

《2021 年国家医疗质量安全改进目标》  
系列解读报道汇编

# 目 录

一、医疗质量安全改进目标权威解读①提高静脉血栓栓塞症规范预防率.....	4
二、国家医疗质量安全改进目标权威解读②提高医疗质量安全不良事件报告率.....	10
三、国家医疗质量安全改进目标权威解读③提高急性脑梗死再灌注治疗率.....	16
四、国家医疗质量安全改进目标权威解读④降低住院患者静脉输液使用率.....	21
五、国家医疗质量安全改进目标权威解读⑤提高急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗率.....	26
六、国家医疗质量安全改进目标权威解读⑥降低阴道分娩并发症发生率.....	31
七、国家医疗质量安全改进目标权威解读⑦降低血管内导管	

相关血流感染发生率.....	36
八、国家医疗质量安全改进目标权威解读⑧提高住院患者抗 菌药物治疗前病原学送检率.....	40
九、国家医疗质量安全改进目标权威解读⑨提高病案首页主 要诊断编码正确率.....	45
十、国家医疗质量安全改进目标权威解读⑩提高肿瘤治疗前 临床 TNM 分期评估率.....	51

# 一、医疗质量安全改进目标权威解读① 提 高静脉血栓栓塞症规范预防率—减少潜在的 VTE 事件

解读专家：上海交通大学医学院附属瑞金医院 陆勇 丁永杰

## 1. 案例：

日前，41 岁的谢女士在行左侧肾上腺腺瘤切除术后，来到上海交通大学医学院附属瑞金医院内分泌科进行复查。入科时，患者说自己近一个月乏力、左下踝部轻度不适。完善病史后，医院对其进行人工智能临床辅助决策支持系统（AI-CDSS）评估，结果显示，谢女士属于静脉血栓栓塞症（VTE）高风险人群，建议排查静脉血栓栓塞性疾病。另评估为低出血风险，建议给予药物预防性抗凝治疗。

随后，经治医师与谢女士签署了“知情同意书”，每天进行药物预防。然后，超声科对其进行下肢深静脉血管多普勒检查，当天下午就发现她左下肢肌间形成静脉血栓，请放射介入科会诊，加强抗凝治疗。

第二天，谢女士进行了肺动脉薄层 CT 造影检查。放射科即刻发送危急值，告知经治医师患者右下肺动脉栓塞。内分泌病区迅速启动急诊肺栓塞急救绿色通道，邀请呼吸与危

重症医学科会诊，谢女士在当日转至呼吸与危重症医学科继续接受诊治。

目前，谢女士已出院，在医院肺栓塞抗凝门诊接受随访治疗，症状缓解，无出血表现。

## 2.现状：预防意识不足，筛查流程不规范

长期以来，静脉血栓栓塞症（VTE）一直是住院患者非预期死亡的首要病因，特别是造成肿瘤和手术患者在院死亡的重要直接原因。VTE是包括深静脉血栓形成（DVT）和肺血栓栓塞症（PTE）等一组血栓栓塞性疾病，是遗传性和获得性等多种危险因素共同作用的全身性疾病。

2018年发布的一项包含60家研究中心、纳入13609名住院患者的“中国城市地区三级医院住院患者VTE风险观察性横断面研究”显示，依照内科住院患者静脉血栓栓塞症Padua评分结果，内科患者中VTE高危占比为63.4%，低危占比为36.6%；依照Caprini血栓风险评估模型评分结果，外科患者中VTE高危占比为53.4%，中危占比为32.7%，低危占比为13.9%。在所有研究对象中，中高危患者的占比高达75.05%。

虽然VTE较为常见且风险高，但完全可防可控，积极有效的评估和规范预防将大大降低在院患者发生VTE的风险。

对VTE发病率和致死致残率认识不足、担心做足28天

抗凝治疗可能带来出血风险、对治疗费用上升有顾虑……这些因素造成了我国目前 VTE 规范评估的比例低，规范预防的比例更低。有研究显示，住院患者中接受规范预防的比例仅为 3.1%。

评估措施不到位、预防不规范等多种因素，导致 VTE 对住院患者造成了巨大危害。2018 年，在全国 1100 家医疗机构急性肺血栓栓塞和深静脉血栓住院患者中，校正死亡率分别为 5.39%和 0.23%。

我国 VTE 预防中存在的问题主要包括 4 方面。

第一，医务人员、患者及家属的 VTE 预防意识普遍不足。不少医务人员认为只有骨科、呼吸科等科室的患者才有可能发生 VTE 的风险，而大部分患者对 VTE 预防知识了解少之又少。

第二，筛查和预防流程不规范，缺乏统一的标准。目前，对 VTE 的风险评估也是多种形式并存，预防措施多凭经治医师主观判断。

第三，各科室重视程度不一，以呼吸、骨科、血管外科等科室意识最强，其他 VTE 高风险科室参与不足。

第四，缺乏延期预防和长效评价机制。多数医院缺少预防措施的质量控制目标，VTE 的防治工作尚未形成体系。

3.应对：构建防治体系，借力智能评估

2018年，国家卫生健康委在全国范围内开展加强肺栓塞和医院内静脉血栓栓塞症防治能力建设项目，希望提升医疗机构住院患者VTE风险的评估比率，覆盖所有住院患者，有效提升住院患者VTE规范预防比例，对于早期发生的VTE患者实施规范和及时的治疗，并将严重的致死性VTE发生率下降到极低水平。

近期，全国肺栓塞和深静脉血栓形成防治能力建设项目办公室制定了VTE防治中心建设标准，在全国医疗机构推广防治中心认证工作。还制定了《医院内VTE防治管理办法》《医院内VTE防治工作手册》等，指导和规范全国医院VTE的防治工作。

医疗机构内部如何提升VTE规范预防率？

第一，应构建全院性的VTE防治体系，实行闭环式全程质量管理。通过医院VTE防治管理委员会和各高危科室的VTE防治小组，明确人员职责，制定适合自身情况的VTE风险评估、预防和诊疗流程。通过制定质量改进指标和计划，定期对各试点医院各科室血栓防治情况进行检查和反馈，并提出改进意见，通过不断循环的计划、执行、学习和反应过程，不断提高项目效果。

第二，医疗机构应制定规范的VTE评估流程，覆盖所有住院患者。对在院的VTE中高危患者，根据出血风险，进行规范的药物、物理预防，并开展有针对性的宣教工作。

第三，应组织全院专项培训，提高医务人员 VTE 防治意识和能力，建立 24 小时 VTE 快速诊治绿色通道，确保急性 VTE 能得到及时有效的救治。

以上工作离不开 VTE 信息化建设。医疗机构应确保数据记录及时、准确、完整、可追溯。通过与医院信息系统对接，实现 VTE 风险提示、预防、治疗自动提醒并追踪实施情况。目前，国内不少医院已经建立了 VTE 智能评估系统，将风险预警、规范预防、早期发现和追踪随访整合成完整的信息链。不少地方也建设了区域性的 VTE 评估系统。

预防流程应以药物预防为主。以低分子肝素为代表的抗凝药物已经广泛用于 VTE 预防。目前新型口服抗凝药等也是国际指南推荐的标准化用药之一。

物理预防包括间歇下肢加压充气泵和弹力袜等，更为有效的是及早下地活动和快速康复外科（ERAS）措施的普及。除了院内预防以外，部分肿瘤、外科手术、产科等的特殊患者还需进行 28 天的延期预防性抗凝治疗。

此前，上海瑞金医院回顾性分析了骨科和呼吸与危重症医学科的 32113 例住院患者数据，对照比较 VTE 规范防治项目开展前后状况，发现项目开展后两个学科住院患者接受合适 VTE 预防的比例从 45.7% 提升至 86.1%。患者组中没有出现在院发生的致死性 VTE 事件。

VTE 是与心肌梗死、脑卒中一样威胁患者安全的重要疾

病，但又是可预防可治疗的。只有当医务人员和患者双方共同重视 VTE 预防工作，并对每位在院患者予以足够的关心，才能真正减少潜在的 VTE 事件。

## 二、国家医疗质量安全改进目标权威解读②

### 提高医疗质量安全不良事件报告率—— 善于“解剖麻雀” 优化安全环境

解读专家：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 张振伟 尹畅 刘倩楠

#### 1.2019 年度院均不良事件/错误上报情况

收集医疗机构内部医疗质量安全不良事件上报信息，提高医疗质量安全不良事件的识别和报告率，分析相关数据，进而发现制度、流程、实践过程中存在的问题并提出持续改进建议，是保障患者安全，提升医疗质量安全水平的重要途径，且被国际上很多国家广泛采用。

医疗质量安全不良事件报告的目的包括：通过建立事件通报系统来学习错误；提高对错误的系统识别能力；通过持续改进来提高医疗服务质量；运用医院内、外的资源来维护患者的安全。

#### 2.政策如何要求

在我国，各级卫生行政部门及医疗机构按照《重大医疗过失行为和医疗事故报告制度的规定》（卫医发〔2002〕206号）和《关于统一使用重大医疗过失行为和医疗事故报告工

作软件的通知》(卫办医函〔2002〕387号)要求,使用“重大医疗过失行为和医疗事故报告工作软件”报告相关信息。

2011年,随着《医疗质量安全事件报告暂行规定》(卫医管发〔2011〕4号)的发布,原卫生部组织开发了“医疗质量安全事件信息报告系统”及“医疗安全(不良)事件自愿报告系统”,对重大医疗过失行为和医疗事故进行强制上报,对医疗安全(不良)事件进行匿名、自愿上报。各级各类医疗机构也逐步探索并建立院内不良事件报告系统,对医疗质量安全不良事件进行上报管理。

自2017年开始,国家卫生健康委医政医管局在全国医疗质量抽样调查中增加“医疗质量安全不良事件/错误报告”调查项,对医院内部不良事件报告系统中收集的不良事件/错误及应当主动(署名)报告的五类事件上报情况进行调查,具有一定的数据基础。

同时,通过“医疗质量安全不良事件报告与学习平台”(原医疗安全(不良)事件自愿报告系统),对上报的医疗质量安全不良事件进行过程分析,作为《国家医疗服务与质量安全报告》“医疗安全基本情况分析”中重要的组成内容,为各医疗机构医疗质量与安全精细化管理提供了基线数据。

全国医疗质量抽样调查数据显示,2019年度,每百名出院人次不良事件/错误[包括主动(署名)上报及院内系统(匿名)上报]发生例数全国均值为0.84,院均不良事件/错误上

报例数为 172.47 例，床均不良事件/错误上报例数为 0.23 例。虽较前两年有所提升，但与国际相关数据比较，报告率仍有较大差距。

针对“提高医疗质量安全不良事件报告率”这项改进目标，目前医疗机构还主要存在以下几个方面的问题：

对医疗质量安全不良事件重视不足，全员患者安全理念、患者安全文化建设内涵不深。

一方面，根据二、三级医院评审标准（2011年版）、全国医疗质量抽样调查等相关要求，各级各类医疗机构均应将医疗安全不良事件管理作为一项常规的工作任务，建立相关组织和制度流程。

目前，部分医疗机构虽然建立了本院医疗安全不良事件上报系统，采取一定措施鼓励职工识别和上报医疗安全不良事件，但因为对医疗安全不良事件管理工作重视不够、全员患者安全理念系统培训不到位，患者安全文化建设内涵不深，最终导致部分医务人员仅把医疗质量安全不良事件上报当作医院的一项行政任务，缺乏主动识别、上报以及持续改进医疗安全不良事件的积极性和主动性，更无法做到引导患者主动参与医疗安全不良事件管理；甚至个别工作人员仍采取隐瞒的处理方式，“多一事不如少一事”“报喜不报忧”。

另一方面，由于缺少国家层面对医疗质量安全不良事件的系统分类及解读，导致医务人员对不良事件相关概念理解

有限，无法有意识地发现或判断不良事件，并进行管理、上报。

医疗机构对医疗质量安全不良事件上报的绩效考核方式不统一。

国家卫生健康行政部门历来高度重视医疗安全不良事件，且对于医疗安全不良事件都秉承“鼓励主动上报”和“非惩罚性”原则。但部分医疗机构在执行过程中，对文件内涵理解不深，为完成上报而上报，甚至采用“分摊式”上报，对未完成上报数量的科室和医务人员进行绩效扣罚，影响了医疗安全不良事件的上报质量和医务人员的积极性。

缺乏医院内部多部门协调机制，闭环管理模式未建立。

医疗安全不良事件涉及医疗、护理、院感、门诊、药事、设备设施、后勤、行政等医院内部所有部门/科室和医院全体工作人员，医疗机构医疗安全不良事件管理是一项院级工作，必须是“一把手工程”。

部分医疗机构负责人对医疗安全事件管理重要性认识不足，未确定统一归口管理部门，未建立医院内部医疗安全不良事件多部门协调机制，各相关部门、科室分散管理，无法对院内发生的医疗安全不良事件进行准确识别、根因分析，相关针对性改进策略无法在全院落实、整体推进，严重影响医疗安全不良事件管理效能。

以医疗质量安全不良事件为抓手，改善医疗安全环境、

优化诊疗流程、提升医疗质量和患者安全等方面的能力不足。

医疗安全不良事件的发生，提示医疗机构在医疗和管理中存在安全隐患及流程堵点。如何以医疗安全不良事件为抓手，深刻分析医院医疗和管理制度流程存在的短板、漏洞，见微知著、以点带面，持续改善医疗安全环境，优化诊疗流程，提升医疗质量和患者安全，这是各级各类医疗机构要高度重视的问题。

### 3.怎样持续改进

认真贯彻与落实《医疗质量管理办法》《关于进一步加强患者安全管理工作的通知》《三级医院评审标准（2020年版）》等一系列国家文件要求。确定医疗机构医疗安全不良事件管理归口/责任部门，建立多部门协调机制，成立由医务、护理、院感、药事、设备、门诊、后勤、行政和各临床科室等相关部门/科室组成的专项工作小组，持续完善医疗质量安全不良事件管理的相关制度、工作机制，并根据国家相关要求进一步明确医疗质量安全不良事件的分级、分类管理。

进一步加强医疗安全不良事件的培训工作。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，坚持“鼓励主动上报”和“非惩罚性”原则，构建患者安全文化氛围，鼓励医务人员主动发现和上报医疗质量安全不良事件，引导患者及家属主动参与医疗安全不良事件管理。

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，建立激励机制。如，依据并参考国家相关平台要求及基线结果，提出本院基线结果、年度预期提升率等。重点提升对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的识别与报告能力。

运用质量管理工具，如根本原因分析（RCA）、二八法则等，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。全面提升医疗安全不良事件管理信息化服务能力，运用相关质量管理工具，强化闭环管理，以医疗安全不良事件为抓手，坚持“解剖麻雀”“整体推进”，不断完善相关制度流程，持续改善医疗安全环境，优化再造诊疗流程。

有效利用国家相关平台，进行机构内部医疗质量安全不良事件管理工作。鉴于目前国家层面没有较为权威的医疗质量安全不良事件的系统分类及解读，各医疗机构很难开展同质化的管理工作。在工作过程中，可借鉴如国家医疗质量管理与控制信息网全国医疗质量抽样调查调查项，或升级后的新版“医疗质量安全报告与学习平台（v3.0）”调查项，进行本机构医疗质量安全不良事件管理工作。

### 三、国家医疗质量安全改进目标权威解读③提 高急性脑梗死再灌注治疗率—疏通脑 梗死患者治疗“堵点”

解读专家：国家神经系统疾病医疗质量控制中心 王拥军

#### 1. 案例：

63岁的王大爷，除了患有高血压之外，身体一直很健康。但有一天，他在晨起刷牙时，右侧上肢突然无法抬起，右侧下肢不能站立，摔倒在地，同时还说话不清、流口水。老伴赶紧拨打“120”电话。发病后1小时左右，王大爷被送到首都医科大学附属北京天坛医院。急诊神经内科医生考虑患者为脑梗死，迅速启动脑梗死急救“绿色通道”。经过头部CT检查，未发现颅内出血的情况，医生随即跟王大爷的家属交代了静脉溶栓治疗的必要性。家属没有犹豫，迅速签署了“脑梗死静脉溶栓知情同意书”。

在接受溶栓的药物治疗过程中，王大爷右侧肢体逐渐能抬起，说话也逐渐恢复了正常。

#### 2. 现状：急性脑梗死患者适应证人群中静脉溶栓率仅为22.9%

脑血管病是目前整个神经系统疾病中发病率最高的疾病。随着人口老龄化的加剧，脑血管病已经成为导致我国居

民死亡和成人致残的重要原因。在我国所有脑血管病患者中，脑梗死患者已经超过 80%。

美国国立神经病学与中风研究所（NINDS）和欧洲急性卒中协作研究（ECASS）-III 分别发表研究，证明急性脑梗死患者在发病 4.5 小时内给予静脉溶栓治疗，能有效降低患者脑梗死致残率。2015 年，也有研究证实，对发病 6 小时内有大血管闭塞的脑梗死患者，给予血管内取栓治疗可有效开通血管，恢复血流，降低患者致残率，这成为另一项被国际广泛推荐的有效治疗手段。这两项脑梗死后恢复血流的再灌注治疗手段，也被我国行业学会以最高级别推荐为脑梗死急性期最有效的治疗手段。

但是，这两项治疗手段在我国的应用情况却令人担忧。中国卒中中心联盟（CSCA）的数据显示，自 2015 年至今，急性脑梗死患者适应证人群中静脉溶栓率仅为 22.9%，而同期欧美等发达国家的静脉溶栓治疗率已超过 90%。2018—2020 年，发病 6 小时内到院进行血管内治疗患者的比例仅为 4.0%。在急性脑梗死患者中，大量患者因未能及时接受再灌注治疗而导致严重残疾或死亡，给个人、家庭和社会都带来沉重的负担。

出现上述情况的主要原因有以下几方面：

第一，广大群众对脑梗死早期症状识别能力不足，延误就诊时间；需要再灌注治疗等健康意识不足，尚未充分认识

到再灌注治疗这两种有效治疗手段的意义和价值。

第二，再灌注治疗是有时间窗口限制的。但目前我国院前急救人员、各级医院医护人员对脑梗死急救的重视程度参差不齐，院前、院内延误时间过长，导致患者超过时间窗口不能再接受治疗。

第三，目前再灌注治疗特别是血管内取栓治疗存在应用不足、应用不规范、部分机构应用过度的情况，实际规范程度尚无数据支持。

第四，血管内取栓治疗等关键技术的壁垒高，推广难度大。

第五，有些区域再灌注治疗受到当地医保支付等政策的影响。如溶栓药物未纳入医保报销、药品占比过高影响机构绩效指标、血管内取栓治疗耗材无法报销等。

### 3.应对：广泛开展合作，发起三大行动

挂靠在首都医科大学附属北京天坛医院的国家神经系统疾病医疗质量控制中心自2018年成立以来，致力于脑梗死再灌注治疗医疗质量改进工作，先后与中国卒中学会、美国心脏学会、美国卒中学会合作，发起了“脑梗死急性期再灌注治疗医疗质量改进研究（IMPROVE）”等项目，奠定了推动再灌注治疗指标改进工作的良好基础。

为贯彻落实国家卫生健康委对医疗质量安全改进工作

的指示精神，国家神经系统疾病医疗质量控制中心将发起“急性脑梗死再灌注治疗改进国家行动”，制定切实可落地的行动目标，并以目标为导向，依靠国家和各省的力量，充分调动各省级质控中心和各地医院能动性，与中国卒中学会等社会行业组织加强合作，发起提升脑梗死再灌注治疗率的“三大行动”，针对可干预的不同群体，落实提升再灌注治疗质量的措施。

“三大行动”包括：其一，“爱脑”行动，针对公众，开展脑梗死识别及再灌注治疗医学常识普及教育，发动各省并由各省带动开展再灌注治疗科普教育视频制作活动、短视频竞赛、“百佳微视频”活动等，借助新媒体手段扩大宣传，提升公众参与度。其二，“迅驰”行动，针对院前急救团队，指导各地开展院前迅速响应、及时转运并提前通知工作，形成一小时急救圈。其三，“匠心”行动，针对院内溶栓与取栓急救团队，指导各省开展院内快速反应、缩短流程工作，并提升救治能力。

另外，中心一方面将与各省卫生健康委合作，建立省级质控中心和各地质控医院在本专项推动中的监督、评价、反馈和激励机制。另一方面，中心将与中国卒中学会等相关社会行业组织合作，建立全国统一的行动方案和执行计划，制订标准化培训教材和改进工具。在各地建立具有领头羊作用的再灌注治疗示范培训中心，培训指导各地质控医院持续开展再灌注治疗改进工作。

针对血管内取栓治疗技术壁垒高、推广难度大的问题，中心一是建立再灌注治疗的规范化培训技术体系和资深的专家团队，为技术的持续推广奠定基础。二是依托国家神经系统疾病医疗质量控制中心的质控网络体系，分层对待所培训的网络成员单位，对具备血管内治疗能力的机构开展持续的血管内治疗专项技术培训。三是充分发挥质控网络体系中三级医院特别是省级质控中心的优势，以点带面迅速推广技术。四是依托行业学会的力量，利用已有的卒中中心和综合卒中中心的转诊机制，建立清晰明确的卒中急救转诊策略，充分利用“一小时急救圈”，在该急救圈尚未覆盖的区域尽早培养或建立缺血性卒中再灌注治疗的急救团队，让更多的患者能尽快到有资质的医疗机构接受治疗。

中心还将通过多元数据渠道，建立国家层面的针对急性脑梗死再灌注治疗安全的监测网络，持续监测全国急性脑梗死再灌注医疗质量评价指标的改善情况，并不断反馈和改进相关工作。

## 四、国家医疗质量安全改进目标权威解读④

### 降低住院患者静脉输液使用率—积极干预 向过度输液说“不”

解读专家：国家药事管理专业质控中心主任 颜青

#### 1.从数据看风险

根据《国家药品不良反应监测年度报告（2019年）》的数据，在2019年药品不良反应事件报告中——按照给药途径统计，注射给药占总不良反应报告的62.8%，其中静脉注射给药占总注射给药不良反应报告的92.5%。可见，超过一半的不良反应报告来自静脉注射给药途径。

按剂型统计，注射剂占63.3%，严重不良反应报告中注射剂占74.3%，以过敏反应或过敏样反应为主。在所有注射剂的不良反应报告中，化学药品注射剂占86.9%，排名前3位的药品类别是抗感染药、肿瘤用药，以及电解质、酸碱平衡、营养药；中药注射剂的不良反应报告占9.1%，排名前3位的药品类别是理血剂、补益剂和开窍剂。

2019年，我国医疗输液使用量为105亿袋，相当于每人每年使用7.5袋输液，远高于国际上2.5~3.3袋（瓶）的平均水平。

另外，输液的质量标准、包装材料、注射剂的配伍、操

作环境和过程等，也会影响静脉输液的疗效和安全性。

国家卫生健康委医政医管局连续几年发布的《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在90%左右，二级医院高于三级医院，因此需要采取综合措施，降低住院患者静脉输液使用率，维护医疗安全和患者权益。

## 2.管理有三个突出问题

静脉输液过度使用。导致这一现象的主要原因是，许多患者和部分医护人员对静脉输液抱有较高的治疗期待，总认为无论什么疾病都可以采取输液治疗，认为输液能够取得比其他治疗方式更有效和迅速的治疗效果。有些患者认为，住院如果不输液，就没有得到有效的治疗；有的医生认为静脉用药起效快，又可以增加医疗收入，对静脉用药指征把握不严。这造成住院患者静脉输液使用率一直较高。

静脉用药调配过程欠规范。调查显示，2019年三级、二级公立医院建立静脉用药调配中心的比例分别为48%和8%，多数医疗机构静脉输液的调配是在开放式或半开放式的环境中完成的，空气中浓度相对较高的粉尘、微粒等，增加了输液安全风险。

静脉输液治疗管理体系不完善。缺乏静脉输液的临床应用指导原则和合理性评价标准，多数医疗机构尚未建立静脉

输液管理工作组及相应的工作机制和奖惩制度，未开展静脉输液合理应用的培训，对静脉输液的不合理应用未进行有效的干预。

我国从 20 世纪 50 年代开始，临床静脉输液治疗经过不断发展，静脉给药安全性已大大提高，但仍存在着为数不少的输液反应等风险，不合理的配伍、患者静脉输注过程缺乏管理等更是屡见不鲜，特别是公众不知道过度输液带来的危害将是缓慢、长期的。从 2012 年起，在国家医改政策的推动下，一些医院取消门诊输液以控制静脉输液在门诊的不合理应用。从 2014 年起，安徽、江苏、浙江、江西等省相继发文加强对门诊输液的管理，此后，许多二级以上医院陆续取消门诊输液，减少了注射剂在门诊的不合理应用。

近日，国家卫生健康委发布《关于印发 2021 年国家医疗质量安全改进目标的通知》，这是我国首次从国家层面提出年度国家医疗质量安全改进目标。其中“降低住院患者静脉输液使用率”在十大目标之列，七项核心策略的提出也是首次系统地将静脉输液的质量安全管理落到实践层面。“降低住院患者静脉输液使用率”对于患者安全管理有着重要意义。

### 3. 医疗机构可以做些什么

医疗机构应建立静脉用药治疗管理体系，成立静脉输液管理小组，制定符合本机构实际情况的临床输液安全管理制度

度。将住院患者静脉输液使用率纳入医院管理的目标责任制，建立本机构静脉输液治疗的监测及评价机制，定期对本机构静脉输液数据进行分析、反馈。

制定《静脉输液临床应用指导原则》，明确使用输液的临床指征和不必要使用输液的临床指征。世界卫生组织提倡“能口服就不注射，能肌肉注射就不静脉注射”的用药原则，临床治疗应当遵循合理用药原则，严格掌握静脉用药的指征。

开展静脉输液使用情况调研，分析各类静脉输液药品的使用现状，在调研分析的基础上制定各种静脉输液药品的使用规范，指导临床合理选择静脉用药。例如，2020年国家卫生健康委办公厅发布的《质子泵抑制剂临床应用指导原则》中明确规定，质子泵抑制剂注射剂的适应证为：①消化性溃疡出血、吻合口溃疡出血；②应激状态时并发的急性胃黏膜损害、非甾体类抗炎药引起的急性胃黏膜损伤；③预防重症疾病（如脑出血、严重创伤等）应激状态及胃手术后引起的上消化道出血等；④作为当口服疗法不适用时下列病症的替代疗法：十二指肠溃疡、胃溃疡、反流性食管炎及卓-艾综合征。同时规定“对于轻、中度的患者，应予口服治疗；对于口服疗法不适用和/或中、重度的患者，可以先静脉给药，好转后转为口服治疗。”

在对静脉输液使用情况进行调研的基础上，药师应该开展更专业的静脉输液使用情况评估，对包括静脉输液过度使

用在内的不同类型的药物滥用问题、对重点药物开展专项点评，如抗菌药物、质子泵抑制剂、糖皮质激素、肠外营养制剂及中药注射剂等。针对点评中发现的问题进行干预，使静脉输液质量得到持续改进。

医疗机构应强化对医师、药师、护士等相关人员的培训，提倡基于循证医学证据的疾病诊疗指南，严格掌握静脉输液适应证，减少不必要的应用。面向广大公众，积极开展普及合理使用输液知识的宣传教育活动，纠正患者长期形成的过度依赖输液给药方式的误区。

## 五、国家医疗质量安全改进目标权威解读⑤

### 提高急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗率—提高再灌注治疗率突破口在哪

解读：国家心血管病专业质控中心 国家冠心病介入专业质控中心

#### 1. 为什么制定这项目标

据估计，到 2030 年，中国急性心肌梗死患者将超过 2200 万。其中，急性 ST 段抬高型心肌梗死（STEMI）作为急危重症，具有病情发展快、致残率高及医疗费用高等特点，其发生率在我国呈快速增长态势，是导致我国居民死亡的重要病种，给社会和家庭造成沉重的经济负担。

急性 STEMI 的生理基础是在冠状动脉粥样硬化病变基础上形成持续闭塞性的血栓，从而导致供血范围大量心肌坏死。急性 STEMI 患者的再灌注治疗是指通过静脉溶栓或直接经皮冠状动脉介入治疗（PCI）开通梗死相关动脉，恢复心肌灌注，挽救缺血心肌。

及时再灌注治疗，特别是及时进行直接 PCI，对降低急性 STEMI 患者的致残率及死亡率，改善患者生活质量具有重要意义。

根据 2018 年我国急性 STEMI 医疗质控数据，在全部急

性 STEMI 患者（17785 例）中，发病 12 小时内到院并进行再灌注治疗的比例是 71.2%；在发病 12 小时到院的急性 STEMI 患者（14123 例）中，进行再灌注治疗的比例是 89.7%，其中直接 PCI 占 87.4%。而且，再灌注治疗采取直接 PCI 方式的患者好转出院比例明显高于采取溶栓治疗的患者及未行再灌注治疗的患者，心源性死亡比例也最低。

从整体上看，虽然 PCI 优于溶栓治疗，但是由于 PCI 需要的设备、人员条件较溶栓治疗更高，在我国地理条件复杂、医疗资源分布不均衡的国情下，并非所有接诊急性 STEMI 患者的医疗机构都有能力开展 PCI。

全国冠心病介入治疗质量控制直报网络的数据显示，2014 年，STEMI 患者中接受 PCI 治疗者在所有以 STEMI 为指征接受介入治疗者中仅占 30%左右，从 2015 年开始逐年增加 3%左右，2018 年达到 46%，但是显著低于欧美发达国家 80%~90%的比例。因此，溶栓治疗仍然起着非常重要的作用。溶栓治疗优于不进行任何再灌注治疗的单纯药物治疗，而且对于就诊很早的患者（发病 3 小时以内），溶栓治疗的效果并不比 PCI 差。

正是基于上述背景，国家卫生健康委将“提高急性 ST 段抬高型心肌梗死再灌注治疗率”列为 2021 年国家医疗质量安全改进目标之一，以期达到改善疾病预后，提高医疗质量，取得最佳医疗结局的目的。

## 2. 制约因素包括两个层面

导致急性 STEMI 再灌注治疗率有待进一步提高的原因是多方面的，包括患者因素和医疗因素。经过近年来的医疗质量控制评价、相关质量改善策略和工具的运用，我国急性 STEMI 患者再灌注治疗的比例增高，尤其二级医院在再灌注治疗的比例和及时性等方面均有明显改善，但仍然存在问题。

患者方面，由于对疾病的认识、经济或其他条件制约，未能及时就诊，错过了再灌注治疗的时机。这可以通过加强健康教育予以解决。

医疗因素主要包括医疗能力和医疗体系两个方面。在医疗能力方面，根据国家卫生健康委发布的“2019 年我国卫生健康事业发展统计公报”数据，我国有二级及以上医院 12436 家，2019 年在国家冠心病质控网络上报数据的医疗机构为 1942 家，这表明大多数二级及以上医疗机构尚不具备开展冠心病介入治疗的能力，更不用说针对急性 STEMI 应用 PCI 进行再灌注治疗。

溶栓治疗虽然不需要专业的设备和介入手术团队，但是也需要一定的技术手段，如对急性 STEMI 的早期诊断能力、溶栓治疗适应证禁忌证判断能力、溶栓后各种临床情况的监护处置能力。然而在某些偏远地区的基层医院，由于医疗人

才缺乏、专科能力欠缺等原因，也不能全天候开展溶栓治疗。

医疗体系方面主要是医疗机构间和医疗机构内流程衔接、资源配置的问题。急性 STEMI 患者的救治涉及院前和院内，院内急诊室和检验科、监护室、导管室等不同层面的配合。理想的急性 STEMI 救治体系应尽可能减少中间环节，具备由急救系统早期识别患者的能力，但是在我国现有医疗条件下往往做不到。急救系统的接诊能力以及与下一个环节沟通的及时性和有效性，对 STEMI 患者的早期再灌注治疗非常重要。在院内流程中，如何提升急诊室的能力、提高急诊和后续环节沟通的效率是关键。此外，医院之间的转诊渠道不够通畅，也是影响再灌注治疗率的重要原因。

### 3.在五个方面采取措施

医疗机构可以采取哪些措施提高急性 STEMI 再灌注治疗率呢？

第一，各级医疗机构应建立由心内科、急诊科、检验、护理、影像等相关科室组成的急性 STEMI 患者再灌注治疗技术团队，并指定牵头部门。充分调动相关管理人员和医务人员积极性，实现多部门多学科协同联动，共同推进目标实施和持续改进工作。优化院内流程和资源配置，避免由于流程复杂或人员设备缺乏，导致治疗延误或治疗缺失。

第二，加强各地区各级医疗机构 STEMI 诊疗规范的培训

指导管理，培训后进行考核。医疗机构根据培训内容制定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，确保急性 STEMI 急救诊疗方案顺利实施。

第三，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、院内容栓加转运 PCI 的早期再灌注治疗，并完善前期准备。加强区域协调机制的建立，使首诊于不具备再灌注治疗能力医疗机构的患者能够在及时诊断的前提下，快速转诊得到再灌注治疗。

第四，各级医疗机构建立急性 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，保证质控数据填报质量，按季度进行本机构数据分析、反馈，建立激励约束机制。

第五，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，明确改进方向，提出改进措施，制定计划并落实实施，推动目标的持续改进。

## 六、国家医疗质量安全改进目标权威解读⑥

### 降低阴道分娩并发症发生率—减少阴道分娩并发症 盯住关键点

解读专家：国家产科专业医疗质量控制中心 乔杰 赵扬玉

#### 1. 案例：

一位 33 岁的孕妇，孕期平顺，各项化验和检查结果无异常，在孕 41 周来到北京大学第三医院。

入院后评估显示，孕妇超声检查胎盘位置正常。考虑到孕妇有既往两次清宫术、宫腔粘连松解术，有胎盘粘连或胎盘植入致产后出血的风险，因此医院完善相关准备，并制定可快速启动的救治方案。

果然，在胎儿娩出后，产妇在短时间内阴道出血迅速增加。医护人员根据预案快速、有序采取相应措施止血，产妇得到成功救治。

#### 2. 现状：并发症防治存在诸多不足

阴道分娩是一个自然的生理过程，通常不需要特殊的医疗干预，对于大多数女性而言，这是最理想的分娩方式。但由于分娩本身存在诸多不确定性，孕产妇个体情况也千差万别，所以阴道分娩产程中仍可能随时会突发母胎风险问题。

阴道分娩常见并发症以产后出血和产道裂伤为主。发达国家女性经阴道分娩后的出血发生率为 0.8%~7.9%，阴道Ⅲ度裂伤发生率为 1.7%~5.9%。据文献报道，我国阴道分娩后并发症发生率相对较高，产后出血发生率为 0.9%~15.4%，阴道裂伤发生率为 0.1%~12.9%，地区间和医院间差异明显。

近年来，我国在降低孕产妇和新生儿死亡率、提高医疗质量方面已经取得巨大进步。但如何进一步减少可预防的阴道分娩并发症，尤其是严重并发症，对于持续保障母婴生命安全具有重要意义。为实现这一目标，有必要制定基于区域、机构和个体水平，多方位、多学科的预防管理策略，强化产科质量安全管理。

当前，阴道分娩并发症的防治存在一些不足之处，需要引起重视。

需要不断完善分娩安全管理规范。近年来，医疗质量安全制度已经在各级医院建立，但少部分助产机构仍存在分娩安全管理不规范的问题。如，未能规范进行分娩前评估和产房安全核查，分娩期产程监测和管理不严格、应急处理不及时等。

需要严格落实妊娠风险筛查评估。产后出血常见高危因素，包括多胎妊娠、巨大儿、多次宫腔手术操作史、贫血、妊娠期高血压疾病、既往有血液系统疾病等；产道裂伤的高危因素，包括巨大儿、肩难产及器械助产等。其中，部分因

素可在孕期和分娩前识别。目前，孕妇妊娠风险筛查评估和分级分类管理已经在许多地区和机构实施，但一些地区仍未有效建立孕期规律产检制度，部分助产机构对高危因素的认识、筛查和评估不足，不利于妊娠风险的有效预防。

需要持续缩小助产技术水平差距。助产技术水平关系到阴道分娩并发症的防范和处理是否及时得当。我国阴道分娩助产技术仍然存在地区间和医疗机构间的差异，一些助产机构在助产技术方面仍需提高，包括提高器械助产操作水平、第三产程管理和止血技术等。

### 3.应对：风险评估和预防先行，安全管理和技术提升并重

各医疗机构应联合产科及相关部门，充分评估本机构阴道分娩并发症发生现状和原因，规范阴道分娩并发症的临床诊断，把真正的产伤问题暴露出来，并运用质量管理工具，精准分析并发症风险点和关键环节，从孕期和产程管理、助产能力、风险评估和预防等多个关键点入手，制定改进措施并落实，减少可预防性阴道分娩并发症的发生。

组织建设。组建由医务、产科、新生儿科、护理等部门组成的专项工作小组，摸清本机构阴道分娩并发症发生现状，梳理阴道分娩并发症防治方面存在的管理、技术问题，利用PDSA等质量管理工具，制定和完善医院分娩安全管理和并发症防治制度，确定质量改进目标，设计方案，推动、指导

和监督项目实施。

明确重点。对本机构阴道分娩并发症做细致梳理，针对发生率高、危害性大的并发症，制定专项防治策略。

剖析原因。可从管理、技术和服务对象三个方面，剖析阴道分娩并发症发生的主要原因，了解孕期和围产期管理的薄弱环节、助产技术的不足之处，以及针对不同特征分娩人群的管理特点。

确立目标。掌握本机构历年阴道分娩并发症的发生率和变化趋势，在此基础上，根据自身资源和能力，确定降低阴道分娩并发症的具体改进目标，并运用质量管理工具，根据重点病种和原因分析，确定质量改进具体方案。

优化管理。针对管理方面的薄弱环节，提出助产管理流程优化方案，包括孕妇妊娠风险筛查和评估、孕妇分级分类管理、阴道分娩手术助产指征判断、产房安全核查、分娩期产程管理、应急处理预案制定、MDT团队组建和启动等。完善病例讨论制度，加强病程监测和术前讨论，注重临床检查和症状观察中的每一个细节，防范不良事件的发生。在发生不良事件后，应及时总结经验，持续改进。

加强培训。围绕医院分娩期常见并发症及技术弱项，定期开展相关诊疗指南及技术操作规范的培训和再教育，主要涵盖阴道手术助产、产科出血、产道裂伤、分娩管理及孕期保健等主题。

注重预防。将阴道分娩并发症预防关口前移，加强高危孕妇孕期管理和风险筛查，包括孕妇体重监测和管理，贫血、妊娠期糖尿病和子痫前期等疾病的预防、早期识别和管理，产前高危因素筛查和相应助产方案制定等。以孕产期保健、安全分娩为重点，广泛开展健康教育和健康促进项目，加强孕妇自我管理指导。

信息质控。建立本机构产科医疗质量与阴道分娩并发症获得性指标的监测及评价机制，改善数据质量，提高获取质控数据的能力，加强数据信息的挖掘、利用和反馈，推动质控工作信息化、精细化、科学化，建立激励约束机制，指导和监督项目实施。

## 七、国家医疗质量安全改进目标权威解读⑦

### 降低血管内导管相关血流感染发生率—以 指标监测引导主动性护理干预

解读专家：国家护理专业质控中心 么莉 尚文涵

#### 1. 感染发生率高改善重点有两个

血管内导管（Intravascular catheter, IVC）指可部分或全部插入或植入心血管系统，用于诊断或治疗目的的单腔或多腔管状器械，在临床上广泛用于输液、输血、采血及血流动力学监测。随着 IVC 在临床应用的增多，血管内导管相关血流感染（CRBSI）发生率也越来越高，给患者预后带来不利影响，增加患者病死率，延长住院时间，增加住院成本，造成沉重的经济负担。

美国国家医院感染监测系统报告显示，超过 85% 的原发性菌血症与 IVC 有关，因此，降低血管内导管相关血流感染发生率有着重要意义。

值得注意的是，中心血管导管相关血流感染（CLABSI）的相对风险为外周静脉导管的 64 倍。由法国国家检察院（INVS）领导的全国性研究中，33% 的血流感染（BSI）与中心静脉导管（CVC）有关。

为此，2021 年护理专业年度质控改进目标“降低血管内

导管相关血流感染发生率”将改善重点锁定在预防中心静脉导管（CVC）和经外周静脉置入中心静脉导管（PICC）所致的相关血流感染。

## 2.各地差异较大 加强同质化建设

应用指标监测，将 CVC 和 PICC 相关血流感染发生情况以“数字”的形式直观呈现，通过纵向趋势变化和横向对比，提前研判“数字”提示的问题与潜在因素，管控好薄弱科室，以及所有能影响结局的关键护理操作和环节，从事后被动处置转化为主动干预。

通过近几年对 CVC 和 PICC 相关血流感染发生率的监测与干预，指标结果（中位数、上四分位数、下四分位数）从 2014 年的 0.367‰、0.016‰、1.230‰ 下降到 2020 年的 0.048‰、0、0.234‰，整体呈下降趋势。特别是四分位间距的缩小，说明对高发生率医院的重点监测与管理有效。但是，感染控制新理念要求对医院感染“零宽容”，因此，CVC 和 PICC 相关血流感染发生率依然存在改进空间。

从监测结果来看，由于我国各省市区医疗资源、环境条件以及经济发展水平和结构存在区域性差异，各地各级医院在 CVC 和 PICC 相关血流感染防控方面的差异性较大，少数医院该指标发生率远远高于行业平均水平，存在散在高发现象。因此，仍需要通过不断的同质化建设，缩小差距。

制定标准化感染预防措施，医护人员遵守预防感染的标准化程序，能有效减少感染的发生。2021年3月，国家卫生健康委办公厅印发《血管导管相关感染预防与控制指南（2021年版）》，为医疗机构提供了标准化参考。但是，医疗机构感染防控措施的有效性和执行依从性情况还不明确。现阶段，医疗机构应用导管相关血流感染防控措施是否遵循规范标准，是否符合医院临床实际，制定的相关措施是否能够落实，都有待进一步核实与监测。

### 3.打破学科壁垒 提高数据可靠性

加强培训。广泛宣传《2021年质控工作改进目标》和预防实施方案，针对技术和管理的薄弱环节，进行培训和辅导，提升能力，推动落实国家护理专业质控中心行动策略和举措。

推动落实。医疗机构作为实施主体，要全面落实国家感染预防与控制相关标准、要求，以降低CVC和PICC相关血流感染风险。医疗机构可以成立由医务、护理、院感、临床科室等相关部门组成的专项工作小组，院领导总负责，并指定牵头部门。有效沟通是这次改进行动不能绕开的问题，因此，医疗机构应推动多专业、多部门合作，打破学科壁垒。从组织架构建设、具体问题分析和改善措施选择，到措施落实和纠正的全过程，必须跨越学科和部门的鸿沟。

省级护理质控中心对辖区医院进行指导和监测，核查感染防控标准及措施执行情况。根据监测掌握本省 CVC 和 PICC 相关血流感染发生的重点医疗机构，并进行原因分析和重点指导改善。

效果监测。医疗机构是第一责任主体，对临床真实问题最敏感也最了解。医疗机构应根据监测结果，恰当运用质控工具，查找、分析本机构内发生血管内相关血流感染的关键原因，实施改进措施，并对改进的过程和效果持续追踪分析，及时调整措施和策略，贯彻“PDCA”原则。

数据准确是进行质量改善的前提与核心，同时数据是在使用中越用越准，遵循“开始应用-Q&A-修订-趋于完善”的过程。经过近几年护理质控指标的普及和不断应用，医疗机构对指标的内涵、测量方法的理解与掌握逐渐加深，数据准确性逐年提高。但由于诊断标准执行、信息采集渠道、信息化程度不同，以及部分医院未形成良好的质量上报文化氛围，数据的可靠性依然存在提高的空间，要进一步加强。

经验推广。挖掘医疗机构改进亮点，搭建交流和展示平台，推广可复制经验。亮点包括：医疗机构打破学科和部门壁垒，改变过去单一或各自为政的管理，形成可实施的多学科多部门合作制度和流程；医疗机构改变管理模式，创新应用信息技术手段，从过去现场质控、手工记录转变为日常监测预警与管理等。

## 八、国家医疗质量安全改进目标权威解读

### ⑧提高住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率—抗菌药物使用须“有的放矢”

解读专家：浙江大学医学院附属第一医院传染病诊治国家重点实验室 肖永红 国家卫生健康委医院管理研究所 颜青

合理使用抗菌药物、遏制细菌耐药已经成为全球共识，也是我国政府高度重视的一项工作。

国家卫生健康委对此制定颁布了众多规章制度，采取了各项管理措施，特别是自2011年开始的全国抗菌药物临床应用专项整治工作，对抗菌药物合理使用和细菌耐药控制起到了重大推动作用，大型医疗机构抗菌药物使用率和使用强度基本达到管理要求。

#### 1.病原微生物检查是基础

各种感染都由病原微生物所致，而病原微生物种类众多、特点各异，只有确认病原微生物，才能最终确定感染类别。目前感染性疾病的病原学检验项目包括形态检查、培养、分子生物学等，可以说临床微生物检验犹如感染性疾病诊断的病理检查，具有不可替代的作用。

对诊断为感染性疾病的患者，在使用抗菌药物治疗前采集标本并迅速送检，分离，培养，确定药物敏感性，结合临

床特征做出准确诊断，正确选择抗菌药物，对于患者的治疗效果及预后起到关键作用。否则感染诊断只能停留在临床诊断水平，无法实施针对性治疗，难以提高感染性疾病治疗水平。

抗菌药物是治疗感染性疾病的主要药物，抗菌药物的合理使用主要基于对各种感染性疾病的诊断和病原微生物的确认。《抗菌药物临床应用管理办法》规定，二、三级医疗机构分别可以采购 35 种、50 种抗菌药物，这些药物抗菌谱、抗菌活性差异很大，只有确定感染性疾病的病原微生物及其敏感性，才能正确选择，提高治疗效果，避免产生细菌耐药。单凭临床医师对抗菌药物的经验治疗，常导致偏于广谱抗菌药物的选择与联合用药，针对性不强，难以保证治疗效果，而且容易导致耐药。

准确的微生物检验是耐药控制的基础，控制耐药必须准确掌握细菌耐药发生情况和流行趋势，并采取有效干预。抗菌药物治疗前进行病原微生物检查，分离导致感染的真实病原菌，掌握细菌耐药变化趋势，可以构筑高质量的耐药监测体系。

## 2.对标本送检依然重视不足

目前，在抗菌药物治疗前进行病原学检测已经成为行业共识。原卫生部在全国抗菌药物临床应用专项整治活动方案

中，对抗菌药物使用前病例微生物标本送检率提出了要求：使用限制使用级抗菌药物治疗的住院患者，抗菌药物使用前微生物检验样本送检率不低于 50%；使用特殊使用级抗菌药物治疗的住院患者，抗菌药物使用前微生物检验样本送检率不低于 80%。

2011 年~2013 年的抗菌药物专项整治工作开展后，我国各级各类医院抗菌药物治疗前病原学送检率情况有所提高。专项整治前，送检率普遍处于 10%~20%的水平；专项整治后，送检率明显提高，部分医院送检率已经超过 50%。在此情况下，需要进一步提高临床微生物检验质量，在确保整体送检率的情况下，把好送检时机、送检样本种类和质量关，提高病原体检出率和准确性。

历年细菌耐药监测数据表明，临床微生物检验主要集中在呼吸道样本，占有分离菌的 40%左右；2019 年，全国血流感染监测联盟数据表明，二、三级医疗机构年度血培养菌株数分别少于 1000 株和 300 株，这都与高质量临床微生物检验目标相差甚远。

我国现有监测数据表明，鲍曼不动杆菌、铜绿假单胞菌等非发酵菌占临床分离细菌前列的情况可能与微生物标本送检滞后及采样错误有一定关系。

2019 年，国家卫生健康委医院管理研究所与浙江大学医学院附属第一医院传染病诊治国家重点实验室开展的时点

流行病学调查（PPS）发现，临床抗感染治疗经验用药超过80%，只有不到20%的患者依照病原学检查结果使用抗菌药物，这种情况亟待改善。

2021年2月9日，国家卫生健康委发布《关于印发2021年国家医疗质量安全改进目标的通知》，“提高住院患者抗菌药物治疗前病原学送检率”在十大目标之列。三项核心策略要求医疗机构提高对抗菌药物治疗前病原学送检重要性的认识，组织多部门联合的专项工作小组，针对性采取综合措施，加强临床微生物实验室建设、着力培养专业人才，重点关注抗菌药物治疗前的送检率、提高血液及其他无菌部位标本送检比例，保障检测结果的准确性，实现目标性抗感染的治疗，提高医疗质量。

### 3.增强互动 做到“应检尽检”

与医疗机构规模相比，我国临床微生物检验专业人员相对较少，专业能力也亟待提高。医疗机构应该改变单纯按照业务收入进行人员设置的思维方式，以临床医疗质量和患者合理用药为目标，增加微生物检验人员配置，加大人才培养力度，实现抗菌药物治疗前病原学的“应检尽检”，进一步提高抗感染治疗和耐药控制的质量。

医疗机构需要推动临床科室与微生物检验科相互支持的工作模式，一方面通过教育培训和现场指导，提高临床医

师对抗菌药物治疗前采集合格微生物标本进行病原学检查的意识，建立规范采样、快速送检、高效应用检验数据的工作制度和监管程序；另一方面，临床微生物检验人员需要走出实验室，了解临床需求与问题，针对性开展相关检验项目，指导临床规范采样，正确解读病原与敏感性检测结果，协助临床制定抗感染治疗方案。

充分利用信息化手段推动抗菌药物治疗前病原学检查。把微生物检验设定为处方抗菌药物的前置条件、推荐相应的采样种类和数量、在获得微生物检验结果后实时提醒临床医师调整抗菌药物治疗方案，把临床路径、微生物检验结果与抗菌药物处方点评等相结合，可以显著提升抗感染治疗和抗菌药物合理应用水平。国内某医院的实践表明，利用信息支持系统可使抗菌药物治疗前病原学送检率提高到80%以上。

医疗机构需要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，将目标改进情况纳入绩效管理，通过建设、管理、监督、教育、培训等综合措施，提高送检率和送检质量。

## 九、国家医疗质量安全改进目标权威解读

### ⑨提高病案首页主要诊断编码正确率—正确编码 提高病案数据效能

解读专家：国家病案管理质量控制中心主任、中国医学科学院北京协和医院病案科主任 王怡

1. 核查 4000 多家公立医院病案首页数据 发现三个突出问题

病案首页是患者住院期间诊疗、费用等相关信息的数据摘要。其中，主要诊断及编码信息是统计区域及医院疾病谱、提升医院管理水平、实施病种精细化管理不可替代的重要数据。

我们在对医院病案首页数据进行质控时，发现了一些典型案例。

案例 1：遗漏重要的主要诊断。一份病案首页主要诊断为“卵巢癌术后”，手术操作“剖腹探查、腹腔多发肿物切除术”，疑似存在问题。进一步核查手术记录、病理报告及病历资料后，发现该患者既往曾接受卵巢恶性肿瘤细胞减灭术，近期因 CT 检查提示有肝周及腹腔多发占位，因肝脏、腹腔有转移癌的可能入院接受治疗。根据入院目的、已行手术及病理结果，患者本次的主要疾病应该是“腹腔多发转移癌”。

案例 2：主要诊断填写有误。一份病案首页主要诊断为“重叠综合征”，手术操作“DDD 型永久起搏器植入术”，在 DRG 分

组时未入组。核查病历资料，依据主要诊断应与主要手术操作相一致的原则，其主要诊断应选择“Ⅲ度房室传导阻滞”。依据正确的主要诊断和手术操作，该病例 DRG 分组将被分入“FN11-永久性起搏器植入，伴重要合并症与伴随病”。

主要诊断数据失真，会导致绩效考核与首页相关指标难以计算。

2020 年，继 2019 年三级公立医院接受“国考”之后，二级公立医院也纳入“国考”范围之内。国家病案管理质量控制中心组织专家对 4000 多家二级、三级公立医院首页数据质量进行核查，发现了三方面突出问题。

一是医师及编码人员未掌握主要诊断填报原则、主要诊断填写和编码错误、主要诊断与主要手术不匹配。二是部分医院主要诊断名称与编码不匹配，未使用国家统一发布的疾病分类代码国家临床版实施编码，编码过于笼统且与临床诊断不符。三是部分医院信息化建设滞后，上传 HQMS（医院质量监测系统）平台数据时出现漏传、错传等问题。

## 2.重视不够、人力不足、能力欠缺 质控体系待加强

住院病案首页经过 3 次更新改版，从单纯为统计服务转向为国家医疗管理评价及决策服务。近年来尽管，国家卫生健康委接连发文，要求持续改进病案首页质量，但部分医院领导及医务人员对其重视程度仍然不够，不了解填写规范、

标准及流程等要求。

忽视病案学科建设，导致编码员人力不足、能力不够。国家卫生健康委医政医管局连续多年通过全国医疗质量数据网络对全国医疗机构病案管理现状进行调研。2020 年对 5439 家医疗机构的调研结果显示，每家医院专职编码员仅为 2.46 人。人力不足与庞大的出院病历数形成鲜明对比，影响编码正确率。

一些临床医师在病案首页上未填写住院期间已确定或治疗过的疾病导致漏诊，有些临床医师填写主要诊断时使用笼统或不规范缩写，比如心梗、脑梗等。有的编码员不掌握主要诊断选择及编码规则，未对主要诊断进行正确编码，导致主要诊断编码错误，影响数据质量，进而影响病种管理及 DRG 分组的准确性。

在 2020 年调研的 5439 家医疗机构中，开展住院病案首页专项质控的医疗机构占比 67.9%，应用信息化手段进行首页质控的仅占 24.16%。一些医院的住院病案首页未在临床端即实现信息化采集，全部依赖病案人员后期录入，这种方式已不能适应 DRG 支付的需求，影响数据的准确性、及时性。

医院病案首页数据涉及患者信息、住院信息、诊疗信息、费用信息，而多数医院将质控重点集中在临床医师端，未建立覆盖病案科、信息处等部门全程全员的管理模式，未形成针对问题持续改进的闭环管理。

此外，2020 年调研显示，采用国家临床版进行编码的医院占 58.1%。部分医院未按照国家及省市的相关要求对诊断与手术操作信息进行转换，而是随意使用版本，随意增加编码或扩展编码名称，导致上传数据同病不同码、同码不同病，上传编码名称与标准名称不匹配。

### 3.从五个方面入手提高主要诊断编码正确率

《2021 年国家医疗质量安全改进目标说明》明确，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 DRG 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，也关系到公立医院绩效考核和医院评审的顺利推进。此次将“提高病案首页主要诊断编码正确率”设立为国家医疗质量安全改进目标，表明国家层面对病案首页主要诊断编码正确率的高度重视。

根据工作实际，应从五个方面入手，提高病案首页主要诊断编码正确率。

各级领导要高度重视，充分认识到主要诊断编码信息在医疗质量管理工作中的重要作用，将提高主要诊断编码正确率作为病种精细化管理的重要抓手，组建病案科、信息处等多部门参与的协作团队，强化病案学科建设及专业人才培养，提升编码质量。

建立切实有效的管理体系与督导机制。医疗机构要充分发挥病案管理委员会的作用，建立多部门协作的监测及评价机制，完善相关管理工作制度，制订适用于本机构病案首页规范化填报技术指南。

参照国家病案管理质量控制中心 2021 年“提高主要诊断编码正确率”改进目标任务清单，学习掌握主要诊断编码正确率检查方法和判断标准，落实“信息系统日常监管、专家周期督导”的工作模式，按季度、分科室进行主要诊断及编码信息的检查、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。

强化对医师、编码员及管理人員的培训。让相关人员掌握主要诊断填写规范与编码规则，提高能力。国家病案管理质量控制中心对由各省（自治区、直辖市）病案管理质量控制中心业务骨干组成的师资队伍进行培训，各省（自治区、直辖市）师资队伍对本辖区医疗机构临床医师及编码员进行培训；编写统一的主要诊断填报指南及培训教材、培训课程、考核题库，对题库进行动态管理。

扎实推进临床数据“四统一”。“四统一”指的是，统一住院病案首页填写规范、统一疾病编码、统一手术操作编码、统一医学术语，这是提升住院病案首页数据质量的核心。国家与省级病案管理质量控制中心协助推进“疾病分类与代码国家临床版”“手术操作代码国家临床版”在医疗机构贯彻落实。

另外，疾病与手术操作编码维护平台开放接收医院端有关新增编码申请、编码咨询等服务功能，继续开展并完善疾病与手术操作编码维护机制。

提升临床医师团队诊断能力与水平，强化病历内涵质量建设，支撑病案首页主要诊断数据质量。对运行病历、终末病历及病历内涵质量进行检查，抓好病历质控的重要环节，提高病案首页数据质量，客观反映医院及专科疾病谱，提升医疗服务能力和技术水平。

## 十、国家医疗质量安全改进目标权威解读⑩

### 提高肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率

#### 提高评估率—促进肿瘤诊疗规范化

解读：国家肿瘤质控中心

##### 1. 医疗机构诊疗水平参差不齐，质控管理有待加强

恶性肿瘤由于致病因素复杂，难以有效预防，已经成为严重威胁人类健康的重大疾病之一。国家癌症中心最新数据显示，我国恶性肿瘤发病人数和死亡人数仍处于上升趋势。2015年，我国新发恶性肿瘤病例约392.9万例，发病率为285.83/10万，排名前五位的恶性肿瘤依次是肺癌、胃癌、结直肠癌、肝癌和女性乳腺癌。2015年，我国恶性肿瘤死亡病例约233.8万例，死亡率为170.05/10万，排名前五位的恶性肿瘤依次是肺癌、肝癌、胃癌、食管癌和结直肠癌。

截至2019年年底，我国共有150家肿瘤专科医院，卫生技术人员8.18万人，其中医师2.53万人，注册护士4.26万人；同时，有2000余家二级以上医院设有肿瘤科，肿瘤科床位数约24.1万张，占医院总床位数的3.52%。从近三年的数据来看，肿瘤专科医院卫生技术人员数量以及肿瘤科床位数量增长仍较为缓慢，肿瘤科床位数量占医院床位比例有

所下降。

当前，我国恶性肿瘤诊疗存在的问题包括：不同地区医疗机构肿瘤诊疗技术水平参差不齐，同质化和规范化水平有待提高；部分医疗机构肿瘤诊疗质控管理工作不到位，未完善相关医疗质量管理制度，未能定期开展诊疗规范、指南的学习培训和肿瘤诊疗相关医疗质量检查等；部分医疗机构医务人员存在未充分合理参照最新诊疗规范、指南开展肿瘤诊疗工作，治疗前检查不完善，药物选择不当或过度治疗等问题。

## 2. 进行分期评估，可提高肿瘤患者诊疗方案的科学性、合理性

临床 TNM 分期是目前国际上最为通用的肿瘤分期系统，T 指原发肿瘤 (tumor)，N 指是否伴有区域淋巴结转移 (lymph nodes)，M 指是否有远处转移 (metastasis)，分期越高，表示患者肿瘤细胞的侵袭性越强，预后越差。由于恶性肿瘤涉及的癌种较多，针对不同癌种，开展临床 TNM 分期评估的方法不尽相同，医务人员应充分参考国家卫生健康委、中国临床肿瘤学会、中国抗癌协会等制定的最新肿瘤诊疗规范、指南，进行临床 TNM 分期评估。

以肺癌为例，根据诊疗规范、指南推荐，肺癌临床 TNM 分期评估的基本策略包括胸部增强 CT、头部增强 MRI 或增

强 CT、颈部/锁骨上区 B 超或 CT、上腹部增强 CT 或 B 超、全身骨扫描，可选策略是 PET/CT。

开展肿瘤治疗前完成临床 TNM 分期评估，有助于全面科学评估患者病情，是肿瘤规范化治疗的基础。提高临床 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，提升诊疗效果和生存率。

基于上述背景，国家卫生健康委将提高肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率作为 2021 年度国家医疗质量安全改进目标之一，以期推动医疗机构不断重视并加强肿瘤诊疗质控管理，促进各级医疗机构肿瘤诊疗规范化，从而提高肿瘤诊疗的医疗质量，保障肿瘤患者生命安全。

### 3.开展肿瘤规范化诊疗培训，推动多学科诊疗

提高肿瘤治疗前临床 TNM 分期评估率，离不开各级医疗机构及相关方的协同配合，共同推进。

医疗机构应成立由医务、病案、肿瘤、影像及其他临床科室组成的专项工作小组，完善肿瘤诊疗医疗质量管理制度，定期组织开展肿瘤诊疗规范、指南的培训与再教育。

同时，重点加强对非肿瘤专业临床科室肿瘤诊疗的管理，制定肿瘤多学科诊疗标准化操作流程，积极开展肿瘤患者的多学科诊疗。

结合自身信息化水平，医疗机构应建立本机构肿瘤单病

种诊疗的监测与评价机制，明确本机构改进目标数据采集方法与数据内部验证程序，定期开展数据的收集、分析、反馈，将目标改进情况纳入科室绩效管理，建立激励约束机制。临床科室可根据需要设立质控员，收集本科室质控数据，开展科室自查工作。

积极运用质量管理工具，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。充分利用并参与国家有关平台及单病种质控工作，包括国家癌症中心全国抗肿瘤药物临床应用监测网、国家肿瘤质控中心肿瘤单病种质控试点工作，进行本机构肿瘤诊疗医疗质量控制管理。

国家级、省级、地市级肿瘤相关质控中心应共同做好改进目标的政策宣贯工作，以区域为单位，组织开展肿瘤规范化诊疗培训，做好技术指导和督导检查工作。