泌尿道感染，予以左氧氟沙星片 0.5 po qd 治疗5天，12-20复查尿常规白细胞（镜检）明显减少，但患者仍持续发热，12-21血常规白细胞计数、中性粒细胞计数继续升高，考虑仍存在细菌感染。

结合肺听诊和12-14胸X片结果，暂不考虑肺部感染。

1.2 既往史：患者半年前曾至广州XX医院就诊，诊断为“脑积水”，予脑室腹腔内分流术治疗并安置可调压阀门分流管。

2. 综上，患者反复多次发热1月余，排除肺部感染，近1个月有泌尿道感染，但经抗感染治疗，感染控制。结合半年前行脑室腹腔内分流术，现反复发热，且12月21日突发高热，40.9°

C，面色潮红，伴寒战，考虑为继发脑室腹腔分流及植入物相关的中枢神经系统感染。根据《神经外科中枢神经系统感染诊治中国专家共识》（2021 版）可考虑万古霉素+头孢吡肟/头孢他啶或美罗培南。（4 分）

【选择：头孢曲松（扣 4 分）；青霉素类（扣 4 分）；喹诺酮类注射剂（扣 4 分）；单用万古霉素/利奈唑胺（扣 2 分）；万古霉素+美罗培南（扣 1 分）】

二、根据患者 2023.12.30 临床情况，如何进行抗感染治疗方案调整？（10 分）

答：

1. 患者调整抗感染方案用药一周仍反复发热，复查炎症指标（12-29 血常规：白细胞 $12.47 \times 10^9/L$ ，中性粒细胞数 10.37 较前升高），12-29C 反应蛋白 30.4mg/L，考虑存在感染。（1 分）

2. 结合 12-24 脑脊液常规（白细胞 699.0，分类：单个核细胞 0.07，分类：分叶核细胞 0.93），12-24 脑脊液生化（钠 160.4mmol/l，氯 146.9mmol/l，乳酸 7.89mmol/l，脑脊液蛋白 1758.2mg/L），考虑存在中枢系统感染，为细菌感染。12-23 脑脊液涂片未见抗酸杆菌，脑脊液培养未检出病原体，12-30 报告脑脊液 NGS 示拥挤棒杆菌（序列数 5312），考虑为致病菌，予以万古霉素或者利奈唑胺抗感染治疗。（5 分）

3. 结合患者临床症状（病程没有描述咳嗽、咳痰、流涕、腹泻等症状，没有肺部听诊），12-30 甲型流感抗原 阴性，乙型流感抗原 阴性；12-27 血清 G 试验 $<37.5\text{pg/ml}$ ，GM 试验 $<0.25\text{ug/ml}$ ，但 12-25 胸部 CT：双肺上叶及右肺中叶胸膜下散在炎症渗出，病毒性肺炎？继续完善检查（行痰培养、痰涂片，血清 G 试验、GM 试验，肺炎支原体 IgM 抗体九项，结核抗体试验，PPD，新型冠状病毒核酸；也可行肺泡灌洗液或者痰呼吸道病原体靶向测序等）。暂不予以针对性治疗。（4 分）

【针对肺部感染选择：呼吸喹诺酮类/大环内酯类/四环素类（2 分）；氨基糖苷类（1 分）； β -内酰胺类（0 分）；阿昔洛韦（0 分）】

三、2023-12-30 脑脊液 NGS 示拥挤棒杆菌（序列数 5312），请分析脑脊液 NGS 报告？（10 分）

答：

1. 中枢系统感染，传统病原学检查方法检出率低下。mNGS 技术不依赖培养，对常见病原微生物检验阴性、经验治疗失败、不明原因的危急重感染的病原学诊断具有独特价值。特别适用于脑脊液培养、抗原抗体检测阴性。该患者排除自免性疾病，炎症指标提示存在感染，脑脊液生化和常规提示存在中枢系统感染，但该患者脑脊液培养阴性，12-25 血清抗原抗体检测阴性（单纯疱疹病毒 IgM 阴性；巨细胞病毒 IgM 阴性；风疹病毒 IgM 阴性；弓形虫抗体 IgM 阴性），因此 12-30 脑脊液 NGS 示阳性结果对于其病原学诊断具有显著临床价值。（2 分）

2. 结合 12-24 脑脊液常规（白细胞 699.0，分类：单个核细胞 0.07，分类：分叶核细胞 0.93），12-24 脑脊液生化（钠 160.4mmol/l，氯 146.9mmol/l，乳酸 7.89mmol/l，脑脊液蛋白 1758.2mg/L），提示为细菌性感染。与脑脊液 NGS 检出拥挤棒杆菌（革兰氏阳性杆菌）吻合。提示拥挤棒杆菌可能为致病菌。（3 分）

3. 拥挤棒杆菌为棒状杆菌属细菌，为革兰氏阳性杆菌，人类是其天然宿主，存在于皮肤、上呼吸道。可引起免疫力低下患者导管相关性感染。该患者起病前半年行脑室腹腔内分流术治疗并安置可调压阀门分流管，为皮下隧道式导管。2023 年 11 月 8 日新冠感染后存在免疫功能低下，可能导管定植的拥挤棒杆菌进入颅脑，最终导致中枢系统感染。（5 分）

附件 2:

抗感染临床药师精准用药比赛报名表

姓名		性别		年 龄		职 务 / 职称	
单位						部门	
工作时间						学历	
通讯地址						移动电话	
身 份 证 号 码						E-mail	
工作简历							
取得业绩 成果							
参赛组别	☐ 初级组 ☐ 高级组						
药学部门 意见盖 章							