医疗质量管理与控制
指标汇编

MEDICAL QUALITY MANAGEMENT AND CONTROL
INDICATORS COMPILATION

国家卫生健康委医政司指导
国家卫生健康委医院管理研究所汇总编制

医疗质量管理与控制
指标汇编 5.0版

MEDICAL QUALITY MANAGEMENT AND CONTROL
INDICATORS COMPILATION

国家卫生健康委医政司指导
国家卫生健康委医院管理研究所汇总编制

医疗质量管理与控制文件汇编5.0-封面-1.indd 所有页面 2023/11/24 15:53:53

医疗质量管理与控制

指标汇编

5.0 版

MEDICAL QUALITY MANAGEMENT AND CONTROL INDICATORS COMPILATION

国家卫生健康委医政医管局指导
国家卫生健康委医院管理研究所汇总编制

前　言

医疗质量直接关系到人民群众的健康权益和对医疗服务的切身感受。持续改进质量，保障医疗安全，是卫生事业改革和发展的重要内容和基础，对全面落实党的二十大要求，切实推动公立医院高质量发展具有重要意义。为进一步加强医疗质量与医疗技术管理，规范临床诊疗行为，促进医疗服务的标准化、同质化，国家卫生健康委办公厅陆续发布了急诊等多个专业、技术的医疗质量控制指标。随着我国医疗质量控制体系的日益完善，各级各类医疗机构对医疗质量精细化管理及相关质控指标的落实需求日益迫切，并逐步向常态化工作转变。为保证医疗机构更好、更便利的开展医疗质量管理持续改进相关工作，国家卫生健康委医院管理研究所汇总了 2015 年至 2023 年 11 月间由国家卫生健康委发布的各专业的医疗质量控制指标，并将 2021 年之后的医疗质量相关文件作为附录，供大家参考、使用。此版本为医疗质量管理与控制指标汇编 5. 0 版，后续将继续根据国家卫生健康委质控指标发布情况进行更新。

国家卫生健康委医院管理研究所

医疗质量监测与控制研究室

2023 年 11 月

目录

专业（专科）类

急诊专业医疗质量控制指标（2015 年版）…… 003
重症医学专业医疗质量控制指标（2015 年版）…… 008
临床检验专业医疗质量控制指标（2015 年版）…… 015
病理专业医疗质量控制指标（2015 年版）…… 021
医院感染管理质量控制指标（2015 年版）…… 026
住院病案首页数据质量管理与控制指标（2016 年版）…… 031
产科专业医疗质量控制指标（2019 年版）…… 038
呼吸内科专业医疗质量控制指标（2019 年版）…… 043
神经系统疾病医疗质量控制指标（2020 年版）…… 053
肾病专业医疗质量控制指标（2020 年版）…… 088
护理专业医疗质量控制指标（2020 年版）…… 102
药事管理专业医疗质量控制指标（2020 年版）…… 114
病案管理质量控制指标（2021 年版）…… 122
心血管系统疾病相关专业医疗质量控制指标（2021 年版）…… 132
超声诊断专业医疗质量控制指标（2022 年版）…… 170
康复医学专业医疗质量控制指标（2022 年版）…… 177
临床营养专业医疗质量控制指标（2022 年版）…… 186
麻醉专业医疗质量控制指标（2022 年版）…… 192
肿瘤专业质量控制指标（2023 年版）…… 203

感染性疾病专业医疗质量控制指标（2023 年版）…… 248
健康体检与管理专业医疗质量控制指标（2023 年版）…… 252
疼痛专业医疗质量控制指标（2023 年版）…… 255
整形美容专业医疗质量控制指标（2023 年版）…… 260

医疗技术类

肺脏移植技术医疗质量控制指标（2020 年版）…… 267
肝脏移植技术医疗质量控制指标（2020 年版）…… 272
肾脏移植技术医疗质量控制指标（2020 年版）…… 280
心脏移植技术医疗质量控制指标（2020 年版）…… 285
异基因造血干细胞移植技术临床应用质量控制指标（2022 年版）…… 290
同种胰岛移植技术临床应用质量控制指标（2022 年版）…… 295
同种异体运动系统结构性组织移植技术临床应用
质量控制指标（2022 年版）…… 299
同种异体角膜移植技术临床应用质量控制指标（2022 年版）…… 302
性别重置技术临床应用质量控制指标（2022 年版）…… 307
质子和重离子加速器放射治疗技术临床应用质量控制指标（2022 年版）…… 311
放射性粒子植入治疗技术临床应用质量控制指标（2022 年版）…… 314
肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标（2022 年版）…… 320
心室辅助技术临床应用质量控制指标（2022 年版）…… 324
人工智能辅助治疗技术临床应用质量控制指标（2022 年版）…… 329
体外膜肺氧合（ECMO）技术临床应用质量控制指标（2022 年版）…… 333
自体器官移植技术临床应用质量控制指标（2022 年版）…… 337
消化内镜诊疗技术医疗质量控制指标（2022 年版）…… 344

其　他

人体器官获取组织质量控制指标 …… 355
临床用血质量控制指标（2019 年版）…… 361
单病种质量监测信息项（2020 年版）…… 365

附 录

国家卫生健康委办公厅关于印发 2021 年国家医疗质量安全改进目标的通知 411
附件 1 2021 年国家医疗质量安全改进目标 413
附件 2 2021 年国家医疗质量安全改进目标说明 414
国家卫生健康委办公厅关于印发 2022 年国家医疗质量安全改进目标的通知 422
附件 1 2022 年国家医疗质量安全改进目标 424
附件 2 2022 年各专业质控工作改进目标 433
国家卫生健康委办公厅关于印发 2023 年国家医疗质量安全改进目标的通知 439
附件 1 2023 年国家医疗质量安全改进目标 440
附件 2 2023 年各专业质控工作改进目标 450
医疗机构门诊质量管理暂行规定 464
医疗机构日间医疗质量管理暂行规定 468
医疗机构手术分级管理办法 472
医疗质量控制中心管理规定 477
全面提升医疗质量行动计划（2023—2025 年） 484
附件 1 全面提升医疗质量行动（2023—2025）各省行动效果监测指标体系 493
手术质量安全提升行动方案（2023—2025 年） 495
附件 1 手术质量安全提升行动监测指标 500
附件 2 医疗机构手术质量安全管理示意图 502
患者安全专项行动方案（2023—2025 年） 503
附件 1 患者安全专项行动监测指标 508
附件 2 医疗质量安全不良事件分级分类标准 510

专业（专科）类

急诊专业
医疗质量控制指标（2015 年版）

一、急诊科医患比

定义：急诊科固定在岗（本院）医师总数占同期急诊科接诊患者总数（万人次）的比例。

计算公式：

$$\text{急诊科医患比} = \frac{\text{急诊科固定在岗（本院）医师总数}}{\text{同期急诊科接诊患者总数（万人次）}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构急诊医疗质量的重要结构性指标之一。

二、急诊科护患比

定义：急诊科固定在岗（本院）护士（师）总数占同期急诊科接诊患者总数（万人次）的比例。

计算公式：

$$\text{急诊科护患比} = \frac{\text{急诊科固定在岗（本院）护士（师）总数}}{\text{同期急诊科接诊患者总数（万人次）}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构急诊医疗质量的重要结构性指标之一。

三、急诊各级患者比例

定义：急诊患者病情分级：Ⅰ级是濒危患者，Ⅱ级是危重患者，Ⅲ级是急症患者，Ⅳ级是非急症患者。急诊各级患者比例，是指急诊科就诊的各级患者总数占同期急诊科就诊患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{急诊各级患者比例} = \frac{\text{急诊科就诊的各级患者总数}}{\text{同期急诊科就诊患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构急诊医疗质量的重要结构性指标之一。

四、抢救室滞留时间中位数

定义：抢救室滞留时间是指急诊抢救室患者从进入抢救室到离开抢救室（不包括死亡患者）的时间（以小时为单位）。抢救室滞留时间中位数是指将急诊抢救室患者从进入抢救室到离开抢救室（不包括死亡患者）的时间由长到短排序后取其中位数。

计算公式：

抢救室滞留时间中位数 $=X_{(n+1)/2}$，n 为奇数

抢救室滞留时间中位数 $=(X_{n/2}+X_{n/2+1})/2$，n 为偶数

注：n 为急诊抢救室患者数，X 为抢救室滞留时间。

意义：反映急诊抢救室工作量、工作效率的重要指标。

五、急性心肌梗死（STEMI）患者平均门药时间及门药时间达标率

定义：急性心肌梗死（STEMI）患者平均门药时间是指行溶栓药物治疗的急性心肌梗死（STEMI）患者从进入急诊科到开始溶栓药物治疗的平均时间。急性心肌梗死（STEMI）患者门药时间达标是指在溶栓药物时间窗（发病 12 小时）内，就诊的急性心

肌梗死（STEMI）患者门药时间在 30 分钟内。急性心肌梗死（STEMI）患者门药时间达标率是指急性心肌梗死（STEMI）患者门药时间达标的患者数占同期就诊时在溶栓药物时间窗内应行溶栓药物治疗的急性心肌梗死（STEMI）患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{急性心肌梗死（STEMI）患者平均门药时间} = \frac{\text{行溶栓药物治疗的急性心肌梗死（STEMI）患者的门药时间总和}}{\text{同期行溶栓药物治疗的急性心肌梗死（STEMI）患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{急性心肌梗死（STEMI）患者门药时间达标率} = \frac{\text{急性心肌梗死（STEMI）患者门药时间达标的患者数}}{\text{同期就诊时在溶栓药物时间窗内应行溶栓药物治疗的急性心肌梗死（STEMI）患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映急诊绿色通道的效率。

六、急性心肌梗死（STEMI）患者平均门球时间及门球时间达标率

定义：急性心肌梗死（STEMI）患者平均门球时间是指行急诊 PCI 的急性心肌梗死（STEMI）患者，从进入急诊科到开始 PCI 的平均时间。急性心肌梗死（STEMI）患者门球时间达标是指在 PCI 时间窗（发病 12 小时）内，就诊的急性心肌梗死（STEMI）患者门球时间在 90 分钟内。急性心肌梗死（STEMI）患者门球时间达标率是指急性心肌梗死（STEMI）患者门球时间达标的患者数占同期就诊时在 PCI 时间窗内应行 PCI 的急性心肌梗死（STEMI）患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{急性心肌梗死（STEMI）患者平均门球时间} = \frac{\text{行急诊 PCI 的急性心肌梗死（STEMI）患者的门球时间总和}}{\text{同期行 PCI 的急性心肌梗死（STEMI）患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{急性心肌梗死（STEMI）患者门球时间达标率} = \frac{\text{急性心肌梗死（STEMI）患者门球时间达标的患者数}}{\text{同期就诊时在 PCI 时间窗内应行 PCI 的急性心肌梗死（STEMI）患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映急诊绿色通道的效率。

七、急诊抢救室患者死亡率

定义：急诊抢救室患者死亡是指患者从进入急诊抢救室开始 72 小时内死亡（包括因不可逆疾病而自动出院的患者）。急诊抢救室患者死亡率是指急诊抢救室患者死亡总数占同期急诊抢救室抢救患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{急诊抢救室患者死亡率} = \frac{\text{急诊抢救室患者死亡总数}}{\text{同期急诊抢救室抢救患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映急危重症患者救治成功率。

八、急诊手术患者死亡率

定义：急诊手术患者死亡是指急诊患者接受急诊手术，术后 1 周内死亡，除外与手术无关的原发疾病引起的死亡。急诊手术患者死亡率是指急诊手术患者死亡总数占同期急诊手术患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{急诊手术患者死亡率} = \frac{\text{急诊手术患者死亡总数}}{\text{同期急诊手术患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映急诊手术救治成功率。

九、ROSC 成功率

定义：ROSC（心肺复苏术后自主呼吸循环恢复）成功是指急诊呼吸心脏骤停患者，心肺复苏术（CPR）后自主呼吸循环恢复超过 24 小时。ROSC 成功率是指 ROSC 成功总例次数占同期急诊呼吸心脏骤停患者行心肺复苏术总例次数的比例。同一患者 24 小时内行多次心肺复苏术，记为“一例次”。

计算公式：

$$\text{ROSC 成功率} = \frac{\text{ROSC 成功总例次数}}{\text{同期急诊呼吸心脏骤停患者行心肺复苏术总例次数}} \times 100\%$$

意义：反映急诊心肺复苏成功率。

十、非计划重返抢救室率

定义：因相同或相关疾病，72 小时内非计划重返急诊抢救室患者总数占同期离开急诊抢救室（出院或转其他区域）患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{非计划重返抢救室率} = \frac{\text{72 小时内非计划重返急诊抢救室患者总数}}{\text{同期离开急诊抢救室患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映急诊医师对患者病情评估的准确性。

重症医学专业
医疗质量控制指标（2015 年版）

一、ICU 患者收治率和 ICU 患者收治床日率

定义：ICU 患者收治率是指 ICU 收治患者总数占同期医院收治患者总数的比例。ICU 患者收治床日率是指 ICU 收治患者总床日数占同期医院收治患者总床日数的比例。同一患者同一次住院多次转入 ICU，记为“多人次”。

计算公式：

$$\text{ICU 患者收治率} = \frac{\text{ICU 收治患者总数}}{\text{同期医院收治患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{ICU 患者收治床日率} = \frac{\text{ICU 收治患者总床日数}}{\text{同期医院收治患者总床日数}} \times 100\%$$

意义：反映全部住院患者 ICU 患者的比例及收治情况。

二、急性生理与慢性健康评分（APACHE Ⅱ评分）≥ 15 分患者收治率（入 ICU 24 小时内）

定义：入 ICU 24 小时内，APACHE Ⅱ评分≥ 15 分患者数占同期 ICU 收治患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{APACHE Ⅱ评分≥15分患者收治率（入ICU 24小时内）} = \frac{\text{APACHE Ⅱ评分≥15分患者数同期ICU收治患者总数}}{\text{}} \times 100\%$$

意义：反映收治 ICU 患者的病情危重程度。

注：具有信息化自动收集能力的医院建议直接提取 APACHE Ⅱ评分，并按照 <10 分，10-15 分，15-20 分，20-25 分，>25 分进行分层分析。

三、感染性休克 3h 集束化治疗（bundle）完成率

定义：感染性休克 3h 集束化治疗（bundle），是指感染性休克诊断后 3 小时内完成：测量乳酸浓度；抗菌药物治疗前进行血培养；予以广谱抗菌药物；低血压或乳酸≥ 4mmol/L 给予 30ml/kg 晶体液进行目标复苏。感染性休克 3h 集束化治疗（bundle）完成率，是指入 ICU 诊断为感染性休克并全部完成 3h bundle 的患者数占同期入 ICU 诊断为感染性休克患者总数的比例。不包括住 ICU 期间后续新发生的感染性休克病例。

计算公式：

$$\text{感染性休克3h集束化治疗（bundle）完成率} = \frac{\text{入ICU诊断为感染性休克并全部完成3h bundle的患者数}}{\text{同期入ICU诊断为感染性休克患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映感染性休克的治疗规范性及诊疗能力。

四、感染性休克 6h 集束化治疗（bundle）完成率

定义：感染性休克 6h 集束化治疗（bundle），是指在 3h 集束化治疗（bundle）的基础上加上：低血压对目标复苏效果差立即予以升压药；脓毒症休克或乳酸≥ 4mmol/L 容量复苏后仍持续低血压，需立即测量 CVP 和 $ScvO_2$；初始乳酸高于正常患者需重复测量乳酸水平。感染性休克 6h 集束化治疗（bundle）完成率，是指入 ICU 诊断为感染性休克全部完成 6h bundle 的患者数占同期入 ICU 诊断为感染性休克患者总数的比例。不包

括住 ICU 期间后续新发生的感染性休克病例。

计算公式：

$$\text{感染性休克 6h 集束化治疗（bundle）完成率} = \frac{\text{入 ICU 诊断为感染性休克并全部完成 6h bundle 的患者数}}{\text{同期入 ICU 诊断为感染性休克患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映感染性休克的治疗规范性及诊疗能力。

五、ICU 抗菌药物治疗前病原学送检率

定义：以治疗为目的使用抗菌药物的 ICU 住院患者，使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数占同期使用抗菌药物治疗病例总数的比例。病原学检验标本包括：各种微生物培养、降钙素原、白介素 -6 等感染指标的血清学检验。

计算公式：

$$\text{ICU 抗菌药物治疗前病原学送检率} = \frac{\text{使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数}}{\text{同期使用抗菌药物治疗病例总数}} \times 100\%$$

意义：反映 ICU 患者抗菌药物使用的规范性。

六、ICU 深静脉血栓（DVT）预防率

定义：进行深静脉血栓（DVT）预防的 ICU 患者数占同期 ICU 收治患者总数的比例。深静脉血栓预防措施包括药物预防（肝素或低分子肝素抗凝）、机械预防（肢体加压泵、梯度压力弹力袜等）以及下腔静脉滤器等。

计算公式：

$$\text{ICU 深静脉血栓（DVT）预防率} = \frac{\text{进行深静脉血栓（DVT）预防的 ICU 患者数}}{\text{同期 ICU 收治患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映 ICU 患者 DVT 的预防情况。

七、ICU 患者预计病死率

定义：通过患者疾病危重程度（APACHE Ⅱ评分）来预测的可能病死率。患者死亡危险性（R）的公式：In（R/1-R）= -3.517+（APACHE Ⅱ评分 × 0.146）+0.603（仅限于急诊手术后患者）+ 患者入 ICU 的主要疾病得分（按国际标准）。ICU 患者预计病死率是指 ICU 收治患者预计病死率的总和与同期 ICU 收治患者总数的比值。

计算公式：

$$\text{ICU 患者预计病死率} = \frac{\text{ICU 收治患者预计病死率总和}}{\text{同期 ICU 收治患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映收治 ICU 患者的疾病危重程度，用来计算患者标化病死指数。

八、ICU 患者标化病死指数（Standardized Mortality Ratio）

定义：通过患者疾病危重程度校准后的病死率，为 ICU 患者实际病死率与同期 ICU 患者预计病死率的比值。ICU 实际病死率为 ICU 死亡患者数（包括因不可逆疾病而自动出院的患者）占同期 ICU 收治患者总数的比例，除外入院时已脑死亡，因器官捐献而收治 ICU 的患者。

计算公式：

$$\text{ICU 患者标化病死指数} = \frac{\text{ICU 患者实际病死率}}{\text{同期 ICU 患者预计病死率}} \times 100\%$$

意义：反映 ICU 整体诊疗水平。

九、ICU 非计划气管插管拔管率

定义：非计划气管插管拔管例数占同期 ICU 患者气管插管拔管总数的比例。

计算公式：

$$\text{ICU 非计划气管插管拔管率} = \frac{\text{非计划气管插管拔管例数}}{\text{同期 ICU 患者气管插管拔管总数}} \times 100\%$$

意义：反映 ICU 的整体管理及治疗水平。

十、ICU 气管插管拔管后 48h 内再插管率

定义：气管插管计划拔管后 48h 内再插管例数占同期 ICU 患者气管插管拔管总例数的比例。不包括非计划气管插管拔管后再插管。

计算公式：

$$\text{ICU 气管插管拔管后 48h 内再插管率} = \frac{\text{气管插管计划拔管后 48h 内再插管例数}}{\text{同期 ICU 患者气管插管拔管总例数}} \times 100\%$$

意义：反映对 ICU 患者脱机拔管指征的把握能力。

十一、非计划转入 ICU 率

定义：非计划转入 ICU 是指非早期预警转入，或在开始麻醉诱导前并无术后转入 ICU 的计划，而术中或术后决定转入 ICU。非计划转入 ICU 率是指非计划转入 ICU 患者数占同期转入 ICU 患者总数的比例。非计划转入 ICU 的原因应进行分层分析（缺乏病情恶化的预警、麻醉因素和手术因素等）。

计算公式：

$$\text{非计划转入 ICU 率} = \frac{\text{非计划转入 ICU 患者数}}{\text{同期转入 ICU 患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构医疗质量的重要结果指标之一。

十二、转出 ICU 后 48h 内重返率

定义：转出 ICU 后 48h 内重返 ICU 的患者数占同期转出 ICU 患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{转出 ICU 后 48h 内重返率} = \frac{\text{转出 ICU 后 48h 内重返 ICU 的患者数}}{\text{同期转出 ICU 患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映对 ICU 患者转出 ICU 指征的把握能力。

十三、ICU 呼吸机相关性肺炎（VAP）发病率

定义：VAP 发生例数占同期 ICU 患者有创机械通气总天数的比例。单位：例 / 千机械通气日。

计算公式：

$$\text{ICU 呼吸机相关性肺炎（VAP）发生率（例 / 千机械通气日）} = \frac{\text{VAP 发生例数}}{\text{同期 ICU 患者有创机械通气总天数}} \times 1000‰$$

意义：反映 ICU 感控、有创机械通气及管理能力。

十四、ICU 血管内导管相关血流感染（CRBSI）发病率

定义：CRBSI 发生例数占同期 ICU 患者血管内导管留置总天数的比例。单位：例 / 千导管日。

计算公式：

$$\text{ICU 血管内导管相关血流感染（CRBSI）发生率（例 / 千导管日）} = \frac{\text{CRBSI 发生例数}}{\text{同期 ICU 患者血管内导管留置总天数}} \times 1000‰$$

意义：反映 ICU 感控、血管内导管留置及管理能力。

十五、ICU 导尿管相关泌尿系感染（CAUTI）发病率

定义：CAUTI 发生例数占同期 ICU 患者导尿管留置总天数的比例。单位：例 / 千导尿管日。

计算公式：

$$\text{ICU 导尿管相关泌尿系感染（CAUTI）发生率（例/千导尿管日）} = \frac{\text{CAUTI 发生例数}}{\text{同期 ICU 患者导尿管留置总天数}} \times 1000‰$$

意义：反映 ICU 感控、导尿管留置及管理能力。

注：本重症医学专业医疗质量控制指标适用于包括 PICU、EICU、CCU 等所有重症医学救治单元。

临床检验专业
医疗质量控制指标（2015 年版）

一、标本类型错误率

定义：类型不符合要求的标本数占同期标本总数的比例。

计算公式：

$$\text{标本类型错误率} = \frac{\text{类型不符合要求的标本数}}{\text{同期标本总数}} \times 100\%$$

意义：反映所采集标本的类型是否符合要求，是检验前的重要质量指标。标本类型符合要求是保证检验结果准确性的前提条件。

二、标本容器错误率

定义：采集容器不符合要求的标本数占同期标本总数的比例。

计算公式：

$$\text{标本容器错误率} = \frac{\text{采集容器不符合要求的标本数}}{\text{同期标本总数}} \times 100\%$$

意义：反映用于采集标本的容器是否符合要求，是检验前的重要质量指标。

三、标本采集量错误率

定义：采集量不符合要求的标本数占同期标本总数的比例。

计算公式：

$$\text{标本采集量错误率} = \frac{\text{采集量不符合要求的标本数}}{\text{同期标本总数}} \times 100\%$$

意义：反映标本采集量是否正确，是检验前的重要质量指标。标本采集量不足或过多都可能影响检验结果。

四、血培养污染率

定义：污染的血培养标本数占同期血培养标本总数的比例。

计算公式：

$$\text{血培养污染率} = \frac{\text{污染的血培养标本数}}{\text{同期血培养标本总数}} \times 100\%$$

意义：反映血培养过程是否操作正确，是检验前的重要质量指标。

五、抗凝标本凝集率

定义：凝集的标本数占同期需抗凝的标本总数的比例。

计算公式：

$$\text{抗凝标本凝集率} = \frac{\text{凝集的标本数}}{\text{同期需抗凝的标本总数}} \times 100\%$$

意义：反映标本采集过程抗凝剂是否正确使用的情况，是检验前的重要质量指标。

六、检验前周转时间中位数

定义：检验前周转时间是指从标本采集到实验室接收标本的时间（以分钟为单位）。检验前周转时间中位数，是指将检验前周转时间由长到短排序后取其中位数。

计算公式：

检验前周转时间中位数 $=X_{(n+1)/2}$，n 为奇数

检验前周转时间中位数 $=(X_{n/2}+X_{n/2+1})/2$，n 为偶数

注：n 为检验标本数，X 为检验前周转时间。

意义：反映标本运送的及时性和效率，检验前周转时间是保证检验结果准确性和及时性的重要前提。

七、室内质控项目开展率

定义：开展室内质控的检验项目数占同期检验项目总数的比例。

计算公式：

$$\text{室内质控项目开展率}=\frac{\text{开展室内质控的检验项目数}}{\text{同期检验项目总数}}\times 100\%$$

意义：反映实验室开展的检验项目中实施室内质控进行内部质量监测的覆盖度，是检验中的重要质量指标。

八、室内质控项目变异系数不合格率

定义：室内质控项目变异系数高于要求的检验项目数占同期对室内质控项目变异系数有要求的检验项目总数的比例。

计算公式：

$$\text{室内质控项目变异系数不合格率}=\frac{\text{室内质控项目变异系数高于要求的检验项目数}}{\text{同期对室内质控项目变异系数有要求的检验项目总数}}\times 100\%$$

意义：反映实验室检验结果精密度，是检验中的重要质量指标。

九、室间质评项目参加率

定义：参加室间质评的检验项目数占同期特定机构（国家、省级等）已开展的室间质评项目总数的比例。

计算公式：

$$室间质评项目参加率=\frac{参加室间质评的检验项目数}{同期特定机构已开展的室间质评项目总数}\times 100\%$$

意义：反映实验室参加室间质评计划进行外部质量监测的情况，是检验中的重要质量指标。

十、室间质评项目不合格率

定义：室间质评不合格的检验项目数占同期参加室间质评检验项目总数的比例。

计算公式：

$$室间质评项目不合格率=\frac{室间质评不合格的检验项目数}{同期参加室间质评检验项目总数}\times 100\%$$

意义：反映实验室参加室间质评计划的合格情况，是检验中的重要质量指标。

十一、实验室间比对率（用于无室间质评计划检验项目）

定义：执行实验室间比对的检验项目数占同期无室间质评计划检验项目总数的比例。

计算公式：

$$实验室间比对率=\frac{执行实验室间比对的检验项目数}{同期无室间质评计划检验项目总数}\times 100\%$$

意义：反映无室间质评计划的检验项目中实施实验室间比对的情况，是检验中的重要质量指标。

十二、实验室内周转时间中位数

定义：实验室内周转时间是指从实验室收到标本到发送报告的时间（以分钟为单位）。实验室内周转时间中位数，是指将实验室内周转时间由长到短排序后取其中位数。

计算公式：

实验室内周转时间中位数 $=X_{(n+1)/2}$，n 为奇数

实验室内周转时间中位数 $=(X_{n/2}+X_{n/2+1})/2$，n 为偶数

注：n 为检验标本数，X 为实验室内周转时间。

意义：反映实验室工作效率，是实验室可控的检验中和检验后的重要质量指标。

十三、检验报告不正确率

定义：检验报告不正确是指实验室已发出的报告，其内容与实际情况不相符，包括结果不正确、患者信息不正确、标本信息不正确等。检验报告不正确率是指实验室发出的不正确检验报告数占同期检验报告总数的比例。

计算公式：

$$\text{检验报告不正确率} = \frac{\text{实验室发出的不正确检验报告数}}{\text{同期检验报告总数}} \times 100\%$$

意义：反映实验室检验报告正确性，是检验后的重要质量指标。

十四、危急值通报率

定义：危急值是指除外检查仪器或试剂等技术原因出现的表明患者可能正处于生命危险的边缘状态，必须立刻进行记录并第一时间报告给该患者主管医师的检验结果。危急值通报率是指已通报的危急值检验项目数占同期需要通报的危急值检验项目总数的比例。

计算公式：

$$危急值通报率 = \frac{已通报的危急值检验项目数}{同期需要通报的危急值检验项目总数} \times 100\%$$

意义：反映危急值通报情况，是检验后的重要质量指标。

十五、危急值通报及时率

定义：危急值通报时间（从结果确认到与临床医生交流的时间）符合规定时间的检验项目数占同期需要危急值通报的检验项目总数的比例。

计算公式：

$$危急值通报率 = \frac{危急值通报时间符合规定时间的检验项目数}{同期需要危急值通报的检验项目总数）} \times 100\%$$

意义：反映危急值通报是否及时，是检验后的重要质量指

病理专业
医疗质量控制指标（2015 年版）

一、每百张病床病理医师数

定义：平均每 100 张实际开放病床病理医师的数量。

计算公式：

$$每百张病床病理医师数 = \frac{病理医师数}{同期该医疗机构实际开放床位数 / 100}$$

意义：反映病理医师资源配置情况。

二、每百张病床病理技术人员数

定义：病理技术人员是指进行病理切片、染色、免疫组化及分子病理等工作的专业技术人员。每百张病床病理技术人员数，是指平均每 100 张实际开放病床病理技术人员的数量。

计算公式：

$$每百张病床病理技术人员数 = \frac{病理技术人员数}{同期该医疗机构实际开放床位数 / 100}$$

意义：反映病理技术人员资源配置情况。

三、标本规范化固定率

定义：标本规范化固定是指病理标本及时按行业推荐方法切开，以足量 10% 中性缓冲福尔马林充分固定。有特殊要求者可使用行业规范许可的其它固定液。标本规范化固定率是指规范化固定的标本数占同期标本总数的比例。

计算公式：

$$\text{标本规范化固定率} = \frac{\text{规范化固定的标本数}}{\text{同期标本总数}} \times 100\%$$

意义：反映处理标本是否及时规范的重要指标。

四、HE 染色切片优良率

定义：HE 染色优良切片是指达到行业优良标准要求的 HE 染色切片。HE 染色优良切片优良率，是指 HE 染色优良切片数占同期 HE 染色切片总数的比例。

计算公式：

$$\text{HE 染色切片优良率} = \frac{\text{HE 染色优良切片数}}{\text{同期 HE 染色切片总数}} \times 100\%$$

意义：反映病理科 HE 染色、制片质量的重要指标。

五、免疫组化染色切片优良率

定义：免疫组化染色优良切片是指达到行业优良标准要求的免疫组化染色切片。免疫组化染色优良切片优良率，是指免疫组化染色优良切片数占同期免疫组化染色切片总数的比例。

计算公式：

$$\text{免疫组化染色切片优良率} = \frac{\text{免疫组化染色优良切片数}}{\text{同期免疫组化染色切片总数}} \times 100\%$$

意义：反映病理科免疫组化染色、制片质量的重要指标。

六、术中快速病理诊断及时率

定义：在规定时间内，完成术中快速病理诊断报告的标本数占同期术中快速病理诊断标本总数的比例。规定时间是指单例标本术中快速病理诊断报告在收到标本后 30 分钟内完成。若前一例标本术中快速病理诊断报告未完成，新标本术中快速病理诊断报告在收到标本后 45 分钟内完成。

计算公式：

$$\text{术中快速病理诊断及时率} = \frac{\text{在规定时间内完成术中快速病理诊断报告的标本数}}{\text{同期术中快速病理诊断标本总数}} \times 100\%$$

意义：反映病理科术中快速病理诊断及时率的重要指标。

七、组织病理诊断及时率

定义：在规定时间内，完成组织病理诊断报告的标本数占同期组织病理诊断标本总数的比例。规定时间是指穿刺、内窥镜钳取活检的小标本，自接收标本起，≤ 3 个工作日发出病理报告；其他类型标本自接收标本起，≤ 5 个工作日发出病理报告；需特殊处理、特殊染色、免疫组化染色、分子检测的标本，按照有关行业标准增加相应的工作日。

计算公式：

$$\text{组织病理诊断及时率} = \frac{\text{在规定时间内完成组织病理诊断报告的标本数}}{\text{同期组织病理诊断标本总数}} \times 100\%$$

意义：反映病理科组织病理诊断及时率的重要指标。

八、细胞病理诊断及时率

定义：在规定时间内，完成细胞病理诊断报告的标本数占同期细胞病理诊断标本总数的比例。规定时间是指自接收标本起，≤ 2 个工作日发出细胞病理诊断报告；需

特殊处理、特殊染色、免疫组化染色、分子检测的标本，按照有关行业标准增加相应的工作日。

计算公式：

$$\text{细胞病理诊断及时率} = \frac{\text{在规定时间内完成细胞病理诊断报告的标本数}}{\text{同期细胞病理诊断标本总数}} \times 100\%$$

意义：反映病理科细胞病理诊断及时率的重要指标。

九、各项分子病理检测室内质控合格率

定义：分子病理检测室内质控合格是指检测流程及结果达到行业标准要求。各项分子病理检测室内质控合格率，是指各项分子病理检测室内质控合格病例数占同期同种类型分子病理检测病例总数的比例。

计算公式：

$$\text{各项分子病理检测室内质控合格率} = \frac{\text{各项分子病理检测室内质控合格病例数}}{\text{同期同种类型分子病理检测病例总数}} \times 100\%$$

意义：反映病理科分子病理诊断质量的重要指标。

十、免疫组化染色室间质评合格率

定义：免疫组化染色室间质评合格，是指参加省级以上病理质控中心组织的免疫组化染色室间质评，并达到合格标准。免疫组化染色室间质评合格率，是指免疫组化染色室间质评合格次数占同期免疫组化染色室间质评总次数的比例。

计算公式：

$$\text{免疫组化染色室间质评合格率} = \frac{\text{免疫组化染色室间质评合格次数}}{\text{同期免疫组化染色室间质评总次数}} \times 100\%$$

意义：反映病理科免疫组化染色质量的重要指标。

十一、各项分子病理室间质评合格率

定义：分子病理室间质评合格，是指参加省级以上病理质控中心组织的分子病理室间质评，并达到合格标准。各项分子病理室间质评合格率，是指各项分子病理室间质评合格次数占同期同种分子病理室间质评总次数的比例。

计算公式：

$$\text{各项分子病理室间质评合格率} = \frac{\text{分子病理室间质评合格次数}}{\text{同期同种分子病理室间质评总次数}} \times 100\%$$

意义：反映病理科分子病理诊断质量的重要指标。

十二、细胞学病理诊断质控符合率

定义：细胞学原病理诊断与抽查质控诊断符合的标本数占同期抽查质控标本总数的比例。抽查标本数应占总阴性标本数至少 5%。

计算公式：

$$\text{细胞学病理诊断质控符合率} = \frac{\text{细胞学原病理诊断与抽查质控诊断符合的标本数}}{\text{同期抽查质控标本总数}} \times 100\%$$

意义：反映病理科细胞学病理诊断质量的重要指标。

十三、术中快速诊断与石蜡诊断符合率

定义：术中快速诊断与石蜡诊断符合是指二者在良恶性病变的定性诊断方面一致。术中快速诊断与石蜡诊断符合率，是指术中快速诊断与石蜡诊断符合标本数占同期术中快速诊断标本总数的比例。

计算公式：

$$\text{术中快速诊断与石蜡诊断符合率} = \frac{\text{术中快速诊断与石蜡诊断符合标本数}}{\text{同期术中快速诊断标本总数}} \times 100\%$$

意义：反映病理科术中快速诊断准确率的重要指标。

医院感染管理
质量控制指标（2015 年版）

一、医院感染发病（例次）率

定义：医院感染新发病例是指观察期间发生的医院感染病例，即观察开始时没有发生医院感染，观察开始后直至结束时发生的医院感染病例，包括观察开始时已发生医院感染，在观察期间又发生新的医院感染的病例。医院感染发病（例次）率是指住院患者中发生医院感染新发病例（例次）的比例。

计算公式：

$$\text{医院感染发病（例次）率} = \frac{\text{医院感染新发病例（例次）数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医院感染总体发病情况。一般指月发病（例次）率和年发病（例次）率。

二、医院感染现患（例次）率

定义：确定时段或时点住院患者中，医院感染患者（例次）数占同期住院患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{医院感染现患（例次）率}=\frac{\text{确定时段或时点住院患者中医院感染患者（例次）数}}{\text{同期住院患者总数}}\times 100\%$$

意义：反映确定时段或时点医院感染实际发生情况，为准确掌握医院感染现状，判断变化趋势，采取针对性干预措施及干预效果评价提供基础。

三、医院感染病例漏报率

定义：应当报告而未报告的医院感染病例数占同期应报告医院感染病例总数的比例。

计算公式：

$$\text{医院感染病例漏报率}=\frac{\text{应当报告而未报告的医院感染病例数}}{\text{同期应报告医院感染病例总数}}\times 100\%$$

意义：反映医疗机构对医院感染病例报告情况及医院感染监测、管理情况。

四、多重耐药菌感染发现率

定义：多重耐药菌主要包括：耐碳青霉烯类肠杆菌科细菌（CRE）、耐甲氧西林金黄色葡萄球菌（MRSA）、耐万古霉素肠球菌（VRE）、耐碳青霉烯鲍曼不动杆菌（CRABA）、耐碳青霉烯铜绿假单胞菌（CRPAE）。多重耐药菌感染发现率是指多重耐药菌感染患者数（例次数）与同期住院患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{多重耐药菌感染发现率}=\frac{\text{多重耐药菌感染患者数（例次数）}}{\text{同期住院患者总数}}\times 100\%$$

意义：反映医院内多重耐药菌感染的情况。

五、多重耐药菌感染检出率

定义：多重耐药菌检出菌株数与同期该病原体检出菌株总数的比例。

计算公式：

$$多重耐药菌感染检出率 = \frac{多重耐药菌检出菌株数}{同期该病原体检出菌株总数} \times 100\%$$

意义：反映医院内多重耐药菌感染的总体情况和某种特定菌种多重耐药菌感染情况。

六、医务人员手卫生依从率

定义：受调查的医务人员实际实施手卫生次数占同期调查中应实施手卫生次数的比例。

计算公式：

$$医务人员手卫生依从率 = \frac{受调查的医务人员实际实施手卫生次数}{同期调查中应实施手卫生次数} \times 100\%$$

意义：描述医务人员手卫生实际执行依从程度，反映医务人员手卫生执行情况。

七、住院患者抗菌药物使用率

定义：住院患者中使用抗菌药物（全身给药）患者数占同期住院患者总数的比例。

计算公式：

$$住院患者抗菌药物使用率 = \frac{住院患者中使用抗菌药物（全身给药）患者数}{同期住院患者总数} \times 100\%$$

意义：反映医院内住院患者抗菌药物使用及管理情况。

八、抗菌药物治疗前病原学送检率

定义：以治疗为目的使用抗菌药物的住院患者，使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数占同期使用抗菌药物治疗病例总数的比例。病原学检验标本包括：各种微生物培养、降钙素原、白介素 -6 等感染指标的血清学检验。

计算公式：

$$\text{抗菌药物治疗前病原学送检率} = \frac{\text{使用抗菌药物前病原学检验标本送检病例数}}{\text{同期使用抗菌药物治疗病例总数}} \times 100\%$$

意义：反映抗菌药物使用的规范性。

九、Ⅰ类切口手术部位感染率

定义：I 类切口手术部位感染是指发生在Ⅰ类（清洁）切口，即手术未进入炎症区，未进入呼吸、消化及泌尿生殖道，以及闭合性创伤手术符合上述条件的手术切口的感染，包括无植入物手术后 30 天内、有植入物手术后 1 年内发生的手术部位感染。I 类切口手术部位感染率，是指发生 I 类切口手术部位感染病例数占同期接受 I 类切口手术患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{I 类切口手术部位感染率} = \frac{\text{发生 I 类切口手术部位感染病例数}}{\text{同期接受 I 类切口手术患者总数}} \times 100\%$$

意义：描述Ⅰ类切口手术患者发生手术部位感染的频率，反映医院对接受 I 类切口手术患者医院感染管理和防控情况。

十、Ⅰ类切口手术抗菌药物预防使用率

定义：I 类切口手术预防使用抗菌药物的患者数占同期 I 类切口手术患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{I 类切口手术抗菌药物预防使用率} = \frac{\text{I 类切口手术预防使用抗菌药物的患者数}}{\text{同期 I 类切口手术患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映 I 类切口手术患者抗菌药物预防用药使用及管理情况。

十一、血管内导管相关血流感染发病率

定义：使用血管内导管住院患者中新发血管内导管相关血流感染的发病频率。单位：例 / 千导管日。

计算公式：

$$\text{血管内导管相关血流感染发病率} = \frac{\text{血管内导管相关血流感染例次数}}{\text{同期患者使用血管内导管留置总天数}} \times 1000‰$$

意义：反映血管内导管相关血流感染情况和院感防控能力。

十二、呼吸机相关肺炎发病率

定义：使用呼吸机住院患者中新发呼吸机相关肺炎的发病频率。单位：例 / 千机械通气日。

计算公式：

$$\text{呼吸机相关肺炎发病率} = \frac{\text{呼吸机相关肺炎例次数}}{\text{同期患者使用呼吸机总天数}} \times 1000‰$$

意义：反映呼吸机相关肺炎情况和院感防控能力。

十三、导尿管相关泌尿系感染发病率

定义：使用导尿管住院患者中新发导尿管相关泌尿系感染的发病频率。单位：例 / 千导尿管日。

计算公式：

$$\text{导尿管相关泌尿系感染发病率} = \frac{\text{导尿管相关泌尿系感染例次数}}{\text{同期患者使用导尿管总天数}} \times 1000‰$$

意义：反映导尿管相关泌尿系感染情况和院感防控能力。

住院病案首页数据质量管理与控制指标（2016 年版）

一、住院病案首页填报完整率

定义：住院病案首页填报完整率是指首页必填项目完整填报的病案份数占同期出院病案总数的比例。

住院病案首页项目填报完整率是指 n 份病案首页填报的必填项目之和占 n 份病案首页全部必填项目总数的比例。

计算公式：

$$\text{病案首页填报完整率} = \frac{\text{首页必填项目完整填报的病案份数}}{\text{检查出院病案总数}} \times 100\%$$

$$\text{病案首页项目填报完整率} = \frac{\text{n 份病案首页填报的必填项目之和}}{\text{n 份病案首页全部必填项目总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构填报住院病案首页的总体情况，是衡量住院病案首页数据质量的基础指标，是应用首页数据客观评价医院服务能力和医疗质量的工作基础。

二、主要诊断选择正确率

定义：主要诊断选择正确的病案数占同期出院病案总数的比例。

计算公式：

$$主要诊断选择正确率 = \frac{病案首页主要诊断选择正确的病案数}{检查出院病案总数} \times 100\%$$

意义：主要诊断是病种质量管理、临床路径管理的数据基础，也是应用 DRGs 这一评价工具对医院进行绩效评估的重要依据。 主要诊断选择正确率是评估诊疗措施适宜性的重要指标，反映医疗机构及其医师的临床能力及诊治水平。

三、主要手术及操作选择正确率

定义：主要手术及操作选择正确的病案数占同期有手术及操作的出院病案总数的比例。

计算公式：

$$主要手术及操作选择正确率 = \frac{主要手术及操作选择正确的病案数}{检查有手术及操作的出院病案总数} \times 100\%$$

意义：主要手术及操作信息是病种质量管理、临床路径管理的数据基础，也是对医院进行技术能力及绩效评价的重要依据。

四、其他诊断填写完整正确率

定义：其他诊断填写完整正确的病案数占同期出院病案总数的比例。

计算公式：

$$其他诊断填写完整正确率 = \frac{其他诊断填写完整正确的病案数}{检查出院病案总数} \times 100\%$$

意义：其他诊断（包括并发症和合并症）体现患者疾病的危重及复杂程度，是保障诊断相关分组（DRGs）客观准确的重要数据。 其他诊断填写完整正确率能够更客观地反映医疗机构及其医师的临床能力及诊治水平。

五、主要诊断编码正确率

定义：主要诊断编码正确的病案数占同期出院病案总数的比例。

计算公式：

$$主要诊断编码正确率 = \frac{主要诊断编码正确的病案数}{检查出院病案总数} \times 100\%$$

意义：主要诊断编码正确率是反映医疗机构病案编码质量的重要指标，对正确统计医院及地区疾病谱、支撑 DRGs 分组和医疗机构绩效评估均具有重要意义。

六、其他诊断编码正确率

定义：其他诊断编码正确的病案数占同期出院病案总数的比例。

计算公式：

$$其他诊断编码正确率 = \frac{其他诊断编码正确的病案数}{检查出院病案总数} \times 100\%$$

意义：其他诊断编码正确率是反映医疗机构病案编码质量的重要指标，对正确统计医院及地区疾病谱、支撑 DRGs 分组和医疗机构绩效评估均具有重要意义。

七、手术及操作编码正确率

定义：手术及操作编码正确的病案数占同期有手术及操作记录的出院病案总数的比例。

计算公式：

$$手术及操作编码正确率 = \frac{手术及操作编码正确的病案数}{检查有手术及操作记录的出院病案总数} \times 100\%$$

意义：手术及操作编码正确率是反映医疗机构病案编码质量的重要指标，对重要病种质量评价、临床路径质量分析具有重要意义。 编码员应当根据国际疾病分类规则对临床实施的手术操作准确编写 ICD-9-CM-3 手术操作代码。

八、病案首页数据质量优秀率

定义：病案首页数据质量优秀的病案数占同期出院病案总数的比例。

计算公式：

$$病案首页数据质量优秀率 = \frac{病案首页数据质量优秀的病案数}{检查出院病案总数} \times 100\%$$

意义：病案首页数据质量优秀率是全面反映病案首页数据填报质量的主要指标。医疗机构应当对住院病案首页数据质量进行全面管理，使首页内容填报全面、准确。

九、医疗费用信息准确率

定义：医疗费用信息准确的病案数占同期出院病案总数的比例。

计算公式：

$$医疗费用信息准确率 = \frac{医疗费用信息准确的病案数}{检查出院病案总数} \times 100\%$$

意义：医疗费用信息准确率是医疗费用分析的重要指标，用于评价医院是否启用标准收费字典库及按照收费分类要求进行信息系统改造，并对照接口标准准确上传住院医疗费用信息。

十、病案首页数据上传率

定义：上传首页数据的病案数占同期出院病案总数的比例。

计算公式：

$$病案首页信息上传率 = \frac{上传首页数据的病案数}{同期出院病案总数} \times 100\%$$

意义：病案首页数据上传率是反映医疗机构首页数据导出及信息上传的完整性，是利用首页数据客观评价医院服务能力和医疗质量的工作基础。

附件 1　住院病案首页必填项目列表

序号	项目	信息分类	序号	项目	信息分类
1	医疗机构	住院信息	39	ABO 血型	诊疗信息
2	组织机构代码	诊疗信息	40	Rh 血型	诊疗信息
3	第　次住院	住院信息	41	（主要手术）名称	诊疗信息
4	入院途径	住院信息	42	（主要手术）级别	诊疗信息
5	入院时间	住院信息	43	（主要手术）切口愈合等级	诊疗信息
6	入院科别	住院信息	44	（主要手术）麻醉方式	诊疗信息
7	（入院）病房	住院信息	45	（入院前）颅脑损伤时间	诊疗信息
8	转科科别	住院信息	46	（入院后）颅脑损伤时间	诊疗信息
9	出院时间	住院信息	47	（重症监护室）名称	诊疗信息
10	出院科别	住院信息	48	（重症监护室）进入时间	诊疗信息
11	（出院）病房	住院信息	49	（重症监护室）转出时间	诊疗信息
12	实际住院天数	住院信息	50	医疗付费方式	患者信息
13	科主任	住院信息	51	病案号	患者信息
14	主任（副主任）医师	住院信息	52	姓名	患者信息
15	主治医师	住院信息	53	性别	患者信息
16	住院医师	住院信息	54	出生日期	患者信息
17	责任护士	住院信息	55	年龄	患者信息
18	编码员	住院信息	56	国籍	患者信息
19	（主要手术）日期	住院信息	57	出生地（省、市、县）	患者信息
20	（主要手术）术者	住院信息	58	籍贯	患者信息
21	（主要手术）Ⅰ助	住院信息	59	民族	患者信息
22	（主要手术）Ⅱ助	住院信息	60	身份证号	患者信息
23	（主要手术）麻醉医师	住院信息	61	职业	患者信息
24	离院方式	住院信息	62	婚姻	患者信息
25	是否有 31 天内再次入院计划	住院信息	63	现住址（省、市、县、街道）	患者信息
26	日常生活能力评定量表得分（入院）	住院信息	64	现住址电话	患者信息
27	日常生活能力评定量表得分（出院）	住院信息	65	现住址邮编	患者信息
28	门急诊诊断	诊疗信息	66	户口地址（省、市、县、街道）	患者信息
29	门急诊诊断编码	诊疗信息	67	户口地址邮编	患者信息
30	（主要出院诊断）名称	诊疗信息	68	工作单位及地址	患者信息
31	（主要出院诊断）入院病情	诊疗信息	69	工作单位电话	患者信息
32	（主要出院诊断）疗效	诊疗信息	70	工作单位邮编	患者信息

续表

序号	项目	信息分类	序号	项目	信息分类
33	（主要出院诊断）编码	诊疗信息	71	联系人姓名	患者信息
34	损伤中毒的外部原因	诊疗信息	72	联系人关系	患者信息
35	损伤中毒的外部原因编码	诊疗信息	73	联系人地址	患者信息
36	病理号（有一次住院多个标本的可能）	诊疗信息	74	联系人电话	患者信息
37	病理诊断	诊疗信息	75	住院总费用	费用信息
38	有无药物过敏	诊疗信息	76	自付费用	费用信息

注：必填栏不能为空项，没有可填写内容时填写“–”

附件 2　住院病案首页数据质量评分标准

医院名称　　患者姓名　　病案号

检查项目	项目类别	项目数	评分项	分值	减分
患者基本信息（18 分）	A 类	2	新生儿入院体重	4	
			新生儿出生体重	4	
	B 类	1	病案号	2	
	C 类	4	性别	1	
			出生日期	1	
			年龄	1	
			医疗付费方式	1	
	D 类	20	健康卡号、患者姓名、出生地、籍贯、民族、身份证号、职业、婚姻状况、现住址、电话号码、邮编、户口地址及邮编、工作单位及地址、单位电话及邮编、联系人姓名、关系、地址、电话号码。	0.5 分 / 项，减至 4 分为止	
住院过程信息（26 分）	A 类	1	离院方式	4	
	B 类	5	入院时间	2	
			出院时间	2	
			实际住院天数	2	
			出院科别	2	
			是否有 31 天内再住院计划	2	
	C 类	3	入院途径	1	
			入院科别	1	
			转科科别	1	

续表

检查项目	项目类别	项目数	评分项	分值	减分
诊疗信息（50 分）	A 类	6	出院主要诊断	4	
			主要诊断编码	4	
			其他诊断	1 分 / 项，减至 4 分为止	
			其他诊断编码	1 分 / 项，减至 4 分为止	
			主要手术或操作名称	4	
			主要手术或操作编码	4	
	B 类	8	入院病情	2	
			病理诊断	2	
			病理诊断编码	2	
			切口愈合等级	2	
			颅脑损伤患者昏迷时间	2	
			其他手术或操作名称	0.5 分 / 项，减至 2 分为止	
			其他手术或操作编码	0.5 分 / 项，减至 2 分为止	
			手术及操作日期	2	
	C 类	3	门（急）诊诊断	1	
			门（急）诊诊断疾病编码	1	
			麻醉方式	1	
	D 类	12	损伤（中毒）外部原因及疾病编码、病理诊断及编码和病历号、药物过敏史、尸检记录、血型及 Rh 标识、手术级别、术者、第一助手。	0.5/ 项，减至 3 分为止	
费用信息（6 分）	A 类	1	总费用	4	
	D 类	10	综合医疗服务类、诊断类、治疗类、康复类、中医类、西药类、中药类、血液和血制品类、耗材类、其他类。	每项 0.5 分，减至 2 分为止	

总分 100 分　　减分

实际得分

检查人员：　　检查时间

产科专业
医疗质量控制指标（2019 年版）

指标一、剖宫产 / 初产妇剖宫产率（OB-CSR/PCS-01）

（一）剖宫产率（OB-CSR-01）。

定义：单位时间内，剖宫产分娩产妇人数占同期分娩产妇（分娩孕周≥ 28 周）总人数的比例。

计算公式：

$$剖宫产率 = \frac{剖宫产分娩产妇人数}{同期分娩产妇总人数} \times 100\%$$

意义：反映妊娠干预情况，是产科质量重要过程指标。

（二）初产妇剖宫产率（OB-PCS-01）。

定义：单位时间内，初产妇（**定义：**妊娠≥ 28 周初次分娩的产妇，既往无 28 周及以上孕周分娩史）实施剖宫产手术人数占同期初产妇总人数的比例。

计算公式：

$$初产妇剖宫产率 = \frac{初产妇剖宫产人数}{同期初产妇总人数} \times 100\%$$

意义：反映初产妇人群中剖宫产干预情况。

指标二、阴道分娩椎管内麻醉使用率（OB-EPD-02）

定义：单位时间内，阴道分娩产妇实施椎管内麻醉人数（不含术中转剖宫产产妇人数）占同期阴道分娩产妇总人数（不含术中转剖宫产产妇人数）的比例。

计算公式：

$$\text{阴道分娩椎管内麻醉使用率} = \frac{\text{道分娩产妇实施椎管内麻醉人数}}{\text{同期阴道分娩产妇总人数}} \times 100\%$$

意义：反映产科助产服务质量重要的过程指标。

指标三、早产 / 早期早产率（OB-PB/EPB-03）

（一）早产率（OB-PB-03）。

定义：单位时间内，早产（孕周在 28 ~ 36+6 周之间的分娩）产妇人数占同期分娩产妇（分娩孕周≥ 28 周）总人数的比例。

计算公式：

$$\text{早产率} = \frac{\text{早产产妇人数}}{\text{同期分娩产妇总人数}} \times 100\%$$

意义：早产是围产儿发病及死亡的重要原因，在保障母儿安全的情况下降低早产率是产科质量管理的重要目标。

（二）早期早产率（OB-EPB-03）。

定义：单位时间内，早期早产（孕周在 28 ~ 33+6 周之间的分娩）产妇人数占同期分娩产妇（分娩孕周≥ 28 周）总人数的比例。

计算公式：

$$\text{早期早产率} = \frac{\text{早期早产产妇人数}}{\text{同期分娩产妇总人数}} \times 100\%$$

意义：早期早产率与新生儿远期不良结局密切相关。

指标四、巨大儿发生率（OB-MS-04）

定义：单位时间内，巨大儿（出生体重≥ 4000g）人数占同期活产数的比例。

计算公式：

$$巨大儿发生率 = \frac{巨大儿人数}{同期活产数} \times 100\%$$

意义：反映孕期体重管理的质量情况。

说明：活产数是指妊娠满 28 周及以上或出生体重达 1000 克及以上，娩出后有心跳、呼吸、脐带搏动、肌张力 4 项生命体征之一的新生儿数。

指标五、严重产后出血发生率（OB-PPH-05）

定义：单位时间内，发生严重产后出血（分娩 24 小时内出血量≥ 1000ml）的产妇人数占同期分娩产妇（分娩孕周≥ 28 周）总人数的比例。

计算公式：

$$严重产后出血发生率 = \frac{严重产后出血产妇人数}{同期分娩产妇总人数} \times 100\%$$

意义：严重产后出血为妊娠严重并发症，反映产科质量的重要结果指标。

指标六、严重产后出血患者输血率（OB-PPT-06）

定义：单位时间内，发生严重产后出血（分娩 24 小时内出血量≥ 1000ml）实施输血治疗（含自体输血）人数占同期发生严重产后出血患者总数的比例。

计算公式：

$$严重产后出血患者输血率 = \frac{严重产后出血输血治疗人数}{同期严重产后出血患者总数} \times 100\%$$

意义：反映严重产后出血的发生情况及输血治疗的实施情况。

指标七、孕产妇死亡活产比（OB-MMR-07）

定义：单位时间内，孕产妇在孕期至产后 42 天内因各种原因造成的孕产妇死亡人数占同期活产数的比例。

计算公式：

$$孕产妇死亡活产比 = \frac{孕产妇死亡人数}{同期活产数} \times \frac{100000}{100000}$$

意义：反映医疗机构对严重母体疾病的处理及应急能力。

说明：（1）活产数是指妊娠满 28 周及以上或出生体重达 1000 克及以上，娩出后有心跳、呼吸、脐带搏动、肌张力 4 项生命体征之一的新生儿数。

（2）本指标仅适用于提供分娩服务的医疗机构。

指标八、妊娠相关子宫切除率（OB-HYS-08）

定义：单位时间内，妊娠相关因素导致实施子宫切除人数占同期分娩产妇（分娩孕周≥ 28 周）总人数的比例。

计算公式：

$$妊娠相关子宫切除率 = \frac{妊娠相关子宫切除人数}{同期分娩产妇总人数} \times \frac{100000}{100000}$$

意义：产科子宫切除的实施多用于为了挽救致命性的产后出血，反映医疗机构处理严重产后出血的能力。

说明：（1）妊娠相关因素包括产前 / 产后出血、子宫破裂及感染等妊娠早期、中期和晚期出现的产科相关因素，不包括妇科肿瘤及其他妇科疾病相关因素。

（2）本指标仅适用于提供分娩服务的医疗机构。

指标九、产后或术后非计划再次手术率（OB-ROP-09）

定义：单位时间内，产妇在同一次住院期间，产后或术后因各种原因导致患者需重返手术室进行计划外再次手术（含介入手术）的人数占同期分娩产妇（分娩孕周≥ 28 周）总人数的比例。

计算公式：

$$产后或术后非计划再次手术率 = \frac{后或术后发生非计划再次手术人数}{同期分娩产妇总人数} \times \frac{100000}{100000}$$

意义：反映医疗机构对于分娩过程处理及干预的有效性。

指标十、足月新生儿 5 分钟 Apgar 评分＜ 7 分发生率（OB-NA-10）

定义：单位时间内，足月新生儿（分娩孕周≥ 37 周）出生后 5 分钟 Apgar 评分＜ 7 分人数占同期内足月活产儿总数的比例。

计算公式：

$$\text{足月新生儿 5 分钟 Apgar 评分＜ 7 分发生率} = \frac{\text{足月新生儿 5 分钟 Apgar 评分＜ 7 分人数}}{\text{同期足月活产儿总数}} \times 100\%$$

意义：反映新生儿窒息高危因素的产前识别及产时复苏能力。

说明：（1）足月活产儿是指妊娠满 37 周及以上，娩出后有心跳、呼吸、脐带搏动、肌张力 4 项生命体征之一的新生儿。

（2）Apgar 评分具体标准为：

1）皮肤颜色：评估新生儿肺部血氧交换的情况。全身皮肤呈粉红色为 2 分，四肢末梢呈青紫色为 1 分，全身呈青紫色或苍白为 0 分。

2）心率：评估新生儿心脏跳动的强度和节律性。心搏有力大于 100 次 / 分钟为 2 分，心搏微弱小于 100 次 / 分钟为 1 分，听不到心音为 0 分。

3）呼吸：评估新生儿中枢和肺脏的成熟度。呼吸规律为 2 分，呼吸节律不齐（如浅而不规则或急促费力）为 1 分，没有呼吸为 0 分。

4）肌张力：评估新生儿中枢反射及肌肉强健度。肌张力正常为 2 分，肌张力异常亢进或低下为 1 分，肌张力松弛为 0 分。

5）反射：评估新生儿对外界刺激的反应能力。对弹足底或其他刺激大声啼哭为 2 分，低声抽泣或皱眉为 1 分，毫无反应为 0 分。

呼吸内科专业
医疗质量控制指标（2019 年版）

一、急性肺血栓栓塞症

指标一、急性肺血栓栓塞症（PTE）患者确诊检查比例（RES-PTE-01）

定义：单位时间内，出院诊断为急性 PTE 患者行确诊检查的人数与同期急性 PTE 患者总数的比值。

计算公式：

$$\text{急性 PTE 患者确诊检查比例} = \frac{\text{急性 PTE 患者行确诊检查人数}}{\text{同期急性 PTE 患者总数}} \times 100\%$$

意义：确诊检查对急性 PTE 的诊断具有重要意义，是确诊急性 PTE 不可或缺的条件。

说明：急性 PTE 确诊检查包括：CT 肺动脉造影或放射性核素肺通气灌注扫描或磁共振肺动脉造影或肺动脉造影中任一项。

指标二、急性 PTE 患者行深静脉血栓相关检查比例（RES-PTE-02）

定义：单位时间内，急性 PTE 患者行深静脉血栓相关检查的人数与同期急性 PTE 患者总数的比值。

计算公式：

$$\text{急性 PTE 患者行深静脉血栓相关检查比例} = \frac{\text{急性 PTE 患者行深静脉血栓相关检查人数}}{\text{同期急性 PTE 患者总数}} \times 100\%$$

意义：深静脉血栓相关检查对急性 PTE 诊断及选择治疗方案具有重要意义。

说明：急性 PTE 患者行深静脉血栓相关检查包括：静脉超声、CT 静脉造影、放射性核素静脉显象、磁共振静脉造影、静脉造影中任一项。

指标三、急性 PTE 患者行危险分层相关检查比例（RES-PTE-03）

定义：单位时间内，急性 PTE 患者行危险分层相关检查的人数与同期急性 PTE 患者总数的比值。

计算公式：

$$\text{急性 PTE 患者行危险分层相关检查比例} = \frac{\text{急性 PTE 患者行危险分层相关检查人数}}{\text{同期急性 PTE 患者总数}} \times 100\%$$

意义：急性 PTE 危险分层是确诊后制定治疗方案的前提，具有重要指导意义。

说明：危险分层相关检查包括影像学检查和心脏生物学标志物检查。其中影像学检查包括超声心动图或 CT 肺动脉造影检查；心脏生物学标志物包括 BNP/NT-proBNP、肌钙蛋白。

肺血栓栓塞症危险分层

危险分层	休克或低血压	影像学（右心室功能不全）a	实验室指标（心脏生物学标志物升高）b
高危	+	+	+/-
中高危	-	+	+
中低危	-	+/-c	-/+c
低危	-	-	-

注：[a]：右心功能不全（RVD）的诊断标准：影像学证据包括超声心动图或 CT 提示 RVD，超声检查符合下述 2 项指标即可诊断 RVD：（1）右心室扩张（右心室舒张末期内径 / 左心室舒张末期内径 >1.0 或 0.9）；（2）右心室前壁运动幅度减低（<5mm）；（3）吸气时下腔静脉不萎陷；（4）三尖瓣反流速度增快；估测三尖瓣反流压 >30mmHg。CTPA 检查符合以下条件也可诊断 RVD：四腔心层面发现的右心室扩张（右心室舒张末期内径 / 左心室舒张末期内径> 1.0 或 0.9）。[b]：心脏生物学标志物包括心肌损伤标志物（心脏肌钙蛋白 T 或 I）和心衰标志物（BNP、NT-proBNP）。[c]：影像学和实验室指标两者之一阳性。

指标四、住院期间行溶栓治疗的高危急性 PTE 患者比例（RES-PTE-04）

定义：单位时间内，住院期间行溶栓治疗的高危急性 PTE 患者数与同期行溶栓治疗的急性 PTE 患者总数的比值。

计算公式：

$$\text{住院期间行溶栓治疗的高危急性 PTE 患者比例} = \frac{\text{住院期间行溶栓治疗的高危急性 PTE 患者数}}{\text{同期行溶栓治疗的急性 PTE 患者总数}} \times 100\%$$

意义：溶栓治疗风险较高，仅适用于高危患者及中高危患者的补救治疗，该指标可反映医疗机构对溶栓治疗适应症的掌握情况。

说明：高危急性 PTE **定义：**患者出现休克或者持续性低血压为可疑高危急性 PTE。休克或者持续性低血压是指收缩压 <90mmHg 和（或）下降≥ 40mmHg，并持续 15 分钟以上，排除新发心律失常、血容量下降、脓毒血症。

指标五、急性 PTE 患者住院期间抗凝治疗比例（RES-PTE-05）

定义：单位时间内，急性 PTE 患者住院期间抗凝治疗人数与同期急性 PTE 患者总数的比值。

计算公式：

$$\text{急性 PTE 患者住院期间抗凝治疗比例} = \frac{\text{急性 PTE 患者住院期间抗凝治疗人数}}{\text{同期急性 PTE 患者总数}} \times 100\%$$

意义：抗凝治疗为急性 PTE 基本治疗方法，可以有效地防止血栓再形成和复发，降低急性 PTE 患者的死亡率。

指标六、急性 PTE 患者住院死亡率（RES-PTE-06）

定义：单位时间内，住院急性PTE 患者死亡人数与同期住院急性PTE 患者总数的比值。

计算公式：

$$\text{急性 PTE 患者住院死亡率} = \frac{\text{住院急性 PTE 患者死亡人数}}{\text{同期住院急性 PTE 患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构急性 PTE 患者疾病的严重程度及对急性 PTE 的救治能力。

指标七、急性 PTE 患者住院期间发生大出血比例（RES-PTE-07）

定义：单位时间内，住院急性 PTE 患者发生大出血的人数与同期住院急性 PTE 患者总数的比值。

计算公式：

$$\text{急性 PTE 患者住院期间发生大出血比例} = \frac{\text{急性 PTE 患者发生大出血的人数}}{\text{同期住院急性 PTE 患者总数}} \times 100\%$$

意义：大出血是影响患者预后的重要因素之一，也是评价抗凝及溶栓等治疗手段安全性的重要指标之一。

说明：大出血**定义：**

（1）致死性出血。

（2）某些重要部位或器官的出血，如颅内、脊柱内、腹膜后、关节内、心包等，以及因出血引起的骨筋膜室综合征。

（3）出血导致血流动力学不稳定，和（或）在 24 ~ 48 小时内引起的血红蛋白水平下降 20g/L 以上，或需要输至少 2 个单位全血或红细胞。

（4）手术部位出血需要再次进行切开，关节镜或血管内介入等，或关节腔内出血致活动或伤口恢复推迟，使住院时间延长或伤口加深。

二、慢性阻塞性肺疾病急性加重

指标一、慢阻肺急性加重患者住院期间行动脉血气分析比例（RES-COPD-01）

定义：单位时间内，住院期间至少进行一次动脉血气分析的慢阻肺急性加重患者数占同期住院慢阻肺急性加重患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{慢阻肺急性加重患者住院期间行动脉血气分析比例} = \frac{\text{住院期间行动脉血气分析慢阻肺急性加重患者数}}{\text{同期住院慢阻肺急性加重患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映慢阻肺急性加重患者的病情严重程度。

指标二、慢阻肺急性加重患者住院期间胸部影像学检查比例（RES-COPD-02）

定义：单位时间内，住院期间行胸部影像学检查（X 线 /CT）的慢阻肺急性加重患者数占同期住院慢阻肺患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{慢阻肺急性加重患者住院期间胸部影像学检查比例} = \frac{\text{住院期间行胸部影像学检查慢阻肺急性加重患者数}}{\text{同期住院慢阻肺急性加重患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映慢阻肺急性加重有无并发症及合并症。

指标三、慢阻肺急性加重患者住院期间心电图检查比例（RES-COPD-03）

定义：单位时间内，住院期间行心电图检查的慢阻肺急性加重患者数占同期住院慢阻肺患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{慢阻肺急性加重患者住院期间心电图检查比例} = \frac{\text{住院期间进行心电图检查慢阻肺患者数}}{\text{同期住院慢阻肺患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映慢阻肺急性加重患者是否合并心律失常、心肌缺血、肺源性心脏病等。

指标四、慢阻肺急性加重患者住院期间超声心动图检查比例（RES-COPD-04）

定义：单位时间内，住院期间行超声心动图检查的慢阻肺急性加重患者数占同期住院慢阻肺急性加重患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{慢阻肺急性加重患者住院期间超声心动图检查比例} = \frac{\text{住院期间进行超声心动图检查慢阻肺急性加重患者数}}{\text{同期住院慢阻肺急性加重患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映慢阻肺急性加重患者是否合并肺源性心脏病。

指标五、慢阻肺急性加重患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例（RES-COPD-05）

定义：单位时间内，住院慢阻肺急性加重患者抗感染治疗前病原学送检人数占同期住院慢阻肺急性加重患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{慢阻肺急性加重患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例}=\frac{\text{住院慢阻肺急性加重患者抗感染治疗前病原学送检人数}}{\text{同期住院慢阻肺急性加重患者总数}}\times 100\%$$

意义：反映慢阻肺急性加重患者的抗菌药物使用的规范性。

说明：病原学检查包括下列检查之一：痰 / 肺泡灌洗液涂片、培养，鼻 / 咽拭子病毒检测，血培养。

指标六、慢阻肺急性加重患者住院期间雾化吸入支气管扩张剂应用比例（RES-COPD-06）

定义：单位时间内，住院期间应用雾化吸入支气管扩张剂治疗的慢阻肺急性加重患者数占同期住院慢阻肺急性加重患者总数的比值。

计算公式：

$$\text{慢阻肺急性加重患者住院期间雾化吸入支气管扩张剂应用比例}=\frac{\text{住院期间应用雾化吸入支气管扩张剂治疗的慢阻肺急性加重患者数}}{\text{同期住院慢阻肺急性加重患者总数}}\times 100\%$$

意义：反映慢阻肺急性加重期治疗的规范性。

指标七、慢阻肺急性加重患者住院死亡率（RES-COPD-07）

定义：单位时间内，住院慢阻肺急性加重患者死亡人数占同期住院慢阻肺急性加重患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{慢阻肺急性加重患者住院死亡率} = \frac{\text{住院慢阻肺急性加重患者死亡人数}}{\text{同期住院慢阻肺急性加重患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映慢阻肺急性加重患者疾病严重程度。

指标八、使用有创机械通气的慢阻肺急性加重患者死亡率（RES-COPD-08）

定义：单位时间内，使用有创机械通气治疗的慢阻肺急性加重患者死亡人数占同期住院使用有创机械通气治疗的慢阻肺急性加重患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{使用有创机械通气慢阻肺急性加重患者死亡率} = \frac{\text{使用有创机械通气治疗的慢阻肺急性加重患者死亡人数}}{\text{同期住院使用有创机械通气的慢阻肺急性加重患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构对病情严重需要有创机械通气治疗的慢阻肺患者的救治能力。

三、住院成人社区获得性肺炎

指标一、住院成人社区获得性肺炎（CAP）患者进行 CAP 严重程度评估的比例（RES-CAP-01）

定义：单位时间内，进行了 CAP 严重程度评估的住院 CAP 患者数占同期住院 CAP 患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{住院 CAP 患者进行 CAP 严重程度评估的比例} = \frac{\text{进行了 CAP 严重程度评估的住院 CAP 患者数}}{\text{同期住院 CAP 患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映 CAP 患者诊断的规范性。

说明：常用 CAP 严重程度评分系统

评分系统	预测指标和计算方法	风险评分
CURB-65 评分 [64]	共 5 项指标，满足 1 项得 1 分： （1）意识障碍；（2）尿素氮＞ 7 mmol/l；（3）呼吸率 30 次 /min；（4）收缩压＜ 90 mmHg 或舒张压 60 mmHg；（5）年龄≥ 65 岁	评估死亡风险 0~1 分：低危； 2 分：中危； 3 ~ 5 分：高危
CRB-65 评分 [64]	共 4 项指标，满足 1 项得 1 分： （1）意识障碍；（2）呼吸频率≥ 30 次 /min；（3）收缩压＜ 90 mmHg 或舒张压≤ 60 mmHg；（4）年龄≥ 65 岁	评估死亡风险 0 分：低危，门诊治疗； 1-2 分：中危，建议住院或格随访下院外治疗； ≥ 3 分：高危，应住院治疗
PS1 评分 [65]	年龄（女性 -10 分）加所有危险因素得分总和： （1）居住在养老院（+10 分） （2）基础疾病：肿（+30 分）；肝病（+20 分）；充血性心力衰竭（+10 发）；脑血管疾病（+10 分）；肾病（+10 分） （3）体征：意识状态改变（+20 分）；呼吸频率≥ 30 次 /min（+20 分）；收缩压＜ 90 mmHg（+20 分）；体温＜ 35℃或≥ 40℃（+15 分）；脉博≥ 125 次 /min（+10 分） （4）实验室检查：动脉血 pH ＜ 7.35（+30 分）；血尿素氮 1 mmol/l（+20 分）；血钠＜ 130 mmol/l.（+20 分）；血糖≥ 14 mmol/L（+10 分）；红细胞压积（Hct）<30%（+10 分）；PaO_2 ＜ 60 mmHg（或指氧饱和度＜ 90%）（+10 分） （5）胸部影像：胸腔积液（+10 分）	评估死亡风险 低危：Ⅰ级（＜ 50 岁，无基础疾病）；Ⅱ级（≤ 70 分）；Ⅲ级（71-90 分）； 中危：Ⅳ级（9-130 分）； 高危：Ⅴ级（＞ 130 分）； Ⅳ和Ⅴ级需要住院治
CURXO 评分 [66]	主要指标： （1）动脉血 pHl ＜ 7.30；（2）收缩压＜ 9 mmH 次要指标： （1）呼吸率＞ 30 次 /min；（2）章识障碍；（3）血尿素＞ 11 mmol/L；④ PaO_2 ＜ 54 mmHg 或氧合指数＜ 250 mmHg；（5）年龄≥ 80 岁；（6）X 线片示多叶或双侧肺受累	符合 1 项主要指标或 2 项以上次要指标，为重症 CAP
SMART-COP 评分 [67]	下列所有危险因素得分总和： 收缩压＜ 90mmHg（+2 分）；X 线片多肺叶受累（+1 分）；血清白蛋白＜ 35/L（+1 分）；呼吸率≥ 30 次 /min（＞ 50 岁）或≥ 25 次 /min（≤ 50 岁）（+1 分）；心率≥ 125 次（+1 分析）； 新发的意识障（+1 分）； 低氧血（+2 分）：PaO_2 ＜ 70 mmHg 或指氧饱和度≤ 93%或成氧合指数＜ 33mmHg（≤ 50 岁）；PaO_2 ＜ 60 mmHg 或指氧饱和度≤ 90%或氧合指数＜ 250 mmHg（＞ 50 岁）；动脉血 pH ＜ 7.35（＋分 2）	0-2 分：低风险 3-4 分：中度风险 5~6 分：高风险 7-8 分：极高风险。

本表内容参考《中国成人社区获得性肺炎诊断和治疗指南（2016 年版）》

指标二、低危 CAP 患者住院比例（RES-CAP-02）

定义：单位时间内，住院低危 CAP 患者数占同期住院 CAP 患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{低危 CAP 患者住院比例} = \frac{\text{住院低危 CAP 患者数}}{\text{同期住院 CAP 患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映对 CAP 患者住院指征的把握能力及对医疗资源的管理能力。根据 CAP 病情严重程度评估，低危患者应该门诊治疗。低危 CAP 患者住院治疗意味着占用有限的病床资源，造成不必要的医疗花费。

说明：低危 CAP 患者指的是采用上述某一 CAP 严重程度评分系统进行评估后死亡风险归为低危的患者，包括 CURB-65 评分 0-1 分、或者 CRB 评分 0 分、或者 PSI 评分≤ 90 分的患者。

指标三、CAP 患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例（RES-CAP-03）

定义：单位时间内，抗感染治疗前行病原学送检的住院 CAP 患者数占同期住院 CAP 患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{CAP 患者住院期间抗感染治疗前病原学送检比例} = \frac{\text{抗感染治疗前行病原学送检的住院 CAP 患者数}}{\text{同期住院 CAP 患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构对 CAP 诊疗的规范性。

说明：病原学检查包括下列检查之一：痰 / 肺泡灌洗液 / 胸腔积液涂片、培养，鼻 / 咽拭子病毒检测，非典型病原体检测，血培养。

指标四、CAP 患者住院死亡率（RES-CAP-04）

定义：单位时间内，住院 CAP 患者死亡人数与同期住院 CAP 患者总数的比值。

计算公式：

$$\text{CAP 患者住院死亡率} = \frac{\text{住院 CAP 患者死亡人数}}{\text{同期住院 CAP 患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映收治 CAP 患者的疾病严重程度。

指标五、住院 CAP 患者接受机械通气的比例（RES-CAP-05）

定义：单位时间内，住院期间接受机械通气（包括无创 / 有创机械通气）的 CAP 患者数与住院 CAP 患者总数的比值。

计算公式：

$$\text{住院 CAP 患者接受机械通气的比例} = \frac{\text{住院期间接受机械通气的 CAP 患者数}}{\text{同期住院 CAP 患者总数}} \times 100\%$$

意义：机械通气是 CAP 患者合并呼吸衰竭时重要的治疗手段，该指标有助于评价收治患者的严重程度及相应治疗的规范性。

神经系统疾病
医疗质量控制指标（2020 年版）

一、癫痫与惊厥性癫痫持续状态

指标一、癫痫发作频率记录率（NEU-EPI-01）

定义：单位时间内，住院癫痫患者中各种发作类型的发作频率均得到记录的人数占同期住院癫痫患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{癫痫发作频率记录率} = \frac{\text{各种发作类型的发作频率均得到记录的住院癫痫患者数}}{\text{同期住院癫痫患者总数}} \times 100\%$$

意义：治疗癫痫的主要目标是减少发作频率。准确记录各种发作类型的发作频率是抗癫痫治疗的依据和基础，也与健康相关生活质量的改善密切相关，是反映癫痫治疗效果的重要过程指标之一。

说明：（1）癫痫指至少 2 次间隔 >24 小时的非诱发性（或反射性）痫性发作，或确诊某种癫痫综合征。参考国际抗癫痫联盟（ILAE）发布的《ILAE 官方报告：癫痫实用定义》。

（2）癫痫的发作分类包括：局灶性发作、全面性发作、不明起始部位发作、未能分类发作。参考 ILAE 发布的《癫痫发作类型的操作分类：国际抗癫痫联盟意见书》。

指标二、抗癫痫药物规范服用率（NEU-EPI-02）

定义：单位时间内，住院癫痫患者（确诊 3 月及以上）中近 3 月按照癫痫诊断类型规范使用抗癫痫药物治疗的人数占同期住院癫痫患者（确诊 3 月及以上）人数的比例。

计算公式：

$$\text{抗癫痫药物规范服用率} = \frac{\text{近 3 月规范使用抗癫痫药物治疗的住院癫痫患者（确诊 3 月及以上）数}}{\text{同期住院癫痫患者（确诊 3 月及以上）总数}} \times 100\%$$

意义：减少癫痫发作频率与患者生活质量密切相关，对于每一例确诊的患者，均应采用抗癫痫药物控制癫痫发作。反映医疗机构使用抗癫痫药物规范性。

说明：规范使用抗癫痫药物指患者依照发作类型服用恰当的抗癫痫药物，按照规范剂量，规律服用抗癫痫药物 3 月及以上。参考中国成人癫痫患者长程管理共识专家协作组发布《关于成人癫痫患者长程管理的专家共识》。

指标三、抗癫痫药物严重不良反应发生率（NEU-EPI-03）

定义：单位时间内，住院癫痫患者病程中发生抗癫痫药物严重不良反应的人次数与同期住院癫痫患者总人次数的比值。

计算公式：

$$\text{抗癫痫药物严重不良反应发生率} = \frac{\text{病程中发生抗癫痫药物严重不良反应的住院癫痫患者人次数}}{\text{同期住院癫痫患者总人次数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构合理使用抗癫痫药物的合理性。

说明：抗癫痫药物严重不良反应指：使用抗癫痫药物后导致患者需前往门诊就诊，并减药、停药或对症处理；或导致患者需要住院治疗；或住院时间延长；或导致胎儿先天性畸形或出生缺陷。

指标四、癫痫患者病因学检查完成率（NEU-EPI-04）

定义：单位时间内，住院癫痫患者完成神经影像学检查（如头颅 CT 或核磁共振）及脑电图学相关检查（普通或视频长程脑电图）的人数占同期住院癫痫患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{癫痫患者病因学检查完成率} = \frac{\text{完成神经影像学及脑电图学相关检查的住院癫痫患者数}}{\text{同期住院癫痫患者总数}} \times 100\%$$

意义：神经电生理及神经影像学是重要的明确癫痫病因的手段，其完成率反映医疗机构癫痫医疗质量。

说明：神经影像学检查指头部 CT 或核磁共振检查，脑电图学相关检查包括常规头皮脑电图监测或长程视频脑电图监测。癫痫患者病因学检查应完成神经影像学检查及脑电图学相关检查。

指标五、癫痫患者精神行为共患病筛查率（NEU-EPI-05）

定义：单位时间内，住院癫痫患者完成共患病（抑郁症、焦虑症）筛查人数占同期住院癫痫患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{癫痫患者精神行为共患病筛查率} = \frac{\text{进行精神行为共患病筛查的住院癫痫患者数}}{\text{同期住院癫痫患者总数}} \times 100\%$$

意义：精神和行为障碍是所有癫痫患者及家庭的一个重要担忧和负担，其带来的社会负担及负面影响远远大于患者本身的发作情况。该指标体现医疗机构对癫痫患者抑郁症及焦虑症为主的精神疾病共病筛查情况。

说明：癫痫患者精神行为共患病焦虑症、抑郁症筛查应使用经验证的中文版筛查量表。

指标六、育龄期女性癫痫患者妊娠宣教执行率（NEU-EPI-06）

定义：单位时间内，住院育龄期（18 ~ 44 岁，月经周期正常）女性癫痫患者（或照料者）在一年内至少接受过 1 次关于癫痫及治疗如何影响避孕或妊娠咨询者占同期育

龄期女性住院癫痫患者的比例。

计算公式：

$$\text{育龄期女性癫痫患者妊娠宣教执行率}=\frac{\text{每年至少接受过1次关于癫痫及其治疗如何影响避孕或妊娠的咨询的育龄期女性住院癫痫患者（或其照料者）数}}{\text{同期住院育龄期女性癫痫患者总数}}\times 100\%$$

意义：癫痫与生育能力下降、妊娠风险增加以及新生儿畸形风险相关，该指标体现对育龄期女性癫痫患者的治疗方案计划性和管理水平。

说明：育龄期女性癫痫患者指确诊癫痫，且具有生育可能的女性（18 ~ 44 岁）患者。育龄期女性患者（或其照料者）应每年至少接收一次关于癫痫及其治疗对避孕、妊娠可能的影响的咨询：包括生殖内分泌情况的评估或相应的药物调整；避孕教育；围孕期叶酸增补知识普及；孕期癫痫及抗癫痫药物潜在风险讨论；妊娠安全教育；哺乳知识普及；针对妊娠需求进行药物评估或调整及其他相关问题。

指标七、癫痫患者择期手术在院死亡率（NEU-EPI-07）

定义：单位时间内，所有住院行癫痫择期手术的癫痫患者术后在院死亡率。

计算公式：

$$\text{癫痫患者择期手术在院死亡率}=\frac{\text{行癫痫择期手术后在院死亡患者数}}{\text{同期住院行癫痫择期手术的患者总数}}\times 100\%$$

意义：是反映医疗机构癫痫外科医疗质量的终点指标，体现了医疗机构癫痫外科的综合质量。

说明：对两种及以上足量抗癫痫药物规范治疗失败的癫痫患者，应进行癫痫手术评估。癫痫手术评估检测包括：头皮脑电图检测、发作期视频脑电图检测、头部核磁共振、头部 PET/CT 或 PET/MRI 及头部功能影像检测。对上述各项检测均提示一致的致痫灶，应行择期手术。

指标八、癫痫患者术后并发症发生率（NEU-EPI-08）

定义：单位时间内，所有住院行癫痫手术的癫痫患者术后并发症发生率。

计算公式：

$$癫痫患者术后并发症发生率=\frac{行癫痫手术后在院并发症发生人数}{同期住院行癫痫手术的患者总数}\times 100\%$$

意义：反映医疗机构癫痫外科手术术后并发症情况。控制术后并发症的发生有利于患者早期恢复和长期预后。

说明：癫痫手术的术后并发症包括：脑脊液漏、脑积水、颅内 / 颅外感染（浅表或深部）、颅内或硬膜外脓肿、缺血性脑血管病、颅内血肿、静脉窦血栓形成、深静脉血栓形成、肺栓塞、肺部感染、代谢紊乱、语言障碍、记忆障碍、偏瘫、精神障碍、视野缺损。

指标九、癫痫患者术后病理明确率（NEU-EPI-09）

定义：单位时间内，所有住院行癫痫病灶切除手术的癫痫患者术后病理结果明确率。

计算公式：

$$癫痫患者术后病理明确率=\frac{行癫痫手术后病理明确患者数}{同期住院行癫痫手术的患者总数}\times 100\%$$

意义：反映医疗机构癫痫外科手术术后病理诊断明确情况。患者病理结果是后续治疗和预后的基石，明确病理结果，有助于患者长期治疗、随访及教育。

说明：癫痫术后病理明确指规范确切的临床病理诊断，包括明确癫痫患者切除病灶的病理诊断为：皮质发育畸形、局灶性皮质发育不良、结节性硬化、海马硬化、灰质异位、肿瘤、软化灶、胶质瘢痕、炎症、血管畸形、感染性病变、非特异性改变等。

指标十、癫痫手术患者出院时继续抗癫痫药物治疗率（NEU-EPI-10）

定义：单位时间内，所有住院行手术治疗的癫痫患者出院时继续抗癫痫药物治疗率。

计算公式：

$$癫痫手术患者出院时继续抗癫痫药物治疗率=\frac{出院时继续抗癫痫药物治疗的癫痫手术患者数}{同期住院行癫痫手术的患者总数}\times 100\%$$

意义：反映医疗机构癫痫外科手术术后序贯治疗情况。完成癫痫手术治疗后，患者应该在专科医师指导下继续抗癫痫药物治疗以达到更优的癫痫发作控制。

说明：癫痫手术患者出院时应按照既往药物治疗方案，规范服用抗癫痫药物。

指标十一、惊厥性癫痫持续状态发作控制率（NEU-EPI-11）

定义：单位时间内，惊厥性癫痫持续状态患者中发作在接诊后 1 小时内得到控制的人数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{惊厥性癫痫持续状态发作控制率}=\frac{\text{发作在接诊后 1 小时内得到控制的惊厥性癫痫持续状态患者数}}{\text{同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数}}\times 100\%$$

意义：惊厥性癫痫持续状态治疗的主要目标是尽快控制痫性发作，减少神经损伤，与患者预后密切相关。

说明：（1）惊厥性癫痫持续状态是指，每次全身性强直 - 阵挛（GTC）发作持续 5 分钟以上；或 2 次以上，发作间期意识未能完全恢复。

（2）惊厥性癫痫持续状态在接诊后经观察期、第一阶段、第二阶段和第三阶段治疗后按照标准流程已经到 60 分钟的时间点，已经使用了第三阶段治疗仍无法控制发作时为超级难治性惊厥性癫痫持续状态。因此，采用接诊后 1 小时（60 分钟）作为评估癫痫持续状态发作控制率的时间点。治疗阶段流程图参考《成人全面性惊厥性癫痫持续状态治疗中国专家共识》。

指标十二、惊厥性癫痫持续状态初始治疗标准方案应用率（NEU-EPI-12）

定义：单位时间内，住院惊厥性癫痫持续状态患者中应用指南推荐的初始治疗标准方案治疗的患者数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{惊厥性癫痫持续状态初始治疗标准方案应用率}=\frac{\text{应用标准初始治疗方案治疗的住院惊厥性癫痫持续状态患者数}}{\text{同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数}}\times 100\%$$

意义：使用惊厥性癫痫持续状态治疗的初始治疗标准方案尽快控制发作，减少神经损伤，与患者预后密切相关。

说明：初始治疗方案参考《成人全面性惊厥性癫痫持续状态治疗中国专家共识》。

指标十三、难治性惊厥性癫痫持续状态患者麻醉药物应用率（NEU-EPI-13）

定义：单位时间内，住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者应用麻醉药物治疗的人数占同期住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{难治性惊厥性癫痫持续状态患者麻醉药物应用率}=\frac{\text{应用麻醉药物治疗的住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者数}}{\text{同期住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者总数}}\times 100\%$$

意义：难治性惊厥性癫痫持续状态一线、二线治疗药物均无效，死亡率高，应在这类患者中应用麻醉药物控制发作。

说明：（1）难治性惊厥性癫痫持续状态定义为经过第一阶段和第二阶段治疗均无效，已经进入第三阶段治疗的患者。

（2）麻醉药物指丙泊酚或咪达唑仑注射剂。

（3）难治性惊厥性癫痫持续状态的治疗方案参考《成人全面性惊厥性癫痫持续状态治疗中国专家共识》。

指标十四、难治性惊厥性癫痫持续状态患者气管插管或机械通气应用率（NEU-EPI-14）

定义：单位时间内，收治入院的难治性惊厥性癫痫持续状态患者启动气管插管或机械通气治疗的人数占同期住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{难治性惊厥性癫痫持续状态患者气管插管或机械通气应用率}=\frac{\text{启动气管插管或机械通气的难治性惊厥性癫痫持续状态住院患者数}}{\text{同期住院难治性惊厥性癫痫持续状态患者总数}}\times 100\%$$

意义：难治性惊厥性癫痫持续状态需给予必要的生命支持，尤其是呼吸支持（气管插管或机械通气），防止因惊厥时间过长而导致不可逆的脑损伤和重要脏器损伤。

指标十五、在院惊厥性癫痫持续状态患者脑电监测率（NEU-EPI-15）

定义：单位时间内，住院惊厥性癫痫持续状态患者中入院 24 小时内完成同步脑电监测的人数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{在院癫痫持续状态患者脑电监测率} = \frac{\text{入院 24 小时内完成同步脑电监测的惊厥性癫痫持续状态患者数}}{\text{同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数}} \times 100\%$$

意义：完成同步脑电监测是惊厥性癫痫持续状态患者临床评估的核心。

指标十六、在院惊厥性癫痫持续状态患者影像检查率（NEU-EPI-16）

定义：单位时间内，住院惊厥性癫痫持续状态患者中入院 72 小时内完成神经影像学检查的人数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{在院惊厥性癫痫持续状态患者影像检查率} = \frac{\text{入院 72 小时内完成神经影像学检查的惊厥性癫痫持续状态患者数}}{\text{同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数}} \times 100\%$$

意义：神经影像检查是惊厥性癫痫持续状态患者病因诊断的重要手段。

说明：神经影像学检查指头部 MRI 或 CT 检查。

指标十七、在院惊厥性癫痫持续状态患者脑脊液检查率（NEU-EPI-17）

定义：单位时间内，住院惊厥性癫痫持续状态患者中入院 72 小时内完成脑脊液相关病因学检查的人数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{在院惊厥性癫痫持续状态患者脑脊液检查率} = \frac{\text{入院 72 小时内完成脑脊液相关病因学检查的惊厥性癫痫持续状态患者数}}{\text{同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数}} \times 100\%$$

意义：脑脊液检查是惊厥性癫痫持续状态患者病因诊断的重要手段。

说明：（1）脑脊液病因学检查指脑脊液常规、生化、细胞学及病原学检查。

（2）入院 72 小时内及本次发病以来在院外完成的脑脊液病因学检查均纳入统计范围。

指标十八、在院期间惊厥性癫痫持续状态患者病因明确率（NEU-EPI-18）

定义：单位时间内，住院惊厥性癫痫持续状态患者中在院期间病因学明确的患者数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{在院期间惊厥性癫痫持续状态患者病因明确率} = \frac{\text{住院期间病因学明确的惊厥性癫痫持续状态患者数}}{\text{同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数}} \times 100\%$$

意义：癫痫持续状态病因的筛查是临床治疗的重要依据，其完成率反映医疗机构癫痫医疗质量控制。

说明：惊厥性癫痫持续状态的病因包括感染、脑血管病、肿瘤、中毒 / 代谢紊乱等。

指标十九、惊厥性癫痫持续状态患者在院死亡率（NEU-EPI-19）

定义：单位时间内，住院惊厥性癫痫持续状态患者中院内死亡的患者数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{惊厥性癫痫持续状态患者在院死亡率} = \frac{\text{院内死亡的惊厥性癫痫持续状态住院患者数}}{\text{同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数}} \times 100\%$$

意义：惊厥性癫痫持续状态在院死亡率是评估在院癫痫持续状态治疗效果的终点指标。

指标二十、惊厥性癫痫持续状态患者随访（出院 30 天内）死亡率（NEU-EPI-20）

定义：单位时间内，住院惊厥性癫痫持续状态患者中出院 30 天内死亡患者数占同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{惊厥性癫痫持续状态患者随访（出院30天内）死亡率} = \frac{\text{出院30天内死亡的惊厥性癫痫持续状态患者数}}{\text{同期住院惊厥性癫痫持续状态患者总数}} \times 100\%$$

意义：惊厥性癫痫持续状态患者随访死亡率是短期内评估惊厥性癫痫持续状态治疗效果的终点指标。

二、脑梗死

指标一、脑梗死患者神经功能缺损评估率（NEU-STK-01）

定义：单位时间内，入院时采用美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）进行神经功能缺损评估的脑梗死患者数，占同期住院脑梗死患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{脑梗死患者神经功能缺损评估率} = \frac{\text{入院时行神经功能缺损NIHSS评估的脑梗死患者数}}{\text{同期住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构收住院脑梗死患者病情评估开展情况。

说明：（1）美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）参照《中国脑血管病临床管理指南》的中文翻译版本。

（2）脑梗死即缺血性卒中，采用《中国脑血管病临床管理指南》定义，是指因脑部血液循环障碍，缺血、缺氧所致的局限性脑组织缺血性坏死或软化。

指标二、发病24小时内脑梗死患者急诊就诊30分钟内完成头颅CT影像学检查率（NEU-STK-02）

定义：单位时间内，发病24小时内急诊就诊行头颅CT影像学检查的脑梗死患者中，30分钟内获得头颅CT影像学诊断信息的患者所占的比例。

计算公式：

$$\text{发病24小时内脑梗死患者急诊就诊30分钟内完成头颅CT影像学检查率} = \frac{\text{发病24小时内急诊就诊的脑梗死患者30分钟内获得头颅CT影像学诊断信息的人数}}{\text{同期发病24小时内急诊就诊行头颅CT影像学检查的脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构对发病 24 小时内脑梗死患者及时检查评估的能力。

指标三、发病 24 小时内脑梗死患者急诊就诊 45 分钟内临床实验室检查完成率（NEU-STK-03）

定义：单位时间内，发病 24 小时内到急诊就诊行实验室检查（包括血常规、血糖、凝血、电解质、肝肾功能）的脑梗死患者中，45 分钟内获得临床实验室诊断信息的患者所占的比例。

计算公式：

$$\text{发病 24 小时内脑梗死患者急诊就诊 45 分内临床实验室检查完成率} = \frac{\text{发病 24 小时内急诊就诊脑梗死患者 45 分钟内获得临床实验室诊断信息的人数}}{\text{同期发病 24 小时内急诊就诊行实验室检查的脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构对急性脑梗死患者及时评估检查的能力。

指标四、发病 4.5 小时内脑梗死患者静脉溶栓率（NEU-STK-04）

定义：单位时间内，发病 4.5 小时内静脉溶栓治疗的脑梗死患者数占同期发病 4.5 小时内到院的脑梗死患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{发病 4.5 小时内脑梗死患者静脉溶栓率} = \frac{\text{发病 4.5 小时内静脉溶栓治疗的脑梗死患者数}}{\text{同期发病 4.5 小时到院的脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构开展发病 4.5 小时内脑梗死患者静脉溶栓救治的能力。

指标五、静脉溶栓的脑梗死患者到院到给药时间小于60 分钟的比例（NEU-STK-05）

定义：单位时间内，从到院到给予静脉溶栓药物的时间（DNT）小于 60 分钟的脑梗死患者数，占同期给予静脉溶栓治疗的脑梗死患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{静脉溶栓的脑梗死患者DNT小于60分钟的比例} = \frac{\text{静脉溶栓DNT小于60分钟的脑梗死患者数}}{\text{同期给予静脉溶栓治疗的脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构对脑梗死患者救治的及时性。

指标六、发病6小时内前循环大血管闭塞性脑梗死患者血管内治疗率（NEU-STK-06）

定义：单位时间内，在发病6小时内行血管内治疗的前循环大血管闭塞性脑梗死患者数，占同期发病6小时内到院的前循环大血管闭塞的脑梗死患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{发病6小时内前循环大血管闭塞性脑梗死患者血管内治疗率} = \frac{\text{发病6小时内行血管内治疗的前循环大血管闭塞性脑梗死患者数}}{\text{同期发病6小时内到院的前循环大血管闭塞的脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构开展急性脑梗死血管内治疗的能力。

指标七、脑梗死患者入院48小时内抗血小板药物治疗率（NEU-STK-07）

定义：单位时间内，入院48小时内给予抗血小板药物治疗的脑梗死患者数占同期住院脑梗死患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{脑梗死患者入院48小时内抗血小板药物治疗率} = \frac{\text{入院48小时内给予抗血小板药物治疗的脑梗死患者数}}{\text{同期住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映脑梗死急性期规范化诊疗情况。

说明：抗血小板药物包括阿司匹林、氯吡格雷、替格瑞洛、西洛他唑、吲哚布芬、双嘧哒莫、阿昔单抗、替罗非班、依替非巴肽。

指标八、非致残性脑梗死患者发病24小时内双重强化抗血小板药物治疗率（NEU-STK-08）

定义：单位时间内，发病24小时内给予阿司匹林和氯吡格雷强化抗血小板药物治疗的

非致残性脑梗死（NIHSS ≤ 3 分）患者数，占同期住院非致残性脑梗死患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{非致残性脑梗死患者发病 24 小时内双重强化抗血小板药物治疗率} = \frac{\text{发病 24 小时内给予双重强化抗血小板治疗的非致残性脑梗死患者数}}{\text{同期住院非致残性脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映非致残性脑梗死急性期规范化诊疗情况。

指标九、不能自行行走的脑梗死患者入院 48 小时内深静脉血栓预防率（NEU-STK-09）

定义：单位时间内，不能自行行走的脑梗死患者入院 48 小时内给予深静脉血栓（DVT）预防措施的人数，占同期不能自行行走住院脑梗死患者的比例。

计算公式：

$$\text{不能自行行走的脑梗死患者入院 48 小时内 DVT 预防率} = \frac{\text{不能自行行走脑梗死患者入院 48 小时内给予深静脉血栓预防措施的人数}}{\text{同期不能自行行走的住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构减少住院期间并发症的诊疗措施执行情况。

说明：深静脉血栓预防措施是指在常规治疗（阿司匹林和输液）基础上，联合间歇充气加压。

指标十、脑梗死患者住院 7 天内血管评价率（NEU-STK-10）

定义：单位时间内，脑梗死患者住院 7 天内完善颈部和颅内血管评价的人数占同期住院脑梗死患者的比例。

计算公式：

$$\text{脑梗死患者住院 7 天内血管评价率} = \frac{\text{住院 7 天内完善血管评价的脑梗死患者数}}{\text{同期住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映脑梗死急性期规范化诊疗与评估情况。

说明：（1）颈部血管评价指颈部血管超声检查、颈部 CT 血管成像（CTA）检查、

颈部对比剂增强磁共振血管成像（CE-MRA）检查或颈部数字减影血管造影（DSA）检查。

（2）颅内血管评价指经颅多普勒（TCD）检查，头部 CTA、MRA、DSA 检查。

指标十一、住院期间脑梗死患者他汀类药物治疗率（NEU-STK-11）

定义：单位时间内，住院期间使用他汀类药物治疗的脑梗死患者数占同期住院脑梗死患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{住院期间脑梗死患者他汀类药物治疗率} = \frac{\text{住院期间使用他汀药物治疗的脑梗死患者数}}{\text{同期住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映脑梗死急性期规范化诊疗情况。

指标十二、住院期间合并房颤的脑梗死患者抗凝治疗率（NEU-STK-12）

定义：单位时间内，脑梗死合并房颤患者住院期间使用抗凝药物治疗的人数占同期住院脑梗死合并房颤患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{住院期间合并房颤的脑梗死患者抗凝治疗率} = \frac{\text{使用抗凝药物治疗的合并房颤的住院脑梗死患者数}}{\text{同期合并房颤的脑梗死住院患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映脑梗死急性期规范化诊疗情况。

说明：口服抗凝剂包括华法林、达比加群酯、利伐沙班、阿哌沙班、依度沙班。

指标十三、脑梗死患者吞咽功能筛查率（NEU-STK-13）

定义：单位时间内，进食、水前进行吞咽功能筛查的住院脑梗死患者数，占同期住院治疗的脑梗死患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{脑梗死患者吞咽功能筛查率} = \frac{\text{进食、水前进行吞咽功能筛查的住院脑梗死患者数}}{\text{同期住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构减少住院期间并发症的诊疗措施执行情况。

说明：吞咽功能筛查工具包括洼田饮水试验、洼田吞咽功能障碍评价、Gugging 吞咽功能评估表（GUSS）、视频 X 线透视吞咽检查（VFSS）、显微内镜吞咽功能检查（FEES）。

指标十四、脑梗死患者康复评估率（NEU-STK-14）

定义：单位时间内，进行康复评估的住院脑梗死患者数，占同期住院治疗的脑梗死患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{脑梗死患者康复评估率} = \frac{\text{进行康复评估的住院脑梗死患者数}}{\text{同期脑梗死住院患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构开展脑梗死患者康复评估的能力。

说明：康复评估是指康复科、康复治疗中心、多学科组成的卒中康复治疗小组或者康复专业人员给予的全面身体状况评估。

指标十五、出院时脑梗死患者抗栓 / 他汀类药物治疗率（NEU-STK-15）

（一）出院时脑梗死患者抗栓治疗率（NEU-STK-15A）。

定义：单位时间内，出院时给予抗栓药物治疗（包括抗血小板药物和抗凝药物治疗）的脑梗死患者数占同期住院脑梗死患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{出院时脑梗死患者抗栓治疗率} = \frac{\text{出院时给予抗栓药物治疗的脑梗死患者数}}{\text{同期住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

（二）出院时脑梗死患者他汀类药物治疗率（NEU-STK-15B）。

定义：单位时间内，出院时给予他汀类药物治疗的脑梗死患者数占同期住院脑梗死患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{出院时脑梗死患者他汀药物治疗率} = \frac{\text{出院时给予他汀药物治疗的脑梗死患者数}}{\text{同期住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映脑梗死二级预防规范化诊疗情况。

指标十六、出院时合并高血压 / 糖尿病 / 房颤的脑梗死患者降压 / 降糖药物 / 抗凝治疗率（NEU-STK-16）

（一）出院时合并高血压的脑梗死患者降压治疗率（NEU-STK-16A）。

定义：单位时间内，出院时给予降压药物治疗的合并高血压的脑梗死患者数，占同期合并高血压的住院脑梗死患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{出院时合并高血压的脑梗死患者降压治疗率} = \frac{\text{出院时给予降压药物治疗的合并高血压的脑梗死患者数}}{\text{同期合并高血压的住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

（二）出院时合并糖尿病的脑梗死患者降糖药物治疗率（NEU-STK-16B）。

定义：单位时间内，出院时给予降糖药物治疗的合并糖尿病的脑梗死患者数占同期合并糖尿病的住院脑梗死患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{出院时合并糖尿病的脑梗死患者降糖药物治疗率} = \frac{\text{出院时给予降糖药物治疗的合并糖尿病的脑梗死患者数}}{\text{同期合并糖尿病的住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

（三）出院时合并房颤的脑梗死患者抗凝治疗率（NEU-STK-16C）。

定义：单位时间内，出院时给予抗凝药物治疗的合并房颤的脑梗死患者数占同期合并房颤的住院脑梗死患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{出院时合并房颤的脑梗死患者抗凝治疗率} = \frac{\text{出院时给予抗凝药物治疗的合并房颤的脑梗死患者数}}{\text{同期合并房颤的住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映脑梗死二级预防规范化诊疗情况。

指标十七、脑梗死患者住院死亡率（NEU-STK-17）

定义：单位时间内，在住院期间死亡的脑梗死患者数占同期住院脑梗死患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{脑梗死患者住院死亡率} = \frac{\text{住院期间死亡的脑梗死患者数}}{\text{同期住院脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构脑梗死诊疗的整体水平。

指标十八、发病 24 小时内脑梗死患者血管内治疗率（NEU-STK-18）

定义：单位时间内，发病 24 小时内行血管内治疗脑梗死患者数与同期收治发病 24 小时内脑梗死患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{发病 24 小时内脑梗死患者血管内治疗率} = \frac{\text{发病 24 小时内行血管内治疗的脑梗死患者数}}{\text{同期收治发病 24 小时内脑梗死患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗的现状，以及医疗机构脑梗死患者急救管理的质量。

说明：血管内治疗包含：动脉溶栓术、支架取栓术、血栓抽吸术、球囊扩张术、支架置入术。

排除：发病 24 小时内仅行颅脑 DSA 检查，未实施血管内治疗操作的脑梗死患者；发病 24 小时以上行血管内治疗的脑梗死患者。

指标十九、发病24 小时内脑梗死患者血管内治疗术前影像学评估率（NEU-STK-19）

定义：单位时间内，发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术前行影像学评估人数占发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数的比例。

计算公式：

$$\text{发病 24 小时内脑梗死患者血管内治疗术前影像学评估率} = \frac{\text{发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术前行影像学评估人数}}{\text{同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术前规范化影像评估的现状。

说明：术前影像学评估包含 ASPECTS 评分和多模式影像。ASPECTS 评分是一种基于 CT 检查的简单、可靠和系统的早期缺血改变评价方法，也可通过 CTP 及 MRI DWI 计算。多模式影像可基于 CTA、CTP 及多模式磁共振成像评估。

指标二十、发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗 90 分钟内完成动脉穿刺率（NEU-STK-20）

定义：单位时间内，发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗者中，从入院到完成动脉穿刺时间（DPT）在 90 分钟内的患者所占比例。

计算公式：

$$\text{发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗 90 分钟内完成动脉穿刺率} = \frac{\text{发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗从入院到完成动脉穿刺在 90 分钟内人数}}{\text{同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗流程管理水平。

指标二十一、发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗 60 分钟内成功再灌注率（NEU-STK-21）

定义：单位时间内，发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗者中，从完成动脉穿刺到成功再灌注时间（PRT）在 60 分钟内的患者所占比例。

计算公式：

$$\text{发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗 60 分钟内成功再灌注率} = \frac{\text{发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗从完成动脉穿刺到成功再灌注时间在 60 分钟内人数}}{\text{同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗技术水平。

说明：成功再灌注指改良脑梗死溶栓分级（mTICI）为 2b/3 级。

指标二十二、发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后即刻再通率（NEU-STK-22）

定义：单位时间内，发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗者中，术后即刻脑血管造影提示靶血管成功再通的患者所占比例。

计算公式：

$$\text{发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后即刻再通率} = \frac{\text{发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后即刻脑血管造影提示靶血管成功再通人数}}{\text{同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗技术水平。

说明：靶血管成功再通指脑血管造影显示成功再灌注，即 mTICI 分级为 2b/3 级。

指标二十三、发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术中新发部位栓塞发生率（NEU-STK-23）

定义：单位时间内，发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗者中，术中新发部位栓塞的患者所占比例。

计算公式：

$$\text{发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术中新发部位栓塞发生率} = \frac{\text{发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术中发生新发部位栓塞人数}}{\text{同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗技术水平。

说明：术中新发部位栓塞指血管内治疗过程中，以前未受影响的区域发生新的栓塞，可能导致新的有症状的梗死，或需要对以前未受影响的血管进行额外治疗。

指标二十四、发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后症状性颅内出血发生率（NEU-STK-24）

定义：单位时间内，发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗者中，术后住院期间

发生症状性颅内出血（sICH）的患者所占比例。

计算公式：

$$\text{发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后症状性颅内出血发生率} = \frac{\text{发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后住院期间发生症状性颅内出血人数}}{\text{同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗临床结局。

说明：症状性颅内出血指术后 CT 扫描显示脑出血或蛛网膜下腔出血，神经功能缺损加重 NIHSS 评分增加≥ 4 分或死亡。

指标二十五、发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后 90 天 mRS 评估率（NEU-STK-25）

定义：单位时间内，发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗者中，术后 90 天随访行改良 Rankin 量表（mRS）评估的患者所占比例。

计算公式：

$$\text{发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后 90 天 mRS 评估率} = \frac{\text{发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后 90 天行 mRS 评估人数}}{\text{同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗预后评估情况。

说明：（1）术后 90 天随访包括电话随访、网络随访、门诊随访、再次住院。

（2）mRS 参照《中国脑血管病临床管理指南》。

指标二十六、发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后 90 天良好神经功能预后率（NEU-STK-26）

定义：单位时间内，发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗并在术后 90 天行 mRS 评估的患者中，达到良好神经功能预后的患者所占比例。

计算公式：

$$\text{发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后 90 天良好神经功能预后率} = \frac{\text{发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗并在术后 90 天行 mRS 评估达良好神经功能预后人数}}{\text{同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗并在术后 90 天行 mRS 评估的患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后总体临床获益水平。

说明：良好神经功能预后定义为 mRS 评分 0-2。

指标二十七、发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后死亡率（NEU-STK-27）

定义：单位时间内，发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗者中，术后住院期间、术后 90 天死亡的患者所占比例。

计算公式：

（1）发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后住院期间死亡率（NEU-STK-27A）。

$$\text{发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后住院期间死亡率} = \frac{\text{发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后住院期间死亡人数}}{\text{同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数}} \times 100\%$$

（2）发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后 90 天死亡率（NEU-STK-27B）。

$$\text{发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后 90 天死亡率} = \frac{\text{发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后 90 天死亡人数}}{\text{同期发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗人数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构发病 24 小时内脑梗死患者行血管内治疗术后不良预后指标。

说明：术后随访包括电话随访、网络随访、门诊随访、再次住院。术后住院期间死亡以病案首页信息为依据。

三、帕金森病

指标一、住院帕金森病患者规范诊断率（NEU-PD-01）

定义：单位时间内，使用国际运动障碍疾病协会标准（2015 年版）或中国帕金森病的诊断标准（2016 年版）进行诊断的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{住院帕金森病患者规范诊断率} = \frac{\text{使用国际运动障碍疾病协会标准（2015 年版）或中国帕金森病的诊断标准（2016 年版）诊断的住院帕金森病患者数}}{\text{同期住院帕金森病患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构对于帕金森病规范性诊断的执行情况。有助于提高帕金森病诊疗质量。为制定适宜的治疗方案提供客观依据。

说明：帕金森病的最终诊断依靠病理诊断或尸检诊断。此处的诊断标准为临床诊断标准，参见国际运动障碍疾病协会（MDS）标准（2015 年版）诊断或中国帕金森病的诊断标准（2016 版）。临床诊断标准会定期更新。

指标二、住院帕金森病患者完成头颅 MRI 或 CT 检查率（NEU-PD-02）

定义：单位时间内，进行头部 MRI 或 CT 检查的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{住院帕金森病患者完成头颅 MRI 或 CT 检查率} = \frac{\text{进行头颅 MRI 或 CT 检查的住院帕金森病患者数}}{\text{同期住院帕金森病患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构对于帕金森病规范性的诊疗措施执行情况。提高帕金森病的鉴别诊断水平。

指标三、住院帕金森病患者进行急性左旋多巴试验评测率（NEU-PD-03）

定义：单位时间内，进行急性左旋多巴试验评测的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{住院帕金森病患者进行急性左旋多巴试验评测率} = \frac{\text{进行急性左旋多巴试验评测的住院帕金森病患者数}}{\text{同期住院帕金森病患者总数}} \times 100\%$$

意义：急性左旋多巴试验是多巴胺能反应性评测方法，可以对帕金森病的诊断、鉴别诊断和用药选择提供合理、客观的参考。这项评测是帕金森病诊断标准中排除和支持的重要项目。反映医疗机构对于帕金森病规范性的诊疗措施执行情况。

说明：多巴胺能反应性评测按照国际运动障碍疾病协会帕金森病诊断标准中推荐的方法进行。急性左旋多巴试验可以选择包括复方左旋多巴类药物在内的多种多巴胺能药物进行。测评的目的是为了进一步明确诊断和指导下一步治疗以及脑深部电刺激（DBS）术前评估。

指标四、住院帕金森病患者进行临床分期的比例（NEU-PD-04）

定义：单位时间内，进行临床分期的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{住院帕金森病患者进行临床分期的比例} = \frac{\text{进行临床分期的住院帕金森病患者数}}{\text{同期住院帕金森病患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构对于帕金森病规范性的诊疗措施执行情况。有助于根据分期选择针对性治疗策略。为制定适宜的治疗方案提供客观依据。

说明：临床分期是指 Hoehn-Yahr 分期。1 期：累及单侧肢体；2 期：双侧肢体症状但无平衡障碍；3 期：轻至中度双侧症状，姿势不稳，不能从后拉试验中恢复，但可自理；4 期：重度病残，不需要帮助仍能站立和行走；5 期：坐轮椅或卧床，完全依赖别人帮助。

指标五、住院帕金森病患者全面神经功能缺损评估率（NEU-PD-05）

定义：单位时间内，进行全面神经功能缺损评估的住院帕金森病患者数占同期住院

帕金森病患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{住院帕金森病患者全面神经功能缺损评估率} = \frac{\text{进行全面神经功能缺损评估的住院帕金森患者数}}{\text{同期住院帕金森病患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构对于帕金森病规范性的诊疗措施执行情况。有助于提高帕金森病住院病例的医疗质量。为制定适宜的治疗方案提供客观依据。

说明：全面神经功能缺损评估包括：MDS-UPDRS 量表（国际运动障碍疾病协会统一的帕金森病评分量表）、UPDRS 量表（统一帕金森病评分量表）。

指标六、住院帕金森病患者运动并发症筛查率（NEU-PD-06）

定义：单位时间内，进行运动并发症（包括运动波动、异动症）筛查的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{住院帕金森病患者运动并发症筛查率} = \frac{\text{进行运动并发症筛查的住院帕金森病患者数}}{\text{同期住院帕金森病患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构合理诊治运动并发症的措施执行情况。提高对帕金森病运动并发症准确、及时识别的比例，提高治疗水平。

说明：运动并发症的筛查、评估方法参照国际运动障碍疾病协会推荐量表。

指标七、住院帕金森病患者认知功能障碍筛查率（NEU-PD-07）

定义：单位时间内，进行认知功能障碍筛查的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。认知功能障碍筛查至少包括 MMSE 和 MoCA 量表评测。

计算公式：

$$\text{住院帕金森病患者认知功能筛查率} = \frac{\text{进行认知功能筛查的住院帕金森病患者数}}{\text{同期住院帕金森病患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构对于帕金森病合并认知障碍的规范性诊疗措施执行情况。提高对帕金森病合并认知障碍的准确、及时识别比例。选择药物治疗策略的重要依据之一。

指标八、住院帕金森病体位性低血压筛查率（NEU-PD-08）

定义：单位时间内，进行体位性低血压筛查的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{住院帕金森病患者体位性低血压筛查率} = \frac{\text{进行体位性低血压筛查的住院帕金森病患者数}}{\text{同期住院治疗帕金森病患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构对于帕金森病患者合并体位性低血压的规范性诊疗措施执行情况。提高对帕金森病合并体位性低血压的准确、及时识别比例，提高患者生活质量。

指标九、合并运动并发症的住院帕金森病患者 DBS 适应症筛选评估率（NEU-PD-09）

定义：进行 DBS（脑深部电刺激）适应症筛选评估的合并运动并发症的住院帕金森病患者数占同期合并运动并发症的住院帕金森病患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{合并运动并发症的住院帕金森病患者 DBS 适应症筛选评估率} = \frac{\text{进行 DBS 筛选的合并运动并发症的住院帕金森病患者数}}{\text{同期合并运动并发症的住院帕金森病患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构对于合并运动并发症的帕金森病规范化评估、治疗的水平。对严重运动并发症等是否应用 DBS 神经调控治疗的决策有重要意义。

说明：DBS 适应症筛选评估方法参照中华医学会脑深部电刺激治疗帕金森病的专家共识。

指标十、住院帕金森病患者康复评估率（NEU-PD-10）

定义：单位时间内，进行康复评估的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{住院帕金森病患者康复评估率} = \frac{\text{进行康复评估的住院帕金森病患者数}}{\text{同期住院帕金森病患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构开展帕金森病患者康复评估的能力。

说明：康复评估是指康复科、康复治疗中心或者康复专业人员进行的功能评估。

指标十一、住院帕金森病患者焦虑症状和抑郁症状筛查率（NEU-PD-11）

定义：单位时间内，进行焦虑症状和抑郁症状筛查的住院帕金森病患者数占同期住院帕金森病患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{住院帕金森病患者焦虑症状和抑郁症状筛查率} = \frac{\text{进行焦虑症状和抑郁症状筛查的住院帕金森病患者数}}{\text{同期住院帕金森病患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构对于帕金森病合并焦虑症状和抑郁症状的规范性诊疗措施执行情况。提高对帕金森病合并焦虑症状或抑郁症状的准确、及时识别比例，提高患者生活质量。

说明：对住院帕金森病患者进行心理筛查主要包括焦虑和抑郁的筛查，参照国际运动障碍疾病协会推荐量表。

四、颈动脉支架置入术

指标一、颈动脉支架置入术患者术前 mRS 评估率（NEU-CAS-01）

定义：单位时间内，术前行改良 Rankin 量表（mRS）评估的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{颈动脉支架置入术患者术前 mRS 评估率} = \frac{\text{术前行 mRS 评估的颈动脉支架置入术患者数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构对颈动脉支架置入术患者术前规范化评估的现状。

说明：mRS 参照《中国脑血管病临床管理指南》。

指标二、颈动脉支架置入术患者术前颈动脉无创影像评估率（NEU-CAS-02）

定义：单位时间内，术前行颈动脉无创影像评估的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{颈动脉支架置入术患者术前颈动脉无创影像评估率} = \frac{\text{术前行颈动脉无创影像评估的颈动脉支架置入术患者数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构颈动脉支架置入术患者术前规范化评估现状。

说明：颈动脉无创影像评估包含：颈部血管彩超、颈动脉 CTA、颈动脉 CE-MRA、颈动脉 MRA。

指标三、颈动脉支架置入术手术指征符合率（NEU-CAS-03）

定义：单位时间内，符合手术指征的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{颈动脉支架置入术患者手术指征符合率} = \frac{\text{符合手术指征的颈动脉支架置入术患者数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$$

（一）无症状颈动脉狭窄患者颈动脉支架置入术手术指征符合率（NEU-CAS-03A）。

$$\text{无症状颈动脉狭窄患者颈动脉支架置入术手术指征符合率} = \frac{\text{无症状颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术符合手术指征治疗人数}}{\text{同期无症状颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术总人数}} \times 100\%$$

（二）症状性颈动脉狭窄患者颈动脉支架置入术手术指征符合率（NEU-CAS-03B）。

$$\text{症状性颈动脉狭窄患者颈动脉支架置入术手术指征符合率} = \frac{\text{症状性颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术符合手术指征治疗人数}}{\text{同期症状性颈动脉狭窄患者行颈动脉支架置入术总人数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构规范化开展颈动脉支架置入术情况。

说明：颈动脉支架置入术手术指征参照中华医学会外科学会《颈动脉狭窄诊治指南》（2017 年版）。

指标四、颈动脉支架置入术患者术前规范化药物治疗率（NEU-CAS-04）

定义：单位时间内，颈动脉支架置入术患者术前规范化药物（双重抗血小板药物 + 他汀类药物）治疗人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{颈动脉支架置入术患者术前规范化药物治疗率} = \frac{\text{颈动脉支架置入术患者术前规范化药物治疗人数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$$

（一）颈动脉支架置入术患者术前双重抗血小板药物治疗率（NEU-CAS-04A）。

$$\text{颈动脉支架置入术患者术前双重抗血小板药物治疗率} = \frac{\text{颈动脉支架置入术患者术前双重抗血小板药物治疗人数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$$

（二）颈动脉支架置入术患者术前他汀类药物治疗率（NEU-CAS-04B）。

$$\text{颈动脉支架置入术患者术前他汀类药物治疗率} = \frac{\text{颈动脉支架置入术患者术前他汀类药物治疗人数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构颈动脉支架置入术患者围术期规范化药物治疗现状。

说明：术前规范化药物治疗指使用双重抗血小板药物和他汀类药物治疗。术前双重抗血小板药物治疗指阿司匹林加氯吡格雷联合使用≥ 4 天，或者术前使用负荷量。

指标五、颈动脉支架置入术保护装置使用率（NEU-CAS-05）

定义：单位时间内，颈动脉支架置入术使用保护装置人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{颈动脉支架置入术患者术前他汀类药物治疗率} = \frac{\text{颈动脉支架置入术患者术前他汀类药物治疗人数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构开展颈动脉支架置入术技术规范性。

说明：颈动脉支架置入术保护装置包含：远端滤伞保护装置，远端球囊保护装置，近端球囊保护装置，近端逆转流保护装置。

指标六、颈动脉支架置入术技术成功率（NEU-CAS-06）

定义：单位时间内，颈动脉支架置入术技术成功人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{颈动脉支架置入术技术成功率} = \frac{\text{颈动脉支架置入术技术成功人数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构开展颈动脉支架置入术技术规范性。

说明：颈动脉支架置入术技术成功定义为术后残余狭窄≤ 30% 且术后血流 mTICI 分级 3 级。

指标七、颈动脉支架置入术并发症发生率（NEU-CAS-07）

定义：单位时间内，发生并发症的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{颈动脉支架置入术并发症发生率} = \frac{\text{发生并发症的 颈动脉支架置入术患者数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构开展颈动脉支架置入术安全性指标。

说明：颈动脉支架置入术并发症包含：

（1）心血管并发症：颈动脉窦压力反射包括心动过缓、低血压和血管迷走神经反应；持续的低血压；围术期心肌梗死、心衰。

（2）缺血性并发症：栓子脱落栓塞、血栓形成、血管痉挛、动脉夹层等导致 TIA 和缺血性卒中。

（3）颅内出血：脑过度灌注综合征、高血压脑出血（主要位于基底节部位）、脑梗死后出血转化、合并颅内出血性疾患、血管穿孔。

（4）其他并发症：支架释放失败、支架变形、支架释放后移位、穿刺部位损伤、造影剂肾病。

指标八、颈动脉支架置入术患者出院规范化药物治疗率（NEU-CAS-08）

定义：单位时间内，出院时给予规范化药物治疗的颈动脉支架置入术患者数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。

计算公式：

（一）颈动脉支架置入术患者出院双重抗血小板药物治疗率（NEU-CAS-08A）。

$$\text{颈动脉支架置入术患者出院双重抗血小板药物治疗率} = \frac{\text{出院时给予双重抗血小板药物治疗的颈动脉支架置入术患者数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$$

（二）颈动脉支架置入术患者出院他汀类药物治疗率（NEU-CAS-08B）。

$$\text{颈动脉支架置入术患者出院他汀类药物治疗率} = \frac{\text{出院时给予他汀类药物治疗的颈动脉支架置入术患者数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数数}} \times 100\%$$

（三）合并高血压的颈动脉支架置入术患者出院降压药物治疗率（NEU-CAS-08C）。

$$\text{合并高血压的颈动脉支架置入术患者出院降压药物治疗率} = \frac{\text{出院时给予降压药物治疗的合并高血压的颈动脉支架置入术患者数}}{\text{同期合并高血压的颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$$

（四）合并糖尿病的颈动脉支架置入术患者出院降糖药物治疗率（NEU-CAS-08D）。

$$\text{合并糖尿病的颈动脉支架置入术患者出院降糖药物治疗率} = \frac{\text{出院时给予降糖药物治疗的合并糖尿病的颈动脉支架置入术患者数}}{\text{同期合并糖尿病的颈动脉支架置入术患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构开展颈动脉支架置入术患者术后规范化药物治疗现状。

说明：术后出院时给予规范化药物治疗包含：双重抗血小板药物；他汀类药物；合并高血压的颈动脉支架置入术患者术后出院时给予降压药物治疗；合并糖尿病的颈动脉支架置入术患者术后出院时给予降糖药物治疗。

指标九、颈动脉支架置入术患者卒中和死亡发生率（NEU-CAS-09）

定义：单位时间内，颈动脉支架置入术患者术后住院期间、术后 30 天卒中和死亡人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。

计算公式：

（一）颈动脉支架置入术患者术后住院期间卒中和死亡发生率（NEU-CAS-09A）。

$$\text{颈动脉支架置入术患者术后住院期间卒中和死亡发生率}=\frac{\text{颈动脉支架置入术患者术后住院期间卒中和死亡人数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者总数}}\times 100\%$$

（二）颈动脉支架置入术患者术后 30 天卒中和死亡发生率（NEU-CAS-09B）。

$$\text{颈动脉支架置入术患者术后 30 天卒中和死亡发生率}=\frac{\text{颈动脉支架置入术患者术后 30 天卒中和死亡人数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者完成术后 30 天随访人数}}\times 100\%$$

意义：反映医疗机构开展颈动脉支架置入术不良预后指标。

说明：术后随访包括电话随访、网络随访、门诊随访、再次住院。术后住院期间死亡以病案首页信息为依据。

指标十、颈动脉支架置入术患者术后同侧缺血性卒中发生率（NEU-CAS-10）

定义：单位时间内，颈动脉支架置入术患者术后 30 天、术后 1 年发生同侧缺血性卒中人数占颈动脉支架置入术患者总数的比例。

计算公式：

（一）颈动脉支架置入术患者术后 30 天同侧缺血性卒中发生率（NEU-CAS-10A）。

$$\text{颈动脉支架置入术患者术后30天同侧缺血性卒中发生率} = \frac{\text{颈动脉支架置入术患者术后30天发生同侧缺血性卒中人数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者完成术后30天随访人数}} \times 100\%$$

（二）颈动脉支架置入术患者术后 1 年同侧缺血性卒中发生率（NEU-CAS-10B）。

$$\text{动脉支架置入术患者术后1年同侧缺血性卒中发生率} = \frac{\text{颈动脉支架置入术患者术后1年发生同侧缺血性卒中人数}}{\text{同期颈动脉支架置入术患者完成术后1年随访人数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构开展颈动脉支架置入术患者临床结局。

说明：同侧缺血性卒中指靶血管供血区发生的缺血性卒中。

排除：靶血管供血区发生的 TIA。

五、脑血管造影术

指标一、脑血管造影术（DSA）前无创影像评估率（NEU-DSA-01）

定义：单位时间内，脑血管造影术前完善无创影像评估人数占行脑血管造影术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{脑血管造影术前无创影像评估率} = \frac{\text{脑血管造影术前完善无创影像评估的患者数}}{\text{同期行脑血管造影术的患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构脑血管造影术的患者术前规范化评估现状。

说明：无创影像评估包含：颈部血管彩超、颈动脉 CTA、颈动脉 MRA、颈动脉 CE-MRA、经颅多普勒超声（TCD）、颅内 MRA、颅内 CTA、颅内 MRV、颅内 CTV。

指标二、脑血管造影术中非离子型对比剂应用率（NEU-DSA-02）

定义：单位时间内，脑血管造影术中应用非离子型对比剂的患者数占行脑血管造影术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{脑血管造影术中非离子型对比剂应用率} = \frac{\text{脑血管造影术中应用非离子型对比剂的患者数}}{\text{同期行脑血管造影术的患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构脑血管造影术中对比剂应用情况。

说明：非离子型对比剂包含：非离子型高渗单体对比剂（碘普罗胺、碘海醇、碘帕醇、碘佛醇、碘美普尔、碘比醇），非离子等渗双体对比剂（碘克沙醇）。

指标三、脑血管造影术造影时相完整率（NEU-DSA-03）

定义：单位时间内，脑血管造影术中靶血管造影显示时相完整的患者数占行脑血管造影术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{脑血管造影术中造影时相完整率} = \frac{\text{脑血管造影术中靶血管造影显示时相完整的患者数}}{\text{同期行脑血管造影术的患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构脑血管造影术中操作规范情况。

说明：脑血管造影术中靶血管造影显示时相完整指动脉期、毛细血管期、静脉期、静脉窦期均显影。

指标四、脑血管造影术造影阳性率（NEU-DSA-04）

定义：单位时间内，脑血管造影术检查有异常发现的患者数占行脑血管造影术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{脑血管造影术造影阳性率} = \frac{\text{脑血管造影术检查有异常发现的患者数}}{\text{同期行脑血管造影术的患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构脑血管造影术检查规范化诊疗情况。

说明：脑血管造影术检查有异常发现包含：动脉粥样硬化、栓塞、狭窄、闭塞、动脉瘤、动静脉畸形、动静脉瘘、静脉窦闭塞、静脉窦狭窄、血管变异、颅内占位性病变、颅脑外伤所致各种脑外血肿、血管破裂出血。

指标五、脑血管造影术严重并发症发生率（NEU-DSA-05）

定义：单位时间内，脑血管造影术发生严重并发症的患者数占行脑血管造影术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{脑血管造影术严重并发症发生率} = \frac{\text{脑血管造影术发生严重并发症的患者数}}{\text{同期行脑血管造影术的患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构脑血管造影术安全性。

说明：严重并发症是指导致死亡或健康状况严重恶化的并发症，包括致命的疾病或者伤害、身体结构或者身体功能的永久性缺陷、需住院治疗或者延长住院时间、需要进行医疗或者手术介入以避免对身体结构或者身体功能造成永久性缺陷。

指标六、脑血管造影术穿刺点并发症发生率（NEU-DSA-06）

定义：单位时间内，脑血管造影术后住院期间发生穿刺点并发症的患者数占行脑血管造影术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{脑血管造影术穿刺点并发症发生率} = \frac{\text{脑血管造影术后住院期间发生穿刺点并发症的患者数}}{\text{同期行脑血管造影术的患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构脑血管造影术安全性。

说明：穿刺点并发症包含：穿刺部位血肿；假性动脉瘤；动脉夹层、痉挛、狭窄或闭塞；动静脉瘘；腹膜后血肿；血管迷走神经反射。

指标七、脑血管造影术死亡率（NEU-DSA-07）

定义：单位时间内，脑血管造影术后住院期间死亡患者数占行脑血管造影术的患者

总数的比例。

计算公式：

$$\text{脑血管造影术死亡率} = \frac{\text{脑血管造影术后住院期间死亡患者数}}{\text{同期行脑血管造影术的患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构脑血管造影术安全性。

说明：脑血管造影术后住院期间死亡以病案首页信息为依据。

肾病专业
医疗质量控制指标（2020 年版）

一、IgA 肾病

指标一、肾活检患者术前检查完成率（NEP-IgA-01）

定义：肾活检患者 2 周内完成全部相关术前检查的比例。

计算公式：

$$\text{肾活检患者术前检查完成率} = \frac{\text{2 周内完成术前检查的肾活检患者数}}{\text{同期肾活检患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构肾活检术前检查规范水平。

说明：肾活检前必需的检查项目包括：（1）血常规、尿常规。（2）肝肾功能、凝血功能、感染性疾病筛查（乙肝、丙肝、梅毒、HIV）、补体 C3、免疫球蛋白 IgA、血型。（3）24 小时尿蛋白定量。（4）超声检查（包括双肾形态和大小、输尿管和膀胱），以上所有检查均完成定义为完成检查。

指标二、肾脏病理切片染色规范率（NEP-IgA-02）

定义：肾活检术后 2 周内规范完成肾脏病理切片染色的患者比例。

计算公式：

$$\text{肾脏病理切片染色规范率}=\frac{\text{肾活检术后 2 周内规范完成肾脏病理切片染色患者数}}{\text{同期完成肾脏病理切片染色的患者总数}}\times 100\%$$

意义：反映医疗机构实验室肾脏病理切片染色水平。

说明：病理切片染色至少包括：光镜染色（HE、PAS、Masson、PASM）和免疫荧光染色（IgG、IgA、IgM、C3、C4 或 C1q、Fib），以上所有染色均完成定义为染色规范。

指标三、IgA 肾病患者病理分型诊断率（NEP-IgA-03）

定义：肾活检术后 2 周内完成肾脏病理分型诊断的 IgA 肾病患者比例。

计算公式：

$$\text{IgA 肾病患者病理分型诊断率}=\frac{\text{肾活检术后 2 周内完成肾脏病理分型诊断的 IgA 肾病患者数}}{\text{同期完成肾脏病理诊断的 IgA 肾病患者总数}}\times 100\%$$

意义：反映医疗机构 IgA 肾病患者病理分型规范诊断水平。

说明：病理分型为 Lee 分级、Haas 分型或 Oxford 分型中的任意一种即可。

Lee 氏分级

分级	评价内容
Ⅰ级	肾小球绝大多数正常，偶尔轻度系膜增宽（节段）伴和（或）不伴细胞增殖，肾小管和肾间质则没有改变。
Ⅱ级	肾小球示局灶系膜增殖和硬化（<50%），有罕见小的新月体，肾小管和肾间质无损害。
Ⅲ级	肾小球呈弥漫性系膜增殖和增宽（偶尔局灶节段），偶见小新月体和球囊粘连；局灶性肾间质水肿，偶见细胞浸润，罕见肾小管萎缩。
Ⅳ级	肾小球病变呈重度弥漫性系膜增殖和硬化，部分或全部肾小球硬化，可见新月体（<45%）。肾小管萎缩，肾间质浸润，偶见肾间质泡沫细胞。
Ⅴ级	肾小球病变的性质类似Ⅳ级，但更严重，肾小球新月体形成 >45%；肾小管和肾间质病变类似于Ⅳ级，但更严重。

Haas 分型

分型	评价内容
Ⅰ（轻微病变）	肾小球仅有轻度系膜细胞增殖；无节段硬化，无新月体。
Ⅱ（FSGS 样病变）	肾小球呈现类似特发性 FSGS 样改变；伴肾小球系膜细胞轻度增殖；无新月体。
Ⅲ（局灶增殖性肾小球肾炎）	50%左右的肾小球细胞增殖，细胞增殖最初仅限于系膜区，或由于毛细血管内细胞增殖致肾小球毛细血管袢阻塞。可见新月体。绝大多数Ⅲ型病变示肾小球节段细胞增殖（有的患者可无此病变）。

续表

分型	评价内容
Ⅳ（弥漫增殖性肾小球肾炎）	>50%的肾小球细胞增殖，像Ⅲ型病变一样细胞增殖可是节段或球性的，可见新月体。
Ⅴ（晚期慢性肾小球肾炎）	40% 或以上的肾小球球性硬化，和 / 或≥ 40% 的小管萎缩或小管数减少（PAS），组织学可表现为上述各种肾小球病变。

Oxford 分型

分型变量	评价内容
M（系膜增殖）	超过一半的肾小球系膜区超过 3 个系膜细胞记为 M1，否则为 M0。
E（内皮增殖）	肾小球毛细血管袢内细胞增殖引起袢腔狭窄记为 E1，否则为 E0。
S（节段硬化）	节段硬化或球囊粘连记为 S1，否则为 S0。
T（肾小管萎缩 / 间质纤维化）	肾小管萎缩或间质纤维化面积占肾皮质 0-25% 记为 T0，26-50% 记为 T1，>50% 记为 T2。
C（细胞 / 纤维细胞性新月体）	没有细胞 / 纤维细胞性新月体记为 C0，细胞 / 纤维细胞性新月体比例 <25% 记为 C1，细胞 / 纤维细胞性新月体比例≥ 25% 记为 C2。

指标四、IgA 肾病患者 RAS 阻断剂的使用率（NEP-IgA-04）

定义：适合使用 RAS 阻断剂的 IgA 肾病患者中使用 RAS 阻断剂的比例。

计算公式：

$$\text{IgA 肾病患者 RAS 阻断剂的使用率} = \frac{\text{使用 RAS 阻断剂的 IgA 肾病患者数}}{\text{同期适合使用 RAS 阻断剂的 IgA 肾病患者数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构 IgA 肾病患者基础治疗达标水平。

说明：肾素 - 血管紧张素系统（RAS）阻断剂是指血管紧张素转化酶抑制剂如贝那普利、福辛普利、培哚普利等和血管紧张素受体拮抗剂如氯沙坦、厄贝沙坦、替米沙坦等，适应证为 24h 尿蛋白定量 >1g 且病人可耐受、无 RAS 阻断剂应用禁忌症。禁忌症为双侧肾动脉狭窄或只有单侧肾脏而肾动脉狭窄或重度肾功能不全或低血压状态。

指标五、IgA 肾病患者随访完成率（NEP-IgA-05）

定义：IgA 肾病患者完成随访的患者比例。

计算公式：

$$\text{IgA 肾病患者随访完成率} = \frac{\text{完成随访的 IgA 肾病患者数}}{\text{同期 IgA 肾病患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构 IgA 肾病随访管理水平。

说明：随访内容包括：（1）每 3 个月完成 IgA 肾病患者尿常规、24 小时尿蛋白定量（或 Up/Ucr）检查。（2）每 6 个月完成 IgA 肾病患者血常规、肾功能、肝功能、血钾、空腹血糖检查。

指标六、IgA 肾病患者血压控制达标率（NEP-IgA-06）

定义：血压＜ 130/ 80mmHg 的 IgA 肾病患者占同期随访的 IgA 肾病患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{IgA 肾病患者血压控制达标率} = \frac{\text{血压＜ 130/ 80mmHg 的 IgA 肾病患者数}}{\text{同期随访的 IgA 肾病患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构 IgA 肾病患者血压管理水平。

说明：血压＜ 130/ 80mmHg，要求收缩压和舒张压均达标。

指标七、肾功能恶化率（NEP-IgA-07）

定义：治疗 6 个月后，血肌酐倍增的 IgA 肾病患者比例。

计算公式：

$$\text{肾功能恶化率} = \frac{\text{治疗 6 个月后，血肌酐倍增的 IgA 肾病患者数}}{\text{同期随访的 IgA 肾病患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构 IgA 肾病患者的治疗水平和患者预后情况。

说明：血肌酐倍增指血肌酐升高至基线值的 2 倍，基线值是治疗前患者血肌酐值。

指标八、治疗 6 个月后 24 小时尿蛋白 <1g 的患者比例（NEP-IgA-08）

定义：IgA 肾病随访患者中治疗 6 个月后 24 小时尿蛋白 <1g 的患者比例。

计算公式：

$$\text{治疗 6 个月后 24 小时尿蛋白 <1g 的患者比例} = \frac{\text{治疗 6 个月后，24 小时尿蛋白 <1g 的 IgA 肾病患者数}}{\text{同期随访的 IgA 肾病患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构 IgA 肾病的治疗水平。

指标九、肾活检严重并发症发生率（NEP-IgA-09）

定义：肾活检发生严重并发症的患者比例。

计算公式：

$$\text{肾活检严重并发症发生率} = \frac{\text{肾活检发生严重并发症的 IgA 肾病患者数}}{\text{同期完成肾活检术的 IgA 肾病患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构肾活检技术水平。

说明：严重并发症是指需要介入止血、肾切除方法干预治疗的并发症。

指标十、激素、免疫抑制剂治疗的严重并发症发生率（NEP-IgA-10）

定义：IgA 肾病患者应用激素、免疫抑制剂 6 个月内出现严重并发症的比例。

计算公式：

$$\text{激素、免疫抑制剂治疗的严重并发症发生率} = \frac{\text{应用激素、免疫抑制剂治疗 6 个月内出现严重并发症的 IgA 肾病患者数}}{\text{同期应用激素、免疫抑制剂治疗的 IgA 肾病患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构 IgA 肾病患者激素、免疫抑制剂的治疗水平。

说明：严重并发症包含伴有呼吸衰竭的肺部感染、股骨头坏死、消化道出血。

二、血液净化技术

第一部分　医院感染控制指标

指标一、治疗室消毒合格率（NEP-D-01）

定义：血液透析室（中心）/ 腹膜透析室治疗室消毒合格的月份数量在当年所占的比例。

计算公式：

（1）血液透析治疗室消毒合格率（NEP-D-01A）。

$$\text{血液透析治疗室消毒合格率} = \frac{\text{血液透析治疗室消毒合格的月份数量}}{12} \times 100\%$$

（2）腹膜透析治疗室消毒合格率（NEP-D-01B）。

$$\text{腹膜透析治疗室消毒合格率} = \frac{\text{腹膜透析治疗室消毒合格的月份数量}}{12} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构医院感染管理情况。

说明：合格标准为：空气平均菌落数≤ 4.0（5 分钟）CFU/ 皿和物品表面平均菌落数≤ 10.0 CFU/cm^2。

指标二、透析用水生物污染检验合格率（NEP-D-02）

定义：血液透析室（中心）的透析用水生物污染检验合格的月份 / 季度在当年所占的比例。

计算公式：

$$\text{透析用水生物污染检验合格率} = \frac{\text{透析用水生物污染检验合格月份数量（或季度数量）}}{12（或 4）} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构医院感染管理情况。

说明：合格标准为：每月透析用水检验的细菌落数≤ 100CFU/mL，每 3 个月检验的内毒素≤ 0.25EU/mL，2 项指标均符合为合格；并符合《血液透析和相关治疗用水》（YY 0572-2015）标准。

指标三、新入血液透析患者血源性传染病标志物检验完成率（NEP-D-03）

定义：单位时间内，完成血源性传染病标志物检验的新入血液透析患者比例。

计算公式：

$$\text{新入血液透析患者血源性传染病标志物检验完成率} = \frac{\text{新入血液透析患者血源性传染病标志物检验的患者数}}{\text{同期新入血液透析患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构医院感染管理情况。

说明：血源性传染病标志物检测包括乙型肝炎、丙型肝炎、梅毒及艾滋病检测。需要完成 4 种疾病相关指标检测。

指标四、维持性血液透析患者血源性传染病标志物定时检验完成率（NEP-D-04）

定义：每 6 个月，完成血源性传染病标志物检验的维持性血液透析患者比例。

计算公式：

$$\text{维持性血液透析患者血源性传染病标志物定时检验完成率} = \frac{\text{每 6 个月完成血源性传染病标志物检验的患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构医院感染管理情况。

说明：血源性传染病标志物检测包括乙型肝炎、丙型肝炎、梅毒及艾滋病检测。需要完成 4 种疾病相关指标检测。

指标五、维持性血液透析患者的乙型肝炎和丙型肝炎发病率（NEP-D-05）

定义：每年新发生乙型肝炎和丙型肝炎的维持性血液透析患者比例。

计算公式：

$$\text{维持性血液透析患者的乙型肝炎和丙型肝炎发病率} = \frac{\text{维持性血液透析患者中每年新增乙型肝炎和丙型肝炎患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构医院感染管理情况。

第二部分　透析质量管理指标

指标六、血液透析患者尿素清除指数（Kt/V）和尿素下降率（URR）控制率（NEP-D-06）

定义：单位时间内，单室 Kt/V（spKt/V）＞ 1.2 且尿素下降率（URR）＞ 65% 的维

持性血液透析患者比例。

计算公式：

$$\text{血液透析 Kt/V 和 URR 控制率} = \frac{\text{spKt/V}>1.2\text{ 且 URR}>65\%\text{ 的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构的血液透析充分性。

指标七、腹膜透析患者尿素清除指数（Kt/V）及总内生肌酐清除率（Ccr）控制率（NEP-D-07）

定义：单位时间内，Kt/V ≥ 1.7/ 周且总 Ccr ≥ 50L/1.73 ㎡ / 周的腹膜透析患者比例。

计算公式：

$$\text{腹膜透析 Kt/V 及总 Ccr 控制率} = \frac{\text{Kt/V} \geq 1.7\text{/ 周且总 Ccr} \geq 50\text{L/1.73 ㎡ / 周的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构的腹膜透析充分性。

说明：总 Ccr 包括残肾 Ccr 和腹膜透析 Ccr。

指标八、透析患者 β 2 微球蛋白定时检验完成率（NEP-D-08）

定义：每 6 个月，完成 β_2 微球蛋白检验的维持性血液透析 / 腹膜透析患者比例。

计算公式：

（1）维持性血液透析患者 β_2 微球蛋白定时检验完成率（NEP-D-08A）。

$$\text{维持性透析患者 } \beta_2 \text{ 微球蛋白定时检验完成率} = \frac{\text{每 6 个月完成 } \beta_2 \text{ 微球蛋白维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$$

（2）腹膜透析患者 β_2 微球蛋白定时检验完成率（NEP-D-08B）。

$$\text{腹膜透析患者 } \beta_2 \text{ 微球蛋白定时检验完成} = \frac{\text{每 6 个月完成 } \beta_2 \text{ 微球蛋白腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构血液透析 / 腹膜透析治疗慢性并发症的监测情况。

指标九、血液透析患者透析间期体重增长控制率（NEP-D-09）

定义：单位时间内，透析间期体重增长＜ 5% 的维持性血液透析患者比例。

计算公式：

$$\text{血液透析患者透析间期体重增长控制率} = \frac{\text{透析间期体重增长}<5\%\text{的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构对患者容量的管理情况。

指标十、维持性血液透析患者的动静脉内瘘长期使用率（NEP-D-10）

定义：单位时间内，同一动静脉内瘘持续使用时间＞2年的维持性血液透析患者比例。

计算公式：

$$\text{维持性血液透析患者的动静脉内瘘长期使用率} = \frac{\text{同一动静脉瘘持续使用时间}>2\text{年的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构对患者动静脉内瘘的管理情况。

指标十一、腹膜透析患者腹膜平衡试验记录定时完成率（NEP-D-11）

定义：每6个月，完成腹膜平衡试验记录的腹膜透析患者比例。

计算公式：

$$\text{腹膜平衡试验记录定时完成率} = \frac{6\text{个月内完成腹膜平衡试验记录的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构对患者腹膜功能的管理情况。

指标十二、腹膜透析退出患者治疗时间（NEP-D-12）

定义：单位时间内，退出患者的平均腹膜透析时间。

计算公式：

$$\text{退出患者治疗时间} = \frac{\text{退出患者腹膜透析病人月总和}}{\text{同期退出腹膜透析患者数}}$$

意义：反映医疗机构腹膜透析技术生存的关键指标。

说明：退出患者是指退出腹膜透析治疗的患者，不包括因肾移植和肾功能恢复而退出患者。

第三部分　透析并发症管理指标

指标十三、透析患者血常规定时检验率（NEP-D-13）

定义：每 3 个月，完成血常规检验的维持性血液透析 / 腹膜透析患者比例。

计算公式：

（1）维持性血液透析患者血常规定时检验率（NEP-D-13A）。

$$\text{维持性血液透析患者血常规定时检验完成率}=\frac{\text{每 3 个月完成血常规检验的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}}\times 100\%$$

（2）腹膜透析患者血常规定时检验率（NEP-D-13B）。

$$\text{腹膜透析患者血常规定时检验完成率}=\frac{\text{每 3 个月完成血常规检验的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}}\times 100\%$$

意义：反映医疗机构对患者透析状态、并发症评估情况及患者管理情况。

指标十四、透析患者血液生化定时检验率（NEP-D-14）

定义：每 3 个月，完成血液生化检验的维持性血液透析 / 腹膜透析患者比例。

计算公式：

（1）维持性血液透析患者血液生化定时检验率（NEP-D-14A）。

$$\text{维持性血液透析患者血液生化定时检验完成率}=\frac{\text{每 3 个月完成血液生化检验的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}}\times 100\%$$

（2）腹膜透析患者血液生化定时检验率（NEP-D-14B）。

$$\text{腹膜透析患者血液生化定时检验完成率}=\frac{\text{每 3 个月完成血液生化检验的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}}\times 100\%$$

意义：反映医疗机构对患者透析状态、并发症评估情况及患者管理情况。

说明：血液生化项目包括采集血清检测谷丙转氨酶、谷草转氨酶、白蛋白、肌酐、尿素氮、尿酸、钾、钠、钙、磷、葡萄糖、甘油三酯、总胆固醇。

指标十五、透析患者全段甲状旁腺素（iPTH）定时检验完成率（NEP-D-15）

定义：每 6 个月，完成全段甲状旁腺素（iPTH）检验的维持性血液透析 / 腹膜透析患者比例。

计算公式：

（1）维持性血液透析患者 iPTH 定时检验完成率（NEP-D-15A）。

$$\text{维持性血液透析患者 iPTH 定时检验完成率}=\frac{\text{每 6 个月完成 iPTH 检验的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}}\times 100\%$$

（2）腹膜透析患者 iPTH 定时检验完成率（NEP-D-15B）。

$$\text{腹膜透析患者 iPTH 定时检验完成率}=\frac{\text{每 6 个月完成 iPTH 检验的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}}\times 100\%$$

意义：反映医疗机构对患者慢性肾脏病 - 矿物质与骨异常（CKD-MBD）评估管理情况。

指标十六、透析患者的血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率（NEP-D-16）

定义：每 6 个月，完成血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度检验的维持性血液透析 / 腹膜透析患者比例。

计算公式：

（1）维持性血液透析患者的血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率（NEP-D-16A）。

$$\text{维持性血液透析患者血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率}=\frac{\text{每 6 个月完成血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度检验的维持性血液透析患者}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}}\times 100\%$$

（2）腹膜透析患者的血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率（NEP-D-16B）。

$$\text{腹膜透析患者血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度定时检验完成率}=\frac{\text{每 6 个月完成血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度检验的腹膜透析患者}}{\text{同期腹膜透析患者总数}}\times 100\%$$

意义：反映医疗机构对患者肾性贫血评估管理情况。

说明：应同时完成血清铁蛋白和转铁蛋白饱和度检测。

指标十七、透析患者的血清前白蛋白定时检验完成率（NEP-D-17）

定义：每 6 个月，完成血清前白蛋白检验的维持性血液透析 / 腹膜透析患者比例。

计算公式：

（1）维持性血液透析患者的血清前白蛋白定时检验完成率（NEP-D-17A）。

$$\text{维持性血液透析患者血清前白蛋白定时检验完成率}=\frac{\text{每 6 个月完成血清前白蛋白检验的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}}\times 100\%$$

（2）腹膜透析患者的血清前白蛋白定时检验完成率（NEP-D-17B）。

$$\text{腹膜透析患者血清前白蛋白定时检验完成率}=\frac{\text{每 6 个月完成血清前白蛋白检验的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}}\times 100\%$$

意义：反映医疗机构对患者营养状态评估管理情况。

指标十八、透析患者的 C 反应蛋白（CRP）定时检验完成率（NEP-D-18）

定义：每 6 个月，完成 C 反应蛋白（CRP）检验的维持性血液透析 / 腹膜透析患者比例。

计算公式：

（1）维持性血液透析患者的 C 反应蛋白（CRP）定时检验完成率（NEP-D-18A）。

$$\text{维持性血液透析患者 CRP 定时检验完成率}=\frac{\text{每 6 个月完 CRP 检验的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}}\times 100\%$$

（2）腹膜透析患者的 C 反应蛋白（CRP）定时检验完成率（NEP-D-18B）。

$$\text{腹膜透析患者 CRP 定时检验完成率}=\frac{\text{每 6 个月完成 CRP 检验的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}}\times 100\%$$

意义：反映医疗机构对患者微炎症和营养状态评估管理情况。

指标十九、透析患者高血压控制率（NEP-PD-19）

定义：单位时间内，血压控制达标的维持性血液透析 / 腹膜透析患者比例。

计算公式：

（1）维持性血液透析患者高血压控制率（NEP-PD-19A）。

$$\text{维持性血液透析患者高血压控制率} = \frac{\text{血压控制达标的维持性血液析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$$

（2）腹膜透析患者高血压控制率（NEP-PD-19B）。

$$\text{腹膜透析患者高血压控制率} = \frac{\text{血压控制达标的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构对患者高血压管理情况。

说明：血液透析患者血压达标标准：60 岁以下患者透析前血压＜ 140/90mmHg；60 岁以上患者透析前血压＜ 160/90mmHg。 腹膜透析患者血压达标标准：血压 <150/90mmHg。需要收缩压和舒张压同时达标。

指标二十、透析患者肾性贫血控制率（NEP-D-20）

定义：单位时间内，血红蛋白≥ 110g/L 的维持性血液透析 / 腹膜透析患者比例。

计算公式：

（1）维持性血液透析患者肾性贫血控制率（NEP-D-20A）。

$$\text{维持性血液透析患者肾性贫血控制率} = \frac{\text{血红蛋白} \geq 110\text{g/L 的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$$

（2）腹膜透析患者肾性贫血控制率（NEP-D-20B）。

$$\text{腹膜透析患者肾性贫血控制率} = \frac{\text{血红蛋白} \geq 110\text{g/L 的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构对患者肾性贫血管理情况。

指标二十一、透析患者慢性肾脏病 - 矿物质与骨异常（CKD-MBD）指标控制率（NEP-D-21）

定义：单位时间内，CKD-MBD 指标控制达标的维持性血液透析 / 腹膜透析患者比例。

计算公式：

（1）维持性血液透析患者 CKD-MBD 指标控制率。

$$\text{维持性血液透析患者 CKD-MBD 指标控制率} = \frac{\text{CKD-MBD 指标控制达标的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$$

（2）腹膜透析患者 CKD-MBD 指标控制率。

$$\text{腹膜透析患者 CKD-MBD 指标控制率} = \frac{\text{CKD-MBD 指标控制达标的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构对患者 CKD-MBD 管理情况。

说明：CKD-MBD 指标控制达标的**定义：**血钙水平在 2.10-2.50mmol/L、血磷水平在 1.13-1.78mmol/L、iPTH 水平在正常值上限 2-9 倍。需要 3 项指标同时达标。

指标二十二、透析患者血清白蛋白控制率（NEP-D-22）

定义：单位时间内，血清白蛋白≥ 35g/L 的维持性血液透析 / 腹膜透析患者比例。

计算公式：

（1）维持性血液透析患者血清白蛋白控制率（NEP-D-22A）。

$$\text{维持性血液透析患者血清白蛋白控制率} = \frac{\text{血清白蛋白} \geqslant 35\text{g/L 的维持性血液透析患者数}}{\text{同期维持性血液透析患者总数}} \times 100\%$$

（2）腹膜透析患者血清白蛋白控制率（NEP-D-22B）。

$$\text{腹膜透析患者血清白蛋白控制率} = \frac{\text{血清白蛋白} \geqslant 35\text{g/L 的腹膜透析患者数}}{\text{同期腹膜透析患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构对患者营养状态管理情况。

护理专业
医疗质量控制指标（2020 年版）

指标一、床护比（NQI-01）

（一）医疗机构床护比（NQI-01A）。

定义：单位时间内，医疗机构实际开放床位与医疗机构执业护士人数的比。

计算公式：

$$\text{医疗机构床护比（1：X）}=1：\frac{\text{医疗机构执业护士人数}}{\text{同期实际开放床位数}}$$

（二）病区床护比（NQI-01B）。

定义：单位时间内，医疗机构实际开放床位与医疗机构病区执业护士人数的比。

计算公式：

$$\text{病区床护比（1：X）}=1：\frac{\text{医疗机构病区执业护士人数}}{\text{同期实际开放床位数}}$$

（三）重症医学科床护比（NQI-01C）。

定义：单位时间内，重症医学科实际开放床位与所配备的执业护士人数的比。

计算公式：

$$\text{重症医学科床护比（1：X）}=1：\frac{\text{重症医学科执业护士人数}}{\text{同期重症医学科实际开放床位数}}$$

（四）儿科病区床护比（NQI-01D）。

定义：单位时间内，儿科病区实际开放床位与儿科病区所配备的执业护士人数的比。

计算公式：

$$\text{儿科病区床护比（1：X）=1：}\frac{\text{儿科病区执业护士人数}}{\text{同期儿科病区实际开放床位数床位数}}$$

意义：反映医疗机构实际开放床位和护理人力的匹配关系。了解当前实际开放床位所配备的护理人力配备状况，建立一种以实际开放床位为导向的护理人力配备管理模式，保障一定数量开放床位病区的基本护理人力配备。为医疗机构及其病区护理人力配备提供参考、评价指标。评价医疗机构、病区或重症医学科基本护理人力配备情况，可进行同级别医疗机构横向比较。

说明：（1）护士指取得护士执业资格、在本医疗机构注册并在护理岗位工作的护士。

包含：临床护理岗位护士、护理管理岗位护士、其它护理岗位护士、护理岗位的返聘护士、护理岗位的休假（含病产假）护士。

排除：医疗机构职能部门、后勤部门、医保等非护理岗位护士，未取得护士执业资格人员，未在本院注册的护士。

（2）实际开放床位数指医疗机构实际长期固定开放的床位数。

包含：编制床位数；除编制床位外，经医疗机构确认有固定物理空间和标准床单位配置、可以常规收治患者的床位数；开放时间≥统计周期 1/2 的床位数。

排除：急诊抢救床位、急诊观察床位、手术室床位、麻醉恢复室床位、血液透析室床位、接产室的待产床和接产床、母婴同室新生儿床、检查床、治疗床、临时加床。

（3）病区指医疗机构有实际住院床位的病区的总称（包含重症医学科）。

（4）重症医学科指独立设置的收治危重患者的科室或病区，其人员管理和使用应当独立于其他科室或病区。

包含：综合重症监护病房（综合 ICU）、独立的专科重症监护病房（如：呼吸科重症监护病房（RICU）、新生儿重症监护病房（NICU）等）。

排除：科室内部设立的重症监护病床、与其他科室或病区存在人员交叉管理使用的重症监护病区。

（5）儿科病区指独立设置的收治儿童患者（小于等于 18 岁）的病区。

包含：儿童呼吸、消化、神经、泌尿、血液、内分泌等内外科疾病的儿童病区。

排除：新生儿病区、新生儿重症监护病区（NICU）、儿童重症监护病区（PICU）、儿科门诊、急诊等。

指标二、护患比（NQI-02）

（一）白班平均护患比（NQI-02A）。

定义：单位时间内，每天白班责任护士数之和与其负责照护的住院患者数之和的比。

计算公式：

$$\text{白班平均护患比（1：X）}=1：\frac{\text{每天白班护理患者数之和}}{\text{同期每天白班责任护士数之和}}$$

（二）夜班平均护患比（NQI-02B）。

定义：单位时间内，每天夜班责任护士数之和与其负责照护的住院患者数之和的比。

计算公式：

$$\text{夜班平均护患比（1：X）}=1：\frac{\text{每天夜班护理患者数之和}}{\text{同期每天夜班责任护士数之和}}$$

意义：反映的是需要照护的住院患者数量和护理人力的匹配关系，评价医疗机构及各病区有效护士人力配备情况，进而建立一种以护理服务需求为导向，科学调配护理人力的管理模式，让需要照护的患者获得充足的护理服务，保障患者的安全和护理服务质量。关联护理结果质量指标分析，发现护患比对护理质量存在关联规律和影响，可进行同级别医疗机构的横向比较。

说明：因各医疗机构护理班次存在差异，统计时以 8 小时为一个班次标准工作时长，责任护士每工作 8 小时计为 1 名护士人力，患者每被护理 8 小时计为 1 名患者护理工作量。

（1）责任护士指直接护理患者的执业护士。某班责任护士数 = 某班次时段内所有责任护士上班小时数之和 ÷ 8。

排除：治疗护士、办公班护士、配药护士和护士长（一般情况下，护士长不计算在内，当护士长承担了责任护士的工作时才计算在内）。

（2）护理患者数：单位时间内护理住院患者的护理工作量。某白班护理患者数 =（白班接班时在院患者数 + 白班时段内新入院患者数）×（白班时长 ÷ 8）。某夜班护理患者数 =（夜班接班时在院患者数 + 夜班时段内新入院患者数）×（夜班时长 ÷ 8）。

（3）患者指住院患者，包含所有办理住院手续的患者。不包括办理住院手续但实际未到达病区患者；母婴同室新生儿。

指标三、每住院患者 24 小时平均护理时数（NQI-03）

定义：单位时间内，医疗机构病区执业护士实际上班小时数与住院患者实际占用床日数的比。

计算公式：

$$每住院患者\ 24\ 小时平均护理时数 = \frac{医疗机构病区执业护士实际上班小时数}{同期住院患者实际占用床日数}$$

说明：（1）医疗机构病区执业护士实际上班小时数为单位时间内医疗机构病区所有执业护士实际上班小时数之和。

包含：病区护士上班小时数、病区护士长上班小时数、病区返聘护士上班小时数、执业地点变更到医疗机构的规培 / 进修护士上班小时数。

排除：未取得护士执业资格人员上班小时数、非病区护士上班小时数，如手术室、门诊、血液透析室等。

（2）住院患者实际占用床日数即为单位时间内医疗机构各科室每天 0 点住院患者实际占用的床日数总和。

包含：占用的正规病床日数、占用的临时加床日数。

排除：占用的急诊抢救床日数、急诊观察床日数、手术室床日数、麻醉恢复室床日数、血液透析室床日数、接产室的待产床和接产床的床日数、母婴同室新生儿床日数、检查床床日数和治疗床床日数。

意义：反映每住院患者平均每天实际得到的护理时间，包括直接护理时数、间接护理时数、相关护理时数。监测每住院患者 24 小时平均护理时数可以帮助管理者了解患者所得到的护理服务时长，进而推算出护理工作负荷及患者所需的护理服务时数，指导管理者合理地调配护理人员，帮助促进护理工作效率提升，将更多护士工作时间用于照护患者。

指标四、不同级别护士配置占比（NQI-04）

（一）病区 5 年以下护士占比（NQI-04A）。

定义：单位时间内，在病区工作、工作年限＜ 5 年的护士在病区执业护士中所占的比例。

计算公式：

$$病区5年以下护士占比=\frac{病区工作年限<5年的护士总数}{同期病区执业护士总人数}\times 100\%$$

（二）病区20年及以上护士占比（NQI-04B）。

定义：单位时间内，在病区工作、工作年限≥20年的护士在病区执业护士中所占的比例。

计算公式：

$$20年及以上护士占比=\frac{病区工作年限\geq 20年的护士总数}{同期病区执业护士总人数}\times 100\%$$

意义：工作年限可以在一定程度反应护理人员能力水平。分析不同级别护士的配置，旨在让护理管理者关注护理团队的数量和规模的同时，还要关注护理团队的能力结构。

说明：（1）工作年限：指护士在医疗机构注册以后的工作时间。包括在其他医疗机构参加工作的时间、试用期。不包括实习期、待业期。

（2）病区指医疗机构有实际住院床位的病区的总称（包含重症医学科）。

（3）病区护士指取得护士执业资格、在本医疗机构注册并在病区护理岗位工作的护士。

包含：病区临床护理岗位护士、病区护士长（副护士长）、病区护理岗位的休假（含病产假）护士。

指标五、护士离职率（NQI-05）

定义：单位时间内，某医疗机构护士离职人数与执业护士总人数的比例。

计算公式：

$$护士离职率=\frac{护士离职人数}{（期初医疗机构执业护士总人数+期末医疗机构执业护士总人数）/2}\times 100\%$$

意义：反映医疗机构组织与护理队伍是否稳定的重要指标。衡量护士人力资源流动状况，了解护士离职的现状，分析离职原因及对组织结构和护理质量造成的影响，为管理者制定人员招聘和培训计划，改善管理策略等方面提供依据。

说明：离职指自愿离职。

排除：因退休、死亡或被辞退而离开医疗机构的护士；在同一医疗机构岗位调整的护士。

指标六、住院患者身体约束率（NQI-06）

定义：单位时间内，住院患者身体约束日数与住院患者实际占用床日数的比例。

计算公式：

$$\text{住院患者身体约束率} = \frac{\text{住院患者身体约束日数}}{\text{同期住院患者实际占用床日数}} \times 100\%$$

意义：身体约束以避免自我伤害、非计划拔管、坠床等保障患者安全为目的，是在医疗机构部分领域经常采取的护理行为。通过对住院患者身体约束率的监测，医疗机构或护理部门能够及时获得身体约束率、约束导致的不良事件和约束的其他相关信息。通过根本原因分析，找到过度使用身体约束的影响因素。通过医疗机构管理团队和医务人员的共同努力，找到有效的替代措施，努力降低身体约束率或使身体约束更具合理化，减少因身体约束带来的负性质量问题，从而提高住院患者的安全，提高人文护理质量。

说明：（1）身体约束是指通过使用相关器具或设备附加在或临近于患者的身体（该器具或设备不能被患者自行控制或轻易移除），限制其身体或身体某部位自由活动和（或）触及自己身体的某部位。

（2）单位时间内每位住院患者每天不论约束 1 个或多个部位、不论约束时长，均计为 1 日。

排除：术中因体位需要的约束；麻醉恢复室的约束；药物约束；床档约束（为预防患者坠床等原因使用护栏固定于床边两侧）；因疾病需要的空间约束；矫形器、模型固定器、牵引器等治疗设施的固定；儿童注射临时制动；新生儿日常包裹。

指标七、住院患者跌倒发生率（NQI-07）

（一）住院患者跌倒发生率（NQI-07A）。

定义：单位时间内，住院患者发生跌倒例次数（包括造成或未造成伤害）与住院患者实际占用床日数的千分比。

计算公式：

$$\text{住院患者跌倒发生率} = \frac{\text{住院患者跌倒例次数}}{\text{同期住院患者实际占用床日数}} \times 1000\%$$

意义：患者发生跌倒可能造成伤害，导致严重甚至危及生命的后果。通过对住院患

者跌倒发生指标的监测，了解所在医疗机构或部门的跌倒发生率和伤害占比。通过根本原因分析和有效的对策实施，可以降低患者跌倒的风险及跌倒发生率，保障患者安全。

说明：统计住院患者在医疗机构任何场所发生的跌倒例次数。同一患者多次跌倒按实际发生例次计算。

包含：坠床。

排除：非医疗机构场所发生的跌倒、非住院患者（门诊、急诊留观室等）发生的跌倒、住院患儿生理性跌倒（小儿行走中无伤害跌倒）。

（二）住院患者跌倒伤害占比（NQI-07B）。

定义：跌倒伤害指住院患者跌倒后造成不同程度的伤害甚至死亡。住院患者跌倒伤害占比指单位时间内住院患者跌倒伤害例次数占住院患者发生的跌倒例次数的比例。

计算公式：

$$\text{住院患者跌倒伤害占比} = \frac{\text{住院患者跌倒伤害总例次数}}{\text{同期住院患者跌倒例次数}} \times 100\%$$

意义：患者发生跌倒可能造成伤害，导致严重甚至危及生命的后果。通过对住院患者跌倒发生指标的监测，了解所在医疗机构或部门的跌倒发生率和伤害占比。通过根本原因分析和有效的对策实施，可以降低导致患者跌倒的风险及跌倒发生率，保障患者安全。

说明：跌倒伤害总例次数为轻度、中度、重度例次数和跌倒死亡例数四项之和，应小于或等于跌倒发生总例次数。

轻度（严重程度 1 级）指住院患者跌倒导致青肿、擦伤、疼痛，需要冰敷、包扎、伤口清洁、肢体抬高、局部用药等。

中度（严重程度 2 级）指住院患者跌倒导致肌肉或关节损伤，需要缝合、使用皮肤胶、夹板固定等。

重度（严重程度 3 级）指住院患者跌倒导致骨折、神经或内部损伤，需要手术、石膏、牵引等。

死亡指住院患者因跌倒受伤而死亡，而不是由于引起跌倒的生理事件本身而致死。

排除：无伤害的跌倒。

指标八、住院患者 2 期及以上院内压力性损伤发生率（NQI-08）

定义：单位时间内，住院患者 2 期及以上院内压力性损伤新发病例数与住院患者总

数的比例。

计算公式：

$$\text{住院患者 2 期及以上院内压力性损伤发生率} = \frac{\text{住院患者 2 期及以上院内压力性损伤新发病例数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构院内压力性损伤发生的现状，与同级医疗机构进行横向比较，评价医疗机构压力性损伤管理的质量。

说明：（1）单位时间内患者入院 24 小时后新发的 2 期及以上压力性损伤例数。院外带入压力性损伤患者，若入院 24 小时后新发生的 2 期及以上压力性损伤计作 1 例。同一患者单位时间内发生 1 处或多处 2 期及以上压力性损伤（包括在不同科室发生的压力性损伤），均计作 1 例，期别按最高期别统计。压力性损伤分期依照《美国国家压疮咨询委员会：压力性损伤定义与分期（2016 版）》界定。

包含：2 期及以上压力性损伤，深部组织损伤、不可分期、医疗器械相关性压力性损伤、粘膜压力性损伤。

排除：因动脉阻塞、静脉功能不全、糖尿病相关神经病变或失禁性皮炎等造成的皮肤损伤；社区获得性压力性损伤。

（2）住院患者总数为统计周期期初在院患者数与单位时间内新入院患者数之和。

包含：所有办理住院手续的患者。

排除：办理住院手续但实际未到达病区患者；母婴同室新生儿。

指标九、置管患者非计划拔管率（NQI-09）

定义：非计划拔管又称意外拔管，是指住院患者有意造成或任何意外所致的拔管，即医护人员非诊疗计划范畴内的拔管。某类导管非计划拔管率指单位时间内住院患者发生某类导管非计划拔管的例次数与该类导管留置总日数的千分比。

计算公式：

（一）气管导管（气管插管、气管切开）非计划拔管率。

$$\text{气管导管（气管插管、气管切开）非计划拔管率} = \frac{\text{气管导管（气管插管、气管切开）非计划拔管例次数}}{\text{同期气管导管（气管插管、气管切开）留置总日数）}} \times 1000\%$$

（二）经口、经鼻胃肠导管非计划拔管率。

$$\text{经口、经鼻胃肠导管非计划拔管率} = \frac{\text{经口、经鼻胃肠导管非计划拔管例次数}}{\text{同期经口、经鼻胃肠导管留置总日数}} \times 1000\%$$

（三）导尿管非计划拔管率。

$$\text{导尿管非计划拔管率} = \frac{\text{导尿管非计划拔管例次数}}{\text{同期导尿管留置总日数}} \times 1000\%$$

（四）中心静脉导管（CVC）非计划拔管率。

$$\text{CVC 非计划拔管率} = \frac{\text{CVC 非计划拔管例次数}}{\text{同期 CVC 留置总日数}} \times 1000\%$$

（五）经外周置入中心静脉导管（PICC）非计划拔管率。

$$\text{PICC 非计划拔管率} = \frac{\text{PICC 非计划拔管例次数}}{\text{同期 PICC 留置总日数}} \times 100\%$$

意义：有助于及时发现导管非计划拔管的现状、趋势、特征及危险因素，为其预防、控制和制定质量改进目标提供科学依据，提升医护团队服务的规范性、专业性。

说明：（1）某导管非计划拔管例次数指单位时间内留置某类导管的住院患者发生该类导管非计划拔管的例次数。同一住院患者在单位时间内发生的导管非计划拔管例次数按实际发生频次计算。

包含：患者自行拔除的导管；各种原因导致的导管滑脱；因导管质量问题及导管堵塞等情况需要提前拔除的导管；因导管相关感染需提前拔除的导管。

排除：医生根据患者病情转归程度，达到拔除导管指征，医嘱拔除导管；导管留置时间达到上限，应拔除或更换导管；非住院患者拔管，如门诊患者和急诊抢救患者。

（2）某导管留置总日数指单位时间内住院患者留置某类导管的日数之和。留置导管每跨越 0 点 1 次计作 1 日，当天置入并拔除的不统计。带管入院患者以入院当日开始，每跨越 0 点 1 次计作 1 日；带管出院患者以出院日期为止。

包含：住院患者留置某类导管处于长期医嘱执行状态的日数。

排除：一次性插管患者插管日数、门急诊等非住院病区置管患者的留置日数。

指标十、导管相关感染发生率（NQI-10）

（一）导尿管相关尿路感染（CAUTI）发生率（NQI-10A）。

定义：单位时间内，留置导尿管患者中尿路感染例次数与患者导尿管留置总日数的千分比。

计算公式：

$$\text{导尿管相关尿路感染发生率} = \frac{\text{留置导尿管患者中尿路感染例次数}}{\text{同期患者导尿管留置总日数}} \times 1000‰$$

意义：反映医疗机构感染控制的现状，与护理人员消毒隔离、无菌技术和手卫生执行等情况密切相关，与同级医疗机构进行横向比较，评价医疗机构感染控制与护理管理质量。

说明：同一患者在单位时间内发生的导尿管相关尿路感染例次数以实际发生频次计算。

（二）中心静脉导管（CVC）相关血流感染发生率（NQI-10B）。

定义：单位时间内，中心静脉导管（CVC）相关血流感染发生例次数与患者 CVC 留置总日数的千分比。

计算公式：

$$\text{CVC 相关血流感染发生率} = \frac{\text{CVC 相关血流感染例次数}}{\text{同期患者 CVC 留置总日数}} \times 1000‰$$

意义：反映中心静脉导管相关血流感染情况与医疗机构感染防控情况，与医护人员的消毒隔离、无菌技术和手卫生执行等情况密切相关，与同级医疗机构进行横向比较，评价医疗机构感染控制与护理管理质量。

说明：同一患者在单位时间内发生的中心静脉导管（CVC）相关血流感染例次数以实际发生频次计算。

（三）经外周置入中心静脉导管（PICC）相关血流感染发生率（NQI-10C）。

定义：单位时间内，经外周置入中心静脉导管（PICC）相关血流感染发生例次数与患者 PICC 留置总日数的千分比。

计算公式：

$$\text{PICC 相关血流感染发生率} = \frac{\text{PICC 相关血流感染例次数}}{\text{同期患者 PICC 留置总日数}} \times 1000‰$$

意义：反映经外周置入中心静脉导管相关血流感染情况与医疗机构感染防控情况，与医护人员的消毒隔离、无菌技术和手卫生执行等情况密切相关，与同级医疗机构进行横向比较，评价医疗机构感染控制与护理管理质量。

说明：同一患者在单位时间内发生的经外周置入中心静脉导管（PICC）相关血流感染例次数以实际发生频次计算。

指标十一、呼吸机相关性肺炎（VAP）发生率（NQI-11）

定义：单位时间内，呼吸机相关性肺炎例次数与住院患者有创机械通气总日数的千分比。

计算公式：

$$\text{呼吸机相关性肺炎发生率} = \frac{\text{呼吸机相关性肺炎例次数}}{\text{同期住院患者有创机械通气总日数}} \times 1000‰$$

意义：反映呼吸机相关性肺炎情况与医疗机构感染防控情况，与医护人员的消毒隔离、无菌技术和手卫生执行等情况密切相关，与同级医疗机构进行横向比较，评价医疗机构感染控制与护理管理质量。

说明：同一患者在单位时间内发生呼吸机相关性肺炎例次数以实际发生频次计算。

指标十二、护理级别占比

定义：单位时间内，医疗机构某级别护理患者占用床日数与住院患者实际占用床日数的百分比。

计算公式：

（一）特级护理占比。

$$\text{特级护理占比} = \frac{\text{特级护理患者占用床日数}}{\text{住院患者实际占用床日数}} \times 100\%$$

（二）一级护理占比。

$$\text{一级护理占比} = \frac{\text{一级护理患者占用床日数}}{\text{住院患者实际占用床日数}} \times 100\%$$

（三）二级护理占比。

$$二级护理占比=\frac{二级护理患者占用床日数}{住院患者实际占用床日数}\times 100\%$$

（四）三级护理占比。

$$三级护理占比=\frac{三级护理患者占用床日数}{住院患者实际占用床日数}\times 100\%$$

意义：反映患者病情的轻重缓急及护理需求和护理工作量，可以帮助管理者推算出护理工作负荷，是合理安排护理人力资源的重要依据，对临床护理管理和人力调配起着指导作用。

说明：患者的护理级别是由医生和护士共同确定。某级别护理患者占用床日数指单位时间内执行该级别护理的患者占用的床日数之和，即单位时间内每天 0 点统计各级别护理患者数，分别累计求和。同一患者一天内护理级别有变化时，只能计算一次，以统计时点的护理级别为准。

药事管理专业
医疗质量控制指标（2020 年版）

指标一、药学专业技术人员占比（PHA-01）

定义：药学专业技术人员数占同期医疗机构卫生专业技术人员总数的比例。

计算公式：

$$药学专业技术人员占比 = \frac{药学专业技术人员数}{同期医疗机构卫生专业技术人员总数} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构药事管理质量的重要结构性指标。

说明：药学专业技术人员是指按照有关规定取得药学专业任职资格的由医疗机构聘任的在职人员。卫生专业技术人员是指由医疗机构聘任的在职卫生专业技术人员，不含后勤等辅助部门的人员。

指标二、每百张床位临床药师人数（PHA-02）

定义：每 100 张实际开放床位临床药师人数。

计算公式：

$$每百张床位临床药师人数 = \frac{临床药师人数}{同期实际开放床位数} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构临床药师配置情况。

说明：临床药师是指以系统药学专业知识为基础，并具有一定医学和相关专业基础知识与技能，直接参与临床用药，促进药物合理应用和保护患者用药安全的药学专业技术人员。

指标三、处方审核率（PHA-03）

（一）门诊处方审核率（PHA-03A）。

定义：药品收费前药师审核门诊处方人次数占同期门诊处方总人次数的比例。

计算公式：

$$\text{门诊处方审核率} = \frac{\text{药品收费前药师审核门诊处方人次数}}{\text{同期门诊处方总人次数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构药师对门诊处方的审核情况。

（二）急诊处方审核率（PHA-03B）。

定义：药品收费前药师审核急诊处方人次数占同期急诊处方总人次数的比例。

$$\text{急诊处方审核率} = \frac{\text{药品收费前药师审核急诊处方人次数}}{\text{同期急诊处方总人次数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构药师对急诊处方的审核情况。

说明：（1）处方审核是指药学专业技术人员运用专业知识与实践技能，根据相关法律法规、规章制度与技术规范等，对医师在诊疗活动中为患者开具的处方，进行合法性、规范性和适宜性审核，并作出是否同意调配发药决定的药学技术服务。

（2）急诊处方审核率仅统计急诊患者，急诊留观和抢救患者除外。

指标四、住院用药医嘱审核率（PHA-04）

定义：药品调配前药师审核住院患者用药医嘱条目数占同期住院患者用药医嘱总条目数的比例。

计算公式：

$$\text{住院用药医嘱审核率} = \frac{\text{药品调配前药师审核住院患者用药医嘱条目数}}{\text{同期住院患者用药医嘱总条目数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构药师对住院用药医嘱的审核情况。

说明：为便于统计，住院患者用药医嘱（总）条目数均以出院患者用药医嘱（总）条目数计算。

指标五、静脉用药集中调配医嘱干预率（PHA-05）

定义：药师审核静脉用药集中调配医嘱时发现不适宜医嘱，经过沟通，医师同意对不适宜静脉用药集中调配医嘱进行修改的医嘱条目数占同期静脉用药集中调配医嘱总条目数的比例。

计算公式：

$$\text{静脉用药集中调配医嘱干预率} = \frac{\text{医师同意修改的不适宜静脉用药集中调配医嘱条目数}}{\text{同期静脉用药集中调配医嘱总条目数}} \times 100\%$$

意义：反映静脉用药集中调配医嘱质量与药学服务处方审核能力。

说明：按照《药品管理法》《处方管理办法》《医疗机构药事管理规定》《医疗机构处方审核规范》和《静脉用药集中调配质量管理规范》等法律与法规性文件，药师审核静脉用药集中调配医嘱发现不适宜时，应当及时与处方医师沟通，请其修改并签名。因病情需要的超剂量等特殊用药，医师应当再次确认签名。对用药错误医嘱而医师又拒绝修改的，药师应当拒绝调配。

指标六、门诊处方点评率（PHA-06）

定义：医疗机构点评的门诊处方人次数占同期门诊处方总人次数的比例。

计算公式：

$$\text{门诊处方点评率} = \frac{\text{点评的门诊处方人次数}}{\text{同期门诊处方总人次数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构药学服务质量的指标。

指标七、门诊处方合格率（PHA-07）

定义：合格的门诊处方人次数占同期点评门诊处方总人次数的比例。

计算公式：

$$门诊处方合格率=\frac{合格的门诊处方人次数}{同期点评门诊处方总人次数}\times 100\%$$

意义：反映医疗机构门诊医师处方质量的重要指标。

说明：不合格处方包括不规范处方、用药不适宜处方及超常处方。

指标八、住院患者药学监护率（PHA-08）

定义：实施药学监护的住院患者数占同期住院患者总数的比例。

计算公式：

$$住院患者药学监护率=\frac{实施药学监护的住院患者数}{同期住院患者总数}\times 100\%$$

意义：反映临床药师为住院患者提供药学服务的情况。

说明：（1）药学监护主要内容包括药学查房、制订监护计划、患者用药教育、药学会诊等在病历中记录的工作；

（2）为便于统计，实施药学监护的住院患者数和同期住院患者总数均以出院患者的人数计算。

指标九、用药错误报告率（PHA-09）

定义：医疗机构某一时间范围内报告给医疗机构管理部门的用药错误人次数占同期用药患者总数的比例。

计算公式：

$$用药错误报告率=\frac{报告给医疗机构管理部门的用药错误人次数}{同期用药患者总数}\times 100\%$$

意义：反映医疗机构用药错误主动报告情况。

说明：（1）用药错误是指药品在临床使用及管理全过程中出现的、任何可以防范的用药疏失，这些疏失可以导致患者发生潜在的或直接的损害。根据发生用药错误后果的严重程度将用药错误分为 9 级：

A 级：客观环境或条件可能引发错误（错误隐患）。

B 级：发生错误但未发给患者，或已发给患者但患者未使用。

C 级：患者已使用，但未造成伤害。

D 级：患者已使用，需要监测错误对患者的后果，并根据后果判断是否需要采取措施预防和减少伤害。

E 级：错误造成患者暂时性伤害，需要采取处置措施。

F 级：错误对患者的伤害可导致患者住院或延长患者住院时间。

G 级：错误导致患者永久性伤害。

H 级：错误导致患者生命垂危，须采取维持生命的措施（如心肺复苏、除颤、插管等）；

I 级：错误导致患者死亡。

（2）同期用药患者总数指单位时间内门诊、急诊和住院患者用药人数总和。

指标十、严重或新的药品不良反应上报率（PHA-10）

定义：医疗机构单位时间内上报的严重或新的药品不良反应人数占同期用药患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{严重或新的药品不良反应上报率} = \frac{\text{严重或新的药品不良反应上报人数}}{\text{同期用药患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构重视用药安全的指标。

说明：（1）严重药品不良反应：是指因使用药品引起以下损害情形之一的反应：

1）导致死亡。

2）危及生命。

3）致癌、致畸、致出生缺陷。

4）导致显著的或者永久的人体伤残或者器官功能的损伤。

5）导致住院或者住院时间延长。

6）导致其他重要医学事件，如不进行治疗可能出现上述所列情况的。

（2）新的药品不良反应：是指药品说明书中未载明的不良反应。说明书中已有描述，但不良反应发生的性质、程度、后果或者频率与说明书描述不一致或者更严重的，按照新的药品不良反应处理。

（3）同期用药患者总数指单位时间内门诊、急诊和住院患者用药人数总和。

指标十一、住院患者抗菌药物使用情况（PHA-11）

（一）住院患者抗菌药物使用率（PHA-11A）。

定义：住院患者使用抗菌药物人数占同期医疗机构住院患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{住院患者抗菌药物使用率} = \frac{\text{住院患者使用抗菌药物人数}}{\text{同期医疗机构住院患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构住院患者抗菌药物使用情况。

说明：为便于统计，住院患者使用抗菌药物人数和住院患者总数均以出院患者的人数计算。

（二）住院患者抗菌药物使用强度（PHA-11B）。

定义：住院患者平均每日每百张床位所消耗抗菌药物的 DDD 数。

计算公式：

$$\text{住院患者抗菌药物使用强度} = \frac{\text{住院患者抗菌药物使用量（累计 DDD 数）}}{\text{同期住院患者床日数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构住院患者抗菌药物的使用情况。

说明：（1）DDD 又称“限定日剂量”，是指一个药品以主要适应证用于成年人的维持日剂量。DDD 值来源于 WHO 药物统计方法合作中心提供的 ATC Index。对于未给出明确 DDD 值的抗菌药物，参照国家卫生健康委抗菌药物临床应用监测网提供的数据。

（2）住院患者床日数 = 平均住院天数 × 同期出院患者总数。

（三）住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占比（PHA-11C）。

定义：住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占同期住院患者抗菌药物使用量的比例。

计算公式：

$$\text{住院患者特殊使用级抗菌药物使用量占比} = \frac{\text{住院患者特殊使用级抗菌药物使用量（累计 DDD 数}}{\text{同期住院患者抗菌药物使用量（累计 DDD 数）}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构特殊使用级抗菌药物的使用情况。

（四）Ⅰ类切口手术抗菌药物预防使用率（PHA-11D）。

定义： Ⅰ类切口手术预防使用抗菌药物的患者数占同期Ⅰ类切口手术患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{Ⅰ类切口手术抗菌药物预防使用率} = \frac{\text{Ⅰ类切口手术预防使用抗菌药物的患者数}}{\text{同期Ⅰ类切口手术患者总数}} \times 100\%$$

意义： 反映医疗机构抗菌药物预防用药情况。

指标十二、住院患者静脉输液使用率（PHA-12）

定义： 使用静脉输液的住院患者数占同期住院患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{住院患者静脉输液使用率} = \frac{\text{使用静脉输液的住院患者数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

意义： 反映医疗机构住院患者静脉输液的使用情况。

说明：（1）静脉输液包括静脉滴注和静脉推注。疫苗、溶媒、局麻、封闭、结膜下、肌肉、皮下、球后注射药、皮试液等不列入静脉输液的统计范围。

（2）同一患者使用多种静脉输注药物（含中药注射剂），记为 1 例。

（3）为便于统计，使用静脉输液的住院患者数和住院患者总数均以出院患者的人数计算。

指标十三、住院患者中药注射剂静脉输液使用率（PHA-13）

定义： 使用中药注射剂静脉输液的住院患者数占同期住院患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{住院患者中药注射剂静脉输液使用率} = \frac{\text{使用中药注射剂静脉输液住院患者数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

意义： 反映医疗机构住院患者中药注射剂静脉输液使用情况。

说明：（1）中药注射剂指批准文号为国药准字“Z”开头的注射剂。

（2）为便于统计，使用中药注射剂静脉输液住院患者数和住院患者总数均以出院患者数计算。

指标十四、急诊患者糖皮质激素静脉输液使用率（PHA-14）

定义：急诊静脉使用糖皮质激素的患者数占同期急诊患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{急诊患者糖皮质激素静脉输液使用率} = \frac{\text{急诊患者静脉使用糖皮质激素人数}}{\text{同期急诊患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构急诊患者静脉使用糖皮质激素情况。

说明：对不能区分门急诊的基层医疗机构按门诊患者计算。

指标十五、住院患者质子泵抑制药注射剂静脉使用率（PHA-15）

定义：静脉使用质子泵抑制药注射剂的住院患者数占同期住院患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{住院患者质子泵抑制药注射剂静脉使用率} = \frac{\text{静脉使用质子泵抑制药注射剂的住院患者数}}{\text{同期住院患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构质子泵抑制药注射剂的使用情况。

说明：（1）质子泵抑制药包括奥美拉唑、艾司奥美拉唑、泮托拉唑、兰索拉唑、雷贝拉唑、艾普拉唑。

（2）为便于统计，静脉使用质子泵抑制药注射剂的住院患者数和住院患者总数均以出院患者的人数计算

病案管理质量控制指标

（2021 年版）

一、人力资源配置指标

指标一、住院病案管理人员月均负担出院患者病历数（MER-HR-01）

定义：单位时间内，每名住院病案管理人员每月平均负担的出院患者病历数。

计算公式：

$$\text{住院病案管理人员月均负担出院患者病历数} = \frac{\text{出院患者病历总数}}{\text{同期住院病案管理人员实际工作总月数}}$$

说明：1. 住院病案管理人员是指专职从事住院病历回收、整理、扫描、装订、归档、复印、借阅、编码、统计及质量控制等工作的人员。

2. 实际工作总月数等于每名工作人员实际工作月数的总和（下同）。

指标二、门诊病案管理人员月均负担门诊患者病历数（MER-HR-02）

定义：单位时间内，每名门诊病案管理人员每月平均负担的门诊患者病历数。

计算公式：

$$\text{门诊病案管理人员月均负担门诊患者病历数} = \frac{\text{门诊患者病历总数}}{\text{同期门诊病案管理人员实际工作总月数}}$$

说明：1. 门诊病案管理人员是指专职从事门诊病案资料整理、装订、归档、复印、借阅、编码、统计及质量控制等工作的人员。

2. 门诊患者病历总数按同期门诊实际诊疗人次计算。

指标三、病案编码人员月均负担出院患者病历数（MER-HR-03）

定义：单位时间内，每名病案编码人员每月平均负担的出院患者病历数。

计算公式：

$$\text{病案编码人员月均负担出院患者病历数} = \frac{\text{出院患者病历总数}}{\text{同期病案编码人员实际工作总月数}}$$

说明：病案编码人员是指对出院病历病案首页各数据项进行信息录入，包括对疾病、手术操作信息进行 ICD 编码及审核等工作的专业技术人员。

二、病历书写时效性指标

指标四、入院记录 24 小时内完成率（MER-TL-01）

定义：单位时间内，入院记录在患者入院 24 小时内完成的住院患者病历数占同期住院患者病历总数的比例。

计算公式：

$$\text{入院记录 24 小时内完成率} = \frac{\text{入院记录在患者入院 24 小时内完成的住院患者病历数}}{\text{同期住院患者病历总数}} \times 100\%$$

指标五、手术记录 24 小时内完成率（MER-TL-02）

定义：单位时间内，手术记录在术后 24 小时内完成的住院患者病历数占同期住院手术患者病历总数的比例。

计算公式：

$$\text{手术记录 24 小时内完成率} = \frac{\text{手术记录在术后 24 小时内完成的住院患者病历数}}{\text{同期住院手术患者病历总数}} \times 100\%$$

指标六、出院记录 24 小时内完成率（MER-TL-03）

定义：单位时间内，出院记录在患者出院后 24 小时内完成的病历数占同期出院患者病历总数的比例。

计算公式：

$$出院记录\ 24\ 小时内完成率 = \frac{出院记录在患者出院后\ 24\ 小时内完成的病历数}{同期出院患者病历总数} \times 100\%$$

指标七、病案首页 24 小时内完成率（MER-TL-04）

定义：单位时间内，病案首页在患者出院后 24 小时内完成的病历数占同期出院患者病历总数的比例。

计算公式：

$$病案首页\ 24\ 小时内完成率 = \frac{病案首页在患者出院后\ 24\ 小时内完成的病历数}{同期出院患者病历总数} \times 100\%$$

三、重大检查记录符合率

指标八、CT/MRI 检查记录符合率（MER-ME-01）

定义：单位时间内，CT/MRI 检查医嘱、报告单、病程记录相对应的住院患者病历数占接受 CT/MRI 检查的住院患者病历总数的比例。

计算公式：

$$CT/MRI\ 检查记录符合率 = \frac{\begin{array}{c}CT/MRI\ 检查医嘱、报告单、病程记录相对应的\\ 住院病历数\end{array}}{\begin{array}{c}同期接受\ CT/MRI\ 检查的\\ 住院病历总数\end{array}} \times 100\%$$

说明：CT/MRI 检查医嘱、报告单、病程记录相对应是指在接受 CT/MRI 检查的住院患者病历中，CT/MRI 相关医嘱、报告单完整，检查结果及分析在病程记录中有相应记录。

指标九、病理检查记录符合率（MER-ME-02）

定义：单位时间内，手术记录、病理检查报告单、病程记录相对应的住院患者病历数占同期开展病理检查的住院患者病历总数的比例。

计算公式：

$$\text{病理检查记录符合率} = \frac{\text{手术记录、病理检查报告单、病程记录相对应的住院患者病历数}}{\text{同期开展病理检查的住院患者病历总数}} \times 100\%$$

说明：手术记录、病理检查报告单、病程记录相对应是指在开展病理检查的住院患者病历中，病理检查报告单完整，取材情况和病理结果分别在手术记录、病程记录中有相应记录。

指标十、细菌培养检查记录符合率（MER-ME-03）

定义：单位时间内，细菌培养检查的医嘱、报告单、病程记录相对应的住院患者病历数占同期开展细菌培养检查的住院患者病历总数的比例。

计算公式：

$$\text{细菌培养检查记录符合率} = \frac{\text{细菌培养检查的医嘱、报告单、病程记录相对应的住院患者病历数}}{\text{同期开展细菌培养检查的住院患者病历总数}} \times 100\%$$

说明：细菌培养检查的医嘱、报告单、病程记录相对应是指在开展细菌培养检查的住院患者病历中，细菌培养检查相关医嘱、报告单完整，培养结果及分析在病程记录中有相应记录。

四、诊疗行为记录符合率

指标十一、抗菌药物使用记录符合率（MER-D&T-01）

定义：单位时间内，抗菌药物使用医嘱、病程记录相对应的住院患者病历数占同期

使用抗菌药物的住院患者病历总数的比例。

计算公式：

$$抗菌药物使用记录符合率=\frac{抗菌药物使用医嘱、病程记录相对应的住院患者病历数}{同期使用抗菌药物的住院患者病历总数}\times 100\%$$

说明：1. 抗菌药物使用医嘱、病程记录相对应是指在使用抗菌药物治疗的住院患者病历中，抗菌药物使用相关医嘱单完整，使用情况在病程记录中有相应记录。

2. 抗菌药物的范围见《抗菌药物临床应用管理办法》（卫生部令第 84 号）。

指标十二、恶性肿瘤化学治疗记录符合率（MER-D&T-02）

定义：单位时间内，恶性肿瘤化学治疗医嘱、病程记录相对应的住院患者病历数占同期接受恶性肿瘤化学治疗的住院患者病历总数的比例。

计算公式：

$$恶性肿瘤化学治疗记录符合率=\frac{恶性肿瘤化学治疗医嘱、病程记录相对应的住院患者病历数}{同期接受恶性肿瘤化学治疗的住院患者病历总数}\times 100\%$$

说明：恶性肿瘤化学治疗医嘱、病程记录相对应是指在接受恶性肿瘤化学治疗的住院患者病历中，化学治疗医嘱完整，治疗情况在病程记录中有相应记录。

指标十三、恶性肿瘤放射治疗记录符合率（MER-D&T-03）

定义：单位时间内，恶性肿瘤放射治疗医嘱（治疗单）、病程记录相对应的住院患者病历数占同期接受恶性肿瘤放射治疗的住院患者病历总数的比例。

计算公式：

$$恶性肿瘤放射治疗记录符合率=\frac{恶性肿瘤放射治疗医嘱（治疗单）、病程记录相对应的住院患者病历数}{同期开展恶性肿瘤放射治疗的住院患者病历总数}\times 100\%$$

说明：恶性肿瘤放射治疗医嘱（治疗单）、病程记录相对应是指在接受恶性肿瘤放射治疗的住院患者病历中，放射治疗医嘱（治疗单）完整，治疗情况在病程记录中有相应记录。

指标十四、手术相关记录完整率（MER-D&T-04）

定义：单位时间内，手术相关记录完整的住院手术患者病历数占同期住院手术患者病历总数的比例。

计算公式：

$$\text{手术相关记录完整率} = \frac{\text{手术相关记录完整的住院患者病历数}}{\text{同期住院手术患者病历总数}} \times 100\%$$

说明：手术相关记录完整是指在接受手术治疗的住院患者病历中，手术医嘱、术前讨论结论、手术记录、手术安全核查表等手术相关内容符合《医疗质量安全核心制度要点》（国卫医发〔2018〕8 号）《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11 号）等文件要求。

指标十五、植入物相关记录符合率（MER-D&T-05）

定义：单位时间内，植入物相关记录符合的住院患者病历数占同期使用植入物的住院患者病历总数的比例。

计算公式：

$$\text{植入物相关记录符合率} = \frac{\text{植入物相关记录符合的住院患者病历数}}{\text{同期使用植入物的住院患者病历总数}} \times 100\%$$

说明：植入物相关记录符合是指植入物条形码齐全，植入物种类和数量等情况在手术记录或病程记录中有相应记录。

指标十六、临床用血相关记录符合率（MER-D&T-06）

定义：单位时间内，临床用血相关记录符合的住院患者病历数占同期存在临床用血的住院患者病历总数的比例。

计算公式：

$$\text{临床用血相关记录符合率} = \frac{\text{临床用血相关记录符合的住院患者病历数}}{\text{同期存在临床用血的住院患者病历总数}} \times 100\%$$

说明：临床用血相关记录符合是指输血知情同意书、医嘱、输血记录单等相关内容符合《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）《医疗机构临床用血管理办法》（卫生部令第85号）等文件要求。

指标十七、医师查房记录完整率（MER-D&T-07）

定义：单位时间内，医师查房记录完整的住院患者病历数占同期住院患者病历总数的比例。

计算公式：

$$\text{医师查房记录完整率} = \frac{\text{医师查房记录完整的住院患者病历数}}{\text{同期住院患者病历总数}} \times 100\%$$

说明：医师查房记录完整是指医师查房记录符合《医疗质量安全核心制度要点》（国卫医发〔2018〕8号）《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）要求。

指标十八、患者抢救记录及时完成率（MER-D&T-08）

定义：单位时间内，抢救记录及时完成的住院患者病历数占同期接受抢救的住院患者病历总数的比例。

计算公式：

$$\text{患者抢救记录及时完成率} = \frac{\text{抢救记录及时完成的住院患者病历数}}{\text{同期接受抢救的住院患者病历总数}} \times 100\%$$

说明：抢救记录及时完成是指抢救记录的书写时限和内容符合《医疗质量安全核心制度要点》（国卫医发〔2018〕8号）《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11号）要求。

五、病历归档质量指标

指标十九、出院患者病历2日归档率（MER-TQ-01）

定义：单位时间内，2个工作日内完成归档的出院患者病历数占同期出院患者病历

总数的比例。

计算公式：

$$出院患者病历 2 日归档率 = \frac{2 个工作日内完成归档的出院患者病历数}{同期出院患者病历总数} \times 100\%$$

指标二十、出院患者病历归档完整率（MER-TQ-02）

定义：单位时间内，归档病历内容完整的出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例。

计算公式：

$$出院患者病历归档完整率 = \frac{归档病例内容完整的出院患者病历数}{同期出院患者病历总数} \times 100\%$$

说明：病历内容完整是指归档病历内容符合《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11 号）要求。

指标二十一、主要诊断填写正确率（MER-TQ-03）

定义：单位时间内，病案首页中主要诊断填写正确的出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例。

计算公式：

$$主要诊断填写正确率 = \frac{病案首页中主要诊断填写正确的出院患者病历数}{同期出院患者病历总数} \times 100\%$$

说明：主要诊断填写正确是指主要诊断填写符合《卫生部关于修订住院病案首页的通知》（卫医政发 [2011] 84 号）《国家卫生计生委办公厅关于印发住院病案首页数据填写质量规范（暂行）》（国卫办医发 [2016] 24 号）要求。

指标二十二、主要诊断编码正确率（MER-TQ-04）

定义：单位时间内，病案首页中主要诊断编码正确的出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例。

计算公式：

$$主要诊断编码正确率 = \frac{病案首页中主要诊断编码正确的出院患者病历数}{同期出院患者病历总数} \times 100\%$$

说明：主要诊断编码正确是指主要诊断编码符合国家统一发布的最新的《疾病分类与代码国家临床版》要求。

指标二十三、主要手术填写正确率（MER-TQ-05）

定义：单位时间内，病案首页中主要手术填写正确的出院患者病历数占同期出院手术患者病历总数的比例。

计算公式：

$$主要手术填写正确率 = \frac{病案首页中主要手术填写正确的出院患者病历数}{同期出院手术患者病历总数} \times 100\%$$

说明：主要手术操作填写正确是指主要手术填写符合《卫生部关于修订住院病案首页的通知》（卫医政发〔2011〕84号）《国家卫生计生委办公厅关于印发住院病案首页数据填写质量规范（暂行）》（国卫办医发〔2016〕24号）相关要求。

指标二十四、主要手术编码正确率（MER-TQ-06）

定义：单位时间内，病案首页中主要手术编码正确的出院患者病历数占同期出院手术患者病历总数的比例。

计算公式：

$$主要手术编码正确率 = \frac{病案首页中主要手术编码正确的出院患者病历数}{同期出院手术患者病历总数} \times 100\%$$

说明：主要手术编码正确是指主要手术编码符合国家统一发布的最新的《手术操作与分类代码国家临床版》有关要求。

指标二十五、不合理复制病历发生率（MER-TQ-07）

定义：单位时间内，出现不合理复制病历内容的出院患者病历数占同期出院患者病

历总数的比例。

计算公式：

$$不合理复制病历发生率 = \frac{出现不合理复制病历内容的出院患者病历数}{同期出院患者病历总数} \times 100\%$$

说明：不合理复制病历内容是指首次病程记录病例特点与入院记录、现病史完全相同；拟诊讨论部分重复病例特点；2 次以上病程记录完全相同；同科同种疾病拟诊讨论内容完全相同。

指标二十六、知情同意书规范签署率（MER-TQ-08）

定义：单位时间内，规范签署知情同意书的出院患者病历数占同期存在知情同意书签署的出院患者病历总数的比例。

计算公式：

$$知情同意书规范签署率 = \frac{规范签署知情同意书的出院患者病历数}{同期存在知情同意书签署的出院患者病历总数} \times 100\%$$

说明：规范签署知情同意书是指病历中各类知情同意书签署符合《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11 号）《医疗纠纷预防和处置条例》（中华人民共和国国务院令第 701 号）有关规定。

指标二十七、甲级病历率（MER-TQ-09）

定义：单位时间内，甲级出院患者病历数占同期出院患者病历总数的比例。

计算公式：$$甲级病历率 = \frac{甲级出院患者病历数}{同期出院患者病历总数} \times 100\%$$

心血管系统疾病相关专业
医疗质量控制指标（2021 年版）

一、急性 ST 段抬高型心肌梗死（16 项指标）
二、心房颤动（5 项指标）
三、心力衰竭（11 项指标）
四、高血压（4 项指标）
五、冠状动脉旁路移植术（13 项指标）
六、二尖瓣手术（9 项指标）
七、主动脉瓣手术（9 项指标）
八、主动脉腔内修复术（12 项指标）
九、先心病介入治疗技术（8 项指标）
十、冠心病介入治疗技术（11 项指标）
十一、心律失常介入治疗技术（7 项指标）

一、急性 ST 段抬高型心肌梗死

指标一、急性 ST 段抬高型心肌梗死（STEMI）患者到院 10 分钟内完成 12 导联（及以上）心电图检查率（CVD-STEMI-01）

定义：单位时间内，到院 10 分钟内完成 12 导联（及以上）心电图检查的急性 STEMI 患者数，占同期急性 STEMI 患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{急性 STEMI 患者到院 10 分钟内完成 12 导联（及以上）心电图检查率} = \frac{\text{到院 10 分钟内完成 12 导联（及以上）心电图检查的急性 STEMI 患者数}}{\text{同期急性 STEMI 患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价医院对急性 STEMI 患者检查评估的及时性、规范性。

说明：到院指到达急诊或门诊（下同）。

指标二、急性 STEMI 患者到院 1 小时内阿司匹林治疗率（CVD-STEMI-02）

定义：单位时间内，到院 1 小时内给予阿司匹林治疗的急性 STEMI 患者数，占同期急性 STEMI 患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{急性 STEMI 患者到院 1 小时内阿司匹林治疗率} = \frac{\text{到院 1 小时内给予阿司匹林治疗的急性 STEMI 患者数}}{\text{同期急性 STEMI 患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价 STEMI 急性期规范化诊疗情况。

指标三、急性 STEMI 患者到院 1 小时内 P2Y12 受体拮抗剂治疗率（CVD-STEMI-03）

定义：单位时间内，到院 1 小时内给予 P2Y12 受体拮抗剂治疗的急性 STEMI 患者

数，占同期急性 STEMI 患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{急性 STEMI 患者到院 1 小时内 P2Y12 受体拮抗剂治疗率} = \frac{\text{到院 1 小时内给予 P2Y12 受体拮抗剂治疗的急性 STEMI 患者数}}{\text{同期急性 STEMI 患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价 STEMI 急性期规范化诊疗情况。

指标四、发病 24 小时内急性 STEMI 患者再灌注治疗率（CVD-STEMI-04）

定义：单位时间内，发病 24 小时内接受再灌注治疗的急性 STEMI 患者数，占同期发病 24 小时内急性 STEMI 患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{发病 24 小时内急性 STEMI 患者再灌注治疗率} = \frac{\text{发病 24 小时内接受再灌注治疗的急性 STEMI 患者数}}{\text{同期发病 24 小时内急性 STEMI 患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价医院对急性 STEMI 患者救治的规范性。

说明：再灌注治疗方式包括：经皮冠状动脉介入治疗（PCI）或静脉溶栓。

指标五、发病 24 小时内急性 STEMI 患者到院 90 分钟内进行直接经皮冠状动脉介入治疗（PCI）的比例（CVD-STEMI-05）

定义：单位时间内，发病 24 小时内急性 STEMI 患者中，从到院至进行直接 PCI 治疗导丝通过靶血管（Door to Device，DTD）的时间小于等于 90 分钟的患者数，占同期发病 24 小时内急性 STEMI 患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{发病 24 小时内急性 STEMI 患者到院 90 分钟内进行直接 PCI 的比例} = \frac{\text{发病 24 小时内急性 STEMI 患者中 DTD 的时间小于等于 90 分钟的患者数}}{\text{同期发病 24 小时内急性 STEMI 患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价医院对急性 STEMI 患者救治的及时性。

指标六、发病 24 小时内急性 STEMI 患者到院 30 分钟内给予静脉溶栓治疗的比例（CVD-STEMI-06）

定义：单位时间内，发病 24 小时内急性 STEMI 患者中，从到院至给予静脉溶栓药物（Door to Needle，DTN）时间小于等于 30 分钟的患者数，占同期发病 24 小时内接受静脉溶栓治疗的急性 STEMI 患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{发病 24 小时内急性 STEMI 患者到院 30 分钟内给予静脉溶栓治疗的比例} = \frac{\text{发病 24 小时内急性 STEMI 患者中 DTN 时间小于等于 30 分钟的患者数}}{\text{同期发病 24 小时内接受静脉溶栓治疗的急性 STEMI 患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价医院对急性 STEMI 患者救治的及时性。

指标七、急性 STEMI 患者到院 24 小时内 β 受体阻滞剂治疗率（CVD-STEMI-07）

定义：单位时间内，到院 24 小时内给予 β 受体阻滞剂治疗的急性 STEMI 患者数，占同期急性 STEMI 患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{急性 STEMI 患者到院 24 小时内 β 受体阻滞剂治疗率} = \frac{\text{到院 24 小时内给予 β 受体阻滞剂治疗的急性 STEMI 患者数}}{\text{同期急性 STEMI 患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价 STEMI 急性期规范化诊疗情况。

指标八、急性 STEMI 患者住院期间应用超声心动图（UCG）评价左心室射血分数（LVEF）的比例（CVD-STEMI-08）

定义：单位时间内，住院期间通过 UCG 评价 LVEF 的急性 STEMI 患者数，占同期急性 STEMI 患者总数的比例。

计算公式：

急性 STEMI 患者住院期间应用 UCG 评价 LVEF 的比例 = 住院期间通过 UCG 评价 LVEF 的急性 STEMI 患者数 / 同期急性 STEMI 患者总数 × 100%

意义：评价 STEMI 急性期规范化诊疗与评估情况。

指标九、急性 STEMI 患者出院阿司匹林使用率（CVD-STEMI-09）

定义：单位时间内，出院使用阿司匹林的急性 STEMI 患者数，占同期急性 STEMI 患者总数的比例。

计算公式：

急性 STEMI 患者出院阿司匹林使用率 = 出院使用阿司匹林的急性 STEMI 患者数 / 同期急性 STEMI 患者总数 × 100%

意义：评价 STEMI 二级预防情况。

指标十、急性 STEMI 患者出院 P2Y12 受体拮抗剂使用率（CVD-STEMI-10）

定义：单位时间内，出院使用 P2Y12 受体拮抗剂的急性 STEMI 患者数，占同期急性 STEMI 患者总数的比例。

计算公式：

急性 STEMI 患者出院 P2Y12 受体拮抗剂使用率 = 出院使用 P2Y12 受体拮抗剂的急性 STEMI 患者数 / 同期急性 STEMI 患者总数 × 100%

意义：评价 STEMI 二级预防情况。

指标十一、急性 STEMI 患者出院 β 受体阻滞剂使用率（CVD-STEMI-11）

定义：单位时间内，出院使用 β 受体阻滞剂的急性 STEMI 患者数，占同期急性 STEMI 患者总数的比例。

计算公式：

急性 STEMI 患者出院 β 受体阻滞剂使用率 = 出院使用 β 受体阻滞剂的急性 STEMI 患者数 / 同期急性 STEMI 患者总数 × 100%

意义：评价 STEMI 二级预防情况。

指标十二、急性 STEMI 患者出院血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）或血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂（ARB）使用率（CVD-STEMI-12）

定义：单位时间内，出院使用 ACEI 或 ARB 的急性 STEMI 患者数，占同期急性 STEMI 患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{急性 STEMI 患者出院 ACEI/ARB 使用率} = \frac{\text{出院使用 ACEI/ARB 的急性 STEMI 患者数}}{\text{同期急性 STEMI 患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价 STEMI 二级预防情况。

指标十三、急性 STEMI 患者出院他汀类药物使用率（CVD-STEMI-13）

定义：单位时间内，出院使用他汀类药物的急性 STEMI 患者数，占同期急性 STEMI 患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{急性 STEMI 患者出院他汀类药物使用率} = \frac{\text{出院使用他汀类药物的急性 STEMI 患者数}}{\text{同期急性 STEMI 患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价 STEMI 二级预防情况。

指标十四、急性 STEMI 患者住院死亡率（CVD-STEMI-14）

定义：单位时间内，住院期间死亡的急性 STEMI 患者数，占同期急性 STEMI 患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{急性 STEMI 患者住院死亡率} = \frac{\text{住院期间死亡的急性 STEMI 患者数}}{\text{同期急性 STEMI 患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价医院 STEMI 诊疗的整体水平。

指标十五、急性 STEMI 患者出院后 30 天内非计划再入院率（CVD-STEMI-15）

定义：单位时间内，出院后 30 天内，原先无计划再入院，而因任何原因再次入院

的急性 STEMI 患者数，占同期出院的急性 STEMI 患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{急性 STEMI 患者出院后 30 天内非计划再入院率} = \frac{\text{出院后 30 天内，原先无计划再入院，而因任何原因再次入院的急性 STEMI 患者数}}{\text{同期出院的急性 STEMI 患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价医院 STEMI 诊疗的整体水平。

说明：再次入院的医疗机构不限。

指标十六、急性 STEMI 患者 30 天死亡率（CVD-STEMI-16）

定义：单位时间内，确诊急性 STEMI 后 30 天死亡的急性 STEMI 患者数，占同期急性 STEMI 患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{急性 STEMI 患者 30 天死亡率} = \frac{\text{确诊急性 STEMI 后 30 天死亡的急性 STEMI 患者数}}{\text{同期急性 STEMI 患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价医院 STEMI 诊疗的整体水平。

二、心房颤动

指标一、非瓣膜性心房颤动（房颤）患者血栓栓塞风险评估率（CVD-AF-01）

定义：单位时间内，行血栓栓塞风险评估的非瓣膜性房颤患者数，占同期非瓣膜性房颤患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{非瓣膜性房颤患者血栓栓塞风险评估率} = \frac{\text{行血栓栓塞风险评估的非瓣膜性房颤患者数}}{\text{同期非瓣膜性房颤患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价非瓣膜性房颤患者评估的规范性。

说明：血栓栓塞风险评估推荐采用 CHA 2DS 2-VASc 评分。

指标二、非瓣膜性房颤患者出院抗凝药物使用率（CVD-AF-02）

定义：单位时间内，出院使用抗凝药物的非瓣膜性房颤患者数，占同期非瓣膜性房颤患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{非瓣膜性房颤患者出院抗凝药物使用率} = \frac{\text{出院使用抗凝药物的非瓣膜性房颤患者数}}{\text{同期非瓣膜性房颤患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价非瓣膜性房颤治疗的规范性。

指标三、瓣膜性房颤患者出院华法林使用率（CVD-AF-03）

定义：单位时间内，出院使用华法林的瓣膜性房颤患者数，占同期瓣膜性房颤患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{瓣膜性房颤患者出院华法林使用率} = \frac{\text{出院使用华法林的瓣膜性房颤患者数}}{\text{同期瓣膜性房颤患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价瓣膜性房颤治疗的规范性。

指标四、房颤患者出血风险评估率（CVD-AF-04）

定义：单位时间内，行出血风险评估的房颤患者数，占同期房颤患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{房颤患者出血风险评估率} = \frac{\text{行出血风险评估的房颤患者数}}{\text{同期房颤患者总数}} \times 100\%$$

说明：出血风险评估推荐采用 HAS-BLED 评分、ORBIT 评分或 ABC 评分等。

意义：评价房颤患者评估的规范性。

指标五、房颤患者左心耳封堵术并发症发生率（CVD-AF-05）

定义：单位时间内，左心耳封堵术中及术后发生并发症的房颤患者数，占同期行左心耳封堵的房颤患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{房颤患者左心耳封堵术并发症发生率}=\frac{\text{左心耳封堵术中及术后发生并发症的房颤患者数}}{\text{同期行左心耳封堵的房颤患者总数}}\times 100\%$$

意义：评价房颤左心耳封堵手术安全性。

说明：左心耳封堵术并发症指：（1）影像学检查确诊的穿刺部位假性动脉瘤；（2）影像学检查确诊的穿刺部位动静脉瘘；（3）左心耳封堵术中以及术后 72 小时内新发或增多的心包积液，且合并下列情况之一：行心包穿刺引流、行外科修补；（4）术中及术后 72 小时内的脑卒中；（5）封堵器脱位。

三、心力衰竭

指标一、心力衰竭患者入院 24 小时内利钠肽检测率（CVD-HF-01）

定义：单位时间内，入院 24 小时内进行利钠肽检测的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{心力衰竭患者入院 24 小时内利钠肽检测率}=\frac{\text{入院 24 小时内进行利钠肽检测的心力衰竭患者数}}{\text{同期心力衰竭患者总数}}\times 100\%$$

意义：评价心力衰竭患者评估规范性、及时性。

说明：利钠肽检测包括 N 末端 B 型利钠肽原（NT-proBNP）和 B 型利钠肽（BNP）。

指标二、心力衰竭患者入院 48 小时内心脏功能评估率（CVD-HF-02）

定义：单位时间内，入院 48 小时内进行超声心动图检查的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{心力衰竭患者入院 48 小时内心脏功能评估率}=\frac{\text{入院 48 小时内进行超声心动图检查的心力衰竭患者数}}{\text{同期心力衰竭患者总数}}\times 100\%$$

意义：评价心力衰竭患者评估规范性、及时性。

指标三、心力衰竭伴容量超负荷患者住院期间利尿剂治疗率（CVD-HF-03）

定义：单位时间内，住院期间接受利尿剂治疗的心力衰竭伴容量超负荷患者数，占同期心力衰竭伴容量超负荷患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{心力衰竭伴容量超负荷患者住院期间利尿剂治疗率}=\frac{\text{住院期间接受利尿剂治疗的心力衰竭伴容量超负荷患者数}}{\text{同期心力衰竭伴容量超负荷患者总数}}\times 100\%$$

意义：评价医院救治心力衰竭患者的规范性。

指标四、心力衰竭患者出院血管紧张素转化酶抑制剂（ACEI）或血管紧张素受体阻断剂（ARB）或血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂（ARNI）使用率（CVD-HF-04）

定义：单位时间内，出院使用 ACEI 或 ARB 或 ARNI 的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{心力衰竭患者出院ACEI/ARB/ARNI使用率}=\frac{\text{出院使用ACEI/ARB/ARNI的心力衰竭患者数}}{\text{同期心力衰竭患者总数}}\times 100\%$$

意义：评价医院救治心力衰竭患者的规范性。

指标五、心力衰竭患者出院 β 受体阻滞剂使用率（CVD-HF-05）

定义：单位时间内，出院使用 β 受体阻滞剂的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{心力衰竭患者出院}\beta\text{受体阻滞剂使用率}=\frac{\text{出院使用}\beta\text{受体阻滞剂的心力衰竭患者数}}{\text{同期心力衰竭患者总数}}\times 100\%$$

意义：评价医院救治心力衰竭患者的规范性。

指标六、心力衰竭患者出院醛固酮受体拮抗剂使用率（CVD-HF-06）

定义：单位时间内，出院使用醛固酮受体拮抗剂的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{心力衰竭患者出院醛固酮受体拮抗剂使用率}=\frac{\text{出院使用醛固酮受体拮抗剂的心力衰竭患者数}}{\text{同期心力衰竭患者总数}}\times 100\%$$

意义：评价医院救治心力衰竭患者的规范性。

指标七、心力衰竭患者住院期间心脏再同步化治疗（CRT）使用率（CVD-HF-07）

定义：单位时间内，住院期间给予 CRT 治疗的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{心力衰竭患者住院期间 CRT 使用率}=\frac{\text{住院期间给予 CRT 治疗的心力衰竭患者数}}{\text{同期心力衰竭患者总数}}\times 100\%$$

意义：评价医院救治心力衰竭患者的情况。

指标八、心力衰竭患者住院死亡率（CVD-HF-08）

定义：单位时间内，住院期间死亡的心力衰竭患者数，占同期心力衰竭患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{心力衰竭患者住院死亡率}=\frac{\text{住院期间死亡的心力衰竭患者数}}{\text{同期心力衰竭患者总数}}\times 100\%$$

意义：评价心力衰竭患者救治效果。

指标九、心力衰竭患者出院 30 天随访率（CVD-HF-09）

定义：单位时间内，出院 30 天随访的心力衰竭患者数，占同期出院心力衰竭患者

总数的比例。

计算公式：

$$\text{心力衰竭患者出院 30 天随访率} = \frac{\text{出院 30 天随访的心力衰竭患者数}}{\text{同期出院心力衰竭患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价医院对心力衰竭患者出院后的管理情况。

说明：随访方式包括但不限于电话随访、网络随访、门诊随访。

指标十、心力衰竭患者出院后 30 天内心力衰竭再入院率（CVD-HF-10）

定义：单位时间内，出院后 30 天内因心力衰竭再入院的心力衰竭患者数，占同期出院的心力衰竭患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{心力衰竭患者出院后 30 天内心力衰竭再入院率} = \frac{\text{出院后 30 天内因心力衰竭再入院的心力衰竭患者数}}{\text{同期出院的心力衰竭患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价医院对心力衰竭患者出院后的管理情况。

指标十一、心力衰竭患者出院后 30 天死亡率（CVD-HF-11）

定义：单位时间内，出院后 30 天内死亡的心力衰竭患者数，占同期出院的心力衰竭患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{心力衰竭患者出院后 30 天死亡率} = \frac{\text{出院后 30 天内死亡的心力衰竭患者数}}{\text{同期出院的心力衰竭患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价医院对心力衰竭患者出院后的管理情况。

四、高血压

指标一、动态血压监测率（CVD-HT-01）

定义：单位时间内，住院期间接受动态血压监测的高血压患者数，占同期高血压住

院患者总数的比例。

计算公式：

$$动态血压监测率 = \frac{住院期间接受动态血压监测的高血压患者数}{同期高血压住院患者总数} \times 100\%$$

意义：评价医院对高血压患者规范评估情况。

说明：动态血压监测是指通过自动血压测量仪器监测血压水平。

指标二、心血管风险评估率（CVD-HT-02）

定义：单位时间内，住院期间接受心血管风险评估的高血压患者数，占同期高血压住院患者总数的比例。

计算公式：

$$心血管风险评估率 = \frac{住院期间接受心血管风险评估的高血压患者数}{同期高血压住院患者总数} \times 100\%$$

意义：评价医院对高血压患者规范评估情况。

说明：心血管风险评估是指完成了心脏、肾脏、血管、眼底四项检查中的两项及以上。

指标三、原发性醛固酮增多症肾素醛固酮检测规范率（CVD-PA-03）

定义：单位时间内，住院期间接受规范检测肾素醛固酮的原发性醛固酮增多症患者数，占同期原发性醛固酮增多症住院患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{原发性醛固酮增多症肾素醛固酮检测规范率} = \frac{\text{住院期间接受规范检测肾素醛固酮的原发性醛固酮增多症患者数}}{\text{同期原发性醛固酮增多症住院患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价医院对原发性醛固酮增多症诊治的规范性。

说明：规范检测肾素醛固酮：停用影响肾素醛固酮检测药物至少 2 周（利尿剂及甘草提炼物至少 4 周）后进行监测，停药期间可使用 α 受体阻滞剂及非二氢吡啶类钙拮抗剂控制血压。

指标四、原发性醛固酮增多症确诊试验开展率（CVD-PA-04）

定义：单位时间内，住院期间接受确诊试验检查的原发性醛固酮增多症患者数，占同期原发性醛固酮增多症住院患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{原发性醛固酮增多症确诊试验开展率}=\frac{\text{住院期间接受确诊试验检查的原发性醛固酮增多症患者数}}{\text{同期原发性醛固酮增多症住院患者总数}}\times 100\%$$

意义：评价医院对原发性醛固酮增多症诊治的规范性。

说明：确诊试验包括卡托普利试验、生理盐水输注试验、口服高钠饮食、氟氢可的松试验。

五、冠状动脉旁路移植术

指标一、单纯冠状动脉旁路移植术住院死亡率（CVD-CABG-01）

定义：单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术住院期间死亡的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{单纯冠状动脉旁路移植术住院死亡率}=\frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术住院期间死亡的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}}\times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

指标二、单纯冠状动脉旁路移植术后机械通气时间大于等于 24 小时发生率（CVD-CABG-02）

定义：单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术后连续机械通气时间大于等于 24 小时的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{单纯冠状动脉旁路移植术后机械通气时间大于等于24小时发生率} = \frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术后连续机械通气时间大于等于24小时的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

说明：拔管后再次机械通气时间不计算在内。

指标三、单纯冠状动脉旁路移植术后胸骨深部感染发生率（CVD-CABG-03）

定义：单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术后发生胸骨深部感染的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{单纯冠状动脉旁路移植术后胸骨深部感染发生率} = \frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术后发生胸骨深部感染的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

说明：胸骨深部感染包括肌肉、骨骼和纵膈的感染。

指标四、单纯冠状动脉旁路移植术后脑卒中发生率（CVD-CABG-04）

定义：单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术后发生脑卒中的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{单纯冠状动脉旁路移植术后脑卒中发生率} = \frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术后发生脑卒中的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

指标五、单纯冠状动脉旁路移植术非计划二次手术率（CVD-CABG-05）

定义：单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术后非计划二次手术的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{单纯冠状动脉旁路移植术非计划二次手术率}=\frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术后非计划二次手术的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}}\times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

指标六、单纯冠状动脉旁路移植术后急性肾衰竭发生率（CVD-CABG-06）

定义：单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术后发生急性肾衰竭的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{单纯冠状动脉旁路移植术后急性肾衰竭发生率}=\frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术后发生急性肾衰竭的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}}\times 100\%$$

说明：术后急性肾衰竭是指术后最高血清肌酐值是术前基线值的 3.0 倍；或血肌酐值增至≥ 4.0mg/dl（≥ 353.6μmol/l）；或开始肾脏替代治疗（下同）。

指标七、单纯冠状动脉旁路移植术前 24 小时 β 受体阻滞剂使用率（CVD-CABG-07）

定义：单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术前 24 小时内使用 β 受体阻滞剂的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{单纯冠状动脉旁路移植术前 24 小时 } \beta \text{ 受体阻滞剂使用率} = \frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术前 24 小时内使用 } \beta \text{ 受体阻滞剂的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价单纯冠状动脉旁路移植术二级预防情况。

指标八、单纯冠状动脉旁路移植术围术期输血率（CVD-CABG-08）

定义：单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术围术期输血的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{单纯冠状动脉旁路移植术围术期输血率} = \frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术围术期输血的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价围术期血制品使用情况。

说明：围术期指术中及术后住院的全部过程；血制品指异体全血、红细胞、血小板、新鲜冰冻血浆和冷沉淀。

指标九、单纯冠状动脉旁路移植术中乳内动脉血管桥使用率（CVD-CABG-09）

定义：单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术中使用乳内动脉血管桥的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{单纯冠状动脉旁路移植术中乳内动脉血管桥使用率} = \frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术中使用乳内动脉血管桥的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价手术血管桥选择的规范性。

说明：乳内动脉血管桥包括左侧原位乳内动脉血管桥、右侧原位乳内动脉血管桥以及游离乳内动脉血管桥。

指标十、单纯冠状动脉旁路移植术后 24 小时内阿司匹林使用率（CVD-CABG-10）

定义：单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术后 24 小时内使用阿司匹林的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{单纯冠状动脉旁路移植术后 24 小时内阿司匹林使用率} = \frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术后 24 小时内使用阿司匹林的患者}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价单纯冠状动脉旁路移植术二级预防情况。

指标十一、单纯冠状动脉旁路移植术出院他汀类药物使用率（CVD-CABG-11）

定义：单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用他汀类药物的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{单纯冠状动脉旁路移植术出院他汀类药物使用率} = \frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用他汀类药物的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价单纯冠状动脉旁路移植术二级预防情况。

指标十二、单纯冠状动脉旁路移植术出院阿司匹林使用率（CVD-CABG-12）

定义：单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用阿司匹林的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{单纯冠状动脉旁路移植术出院阿司匹林使用率}=\frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用阿司匹林的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}}\times 100\%$$

意义：评价单纯冠状动脉旁路移植术二级预防情况。

指标十三、单纯冠状动脉旁路移植术出院 β 受体阻滞剂使用率（CVD-CABG-13）

定义：单位时间内，行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用 β 受体阻滞剂的患者数，占同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{单纯冠状动脉旁路移植术出院 β 受体阻滞剂使用率}=\frac{\text{行单纯冠状动脉旁路移植术出院使用 β 受体阻滞剂的患者数}}{\text{同期行单纯冠状动脉旁路移植术的患者总数}}\times 100\%$$

意义：评价单纯冠状动脉旁路移植术二级预防情况。

六、二尖瓣手术

指标一、二尖瓣手术住院死亡率（CVD-MVS-01）

定义：单位时间内，行二尖瓣手术住院期间死亡的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{二尖瓣手术住院死亡率}=\frac{\text{行二尖瓣手术住院期间死亡的患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术的患者总数}}\times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

指标二、二尖瓣手术后机械通气时间大于等于 24 小时发生率（CVD-MVS-02）

定义：单位时间内，行二尖瓣手术后连续机械通气时间大于等于 24 小时的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{二尖瓣手术后机械通气时间大于等于 24 小时发生率}=\frac{\text{行二尖瓣手术后连续机械通气时间大于等于 24 小时的患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术的患者总数}}\times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

说明：拔管后再次机械通气时间不计算在内。

指标三、二尖瓣手术后胸骨深部感染发生率（CVD-MVS-03）

定义：单位时间内，行二尖瓣手术后发生胸骨深部感染的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{二尖瓣手术后胸骨深部感染发生率}=\frac{\text{行二尖瓣手术后发生胸骨深部感染的患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术的患者总数}}\times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

说明：胸骨深部感染包括肌肉、骨骼和纵膈的感染。

指标四、二尖瓣手术后脑卒中发生率（CVD-MVS-04）

定义：单位时间内，行二尖瓣手术后发生脑卒中的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{二尖瓣手术后脑卒中发生率}=\frac{\text{行二尖瓣手术后发生脑卒中的患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术的患者总数}}\times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

指标五、二尖瓣手术非计划二次手术率（CVD-MVS-05）

定义：单位时间内，行二尖瓣手术后非计划二次手术的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{二尖瓣手术非计划二次手术率}=\frac{\text{行二尖瓣手术后非计划二次手术的患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术的患者总数}}\times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

指标六、二尖瓣手术后急性肾衰竭发生率（CVD-MVS-06）

定义：单位时间内，行二尖瓣手术后发生急性肾衰竭的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{二尖瓣手术后急性肾衰竭发生率}=\frac{\text{行二尖瓣手术后发生急性肾衰竭的患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术的患者总数}}\times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

指标七、因退行性病变导致二尖瓣关闭不全的患者二尖瓣修复术治疗率（CVD-MVS-07）

定义：单位时间内，因退行性病变导致二尖瓣关闭不全行二尖瓣修复术的患者数，占同期因退行性病变导致二尖瓣关闭不全行二尖瓣手术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{因退行性病变导致二尖瓣关闭不全的患者二尖瓣修复术治疗率}=\frac{\text{因退行性病变导致二尖瓣关闭不全行二尖瓣修复术的患者数}}{\text{同期因退行性病变导致二尖瓣关闭不全行二尖瓣手术的患者总数}}\times 100\%$$

意义：评价手术方法选择的规范性。

说明：排除接受过心脏或胸外科手术或前纵隔放射性治疗的患者。

指标八、二尖瓣手术出院抗凝药物使用率（CVD-MVS-08）

定义：单位时间内，行二尖瓣手术出院使用抗凝药物的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{二尖瓣手术出院抗凝药物使用率}=\frac{\text{行二尖瓣手术出院使用抗凝药物的患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术的患者总数}}\times 100\%$$

意义：评价二尖瓣手术二级预防情况。

指标九、二尖瓣手术术中经食道超声使用率（CVD-MVS-09）

定义：单位时间内，二尖瓣手术术中使用经食道超声的患者数，占同期行二尖瓣手术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{二尖瓣手术术中经食道超声使用率}=\frac{\text{二尖瓣手术术中使用经食道超声的患者数}}{\text{同期行二尖瓣手术的患者总数}}\times 100\%$$

意义：评价手术过程规范性。

七、主动脉瓣手术

指标一、主动脉瓣手术住院死亡率（CVD-AVS-01）

定义：单位时间内，行主动脉瓣手术住院期间死亡的患者数，占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{主动脉瓣手术住院死亡率}=\frac{\text{行主动脉瓣手术住院期间死亡的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术的患者总数}}\times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

指标二、主动脉瓣手术后机械通气时间大于等于 24 小时发生率（CVD-AVS-02）

定义：单位时间内，行主动脉瓣手术后连续机械通气时间大于等于 24 小时的患者数，占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{主动脉瓣手术后机械通气时间大于等于 24 小时发生率} = \frac{\text{行主动脉瓣手术后连续机械通气时间大于等于 24 小时的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

说明：拔管后再次机械通气时间不计算在内。

指标三、主动脉瓣手术后胸骨深部感染发生率（CVD-AVS-03）

定义：单位时间内，行主动脉瓣手术后发生胸骨深部感染的患者数，占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{主动脉瓣手术后胸骨深部感染发生率} = \frac{\text{行主动脉瓣手术后发生胸骨深部感染的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

说明：胸骨深部感染包括肌肉、骨骼和纵膈的感染。

指标四、主动脉瓣手术后脑卒中发生率（CVD-AVS-04）

定义：单位时间内，行主动脉瓣手术后发生脑卒中的患者数，占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{主动脉瓣手术后脑卒中发生率} = \frac{\text{行主动脉瓣手术后发生脑卒中的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

指标五、主动脉瓣手术非计划二次手术率（CVD-AVS-05）

定义：单位时间内，行主动脉瓣手术后非计划二次手术的患者数，占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{主动脉瓣手术非计划二次手术率}=\frac{\text{行主动脉瓣手术后非计划二次手术的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术的患者总数}}\times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

指标六、主动脉瓣手术后急性肾衰竭发生率（CVD-AVS-06）

定义：单位时间内，行主动脉瓣手术后发生急性肾衰竭的患者数，占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{主动脉瓣手术后急性肾衰竭发生率}=\frac{\text{行主动脉瓣手术后发生急性肾衰竭的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术的患者总数}}\times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

指标七、主动脉瓣手术出院抗凝药物使用率（CVD-AVS-07）

定义：单位时间内，行主动脉瓣手术出院使用抗凝药物的患者数，占同期行主动脉瓣手术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{主动脉瓣手术出院抗凝药物使用率}=\frac{\text{行主动脉瓣手术出院使用抗凝药物的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术的患者总数}}\times 100\%$$

意义：评价主动脉瓣手术二级预防情况。

指标八、主动脉瓣手术术中经食道超声使用率（CVD-AVS-08）

定义：单位时间内，主动脉瓣手术术中使用经食道超声的患者数，占同期行主动脉

瓣手术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{主动脉瓣手术术中经食道超声使用率}=\frac{\text{主动脉瓣手术术中使用经食道超声的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣手术的患者总数}}\times 100\%$$

意义：评价手术过程规范性。

指标九、主动脉瓣置换术人工瓣有效瓣膜面积指数大于 0.85cm2/m2 发生率（CVD-AVS-09）

定义：单位时间内，主动脉瓣置换术中人工主动脉瓣有效瓣膜面积指数大于 0.85 cm^2/m^2 的患者数，占同期行主动脉瓣置换术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{主动脉瓣置换术人工瓣有效瓣膜面积指数大于 0.85 } cm^2/m^2 \text{ 发生率}=\frac{\text{主动脉瓣置换术中人工主动脉瓣有效瓣膜面积指数大于 0.85 } cm^2/m^2 \text{ 的患者数}}{\text{同期行主动脉瓣置换术的患者总数}}\times 100\%$$

意义：评价人工瓣膜大小选择的规范性。

说明：主动脉瓣有效瓣膜面积指数 = 人工瓣膜有效瓣口面积（m^2）/ 患者体表面积（m^2）。

八、主动脉腔内修复术

指标一、主动脉腔内修复术住院死亡率（CVD-EAR-01）

定义：单位时间内，行主动脉腔内修复术住院期间死亡的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{主动脉腔内修复术住院死亡率}=\frac{\text{行主动脉腔内修复术住院期间死亡的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}}\times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

指标二、主动脉腔内修复术后机械通气时间大于等于24 小时发生率（CVD-EAR-02）

定义：单位时间内，行主动脉腔内修复术后连续机械通气时间大于等于 24 小时的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{主动脉腔内修复术后机械通气时间大于等于24小时发生率} = \frac{\text{行主动脉腔内修复术后连续机械通气时间大于等于24小时的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

说明：拔管后再次机械通气时间不计算在内。

指标三、主动脉腔内修复术非计划二次手术率（CVD-EAR-03）

定义：单位时间内，行主动脉腔内修复术后非计划二次手术的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{主动脉腔内修复术非计划二次手术率} = \frac{\text{行主动脉腔内修复术后非计划二次手术的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

说明：非计划二次手术包括主动脉和入路血管的再次手术，手术方式包括开放和腔内手术，均为同一次住院期间或术后 30 天内发生。

指标四、主动脉腔内修复术后内漏发生率（CVD-EAR-04）

定义：单位时间内，行主动脉腔内修复术后住院期间检查发现内漏的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{主动脉腔内修复术后内漏发生率} = \frac{\text{行主动脉腔内修复术后住院期间检查发现内漏的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

说明：内漏的评价以住院期间最后一次主动脉 CTA/DSA 检查为准。

指标五、主动脉腔内修复术后脑卒中发生率（CVD-EAR-05）

定义：单位时间内，行主动脉腔内修复术后发生脑卒中的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{主动脉腔内修复术后脑卒中发生率} = \frac{\text{行主动脉腔内修复术后发生脑卒中的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

指标六、主动脉腔内修复术后急性肾衰竭发生率（CVD-EAR-06）

定义：单位时间内，行主动脉腔内修复术后发生急性肾衰竭的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{主动脉腔内修复术后急性肾衰竭发生率} = \frac{\text{行主动脉腔内修复术后发生急性肾衰竭的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

指标七、主动脉腔内修复术后脊髓损伤发生率（CVD-EAR-07）

定义：单位时间内，行主动脉腔内修复术后发生脊髓损伤的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{主动脉腔内修复术后脊髓损伤发生率} = \frac{\text{行主动脉腔内修复术后发生脊髓损伤的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

说明：脊髓损伤表现为下肢肌力为 0-4 级，且较术前减低：（1）0 级，下肢无法运

动；（2）1 级，下肢可以运动，但不能对抗肢体的重力；（3）2 级，下肢能够对抗肢体的重力进行运动；（4）3 级，在协助下可以站立；（5）4 级，在协助下可以行走；（6）正常下肢肌力。

指标八、主动脉腔内修复术后心肌梗死发生率（CVD-EAR-08）

定义：单位时间内，行主动脉腔内修复术后发生心肌梗死的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{主动脉腔内修复术后心肌梗死发生率}=\frac{\text{行主动脉腔内修复术后发生心肌梗死的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}}\times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

指标九、主动脉腔内修复术 30 天内 CTA 复查率（CVD-EAR-09）

定义：单位时间内，行主动脉腔内修复术 30 天内进行主动脉 CTA 复查的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{主动脉腔内修复术 30 天内 CTA 复查率}=\frac{\text{30 天内进行主动脉 CTA 复查的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内行主动脉腔内修复术的患者总数}}\times 100\%$$

意义：评价手术随访规范性和及时性。

指标十、主动脉腔内修复术后 30 天随访率（CVD-EAR-10）

定义：单位时间内，行主动脉腔内修复术后 30 天进行随访的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{主动脉腔内修复术后 30 天随访率}=\frac{\text{行主动脉腔内修复术后 30 天进行随访的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}}\times 100\%$$

意义：评价手术随访规范性和及时性。

说明：术后 30 天随访包括但不限于门诊随访、电话随访及 CTA 随访；随访时间窗为术后 30 ± 7 天。

指标十一、主动脉腔内修复术前 β 受体阻滞剂使用率（CVD-EAR-11）

定义：单位时间内，行主动脉腔内修复术前使用 β 受体阻滞剂的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{主动脉腔内修复术前 β 受体阻滞剂使用率} = \frac{\text{行主动脉腔内修复术前使用 β 受体阻滞剂的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价主动脉腔内修复术临床用药情况。

指标十二、主动脉腔内修复术前他汀类药物使用率（CVD-EAR-12）

定义：单位时间内，行主动脉腔内修复术前使用他汀类药物的患者数，占同期行主动脉腔内修复术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{主动脉腔内修复术前他汀类药物使用率} = \frac{\text{行主动脉腔内修复术前使用他汀类药物的患者数}}{\text{同期行主动脉腔内修复术的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价主动脉腔内修复术临床用药情况。

九、先心病介入治疗技术

指标一、先心病介入治疗成功率（CVD-CHD-01）

定义：单位时间内，行先心病介入治疗成功的患者数，占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{先心病介入治疗成功率} = \frac{\text{行先心病介入治疗成功的患者数}}{\text{同期行先心病介入治疗的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

说明：1、先心病包括房间隔缺损（ASD）、室间隔缺损（VSD）、动脉导管未闭（PDA）及肺动脉瓣狭窄（PS）（下同）。

2、治疗成功指通过介入手段治疗先心病后，达到治愈原先天性畸形或明显改善其血流动力学，且未发生严重并发症。

指标二、先心病介入治疗后严重房室传导阻滞发生率（CVD-CHD-02）

定义：单位时间内，行 ASD/VSD 介入治疗术中或术后发生严重房室传导阻滞的患者数，占同期行 ASD/VSD 介入治疗的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{先心病介入治疗后严重房室传导阻滞发生率} = \frac{\text{行 ASD/VSD 介入治疗术中或术后发生严重房室传导阻滞的患者数}}{\text{同期行 ASD/VSD 介入治疗的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

说明：1、本指标适用于所有尝试行介入治疗的 ASD/VSD 患者。

2、严重房室传导阻滞指二度Ⅱ型、高度和三度房室传导阻滞。

指标三、先心病介入治疗封堵器移位或脱落发生率（CVD-CHD-03）

定义：单位时间内，行先心病介入治疗发生封堵器移位或脱落的患者数，占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{先心病介入治疗封堵器移位或脱落发生率} = \frac{\text{行先心病介入治疗发生封堵器移位或脱落的患者数}}{\text{同期行先心病介入治疗的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

说明：1、本指标适用于所有尝试行介入治疗的 ASD、VSD 及 PDA 患者。

2、封堵器移位或脱落指 ASD、VSD 及 PDA 介入治疗术中或术后经影像学检查证实封堵器位置发生异常。 包括：封堵器偏移造成残余分流；封堵器偏移导致房室瓣或半月瓣反流、右室流出道狭窄；封堵器脱入左右心房、左右心室、肺动脉、主动脉及其分支。

指标四、先心病介入治疗溶血发生率（CVD-CHD-04）

定义：单位时间内，行先心病介入治疗发生溶血的患者数，占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例。

计算公式：

$$先心病介入治疗溶血发生率=\frac{行先心病介入治疗发生溶血的患者数}{同期行先心病介入治疗的患者总数}\times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

说明：1、本指标适用于所有尝试行介入治疗的 ASD、VSD 及 PDA 患者。

2、溶血指血浆游离血红蛋白≥ 40mg/L。

指标五、先心病介入治疗心脏压塞发生率（CVD-CHD-05）

定义：单位时间内，行先心病介入治疗发生心脏压塞的患者数，占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例。

计算公式：

$$先心病介入治疗心脏压塞发生率=\frac{行先心病介入治疗发生心脏压塞的患者数}{同期行先心病介入治疗的患者总数}\times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

指标六、先心病介入治疗输血率（CVD-CHD-06）

定义：单位时间内，行先心病介入治疗后给予输血的患者数，占行先心病介入治疗的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{先心病介入治疗输血率} = \frac{\text{行先心病介入治疗后给予输血的患者数}}{\text{同期行先心病介入治疗的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

说明：输血指先心病介入治疗术后由于各种原因输注红细胞、血浆及血小板。

指标七、先心病介入治疗非计划二次手术率（CVD-CHD-07）

定义：单位时间内，行先心病介入治疗后非计划二次手术的患者数，占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{先心病介入治疗非计划二次手术率} = \frac{\text{行先心病介入治疗后非计划二次手术的患者数}}{\text{同期行先心病介入治疗的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

指标八、先心病介入治疗住院死亡率（CVD-CHD-08）

定义：单位时间内，行先心病介入治疗住院期间死亡的患者数，占同期行先心病介入治疗的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{先心病介入治疗住院死亡率} = \frac{\text{行先心病介入治疗住院期间死亡的患者数}}{\text{同期行先心病介入治疗的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

十、冠心病介入治疗技术

指标一、冠脉介入治疗术后即刻冠状动脉造影成功率（CVD-PCI-01）

定义：单位时间内，冠脉介入治疗术后即刻冠状动脉造影成功的例数，占同期接受冠脉介入治疗的总例数的比例。

计算公式：

$$\text{冠脉介入治疗术后即刻冠状动脉造影成功率} = \frac{\text{冠脉介入治疗术后即刻冠状动脉造影成功的例数}}{\text{同期接受冠脉介入治疗的总例数}} \times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

说明：冠状动脉造影成功是指支架术后病变残余狭窄 <20% 或单纯经皮冠状动脉腔内血管成形术（PTCA）后病变残余狭窄 <50%，且冠状动脉血流心肌梗死溶栓（TIMI）分级 3 级。

指标二、冠脉介入治疗临床成功率（CVD-PCI-02）

定义：单位时间内，冠脉介入治疗临床成功的例数，占同期接受冠脉介入治疗的总例数的比例。

计算公式：

$$\text{冠脉介入治疗临床成功率} = \frac{\text{冠脉介入治疗临床成功的例数}}{\text{同期接受冠脉介入治疗的总例数}} \times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

说明：冠脉介入治疗临床成功是指符合术后即刻冠状动脉造影成功标准，且 24 小时内无死亡。

指标三、冠脉介入治疗住院死亡率（CVD-PCI-03）

定义：单位时间内，本次接受冠脉介入治疗住院期间死亡的患者数，占同期接受冠脉介入治疗的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{冠脉介入治疗住院死亡率} = \frac{\text{本次接受冠脉介入治疗住院期间死亡的患者数}}{\text{同期接受冠脉介入治疗的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

指标四、择期冠脉介入治疗住院死亡率（CVD-PCI-04）

定义：单位时间内，择期冠脉介入治疗本次住院期间死亡的患者数，占同期接受择期冠脉介入治疗的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{择期冠脉介入治疗住院死亡率} = \frac{\text{择期冠脉介入治疗本次住院期间死亡的患者数}}{\text{同期接受择期冠脉介入治疗的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

说明：择期冠脉介入治疗是指除 ST 段抬高型心肌梗死（STEMI）患者接受的直接经皮冠状动脉介入治疗（PCI）以及非 ST 段抬高型急性冠脉综合征（NSTE ACS）患者接受的急诊经皮冠状动脉介入治疗（PCI）以外的介入治疗。

指标五、冠脉介入治疗严重并发症发生率（CVD-PCI-05）

定义：单位时间内，接受冠脉介入治疗住院期间发生严重并发症的患者数，占同期接受冠脉介入治疗的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{冠脉介入治疗严重并发症发生率} = \frac{\text{接受冠脉介入治疗住院期间发生严重并发症的患者数}}{\text{同期接受冠脉介入治疗的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

说明：严重并发症是指急性心肌梗死、急性或亚急性支架内血栓、心脏压塞、恶性心律失常、需要输血或危及生命的出血事件。

指标六、STEMI 患者发病 12 小时内接受直接 PCI 率（CVD-PCI-06）

定义：STEMI 患者发病 12 小时内接受直接 PCI 的患者数，占同期发病 12 小时内到院的 STEMI 患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{STEMI 患者发病 12 小时内接受直接 PCI 率} = \frac{\text{STEMI 患者发病 12 小时内接受直接 PCI 的患者数}}{\text{同期发病 12 小时内到院的 STEMI 患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价 STEMI 救治及时性和规范性。

指标七、行直接 PCI 的 STEMI 患者到院至导丝通过靶血管（DTD）平均时间（CVD-PCI-07）

定义：STEMI 患者行直接 PCI 的 DTD 时间总和与 STEMI 患者行直接 PCI 的总例数的比值。

计算公式：

$$\text{行直接 PCI 的 STEMI 患者 DTD 平均时间} = \frac{\text{STEMI 患者行直接 PCI 的 DTD 时间总和}}{\text{STEMI 患者行直接 PCI 的总例数}} \times 100\%$$

意义：评价 STEMI 救治及时性。

指标八、接受 PCI 治疗的非 ST 段抬高型急性冠脉综合征（NSTE ACS）患者进行危险分层的比率（CVD-PCI-08）

定义：接受 PCI 治疗的 NSTE ACS 患者进行危险分层的患者数，占同期接受 PCI 治疗的 NSTE ACS 患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{接受 PCI 治疗的 NSTE ACS 患者进行危险分层的比率} = \frac{\text{接受 PCI 治疗的 NSTE ACS 患者进行危险分层的患者数}}{\text{同期接受 PCI 治疗的 NSTE ACS 患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价 NSTE ACS 治疗规范性。

指标九、例次平均支架数（CVD-PCI-09）

定义：平均每例次手术中置入支架的个数。

计算公式：

$$\text{例次平均支架数} = \frac{\text{植入冠脉总支架数}}{\text{同期接受冠脉介入治疗的总病例数}}$$

意义：评价支架使用合理性。

指标十、冠脉介入治疗术前双重抗血小板药物使用率（CVD-PCI-10）

定义：单位时间内，冠脉介入治疗术前使用双重抗血小板药物的患者数，占同期接受冠脉介入治疗的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{冠脉介入治疗术前双重抗血小板药物使用率} = \frac{\text{冠脉介入治疗术前使用双重抗血小板药物的患者数}}{\text{同期接受冠脉介入治疗的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价冠脉介入治疗临床用药情况。

指标十一、冠脉介入治疗住院期间他汀类药物使用率（CVD-PCI-11）

定义：单位时间内，冠脉介入治疗住院期间使用他汀类药物的患者数，占同期接受冠脉介入治疗的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{冠脉介入治疗住院期间他汀类药物使用率} = \frac{\text{冠脉介入治疗住院期间使用他汀类药物的患者数}}{\text{同期接受冠脉介入治疗的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价冠脉介入治疗临床用药情况。

十一、心律失常介入治疗技术

指标一、心脏植入型电子器械（CIED）植入术住院死亡率（CVD-CIED-01）

定义：单位时间内，行 CIED 植入术住院期间死亡的患者数，占同期行 CIED 植入术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{CIED 植入术住院死亡率} = \frac{\text{行 CIED 植入术住院期间死亡的患者数}}{\text{同期行 CIED 植入术的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

说明：CIED 包括心脏永久起搏器（PM）、植入型心律转复除颤器（ICD）、心脏再同步化治疗（CRTP）、心脏再同步化治疗除颤器（CRTD）；CIED 植入术包括 CIED 新

植入、CIED 更换以及 CIED 升级手术。

指标二、CIED 植入术心脏压塞发生率（CVD-CIED-02）

定义：单位时间内，行 CIED 植入术发生心脏压塞的患者数，占同期行 CIED 植入术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{CIED 植入术心脏压塞发生率} = \frac{\text{行 CIED 植入术发生心脏压塞的患者数}}{\text{同期行 CIED 植入术的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

指标三、CIED 植入术导线脱位发生率（CVD-CIED-03）

定义：单位时间内，行 CIED 植入术发生导线脱位的患者数，占同期行 CIED 植入术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{CIED 植入术导线脱位发生率} = \frac{\text{行 CIED 植入术发生导线脱位的患者数}}{\text{同期行 CIED 植入术的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

说明：导线脱位指 CIED 植入术后住院期间发生导线脱位并且需行电极导线调整术。导线脱位可以通过心电图，胸片和起搏器程控检查等明确诊断。

指标四、阵发性室上性心动过速（PSVT）导管消融治疗成功率（CVD-CAIT-04）

定义：单位时间内，行 PSVT 导管消融治疗成功的患者数，占同期行 PSVT 导管消融治疗的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{PSVT 导管消融治疗成功率} = \frac{\text{行 PSVT 导管消融治疗成功的患者数}}{\text{同期行 PSVT 导管消融治疗的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

指标五、导管消融治疗后严重房室传导阻滞发生率（CVD-CAIT-05）

定义：单位时间内，行导管消融治疗术中或术后发生严重房室传导阻滞的患者数，占同期行导管消融治疗的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{导管消融治疗后严重房室传导阻滞发生率} = \frac{\text{行导管消融治疗术中或术后发生严重房室传导阻滞的患者数}}{\text{同期行导管消融治疗的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

说明：严重房室传导阻滞指二度Ⅱ型、高度和三度房室传导阻滞。

指标六、导管消融治疗心脏压塞发生率（CVD-CAIT-06）

定义：单位时间内，行导管消融治疗发生心脏压塞的患者数，占同期行导管消融治疗的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{导管消融治疗心脏压塞发生率} = \frac{\text{行导管消融治疗发生心脏压塞的患者数}}{\text{同期行导管消融治疗的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

指标七、导管消融治疗住院死亡率（CVD-CAIT-07）

定义：单位时间内，行导管消融治疗住院期间死亡的患者数，占同期行导管消融治疗的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{导管消融治疗住院死亡率} = \frac{\text{行导管消融治疗住院期间死亡的患者数}}{\text{同期行导管消融治疗的患者总数}} \times 100\%$$

意义：评价手术诊疗质量情况。

超声诊断专业
医疗质量控制指标（2022 年版）

一、超声医师月均工作量 (US-HR-01)

定义：单位时间内，每名超声医师每月平均承担的工作量。

计算公式：

$$\text{超声医师月均工作量导} = \frac{\text{超声科年总工作量}}{\text{超声医师数} \times 12 \text{ 个月}}$$

说明：

1. 超声科年总工作量是指超声科医师发出的超声报告单总数量。

2. 超声医师是指取得《医师执业证书》，在本机构专职从事超声诊疗工作且每年工作天数不少于 6 个月的医师。

意义：反映超声医师的工作负荷水平。

二、超声仪器质检率（US-EQ-01）

定义：单位时间内，完成质检的超声仪器数占同期本机构在用超声仪器总数的比例。

计算公式：

$$\text{超声仪器质检率} = \frac{\text{单位时间内完成质检的超声仪器数}}{\text{同期本机构在用超声仪器总数}} \times 100\%$$

说明：超声仪器质检是指每年由国家认定的计量检测机构对超声仪器进行计量和成像质量质检。

意义：反映超声仪器质量安全的重要指标。

三、住院超声检查 48 小时内完成率 (US-TL-01)

定义：单位时间内，在临床开具住院超声检查申请 48 小时内完成检查并出具超声检查报告的例数，占同期临床开具住院超声检查申请单总数的比例。

计算公式：

$$\text{住院超声检查48小时内完成率} = \frac{\text{单位时间内在临床开具住院超声检查申请48h内完成检查并出具超声检查报告的例数}}{\text{同期临床开具住院超声检查申请单总数}} \times 100\%$$

意义：反映住院超声检查的及时性、合理性。

四、超声危急值 10 分钟内通报完成率 (US-CV-01)

定义：单位时间内，10 分钟内完成通报的超声危急值例数占同期超声危急值总例数的比例。

计算公式：

$$\text{超声危急值10分钟内通报完成率} = \frac{\text{单位时间内10分钟内完成通报的超声危急值例数}}{\text{同期超声危急值总例数}} \times 100\%$$

说明：1. 超声检查危急值是指超声检查影像提示以下超声诊断：疑似肝脏、脾脏、肾脏破裂出血；疑似宫外孕破裂并腹腔内出血；急性胆囊炎考虑胆囊化脓并急性穿孔；晚期妊娠出现羊水过少并胎儿心率过快 (＞ 160 次 /min) 或过慢 (＜ 110 次 /min)；子宫破裂；胎盘早剥、前置胎盘并活动性出血；首次发现心功能减退（LVEF ＜ 35%）；心包积液合并心脏压塞；主动脉夹层；主动脉瘤破裂；心脏破裂；心脏游离血栓；急性上下肢动脉栓塞；瓣膜置换术后卡瓣。

2. 超声检查结束并出具报告后，需将危急值检查结果 10 分钟内通报给临床医生。

意义：反映超声危急值通报的及时性。

五、超声报告书写合格率 (US-RE-01)

定义：单位时间内，超声检查报告书写合格的数量占同期超声检查报告总数的比例。

计算公式：

$$\text{超声报告书写合格率} = \frac{\text{单位时间内超声检查报告书写合格的数量}}{\text{同期超声检查报告总数}} \times 100\%$$

说明：具有下列情况之一者视为不合格报告：

1. 报告单无具有资质医生签名的；

2. 未包含申请单开具项目检查的；

3. 报告单中的描述与结论不一致的；

4. 报告单存在明显错误的，包括：所查脏器缺如但报告为正常；报告描述检查器官、部位、病变的方位（左右、上下、前后）、单位、数据错误；未删除与超声报告有歧义的模板文字；报告单患者姓名、性别、住院号 (就诊号) 与实际不符或缺失。

意义：反映超声检查报告书写质量。

六、乳腺病变超声报告进行乳腺影像报告和数据系统 (BI-RADS) 分类率（US-RE-BR-01）

定义：单位时间内，进行 BI-RADS 分类的乳腺病变超声报告数，占同期乳腺病变超声报告总数的比例。

计算公式：

$$\text{乳腺病变超声报告进行 BI-RADS 分类率} = \frac{\text{单位时间内进行 BI-RADS 分类的乳腺病变超声报告数}}{\text{同期乳腺病变超声报告总数}} \times 100\%$$

意义：反映乳腺超声报告规范性。

七、门急诊超声报告阳性率 (US-DR-01)

定义：单位时间内，门急诊超声报告中有异常发现的报告数，占同期门急诊超声报告总数的比例。

计算公式：

$$\text{门急诊超声报告阳性率} = \frac{\text{单位时间内门急诊超声报告中有异常发现的报告数}}{\text{同期门急诊超声报告总数}} \times 100\%$$

说明：

1. 指标按照报告份数统计，如果一份报告中含有多个检查部位，有一项阳性或多项阳性结果，按 1 例阳性报告统计。

2. 该指标不包括健康体检相关超声报告。

意义：反映临床医生开具超声检查的合理性和超声检查结果的准确性。

八、住院超声报告阳性率 (US-DR-02)

定义：单位时间内，住院超声报告中有异常发现的报告数，占同期住院超声报告总数的比例。

计算公式：

$$\text{住院超声报告阳性率} = \frac{\text{单位时间内住院超声报告中有异常发现的报告数}}{\text{同期住院超声报告总数}} \times 100\%$$

说明：指标按照报告份数统计，如果一份报告中含有多个检查部位，有一项阳性或多项阳性结果，按 1 例阳性报告统计。

意义：反映临床医生开具超声检查的合理性和超声检查结果的准确性。

九、超声筛查中胎儿重大致死性畸形的检出率（US-DR-OB-01）

定义：单位时间内，在超声筛查中检出胎儿重大致死性畸形的孕妇人数，占同期超声产检的孕妇总人数的比例。

计算公式：

$$\text{超声筛查中胎儿重大致死性畸形的检出率} = \frac{\text{单位时间内超声筛查中检出胎儿重大致死性畸形的孕妇人数}}{\text{同期超声产检的孕妇总人数}} \times 100\%$$

说明：

1. 胎儿重大致死性畸形包括无脑儿、严重脑膨出、严重的开放性脊柱裂、严重的胸腹壁缺损内脏外翻、单腔心、致死性软骨发育不全。

2. 该指标的统计按孕妇人数计算。同一孕妇（含多胎）行多次超声检查，按1人次计算。

3. 本指标仅适用于提供产检服务的医疗机构。

意义：反映胎儿重大致死性出生缺陷在超声筛查中的检出情况。

十、超声诊断符合率 (US-DI-01)

定义：单位时间内，超声诊断与病理或临床诊断符合的例数，占同期超声诊断有对应病理或临床诊断总例数的比例。

计算公式：

$$\text{超声诊断符合率} = \frac{\text{单位时间内超声诊断与病理或临床诊断符合例数}}{\text{同期超声诊断有对应病理或临床诊断总例数}} \times 100\%$$

说明：

1. 只统计超声诊断有对应病理诊断或临床最终诊断的例数。

2. 以手术诊断或术后病理诊断、临床检验指标、动态随访结局、其它影像学检查佐证和病例讨论等确定，进行综合分析后作为诊断标准。

意义：反映超声诊断质量。

十一、乳腺占位超声诊断准确率 (US-DI-BR-01)

定义：单位时间内，乳腺超声诊断为乳腺癌或非乳腺癌与病理检验结果相一致的例数，占同期行超声诊断为乳腺占位并送病理检验总例数的比例。

计算公式：

$$乳腺占位超声诊断准确率 = \frac{\begin{array}{c}单位时间内乳腺超声诊断为乳腺癌或\\非乳腺癌与病理检验结果相一致的例数\end{array}}{\begin{array}{c}同期行超声诊断为乳腺占位\\并送病理检验总例数\end{array}} \times 100\%$$

说明：

1. 采用 BI-RADS® 分类，真阳性及真阴性参照 ACR BI-RADS® Ultrasound 2013。

活检结果 / 超声	阳性（1 年内组织学诊断为乳腺癌）	阴性（活检良性或 1 年内未发现恶性）
阳性（BI-RADS 4 类、5 类）	真阳性	假阳性
阴性（BI-RADS 1 类、2 类、3 类）	假阴性	真阴性

2. 纳入同期进行乳腺超声检查并通过穿刺或切除活检获得明确病理诊断结果的病例；排除超声无法定性或未定性的病例；排除无病理诊断或病理诊断不明确的病例。

3. 以最终病理诊断为参考标准。

意义：反映乳腺超声诊断准确性。

十二、颈动脉狭窄（≥ 50%）超声诊断符合率 (US-DI-VA-01)

定义：单位时间内，超声诊断为颈动脉狭窄（≥50%）与 DSA 或 CTA 等其他影像结果相符合的例数，占同期超声诊断颈动脉狭窄（≥50%）并可获得 DSA 或 CTA 等其他影像结果总例数的比例。

计算公式：

$$\begin{array}{c}颈动脉狭窄（\geqslant 50\%）\\超声诊断符合率\end{array} = \frac{\begin{array}{c}单位时间内超声诊断为颈动脉狭窄（\geq 50\%）与\\DSA 或 CTA 等其他影像结果相符合的例数\end{array}}{\begin{array}{c}同期超声诊断颈动脉狭窄（\geq 50\%）并可获得\\DSA 或 CTA 等其他影像结果的总例数\end{array}} \times 100\%$$

说明：超声诊断颈动脉狭窄的侧别、狭窄血管名称及狭窄程度的分级与 DSA 或 CTA 等其他影像结果相符合才纳入符合例数。

意义：反映颈动脉超声诊断质量。

十三、超声介入相关主要并发症发生率 (US-INCO-01)

定义：单位时间内，超声介入相关主要并发症发生的例数，占同期超声介入总例数的比例。

计算公式：

$$\text{超声介入相关主要并发症发生率率} = \frac{\text{单位时间内超声介入相关主要并发症发生的例数}}{\text{同期超声介入总例数}} \times 100\%$$

说明：

1. 纳入统计的超声介入包括穿刺活检、抽吸、引流、插管、注药治疗、消融等超声引导下的穿刺与治疗。

2. 主要并发症包括：出血、感染、邻近脏器损伤、神经损伤、针道种植等。

意义：反映医疗机构开展超声介入的医疗质量。

康复医学专业
医疗质量控制指标（2022 年版）

一、康复医学科床位占比（REH-RES-01）

定义：康复医学科开放床位数占同期医院开放床位数的比例。

计算公式：

$$\text{康复医学科床位占比} = \frac{\text{康复医学科开放床位数}}{\text{同期医院开放床位数}} \times 100\%$$

意义：反映康复医学科床位资源配置情况。

二、康复医学科医师床配比（REH-HR-01）

定义：康复医学科每张实际开放病床配备的康复医师数量。

计算公式：

$$\text{康复医学科医师床配比} = \frac{\text{康复医学科医师人数}}{\text{同期康复医学科病房开放床位数}}$$

说明：康复医师指在本医疗机构注册，专门从事康复医疗工作的执业医师。

意义：反映康复医学科医师资源配置情况。

三、康复医学科护士床配比（REH-HR-02）

定义：康复医学科平均实际开放病床配备的护士数量。

计算公式：

$$\text{康复医学科护士床配比} = \frac{\text{康复医学科护士人数}}{\text{同期康复医学科病房开放床位数}}$$

意义：反映康复医学科护士资源配置情况。

四、康复医学科治疗师床配比（REH-HR-03）

定义：康复医学科每张实际开放病床配备的治疗师数量。

计算公式：

$$\text{康复医学科治疗师床配比} = \frac{\text{康复医学科治疗师人数}}{\text{同期康复医学科病房开放床位数}}$$

意义：反映康复医学科治疗师资源配置情况。

五、脑卒中患者早期康复介入率（REH-ER-01）

定义：单位时间内，接受早期康复介入的住院脑卒中患者数占同期住院脑卒中患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{脑卒中患者早期康复介入率} = \frac{\text{单位时间内接受早期康复介入的住院脑卒中患者数}}{\text{同期住院脑卒中患者总数}} \times 100\%$$

说明：

1. 统计范围包括医疗机构内所有符合相关条件的住院患者，下同。

2. 脑卒中早期康复介入首次诊疗时间应当在患者生命体征稳定、神经功能缺损症状

稳定后 48 小时内。

意义：早期康复介入对脑卒中患者功能转归具有重要意义。

六、脊髓损伤患者早期康复介入率（REH-ER-02）

定义：单位时间内，接受早期康复介入的住院脊髓损伤患者数占同期住院脊髓损伤患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{脊髓损伤患者早期康复介入率} = \frac{\text{单位时间内接受早期康复介入的住院脊髓损伤患者数}}{\text{同期住院脊髓损伤患者总数}} \times 100\%$$

说明：脊髓损伤早期康复介入首次诊疗时间应当在临床专科处置完成后 48 小时内。

意义：早期康复介入对脊髓损伤患者功能转归具有重要意义。

七、髋、膝关节置换术后患者早期康复介入率（REH-ER-03）

定义：单位时间内，接受早期康复介入的住院髋、膝关节置换术后患者数占同期住院髋、膝关节置换术后患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{髋、膝关节置换术后患者早期康复介入率} = \frac{\text{单单位时间内接受早期康复介入的住院髋、膝关节置换术后患者数}}{\text{同期住院髋、膝关节置换术后患者总数}} \times 100\%$$

说明：髋、膝关节置换术后患者早期康复介入首次诊疗时间应当在关节置换术后 24 小时内。

意义：早期康复介入对髋、膝关节置换术后患者功能转归具有重要意义。

八、日常生活活动能力（ADL）改善率（REH-ADL-01）

定义：单位时间内，ADL 改善的康复医学科住院患者数占同期康复医学科住院患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{ADL 改善率} = \frac{\text{单位时间内 ADL 改善的康复医学科住院患者数}}{\text{同期康复医学科住院患者总数}} \times 100\%$$

说明：ADL 评定包括但不限于 Barthel 指数、改良 Barthel 指数等。

意义：反映康复治疗后患者功能改善情况。

九、脊髓损伤患者 ADL 改善率（REH-ADL-02）

定义：单位时间内，ADL 改善的康复医学科住院脊髓损伤患者数占同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{脊髓损伤患者 ADL 改善率} = \frac{\text{单位时间内 ADL 改善的康复医学科住院脊髓损伤患者数}}{\text{同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数}} \times 100\%$$

说明：ADL 评定包括但不限于 Barthel 指数、改良 Barthel 指数、脊髓功能独立性评定（SCIM）等。

意义：反映康复治疗后脊髓损伤患者功能改善情况。

十、脑卒中患者 ADL 改善率（REH-ADL-03）

定义：单位时间内，ADL 改善的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{脑卒中患者 ADL 改善率} = \frac{\text{单位时间内 ADL 改善的康复医学科住院脑卒中患者数}}{\text{同期康复医学科住院脑卒中患者总数}} \times 100\%$$

说明：ADL 评定包括但不限于 Barthel 指数、改良 Barthel 指数等。

意义：反映康复治疗后脑卒中患者功能改善情况。

十一、康复评定率

（一）脑卒中患者运动功能评定率（REH-EVA-01）

定义：单位时间内，进行运动功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{脑卒中患者运动功能评定率} = \frac{\text{单位时间内进行运动功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数}}{\text{同期康复医学科住院脑卒中患者总数}} \times 100\%$$

说明：运动功能评定包括但不限于 Brunnstrom 分期、Fugl-Meyer 运动功能评分、上田敏偏瘫功能评价、Rivermead 运动指数评分等。

意义：运动功能评定对判断脑卒中患者运动功能损伤严重程度、制定治疗方案、评定康复疗效及判断预后有重要意义。

（二）脑卒中患者言语功能评定率（REH-EVA-02）

定义：单位时间内，进行言语功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{脑卒中患者言语功能评定率} = \frac{\text{单位时间内进行言语功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数}}{\text{同期康复医学科住院脑卒中患者总数}} \times 100\%$$

说明：言语功能评定包括但不限于失语症筛查表、BDAE、WAB、Frenchay 评定等。

意义：言语功能评定对判断脑卒中患者言语功能损伤严重程度、制定治疗方案、评定康复疗效及判断预后有重要意义。

（三）脑卒中患者吞咽功能评定率（REH-EVA-03）

定义：单位时间内，进行吞咽功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{脑卒中患者吞咽功能评定率} = \frac{\text{单位时间内进行吞咽功能评定的康复医学科住院脑卒中患者数}}{\text{同期康复医学科住院脑卒中患者总数}} \times 100\%$$

说明：吞咽功能评定包括但不限于洼田饮水试验、容积 - 粘度吞咽测试（V-VST）、视频 X 线透视吞咽检查（VFSS）、纤维内镜吞咽功能检查（FEES）等。

意义：吞咽功能评定对判断脑卒中患者吞咽功能损伤严重程度、制定治疗方案、评定康复疗效及判断预后有重要意义。

（四）脊髓损伤患者神经功能评定率（REH-EVA-04）

定义：单位时间内，进行神经功能评定的康复医学科住院脊髓损伤患者数占同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{脊髓损伤患者神经功能评定率} = \frac{\text{单位时间内进行神经功能评定的康复医学科住院脊髓损伤患者数}}{\text{同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数}} \times 100\%$$

说明：神经功能评定是指进行神经损伤平面（NLI）和 ASIA 损伤分级（AIS）评定。

意义：NLI 和 AIS 评定对判断脊髓损伤严重程度、制定治疗方案、评定康复疗效及判断预后有重要意义。

（五）髋、膝关节置换术后患者功能评定率（REH-EVA-05）

定义：单位时间内，进行术后功能评定的康复医学科住院髋、膝关节置换术后患者

数占同期康复医学科住院髋、膝置换术后患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{髋、膝关节置换术后患者功能评定率} = \frac{\text{单位时间内进行术后功能评定的康复医学科住院髋、膝关节置换术后患者数}}{\text{同期康复医学科住院髋、膝关节置换术后患者总数}} \times 100\%$$

说明：评定包括但不限于 HHS 评分、HSS 评分、Knee Score 评分等。

意义：髋、膝关节置换术后康复评定对判断髋、膝关节置换术后患者肢体功能、制定治疗方案、评定康复疗效及判断预后有重要意义。

十二、住院患者静脉输液使用率（REH-IVG-01）

定义：单位时间内，接受静脉输液治疗的康复医学科住院患者数占同期康复医学科住院患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{住院患者静脉输液使用率} = \frac{\text{单位时间内接受静脉输液治疗的康复医学科住院患者数}}{\text{同期康复医学科住院患者总数}} \times 100\%$$

意义：静脉输液治疗的不合理使用存在安全隐患，增加不必要的医疗成本，需要进行监测。

十三、并发症和不良事件发生率及预防实施率

（一）脑卒中后肩痛发生率（REH-AE-01）

定义：单位时间内，发生肩痛的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{脑卒中后肩痛发生率} = \frac{\text{单位时间内康复医学科住院期间发生肩痛的住院脑卒中患者数}}{\text{同期康复医学科住院脑卒中患者总数}} \times 100\%$$

说明：脑卒中后肩痛包括复杂性区域疼痛综合征（肩手综合征）、肩部软组织疾病或损伤等。

意义：反映脑卒中患者康复质量。

（二）脑卒中后肩痛预防实施率（REH-AE-02）

定义：单位时间内，进行脑卒中后肩痛预防的康复医学科住院脑卒中患者数占同期康复医学科住院脑卒中患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{脑卒中后肩痛预防实施率} = \frac{\text{单位时间内进行脑卒中后肩痛预防的康复医学科住院脑卒中患者数}}{\text{同期康复医学科住院脑卒中患者总数}} \times 100\%$$

意义：脑卒中后肩痛严重影响患者上肢功能预后，予以规范的预防可有效降低其发生率。

（三）脊髓损伤患者泌尿系感染发生率（REH-AE-03）

定义：单位时间内，发生泌尿系感染的康复医学科住院脊髓损伤患者数占同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{脊髓损伤患者泌尿系感染发生率} = \frac{\text{单位时间内康复医学科住院期间发生泌尿系感染的脊髓损伤患者数}}{\text{同期康复医学科住院脊髓损伤患者总数}} \times 100\%$$

意义：泌尿系感染是脊髓损伤康复期常见并发症，应当予以重点关注。

（四）脊髓损伤神经源性膀胱患者间歇性导尿实施率（REH-AE-04）

定义：单位时间内，康复医学科住院脊髓损伤神经源性膀胱患者中进行间歇性导尿

的人数占同期康复医学科住院脊髓损伤神经源性膀胱患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{脊髓损伤神经源性膀胱患者间歇性导尿实施率}=\frac{\text{单位时间内进行间歇性导尿的康复医学科住院脊髓损伤神经源性膀胱患者数}}{\text{同期康复医学科住院脊髓损伤神经源性膀胱患者总数}}\times 100\%$$

意义：间歇性导尿是神经源性膀胱处理的首选技术，可减少泌尿系感染的发生率。

（五）住院患者静脉血栓栓塞症发生率（REH-AE-05）

定义：单位时间内，发生静脉血栓栓塞症的康复医学科住院患者数占同期康复医学科住院患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{住院患者静脉血栓栓塞症发生率}=\frac{\text{单位时间内发生静脉血栓栓塞症的康复医学科住院患者数}}{\text{同期康复医学科住院患者总数}}\times 100\%$$

说明：静脉血栓栓塞症包括深静脉血栓形成和肺血栓栓塞症。

意义：静脉血栓栓塞症是康复医学科常见并发症，严重者可导致患者非预期死亡，应当予以关注。

（六）住院患者静脉血栓栓塞症规范预防率（REH-AE-06）

定义：单位时间内，进行静脉血栓栓塞症规范预防的康复医学科住院患者数占同期康复医学科住院患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{住院患者静脉血栓栓塞症规范预防率}=\frac{\text{单位时间内进行静脉血栓栓塞症规范预防的康复医学科住院患者数}}{\text{同期康复医学科住院患者总数}}\times 100\%$$

意义：静脉血栓栓塞症是康复医学科常见并发症，严重者可导致患者非预期死亡，予以规范预防可以降低其发生率。

临床营养专业
医疗质量控制指标（2022 年版）

一、营养科医床比（NUT-S-01）

定义：营养科医师总数与同期医疗机构实际开放床位数之比。

计算公式：

$$营养科医床比 = \frac{营养科医师总数}{同期医疗机构实际开放床位数}$$

说明：营养科医师指取得临床、公卫或中医等医师执业资格，在本医疗机构注册并从事医师工作的营养科在职人员。

意义：反映医疗机构营养科医师资源配置情况。

二、营养科护床比（NUT-S-02）

定义：营养科护士总数与同期医疗机构实际开放床位数之比。

计算公式：

$$营养科护床比 = \frac{营养科护士总数}{同期医疗机构实际开放床位数}$$

说明：营养科护士指取得护士（师）执业资格，在本医疗机构注册并从事护士

（师）工作的营养科在职人员。

意义：反映医疗机构营养科护士资源配置情况。

三、营养科技床比（NUT-S-03）

定义：营养科技师总数与同期医疗机构实际开放床位数之比。

计算公式：

$$营养科技床比 = \frac{营养科技师总数}{同期医疗机构实际开放床位数}$$

说明：营养科技师指取得相关专业技术资格，在本医疗机构注册并从事技师工作的营养科在职人员。

意义：反映医疗机构营养科技师资源配置情况。

四、住院患者营养风险筛查率（NUT-P-01）

定义：完成营养风险筛查住院患者数占同期住院患者总数的比例。

计算公式：

$$住院患者营养风险筛查率 = \frac{完成营养风险筛查住院患者数}{同期住院患者总数} \times 100\%$$

说明：

1. 营养风险筛查指由受过相关培训的医师采用经验证的营养风险筛查工具，进行营养风险筛查。

2. 营养风险指现存或潜在的与营养因素相关的导致患者出现不利临床结局（如感染相关并发症发生率增高、住院时间延长、住院费用增加等）的风险，而非指发生营养不良的风险。

3. 营养风险与临床结局密切相关，并可监测患者营养治疗效果。

意义：反映医疗机构对住院患者营养状况重视程度及营养风险筛查的规范开展情况。

五、存在营养风险住院患者营养治疗率（NUT-P-02）

定义：经营养风险筛查，存在营养风险并接受营养治疗的住院患者数占同期存在营养风险住院患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{存在营养风险住院患者营养治疗率} = \frac{\text{存在营养风险并接受营养治疗的住院患者数}}{\text{同期存在营养风险住院患者总数}} \times 100\%$$

说明：

1. 存在营养风险指使用经验证的营养风险筛查工具评估为营养风险阳性。

2. 营养治疗是指通过膳食、肠内或肠外途径为患者提供能量和营养素，以达到调整机体代谢、改善营养状况、增强抵抗力、促进康复和痊愈等目的。营养治疗遵循个体化动态调整原则，根据不同疾病或代谢状态，确定患者每日能量、营养素的供给量和比例，并按照标准操作规程进行配制送至病区。

意义：反映医疗机构营养治疗覆盖率及规范开展情况。

六、糖尿病住院患者营养评估率（NUT-P-03）

定义：进行营养评估的糖尿病住院患者数占同期糖尿病住院患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{糖尿病住院患者营养评估率} = \frac{\text{进行营养评估的糖尿病住院患者数}}{\text{同期糖尿病住院患者总数}} \times 100\%$$

说明：营养评估指采用膳食评估、人体测量、实验室检查和人体代谢检测（间接能量代谢测定和人体成分分析）等技术对糖尿病患者的营养状况进行综合性评定。

意义：反映糖尿病住院患者营养评估工作的覆盖率和规范开展情况。

七、糖尿病住院患者营养治疗率（NUT-P-04）

定义：接受营养治疗的糖尿病住院患者数占同期糖尿病住院患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{糖尿病住院患者营养治疗率} = \frac{\text{接受营养治疗的糖尿病住院患者数}}{\text{同期糖尿病住院患者总数}} \times 100\%$$

说明：营养治疗是指通过膳食、肠内或肠外途径为患者提供能量和营养素，以达到调整机体代谢、改善营养状况、增强抵抗力、促进康复和痊愈等目的。营养治疗遵循个体化动态调整原则，根据不同疾病或代谢状态，确定患者每日能量、营养素的供给量和比例，并按照标准操作规程进行配制送至病区。

意义：反映糖尿病住院患者营养治疗的覆盖率和规范开展情况。

八、使用胰岛素治疗的糖尿病住院患者营养治疗后胰岛素使用剂量减少率（NUT-O-01）

定义：接受营养治疗后，胰岛素使用剂量减少的糖尿病住院患者数占同期使用胰岛素治疗并接受营养治疗的糖尿病住院患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{使用胰岛素治疗的糖尿病住院患者营养治疗后胰岛素使用剂量减少率} = \frac{\text{使用剂量减少的糖尿病住院患者数}}{\text{同期使用胰岛素治疗并接受营养治疗的糖尿病住院患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映糖尿病患者营养治疗效果。

九、营养治疗不良事件发生率（NUT-O-02）

（一）肠外营养治疗不良事件发生率（NUT-O-02A）

定义：实施肠外营养治疗过程中不良事件发生例数占同期实施肠外营养治疗总例数的比例。

计算公式：

$$\text{肠外营养治疗不良事件发生率} = \frac{\text{实施肠外营养治疗不良事件发生例数}}{\text{同期实施肠外营养治疗总例数}} \times 100\%$$

说明：肠外营养治疗不良事件主要包括：治疗过程不良事件，包括导管相关并发症，代谢相关并发症。其中导管相关并发症包括置管导致的机械损伤、感染、静脉血栓；代谢相关并发症包括液体量超负荷、糖、电解质代谢紊乱、肝脏损伤、酸碱平衡失调等。配制过程不良事件，如营养液配制与医嘱单不符、药品过期、无菌操作不规范等。运送过程不良事件，如漏发、错发、未注意适当保存等。

意义：反映肠外营养治疗专业技术水平和管理质量。

（二）肠内营养治疗不良事件发生率（NUT-O-02B）

定义：实施肠内营养治疗过程中不良事件发生例数占同期实施肠内营养治疗总例数的比例。

计算公式：

$$\text{肠内营养治疗不良事件发生率} = \frac{\text{实施肠内营养治疗不良事件发生例数}}{\text{同期实施肠内营养治疗总例数}} \times 100\%$$

说明：肠内营养不良事件主要包括：治疗过程不良事件，包括胃肠道并发症、代谢并发症、感染并发症和置管并发症等。其中胃肠道并发症最多见，主要包括腹胀、腹泻、恶心、呕吐、反流等，代谢并发症主要是脱水、高血糖、电解质紊乱等；感染并发症包括肠道菌群异位、吸入性肺炎等；置管并发症包括长期经鼻置管导致的鼻翼部糜烂、咽喉部溃疡、声音嘶哑、鼻窦炎、中耳炎等。配制过程不良事件，如营养液配制与医嘱单不符、食品质量及卫生问题、称重错误、无菌操作不规范等。运送过程不良事件，如漏发、错发、未注意适当保存等。

意义：反映肠内营养治疗专业技术水平和管理质量。

（三）膳食营养治疗不良事件发生率（NUT-O-02C）

定义：实施膳食营养治疗过程中不良事件发生例数占同期实施膳食营养治疗总例数的比例。

计算公式：

$$\text{膳食营养治疗不良事件率} = \frac{\text{实施膳食营养治疗不良事件发生例数同期实施膳食营养治疗总例数}}{} \times 100\%$$

说明：膳食营养治疗不良事件主要包括膳食制作与膳食医嘱（食谱）不符、发放错误、漏发、食品质量及卫生问题、食用后出现胃肠道反应、食物中毒等。

意义：反映膳食营养治疗专业技术水平和管理质量。

十、营养门诊投诉发生率（NUT-O-03）

定义：营养门诊诊疗过程中投诉发生人次数占同期营养门诊诊疗总人次数的比例。

计算公式：

$$\text{营养门诊投诉发生率} = \frac{\text{营养门诊诊疗投诉发生人次数}}{\text{同期营养门诊诊疗总人次数}} \times 100\%$$

意义：反映营养门诊专业技术水平和管理质量。

麻醉专业
医疗质量控制指标（2022 年版）

一、麻醉科医护比（AQI-DNR-01）

定义：麻醉科护士人数与麻醉科医师人数之比。

计算公式：

$$\text{麻醉科医护比} = \frac{\text{麻醉科护士总数}}{\text{麻醉科医师总数}}$$

说明：麻醉科护士是指专职配合麻醉医师开展麻醉宣教、心理护理、物品准备、信息核对、体位摆放、管路护理、仪器设备管理等护理工作的护士，不包括其他由麻醉科统一管理的手术室护士。

意义：反映麻醉科人员配备情况。

二、麻醉医师人均年麻醉例次数（AQI-ACC-02）

定义：单位时间内，麻醉科固定在岗医师平均完成的麻醉例次数。

计算公式：

$$\text{麻醉医师人均年麻醉例次数} = \frac{\text{麻醉科年麻醉总例次数}}{\text{同期麻醉科固定在岗医师总数}}$$

说明：麻醉科固定在岗医师总数是指在医疗机构内参与临床麻醉工作的本院麻醉科医师，不包含规培住院医师（外院）、进修生、支援医师及多点执业医师。

意义：反映麻醉医师工作负荷。

三、手术室外麻醉占比（AQI-PAO-03）

定义：单位时间内，手术室（含日间手术室）外实施的麻醉例次数占同期麻醉总例次数的比例。

计算公式：

$$\text{手术室外麻醉占比} = \frac{\text{单位时间内手术室外实施的麻醉例次数}}{\text{同期麻醉总例次数}} \times 100\%$$

说明：手术室外麻醉是指由麻醉医生实施的凡不是在手术室和日间手术室内的各类型麻醉。

意义：反映医疗机构麻醉医疗工作的结构组成。

四、择期手术麻醉前访视率（AQI-PVR-04）

定义：单位时间内，择期手术患者在进入手术室（含麻醉操作单元）前完成麻醉前访视（不等同于麻醉前签字）的例次数占同期麻醉科完成择期手术麻醉总例次数的比例。

计算公式：

$$\text{择期手术麻醉前访视} = \frac{\begin{array}{c}\text{单位时间内择期手术患者进入手术室前}\\ \text{完成麻醉前访视的例次数}\end{array}}{\begin{array}{c}\text{同期麻醉科完成择期手术麻醉}\\ \text{总例次数}\end{array}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构择期手术麻醉质量。

五、入室后手术麻醉取消率（AQI-CRB-05）

定义：单位时间内，患者入室后至麻醉开始前，手术麻醉取消的例次数占同期入室后拟手术麻醉总例次数的比例。

计算公式：

$$\text{入室后手术麻醉取消率} = \frac{\text{单位时间内患者入室后至麻醉开始前手术麻醉取消的例次数}}{\text{同期入室后拟手术麻醉总例次数}} \times 100‰$$

说明：

1. 入室是指患者进入手术室（包括术前等待区）或手术室外麻醉单元准备实施麻醉。

2. 入室后拟手术麻醉总例次数包括取消和已施手术麻醉的总例次数（同一患者多次手术，以多例次计）。

意义：体现术前准备和麻醉访视的质量、手术科室和麻醉科的管理水平。

六、麻醉开始后手术取消率（AQI-CRA-06）

定义：单位时间内，麻醉开始后手术开始前手术取消的例次数占同期麻醉总例次数的比例。

计算公式：

$$\text{麻醉开始后手术取消率} = \frac{\text{单位时间内麻醉开始后手术开始前手术取消的例次数}}{\text{同期麻醉总例次数}} \times 100‰$$

说明：麻醉开始是指麻醉医师开始给予患者麻醉药物。

意义：反映医疗机构麻醉质量。

七、全身麻醉术中体温监测率（AQI-TMR-07）

定义：单位时间内，手术麻醉期间接受体温监测（连续监测或间断监测）的全身麻醉（以下简称全麻）例次数占同期全麻总例次数的比例。

计算公式：

$$\text{全身麻醉术中体温监测率} = \frac{\text{单位时间内手术麻醉期间接受体温监测的全麻例次数}}{\text{同期全麻总例次数}} \times 100\%$$

意义：术中体温监测有助于早期发现低体温、恶性高热等并发症，可以显著改善患者预后。

八、术中主动保温率（AQI-AWR-08）

定义：单位时间内，手术麻醉期间采取主动保温措施（全程连续主动保温或间断主动保温）全麻例次数占同期全麻总例次数的比例。

计算公式：

$$\text{术中主动保温率} = \frac{\text{单位时间内手术麻醉期间采取主动保温措施全麻例次数}}{\text{同期全麻总例次数}} \times 100\%$$

说明：主动保温措施包括：使用充气升温装置等加温设备进行体温保护；使用输血输液加温装置加温至 37℃后再输注。

意义：术中主动保温有助于降低手术麻醉期间低体温发生率，可以显著改善患者预后。

九、术中自体血输注率（AQI-ATR-09）

定义：单位时间内，手术麻醉中接受自体血（包括自体全血及自体血红细胞）输注

患者数占同期麻醉中接受输血治疗患者总数的比例。

计算公式：

$$术中自体血输注率 = \frac{单位时间内手术麻醉中接受自体血输注患者数}{同期麻醉中接受输血治疗患者总数} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构医疗质量。

十、手术麻醉期间低体温发生率（AQI-IHT-10）

定义：单位时间内，手术麻醉期间低体温患者数（医疗目的的控制性降温除外）占同期接受体温监测的麻醉患者总数的比例。

计算公式：

$$手术麻醉期间低体温发生率 = \frac{\begin{array}{c}单位时间内手术麻醉期间低体温患者数\\（医疗目的的控制性降温除外）\end{array}}{\begin{array}{c}同期接受体温监测的\\麻醉患者总数\end{array}} \times 100\%$$

说明：手术麻醉期间低体温是指患者进入手术间开始至患者自手术间或麻醉后监测治疗室（PACU）返回病房前核心体温低于 36℃（连续监测低体温持续 ≥30 分钟或间断监测连续两次低体温且间隔时间 ≥30 分钟）。

意义：反映医疗机构麻醉质量。

十一、术中牙齿损伤发生率（AQI-IDI-11）

定义：单位时间内，发生术中牙齿损伤的例次数占同期插管全身麻醉总例次数的比例。

计算公式：

$$术中牙齿损伤发生率 = \frac{单位时间内发生术中牙齿损伤的例次数}{同期插管全身麻醉总例次数} \times 100‰$$

说明：术中牙齿损伤是指患者从麻醉开始至麻醉结束过程中发生的牙齿损伤（包括牙齿脱落、松动等）。气管内导管全麻及喉罩全麻均属于插管全身麻醉。

意义：术中牙齿损伤是与麻醉医生密切相关的重要并发症，应当予以密切关注。

十二、麻醉期间严重反流误吸发生率（AQI-IRA-12）

定义：单位时间内，麻醉期间严重反流误吸发生例次数占同期麻醉科完成麻醉总例次数的比例。

计算公式：

$$\text{麻醉期间严重反流误吸发生率} = \frac{\text{单位时间内麻醉期间严重反流误吸发生例次数}}{\text{同期麻醉科完成麻醉总例次数}} \times 10000‰$$

说明：麻醉期间严重反流误吸是指麻醉期间发生的且在患者离开手术室 / 恢复室时呼吸空气指氧饱和度无法维持 ≥90% 的反流误吸。

意义：反映医疗机构麻醉质量。

十三、计划外建立人工气道发生率（AQI-IUA-13）

定义：单位时间内，计划外建立人工气道的麻醉科患者数占同期麻醉科患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{计划外建立人工气道发生率} = \frac{\text{单位时间内计划外建立人工气道的麻醉科患者数}}{\text{同期麻醉科患者总数}} \times 1000‰$$

说明：计划外建立人工气道是指患者进入手术室后直至离开手术室前，因呼吸骤停或严重呼吸抑制等而进行的人工气道的建立，包括气管插管、喉罩置入和紧急气管造口术。

意义：反映医疗机构麻醉质量管理和（或）手术质量。

十四、术中心脏骤停率（AQI-ICA-14）

定义：单位时间内，术中心脏骤停患者数占同期麻醉科患者总数的比例。

计算公式：

$$术中心脏骤停率 = \frac{单位时间内术中心脏骤停患者数}{同期麻醉科患者总数} \times 10000‰$$

说明：术中心脏骤停是指麻醉开始后至患者离开手术室前非医疗目的的心脏突然停止跳动，不包括患者麻醉开始前发生的心脏骤停。

意义：反映医疗机构医疗质量。

十五、麻醉期间严重过敏反应发生率（AQI-ISA-15）

定义：单位时间内，麻醉期间发生严重过敏反应的例次数占同期麻醉科完成麻醉总例次数的比例。

计算公式：

$$麻醉期间严重过敏反应发生率 = \frac{\begin{matrix}单位时间内麻醉期间\\发生严重过敏反应的例次数\end{matrix}}{\begin{matrix}同期麻醉科完成麻醉\\总例次数\end{matrix}} \times 10000‰$$

说明：麻醉期间严重过敏反应是指各种原因导致的需要立即使用肾上腺素抢救的过敏反应。

意义：对麻醉期间严重过敏反应的及时识别与救治，反映医疗机构麻醉质量。

十六、全身麻醉术中知晓发生率（AQI-IAG-16）

定义：单位时间内，发生全身麻醉术中知晓例次数占同期全身麻醉总例次数的比例。

计算公式：

$$全身麻醉术中知晓发生率 = \frac{单位时间内发生全身麻醉术中知晓例次数}{同期全身麻醉总例次数} \times 1000‰$$

说明：全身麻醉术中知晓是指在全身麻醉过程中发生意识的恢复，病人对周围环境或声音存在着一定程度的感知与记忆，全身麻醉后病人能回忆术中发生的事情，并能告

知有无疼痛等情况。

意义：反映医疗机构麻醉质量。

十七、PACU 入室低体温发生率（AQI-IHP-17）

定义：单位时间内，PACU 入室低体温患者数占同期入 PACU 患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{PACU 入室低体温发生率} = \frac{\text{单位时间内 PACU 入室低体温患者数}}{\text{同期入 PACU 患者总数}} \times 100\%$$

说明：PACU 入室低体温是指患者入 PACU 第一次测量体温低于 36℃。

意义：体现围手术期体温保护情况，反映医疗机构麻醉质量。

十八、麻醉后 PACU 转出延迟率（AQI-IDP-18）

定义：单位时间内，入 PACU 超过 2 小时的患者数占同期入 PACU 患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{麻醉后 PACU 转出延迟率} = \frac{\text{单位时间内入 PACU 超过 2 小时的患者数}}{\text{同期入 PACU 患者总数}} \times 1000‰$$

意义：体现手术和麻醉管理水平，反映医疗机构麻醉质量。

十九、非计划二次气管插管率（AQI-IUR-19）

定义：单位时间内，非计划二次气管插管患者数占同期术后气管插管拔除患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{非计划二次气管插管率} = \frac{\text{单位时间内非计划二次气管插管患者数}}{\text{同期术后气管插管拔除患者总数}} \times 1000‰$$

说明：非计划二次气管插管是指在患者术后气管插管拔除后 6 小时内，非计划再次

行气管插管术，不包括因非计划二次手术而接受再次气管插管。

意义：反映医疗机构麻醉质量管理和（或）手术质量。

二十、非计划转入 ICU 率（AQI-IUI-20）

定义：单位时间内，非计划转入 ICU 的麻醉患者数占同期麻醉患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{非计划转入 ICU 率} = \frac{\text{单位时间内非计划转入 ICU 的麻醉患者数}}{\text{同期麻醉患者总数}} \times 1000‰$$

说明：非计划转入 ICU 是指在开始麻醉前并无术后转入 ICU 的计划，而术中或术后决定转入 ICU。

意义：反映医疗机构麻醉质量。

二十一、术后镇痛满意率（AQI-ASR-21）

定义：单位时间内，麻醉科术后镇痛随访视觉模拟评分（VAS）≤3 分患者数占同期麻醉科术后镇痛患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{术后镇痛满意率} = \frac{\text{单位时间内麻醉科术后镇痛随访 VAS} \leqslant 3 \text{ 分患者数}}{\text{同期麻醉科术后镇痛患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构围手术期急性疼痛服务质量。

二十二、区域阻滞麻醉后严重神经并发症发生率（AQI-ISN-22）

定义：单位时间内，区域阻滞麻醉后严重神经并发症发生例数占同期区域阻滞麻醉总例数的比例。

计算公式：

$$\text{区域阻滞麻醉后严重神经并发症发生率} = \frac{\text{单位时间内区域阻滞麻醉后严重神经并发症发生例数}}{\text{同期区域阻滞麻醉总例数}} \times 10000‰$$

说明：区域阻滞（包括椎管内麻醉和外周神经阻滞）麻醉后严重神经并发症，是指在区域阻滞麻醉后新发的重度头痛、局部感觉异常（麻木或异感）、运动异常（肌无力甚至瘫痪）等，持续超过 72 小时，并排除其他病因者。

意义：反映医疗机构麻醉质量。

二十三、全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑发生率（AQI-IHE-23）

定义：单位时间内，全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑发生例次数占同期全身麻醉气管插管总例次数的比例。

计算公式：

$$\text{全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑发生率} = \frac{\text{单位时间内全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑发生例次数}}{\text{同期全身麻醉气管插管总例次数}} \times 10000‰$$

说明：全身麻醉气管插管拔管后声音嘶哑，是指新发的、在拔管后 72 小时内没有恢复的声音嘶哑，排除咽喉、颈部以及胸部手术等原因。

意义：反映医疗机构麻醉质量。

二十四、麻醉后新发昏迷发生率（AQI-INC-24）

定义：单位时间内，全身麻醉后新发昏迷发生例次数占同期非颅脑手术全身麻醉总例次数的比例。

计算公式：

$$\text{麻醉后新发昏迷发生率} = \frac{\text{单位时间内全身麻醉后新发昏迷发生例次数}}{\text{同期非颅脑手术全身麻醉总例次数}} \times 10000‰$$

说明：全身麻醉后新发昏迷是指麻醉前清醒患者（格拉斯哥昏迷评分为 15 分），接受全身麻醉下非颅脑手术后没有苏醒，持续昏迷（格拉斯哥昏迷评分 ≤8 分）超过 24 小时。除外因医疗目的给予镇静催眠者。

意义：反映医疗机构麻醉质量。

二十五、麻醉后 24 小时内患者死亡率（AQI-TPM-25）

定义：单位时间内，麻醉后 24 小时内死亡患者数占同期麻醉患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{麻醉后 24 小时内患者死亡率} = \frac{\text{单位时间内麻醉后 24 小时内死亡患者数}}{\text{同期麻醉患者总数}} \times 10000‰$$

意义：反映医疗机构医疗质量。

二十六、阴道分娩椎管内麻醉使用率（AQI-EPD-26）

定义：单位时间内，阴道分娩产妇实施椎管内麻醉人数（不含术中转剖宫产产妇人数）占同期阴道分娩产妇总人数（不含术中转剖宫产产妇人数）的比例。

计算公式：

$$\text{阴道分娩椎管内麻醉使用率} = \frac{\text{阴道分娩产妇实施椎管内麻醉人数}}{\text{同期阴道分娩产妇总人数}} \times 100\%$$

意义：体现医疗机构满足无痛分娩需求的程度和对产妇的人文关怀。

肿瘤专业
质量控制指标（2023 年版）

一、乳腺癌

指标一、乳腺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率（CA-BC-01）

定义：首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的乳腺癌患者数占接受首次治疗的乳腺癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{乳腺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率} = \frac{\text{首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的乳腺癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的乳腺癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：治疗前全面评价病情是肿瘤规范化治疗的基础。

说明：1. 首次治疗指针对肿瘤开展的手术、放疗、化疗、靶 向治疗、内分泌治疗、免疫治疗等，不包括为明确诊断或病情而采取的穿刺、活检、检查等诊疗措施。 下同。

2. 分期方法参见国家卫生健康委发布的《乳腺癌诊疗指南（2022 年版）》。 下同。

指标二、乳腺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估策略符合率（CA-BC-02）

定义：首次治疗前临床 TNM 分期检查评估符合策略的乳腺癌患者数占接受首次治疗的乳腺癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{乳腺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估策略符合率} = \frac{\text{首次治疗前临床 TNM 分期检查评估符合策略的乳腺癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的乳腺癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映评估病情的规范性。

说明：临床 TNM 分期检查评估符合策略是指符合基本策略 1 或基本策略 2。

基本策略 1：（① 或 ② 或 ③）+ ④ + ⑤；

基本策略 2：（① 或 ② 或 ③）+ ⑥；

①乳腺超声；②乳腺 X 线（钼靶）；③乳腺核磁；④胸部 CT；⑤腹部超声（或 CT 或核磁）；⑥ PET-CT。

指标三、乳腺癌患者非手术治疗前病理学诊断率（CA-BC-03）

定义：首次非手术治疗前完成病理学诊断的乳腺癌患者数占接受首次非手术治疗的乳腺癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{乳腺癌患者非手术治疗前病理学诊断率} = \frac{\text{首次非手术治疗前完成病理学诊断的乳腺癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的乳腺癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：明确病理诊断是肿瘤综合治疗方案选择的基础。

说明：本指标的非手术治疗包括放疗、化疗、靶向治疗、内分泌治疗、免疫治疗等治疗。

指标四、早期乳腺癌患者前哨淋巴结活检率（CA-BC-04）

定义：行前哨淋巴结活检手术的早期乳腺癌患者数占早期乳腺癌手术患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{早期乳腺癌患者前哨淋巴结活检率} = \frac{\text{行前哨淋巴结活检手术的早期乳腺癌患者数}}{\text{同期早期乳腺癌手术患者总数}} \times 100\%$$

意义：提高腋窝淋巴结清扫术的合理性。

说明：本指标早期乳腺癌指临床分期为 T1-2N0M0 的乳腺癌。

指标五、乳腺癌患者保乳术后放疗率（CA-BC-05）

定义：行术后放疗的乳腺癌保乳术患者数占乳腺癌保乳术患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{乳腺癌患者保乳术后放疗率} = \frac{\text{行术后放疗的乳腺癌保乳术患者数}}{\text{同期乳腺癌保乳术患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映乳腺癌患者保乳术后治疗的规范性。

指标六、乳腺癌患者改良根治术后放疗率（CA-BC-06）

定义：乳腺癌改良根治术后行放疗的患者数占乳腺癌改良根治术患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{乳腺癌患者改良根治术后放疗率} = \frac{\text{乳腺癌改良根治术后行放疗的患者数}}{\text{同期乳腺癌改良根治术患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映乳腺癌改良根治术后患者治疗的规范性。

说明：本指标统计范围为改良根治术后病理分期为 T3-4 或者淋巴结转移≥ 4 个的乳腺癌患者。

指标七、局部晚期乳腺癌患者新辅助治疗率（CA-BC-07）

定义：接受新辅助治疗的局部晚期乳腺癌患者数占局部晚期乳腺癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{局部晚期乳腺癌患者新辅助治疗率} = \frac{\text{接受新辅助治疗的局部晚期乳腺癌患者数}}{\text{同期局部晚期乳腺癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映乳腺癌局部晚期患者治疗的规范性。

说明：本指标的局部晚期乳腺癌指临床分期为 III 期（不含 T3N1M0）的乳腺癌，新辅助治疗包含化疗、靶向治疗、内分泌治疗等治疗措施；治疗方法参见国家卫生健康委发布的《乳腺癌诊疗指南（2022 年版）》。

指标八、晚期转移性乳腺癌患者首次治疗全身系统性治疗率（CA-BC-08）

定义：首次治疗接受全身系统性治疗的晚期转移性乳腺癌患者数占首次治疗的晚期转移性乳腺癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{晚期转移性乳腺癌患者首次治疗全身系统性治疗率} = \frac{\text{首次治疗接受全身系统性治疗的晚期转移性乳腺癌患者数}}{\text{同期首次治疗的晚期转移性乳腺癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映晚期乳腺癌治疗的规范性。

说明：本指标的晚期转移性乳腺癌患者指临床分期为 M1 的乳腺癌患者。 全身系统性治疗指抗肿瘤药物治疗，包括化疗、靶向治疗、免疫治疗、内分泌治疗。

指标九、激素受体阳性乳腺癌患者术后接受辅助内分泌治疗率（CA-BC-09）

定义：术后接受辅助内分泌治疗的激素受体阳性乳腺癌患者数占术后激素受体阳性的乳腺癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{激素受体阳性乳腺癌患者术后接受辅助内分泌治疗率} = \frac{\text{术后接受辅助内分泌治疗的激素受体阳性乳腺癌患者数}}{\text{同期术后激素受体阳性的乳腺癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映乳腺癌治疗的规范性。

指标十、接受抗 HER-2 靶向治疗的乳腺癌患者中 HER-2 阳性率（CA-BC-10）

定义：接受抗 HER-2 靶向治疗且 HER-2 阳性的乳腺癌患者数占接受抗 HER-2 靶向治疗的乳腺癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{接受抗 HER-2 靶向治疗的乳腺癌患者中 HER-2 阳性率} = \frac{\text{接受抗 HER-2 靶向治疗且 HER-2 阳性的乳腺癌患者数}}{\text{同期接受抗 HER-2 靶向治疗的乳腺癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：体现 HER-2 靶向药物使用的规范性。

指标十一、腋窝淋巴结清扫充分率（CA-BC-11）

定义：清扫腋窝淋巴结数量≥ 10 个的乳腺癌患者数占行腋窝淋巴结清扫术的乳腺癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{腋窝淋巴结清扫充分率} = \frac{\text{清扫腋窝淋巴结数量} \geq 10 \text{ 个的乳腺癌患者数}}{\text{同期行腋窝淋巴结清扫术的乳腺癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映乳腺癌患者术中清扫腋窝淋巴结的规范性。

指标十二、乳腺癌 I 类切口手术部位感染率（CA-BC-12）

定义：发生 I 类切口手术部位感染的乳腺癌患者数占乳腺癌 I 类切口手术患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{乳腺癌 I 类切口手术部位感染率} = \frac{\text{发生 I 类切口手术部位感染的乳腺癌患者数}}{\text{同期乳腺癌 I 类切口手术患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医院感染管理和防控情况。

二、肺癌

指标一、肺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率（CA-LC-01）

定义：首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的肺癌患者数占接受首次治疗的肺癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{肺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率} = \frac{\text{首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的肺癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的肺癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：治疗前全面评价病情是肿瘤规范化治疗的基础。

说明：1. 首次治疗指针对肿瘤开展的手术、放疗、化疗、靶向治疗、免疫治疗等治疗，不包括为明确诊断或病情而采取的穿刺、活检、检查等诊疗措施。下同。

2. 分期方法参见国家卫生健康委发布的《原发性肺癌诊疗指南（2022 年版）》。下同。

指标二、肺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估策略符合率（CA-LC-02）

定义：首次治疗前临床 TNM 分期检查评估符合策略的肺癌患者数占接受首次治疗的肺癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{肺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估策略符合率} = \frac{\text{首次治疗前临床 TNM 分期检查评估符合策略的肺癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的肺癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映评估病情的规范性。

说明：临床 TNM 分期检查符合策略是指符合基本策略 1 或基本策略 2。

基本策略 1：胸部 CT+ 颈部 CT（或颈部超声）+ 骨扫描 + 腹部 CT（或腹部超声）+ 脑部 CT（或脑部 MRI）；

基本策略 2：全身 PET-CT ± 脑部 MRI。

指标三、肺癌患者非手术治疗前病理学诊断率（CA-LC-03）

定义：首次非手术治疗前完成病理学诊断的肺癌患者数占接受首次非手术治疗的肺癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{肺癌患者非手术治疗前病理学诊断率} = \frac{\text{首次非手术治疗前完成病理学诊断的肺癌患者数}}{\text{同期接受首次非手术治疗的肺癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：明确病理诊断是肿瘤综合治疗方案选择的基础。

说明：本指标的非手术治疗指针对肿瘤开展的，包括放疗、化疗、靶向治疗、免疫治疗等治疗。

指标四、肺癌患者术后病理 TNM 分期率（CA-LC-04）

定义：肺癌患者手术治疗后完成病理 TNM 分期的患者数占手术治疗的肺癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{肺癌患者术后病理 TNM 分期率} = \frac{\text{肺癌患者手术治疗后完成病理 TNM 分期的患者数}}{\text{同期手术治疗的肺癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：术后病理评估是肿瘤病理类型、病理 TNM 分期、术后辅助治疗及预后判断的重要依据。

指标五、肺癌切除术术中淋巴结清扫率（CA-LC-05）

定义：肺癌切除术术中接受淋巴结清扫的患者数占行肺癌切除术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{肺癌切除术术中淋巴结清扫率} = \frac{\text{肺癌切除术术中接受淋巴结清扫的患者数}}{\text{同期行肺癌切除术的患者总数}} \times 100\%$$

意义：淋巴结清扫是术后准确病理分期和达到完全性切除的重要保证，反映肺癌手术规范性。

指标六、肺癌切除术术中纵隔淋巴结清扫充分率（CA-LC-06）

定义：肺癌切除术术中纵隔淋巴结清扫站数≥ 3 站的患者数占肺癌切除术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{肺癌切除术术中纵隔淋巴结清扫充分率} = \frac{\text{肺癌切除术术中纵隔淋巴结清扫站数} \geq 3 \text{ 站的患者数}}{\text{同期肺癌切除术的患者总数}} \times 100\%$$

意义：淋巴结充分清扫是术后准确病理分期和达到完全性切除的重要保证，反映肺癌手术规范性。

指标七、III 期肺癌患者初始治疗综合治疗率（CA-LC-07）

定义：初始治疗行综合治疗的Ⅲ期肺癌患者数占初始治疗的Ⅲ期肺癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{III 期肺癌患者初始治疗综合治疗率} = \frac{\text{初始治疗行综合治疗的Ⅲ期肺癌患者数}}{\text{同期初始治疗的Ⅲ期肺癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映局部晚期肺癌多学科综合治疗质量。

说明：综合治疗定义为局部治疗（手术治疗和 / 或放射治疗）+ 系统性治疗（泛指抗肿瘤药物治疗）。

指标八、肺癌患者精确放疗率（CA-LC-08）

定义：行精确放疗的肺癌患者数占接受放疗的肺癌患者总数的比例。

计算公式：

$$肺癌患者精确放疗率 = \frac{行精确放疗的肺癌患者数}{同期接受放疗的肺癌患者总数} \times 100\%$$

意义：反映肺癌患者放疗准确性。

说明：适用于肺癌的精确放疗技术包括：调强适形放疗（IMRT）、影像引导调强适形放疗（IGRT）、剂量引导调强适形放疗（DGRT）、螺旋断层放疗（TOMO）、三维适形放疗（3DCRT）、立体定向放疗（SRT）/ 立体定向体部放疗（SBRT）、术中放疗（IORT）、容积调强弧形放疗（VMAT）、质子放疗、重离子放疗。

指标九、Ⅳ期肺癌患者首次抗肿瘤药物治疗一线推荐方案采用率（CA-LC-09）

定义：诊断为Ⅳ期的肺癌患者首次抗肿瘤药物治疗采用一线推荐方案的患者数占Ⅳ期肺癌患者首次接受抗肿瘤药物治疗患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{Ⅳ期肺癌患者首次抗肿瘤药物治疗一线推荐方案采用率} = \frac{\text{Ⅳ期肺癌患者首次抗肿瘤药物治疗采用一线推荐方案的患者数}}{\text{同期Ⅳ期肺癌患者首次接受抗肿瘤药物治疗患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映晚期肺癌患者抗肿瘤药物治疗的规范性。

说明：一线推荐方案参见国家卫生健康委发布的《原发性肺癌诊疗指南（2022 年版）》。

指标十、肺癌患者接受分子靶向治疗前基因检测阳性率（CA-LC-10）

定义：肺癌患者接受分子靶向治疗前基因检测显示驱动基因突变阳性的患者数占接受分子靶向治疗的肺癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{肺癌患者接受分子靶向治疗前基因检测阳性率} = \frac{\text{接受分子靶向治疗前基因检测显示驱动基因突变阳性的肺癌患者数}}{\text{同期接受分子靶向治疗的肺癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映肺癌患者分子靶向治疗的规范性。

指标十一、肺癌患者非手术治疗后疗效评价率（CA-LC-11）

定义：肺癌患者接受非手术治疗后完成疗效评价的患者数占接受非手术治疗的肺癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{肺癌患者非手术治疗后疗效评价率} = \frac{\text{非手术治疗后完成疗效评价的肺癌患者数}}{\text{同期非手术治疗的肺癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映诊疗过程的规范性。

说明：疗效评价方法参见国家卫生健康委发布的《原发性肺癌诊疗指南（2022 年版）》及实体瘤疗效评估标准（ResponseEvaluationCriteriaInSolidTumour，RECIST）。

指标十二、肺癌手术患者肿瘤完整切除（R0）率（CA-LC-12）

定义：肺癌手术患者肿瘤完整切除（R0）的患者数占肺癌手术患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{肺癌手术患者肿瘤完整切除（R0）率} = \frac{\text{肺癌手术患者肿瘤完整切除（R0）的患者数}}{\text{同期肺癌手术患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医院综合诊疗技术能力。

指标十三、肺癌患者术后院内死亡率（CA-LC-13）

定义：肺癌手术患者术后发生院内死亡的患者数占肺癌手术患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{肺癌患者术后院内死亡率} = \frac{\text{肺癌手术患者术后发生院内死亡的患者数}}{\text{同期肺癌手术患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映肺癌手术质量安全情况。

三、肝癌

指标一、肝细胞癌患者首次治疗前临床中国肝癌分期诊断率（CA-CNLC-01）

定义：首次治疗前完成临床中国肝癌分期诊断的肝细胞癌患者数占接受首次治疗的肝细胞癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{肝细胞癌患者首次治疗前临床中国肝癌分期诊断率} = \frac{\text{首次治疗前完成临床中国肝癌分期诊断的肝细胞癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的肝细胞癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：治疗前全面评价病情是规范化治疗的基础。

说明：1. 首次治疗指针对肿瘤开展的手术、放疗、化疗、靶向治疗、免疫治疗等治疗，不包括为明确诊断或病情而采取的穿刺、活检、检查等诊疗措施。下同。

2. 分期方法参见国家卫生健康委发布的《原发性肝癌诊疗指南（2022 版）》。下同。

指标二、肝细胞癌患者首次治疗前临床中国肝癌分期检查策略符合率（CA-CNLC-02）

定义：首次治疗前完成临床中国肝癌分期检查评估符合策略的肝细胞癌患者数占接受首次治疗的肝细胞癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{肝细胞癌患者首次治疗前临床中国肝癌分期检查策略符合率} = \frac{\text{首次治疗前完成临床中国肝癌分期检查评估符合策略的肝细胞癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的肝细胞癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映评估病情的规范性。

说明：临床中国肝癌分期检查策略至少包括上腹部增强 MRI 或增强 CT+ 腹部彩超 + 胸部 CT。

指标三、肝内胆管癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率（CA-CNLC-03）

定义：首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的肝内胆管癌患者数占接受首次治疗的肝内胆管癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{肝内胆管癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率} = \frac{\text{首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的肝内胆管癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的肝内胆管癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：治疗前全面评价病情是规范化治疗的基础。

指标四、肝内胆管癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查策略符合率（CA-CNLC-04）

定义：首次治疗前完成临床 TNM 分期检查评估符合策略的肝内胆管癌患者数占接受首次治疗的肝内胆管癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{肝内胆管癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查策略符合率} = \frac{\text{首次治疗前完成临床 TNM 分期检查评估符合策略的肝内胆管癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的肝内胆管癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映评估病情的规范性。

说明：临床 TNM 分期检查策略至少包括上腹部增强 MRI 或增强 CT+ 腹部彩超 + 胸部 CT。

指标五、肝内胆管癌患者首次非手术治疗前病理学诊断率（CA-CNLC-05）

定义：首次非手术治疗前完成病理学诊断的肝内胆管癌患者数占接受首次非手术治疗的肝内胆管癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{肝内胆管癌患者首次非手术治疗前病理学诊断率} = \frac{\text{首次非手术治疗前完成病理学诊断的肝内胆管癌患者数}}{\text{同期接受首次非手术治疗的肝内胆管癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映肝内胆管癌诊治规范性。

说明：本指标的非手术治疗是指经皮穿刺的局部治疗如肝动脉化疗栓塞术（TACE）、消融治疗（射频、微波、无水乙醇注射、冷冻、高强度超声聚焦消融、激光消融、不可逆电穿孔等）、放射治疗及系统治疗（化疗、靶向药物、免疫检查点抑制剂、生物治疗）等。

指标六、肝内胆管癌患者术后病理 TNM 分期率（CA-CNLC-06）

定义：肝内胆管癌患者手术后完成病理 TNM 分期的患者数占接受手术治疗的肝内胆管癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{肝内胆管癌患者术后病理 TNM 分期率} = \frac{\text{肝内胆管癌患者手术后完成病理 TNM 分期的患者数}}{\text{同期接受手术治疗的肝内胆管癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：术后病理 TNM 分期是肿瘤分型、分期、预后评价的重要依据。

指标七、肝内胆管癌患者术中淋巴结清扫率（CA-CNLC-07）

定义：手术切除的肝内胆管癌患者术中接受淋巴结清扫的患者数占接受手术切除的肝内胆管癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{肝内胆管癌患者术中淋巴结清扫率} = \frac{\text{手术切除的肝内胆管癌患者术中接受淋巴结清扫的患者数}}{\text{同期接受手术切除的肝内胆管癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：淋巴结清扫是术后准确病理 TNM 分期和根治性切除的重要保证，反映肝内胆管癌手术规范程度。

指标八、肝癌手术患者微创手术率（CA-CNLC-08）

定义：肝癌患者实施微创手术人次数占同期肝癌患者手术人次数的比例。

计算公式：

$$\text{肝癌手术患者微创手术率} = \frac{\text{肝癌患者实施微创手术人次数}}{\text{同期肝癌患者手术人次数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构外科微创技术应用情况。

说明：微创手术指腹腔镜（包括机器人辅助腹腔镜）下的肝切除、术中局部治疗（射频、微波、冷冻等消融治疗，瘤内酒精注射）、腹腔镜下探查手术。

指标九、肝癌患者围手术期死亡率（CA-CNLC-09）

定义：住院期间围手术期死亡的肝癌患者数占接受手术治疗的肝癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{肝癌患者围手术期死亡率} = \frac{\text{住院期间围手术期死亡的肝癌患者数}}{\text{同期接受手术治疗的肝癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映肝癌手术和麻醉质量安全情况。

指标十、中国肝癌分期 IIb 和 IIIa 期肝细胞癌患者首次治疗 TACE 治疗率（CA-CNLC-10）

定义：中国肝癌分期 IIb 和 IIIa 期肝细胞癌患者首次治疗行 TACE 治疗的患者数占中国肝癌分期 IIb 和 IIIa 期肝细胞癌首次治疗患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{中国肝癌分期 IIb 和 IIIa 期肝细胞癌患者首次治疗 TACE 治疗率} = \frac{\text{中国肝癌分期 IIb 和 IIIa 期肝细胞癌患者首次治疗行 TACE 治疗的患者数}}{\text{同期中国肝癌分期 IIb 和 IIIa 期肝细胞癌首次治疗患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映肝癌规范化治疗情况。

指标十一、中晚期肝癌患者综合治疗率（CA-CNLC-11）

定义：中晚期肝癌患者接受综合治疗的患者数占中晚期肝癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{中晚期肝癌患者综合治疗率} = \frac{\text{中晚期肝癌患者接受综合治疗的患者数}}{\text{同期中晚期肝癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映中晚期肝癌诊疗规范性。

说明：1. 本指标的中晚期指临床分期为①中国肝癌（CNLC）分期：IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV 期的肝细胞癌（HCC）；② TNM 分期：II、IIIA、IIIB、IV 期的肝内胆管癌（ICC）。

2. 综合治疗指整个疾病过程中至少接受下述两种方式的治疗：手术治疗（肝移植、肝切除、术中局部治疗等）、消融（射频、微波和冷冻等）治疗、无水酒精瘤内注射、介入治疗、放疗、化疗、靶向治疗、免疫治疗等。

指标十二、肝癌患者精确放疗率（CA-CNLC-12）

定义：行精确放疗的肝癌患者数占接受放疗的肝癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{肝癌患者精确放疗率} = \frac{\text{行精确放疗的肝癌患者数}}{\text{同期接受放疗的肝癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映肝癌放射治疗的精确性和规范化程度。

说明：适用于肝癌的精确放疗技术包括图像引导放疗或立体定向放疗，即三维适形放射治疗（3D-CRT）、调强适形放射治疗（IMRT）、体部立体定向放射治疗（SBRT）、容积弧形调强放射治疗（VMAT）、影像引导调强适形放射治疗（IGRT）、螺旋断层放射治疗（TOMO）、质子远距离放射治疗、重离子放疗、中子远距离放射治疗、X 刀放射治疗、多源光子放射外科治疗、伽马刀放射外科治疗、立体定向 γ 放射治疗、钴 -60 放射治疗、粒子放射外科治疗、其他立体定向放射外科治疗。

四、宫颈癌

指标一、宫颈癌患者首次治疗前临床 FIGO 分期诊断率（CA-CC-01）

定义：首次治疗前完成临床 FIGO 分期诊断的宫颈癌患者数占接受首次治疗的宫颈癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{宫颈癌患者首次治疗前临床 FIGO 分期诊断率} = \frac{\text{首次治疗前完成临床 FIGO 分期诊断的宫颈癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的宫颈癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：治疗前全面评价病情是肿瘤规范化治疗的基础。

说明：1. 首次治疗指针对肿瘤开展的手术、放疗、化疗、靶向治疗、免疫治疗等治疗，不包括为明确诊断或病情而采取的穿刺、活检、检查等诊疗措施。下同。

2. 分期方法参见国家卫生健康委发布的《宫颈癌诊疗指南（2022 年版）》。下同。

指标二、宫颈癌患者首次治疗前临床FIGO 分期检查评估策略符合率（CA-CC-02）

定义：首次治疗前临床 FIGO 分期检查评估符合策略的宫颈癌患者数占接受首次治疗的宫颈癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{宫颈癌患者首次治疗前临床 FIGO 分期检查评估策略符合率} = \frac{\text{首次治疗前临床 FIGO 分期检查评估符合策略的宫颈癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的宫颈癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映评估病情的规范性。

说明：临床 FIGO 分期检查评估符合策略是指符合基本策略 1 或基本策略 2。

基本策略 1：盆腔 MRI+ 颈胸腹盆腔增强 CT+ 妇科检查；

基本策略 2：盆腔 MRI+ 全身 PET-CT+ 妇科检查。

指标三、宫颈癌患者首次治疗前病理学诊断率（CA-CC-03）

定义：首次治疗前完成病理学诊断的宫颈癌患者数占接受首次治疗的宫颈癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{宫颈癌患者首次治疗前病理学诊断率} = \frac{\text{首次治疗前完成病理学诊断的宫颈癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的宫颈癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映宫颈癌治疗的规范性。

指标四、早期宫颈癌根治性手术治疗患者淋巴结切除率（CA-CC-04）

定义：早期宫颈癌根治术中接受淋巴结切除（包含前哨淋巴结切除）的宫颈癌患者数占早期宫颈癌根治性手术患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{早期宫颈癌根治性手术治疗患者淋巴结切除率} = \frac{\text{早期宫颈癌根治术中接受淋巴结切除的宫颈癌患者数}}{\text{同期早期宫颈癌根治性手术患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映早期宫颈癌根治性手术的质量。

说明：本指标早期宫颈癌指临床分期为Ⅰ A1 伴 LVSI、Ⅰ A2~Ⅱ A2 期的宫颈癌。

指标五、术后病理存在高危因素的宫颈癌患者接受同步放化疗率（CA-CC-05）

定义：接受同步放化疗的术后病理存在高危因素的宫颈癌患者数占术后病理存在高危因素的宫颈癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{术后病理存在高危因素的宫颈癌患者接受同步放化疗率} = \frac{\text{接受同步放化疗的术后病理存在高危因素的宫颈癌患者数}}{\text{同期术后病理存在高危因素的宫颈癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映宫颈癌患者术后辅助治疗的规范性。

说明：术后病理高危因素包括：淋巴结转移、切缘阳性或宫旁受侵。

指标六、术后病理存在符合Sedlis标准的中危因素宫颈癌患者放疗率（CA-CC-06）

定义：接受放疗的术后病理存在符合 Sedlis 标准的中危因素宫颈癌患者数占术后病理存在符合 Sedlis 标准的中危因素宫颈癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{术后病理存在符合 Sedlis 标准的中危因素宫颈癌患者放疗率} = \frac{\text{接受放疗的术后病理存在符合 Sedlis 标准的中危因素宫颈癌患者数}}{\text{同期术后病理存在符合 Sedlis 标准的中危因素宫颈癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映宫颈癌患者术后辅助治疗的规范性。

说明：符合 Sedlis 标准的中危因素参见国家卫生健康委发布的《宫颈癌诊疗指南（2022 年版）》。

指标七、中晚期宫颈癌患者首次治疗同步放化疗率（CA-CC-07）

定义：首次治疗接受同步放化疗的中晚期宫颈癌患者数占接受首次治疗的中晚期宫颈癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{中晚期宫颈癌患者首次治疗同步放化疗率} = \frac{\text{首次治疗接受同步放化疗的中晚期宫颈癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的中晚期宫颈癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映中晚期宫颈癌治疗的规范性。

说明：本指标的中晚期宫颈癌指临床分期为Ⅱ B~Ⅳ A 期的宫颈癌。

指标八、宫颈癌患者精确体外放疗率（CA-CC-08）

定义：行精确体外放疗的宫颈癌患者数占接受体外放疗的宫颈癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{宫颈癌患者精确体外放疗率} = \frac{\text{行精确体外放疗的宫颈癌患者数}}{\text{同期接受体外放疗的宫颈癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映宫颈癌患者体外放疗的质量。

说明：适用于宫颈癌的精确体外放疗技术包括三维适形放疗、调强放疗、容积弧形调强放疗、立体定向放疗、螺旋断层放疗。

指标九、宫颈癌患者精确近距离放疗率（CA-CC-09）

定义：行精确近距离放疗技术的宫颈癌患者数占接受近距离放疗的宫颈癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{宫颈癌患者精确近距离放疗率} = \frac{\text{行精确近距离放疗技术的宫颈癌患者数}}{\text{同期接受近距离放疗的宫颈癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映宫颈癌患者近距离放疗的质量。

说明：精确近距离放疗是指包含治疗计划设计（三维计划）的腔内或插植放疗，并采用螺旋 CT 模拟定位、磁共振模拟定位、超声引导、超声定位技术行图像引导。

指标十、宫颈癌患者增敏化疗采用标准方案率（CA-CC-10）

定义：采用推荐的标准增敏化疗方案的同步放化疗治疗的宫颈癌患者数占接受同步放化疗治疗的宫颈癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{宫颈癌患者增敏化疗采用标准方案率} = \frac{\text{采用标准增敏化疗方案的同步放化疗治疗的宫颈癌患者数}}{\text{同期接受同步放化疗治疗的宫颈癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映宫颈癌同步放化疗治疗的规范性。

说明：推荐的标准增敏化疗方案：顺铂周疗。详见国家卫生健康委发布的《宫颈癌诊疗指南（2022 年版）》。

指标十一、宫颈癌手术患者并发症发生率（CA-CC-11）

定义：发生并发症的宫颈癌手术患者数占宫颈癌手术患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{宫颈癌手术患者并发症发生率} = \frac{\text{发生并发症的宫颈癌手术患者数}}{\text{同期宫颈癌手术患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映宫颈癌手术质量安全情况。

说明：宫颈癌手术并发症包括：（1）一般并发症：淋巴囊肿、淋巴水肿、尿潴留、感染、静脉血栓、手术后伤口裂开、术后血肿；（2）严重并发症：肠梗阻、输尿管瘘、膀胱阴道瘘、直肠阴道瘘、手术后大出血、败血症、手术中发生或由于手术造成的休克、死亡。

指标十二、宫颈癌放疗患者近期并发症发生率（CA-CC-12）

定义：在放疗期间及放疗结束后 3 个月之内发生放疗相关并发症的宫颈癌患者数占宫颈癌放疗患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{宫颈癌放疗患者近期并发症发生率} = \frac{\text{发生近期并发症的宫颈癌放疗患者数}}{\text{同期宫颈癌放疗患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映宫颈癌放疗技术能力和质量安全情况。

说明：宫颈癌放疗近期并发症包括：（1）全身反应：头痛、眩晕、乏力、食欲不振、恶心、呕吐、白细胞减少、血小板减少；（2）直肠反应：里急后重、腹泻、粘液便、

大便疼痛、便血；（3）膀胱反应：尿频、尿急、尿痛、血尿；（4）内照射相关反应：出血、子宫穿孔、肠瘘、肠炎；（5）阴道炎：阴道黏膜水肿、阴道充血、阴道疼痛、阴道排物增多，外阴炎。

五、胃癌

指标一、胃癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率（CA-GC-01）

定义：首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的胃癌患者数占接受首次治疗的胃癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{胃癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率} = \frac{\text{首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的胃癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的胃癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：治疗前全面评价病情是肿瘤规范化治疗的基础。

说明：1. 首次治疗指针对肿瘤开展的手术、放疗、化疗、靶向治疗、免疫治疗等治疗，不包括为明确诊断或病情而采取的穿刺、活检、检查等诊疗措施。下同。

2. 分期方法参见国家卫生健康委发布的《胃癌诊疗指南（2022 年版）》。下同。

指标二、胃癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估策略符合率（CA-GC-02）

定义：首次治疗前临床 TNM 分期检查评估符合策略的胃癌患者数占接受首次治疗的胃癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{胃癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估策略符合率} = \frac{\text{首次治疗前临床 TNM 分期检查评估符合策略的胃癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的胃癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映病情评估的规范性。

说明：临床 TNM 分期检查评估符合策略：腹部增强 CT/MRI+ 胸部平扫 CT+ 盆腔增强 CT/MRI。

指标三、胃癌患者首次治疗前病理学诊断率（CA-GC-03）

定义：首次治疗前完成病理学诊断的胃癌患者数占首次治疗的胃癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{胃癌患者首次治疗前病理学诊断率} = \frac{\text{首次治疗前完成病理学诊断的胃癌患者数}}{\text{同期首次治疗的胃癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映胃癌诊疗的规范性。

指标四、胃癌患者术后病理 TNM 分期率（CA-GC-04）

定义：手术治疗后完成病理 TNM 分期的胃癌患者数占接受手术治疗的胃癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{胃癌患者术后病理 TNM 分期率} = \frac{\text{手术治疗后完成病理 TNM 分期的胃癌患者数}}{\text{同期接受手术治疗的胃癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映胃癌诊疗的规范性。

指标五、接受内镜治疗的胃癌患者术后切缘阳性率（CA-GC-05）

定义：接受内镜治疗术后病理提示切缘阳性的胃癌患者数占接受内镜治疗的胃癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{接受内镜治疗的胃癌患者术后切缘阳性率} = \frac{\text{接受内镜治疗术后病理提示切缘阳性的胃癌患者数}}{\text{同期接受内镜治疗的胃癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映胃癌内镜治疗质量。

指标六、I-III 期胃癌患者手术治疗术中淋巴结清扫充分率（CA-GC-06）

定义：I-III 期手术治疗术中淋巴结清扫总数≥ 16 枚的胃癌患者数占接受手术治疗的 I-III 期胃癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{I—III 期胃癌患者手术治疗术中淋巴结清扫充分率} = \frac{\text{I—III 期手术治疗术中淋巴结清扫总数≥ 16 枚的胃癌患者数}}{\text{同期接受手术治疗的 I—III 期胃癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：淋巴结清扫是术后准确病理分期和达到根治性切除的重要保证，反映胃癌手术规范性。

指标七、转移性胃癌患者首次治疗行手术治疗率（CA-GC-07）

定义：首次治疗行手术治疗的转移性胃癌患者数占接受首次治疗的转移性胃癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{转移性胃癌患者首次治疗行手术治疗率} = \frac{\text{首次治疗行手术治疗的转移性胃癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的转移性胃癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映转移性胃癌治疗规范性。

说明：本指标中转移性胃癌患者指临床分期为 IVB 期的胃癌患者。

指标八、胃癌手术患者术前完成营养风险筛查与评估率（CA-GC-08）

定义：术前实际完成营养风险筛查与评估的胃癌手术患者数占胃癌手术患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{胃癌手术患者术前完成营养风险筛查与评估率} = \frac{\text{术前实际完成营养风险筛查与评估的胃癌手术患者数}}{\text{同期胃癌手术患者总数}} \times 100\%$$

意义：营养风险筛查及评估是指导营养支持治疗的重要依据，也是保障胃癌患者手术安全的重要措施。

说明：使用 PG-SGA 或 NRS-2002 进行营养风险筛查与评估的患者。

指标九、晚期转移性胃癌患者首次抗肿瘤药物治疗一线推荐方案采用率（CA-GC-09）

定义：晚期转移性胃癌首次抗肿瘤药物治疗采用一线推荐方案的患者数占晚期转移性胃癌首次抗肿瘤药物治疗的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{晚期转移性胃癌患者首次抗肿瘤药物治疗一线推荐方案采用率} = \frac{\text{晚期转移性胃癌首次抗肿瘤药物治疗采用一线推荐方案的患者数}}{\text{同期晚期转移性胃癌首次抗肿瘤药物治疗的患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映胃癌患者抗肿瘤药物治疗的规范性。

说明：一线推荐方案参见国家卫生健康委发布的《胃癌诊疗指南（2022 年版）》。

指标十、胃癌患者非手术治疗后疗效评价率（CA-GC-10）

定义：接受非手术治疗后完成疗效评价的胃癌患者数占接受非手术治疗的胃癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{胃癌患者非手术治疗后疗效评价率} = \frac{\text{接受非手术治疗后完成疗效评价的胃癌患者数}}{\text{同期接受非手术治疗的胃癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医院评估治疗的规范性。疗效评价方法参见国家卫生健康委发布的《胃癌诊疗指南（2022 年版）》。

指标十一、晚期转移性胃癌患者首次抗肿瘤药物治疗前病理生物标志物诊断率（CA-GC-11）

定义：晚期转移性胃癌首次抗肿瘤药物治疗前完成病理生物标志物诊断的患者数占

晚期转移性胃癌首次抗肿瘤药物治疗的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{晚期转移性胃癌患者首次抗肿瘤药物治疗前病理生物标志物诊断率} = \frac{\text{晚期转移性胃癌首次抗肿瘤药物治疗前完成病理生物标志物诊断的患者数}}{\text{同期晚期转移性胃癌首次抗肿瘤药物治疗的患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映胃癌诊治规范程度，指导首次治疗策略选择。

说明：病理生物标志物诊断包括免疫组化染色、特殊染色和基因检测，如：人类表皮生长因子受体 2（HER-2 亦称为 Neu、ErbB-2、CD340、分化群 340、p185）免疫组化检测或 FISH 检测；错配基因修复蛋白（MLH1、PMS2、MSH2、MSH6）免疫组化检测和（或）MSI 检测；EBV 原位杂交 EBER 检测；程序性死亡受体配体（PD-L1）免疫组化染色检测和（或）基因检测。

六、结直肠癌

指标一、结直肠癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率（CA-CRC-01）

定义：首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的结直肠癌患者数占接受首次治疗的结直肠癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{结直肠癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率} = \frac{\text{首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的结直肠癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的结直肠癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：治疗前全面评价病情是肿瘤规范化治疗的基础。

说明：1. 首次治疗指针对肿瘤开展的手术、放疗、化疗、靶向治疗、免疫治疗等治疗，不包括为明确诊断或病情而采取的穿刺、活检、检查等诊疗措施。下同。

2. 分期方法参见《AJCC 癌症分期指南（第 8 版）》。下同。

指标二、结直肠癌患者首次治疗前临床TNM分期检查评估策略符合率（CA-CRC-02）

定义：首次治疗前临床TNM分期检查评估符合策略的结直肠癌患者数占接受首次治疗的结直肠癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{结直肠癌患者首次治疗前临床TNM分期检查评估策略符合率} = \frac{\text{首次治疗前临床TNM分期检查评估符合策略的结直肠癌患者数数}}{\text{同期接受首次治疗的结直肠癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映病情评估的规范性。

说明：临床TNM分期检查符合基本策略：胸部增强CT+腹部增强CT+盆腔增强CT。

指标三、结直肠癌患者非手术治疗前病理学诊断率（CA-CRC-03）

定义：首次非手术治疗前完成病理学诊断的结直肠癌患者数占接受首次非手术治疗的结直肠癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{结直肠癌患者非手术治疗前病理学诊断率} = \frac{\text{首次非手术治疗前完成病理学诊断的结直肠癌患者数}}{\text{同期接受首次非手术治疗的结直肠癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映结直肠癌治疗规范性。

说明：本指标的非手术治疗包括放疗、化疗、靶向治疗、免疫治疗等治疗。

指标四、首诊局部进展期直肠癌患者新辅助治疗率（CA-CRC-04）

定义：首诊局部进展期直肠癌患者实际接受新辅助治疗的患者数占首诊局部进展期直肠癌患者接受手术治疗的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{首诊局部进展期直肠癌患者新辅助治疗率} = \frac{\text{首诊局部进展期直肠癌患者实际接受新辅助治疗的患者数}}{\text{同期首诊局部进展期直肠癌患者接受手术治疗的患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映直肠癌治疗的规范性。

说明：本指标的局部进展期直肠癌指临床分期为 T3+N+M0 的直肠癌。

指标五、结直肠癌患者靶向治疗和（或）免疫治疗前行基因检测和（或）分子检测率（CA-CRC-05）

定义：结直肠癌患者靶向治疗和（或）免疫治疗前行基因检测和（或）分子检测的患者数占接受靶向治疗和（或）免疫治疗的结直肠癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{结直肠癌患者靶向治疗和（或）免疫治疗前行基因检测和（或）分子检测率} = \frac{\text{结直肠癌患者靶向治疗和（或）免疫治疗前行基因检测和（或）分子检测的患者数}}{\text{同期接受靶向治疗和（或）免疫治疗的结直肠癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映结直肠癌治疗的规范性。

指标六、术中淋巴结清扫充分率（CA-CRC-06）

定义：术中清扫淋巴结数量≥ 12 枚的结直肠癌患者数占行结直肠癌手术治疗患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{术中淋巴结清扫充分率} = \frac{\text{术中清扫淋巴结数量} \geq 12 \text{ 枚的结直肠癌患者数}}{\text{同期行结直肠癌手术治疗患者总数}} \times 100\%$$

意义：淋巴结清扫是术后准确病理分期和达到根治性切除的重要保证，反映结直肠癌手术治疗的规范性。

说明：除外新辅助治疗患者。

指标七、首诊转移性结直肠癌患者首次化疗一线方案采用率（CA-CRC-07）

定义：首次化疗采用一线方案的首诊转移性结直肠癌患者数占首次接受化疗的首诊转移性结直肠癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{首诊转移性结直肠癌患者首次化疗一线方案采用率} = \frac{\text{首次化疗采用一线方案的首诊转移性结直肠癌患者数}}{\text{同期首次接受化疗的首诊转移性结直肠癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映结直肠癌患者化疗方案选择的规范性。

说明：一线化疗方案参见《中国临床肿瘤学会（CSCO）结直肠癌诊疗指南 2022 版》。

指标八、结直肠癌患者手术死亡率（CA-CRC-08）

定义：结直肠癌手术术中死亡的患者数占接受手术治疗的结直肠癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{结直肠癌患者手术死亡率} = \frac{\text{结直肠癌手术术中死亡的患者数}}{\text{同期接受手术治疗的结直肠癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映结直肠癌手术治疗质量。

指标九、结直肠癌患者术后 C 级吻合口瘘发生率（CA-CRC-09）

定义：结直肠癌手术治疗后发生 C 级吻合口瘘的患者数占接受手术治疗结直肠癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{结直肠癌患者术后 C 级吻合口瘘发生率} = \frac{\text{结直肠癌手术治疗后发生 C 级吻合口瘘的患者数}}{\text{同期接受手术治疗结直肠癌患者总数}} \times 100$$

意义：反映结直肠癌手术质量。

指标十、结直肠癌患者术后病理 TNM 分期率（CA-CRC-10）

定义：结直肠癌患者术后完成病理 TNM 分期的患者数占结直肠癌手术治疗的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{结直肠癌患者术后病理 TNM 分期率} = \frac{\text{结直肠癌患者术后完成病理 TNM 分期的患者数}}{\text{同期结直肠癌手术治疗的患者总数}} \times 100$$

意义：反映结直肠癌诊疗规范性。

指标十一、结直肠癌患者非手术治疗后疗效评价率（CA-CRC-11）

定义：非手术治疗后完成疗效评价的结直肠癌患者数占接受非手术治疗的结直肠癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{结直肠癌患者非手术治疗后疗效评价率} = \frac{\text{非手术治疗后完成疗效评价的结直肠癌患者数}}{\text{同期接受非手术治疗的结直肠癌患者总数}} \times 100$$

意义：反映结直肠癌诊疗规范性。

指标十二、结直肠癌手术患者非计划二次手术率（CA-CRC-12）

定义：在同一次住院期间，行结直肠癌手术后非计划二次手术的患者数占结直肠癌手术患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{结直肠癌手术患者非计划二次手术率} = \frac{\text{行结直肠癌手术后非计划二次手术的患者数}}{\text{同期结直肠癌手术患者总数}} \times 100$$

意义：反映结直肠癌手术技术能力和质量安全情况。

七、食管癌

指标一、食管癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率（CA-EC-01）

定义：首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的食管癌患者数占接受首次治疗的食管癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{食管癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率} = \frac{\text{首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的食管癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的食管癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：治疗前全面评价病情是肿瘤规范化治疗的基础。

说明：1. 首次治疗指针对肿瘤开展的手术、放疗、化疗、靶向治疗、免疫治疗等治疗，不包括为明确诊断或病情而采取的穿刺、活检、检查等诊疗措施。下同。

2. 分期方法参见国家卫生健康委发布的《食管癌诊疗指南（2022 年版）》。下同。

指标二、食管癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估策略符合率（CA-EC-02）

定义：首次治疗前临床 TNM 分期检查评估符合策略的食管癌患者数占接受首次治疗的食管癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{食管癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估策略符合率} = \frac{\text{首次治疗前临床 TNM 分期检查评估符合策略的食管癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的食管癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映病情评估的规范性。

说明：临床 TNM 分期检查评估符合策略是指符合基本策略 1 或基本策略 2。

基本策略 1：（胸部 + 上腹部）CT+ 颈部彩超 / 颈部 CT+ 胃镜；

基本策略 2：PET-CT+ 胃镜。

指标三、食管癌患者首次抗肿瘤治疗前病理学诊断率（CA-EC-03）

定义：首次抗肿瘤治疗前完成病理学诊断的食管癌患者数占接受首次抗肿瘤治疗的食管癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{食管癌患者首次抗肿瘤治疗前病理学诊断率}=\frac{\text{首次抗肿瘤治疗前完成病理学诊断的食管癌患者数}}{\text{同期接受首次抗肿瘤治疗的食管癌患者总数}}\times 100\%$$

意义：反映食管癌诊治规范性。

指标四、食管胃交界部癌 Siewert 分型率（CA-EC-04）

定义：进行 Siewert 分型的食管胃交界部癌患者数占食管胃交界部癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{食管胃交界部癌 Siewert 分型率}=\frac{\text{进行 Siewert 分型的食管胃交界部癌患者数}}{\text{同期食管胃交界部癌患者总数}}\times 100\%$$

意义：反映食管胃交界部癌外科治疗的规范性。

说明：Siewert 分型参见国家卫生健康委发布的《食管癌诊疗指南（2022 年版）》。

指标五、食管癌患者新辅助治疗后手术治疗前分期评估率（CA-EC-05）

定义：新辅助治疗后手术治疗前进行分期评估的食管癌患者数占新辅助治疗后接受手术治疗的食管癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{食管癌患者新辅助治疗后手术治疗前分期评估率}=\frac{\text{新辅助治疗后手术治疗前进行分期评估的食管癌患者数}}{\text{同期新辅助治疗后接受手术治疗的食管癌患者总数}}\times 100$$

意义：反映食管癌新辅助治疗后手术治疗规范性。

指标六、临床分期为 T3-4N0 和 T1-4aN+ 期的食管癌患者新辅助治疗率（CA-EC-06）

定义：临床分期为 $T_{3-4}N0$ 和 $T_{1-4a}N_+$ 期行新辅助治疗的食管癌患者数占临床分期为 $T_{3-4}N0$ 和 $T_{1-4a}N_+$ 期的食管癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{临床分期为 } T_{3-4}N_0 \text{ 和 } T_{1-4a}N_+ \text{ 期的食管癌患者新辅助治疗率} = \frac{\text{临床分期为 } T_{3-4}N0 \text{ 和 } T_{1-4a}N_+ \text{ 期行新辅助治疗的食管癌患者数}}{\text{同期临床分期为 } T_{3-4}N0 \text{ 和 } T_{1-4a}N_+ \text{ 期的食管癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：新辅助治疗是规范综合治疗的重要组成部分，反映局部晚期食管癌综合治疗的规范性。

指标七、食管癌患者根治性手术淋巴结清扫充分率（CA-EC-07）

定义：食管癌根治性手术术中淋巴结清扫个数≥ 15 枚的患者数占食管癌根治性手术患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{食管癌患者根治性手术淋巴结清扫充分率} = \frac{\text{食管癌根治性手术术中淋巴结清扫个数} \geq 15 \text{ 枚的患者数}}{\text{同期食管癌根治性手术患者总数}} \times 100\%$$

意义：淋巴结清扫是术后准确病理分期和达到根治性切除的重要保证，反映食管癌手术规范性。

指标八、晚期食管 / 食管胃交界部腺癌患者首次抗肿瘤药物治疗前完成 HER-2 检测率（CA-EC-08）

定义：接受首次抗肿瘤药物治疗前进行 HER-2 检测的晚期食管 / 食管胃交界部腺癌患者数占接受首次抗肿瘤药物治疗的晚期食管 / 食管胃交界部腺癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{晚期食管 / 食管胃交界部腺癌患者首次抗肿瘤药物治疗前完成 HER–2 检测率} = \frac{\text{接受首次抗肿瘤药物治疗前进行 HER–2 检测的晚期食管 / 食管胃交界部腺癌患者数}}{\text{接受首次抗肿瘤药物治疗的晚期食管 / 食管胃交界部腺癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映晚期食管 / 食管胃交界部腺癌患者抗肿瘤药物治疗的规范程度。

说明：本指标晚期食管 / 食管胃交界部腺癌患者指临床分期为Ⅳ B 期的食管癌 / 食管胃交界部腺癌患者。

指标九、食管癌患者精确放疗率（CA–EC–09）

定义：行精确放疗的食管癌患者数占接受放疗的食管癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{食管癌精确放疗率} = \frac{\text{行精确放疗的食管癌患者数}}{\text{同期接受放疗的食管癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映食管癌放疗质量控制情况。

说明：食管癌的精确放疗技术包括调强适形放疗（IMRT）、影像引导放疗（IGRT）、剂量引导放疗（DGRT）、螺旋断层放疗（TOMO）、立体定向放疗（SBRT）、术中放疗（IORT）、容积旋转调强放疗（VMAT）、质子放疗、重离子放疗等放疗方式。

指标十、食管癌根治性放疗剂量规范率（CA–EC–10）

定义：实际完成放疗剂量≥ 50Gy 的根治性放疗食管癌患者数占拟行根治性放疗食管癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{食管癌根治性放疗剂量规范率} = \frac{\text{根治性放疗剂量≥ 50Gy 的食管癌患者数}}{\text{同期拟行根治性放疗的食管癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映食管癌放疗质量控制情况。

八、甲状腺癌

指标一、甲状腺癌患者手术治疗前甲状腺血清学检测评估率（CA-TC-01）

定义：甲状腺癌患者手术治疗前行甲状腺血清学检测患者数占接受手术治疗的甲状腺癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{甲状腺癌患者手术治疗前甲状腺血清学检测评估率}=\frac{\text{甲状腺癌患者手术治疗前行甲状腺血清学检测患者数}}{\text{同期接受手术治疗的甲状腺癌患者总数}}\times 100\%$$

意义：反映甲状腺癌诊治规范性。

说明：甲状腺癌血清学检测内容应包括：游离 T4+ 游离 T3+ 促甲状腺激素 + 血清甲状腺球蛋白 + 抗甲状腺球蛋白抗体 ± 甲状腺过氧化物酶抗体 ± 癌胚抗原 ± 甲状旁腺激素 ± 降钙素 ± 促甲状腺素受体抗体。

指标二、甲状腺癌患者手术前细胞病理学检查率（CA-TC-02）

定义：甲状腺癌手术治疗前完成细胞病理学检查的患者数占接受手术治疗的甲状腺癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{甲状腺癌患者手术前细胞病理学检查率}=\frac{\text{甲状腺癌手术治疗前完成细胞病理学检查的患者数}}{\text{同期接受手术治疗的甲状腺癌患者总数}}\times 100\%$$

意义：反映甲状腺癌诊治规范程度。

指标三、甲状腺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率（CA-TC-03）

定义：首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的甲状腺癌患者数占接受首次治疗的甲

状腺癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{甲状腺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率} = \frac{\text{首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的甲状腺癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的甲状腺癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：治疗前全面评价病情是肿瘤规范化治疗的基础。

说明：1. 首次治疗指针对肿瘤开展的手术、放疗、化疗、靶向治疗、免疫治疗等治疗，不包括为明确诊断或病情而采取的穿刺、活检、检查等诊疗措施。下同。

2. 分期方法参见国家卫生健康委发布的《甲状腺癌诊疗指南（2022 年版）》。下同。

指标四、甲状腺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估策略符合率（CA-TC-04）

定义：首次治疗前临床 TNM 分期检查评估符合策略的甲状腺癌患者数占接受首次治疗的甲状腺癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{甲状腺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估策略符合率} = \frac{\text{首次治疗前临床 TNM 分期检查评估符合策略的甲状腺癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的甲状腺癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映病情评估的规范性。

说明：临床 TNM 分期检查评估符合策略：甲状腺超声 + 胸部 CR（或胸部 CT）± 颈部增强 CT ± PET-CT。

指标五、甲状腺癌全切术后甲状旁腺功能评估率（CA-TC-05）

定义：甲状腺癌全切术后行甲状旁腺功能评估的患者数占甲状腺癌行全切手术患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{甲状腺癌全切术后甲状旁腺功能评估率} = \frac{\text{甲状腺癌全切术后行甲状旁腺功能评估的患者数}}{\text{同期甲状腺癌行全切手术患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映甲状腺癌术后管理规范性。

说明：甲状旁腺功能评估内容为术后行甲状旁腺激素和血钙检测。

指标六、甲状腺癌患者术后病理 TNM 分期率（CA-TC-06）

定义：甲状腺癌手术治疗后完成病理 TNM 分期的患者数占甲状腺癌手术的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{甲状腺癌患者术后病理 TNM 分期率} = \frac{\text{甲状腺癌手术治疗后完成病理 TNM 分期的患者数}}{\text{同期甲状腺癌手术的患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映甲状腺癌诊治规范程度。

指标七、分化型甲状腺癌 131I 治疗前生化评估率（CA-TC-07）

定义：分化型甲状腺癌 131I 治疗前行生化检测的住院患者数占分化型甲状腺癌 131I 治疗住院患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{分化型甲状腺癌 }^{131}\text{I 治疗前生化评估率} = \frac{\text{分化型甲状腺癌 }^{131}\text{I 治疗前行生化检测的住院患者数}}{\text{同期分化型甲状腺癌 I 治疗住院患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映甲状腺癌 ^{131}I 治疗规范性。

说明：^{131}I 治疗前生化检测内容至少要包括：促甲状腺激素（TSH）、血清甲状腺球蛋白（Tg）、抗甲状腺球蛋白抗体（TgAb）。

指标八、分化型甲状腺癌 ^{131}I 治疗后 ^{131}I 全身显像率（CA-TC-08）

定义：^{131}I 治疗后行 ^{131}I 全身显像的分化型甲状腺癌住院患者数占分化型甲状腺癌 ^{131}I 治疗住院患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{分化型甲状腺癌}\ ^{131}\text{I}\ \text{治疗后}\ ^{131}\text{I}\ \text{全身显像率} = \frac{^{131}\text{I}\ \text{治疗后行}\ ^{131}\text{I}\ \text{全身显像的分化型甲状腺癌住院患者数}}{\text{同期分化型甲状腺癌}\ ^{131}\text{I}\ \text{治疗住院患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映甲状腺癌诊治规范性。

指标九、甲状腺癌术后血肿清除治疗率（CA-TC-09）

定义：甲状腺癌术后血肿清除治疗患者数占甲状腺癌手术患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{甲状腺癌术后血肿清除治疗率} = \frac{\text{甲状腺癌术后血肿清除治疗患者数}}{\text{同期甲状腺癌手术患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映甲状腺癌手术治疗质量安全情况。

指标十、甲状腺癌术后切口感染率（CA-TC-10）

定义：甲状腺癌术后切口感染患者数占甲状腺癌手术患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{甲状腺癌术后切口感染率} = \frac{\text{甲状腺癌术后切口感染患者数}}{\text{同期甲状腺癌手术患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映甲状腺癌手术治疗质量安全情况。

指标十一、甲状腺癌患者术后发声质量评估率（CA-TC-11）

定义：甲状腺癌术后评估发声质量患者数占甲状腺癌手术患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{甲状腺癌患者术后发声质量评估率} = \frac{\text{甲状腺癌术后评估发声质量患者数}}{\text{同期甲状腺癌手术患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映甲状腺癌术后管理规范性。

九、前列腺癌

指标一、前列腺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率（CA-PCA-01）

定义：首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的前列腺癌患者数占接受首次治疗的前列腺癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{前列腺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率} = \frac{\text{首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的前列腺癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的前列腺癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：治疗前全面评价病情是肿瘤规范化治疗的基础。

说明：1. 首次治疗指针对肿瘤开展的手术、放疗、化疗、靶向治疗、免疫治疗、内分泌治疗等治疗，不包括为明确诊断或病情而采取的穿刺、活检、检查等诊疗措施。下同。

2. 分期方法参见国家卫生健康委发布的《前列腺癌诊疗指南（2022 年版）》。下同。

指标二、前列腺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估策略符合率（CA-PCA-02）

定义：首次治疗前临床 TNM 分期检查评估符合策略的前列腺癌患者数占接受首次治疗的前列腺癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{前列腺癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估策略符合率} = \frac{\text{首次治疗前临床 TNM 分期检查评估符合策略的前列腺癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的前列腺癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映病情评估的规范性。

说明：临床 TNM 分期检查评估符合策略是指符合基本策略 1 或基本策略 2。

基本策略 1：胸部影像（CT 或 X 线）+ 腹部影像（CT 或腹部超声）+ 盆腔影像（MRI

或 CT 或经直肠超声）+ 全身骨显像；

基本策略 2：全身 PET-CT。

指标三、前列腺癌患者首次非手术治疗前病理学诊断率（CA-PCA-03）

定义：首次非手术治疗前完成病理学诊断的前列腺癌患者数占接受首次非手术治疗的前列腺癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{前列腺癌患者首次非手术治疗前病理学诊断率} = \frac{\text{首次非手术治疗前完成病理学诊断的前列腺癌患者数}}{\text{同期接受首次非手术治疗的前列腺癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映前列腺癌诊疗规范性。

说明：非手术治疗指针对肿瘤开展的放疗、化疗、靶向治疗、内分泌治疗、免疫治疗等治疗。

指标四、前列腺癌患者术后病理 TNM 分期率（CA-PCA-04）

定义：经手术治疗后完成明确病理 TNM 分期的前列腺癌患者数占手术治疗的前列腺癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{前列腺癌患者术后病理 TNM 分期率} = \frac{\text{手术治疗后完成病理 TNM 分期的前列腺癌患者数}}{\text{同期手术治疗的前列腺癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：术后病理评估是肿瘤类型、分期、预后因素的重要依据，反映前列腺癌诊疗规范性。

指标五、M0 期前列腺癌患者根治性精确放疗率（CA-PCA-05）

定义：行根治性精确放疗的 M0 期前列腺癌患者数占接受根治性放疗的 M0 期前列

腺癌患者总数的比例。

计算公式：

$$M_0\text{期前列腺癌患者根治性精确放疗率}=\frac{\text{行根治性精确放疗的}M_0\text{期前列腺癌患者数}}{\text{同期接受根治性放疗的}M_0\text{期前列腺癌患者总数}}\times 100\%$$

意义：反映局限期前列腺癌患者放疗质量。

说明：根治性精确放疗包括：调强适形放疗（IMRT）、影像引导的放疗（IGRT）、剂量引导调强适形放疗（DGRT）、螺旋断层放疗（TOMO）、三维适形放疗（3DCRT）、立体定向放疗（SBRT）、容积调强弧形放疗（VMAT）、质子放疗、重离子放疗、磁共振加速器自适应放疗、近距离治疗（包括低剂量率照射 LDR 和高剂量率照射 HDR）、术中放疗（IORT）。

指标六、III 期前列腺癌患者初始治疗行综合治疗率（CA-PCA-06）

定义：III 期初始治疗行综合治疗的前列腺癌患者数占 III 期初始治疗的前列腺癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{III 期前列腺癌患者初始治疗行综合治疗率}=\frac{\text{III 期初始治疗行综合治疗的前列腺癌患者数}}{\text{同期 III 期初始治疗的前列腺癌患者总数}}\times 100\%$$

意义：反映局部晚期前列腺癌综合治疗规范性和质量。

指标七、IV 期前列腺癌患者首次化疗一线方案采用率（CA-PCA-07）

定义：IV 期首次化疗采用一线方案的前列腺癌患者数占 IV 期首次化疗的前列腺癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{IV 期前列腺癌患者首次化疗一线方案采用率}=\frac{\text{IV 期首次化疗采用一线方案的前列腺癌患者数}}{\text{同期 IV 期首次化疗的前列腺癌患者总数}}\times 100\%$$

意义：反映前列腺癌患者化疗方案选择的规范性。

说明：推荐的一线治疗方案参见国家卫生健康委发布的《前列腺癌诊疗指南（2022 年版）》。

指标八、转移性激素敏感性前列腺癌患者首次抗肿瘤药物治疗采用一线方案率（CA-PCA-08）

定义：转移性激素敏感性前列腺癌患者首次抗肿瘤药物治疗采用推荐的一线方案的患者数占转移性激素敏感性前列腺癌患者首次抗肿瘤药物治疗的患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{转移性激素敏感性前列腺癌患者首次抗肿瘤药物治疗采用一线方案率}=\frac{\text{转移性激素敏感性前列腺癌患者首次抗肿瘤药物治疗采用一线方案的患者数}}{\text{同期转移性激素敏感性前列腺癌患者首次抗肿瘤药物治疗的患者总数}}\times 100\%$$

意义：反映前列腺癌患者抗肿瘤药物治疗规范性。

说明：一线治疗方案参见国家卫生健康委发布的《前列腺癌诊疗指南（2022 年版）》。

指标九、前列腺癌患者非手术治疗后疗效评价率（CA-PCA-09）

定义：非手术治疗后完成疗效评价的前列腺癌患者数占接受非手术治疗的前列腺癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{前列腺癌患者非手术治疗后疗效评价率}=\frac{\text{非手术治疗后完成疗效评价的前列腺癌患者数}}{\text{同期接受非手术治疗的前列腺癌患者总数}}\times 100\%$$

意义：反映前列腺癌治疗的规范性。

说明：疗效评价参见国家卫生健康委发布的《前列腺癌诊疗指南（2022 年版）》。

指标十、前列腺癌患者围手术期死亡率（CA-PCA-10）

定义：住院期间围手术期死亡的前列腺癌患者数占接受手术治疗的前列腺癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{前列腺癌患者围手术期死亡率}=\frac{\text{住院期间围手术期死亡的前列腺癌患者数}}{\text{同期接受手术治疗的前列腺癌患者总数}}\times 100\%$$

意义：反映前列腺癌手术质量安全情况。

十、肾癌

指标一、肾癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率（CA-RCC-01）

定义：首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的肾癌患者数占接受首次治疗的肾癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{肾癌患者首次治疗前临床 TNM 分期诊断率}=\frac{\text{首次治疗前完成临床 TNM 分期诊断的肾癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的肾癌患者总数}}\times 100\%$$

意义：反映治疗前全面评价病情，有助于提高诊疗方案的科学性、合理性，是肾癌规范化治疗的基础。

说明：1. 首次治疗指针对肿瘤开展的手术、放疗、化疗、靶向治疗、免疫治疗等治疗，不包括为明确诊断或病情而采取的穿刺、活检、检查等诊疗措施。下同。

2. 分期方法参见国家卫生健康委发布的《肾癌诊疗指南（2022 年版）》。下同。

指标二、肾癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估策略符合率（CA-RCC-02）

定义：首次治疗前临床 TNM 分期检查评估符合策略的肾癌患者数占接受首次治疗的肾癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{肾癌患者首次治疗前临床 TNM 分期检查评估策略符合率}=\frac{\text{首次治疗前临床 TNM 分期检查评估符合策略的肾癌患者数}}{\text{同期接受首次治疗的肾癌患者总数}}\times 100\%$$

意义：反映病情评估的规范性。

说明：临床 TNM 分期检查评估符合策略是指符合基本策略 1 或基本策略 2。

基本策略 1：腹部增强 CT/ 腹部增强核磁 + 腹部彩超 + 胸部 CT 平扫 / 胸部 X 线；

基本策略 2：PET-CT。

指标三、肾癌患者首次非手术治疗前病理学诊断率（CA-RCC-03）

定义：首次非手术治疗前完成病理学诊断的肾癌患者数占接受首次非手术治疗的肾癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{肾癌患者首次非手术治疗前病理学诊断率}=\frac{\text{首次非手术治疗前完成病理学诊断的肾癌患者数}}{\text{同期接受首次非手术治疗的肾癌患者总数}}\times 100\%$$

意义：反映肾癌诊治规范性。

说明：非手术治疗包括化疗、免疫、放疗、消融治疗等。

指标四、肾癌患者术后病理 TNM 分期率（CA-RCC-04）

定义：手术治疗后完成病理 TNM 分期的肾癌患者数占接受手术治疗的肾癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{肾癌患者术后病理TNM分期率率}=\frac{\text{手术治疗后完成病理 TNM 分期的肾癌患者数}}{\text{同期接受手术治疗的肾癌患者总数}}\times 100\%$$

意义：反映肾癌治疗的规范性。

指标五、肾癌手术患者接受微创手术治疗率（CA-RCC-05）

定义：接受微创手术治疗的肾癌患者数占接受手术治疗的肾癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{肾癌手术患者接受微创手术治疗率}=\frac{\text{接受微创手术治疗的肾癌患者数}}{\text{同期接受手术治疗的肾癌患者总数}}\times 100\%$$

意义：反映医疗机构外科微创技术应用情况。

说明：微创手术指腹腔镜（包括机器人辅助腹腔镜）下的肾根治切除或肾部分切除。

指标六、T1a 期肾癌患者接受肾部分切除手术率（CA-RCC-06）

定义：接受肾部分切除手术治疗的 T1a 期肾癌患者数占接受手术治疗的 T1a 期肾癌

患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{接受肾部分切除手术治疗的T1a期肾癌患者数} = \frac{\text{T1a期肾癌患者接受肾部分切除手术率}}{\text{同期接受手术治疗的T1a期肾癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构早期肾癌治疗规范性。

指标七、肾癌手术患者术中及术后输血率（CA-RCC-07）

定义：术中及术后输血的肾癌患者数占接受肾癌手术患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{肾癌手术患者术中及术后输血率} = \frac{\text{术中及术后输血的肾癌患者数}}{\text{同期肾癌手术患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构外科技术水平及手术安全性。

指标八、肾癌患者围手术期死亡率（CA-RCC-08）

定义：住院期间围手术期死亡的肾癌患者数占接受手术治疗的肾癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{肾癌患者围手术期死亡率} = \frac{\text{住院期间围手术期死亡的肾癌患者数}}{\text{同期肾癌手术患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映手术和麻醉质量安全情况。

指标九、晚期肾癌患者接受系统治疗率（CA-RCC-09）

定义：晚期肾癌患者接受系统治疗的患者数占晚期肾癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{晚期肾癌患者接受系统治疗率} = \frac{\text{晚期肾癌患者接受系统治疗的患者数}}{\text{同期晚期肾癌患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映晚期肾癌治疗规范化性。

说明：本指标晚期肾癌患者指临床分期为Ⅳ期的肾癌患者。 系统治疗指靶向药物、免疫治疗、化疗、放疗及减瘤性肾切除术。

指标十、肾癌患者系统治疗后疗效评价率（CA-RCC-10）

定义：接受系统治疗后完成疗效评价的肾癌患者数占接受系统治疗的肾癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{肾癌患者系统治疗后疗效评价率}=\frac{\text{接受系统治疗后完成疗效评价的肾癌患者数}}{\text{同期接受系统治疗的肾癌患者总数}}\times 100\%$$

意义：反映系统治疗的规范化性。

说明：疗效评价参见国家卫生健康委发布的《肾癌诊疗指南（2022 年版）》。

指标十一、肾癌手术患者并发症发生率（CA-RCC-11）

定义：肾癌手术患者并发症发生的人次数占出院肾癌患者手术人次数的比例。

计算公式：

$$\text{肾癌手术患者并发症发生率}=\frac{\text{肾癌手术患者并发症发生的人次数}}{\text{同期出院肾癌手术患者人次数}}\times 100\%$$

意义：反映肾癌手术技术能力和质量安全情况。

说明：手术并发症指：（1）切口脂肪液化、感染或切口裂开；（2）出血、血尿、漏尿、腹腔感染；（3）肠梗阻、肠瘘、肠坏死；（4）肝功能不全、肝功能衰竭、消化道出血、肾功能不全、心功能不全、心力衰竭、心律失常、心肌梗死、脑血管意外；（5）肺部感染、败血症、呼吸功能不全、呼吸衰竭、肺栓塞、深静脉血栓。

感染性疾病专业
医疗质量控制指标（2023 年版）

指标一、抗流感病毒药物使用前流感病原学诊断阳性率（ID-FLU-01）

定义：使用抗流感病毒药物前流感病原学诊断阳性的患者例数占使用抗流感病毒药物患者总例数的比例。

计算公式：

$$\text{抗流感病毒药物使用前流感病原学诊断阳性率} = \frac{\text{使用抗流感病毒药物前流感病原学诊断阳性的患者例数}}{\text{同期使用抗流感病毒药物患者总例数}} \times 100\%$$

说明：本指标的抗流感病毒药物包括：奥司他韦、扎那米韦、帕拉米韦、玛巴洛沙韦、阿比多尔等。

意义：反映抗流感病毒药物使用及管理情况。

指标二、门诊流感患者抗菌药物使用率（ID-FLU-02）

定义：门诊流感患者使用抗菌药物治疗例数占同期门诊流感患者总例数的比例。

计算公式：

$$\text{门诊流感患者抗菌药物使用率} = \frac{\text{门诊流感患者使用抗菌药物治疗例数}}{\text{同期门诊流感患者总例数}} \times 100\%$$

说明：本指标统计的抗菌药物使用方式包括：口服、肌肉注射、静脉滴注、静脉注射等全身给药（下同）。

意义：反映医疗机构门诊流感患者抗菌药物使用及管理情况。

指标三、住院流感患者抗菌药物使用率（ID-FLU-03）

定义：住院流感患者使用抗菌药物治疗例数占同期住院流感患者总例数的比例。

计算公式：

$$\text{住院流感患者抗菌药物使用率} = \frac{\text{住院期间使用抗菌药物治疗的流感患者例数}}{\text{同期住院流感患者总例数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构流感住院患者抗菌药物使用及管理情况。

指标四、住院流感重症患者死亡率（ID-FLU-04）

定义：住院流感重症死亡患者数占同期住院流感重症患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{住院流感重症患者死亡率} = \frac{\text{住院流感重症死亡患者数}}{\text{同期住院流感重症患者总数}} \times 100\%$$

说明：流感重症指符合《流行性感冒诊疗方案（2020 年版）》重症或危重症诊断标准。

意义：反映医疗机构对流感重症患者的诊疗质量。

指标五、感染性腹泻患者病原学诊断阳性率（ID-ID-01）

定义：病原学诊断结果为阳性的感染性腹泻患者例数占同期诊断为感染性腹泻的患者总例数的比例。

计算公式：

$$\text{感染性腹泻患者病原学诊断阳性率} = \frac{\text{病原学诊断结果为阳性的感染性腹泻患者例数}}{\text{同期诊断为感染性腹泻的患者总例数}} \times 100\%$$

说明：1. 感染性腹泻是指各种细菌、病毒、真菌、寄生虫等病原体感染导致的腹泻，包括：霍乱、伤寒、副伤寒、细菌性痢疾、阿米巴痢疾和其他感染性腹泻病。（下同）

2. 本指标中病原学诊断包括：血培养，粪便培养，粪便镜检，细菌、病毒、真菌、

寄生虫等病原体核酸、抗原、抗体检测。

意义：反映感染性腹泻患者诊疗质量。

指标六、感染性腹泻患者抗菌药物使用率（ID-ID-02）

定义：使用抗菌药物治疗的感染性腹泻患者例数占同期感染性腹泻患者总例数的比例。

计算公式：

$$\text{感染性腹泻患者抗菌药物使用率} = \frac{\text{使用抗菌药物治疗的感染性腹泻患者例数}}{\text{同期感染性腹泻患者总例数}} \times 100\%$$

说明：本指标统计范围包括门诊患者和住院患者。

意义：反映医疗机构感染性腹泻患者抗菌药物使用及管理情况。

指标七、感染性腹泻患者口服补液盐（ORS）使用率（ID-ID-03）

定义：使用口服补液盐（ORS）治疗的感染性腹泻患者例数占同期行补液治疗的感染性腹泻患者总例数的比例。

计算公式：

$$\text{感染性腹泻患者口服补液盐（ORS）使用率} = \frac{\text{使用口服补液盐（ORS）治疗的感染性腹泻患者例数}}{\text{同期行补液治疗的感染性腹泻患者总例数}} \times 100\%$$

说明：根据 WHO 腹泻指南推荐儿童腹泻患者和有轻中度脱水的成人腹泻患者优先使用口服补液，首选 ORS。

意义：反映感染性腹泻患者补液治疗的合理性。

指标八、丙型肝炎病毒（HCV）抗体阳性患者丙型肝炎病毒核酸（HCV-RNA）检测率（ID-HC-01）

定义：首次检出 HCV 抗体阳性的患者中行 HCV-RNA 检测的人数占同期在首次检出 HCV 抗体阳性的患者总人数的比例。

计算公式：

$$\text{HCV 抗体阳性患者 HCV-RNA 检测率} = \frac{\text{首次检出 HCV 抗体阳性患者行 HCV-RNA 检测的人数}}{\text{同期首次检出 HCV 抗体阳性患者总人数}} \times 100\%$$

说明：HCV-RNA 检测包括定性和 / 或定量检测。

意义：反映丙型肝炎的早诊早治能力及规范化管理。

指标九、HCV-RNA 阳性患者抗病毒治疗率（ID-HC-02）

定义：行抗病毒治疗的 HCV-RNA 阳性患者人数占同期 HCV-RNA 阳性患者总人数的比例。

计算公式：

$$\text{HCV-RNA 阳性患者抗病毒治疗率} = \frac{\text{行抗病毒治疗的 HCV-RNA 阳性患者人数}}{\text{同期 HCV-RNA 阳性患者总人数}} \times 100\%$$

说明：本指标中的抗病毒治疗包括使用以下任一种复方制剂或一组联合用药。复方制剂包括：索磷布韦 / 维帕他韦、索磷布韦 / 维帕他韦 / 伏西瑞韦、来迪派韦 / 索磷布韦、艾尔巴韦 / 格拉瑞韦；联合用药包括：依米他韦 + 索磷布韦、达诺瑞韦 + 拉维达韦、可洛派韦 + 索磷布韦。

意义：反映医疗机构丙型肝炎治疗的规范化和及时性。

指标十：护士血源性职业暴露率（ID-N-01）

定义：发生血源性职业暴露护士人数占同期护士总数的比例。

计算公式：

$$\text{护士血源性职业暴露率} = \frac{\text{发生血源性职业暴露护士人数}}{\text{同期护士总数}} \times 100\%$$

说明：护士血源性职业暴露是指护士在从事职业活动中，通过眼、口、鼻及其他黏膜、破损皮肤或非胃肠道接触（针刺、人咬伤、擦伤和割伤等途径穿透皮肤或黏膜屏障）含血源性病原体的血液或其他潜在传染性物质的状态。主要包含被病原体污染的锐器伤和皮肤、黏膜的直接暴露两类。

意义：血源性职业暴露是医疗机构中最常见的也是后果最严重的职业暴露类型，降低其发生是质量管理的重点。

健康体检与管理专业
医疗质量控制指标（2023 年版）

指标一、高级职称医师签署报告率（HCHM-PR-01）

定义：高级职称医师签署健康体检报告主检结论的例数占同期健康体检报告总数的比例。

计算公式：

$$\text{高级职称医师签署报告率} = \frac{\text{高级职称医师签署健康体检报告主检结论的例数}}{\text{同期健康体检报告总数}} \times 100\%$$

说明：本指标中高级职称医师是指具有副主任医师以上专业技术职务任职资格的内科或外科执业医师。

意义：反映体检报告质量管理情况。

指标二、健康体检问卷完成率（HCHM-PR-02）

定义：完成健康体检问卷人数占同期健康体检总人数的比例。

计算公式：

$$\text{健康体检问卷完成率} = \frac{\text{完成健康体检问卷人数}}{\text{同期健康体检总人数}} \times 100\%$$

说明：1. 健康体检问卷应包括个人基本信息、健康史、生活方式（包括饮食、吸烟、饮酒、运动锻炼）等内容，参考中华医学会健康管理学分会制定的《健康体检基本

项目专家共识》。

2. 健康体检问卷是健康体检项目的基本组成部分。对发现疾病线索和健康隐患、开展健康评估、提供预防建议具有重要意义。

意义：反映体检基础质量和规范性。

指标三、超声医师日均负担超声检查部位数（HCHM-PR-03）

定义：超声医师日均负担超声检查部位数。

计算公式：

$$\text{超声医师日均负担超声检查部位数} = \frac{\text{超声检查部位总数}}{\text{同期超声医师岗位数} \times \text{实际工作日}}$$

说明：超声检查部位包括：甲状腺、乳腺、腹部（肝胆胰脾）、泌尿系（双肾、输尿管、膀胱、前列腺（男性））、子宫及附件（女性）、颈动脉、心脏等。

意义：超声检查是健康体检的重要检查项目，此指标可以反映超声医师的工作效率和工作质量。

指标四、大便标本留取率（HCHM-PR-04）

定义：留取大便标本的健康体检人次数占同期开具健康体检大便常规检查项目总人次数的比例。

计算公式：

$$\text{大便标本留取率} = \frac{\text{留取大便标本的健康体检人次数}}{\text{同期开具健康体检大便常规检查项目总人次数}} \times 100\%$$

说明：大便常规是健康体检常规检查的基本项目，可以用于感染、炎症、消化道出血等消化道疾病的筛查，同时也是结直肠癌普查筛检最为简便、经济的手段。

意义：反映体检基础质量和规范性。

指标五、健康体检报告平均完成时间（HCHM-PR-05）

定义：健康体检报告完成时间总和与同期健康体检报告总数的比值。

计算公式：

$$健康体检报告平均完成时间 = \frac{健康体检报告完成时间总和}{同期健康体检报告总数}$$

说明：本指标中健康体检报告完成时间是指受检者体检项目全部检查完成后到出具体检报告的时间（天）。

意义：反映健康体检机构健康体检报告出具的及时性。

指标六、高危异常结果通知率（HCHM-OU-01）

定义：高危异常结果通知率是指完成高危异常结果通知人数占同期检出高危异常结果总人数的比例。

计算公式：

$$高危异常结果通知率 = \frac{完成高危异常结果通知人数}{同期检出高危异常结果总人数} \times 100\%$$

说明：本指标中高危异常结果为《健康体检重要异常结果管理专家共识》中的 A 类指标和各医疗机构的临床危急值。发现高危异常结果后，应立即处置并及时通知受检者本人及家属，及时就诊治疗。对高危异常结果及时进行通知，是保障受检者安全的重要措施。

意义：反映健康体检机构发现和处置受检者出现高危异常结果的应急能力。

指标七、重要异常结果随访率（HCHM-OU-02）

定义：完成重要异常结果随访的人数占同期检出重要异常结果总人数的比例。

计算公式：

$$重要异常结果随访率 = \frac{完成重要异常结果随访人数}{同期检出重要异常结果总人数} \times 100\%$$

说明：本指标中重要异常结果参考中华医学会健康管理学分会制订的《健康体检重要异常结果管理专家共识》，涵盖高危异常结果指标。

意义：反映健康体检机构对重要异常结果随访的规范性和医疗质量管理水平。

疼痛专业医疗质量控制指标（2023 年版）

指标一、疼痛科医师床位比（PM-SI-01）

定义：疼痛科医师人数与病区实际开放床位数之比。

计算公式：

$$\text{疼痛科医师床位比} = \frac{\text{疼痛科医师人数}}{\text{病区实际开放床位数}}$$

说明：本指标中疼痛科医师是指在本医疗机构注册，全职从事疼痛科治疗工作的执业医师。

意义：反映医疗机构疼痛科医师资源配置情况。

指标二、疼痛科护士床位比（PM-SI-02）

定义：疼痛科护士人数与病区实际开放床位数之比。

计算公式：

$$\text{疼痛科护士床位比} = \frac{\text{疼痛科护士人数}}{\text{病区实际开放床位数}}$$

意义：反映医疗机构疼痛科护士资源配置情况。

指标三、住院患者入院 8h 内疼痛程度评估完成率（PM-SI-03）

定义：入院 8 小时内完成疼痛程度评估的住院患者例数占同期住院患者总例数的比例。

计算公式：

$$\text{住院患者入院 8 h 内疼痛程度评估完成率} = \frac{\text{入院 8 小时内完成疼痛程度评估的住院患者例数}}{\text{同期住院患者总例数}} \times 100\%$$

说明：疼痛程度评估是指采用视觉模拟评分量表（VAS）、数字评分量表（NRS）、口述分级法（VRS）、改良面部表情疼痛评估工具（FPS-R）等工具进行疼痛评估。

意义：反映医疗机构对住院患者疼痛评估的及时性、规范性。

指标四、带状疱疹后神经痛（PHN）初诊患者一线药物使用率（PM-PHN-01）

定义：使用一线药物进行治疗的 PHN 初诊患者数占同期 PHN 初诊患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{PHN 初诊患者一线药物使用率} = \frac{\text{使用一线药物进行治疗的 PHN 初诊患者数}}{\text{同期 PHN 初诊患者总数}} \times 100\%$$

说明：1. 本指标中带状疱疹后神经痛（PHN）是指患急性带状疱疹皮疹愈合 30 天后仍遗留有累及区域的疼痛，国家临床版 2.0 疾病诊断编码（4 位编码）为 B02.2（下同）

2. 本指标中初诊是指患者在医疗机构首次被诊断为带状疱疹后神经痛。

3. 本指标中 PHN 一线治疗药物是指按照《周围神经病理性疼痛诊疗中国专家共识》《带状疱疹相关性疼痛全程管理专家共识》等国内外相关的规范、指南及专家共识，推荐作为 PHN 治疗首选的药物种类，如钙离子通道调节剂、钠离子通道阻断剂和抗抑郁药等。

意义：反映医疗机构对 PHN 患者诊疗的规范性。

指标五、PHN 治疗有效率（PM-PHN-02）

定义：治疗后有效缓解的 PHN 患者例数占同期治疗的 PHN 患者总例数的比例。

计算公式：

$$\text{PHN 治疗有效率} = \frac{\text{治疗后有效缓解的 PHN 患者例数}}{\text{同期治疗的 PHN 患者总例数}} \times 100\%$$

说明：1.PHN 治疗分为非手术治疗和手术治疗，分别统计其有效率。

2. 本指标中手术治疗包括：脊髓神经根射频消融术（04.2x05）、三叉神经射频消融术（04.2x07）、三叉神经半月节射频热凝术（04.2x08）、肋间神经射频消融术（04.2x11）等颅和周围神经破坏术（04.2x），脊髓神经刺激器导线置入或置换（03.9300）、周围神经刺激器导线置入或置换（04.9200）、完全可植入型的输注泵置入（86.0600）、输注泵置入术（86.0601）；非手术治疗是指除上述手术治疗外的其他治疗。（下同）

3. 本指标中治疗有效缓解是指 PHN 患者住院治疗 1 周后，使用 VAS 或 NRS 对治疗的效果进行评价，疼痛评分较基线降低≥ 30%。

意义：反映医疗机构对 PHN 患者的诊疗质量。

指标六、PHN 患者手术并发症发生率（PM-PHN-03）

定义：PHN 患者行手术治疗发生并发症的例数占同期 PHN 患者手术治疗总例数的比例。

计算公式：

$$\text{PHN 患者手术并发症发生率} = \frac{\text{PHN 患者行手术治疗发生并发症的例数}}{\text{同期 PHN 患者手术治疗总例数}} \times 100\%$$

说明：本指标中手术并发症是指出现的与手术相关的感染、出血、气胸、神经功能障碍、器官组织损伤、全脊髓麻醉。

意义：反映医疗机构手术治疗 PHN 的安全性。

指标七、PHN 患者精神心理评估率（PM-PHN-04）

定义：进行精神心理评估的 PHN 患者例数占同期 PHN 的患者总例数的比例。

计算公式：

$$\text{PHN 患者精神心理评估率} = \frac{\text{进行精神心理评估的 PHN 患者例数}}{\text{同期诊断为 PHN 的患者总例数}} \times 100\%$$

说明：本指标中精神心理评估是指采用焦虑筛查量表（GAD-7）、抑郁筛查量表

（PHQ-9）或其他的测试量表，对 PHN 患者的精神心理状态进行评估。

意义：反映医疗机构对 PHN 患者诊疗的全面性。

指标八、癌症疼痛患者 24h 内疼痛全面评估完成率（PM-CP-01）

定义：入院 24 小时内完成疼痛全面评估的癌症疼痛患者例数占同期癌症疼痛住院患者总例数的比例。

计算公式：

$$\text{癌症疼痛患者 24 h 内疼痛全面评估完成率} = \frac{\text{入院 24h 内完成疼痛全面评估的癌症疼痛患者例数}}{\text{同期癌症疼痛住院患者总例数}} \times 100\%$$

说明：1. 本指标中癌症疼痛的国家临床版 2.0 疾病诊断编码（4 位编码）包括：R52.1、R52.2、R52.9（下同）

2. 本指标中疼痛全面评估是指使用简明疼痛评估量表（BPI）等方法对患者的疼痛程度、性质、部位等方面进行全面评估。

意义：反映医疗机构对癌症疼痛患者评估的规范性。

指标九、中重度癌症疼痛患者阿片类药物使用率（PM-CP-02）

定义：使用阿片类药物治疗中重度疼痛的癌症患者例数占同期中重度疼痛的癌症患者总例数的比例。

计算公式：

$$\text{中重度癌症疼痛患者阿片类药物使用率} = \frac{\text{使用阿片类药物治疗中重度疼痛的癌症患者例数}}{\text{同期中重度疼痛的癌症患者总例数}} \times 100\%$$

说明：本指标中中重度疼痛的癌症患者是指使用 VAS 或 NRS 评分≥ 4 分的癌症疼痛患者。（下同）

意义：反映医疗机构对癌症疼痛患者治疗的规范性。

指标十、癌症疼痛治疗有效率（PM-CP-03）

定义：治疗后有效缓解的癌症疼痛患者例数占同期治疗的癌症疼痛患者总例数的比例。

计算公式：

$$\text{癌症疼痛治疗有效率} = \frac{\text{治疗后有效缓解的癌症疼痛患者例数}}{\text{同期治疗的癌症疼痛患者总例数}} \times 100\%$$

说明：1. 癌症疼痛治疗分为非手术治疗和手术治疗，分别统计其有效率。

2. 本指标中手术治疗包括：脊髓神经根射频消融术（04.2x05）、三叉神经射频消融术（04.2x07）、三叉神经半月节射频热凝术（04.2x08）、肋间神经射频消融术（04.2x11）等颅和周围神经的破坏术（04.2x），脊髓神经刺激器导线置入或置换（03.9300）、周围神经刺激器导线置入或置换（04.9200）、完全可植入型的输注泵置入（86.0600）、输注泵置入术（86.0601）；非手术治疗是指除上述手术治疗外的其他治疗。（下同）

3. 本指标中有效缓解是指治疗后效果满足以下条件之一：①持续性疼痛数字化评分降低到 3 分以下；②持续性疼痛数字化评分降低 50% 以上；③止痛药物剂量减少 50% 以上；④爆发痛减少到 3 次 / 天以下；⑤功能改善（包括运动功能、消化功能改善）

意义：反映医疗机构对癌症疼痛患者的诊疗质量。

指标十一、癌症疼痛患者术后院内死亡率（PM-CP-04）

定义：行手术治疗的癌症疼痛患者术后住院期间全因死亡人数占同期行手术治疗的癌症疼痛患者总人数的比例。

计算公式：

$$\text{癌症疼痛患者术后院内死亡率} = \frac{\text{行手术治疗的癌症疼痛患者术后住院期间全因死亡人数}}{\text{同期行手术治疗的癌症疼痛患者总人数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构手术治疗癌症疼痛的规范性。

指标十二、中重度癌症疼痛患者 7 天随访率（PM-CP-05）

定义：出院后 7 天内完成随访的中重度疼痛的癌症患者例数占同期出院的中重度疼痛的癌症患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{中重度癌症疼痛患者 7 天随访率} = \frac{\text{出院后 7 天内完成随访的中重度疼痛的癌症患者例数}}{\text{同期出院的中重度疼痛的癌症患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构对癌症疼痛患者诊疗护理的延续性。

整形美容专业
医疗质量控制指标（2023 年版）

指标一、整形美容手术 I 类切口围手术期预防性抗生素使用率（PCS-PAR-01）

定义：整形美容手术 I 类切口围手术期预防性抗生素使用患者例数占同期整形美容手术 I 类切口患者总例数的比例。

计算公式：

$$\text{I 类切口围手术期预防性抗生素使用率} = \frac{\text{整形美容手术 I 类切口围手术期预防性抗生素使用患者例数}}{\text{同期整形美容手术 I 类切口患者总例数}} \times 100\%$$

说明：1. 本指标中统计的 I 类切口手术包括：重睑术、睑袋成形术、脂肪抽吸术、吸脂填充术、面部提拉术、假体隆乳术、乳房再造术、体表良恶性肿瘤切除术、瘢痕修整术、毛发移植术。（下同）

2. 本指标统计的抗菌药物使用方式包括：口服、肌肉注射、静脉滴注、静脉注射等全身给药。

意义：反映整形美容手术患者 I 类手术切口预防性抗生素使用情况。

指标二、整形美容手术切口甲级愈合率（PCS-AHR-02）

定义：整形美容手术切口甲级愈合患者例数占同期整形美容手术患者总例数的比例。

计算公式：

$$\text{整形美容手术切口甲级愈合率} = \frac{\text{整形美容手术切口甲级愈合患者例数}}{\text{同期整形美容手术患者总例数}} \times 100\%$$

意义：反映整形美容手术患者切口愈合情况。

指标三、假体植入手术早期手术部位感染发生率（PCS-SII-03）

定义：行假体植入手术后 30 天内发生手术部位感染的患者例数占同期行假体植入手术的患者总例数的比例。

计算公式：

$$\text{假体植入手术早期手术部位感染发生率} = \frac{\text{行假体植入手术后 30 天内发生手术部位感染的患者例数}}{\text{同期行假体植入手术的患者总例数}} \times 100\%$$

说明：1. 患者住院、随访、复诊中发现的手术部位感染均纳入统计。

2. 本指标中假体植入手术包括：乳腺癌术后扩张器乳房再造术、乳腺癌术后假体乳房再造术、假体隆乳术、假体隆鼻术、假体隆鼻基底术、假体隆颏术、具有金属植入体的骨性轮廓重塑术。

意义：反映整形美容假体植入手术质量安全情况。

指标四、毛发移植术后早期毛囊炎发生率（PCS-EFH-04）

定义：行毛发移植术后发生早期毛囊炎的患者例数占同期行毛发移植术的患者总例数的比例。

计算公式：

$$\text{毛发移植术后早期毛囊炎发生率} = \frac{\text{行毛发移植术后发生早期毛囊炎的患者例数}}{\text{同期行毛发移植术的患者总例次}} \times 100\%$$

说明：1. 患者住院、随访、复诊中发现的早期毛囊炎均纳入统计。

2. 本指标中早期毛囊炎是指术后 10 天内发生且数量≥ 10 个毛囊单位。

意义：反映毛发移植术质量。

指标五、重睑术二次手术率（PCS-SDE-05）

定义：行重睑术后二次手术修复的患者例数占同期行重睑术的患者总例数的比例。

计算公式：

$$\text{重睑术后二次手术比例} = \frac{\text{行重睑术后二次手术修复的患者例数}}{\text{同期行重睑术的患者总例数}} \times 100\%$$

说明：本指标中二次手术修复是指重睑术后因患者不满意、并发症等原因再次行手术修复。

意义：反映重睑术手术质量。

指标六、阴道紧缩术直肠损伤发生率（PCS-RIV-06）

定义：行阴道紧缩术后发生直肠损伤的患者例数占同期行阴道紧缩术的患者总例数的比例。

计算公式：

$$\text{阴道紧缩术直肠损伤发生率} = \frac{\text{行阴道缩紧术后发生直肠损伤的患者例数}}{\text{同期行阴道紧缩术的患者总例数}} \times 100\%$$

说明：本指标中阴道紧缩术直肠损伤是指阴道紧缩手术导致的直肠破裂、直肠阴道瘘、直肠出血等直肠组织损伤。

意义：反映医疗机构阴道紧缩术的安全性。

指标七、皮瓣血管危象早期识别率（PCS-VC-07）

定义：皮瓣移植术后 48 小时内准确识别皮瓣血管危象的例数占同期行皮瓣移植术后皮瓣发生血管危象的患者总例数的比例。

计算公式：

$$\text{皮瓣血管危象早期识别率} = \frac{\text{皮瓣移植术后 48 小时内准确识别皮瓣血管危象的例数}}{\text{同期行皮瓣移植术后皮瓣发生血管危象的患者总例数}} \times 100\%$$

说明：1. 本指标中统计的手术包括：游离皮瓣移植术、带蒂皮瓣移植术。

2. 本指标中皮瓣血管危象是指术后出现动脉痉挛、堵塞或者静脉堵塞（下同）。皮瓣血管危象的临床表现及判断标准如下表。

表 1　皮瓣血管危象及判断标准

观察指标	动脉危象	静脉危象
皮瓣颜色	苍白	紫黑
皮瓣温度	与正常组织温差＞ 2℃	与正常组织温差＞ 2℃
组织肿胀	不明显	肿胀加深
毛细血管充盈时间	时间＞ 3s	时间＜ 1s
针刺试验	少	迅速流出淤血

意义：本指标反映皮瓣移植手术后皮瓣血管危象早期识别的情况。

指标八、皮瓣血管危象发生率（PCS-VC-08）

定义：行皮瓣移植术后发生皮瓣血管危象的患者例数占同期行皮瓣移植术的患者总例数的比例。

计算公式：

$$\text{皮瓣血管危象发生率} = \frac{\text{行皮瓣移植术后发生皮瓣血管危象的患者例数}}{\text{同期行皮瓣移植术的患者总例数}} \times 100\%$$

意义：反映皮瓣移植手术质量。

医疗技术类

肺脏移植技术
医疗质量控制指标（2020 年版）

指标一、肺脏移植绝对适应证占比（LUT-01）

定义：符合临床肺脏移植手术绝对适应证的手术人数占同期肺脏移植手术总数的比例。

计算公式：

$$\text{肺脏移植绝对适应证占比} = \frac{\text{符合肺脏移植手术绝对适应证的手术人数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

意义：反映肺脏移植手术患者选择的合理性、规范性。

说明：（1）肺脏移植绝对适应证范围：慢性终末期肺疾病患者经过最优化、最合理治疗，肺功能仍进行性降低，无进一步的内科或外科治疗可能，2 年内因肺部疾病致死的风险极高（>50%），即应考虑肺脏移植。

（2）肺脏移植绝对适应证包括：慢性阻塞性肺疾病（COPD）、α_1 抗胰蛋白酶缺乏 / 肺气肿、间质性肺疾病（ILD）、囊性纤维化（CF）/ 支气管扩张、肺动脉高压（PAH）等。其中 ILD 包括特发性间质性肺炎和风湿免疫疾病或其他因素继发的间质性肺病。

指标二、热缺血时间≤ 1 分钟（min）比例（LUT-02）

定义：热缺血时间≤ 1min 的肺脏移植手术人数占同期肺脏移植手术总人数的比例。

计算公式：

$$\text{热缺血时间} \leqslant 1\text{min 比例} = \frac{\text{热缺血时间} \leqslant 1\text{ min 的肺脏移植手术人数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

意义：反映供体获取手术者的熟练程度及获取的及时性。

指标三、冷缺血时间≤ 12 小时（h）比例（LUT-03）

定义：冷缺血时间≤ 12 小时的肺脏移植手术人数占同期肺脏移植手术总人数的比例。

计算公式：

$$\text{冷缺血时间} \leqslant 12\text{h 比例} = \frac{\text{冷缺血时间} \leqslant 12\text{h 的肺脏移植手术人数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

说明：冷缺血时间是指从供体获取时肺动脉阻断到受体移植时肺动脉开放时的时间。

意义：反映手术者技术熟练程度及供体转运地点和时间的合理性。

指标四、术中异体输血≤ 1000 毫升（ml）手术比例（LUT-04）

定义：术中输入异体血≤ 1000ml 的肺脏移植手术例数（包括未输血例数）占同期肺脏移植手术例数的比例。

计算公式：

$$\text{术中异体输血} \leqslant 1000\text{ml 手术比例} = \frac{\text{术中输入异体血} \leqslant 1000\text{ml 的肺脏移植手术例数}}{\text{同期肺脏移植手术总例数}} \times 100\%$$

意义：反映肺脏移植医疗技术水平以及异体输血适应证的掌握情况。

指标五、术后二次开胸率（LUT-05）

定义：肺脏移植术后一个月内再次开胸的人数占同期肺脏移植总人数的比例。

计算公式：

$$\text{术后二次开胸率} = \frac{\text{肺脏移植术后一个月内再次开胸的人数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构肺脏移植技术水平及术后管理水平。

指标六、术后 3 个月内感染发生率（LUT-06）

定义：肺脏移植术后 3 个月内发生感染的人数占同期肺脏移植总人数的比例。

计算公式：

（一）术后 3 个月内细菌感染发生率（LUT-06-01）。

$$\text{术后 3 个月内细菌感染发生率} = \frac{\text{肺脏移植术后 3 个月内发生细菌感染的人数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

（二）术后 3 个月内真菌感染发生率（LUT-06-02）。

$$\text{术后 3 个月内真菌感染发生率} = \frac{\text{肺脏移植术后 3 个月内发生真菌感染的人数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

（三）术后 3 个月内病毒感染发生率（LUT-06-03）。

$$\text{术后 3 个月内病毒感染发生率} = \frac{\text{肺脏移植术后 3 个月内发生病毒感染的人数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

意义：反映肺脏移植术后管理水平。

说明：肺脏移植术后感染主要包括细菌感染、真菌感染及病毒感染。细菌感染包括血流感染、肺部感染、支气管感染、吻合口感染，常见致病菌包括多重耐药肺炎克雷伯菌、鲍曼不动杆菌和铜绿假单胞菌；真菌感染以曲霉感染为主，包括支气管感染、吻合口感染、侵袭性肺部感染和全身播散性感染；病毒感染包括 CMV 感染、社区获得性呼吸道病毒感染。其中社区获得性呼吸道病毒感染病原体包括：小 RNA 病毒（鼻病毒、肠病毒），冠状病毒科（冠状病毒），副黏病毒科（呼吸道合胞病毒、副流感病毒和肺炎病毒），正黏病毒科（流行性感冒病毒 A、B），腺病毒科（腺病毒）。

指标七、术后 6 个月内气道吻合口并发症发生率（LUT-07）

定义：肺脏移植术后 6 个月内发生气道吻合口并发症的人数占同期肺脏移植总人数的比例。

计算公式：

$$\text{术后 6 个月内气道吻合口并发症发生率} = \frac{\text{术后 6 个月内发生气道吻合口并发症的肺脏移植人数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构肺脏移植技术水平及术后管理水平。

说明：气道吻合并发症包括缺血坏死、裂开、狭窄和软化。

指标八、诊断符合率（LUT-08）

定义：诊断符合的人数占同期肺脏移植总人数的比例。

计算公式：

$$\text{诊断符合率} = \frac{\text{肺脏移植术后病理诊断与入院诊断相符合的人数}}{\text{同期肺脏移植总人数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构肺脏移植患者入院诊断的准确性。

说明：诊断符合是指肺脏移植患者的术后病理诊断与入院诊断相符合。

指标九、术后（6月、1年、3年、5年、10年）生存率（LUT-09）

定义：肺脏移植术后（6月、1年、3年、5年、10年）随访（失访者按未存活统计）尚存活的肺脏移植患者数占同期肺脏移植总人数的比例。

计算公式：

$$\text{术后（6月、1年、3年、5年、10年）生存率} = \frac{\text{肺脏移植术后（6月、1年、3年、5年、10年）随访尚存活的肺脏移植患者数}}{\text{同期肺脏移植总人数}} \times 100\%$$

意义：反映肺脏移植患者的近、远期疗效。

指标十、中国肺脏移植注册登记数据报送质量指标（HTS-10）

（一）数据完整度（HTS-10-01）。

定义：向中国肺脏移植注册系统报送数据的完整度得分与同期肺脏移植总人数的比例。

计算公式：

$$\text{数据完整度} = \frac{\sum \text{每例肺脏移植手术上报数据完整度得分}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构实施肺脏移植手术后数据报送的完整性。

说明：完整度得分由中国肺脏移植注册登记系统要求填报的移植手术主要参数计算。

（二）数据及时性（HTS-10-02）。

定义：完成肺脏移植手术后 72 小时内向中国肺脏移植注册系统报送病例数占同期肺脏移植总人数的比例。

计算公式：

$$\text{数据及时性} = \frac{\text{及时报送数据的肺脏移植手术例数}}{\text{同期肺脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构实施肺脏移植手术后，数据报送的及时程度。

说明：每例肺脏移植手术要求在术后 72 小时内在中国肺脏移植注册系统进行数据填报，超过 72 小时为不及时填报。

（三）随访完整度（HTS-10-03）。

定义：向中国肺脏移植注册系统报送的肺脏移植术后随访的例次数占同期肺脏移植术后应当进行随访的总例次数的比例。

计算公式：

$$\text{患者随访率} = \frac{\text{肺脏移植术后随访的例次数}}{\text{同期肺脏移植术后应当进行随访的总例次数}} \times 100\%$$

意义：反映肺脏移植受者的远期预后及该医疗机构对受者的管理规范性。

说明：肺脏移植受者出院后需要定期（每半年一次）接受随访。

肝脏移植技术
医疗质量控制指标（2020 年版）

指标一、肝癌肝脏移植指标（LIT-01）

（一）肝癌肝脏移植受者比例（LIT-01-01）。

定义：肝癌肝脏移植受者人数占同期肝脏移植手术受者总人数的比例。

计算公式：

$$\text{肺脏移植绝对适应证占比} = \frac{\text{肝癌肝脏移植受者人数}}{\text{同期肝脏移植手术受者总人数}} \times 100\%$$

（二）单发肿瘤，直径不超过 5cm 的肝癌肝脏移植受者比例（LIT-01-02）。

定义：单发肿瘤，直径不超过 5cm 的肝癌肝脏移植受者人数占同期肝癌肝脏移植手术受者总人数的比例。

计算公式：

$$\text{单发肿瘤，直径不超过 5cm 的肝癌肝脏移植受者比例} = \frac{\text{单发肿瘤，直径不超过 5cm 的肝癌肝脏移植受者人数}}{\text{同期肝癌肝脏移植手术受者总人数}} \times 100\%$$

（三）多发肿瘤，肿瘤数目不超过 3 个，最大直径不超过 3cm 的肝癌肝脏移植受者比例（LIT-01-03）。

定义：多发肿瘤，肿瘤数目不超过 3 个，最大直径不超过 3cm 的肝癌肝脏移植受者

人数占同期肝癌肝脏移植手术受者总人数的比例。

计算公式：

$$\text{多发肿瘤，肿瘤数目不超过 3 个，最大直径不超过 3cm 的肝癌肝脏移植受者比例} = \frac{\text{多发肿瘤，肿瘤数目不超过 3 个，最大直径不超过 3cm 的肝癌肝脏移植受者人数}}{\text{同期肝癌肝脏移植手术受者总人数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构肝癌肝脏移植受者情况。

指标二、肝脏移植手术指标（LIT-02）

（一）冷缺血时间比例（LIT-02-01）。

定义：冷缺血时间比例为冷缺血时间在不超过 6 小时（h），6-12h 和 12h 以上三个时间段中的肝脏移植手术人数分别占同期肝脏移植手术总人数的比例。

计算公式：

1. 冷缺血时间≤ 6h 比例（LIT-02-01A）。

$$\text{冷缺血时间} \leq 6\text{h 比例} = \frac{\text{冷缺血时间不超过 6h 的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

2. 6h ＜冷缺血时间≤ 12h 比例（LIT-02-01B）。

$$6\text{h} < \text{冷缺血时间} \leq 12\text{h 比例} = \frac{\text{冷缺血时间在 6-12h 的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

3. 冷缺血时间＞ 12h 比例（LIT-02-01C）。

$$\text{冷缺血时间} > 12\text{h 比例} = \frac{\text{冷缺血时间 12h 以上的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

（二）无肝期比例（LIT-02-02）。

定义：无肝期比例为无肝期时间不超过 60 分钟（min）,60-120min 和 120min 以上三个时间段中的肝脏移植手术人数分别占同期肝脏移植手术总人数的比例。

计算公式：

1. 无肝期≤ 60min 比例（LIT-02-02A）。

$$\text{无肝期} \leq 60\text{min 比例} = \frac{\text{无肝期不超过 60min 的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

2.60min ＜无肝期≤ 120min 比例（LIT-02-02B）。

$$60\text{min} < \text{无肝期} \leq 120\text{min 比例} = \frac{\text{无肝期在 60-120min 的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

3. 无肝期＞ 120min 比例（LIT-02-02C）。

$$\text{无肝期} > 120\text{min 比例} = \frac{\text{无肝期 120min 以上的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

（三）手术时间比例（LIT-02-03）。

定义：手术时间比例为手术时间在不超过 6h，6-10h 和 10h 以上三个时间段中的肝脏移植手术人数分别占同期肝脏移植手术总人数的比例。

计算公式：

1. 手术时间≤ 6h 比例（LIT-02-03A）。

$$\text{手术时间} \leq 6\text{h 比例} = \frac{\text{手术时间不超过 6h 的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

2.6h ＜手术时间≤ 10h 比例（LIT-02-03B）。

$$6\text{h} < \text{手术时间} \leq 10\text{h 比例} = \frac{\text{手术时间在 6-10h 的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

3. 手术时间＞ 10h 比例（LIT-02-03C）。

$$\text{手术时间} > 10\text{h 比例} = \frac{\text{手术时间在 10h 以上的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

（四）术中大出血发生率（LIT-02-04）。

定义：成人肝脏移植手术受者术中出血量在 2000ml 及以上的手术人数占同期成人肝脏移植手术总人数的比例。

计算公式：

$$\text{术中大出血发生率} = \frac{\text{成人肝脏移植手术受者术中出血量在 2000ml 及以上的手术人数}}{\text{同期成人肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

意义：通过监测手术相关指标，进行医疗机构横向和纵向比较了解本医疗机构手术安全情况。

指标三、术后主要并发症指标（LIT-03）

（一）术后早期肝功能不全（EAD）发生率（LIT-03-01）。

定义：肝脏移植手术后发生 EAD 的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。

计算公式：

$$\text{术后 EAD 发生率} = \frac{\text{发生 EAD 的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

说明：符合下列一个或多个标准的病例视为发生 EAD：

（1）术后第 7 天总胆红素（TB）≥ 171 umol/L（10mg/dL）。

（2）术后第 7 天国际标准化比值（INR）≥ 1.6（应用抗凝药物原因除外）。

（3）术后 7 天内谷丙转氨酶（ALT）或谷草转氨酶（AST）>2000 IU/L。

（二）术后非计划二次手术率（LIT-03-02）。

定义：肝脏移植手术后发生非计划二次手术的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。

计算公式：

$$\text{术后非计划二次手术率} = \frac{\text{进行非计划二次手术的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

说明：非计划二次手术是指在同一次住院期间，因各种原因导致受者需进行的计划外再次手术。

（三）术后血管并发症发生率（1 周内、1 月内、3 月内）（LIT-03-03）。

定义：肝脏移植手术后发生血管并发症的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。

计算公式：

$$\text{术后血管并发症发生率} == \frac{\text{发生血管并发症的手术人数}}{\text{同期肝脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

说明：血管并发症包括肝动脉、肝静脉和门静脉系统的狭窄、血栓、出血。

（四）术后超急性排斥反应、急性排斥反应发生率（1 周内、1 月内、6 月内、1 年内）（LIT-03-04）。

定义：肝脏移植手术后发生超急性排斥反应、急性排斥反应的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。

计算公式：

$$术后超急性/急性排斥反应发生率=\frac{发生超急性/急性排斥反应的手术人数}{同期肝脏移植手术总人数}\times 100\%$$

说明：超急性排斥反应指移植肝脏与受者血管接通后数分钟至 24 小时内发生的排斥反应。根据肝脏活检病理结果判定排斥反应。

（五）术后胆道并发症发生率（1 月内、6 月内、1 年内）（LIT-03-05）。

定义：肝脏移植手术后发生胆道并发症的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。

计算公式：

$$术后胆道并发症发生率=\frac{术后发生胆道并发症的手术人数}{同期肝脏移植手术总人数}\times 100\%$$

说明：胆道并发症指具有临床表现，有影像学依据，需要进行手术或者介入性治疗的胆道狭窄、梗阻、胆瘘、胆汁瘤、胆结石、胆泥形成及 Odds 括约肌功能障碍。

（六）术后耐药菌感染发生率（1 周内、1 月内、6 月内、1 年内）（LIT-03-06）。

定义：肝脏移植手术后发生耐药菌感染的手术人数占同期肝脏移植手术总人数的比例。

计算公式：

$$术后耐药菌感染发生率=\frac{发生术后耐药菌感染的手术人数}{同期肝脏移植手术总人数}\times 100\%$$

说明：多重耐药肺炎克雷伯杆菌、大肠杆菌、阴沟肠杆菌、嗜麦芽寡养单胞菌、鲍曼不动杆菌、铜绿假单胞菌感染纳入耐药菌感染统计，其余暂不做统计。

意义：反映的是术后并发症发生比例，用于评价医疗机构肝脏移植技术的安全性，通过同级别医疗机构的横向比较，以及不同时间的纵向比较及时发现术后并发症的现状、趋势及危险因素，为其预防、控制和制定质量改进目标提供科学依据，提升医疗机构肝脏移植技术水平和术后管理质量。

指标四、受者术后生存指标（LIT-04）

（一）术后早期死亡率（LIT-04-01）。

定义：肝脏移植术后 30 天内受者全因死亡人数占同期肝脏移植手术受者总人数的比例。

计算公式：

$$\text{术后早期死亡率} = \frac{\text{肝脏移植术后 30 天内受者全因死亡人数}}{\text{同期肝脏移植手术受者总人数}} \times 100\%$$

（二）受者术后生存率（1 年、3 年、5 年）（LIT-04-02）。

定义：肝脏移植某一时间（1 年、3 年、5 年）随访尚存活的受者人数占同期肝脏移植手术受者总人数的比例。

计算公式：

1. 良性肝病肝脏移植受者术后生存率（LIT-04-02A）。

$$\text{良性肝病肝脏移植受者术后生存率} = \frac{\text{肝脏移植手术后某一时间随访尚存活的良性肝病受者人数}}{\text{同期良性肝病肝脏移植手术受者总人数}} \times 100\%$$

2. 肝癌肝脏移植受者术后生存率（LIT-04-02B）。

$$\text{肝癌肝脏移植受者术后生存率} = \frac{\text{肝脏移植手术后某一时间随访尚存活的肝癌肝脏移植受者人数}}{\text{同期肝癌肝脏移植手术受者总人数}} \times 100\%$$

（三）肝癌肝脏移植受者术后无瘤生存率（1 年、3 年、5 年）（LIT-04-03）。

定义：肝癌肝脏移植某一时间（1 年、3 年、5 年）无瘤存活的受者人数占同期肝癌肝脏移植手术受者总人数的比例。

计算公式：

$$\text{肝癌肝脏移植受者术后无瘤生存率} = \frac{\text{肝癌肝脏移植受者移植后某一时间无瘤存活的受者人数}}{\text{同期肝癌肝脏移植手术受者总人数}} \times 100\%$$

意义：反映肝脏移植的中远期疗效，与医疗机构手术技术、术后医疗管理质量等情况密切相关，与同级医疗机构进行横向比较，评价医疗机构肝脏移植医疗技术与术后管理质量。

指标五、中国肝移植注册系统（CLTR）数据报送质量指标（LIT-05）

（一）数据完整度（LIT-05-01）。

定义：向 CLTR 系统所报送数据的完整度累计值与同期肝脏移植总人数的比例。

计算公式：

$$数据完整度=\frac{\sum 每例肝脏移植病例数据完整度得分}{同期肝脏移植总人数}\times 100\%$$

（二）数据及时性（LIT-05-02）。

定义：完成肝脏移植手术后 72 小时内向 CLTR 系统报送的病例数占同期肝脏移植总人数的比例。

计算公式：

$$数据及时性=\frac{术后\ 72\ 小时内报送的病例数}{同期肝脏移植总人数}\times 100\%$$

（三）数据真实性（LIT-05-03）。

定义：向 CLTR 系统所报送数据的真实性总得分与同期肝脏移植总人数的比例。

计算公式：

$$数据真实性=\frac{\sum 每例肝脏移植病例数据真实性得分}{同期肝脏移植总人数}\times 100\%$$

说明：数据真实性采取加权赋分，依据以下两项内容进行考察，各占 50%：

（1）查看所有病例相关数据报送情况是否合理，例如身高、体重、热缺血时间、冷缺血时间、手术时间、无肝期时间等重要参数是否在合理的阈值。

（2）按比例随机抽取各移植中心报送 CLTR 系统的肝脏移植病例，数据管理员提供所抽取病例的生存情况证明（如最近一次检查化验单）上交至国家肝脏移植质控中心，根据重要参数比对情况给出真实性得分。各中心随机抽取病例数的标准如下图：

肝脏移植受者真实性抽取例数标准

统计时段内移植总数（例）	抽取比例（%）	抽取总数（例）
＜ 10	100	--
10-50	--	10
50-100	20	--
＞ 100	--	20

（四）有效随访率（LIT-05-04）。

定义：肝脏移植手术后在 CLTR 系统中报送的有效随访例次数占同期肝脏移植应完成总例次数的比例。

计算公式：

$$有效随访率=\sum\frac{每例肝脏移植病例一定时间内完成的有效随访次数}{同期每例肝脏移植病例应完成的有效随访次数}\times 100\%$$

同期肝脏移植总人数

术后时间	时间段末应随访次数
1 月	4 次
1-3 月	8 次
3-6 月	11 次
6-12 月	14 次
1-2 年	18 次
2-5 年	24 次
＞ 5 年	**

** 术后时间 5 年后，每半年随访一次，应随访次数依次累积。

（五）受者失访率（LIT-05-05）。

定义：肝脏移植手术后一定时间内失访的受者人数占同期肝脏移植手术受者总人数的比例。

计算公式：

$$受者失访率=\frac{肝脏移植手术后一定时间内失访的受者人数}{同期肝脏移植手术受者总人数}\times 100\%$$

说明：在 CLTR 系统中标记为“失访”的受者视为失访，除标记为“死亡”、“存活，再移植”的受者外，超过 1 年未更新随访状态的受者也视为失访。

意义：数据及时性、完整度和真实性反映医疗机构实施肝脏移植手术后数据报送的规范性、及时程度和数据质量以及医疗机构管理水平。提高数据质量有助于提高对各项指标分析的准确性，更明确地了解肝脏移植技术的现状和趋势，进行针对性的改进。长期随访与受者的中远期治疗密切相关，有效随访率和失访率，反映医疗机构肝脏移植术后中远期管理水平。

肾脏移植技术
医疗质量控制指标（2020 年版）

指标一、冷热缺血时间（KTS-01）

定义：热缺血时间≤ 10 分钟（min）、冷缺血时间≤ 24 小时（h）的肾脏移植人数分别占同期肾脏移植总人数的比例。

计算公式：

（一）热缺血时间≤ 10min 的比例（KTS-01A）。

$$\text{热缺血时间} \leqslant 10\text{min 的比例} = \frac{\text{热缺血时间} \leqslant 10\text{min 的人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$$

（二）冷缺血时间≤ 24h 的比例（KTS-01B）。

$$\text{冷缺血时间} \leqslant 24\text{h 的比例} = \frac{\text{冷缺血时间} \leqslant 24\text{h 的人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构肾脏移植技术水平和团队工作效率的重要过程指标之一。

说明：（1）热缺血时间：从供体心跳停止或肾动脉阻断（亲属间活体捐献）到冷灌注的时间。

（2）冷缺血时间：从供肾冷灌注开始到植入体内恢复血液再灌注的时间。

指标二、亲属间活体捐献者重大并发症发生率（KTS-02）

定义：亲属间活体肾脏捐献者，术后 30 天内发生的重大并发症的人数占同期亲属间活体肾脏捐献者总人数的比例。

计算公式：

$$\text{亲属间活体捐献者重大并发症发生率} = \frac{\text{亲属间活体器官捐献者术后 30 天内重大并发症发生人数}}{\text{同期亲属活体肾脏移植总人数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构亲属间活体肾脏移植技术水平和安全性的重要结果指标之一。

说明：亲属间活体捐献者重大并发症包括围手术期死亡和 2000ml 以上的大出血。

指标三、术后 30 天内死亡率（KTS-03）

定义：肾脏移植术后 30 天内受者全因死亡人数占同期肾脏移植总人数的比例。

计算公式：

$$\text{术后 30 天死亡率} = \frac{\text{肾脏移植术后 30 天内受者全因死亡人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$$

意义：体现肾脏移植手术操作的水平与近期治疗效果，用于评价医疗机构肾脏移植技术的安全性，是反映医疗机构肾脏移植技术水平的重要结果指标之一。

指标四、移植肾功能延迟恢复发生率（KTS-04）

定义：肾脏移植术后发生移植肾功能延迟恢复（DGF）的受者人数占同期肾脏移植总人数的比例。

计算公式：

$$\text{DGF 发生率} = \frac{\text{肾脏移植术后发生 DGF 受者人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$$

意义：是反映医疗机构肾脏移植技术水平的重要过程指标之一。

说明：DGF 是指肾脏移植术后一周内需要透析治疗或术后一周血肌酐未下降至 400 μ moI/L 以下。

指标五、血管并发症发生率（KTS-05）

定义：肾脏移植术后 1 年内发生血管并发症的受者人数占同期肾脏移植总人数的比例。

计算公式：

$$\text{血管并发症发生率} = \frac{\text{肾脏移植术后 1 年内发生血管并发症的受者人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$$

意义：是反映医疗机构肾脏移植技术水平的重要过程指标之一。

说明：肾脏移植术后血管并发症主要包括：移植肾动静脉破裂和血栓、移植肾动脉狭窄、移植肾动脉瘤。

指标六、急性排斥反应发生率（KTS-06）

定义：肾脏移植术后 1 年内发生急性排斥反应受者人数占同期肾脏移植总人数的比例。

计算公式：

$$\text{急性排斥反应发生率} = \frac{\text{肾脏移植术后 1 年内发生急性排斥反应受者人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构对肾脏移植术后急性排斥反应的防治水平，是体现医疗机构肾脏移植技术水平的重要过程指标之一。

说明：急性排斥反应，是肾脏移植术后最常见的一种排斥反应，一般发生在肾脏移植术后几个小时至 6 个月内，临床上表现为发热、全身不适、移植肾肿大和疼痛，同时伴有移植肾功能突然减退。

指标七、术后感染发生率（KTS-07）

定义：肾脏移植术后 100 天内发生感染的受者人数占同期肾脏移植总人数的比例。

计算公式：

$$\text{术后感染发生率} = \frac{\text{肾脏移植术后 100 天内发生感染的受者人数}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$$

意义：体现医疗机构对肾脏移植术后感染的防治水平，是反映医疗机构肾脏移植技术水平的重要过程指标之一。

说明：肾脏移植术后无症状的下尿路感染不在统计之列。

指标八、中国肾脏移植科学登记系统（CSRKT）数据报送质量指标（KTS-08）

（一）数据完整度（KTS-08-01）。

定义：向 CSRKT 系统报送数据的完整度得分累计值与同期肾脏移植总人数的比例。

计算公式：

$$\text{数据完整度} = \frac{\text{所有病例的完整度得分累计值}}{\text{同期肾脏移植总人数}}$$

意义：反映医疗机构实施肾脏移植手术后数据报送的完整性。

说明：每例肾脏移植报送数据的完整度得分 =（实际录入的重要参数的数量 / 规定录入的重要参数总数量）× 100%。

（二）数据及时性（KTS-08-02）。

定义：完成肾脏移植手术后 72 小时内向 CSRKT 系统报送患者数占同期肾脏移植总人数的比例。

计算公式：

$$\text{数据及时性} = \frac{\text{术后 72 小时内报送的患者数}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构实施肾脏移植手术后，数据报送的及时程度。

（三）数据真实性（KTS-08-03）。

定义：向 CSRKT 系统所报送数据的真实性总得分与同期肾脏移植总人数的比例。

计算公式：

$$\text{数据真实性} = \frac{\sum \text{每例肾脏移植病例数据真实性得分}}{\text{同期肾脏移植总人数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构实施肾脏移植手术后，数据报送的质量及真实性程度。

说明：数据真实性采取加权赋分，依据以下两项内容进行考察，各占 50%：

（1）查看所有病例相关数据报送情况是否合理，例如身高、体重、热缺血时间、冷缺血时间、手术时间、术后并发症等重要参数是否在合理的阈值。

（2）按比例随机抽取各移植中心报送 CSRKT 系统的肾脏移植病例，数据管理员提供所抽取病例的生存情况证明（如最近一次检查化验单）上交至国家肾脏移植质控中心，根据重要参数比对情况给出真实性得分。各中心随机抽取病例数的标准如下图：

肾脏移植受者真实性抽取例数标准

统计时段内移植总数（例）	抽取比例（%）	抽取总数（例）
＜ 10	100	--
10-50	--	10
50-100	20	--
＞ 100	--	20

（四）受者总体随访质量（KTS-08-04）。

定义：该医疗机构所有病例的随访质量得分的平均值。

计算公式：

$$\text{受者总体随访质量} = \frac{\text{随访质量得分总和}}{\text{该机构同期肾脏移植总人数}}$$

意义：反映肾脏移植术后受者的远期预后及该医疗机构对受者的管理水平。

说明：每例肾脏移植的随访质量得分 =（实际随访次数 / 应随访次数）×（实际录入的随访参数 / 应录入的随访参数）。

指标九、移植肾生存率（KTS-09）

定义：接受肾脏移植手术后，在某段时间（1 年、3 年、5 年等），移植肾脏的生存率。

计算公式：采用乘积极限法（Kaplan-Meier 法）计算。

意义：体现医疗机构对肾脏移植术后受者的综合管理水平，是反映医疗机构肾脏移植技术水平的重要结果指标之一。

说明：生存率需要和生存概率加以区别。例如：已知某医疗机构在术后 1 年内，有 98 例移植肾尚有功能，将其除以当年移植总人数（若为 100 例），即可得出该机构的一年移植肾生存概率为 98%。但由于没有引入具体的移植肾存活时间，生存概率不能反映移植肾的存活随着时间的变化情况。而生存分析中则能很好地解决这个问题。将医疗机构上报的移植肾失功的病例、相应的术后失功时间导入统计软件，采用 Kaplan-Meier 法，进行复杂运算后得出该机构在术后不同时间内的移植肾生存率。

心脏移植技术
医疗质量控制指标（2020 年版）

指标一、伦理委员会决议通过率（HTS-01）

定义：单位时间内，术前经医疗机构伦理委员会讨论通过的心脏移植患者数占心脏移植总人数的比例。

计算公式：

$$\text{伦理委员会决议通过率} = \frac{\text{通过伦理委员会讨论的心脏移植手术人数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

意义：该指标反映医疗机构实施心脏移植手术的规范性。

说明：具备心脏移植机构的单位必须根据相关规定成立器官移植技术临床应用伦理委员会，在实施心脏移植手术前，需要经过伦理委员会充分论证实施手术的合理性和必要性。

指标二、术前有创肺动脉压监测率（HTS-02）

定义：单位时间内，术前进行有创肺动脉压监测的人数占心脏移植总人数的比例。

计算公式：

$$\text{术前有创肺动脉压监测率} = \frac{\text{术前进行有创肺动脉压监测的人数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

意义：该指标反映医疗机构实施心脏移植手术术前评估的规范性。

说明：术前进行有创肺动脉压监测，有助于了解肺动脉压等指标，帮助了解移植受者肺功能状况是否正常或及时治疗纠正。

指标三、术前心肺运动试验检查率（HTS-03）

定义：单位时间内，术前进行心肺运动试验（CPET）检查的心脏移植人数占心脏移植总人数的比例。

计算公式：

$$\text{术前 CPET 检查率} = \frac{\text{术前进行 CPET 检查的心脏移植手术人数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

意义：该指标反映医疗机构实施心脏移植手术术前评估的规范性。

说明：对不存在心肺运动试验禁忌证的移植候选者，采用该试验进行心脏移植入选评估，心肺运动试验检查能够帮助了解移植受者心脏以外器官功能状况是否正常或及时治疗纠正。

指标四、供体心脏缺血时间小于等于 6 小时的比例（HTS-04）

定义：单位时间内，医疗机构获取的供体心脏的缺血时间小于等于 6 小时的心脏移植例数占总例数的比例。

计算公式：

$$\text{供体心脏缺血时间小于等于 6 小时的比例} = \frac{\text{供体心脏缺血时间小于等于 6 小时的心脏移植例数}}{\text{同期心脏移植手术总例数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构心脏移植手术过程中供体心脏选择和维护的规范性。

说明：供体心脏缺血时间：从供体心脏的获取开始灌注到心脏移植手术后开始供血的时间。

指标五、术中术后生命支持应用率（HTS-05）

定义：单位时间内，心脏移植术中术后使用体外膜肺氧合（ECMO）、主动脉内球

囊反搏（IABP）和连续性肾脏替代治疗（CRRT）的人数占同期心脏移植总人数的比例。

计算公式：

HTS-05-01：

$$\text{ECMO 应用率} = \frac{\text{术中术后使用 ECMO 的心脏移植手术人数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

HTS-05-02：

$$\text{IABP 应用率} = \frac{\text{术中术后使用 IABP 的心脏移植手术人数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

HTS-05-03：

$$\text{CRRT 应用率} = \frac{\text{术中术后使用 CRRT 的心脏移植手术人数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构实施心脏移植手术的医疗质量。

指标六、术后机械通气时间小于等于 48 小时的比例（HTS-06）

定义：单位时间内，心脏移植手术受者术后接受机械通气的时间小于等于 48 小时的人数占心脏移植总人数的比例。

计算公式：

$$\text{术后机械通气时间小于等于 48 小时的比例} = \frac{\text{术后机械通气时间小于等于 48 小时的人数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

意义：该指标反映医疗机构实施心脏移植手术的医疗质量。

指标七、术后并发症发病率（HTS-07）

定义：单位时间内，心脏移植手术受者术后（自手术开始至出院）发生的手术相关并发症人数占同期心脏移植总人数的比例。

计算公式：

$$\text{术后并发症发病率} = \frac{\text{术后出现并发症的心脏移植人数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构实施心脏移植手术的医疗质量。

说明：手术相关并发症包括术后感染、心脏骤停、二次气管插管，气管切开和二次开胸手术。术后感染包括移植术后的细菌，真菌和病毒感染。

指标八、术后院内死亡率（HTS-08）

定义：单位时间内，心脏移植手术受者术后（自手术开始至出院）全因死亡人数占同期心脏移植总人数的比例。

计算公式：

$$\text{术后院内死亡率} == \frac{\text{心脏移植手术受者术后全因死亡人数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构实施心脏移植手术的医疗质量。

指标九、术后存活率（HTS-09）

定义：根据术后随访数据计算心脏移植术后 30 天、1 年、3 年、5 年和 10 年存活的心脏移植受者人数占同期应随访心脏移植总人数的比例。

计算公式：

$$\text{心脏移植术后（30 天、1 年、3 年、5 年、10 年）存活率} = \frac{\text{术后（30 天、1 年、3 年、5 年、10 年）存活的心脏移植人数}}{\text{同期应随访心脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构心脏移植术后的随访规范性。

说明：心脏移植术后受者管理的目标是指导受者认识疾病，提高依从性，协助随访医师识别排斥反应，减少并发症和治疗，以获得长期生存和较高的生活质量。医疗机构应建立心脏移植术后随访档案，积极引导受者进行定期随访。

指标十、中国心脏移植注册登记数据报送质量指标（HTS-10）

（一）数据完整度（HTS-10-01）。

定义：向中国心脏移植注册系统报送数据的完整度得分与同期心脏移植总人数的比例。

计算公式：

$$\text{数据完整度} == \frac{\sum \text{每例心脏移植手术上报数据完整度得分}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构实施心脏移植手术后数据报送的完整性。

说明：完整度得分由中国心脏移植质注册登记系统要求填报的移植手术主要参数计算。

（二）数据及时性（HTS-10-02）。

定义：完成心脏移植手术后 72 小时内向中国心脏移植注册系统报送病例数占同期心脏移植总人数的比例。

计算公式：

$$\text{数据及时性} = \frac{\text{及时报送数据的手术例数}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构实施心脏移植手术后，数据报送的及时程度。

说明：每例心脏移植手术要求在术后 72 小时内在中国心脏移植注册系统进行数据填报，超过 72 小时为不及时填报。

（三）随访完整度（HTS-10-03）。

定义：向中国心脏移植注册系统报送的随访数据完整度得分与同期心脏移植总人数的比例。

计算公式：

$$\text{随访完整度} = \frac{\sum \text{每例心脏移植受者出院随访数据完整度得分}}{\text{同期心脏移植手术总人数}} \times 100\%$$

意义：反映心脏移植术后受者的远期预后及该医疗机构对受者的管理规范性。

说明：心脏移植受者出院后需要定期接受随访，随访完整度得分根据上报到中国心脏移植注册系统受者随访的数据完整度总分计算。

异基因造血干细胞移植技术
临床应用质量控制指标（2022 年版）

一、异基因造血干细胞移植适应证符合率

定义：异基因造血干细胞移植术适应证选择正确的例数占同期异基因造血干细胞移植术总例数的比例。

计算公式：

$$\text{基因造血干细胞移植术适应证选择率} = \frac{\text{异基因造血干细胞移植术适应证选择正确的例数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植术总例数}} \times 100\%$$

意义：体现医疗机构开展造血干细胞移植技术时，严格掌握适应证的程度，是反映医疗机构造血干细胞移植技术医疗质量的重要过程性指标之一。

二、异基因造血干细胞移植植入率

定义：异基因造血干细胞移植术后 100 天内，实现造血重建（患者外周血中性粒细胞＞ 0.5×10^9/L 与血小板＞ 20×10^9/L 连续稳定三天以上）的患者例次数占同期异基因造血干细胞移植患者总例次数的比例。

计算公式：

$$\text{异基因造血干细胞移植植入率} = \frac{\text{异基因造血干细胞移植术后 100 天内实现造血重建的患者例次数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植患者总例次数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构造血干细胞移植技术水平的重要指标之一。

三、重度（Ⅲ－Ⅳ度）急性移植物抗宿主病发生率

定义：急性移植物抗宿主病（aGVHD），是指造血干细胞移植术后 100 天内，由于移植物抗宿主反应而引起的免疫性疾病，主要表现为皮疹、腹泻和黄疸，是异基因造血干细胞移植的主要并发症和主要死亡原因。重度（Ⅲ - Ⅳ度）急性移植物抗宿主病发生率，是指异基因造血干细胞移植术后发生重度（Ⅲ - Ⅳ度）急性移植物抗宿主病患者例次数占同期异基因造血干细胞移植患者总例次数的比例。

计算公式：

$$\text{重度（Ⅲ - Ⅳ度）急性移植物抗宿主病发生率} = \frac{\text{异基因造血干细胞移植术后发生重度（Ⅲ - Ⅳ度）急性移植物抗宿主病患者例次数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植患者总例次数}} \times 100\%$$

意义：体现医疗机构对不同移植方式造血干细胞移植术后 aGVHD 预防水平，是反映医疗机构造血干细胞移植技术医疗质量的重要过程性指标之一。

四、慢性移植物抗宿主病发生率

定义：慢性移植物抗宿主病（cGVHD），是指造血干细胞移植术 100 天后，由于移植物抗宿主反应而引起的慢性免疫性疾病。慢性移植物抗宿主病发生率，是指异基因造血干细胞移植术后发生慢性移植物抗宿主病患者例次数占同期异基因造血干细胞移植患者总例次数的比例。

计算公式：

$$\text{慢性移植物抗宿主病发生率} = \frac{\text{异基因造血干细胞移植术后发生慢性移植物抗宿主病患者例次数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植患者总例次数}} \times 100\%$$

意义：体现医疗机构对造血干细胞移植术后 cGVHD 预防水平，是反映医疗机构造血干细胞移植技术医疗质量的重要过程性指标之一。

五、异基因造血干细胞移植相关死亡率

定义：异基因造血干细胞移植术后 100 天内非复发死亡患者数占同期异基因造血干细胞移植患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{异基因造血干细胞移植相关死亡率} = \frac{\text{异基因造血干细胞移植术后 100 天内非复发死亡患者数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植患者总数}} \times 100\%$$

意义：体现医疗机构对造血干细胞移植术后患者的综合管理水平，是反映医疗机构造血干细胞移植技术医疗质量的重要结果指标之一。

六、异基因造血干细胞移植总体生存率

定义：异基因造血干细胞移植后 1 年随访（失访者按未存活患者统计）尚存活的患者数占同期异基因造血干细胞移植患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{异基因造血干细胞移植总体生存率} = \frac{\text{异基因造血干细胞移植后 1 年随访尚存活的患者数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植患者总数}} \times 100\%$$

意义：体现医疗机构造血干细胞移植技术水平，是反映医疗机构造血干细胞移植技术医疗质量的重要结果指标之一。

七、异基因造血干细胞移植无病生存率

定义：异基因造血干细胞移植后 1 年随访（失访者按未存活患者统计）无病存活的患者数占同期异基因造血干细胞移植患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{异基因造血干细胞移植无病生存率} = \frac{\text{异基因造血干细胞移植后 1 年随访无病存活的患者数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植患者总数}} \times 100\%$$

意义：体现医疗机构造血干细胞移植技术水平，是反映医疗机构造血干细胞移植技术医疗质量的重要结果指标之一。

八、平均住院日

定义：实施异基因造血干细胞移植治疗的患者出院时占用总床日数与同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数之比。

计算公式：

$$\text{平均住院日} = \frac{\text{实施异基因造血干细胞移植治疗的患者出院时占用总床日数}}{\text{同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数}}$$

意义：体现医疗机构造血干细胞移植技术的效率，是反映医疗机构造血干细胞移植技术医疗质量的重要结果指标之一。

九、平均住院费用

定义：实施异基因造血干细胞移植治疗的患者出院时住院总费用与同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数之比。

计算公式：

$$\text{平均住院费用} = \frac{\text{实施异基因造血干细胞移植治疗的患者出院时住院总费用}}{\text{同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数}}$$

意义：体现医疗机构造血干细胞移植技术的社会经济学效益，是反映医疗机构造血干细胞移植技术医疗质量的重要结果指标之一。

十、平均住院药费

定义：实施异基因造血干细胞移植治疗的患者出院时住院药品总费用与同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数之比。

计算公式：

$$\text{平均住院药费} = \frac{\text{实施异基因造血干细胞移植治疗的患者出院时住院药品总费用}}{\text{同期异基因造血干细胞移植治疗患者出院人数}}$$

意义：体现医疗机构造血干细胞移植技术的社会经济学效益，是反映医疗机构造血干细胞移植技术医疗质量的重要结果指标之一。

同种胰岛移植技术
临床应用质量控制指标（2022 年版）

一、胰岛纯度

定义：采用双硫腙（DTZ）染色法进行胰岛计数。胰岛纯度是指 DTZ 染色阳性的胰岛数占纯化的细胞团总数的比例。

计算公式：

$$\text{胰岛纯度} = \frac{\text{DTZ 染色阳性的胰岛数}}{\text{纯化的细胞团总数}} \times 100\%$$

意义：反映胰岛纯化效果，体现胰岛提取技术水平的指标。

二、总胰岛当量

定义：胰岛当量 (Islet Equivalent Quantity，IEQ) 是一种胰岛计数方法，一个直径 150μm 的胰岛为 1 个胰岛当量。总胰岛当量是指样本中胰岛当量总数。（见注）

计算公式：

$$\text{总胰岛当量} = \frac{\text{3 次计数的胰岛当量（IEQ）之和}}{3} \times 20 \times \text{样本量（ml）}$$

意义：用于计算获取胰岛数量，体现胰岛提取技术水平的指标。

三、胰岛活率

定义：采用活细胞染色技术进行胰岛计数。胰岛活率是指活胰岛数占胰岛总数的比例。

计算公式：

$$胰岛活率=\frac{活胰岛数}{胰岛总数}\times 100\%$$

意义：用于评价获取胰岛中活细胞的比例，体现胰岛提取技术水平的指标。

四、胰岛产物微生物培养 / 基因检测阳性率

定义：胰岛产物微生物（细菌、真菌、支原体等）培养 / 基因检测阳性的样本数占同期胰岛产物微生物培养 / 基因检测总样本数的比例。

计算公式：

$$胰岛产物微生物培养/基因检测阳性率=\frac{胰岛产物微生物培养/基因检测阳性的样本数}{同期胰岛产物微生物培养/基因检测总样本数}\times 100\%$$

意义：用于评价获取胰岛产物的生物安全性。

五、围手术期并发症发生率

定义：围手术期并发症是指同种胰岛移植治疗术后 30 天内发生的并发症，包括出血、感染、门静脉血栓形成等。围手术期并发症发生率是指围手术期并发症发生的例次数占同期同种胰岛移植治疗总例次数的比例。

计算公式：

$$围手术期并发症发生率=\frac{围手术期并发症发生的例次数}{同期同种胰岛移植治疗总例次数}\times 100\%$$

意义：用于评价同种胰岛移植治疗技术的安全性。

六、术后死亡率

定义：术后死亡是指实施同种胰岛移植治疗的患者，在术后住院期间内死亡（包括因不可逆疾病而自动出院的患者）。术后死亡率是指术后死亡患者人数占同期同种胰岛移植治疗患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{术后死亡率} = \frac{\text{术后患者死亡人数}}{\text{同期同种胰岛移植治疗患者总数}} \times 100\%$$

意义：用于评价同种胰岛移植治疗安全性。

七、患者随访率

定义：同种胰岛移植治疗后 1、3、5 年内完成随访的例次数占同期同种胰岛移植治疗总例次数的比例。

计算公式：

$$\text{患者随访率} = \frac{\text{同种胰岛移植治疗后一定时间内完成随访的例次数}}{\text{同期同种胰岛移植治疗总例次数}} \times 100\%$$

意义：反映同种胰岛移植治疗患者的远期疗效及管理水平。

八、移植后有效率（1 年、3 年、5 年）

定义：符合下列条件之一的同种胰岛移植术后患者，可认为移植后有效：

1. 糖基化血红蛋白＜ 7.0%；

2. 无严重低血糖（血糖浓度低于 3.9mmol/l）；

3. 血清 C- 肽水平≥ 0.3ng/mL；

4. 胰岛素用量较术前减少＞ 30%。

移植后有效率是指同种胰岛移植治疗后 1 年、3 年和 5 年随访，移植后有效的患者数占同期同种胰岛移植治疗患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{移植后有效率} = \frac{\text{一定时间内移植后有效的患者数}}{\text{同期同种胰岛移植治疗患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映同种胰岛移植治疗患者的远期疗效。

注：参考 Lembert 等的方法，用显微镜测量镜检计数的胰岛细胞团直径，计算每 50 微升溶液中 DTZ 染色阳性的胰岛细胞团的 IEQ，按 IEQ 表换算为相当于直径 150μm 的 IEQ，再按以下公式计算总 IEQ。总 IEQ=（3 次计数的 IEQ 之和 /3）× 20 × 样本量（mL）。

同种异体运动系统结构性组织移植技术临床应用质量控制指标（2022 年版）

一、符合规定的来源移植物比例

定义：符合规定的来源移植物数占同期移植物总数的比例。（见注）

计算公式：

$$\text{符合规定的来源移植物比例} = \frac{\text{符合规定的来源移植物数}}{\text{同期移植物总数}} \times 100\%$$

意义：反映移植物来源的规范性。

二、术中移植物微生物培养阳性率

定义：术中移植物微生物（细菌、真菌、支原体等）培养阳性的样本数占同期术中移植物微生物培养总样本数的比例。

计算公式：

$$\text{术中移植物微生物培养阳性率} = \frac{\text{术中移植物微生物培养阳性的样本数}}{\text{同期术中移植物微生物培养总样本数}} \times 100\%$$

意义：反映同种异体运动系统结构性组织移植术中感染风险。

三、围手术期并发症发生率

定义：围手术期并发症是指同种异体运动系统结构性组织移植术后 30 天内发生的并发症，包括感染、血栓形成、移植失败等。围手术期并发症发生率是指围手术期并发症发生的例次数占同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数的比例。

计算公式：

$$\text{围手术期并发症发生率} = \frac{\text{围手术期并发症发生的例次数}}{\text{同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数}} \times 100\%$$

意义：反映同种异体运动系统结构性组织移植手术的安全性。

四、微创手术比例

定义：微创同种异体运动系统结构性组织移植手术例次数占同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数的比例。

计算公式：

$$\text{微创手术比例} = \frac{\text{微创同种异体运动系统结构性组织移植手术例次数}}{\text{同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数}} \times 100\%$$

意义：反映同种异体运动系统结构性组织移植手术水平。

五、患者随访率

定义：同种异体运动系统结构性组织移植后，1、3、5 年内完成随访的例次数占同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数的比例。

计算公式：

$$\text{患者随访率} = \frac{\text{一定时间内完成随访的例次数}}{\text{同期同种异体运动系统结构性组织移植手术总例次数}} \times 100\%$$

意义：反映同种异体运动系统结构性组织移植治疗患者的远期疗效及管理水平。

注：符合规定的同种异体运动系统结构性组织移植物来源分两类：具有国家药品监督管理局产品注册证的移植物和公民逝世后捐献来源的移植物。

同种异体角膜移植技术
临床应用质量控制指标（2022 年版）

一、成分供体使用率

（一）同种异体角膜内皮移植供体使用率。

定义：用于临床同种异体角膜内皮移植的供体材料数占同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数的比例。

计算公式：

$$\text{同种异体角膜内皮移植供体使用率} = \frac{\text{用于临床同种异体角膜内皮移植的供体材料数}}{\text{同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数}} \times 100\%$$

意义：反映供体材料的质量及医疗技术水平。

（二）同种异体穿透角膜移植供体使用率。

定义：用于临床同种异体穿透角膜移植的供体材料数占同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数的比例。

计算公式：

$$\text{同种异体穿透角膜移植供体使用率} = \frac{\text{用于临床同种异体穿透角膜移植的供体材料数}}{\text{同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数}} \times 100\%$$

意义：反映供体材料的质量及医疗技术水平。

（三）同种异体板层角膜移植供体使用率。

定义：用于临床同种异体板层角膜移植的供体材料数占同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数的比例。

计算公式：

$$\text{同种异体板层角膜移植供体使用率} = \frac{\text{用于临床同种异体板层角膜移植的供体材料数}}{\text{同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数}} \times 100\%$$

意义：反映供体材料的质量及医疗技术水平。

（四）同种异体角膜缘干细胞移植供体使用率。

定义：用于临床同种异体角膜缘干细胞移植的供体材料数占同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数的比例。

计算公式：

$$\text{同种异体角膜缘干细胞移植供体使用率} = \frac{\text{用于临床同种异体角膜缘干细胞移植的供体材料数}}{\text{同期获取的同种异体角膜移植供体材料总数}} \times 100\%$$

意义：反映供体材料的质量及医疗技术水平。

二、同种异体角膜移植成功率

定义：同种异体角膜移植成功是指通过同种异体角膜移植手术达到预期目的（增视性、治疗性、美容性等），植片与植床对合良好无脱落。同种异体角膜移植成功率是指同种异体角膜移植成功的例数占同期同种异体角膜移植总例数的比例。

计算公式：

$$\text{同种异体角膜移植成功率} = \frac{\text{同种异体角膜移植成功的例数}}{\text{同期同种异体角膜移植总例数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构同种异体角膜移植技术水平。

三、角膜植片透明率

定义：角膜植片透明是指同种异体角膜移植术后，植片保持透明，或植片与植床对

合良好无脱落。角膜植片透明率是指角膜植片透明的例数占同期同种异体角膜移植总例数的比例。

计算公式：

$$角膜植片透明率 = \frac{角膜植片透明的例数}{同期同种异体角膜移植总例数} \times 100\%$$

意义：反映供体材料的质量及医疗技术水平。

四、角膜原发疾病控制率

定义：同种异体角膜移植术后，角膜原发疾病基本改善或治愈的例数占同期同种异体角膜移植总例数的比例。

计算公式：

$$角膜原发疾病控制率 = \frac{术后角膜原发疾病基本改善或治愈的例数}{同期同种异体角膜移植总例数} \times 100\%$$

意义：反映同种异体角膜移植术后角膜原发疾病的控制情况。

五、并发症发生率

定义：同种异体角膜移植术后发生并发症（排斥反应、眼部感染、青光眼等）的例数占同期同种异体角膜移植总例数的比例

计算公式：

$$并发症发生率 = \frac{同种异体角膜移植术后发生并发症的例数}{同期同种异体角膜移植总例数} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构同种异体角膜移植技术水平的重要指标之一。

六、术后视力提高率

定义：术后视力提高是指同种异体角膜移植术后，视力提高视力表两行及以上。术

后视力提高率是指术后视力提高的例数占同期同种异体角膜移植总例数的比例。

计算公式：

$$术后视力提高率 = \frac{术后视力提高的例数}{同期同种异体角膜移植总例数} \times 100\%$$

意义：反映同种异体角膜移植术后视力改善情况。

七、诊断符合率

定义：诊断符合是指同种异体角膜移植患者的术后诊断（包括病理诊断）与入院诊断符合。诊断符合率是指诊断符合的例数占同期同种异体角膜移植总例数的比例。

计算公式：

$$诊断符合率 = \frac{诊断符合的例数}{同期同种异体角膜移植总例数} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构同种异体角膜移植患者入院诊断的准确性。

八、患者随访率

定义：同种异体角膜移植术后 1、3 年内完成随访的例次数占同期同种异体角膜移植手术总例次数的比例。

计算公式：

$$患者随访率 = \frac{同种异体角膜移植术后一定时间内完成随访的例次数}{同期同种异体角膜移植手术总例次数} \times 100\%$$

意义：反映同种异体角膜移植患者的远期疗效及管理水平。

九、角膜组织存活率

定义：同种异体角膜移植术后，1、3 年随访（失访者按角膜组织未存活统计）尚存

活的角膜组织数占同期同种异体角膜移植角膜组织总数的比例。

计算公式：

$$角膜组织存活率 = \frac{一定时间内随访尚存活的角膜组织数}{同期同种异体角膜移植角膜组织总数} \times 100\%$$

意义：反映同种异体角膜移植患者的远期疗效。

性别重置技术
临床应用质量控制指标（2022 年版）

一、术中输血率

定义：性别重置技术手术对象术中接受 400ml 及以上输血治疗的手术例数占同期性别重置技术总例数的比例。

计算公式：

$$\text{术中输血率} = \frac{\text{性别重置技术手术对象术中接受 400ml 及以上输血治疗的手术例数}}{\text{同期性别重置技术总例数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构性别重置技术水平的重要指标之一。

二、术后输血率

定义：性别重置技术手术对象术后接受 400ml 及以上输血治疗的例数占同期性别重置技术总例数的比例。

计算公式：

$$\text{术后输血率} = \frac{\text{性别重置技术手术对象术后接受 400ml 及以上输血治疗的例数}}{\text{同期性别重置技术总例数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构性别重置技术水平的重要指标之一。

三、术中自体血输注率

定义：性别重置技术手术对象术中接受 400ml 及以上自体血（包括自体全血及自体血红细胞）输注例数占同期术中接受 400ml 及以上输血治疗的总例数的比例。

计算公式：

$$\text{术中自体血输注率} = \frac{\text{术中接受 400ml 及以上自体血（包括自体全血及自体血红细胞）输注例数}}{\text{同期术中接受 400ml 及以上输血治疗的总例数}} \times 100\%$$

意义：自体血的应用可以显著降低异体输血带来的风险，是反映医疗机构医疗质量的重要结构性指标之一。

四、术后 1 年随访率

定义：性别重置术后 1 年完成随访的例数占同期性别重置手术总例数的比例。

计算公式：

$$\text{术后 1 年随访率} = \frac{\text{性别重置术后 1 年完成随访的例数}}{\text{同期性别重置手术总例数}} \times 100\%$$

意义：反映性别重置技术手术对象的远期疗效及管理水平。

五、术后 2 周内感染率

定义：性别重置术后 2 周内发生感染的例数占同期性别重置手术总例数的比例。

计算公式：

$$\text{术后 2 周内感染率} = \frac{\text{性别重置术后 2 周内发生感染的例数}}{\text{同期性别重置手术总例数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构性别重置技术水平和安全性重要指标之一。

六、尿瘘发生率

定义：性别重置术后尿瘘发生的例数占同期性别重置手术总例数的比例。

计算公式：

$$\text{尿瘘发生率} = \frac{\text{性别重置术后尿瘘发生的例数}}{\text{同期性别重置手术总例数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构性别重置技术水平和安全性重要指标之一。

七、再造尿道狭窄率

定义：性别重置术后半年内发生再造尿道狭窄的例数占同期女变男性别重置手术总例数的比例。

计算公式：

$$\text{再造尿道狭窄率} = \frac{\text{性别重置术后半年内发生再造尿道狭窄的例数}}{\text{同期女变男性别重置手术总例数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构性别重置技术水平和安全性重要指标之一。

八、再造阴道狭窄率

定义：性别重置术后半年内发生再造阴道狭窄的例数占同期男变女性别重置手术总例数的比例。

计算公式：

$$\text{再造阴道狭窄率} = \frac{\text{性别重置术后半年内发生再造阴道狭窄的例数}}{\text{同期男变女性别重置手术总例数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构性别重置技术水平和安全性重要指标之一。

九、直肠阴道瘘发生率

定义：性别重置术后发生直肠阴道瘘的例数占同期性别重置手术总例数的比例。

计算公式：

$$直肠阴道瘘发生率 = \frac{性别重置术后发生直肠阴道瘘发生的例数}{同期性别重置手术总例数} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构性别重置技术水平和安全性重要指标之一。

十、皮瓣坏死发生率

定义：性别重置术后，再造器官应用的皮瓣发生坏死（部分或全部）的例数占同期性别重置手术总例数的比例。

计算公式：

$$皮瓣坏死发生率 = \frac{性别重置术后再造器官应用的皮瓣发生坏死的例数}{同期性别重置手术总例数} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构性别重置技术水平和安全性重要指标之一。

十一、术后 1 周内死亡率

定义：术后 1 周内死亡是指性别重置手术对象术后 1 周内死亡（包括因不可逆疾病而自动出院）。术后 1 周内死亡率是指术后 1 周内手术对象死亡人数占同期性别重置手术对象总数的比例。

计算公式：

$$术后\ 1\ 周内死亡率 = \frac{术后\ 1\ 周内手术对象死亡人数}{同期性别重置手术对象总数} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构性别重置技术水平和安全性重要指标之一。

质子和重离子加速器
放射治疗技术临床应用质量控制指标
（2022 年版）

一、病理诊断率

定义：接受质子或重离子放射治疗前有明确病理诊断的患者数占同期质子或重离子放射治疗患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{病理诊断率} = \frac{\text{接受质子或重离子放射治疗前有明确病理诊断的患者数}}{\text{同期质子或重离子放射治疗患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构质子或重离子放射治疗的规范性。

二、临床 TNM 分期比例

定义：根据 AJCC/UICC 临床 TNM 分期标准，对于接受质子或重离子放射治疗的患者进行分期。临床 TNM 分期比例是指对实施质子或重离子放射治疗的患者进行各临床 TNM 分期的患者数占同期质子或重离子放射治疗患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{临床 TNM 分期比例} = \frac{\text{进行各临床 TNM 分期的患者数}}{\text{同期质子或重离子放射治疗患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构质子或重离子放射治疗的规范性。

三、MDT 执行率

定义：MDT 执行率是指实施质子或重离子放射治疗的患者，治疗前执行 MDT 的患者数占同期质子或重离子放射治疗患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{MDT 执行率} = \frac{\text{治疗前执行 MDT 的数患者}}{\text{同期质子或重离子放射治疗患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构质子或重离子放射治疗的规范性。

四、治疗方案完成率

定义：实施质子或重离子放射治疗的患者，完成既定治疗方案的患者数占同期质子或重离子放射治疗患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{治疗方案完成率} = \frac{\text{完成既定治疗方案的患者数}}{\text{同期质子或重离子放射治疗患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构质子或重离子放射治疗的规范性。

五、不良反应发生率

定义：不良反应是指按照放射治疗协作组（Radiation Therapy Oncology Group，RTOG）≥ 3 级的副反应。不良反应发生率是指实施质子或重离子放射治疗的患者，发生不良反应的

患者数占同期质子或重离子放射治疗患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{不良反应发生率} = \frac{\text{发生不良反应的患者数}}{\text{同期质子或重离子放射治疗患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构质子或重离子放射治疗的安全性。

六、6 个月内死亡率

定义：6 个月内死亡是指患者从第一次接受质子或重离子放射治疗起，6 个月之内死亡。6 个月内死亡率是指实施质子或重离子放射治疗的患者，6 个月内死亡的患者数占同期质子或重离子放射治疗患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{6 个月内死亡率} = \frac{\text{6 个月内死亡的患者数}}{\text{同期质子或重离子放射治疗患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构质子或重离子放射治疗的安全性和患者适应证选择的合理性。

七、患者随访率

定义：质子或重离子放射治疗后一定时间（1、2、5 年）内完成随访的例次数占同期质子或重离子放射治疗总例次数的比例。

计算公式：

$$\text{患者随访率} = \frac{\text{质子或重离子放射治疗后一定时间内完成随访的例次数}}{\text{同期质子或重离子放射治疗总例次数}} \times 100\%$$

意义：反映质子或重离子放射治疗患者的远期疗效及医疗机构的管理水平。

放射性粒子植入治疗技术
临床应用质量控制指标
（2022 年版）

一、植入指征正确率

定义：放射性粒子植入治疗技术应用适应证选择正确的例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。（见注 1）

计算公式：

$$植入指征正确率 = \frac{放射性粒子植入治疗技术应用适应证选择正确的例数}{同期放射性粒子植入治疗总例数} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构开展放射性粒子植入治疗技术时严格掌握适应证的程度，是反映医疗机构放射性粒子植入治疗技术医疗质量的重要过程性指标之一。

二、术前制订治疗计划率

定义：术前制订治疗计划，是指放射性粒子植入治疗前，根据患者影像学表现和病理学类型，使用放射性粒子植入治疗计划系统完成植入治疗计划（包括靶区设计、处方剂量、粒子活度等）的制订工作。术前制订治疗计划率，是指放射性粒子植入治疗前，

完成植入治疗计划制订的患者例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。

计算公式：

$$\text{术前制订治疗计划率} = \frac{\text{术前完成植入治疗计划（TPS）制订的患者例数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}} \times 100\%$$

意义：体现术前对患者病情整体评估，并根据患者病情确定适宜治疗方案的情况，是反映医疗机构放射性粒子植入治疗技术医疗质量的重要过程性指标之一。

三、术后放射剂量验证率

定义：术后放射剂量验证，是指放射性粒子植入术后进行影像学检查，并通过放射性粒子植入治疗计划系统完成放射剂量验证。术后放射剂量验证率，是指放射性粒子植入治疗后，完成术后放射剂量验证的患者例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。

计算公式：

$$\text{术后放射剂量验证率} = \frac{\text{完成术后放射剂量验证的患者例数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}} \times 100\%$$

意义：体现术后对患者病情整体评估情况，是反映医疗机构放射性粒子植入治疗技术医疗质量的重要过程性指标之一。

四、术中及术后 30 天内主要并发症发生率

定义：放射性粒子植入术中及术后 30 天内发生主要并发症的例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。（见注 2）

计算公式：

（一）穿刺相关主要并发症发生率。

$$\text{穿刺相关主要并发症总发生率} = \frac{\text{发生穿刺操作相关主要并发症的例数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}} \times 100\%$$

$$\text{感染发生率} = \frac{\text{发生穿刺相关感染患者例数}}{\text{同期放射性粒子植入治疗总例数}} \times 100\%$$

$$出血发生率=\frac{发生穿刺相关出血患者例数}{同期肺部实体肿瘤放射性粒子植入例数}\times 100\%$$

$$气胸发生率=\frac{发生穿刺相关气胸并发症患者例数}{同期肺部实体肿瘤放射性粒子植入例数}\times 100\%$$

$$神经损伤发生率=\frac{发生穿刺相关神经损伤并发症患者例数}{同期放射性粒子植入治疗总例数}\times 100\%$$

（二）放射性损伤相关主要并发症发生率。

$$放射性损伤相关主要并发症总发生率=\frac{发生放射性损伤相关主要并发症的例数}{同期放射性粒子植入治疗总例数}\times 100\%$$

$$皮肤溃疡发生率=\frac{发生放射相关皮肤溃疡并发症患者例数}{同期浅表肿瘤放射性粒子植入例数}\times 100\%$$

$$放射性肺炎发生率=\frac{发生穿刺相关神经损伤并发症患者例数}{同期肺部实体肿瘤放射性粒子植入例数}\times 100\%$$

$$放射性脊髓炎发生率=\frac{发生放射性脊髓炎并发症患者例数}{同期骨组织或其邻近组织实体肿瘤放射性粒子植入例数}\times 100\%$$

$$放射性膀胱炎发生率=\frac{发生放射性膀胱炎并发症患者例数}{同期盆腔实体肿瘤放射性粒子植入例数}\times 100\%$$

$$放射性肠炎发生率=\frac{发生放射性肠炎并发症患者例数}{同期腹腔脏器肿瘤放射性粒子植入例数}\times 100\%$$

$$放射性脑坏死发生率=\frac{发生放射相关脑坏死并发症患者例数}{同期颅内肿瘤放射性粒子植入例数}\times 100\%$$

意义：体现放射性粒子植入治疗技术安全性，是反映医疗机构放射性粒子植入治疗技术医疗质量的重要结果指标。

五、放射性粒子植入治疗有效率

定义：放射性粒子植入治疗有效是指对放射性粒子植入术后进行疗效评价，按照实体瘤疗效评价新标准（Response Evaluation Criteria in Solid Tumors，RECIST）达到完全缓解、部分缓解、肿瘤稳定状态。放射性粒子植入治疗有效率，是指放射性粒子植入治疗有效的患者例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。（见注 3）

计算公式：

$$放射性粒子植入治疗有效率 = \frac{放射性粒子植入治疗有效的患者例数}{同期放射性粒子植入治疗总例数} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构开展放射性粒子植入治疗技术的效果，是反映医疗机构放射性粒子植入治疗技术医疗质量的重要结果指标之一。

六、术后 30 天内全因死亡率

定义：放射性粒子植入术后 30 天内死亡患者（不论何种原因）例数占同期放射性粒子植入治疗总例数的比例。

计算公式：

$$术后\ 30\ 天内全因死亡率 = \frac{放射性粒子植入术后\ 30\ 天内全因死亡患者例数}{同期放射性粒子植入治疗总例数} \times 100\%$$

意义：体现放射性粒子植入治疗技术的安全性，是反映医疗机构放射性粒子植入治疗技术医疗质量的重要结果指标之一。

七、患者随访率

定义：放射性粒子植入治疗后各随访时间点（见注 4）完成随访的例次数占同期放射性粒子植入治疗总例次数的比例。

计算方法：

$$患者随访率 = \frac{放射性粒子植入治疗后一定时间内完成随访的例次数}{同期放射性粒子植入治疗总例次数} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构对放射性粒子植入治疗出院患者的长期管理水平。

八、患者术后生存率

定义：放射性粒子植入治疗后某一时间（2 个月、6 个月、1 年）随访（失访者按未

存活患者统计）尚存活的患者数占同期放射性粒子植入治疗患者总数的比例。

计算方法：

$$患者术后生存率=\frac{放射性粒子植入治疗后某一时间随访尚存活的患者数}{同期放射性粒子植入治疗患者总数}\times 100\%$$

意义：反映医疗机构开展放射性粒子植入治疗的长期治疗效果。

注：

1. 应用放射性粒子植入治疗技术应当符合肿瘤临床分期的诊断指标，包括：

（1）局部晚期肿瘤已失去手术机会（前列腺癌除外）。

（2）肿瘤最大径≤7cm。

（3）手术后、放疗后肿瘤复发或转移，肿瘤转移灶数目≤5个，单个转移灶直径≤5cm。

（4）患者一般身体状况卡氏评分70分以上。

（5）拟经皮穿刺者有进针路径。

（6）肿瘤空腔脏器（食道、胆道、门静脉等）出现恶性梗阻。

（7）无严重穿刺禁忌证。

（8）患者预计生存期≥3个月。

（9）患者拒绝其他治疗。

1-3项指标中至少符合2项，且4-9项指标中至少符合3项即为适应证选择正确。

2. 主要并发症包括穿刺相关和放射性损伤相关并发症。

（1）穿刺相关主要并发症包括与穿刺相关的感染、出血、气胸、神经损伤。气胸发生率仅用于肺部实体肿瘤放射性粒子植入病例。神经损伤发生率仅用于坐骨神经等周围神经干区域肿瘤放射性粒子植入病例。

（2）放射性粒子植入治疗可能造成粒子植入区域及周围小范围组织放射性损伤，主要包括皮肤溃疡、放射性肺炎、放射性脊髓炎、放射性膀胱炎、放射性肠炎、脑坏死、食道穿孔。皮肤溃疡发生率仅用于浅表肿瘤放射性粒子植入病例。放射性肺炎发生率仅用于肺部实体肿瘤放射性粒子植入病例。放射性脊髓炎发生率仅用于骨组织或其邻近组织实体肿瘤放射性粒子植入病例。放射性膀胱炎发生率仅用于盆腔实体肿瘤放射性粒子植入病例。放射性肠炎发生率仅用于腹腔脏器肿瘤放射性粒子植入病例。放射性脑坏死发生率仅用于颅内肿瘤放射性粒子植入病例。食道穿孔发生率仅用于食

管粒子支架植入病例。

3. 实体瘤疗效评价新标准主要包括以下几项：

（1）完全缓解：所有靶病灶消失，无新病灶出现，且肿瘤标志物正常，至少维持 4 周。

（2）部分缓解：靶病灶最大径之和减少≥ 30%，至少维持 4 周。

（3）肿瘤稳定：靶病灶最大径之和缩小未达到部分缓解，或增大未达到肿瘤进展。

（4）肿瘤进展：靶病灶最大径之和至少增加 20%，或者出现新病灶。

4. 放射性粒子植入治疗随访的国际标准：治疗后半年内每 2 个月 1 次，治疗后半年至 2 年内每 3 个月 1 次，治疗后 2 年到 5 年每半年 1 次，5 年后每年 1 次。

肿瘤消融治疗技术临床应用质量控制指标（2022 年版）

一、肿瘤消融治疗指征正确率

定义：实施肿瘤消融治疗的患者，符合治疗指征的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比例（见注 1）。

计算公式：

$$\text{肿瘤消融治疗指征正确率} = \frac{\text{符合治疗指征的例次数}}{\text{同期肿瘤消融治疗总例次数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构肿瘤消融治疗技术的规范性。

二、肿瘤消融治疗完成率

定义：按照肿瘤消融计划，实际完成消融治疗的病灶总数占同期计划完成消融治疗的病灶总数的比例。

计算公式：

$$\text{肿瘤消融治疗完成率} = \frac{\text{实际完成消融治疗的病灶总数}}{\text{同期计划完成消融治疗的病灶总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构肿瘤消融治疗技术水平。

三、肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制率

定义：肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比例（见注 2）。

计算公式：

$$\text{肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制率} = \frac{\text{肿瘤消融治疗后局部病灶有效控制的例次数}}{\text{同期肿瘤消融治疗总例次数}} \times 100\%$$

意义：反映肿瘤消融治疗后局部病灶的控制情况。

四、肿瘤消融治疗后 30 天内严重并发症发生率

定义：肿瘤消融治疗后 30 天内严重并发症发生率是指肿瘤消融治疗后 30 天内严重并发症发生的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比例（见注 3）。

计算公式：

$$\text{大量出血发生率} = \frac{\text{肿瘤消融治疗大量出血发生的例次数}}{\text{同期肿瘤消融治疗总例次数}} \times 100\%$$

$$\text{严重气胸发生率} = \frac{\text{肿瘤消融治疗严重气胸发生的例次数}}{\text{同期肿瘤消融治疗总例次数}} \times 100\%$$

$$\text{邻近重要脏器损伤发生率} = \frac{\text{肿瘤消融治疗临近重要脏器损伤发生的例次数}}{\text{同期肿瘤消融治疗总例次数}} \times 100\%$$

$$\text{严重感染发生率} = \frac{\text{肿瘤消融治疗严重感染发生的例次数}}{\text{同期肿瘤消融治疗总例次数}} \times 100\%$$

意义：反映肿瘤消融治疗的安全性。

五、肿瘤消融治疗后 30 天内死亡率

定义：肿瘤消融治疗后 30 天内死亡（包括因不可逆疾病而自动出院的患者）患者数

占同期肿瘤消融治疗患者总数的比例。患者死亡原因包括患者本身病情严重、手术、麻醉以及其它任何因素。

计算公式：

$$\text{肿瘤消融治疗后30天内死亡率} = \frac{\text{肿瘤消融治疗后30天内死亡患者数}}{\text{同期肿瘤消融治疗患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映肿瘤消融治疗的安全性。

六、患者随访率

定义：肿瘤消融治疗后一定时间（6个月、1年、2年、3年、5年）内完成随访的例次数占同期肿瘤消融治疗总例次数的比例。

计算公式：

$$\text{患者随访率} = \frac{\text{肿瘤消融治疗后一定时间内完成随访的例次数}}{\text{同期肿瘤消融治疗总例次数}} \times 100\%$$

意义：反映肿瘤消融治疗患者的远期疗效及管理水平。

七、平均住院日

定义：实施肿瘤消融治疗的患者出院时占用总床日数与同期肿瘤消融治疗患者出院人数之比。

计算公式：

$$\text{平均住院日} = \frac{\text{实施肿瘤消融治疗的患者出院时占用总床日数}}{\text{同期肿瘤消融治疗患者出院人数}}$$

意义：反映肿瘤消融治疗技术水平，是分析成本效益的重要指标之一。

八、甲状腺肿瘤消融治疗

定义：甲状腺肿瘤消融治疗患者，术前应行病理活组织检查明确诊断。

（一）甲状腺良性肿瘤消融治疗例次占甲状腺良、恶性肿瘤消融治疗总例次的百分比。

$$\text{甲状腺良性肿瘤消融治疗占比} = \frac{\text{甲状腺良性肿瘤消融治疗的例次数}}{\text{同期甲状腺良、恶性肿瘤消融治疗总例次数}} \times 100\%$$

（二）小于 2cm 甲状腺良性肿瘤消融治疗占甲状腺良性肿瘤消融治疗的百分比。

$$\text{小于 2cm 甲状腺良性肿瘤消融治疗占比} = \frac{\text{小于 2cm 甲状腺良性肿瘤消融治疗的例次数}}{\text{同期甲状腺良性肿瘤消融治疗总例次数}} \times 100\%$$

意义：反应甲状腺肿瘤消融治疗的临床规范化应用状况。

注：

1. 肿瘤消融治疗指征：

（1）凝血酶原活动度（PTA）＞ 50%。

（2）无器官功能障碍（按相应器官功能进行评价），如肝功能 Child A、B 级。

（3）体能状态评分（ECOG 方法）分级 ≤2 级。

（4）麻醉评估：病情分级 ≤ Ⅲ级（美国麻醉医师协会病情分级标准）。

满足上述四项并符合相应肿瘤消融治疗适应证，为肿瘤消融治疗指征选择正确。

2. 肿瘤局部病灶有效控制是指肿瘤消融治疗后 1 个月内，增强影像学检查证实肿瘤完全消融。

3. 肿瘤消融治疗发生的严重并发症**定义：**包括导致患者护理级别提升或住院时间延长、需要进一步住院治疗或者临床处理、致残或者死亡等。

心室辅助技术
临床应用质量控制指标（2022 年版）

一、心室辅助技术应用适应证选择正确率

定义：心室辅助技术应用适应证选择正确的例数占同期心室辅助装置应用总例数的比例。（见注 1）

计算公式：

$$\text{心室辅助技术应用适应证选择正确} = \frac{\text{心室辅助技术应用适应证选择正确的例数}}{\text{同期心室辅助装置应用总例数}} \times 100\%$$

意义：体现医疗机构开展心室辅助技术时严格掌握适应证的程度，是反映医疗机构心室辅助技术医疗质量的重要过程性指标之一。

二、心室辅助装置有效撤除率

定义：心室辅助装置有效撤除，是指心脏功能衰竭 D 期应用心室辅助装置的患者，经积极治疗后心功能改善而撤除心室辅助装置。心室辅助装置有效撤除率，是指有效撤除心室辅助装置例次数占同期心室辅助装置应用总例次数的比例。

计算公式：

$$\text{心室辅助装置有效撤除率} = \frac{\text{有效撤除心室辅助装置例次数}}{\text{同期心室辅助装置应用总例次数}} \times 100\%$$

意义：体现应用心室辅助装置的治疗效果，是反映医疗机构心室辅助技术医疗质量的重要过程性指标之一。

三、术后 30 天死亡率

定义：心室辅助装置植（介）入术后 30 天内死亡患者数（不论何种原因）占同期心室辅助装置植（介）入患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{术后 30 天死亡率} = \frac{\text{心室辅助装置植（介）入术后 30 天内全因死亡患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}} \times 100\%$$

意义：体现应用心室辅助装置的治疗效果，是反映医疗机构心室辅助技术医疗质量的重要结果指标之一。

四、心室辅助桥接到心脏移植率

定义：心室辅助桥接到心脏移植，是指患者心脏功能衰竭 D 期应用心室辅助装置持续治疗期间，桥接到心脏移植手术治疗。心室辅助桥接到心脏移植率，是指心室辅助桥接到心脏移植例数占同期心室辅助装置应用总例数的比例。

计算公式：

$$\text{心室辅助桥接到心脏移植率} = \frac{\text{心室辅助桥接到心脏移植例数}}{\text{同期心室辅助装置应用总例数}} \times 100\%$$

意义：反映心室辅助装置应用后转归的重要过程指标。

五、术中及术后 30 天内主要并发症发生率

定义：心室辅助装置植（介）入术中及术后 30 天内，发生主要并发症的患者数占同期心室辅助装置植（介）入患者总数的比例（见注 2）。

计算公式：

$$\text{菌血症和败血症发生率} = \frac{\text{发生菌血症和败血症感染患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{纵隔感染发生率} = \frac{\text{发生纵隔感染患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{驱动线缆感染发生率} = \frac{\text{发生驱动线缆感染患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{内脏出血发生率} = \frac{\text{发生内脏出血患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{非计划性手术发生率} = \frac{\text{发生非计划性手术患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{溶血发生率} = \frac{\text{发生血栓栓塞并发症患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{血栓栓塞发生率} = \frac{\text{发生血栓栓塞并发症患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{右心功能衰竭发生率} = \frac{\text{发生右心功能衰竭患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{神经系统并发症发生率} = \frac{\text{发生神经系统并发症患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}} \times 100\%$$

$$\text{肾功能衰竭发生率} = \frac{\text{发生肾功能衰竭患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}} \times 100\%$$

意义：体现应用心室辅助装置的治疗安全性，是反映医疗机构心室辅助技术医疗质量的重要结果指标。

六、术后随访率

定义：心室辅助装置植（介）入后，1、3、5 年内完成随访的例次数占同期心室辅助装置植（介）入总例次数的比例。

计算方法：

$$\text{术后随访率} = \frac{\text{心室辅助装置植（介）入后一定时间内完成随访的例次数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入总例次数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构对心室辅助技术治疗出院患者的长期管理水平。

七、患者术后生存率

定义：心室辅助装置植（介）入后，1、3、5 年内随访（失访者按未存活患者统计）尚存活的患者数占同期心室辅助装置植（介）入患者总数的比例。

计算方法：

$$\text{患者术后生存率} = \frac{\text{心室辅助装置植（介）入后一定时间内随访尚存活的患者数}}{\text{同期心室辅助装置植（介）入患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构开展心室辅助技术的长期治疗效果。

注：

1. 心室辅助技术应用适应证为心脏功能衰竭 D 期（难治性终末期心衰），应当符合下列 12 项标准中任意 5 项。

（1）心排指数＜ 2.0L/m^2。

（2）最大氧耗量＜ 14ml/kg · min。

（3）6 分钟步行试验＜ 150m。

（4）NT-proBNP ＞ 5000pg/ml。

（5）经心衰预后模型评估预计生存期小于 1 年。

（6）经 6 个月正规抗心衰药物治疗无效。

（7）肺毛细血管楔压＞ 18mmHg。

（8）大剂量（>15ug/kg · min) 或者两种以上静脉心血管活性药物下循环功能难以维持。

（9）混合静脉血氧饱和度＜ 65%。

（10）需要依靠 IABP 或者 ECMO 等临时心室辅助下维持循环。

（11）近 6 个月内因心脏衰竭急性发作住院超过 2 次。

（12）其他治疗手段无法延续生命，或是生活质量存在严重障碍的患者，通过参加治疗能提高生活质量，能够进行长期居家治疗。

2. 主要并发症包括菌血症和败血症感染、纵隔感染、驱动线缆感染、内脏出血、非计划性手术、溶血、血栓栓塞、右心功能衰竭、神经系统并发症、肾功能衰竭、机械故障。

人工智能辅助治疗技术
临床应用质量控制指标（2022 年版）

一、平均术前准备时间

定义：从开始麻醉至手术医师开始实施人工智能辅助治疗技术的平均时间（以分钟为单位）。

计算公式：

$$\text{平均术前准备时间} = \frac{\text{人工智能辅助治疗技术术前准备时间总和}}{\text{同期人工智能辅助治疗技术患者总数}}$$

意义：反映人工智能辅助治疗技术术前准备的熟练程度。

二、平均手术时间

定义：同一术种从手术医师开始实施人工智能辅助治疗技术到手术完成的平均时间（以分钟为单位）。

计算公式：

$$\text{平均手术时间} = \frac{\text{同一术种人工智能辅助治疗技术手术时间总和}}{\text{同一术种同期人工智能辅助治疗技术患者总数}}$$

意义：反映手术操作者人工智能辅助治疗技术熟练程度。

三、重大并发症发生率

定义：同一术种实施人工智能辅助治疗技术的患者，术中、术后（住院期间内）发生重大并发症（包括需有创处理的术后出血、重要脏器损伤及功能不全、重症感染、吻合口瘘、麻醉意外等）的例数占同期人工智能辅助治疗技术总例数的比例。

计算公式：

$$\text{重大并发症发生率} = \frac{\text{同一术种术中、术后发生重大并发症的例数}}{\text{同一术种同期人工智能辅助治疗技术总例数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构人工智能辅助治疗技术水平及安全性。

四、手术中转率

定义：同一术种实施人工智能辅助治疗技术的患者，术中因各种原因转为其它手术方式的例数占同期人工智能辅助治疗技术总例数的比例。

计算公式：

$$\text{手术中转率} = \frac{\text{同一术种术中因各种原因转为其它手术方式的例数}}{\text{同一术种同期人工智能辅助治疗技术总例数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构人工智能辅助治疗技术水平及规范性。

五、术中设备不良事件发生率

定义：实施人工智能辅助治疗技术的患者，术中发生设备不良事件（是指实施人工智能辅助治疗技术过程中，机器人手术系统发生影响手术操作的事件，包括设备故障、手术器械意外损坏等）的例数占同期人工智能辅助治疗技术总例数的比例。

计算公式：

$$\text{术中设备不良事件发生率} = \frac{\text{术中发生设备不良事件的例数}}{\text{同期人工智能辅助治疗技术总例数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构人工智能辅助治疗技术手术系统设备管理和维护能力，以及患者安全保障能力。

六、术中及术后死亡率

定义：术中及术后死亡是指实施人工智能辅助治疗技术的患者，术中及术后（住院期间内）死亡，包括因不可逆疾病而自动出院的患者。术中及术后死亡率是指同一术种术中及术后患者死亡人数占同期实施人工智能辅助治疗技术患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{术中及术后死亡率} = \frac{\text{同一术种术中及术后患者死亡人数}}{\text{同一术种同期实施人工智能辅助治疗技术患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构人工智能辅助治疗技术水平的重要结果指标之一。

七、各专业月手术量及人工智能辅助治疗技术比例

定义：各专业月手术量是指各专业（普通外科、泌尿外科、胸外科、心脏大血管外科、妇科、骨科、神经外科等）每个月开展人工智能辅助治疗技术的例数。人工智能辅助治疗技术比例是指同一类型疾病，实施人工智能辅助治疗技术的例次数占同期该类疾病手术治疗总例次数的比例。

计算公式：

$$\text{人工智能辅助治疗技术比例} = \frac{\text{实施人工智能辅助治疗技术的例次数}}{\text{同期该类疾病手术治疗总例次数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构相关专业在选择人工智能辅助治疗技术的适宜性和科学性。

八、平均住院日

定义：同一病种实施人工智能辅助治疗技术的患者总床日数与同期实施人工智能辅

助治疗技术的患者出院人数之比。

计算公式：

$$\text{平均住院日} = \frac{\text{实施人工智能辅助治疗技术的患者总床日数}}{\text{同期实施人工智能辅助治疗技术的患者出院人数}} \times 100\%$$

意义：体现人工智能辅助治疗技术的效率，是反映医疗机构人工智能辅助治疗技术医疗质量的重要结果指标之一。

体外膜肺氧合（ECMO）技术临床应用质量控制指标（2022 年版）

一、ECMO 有效撤除率

定义：ECMO 有效撤除，是指应用 ECMO 的患者，经积极治疗后心 / 肺功能改善或器官移植而撤除 ECMO，撤除 ECMO 后 48 小时患者仍存活。ECMO 有效撤除率，是指有效撤除 ECMO 例次数占同期 ECMO 应用例次数的比例。

计算公式：

$$\text{ECMO 有效撤除率} = \frac{\text{有效撤除 ECMO 例次数}}{\text{同期 ECMO 应用总例次数}} \times 100\%$$

意义：体现应用 ECMO 的治疗效果，是反映医疗机构 ECMO 医疗质量的重要过程性指标之一。

二、30 天全因死亡率

定义：ECMO 应用后 30 天内死亡患者数（不论何种原因）占同期 ECMO 应用患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{30 天全因死亡率} = \frac{\text{ECMO 应用后 30 天内全因死亡患者数}}{\text{同期 ECMO 应用患者总数}} \times 100\%$$

意义：体现应用 ECMO 的治疗效果，是反映医疗机构 ECMO 医疗质量的重要结果指标之一。

三、一年生存率

定义：ECMO 应用后 1 年随访（失访者按未存活患者统计）尚存活的患者数占同期 ECMO 应用患者总数的比例。

计算方法：

$$\text{一年生存率} = \frac{\text{ECMO 应用后 1 年随访尚存活的患者数}}{\text{同期 ECMO 应用患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构开展 ECMO 的长期治疗效果。

四、机械故障指标

计算公式：

$$\text{氧合器故障发生率} = \frac{\text{氧合器故障例次数}}{\text{同期 ECMO 应用氧合器例次数}} \times 100\%$$

$$\text{循环管路进气发生率} = \frac{\text{循环管路进气患者例次数}}{\text{同期 ECMO 应用患者例次数}} \times 100\%$$

$$\text{泵头故障发生率} = \frac{\text{发生泵头故障患者例次数}}{\text{同期 ECMO 应用泵头例次数}} \times 100\%$$

$$\text{停泵故障发生率} = \frac{\text{发生停泵故障患者例次数}}{\text{同期 ECMO 应用患者例次数} \times} \times 100\%$$

$$\text{意外脱管发生率} = \frac{\text{发生管路脱落例次数}}{\text{同期 ECMO 应用管路例次数}} \times 100\%$$

$$\text{置管意外发生率} = \frac{\text{发生置管意外例次数}}{\text{同期 ECMO 应用患者例次数}} \times 100\%$$

意义：体现应用 ECMO 的治疗安全性，是反映医疗机构 ECMO 医疗质量的重要结果指标。

五、术中及术后 30 天内患者主要并发症发生率

定义：ECMO 术中及术后 30 天内，发生主要并发症的患者数占同期 ECMO 应用例次数的比例。

$$出血发生率 = \frac{发生出血并发症例次数}{同期\ ECMO\ 应用例次数} \times 100\%$$

$$溶血发生率 = \frac{发生溶血并发症例次数}{同期\ ECMO\ 应用例次数} \times 100\%$$

$$血栓栓塞发生率 = \frac{发生血栓栓塞并发症例次数}{同期\ ECMO\ 应用例次数} \times 100\%$$

$$下肢缺血坏死发生率 = \frac{发生下肢缺血坏死例次数}{同期\ ECMO\ 应用例次数} \times 100\%$$

$$神经系统并发症发生率 = \frac{发生神经系统并发症例次数}{同期\ ECMO\ 应用例次数} \times 100\%$$

$$血源性感染发生率 = \frac{发生血源性感染例次数}{同期\ ECMO\ 应用例次数} \times 100\%$$

意义：体现 ECMO 应用的治疗安全性，是反映医疗机构 ECMO 医疗质量的重要结果指标。

注：患者纳入标准：

V-A ECMO：①各种原因引起的心源性休克：心指数小于 2.0L/min/m^2 或 / 和 LVEF<30%，收缩压 <90mmHg，肺毛细血管楔压≥ 24mmHg，依赖两者以上大量血管活性药物，静脉血氧饱和度小于 55%，有酸中毒表现；②心跳骤停需 ECPR；③顽固性室性心律失常；④难以脱离体外循环。

V-V ECMO：①严重 ARDS：在最优的机械通气条件下（$FiO_2 \geq 0.8$，潮气量为 6ml/kg 理想体重，PEEP ≥ 5cmH_2O，且无禁忌症），保护性通气和俯卧位通气效果不佳，并符合以下之一，应尽早考虑评估实施 V-V ECMO 支持：（1）PaO_2/FiO_2<50mmHg 超过 3 小时；（2）PaO_2/FiO_2<80mmHg 超过 6 小时；（3）FiO_2=100%，PaO_2/FiO_2<100 mmHg；（4）动脉血 pH<7.25 且 $PaCO_2$>60mmHg 超过 6 小时，且呼吸频率＞ 35 次 / 分；（5）呼吸频率＞

35 次 / 分时，动脉血 pH<7.2 且平台压 >30cmH20 或驱动压 >15cmH_20；②严重气道梗阻性疾病：无创或有创机械通气无效，出现严重呼吸性酸中毒甚至影响血流动力学时，可考虑评估实施 V-V ECMO 或体外二氧化碳清除（$ECCO_2R$）；③特殊呼吸系统疾病围术期（如肺移植、气道肿物等）：如术中呼吸支持方式无法维持通气及氧合，可评估实施 V-V ECMO。

ECPR：实施常规心肺复苏 15 分钟不能恢复自主心律，心跳骤停 1 小时之内者。

包括①血栓；②血浆渗漏；③漏血；④氧合欠佳等需氧合器更换或终止 ECMO。

故障包括①管路静脉端操作；②病人静脉端输液；③插管和管道连接；④气穴现象等导致的循环管道动静脉进气。

包括①泵头破裂；②泵头血栓；③不能正常工作。

包括①断电；②备用电源耗尽；③机器故障。

包括①管道连接处松弛；②非同步搬运挣脱。

置管意外包括①插管方向和位置错误；②插管松脱，拔出；③插管扭折；④血管损伤；影响 ECMO 正常工作。

术中及术后 30 天内患者主要并发症包括出血、溶血、血栓栓塞、下肢缺血坏死、神经系统并发症、血源性感染。

出血包括应用 ECMO 期间的（调整内容）：①致死性出血；②颅内出血；③与 ECMO 抗凝相关的纵隔、消化道、呼吸道、插管局部等部位出血，导致血色素进行性下降（下降幅度＞ 2g/dL/d）、循环不稳定、或需要外科手术干预。

溶血是指应用 ECMO 期间，排除出血、血液稀释等原因导致的血色素下降幅度＞ 2g/dL，且血浆游离血红蛋白＞ 5mg/dL。

血栓栓塞包括应用 ECMO 期间的①脑栓塞或肢体动脉栓塞；②下肢深静脉血栓或肺栓塞；③心腔内血栓形成，有影像学（动、静脉超声或 CT 等）证据支持。

下肢缺血坏死是指应用 ECMO 期间的 ECMO 插管侧下肢发生溃疡、坏疽、甚至截肢。

神经系统并发症是指 ECMO 应用期间新发生的出血性脑卒中及引起功能障碍的缺血性脑卒中，有影像学（头颅 CT 或 MRI 等）证据支持。

血源性感染是指由于 ECMO 治疗应用相关的血源性感染；从以下位置能够获得微生物学阳性标本：①感染位置的皮下细针抽吸；②手术探查；③导管尖端感染发生于 ECMO 置管 48 小时后。

自体器官移植技术临床应用质量控制指标（2022 年版）

一、自体器官移植手术指标

（一）冷缺血时间比例。

定义：冷缺血时间比例为冷缺血时间在 6h（小时）以内、6-12h 和 12h 以上三个时间段中的自体器官移植手术例数分别占同期自体器官移植总例数的比例。

计算公式：

$$\text{冷缺血时间比例} = \frac{\text{冷缺血时间在一定时间内的自体器官移植手术例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构自体器官移植技术水平。

（二）无器官期时间比例。

定义：无器官期时间比例为无器官期时间在 6h 以内、6-12h 和 12h 以上三个时间段中的自体器官移植手术例数分别占同期自体器官移植总例数的比例。

计算公式：

$$\text{无器官期时间比例} = \frac{\text{无器官期时间在一定时间内的自体器官移植手术例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构自体器官移植技术水平。

（三）手术时间比例。

定义：手术时间比例为手术时间在 10h 以内、10-20h 和 20h 以上三个时间段中的自体器官移植手术例数分别占同期自体器官移植术总例数的比例。

计算公式：

$$手术时间比例 = \frac{手术时间在一定时间内的自体器官移植手术例数}{同期自体器官移植术总例数} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构自体器官移植技术水平。

（四）术中大出血发生率。

定义：自体器官移植手术术中出血量在 2000ml 及以上的手术例数占同期自体器官移植术总例数的比例。

计算公式：

$$术中大出血发生率 = \frac{术中出血量在\ 2000ml\ 及以上的手术例数}{同期自体器官移植术总例数} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构自体器官移植技术水平。

（五）术中输血率（红细胞）。

定义：术中输血率指自体器官移植术中输入红细胞例数占同期器官移植术总例数的比例。

计算公式：

$$术中输血率（红细胞）= \frac{术中输入红细胞例数}{同期自体器官移植术总例数} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构自体器官移植技术水平。

（六）平均术中输血量（红细胞）。

定义：平均术中输血量指自体器官移植术中输入红细胞总量与同期自体器官移植术总例数之比。

计算公式：

$$平均术中输血量（红细胞）= \frac{术中输入红细胞总量}{同期自体器官移植术总例数}$$

意义：反映医疗机构自体器官移植技术水平。

二、自体器官移植术成功率

定义：自体器官移植术成功是指通过自体器官移植手术达到预期目标病灶彻底清除，预留器官脉管可靠修复及重建，再植后预留器官血流和功能正常。自体器官移植术成功率是指自体器官移植术成功的例数占同期自体器官移植术总例数的比例。

计算公式：

$$\text{自体器官移植术成功率} = \frac{\text{自体器官移植术成功的例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构自体器官移植技术水平。

三、术后主要严重并发症指标

（一）术后早期器官功能不全发生率。

定义：自体器官移植术后发生早期器官功能不全的手术例数占同期自体器官移植术总例数的比例。

计算公式：

$$\text{术后早期器官功能不全发生率} = \frac{\text{术后发生早期器官功能不全的手术例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构自体器官移植技术水平和安全性。

（二）术后非计划二次手术率。

定义：术后非计划二次手术是指在同一次住院期间，因各种原因导致患者需进行的计划外再次手术。术后非计划二次手术率是指自体器官移植术后发生非计划二次手术的手术例数占同期自体器官移植术总例数的比例。

计算公式：

$$\text{术后非计划二次手术率} = \frac{\text{术后发生非计划二次手术的手术例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构自体器官移植术技术水平和安全性。

（三）术后血管并发症发生率。

定义：自体器官移植术后，1 周、1 个月、3 个月内发生血管并发症的手术例数占同期自体器官移植手术总例数的比例。

计算公式：

$$\text{术后血管并发症发生率} = \frac{\text{发生一定时间内发生血管并发症的手术例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构自体器官移植技术水平和安全性。

说明：血管并发症包括动脉、静脉系统的狭窄、血栓、出血。

（四）Clavien- 级及以上并发症发生率（严重并发症发生率）。

定义：自体器官移植术后发生 Clavien- 级及以上并发症的手术例数占同期自体器官移植术总例数的比例。（见注）

计算公式：

$$\text{Clavien- Ⅲ级及以上并发症发生率} = \frac{\text{术后发生 Clavien-III 级及以上并发症的手术例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$$

（五）术后耐药菌感染发生率。

定义：自体器官移植术后发生耐药菌感染的手术例数占同期自体器官移植术总例数的比例。

计算公式：

$$\text{术后耐药菌感染发生率} = \frac{\text{术后发生耐药菌感染的手术例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构自体器官移植技术水平和安全性。

说明：多重耐药肺炎克雷伯杆菌、大肠杆菌、阴沟肠杆菌、嗜麦芽寡养单胞菌、鲍曼不动杆菌、铜绿假单胞菌感染纳入耐药菌感染统计，其余暂不做统计。

四、患者术后生存指标

（一）术后早期死亡率。

定义：自体器官移植术后 30 天内患者全因（不论何种原因）死亡例数占同期自体器官移植术总例数的比例。

计算公式：

$$\text{术后早期死亡率} = \frac{\text{术后 30 天内患者全因死亡例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构自体器官移植技术水平和安全性。

（二）30 天内非计划再次入院率。

定义：自体器官移植术后 30 天内因手术或原发疾病非计划性再次入院治疗例数占同期自体器官移植术总例数的比例。

计算公式：

$$\text{30 天内非计划再次入院率} = \frac{\text{术后 30 天内因手术或原发疾病非计划性再次入院治疗例数}}{\text{同期自体器官移植术总例数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构自体器官移植术技术水平和安全性。

（三）原发器官疾病术后复发率。

定义：自体器官移植术后，1、3、5 年内原发器官疾病复发患者数占同期自体器官移植患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{原发器官疾病术后复发率} = \frac{\text{术后一定时间内原发器官疾病复发患者数}}{\text{同期自体器官移植患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映自体器官移植术患者的远期疗效。

五、术后全身系统严重并发症发生率

定义：术后全身系统严重并发症是指自体器官移植术患者，术后发生的心脑血管意外（如心肌梗死、缺血性脑卒中、脑出血等）、肺栓塞、呼吸衰竭、肾衰竭、深静脉血栓、肝功能衰竭等并发症。术后全身系统严重并发症发生率是指术后发生全身系统严重并发症的患者数占同期自体器官移植术患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{术后全身系统严重并发症发生率} = \frac{\text{术后发生全身系统严重并发症的患者数}}{\text{同期自体器官移植术患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构自体器官移植技术水平的重要结果指标之一。

六、患者随访率

定义：自体器官移植术后 1、3、5 年内完成随访的例次数占同期自体器官移植术总例次数的比例。

计算公式：

$$\text{患者随访率} = \frac{\text{术后一定时间内完成随访的例次数}}{\text{同期自体器官移植术总例次数}} \times 100\%$$

意义：反映自体器官移植术患者的远期疗效及管理水平。

七、术后长期生存率

定义：自体器官移植术后，1、3、5 年内随访存活的患者数（失访者按未存活患者统计）占同期自体器官移植术患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{术后长期生存率} = \frac{\text{术后一定时间内随访存活的患者数}}{\text{同期自体器官移植术患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构自体器官移植术技术水平、安全性和治疗有效性。

注：

并发症 Clavien 系统分级如下：

I 级术后常见原因导致的不需要特殊药物、手术、内镜及放射干预的临床症状。 允许适当的治疗包括：对症药物（止吐药、解热药、镇痛药、利尿药）、电解质类及物理治疗。 也包括床边打开感染的切口。

Ⅱ级需要除 I 级干预药物以外的药物治疗（包括如胃瘫营养支持治疗，扩容血色素缓慢下降输血治疗等）。

Ⅲ级需要手术、内镜及放射干预。

Ⅲ a 级不需要在基础麻醉下进行的干预措施。

Ⅲ b 级需要在基础麻醉下进行的干预措施。

Ⅳ级威胁生命的并发症，包括中枢神经系统并发症，需要进入 ICU 治疗。

Ⅳ a 级单器官功能障碍（包括透析）。

IVb 级多器官功能障碍。

Ⅴ级患者死亡。

中枢神经系统并发症包括：脑出血、缺血性卒中、蛛网膜下腔出血，但不包括短暂性脑缺血发作（TIA）。

消化内镜诊疗技术
医疗质量控制指标（2022 年版）

一、消化内镜中心医师年均工作量（CDEI-01）

定义：消化内镜中心医师每年平均承担的工作量。

计算公式：

$$\text{消化内镜中心医师年均工作量} = \frac{\text{消化内镜中心年诊疗例次数}}{\text{消化内镜中心医师数}}$$

说明：消化内镜中心医师是指在本机构注册的从事消化内镜诊疗的医师。

意义：反映医疗机构消化内镜中心医师工作负荷。

二、四级消化内镜诊疗技术占比（CDEI-02）

定义：单位时间内，消化内镜中心开展四级消化内镜诊疗技术例次数占同期消化内镜诊疗总例次数的比例。

计算公式：

$$\text{四级消化内镜诊疗技术占比} = \frac{\text{单位时间内消化内镜中心开展四级消化内镜诊疗技术例次数}}{\text{同期消化内镜诊疗总例次数}} \times 100\%$$

说明：四级消化内镜诊疗技术依据《消化内镜诊疗技术临床应用管理规范（2019 年版）》和《儿科消化内镜诊疗技术临床应用管理规范（2019 年版）》中按四级手术管理的儿科消化内镜诊疗技术参考目录中列出的消化内镜诊疗技术统计，与医疗机构对该技术的临床应用管理分级无关。

意义：反映医疗机构消化内镜诊疗质量。

三、三级消化内镜诊疗技术占比（CDEI-03）

定义：单位时间内，消化内镜中心开展三级消化内镜诊疗技术例次数占同期消化内镜诊疗总例次数的比例。

计算公式：

$$\text{三级消化内镜诊疗技术占比} = \frac{\text{单位时间内消化内镜中心开展三级消化内镜诊疗技术例次数}}{\text{同期消化内镜诊疗总例次数}} \times 100\%$$

说明：三级消化内镜诊疗技术依据《消化内镜诊疗技术临床应用管理规范（2019 年版）》和《儿科消化内镜诊疗技术临床应用管理规范（2019 年版）》中按三级手术管理的儿科消化内镜诊疗技术参考目录中列出的消化内镜诊疗技术统计，与医疗机构对该技术的临床应用管理分级无关。

意义：反映医疗机构消化内镜诊疗质量。

四、上消化道内镜检查完整率（CDEI-04）

定义：单位时间内，上消化道内镜检查完整的例次数占同期上消化道内镜检查总例次数的比例。

计算公式：

$$\text{上消化道内镜检查完整率} = \frac{\text{单位时间内上消化道内镜检查完整的例次数}}{\text{同期上消化道内镜检查总例次数}} \times 100\%$$

说明：上消化道内镜检查完整是指对食管上段、中段、下段，贲门、胃底、胃体、胃角、胃窦、幽门，十二指肠球部、降段等部位完整观察并留图。

意义：反映医疗机构上消化道内镜技术临床应用质量。

五、结肠镜检查肠道准备优良率（CDEI-05）

定义：单位时间内，肠道准备优良的结肠镜检查例次数占同期结肠镜检查总例次数的比例。

计算公式：

$$\text{结肠镜检查肠道准备优良率} = \frac{\text{单位时间内肠道准备优良的结肠镜检查例次数}}{\text{同期结肠镜检查总例次数}} \times 100\%$$

说明：肠道准备优良是指根据波士顿量表，每段肠道的评分≥2 分。

意义：反映医疗机构结肠镜技术临床应用质量。

六、结肠镜盲肠插镜成功率（CDEI-06）

定义：单位时间内，结肠镜检查到达盲肠例次数占同期结肠镜检查总例次数的比例。

计算公式：

$$\text{结肠镜盲肠插镜成功率} = \frac{\text{单位时间内结肠镜检查到达盲肠例次数}}{\text{同期结肠镜检查总例次数}} \times 100\%$$

说明：结肠镜盲肠插镜成功是指内镜到达盲肠并留图。 本指标适用于无解剖变异或结直肠外科手术史的受检者。

意义：反映医疗机构结肠镜技术临床应用质量。

七、结肠镜退镜检查时间≥ 6 分钟率（CDEI-07）

定义：单位时间内，结肠镜检查退镜检查时间≥6 分钟的例次数占同期结肠镜检查

总例次数的比例。

计算公式：

$$\text{结肠镜退镜检查时间} \geqslant 6 \text{ 分钟率} = \frac{\text{单位时间内结肠镜检查退镜检查时间} \geqslant 6 \text{ 分钟的例次数}}{\text{同期结肠镜检查总例次数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构结肠镜技术临床应用质量。

八、内镜下逆行胰胆管造影术（ERCP）选择性深插管成功率（CDEI-08）

定义：单位时间内，ERCP 选择性深插管成功的例次数占同期 ERCP 总例次数的比例。

计算公式：

$$\text{ERCP 选择性深插管成功率} = \frac{\text{单位时间内 ERCP 选择性深插管成功的例次数}}{\text{同期 ERCP 总例次数}} \times 100\%$$

说明：ERCP 选择性深插管成功是指 ERCP 术中对目标胆管或胰管选择性深插管成功。本指标适用于胃肠道解剖正常、无十二指肠乳头手术史的患者。

意义：反映医疗机构 ERCP 技术临床应用质量。

九、超声内镜（EUS）检查完整率（CDEI-9）

定义：单位时间内，EUS 检查完整的例次数占同期 EUS 检查总例次数的比例。

计算公式：

$$\text{EUS 检查完整率} = \frac{\text{单位时间内 EUS 检查完整的例次数}}{\text{同期 EUS 检查总例次数}} \times 100\%$$

说明：EUS 检查完整是指对消化道或胆胰相关结构完整观察、留图清晰（消化道 EUS 应完整显示消化道各层次及相关病变的起源、结构；胆胰 EUS 应完整显示胆管、胰管等解剖结构）并详细描述病变大小、病变与血管关系等相关内容。

意义：反映医疗机构超声内镜技术临床应用质量。

十、磁控胶囊胃镜检查完整率（CDEI-10）

定义：单位时间内，磁控胶囊胃镜检查完整例次数占同期磁控胶囊胃镜检查总例次数的比例。

计算公式：

$$磁控胶囊胃镜检查完整率=\frac{单位时间内磁控胶囊胃镜检查完整例次数}{同期磁控胶囊胃镜检查总例次数}\times 100\%$$

说明：磁控胶囊胃镜检查完整是指检查中对贲门、胃底、胃体、胃角、胃窦、幽门各部位完整观察并留图记录。

意义：反映医疗机构磁控胶囊胃镜技术临床应用质量。

十一、消化内镜相关严重并发症发生率（CDEI-11）

定义：单位时间内，发生消化内镜相关严重并发症的诊疗例次数占同期消化内镜诊疗总例次数的比例。

计算公式：

$$消化内镜相关严重并发症发生率=\frac{\begin{array}{c}单位时间内发生消化内镜\\相关严重并发症的诊疗例次数\end{array}}{\begin{array}{c}同期消化内镜诊疗\\总例次数\end{array}}\times 1000‰$$

说明：消化内镜相关严重并发症包括严重出血、术后重症胰腺炎、全身感染、穿孔转外科手术修补、致残、致死或其他需外科手术干预的情况。

1. 严重出血指术后三天内血红蛋白降低 30g/L 以上，或需输血、外科手术 /DSA 止血。

2. 术后重症胰腺炎指消化内镜诊疗导致的伴有局部或全身并发症、或有器官功能衰竭的胰腺炎。

3. 全身感染指具有 2 项（或以上）下述临床表现：1）体温 >38℃或 <36℃；2）心率 >90 次 / 分；3）呼吸频率 >20 次 / 分或 PaCO2<32mmHg；4）外周血白细胞 >12 × 109/L 或

<4 × 109/L 或未成熟细胞 >10%。

意义：反映医疗机构消化内镜技术临床应用质量。

十二、食管癌早期诊断率（CDEI-12）

定义：单位时间内，上消化道内镜检查发现早期食管癌患者数占同期上消化道内镜检查发现食管癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{食管癌早期诊断率} = \frac{\text{单位时间内上消化道内镜检查发现早期食管癌患者数}}{\text{同期上消化道内镜检查发现食管癌患者总数}} \times 100\%$$

说明：本指标中早期食管癌指病灶局限于黏膜层，无论有无区域淋巴结转移。

意义：反映医疗机构上消化道内镜技术临床应用质量。

十三、胃癌早期诊断率（CDEI-13）

定义：单位时间内，上消化道内镜检查发现早期胃癌患者数占同期上消化道内镜检查发现胃癌患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{胃癌早期诊断率} = \frac{\text{单位时间内上消化道内镜检查发现早期胃癌患者数}}{\text{同期上消化道内镜检查发现胃癌患者总数}} \times 100\%$$

说明：本指标中早期胃癌指病灶局限于黏膜层或黏膜下层，无论有无淋巴结转移。

意义：反映医疗机构上消化道内镜技术临床应用质量。

十四、结直肠腺瘤检出率（CDEI-14）

定义：单位时间内，至少检出一枚结直肠腺瘤的结肠镜检查患者数占同期结肠镜检查患者总数的比例。

计算公式：

$$结直肠腺瘤检出率 = \frac{单位时间内至少检出一枚结直肠腺瘤的结肠镜检查患者数}{同期结肠镜检查患者总数} \times 100\%$$

意义：结直肠腺瘤是结直肠癌的高危因素，提高其检出率有助于早期预防结直肠癌。

十五、结直肠癌早期诊断率（CDEI-15）

定义：单位时间内，结肠镜检查发现早期结直肠癌患者数占同期结肠镜检查发现结直肠癌患者总数的比例。

计算公式：

$$结直肠癌早期诊断率 = \frac{单位时间内结肠镜检查发现早期结直肠癌患者数}{同期结肠镜检查发现结直肠癌患者总数} \times 100\%$$

说明：本指标中早期结直肠癌指病灶局限于黏膜层或黏膜下层，无论有无淋巴结转移。

意义：反映医疗机构结肠镜技术临床应用质量。

十六、消化道早癌内镜黏膜下剥离术（ESD）完整切除率（CDEI-16）

定义：单位时间内，消化道早癌 ESD 完整切除的例次数占同期消化道早癌 ESD 总例次数的比例。

计算公式：

$$消化道早癌\ ESD\ 完整切除率 = \frac{单位时间内消化道早癌\ ESD\ 完整切除的例次数}{同期消化道早癌\ ESD\ 总例次数} \times 100\%$$

说明：ESD 完整切除是指 ESD 达到 R0 切除，即整块切除标本术后病理学诊断达到水平切缘和垂直切缘均阴性。高级别上皮内瘤变行 ESD 的患者应当纳入统计。

意义：反映医疗机构 ESD 技术临床应用质量。

十七、ERCP 胆总管结石清除成功率（CDEI-17）

定义：单位时间内，ERCP 胆总管结石清除成功例次数占同期 ERCP 胆总管结石清除总例次数的比例。

计算公式：

$$\text{ERCP 胆总管结石清除成功率} = \frac{\text{单位时间内 ERCP 胆总管结石清除成功例次数}}{\text{同期 ERCP 胆总管结石清除总例次数}} \times 100\%$$

说明：ERCP 胆总管结石清除成功是指单次 ERCP 取石操作致胆总管结石完全取净无残留。未进行取石操作、直接放置支架、碎石后取石等不计入。

意义：反映医疗机构 ERCP 临床应用质量。

十八、超声内镜引导下胰腺细针穿刺术（EUS-FNA）标本病理阳性率（CDEI-18）

定义：单位时间内，EUS-FNA 标本病理阳性的例次数占同期临床诊断为胰腺恶性肿瘤的患者行 EUS-FNA 的总例次数的比例。

计算公式：

$$\text{EUS-FNA 标本病理阳性率} = \frac{\text{单位时间内 EUS-FNA 标本病理阳性的例次数}}{\text{同期临床诊断为胰腺恶性肿瘤的患者行 EUS-FNA 的总例次数}} \times 100\%$$

说明：EUS-FNA 标本病理阳性是指找到异型细胞或癌细胞。

意义：反映医疗机构超声内镜技术临床应用质量。

其　他

人体器官获取组织
质量控制指标

一、器官捐献转化率

定义：在人体器官获取组织（OPO）服务区域内，年度完成器官获取的器官捐献者数量占潜在捐献者总数的比例。

计算公式：

$$\text{器官捐献转化率（\%）} = \frac{\text{年度获取捐献者数量}}{\text{同期潜在捐献者总数}} \times 100\%$$

意义：体现器官捐献和 OPO 器官获取工作能力。

二、平均器官产出率

定义：在 OPO 服务区域内，年度获取并完成移植的器官数量与器官捐献者总数的比例。

计算公式：

$$\text{平均器官产出率} = \frac{\text{年度移植器官数量}}{\text{同期器官捐献者总数}}$$

意义：体现器官捐献和 OPO 器官获取工作能力。

三、器官捐献分类占比

定义：脑死亡来源器官捐献者（DBD）、心脏死亡来源器官捐献者（DCD）、脑心双死亡来源器官捐献者（DBCD）数量分别占同期器官捐献者总数的比例。

计算公式：

$$（DBD/DCD/DBCD）占比（\%）=\frac{年度（DBD/DCD/DBCD）数量}{同期器官捐献者总数}\times 100\%$$

意义：反映获取器官来源占比情况。

四、获取器官利用率

定义：器官获取后用于移植的器官数量占同期获取器官总数的比例。

计算公式：

$$获取器官利用率（\%）=\frac{用于移植的器官数量}{同期获取器官总数}\times 100\%$$

意义：评价 OPO 对器官捐献供者维护、器官质量评估及转化为合适移植器官的能力。

五、器官病理检查率

（一）捐献器官获取前活检率。

定义：捐献器官获取前对捐献器官进行活体组织病理检查的数量占同期获取器官的比例。

计算公式：

$$捐献器官获取前活检率（\%）=\frac{获取前活检器官数量}{同期获取器官总数}\times 100\%$$

意义：反映捐献器官获取前器官质量评估情况。

（二）捐献器官获取后活检率。

定义：捐献器官获取后移植前对捐献器官进行活体组织病理检查的数量占同期获取器官的比例。

计算公式：

$$\text{捐献器官获取前活检率（\%）} = \frac{\text{获取后移植前活检器官数量}}{\text{同期获取器官总数}} \times 100\%$$

意义：反映捐献器官获取后器官质量评估情况。

六、边缘供器官比率

定义：边缘供器官（定义和标准见备注）数量占同期获取器官总数的比例。

计算公式：

$$\text{边缘供器官比率（\%）} = \frac{\text{边缘供器官数量}}{\text{同期获取器官总数}} \times 100\%$$

意义：评估 OPO 产出器官质量。

七、器官保存液病原菌培养阳性率

定义：OPO 获取的器官其保存液中病原菌培养阳性者器官数占器官获取总例数的比例。

计算公式：

$$\text{器官保存液病原菌阳性率（\%）} = \frac{\text{病原菌培养阳性者指数}}{\text{同期获取器官总例数}} \times 100\%$$

意义：反映获取器官的安全性。

八、移植器官原发性无功能发生率（PNF 发生率）

定义：同年度捐献器官移植术后 PNF 并发症发生比例，包括总 PNF 发生率、DBD

来源器官 PNF 发生率、DCD 来源器官 PNF 发生率、DBCD 来源器官 PNF 发生率。

计算公式：

$$\text{总 PNF 发生率（\%）} = \frac{\text{年度 PNF 病例数}}{\text{同期移植病例总数}} \times 100\%$$

$$\text{（DBD/DCD/DBCD）PNF 发生（\%）} = \frac{\text{年度（DBD/DCD/DBCD）PNF 病例数}}{\text{同期（DBD/DCD/DBCD）移植病例总数}} \times 100\%$$

意义：反映 OPO 器官维护、质量评估能力。

九、移植器官术后功能延迟性恢复发生率（DGF 发生率）

定义：同年度捐献器官移植术后 DGF 并发症发生比例，包括总 DGF 发生率、DBD 来源器官 DGF 发生率、DCD 来源器官 DGF 发生率、DBCD 来源器官 DGF 发生率。

计算公式：

$$\text{总 DGF 发生率（\%）} = \frac{\text{年度 DGF 病例数}}{\text{同期移植病例总数}} \times 100\%$$

$$\text{（DBD/DCD/DBCD）DGF 发生（\%）} = \frac{\text{年度（DBD/DCD/DBCD）DGF 病例数}}{\text{同期（DBD/DCD/DBCD）移植病例总数}} \times 100\%$$

意义：反映 OPO 器官维护、质量评估能力。

备注：

边缘供器官定义及标准

边缘供器官是指移植后存在较高原发性移植物无功能或功能低下以及迟发性移植物失活风险的捐献器官。

（一）边缘供肝标准。

具有下列特征之一的属于边缘供肝：

1. 年龄＞ 65 岁的捐献者肝脏；

2. 供肝大泡性脂肪变＞ 30% 或捐献者身体质量指数（BMI）＞ 30kg/m^2；

3. 心脏死亡捐献者肝脏或脑心双死亡捐献者肝脏（功能性热缺血时间＞ 20 分钟），或供肝冷缺血时间＞ 12 小时；

4. 脑死亡供体中在重症监护病房所待时间＞ 7 天，且获取时有多器官功能不全，血清总胆红素、血清转氨酶持续高于正常 3 倍以上；

5. 血流动力学的危险因素，包括：长期的低血压（舒张压＜ 60mmHg，＞ 2 小时），应用多巴胺 10μg/（kg•min），超过 6 小时以维持血压；或需要 2 种缩血管药物维持血压达 6 小时以上；

6. 血钠浓度始终高于 155mmol/L。

此外，ABO 血型不相容供肝、劈裂式供肝以及血清病毒学阳性、不能解释病死原因、患有肝外恶性疾病、活动性的细菌感染、高风险的生活方式等捐献肝脏也被纳入边缘供肝的范畴。

（二）边缘供肾标准。

具有下列特征之一的属于边缘供肾：

1. 年龄＞ 60 岁，或年龄 50 ~ 60 岁且符合以下情况中的 2 项：（1）捐献前血清肌酐（Scr）水平＞ 1.5mg/dL；（2）有高血压病史，死于高血压脑卒中；

2. 年龄≤ 3 岁捐献肾脏，用于成人移植；

3.BMI ＞ 30kg/m^2；

4. 高血压蛋白尿＞ +；

5. 糖尿病肾病 II 期以内；

6. 捐献肾脏热缺血时间 15 ~ 30 分钟、冷缺血时间 24 小时以上。

（三）边缘供心标准。

具有下列特征之一的属于边缘供心：

1. 捐献者年龄大≥ 50 岁；

2. 捐献心脏冷缺血时间＞ 6 小时；

3. 器官捐献者与接受者体重比值＜ 0.8；

4. 器官捐献者与接受者血型相容但不一致；

5. 捐献者存在感染，但已经控制，血培养结果均为阴性，心脏直视检查无感染性心内膜炎；

6. 捐献心脏结构轻度异常，如左室壁轻度肥厚（＜ 14mm）、轻度瓣膜反流、易于矫治的先天性心脏病如卵圆孔未闭、冠脉动脉粥样硬化但无明显狭窄等；

7. 捐献心脏功能异常：经充分调整，左心室射血分数＜ 60%但＞ 40%，存在室壁运动异常等；

8. 其他可能导致移植物衰竭的因素：心肌酶异常升高、捐献者正性肌力药物剂量大、心肺复苏时间长等。

（四）边缘供肺标准。

具有下列特征之一的属于边缘供肺：

1.ABO 血型不同但相容；

2.60 岁＜年龄＜ 70 岁；

3.250mmHg ＜ PaO_2 ＜ 300mmHg（FiO_2 ＝ 1.0，PEEP ＝ 5cmH_2O）；

4. 胸片肺野内有少量到中等量的渗出影；

5. 器官捐献者与接受者匹配度较差但可以根据具体情况进行供肺减容或肺叶移植；

6. 胸部外伤但肺氧合满意；

7. 存在轻微的误吸或者脓毒症经治疗维护后改善；

8. 气道内存在脓性分泌物经治疗维护后改善；

9. 有痰标本细菌培养阳性，但排除泛耐药或者全耐药的细菌；

10. 多次维护评估后不合格的捐献肺脏获取后经离体肺灌注修复后达标；

11. 捐献肺脏冷缺血时间＞ 9 小时，原则上不超过 12 小时。

临床用血
质量控制指标（2019 年版）

一、每千单位用血输血专业技术人员数

定义：输血科（血库）专职专业技术人员数与医疗机构年度每千单位用血数之比。医疗机构年度用血总单位数指医疗机构一年时间使用全血、红细胞成分和血浆的总单位数。

计算公式：

$$每千单位用血输血专业技术人员数 = \frac{输血科（血库）专职专业技术人员数}{医疗机构年度用血总单位数 / 1000}$$

意义：反映临床用血服务能力的指标。评价输血专业技术人员配备是否与医疗机构功能、任务和规模等相适应。

二、《临床输血申请单》合格率

定义：填写规范且符合用血条件的《临床输血申请单》数量占同期输血科（血库）接收的《临床输血申请单》总数的百分比。

计算公式：

$$《临床输血申请单》合格率 = \frac{填写规范负荷用血条件的申请单数}{同期输血科（血库）接受的申请单总数} \times 100\%$$

意义：反映《临床输血申请单》填写及输血前评估的规范程度，体现医疗机构临床用血管理水平。

三、受血者标本血型复查率

定义：是指输血科（血库）对受血者血液标本复查血型的数量占同期接收受血者血液标本总数的百分比。

计算公式：

$$\text{受血者标本血型复查率} = \frac{\text{受血者血液标本复查血型数}}{\text{同期接收的受血者血液标本总数}} \times 100\%$$

意义：是评价输血申请过程中是否规范开展受血者血液标本采集和检测的指标。

四、输血相容性检测项目室内质控率

定义：开展室内质控的输血相容性检测项目数占医疗机构开展的输血相容性检测项目总数的百分比。

计算公式：

$$\text{输血相容性检测项目室内质控率} = \frac{\text{开展室内质控的输血相容性检测项目数}}{\text{医疗机构开展的输血相容性检测项目总数}} \times 100\%$$

意义：反映输血相容性检测项目室内质控的覆盖程度，是体现输血相容性检测日常质量管理的指标。

五、输血相容性检测室间质评项目参加率

定义：参加室间质评的输血相容性检测项目数占所参加的室间质评机构输血相容性检测室间质评项目总数的百分比。

计算公式：

$$\text{输血相容性检测室间质评项目参加率} = \frac{\text{参加室间质评的输血相容性检测项目数}}{\text{所参加的室间质评机构输血相容性检测室间质评项目总数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构开展输血相容性检测和参加输血相容性检测外部质量评价的情况，是体现输血相容性检测能力的重要指标。

六、千输血人次输血不良反应上报例数

定义：单位时间内，每千输血人次中输血不良反应上报例数。

计算公式：

$$\text{千输血人次输血不良反应上报例数} = \frac{\text{输血不良反应上报例数}}{\text{输血人次} / 1000}$$

意义：建立实施输血不良反应上报制度，提高医务人员对输血不良反应的识别和处理能力，通过分析和反馈实现临床用血管理的持续改进。

七、一二级手术台均用血量

定义：单位时间一级和二级手术台均用血量。此处仅统计红细胞成分及全血用量。

计算公式：

$$\text{一二级手术台均用血量} = \frac{\text{一级和二级手术用血总单位数}}{\text{同期一级和二级手术总台数}}$$

意义：反映医疗机构一二级手术患者血液使用情况。

八、三四级手术台均用血量

定义：单位时间三级和四级手术台均用血量。此处仅统计红细胞成分及全血用量。

计算公式：

$$\text{三四级手术台均用血量} = \frac{\text{三级和四级手术用血总单位数}}{\text{同期三级和四级手术总台数}}$$

意义：反映医疗机构三四级手术患者血液使用情况。

九、手术患者自体输血率

定义：单位时间手术患者住院期间自体输血量占手术患者异体输血量和自体输血量之和的百分比。此处仅统计红细胞成分及全血用量。

计算公式：

$$手术患者自体输血率=\frac{手术患者自体输血总单位数}{通气手术患者异体输血单位数+自体输血单位数}\times 100\%$$

意义：反映医疗机构血液保护技术的水平，通过开展自体输血可以有效降低异体血输注的风险。

十、出院患者人均用血量

定义：单位时间出院患者人均用血量。此处仅统计红细胞成分及全血用量。

计算公式：

$$出院患者人均用血量=\frac{出院患者用血总单位数}{同期出院患者人次}$$

意义：反映医疗机构住院患者血液使用情况。

注：

1. 红细胞成分指以全血内红细胞为主要组成的一类成分血（GB 18469-2012《全血及成分血质量要求》）。

2. 200ml 全血为 1 单位；

200ml 全血制备的红细胞成分为 1 单位；

200ml 全血制备的血浆为 1 单位。

术中回收式自体输血以回输血量计算，100 毫升红细胞为 1 单位；

贮存式和稀释式自体输血以 200 毫升全血为 1 单位。

单病种质量
监测信息项（2020 年版）

一、心血管系统疾病 / 手术

（一）急性心肌梗死（ST 段抬高型，首次住院）（STEMI）

主要诊断 ICD-10 编码：I21.0 至 I21.3、I21.9 的出院患者。

1. 质量控制

STEMI-1 到达医院后首剂双联抗血小板药物使用情况★

STEMI-2 左心室射血分数

STEMI-3.1 急诊心电图确诊 STEMI 时间至溶栓药物注射时间（分钟）★

STEMI-3.2 急诊心电图确诊 STEMI 时间至经皮冠状动脉介入治疗（PCI）导丝通过梗死相关动脉时间（分钟）★

STEMI-4 到达医院后 β 受体阻滞剂使用情况★

STEMI-5 住院期间 β 受体阻滞剂、双联抗血小板药物、血管紧张素转化酶抑制剂（ACEI）或血管紧张素受体阻断剂（ARB）、他汀类药物使用情况★

STEMI-6 出院时 β 受体阻滞剂、双联抗血小板药物、ACEI 或 ARB、他汀类药物、醛固酮受体拮抗剂使用情况★

STEMI-7 血脂评价实施情况

STEMI-8 住院期间为患者提供健康教育与出院时提供教育告知五要素情况

STEMI-9 离院方式

STEMI-10 患者对服务的体验与评价

2. 资源消耗

STEMI-21 住院天数

STEMI-22 住院总费用（元）

STEMI-23 其中，药费（元）

STEMI-24 其中，手术治疗费用（元）

STEMI-25 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

（二）心力衰竭（HF）

主要诊断原发病 ICD-10 编码：I05 至 I09、或 I11 至 I13、或 I20 至 I21、或 I40 至 I41、或 I42 至 I43 伴第二诊断为 I50 的出院患者。

1. 质量控制

HF-1 左心室射血分数与 B 型利钠肽检测实施情况★

HF-2 到达医院后利尿剂及钾剂使用情况

HF-3 血管紧张素转化酶抑制剂（ACEI）/ 血管紧张素受体阻断剂（ARB）使用情况★

HF-4 到达医院后 β 受体阻滞剂情况

HF-5 到达医院后醛固酮拮抗剂使用情况

HF-6 住院期间利尿剂 + 钾、ACEI/ARB、β 受体阻滞剂、醛固酮拮抗剂使用情况★

HF-7 出院时利尿剂 + 钾、ACEI/ARB、β 受体阻滞剂、醛固酮拮抗剂使用情况★

HF-8 离院方式

HF-9 住院期间为患者提供健康教育与出院时提供教育告知五要素情况

HF-10 患者对服务的体验与评价

HF-11 心衰的非药物治疗

2. 资源消耗

HF-21 住院天数

HF-22 住院总费用（元）

HF-23 其中，药费（元）

HF-24 其中，手术治疗费用（元）

HF-25 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

（三）冠状动脉旁路移植术（CABG）

主要手术 ICD-9-CM-3 编码：36.1 的手术出院患者。

1. 质量控制

CABG-1 术前评估

CABG-2 手术适应证与急症手术指征

CABG-3 首根血管桥材料选择★

CABG-4 围术期预防性抗菌药物使用情况

CABG-4.1 预防性抗菌药物种类选择★

CABG-4.2 首剂抗菌药物使用起始时间★

CABG-4.3 术中追加抗菌药物情况★

CABG-4.4 预防性抗菌药物停药时间★

CABG-5 术后应用抗血小板药物情况

CABG-6 术后发生活动性出血、血肿，再手术情况★

CABG-7 术后并发症★

CABG-8 出院时阿司匹林、β 受体阻滞剂、他汀类药物使用情况★

CABG-9 住院期间为患者提供术前、术后健康教育与出院时提供教育告知五要素情况

CABG-10 手术切口愈合情况

CABG-11 离院方式

CABG-12 患者对服务的体验与评价

2. 资源消耗

CABG-21 住院天数

CABG-22 住院费用（元）

CABG-23 其中，药费（元）

CABG-24 其中，手术治疗费用（元）

CABG-25 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

CABG-26 其中，血液及血制品费用（元）

（四）房颤（AF）

主要诊断 ICD-10 编码：I48 的出院患者。

1. 质量控制

AF-1 风险评估★

AF-2 抗凝药物使用情况★

AF-3 抗心律失常药物使用情况★

AF-4 ACEI/ARB、β 受体阻断剂、他汀类药物、醛固酮拮抗剂药物使用情况

AF-5 房颤患者接受非药物治疗情况

AF-6 出院时抗凝药物使用情况★

AF-7 住院期间为患者提供健康教育与出院时提供教育告知五要素情况

AF-8 离院方式

AF-9 患者对服务的体验与评价

2. 资源消耗

AF-21 住院天数

AF-22 住院总费用（元）

AF-23 其中，药费（元）

AF-24 其中，手术治疗费用（元）

AF-25 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

（五）主动脉瓣置换术（AVR）（手术治疗）

主要手术 ICD-9-CM-3 编码：35.0、35.2 的手术出院患者。

1. 质量控制

AVR-1 术前评估★

AVR-2 手术适应证★

AVR-3 术中验证主动脉瓣置换术效果的措施★

AVR-4 围术期预防性抗菌药物使用情况

AVR-4.1 预防性抗菌药物种类选择★

AVR-4.2 首剂抗菌药物使用起始时间★

AVR-4.3 术中追加抗菌药物情况★

AVR-4.4 预防性抗菌药物停药时间★

AVR-5 术后活动性出血或血肿再手术情况★

AVR-6 术后并发症★

AVR-7 出院时华法林使用情况★

AVR-8 住院期间为患者提供术前、术后健康教育与出院时提供教育告知五要素情况

AVR-9 手术切口愈合情况

AVR-10 离院方式

AVR-11 患者对服务的体验与评价

2. 资源消耗

AVR-21 住院天数

AVR-22 住院总费用（元）

AVR-23 其中，药费（元）

AVR-24 其中，手术治疗费用（元）

AVR-25 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

（六）二尖瓣置换术（MVR）（手术治疗）

主要手术 ICD-9-CM-3 编码：35.02、35.12、35.23、35.24 的手术出院患者。

1. 质量控制

MVR-1 术前评估★

MVR-2 手术适应证★

MVR-3 术中验证二尖瓣置换术效果的措施★

MVR-4 围术期预防性抗菌药物使用情况

MVR-4.1 预防性抗菌药物种类选择★

MVR-4.2 首剂抗菌药物使用起始时间★

MVR-4.3 术中追加抗菌药物情况★

MVR-4.4 预防性抗菌药物停药时间★

MVR-5 术后活动性出血或血肿再手术情况★

MVR-6 术后并发症★

MVR-7 出院时华法林使用情况★

MVR-8 住院期间为患者提供术前、术后健康教育与出院时提供教育告知五要素情况

MVR-9 手术切口愈合情况

MVR-10 离院方式

MVR-11 患者对服务的体验与评价

2. 资源消耗

MVR-21 住院天数

MVR-22 住院总费用（元）

MVR-23 其中，药费（元）

MVR-24 其中，手术治疗费用（元）

MVR-25 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

（七）房间隔缺损手术（ASD）（手术治疗）

主要手术 ICD-9-CM-3 编码：35.51、35.52、35.61、35.71 的手术出院患者。

1. 质量控制

ASD-1 术前评估★

ASD-2 手术适应证

ASD-3 术中验证房间隔缺损手术效果的措施★

ASD-4 围术期预防性抗菌药物使用情况★

ASD-4.1 预防性抗菌药物种类选择★

ASD-4.2 首剂抗菌药物使用起始时间

ASD-4.3 术中追加抗菌药物情况★

ASD-4.4 预防性抗菌药物停药时间★

ASD-5 术后活动性出血或血肿再手术情况★

ASD-6 术后并发症

ASD-7 住院期间为患者提供术前、术后健康教育与出院时提供教育告知五要素情况

ASD-8 手术切口愈合情况

ASD-9 离院方式

ASD-10 患者对服务的体验与评价

2. 资源消耗

ASD-21 住院天数

ASD-22 住院总费用（元）

ASD-23 其中，药费（元）

ASD-24 其中，手术治疗费用（元）

ASD-25 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

（八）室间隔缺损手术（VSD）（手术治疗）

主要手术 ICD-9-CM-3 编码：35.53、35.55、35.62、35.72 的手术出院患者。

1. 质量控制

VSD-1 术前评估★

VSD-2 手术适应证

VSD-3 术中验证室间隔缺损手术效果的措施★

VSD-4 围术期预防性抗菌药物使用情况

VSD-4.1 预防性抗菌药物种类选择★

VSD-4.2 首剂抗菌药物使用起始时间★

VSD-4.3 术中追加抗菌药物情况★

VSD-4.4 预防性抗菌药物停药时间★

VSD-5 术后活动性出血或血肿再手术情况★

VSD-6 术后并发症★

VSD-7 住院期间为患者提供术前、术后健康教育与出院时提供教育告知五要素情况

VSD-8 手术切口愈合情况

VSD-9 离院方式

VSD-10 患者对服务的体验与评价

2. 资源消耗

VSD-21 住院天数

VSD-22 住院总费用（元）

VSD-23 其中，药费（元）

VSD-24 其中，手术治疗费用（元）

VSD-25 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

二、神经系统疾病 / 手术

（九）脑梗死（首次住院）（STK）

主要诊断 ICD-10 编码：I63.0 至 I63.9 的出院患者。

1. 质量控制

STK-1 患者入院病情评估★

STK-2.1 静脉溶栓指征评估★

STK-2.2 静脉溶栓药物使用情况★

STK-2.3 血管内机械取栓情况

STK-3 房颤患者的抗凝药物使用情况★

STK-4 抗血小板药物使用情况★

STK-5 他汀类药物使用情况

STK-6 吞咽困难评价★

STK-7 预防深静脉血栓的措施★

STK-8a 出院时抗血小板药物使用情况★

STK-8b 出院时他汀类药物使用情况★

STK-8c 出院时有房颤或房扑患者抗凝药物使用情况★

STK-8d 出院时有糖尿病患者降糖药物使用情况★

STK-8e 出院时有高血压患者降压药物使用情况★

STK-9 卒中健康教育和早期康复评价、重点护理评估情况

STK-10 实施血管评价情况

STK-11 住院期间为患者提供健康教育与出院时提供教育告知五要素情况

STK-12 离院方式

STK-13 患者对服务的体验与评价

2. 资源消耗

STK-21 平均住院天数

STK-22 住院总费用（元）

STK-23 其中，药费（元）

STK-24 其中，手术治疗费用（元）

STK-25 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

（十）短暂性脑缺血发作（TIA）

主要诊断 ICD-10 编码：G45.0 至 G45.9 的出院患者。

1. 质量控制

TIA-1 患者入院病情评估★

TIA-2 房颤患者的抗凝药物使用情况

TIA-3 双联抗血小板药物使用情况★

TIA-4 血脂评价实施情况

TIA-5a 出院时抗血小板药物使用情况

TIA-5b 出院时他汀类药物使用情况

TIA-5c 出院时房颤患者抗凝治疗药物使用情况

TIA-5d 出院时有糖尿病患者降糖药物使用情况

TIA-5e 出院时有高血压患者降压药物使用情况

TIA-6 卒中重点护理评估和健康教育

TIA-7 血管评价情况

TIA-8 住院期间为患者提供健康教育与出院时提供教育告知五要素情况

TIA-9 离院方式

TIA-10 患者对服务的体验与评价

2. 资源消耗

TIA-21 住院天数

TIA-22 住院总费用（元）

TIA-23 其中，药费（元）

TIA-24 其中，手术治疗费用（元）

TIA-25 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

（十一）脑出血（ICH）

主要诊断 ICD-10 编码：I61.0 至 I61.9 的出院患者。

1. 质量控制

ICH-1 患者入院病情评估★

ICH-2 血压管理情况

ICH-3 预防深静脉血栓（DVT）实施情况★

ICH-4 进行吞咽困难评价实施情况★

ICH-5 住院期间影像学检测情况

ICH-6 重症脑出血患者接受神经外科评估及干预情况

ICH-7 出院时有高血压患者降压药物使用情况★

ICH-8 病因诊断

ICH-9 住院期间为患者提供健康教育与出院时提供教育告知五要素情况

ICH-10 手术切口愈合情况

ICH-11 离院方式

ICH-12 患者对服务的体验与评价

2. 资源消耗

ICH-21 住院天数

ICH-22 住院总费用（元）

ICH-23 其中，药费（元）

ICH-24 其中，手术治疗费用（元）

ICH-25 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

（十二）脑膜瘤（初发，手术治疗）（MEN）

主要诊断 ICD-10 编码：C70.0、C70.9、D32.0、D32.9、D42.9，伴 ICD-9-CM-3 编码：01.51、01.59 的手术出院患者。

1. 质量控制

MEN-1 基础影像学检查

MEN-2 术前评估

MEN-3 手术适应证

MEN-4 术中神经功能保护措施与肿瘤切除率评估措施

MEN-5 输血量

MEN-6 术后影像学复查情况

MEN-7 围术期预防性抗菌药物使用情况

MEN-7.1 预防性抗菌药物种类选择★

MEN-7.2 首剂抗菌药物使用起始时间★

MEN-7.3 术中追加抗菌药物情况★

MEN-7.4 预防性抗菌药物停药时间★

MEN-8 术后并发症与再次手术情况

MEN-9 病理诊断采用 2016 CNS WHO 肿瘤分类情况★

MEN-10 出院前病情评估

MEN-11 住院期间为患者提供术前、术后健康教育与出院教育告知五项要素情况

MEN-12 手术切口愈合情况

MEN-13 离院方式

MEN-14 患者对服务的体验与评价

2. 资源消耗

MEN-21 住院天数

MEN-22 住院总费用（元）

MEN-23 其中，药费（元）

MEN-24 其中，手术治疗费用（元）

MEN-25 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

（十三）胶质瘤（初发，手术治疗）（GLI）

主要诊断 ICD-10 编码：C71，伴 ICD-9-CM-3 编码：01.52 至 01.59 的手术出院患者。

1. 质量控制

GLI-1 基础影像学检查

GLI-2 术前评估

GLI-3 手术适应证

GLI-4 围术期预防性抗菌药物使用情况

GLI-4.1 预防性抗菌药物种类选择★

GLI-4.2 首剂抗菌药物使用起始时间★

GLI-4.3 术中追加抗菌药物情况★

GLI-4.4 预防性抗菌药物停药时间★

GLI-5 术中神经功能保护措施与肿瘤切除率评估措施

GLI-6 输血量

GLI-7 术后并发症与再手术情况

GLI-8 术后影像学复查情况

GLI-9 病理诊断采用 2016 CNS WHO 肿瘤分类情况★

GLI-10 WHO 病理分级Ⅱ级以上肿瘤进行免疫组化 / 分子病理学检测情况★

GLI-11 出院前完成完整神经功能评估和生活质量评估情况

GLI-12 住院期间为患者提供健康教育与出院告知五要素情况

GLI-13 手术切口愈合情况

GLI-14 离院方式

GLI-15 患者对服务的体验与评价

2. 资源消耗

GLI-21 住院天数

GLI-22 住院总费用（元）

GLI-23 其中，药费（元）

GLI-24 其中，手术治疗费用（元）

GLI-25 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

（十四）垂体腺瘤（初发，手术治疗）（PA）

主要诊断 ICD-10 编码：D35.2、C75.1、D44.3、E22.0、E23.6，伴 ICD-9-CM-3 编码：07.61 至 07.69、07.71、07.72、07.79 和 01.59 的手术出院患者。

1. 质量控制

PA-1 患者入院病情评估

PA-2 术前评估与术前多学科诊疗讨论情况

PA-3 手术适应证

PA-4 术前对可能并发症的评估及安全处置预案

PA-5 围术期预防性抗菌药物使用情况★

PA-5.1 预防性抗菌药物种类选择★

PA-5.2 首剂抗菌药物使用起始时间

PA-5.3 术中追加抗菌药物情况★

PA-5.4 预防性抗菌药物停药时间★

PA-6 手术并发症与再手术情况

PA-7 病理学分析评估情况★

PA-8 输血量

PA-9 术后病情与疗效评估

PA-10 术后辅助治疗情况

PA-11 住院期间为患者提供术前、术后健康教育与出院教育告知五项要素情况

PA-12 离院方式

PA-13 患者对服务的体验与评价

2. 资源消耗

PA-21 住院天数

PA-22 住院总费用（元）

PA-23 其中，药费（元）

PA-24 其中，手术治疗费用（元）

PA-25 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

（十五）急性动脉瘤性蛛网膜下腔出血（初发，手术治疗）（aSAH）

主要诊断 ICD-10 编码：I60.0 至 I60.9，且伴主要手术 ICD-9-CM 编码：01.3，02.2，02.3，38.3，38.4，38.6，39.5 的手术出院患者。

1. 质量控制

aSAH-1 急诊影像学检查情况

aSAH-2 入院 Hunt-Hess 分级情况

aSAH-3 术前检查情况

aSAH-4 实行血管检查（CTA/DSA）情况★

aSAH-5 术前 Hunt-Hess 再分级情况

aSAH-6 手术治疗情况

aSAH-7 术中安全监测措施

aSAH-8 围术期预防性抗菌药物使用情况

aSAH-8.1 预防性抗菌药物种类选择★

aSAH-8.2 首剂抗菌药物使用起始时间★

aSAH-8.3 术中追加抗菌药物情况★

aSAH-8.4 预防性抗菌药物停药时间★

aSAH-9 特殊类型的 aSAH 患者开颅术后抗癫痫药物预防性使用情况

aSAH-10 手术并发症与再手术情况

aSAH-11 输血量

aSAH-12 术前 Hunt-Hess 分级 1-2 级的患者出院前完成 mRs 评分情况

aSAH-13 住院期间为患者提供术前、术后健康教育与出院教育告知五项要素情况

aSAH-14 离院方式

aSAH-15 患者对服务的体验与评价

2. 资源消耗

aSAH-21 住院天数

aSAH-22 住院总费用（元）

aSAH-23 其中，药费（元）

aSAH-24 其中，手术治疗费用（元）

aSAH-25 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

（十六）惊厥性癫痫持续状态（CSE）

主要诊断 ICD-10 编码：G41.0、G41.8、G41.9 的出院患者。

1. 质量控制

CSE-1 急诊救治绿色通道使用情况★

CSE-2 初始治疗方案★

CSE-3 初始方案评价失败后第二阶段静脉治疗方案

CSE-4 难治性癫痫持续状态麻醉药物应用情况

CSE-5 入 ICU 和提供相应生命支持情况

CSE-6 完成病因学检查情况★

CSE-7 住院期间为患者提供治疗前、治疗后健康教育与出院教育告知五项要素情况

CSE-8 离院方式

CSE-9 患者对服务的体验与评价

2. 资源消耗

CSE-21 住院天数

CSE-22 住院总费用（元）

CSE-23 其中，药费（元）

CSE-24 其中，手术治疗费用（元）

CSE-25 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

（十七）帕金森病（PD）

主要诊断 ICD-10 编码：G20.x00 的出院患者。

1. 质量控制

PD-1 诊断标准

PD-2 辅助检查情况

PD-3 评测标准化多巴胺能反应性情况★

PD-4 临床分期★

PD-5 临床症状评估情况★

PD-6 筛查运动并发症、认知功能障碍及体位性低血压情况★

PD-7 对合并运动并发症的患者进行脑深部电刺激手术（DBS）适应证筛查

PD-8 康复评价与实施康复训练情况

PD-9 治疗前、治疗后健康教育与出院教育告知五项要素情况

PD-10 离院方式

PD-11 患者对服务的体验与评价

2. 资源消耗

PD-21 住院天数

PD-22 住院总费用（元）

PD-23 其中，药费（元）

PD-24 其中，手术治疗费用（元）

PD-25 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

三、呼吸系统疾病

（十八）社区获得性肺炎（成人，首次住院）（CAP）

主要诊断 ICD-10 编码：J13 至 J16，J18；年龄≥ 18 岁的出院患者。

1. 质量控制

CAP-1 患者入院病情评估

CAP-2 首次氧合评估情况★

CAP-3 治疗前病原学诊断情况★

CAP-4.1 重症患者起始抗菌药物种类★

CAP-4.2 非重症患者起始抗菌药物种类★

CAP-5 初始治疗评价无效患者病原学重复检查情况

CAP-6 选择使用呼吸支持治疗情况

CAP-7 住院期间为患者提供健康教育与出院时提供教育告知五要素情况

CAP-8 离院方式

CAP-9 患者对服务的体验与评价

CAP-10 抗菌药物使用天数

2. 资源消耗

CAP-21 住院天数

CAP-22 住院总费用（元）

CAP-23 其中，药费（元）

CAP-24 其中，手术治疗费用（元）

CAP-25 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

（十九）社区获得性肺炎（儿童，首次住院）（CAP2）

主要诊断 ICD-10 编码：J13 至 J16，J18；2 岁≤年龄＜ 18 岁的出院患儿。

1. 质量控制

CAP2-1 患者入院病情评估

CAP2-2 首次氧合评估情况★

CAP2-3 重症肺炎（重症 +ICU）住院后首剂抗菌药物治疗前采集标本情况★

CAP2-4 抗菌药物使用情况★

CAP2-5 经验性抗感染治疗选择药物种类★

CAP2-5.1 拟诊细菌性肺炎

CAP2-5.2 拟诊支原体肺炎

CAP2-5.3 拟诊病毒性肺炎

CAP2-6 初始治疗评价无效患儿重复病原学检查与病原针对性治疗情况

CAP2-7 选择使用呼吸支持治疗情况

CAP2-8 住院期间为患儿 / 患儿家长提供健康教育与出院时提供教育告知五要素情况

CAP2-9 离院方式

CAP2-10 患儿家长对服务的体验与评价

CAP2-11 抗菌药物使用天数

2. 资源消耗

CAP2-21 住院天数

CAP2-22 住院总费用（元）

CAP2-23 其中，药费（元）

CAP2-24 其中，手术治疗费用（元）

CAP2-25 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

（二十）慢性阻塞性肺疾病（急性发作，住院）（AECOPD）

主要诊断 ICD-10 编码：J44.0，J44.1 的出院患者。

1. 质量控制

AECOPD-1 患者入院病情评估

AECOPD-2 危重患者收住 ICU 情况

AECOPD-3 氧疗使用情况

AECOPD-4 抗菌药物使用情况★

AECOPD-5a 支气管舒张剂、吸入糖皮质激素使用情况

AECOPD-5b 全身糖皮质激素使用情况★

AECOPD-6 合并症处理情况

AECOPD-7 危重患者使用无创或有创机械通气治疗情况★

AECOPD-8 住院期间为患者提供健康教育与出院时提供教育告知五要素情况

AECOPD-9 离院方式

AECOPD-10 患者对服务的体验与评价

2. 资源消耗

AECOPD-21 住院天数

AECOPD-22 住院总费用（元）

AECOPD-23 其中，药费（元）

AECOPD-24 其中，手术治疗费用（元）

AECOPD-25 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

（二十一）哮喘（成人，急性发作，住院）（CAC）

主要诊断 ICD-10 编码：J45，J46；年龄≥ 18 岁的出院患者。

1. 质量控制

CAC-1 患者入院病情评估★

CAC-2 入住 ICU 情况

CAC-3 氧疗使用情况

CAC-4 雾化吸入治疗使用情况★

CAC-5 全身糖皮质激素治疗使用情况★

CAC-6 控制药物使用情况★

CAC-7 茶碱制剂使用情况

CAC-8 抗菌药物使用情况★

CAC-9 危重症患者使用机械通气情况

CAC-10 并发症 / 合并症处理情况

CAC-11 住院期间为患者提供健康教育与出院时提供教育告知五要素情况

CAC-12 离院方式

CAC-13 患者对服务的体验与评价

2. 资源消耗

CAC-21 住院天数

CAC-22 住院总费用（元）

CAC-23 其中，药费（元）

CAC-24 其中，手术治疗费用（元）

CAC-25 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

（二十二）哮喘（儿童，住院）（CAC2）

主要诊断 ICD-10 编码：J45，J46；2 岁≤年龄＜ 18 岁的出院患儿。

1. 质量控制

CAC2-1 入院标准

CAC2-2 初始治疗情况★

CAC2-3 控制药物使用情况★

CAC2-4 吸入与全身糖皮质激素使用情况★

CAC2-5 出院带药情况

CAC2-6 住院期间为患儿 / 患儿家长提供健康教育与出院时提供教育告知五要素情况

CAC2-7 离院方式

CAC2-8 患儿家长对服务的体验与评价

2. 资源消耗

CAC2-21 住院天数

CAC2-22 住院总费用（元）

CAC2-23 其中，药费（元）

CAC2-24 其中，手术治疗费用（元）

CAC2-25 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

四、运动系统疾病 / 手术

（二十三）髋关节置换术（THR）

主要手术 ICD-9-CM-3 编码：00.7，81.51 至 81.53 的手术出院患者。

1. 质量控制

THR-1 术前评估

THR-2 围术期预防性抗菌药物使用情况

THR-2.1 预防性抗菌药物种类选择★

THR-2.2 首剂抗菌药物使用起始时间★

THR-2.3 术中追加抗菌药物情况★

THR-2.4 预防性抗菌药物停药时间★

THR-3.1 术前进行 Caprini 血栓风险因素评估情况★

THR-3.2 术前与术后实施预防深静脉血栓情况★

THR-4 输血量★

THR-5 术后康复治疗情况

THR-6 手术后并发症与再手术情况★

THR-7 住院期间为患者提供术前、术后健康教育与出院时提供教育告知五要素情况

THR-8 手术切口愈合情况

THR-9 离院方式

THR-10 患者对服务的体验与评价

2. 资源消耗

THR-21 住院天数

THR-22 住院总费用（元）

THR-23 其中，药费（元）

THR-24 其中，手术治疗费用（元）

THR-25 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

（二十四）膝关节置换术（TKR）

主要手术 ICD-9-CM-3 编码：00.80 至 00.83，81.54，81.55 的手术出院患者。

1. 质量控制

TKR-1 术前评估

TKR-2 围术期预防性抗菌药物使用情况

TKR-2.1 预防性抗菌药物种类选择★

TKR-2.2 首剂抗菌药物使用起始时间★

TKR-2.3 术中追加抗菌药物情况★

TKR-2.4 预防性抗菌药物停药时间★

TKR-3a 术前进行 Caprini 血栓风险因素评估情况★

TKR-3b 术前与术后实施预防深静脉血栓情况★

TKR-4 输血量★

TKR-5 手术后康复治疗情况

TKR-7 术后并发症与再手术情况★

TKR-8 住院期间为患者提供术前、术后健康教育与出院时提供教育告知五要素情况

TKR-9 手术切口愈合情况

TKR-10 离院方式

TKR-11 患者对服务的体验与评价

2. 资源消耗

TKR-21 住院天数

TKR-22 住院总费用（元）

TKR-23 其中，药费（元）

TKR-24 其中，手术治疗费用（元）

TKR-25 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

（二十五）发育性髋关节发育不良（手术治疗）（DDH）

主要诊断 ICD-10 编码：Q65.0 至 Q65.6、Q65.8、Q65.9, 伴主要手术 ICD-9-CM-3

编码：79.85、77.25、77.29；1 岁≤年龄≤ 8 岁（旧称先天性髋关节脱位）的手术出院患儿。

1. 质量控制

DDH-1 患者入院病情评估★

DDH-2 Ⅰ期手术治疗情况★

DDH-3 围术期预防性抗菌药物使用情况

DDH-3.1 预防性抗菌药物种类选择★

DDH-3.2 首剂抗菌药物使用起始时间★

DDH-3.3 术中追加抗菌药物情况★

DDH-3.4 预防性抗菌药物停药时间★

DDH-4 术后并发症及残余畸形★

DDH-5 手术切口愈合情况

DDH-6 离院方式

DDH-7 住院期间为患者提供术前、术后健康教育与出院时提供教育告知五要素情况

DDH-8 患者对服务的体验与评价

2. 资源消耗

DDH-21 住院天数

DDH-22 住院总费用（元）

DDH-23 其中，药费（元）

DDH-24 其中，手术治疗费用（元）

DDH-25 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

五、生殖系统疾病 / 手术

（二十六）剖宫产（CS）

主要手术 ICD-9-CM-3 编码：74.0，74.1，74.2，74.4，74.99 的手术出院患者。

1. 质量控制

CS-1 术前评估

CS-2 手术指征★

CS-3 围术期预防性抗菌药物使用情况★

CS-3.1 预防性抗菌药物种类选择★

CS-3.2 首剂抗菌药物使用起始时间

CS-3.3 术中追加抗菌药物情况★

CS-3.4 预防性抗菌药物停药时间★

CS-4 新生儿 Apgar 评分（首次）★

CS-5 输血量

CS-6 术后并发症与再手术情况

CS-7 手术相关新生儿并发症

CS-8 提供母乳喂养教育情况

CS-9 住院期间为产妇提供术前、术后健康教育与出院时提供教育告知五要素情况

CS-10 手术切口愈合情况

CS-11 离院方式

CS-12 患者对服务的体验与评价

2. 资源消耗

CS-21 住院天数

CS-22 住院总费用（元）

CS-23 其中，药费（元）

CS-24 其中，手术治疗用费（元）

CS-25 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

（二十七）异位妊娠（手术治疗）（EP）

主要诊断 ICD-10 编码：O00 开头，且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：66.01，66.02，66.62，66.95，74.30 的手术出院患者。

1. 质量控制

EP-1 患者入院病情评估★

EP-2 药物治疗情况★

EP-3 手术治疗情况★

EP-4 围术期预防性抗菌药物使用情况★

EP-4.1 预防性抗菌药物种类选择★

EP-4.2 首剂抗菌药物使用起始时间

EP-4.3 术中追加抗菌药物情况★

EP-4.4 预防性抗菌药物停药时间★

EP-5 术后并发症与再手术情况

EP-6 输血量★

EP-7 住院期间为患者提供健康教育与出院时提供教育告知五要素情况

EP-8 手术切口愈合情况

EP-9 离院方式

EP-10 患者对服务的体验与评价

2. 资源消耗

EP-21 住院天数

EP-22 住院总费用（元）

EP-23 其中，药费（元）

EP-24 其中，手术治疗费用（元）

EP-25 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

（二十八）子宫肌瘤（手术治疗）（UM）

主要诊断 ICD-10 编码与名称：D25 开头，且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：68.29，68.3 至 68.5，68.9 的手术出院患者。

1. 质量控制

UM-1 患者入院病情评估与术式选择

UM-2 子宫肌瘤手术治疗情况

UM-3 围术期预防性抗菌药物使用情况★

UM-3.1 预防性抗菌药物种类选择★

UM-3.2 首剂抗菌药物使用起始时间

UM-3.3 术中追加抗菌药物情况★

UM-3.4 预防性抗菌药物停药时间★

UM-4 输血量

UM-5 术后并发症与再手术情况

UM-6 住院期间为患者提供术前、术后健康教育与出院时提供教育告知五要素情况

UM-7 手术切口愈合情况

UM-8 离院方式

UM-9 患者对服务的体验与评价

2. 资源消耗

UM-21 住院天数

UM-22 住院总费用（元）

UM-23 其中，药费（元）

UM-24 其中，手术治疗费用（元）

UM-25 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

六、肿瘤（手术治疗）

（二十九）肺癌（手术治疗）（LC）

主要诊断 ICD-10 编码：C34 开头，且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：32.2 至 32.6，32.9 的手术出院患者。

1. 质量控制

LC-1 术前评估和治疗前临床 TNM 分期★

LC-2 治疗前病理组织形态学 / 细胞学诊断★

LC-3 治疗前行胸部 CT 检查情况★

LC-4 早期肺癌患者手术治疗中淋巴结清扫情况

LC-5 围术期预防性抗菌药物使用情况

LC-5.1 预防性抗菌药物种类选择★

LC-5.2 首剂抗菌药物使用起始时间★

LC-5.3 术中追加抗菌药物情况★

LC-5.4 预防性抗菌药物停药时间★

LC-6 术后并发症与再手术情况

LC-7 术后病理 pTNM 分期★

LC-8 术后辅助治疗情况

LC-9 术后放疗情况

LC-10 基因检测与靶向药物使用情况

LC-11 抗肿瘤药物疗效评价

LC-12 抗肿瘤药物不良反应评价

LC-13 住院期间为患者提供术前、术后健康教育与出院时提供教育告知五要素情况

TC-14 手术切口愈合情况

LC-15 离院方式

LC-16 患者对服务的体验与评价

2. 资源消耗

LC-17 住院天数

LC-18 住院总费用（元）

LC-19 其中，药费（元）

LC-20 其中，手术治疗费用（元）

LC-21 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

（三十）甲状腺癌（手术治疗）（TC）

主要诊断 ICD-10 编码：C73 开头，且伴主要手术操作 ICD-9-CM-3 编码：06.2 至 06.5 的手术出院患者。

1. 质量控制

TC-1 术前评估和治疗前临床 TNM 分期

TC-2 手术适应证和手术方案★

TC-3 术后并发症与再手术情况★

TC-4 围术期预防性抗菌药物使用情况

TC-4.1 预防性抗菌药物种类选择★

TC-4.2 首剂抗菌药物使用起始时间★

TC-4.3 术中追加抗菌药物情况★

TC-4.4 预防性抗菌药物停药时间★

TC-5 术后病理诊断和治疗方案★

TC-6 抗肿瘤药物疗效评价

TC-7 抗肿瘤药物不良反应评价

TC-8 输血量

TC-9 住院期间为患者提供术前、术后健康教育与出院时提供教育告知五要素情况

TC-10 手术切口愈合情况

TC-11 离院方式

TC-12 患者对服务的体验与评价

2. 资源消耗

TC-16 住院天数

TC-17 住院总费用（元）

TC-18 其中，药费（元）

TC-19 其中，手术治疗费用（元）

TC-20 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

（三十一）乳腺癌（手术治疗）（BC）

主要诊断 ICD-10 编码：C50 开头，且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：85.2 至 85.4 的手术出院患者。

1. 质量控制

BC-1 前哨淋巴结活检情况★

BC-2 术前评估和治疗前临床 TNM 分期★

BC-3 手术方案★

BC-4 术后病理诊断★

BC-5 围术期预防性抗菌药物使用情况

BC-5.1 预防性抗菌药物种类选择★

BC-5.2 首剂抗菌药物使用起始时间★

BC-5.3 术中追加抗菌药物情况★

BC-5.4 预防性抗菌药物停药时间★

BC-6 术后并发症与再手术情况★

BC-7 术后放疗情况

BC-8 术后辅助化疗情况

BC-9 局部晚期患者术前新辅助化疗情况

BC-10 激素受体阳性患者术后辅助内分泌治疗情况 BC-11 HER-2 阳性乳腺癌术后辅助靶向治疗情况

BC-12 晚期患者系统性治疗情况

BC-13 抗肿瘤药物疗效评价

BC-14 抗肿瘤药物不良反应评价

BC-15 住院期间为患者提供术前、术后健康教育与出院时提供教育告知五要素情况

BC-16 手术切口愈合情况

BC-17 离院方式

BC-18 患者对服务的体验与评价

2. 资源消耗

BC-19 住院天数

BC-20 住院总费用（元）

BC-21 其中，药费（元）

BC-22 其中，手术治疗费用（元）

BC-23 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

（三十二）胃癌（手术治疗）（GC）

主要诊断 ICD-10 编码：C16 开头，且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：43.4 至 43.9 的手术出院患者。

1. 质量控制

GC-1 术前评估和治疗前临床 TNM 分期★

GC-2 非手术治疗前病理学诊断★

GC-3 术中达到安全切缘证实措施★

GC-4 根治性手术清扫淋巴结情况★

GC-5 术后病理学诊断★

GC-6 早期胃癌内镜治疗情况

GC-7 围术期预防性抗菌药物使用情况

GC-7.1 预防性抗菌药物种类选择★

GC-7.2 首剂抗菌药物使用起始时间★

GC-7.3 术中追加抗菌药物情况★

GC-7.4 预防性抗菌药物停药时间★

GC-8 术后并发症与再手术情况★

GC-9 营养支持治疗情况

GC-10 术后精确放疗应用情况

GC-11 术后胃癌放疗技术 / 靶区定义 / 剂量记录

GC-12 初次化疗方案

GC-13 抗肿瘤药物疗效评价

GC-14 抗肿瘤药不良反应评价

GC-15 住院期间为患者提供术前、术后健康教育与出院时提供教育告知五要素情况

GC-16 手术切口愈合情况

GC-17 离院方式

GC-18 患者对服务的体验与评价

2. 资源消耗

GC-21 住院天数

GC-22 住院总费用（元）

GC-23 其中，药费（元）

GC-24 其中，手术治疗费用（元）

GC-25 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

（三十三）宫颈癌（手术治疗）（CC）

主要诊断 ICD-10 编码：C53 开头，且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：67.2 至 67.4，68.4，68.5，68.6，68.7 的手术出院患者。

1. 质量控制

CC-1 术前评估以及 FIGO/TNM 分期

CC-2 手术适应证和手术方案

CC-3 围术期预防性抗菌药物使用情况

CC-3.1 预防性抗菌药物种类选择★

CC-3.2 首剂抗菌药物使用起始时间★

CC-3.3 术中追加抗菌药物情况★

CC-3.4 预防性抗菌药物停药时间★

CC-4 术后综合治疗方案

CC-5 术后并发症及再手术情况

CC-6 输血量

CC-7 住院期间为患者提供术前、术后健康教育与出院时提供教育告知五要素情况

CC-8 手术切口愈合情况

CC-9 患者对服务的体验与评价

2. 资源消耗

CC-21 住院天数

CC-22 住院总费用（元）

CC-23 其中，药费（元）

CC-24 其中，手术治疗费用（元）

CC-25 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

（三十四）结肠癌（手术治疗）（CoC）

主要诊断 ICD-10 编码：C18，D01.0；且伴主要手术操作 ICD-9-CM-3 编码：45.4,45.73 至 45.79,45.8 的手术出院患者。

1. 质量控制

CoC-1 治疗前评估和临床 cTNM 分期 /yTNM 分期★

CoC-2 治疗前肠镜检查和组织形态学 / 细胞学诊断★

CoC-3 结肠癌外科治疗模式选择

3.1 早期结肠癌 cT1N0M0：内窥镜下切除或局部切除★

3.2T2-4，N0-2，M0 结肠癌：相应结肠肠段的切除加区域淋巴结清扫★

CoC-4 术中达到安全切缘证实措施★

CoC-5 围术期预防性抗菌药物使用情况★

CoC-6 术后并发症与再手术情况★

CoC-7 术后病理诊断 , 淋巴结清扫个数及 pTNM 分期 /ypTNM 分期★

CoC-8 胃肠道功能恢复及营养支持治疗情况

CoC-9 术后辅助化疗情况

CoC-10 术后放疗情况

CoC-11 基因检测与靶向药物使用情况

CoC-12 抗肿瘤药物疗效评价

CoC-13 抗肿瘤药物不良反应评价

CoC-14 住院期间为患者提供术前、术后健康教育与出院时提供教育告知五要素情况

CoC-15 手术切口愈合情况

CoC-16 离院方式

CoC-17 患者对服务的体验与评价

12/17 项监测信息项组合均值 %

2. 资源消耗

CoC-21 住院天数

CoC-22 住院总费用（元）

CoC-23 其中，药费（元）

CoC-24 其中，抗菌药费（元）

CoC-25 其中，手术治疗费用（元）

CoC-26 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

七、泌尿系统疾病 / 操作

（三十五）糖尿病肾病（DKD）

主要诊断和其他诊断 ICD-10 编码：E10 至 E14，且伴主要操作 ICD-9-CM-3 编码：55.23 的非产妇出院患者。

1. 质量控制

DKD-1 糖尿病肾病评估及分期★

DKD-2 视网膜病变和血管并发症评估情况

DKD-3 肾脏组织活检病理检查结果★

DKD-4 住院期间血糖、血压、血脂控制情况

DKD-5 住院期间为患者提供健康教育与出院教育告知五项要素情况

DKD-6 离院方式

DKD-7 患者对服务的体验与评价

2. 资源消耗

DKD-21 住院天数

DKD-22 住院总费用（元）

DKD-23 其中，药费（元）

DKD-24 其中，手术治疗费用（元）

DKD-25 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

（三十六）终末期肾病血液透析（ESRD-HD）

主要诊断 ICD-10 编码：N18.0，且伴主要操作 ICD-9-CM-3 编码：38.95，39.27，39.42，39.95 的血液透析患者。

1. 质量控制

ESRD-HD-1 血液透析治疗室消毒合格情况

ESRD-HD-2 透析用水生物污染检验合格情况

ESRD-HD-3 新入透析患者完成检测情况

ESRD-HD-4 维持性血液透析患者定时完成检验情况（每 3 或 6 个月）★

ESRD-HD-5 高血压控制情况

ESRD-HD-6 肾性贫血控制情况

ESRD-HD-7 钙磷代谢管理情况

ESRD-HD-8 血清白蛋白控制情况

ESRD-HD-9 尿素清除指数（Kt/V）和尿素（URR）★

ESRD-HD-10 透析间期体重控制情况

ESRD-HD-11 维持性血液透析期间发生乙型肝炎和丙型肝炎情况

ESRD-HD-12 血管通路管理情况★

ESRD-HD-13 为患者提供血液透析治疗前、后健康教育情况

2. 资源消耗

ESRD-HD-21 退出患者治疗时间

ESRD-HD-22 治疗总费用（元）

ESRD-HD-23 其中，药费（元）

ESRD-HD-24 其中，手术治疗费用（元）

ESRD-HD-25 其中，一次性医用材料费用（元）

（三十七）终末期肾病腹膜透析（ESRD-PD）

主要诊断 ICD-10 编码：N18.0，且伴主要操作 ICD-9-CM-3 编码：54.98 的腹膜透析患者。

1. 质量控制

ESRD-PD-1 腹膜透析治疗室消毒合格情况

ESRD-PD-2 腹膜透析患者定时完成检验情况（每 3 或 6 个月）★

ESRD-PD-3 高血压控制情况

ESRD-PD-4 肾性贫血控制情况

ESRD-PD-5 钙磷代谢管理情况

ESRD-PD-6 血清白蛋白控制情况

ESRD-PD-7 尿素清除指数（Kt/V）和总内生肌酐清除率（Ccr）★

ESRD-PD-8 腹膜炎发生情况

ESRD-PD-9 为患者提供腹膜透析治疗前、后健康教育情况

2. 资源消耗

ESRD-PD-21 退出患者治疗时间

ESRD-PD-22 治疗总费用（元）

ESRD-PD-23 其中，药费（元）

ESRD-PD-24 其中，手术治疗费用（元）

ESRD-PD-25 其中，一次性医用材料费用（元）

八、口腔系统疾病 / 手术

（三十八）舌鳞状细胞癌（手术治疗）（TSCC）

主要诊断 ICD-10 编码：C01，C02，且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：25.1 至 25.4，40.4 的手术出院患者。

1. 质量控制

TSCC-1 术前评估★

TSCC-2 术前 TNM 分期★

TSCC-3 手术方案选择★

TSCC-4 围术期预防性抗菌药物使用情况

4.1 预防性抗菌药物种类选择★

4.2 首剂抗菌药物使用起始时间★

4.3 术中追加抗菌药物情况★

4.4 预防性抗菌药物停药时间★

TSCC-5 术后并发症

TSCC-6 手术切口愈合情况

TSCC-7 手术后康复治疗情况

TSCC-8 住院期间为患者提供术前、术后健康教育与出院时提供教育告知五要素情况

2. 资源消耗

TSCC-21 住院天数

TSCC-22 住院总费用（元）

TSCC-23 其中，药费（元）

TSCC-24 其中，手术治疗费用（元）

TSCC-25 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

（三十九）腮腺肿瘤（手术治疗）（PT）

主要诊断 ICD-10 编码：D11.0，且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：26.2，26.3 伴 04.42 的手术出院患者。

1. 质量控制

PT-1 术前评估★

PT-2 手术方案★

PT-3 围术期预防性抗菌药物使用情况

3.1 预防性抗菌药物种类选择★

3.2 首剂抗菌药物使用起始时间★

3.3 术中追加抗菌药物情况★

3.4 预防性抗菌药物停药时间★

PT-4 术后面神经功能评估情况★

PT-5 术后病理诊断★

PT-6 术后并发症

PT-7 手术切口愈合情况

PT-8 术后康复治疗情况

PT-9 住院期间为患者提供术前、术后健康教育与出院时提供教育告知五要素情况

2. 资源消耗

PT-21 住院天数

PT-22 住院总费用（元）

PT-23 其中，药费（元）

PT-24 其中，手术治疗费用（元）

PT-25 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

（四十）口腔种植术（OIT）

主要手术 ICD-9-CM-3 编码：23.5，23.6 的门诊患者或者 76.09，76.91，76.92，22.79 的手术出院患者。

1. 质量控制

OIT-1 术前评估

OIT-2 影像学检查与诊断情况★

OIT-3 手术适应证★

3.1 简单种植牙适应证

3.2 复杂种植牙适应证

OIT-4 围术期预防性抗菌药物使用情况

4.1 预防性抗菌药物种类选择★

4.2 首剂抗菌药物使用起始时间★

4.3 预防性抗菌药物停药时间★

OIT-5 种植体品质信息及植骨材料等其他高值耗材记入病历情况★

OIT-6 术后并发症

OIT-7 为患者提供种植修复后口腔健康教育情况

OIT-8 手术切口愈合情况

OIT-9 种植成功评价情况（符合 Albrektsson-Zarb 标准）

2. 资源消耗

OIT-21 总费用（元）

OIT-22 其中，药费（元）

OIT-23 其中，手术治疗费用（元）

OIT-24 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

OIT-25 其中，种植体费用（元）

九、眼科系统疾病 / 手术

（四十一）原发性急性闭角型青光眼（手术治疗）（PACG）

主要诊断 ICD-10 编码：H26.2，H40.0，H40.2，H40.9，且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：10.1，10.49，10.6，10.91，10.99，12.11，12.12，12.64，12.66，12.67，12.71 至 12.73，12.79，12.83，12.85，12.87，12.91，12.92，12.99，13.19，13.3，13.41，13.59，13.70，13.71，13.90，14.73，14.74，14.79 的手术出院患者。

1. 质量控制

PACG-1 术前评估与 ISGEO 分类★

PACG-2 手术适应证★

PACG-3 围术期预防性抗菌药物使用情况

3.1 预防性抗菌药物种类选择★

3.2 首剂抗菌药物使用起始时间★

3.3 术中追加抗菌药物情况★

3.4 预防性抗菌药物停药时间★

PACG-4 术中并发症的处理

PACG-5 术后眼压

PACG-6 术后视功能★

PACG-7 术后并发症

PACG-8 患者的体验与满意程度的评价

2. 资源消耗

PACG-21 住院天数

PACG-22 住院总费用（元）

PACG-23 其中，药费（元）

PACG-24 其中，手术治疗费用（元）

PACG-25 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

（四十二）复杂性视网膜脱离（手术治疗）（RD）

主要诊断 ICD-10 编码：E10.3，E11.3，E14.3，H33.0 至 H33.5，H59.8，且伴主

要手术 ICD-9-CM-3 编码：13.19，13.3，13.41，13.42，13.43，13.59，13.64，13.65，13.69，13.70，13.71，13.73，13.8，13.90，14.29，14.31，14.49，14.51，14.52，14.53，14.54，14.59，14.71，14.72，14.73，14.75，14.9 的手术出院患者。

1. 质量控制

RD-1 术前评估与术前准备情况★

RD-2 视网膜脱离复位巩膜扣带术适应证★

RD-3 围术期预防性抗菌药物使用情况

3.1 预防性抗菌药物种类选择★

3.2 首剂抗菌药物使用起始时间★

3.3 术中追加抗菌药物情况★

3.4 预防性抗菌药物停药时间★

RD-4 术中并发症的处理

RD-5 术后视网膜功能★

RD-6 术后并发症

RD-7 患者的体验与满意程度的评价

2. 资源消耗

RD-11 住院天数

RD-12 住院总费用（元）

RD-13 其中，药费（元）

RD-14 其中，手术治疗费用（元）

RD-15 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

十、其他疾病 / 手术

（四十三）围手术期预防感染（PIP）

主要手术 ICD-9-CM-3 编码如下的手术出院患者：

1. 甲状腺叶切除术：06.2 至 06.5

2. 膝半月软骨切除术：80.6

3. 晶状体相关手术：13.0 至 13.9

4. 腹股沟疝相关手术：17.11 至 17.13，17.21 至 17.24，53.00 至 53.17

5. 乳房组织相关手术：85.2 至 85.4

6. 动脉内膜切除术：38.1

7. 足和踝关节固定术和关节制动术：81.1

8. 其他颅骨切开术：01.24

9. 椎间盘切除术或破坏术：80.50 至 80.59

10. 骨折切开复位 + 内固定术：03.53，21.72，76.72 至 76.79，79.30 至 79.39

11. 关节脱位切开复位内固定术：76.94，79.8

12. 骨内固定不伴骨折复位术及置入装置去除：78.5 至 78.6

13. 卵巢相关手术：65.2 至 65.6

14. 肌腱相关手术：83.11 至 83.14

15. 睾丸相关手术：62.0 至 62.9

16. 阴茎相关手术：64.0 至 64.4

17. 室间隔缺损修补术：35.62

18. 房间隔缺损修补术：35.61

19. 髋关节置换术：00.7，81.51 至 81.53

20. 膝关节置换术：00.80 至 00.83，81.54，81.55

21. 冠状动脉旁路移植术：36.1

22. 剖宫产：74.0，74.1，74.2，74.4，74.99

1. 质量控制

PIP-1 围术期预防性抗菌药物使用情况★

1.1 预防性抗菌药物种类选择★

1.2 首剂抗菌药物使用起始时间

1.3 术中追加抗菌药物情况★

1.4 预防性抗菌药物停药时间★

PIP-2 术后并发症

PIP-3 手术野皮肤准备情况

PIP-4 手术切口愈合情况

PIP-5 离院方式

PIP-6 患者对服务的体验与评价

2. 资源消耗

PIP-21 住院天数

PIP-22 住院费用（元）

PIP-23 其中，药费（元）

PIP-24 其中，手术治疗费用（元）

PIP-25 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

（四十四）围手术期预防深静脉血栓栓塞（DVT）

主要手术 ICD-9-CM-3 编码如下的手术出院患者：

1. 闭合性心脏瓣膜切开术：35.00 至 35.04

2. 心脏瓣膜切开和其他置换术：35.20 至 35.28

3. 脊柱颈融合术：81.04 至 81.08

4. 脊柱再融合术：81.34 至 81.38

5. 胃部分切除术伴胃十二指肠吻合术：43.6

6. 胃部分切除术伴胃空肠吻合术：43.7

7. 其他胃部分切除术：43.8

8. 胃全部切除术：43.9

9. 开放性和其他部分大肠切除术：45.7

10. 腹会阴直肠切除术：48.5

11. 直肠其他切除术：48.6

12. 肝叶切除术：50.3

13. 部分肾切除术：55.4

14. 全部肾切除术：55.5

15. 部分膀胱切除术：57.6

16. 全部膀胱切除术：57.7

17. 卵巢病损或卵巢组织的局部切除术或破坏术：65.2

18. 单侧卵巢切除术：65.3

19. 单侧输卵管 - 卵巢切除术：65.4

20. 双侧卵巢切除术：65.5

21. 双侧输卵管 - 卵巢切除术：65.6

22. 子宫病损或组织的切除术或破坏术：68.2

23. 经腹子宫次全切除术：68.3

24. 经腹子宫全部切除术：68.4

25. 阴道子宫切除术：68.5

26. 经腹根治性子宫切除术：68.6

27. 根治性阴道子宫切除术：68.7

28. 盆腔脏器去除术：68.8

29. 髋关节置换术：00.7，81.51 至 81.53

30. 膝关节置换术：00.80 至 00.83，81.54，81.55

31. 冠状动脉旁路移植术：36.1

1. 质量控制

DVT-1 围术期预防性抗菌药物使用情况

1.1 预防性抗菌药物种类选择★

1.2 首剂抗菌药物使用起始时间★

1.3 术中追加抗菌药物情况★

1.4 预防性抗菌药物停药时间★

DVT-2 预防深静脉栓塞

2.1 术前进行 Caprini 血栓风险因素评估情况★

2.2 预防深静脉栓塞医嘱执行时间★

2.3 预防深静脉栓塞方案★

2.4 在术前、术后、出院时为患者提供预防深静脉栓塞健康教育服务★

DVT-3 术后并发症

DVT-4a 术野皮肤准备情况

DVT-4b 手术切口愈合情况

DVT-5 离院方式

DVT-6 患者对服务的体验与评价

2. 资源消耗

DVT-21 住院天数

DVT-22 住院总费用（元）

DVT-23 其中，药费（元）

DVT-24 其中，手术治疗费用（元）

DVT-25 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

（四十五）住院精神疾病（HBIPS）

主要诊断 ICD-10 编码：F00-F99 的出院患者。

1. 质量控制

HBIPS-1 患者入院病情评估★

HBIPS-2 住院期间严重不良事件

HBIPS-3 住院期间使用约束和隔离措施情况★

HBIPS-4 出院前进行社会功能评估情况★

HBIPS-5 出院时制定持续服务计划情况★

HBIPS-6 出院时抗精神病和抗抑郁药物使用情况★

HBIPS-7 离院方式

2. 资源消耗

HBIPS-21 住院天数

HBIPS-22 住院总费用（元）

HBIPS-23 其中，药费（元）

（四十六）中高危风险患者预防静脉血栓栓塞症（VTE）

需要落实预防静脉血栓措施的重点患者：

1. 入住 ICU 的患者

2. 中高危风险患者：

（1）高龄（≥ 70 岁）

（2）既往 VTE 病史或 VTE 家族史

（3）恶性肿瘤（ICD-10 类目编码：C00-C97）

（4）严重创伤

（5）脓毒症（ICD-10 亚目编码："A40.0、A40.1、A40.2、A40.3、A40.8、A40.9、A41.0、A41.1、A41.2、A41.3、A41.4、A41.5、A41.8、A41.9，R65.2、R65.3、R65.9）

（6）急性生理和慢性健康评分-Ⅱ（APACHE-Ⅱ）＞ 12 分

（7）急诊手术及麻醉复苏室转入

（8）转入 ICU 前住院时间长（>30 天）

（9）制动

（10）机械通气（ICD-9-CM-3 亚目编码：96.7 其他持续侵入性机械性通气 ,93.90、93.91 无创机械性通气）

（11）留置中心静脉导管（ICD-9-CM-3 亚目编码：89.60-89.69）

（12）血液净化治疗（ICD-9-CM-3 亚目编码：“39.95”）

（13）使用肌肉松弛和镇静药物

（14）应用收缩血管药物

（15）输注血小板

（16）血栓预防失败

（17）医师认为需评估的其他中高风险患者

1. 质量控制

VTE-1 患者危险因素与风险评估★

VTE-2 多普勒超声检查情况★

VTE-3 预防静脉血栓措施★

VTE-4 静脉血栓栓塞症抗凝治疗措施

2. 资源消耗

VTE-16 住院天数

VTE-17 住院总费用（元）

VTE-18 其中，药费（元）

（四十七）感染性休克（SEP）早期治疗

主要诊断 / 其他诊断 ICD-10 编码：A02.1，A22.7，A32.7，A40.1 至 A40.9，A41.0 至 A41.9，A42.7，A54.8，B73.7，R65.2，R65.3，R65.9 的出院患者。

1. 质量控制

SEP-1 患者入院病情评估★

SEP-2 患者 3h 完成集束化（bundle）治疗情况★

SEP-3 患者 6h 完成集束化（bundle）治疗情况★

2. 资源消耗

SEP-21 住院天数

SEP-22 住院总费用（元）

SEP-23 其中，药费（元）

（四十八）儿童急性淋巴细胞白血病（初始诱导化疗）（ALL）

主要诊断 ICD-10 编码：C91.0，且伴主要操作 ICD-9-CM-3 编码：99.25 的出院患儿。

1. 质量控制

ALL-1 患者入院病情评估

ALL-2 临床诊断与危险度分层

ALL-3 诱导期化疗方案

ALL-4 早期强化治疗方案

ALL-5 临床治疗反应评估

ALL-6 化疗相关的不良反应

ALL-7 预防性抗菌药物种类选择

ALL-8 输血情况

ALL-9 住院期间为患者提供化疗前、化疗后健康教育与出院时提供教育告知五要素情况

ALL-10 离院方式

ALL-11 患儿家长对服务的体验与评价

2. 资源消耗

ALL-21 住院天数

ALL-22 住院总费用（元）

ALL-23 其中，药费（元）

ALL-24 其中，手术治疗费用（元）

ALL-25 其中，一次性医用材料费用（元）

（四十九）儿童急性早幼粒细胞白血病（初始化疗）（APL）

主要诊断 ICD-10 编码：C92.4，且伴主要操作 ICD-9-CM-3 编码：99.25 的出院患儿。

1. 质量控制

APL-1 患者入院病情评估

APL-2 临床危险度分层

APL-3 诱导期化疗方案

APL-4 缓解后治疗方案

APL-5 临床治疗反应评估

APL-6 化疗相关的不良反应

APL-7 预防性抗菌药物种类选择

APL-8 输血情况 / 造血生长因子应用情况

APL-9 住院期间为患者提供化疗前、后健康教育与出院时提供教育告知五要素情况

APL-10 离院方式

APL-11 患儿家长对服务的体验与评价

2. 资源消耗

APL-21 住院天数

APL-22 住院总费用（元）

APL-23 其中，药费（元）

APL-24 其中，手术治疗费用（元）

APL-25 其中，一次性医用材料费用（元）

（五十）甲状腺结节（手术治疗）（TN）

主要诊断 ICD-10 编码：D34，E04.0，E04.1，E04.2，且伴主要手术 ICD-9-CM-3 编码：06.2 至 06.5 的手术出院患者。

1. 质量控制

TN-1 术前评估

TN-2 手术适应证和手术方案

TN-3 术后并发症

TN-4 预防抗菌药应用情况

TN-5 术后病理诊断

TN-6 输血情况

TN-7 手术切口愈合情况

TN-8 住院期间为患者提供术前、术后健康教育与出院时提供教育告知五要素情况

2. 资源消耗

TN-11 住院天数

TN-12 住院总费用（元）

TN-13 其中，药费（元）

TN-14 其中，手术治疗费用（元）

TN-15 其中，手术用一次性医用材料费用（元）

（五十一）HBV 感染分娩母婴阻断

主要诊断 ICD-10 编码：O98.4，Z22.5 + O80 至 O84+Z37；且伴①阴道分娩操作 ICD-9-CM-3 编码 72.0 至 72.9，73.0，73.1，73.21，73.4 至 73.6,73.9；或伴②剖宫产手术 ICD 9-CM-3 编码：74.0，74.1，74.2，74.4，74.99 的出院患者。

1. 质量控制

HBV-1 HBV 母婴传播风险评估

HBV-2 HBV 感染母亲抗病毒治疗情况

HBV-3 预防母婴传播的干预措施

HBV-4 婴儿联合免疫预防接种情况

HBV-5 母乳喂养情况

HBV-6 住院期间为患者提供分娩前、分娩后健康教育与出院时提供母婴阻断措施告知情况

HBV-7 离院方式

HBV-8 产妇对服务的体验与评价

2. 资源消耗

HBV-21 住院天数

HBV-22 住院总费用（元）

HBV-23 其中，药费（元）

HBV-24 其中，手术治疗费用（元）

HBV-25 其中，一次性医用材料费用（元）

附　录

国卫办医函〔2021〕76号

国家卫生健康委办公厅关于印发2021年国家医疗质量安全改进目标的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委：

为进一步加强医疗质量安全管理，持续提升医疗质量安全管理科学化、精细化水平，构建优质高效的医疗质量管理与控制体系，根据《医疗质量管理办法》，我委制定了《2021年国家医疗质量安全改进目标》（以下简称《目标》）。现印发给你们，并提出以下要求。

一、充分提高认识，强化目标导向，提升医疗质量安全管理水平

目标管理是经过实践检验的现代管理方法，也是各行各业履行管理职能的通用方法。明确的目标能够强化相关人员责任感，调动相关人员积极性，凝聚人心、形成合力，推动工作快速有序发展。《医疗质量管理办法》实施以来，我国医疗质量安全管理组织体系、指标体系、规范体系不断完善，医疗质量安全信息化监测工作机制日益健全，医疗质量安全基线情况逐步清晰，根据医疗质量安全关键领域和薄弱环节制定年度国家医疗质量安全改进目标，并以此为切入点开展医疗质量安全系统改进工作，对引导医疗质量安全管理工作方向、激发医疗机构内生动力、广泛凝聚行业力量、提升医疗质量安全管理科学化和精细化水平具有重要意义。

二、加强组织领导，创新工作机制，推动目标持续改进

各级各类医疗机构要围绕目标逐项建立专门工作小组和技术团队，具体负责相关目标组织实施和持续改进工作。积极创新工作机制和方式方法，注重破除原有管理模式的部门、学科壁垒和工作障碍，提倡多部门、多学科有效协同，按照各目标核心策略制定符合本机构实际的管理组织架构、相关制度、工作机制和实施路径，建立调度和激励约束机制，充分调动相关管理人员和医务人员积极性。各级卫生健康行政部门要将《目标》作为重要抓手融入医疗质量安全管理工作，采取多种形式开展培训、交流和宣贯，引导医疗机构围绕《目标》全面提高医疗质量安全管理意识，完善医疗质量安全管理组织架构和工作体系，做好医疗质量安全持续改进工作。各级各专业质控组织要将《目标》改进工作作为核心工作任务，为目标的实现提供技术支撑。

三、加强工作交流，营造良好氛围，培育质量安全文化

各级各类医疗机构要通过院务公开、文化园地、学术交流等形式对《目标》改进工作和改进成效进行广泛宣传，加强部门、科室间的交流，在院内营造良好的氛围，引导医务人员将医疗质量安全理念和医疗质量安全改进目标融入日常工作。各级卫生健康行政部门和质控组织要发掘先进典型，提炼医疗机构在工作中形成的可推广、可复制的经验和做法，通过组织培训、经验交流等形式进行推广。相关行业组织要利用自身优势，围绕国家医疗质量安全改进目标积极开展研究和交流，为目标的实现提供助力，共同培育全员关注、参与医疗质量安全的行业理念与文化。

附件：1. 2021 年国家医疗质量安全改进目标

2. 2021 年国家医疗质量安全改进目标说明

国家卫生健康委办公厅

2021 年 2 月 9 日

（信息公开形式：主动公开）

附件 1　2021 年国家医疗质量安全改进目标

目标一　提高急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗率

目标二　提高急性脑梗死再灌注治疗率

目标三　提高肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率

目标四　提高住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率

目标五　提高静脉血栓栓塞症规范预防率

目标六　提高病案首页主要诊断编码正确率

目标七　提高医疗质量安全不良事件报告率

目标八　降低住院患者静脉输液使用率

目标九　降低血管内导管相关血流感染发生率

目标十　降低阴道分娩并发症发生率

附件 2　2021 年国家医疗质量安全改进目标说明

目标一　提高急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗率

（一）目标简述

1. 急性心肌梗死是导致我国居民死亡的首要病种，提高急性 ST 段抬高型心肌梗死（STEMI）患者再灌注治疗率对降低急性 STEMI 患者的致残率及死亡率、改善患者生活质量、减轻社会和家庭负担具有重要意义。

2. 急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗，是指对发病 12 小时内的急性 STEMI 患者给予经皮冠状动脉介入治疗 (PCI) 或静脉溶栓治疗，首选 PCI 治疗。

（二）核心策略

1. 医疗机构建立由心内科、急诊科、检验、护理、影像等相关部门组成的急性 STEMI 患者再灌注治疗技术团队，并指定牵头部门。

2. 医疗机构制订符合本机构实际的急性 STEMI 患者急救方案及标准化操作流程，进行院内再灌注治疗规范化培训。保障医务人员随时到位，保障药品、设备、设施处于可用状态。

3. 不具备 PCI 能力的医疗机构，要建立本机构急性 STEMI 患者急救转诊方案及流程，确保可以及早启动转运 PCI、院内溶栓加转运 PCI 的早期再灌注治疗，并完善前期准备。

4. 医疗机构建立急性 STEMI 患者再灌注治疗率的监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度进行本机构数据分析、反馈，建立激励约束机制。

5. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

目标二　提高急性脑梗死再灌注治疗率

（一）目标简述

1. 脑梗死在我国二级以上医院住院患者疾病诊断数量中位居首位，也是导致我国居民死亡的前 3 位病种之一。提高急性脑梗死再灌注治疗率有助于降低急性脑梗死患者的致残率及死亡率，改善患者生活质量，减轻社会和家庭负担。

2. 急性脑梗死再灌注治疗，是指对发病 6 小时内的急性脑梗死患者给予静脉溶栓治疗和（或）血管内治疗。

（二）核心策略

1. 医疗机构建立由急诊科、神经内科、神经外科、影像、检验、护理等相关部门组成的急性脑梗死患者再灌注治疗技术团队，并指定牵头部门。

2. 医疗机构制订符合本机构实际的急性脑梗死患者急救方案及标准化操作流程，进行院内再灌注治疗规范化培训。保障医务人员随时到位，保障药品、设备、设施处于可用状态。

3. 不具备再灌注治疗能力的医疗机构，要建立本机构急性脑梗死患者急救转诊方案及流程，尽可能完成“一小时急救圈”内转诊。

4. 医疗机构建立急性脑梗死患者再灌注治疗率的监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度进行本机构数据分析、反馈，建立激励约束机制。

5. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

目标三　提高肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率

（一）目标简述

1. 恶性肿瘤在我国位于居民死因排序首位。全面科学评估肿瘤患者病情，是肿瘤规范化治疗的基础。提高肿瘤患者治疗前完成临床 TNM 分期评估的比例可以提高肿瘤患者诊疗方案的科学性、合理性，提升肿瘤患者诊疗效果和生存率。

2. 重点关注肺癌、胃癌、肝癌、结直肠癌、乳腺癌 5 个病种。

（二）核心策略

1. 医疗机构成立由医务、病案、肿瘤、影像及其他临床科室组成的专项工作小组，加强本机构肿瘤疾病诊疗规范化管理，定期进行相关工作的培训与再教育。

2. 医疗机构重点加强非肿瘤专业临床科室诊疗肿瘤疾病的管理，对肿瘤患者（特别是初诊患者）采取多学科协作诊疗。

3. 建立本机构肿瘤单病种诊疗的监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度、分科室进行数据分析、反馈，并将目标改进情况纳入绩效管理，建立激励约束机制。

4. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

目标四　提高住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率

（一）目标简述

1. 当前，全球普遍关注抗菌药物临床使用问题。提高抗菌药物治疗前病原学送检率（尤其是限制使用级以上抗菌药物），提升无菌性样本送检比例，可以有效提高抗菌药物使用的科学性和规范性，对遏制细菌耐药、提升治疗效果和保障人民群众健康权益具有重要意义。

2. 病原学检验项目包括：细菌培养、真菌培养；降钙素原检测、白介素 -6 检测、真菌 1-3-β-D 葡聚糖检测（G 试验）等。

（二）核心策略

1. 医疗机构在按照《抗菌药物临床应用管理办法》完善管理组织架构的基础上，成立由医务、药学、临床科室、检验、院感、护理等部门组成的专项工作小组。

2. 医疗机构根据实际情况制订本机构抗菌药物治疗性用药前病原学送检制度与监管程序，并在机构内部定期进行相关工作的培训与再教育。

3. 医疗机构建立治疗性应用抗菌药物前病原学送检情况监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度、分科室进行本机构数据分析、反馈，并将目标改进情况纳入绩效管理，建立激励约束机制。

4. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

目标五　提高静脉血栓栓塞症规范预防率

（一）目标简述

1. 静脉血栓栓塞症 (VTE) 包括深静脉血栓形成 (DVT) 和肺血栓栓塞症 (PTE)，是导致患者非预期死亡的重要原因之一，严重危害患者安全。 提高 VTE 规范预防率，实现 VTE 的早期干预，可以有效降低 VTE 的发生率、致残率及致死率。

2. 采取 VTE 规范预防措施，是指患者住院期间接受 VTE 风险与出血风险评估，并根据评估情况按照有关临床指南规范给予预防措施（包括药物预防、机械预防等）。

（二）核心策略

1. 医疗机构进行院内 VTE 防治体系建设，成立由医务、临床科室、护理等部门组成的 VTE 管理团队，完善 VTE 防治工作制度和机制，开展规范化 VTE 风险评估和出血风险评估。

2. 建立急危重症患者 VTE 处理的应急预案，建立 VTE 相关患者会诊与转诊机制等。

3. 医疗机构内部加强 VTE 相关教育培训工作，建立 VTE 质量监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度、分科室进行数据分析、反馈，并将目标改进情况纳入绩效管理，建立激励约束机制。

4. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

目标六　提高病案首页主要诊断编码正确率

（一）目标简述

1. 提高病案首页主要诊断编码正确率，是提升病案首页质量的重要内容，对正确统计医疗机构及地区疾病谱、支撑 DRGs 分组、评价医疗质量安全水平和技术能力等工作具有非常重要的基础性支撑作用。

2. 病案首页主要诊断填写正确，是指医师和病案管理人员按照规定，准确选择和规范填写住院病案首页中的主要诊断，并按照国家统一发布的疾病分类代码准确进行编码。

（二）核心策略

1. 医疗机构充分发挥病案管理委员会的作用，完善相关管理工作制度与机制，制订与实施本机构病案首页规范化填报技术指南，进一步明确主要诊断选择原则、ICD 编码原则等内容。

2. 医疗机构加强病案首页规范化填报、质量监测等相关培训，提高医务人员准确填写主要诊断和编码的能力。

3. 建立本机构制度化、常态化、多部门协作的监测及评价机制，按季度、分科室进行数据分析、反馈，并将目标改进情况纳入绩效管理，建立激励约束机制。

4. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

目标七　提高医疗质量安全不良事件报告率

（一）目标简述

医疗质量安全不良事件指在医疗机构内被工作人员主动发现的，或患者在接受诊疗服务过程中出现的，除了患者自身疾病自然过程之外的各种因素所致的不安全隐患、状态或造成后果的负性事件。

《国家医疗服务与质量安全报告》显示，我国医疗机构医疗质量安全不良事件发生情况与国际相关数据比较，在识别和报告率上还有一定差距。加强医疗质量安全不良事

件报告工作，提高医疗质量安全不良事件的识别和报告率，对于构建医疗机构医疗质量安全文化和学习平台，提升医疗质量安全水平具有重要意义。

（二）核心策略

1. 医疗机构成立由医务、护理、院感、各临床科室等部门组成的专项工作小组，完善医疗质量安全不良事件管理的相关制度、工作机制，重点明确医疗质量安全不良事件的分级、分类管理。

2. 医疗机构加强培训工作，持续提高医务人员识别与防范医疗质量安全不良事件的意识和能力，引导和鼓励医务人员主动发现和上报医疗质量安全不良事件，构建非惩罚性文化氛围。

3. 建立及完善本机构医疗安全（不良）事件的报告、监测及评价机制，按季度进行本机构数据分析、反馈，建立激励约束机制。

4. 重点提升医疗质量安全隐患问题，或未造成严重不良后果的负性事件识别与报告能力。

5. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

目标八　降低住院患者静脉输液使用率

（一）目标简述

静脉输液是现代药物治疗的重要给药途径，在治疗某些疾病和挽救患者方面具有不可替代的作用。但是，静脉输液治疗的不合理使用，不仅不能改善患者治疗效果，还存在更多安全隐患，增加不必要的医疗成本。连续几年的《国家医疗服务与质量安全报告》显示，我国二级以上医院住院患者静脉输液治疗比例居高不下，需要采取综合措施予以干预，以维护医疗安全和患者权益。

（二）核心策略

1. 医疗机构成立由医务、临床科室、药事、后勤等部门组成的专项工作小组，完善静脉输液治疗管理相关工作制度和机制。

2. 优化药品供应机制，保障常用药物口服、外用等剂型的合理供应。

3. 研究确定并不断完善本机构无需静脉输液治疗的病种清单，持续积累临床管理和实践证据。

4. 强化静脉输液治疗药物不良反应发生的监测和预警机制，关注静脉输液治疗药物使用数量和强度等情况，并向临床及时反馈预警信息。

5. 定期进行相关培训与再教育，促进医务人员科学选择给药方式，建立优化给药途径的激励约束机制。

6. 建立本机构静脉输液治疗的监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度进行本机构数据分析、反馈。

7. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

目标九　降低血管内导管相关血流感染发生率

（一）目标简述

1. 血管内导管相关血流感染是临床常见的医源性感染之一，感染因素涉及医护人员操作、护理、患者管理等诸多方面，为患者预后带来不利影响，造成沉重的经济负担。连续几年的《国家医疗服务与质量安全报告》显示，我国二级以上医院住院患者血管内导管相关血流感染发生率近年来改善幅度不大，需要采取综合措施予以干预，以保障医疗安全和患者权益。

2. 重点改善中心静脉导管（CVC）及经外周静脉置入中心静脉导管（PICC）的相关血流感染问题。

（二）核心策略

1. 医疗机构成立由医务、护理、院感、临床科室等相关部门组成的专项工作小组，并指定牵头部门。

2. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，根据分析结果明确关键原因，制定改进措施并组织实施。

3. 医疗机构定期开展相关培训，确保医护人员熟练掌握相关操作规程，包括但不限

于血管内导管使用指征、无菌操作规范、导管护理规范以及相关质量监管与不良事件报告登记制度等。

4. 医疗机构建立血管内导管相关血流感染的多部门联合监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法和数据内部验证程序，按季度、分科室进行数据分析、反馈，纳入绩效管理，建立激励约束机制。

目标十　降低阴道分娩并发症发生率

（一）目标简述

《国家医疗服务与质量安全报告》显示，产妇阴道分娩并发症发生率近年来不断升高，严重威胁产科患者健康。降低其发生率对提升医疗质量，保障产妇和新生儿安全具有重要意义。

（二）核心策略

1. 医疗机构成立由医务、产科、新生儿科、护理等部门组成的专项工作小组，建立本机构产妇分娩安全管理及并发症预防的管理制度、实施目标与措施。

2. 定期开展与分娩相关的诊疗指南及技术操作规范、产科获得性疾病预防与控制的相关培训与再教育。

3. 指导孕妇做好孕期管理，规范分娩前评估和核查。

4. 建立本机构产妇医疗质量与医院获得性指标的监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度进行本机构数据分析、反馈，建立激励约束机制。

5. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

抄送：有关委直属和联系单位，中国医师协会、中华口腔医学会、中华护理学会，委属（管）医院，各国家级质控中心。

国家卫生健康委办公厅

2021 年 1 月　日印发

校对：高嗣法

国卫办医函〔2022〕58号

国家卫生健康委办公厅关于印发2022年国家医疗质量安全改进目标的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委：

为加强医疗质量安全管理，持续提升医疗质量安全管理科学化、精细化水平，构建优质高效的医疗质量管理与控制体系，2021年我委组织制定了年度国家医疗质量安全改进目标。目标印发后，全行业高度关注，在各级卫生健康行政部门的指导下，各质控组织、医疗机构、行业学协会围绕目标积极制定改进策略、组织开展落实工作，取得明显成效。充分展现了目标引导医疗质量安全管理工作方向，激发行业内生动力，凝聚行业力量，实现医疗质量安全改进的重要作用。

为进一步发挥目标在促进医疗质量安全改进方面的重要作用，我委在2021年工作基础上，结合年度质量安全报告数据反映的医疗质量安全突出问题和薄弱环节，制定了《2022年国家医疗质量安全改进目标》，并指导各国家级质控中心研究制定了本专业2022年质控工作改进目标。现一并印发给你们，请进一步加强医疗质量安全管理，继续指导各质控组织、医疗机构、行业学协会做好组织实施工作，优化改进工作策略，创新工作机制和方式方法，深入推进目标管理，指导医疗机构以目标为切入点开展医疗质量安全系统改进工作。同时，进一步加强宣贯培训，做好数据信息的收集、分析和反馈，不断

提升医疗质量安全管理水平。

附件：1.2022年国家医疗质量安全改进目标

2.2022年各专业质控工作改进目标

国家卫生健康委办公厅

2022年3月1日

附件 1　2022 年国家医疗质量安全改进目标

目标一　提高急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗率

目标二　提高急性脑梗死再灌注治疗率

目标三　提高肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率

目标四　提高住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率

目标五　提高静脉血栓栓塞症规范预防率

目标六　提高感染性休克集束化治疗完成率

目标七　提高医疗质量安全不良事件报告率

目标八　降低非计划重返手术室再手术率

目标九　降低住院患者静脉输液使用率

目标十　降低阴道分娩并发症发生率

目标一　提高急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗率（NIT-2022- Ⅰ）

（一）目标简述

急性心肌梗死是导致我国居民死亡的首要病种，提高急性 ST 段抬高型心肌梗死（STEMI）患者再灌注治疗率对降低急性 STEMI 患者的致残率及死亡率、改善患者生活质量、减轻社会和家庭负担具有重要意义。急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗，是指对发病 12 小时内的急性 STEMI 患者给予经皮冠状动脉介入治疗 (PCI) 或静脉溶栓治疗，首选 PCI 治疗。

（二）核心策略

1. 医疗机构建立由心内科、急诊科、检验、护理、影像等相关部门组成的急性 STEMI 患者再灌注治疗技术团队，并指定牵头部门。

2. 医疗机构制订符合本机构实际的急性 STEMI 患者急救方案及标准化操作流程，进行院内再灌注治疗规范化培训。保障医务人员随时到位，保障药品、设备、设施处于可用状态。

3. 不具备 PCI 能力的医疗机构，要建立本机构急性 STEMI 患者急救转诊方案及流程，确保可以及早启动转运 PCI、院内溶栓加转运 PCI 的早期再灌注治疗，并完善前期准备。

4. 医疗机构建立急性 STEMI 患者再灌注治疗率的监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度进行本机构数据分析、反馈，建立激励约束机制。

5. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

目标二　提高急性脑梗死再灌注治疗率（NIT-2022- Ⅱ）

（一）目标简述

脑梗死在我国二级以上医院住院患者疾病诊断数量中位居首位，也是导致我国居民

死亡的前 3 位病种之一。提高急性脑梗死再灌注治疗率有助于降低急性脑梗死患者的致残率及死亡率，改善患者生活质量，减轻社会和家庭负担。急性脑梗死再灌注治疗，是指对发病 6 小时内的急性脑梗死患者给予静脉溶栓治疗和（或）血管内治疗。

（二）核心策略

1. 医疗机构建立由急诊科、神经内科、神经外科、影像、检验、护理等相关部门组成的急性脑梗死患者再灌注治疗技术团队，并指定牵头部门。

2. 医疗机构制订符合本机构实际的急性脑梗死患者急救方案及标准化操作流程，进行院内再灌注治疗规范化培训。保障医务人员随时到位，保障药品、设备、设施处于可用状态。

3. 不具备再灌注治疗能力的医疗机构，要建立本机构急性脑梗死患者急救转诊方案及流程，尽可能完成“一小时急救圈”内转诊。

4. 医疗机构建立急性脑梗死患者再灌注治疗率的监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度进行本机构数据分析、反馈，建立激励约束机制。

5. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

目标三　提高肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率（NIT-2022-Ⅲ）

（一）目标简述

恶性肿瘤在我国位于居民死因排序首位。全面科学评估肿瘤患者病情，是肿瘤规范化治疗的基础。提高肿瘤患者治疗前完成临床 TNM 分期评估的比例可以提高肿瘤患者诊疗方案的科学性、合理性，提升肿瘤患者诊疗效果和生存率。

（二）核心策略

1. 医疗机构成立由医务、病案、肿瘤、影像及其他临床科室组成的专项工作小组，加强本机构肿瘤疾病诊疗规范化管理，定期进行相关工作的培训与再教育。

2. 医疗机构重点加强非肿瘤专业临床科室诊疗肿瘤疾病的管理，对肿瘤患者（特别是初诊患者）采取多学科协作诊疗。

3. 建立本机构肿瘤单病种诊疗的监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法

与数据内部验证程序，按季度、分科室进行数据分析、反馈，并将目标改进情况纳入绩效管理，建立激励约束机制。

4. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

目标四　提高住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率（NIT-2022-Ⅳ）

（一）目标简述

当前，全球普遍关注抗菌药物临床使用问题。提高抗菌药物治疗前病原学送检率（尤其是限制使用级以上抗菌药物），提高无菌性样本送检比例，可以有效提高抗菌药物使用的科学性和规范性，对遏制细菌耐药、提升治疗效果和保障人民群众健康权益具有重要意义。病原学检验项目包括：细菌培养、真菌培养；降钙素原检测、白介素 -6 检测、真菌 1-3-β-D 葡聚糖检测（G 试验）等。

（二）核心策略

1. 医疗机构在按照《抗菌药物临床应用管理办法》完善管理组织架构的基础上，成立由医务、药学、临床科室、检验、院感、护理等部门组成的专项工作小组。

2. 医疗机构根据实际情况制订本机构抗菌药物治疗性用药前病原学送检制度与监管程序，并在机构内部定期进行相关工作的培训与再教育。

3. 医疗机构建立治疗性应用抗菌药物前病原学送检情况监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度、分科室进行本机构数据分析、反馈，并将目标改进情况纳入绩效管理，建立激励约束机制。

4. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

目标五　提高静脉血栓栓塞症规范预防率（NIT-2022-Ⅴ）

（一）目标简述

静脉血栓栓塞症 (VTE) 包括深静脉血栓形成 (DVT) 和肺血栓栓塞症 (PTE)，是导

致患者非预期死亡的重要原因之一，严重危害患者安全。提高 VTE 规范预防率，实现 VTE 的早期干预，可以有效降低 VTE 的发生率、致残率及致死率。采取 VTE 规范预防措施，是指患者住院期间接受 VTE 风险与出血风险评估，并根据评估情况按照有关临床指南规范给予预防措施，包括药物预防、机械预防等。

（二）核心策略

1. 医疗机构进行院内 VTE 防治体系建设，成立由医务、临床科室、护理等部门组成的 VTE 管理团队，完善 VTE 防治工作制度和机制，开展规范化 VTE 风险评估和出血风险评估。

2. 建立急危重症患者 VTE 处理的应急预案，建立 VTE 相关的患者会诊与转诊机制等。

3. 医疗机构内部加强 VTE 相关教育培训工作，建立 VTE 质量监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度、分科室进行数据分析、反馈，并将目标改进情况纳入绩效管理，建立激励约束机制。

4. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

目标六　提高感染性休克集束化治疗完成率（NIT-2022-Ⅵ）

（一）目标简述

感染性休克具有发病率高、病死率高、治疗费用高等特点，是导致住院患者（特别是重症患者）死亡的重要原因。提高感染性休克临床治疗水平是当前全球重大的健康挑战之一，尽快实施规范的集束化治疗是改善感染性休克患者预后的重要措施。《国家医疗服务与质量安全报告》显示，我国感染性休克患者的集束化治疗仍有较大改进空间，提高感染性休克患者 1 小时和 3 小时集束化治疗完成率对保障患者生命安全具有重要意义。

（二）核心策略

1. 医疗机构成立由重症、急诊、感染性疾病、检验、医务等相关部门组成的专项工作小组，并指定牵头部门。

2. 医疗机构定期开展相关培训，确保医护人员熟练掌握相关诊疗规范，能够及时识别相关患者并给予规范治疗。

3. 医疗机构建立感染性休克集束化治疗的多部门联合监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法和数据内部验证程序，按季度、分科室进行数据分析、反馈，纳入绩效管理，建立激励约束机制。

4. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，根据分析结果明确关键原因，制定改进措施并组织实施。

目标七　提高医疗质量安全不良事件报告率（NIT-2022-Ⅶ）

（一）目标简述

医疗质量安全不良事件指在医院内被工作人员主动发现的，或患者在接受诊疗服务过程中出现的，除了患者自身疾病自然过程之外的各种因素所致的不安全隐患、状态或造成后果的负性事件。目前，我国医疗机构医疗质量安全不良事件发生情况与国际相关数据比较，在识别和报告率上还有一定差距。加强医疗质量安全不良事件报告工作，提高医疗质量安全不良事件的识别和报告率，对于构建医疗机构医疗质量安全文化和学习平台，提升医疗质量安全水平具有重要意义。

（二）核心策略

1. 医疗机构成立由医务、护理、院感、各临床科室等部门组成的专项工作小组，完善医疗质量安全不良事件管理的相关制度、工作机制，重点明确医疗质量安全不良事件的分级、分类管理。

2. 医疗机构加强培训工作，持续提高医务人员识别与防范医疗质量安全不良事件的意识和能力，引导和鼓励医务人员主动发现和上报医疗质量安全不良事件的积极性，构建非惩罚性文化氛围。

3. 建立及完善本机构医疗安全（不良）事件的报告、监测及评价机制，按季度进行本机构数据分析、反馈，建立激励约束机制。

4. 重点提升医疗质量安全隐患问题，或未造成严重不良后果的负性事件识别与报告能力。

5. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

目标八　降低非计划重返手术室再手术率（NIT-2022-Ⅷ）

（一）目标简述

非计划重返手术室再手术率是行业通用的反映手术质量安全的指标之一。其发生可能涉及术前评估不足、手术设计缺陷、手术操作失误或患者术后管理不到位等多种原因。《国家医疗服务与质量安全报告》显示，我国非计划重返手术室再手术率近年来未见明显改善。降低其发生率对提高整体医疗质量安全水平具有重要意义。

（二）核心策略

1. 医疗机构成立由医务、临床科室、麻醉、护理等相关部门组成的专项工作小组，并指定牵头部门。

2. 医疗机构加强手术管理，保障手术分级管理、医师授权管理、术前讨论制度、手术安全核查制度等手术相关管理制度落实到位。

3. 医疗机构建立非计划重返手术室再手术多部门联合监测及评价机制，按季度、分科室进行数据分析、反馈，纳入绩效管理，建立激励约束机制。

4. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，根据分析结果明确关键原因，制定改进措施并组织实施

目标九　降低住院患者静脉输液使用率（NIT-2022-Ⅸ）

（一）目标简述

静脉输液是现代药物治疗的重要给药途径，在治疗某些疾病和挽救患者方面具有不可替代的作用。但是，静脉输液治疗的不合理使用，不仅不能改善患者治疗效果，还存在更多安全隐患，增加不必要的医疗成本。连续几年的《国家医疗服务与质量安全报告》显示，我国二级以上医院住院患者静脉输液治疗比例居高不下，需要采取综合措施

予以干预，以维护医疗安全和患者权益。降低住院患者静脉输液使用率包括降低住院患者静脉输液天数、药品种类、液体量等多个维度。

（二）核心策略

1. 医疗机构成立由医务、临床科室、药事、后勤等部门组成的专项工作小组，完善静脉输液治疗管理相关工作制度和机制。

2. 优化药品供应机制，保障常用药物口服、外用等剂型的合理供应。

3. 研究确定并不断完善本机构无需静脉输液治疗的病种清单，持续积累临床管理和实践证据。

4. 强化静脉输液治疗药物不良反应发生的监测和预警机制，关注静脉输液治疗药物使用数量和强度等情况，并向临床及时反馈预警信息。

5. 定期进行相关培训与再教育，促进医务人员科学选择给药方式，建立优化给药途径的激励约束机制。

6. 建立本机构静脉输液治疗的监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度进行本机构数据分析、反馈。

7. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

目标十　降低阴道分娩并发症发生率（NIT-2022- X）

（一）目标简述

《国家医疗服务与质量安全报告》显示，产妇阴道分娩并发症发生率近年来不断升高，严重威胁产科患者健康。降低其发生率对提升医疗质量，保障产妇和新生儿安全具有重要意义。

（二）核心策略

1. 医疗机构成立由医务、产科、新生儿科、护理等部门组成的专项工作小组，建立本机构产妇分娩安全管理及并发症预防的管理制度、实施目标与措施。

2. 定期开展与分娩相关的诊疗指南及技术操作规范、产科获得性疾病预防与控制的

相关培训与再教育。

3. 指导孕妇做好孕期管理，规范分娩前评估和核查。

4. 建立本机构产妇医疗质量与医院获得性指标的监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度进行本机构数据分析、反馈，建立激励约束机制。

5. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

附件 2　2022 年各专业质控工作改进目标

序号	质控中心	改进目标	目标简述
1	病案管理专业	提高病案首页主要诊断编码正确率（PIT-2022-01）	病案首页主要诊断填写正确，是指医师和病案管理人员按照规定，准确选择和规范填写住院病案首页中的主要诊断，并按照国家统一发布的疾病分类代码准确进行编码。提高病案首页主要诊断编码正确率，是提升病案首页质量的重要内容，对正确统计医院及地区疾病谱、支撑 DRGs 分组、评价医疗质量安全水平和技术能力等工作具有非常重要的基础性支撑作用。
2	病理专业	提高分子病理室间质评参加率（PIT-2022-02）	室间质量评价是病理专业质量评价和改进的重要工具，对评定病理检查能力、识别风险点并启动改进措施、评价病理检查的准确性和可比性具有非常重要的基础性支撑作用。
3	产科专业	降低阴道分娩并发症发生率（NIT-2022-Ⅹ）	《国家医疗服务与质量安全报告》显示，产妇阴道分娩并发症发生率近年来不断升高，严重威胁产科患者健康。降低其发生率对提升医疗质量，保障产妇和新生儿安全具有重要意义。
4	超声诊断专业	提高超声危急值 10 分钟内通报完成率（PIT-2022-03）	超声检查作为最常用和最便捷的影像学检查方法之一，广泛用于患者急诊、筛查等诊疗工作，及时通报超声检查危急值对挽救患者生命、保障医疗质量安全具有重要意义。
5	儿科专业	降低住院新生儿黄疸中胆红素脑病发生率（PIT-2022-04）	黄疸是新生儿最常见症状之一，约 10%-13% 的黄疸患儿需要干预，早期监测发现需要干预的新生儿并及时予以干预可以有效预防胆红素脑病发生。胆红素脑病一旦发生会造成神经系统不可逆损伤，对家庭和社会造成巨大经济负担。但目前我国部分地区的发生率仍然较高。
6		降低儿童抗菌药物使用强度（PIT-2022-05）	全球普遍关注抗菌药物临床使用问题。由于儿童所处的特殊生长发育时期，不合理使用抗菌药物将对其造成严重的影响。当前，儿科领域普遍存在着抗菌药物使用频度、强度较高的问题，有必要对其进行干预以促进抗菌药物的规范使用。

续表

序号	质控中心	改进目标	目标简述
7	肺脏移植专业	降低肺脏移植患者围术期死亡率（PIT-2022-06）	肺脏移植患者围术期死亡率是综合反映肺脏移植水平的核心指标之一。降低肺脏移植患者围术期死亡率，是肺脏移植专业的共同目标。
8	肝脏移植专业	缩短平均无肝期（PIT-2022-07）	无肝期是影响肝脏移植术后并发症及病死率的关键因素之一，其时间越久，术后发生早期移植物功能障碍和急性肾损伤的概率越高。同时，无肝期期间回心血量大幅度减少，可能会发生低血压、低血钾、脏器功能损害。因此缩短无肝期是行业公认的保障肝脏移植患者诊疗安全，提高手术效果的方法之一。
9	感染性疾病专业	降低病毒性肺炎患者抗菌药物使用率（PIT-2022-08）	在未合并细菌性感染的情况下，病毒性肺炎患者无需使用抗菌药物。但当前部分地区轻中度病毒性肺炎患者抗菌药物使用率超过 90%，其中不合理使用率超过 70%，亟需予以干预。降低病毒性肺炎患者抗菌药物使用率一方面要严格把握抗菌药物的应用指征，一方面要预防患者继发院内细菌性感染。
10		提高呼吸道病原核酸检测率（PIT-2022-09）	呼吸道感染性疾病病原谱复杂多样，部分可引起暴发流行。提高呼吸道病原核酸检测率有助于快速明确病因和合理使用抗菌药物，并对呼吸道传染病的早发现、早隔离、早报告和早治疗具有十分重要的意义。目前，医疗机构对呼吸道感染性疾病的病原学检测能力普遍不足、检测率偏低。常见的核酸检测呼吸道病原包括：新型冠状病毒、流感病毒、副流感病毒、呼吸道合胞病毒、鼻病毒、腺病毒、肺炎支原体、肺炎衣原体等。
11	冠心病介入专业	提高非 ST 段抬高型急性冠脉综合征患者接受危险分层的百分比（PIT-2022-10）	非 ST 段抬高型急性冠脉综合征接受介入治疗的患者约占所有接受介入治疗病例 60%，而对非 ST 段抬高型急性冠脉综合征患者进行危险分层是合理应用经皮冠状动脉介入治疗技术的前提。非 ST 段抬高型急性冠脉综合征患者接受危险分层，是指应用专业工具或采用特定的标准对非 ST 段抬高型急性冠脉综合征患者的病情严重程度进行评估。其中，中高危患者应进行经皮冠状动脉介入治疗，低危患者应进行缺血评价后决定治疗方案。
12	护理专业	降低住院患者Ⅱ期以上院内压力性损伤发生率（PIT-2022-11）	院内压力性损伤是住院患者常见并发症之一，一旦发生将给患者带来极大的痛苦，且容易导致感染等并发症。其发生与护理工作质量密切相关，是护理专业重点关注的问题之一。
13		降低血管内导管相关血流感染发生率（PIT-2022-12）	血管内导管相关血流感染是临床常见的医源性感染之一，感染因素涉及医护人员操作、护理、患者管理等诸多方面，为患者预后带来不利影响，造成沉重的经济负担。连续几年的《国家医疗服务与质量安全报告》显示，我国二级以上医院住院患者血管内导管相关血流感染发生率近年来改善幅度不大，需要采取综合措施予以干预，以保障医疗安全和患者权益。重点改善中心静脉导管（CVC）及经外周静脉置入中心静脉导管（PICC）的相关血流感染问题。

续表

序号	质控中心	改进目标	目标简述
14	呼吸内科专业	提高住院社区获得性肺炎患者病情严重程度评估率（PIT-2022-13）	社区获得性肺炎（CAP）病情严重程度评估是规范化治疗的基础，也是识别高风险患者、保障医疗质量安全的重要手段。CAP 病情严重程度评估能够反映医疗机构对 CAP 患者住院指征的把握能力及对医疗资源的管理能力，是 CAP 医疗质控的重要参数。《国家医疗服务与质量安全报告》显示，我国二级以上医院住院 CAP 患者病情严重程度评估率仍偏低，需要采取综合措施予以干预，以保障医疗资源的有效利用和医疗安全。
15	急诊专业	提高心脏骤停患者复苏成功率（PIT-2022-14）	心脏骤停是指心脏射血功能突然停止导致全身循环中断、呼吸停止和意识丧失，若不迅速予以纠正，会发展为猝死。心肺复苏成功率是急诊医疗质量安全的核心指标及救治能力的重要体现。心肺复苏成功是指心肺复苏后自主循环恢复（ROSC）且维持 20 分钟及以上。心脏骤停复苏成功率的整体提升，对于保障人民生命健康具有重要意义。
16	健康体检管理专业	提高健康体检重要异常结果随访率（PIT-2022-15）	早发现、早诊断重大疾病是健康体检的主要目的之一。对重要异常结果进行随访，能够促使相关异常结果得到及时、规范的处置，对提高重大疾病的诊疗效果具有重要意义。该指标反映健康体检（管理）机构主动收集受检者中发现重要异常结果后处理措施的情况。
17	结构性心脏病介入专业	降低室间隔缺损封堵术后传导阻滞发生率（PIT-2022-16）	室间隔缺损封堵术后传导阻滞是手术并发症之一，对患者的手术效果和生存质量造成严重影响，需要予以重点关注和干预。
18	康复医学专业	提高住院患者早期康复介入率（PIT-2022-17）	在疾病早期规范开展康复诊疗，可以有效避免或减轻患者功能障碍、提高生活自理能力和生活质量、降低家庭与社会的负担。《国家医疗服务与质量安全报告》显示，近 3 年来我国综合医院住院患者早期康复介入率逐年提高，但仍处于较低水平。目前重点关注骨科、神经内科、神经外科、重症医学科住院患者早期康复介入率。
19	口腔医学专业	提高橡皮障隔离术在根管治疗中的使用率（PIT-2022-18）	根管治疗术是近两年口腔医学门诊诊疗量排名第一的技术，在根管治疗中使用橡皮障隔离术，不仅能够保持术野清净，保护术区附近口腔软组织，预防治疗器械误吞误吸，还能够加强根管治疗中的感染控制，提高根管治疗的疗效。
20	临床检验专业	提高室间质评项目参加率（PIT-2022-19）	提高室间质评项目参加率，是提升临床实验室质量的重要内容，重点关注检验科及其他临床实验室的室间质评项目。室间质量评价是临床实验室质量评价和改进的重要工具，对评定实验室从事特定检测或测量的能力、识别实验室存在的问题并启动改进措施、评价检测或测量方法的有效性和可比性、识别实验室间的差异等工作具有非常重要的基础性支撑作用。
21	临床营养专业	提高住院患者营养评估率（PIT-2022-20）	营养评估包括：人体测量、膳食评估、营养生化检验、营养代谢检测（能量代谢测定、人体组成成分分析等）及疾病状态评估等内容。营养评估是推动开展营养诊疗、规范营养药物和特殊医学用途配方食品应用、提高临床综合治疗效果的重要措施。

续表

序号	质控中心	改进目标	目标简述
22	麻醉专业	提高全麻患者体温监测率（PIT-2022-21）	全麻患者受麻醉、手术因素的影响，围术期易出现体温波动。而围术期低体温会影响患者药物代谢、凝血功能及苏醒后感受。长期以来，术中体温并未作为全身麻醉的常规监测项目，导致患者低体温无法及时发现。提高全麻患者体温监测率，对保障麻醉安全、提高麻醉质量具有重要意义。
23	门诊专业	提高门诊电子病历使用率（PIT-2022-22）	门诊电子病历是促进门诊病历记录规范化、标准化的重要手段，可以有效提升工作效率和信息流转效率，便于患者在不同机构间的连续性诊疗。
24	脑损伤评价	提高脑死亡判定自主呼吸激发试验（AT）完成率（PIT-2022-23）	深昏迷、脑干反射消失和自主呼吸停止是目前国际公认的脑死亡最低判定标准，其中验证自主呼吸停止的自主呼吸激发试验是完成脑死亡判定的关键。脑死亡判定自主呼吸激发试验完成率，与 AT 操作技术和流程相关。提高 AT 完成率对提高脑死亡诊断规范性具有重要意义。
25	人体捐献器官获取	提高脑死亡来源器官捐献者（DBD）占比（PIT-2022-24）	提高脑死亡来源器官捐献者（DBD）占比是国际通行做法，也是保障捐献器官质量，促进社会伦理进步的重要方法。
26	神经系统疾病	提高急性脑梗死再灌注治疗率（NIT-2022-Ⅱ）	脑梗死在我国二级以上医院住院患者疾病诊断数量中位居首位，也是导致我国居民死亡的前 3 位病种之一。提高急性脑梗死再灌注治疗率有助于降低急性脑梗死患者的致残率及死亡率，改善患者生活质量，减轻社会和家庭负担。急性脑梗死再灌注治疗，是指对发病 6 小时内的急性脑梗死患者给予静脉溶栓治疗和（或）血管内治疗。
27	肾病专业	提高透析患者肾性贫血控制率（PIT-2022-25）	肾性贫血是终末期肾脏疾病的主要并发症，严重影响患者预后。纠正贫血有助于降低透析患者心血管事件发生率和死亡率，改善透析患者认知功能及生活质量。肾性贫血控制是指根据患者评估情况按照有关临床指南或规范，定期复查血常规并予以透析患者补充铁剂、叶酸、维生素 B12、重组人促红细胞生成素等治疗，使患者血红蛋白维持在 110g/L 以上。
28	肾脏移植专业	提高肾脏移植受者 1 年总体随访质量（PIT-2022-26）	随访质量直接反映对肾脏移植受者的长期管理能力，是评价肾脏移植医疗质量的重要一环。持续稳定的随访是制定个体化医疗方案的前提，是每个移植中心的责任和义务。每例肾脏移植的随访质量得分 =（实际随访次数 / 应随访次数）×（实际录入的随访参数 / 应录入的随访参数）×100。
29	疼痛专业	提高癌性疼痛的规范化治疗率（PIT-2022-27）	癌性疼痛是常见的顽固性疼痛，极大的影响患者生活质量。规范化的治疗是保障治疗效果，减轻患者痛苦，提高患者生活质量的重要手段。
30	消化内镜专业	提高结肠镜腺瘤检出率（PIT-2022-28）	结肠镜腺瘤检出率是国际公认的评价结肠镜质量的结局指标。提高结肠镜腺瘤检出率，可以降低结直肠癌发病率和死亡率。内镜检查工作中造成结直肠腺瘤漏诊主要原因是内镜医师操作过快、观察不仔细，需要加以改进。

续表

序号	质控中心	改进目标	目标简述
31	心律失常专业	降低心脏植入型电子器械植入术患者住院死亡率（PIT-2022-29）	心脏植入型电子器械 (CIED) 相关手术近年来在心律失常诊疗领域快速发展，其质量安全需要予以重点关注。降低相关手术死亡率是实现质量改进的重要目标。CIED 包括心脏永久起搏器（PM），植入型心律转复除颤器（ICD），心脏再同步化治疗（CRTP），心脏再同步化治疗除颤器（CRTD）。CIED 植入术包括 CIED 新植入、CIED 更换以及 CIED 升级手术。
32	心血管病专业	提高急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗率（NIT-2022- Ⅰ）	急性心肌梗死是导致我国居民死亡的首要病种，提高急性 ST 段抬高型心肌梗死（STEMI）患者再灌注治疗率对降低急性 STEMI 患者的致残率及死亡率、改善患者生活质量、减轻社会和家庭负担具有重要意义。急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗，是指对发病 12 小时内的急性 STEMI 患者给予经皮冠状动脉介入治疗 (PCI) 或静脉溶栓治疗，首选 PCI 治疗。
33	心脏移植专业	提高心脏移植术前心肺运动试验检查率（PIT-2022-30）	心肺运动试验是首选的判断患者是否符合心脏移植的评价方法。该试验能够帮助医生了解移植受者心脏以外器官功能状况是否正常，并及时纠正存在的问题，供医生参考是否将患者纳入心脏移植等候序列。该指标反映医疗机构实施心脏移植手术术前评估的规范性。
34	眼科专业	提高糖尿病患者白内障术前眼底检查率（PIT-2022-31）	白内障术前眼底检查是明确手术适应症、保障手术安全和效果的重要手段，对防止手术滥用和保障术后效果具有重要意义。
35	药事管理专业	降低住院患者静脉输液使用率（NIT-2022- Ⅸ）	静脉输液是现代药物治疗的重要给药途径，在治疗某些疾病和挽救患者方面具有不可替代的作用。但是，静脉输液治疗的不合理使用，不仅不能改善患者治疗效果，还存在更多安全隐患，增加不必要的医疗成本。降低住院患者静脉输液使用率包括降低住院患者静脉输液体量、天数、药品种类等多个维度。
36	医院感染管理专业	提高住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率（NIT-2022- Ⅳ）	当前，全球普遍关注抗菌药物临床使用问题。提高抗菌药物治疗前病原学送检率（尤其是限制使用级以上抗菌药物），提高无菌性样本送检比例，可以有效提高抗菌药物使用的科学性和规范性，对遏制细菌耐药、提升治疗效果和保障人民群众健康权益具有重要意义。
37	整形美容专业	降低注射美容并发症发生率（PIT-2022-32）	注射美容是目前整形美容专业最为流行、普适性最为广泛的医美项目，常见的并发症有局部红斑、肉芽肿，部分患者还可发生中毒反应、血管栓塞，甚至脑梗死、死亡等严重并发症。并发症的发生与医师对患者的评估、注射技术、药物剂量选择等因素密切相关，积极的干预可以有效降低其发生率，保障患者安全。
38	肿瘤专业	提高肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率（NIT-2022- Ⅲ）	恶性肿瘤在我国位于居民死因排序首位。全面科学评估肿瘤患者病情，是肿瘤规范化治疗的基础。提高肿瘤患者治疗前完成临床 TNM 分期评估的比例可以提高肿瘤患者诊疗方案的科学性、合理性，提升肿瘤患者诊疗效果和生存率。重点关注发病率较高的肺癌、胃癌、肝癌、结直肠癌、乳腺癌 5 个病种。

续表

序号	质控中心	改进目标	目标简述
39	重症医学专业	提高感染性休克集束化治疗完成率（NIT-2022-Ⅵ）	感染性休克是当前对重症患者最具威胁性的疾病，其具有高发病率、高病死率、高治疗费用等特点，已经成为导致重症患者中、后期死亡的主要原因，并给社会资源和经济发展带来沉重负担。提高其临床治疗水平是当前全球重大健康挑战之一。及时规范的给予感染性休克患者集束化治疗能够显著改善患者预后。
40		降低 ICU 内中心静脉导管相关血流感染的发生率（PIT-2022-33）	血管内导管相关血流感染是临床常见的医源性感染之一，感染因素涉及医护人员操作、护理、患者管理等诸多方面，为患者预后带来不利影响，造成沉重的经济负担。ICU 是使用中心静脉导管最为频繁的专业，需要重点关注相关问题。

国卫办医函〔2023〕45号

国家卫生健康委办公厅关于印发2023年国家医疗质量安全改进目标的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委：

为加强医疗质量安全管理，持续提升医疗质量安全水平，我委连续两年组织制定了国家医疗质量安全改进目标（以下简称目标），指导行业以目标为导向科学精准开展医疗质量安全改进工作。目标印发后，各地积极贯彻落实，取得明显成效，充分发挥了引导工作方向，激发行业内生动力，实现医疗质量安全改进的重要作用。

为进一步发挥目标导向作用，我委在前期工作基础上，组织制定了《2023年国家医疗质量安全改进目标》和各专业2023年质控工作改进目标。现印发给你们，请指导各级各专业质控组织、医疗机构、行业学协会做好组织实施工作，优化改进工作策略，创新工作机制和方式方法，深入推进目标管理，开展医疗质量安全系统改进工作。同时，要进一步加强宣贯培训，做好数据信息的收集、分析和反馈，不断提升医疗质量安全管理水平。

附件：1.2023年国家医疗质量安全改进目标

2.2023年各专业质控工作改进目标

国家卫生健康委办公厅

2023年2月24日

附件 1　2023 年国家医疗质量安全改进目标

目标一　提高急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗率

目标二　提高急性脑梗死再灌注治疗率

目标三　提高肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率

目标四　降低住院患者围手术期死亡率

目标五　提高医疗质量安全不良事件报告率

目标六　提高住院患者静脉输液规范使用率

目标七　提高四级手术术前多学科讨论完成率

目标八　提高感染性休克集束化治疗完成率

目标九　提高静脉血栓栓塞症规范预防率

目标十　降低阴道分娩并发症发生率

目标一　提高急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗率（NIT-2023- Ⅰ）

（一）目标简述

急性心肌梗死是导致我国居民死亡的首要病种，提高急性 ST 段抬高型心肌梗死（STEMI）患者再灌注治疗率对降低急性 STEMI 患者的致残率及死亡率、改善患者生活质量、减轻社会和家庭负担具有重要意义。急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗，是指对发病 12 小时内的急性 STEMI 患者给予经皮冠状动脉介入治疗（PCI）或静脉溶栓治疗，首选 PCI 治疗。

（二）核心策略

1. 医疗机构充分发挥由心内科、急诊科、检验、护理、影像等部门组成的急性 STEMI 患者再灌注治疗技术团队作用，加强多部门多学科协同联动，优化院前 - 院内衔接、院内流程和资源配置。

2. 医疗机构根据本机构实际情况不断完善急性 STEMI 患者急救方案及标准化操作流程，并持续进行院内再灌注治疗规范化培训。保障医务人员随时到位，保障药品、设备、设施处于可用状态。加强患者及家属宣教。

3. 不具备 PCI 能力的医疗机构，要按照本机构急性 STEMI 患者急救转诊方案及流程规范执行，确保可以及早启动转运 PCI、院内溶栓加转运 PCI 的早期再灌注治疗，并完善前期准备。

4. 医疗机构进一步优化急性 STEMI 患者再灌注治疗率的监测及评价机制，推进相关质控指标数据采集，加强数据内部验证，提高数据质量，并按季度进行本机构数据的分析、反馈。

5. 医疗机构加强质量管理工具、质控数据的应用，查找、分析影响本机构实现急性 STEMI 患者再灌注治疗改进目标的关键因素，以目标为导向提出和落实改进措施，并持续跟进改进效果。

6. 医疗机构建立急性 STEMI 患者再灌注治疗改进工作激励约束机制，充分调动相关管理人员和医务人员的积极性，推动该目标的实现。

目标二　提高急性脑梗死再灌注治疗率（NIT-2023-Ⅱ）

（一）目标简述

脑梗死在我国二级以上医院住院患者疾病诊断数量中位居首位，也是导致我国居民死亡的前3位病种之一。提高急性脑梗死再灌注治疗率有助于降低急性脑梗死患者的致残率及死亡率，改善患者生活质量，减轻社会和家庭负担。急性脑梗死再灌注治疗，是指对发病6小时内的急性脑梗死患者给予静脉溶栓治疗和（或）血管内治疗。

（二）核心策略

1. 医疗机构应在已有再灌注治疗技术团队基础上，不断优化团队人员配置、接受再灌注治疗相关新技术的专业化培训。

2. 医疗机构应与院前急救系统建立高效连接，快速转运，提升救治效率，同时在已有急性脑梗死患者急救方案及标准化操作流程基础上，持续优化院内急救流程。

3. 不具备再灌注治疗能力的医疗机构，要建立本机构急性脑梗死患者急救转诊方案及流程，尽可能完成“一小时急救圈”内转诊。

4. 医疗机构建立更加完善的急性脑梗死再灌注治疗持续监测平台及评价反馈机制，能够按月度进行本机构数据分析、反馈，建立激励约束机制。

5. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

目标三　提高肿瘤治疗前临床TNM分期评估率（NIT-2023-Ⅲ）

（一）目标简述

恶性肿瘤在我国位于居民死因排序首位。全面科学评估肿瘤患者病情，是肿瘤规范化治疗的基础。提高肿瘤患者治疗前完成临床TNM分期评估的比例可以提高肿瘤患者诊疗方案的科学性、合理性，提升肿瘤患者诊疗效果和生存率。

（二）核心策略

1. 医疗机构成立由医务、病案、肿瘤、影像及其他临床科室组成的专项工作小组，加强本机构肿瘤疾病诊疗规范化管理，定期进行相关工作的培训与再教育。

2. 医疗机构重点加强非肿瘤专业临床科室诊疗肿瘤疾病的管理，对肿瘤患者（特别是初诊患者）采取多学科协作诊疗。

3. 加强临床 TNM 分期评估过程管理，建立完善评估制度，规范评估流程，明确相关医务人员须掌握的检查评估策略；按照有关要求规范书写临床 TNM 分期评估内容。

4. 建立本机构肿瘤单病种诊疗的监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度、分科室进行数据分析、反馈，并将目标改进情况纳入绩效管理，建立激励约束机制。

5. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

目标四　降低住院患者围手术期死亡率（NIT-2023-Ⅳ）

（一）目标简述

住院患者围手术期死亡率是行业通用的反映手术质量安全的指标之一。死亡原因可能取决于患者的健康状态、手术类型、紧迫程度、技术能力、围术期管理水平等。《国家医疗服务与质量安全报告》数据显示，我国手术患者住院死亡率呈上升趋势，加强住院患者围手术期管理，落实手术相关管理制度，降低住院患者围手术期死亡率，对整体提高医疗质量安全水平具有重要意义。

本指标重点关注住院患者进行开放手术、介入治疗及内（窥）镜下治疗性操作在手术当日、术后 24 小时和 48 小时的死亡情况。

（二）核心策略

1. 医疗机构成立由医务、质控、护理、麻醉、临床科室、病案和信息等相关部门组成的专项工作小组，并指定牵头部门。

2. 医疗机构加强围手术期管理，采取有效措施保障手术分级管理、医务人员授权管理、紧急情况下特殊授权管理制度、手术论证制度、手术培训制度、术前讨论制度、手

术安全核查制度、手术相关不良事件报告制度、死亡讨论制度、患者随访制度、手术质量安全评估制度、手术分级管理督查制度等一系列制度落实到位。

3. 医疗机构建立住院患者手术当日、术后 24 小时、术后 48 小时内死亡率的监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法和数据内部验证程序，按季度、分科室进行数据分析、反馈，纳入绩效管理，建立激励约束机制。

4. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，依据分析结果明确关键原因，制定改进措施并组织实施。

目标五　提高医疗质量安全不良事件报告率（NIT-2023- V）

（一）目标简述

医疗质量安全不良事件指在医院内被工作人员主动发现的，或患者在接受诊疗服务过程中出现的，除了患者自身疾病自然过程之外的各种因素所致的不安全隐患、状态或造成后果的负性事件。目前，我国医疗机构医疗质量安全不良事件发生情况与国际相关数据比较，在识别和报告率上还有一定差距。加强医疗质量安全不良事件报告工作，提高医疗质量安全不良事件的识别和报告率，对于构建医疗机构医疗质量安全文化和学习平台，提升医疗质量安全水平具有重要意义。

（二）核心策略

1. 医疗机构成立由医务、护理、院感、各临床科室等部门组成的专项工作小组，完善医疗质量安全不良事件管理的相关制度、工作机制，重点明确医疗质量安全不良事件的分级、分类管理。

2. 医疗机构加强培训工作，持续提高医务人员识别与防范医疗质量安全不良事件的意识和能力，引导和鼓励医务人员主动发现和上报医疗质量安全不良事件的积极性，构建非惩罚性文化氛围。

3. 建立及完善本机构医疗安全（不良）事件的报告、监测及评价机制，按季度进行本机构数据分析、反馈，建立激励约束机制。对于四级手术发生严重医疗质量（安全）不良事件的情况，应当严格按照《医疗机构手术分级管理办法》第二十四条规定进行管理。

4. 重点提升医疗质量安全隐患问题或未造成严重不良后果的负性事件识别能力与主

动报告意识。

5. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

目标六　提高住院患者静脉输液规范使用率（NIT-2023-Ⅵ）

（一）目标简述

静脉输液是现代药物治疗的重要给药途径，在治疗某些疾病和挽救患者方面具有不可替代的作用。但是，静脉输液治疗的不合理使用，不仅不能改善患者治疗效果，还存在更多安全隐患，增加不必要的医疗成本。连续几年的《国家医疗服务与质量安全报告》显示，我国二级以上医院住院患者静脉输液使用率呈下降趋势，但仍存在静脉输液不合理使用的情况，需要针对住院患者静脉输液使用情况探索质量改进长效机制，从多个维度综合评价，重点关注住院患者静脉输液使用率、每床日静脉输液使用频次、液体总量（毫升）和药品品种数量等指标，采取综合措施予以干预，以维护医疗安全和患者权益。

（二）核心策略

1. 医疗机构成立由医务、临床科室、药学、信息等部门组成的专项工作小组，完善静脉输液治疗管理相关工作制度和机制。

2. 优化药品供应机制，保障常用药物口服、外用等剂型的合理供应。

3. 研究确定并不断完善本机构无需静脉输液治疗的病种清单，关注重点药物、科室、疾病的静脉药物使用情况。持续积累临床管理和实践证据。

4. 定期进行临床诊疗指南的培训，加强循证理念的教育，促进医务人员科学选择给药方式，建立优化给药途径的激励约束机制。

5. 建立本机构静脉输液治疗的监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度进行本机构数据分析、反馈，并组织人员对评价指标结果进行点评。

6. 强化静脉输液治疗药物监测和预警机制，关注静脉输液治疗药物使用体积、频次、数量、药品种类和不良反应 / 事件等情况，并向临床及时反馈预警信息。

7. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

目标七　提高四级手术术前多学科讨论完成率（NIT-2023-Ⅶ）

（一）目标简述

国家卫生健康委颁布实施的《医疗机构手术分级管理办法》中明确医疗机构四级手术开展前必须进行多学科讨论。四级手术术前进行多学科讨论有助于汇聚各专业的技术力量，综合评估患者的风险 / 获益比，制定全面的诊疗计划及手术风险防范处置最佳方案，从而最大程度降低手术风险和并发症发生，保障手术质量和医疗安全。

（二）核心策略

1. 医疗机构医疗技术临床应用管理组织负责本机构手术分级的管理。医疗机构要提高认识，全面梳理本机构手术分级管理目录，依据功能定位、医疗服务能力水平和诊疗科目，建立符合本机构实际、具有可操作性且符合四级手术特点的手术分级管理目录，保障手术分级管理工作的科学性、精准性。

2. 医疗机构按照《医疗机构手术分级管理办法》和《医疗质量安全核心制度要点》，制订符合本机构实际的四级手术术前多学科讨论制度，由医务部门牵头组织相关部门和临床专科对开展的四级手术进行术前多学科讨论，人员构成标准根据疾病及手术动态组建四级手术术前多学科讨论成员。

3. 医疗机构建立四级手术术前讨论工作机制，完善从手术科室发起，到医务部门组织、术前讨论及记录等环节的管理流程，明确时限要求、发起方式、组织形式、协调管理等一系列工作机制。

4. 医疗机构强化四级手术术前多学科讨论的及时性、有效性、便捷性和可追溯性，不断优化流程、提高完成率。

5. 医疗机构建立四级手术术前多学科讨论完成的监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度进行本机构数据分析、反馈，建立激励约束机制。

6. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

目标八　提高感染性休克集束化治疗完成率（NIT-2023-Ⅷ）

（一）目标简述

感染性休克具有发病率高、病死率高、治疗费用高等特点，是导致住院患者（特别是重症患者）死亡的重要原因。 提高感染性休克临床治疗水平是当前全球重大的健康挑战之一，尽快实施规范的集束化治疗是改善感染性休克患者预后的重要措施。《国家医疗服务与质量安全报告》显示，我国感染性休克患者的集束化治疗仍有较大改进空间，提高感染性休克患者 3 小时和 6 小时集束化治疗完成率对保障患者生命安全具有重要意义。

（二）核心策略

1. 医疗机构成立由重症、急诊、感染性疾病、检验、医务等相关部门组成的专项工作小组，并指定牵头部门。

2. 医疗机构定期开展相关培训，确保医护人员熟练掌握相关诊疗规范，能够及时识别相关患者并给予规范治疗。

3. 医疗机构建立感染性休克集束化治疗的多部门联合监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法和数据内部验证程序，按季度、分科室进行数据分析、反馈，纳入绩效管理，建立激励约束机制。

4. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，根据分析结果明确关键原因，制定改进措施并组织实施。

目标九　提高静脉血栓栓塞症规范预防率（NIT-2023-Ⅸ）

（一）目标简述

静脉血栓栓塞症（VTE）包括深静脉血栓形成（DVT）和肺血栓栓塞症（PTE），是导致患者非预期死亡的重要原因之一，严重危害患者安全。VTE 规范预防，是指患者住院期间和出院后接受 VTE 风险与出血风险评估，并根据评估情况按照有关临床指南规范

给予规范预防措施，包括基础预防、药物预防、机械预防等。强化质控，提高 VTE 规范预防率，实现 VTE 的早期干预，可以有效降低 VTE 的发生率及致死率。

（二）核心策略

1. 医疗机构进行医院内 VTE 防治体系建设，成立由医务、临床、护理等部门组成的 VTE 管理团队，制定科学的 VTE 防治管理路径，开展规范的 VTE 风险评估和预防。

2. 借助信息化手段加强 VTE 预防提醒、质控指标的数据采集、监测及评价反馈，并纳入绩效管理，建立激励约束机制。

3. 运用有效质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出持续改进措施并落实。

4. 建立 VTE 相关会诊转诊机制和应急预案，实现重症 VTE 患者的救治与管理。

5. 开展 VTE 防治技术指导、教学培训和相关交流，提高 VTE 认知水平及规范化防治能力。

目标十　降低阴道分娩并发症发生率（NIT-2023- X）

（一）目标简述

《国家医疗服务与质量安全报告》显示，阴道分娩并发症发生率近年来不断升高，严重威胁产科患者健康。减少阴道分娩并发症，特别是发生率高、对孕产妇生命安全威胁最大的产后出血的发生，对提升医疗质量，保障产妇和新生儿安全具有重要意义。

（二）核心策略

1. 由医务、产科、新生儿科、护理等部门组成的专项工作小组，持续完善本机构产妇分娩安全管理及并发症预防的管理制度和实施方案。

2. 不断改进本机构产妇医疗质量与医院获得性指标的监测及评价机制，优化相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，提高数据采集 - 分析 - 反馈的质量和效率，完善激励约束机制。

3. 开展国家医疗质量安全改进行动宣传，加强医疗质量管理能力培训，动员相关科室全员参与质量改进。

4. 运用质量管理工具，针对分娩安全管理及并发症预防，形成“摸清现状 - 分析原因 - 明确重点 - 提出措施 - 督导实施 - 评估效果 - 持续改进”的工作机制，并持续优化。

5. 定期开展与分娩相关的诊疗指南及技术操作规范、产科获得性疾病预防与控制的相关培训与再教育。

6. 指导孕妇做好孕期管理，规范分娩前评估和核查。

附件 2　2023 年各专业质控工作改进目标

序号	质控中心	改进目标	目标简述	核心策略
1	病案管理专业	提高病案首页主要诊断编码正确率（PIT-2023-01）	主要诊断是病种质量管理、临床路径管理的数据基础，也是应用 DRGs 这一评价工具对医院进行绩效评估的重要依据。提高主要诊断编码正确率是提升病案首页质量的重要内容，对正确统计医院及地区疾病谱、支撑 DRGs 分组、评价医疗质量安全水平和技术能力等工作具有重要的基础性支撑作用。	1. 医疗机构充分发挥病案管理委员会作用，明确管理、临床、病案等部门在首页及病历全程质量管理中的职责和任务，使之成为提高医疗质量的重要抓手。 2. 医疗机构加强培训工作，持续提高医务人员对病案首页规范填写、准确编码和数据质控的能力。 3. 医疗机构强化临床医生临床基本功训练，提高临床工作能力，确保首页诊治信息与病历内容一致。 4. 不断完善本机构制度化、常态化、多部门协作的监测及评价机制，按季度、分科室进行数据分析、反馈，并将目标改进情况纳入绩效管理，建立激励约束机制。 5. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出持续改进措施并落实。
		提高手术相关记录完整率（PIT-2023-02）	手术相关记录完整是指在接受手术治疗的出院患者病历中，手术医嘱、术前讨论结论、手术记录、手术安全核查表等手术相关内容符合《医疗质量安全核心制度要点》（国卫医发〔2018〕8 号）《病历书写基本规范》（卫医政发〔2010〕11 号）等文件要求。	1. 医疗机构充分发挥病案管理委员会作用，完善运行病历和终末病历管理工作制度与机制，制定实施本机构病历内涵质量专项行动，规范医疗行为，保障医疗质量和患者安全。 2. 医疗机构加大培训力度，将《医疗质量安全核心制度要点》和《病历书写基本规范》等要求落到实处。 3. 医疗机构强化临床医生基本功训练，提高临床工作能力，确保手术相关记录的完整性与一致性，不断提升病历内涵质量。

续表

序号	质控中心	改进目标	目标简述	核心策略
			该指标通过监测医疗机构手术相关记录的完整性与一致性，规范医疗行为，保障医疗质量和患者安全。	4. 不断完善本机构制度化、常态化监测及评价机制，按季度、分科室进行病历内涵质量分析、反馈，并将目标改进情况纳入绩效管理，建立激励约束机制。 5. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。
2	病理专业	提高分子病理室间质评参加率（PIT-2023-03）	分子病理是我国近几年来病理诊断中逐渐发展起来的新技术，它为精准病理诊断提供理论支撑和实践指导。分子病理检测能够揭示疾病的分子特征，有助于提高诊断的准确率，通过患者肿瘤组织的分子分型，能够提供重要的疾病预后和药效预测信息，从而为患者制定有针对性的个体化治疗方案提供依据，改善患者的临床治疗效果。	1. 医疗机构成立医务、病理联合工作小组，加强本机构分子病理检测规范化管理。 2. 医疗机构根据实际情况制定本机构分子病理质评参与制度与监管程序，设立分子病理质控岗位，并纳入绩效管理，建立激励约束机制。 3. 定期在机构内部进行相关工作的培训与再教育，明确相关质控指标数据采集方法。 4. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构参与分子病理质控的因素，提出改进措施并落实。
3	产科专业	降低阴道分娩并发症发生率（NIT-2023-X）	详见国家医疗质量安全改进目标十	
4	超声诊断专业	提高超声诊断符合率（PIT-2023-04）	超声诊断符合，是指超声诊断与病理或临床诊断相符合。超声诊断符合率是反映超声诊断质量的重要指标，能反映一定时期内超声科室诊断水平，体现超声检查对临床的诊疗价值。提高超声诊断符合率，不仅有利于临床诊疗工作，还对提升超声检查的质量，保证患者的医疗安全，具有重要意义。	1. 医疗机构建立超声科质控管理相关工作制度与机制，落实会诊、疑难病例讨论、病例随访等制度，将医疗质量安全核心制度落实到超声医学诊疗活动中。 2. 医疗机构成立改进目标核心专项工作小组，制定工作计划，明确责任、有效落实。 3. 定期进行相关培训与再教育，加强人才队伍建设，提高规范化检查流程及标准化报告的使用。 4. 建立超声诊断符合率的监测及评价机制，按照工作要求按时、准确上报数据，定期分析、总结和反馈超声诊断准确率。 5. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。
5	儿科专业	降低川崎病患儿心脏事件发生率及川崎病相关死亡率（PIT-2023-05）	川崎病是一种病因不明、以全身非特异性血管炎为主要病理特征的疾病，主要发生于儿童期，可能导致严重心脏事件甚至死亡，是儿童后天性心脏病最常见的病因。目前国内各地诊治水平参差不齐，已成为儿科专业医疗质量改进的重要挑战。	1. 省市级质控中心，建设所辖范围内哨点网络、形成专病数据库、对医疗机构开展相关培训与督导、建立川崎病心脏事件患者的双向转诊闭环机制。 2. 医疗机构应成立由医务、质控、心内科、心外科、心脏超声科等其他相关科室组成的专项工作小组，指定牵头部门。

续表

序号	质控中心	改进目标	目标简述	核心策略
5	儿科专业			3. 医疗机构应参考川崎病诊断和急性期治疗专家共识，定期开展医务人员培训。 4. 医疗机构建立本机构川崎病诊疗质量监测及评价机制，按照工作要求按时、准确上报。 5. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响该目标实现的因素，提出改进措施并落实。
		提高儿童癫痫诊断分型准确率（PIT-2023-06）	儿童癫痫是儿童神经科最常见的疾病，对患者、家庭和社会常常带来严重不良影响，规范的诊断和治疗至关重要。儿童癫痫具有不同于成人的诊疗特点，现阶段不同地区、不同医院间诊疗水平不平衡，亟需通过质量控制体系规范诊疗行为，推进同质化，评价改进成效。	1. 省级儿科质控中心协助国家级质控中心设立儿童癫痫诊疗质量监测哨点医院，开展儿童癫痫诊疗专题培训，定期监测和评价诊疗质量，推动本省儿童癫痫诊疗的规范化和同质化。 2. 医疗机构成立由医务、质控、儿科、神经内科、神经外科、功能神经外科及其他相关科室组成的专项工作小组，指定牵头部门。 3. 医疗机构制订符合本机构实际的儿童癫痫标准化诊疗方案，定期开展规范化培训。 4. 医疗机构建立本机构儿童癫痫诊疗质量监测及评价机制，按照工作要求按时、准确上报数据，定期分析、总结和反馈儿童癫痫诊断分型准确率。 5. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响该目标实现的因素，提出改进措施并落实。
6	放射影像专业	提高放射影像诊断符合率（PIT-2023-07）	放射影像诊断符合率是指住院患者放射影像报告诊断，与患者病理报告诊断或临床诊断相一致的比例。放射影像报告对于患者明确诊断、选择合适的治疗方法、提高预后等具有重要的临床参考价值。放射影像检查项目包括X线、CT和磁共振等。	1. 医疗机构成立由医务、放射科、病理科、病案科等部门组成的专项工作小组，建立本机构放射影像诊断质量管理和提升制度、病理和临床诊断查询反馈流程。 2. 定期开展与放射影像诊断相关的共识、指南、影像操作技术规范以及疾病放射影像诊断和鉴别诊断的相关培训。 3. 指导放射科技师做好放射影像检查前患者准备、检查技术规范和图像质量质控。 4. 建立本机构放射影像诊断报告质量的监测及评价机制，按季度进行数据分析、反馈，建立激励约束机制。 5. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。
7	肺脏移植专业	提高肺移植受者一年生存率（PIT-2023-08）	一年生存率是综合反映移植中心肺移植水平的核心指标。一年生存率是指术后一年内尚存活的肺移植患者数占同期同种异体肺脏移植总数的百分比。	1. 移植医院成立由医务、肺移植（或胸外）科、呼吸内科、ICU、护理及其他相关科室组成的专项工作小组，指定牵头部门和具体负责人。 2. 移植医院制订符合本机构实际的医务人员技能培训计划，加强本单位肺移植临床诊疗规范化管理，定期进行相关工作的培训与再教育。

续表

序号	质控中心	改进目标	目标简述	核心策略
				3. 医疗机构建立肺移植质量控制监测及评价机制，按月（或季）进行本机构数据分析、反馈，建立激励约束机制。 4. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。
8	肝脏移植专业	降低肝脏移植术后非计划二次手术率（PIT-2023-09）	术后非计划二次手术率反映了肝脏移植术后并发症发生率，是医疗机构肝脏移植技术安全性评价指标，有助于发现术后并发症的现状、发生趋势及危险因素，提升肝脏移植技术水平及术后管理质量。	1. 医疗机构充分做好肝脏移植术前评估，制定详细手术方案。 2. 对术后非计划二次手术率较高的移植中心加强手术技术指导培训、分享优秀移植中心的经验，提高肝脏移植手术同质化水平。 3. 医疗机构优化围手术期管理机制及流程，及时发现问题并将其解决在萌芽状态，有助于受者术后康复，提高肝移植围术期管理质量。
9	感染性疾病专业	提高呼吸道病原体核酸检测覆盖率和呼吸道感染性疾病核酸检测百分比（PIT-2023-10）	呼吸道传染病是全球重大公共卫生问题，早期从发热和（或）呼吸道症状患者中正确识别并明确病原学诊断是呼吸道传染病防控的关键环节。医疗机构应当开展呼吸道病原体检测技术，医务人员应当熟练掌握呼吸道传染病的临床特点、标本采集和病原学检测技术。	1. 医疗机构建立由医务、信息、检验、感染及其他相关临床科室组成的专项工作小组，并指定牵头部门，建立本机构工作和评价机制。 2. 医疗机构参加国家和省级感染性疾病质控中心组织的统一培训，并重点加强对本机构感染、发热门诊等科室医务人员开展相关培训和考核，确保医务人员熟练掌握呼吸道传染病临床特点、送检标本类型和病原学检测技术。 3. 医疗机构建立本改进目标数据采集方法和内部验证程序，按季度、分科室进行数据分析、反馈，纳入绩效管理，建立激励约束机制。 4. 医疗机构运用质量管理工具分析影响实现该目标的因素，根据分析结果明确关键原因，制定改进措施并组织实施。
10	冠心病介入专业	提高非 ST 段抬高型急性冠脉综合征患者危险分层完成率（PIT-2023-11）	非 ST 段抬高型急性冠脉综合征（NSTE-ACS）涵盖了不同危险分层的患者，其中中高危患者应进行经皮冠状动脉介入治疗，低危患者应进行缺血评价后决定治疗方案。这一指标通过促进危险分层手段在 NSTE-ACS 患者中的应用，进而促进经皮冠状动脉介入治疗技术在急性冠脉综合征患者中的合理应用。	1. 医疗机构为一线医师提供方便使用的危险分层工具，三级查房时明确患者的危险分层，主管医师在病历中记录并在申请手术时为导管室提供危险分层结果。 2. 医疗机构对网报数据工作人员进行培训，并把危险分层完成率纳入绩效考核指标。 3. 省级和地市级质控中心加强对质量改进目标的宣传培训，对未进行危险分层病例加强质控检查指导。 4. 省级和地市级质控中心将质量改进目标作为下一级质控中心及医疗单位的工作评估指标，每年进行评估反馈。

续表

序号	质控中心	改进目标	目标简述	核心策略
11	罕见病专业	提高罕见病的规范诊断和治疗率（PIT-2023-12）	针对罕见病漏诊误诊率高、诊疗质量良莠不齐的现状，重点对已有规范化诊疗指南，但实际诊疗规范性较差，且疾病危害较大的罕见病进行干预。首批纳入的5种罕见病为：DMD杜氏肌营养不良、卟啉病、Gitelman综合征、肺泡蛋白沉积症、转甲状腺素蛋白淀粉样变心肌病。	1. 医疗机构进行院内罕见病规范化诊疗体系建设，成立由医务、临床科室、医技、药学、病案、护理等部门组成的罕见病多学科团队，并指定牵头部门。 2. 医疗机构重点加强对罕见病多学科诊疗体系建设，并建立转诊机制。 3. 医疗机构应组织罕见病所属专科的科室骨干参加国家和省级质控中心组织的规范化诊疗培训，并定期在院内开展相关培训，确保医护人员熟练掌握相关诊疗规范，能够及时识别相关患者并给予规范治疗。 4. 建立本机构罕见病单病种诊疗的监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度、分科室进行数据分析、反馈，并将目标改进情况纳入绩效管理，建立激励约束机制。 5. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。
12	核医学专业	提高全身骨扫描及18F-FD-GPET/CT住院患者随访率（PIT-2023-13）	全身骨扫描和18F-FDGPET/CT是核医学专业单光子以及正电子显像中最普及的显像，对于这两项检查的随访有利于诊断医生报告准确性的验证。提高全身骨扫描以及18F-FDGPET/CT住院患者的随访对于降低全身骨显像以及18F-FDGPET/CT误诊率，提高诊断符合率有重要意义。	1. 医疗机构成立由核医学科室组成的专项质控工作小组，完善核医学专业医疗质量管理的相关制度、工作机制。 2. 医疗机构核医学专业加强质量控制培训工作，持续提高全身骨扫描以及18F-FDGPET/CT住院患者随访的意识和能力。 3. 建立并完善本机构全身骨扫描以及18F-FDGPET/CT住院患者随访率的评价和监督机制，按季度进行本机构数据分析、反馈，建立激励约束机制。 4. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。
13	呼吸内科专业	提高住院社区获得性肺炎患者病情严重程度评估率（PIT-2023-14）	社区获得性肺炎（CAP）病情严重程度评估能够反映医疗机构对CAP患者住院指征的把握能力及对医疗资源的管理能力，是CAP医疗质控的重要参数。近几年的《国家医疗服务与质量安全报告》显示，我国二级以上医院住院CAP患者病情严重程度评估率略有增加，但仍有上升空间，仍需要提高评估比例，采取综合措施予以干预，以保障医疗安全和医疗资源的有效利用。	1. 医疗机构按照行业改进目标，成立改进目标核心专项工作小组，制定质量管理制度。 2. 医疗机构通过分析2022年该指标数据情况，查找影响本机构实现该指标提升的因素。根据实际情况制定本机构本年度改进措施并组织实施，建立监测反馈机制，将目标完成情况纳入年度考核，建立激励约束机制。 3. 医疗机构按季度收集本机构数据，进行数据分析，推进目标落实。 4. 各省级质控中心组织医疗机构参加国家级、省级相关工作的培训与再教育。

续表

序号	质控中心	改进目标	目标简述	核心策略
14	护理专业	降低血管内导管相关血流感染发生率（PIT-2023-15）	血管内导管相关血流感染发生率，通过连续两年的持续改进，其改善重点中心静脉导管（CVC）及经外周静脉置入中心静脉导管（PICC）相关血流感染问题得到重视和改善。而血液净化用中心静脉导管相关血流感染发生率同期较高且关注不足，其相关预防措施及要点与其他用途中心静脉导管不同，需要予以关注。	1. 医疗机构目标改进小组，通过梳理本机构的风险点和薄弱环节，明确相关部门职责和沟通机制，分解目标责任，有效部署落实，合力推进改进目标实现。 2. 医疗机构根据自身存在问题的情况，有针对性的进行培训、辅导和典型案例分析，解决技术、管理或合作等因素导致感染发生的实际问题。 3. 医疗机构完善血管内导管相关血流感染的多部门联合监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法和数据内部验证程序。建立激励约束机制。 4. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。
		降低住院患者 2 期及以上院内压力性损伤发生率（PIT-2023-16）	院内压力性损伤是住院患者常见并发症之一。我国住院患者 2 期及以上院内压力性损伤发生率看似低于文献报告的全球发病率，但我国住院患者基数巨大，因此压力性损伤仍然是一个重要的健康威胁，需要集合力量、筹集资源去改进。	1. 医疗机构成立由医务、护理、康复、营养等相关部门组成的专项工作小组，按照国家相关要求建立本机构具体工作制度和实施措施。 2. 医疗机构定期开展预防压力性损伤管理规范相关培训，确保医护人员掌握相关操作规程，熟悉质量监管与不良事件报告登记制度等。 3. 医疗机构建立监测及评价机制，按季度、分科室进行数据分析、反馈、改进，建立激励约束机制。 4. 加强宣传导向作用。普及压力性损伤预防知识，加强基层、社区乃至居家护理等各层面压力性损伤防范意识。
15	急诊专业	提高心脏骤停患者复苏成功率（PIT-2023-17）	心肺复苏是急危重症抢救的核心内容，心肺复苏成功率是急诊医疗质量安全的核心指标及救治能力的重要体现。心肺复苏成功率的整体提升，对于保障人民生命健康具有重要意义。通过持续的质量改进，使心肺复苏能力在各级医疗机构趋于同质化，将是急诊医疗水平和质量安全的重要进步。	1. 医疗机构由急诊科牵头，联合心内科、重症医学科、神经内科、检验科、医务处等相关部门组建成立生命支持专项工作组，完善心脏骤停救治质量管理制度与工作机制，健全从基础生命支持、高级生命支持至自主循环恢复后治疗的全生存链流程。 2. 承担院前急救的医疗机构，应优化符合本机构实际的院前急救体系启动和响应流程，确保院前和院内急救体系的无缝链接。 3. 医疗机构制定符合本机构实际的院内快速反应团队启动和复苏流程，对相关人员进行心肺复苏规范化培训和周期性演练。有条件的医院推进复苏监测与反馈设备的常规应用（如呼气末二氧化碳监测）。 4. 本年度将工作重点聚焦于心脏性猝死患者，及时纠正可逆因素，优化原发病治疗相关流程（如心梗再灌注治疗、心律失常电生理治疗等）。

续表

序号	质控中心	改进目标	目标简述	核心策略
15	急诊专业			5. 完善心脏骤停患者复苏成功率的监测和评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序。 6. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，进一步提出改进措施并落实。
		缩短急危重症患者急诊滞留时间（PIT-2023-18）	急诊的拥堵和患者滞留可降低医院急诊诊疗效率，造成急诊医护资源占用，增加医疗风险和医患矛盾。急危重症患者在急诊给予早期救治后，及早入院治疗是提升医疗质量的重要组成部分，对患者预后具有重要意义，特别是对心梗、脑梗、感染性休克等时间依赖性疾病的危重患者。	1. 医疗机构由医务处牵头，急诊科、重症医学科、心内科、神经内科等相关部门共同组建院级综合救治协调小组，优化就诊及入院流程，合理配置资源。 2. 构建分级分流及动态化调整的急诊管理体系，建立急诊患者分流限时管理干预机制。 3. 推进医联体医院分级诊疗，解决急慢分治，提高医疗资源利用效率，保障双向转诊顺畅。 4. 加速推进急诊信息化进程，实现急诊和住院信息化互通衔接，院内共享分流需求和信息。 5. 充分运用质量管理工具，形成监测 – 评价 – 反馈 – 分析的工作机制，实现持续改进。
16	健康体检管理专业	提高重要异常结果随访率（PIT-2023-19）	体检中发现的异常结果在检后管理中需要区别对待。对重要异常结果进行随访，能够使相关异常结果得到及时、规范、有效的处置，对提高重大疾病的诊疗效果具有重要意义，对规范健康管理（体检）机构的医疗行为、保障医疗质量至关重要。	1. 健康管理（体检）机构应建立重要异常结果管理制度，开展对重要异常结果的随访，并进行登记。 2. 参照《健康体检重要异常结果管理专家共识（试行版）》制定与本机构体检项目相关的重要异常结果标准和范围，并进行分层管理。 3. 不断提升体检机构全体人员对重要异常结果意义及重要性的认识，加强对各岗位重要异常结果报告制度的落实情况，建立健全责任。 4. 有条件单位引进信息化平台，对重要异常结果进行闭环管理。
17	结构性心脏病介入专业	降低室间隔缺损封堵术后传导阻滞发生率（PIT-2023-20）	室间隔缺损封堵术后传导阻滞发生率是反映结构性心脏病介入医疗质量的重要指标。近年来，随着我国高龄产妇增多，室间隔缺损患者人数不断增加。实施有效的干预措施，降低室间隔缺损介入封堵术后传导阻滞发生率对于提高医疗质量、改善患者生活质量具有重要意义。	1. 医疗机构成立由重症、急诊、结构性心脏病病区、检验、医务等相关部门组成的专项工作小组，并指定牵头部门。 2. 医疗机构定期开展相关培训，确保医护人员熟练掌握相关诊疗规范，能够及时识别相关患者并给予规范治疗。 3. 医疗机构建立结构性心脏病介入医疗质量的多部门联合监测及评价机制，周期性反馈、分析数据，并纳入绩效管理。 4. 医疗机构运用质量管理工具，分析影响本机构实现该目标的因素，根据分析结果明确关键原因，制定改进措施并组织实施。

续表

序号	质控中心	改进目标	目标简述	核心策略
18	康复医学专业	提高住院患者早期康复介入率（PIT-2023-21）	早期介入是康复治疗的重要原则，也是康复医疗环节质量的重要指标。综合医院早期康复服务能力的提升对于满足广大人民群众的康复需求具有重要意义。调查显示，全国范围骨科、神经内科、重症医学科病房及重点病种的早期康复介入率逐渐提升，但相比国际仍处于较低水平，不能充分满足患者的临床需求。	1. 医疗机构建立由康复医学科与骨科、神经内科、重症医学科等临床科室组成的早期康复介入多学科团队，按照临床康复一体化模式展开工作。 2. 医疗机构参照《四肢骨折等 9 个常见病种（手术）早期康复诊疗原则》等，制订符合本机构的住院患者早期康复介入方案及标准化诊疗流程。 3. 医疗机构逐步建设康复信息化管理系统，实现对早期康复介入的实时、动态管理。 4. 明确相关质控数据提取、监测方法及评价机制，将目标改进情况纳入科室绩效考核。
19	口腔医学专业	提高橡皮障隔离术在根管治疗中的使用率（PIT-2023-22）	根管治疗术是口腔门诊治疗人次排名第一的重点技术。橡皮障隔离术的运用，能够提高根管治疗的疗效，从而进一步推动根管治疗临床规范化水平。	1. 医疗机构成立由医务、口腔科（或牙体牙髓专业）、设备科、口腔护理等部门组成的专项工作小组，并指定牵头部门。建立本机构牙体根管治疗患者橡皮障隔离术应用管理制度。 2. 医疗机构制订符合本机构实际的橡皮障隔离术应用方案及标准化操作流程，进行院内规范化培训。 3. 医疗机构建立橡皮障隔离术应用情况监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，按季度进行本机构数据分析、反馈，并将目标改进情况纳入绩效管理，建立激励约束机制。 4. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，根据分析结果明确关键原因，制定改进措施并组织实施。
20	临床检验专业	提高室间质评项目参加率（PIT-2023-23）	室间质量评价是临床实验室保证和改进检验质量的重要手段，是公立医院绩效考核中的重要指标。国家卫生健康委临床检验中心及各省级临床检验中心组织的室间质量评价活动对保证检验结果的可比性和同质性，推进临床检验结果互认，提高我国临床检验质量有重要意义。	1. 医疗机构成立专项工作小组，完善室间质量评价临床检验项目参加率的相关制度、工作机制。 2. 医疗机构加强培训工作，持续提高医务人员对参加室间质量评价的意识，引导和鼓励所有临床实验室积极参加室间质量评价活动。 3. 建立完善本机构室间质量评价参加率和合格率（不及格原因）的监测及反馈机制，按计划 / 次数进行本机构数据分析、反馈。 4. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

续表

序号	质控中心	改进目标	目标简述	核心策略
21	临床营养专业	提高住院患者营养评估率（PIT-2023-24）	推动开展营养评估工作，是探索建立营养评估体系，为患者提供营养诊疗依据、明确营养诊断的基础，体现临床营养专业核心技术价值，促进营养科专业人员诊疗能力提升，助力营养诊疗与临床整体治疗相融合，以提高疗效。	1. 医疗机构建立由临床营养科及其他临床科室、医务科、信息科、病案科等相关部门组成专项工作小组，定期开展营养评估技术及操作规范培训。 2. 医疗机构制定符合本机构的实施方案，理顺从营养筛查 - 评估 - 诊断 - 治疗的临床营养诊疗路径，规范营养科专业人员应用评估技术和仪器，开展评估工作。 3. 医疗机构应将营养状况评估报告纳入病历系统，落实院科两级医嘱执行程序，实现信息化管理。 4. 医疗机构建立住院患者营养评估率的监测及评价机制，按季度进行数据反馈，分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。
22	麻醉专业	提高术中主动保温率（PIT-2023-25）	全麻患者受麻醉、手术因素的影响，围术期全麻患者易出现体温波动，低体温会影响患者药物代谢、凝血功能及苏醒后感受。为了提高围术期患者体温管理质量，需要提升术中主动保温率。术中主动保温包括术中应用压力暖风毯和输液加温设备、加温体腔灌洗液、提高手术室室温等措施。	1. 医疗机构建立由手术科室、麻醉科、手术室、医院感染办公室等相关部门组成的“术中主动保温”技术指导小组，衡量各科室手术的低体温风险和切口感染风险，制订相应术中主动保温策略与标准流程，并指定牵头部门落实。 2. 医疗机构结合国家麻醉质控中心拟定的围术期体温管理要求，配置相关主动保温设施、设备。 3. 医疗机构建立术中主动保温率的监测系统，按季度进行本机构数据分析、反馈。 4. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。
23	门诊专业	提高门诊电子病历使用率（PIT-2023-26）	提高门诊电子病历使用率，是提高门诊病历书写规范化水平、保障门诊病历书写质量、强化门诊医疗质量控制的的重要内容，是保证患者诊疗信息完整、连续的重要保障。门诊电子病历使用率指医疗机构门诊电子病历书写数量占同期门诊人次的比例。	1. 医疗机构成立由医务、临床科室、医技科室、信息等部门组成的专项工作小组，完善门诊电子病历书写及管理相关工作制度和机制。 2. 优化门诊电子病历信息系统，保障门诊电子病历使用流畅性。 3. 制定不同学科不同病种门诊电子病历结构化模板，提高书写效率。 4. 加强电子病历书写内涵质控，提高书写规范性。 5. 有条件的医疗机构提供语音录入、图像提取等新型病历输入方式，提升电子病历使用便捷性。 6. 建立本机构门诊电子病历使用率的监测及评价机制，分析影响实现该目标的因素，不断提高门诊电子病历使用率。

续表

序号	质控中心	改进目标	目标简述	核心策略
24	脑损伤评价	降低脑死亡判定自主呼吸激发试验缺失率（PIT-2023-27）	全球公认自主呼吸激发试验（AT）是脑死亡判定的关键项目，也是实践中技术性最强的部分。AT 相关质量指标对脑死亡诊断规范性具有重要意义。	1. 医院需要明确脑死亡判定一级质控人员及其任务与责任，并接受规范化 AT 专业技术培训和质控管理培训。 2. 对 COTRS 系统来源的病例改为每季度质控一次，以达到及时解决问题和实现持续改进的目的。
25	人体捐献器官获取	提高脑死亡来源器官捐献者占比（PIT-2023-28）	脑死亡器官捐献（DBD）是反映获取器官来源情况的重要指标。提高 DBD 是目前国际通行做法，是保障捐献器官质量、促进社会伦理进步的重要方法。在 2022 年度基础上，延续性开展提高 DBD 占比的目标改进工作，进一步提升器官捐献与移植质量，促进各地区器官产出。	1. 医疗机构成立由医务、器官获取部门、神经内外科、重症医学科等部门组成的专项工作小组，组建脑死亡判定专家组。 2. 医疗机构完善脑死亡判定相关制度，制定脑死亡判定技术规范和工作流程，建立工作机制。 3. 医疗机构或各省级人体器官获取组织开展潜在器官捐献医疗机构源头培训，普及器官捐献政策法规、脑死亡判定等专业知识，提升医务人员专业技能。 4. 运用质量管理工具，查找、分析影响实现该目标的因素，制定改进策略并组织实施。
26	人体器官分配与共享计算机系统	提高人类白细胞抗原分型检测率（PIT-2023-29）	人类白细胞抗原（HLA）分型，是用于确定个体免疫系统类型的过程，是器官移植过程的重要步骤之一。HLA 配型用于匹配器官捐献者和移植等待者的免疫系统，以降低免疫排异的风险。提高 HLA 分型检测率有助于提高器官捐献者和移植接受者之间的匹配程度，从而降低器官移植接受者排斥反应及其他并发症，有助于提高移植接受者的生活质量和术后生存时间。	1. 医疗机构建立由检验科、器官获取组织、移植科等相关部门组成的 HLA 分型技术团队，并指定牵头部门。 2. 医疗机构制定符合本医疗机构实际的 HLA 抗体检测、HLA 组织配型标准化操作流程，保障医务人员随时到位，保障试剂、设备处于可用状态。 3. 医疗机构明确相关质控数据采集方法，及时、完整、准确填报相关数据，按季度进行本机构数据分析、反馈，建立激励约束机制。 4. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标改进的因素，提出改进策略并落实。
27	神经系统疾病	提高急性脑梗死再灌注治疗率（NIT-2023-Ⅱ）	详见国家医疗质量安全改进目标二	
28	肾病专业	提高透析患者肾性贫血控制率（PIT-2023-30）	终末期肾脏疾病患者的肾性贫血是影响预后的主要并发症，目前对肾性贫血的系统性评估不充分，诊断不足，治疗时机偏晚，积极防控肾性贫血，提高透析患者肾性贫血控制率，有助于降低透析患者的心血管事件发生率及死亡率，改善患者认知功能及生活质量。	1. 医疗机构根据 2021 年《慢性肾脏病患者贫血诊疗的临床实践指南》、《血液净化标准操作规程（2021 版）》，成立专项工作小组，规范肾性贫血诊断及治疗，加强本机构肾性贫血诊疗管理，定期进行相关工作的培训，提高肾性贫血诊疗水平，促进肾性贫血诊疗的质量改进。 2. 重点加强透析治疗患者的数据采集、监测、预警机制，及时分析、反馈，并将目标改进情况纳入绩效管理，建立激励约束机制。 3. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。

续表

序号	质控中心	改进目标	目标简述	核心策略
29	肾脏移植专业	提高肾脏移植受者 1 年随访质量（PIT-2023-31）	肾脏移植术后一年内是各种不良事件高发期，影响临床预后，应加强随访。随访质量直接反映移植中心对受者的管理能力，持续稳定的随访是制定个体化医疗方案的前提，也是评价肾脏移植医疗质量的重要依据。	1. 医疗机构应具有完善的移植数据报送管理和随访制度，配备专门的移植数据网络直报人员，依据肾移植术后随访规范，掌握随诊检查项目与间隔时长，按规定进行随访、记录。 2. 录入员应与数据中心保持良好沟通，参加登记系统使用培训，关注系统提醒和各类数据质量分析报告，了解全国移植动态及本中心随访质量排名，建立激励约束机制。 3. 医疗机构运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。
30	疼痛专业	提高癌症疼痛的规范化治疗率（PIT-2023-32）	癌症疼痛是常见的顽固性疼痛，约 80% 肿瘤患者在其疾病进程中会出现。其中，10-20% 为难治性疼痛。癌性疼痛的规范化治疗是保障治疗效果，减少不良反应，提高患者生活质量的重要手段。	1. 建立疼痛科癌症疼痛的综合管理和多学科协作机制。 2. 按照癌症疼痛的诊疗规范、专家共识，疼痛科提高包括癌症疼痛综合评估、微创介入、神经调控等多种技术在内的诊疗能力。 3. 制定疼痛科癌症疼痛治疗的标准化诊疗方案和诊疗流程。 4. 不具备癌症疼痛微创介入手术能力的疼痛科，可依托医联体等形式，提升诊疗服务能力。 5. 建立疼痛科癌症疼痛规范化治疗的监测及评价机制，明确相关质控指标数据采集方法与数据反馈机制。
31	消化内镜专业	提高内镜下食管癌早期诊断率（PIT-2023-33）	食管癌在我国高发，通过消化内镜实现早期诊断可有效改善患者预后，显著减轻疾病负担。我国近年来食管癌内镜下早期诊断率有所提高，但仍不甚理想。通过推广筛查新模式和适宜诊断技术，有望进一步提高该指标。	1. 医疗机构建设食管癌早期诊断标准单元，引入食管癌筛查适宜技术和内镜诊断新方法，提高内镜医师早癌诊断意识和能力。 2. 医疗机构完善结构化消化内镜报告系统建设，实现内镜 - 病理信息联动，监测食管癌早期诊断相关质控指标，并定期反馈指标数据，适时纳入绩效管理。 3. 医疗机构积极开展社区筛查和科普宣传，提高人群参与度和内镜检查依从性。
32	心律失常介入专业	降低心脏植入型电子器械植入术住院死亡率（PIT-2023-34）	心脏植入型电子器械（CIED）是心律失常的一线治疗手段，可有效治疗症状性心动过缓，预防心脏性猝死。CIED 相关手术在心律失常诊疗领域快速发展，其质量安全需予以重点关注。应该通过严格把握介入治疗适应证、优化流程管理和提高严重并发症的处理能力等环节降低 CIED 植入术住院死亡率。	1. 医疗机构成立由医务、临床科室、麻醉、护理等相关部门组成的专项工作小组，并指定牵头部门。 2. 建立 CIED 植入术严重并发症的应急预案及操作流程。 3. 医疗机构定期开展 CIED 植入术的适应证、手术并发症处理等相关培训，确保医务人员严格把握手术适应证，熟练掌握严重并发症的处理流程。 4. 医疗机构建立心律失常介入诊疗的监测及评价机制。明确相关质控指标数据采集方法与数据内部验证程序，进行数据分析、反馈，并将目标改进情况纳入绩效管理，建立激励约束机制。

续表

序号	质控中心	改进目标	目标简述	核心策略
				5. 重点围绕心律失常介入诊疗的严重并发症和死亡病例展开病例讨论，分析原因，总结经验。 6. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。
33	心血管病专业	提高急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗率（NIT-2023-Ⅰ）	详见国家医疗质量安全改进目标一	
34	心脏移植专业	提高心脏移植术前心肺运动试验检查率（PIT-2023-35）	心肺运动试验是首选的判断患者是否符合心脏移植条件的评价方法，建议不存在心肺运动试验禁忌症的候选者，采用该试验进行入选评估。该指标反映医疗机构实施心脏移植手术术前评估的规范性。	1. 医疗机构建立心肺运动试验检查科室并配备相应工作人员，形成心内科、心外科和功能检测科室的合作团队，对心脏移植候选者进行术前检查。 2. 医疗机构通过人体器官分配与共享计算机系统（COTRS）登记移植等待者信息，须按要求录入心肺运动试验检查相关信息。 3. 医疗机构基于国家质控中心的数据反馈报告，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，制定改进措施并组织实施。
35	眼科专业	提高青光眼前房角镜检查率（PIT-2023-36）	青光眼是一种严重的不可逆致盲眼病。前房角镜检查是最基础、最简便、最经济、最有效的青光眼检查手段之一，对于青光眼的诊断、分类、治疗及预防具有重要意义，是青光眼诊断专家共识极力推荐的项目。前期的质控数据显示，前房角镜检查开展的普及程度不足。	1. 医疗机构成立由医务和眼科共同组成青光眼诊疗工作小组，根据青光眼专家指南，结合医疗机构实际，制订青光眼患者诊疗方案； 2. 医疗机构定期开展（或支持眼科医师参加）继续教育，进行前房角镜检查的理论指导和技术培训，确保专科医生熟练掌握相关操作技能； 3. 医疗机构按季度对青光眼患者前房角镜检查率进行调查，并分析查找原因，提出改进措施并落实，建立激励约束机制； 4. 省级质控中心加强对前房角镜检查率的调查和分析，并提出规范青光眼诊断的流程，督促临床医师落实。
36	药事管理专业	提高住院患者静脉输液规范使用率（NIT-2023-Ⅵ）	详见国家医疗质量安全改进目标六	

续表

序号	质控中心	改进目标	目标简述	核心策略
37	医院感染管理专业	提高住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率（PIT-2023-37）	当前，全球普遍关注抗菌药物临床使用问题。提高抗菌药物治疗前病原学送检率，尤其是发生医院感染者和应用限制使用级以上抗菌药物的患者，提高抗菌药物治疗前规范送检意识和规范无菌性样本送检，可以有效提高抗菌药物使用的科学性和规范性，对遏制细菌耐药、提升治疗效果和保障人民群众健康权益具有重要意义。	1. 医疗机构在按照《抗菌药物临床应用管理办法》完善管理组织架构的基础上，成立由医务、药学、临床科室、检验、院感、护理等部门组成的专项工作小组。 2. 医疗机构根据实际情况制订本机构抗菌药物治疗性用药前病原学送检制度与监管程序，并在机构内部定期进行相关工作的培训与再教育。 3. 建立治疗性应用抗菌药物前病原学送检情况监测及评价机制，并将目标改进情况纳入绩效管理，建立激励约束机制。 4. 运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，提出改进措施并落实。 5. 各级各相关专业质控中心开展宣传、培训、指导等工作，提高抗菌药物治疗前规范送检意识、规范无菌性样本送检。
38	整形美容专业	降低注射美容并发症发生率（PIT-2023-38）	注射美容是目前整形美容专业最为流行、普适性最为广泛的医美项目。注射美容的主要不良反应可表现为局部红斑、肉芽肿，严重不良反应为中毒反应、血管栓塞等，严重的可导致死亡。这些并发症的产生与医生的注射技术、注射条件等有重要关系，加强注射美容医疗质控工作，能够有效减少注射美容并发症的发生。	1. 各级质控组织通过会议、培训提高医疗机构（特别是民营机构）对于生物注射材料的合法性、合规性以及合理使用的认知。 2. 医疗机构定期对临床使用的药品来源途径以及使用方式进行自查。 3. 医疗机构组织对本机构注射室的细菌环境条件定期进行检查。同时制定注射室管理规则制度，按要求对可见台面和注射室环境进行定期消杀。 4. 医疗机构对注射美容医师进行准入管理，并设立定期考核机制，重点对注射美容解剖学、常见不良反应的处理进行定期考核。考核不合格者应进行重新培训，合格后返岗。 5. 医疗机构提高并发症鉴别和处理能力。医疗机构质控部门定期组织医师进行注射美容并发症鉴别和处理能力培训。
39	肿瘤专业	提高肿瘤治疗前临床TNM分期评估率（NIT-2023-Ⅲ）	详见国家医疗质量安全改进目标三	
40	重症医学专业	提高感染性休克集束化治疗完成率（NIT-2023-Ⅷ）	详见国家医疗质量安全改进目标八	

续表

序号	质控中心	改进目标	目标简述	核心策略
40	重症医学专业	提高中重度急性呼吸窘迫综合征患者俯卧位通气实施率（PIT-2023-39）	急性呼吸窘迫综合征（ARDS）具有高发病率、高病死率及高致残率的特征，严重威胁人民群众的健康，也是各种新型传染病主要的死亡原因之一。俯卧位通气是中重度 ARDS 患者重要的治疗措施之一。提高中重度 ARDS 患者俯卧位通气实施率对改善 ARDS 患者预后具有重要意义。	1. 医疗机构成立由 ICU 牵头，医务、质控、护理及相关临床科室等部门组成的专项工作小组。 2. 医疗机构规范开立医嘱、落实床旁俯卧位，运用质量管理工具，查找、分析影响本机构实现该目标的因素，制定改进措施并组织实施。 3. 定期开展相关培训，确保熟练掌握相关操作规程。 4. 建立监测及评价机制，按季度进行数据分析、反馈，纳入绩效管理，建立激励约束机制。

医疗机构门诊质量管理暂行规定

第一条 为加强医疗机构门诊质量管理，保障医疗安全，根据《中华人民共和国医师法》《中华人民共和国传染病防治法》《医疗机构管理条例》《医疗质量管理办法》等有关法律法规规定，制定本规定。

第二条 本规定适用于二级及以上医疗机构门诊（不含急诊、发热门诊、肠道门诊、互联网门诊）质量管理。

第三条 门诊指在医疗机构内，由医务人员根据患者有效挂号凭证提供疾病咨询、预防、诊断、治疗、护理、康复等医疗服务的行为。

第四条 医疗机构应当严格依法执业，在本机构执业范围内提供相关门诊服务。

第五条 门诊质量管理是指按照门诊质量形成的规律和有关法律、法规要求，运用现代科学管理方法，对门诊服务要素、过程和结果进行管理与控制，以实现门诊质量持续改进的过程。

第六条 门诊质量管理是医疗机构质量管理的重要组成部分，二级及以上医疗机构应当将门诊质量管理纳入医疗质量管理委员会工作体系，明确负责门诊日常管理工作的部门，建立门诊质量管理制度，按照院、科两级责任制不断完善门诊质量管理体系，加强日常监督检查，定期收集、分析、反馈门诊质量数据，推动门诊质量持续改进。

第七条 门诊质量管理制度是指由医疗机构根据国家有关法律法规和管理要求制定的、医疗机构及其医务人员在门诊诊疗活动中应当严格遵守的制度。 主要包括医务人员出诊管理制度、号源管理制度、预检分诊制度、门诊医疗文书管理制度、多学科

（MDT）门诊制度、特需门诊制度、门诊转诊制度、门诊手术管理制度、以及门诊突发事件应急处理制度等。

第八条 医疗机构应当加强医务人员出诊管理，依照门诊患者病种分类和特点，合理安排各专业不同年资医师出诊；并针对地域、季节特点，结合号源使用情况，动态调整出诊单元数以及单元接诊人次，合理配置门诊人力资源。

第九条 医疗机构应当实施患者实名就医。在注册、挂号、诊疗等各环节实行患者唯一身份标识管理。

第十条 医疗机构应当根据就诊量变化动态调整各挂号途径号源投放量，加强退号与爽约管理，建立退号候补机制，提升号源使用效率。加强预约挂号管理，提供网络、自助机、诊间、人工窗口等多种预约挂号方式。

第十一条 医疗机构应当积极推行分时段预约诊疗，提高患者到院 30 分钟内就诊率，引导患者有序就诊，减少院内等候时间，减少人员聚集。

第十二条 医疗机构应当严格落实门诊首诊负责制度，在本次就诊过程结束前或由其他医师接诊前，首诊医师应当对患者的检查、诊断、治疗、抢救和转科等负责。

第十三条 门诊诊疗过程和处置措施应当遵循诊疗规范、临床指南等，诊断、预防和治疗措施应当遵循安全、规范、有效、经济的原则。

第十四条 医疗机构应当积极推行多学科（MDT）门诊，MDT 门诊由相对固定的专家团队在固定的时间、地点出诊。MDT 门诊诊疗记录内容应当包括就诊时间、就诊科别、参加人员姓名及专业技术职务、主诉、现病史、既往史、体格检查、辅助检验检查结果、MDT 门诊团队综合诊治意见和参加讨论的全体医师签名等。

第十五条 医疗机构应当加强门诊疑难病例管理，建立门诊疑难病例会诊制度，提供门诊疑难病例会诊服务，保障患者得到及时诊治。

第十六条 医疗机构应当明确挂号有效时间，建立患者因检验、检查结果回报继续就诊的保障机制，合理安排患者复诊的次序。

第十七条 医疗机构应当提高医技科室工作效率，缩短检验、内镜、超声、CT、核磁等检查的预约等候时间，鼓励提供门诊检查集中预约、自助预约、诊间预约等多种形式的预约服务，有条件的可以提供一站式检查预约服务。

第十八条 医疗机构应当依照相关规范在规定时限内出具检验和检查报告，并对门诊各项检查检验报告出具时间进行统计、分析，根据实际情况逐步缩减报告出具时间。医疗机构应当推进检查检验结果互认共享，提高医疗资源利用效率，改善人民群众就医体验。

第十九条 医疗机构应当加强门诊临床危急值管理，制定门诊危急值报告及处理流程，及时、准确报告并通知患者及时就诊，保障患者医疗安全。

第二十条 医疗机构应当制定门诊手术和有创诊疗的目录，认真执行有关医疗质量安全核心制度，严格把握适应证，根据患者病情、手术级别、麻醉方式等，制定具体的术前讨论、手术安全核查、手术部位标识等制度及流程，确保门诊有创诊疗和手术的安全。门诊手术记录内容应当包括手术时间、手术名称、手术级别、术前诊断、术后诊断、手术者及助手姓名、麻醉方式、手术经过、标本去向等。

第二十一条 医疗机构应当加强药事服务能力，落实门诊处方审核及点评制度，为患者提供门诊药物咨询及用药指导服务。

第二十二条 医疗机构应当加强门诊静脉输液治疗管理，严格把握门诊静脉输液治疗指征，控制门诊静脉输液治疗使用率，严密监测并及时处理门诊静脉输液治疗的不良反应。

第二十三条 医疗机构应当加强门诊病历等医疗文书管理，将门诊病历与患者唯一身份标识关联，开展门诊病历点评及质量控制工作，保障门诊病历内容客观、真实、准确、及时、完整、规范。门诊诊断应当区分主要诊断及其他诊断。

第二十四条 医疗机构应当推动门诊电子病历使用。使用门诊电子病历的，应当采用卫生健康行政部门统一的疾病诊断、手术操作编码库，按照《电子病历应用管理规范（试行）》有关规定建立、记录、修改、使用、保存和管理门诊电子病历信息，确保患者诊疗信息完整、连续并可追溯。

第二十五条 医疗机构应当加强门诊传染病预检、分诊、消毒、隔离以及职业防护工作，落实手卫生、环境清洁消毒等标准预防措施。内镜中心（室）、血液透析中心（室）、门诊手术室、口腔科等医院感染高风险部门应当制定并落实医疗机构感染预防与控制相关制度。

第二十六条 医疗机构应当加强门诊就医秩序管理，按照国家有关规定配备适当的安全保卫力量，保障患者和出诊医务人员的安全。同时，提高医疗质量（安全）不良事件报告率，减少和避免诊疗过程中患者和医务人员的意外伤害。

第二十七条 医疗机构应当加强门诊突发事件管理，建立应急预案，按标准配备抢救设备和药品，定期组织培训、演练，加强巡视，及时、妥善处理门诊突发事件。

第二十八条 医疗机构应当依据《医疗卫生机构信息公开管理办法》的规定，坚持合法合规、真实准确、便民实用、及时主动的原则，公开门诊医疗服务项目、流程、常

用药品和主要医用耗材的价格等相关信息；加强网站、小程序、公众号等维护，确保发布信息及时准确。

第二十九条 医疗机构应当在门诊开展文字、音频、视频等多种形式的健康宣教，有条件的医疗机构可开展专门健康宣教课程，传递科学、准确、实用的医疗健康信息。

第三十条 医疗机构应当营造安全、舒适、温馨、清洁的就诊环境。门诊布局科学、合理，设施、设备安全，建设无障碍设施，就诊标识清晰、警示醒目。

第三十一条 医疗机构应当按照不少于日均门诊量 0.2% 的比例配备门诊导医人数或智能引导设备数量，并为行动不便的患者提供就医辅助服务。鼓励医疗机构在门诊提供社工以及志愿者服务。

第三十二条 医疗机构应当建立满意度调查、分析、反馈、改进机制，定期开展门诊患者满意度调查，改善患者就医体验。

第三十三条 医疗机构应当加强门诊投诉管理，公开投诉和医疗纠纷处理途径，做好投诉的接待、分析、反馈和持续改进。

第三十四条 医疗机构发热门诊、肠道门诊、互联网门诊的管理按照卫生健康行政部门相关规定执行。

第三十五条 本规定中的出诊单元是指医务人员一次出诊时所在的半个工作日。

第三十六条 本规定自 2022 年 6 月 6 日起施行。

医疗机构日间医疗质量管理暂行规定

第一章　总则

第一条　为加强医疗机构日间医疗质量安全管理，规范日间医疗服务行为，提升日间医疗科学管理水平，保障日间医疗质量与安全，制定本规定。

第二条　本规定所称日间医疗，是指医疗机构在保障医疗质量安全前提下，为患者提供 24 小时内完成住院全流程诊疗服务的医疗服务模式。

第三条　医疗机构和医务人员开展日间医疗应当遵守本规定。

第二章　组织与运行管理

第四条　日间医疗作为医疗机构住院服务的组成部分，医疗机构应当按照院、科两级责任制加强日间医疗服务质量管理。

第五条　开展日间医疗的二级以上的医院、妇幼保健院以及专科疾病防治机构应当在医疗质量管理委员会下设日间医疗质量管理的专门组织，由医疗管理、质量控制、护理、医保、医院感染、病案、信息等相关管理人员和具有高级技术职务任职资格的临床专业人员组成。由医疗管理或质量控制部门具体负责日常管理工作，主要职责包括：

（一）按照国家医疗质量管理的有关要求，制定本机构日间医疗服务相关工作制度，包括患者评估制度、随访制度、医务人员培训制度、消毒隔离制度等。

（二）建立本机构日间医疗患者、病种、技术的遴选机制和医务人员的审核授权管理机制，并组织实施。

（三）组织开展本机构日间医疗质量监测、预警、分析、反馈，以及评估、考核工

作，定期发布本机构日间医疗质量相关信息。

（四）制定本机构日间医疗质量持续改进计划、方案并组织实施。

第六条 开展日间医疗的各临床科室质量管理小组负责本科室的日间医疗质量管理工作，主要职责包括：

（一）执行本机构日间医疗相关规章制度和本科室日间医疗质量管理制度。

（二）将日间医疗质量管理纳入本科室的医疗质量管理与控制年度工作方案。

（三）定期对本科室日间医疗质量进行分析和评估，对日间医疗质量薄弱环节提出整改措施并组织落实。

（四）定期组织对本科室医务人员进行日间医疗相关制度、机制、流程及诊疗常规等内容的培训。

（五）按照有关要求报送本科室日间医疗质量管理相关信息。

第七条 开展日间医疗的医疗机构应当配备满足日间医疗所需要的医疗资源，包括相对固定的日间手术室、麻醉复苏室、医疗床位、设备设施及医务人员等，保障日间医疗高效开展。

第八条 医疗机构应当明确日间医疗患者在住院前、住院期间、出院后等各个环节的诊疗内容，在住院前完成患者遴选、诊疗方案制定、预约与院前宣教等；住院期间完成手术 / 治疗前再评估、手术 / 治疗措施实施、出院前评估与宣教等；出院后及时对患者进行随访，并为患者提供预约复诊途径。

第九条 医疗机构应当调动医务人员开展日间医疗的积极性，将科室和医务人员日间医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升等工作的依据。

第三章 质量控制

第十条 医疗机构应当加强本机构日间医疗病种和技术管理。遵循科学、安全、规范的原则，制定本机构日间医疗病种及技术目录并实行动态管理。

各临床科室的日间医疗病种及技术目录应当经日间医疗质量管理的专门组织审议通过；属于本机构新技术、新项目的日间医疗技术还应当经过本机构相关技术管理委员会和医学伦理委员会审核同意；国家限制类技术不得纳入日间医疗技术目录。

第十一条 医疗机构应当加强本机构日间医疗科室和医师审核授权管理。根据科室和医师的技术能力和医疗质量安全情况，结合科室申请，对科室和医师开展日间医疗的内容进行审核、授权，将医师授权情况纳入医师技术档案，并进行动态管理。

第十二条 医疗机构应当加强日间医疗患者管理。综合评估患者的一般状况、基础

疾病、医疗风险等情况，明确患者是否适宜接受日间医疗。

第十三条 医疗机构应当加强日间医疗患者评估管理。在患者治疗前、治疗后、出院前等关键节点均进行评估，并根据患者病情变化和所接受的医疗服务调整评估内容。对接受有创诊疗和麻醉诊疗的患者，应当及时评估麻醉风险、手术 / 治疗风险、麻醉恢复情况、疼痛评分等。

第十四条 医疗机构应当加强日间医疗患者随访管理，根据不同病种特点及诊疗规律，明确随访时间、频次、内容和形式等，安排专门的医务人员进行随访并准确记录，为有需要的患者提供出院后连续、安全的延伸性医疗服务；随访记录应当纳入患者病案或单独建册保存；日间手术患者应当在出院后 24 小时内完成首次随访。

第十五条 医疗机构应当加强日间病历质量管理，保障日间医疗病历内容客观、真实、准确、及时、完整、规范。

日间病历应当包括住院病案首页、24 小时内入出院记录、术前讨论结论、手术 / 治疗记录、手术安全核查记录、手术清点记录、各类知情同意书、医嘱单、辅助检查检验报告单、体温单、护理记录单以及入院前完成的与本次诊疗相关的医疗文书资料等。

24 小时内入出院记录内容中应当包括患者主诉、入院情况、入院前检查检验结果、治疗前评估、诊疗经过、治疗后评估、出院前评估、出院医嘱等内容。凡在手术 / 治疗前已完成的医疗行为应当在手术 / 治疗前完成相关文书书写或填写。

第十六条 医疗机构及医务人员应当遵循患者知情同意原则，尊重患者的自主选择权和隐私权，保护患者隐私。

第十七条 医疗机构应当严格按照卫生健康行政部门和质控组织有关要求，积极开展日间医疗质量监测评估工作，促进日间医疗质量持续改进。

（一）医疗机构应当对日间医疗质量管理相关制度、机制落实情况进行监督检查。

（二）医疗机构应当根据卫生健康行政部门或者质控组织发布的日间医疗质控指标建立、完善本机构日间医疗质量管理相关指标体系。

（三）医疗机构应当加强日间医疗的数据收集、分析和反馈；运用医疗质量管理工具和信息化手段开展日间医疗质量管理，对日间医疗质量安全风险因素进行分析和预警，对存在问题采取有效干预措施并评估干预效果。

（四）医疗机构应当加强日间医疗质量（安全）不良事件管理，建立收集、分析日间医疗质量（安全）不良事件发生情况的机制，明确日间医疗质量（安全）不良事件范围、等级划分、事件分类、报告原则、上报方式及流程、处理流程等，根据事件类型、

发生地点、发生时间等开展针对性改进工作，在提高医疗质量（安全）不良事件报告率的同时，降低医疗质量（安全）不良事件发生率。

第十八条 医疗机构应当建立日间医疗应急预案，完善日间医疗会诊、转诊机制，明确日间医疗抢救资源配置与紧急调配的机制，确保各日间医疗单元抢救设备和药品随时可用，加强应急演练，保障日间医疗应急预案可顺利执行。

第十九条 医疗机构应当加强日间医疗信息安全管理，加强日间医疗相关信息系统安全防护，做好医疗数据安全存储和容灾备份，严格执行信息安全和健康医疗数据保密规定，保障信息安全。

第二十条 医疗机构应当加强日间医疗信息公开管理。日间医疗病种及技术目录、医师信息等应当纳入本机构院务公开范围，定期主动向社会公开，接受社会监督。

第二十一条 医疗机构应当加强日间医疗培训管理，定期开展日间医疗工作的制度、流程及技能培训；根据本机构日间医疗实际工作情况，及时修订和完善相关人员培训计划及培训内容。

第四章 监督管理

第二十二条 各级卫生健康行政部门负责本行政区域内医疗机构日间医疗质量管理情况的监督管理。医疗机构应当积极配合，不得拒绝、阻碍监督检查或者隐瞒有关情况。

第二十三条 各级卫生健康行政部门应当根据实际情况，组织或者委托专业机构，运用信息化手段对本行政区域内日间医疗质量情况进行分析评估，定期在行业内发布评估结果，接受社会监督。

第二十四条 各级卫生健康行政部门应当将日间医疗质量管理情况和监督检查结果纳入医疗机构评审等工作，并采取适当形式对提供优质日间医疗服务的医疗机构和医务人员予以表扬和鼓励，积极推广先进经验和做法。

第五章 附则

第二十五条 本规定自 2023 年 1 月 1 日起施行。

医疗机构手术分级管理办法

第一章　总则

第一条　为加强医疗机构手术分级管理，提高手术质量，保障医疗安全，维护患者合法权益，依据《中华人民共和国医师法》《医疗机构管理条例》《医疗质量管理办法》《医疗技术临床应用管理办法》等法律法规规章，制定本办法。

第二条　本办法适用于各级各类医疗机构手术分级管理工作。

第三条　本办法所称手术是指医疗机构及其医务人员以诊断或治疗疾病为目的，在人体局部开展去除病变组织、修复损伤、重建形态或功能、移植细胞组织或器官、植入医疗器械等医学操作的医疗技术，手术应当经过临床研究论证且安全性、有效性确切。

本办法所称手术分级管理是指医疗机构以保障手术质量安全为目的，根据手术风险程度、难易程度、资源消耗程度和伦理风险，对本机构开展的手术进行分级，并对不同级别手术采取相应管理策略的过程。

第四条　医疗机构及其医务人员开展手术技术临床应用应当遵循科学、安全、规范、有效、经济、符合伦理的原则。

第五条　国家卫生健康委负责全国医疗机构手术分级管理工作的监督管理。

县级以上卫生健康行政部门负责本行政区域内医疗机构手术分级管理工作的监督管理。

第二章　组织管理

第六条　医疗机构对本机构手术分级管理承担主体责任。医疗机构应当根据其功能定位、医疗服务能力水平和诊疗科目制定手术分级管理目录，进行分级管理。

第七条　医疗机构手术分级管理实行院、科两级负责制。医疗机构主要负责人是本机构手术分级管理的第一责任人；手术相关临床科室主要负责人是本科室手术分级管理

的第一责任人。

第八条 医疗机构医疗技术临床应用管理组织负责本机构手术分级管理，具体工作由医务管理部门负责。

第九条 医疗机构医疗技术临床应用管理组织在手术分级管理工作中的主要职责是：

（一）制定本机构手术分级管理的制度和规范，明确科室手术分级管理议事规则和工作流程，定期检查执行情况，并提出改进措施和要求；

（二）审定本机构手术分级管理目录，定期对手术质量安全情况进行评估并动态调整；

（三）根据术者专业能力和接受培训情况，授予或者取消相应的手术级别和具体手术权限，并根据定期评估情况进行动态调整；

（四）组织开展手术分级管理法律、法规、规章和相关制度、规范的培训。

第十条 医疗机构各手术科室应当成立本科室手术分级管理工作小组，组长由科室主要负责人担任，指定专人负责日常具体工作。手术分级管理工作小组主要职责是：

（一）贯彻执行手术分级管理相关的法律、法规、规章、规范性文件和本机构手术分级管理制度；

（二）制订本科室年度手术分级管理实施方案，组织开展科室手术分级管理工作；

（三）定期对本科室手术分级管理进行分析和评估，对手术分级管理薄弱环节提出整改措施并组织实施；

（四）定期对本科室术者手术技术临床应用能力进行评估，制定手术技术培训计划，提升本科室手术技术临床应用能力和质量；

（五）按照有关要求报送本科室手术分级管理相关信息。

第三章 手术分级管理

第十一条 根据手术风险程度、难易程度、资源消耗程度或伦理风险不同，手术分为四级：

一级手术是指风险较低、过程简单、技术难度低的手术；

二级手术是指有一定风险、过程复杂程度一般、有一定技术难度的手术；

三级手术是指风险较高、过程较复杂、难度较大、资源消耗较多的手术；

四级手术是指风险高、过程复杂、难度大、资源消耗多或涉及重大伦理风险的手术。

第十二条 手术风险包括麻醉风险、手术主要并发症发生风险、围手术期死亡风险等。

手术难度包括手术复杂程度、患者状态、手术时长、术者资质要求以及手术所需人员配置、所需手术器械和装备复杂程度等。

资源消耗程度指手术过程中所使用的医疗资源的种类、数量与稀缺程度。

伦理风险指人的社会伦理关系在手术影响下产生伦理负效应的可能。

第十三条 医疗机构应当建立手术分级信息报告制度，向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生健康行政部门报送本机构三、四级手术管理目录信息，如有调整应及时更新信息。接受信息的部门应当及时将目录信息逐级报送至省级卫生健康行政部门。

第十四条 医疗机构应当建立手术分级公示制度，将手术分级管理目录纳入本机构院务公开范围，主动向社会公开三、四级手术管理目录，并及时更新。

第十五条 医疗机构应当建立手术分级动态调整制度，根据本机构开展手术的效果和手术并发症等情况，动态调整本机构手术分级管理目录。

第十六条 医疗机构应当建立手术授权制度，根据手术级别、专业特点、术者专业技术岗位和手术技术临床应用能力及培训情况综合评估后授予术者相应的手术权限。三、四级手术应当逐项授予术者手术权限。手术授权原则上不得与术者职称、职务挂钩。

对于非主执业机构注册的医务人员，其手术授权管理应当与本机构医务人员保持一致。

第十七条 医疗机构应当建立手术技术临床应用能力评估和手术授权动态调整制度。

术者申请手术权限应当由其所在科室手术分级管理工作小组进行评估，评估合格的应当向医务管理部门报告，经医务管理部门复核后报医疗技术临床应用管理委员会审核批准，由医疗机构以正式文件形式予以确认。

医疗机构应当定期组织评估术者手术技术临床应用能力，包括手术技术能力、手术质量安全、围手术期管理能力、医患沟通能力等，重点评估新获得四级手术权限的术者。根据评估结果动态调整手术权限，并纳入个人专业技术档案管理，四级手术评估周期原则上不超过一年。

第十八条 医疗机构应当建立手术技术临床应用论证制度。对已证明安全有效，但属本机构首次开展的手术技术，应当组织开展手术技术能力和安全保障能力论证，通过论证的方可开展该手术技术临床应用。

第十九条 医疗机构应当为医务人员参加手术技能规范化培训创造条件，提升医务人员手术技术临床应用能力。

医疗机构应当重点关注首次在本机构开展的手术技术的规范化培训工作。

第二十条 医疗机构开展省级以上限制类医疗技术中涉及手术的，应当按照四级手术进行管理。

第二十一条 医疗机构应当建立紧急状态下超出手术权限开展手术的管理制度，遇有急危重症患者确需行急诊手术以挽救生命时，如现场无相应手术权限的术者，其他术

者可超权限开展手术，具体管理制度由医疗机构自行制定。

第二十二条 医疗机构应当建立四级手术术前多学科讨论制度，手术科室在每例四级手术实施前，应当对手术的指征、方式、预期效果、风险和处置预案等组织多学科讨论，确定手术方案和围手术期管理方案，并按规定记录，保障手术质量和患者安全。

第二十三条 医疗机构应当建立手术随访制度，按病种特点和相关诊疗规范确定随访时长和频次，对四级手术术后患者，原则上随访不少于每年 1 次。

第二十四条 医疗机构应当完善手术不良事件个案报告制度，对于四级手术发生非计划二次手术、严重医疗质量（安全）不良事件等情形的，应当在发生后 3 日内组织全科讨论，讨论结果向本机构医疗质量管理委员会报告，同时按照不良事件管理有关规定向卫生健康行政部门报告。

第二十五条 医疗机构应当加强围手术期死亡病例讨论管理。四级手术患者发生围手术期死亡的，应当在死亡后 7 日内，由医务管理部门组织完成多学科讨论。医疗机构应当每年度对全部围手术期死亡病例进行汇总分析，提出持续改进意见。

第四章 监督管理

第二十六条 医疗机构应当建立手术质量安全评估制度，由医疗机构医疗技术临床应用管理组织定期对手术适应征、术前讨论、手术安全核查、围手术期并发症发生率、非计划二次手术率、围手术期全因死亡率等进行评估，并在院内公开。一、二级手术应当每年度进行评估，三级手术应当每半年进行评估，四级手术应当每季度进行评估。

医疗机构应当重点关注首次在本机构开展的手术技术的质量安全。

第二十七条 医疗机构应当建立手术分级管理督查制度，由本机构医务管理部门对各手术科室手术分级管理制度落实情况进行定期督查，并将督查结果作为医疗机构相关科室及其主要负责人考核的关键指标。

第二十八条 对于发生严重医疗质量（安全）不良事件的，医疗机构应当暂停开展该手术，对该手术技术及术者手术技术临床应用能力进行重新评估。评估结果为合格的可继续开展；评估结果认为术者手术技术临床应用能力不足的，应当取消该手术授权；评估结果认为该手术技术存在重大质量安全缺陷的，应当停止该手术技术临床应用，并立即将有关情况向核发其《医疗机构执业许可证》的卫生健康行政部门报告。

从事该手术技术的主要术者或者关键设备、设施及其他辅助条件发生变化，不能满足相关技术临床应用管理规范要求或者影响临床应用效果的，医疗机构应当停止该手术技术临床应用。

第二十九条 二级以上医疗机构应当充分利用信息化手段加强手术分级管理，全面掌握科室对手术分级管理制度的执行与落实情况，加强对手术医嘱、手术通知单、麻醉记录单等环节的检查，重点核查手术权限、限制类技术、急诊手术和本机构重点监管技术项目的相关情况。

第三十条 县级以上地方卫生健康行政部门应当加强对辖区内医疗机构手术分级管理的监测与定期评估，及时向医疗机构反馈监测情况和评估结果，定期将医疗机构各级手术平均病例组合指数（CMI）进行分析、排序和公示，引导医疗机构科学分级规范管理。及时纠正手术分级管理混乱等情况，并定期进行通报。

第三十一条 县级以上地方卫生健康行政部门应当指导本行政区域内加强医疗机构手术分级管理，建立激励和约束机制，推广先进经验和做法。将医疗机构手术分级管理情况与医疗机构校验、医院评审、评价及个人业绩考核相结合。

第五章 附则

第三十二条 开展人体器官移植、人类辅助生殖等法律法规有专门规定的手术，按照有关法律法规规定执行。

第三十三条 本办法所称术者是指手术的主要完成人。

第三十四条 本办法所称围手术期是指患者术前 24 小时至与本次手术有关的治疗基本结束。

第三十五条 本办法所称严重医疗质量（安全）不良事件是指在诊疗过程中发生的，导致患者需要治疗以挽救生命、造成患者永久性伤害或死亡的医疗质量安全事件。

第三十六条 国家组织制定用于公立医院绩效考核的手术目录，不作为各医疗机构开展手术分级管理的依据。

第三十七条 本办法自印发之日起施行。《卫生部办公厅关于印发医疗机构手术分级管理办法（试行）的通知》（卫办医政发〔2012〕94 号）同时废止。

医疗质量控制中心管理规定

第一章　总则

第一条　为加强医疗质量安全管理，完善医疗质量管理与控制体系，规范医疗质量控制中心（以下简称质控中心）的建设与管理，根据《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《医疗机构管理条例》《医疗质量管理办法》等法律法规及规定，制定本规定。

第二条　本规定所称质控中心，是指县级以上卫生健康行政部门为提高医疗质量安全和医疗服务水平，促进医疗质量安全同质化，实现医疗质量安全持续改进，根据管理工作需要组建、委托或者指定的医疗质量控制组织。

第三条　按照组建、委托或者指定质控中心的卫生健康行政部门级别，质控中心分为国家级质控中心、省级质控中心、市（地）级质控中心和县（区）级质控中心（组）。

按照质控中心的专业领域和工作方向，质控中心分为临床类质控中心、医技类质控中心和管理类质控中心等。

第四条　国家卫生健康委负责国家级质控中心的规划、设置、管理和考核。省级以下卫生健康行政部门负责本级质控中心的规划和相关管理工作。

第五条　质控中心的设置应当以医疗质量安全管理工作实际需要为基础，同一专业领域和工作方向原则上只设定一个本级质控中心。

第六条　省级卫生健康行政部门应当参照国家级质控中心设置情况，设立相应省级质控中心或指定现有省级质控中心对接工作。

第七条　省级以下卫生健康行政部门应当每年度将本级质控中心设置和调整情况向上一级卫生健康行政部门备案，并向社会公布。

第二章　职责和产生机制

第八条　国家级质控中心在国家卫生健康委领导下开展以下工作：

（一）分析本专业领域国内外医疗质量安全现状，研究制订我国医疗质量安全管理与控制的规划、方案和具体措施。

（二）拟订本专业质控指标、标准和质量安全管理要求，提出质量安全改进目标及综合策略，并组织开展本专业领域质控培训工作。

（三）收集、分析医疗质量安全数据，定期发布质控信息，编写年度本专业医疗服务与质量安全报告。

（四）加强本专业领域质量安全管理人才队伍建设，落实医疗质量安全管理与控制工作要求。

（五）组建全国相应的专业质控网络，指导省级以下质控中心和医疗机构开展医疗质量安全管理与控制工作。

（六）承担国家卫生健康委交办的其他工作任务。

第九条　省级以下质控中心在本级卫生健康行政部门领导下，参照国家级质控中心职责，对医疗质量安全管理要求和措施进行细化并组织实施，承担卫生健康行政部门交办的其他工作。

第十条　国家级质控中心的设置按照以下流程进行：

（一）国家卫生健康委根据工作需要提出设置规划，明确专业领域和工作方向，并提出拟承担相关专业质控中心工作的单位所需的条件。

（二）拟承担相关专业质控中心工作的单位应当首先向所在省级卫生健康行政部门提出申请，省级卫生健康行政部门对本辖区申请单位进行初步遴选后，向国家卫生健康委推荐不超过 1 家备选单位。

国家卫生健康委有关直属单位可以直接向国家卫生健康委提出申请。

（三）国家卫生健康委根据各省份推荐情况和直属单位申请情况进行初步遴选，确定不超过 5 家单位进入竞选答辩，并按照相应公示制度进行公示。

（四）国家卫生健康委组织竞选答辩，并根据竞选答辩情况，确定承担质控中心工作的单位（以下简称质控中心挂靠单位）和质控中心负责人。

（五）首次成立或更换挂靠单位的国家级质控中心设 1 年筹建期，筹建期满验收合格后正式确定。

省级以下质控中心的设置流程由本级卫生健康行政部门确定。

第十一条 国家级质控中心挂靠单位应当具备下列基本条件：

（一）具备开展质控工作所需的办公场所、设备、设施及专职人员，并保障开展质控工作所需的经费。

（二）申请临床专业质控中心的原则上应当为三级甲等医院，具备完善的医疗质量安全管理与控制体系和良好的质量管理成效。

（三）所申请专业综合实力较强，在全国具有明显优势和影响力，学科带头人有较高学术地位和威望。

（四）三年内未发生严重违法违规和重大医疗质量安全事件。

（五）能够承担国家卫生健康委交办的质控工作任务。

省级以下质控中心挂靠单位的条件由本级卫生健康行政部门确定。

第十二条 申请作为质控中心挂靠单位的机构或组织应当向相应的卫生健康行政部门提交以下材料：

（一）本单位基本情况。

（二）本单位在医疗质量安全管理领域开展的工作和取得的成效。

（三）拟申请专业领域的人员结构、技术能力、学术地位和设备设施条件。

（四）拟推荐作为质控中心负责人的资质条件，拟为质控中心准备的专（兼）职人员数量、办公场所、设备、设施和经费情况。

（五）拟申请专业领域的质控工作思路与计划。

第十三条 答辩评委专家组由熟悉掌握国家医疗质量安全管理制度和工作情况，具有良好的职业品德、专业知识和业务能力的临床、管理等专业人员组成。

专家参加答辩评委专家组工作实行回避制度和责任追究制度。

第三章 运行和监督管理

第十四条 各级卫生健康行政部门应当为本级质控中心开展工作提供必要的支持。医疗机构应当积极配合各级质控中心在辖区内依法依规开展质控工作。

第十五条 质控中心挂靠单位应当为质控中心开展工作提供保障，包括必要的办公场所、设备、设施、人员和经费等。

第十六条 质控中心应当根据实际情况建立工作例会、专家管理、经费管理、信息安全、考核评价等管理制度并组织实施。

第十七条 每个质控中心设负责人 1 名，负责质控中心全面工作。国家级质控中心应当确定至少 1 名专职秘书负责日常工作。

第十八条 质控中心负责人由挂靠单位推荐并报请本级卫生健康行政部门审定同意后确定；原则上由挂靠单位正式在职工作人员担任，并符合下列条件：

（一）具有较好的职业品德和行业责任感，为人正直，秉公办事，乐于奉献。

（二）具有较强的业务能力，热心医疗质量安全管理工作，熟悉、掌握有关法律、法规、规章和医疗质量安全管理专业知识。

（三）具有较强的组织协调能力，在本中心质控区域和本专业领域有较高学术地位和威望。

（四）具有良好的身体状态和充裕的工作时间，能够胜任质控中心负责人工作。

（五）卫生健康行政部门规定的其他条件。

第十九条 质控中心负责人履职期间因故不能继续履职的，由挂靠单位在 1 个月内重新推荐人选，并报请本级卫生健康行政部门审定同意后确定。

第二十条 国家和省级质控中心应当成立专家委员会，市（地）级和县（区）级质控中心可以成立专家组，为本中心质控工作提供技术支撑并落实具体工作。

第二十一条 各质控中心专家委员会（组）设置应当符合实际工作需要和下列要求：

（一）每个质控中心只设立 1 个专家委员会。国家级质控中心专家委员会委员数量不超过 25 名，其中本中心挂靠单位委员数量不超过 4 名。

（二）专家委员会设 1 名主任委员，由质控中心负责人担任；可以设置不超过 2 名副主任委员，其中至少 1 名由非本中心挂靠单位专家担任。原则上不设名誉主任、顾问等荣誉职位。

（三）国家级质控中心专家委员会名单由质控中心挂靠单位推荐，报国家卫生健康委审核同意后确定。

省级以下质控中心专家委员会（组）具体设置办法由本级卫生健康行政部门确定。

第二十二条 国家级质控中心专家委员会任期为 4 年。委员任期内因故不能继续履职的，不进行增补。

第二十三条 国家级质控中心可以根据工作需要成立亚专业质控专家组，亚专业质控专家组设置安排应当报国家卫生健康委审核同意后确定。

亚专业质控专家组组长应当同时为专家委员会委员。专家组名单由质控中心挂靠单位确定，报国家卫生健康委备案。

第二十四条 各级质控中心应当定期召开本中心专家委员会（组）、亚专业质控专家组工作会议，讨论本专业质控工作计划、技术方案和重要事项，落实质控中心工作任

务；定期召集本专业下一级质控中心负责人召开会议，部署质控工作安排，交流质控工作经验。

第二十五条 各级质控中心应当制定本专业质控工作规划和年度工作计划并组织实施，按要求及时向本级卫生健康行政部门和上级本专业质控中心上报年度工作计划和工作总结。工作计划应当遵循可操作、易量化的原则制定，相关具体工作任务应当明确完成时限。

质控中心开展年度工作计划之外的重要活动与安排应当提前向卫生健康行政部门报告。

第二十六条 质控中心工作经费应当实行预算管理，严格按照预算计划支出，专款专用。质控中心工作经费纳入挂靠单位财务部门统一管理，严格执行挂靠单位财务管理要求。质控中心应当遵守相关财务规定，确保经费规范管理和使用。

第二十七条 质控中心应当积极利用信息化手段加强质控工作，使用符合国家网络和数据安全规定的信息系统收集、存储、分析数据，按照国家有关规定制定并落实网络和数据安全管理相关制度，保障网络和数据安全。

第二十八条 质控中心应当在规定范围内使用数据资源。使用医疗质量安全数据资源发表文章、著作等成果，应当注明数据来源，并使用质控中心作为第一单位。

第二十九条 国家级质控中心以质控中心名义印制文件的，按照国家卫生健康委相关规定执行。省级以下质控中心以质控中心名义印制文件的，按照本级卫生健康行政部门相关规定执行。

第三十条 质控中心应当严格按照以下规定开展工作，强化自我管理：

（一）未经本级卫生健康行政部门同意，不得以质控中心名义开展与质控工作无关的活动。

（二）不得以质控中心名义委托或以合作形式违规变相委托其他单位和个人开展质控活动。

（三）不得以质控中心名义违规使用企业赞助的经费开展工作。

（四）不得以质控中心名义违规主办或者参与向任何单位、个人收费的营利性活动。

（五）不得违规刻制印章、违规以质控中心名义印制红头文件。

（六）不得以质控中心名义违规颁发各类证书或者专家聘书。

（七）不得违规将医疗质量安全数据资源用于与质控工作无关的其他研究，或利用医疗质量安全数据资源进行营利性、违反法律法规的活动。

第三十一条 专家委员会（组）、亚专业专家组成员以及质控中心相关工作人员应

当严格遵守法律法规和质控工作有关规定，不得以专家委员和质控中心工作人员名义违规举办和参加营利性活动，不得借助质控工作违规谋取私利。

第三十二条 各级质控中心应当加强对本中心专家委员和工作人员的日常管理与考核，发现违规行为应当立即纠正并在职责范围内按照有关规定处理。

第三十三条 各级卫生健康行政部门应当建立本级质控中心监督管理和动态调整机制，对质控中心实施动态管理和调整。

第三十四条 国家卫生健康委对国家级质控中心建立年度考核制度；考核结果分为优秀、良好、合格和不合格 4 个等次。

省级以下质控中心的考核工作由本级卫生健康行政部门统筹管理。

第三十五条 国家卫生健康委根据年度考核结果，按照 4 年一个管理周期对国家级质控中心挂靠单位进行动态管理：

（一）对符合下列条件之一的质控中心，挂靠单位不做调整：

1. 管理周期内 4 次年度考核结果均为良好及以上等次的；

2. 管理周期内 2 次年度考核结果为优秀，且未出现不合格的。

（二）管理周期内发生 2 次年度考核不合格的，立即解除挂靠关系并重新遴选质控中心挂靠单位；原挂靠单位不参与本轮遴选。

（三）挂靠届满按照本规定重新遴选质控中心挂靠单位的，原挂靠单位可以参与遴选。

第三十六条 质控中心出现本规定第三十条规定相关情形且情节严重的，立即解除挂靠关系并重新遴选质控中心挂靠单位；原挂靠单位不参与本轮遴选，且 4 年内不得申请作为新成立其他专业质控中心的挂靠单位。

第三十七条 专家委员会（组）及亚专业专家组调整周期为 4 年。质控中心解除挂靠关系后，专家委员会（组）及亚专业专家组同时解散。

第三十八条 专家委员会（组）及亚专业专家组专家出现第三十一条规定相关情形且情节严重的，或长期不承担质控中心安排的工作任务的，应当及时调出专家委员会（组）及亚专业专家组。

质控中心工作人员出现第三十一条规定相关情形且情节严重的，由挂靠单位依法依规予以处理。

第三十九条 质控工作相关资料由质控中心妥善保存，纸质资料须转换成电子版进行保存。质控中心挂靠单位变更时，原挂靠单位应当封存质控工作相关纸质资料和电子版资料，并按照卫生健康行政部门规定的时限，将电子版资料副本以及质控管理网络、

信息化平台、管理权限和质控数据等一并转交新挂靠单位，确保本专业质控工作有序、无缝衔接。

第四章 附则

第四十条 省级以下卫生健康行政部门可以根据本规定和本辖区质控工作需要，制定辖区内质控中心管理办法。

第四十一条 本规定由国家卫生健康委负责解释。

第四十二条 本规定自印发之日起施行。

全面提升医疗质量行动计划
（2023—2025 年）

为深入推进健康中国建设，进一步深化医药卫生体制改革，全面提升医疗质量安全水平，建设中国特色优质高效的医疗卫生服务体系，保障人民群众健康权益，在“以病人为中心，以提高医疗服务质量为主题”的医院管理年活动、“医疗质量万里行”活动、“三好一满意”活动、“方便看中医、放心用中药、看上好中医惠民便民活动”、改善医疗服务行动计划、“民营医院管理年”活动等工作的基础上，坚持继承与发展的原则，立足新发展阶段，紧扣公立医院高质量发展新形势、新任务，制定本行动计划。

一、总体要求

（一）指导思想

以习近平新时代中国特色社会主义思想为指导，深入贯彻党的二十大和二十届一中、二中全会精神，认真落实学习贯彻习近平新时代中国特色社会主义思想主题教育要求，把保障人民健康放在优先发展的战略位置，以满足人民日益增长的美好生活需要为根本目的，以推动医疗卫生服务高质量发展为主题，以提高供给质量为主攻方向，中西医并重，加强全面质量安全管理，促进优质医疗资源扩容和区域均衡布局，不断增强人民群众获得感、幸福感、安全感。

（二）行动目标

利用 3 年时间，在全行业进一步树立质量安全意识，完善质量安全管理体系和管理机制，进一步健全政府监管、机构自治、行业参与、社会监督的医疗质量安全管理多元共治机制，进一步巩固基础医疗质量安全管理，提升医疗质量安全管理精细化、科学化、规范化程度，进一步优化医疗资源配置和服务均衡性，提升重大疾病诊疗能力和医疗质量安全水平，持续改善人民群众对医疗服务的满意度。

二、行动范围

全国二级以上医疗机构。

三、组织管理

国家卫生健康委、国家中医药局负责全国行动计划的制定和组织实施，指导省级卫生健康行政部门（含中医药主管部门，下同）、国家级质控中心、行业学（协）会、医疗机构分别推进工作。省级卫生健康行政部门负责本辖区具体工作方案的制定和落实，指导辖区内医疗机构及相关组织、单位落实相关工作要求和监管责任，及时总结经验并加强宣传交流。

省级以上各专业质控中心负责制订本专业质量安全改进工作计划并组织实施；监测、分析本专业医疗质量安全情况，研究提出医疗质量安全改进目标和质控工作改进目标，加强质量安全改进策略研究，为行政部门管理工作提供技术支撑。其他各级质控组织按照分工落实工作。

各级各类医疗机构是行动的责任主体，医疗机构主要负责人是第一责任人。医疗机构要按照本行动计划和辖区具体方案要求，强化医疗质量安全主体责任，完善医疗质量安全管理体系，落实各项具体工作任务，强化人员教育，培育质量安全文化，提升医疗质量安全水平。

四、工作任务

（一）加强基础质量安全管理，夯实结构质量

1. 健全医疗质量管理组织体系。医疗机构进一步健全院、科两级医疗质量安全管理体系，按要求成立由医疗机构主要负责人担任主任的医疗质量管理委员会，指定或者成立专门部门具体负责医疗质量安全日常管理工作。各业务科室成立由主要负责人担任组长的医疗质量管理工作小组，指定专人负责日常具体工作。

2. 完善质量安全管理制度。医疗机构严格按照法律法规要求，建立健全本机构各项质量安全管理制度，强化重点环节和重点领域的日常管理，结合本机构实际，细化完善并严格落实 18 项医疗质量安全核心制度。

3. 优化质量安全工作机制。医疗机构主要负责人每月召开医疗质量管理委员会专题会议，研究部署医疗质量安全工作。建立院周会反馈质量安全工作机制，创办质量安全月刊，督促指导各部门、各科室精准开展医疗质量安全改进工作。各部门、各临床科室及医技科室主要负责人每月召开专门会议，研究本部门、本科室医疗质量安全工作。

4. 加强医务人员管理。医疗机构按照国家有关规定强化医师、护士及医技人员准入和执业管理，规范医师多点执业和定期考核，以临床诊疗指南、技术规范、操作规程等为重点，对全体医务人员加强基本理论、基本知识、基本技能培训及考核，不断提升医务人员业务能力。

5. 强化药品器械管理。医疗机构依法依规确定本机构药品器械供应目录，加强重点监控合理用药药品、抗微生物药物、抗肿瘤药物以及放射影像设备、植入类器械等常用设备器械的管理，做好药品器械不良反应的监测报告，对不良反应多且安全隐患突出的药品器械要及时依法依规清退出供应目录。

6. 规范医疗技术管理。医疗机构全面梳理本机构医疗技术临床应用情况，以限制类技术、内镜和介入技术等为重点加强质量安全管理，强化新技术、新项目机构内准入管理，完善技术授权和动态管理等相应的管理制度及工作流程，在保障医疗质量安全的基础上，加强新技术临床应用和适宜技术推广。中医医疗技术操作要严格按照《中医医疗技术相关性感染预防与控制指南（试行）》要求，严格落实感控管理各项要求。

7. 提升急诊质量。医疗机构强化院前医疗急救与院内急诊的无缝衔接机制，畅通院

前医疗急救与院内急诊信息，强化预检分诊，优化急诊就诊和绿色通道流程，完善急危重症患者，特别是心血管疾病、多发性创伤、心脏骤停等急危重症患者的多学科协作救治机制，提升患者救治效果。

8. 改善门诊医疗质量。医疗机构严格执行首诊负责制，加强门急诊专业人员和技术力量配备，优化门急诊诊疗工作流程，优化门诊疑难病例会诊和多学科门诊诊疗服务，加强门诊手术、门诊化疗、门诊输液等门诊服务的质量安全管理，并把门急诊工作质量作为考核科室和医务人员的重要内容。

9. 提高日间医疗质量。医疗机构进一步完善日间医疗质量管理组织体系，加强日间医疗病种和技术管理，强化日间医疗科室和医师审核授权管理，不断扩充日间医疗服务范围，提升日间医疗服务供给能力。加强日间医疗患者评估和随访，及时发现患者病情变化并予以干预，保障日间医疗患者安全。

10. 保障手术质量安全。医疗机构严格落实手术分级管理制度，强化手术分级和医生授权动态管理，确保三、四级手术逐项授予和动态调整。全面加强手术患者术前评估、麻醉评估，落实术前讨论制度，准确把握手术适应证和禁忌证，科学制订手术方案。严格落实手术安全核查制度，强化围手术期管理。

专项行动之一：手术质量安全提升行动

通过专项行动，降低手术并发症、麻醉并发症、围手术期死亡等负性事件发生率，及时发现和消除手术质量安全隐患。到 2025 年末，日间手术占择期手术的比例进一步提升，全国三级医院手术患者住院死亡率明显下降、非计划重返手术室再手术率不高于 1.8‰ 住院患者手术后获得性指标发生率不高于 7.5‰，全面落实四级手术术前多学科讨论制度。

11. 提高患者随访质量。医疗机构根据不同疾病特点及诊疗规律，明确随访时间、频次、形式和内容等，安排专门人员进行随访并准确记录，为有需要的患者提供出院后连续、安全的延伸性医疗服务。重点加强四级手术、恶性肿瘤患者的随访管理，重点关注患者出院后发生并发症、非预期再入院治疗和不良转归等情况。

12. 优化要素配置和运行机制。医疗机构进一步强化“以患者为中心，以疾病为链条”的理念，打破传统学科划分和专业设置壁垒，以多学科协作（MDT）为基础，探索专病中心建设，为患者提供重大疾病诊疗一站式服务。

专项行动之二：“破壁”行动

聚焦心、脑血管疾病，恶性肿瘤等发病率高、严重危害人民群众健康的重大疾病，结合本地居民疾病谱和异地就医流向情况，在保障医疗安全的基础上优化要素配置和运行机制。到 2025 年末，在冠心病、脑卒中、乳腺癌、肺癌、结直肠癌等专病的诊疗模式和组织形式有创新性突破。全国急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗率提升至 80%；全国急性脑梗死再灌注治疗率提升至 45%。

（二）强化关键环节和行为管理，提高过程质量

13. 严格规范日常诊疗行为。医疗机构和医务人员严格遵循临床诊疗指南、临床技术操作规范、行业标准和临床路径等有关要求开展诊疗工作，严格遵守医疗质量安全核心制度，掌握各类检查、治疗的适应证，做到合理检查、合理用药、合理治疗。

14. 全面加强患者评估。医疗机构在住院当日、围手术（治疗）期、出院前等关键时间节点强化患者评估，规范评估流程、掌握评估策略、使用评估工具，提高评估的科学性、准确性；密切监测患者病情变化及心理状态，并及时进行再评估，根据评估情况科学调整诊疗方案，保障诊疗措施的及时性、规范性。

15. 提升三级查房质量。严格落实三级查房制度，保障临床科室对患者的查房频次、形式和内容符合规定；倡导医疗、护理、药事联合查房，倡导中西医联合查房，及时掌握患者病情变化，针对性调整诊疗方案。对四级手术患者和疑难危重患者要进行重点查房，推行多学科联合查房。

16. 提升合理用药水平。规范医师处方行为，按照安全、有效、经济、适宜的合理用药原则开具处方。推行临床药师制，发挥药师在处方审核、处方点评、药学监护等合理用药管理方面的作用。强化合理用药教育与培训，对不合理用药行为及时采取干预措施。在儿科等重点科室配备驻科药师，参与药物治疗管理。

17. 提高检查检验质量。建立健全覆盖检查、检验全过程的质量管理制度，加强室内质量控制，重点关注即时检验（POCT）质量管理，配合做好室间质量评价工作，充分发挥质量管理对于推进医疗机构检查检验结果互认的重要作用。进一步优化危急值项目管理目录和识别机制，强化危急值报告的及时性、准确性。

18. 加强病历质量管理。以提升病历内涵质量和完整性、及时性为核心任务，加强编码管理和病历质量培训，规范病历书写。以首次病程、上级医师查房、手术记录、阶段小结、出院小结等反映诊疗计划和关键过程的病历内容为重点强化管理，提升医疗质量安全意识和水平。推行门（急）诊结构化病历，提高门（急）诊病历记录规范性和完整性，提高门（急）诊电子病历使用比例。

专项行动之三：病历内涵质量提升行动

以教育培训、质控抽查、优秀病案评比和宣传交流为主要方式，引导医疗机构落实国家病历书写、管理和应用的相关规定，强化病历内涵意识，提升病历客观、真实、准确、及时、完整、规范水平，更好体现临床诊疗思维和过程。到 2025 年末，病案首页主要诊断编码正确率不低于 90%，病历记录完整性和及时性进一步提高，评选全国百佳病案并开展巡讲。

19. 加强会诊管理。进一步完善会诊制度，明确各类会诊的具体流程，加强会诊人员资质管理，统一会诊单格式及填写规范，规范会诊行为，追踪会诊意见执行情况和执行效果。同时，加强中医、营养、康复、精神、检验、病理、影像、药学等科室的多学科会诊参与度，充分发挥营养和康复治疗对提升治疗效果的积极作用。

20. 提高急难危重救治效果。医疗机构进一步优化绿色通道管理，做好急难危重患者分类，完善抢救资源配置与紧急调配机制，保障各单元抢救设备和药品可用，确保急危重患者优先救治，加强危急值处置管理，提高危急值处置的及时性、规范性。进一步落实急危重患者抢救制度和疑难病例讨论制度，提高重症患者救治技术能力。

21. 强化患者安全管理。医疗机构进一步提升医务人员患者安全意识和对医疗质量（安全）不良事件的识别能力，强化医疗质量（安全）不良事件的主动报告，定期对患者医疗质量（安全）不良事件发生情况进行分析，查找存在的共性问题和薄弱环节，开展系统性改进工作。

专项行动之四：患者安全专项行动

医疗机构开展全员参与覆盖诊疗服务、基础设施、应急处置全过程的安全隐患排查行动，优化应急预案并加强演练。强化非惩罚性报告机制，提高识别能力，优化报告途径，鼓励医务人员报告不良事件，塑造良好的质量安全氛围。到 2025 年末，每百出院人次主动报告不良事件年均大于 2.5 例次。

22. 提供优质护理。医疗机构持续扩大优质护理服务覆盖面，落实护理核心制度，做实责任制整体护理，夯实基础护理质量，实现优质护理服务扩面提质。完善护理质量监测与反馈，基于循证基础和临床需求开展持续改进工作，提高护理同质化水平。

（三）织密质量管理网络，完善工作机制

23. 健全质控体系和工作机制。卫生健康行政部门规范本级质控中心的建设和管理，中医药主管部门要加强中医质控中心建设和设置，强化对质控中心指导考核，进一步扩大质控工作覆盖范围，提高质控中心工作的规范化、科学化、专业化水平，将部分重点专业质控组织延伸至县区。地（市）级以上卫生健康行政部门（含中医药主管部门，下同）每季度召开至少 1 次专题会议，研究质控体系建设运行、推进质量安全提升行动计划等相关工作。

24. 加强质量安全信息公开。省级以上卫生健康行政部门建立辖区内医疗机构质量安全排名、通报和信息公开制度，完善工作机制，充分调动行业重视程度和工作积极性。各级质控中心围绕本专业年度质量安全情况进行监测、分析和反馈，为此项工作提供技术支撑。

25. 完善“以质为先”的绩效管理机制。医疗机构将医疗质量管理情况作为绩效考核的重要依据，探索建立以医疗质量安全为导向的绩效分配机制。将科室医疗质量管理

情况作为科室负责人综合目标考核以及聘任、晋升、评先评优的重要指标；将科室和医务人员医疗质量管理情况作为医师定期考核、晋升的重要依据。

专项行动之五：“织网”行动

到2025年末，设置完成不少于60个专业的国家级质控中心，不少于10个中医专业国家级质控中心；不少于1800个省级质控中心不少于300个省级中医质控中心，不少于1.8万个地市级质控中心（组织），不少于1800个地市级中医质控中心。质控工作逐步覆盖住院、日间、门（急）诊等全诊疗人群。其中，心血管疾病、神经系统疾病、肿瘤、麻醉、重症、药事、院感、护理等专业质控中心（组织）实现地市级全覆盖，并延伸至50%以上县域。全国纳入单病种管理的病种（技术）数量不少于100个，发布年度省级医疗服务与质量安全报告的省份不少于20个，各专业国家级质控中心按年度发布本专业医疗服务与质量安全报告。

26. 强化目标导向，优化改进工作机制。卫生健康行政部门指导质控组织和医疗机构聚焦年度国家医疗质量安全改进目标、各专业质控工作改进目标和患者安全目标，合理细化本地区、本机构改进目标并确定目标改进幅度，把推动目标实现作为年度质量安全管理工作重点，创新工作机制和方式方法，以点带面提升质量安全水平。

27. 充分发挥考核评估指挥棒作用。卫生健康行政部门充分发挥医院评审、公立医院绩效考核、公立医院高质量发展评价、医联体绩效考核、临床专科评估、单病种质量评估等工作的指挥棒作用，将医疗质量管理情况作为考核工作的重要内容，督促指导医疗机构落实相关政策要求。

28. 加强中医药质控。医疗机构应将中医医疗技术应用、中药合理使用等，纳入医疗质量管理。各级中医药主管部门应加强中医药质控机构设置和建设，加大中医诊疗技术规范的修订和完善。

五、工作安排

（一）启动阶段（2023年5月—6月）

国家卫生健康委联合国家中医药局制定印发行动计划，拟定对各省份行动效果监测指标体系，召开工作会议做出具体工作安排。各省级卫生健康行政部门制定具体工作方案报国家卫生健康委和国家中医药局备案，部署本辖区行动相关工作。

（二）实施阶段（2023年6月—2025年9月）

各级卫生健康行政部门按年度进行行动工作部署和工作总结。各地按照本计划分别

落实工作，加强指导评估，及时解决共性问题。发掘先进做法和典型经验，遴选年度典型案例并进行宣传推广。

（三）评估总结（2025 年 10 月 -12 月）

在各地总结的基础上，国家卫生健康委和国家中医药局对质量安全提升工作进行全面总结评估，提炼质量安全提升工作经验，通报巡查发现的典型案例，加强行动计划和工作成效宣传，营造良好舆论氛围，对于工作中发掘的先进做法和典型经验，组织宣传推广，推动形成制度性安排。

六、工作要求

（一）加强组织领导。

各单位要充分认识开展全面提升医疗质量行动计划的重要意义，以对人民健康高度负责任的态度抓好工作落实。卫生健康行政部门负责同志要亲自抓，细化政策措施，明确责任分工，层层压实责任，推进工作有序开展。医疗机构主要负责人要亲自研究、靠前领导，落实落细各项工作，强化基础医疗安全管理，加强医疗质量安全日常监测、分析和反馈，推动行动顺利开展。

（二）做好政策协同。

各地卫生健康行政部门要对照法律法规、部门规章和有关文件等要求制定完善配套文件，指导医疗机构建立健全相关制度规范并加强日常监管。充分利用医院评审、绩效考核、专科评估等工作抓手，将医疗质量安全提升工作落实落细，推动医疗质量安全持续改进。

（三）强化科学管理。

各级卫生健康行政部门、质控组织和医疗机构要密切关注医疗质量安全管理领域前沿进展，吸纳国内外先进管理经验和方法，加强医疗质量安全管理相关学习培训，推广单病种管理、全面质量管理等医疗质量管理工具，提升质量安全管理科学化程度和管理效能。

（四）加强宣传引导。

各级卫生健康行政部门和质控组织要注重从多维度、多层面挖掘行动落实先进典型，充分利用行业主流媒体和短视频、公众号等网络新媒体多种形式进行宣传推广，营造良好氛围。省级以上卫生健康行政部门要遴选具有代表意义的典型案例予以通报表扬，充分调动医疗机构参与行动的积极性。

（五）建立长效机制。

各省级卫生健康行政部门要在行动期间不断总结经验，进一步巩固全行业质量安全意识和“以病人为中心”服务理念，增强各方参与医疗质量安全管理的意愿，进一步提升行业社会认可度，完善政府监管、机构自治、行业自律、社会监督的医疗质量安全管理多元良性共治长效机制。

附件 1　全面提升医疗质量行动（2023—2025）各省行动效果监测指标体系

序号	评估维度	评估指标	指标导向
1	工作落实	年度工作方案制定情况	/
2		年度工作总结情况	/
3		年度质量安全信息公开情况	/
4		质控中心建设情况	/
5		质控中心工作考核情况	/
6		中西医结合工作开展情况	/
7	质量安全目标改进情况	年度国家医疗质量安全改进目标改进情况	/
8		年度质控工作改进目标改进情况	/
9	急诊和日间医疗质量	平均急救响应时间	逐步降低
10		心脏骤停复苏成功率	逐步升高
11		急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗率	逐步升高
12		急性脑梗死再灌注治疗率	逐步升高
13		开展日间医疗服务的医院占比	逐步升高
14		日间手术占择期手术的比例	逐步升高

续表

序号	评估维度	评估指标	指标导向
15	医疗行为质量	肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率	逐步升高
16		营养风险筛查率	逐步升高
17		疼痛评估规范率	逐步升高
18		门诊和住院处方审核率	逐步升高
19		门诊和住院处方审核合格率	逐步升高
20		住院患者静脉输液规范使用率	逐步升高
21		危急值报告及时率和危急值处置及时率	逐步升高
22		早期康复介入率	逐步升高
23		室间质评项目合格率	逐步升高
24		四级手术患者随访率	逐步升高
25		恶性肿瘤患者随访率	逐步升高
26		每百出院人次主动报告不良事件例次	逐步升高
27		中医医疗机构中以中医治疗为主的出院患者比例	逐步升高
28	结果质量	医院 CMI 值	逐步升高
29		ICU 患者病死率	逐步降低
30		手术并发症发生率	逐步降低
31		非计划重返手术室再手术率	逐步降低
32		围术期死亡率	逐步降低
33		恶性肿瘤患者生存时间	逐步升高
34		血管内导管相关血流感染发生率	逐步降低
35		患者院内压力性损伤发生率	逐步降低
36	病历质量	门诊病历电子化比例	逐步升高
37		门诊结构化病历使用比例	逐步升高
38		病案首页主要诊断编码正确率	逐步升高
39		病历记录及时性	逐步升高
40		全国百佳病案入选情况	/

手术质量安全提升行动方案
（2023—2025 年）

为深入推进健康中国建设，进一步提升医疗机构手术管理能力，保障患者手术质量安全，按照《全面提升医疗质量行动计划（2023-2025 年）》安排，制定本方案。

一、行动目标

利用 3 年时间，进一步完善手术质量安全管理体系，形成科学规范、责权清晰、运行顺畅的管理机制。到 2025 年末，住院患者围手术期死亡、手术并发症、麻醉并发症等负性事件发生率进一步下降，非计划重返手术室再手术率不高于 1.8‰，住院患者手术后获得性指标发生率不高于 7.5‰，手术麻醉期间低体温发生率、I 类切口手术抗菌药物预防使用率进一步降低，日间手术占择期手术的比例进一步提高，四级手术术前多学科讨论制度得到全面落实。

二、行动范围

全国二级以上医疗机构。

三、行动内容

（一）以科学评估为抓手，加强术前风险管理。

1. 加强手术风险评估。医疗机构按照《医疗机构手术分级管理办法》对手术的定义和管理要求，参考行业基础情况，以既往数据为基础，对本机构开展的手术进行科学评估，根据评估情况制定本机构手术分级管理目录，并按要求动态调整，保障手术分级管理的科学性。

2. 加强手术人员能力评估。医疗机构利用手术质量安全数据对手术医师、麻醉医师、护理人员等手术相关医务人员的专业能力进行科学客观评估，根据评估情况和医务人员接受培训情况进行手术相关授权管理。其中，三、四级手术要对医师进行逐项授权，手术授权原则上不得与术者职称、职务挂钩。

3. 加强患者风险评估。医疗机构进一步完善患者术前评估管理制度和流程，规范实施患者术前评估，包括但不限于患者一般情况、疾病严重程度、重要脏器功能状况、用药情况、凝血功能、心理和营养状态等。探索建立结构化的患者术前评估表，防止漏评、错评，并在手术前对已完成的评估项目进行核定和分析，对其中发生变化的项目及时复评。

4. 科学制定手术方案。医疗机构要根据手术风险、患者评估情况和患者意愿科学制定手术方案，明确手术指征、禁忌症、手术方式、预期效果、手术风险及处置预案，根据手术方案遴选确定术者。患者手术涉及多学科或存在可能影响手术的合并症的，应当邀请相关科室参与术前讨论，或事先完成相关学科会诊，其中每例四级手术均应当完成术前多学科讨论。

5. 规范做好术前准备。医疗机构要加强患者术前管理，充分告知并指导患者遵守术前注意事项，规范完成手术部位标记、禁食禁饮、药物使用等要求，采取措施降低手术应激反应。对存在糖尿病、高血压、凝血功能障碍等情况的患者，严格核实术前药物应用情况，防止出现意外。属于急诊手术的，应当有规范、简便的术前准备清单、流程，避免遗漏必要的术前准备内容。

（二）以强化核查为基础，严格术中风险管理。

6. 强化手术设备设施核查。在手术开始前，对手术使用的设备、设施、耗材等进行安

全核查，确保相关设备设施可用，耗材准备到位，性能符合要求。特别是对污染性手术，要在合理安排手术室和手术时间的基础上，做好防护设备设施的准备，防止交叉感染。

7. 强化手术人员及环节核查。避免出现计划手术医师与实际手术医师不一致的情况，保障手术过程中主要术者（含第一助手）和麻醉医师全程在场。严格落实手术安全核查制度，按照《手术安全核查表》在麻醉实施前、手术开始前和患者离开手术室前，由麻醉医师牵头，以口述核对方式逐项核对相关内容，严防手术部位错误、手术用物遗落、植入物位置不当、手术步骤遗漏等问题。

8. 强化患者与手术过程核查。手术过程中，严密监测患者血压、心率、体温、血氧饱和度等生命体征，密切关注患者的意识状态、肌肉紧张程度、失血量、出入量等情况，及时发现苗头性问题并予以干预。加强全麻患者术中体温管理，积极采取术中主动保温措施，防止患者失温。同时，严格执行手术室无菌技术、各项操作流程及技术规范，规范使用抗菌药物、止血药物和耗材。

（三）以精细管理为保障，强化术后风险管理。

9. 做好术后转运衔接。医疗机构进一步规范手术患者转运和交接工作，制定交接清单。严禁将三、四级手术和全麻手术术后患者交由第三方人员独自转运。四级手术患者在术后首次转运过程中应当由参与手术的医师全程陪同；转运交接时，应当与接收医师及相关医务人员面对面交接，确保转运安全和相关信息传递无误。

10. 强化术后即时评估。医疗机构根据既定手术方案和患者术后情况，科学选择麻醉复苏室、普通病房、重症监护室等术后观察和恢复区域。加强麻醉复苏室管理，建立转入、转出标准与流程并严格落实，鼓励按患者风险程度分区管理，明确岗位职责。密切关注患者生命体征及意识状态变化，加强对患者引流物性状、引流量、出入量、伤口渗血等情况的观察，及时开展疼痛评估，规范处置危急值。

11. 加强术后恢复管理。严格落实三级查房、值班和交接班、分级护理等医疗质量安全核心制度，重点关注四级手术患者、认知功能障碍等特殊患者的床旁交接班落实情况。鼓励医疗机构采用临床营养、早期康复、心理治疗、中医中药等医疗措施，促进术后患者康复；鼓励患者主动参与术后康复活动。加强围手术期感染和深静脉血栓栓塞预防。

12. 规范开展出院指导。医疗机构在患者出院前，书面告知出院医嘱、出院后注意事项，提供联系方式。按病种特点和相关诊疗规范要求，确定随访时间、频次、内容和

形式等。对四级手术患者，原则上每年随访不少于 1 次；对日间手术患者，应当在出院后 24 小时内完成首次随访；相关随访情况应纳入病历资料或单独建档保存。

（四）以优化机制为手段，实现系统持续改进。

13. 完善手术分级管理机制。医疗机构按照《医疗机构手术分级管理办法》要求，制定和优化本机构手术分级管理制度，明确科室手术分级管理议事规则和工作流程，建立从手术分级管理目录制定、医务人员授权、患者术后管理到医疗机构内部督查等手术分级管理全流程的制度。通过信息化手段推动手术分级管理制度落实，提升管理精细化程度。

14. 优化手术服务机制。推动医疗机构采用信息化手段实时监测手术室使用情况，及时动态调整手术室排台，提高手术室资源分配合理性，缩短患者手术等待时间。推动择期住院手术向日间手术转换，并按照《医疗机构日间医疗质量管理暂行规定》要求，建立符合本机构实际的日间手术组织管理架构、工作制度和机制，逐步扩大日间手术服务范围。

15. 建立持续改进机制。医疗机构完善收集、分析、反馈手术质量安全数据信息的工作机制，探索建立机构内手术质量安全数据库，重点关注手术并发症、麻醉并发症等手术不良事件。定期以专题会议等形式对全院手术质量安全情况进行分析评估，根据手术相关不良事件类型、科室特点、发生时间、发生区域等开展针对性改进工作，降低手术相关不良事件发生率。

四、行动步骤

（一）启动阶段（2023 年 8 月）。

国家卫生健康委制定印发行动方案，各省级卫生健康行政部门进行工作部署和宣贯动员。各医疗机构制定本单位具体工作措施并启动行动。

（二）实施阶段（2023 年 9 月—2025 年 9 月）。

各医疗机构结合实际情况开展手术质量安全改进工作，按年度进行工作部署和工作总结，逐步健全和优化手术质量安全管理工作体系和机制，落实手术分级管理要求，实现手术质量安全持续改进。

（三）总结阶段（2025年10月—12月）。

各省级卫生健康行政部门对手术质量安全提升专项工作进行全面总结评估，多渠道、多形式对工作成效和先进典型进行宣传，将工作中形成的具有推广价值的好经验、好做法转换为制度性安排。

五、工作要求

（一）提高认识，落实落细工作措施。

各医疗机构要充分认识“手术质量安全提升行动”对于保障人民群众健康权益、促进手术质量安全提升的重要意义，将其作为全面提升医疗质量行动的重要内容，对照医疗机构手术质量安全管理示意图（附件2）开展全面自查，梳理本机构基线情况，聚焦手术质量安全的关键点，运用科学管理工具，查找存在的问题，以问题为导向，科学制订系统改进方案并落实。同时，全面加强人员培训，尤其是手术流程相关非医务人员培训，将手术质量安全情况纳入院周会、质量安全月刊定期进行通报，压实相关人员责任，保障行动取得实效。

（二）发挥合力，营造良好工作氛围。

各医疗机构加强机构间交流合作，为患者提供系统连续的医疗服务，特别是医联体牵头医院应当指导医联体内接收其下转术后恢复期患者的医疗机构做好术后风险管理。各级相关专业质控中心要密切关注手术质量安全管理领域前沿进展，吸纳国内外先进管理经验和方法，组织开展手术质量安全管理相关学习培训，提升医疗机构和医务人员的管理意识和管理能力。同时，应用信息化手段对手术质量安全情况进行分析评估，为卫生健康行政部门和医疗机构开展行动提供技术支撑。

（三）多措并举，构建长效运行机制。

各级卫生健康行政部门要加强对辖区内医疗机构和质控中心的监督指导，通过绩效考核、评优评先等措施压实医疗机构主体责任。要坚持“双管齐下”，一方面对辖区内发生的严重手术质量安全事件进行全面分析，对相关责任单位和人员依法依规严肃追责；一方面及时发现和总结先进经验，及时转化为政策措施，积极构建长效运行机制。

附件 1　手术质量安全提升行动监测指标

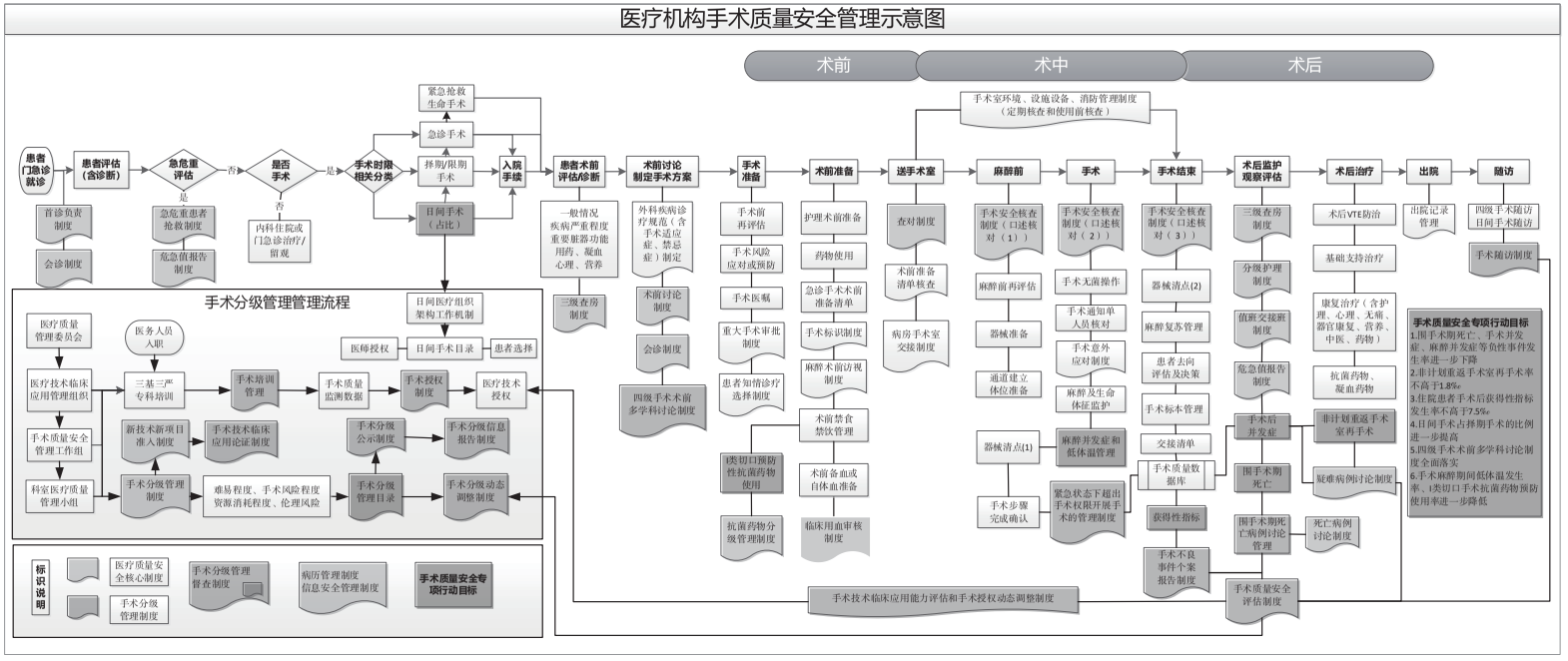
指标名称	指标属性	计量单位	指标定义	计算方法	指标说明	指标导向
住院患者围手术期死亡率	定量指标	百分比（%）	住院患者围手术期死亡人数占同期住院手术患者总人数的比例。	住院患者围手术期死亡率 = 住院患者围手术期死亡人数 / 同期住院手术患者总人数 ×100%	本指标重点关注手术当日、术后 24 小时和 48 小时的死亡情况。	逐步降低
非计划重返手术室再手术率	定量指标	百分比（%）	因各种原因导致患者手术后需进行的计划外再次手术占同期患者手术总例数的比例。	非计划重返手术室再手术率 = 患者术后非计划重返手术室再次手术例数 / 同期患者手术总例数 ×100%	本指标重点监控术后 48 小时、术后 31 天内重返手术室情况。	逐步降低
手术并发症发生率	定量指标	百分比（%）	发生手术并发症的患者例次数占同期手术患者总例次数的比例。	手术并发症发生率 = 发生手术并发症的患者例次数 / 同期手术患者总例次数 ×100%	不包括妊娠、分娩、围产期、新生儿患者。	逐步降低
术中主动保温率	定量指标	百分比（%）	手术麻醉期间采取主动保温措施（全程连续主动保温或间断主动保温）全麻例次数占同期全麻总例次数的比例。	术中主动保温率 = 手术麻醉期间采取主动保温措施全麻例次数 / 同期全麻总例次数 ×100%	术中主动保温措施包括：使用主动保温设备、升温装置等进行体温保护。使用输血输液加温装置加温至 37℃后再输注。	逐步提高

续表

指标名称	指标属性	计量单位	指标定义	计算方法	指标说明	指标导向
手术麻醉期间低体温发生率	定量指标	百分比（%）	手术麻醉期间低体温患者数（医疗目的的控制性降温除外）占同期接受体温监测的麻醉患者总数的比例。	手术麻醉期间低体温发生率 = 手术麻醉期间低体温患者数（医疗目的的控制性降温除外）/ 同期接受体温监测的麻醉患者总数 ×100%	手术麻醉期间低体温是指患者进入手术间开始至患者自手术间或麻醉后监测治疗室（PACU）返回病房前核心体温低于 36℃（连续监测低体温持续≥ 30 分钟或间断监测连续两次低体温且间隔时间≥ 30 分钟）。	逐步降低
I 类切口手术抗菌药物预防使用率	定量指标	百分比（%）	I 类切口手术预防使用抗菌药物的患者数占同期 I 类切口手术患者总数的比例。	I 类切口手术抗菌药物预防使用率 =I 类切口手术预防使用抗菌药物的患者数 / 同期 I 类切口手术患者总数 ×100%	本指标反映医疗机构抗菌药物预防用药情况。	逐步降低
日间手术占择期手术比例	定量指标	百分比（%）	日间手术例次数占同期择期手术总例次数的比例。	日间手术占择期手术比例 = 日间手术例次数 / 同期择期手术总例次数 ×100%	本指标的日间手术指符合《医疗机构日间医疗质量管理暂行规定》定义的手术。	逐步提高
住院手术患者 VTE 发生率	定量指标	百分比（%）	发生 VTE 的住院手术患者数占同期住院手术患者总数的比例。	住院手术患者 VTE 发生率 = 发生 VTE 的住院手术患者数 / 同期住院手术患者总数 ×100%	本指标反映医疗机构围手术期 VTE 防治管理的终末情况。	逐步降低

注：手术包括手术、介入治疗及内（窥）镜下治疗性操作。

附件 2　医疗机构手术质量安全管理示意图



患者安全专项行动方案

（2023—2025 年）

为维护患者健康权益，保障患者安全，进一步提升医疗机构患者安全管理水平，按照《全面提升医疗质量行动计划（2023-2025 年）》有关安排，制定本方案。

一、行动目标

利用 3 年时间，进一步健全患者安全管理体系，完善制度建设，畅通工作机制，及时消除医疗过程中以及医院环境中的各类风险，尽可能减少患者在医院期间受到不必要的伤害，保障患者安全。 连续 3 年每年至少完成 1 轮全院巡检排查和全院患者安全专项培训，至 2025 年末，患者安全管理水平进一步提升，每百出院人次主动报告不良事件年均大于 2.5 例次，低风险病种住院患者死亡率进一步降低。

二、行动范围

全国二级以上医疗机构。

三、行动内容

（一）确保医疗服务要素安全。

1. 加强药品耗材安全管理。加强药品耗材采购、储存、调配、使用全程管理，对高警示药品及易混淆药品，分别存放并设置警示标识，确保药品耗材存储环境符合要求并处于有效期内，及时清理过期药品耗材。特别是对机构内制剂、高警示药物、毒麻精放等重点药物类别加大管理力度。严格防止假冒伪劣、过期药品耗材流入临床，严禁重复使用一次性耗材，加强患者自带、外购药品使用管理。对可重复使用的耗材，加强洗消、检测管理，及时清除超使用寿命、性能不达标的耗材。

2. 排查医疗设备设施安全隐患。对本机构使用的医疗设备设施进行全面排查，重点关注相关设备设施定期保养检修情况、功能状态，特别是近期进行场地改造、设备设施更新换代、运行机制调整优化的领域要进行细致排查，对变更后的设备设施运行情况进行监测分析，及时发现异常情况并予以有效干预。对事关生命安全的重点领域进行事前审查、事后检测、定期巡检，防止出现因设备设施失检、失修导致的安全问题。同时，加强实验室强酸、强碱、腐蚀、有害、易燃、易爆品的管理，防止腐蚀、灼伤、中毒、水灾、火灾和爆炸等事件的发生。

3. 规范医务人员管理。加强医务人员规范管理，明晰各个岗位职责，压实科主任、护士长、医疗团队负责人、值班人员等关键岗位人员的医疗安全责任。强化医务人员临床能力评估，严格按照有关要求对医务人员进行医疗技术、临床带教等授权管理，强化进修人员、规培人员、实习人员以及第三方外聘人员的管理，规范开展临床带教工作，做好风险把控。

（二）保障医疗服务过程安全。

4. 强化检查检验安全管理。严格把握各类检查检验项目的适应症、禁忌症，重点关注无痛检查、内镜检查、有创检查、运动平板试验、磁共振、增强显像或造影等高风险、耗时长或有特殊要求的检查检验项目。在实施检查前，核验患者情况，确保患者已按要求做好准备；检查过程中，密切观察患者状态，及时发现并处理意外情况；检查完成后，根据患者实际情况，引导或护送患者返回。

5. 严格诊疗行为安全管理。在各项诊疗服务过程中，严格把握禁忌证和适应证，严格执行查对制度，防止诊疗对象、部位、措施发生错误，重点关注孕产妇、儿童、老年人、精神或意识障碍患者等特殊人群的情况。积极开展用药全过程管理，确保给药的时间、途径、剂量等准确无误，防止发生药物使用禁忌、配伍禁忌、药物渗漏等情况，及时处理过敏、呕吐、疼痛等不良反应。

6. 落实患者日常安全管理。严格落实医疗质量安全核心制度，加强住院患者评估观察，关注患者精神心理状态，及时发现患者病情变化并予以处理，防止患者坠床、跌倒、走失、自残、自杀或伤害其他人员。加强门（急）诊候诊患者管理，建立识别高危患者并予以优先接诊的措施。严格落实医院感染管理要求，规范实施深静脉血栓预防，减少院内感染、深静脉血栓栓塞等不良事件，对接受手术治疗、中心静脉插管、呼吸机辅助呼吸、长期卧床等高风险患者，实现全覆盖监测管理。

7. 提高急诊急救能力。按要求在院内重点区域/部门（部位）配置抢救车、除颤仪等急救药品和设备设施，保障相关药品、设备设施随时可用。加强对危急值的管理，保障各种急救绿色通道通畅，确保急危重症患者得到及时救治。鼓励有条件的医疗机构建设应急救治一键呼叫系统，组建相对固定的队伍负责心肺复苏、气管插管等应急处置。建立医疗安全应急响应机制，制定应对群死群伤、突发传染病等突发公共卫生事件的预案并加强演练。

8. 保障诊疗信息安全。提高对信息安全的重视程度，按要求对医疗机构内部的信息系统采取信息安全等级保护措施，加强账号信息和权限管理，定期开展文档核验、漏洞扫描、渗透测试等多种形式的安全自查，防止数据泄露、毁损、丢失，严禁任何人擅自向他人或其他机构提供患者诊疗信息。同时，做好信息系统容灾备份，建立信息系统应急处置预案，并制定医院信息系统局部或全部瘫痪状况下临床运行处置预案。

（三）优化患者安全管理机制。

9. 健全常态化管理体系。进一步建立健全患者安全管理相关组织架构，明确部门及其岗位职责，建立工作制度、完善工作流程并严格落实。将患者安全工作纳入院周会、质量安全月刊，督促指导各部门、各科室精准开展患者安全改进工作。探索建立长效数据动态监测平台，合理应用质量管理工具，开展回顾性分析、横断面监测、前瞻性预警，及时识别风险，及早干预，减少不良事件发生。同时，加强医院投诉管理，建立患者诉求快速响应机制，强化投诉信息闭环管理，实现“一个诉求解决一类问题”。

10. 完善不良事件报告处理机制。按照医疗质量（安全）不良事件（以下简称不

良事件）分类标准（附件 2），向国家医疗质量安全不良事件报告与学习平台（https：//quality.ncis.cn/platform-home）上报不良事件信息。加强强制上报类事件管理，倡导主动上报与积极处置并重的处理模式，形成非惩罚性报告机制和激励机制。鼓励医疗机构建立机构内部不良事件信息报告平台，重点关注医疗质量隐患问题或未造成严重不良后果的负性事件，对不良事件反映出的安全隐患开展重点整改，采取有针对性的措施预防不良事件的发生。

11. 提升全员安全意识。围绕相关法律法规、医疗质量安全核心制度、年度国家医疗质量安全改进目标、质量管理工具等内容，建立患者安全培训课程。按年度制定医院患者安全管理培训计划，实施以提升患者安全为核心的全员教育培训，加强对非医务人员和第三方服务人员的培训，特别是加强对直接服务于患者的后勤人员、护理员的培训。通过院报、学习会、专栏 / 刊、信息平台等多种方式提升信息获取和知识传播的持续性，并在每年世界患者安全日前后组织开展患者安全集中宣传活动，不断提升全员安全意识与管理水平。

12. 构建良好患者安全文化。充分发挥文化建设在患者安全管理工作中的导向作用。将构建患者安全文化纳入医院发展建设总体目标，统筹规划，营造人人重视安全，人人落实安全，主动报告、有效沟通，从错误中学习的非惩罚性患者安全管理文化氛围，引导全员积极参与患者安全。积极开展覆盖患者诊疗全过程的健康教育，引导患者及家属参与患者安全管理，探索为患方提供不良事件上报途径。

四、行动步骤

（一）启动阶段（2023 年 9 月）。

国家卫生健康委制定印发专项行动方案，各省级卫生健康行政部门进行工作部署和宣贯动员。各医疗机构制定本单位具体工作措施，并启动行动。

（二）实施阶段（2023 年 10 月—2025 年 9 月）。

各医疗机构结合实际情况开展患者安全改进工作，按年度进行工作部署和工作总结，逐步健全和优化患者安全管理工作体系和机制，落实管理要求，消除患者安全隐患，实现患者安全持续改进。各省级卫生健康行政部门于每年 10 月 30 日前将本年度患者安全工作汇总表（附件 3）报送我委医政司。

（三）总结阶段（2025 年 10 月—12 月）。

各省级卫生健康行政部门对患者安全提升专项工作进行全面总结评估，多渠道、多形式对工作成效和先进典型进行宣传，将工作中形成的具有推广价值的好经验、好做法转换为制度性安排。

五、工作要求

（一）强化组织领导，推动工作落地。

各级卫生健康行政部门充分发挥行业主管部门的统筹指导作用，强化目标导向，将保障患者安全作为全面提升医疗质量行动的重要内容一并推进。医疗机构要落实患者安全管理主体责任，将患者安全纳入医疗质量管理和医院管理制度体系，加强组织领导、明确责任人员、分解工作任务、定期开展自查自纠，聚焦重点部门、重点环节和重点领域，提高风险识别能力，主动报告患者安全风险隐患，对发现的隐患与问题逐项研究，以问题为导向开展改进工作，将工作落到实处。

（二）鼓励全员参与，实现多元共治。

各级卫生健康行政部门和各医疗机构要进一步巩固患者安全意识和“以患者为中心”的服务理念，从多维度、多层面挖掘先进典型，充分宣传推广，营造良好氛围，充分调动医务人员与社会各界参与行动的积极性，努力构建“政府主导 - 医院主体 - 社会协同 - 患者参与”的患者安全多元共建共治新格局。鼓励行业组织定期组织区域或全国性患者安全经验交流，推广优秀患者安全管理模式、案例、工具及患者安全培训课件 / 视频，营造良好氛围。

（三）持续改进提升，形成长效机制。

各级卫生健康行政部门和各医疗机构按照“全员意识强化、全面系统优化、全程积极参与、落实预防为主、推进持续改进”的原则，运用系统管理方法，从顶层设计、管理制度、工作流程等方面积极总结先进经验，构建长效运行管理机制，形成预防、处置、反馈、分析、改进的闭环管理模式，并将工作中形成的好经验、好做法及时转化为政策要求，为医疗安全持续改进工作奠定更为坚实的基础。

附件 1　患者安全专项行动监测指标

指标名称	指标属性	计量单位	计算方法	指标说明	指标导向
年度患者安全培训完成率	定量指标	百分比（%）	年度患者安全培训完成率 = 参与患者安全培训的人数 / 工作人员总人数 ×100%	本指标重点关注医院针对患者安全内容开展培训宣教人员覆盖情况。	逐步提升
每百出院人次报告不良事件例数	定量指标	例次	每百出院人次报告不良事件例数 = 不良事件案例上报数量 / 同期出院患者总数 ×100	本指标反映医院工作人员对不良事件的识别和报告情况。	逐步提升
低风险病种患者住院死亡率	定量指标	百分比（%）	低风险病种患者住院死亡率 =ICD 低风险病种患者住院死亡数 /ICD 低风险病种患者总数 ×100%	本指标是诊断为 115 种低风险疾病（编码详见《三级医院评审标准（2022 年版）》）的患者中，死亡患者比例。	逐步降低
给药差错发生率	定量指标	百分比（%）	给药差错发生率 = 给药错误发生人次数 / 同期用药患者总数 ×100%	给药错误包括给药对象、品种、剂量、剂型、时间、途径、方式、频次等发生错误。	逐步降低
药物不良反应报告率	定量指标	百分比（%）	药物不良反应报告率 = 药物不良反应上报人数 / 实际发生药物不良反应人数 ×100%	反映医院重视用药安全的指标。	逐步提升
输血不良反应报告率	定量指标	百分比（%）	输血不良反应报告率 = 输血不良反应上报人数 / 实际发生输血不良反应人数 ×100%	反映医院重视用血安全的指标。	逐步提升
医疗器械不良反应报告率	定量指标	百分比（%）	医疗器械不良反应报告率 = 医疗器械不良反应上报例数 / 实际发生医疗器械不良反应例数 ×100%	反映医院重视医疗器械安全的指标。	逐步提升

续表

指标名称	指标属性	计量单位	计算方法	指标说明	指标导向
阴道分娩产妇分娩或产褥期并发症发生率	定量指标	百分比（%）	阴道分娩产妇分娩或产褥期并发症发生率 = 阴道分娩产妇分娩或产褥期并发症的发生例数 / 同期阴道分娩产妇的总数 ×100%	反映医院重视住院分娩安全的指标。	逐步降低
住院患者医院内跌倒或坠床所致髋部骨折发生率	定量指标	百分比（%）	住院患者医院内跌倒或坠床所致髋部骨折发生率 = 住院患者发生院内跌倒或坠床致髋部骨折的患者例数 / 同期全部出院患者总数 ×100%	本指标重点关注因跌倒 / 坠床而造成医疗伤害的情况。	逐步降低

附件 2　医疗质量安全不良事件分级分类标准

不良事件严重程度分级

严重程度分类	给患者造成损害的程度
Ⅳ类事件（隐患事件）：未发生不良事件	A 级：环境或条件可能引发不良事件
Ⅲ类事件（无后果事件）：发生不良事件，但未造成患者伤害	B 级：不良事件发生但未累及患者 C 级：不良事件累及患者但没有造成伤害 D 级：不良事件累及患者，需进行监测以确保患者不被伤害，或需通过干预阻止伤害发生
Ⅱ类事件（有后果事件）：发生不良事件，且造成患者伤害	E 级：不良事件造成患者暂时性伤害并需进行治疗或干预 F 级：不良事件造成患者暂时性伤害并需住院或延长住院时间 G 级：不良事件造成患者永久性伤害 H 级：不良事件发生并导致患者需要治疗挽救生命
Ⅰ类事件（警告事件）：发生不良事件，造成患者死亡	I 级：不良事件发生导致患者死亡