

附件 1

急诊医学专业医疗质量控制指标 (2023 年版)

指标一、急诊Ⅳ级患者占比

定义：急诊科就诊的Ⅳ级患者数占同期急诊科就诊患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{急诊Ⅳ级患者占比} = \frac{\text{急诊科就诊的Ⅳ级患者数}}{\text{同期急诊科就诊患者总数}} \times 100\%$$

说明：急诊预检分诊要依据科学的标准进行准确分级，目前广泛使用的标准按病情危重程度将患者分为四级：Ⅰ级为急危患者，需要立即得到救治；Ⅱ级为急重患者，往往评估与救治同时进行；Ⅲ级为急症患者，需要短时间内得到诊治；为非急症患者或亚急症患者，在普通诊疗区顺序就诊。

意义：规范化预检分诊是急诊患者就诊安全性及高效性的重要保障。医疗机构通过完善门急诊就诊管理策略，优化急诊患者构成比，有助于急诊资源进一步向急危重症患者倾斜，有利于急危重症患者的救治。

指标二、抢救室滞留时间中位数

定义：将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

n 为一定时期进出抢救室患者总数, X 为抢救室滞留时间。

意义：反映急诊效率、急危重症救治医疗质量的重要指标之一。

指标三、急性腹痛患者病因诊断明确率

定义：离开急诊科前病因诊断明确的急性腹痛患者数占同期急性腹痛就诊患者总数的比例。

计算公式：

$$\text{急性腹痛患者病因诊断明确率} = \frac{\text{离开急诊科前病因诊断明确的急性腹痛患者数}}{\text{同期急性腹痛就诊患者总数}} \times 100\%$$

说明：急性腹痛病因诊断是指根据患者病史、体征及辅助检查结果，识别并给出急性腹痛原因的诊断，病因诊断中包含“可能性大”“不除外”也可视作明确诊断。

意义：体现急诊科对于常见急症的诊断能力。

指标四、急诊入院患者诊断符合率

定义：急诊入院患者急诊主要诊断同出院主要诊断相符合的例数占同期急诊入院患者总例数的比例。

计算公式：

$$\begin{aligned} & \text{急诊入院患者诊断符合率} \\ &= \frac{\text{急诊入院患者急诊主要诊断同出院主要诊断相符合的例数}}{\text{同期急诊入院患者总例数}} \\ & \times 100\% \end{aligned}$$

说明：诊断符合指主要诊断完全相符或基本相符合（存在明显的相符或相似之处）。当所列主要诊断与相比较诊断的前三个之一相符时，视为符合。所有从急诊科收入院的患者均纳入统计，包括急诊科住院患者和其他专科住院患者。

意义：反映急诊医师诊断水平及诊断的规范性。

指标五、急诊患者静脉输液使用率

定义：急诊接受静脉输液治疗的患者数占同期急诊就诊患者总数的比例。

计算公式：

急诊 IV 级患者静脉输液使用率

$$= \frac{\text{急诊接受静脉输液治疗的 IV 级患者数}}{\text{同期急诊就诊 IV 级患者总数}} \times 100\%$$

说明：急诊患者指急诊预检分诊分级为的患者，一般为非急症患者或亚急症患者。

意义：反映急诊静脉输液治疗的管理。

指标六、心肺复苏（CPR）质量监测率

定义：心脏骤停 CPR 质量监测的患者数占同期心脏骤停 CPR 患者总数的比例。

计算公式：

CPR 质量监测率

$$= \frac{\text{心脏骤停 CPR 质量监测的患者数}}{\text{同期心脏骤停 CPR 患者总数}} \times 100\%$$

说明：CPR 质量监测主要包括按压质量监测（按压深度、按压频率、按压中断时间、胸外按压分数等）和生理指标监测（呼气末二氧化碳分压、脉搏血氧波形、动脉血压、冠状动脉灌注压等），至少监测其中一项指标可视为实施了 CPR 质量监测。其中，胸外按压分数指胸外按压时间在整个心肺复苏中所占的比例；脉搏血氧波形须实时监测血氧波形大小

及其变化，只监测数值者不可视为脉搏血氧波形监测。

意义：心肺复苏过程性指标的监测有助于优化心肺复苏质量、提高复苏成功率。

指标七、心脏骤停复苏成功率

定义：心脏骤停患者复苏成功例数占同期心脏骤停患者行心肺复苏术总例数的比例。

计算公式：

院前心脏骤停复苏成功率

$$= \frac{\text{院前心脏骤停患者复苏成功例数}}{\text{同期院前心脏骤停患者行心肺复苏术总例数}} \times 100\%$$

院内心脏骤停复苏成功率

$$= \frac{\text{院内心脏骤停患者复苏成功例数}}{\text{同期院内心脏骤停患者行心肺复苏术总例数}} \times 100\%$$

说明：复苏成功指自主循环恢复并持续 20min 以上（或体外循环支持下恢复循环）。院前心脏骤停是指心脏骤停事件发生在到达医院前，院前心脏骤停复苏成功率仅统计本机构派出医护人员的院前心肺复苏。院内心脏骤停是指心脏骤

停事件发生在医院内。

意义：急诊医疗质量安全的核心指标及救治能力的重要体现。

指标八、自主循环恢复（ROSC）后昏迷患者目标体温管理实施率

定义：稳定 ROSC 后实施标准目标体温管理的昏迷患者数占同期稳定 ROSC 后昏迷患者总数的比例。

计算公式：

ROSC 后昏迷患者目标体温管理实施率

$$= \frac{\text{稳定 ROSC 后实施标准目标体温管理的昏迷患者数}}{\text{同期稳定 ROSC 后昏迷患者总数}} \times 100\%$$

说明：达到稳定 ROSC 后的昏迷患者实施标准目标体温管理，体温控制应至少持续 24 小时后逐渐复温。

意义：心脏骤停自主循环恢复后应持续实施规范化管理。通过目标体温管理，改善心脏骤停患者神经功能预后对于提高患者生存率、改善存活患者生活质量具有重要意义。

指标九、脓毒性休克 1 小时内抗菌药物使用率

定义：脓毒性休克 1 小时内使用抗菌药物的患者数占同期脓毒性休克患者总数的比例。

计算公式:

脓毒性休克 1 小时内抗菌药物使用率

$$= \frac{\text{脓毒性休克 1 小时内使用抗菌药物的患者数}}{\text{同期脓毒性休克患者总数}} \times 100\%$$

意义: 抗菌药物的早期应用是脓毒性休克集束化治疗的重要组成部分, 对于改善脓毒性休克患者预后至关重要。

指标十、急诊重症监护病房 (EICU) 脓毒性休克患者病死率

定义: EICU 脓毒性休克患者死亡数占同期 EICU 脓毒性休克患者总数的比例。

计算公式:

EICU 脓毒性休克患者病死率

$$= \frac{\text{EICU 脓毒性休克患者死亡数}}{\text{同期 EICU 脓毒性休克患者总数}} \times 100\%$$

说明: 本指标适用于已设置 EICU 的急诊科。脓毒性休克死亡包括直接死亡原因为脓毒性休克和/或脓毒性休克并发症, 以及因合并疾病加重死亡的脓毒性休克病例。

意义: EICU 脓毒性休克救治医疗质量的结局性指标。

指标十一、急诊创伤患者创伤量化评估率

定义：急诊创伤患者应用创伤评分系统完成量化评估的例数占同期急诊创伤患者总例数的比例。

计算公式：

急诊创伤患者创伤量化评估率

$$= \frac{\text{急诊创伤患者应用创伤评分系统完成量化评估的例数}}{\text{同期急诊创伤患者总例数}} \times 100\%$$

说明：创伤评分系统包括修正创伤评分（RTS）、简明损伤评分（AIS）、损伤严重程度评分（ISS）、创伤评分和损伤严重程度评分（TRISS）、国际分类损伤严重程度评分（ICISS）、创伤严重程度特征评分（ASCOT）等，至少使用上述一种评分进行创伤患者评估，即视为完成创伤量化评估。

意义：创伤的规范化评估是科学救治的基础。

指标十二、创伤失血性休克 30 分钟输血实施率

定义：创伤失血性休克患者 30 分钟内实施输血例数占同期创伤失血性休克患者总例数的比例。

计算公式：

创伤失血性休克 30 分钟输血实施率

$$= \frac{\text{创伤失血性休克患者 30 分钟内实施输血例数}}{\text{同期创伤失血性休克患者总例数}} \times 100\%$$

说明: 30 分钟内实施输血是指从提出输血申请到护士执行输血的时间在 30 分钟内。

意义: 反映创伤失血性休克治疗的及时性。

指标十三、严重创伤患者诊断性检查完成时间中位数

定义: 严重创伤患者从预检分诊到完成诊断性检查的时间由长到短排序后取中位数。

计算公式:

严重创伤患者诊断性检查完成时间中位数 = $X(n+1)/2$,
n 为奇数。

严重创伤患者诊断性检查完成时间中位数 =
 $(X_{n/2} + X_{n/2+1})/2$, n 为偶数。

n 为一定时期严重创伤患者总数, X 为严重创伤患者从预检分诊到完成诊断性检查的时间。

说明: 严重创伤患者指 ISS ≥ 16 或发生创伤性休克的患者(下同)。创伤性休克指因创伤而引起的休克,包括失血和非失血原因引起的休克。诊断性检查指为充分评估和识别创伤部位和/或潜在出血源而进行的影像学检查,包括扩展创伤超声重点评估(e-FAST)、平扫 CT、增强 CT、X 线检查等,完成其中之一即视为完成诊断性检查。

意义: 快速完成诊断性评估、推进治疗决策,是急诊创

伤高效救治、降低病死率的基础。

指标十四、严重创伤患者 24 小时存活率

定义：严重创伤就诊 24 小时后存活的患者数占同期严重创伤就诊患者总数的比例。

计算公式：

严重创伤患者 24 小时存活

$$= \frac{\text{严重创伤就诊 24 小时后存活的患者数}}{\text{同期严重创伤就诊患者总数}} \times 100\%$$

意义：反映急诊严重创伤的救治能力。

指标十五、急性 ST 段抬高型心肌梗死（STEMI）患者平均门球时间及到院 90 分钟内急诊经皮冠状动脉介入治疗（PCI）的比例

定义：急性 STEMI 患者平均门球时间是指行急诊 PCI 的急性 STEMI 患者，从进入急诊科到首次球囊扩张（Door to Balloon, DTB）的平均时间，即行急诊 PCI 的急性 STEMI 患者的门球时间总和与同期行急诊 PCI 的急性 STEMI 患者总数之比。急性 STEMI 患者到院 90 分钟内急诊 PCI 的比例是指

急性 STEMI 患者到院 90 分钟内行急诊 PCI 的患者数占同期就诊时在 PCI 时间窗（发病 12 小时）内行急诊 PCI 的急性 STEMI 患者总数的比例。

计算公式：

急性 STEMI 患者平均门球时间

$$= \frac{\text{行急诊 PCI 的急性 STEMI 患者的门球时间总和}}{\text{同期行急诊 PCI 的急性 STEMI 患者总数}}$$

急性 STEMI 患者到院 90 分钟内急诊 PCI 的比例

$$= \frac{\text{急性 STEMI 患者到院 90 分钟内行急诊 PCI 的患者数}}{\text{同期就诊时在 PCI 时间窗内行急诊 PCI 的急性 STEMI 患者总数}} \times 100\%$$

说明：到院 90 分钟内行急诊 PCI 指从到院至进行直接 PCI 治疗首次球囊扩张的时间小于等于 90 分钟。

意义：反映急诊绿色通道的效率。

指标十六、急性 STEMI 患者平均门药时间及到院 30 分钟内静脉溶栓治疗率

定义：急性 STEMI 患者平均门药时间是指接受静脉溶栓治疗的急性 STEMI 患者从进入急诊科到开始溶栓药物治疗（Door to Needle, DTN）的平均时间，即接受静脉溶栓治

疗的急性 STEMI 患者的门药时间总和与同期接受静脉溶栓治疗的急性患者总数之比。急性 STEMI 患者到院 30 分钟静脉溶栓治疗率是指急性 STEMI 患者到院 30 分钟内接受静脉溶栓治疗的患者数占同期就诊时在溶栓时间窗（发病 12 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：

急性 STEMI 患者平均门药时间

$$= \frac{\text{接受静脉溶栓治疗的急性 STEMI 患者的门药时间总和}}{\text{同期接受静脉溶栓治疗的急性 STEMI 患者总数}}$$

急性 STEMI 患者到院 30 分钟静脉溶栓治疗率

$$= \frac{\text{急性 STEMI 患者到院 30 分钟内接受静脉溶栓治疗的患者数}}{\text{同期就诊时在溶栓时间窗内接受静脉溶栓治疗的急性 STEMI 患者总数}} \times 100\%$$

说明：对于存在再灌注指征的急性 STEMI 患者，若无法及时行直接 PCI，且无溶栓治疗的绝对禁忌者，应给予溶栓治疗。

意义：反映急诊绿色通道效率。

指标十七、急诊中心静脉置管早期血管并发症发生率

定义：急诊中心静脉置管发生早期血管并发症的例数占同期急诊中心静脉置管总例数的比例。

计算公式:

$$\begin{aligned} & \text{急诊中心静脉置管早期血管并发症发生率} \\ &= \frac{\text{急诊中心静脉置管发生早期血管并发症的例数}}{\text{同期急诊中心静脉置管总例数}} \times 100\% \end{aligned}$$

说明: 中心静脉置管早期血管并发症是指中心静脉导管置入时及 1 周内发生的血管相关并发症, 包括动脉损伤、严重出血、局部血肿、胸腔积血及腹膜后血肿等。

意义: 反映急诊科中心静脉置管操作质量。

指标十八、体外膜肺氧合辅助心肺复苏 (ECPR) 实施时间中位数

定义: 将 ECPR 实施时间由长到短排序后取中位数。

计算公式:

ECPR 实施时间中位数 = $X(n+1)/2$, n 为奇数。

ECPR 实施时间中位数 = $(X_{n/2} + X_{n/2+1})/2$, n 为偶数。

n 为一定时期内实施 ECPR 患者总数, X 为 ECPR 实施时间。

说明: ECPR 实施时间指从临床决策启动动静脉置管至患者连接 ECMO 管路体外循环开始运行的时间。患者纳入标准为实施常规心肺复苏 15 分钟不能恢复自主心律, 心脏骤停 1 小时之内者。

意义：反映 ECMO 辅助心肺复苏的质量和效率。在合理的患者选择基础上，ECPR 的实施有助于提高心脏骤停患者复苏成功率。

指标十九、急诊预检分诊分级准确率

定义：统计周期内急诊预检分诊分级级别与患者最终分诊分级级别相符的人次数占同期急诊预检分诊总人次数的比例。

计算公式：

急诊预检分诊分级准确率

$$= \frac{\text{统计周期内急诊预检分诊分级级别与患者最终分诊分级级别相符的人次数}}{\text{同期急诊预检分诊总人次}} \times 100\%$$

说明：分诊分级准确是指急诊预检分诊分级级别与患者最终分诊分级级别相符。统计周期内患者接受预检分诊次数以实际发生的次数计算。

意义：预检分诊分级是急诊开展救治工作的首要步骤，是控制急诊风险的重要过程要素，主要由护理人员承担。准确的预检分诊分级能予以最及时的救治，提高急诊救治效率，最大程度挽救危重患者的生命。

附件 2

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：

$$\text{疼痛科医师床比} = \frac{\text{疼痛科医师人数}}{\text{病区实际开放床位数}}$$

说明：疼痛科医师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：反映医疗机构疼痛学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：反映医疗机构疼痛学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新入院住院患者例数占同期新入院的患者总例数的比例。

计算公式：

$$\text{住院患者入院 8h 内疼痛程度评估完成率} = \frac{\text{入院 8 小时内完成疼痛程度评估的新入院住院患者例数}}{\text{同期新入院的住院患者总例数}} \times 100\%$$

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入院评估的及时性、规范性。

指标四、带状疱疹后神经痛（PHN）患者初诊一线药物使用率（PM-PHN-3）

定义：使用一线药物进行治疗的初诊 PHN 患者数占同期初诊 PHN 患者总数的比例。

计算公式：

PHN 患者初诊一线药物使用率

$$= \frac{\text{使用一线药物进行治疗的初诊 PHN 患者数}}{\text{同期初诊 PHN 患者总数}} \times 100\%$$

说明:

1. 本指标中初诊是指患者首次因带状疱疹后神经痛 (PHN) 至医疗机构就诊。

2. 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 患者诊疗的及时性、规范性。

指标五、PHN 治疗有效率 (PM-PHN-5)

定义: PHN 非手术治疗有效率是指 PHN 患者行非手术治疗后有效缓解的患者例数占同期行非手术治疗的 PHN 患者总例数的比例。

PHN 手术治疗有效率是指 PHN 患者行手术治疗后有效缓解的患者例数占同期行手术治疗的 PHN 患者总例数的比例。

计算公式:

PHN 非手术治疗有效率

$$= \frac{\text{PHN 患者行非手术治疗后有效缓解的患者例数}}{\text{同期行非手术治疗的 PHN 患者总例数}} \times 100\%$$

PHN 手术治疗有效率

$$= \frac{\text{PHN 患者行手术治疗后有效缓解的患者例数}}{\text{同期行手术治疗的 PHN 患者总例数}} \times 100\%$$

说明:

1. 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的置入或置换 (04.9200)、完全可植入型的输注泵置入 (86.0600)、输注泵置入术 (86.0601)。本指标中非手术治疗是指除上述手术治疗外的其他治疗。(下同)

2. 本指标中治疗有效是指 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 $\geq 30\%$ 。

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-6)

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:

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围手术期出现的感染、出血、气胸、神经功能障碍、器官组织损伤、全脊髓麻醉。

（下同）

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-7）

定义：进行精神心理评估 PHN 患者例数占同期诊断为 PHN 的患者总例数的比例。

计算公式：

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-9)

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：

癌症疼痛患者 24h 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：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、准确性。

指标九、中重度癌症疼痛患者阿片类药物使用率
(PM-CP-10)

定义：使用阿片类药物治疗的中重度癌症疼痛患者例数占同期中重度癌症疼痛患者总例数比例。

计算公式：

中重度癌症疼痛患者阿片类药物使用率

$$= \frac{\text{使用阿片类药物治疗的中重度癌症疼痛患者例数}}{\text{同期中重度癌症疼痛患者总例数}} \times 100\%$$

说明：本指标中中重度癌症疼痛患者是指使用 VAS/NRS 评分 > 4 分的癌痛患者。

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-PHN-11）

定义：癌症疼痛非手术治疗有效率是指癌症疼痛患者行非手术治疗后有效缓解的患者例数占同期行非手术治疗的癌症疼痛患者总例数的比例。

癌症疼痛手术治疗有效率是指癌症疼痛患者行手术治疗后有效缓解的患者例数占同期行手术治疗的癌症疼痛患者总例数的比例。

计算公式：

癌症疼痛非手术治疗有效率

$$= \frac{\text{癌症疼痛患者行非手术治疗后有效缓解的患者例数}}{\text{同期行非手术治疗的癌症疼痛患者总例数}} \times 100\%$$

癌症疼痛手术治疗有效率

$$= \frac{\text{癌症疼痛患者行手术治疗后有效缓解的患者例数}}{\text{同期行手术治疗的癌症疼痛患者总例数}} \times 100\%$$

说明：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到术前50%以下；③止痛药物剂量减少到术前50%以下；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）（下同）。

意义：反映医疗机构对癌症疼痛患者的诊疗质量。

指标十一、癌症疼痛患者手术并发症发生率 (PM-CP-12)

定义：癌症疼痛患者行手术治疗发生并发症的例数占同期癌症疼痛患者手术治疗总例数的比例。

计算公式：

癌症疼痛患者手术并发症发生率

$$= \frac{\text{癌症疼痛患者行手术治疗发生并发症的例数}}{\text{同期癌症疼痛患者手术治疗总例数}} \times 100\%$$

意义：反映医疗机构手术治疗癌症疼痛的安全性。

指标十二、癌症疼痛患者术后院内死亡率(PM-CP-13)

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：

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。

指标十三、癌症中重度疼痛患者出院一周内随访完成率（PM-SI-04）

定义：癌症中重度疼痛患者出院一周内随访率是指癌症中重度疼痛患者出院后一周内完成出院随访的患者例数占同期出院的癌症中重度疼痛患者总例数的比例。

计算公式：

癌症中重度疼痛患者出院随访率

$$= \frac{\text{癌症中重度疼痛患者出院一周内完成随访的患者例数}}{\text{同期出院的癌症中重度疼痛患者总例数}} \times 100\%$$

说明：本指标中癌症中重度疼痛患者是指使有诊断证明为恶性肿瘤、阿片类药物使用、住院期间使用VAS/NRS/VRS/（FPS-R）等评估工具疼痛程度评分 ≥ 4 分的患者。

意义：反映医疗机构对癌症疼痛患者诊疗护理的延续性。

附件 3

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：

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。

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：

整形美容手术切口甲级愈合率

$$= \frac{\text{整形美容手术切口甲级愈合患者例数}}{\text{同期整形美容手术患者总例数}} \times 100\%$$

说明：本指标中统计的手术包括：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。

意义：反映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：

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: 乳癌术后扩张器乳房再造术、乳癌术后假体乳房再造术、假体隆乳术、假体隆鼻术、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患者手术部位感染情况。

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:

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 $\geq$ 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：

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、吸脂术后 12 小时内血压监测率（PCS-BPL-06）

定义：吸脂术后 12 小时内进行血压监测的患者例数占同期吸脂患者总例数的比例。

计算公式：

吸脂术后 12 小时内血压监测率

$$= \frac{\text{吸脂术后 12 小时内进行血压监测的患者例次}}{\text{同期吸脂患者总例次}} \times 100\%$$

说明:

1. 本指标中吸脂术包括: 单纯的脂肪抽吸塑形术、脂肪抽吸填充术。

2. 本指标中血压监测包括单次血压监测和连续血压监测。

意义: 吸脂术后及时进行血压监测对预防安全不良发生具有重要意义。

指标七、阴道紧缩术直肠损伤发生率 (PCS-RIV-07)

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:

$$\begin{aligned} & \text{阴道紧缩术直肠损伤发生率} \\ &= \frac{\text{行阴道紧缩术后发生直肠损伤的患者例数}}{\text{同期行阴道紧缩术的患者总例数}} \\ & \times 100\% \end{aligned}$$

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。

指标八、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手术皮瓣发生血管危象患者例数的比例。

计算公式：

皮瓣血管危象早期识别率

$$= \frac{\text{皮瓣移植术后 48 小时内准确识别皮瓣血管危象的例数}}{\text{同期行皮瓣移植手术皮瓣发生血管危象的患者例数}} \times 100\%$$

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. 皮瓣移植术后血管危象是指术后出现动脉痉挛、堵塞或者静脉堵塞。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。

指标九、皮瓣血管危象发生率（PCS-VC-08）

定义：行皮瓣移植手术后皮瓣发生血管危象患者例数占同期行皮瓣移植手术患者例数的比例。

计算公式：

皮瓣血管危象发生率

$$= \frac{\text{行皮瓣移植手术后皮瓣发生血管危象患者例数}}{\text{同期行皮瓣移植手术患者例数}} \times 100\%$$

意义：反映皮瓣移植手术质量。

附件 4

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：明确病原学诊断对快速明确病因、制定诊疗方案和合理使用抗流感病毒药物具有重要意义。

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：

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：

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:

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、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、真菌、寄生虫等病原体核酸, 抗原、抗体检测。

意义: 明确病原学诊断对快速明确病因、制定诊疗方案

和合理用药物具有重要意义。

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：

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：

感染性腹泻患者口服补液盐（ORS）使用率

$$= \frac{\text{使用口服补液盐（ORS）治疗的感染性腹泻患者例数}}{\text{同期行补液治疗的感染性腹泻患者总例数}} \times 100\%$$

意义：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。此指标主要反映医疗机构对感染性腹泻患者补液治疗的合理性。

指标八、丙型病毒性肝炎（HCV）抗体阳性患者丙型肝炎病毒（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：反应医疗机构丙型肝炎的早诊早治能力及规范化管理。

指标九、HCV-RNA 检测结果阳性患者抗病毒治疗率（ID-HC-02）

定义：行抗病毒治疗的 HCV-RNA 检测结果阳性患者人数占同期 HCV-RNA 检测结果阳性患者总人数的比例。

计算公式:

$$\begin{aligned} & \text{HCV-RNA 阳性患者抗病毒治疗率} \\ &= \frac{\text{行抗病毒治疗的 HCV-RNA 检测结果阳性患者人数}}{\text{同期 HCV-RNA 检测结果阳性患者总人数}} \\ & \times 100\% \end{aligned}$$

说明: 本指标中的抗病毒治疗包括使用以下任一药物: 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、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, 对丙型肝炎治愈及控制疾病进一步传播有重要意义。

指标十: 护士血源性职业暴露率 (ID-N-01)

定义: 指单位时间内发生血源性职业暴露护士人数占同期所有护士总数的比例。

计算公式:

$$\begin{aligned} & \text{护士血源性职业暴露率} \\ &= \frac{\text{单位时间内发生血源性职业暴露的护士人数}}{\text{同期所有护士总数}} \times 100\% \end{aligned}$$

说明: 1. 该指标仅涉及血源性职业暴露事件, 不包括其他如放射性职业暴露、化学性职业暴露等。

2. 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。

附件 5

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-ST-01)

定义：高级职称医师签署健康体检报告数占同期健康体检报告总数的比例。

计算公式：

高级职称医师签署报告率

$$= \frac{\text{高级职称医师签署健康体检报告数}}{\text{同期健康体检报告总数}} \times 100\%$$

说明：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：医师是决定健康体检机构医疗质量的关键因素，健康体检报告由高级职称医师进行审核、把关，可以为受检者提供更专业、精准的健康评估和建议。

指标二、健康体检问卷完成率 (HCHM-PR-01)

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: 健康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订的《健康体检基本项目专家共识》。

意义: 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。

指标三、超声医师日均负担超声检查部位数

(HCHM-PR-02)

定义: 每位超声医师日均负担超声检查部位数。

计算公式:

超声医师日均负担超声检查部位数

$$= \frac{\text{超声检查部位总数}}{\text{超声医师岗位数} \times \text{实际工作日}}$$

说明: 超声检查部位包括：甲状腺、乳腺、腹部（肝胆胰脾肾）、盆腔（包括但不限于前列腺、子宫附件）、颈动脉

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-03）

定义：留取大便标本的健康体检人次数占同期健康体检总人次数的比例。

计算公式：

$$\text{大便标本留取率} = \frac{\text{留取大便标本的健康体检人次数}}{\text{同期健康体检总人次数}} \times 100\%$$

意义：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。

指标五、健康体检报告平均完成时间（HCHM-PR-04）

定义：健康体检报告完成天数的总和与同期健康体检报告总数的比值。

计算公式：

$$\text{健康体检报告平均完成时间} = \frac{\text{健康体检报告完成天数总和}}{\text{同期健康体检报告总数}}$$

说明：健康体检报告完成时间是指从受检者各项检测完

成到出具报告的时间（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一定时期内，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

$$= \frac{\text{完成高危异常结果通知人数}}{\text{同期检出高危异常结果总人数}} \times 100\%$$

说明：本指标中高危异常结果包括临床危急值和《健康体检重要异常结果管理专家共识》中的 A 类指标。发现高危异常结果后，应立即告知受检者本人及家属，及时就診治疗。

意义：反映健康体检机构发现和处置受检者高危异常结果的能力。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。

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

$$= \frac{\text{完成重要异常结果随访人数}}{\text{同期检出重要异常结果总人数}} \times 100\%$$

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》。

意义：反映健康体检机构重要异常结果随访的规范性和管理水平。