

初治卵巢高级别浆液性癌手术治疗河南省质量控制指标

河南省妇科医疗质量控制中心专家委员会

通信作者: 郭瑞霞, 郑州大学第一附属医院, 郑州 450003, Email: grxcdxzzu@163.com;

王悦, 河南省人民医院; 韩丽萍, 郑州大学第一附属医院; 任琛琛, 郑州大学第三附属医院

DOI: 10.19528/j.issn.1003-3548.2024.11.001

卵巢癌是女性生殖系统致死率最高的恶性肿瘤, 由于缺乏典型的临床症状和特异性的生物学标志物, 70% 的患者就诊时已届晚期^[1]。2022 年, 国家癌症中心发布的最新数据显示, 卵巢癌年新发病例数为 5.72 万例, 年死亡病例数为 2.72 万例, 其中 70% 的卵巢癌是卵巢高级别浆液性癌 (high grade serous ovarian cancer, HGSOC)。HGSOC 侵袭性高, 超过 80% 的患者初诊时为 FIGO III-IV 期, 90% 以上的患者就诊时已经出现了远处的播散或转移, 中位 5 年生存率 5% ~ 55%^[2]。目前, 手术、化疗及维持治疗是 HGSOC 的标准治疗模式, 而手术是其治疗的重要组成部分, 早期需行全面分期手术, 术后根据病理确定 FIGO 分期, 给予相应的辅助化疗; 对于晚期患者, 应综合患者的一般状况、CT 等影像学检查所见首先评估能否实现满意的肿瘤细胞减灭术, 如经过评估有可能达到满意减瘤者, 则先行初始肿瘤细胞减灭术, 术后辅助化疗及维持治疗; 经过评估直接手术无法达到满意的肿瘤细胞减灭术者, 可先行新辅助化疗后行中间型肿瘤细胞减灭术, 术后继续化疗, 获得完全缓解或部分缓解者, 可考虑维持治疗以延缓复发^[3]。

对于晚期 HGSOC 患者, 无论是初始肿瘤细胞减灭术, 还是中间型肿瘤细胞减灭术, 在条件允许的情况下, 尽最大可能的达到满意的肿瘤细胞减灭术, 最好是 R0 (无肉眼可见的肿瘤残留) 直接关系到患者的生存质量与预后^[4]。HGSOC 的手术操作复杂, 常常涉及盆腹腔多个脏器, 需要在有专业资质的医疗机构、由经过妇科肿瘤手术培训的有经验的妇科肿瘤医生实施。经过质量控制的卵巢癌手术是 HGSOC 患者获得规范治疗和生存获益的重要因素, 为保证 HGSOC 手术治疗质量, 从术前评估、术中评估、手术操作、术后病理评估等方面, 均应遵循严格的质量控制标准^[5]。

虽然国家肿瘤质控中心于 2022 年制定了卵巢癌规范诊疗质量控制指标, 卵巢癌的诊疗也逐渐趋于规范, 但是不同病理类型的卵巢癌之间, 治疗方案还存在一定的差别, 目前仍缺乏针对 HGSOC 的诊疗规范, 而且不同地区间诊治水平仍存在较大差异。为了进一步推动河南省卵巢癌规范化诊疗质控工作, 以确保手术过程的规范化、

标准化, 提高治疗效果及患者满意度, 降低三级以上手术并发症的发生率和非计划重返手术室再手术率, 河南省妇科医疗质量控制中心专家委员会依据《中国卵巢癌规范诊疗质量控制指标(2022 版)》、《2024NCCN 卵巢癌临床实践指南》、《2024 年 CSCO 卵巢癌诊疗指南》、《卵巢恶性肿瘤诊断与治疗指南 2021 版》、《中国妇科恶性肿瘤临床实践指南 2024 版》、《卵巢癌诊疗指南 2022 版》、《卵巢恶性肿瘤多学科团队协作诊治的中国专家共识》等多部卵巢癌诊疗指南规范, 结合临床经验及循证医学, 在符合科学性、普适性、规范性、可操作性原则指导下, 起草并制定了《初治卵巢高级别浆液性癌手术治疗河南省质量控制指标》, 具体如下。

1 HGSOC 患者初始治疗前病史采集完成率

1.1 指标代码: HGSOC-01

1.2 定义: HGSOC 患者在初始治疗开始前实际完成全面病史采集患者病例数占初始治疗开始前所有 HGSOC 患者病例数的比例。包括临床表现、病程、既往治疗情况以及三代血亲之内有无卵巢癌、乳腺癌、胃肠道来源等恶性肿瘤病史。

1.3 计算公式: HGSOC 患者初始治疗前病史采集完成率 = $\frac{\sum \text{初始治疗开始前实际完成全面病史采集患者病例数}}{\sum \text{初始治疗开始前所有 HGSOC 患者病例数}} \times 100\%$ 。

1.4 设置理由: 完整病史及家族史的采集是治疗前对 HGSOC 患者病情充分评估的前提, 是规范化治疗的基础。

1.5 指标类型: 过程质控

1.6 质控标准: 100%

1.7 除外患者: 无。

2 HGSOC 患者初始治疗前体格检查完成率

2.1 指标代码: HGSOC-02

2.2 定义: HGSOC 患者在初始治疗开始前实际完成体格检查患者病例数占初始治疗开始前所有 HGSOC 患者病例数的比例。体格检查包括全身浅表淋巴结、腹部检查等全身检查和妇科检查, 妇科检查同时行双合诊及三合诊, 须由高级职称医师完成。

2.3 计算公式: HGSOC 患者初始治疗前体格检查完成率 = $\frac{\sum \text{初始治疗开始前实际完成体格检查患者病例数}}{\sum \text{初始治疗开始前所有 HGSOC 患者病例数}} \times 100\%$ 。

2.4 设置理由: 体格检查是评估 HGSOC 患者病情的重要环节, 对治疗方案的制定有着重要参考价值。

2.5 指标类型: 过程质控。

2.6 质控标准: 100%

2.7 除外患者: 无。

3 HGSOC 患者初始治疗前营养状态评估率

3.1 指标代码: HGSOC-03

3.2 定义: HGSOC 患者初始治疗开始前进行营养状态评估病例数占初始治疗开始前所有 HGSOC 患者病例数的比例。患者营养状态评估采用住院患者营养风险筛查 2002 量表(nutritional risk screening 2002) 进行评估(见表 1)。

表 1 营养风险筛查 NRS-2002 量表
(nutritional risk screening 2002)

评分项目		分值	评分结果		
			1 次	2 次	3 次
营养状况	BMI < 18.5; 近 1~3 个月内体重无变化; 近 1 周摄入量无变化	0 分			
	3 个月内体重丢失 > 5% ,或食物摄入量比正常需要量低 25% ~ 50%	1 分			
	一般情况差; 或 2 个月内体重丢失 > 5% ; 或食物摄入量比正常需要量低 50% ~ 75%	2 分			
	BMI < 18.5kg/m ² 且一般情况差, 或 1 个月内体重丢失 > 5% (或 3 个月内下降 > 15%) , 或最近 1 周食物摄入量比正常需要量低 75% ~ 100%	3 分			
疾病严重程度	正常营养需求	0 分			
	髌骨骨折、慢性疾病急性发作或有并发症者、COPD、血液透析、肝硬化、糖尿病、一般恶性肿瘤	1 分			
	腹部重大手术、脑卒中、重症肺炎、血液恶性肿瘤	2 分			
	颅脑损伤、骨髓抑制、APACHE > 10 分的 ICU 患者	3 分			
年龄	< 70 岁	0 分			
	≥ 70 岁	1 分			
得分					
筛查日期					
筛查医生签字					

注: NRS2002 评分 ≥ 3 分: 说明患者存在营养风险, 需要营养支持
NRS2002 评分 < 3 分: 患者需要每周复筛, 如果患者安排有重大手术需考虑预防性的营养治疗以避免联合风险状况。BMI 为体质指数; COPD 为慢性阻塞性肺疾病; APACHE 为急性生理学及慢性健康状况评分

3.3 计算公式: HGSOC 患者初始治疗前营养状态评估率 = $\frac{\sum \text{初始治疗开始前实际完成营养状态评估病例数}}{\sum \text{初始治疗开始前所有 HGSOC 患者病例数}} \times 100\%$ 。

3.4 设置理由: HGSOC 属于消耗性疾病, 患者多为营养不良状态, 营养状态对患者手术时机的选择及临床

结局均有重大影响^[5]。

3.5 指标类型: 过程质控。

3.6 质控标准: 逐年提高。

3.7 除外患者: 无。

4 HGSOC 患者初始治疗前体力状况评估率

4.1 指标代码: HGSOC-04

4.2 定义: HGSOC 患者初始治疗开始前进行体力状况评估病例数占初始治疗开始前所有 HGSOC 患者病例数的比例。患者体力状况评分采用 Zubrod-ECOG-WHO 评分标准进行评估(见表 2)。

表 2 Zubrod-ECOG-WHO 评分标准

ECOG 评分标准	
0 分	活动能力完全正常, 与起病前活动能力无任何差异
1 分	能自由走动及从事轻体力活动, 包括一般家务或办公室工作, 但不能从事较重的体力活动
2 分	能自由走动及生活自理, 但已丧失工作能力, 日间不少于一半时间可以起床活动
3 分	生活仅能部分自理, 日间一半以上时间卧床或坐轮椅
4 分	卧床不起, 生活不能自理
5 分	死亡

4.3 计算公式: HGSOC 患者初始治疗前体力状态评估率 = $\frac{\sum \text{初始治疗开始前实际完成体力状态评估病例数}}{\sum \text{初始治疗开始前所有 HGSOC 患者病例数}} \times 100\%$ 。

4.4 设置理由: 患者的体力状态间接反应了病情严重程度和耐受治疗的程度, 从而指导治疗决策、预测预后和评估治疗效果^[7]。

4.5 指标类型: 过程质控。

4.6 质控标准: 逐年提高。

4.7 除外患者: 无。

5 HGSOC 患者初始治疗前血清肿瘤标志物检测率

5.1 指标代码: HGSOC-05

5.2 定义: HGSOC 患者初始治疗开始前进行血清肿瘤标志物检测患者病例数占初始治疗开始前所有 HGSOC 患者病例数的比例。血清肿瘤标志物包括糖类抗原 125 (CA125)、人附睾蛋白 4(HE4)、糖类抗原 19-9(CA19-9)、癌胚抗原(CEA) 等指标。

5.3 计算公式: HGSOC 患者初始治疗前血清肿瘤标志物检测率 = $\frac{\sum \text{初始治疗开始前实际完成血清肿瘤标志物检测病例数}}{\sum \text{初始治疗开始前所有 HGSOC 患者病例数}} \times 100\%$ 。

5.4 设置理由: 血清肿瘤标志物是 HGSOC 患者术前诊断的重要依据, 能够提高早期诊断率, 并且是疾病治疗过程中反应病情的重要监测指标。

5.5 指标类型: 过程质控。

5.6 质控标准: 100%

5.7 除外患者: 无。

6 HGSOC 患者初始治疗前影像学评估完成率

6.1 指标代码: HGSOC-06

6.2 定义: HGSOC 患者初始治疗开始前进行影像学评估患者病例数占初始治疗开始前所有 HGSOC 患者病例数的比例。影像学评估包括彩色多普勒超声、胸部及全腹部增强 CT,必要时行核磁共振、PET-CT 等。

6.3 计算公式: HGSOC 患者初始治疗前影像学评估完成率 = Σ 初始治疗开始前实际完成影像学评估病例数 / Σ 初始治疗开始前所有 HGSOC 患者病例数 \times 100%。

6.4 设置理由: 影像学检查是 HGSOC 患者治疗前全面评估病情的重要手段,对手术有重要指导作用,并且是进行多学科会诊及监测治疗过程的依据。

6.5 指标类型: 过程质控。

6.6 质控标准: 100%

6.7 除外患者: 无。

7 HGSOC III 期以上患者初始治疗前 Suidan 评分完成率

7.1 指标代码: HGSOC-07

7.2 定义: HGSOC III 期以上患者初始治疗开始前进行 Suidan 评分患者病例数占初始治疗开始前所有 HGSOC III 期以上患者病例数的比例。患者 Suidan 评分采用 Suidan 多因素评估量表进行(见表 3)。

表 3 Suidan 多因素评估量表

项目	分值(分)
临床因素(3 个)	
年龄 ≥ 60 岁	1
CA125 ≥ 500 kU/L	1
ASA 评分 3 ~ 4 分	1
CT 影像学特征(8 个)	
脾周区域病变直径 > 1 cm	1
肝门/肝十二指肠韧带病变	1
肾门上腹膜后淋巴结直径 > 1 cm	1
弥漫性小肠粘连或增厚	1
中重度腹水	2
胆囊窝/肝叶间裂病变	2
网膜囊病变直径 > 1 cm	2
肠系膜上动脉根部病变直径 > 1 cm	4

7.3 计算公式: HGSOC III 期以上患者初始治疗前 Suidan 评分完成率 = Σ HGSOC III 期以上患者初始治疗开始前实际完成 Suidan 评分病例数 / Σ 初始治疗开始前 HGSOC III 期以上患者所有病例数 \times 100%。

7.4 设置理由: Suidan 评分可以评估 HGSOC 患者病情严重程度和预后,也可以预测是否能进行满意的肿瘤细胞减灭术^[8]。

7.5 指标类型: 过程质控。

7.6 质控标准: 逐年提高。

7.7 除外患者: 无。

8 HGSOC 复杂病例患者初始治疗前多学科诊疗 (multi-disciplinary treatment, MDT) 完成率

8.1 指标代码: HGSOC-08

8.2 定义: HGSOC 复杂病例患者初始治疗开始前进行 MDT 患者病例数占初始治疗开始前需要进行 MDT 患者病例数的比例。复杂病例包括要求保留生育或生理功能治疗、晚期、肿瘤侵犯多器官、有严重合并症或并发症、年龄大于 75 岁等情况的 HGSOC 患者。

8.3 计算公式: HGSOC 复杂病例患者初始治疗前 MDT 完成率 = Σ 初始治疗开始前实际完成 MDT 病例数 / Σ 初始治疗开始前需要完成 MDT 患者病例数 \times 100%。

8.4 设置理由: HGSOC 复杂病例涉及多专业问题,在初始治疗前进行 MDT 评估,有助于整合多学科资源,使患者获得最佳治疗效果。

8.5 指标类型: 过程质控。

8.6 质控标准: 逐年提高。

8.7 除外患者: 无。

9 HGSOC 患者初始治疗前血栓风险评估完成率

9.1 指标代码: HGSOC-09

9.2 定义: HGSOC 患者初始治疗开始前进行血栓风险评估患者病例数占初始治疗开始前所有 HGSOC 患者病例数的比例。患者血栓风险评估采用外科血栓风险评估量表 (caprini 模型) 进行(见表 4)。

9.3 计算公式: HGSOC 患者初始治疗前血栓风险评估率 = Σ 初始治疗开始前实际完成血栓风险评估病例数 / Σ 初始治疗开始前所有 HGSOC 患者病例数 \times 100%。

9.4 设置理由: 肿瘤患者是血栓的高危人群,深静脉血栓尤其其肺栓塞会给患者带来危及生命的风险,并且是可以预防的,因此充分的评估是恰当预防措施制定的依据^[9]。

9.5 指标类型: 过程质控。

9.6 质控标准: 逐年提高。

9.7 除外患者: 无。

10 针对 HGSOC 患者手术医生资质匹配率

10.1 指标代码: HGSOC-10

10.2 定义: 针对 HGSOC 患者手术医生具备妇科四级手术资质病例数占所有 HGSOC 手术患者病例数的比例。

10.3 计算公式: 针对 HGSOC 患者手术医生资质匹配率 = Σ 手术医生具备妇科四级手术资质病例数 / Σ 所有 HGSOC 手术患者病例数 \times 100%。

10.4 设置理由: 卵巢癌分期手术和卵巢癌肿瘤细胞减灭术均是难度极高的妇科四级手术,规范的手术操作是决定患者预后的重要因素之一,所以必须由有资质的医生进行手术。

10.5 指标类型: 结果质控。

10.6 质控标准: 100%。

10.7 除外患者: 无。

表 4 外科血栓风险评估量表(Caprini 模型)

A1 每个危险因素 1 分		B 每个危险因素 2 分	
<ul style="list-style-type: none"> ● 年龄 40 ~ 59 岁 ● 计划小手术 ● 近期大手术 ● 肥胖 ● 卧床的内科病人 ● 炎症性肠病史 ● 下肢水肿 ● 静脉曲张 ● 严重的肺部疾病, 含肺炎(1 个月内) ● 肺功能异常(COPD) ● 急性心肌梗死(1 个月内) ● 充血性心力衰竭(1 个月内) ● 败血症(1 个月内) ● 输血(1 个月内) ● 下肢石膏或支具固定 ● 中心静脉置管 ● 其他高危因素 		<ul style="list-style-type: none"> ● 年龄 60 ~ 74 岁 ● 大手术(< 60min) * ● 腹腔镜手术(> 60min) * ● 关节镜手术(> 60min) * ● 既往恶性肿瘤 ● 肥胖(BMI > 40 kg/m²) 	
		C 每个危险因素 3 分	
A2 仅针对女性(每项 1 分)		D 每个危险因素 5 分	
<ul style="list-style-type: none"> ● 口服避孕药 ● 妊娠期或产后(1 个月) ● 原因不明的死胎史, 复发自然流产(≥ 3 次), 由于毒血症或发育原因早产 		<ul style="list-style-type: none"> ● 年龄 ≥ 75 岁 ● 大手术持续 2 ~ 3h* ● 肥胖(BMI > 50 kg/m²) ● 浅静脉、深静脉血栓或肺栓塞病史 ● 血栓家族史 ● 现患恶性肿瘤或化疗 ● 肝素引起的血小板减少 ● 未列出的先天性或后天血栓形成 ● 抗心磷脂抗体阳性 ● 凝血酶原 20210A 阳性 ● 因子 V Leiden 阳性 ● 狼疮抗凝物阳性 ● 血清同型半胱氨酸酶升高 	
		<ul style="list-style-type: none"> ● 脑卒中(1 个月) ● 急性脊髓损伤、瘫痪(1 个月) ● 选择性下肢关节置换 ● 髋关节、骨盆或下肢骨折 ● 多发创伤 ● 大手术(超过 3h) * 	
危险因素总分:			
注: * 只能选择一个手术因素			
VTE 预防方案(基于 Caprini 评分)			
危险因素总分	DVT 发生风险	风险等级	预防措施
0 ~ 1 分	< 10%	低危	尽早活动 + 物理预防
2 分	10% ~ 20%	中危	药物 + 物理预防
3 ~ 4 分	20% ~ 40%	高危	药物 + 物理预防
≥ 5 分	40% ~ 80%; 1% ~ 5% 死亡率	极高危	药物 + 物理预防

11 HGSOC 患者初次手术操作规范率

11.1 指标代码: HGSOC-11

11.2 定义: HGSOC 患者初次手术治疗的手术操作符合规范的病例数占有所有 HGSOC 初次手术患者病例数的比例。HGSOC 患者初次手术包括(1) 早期卵巢癌的分期手术, 其质量控制要点包括: ① 全面仔细的探查, 包括盆腹腔全部的脏器、腹膜、横膈、肠系膜、阑尾系膜。② 留取腹水或腹腔冲洗液送检。③ 任何粘连带或可疑之处取活检或切除, 如无可疑转移在直肠窝、结肠侧沟、横膈表面常规取活检。④ 应全程贯彻无瘤原则, 尽一切可能保留肿瘤包膜的完整性; 避免不必要的穿刺, 可疑恶性应切除附件

而非尝试剔除, 避免不适合的腹腔镜手术导致肿瘤包膜破裂和肿瘤术中播散。⑤ 自横结肠下切除大网膜。⑥ 系统的盆腔淋巴结切除包括髂总、髂外、髂内、闭孔淋巴结, 腹主动脉旁淋巴结切除至少达到肠系膜下动脉水平, 最好达到肾血管水平。⑦ 符合保留生育功能者可保留子宫, 切除一侧或双侧附件。(2) 对于晚期卵巢癌的初次手术包括初始肿瘤细胞减灭术和新辅助化疗后的中间型肿瘤细胞减灭术, 其质量控制要点包括: ① 足够大的经腹纵切口: 能够彻底探查从横膈到阴道直肠隔全部盆腹腔部位, 切口上缘的高度应以能够顺利完成必要的上腹腔脏器切除为标准, 如大网膜切除、脾切除、横膈病灶切除等。② 切除全部受累的大网膜。③ 切除可疑或增大的淋巴结。④ 任何可疑潜在转移的腹膜表面或粘连都必须选择性切除或活检: 如受累的膀胱腹膜反折、附件区腹膜、输尿管旁腹膜、两侧结肠侧沟、直肠两侧腹膜等。⑤ 阑尾切除。⑥ 为达到满意减瘤而行必要的脏器切除, 如部分肠管切除吻合、脾切除、横膈切除、部分输尿管切除后输尿管膀胱再植术、胃部分切除、胆囊切除、胰尾切除术等。⑦ 术中应全程贯彻无瘤原则: 如尽量避免挤压肿瘤, 受累的膀胱腹膜反折及后腹膜宜行“卷地毯”式整片切除, 可疑转移的淋巴结应整块完整切除避免包膜破裂, 术毕应用大量蒸馏水反复冲洗腹盆腔、切除肿瘤后做关腹等操作时应更换手套等^[3]。

11.3 计算公式: HGSOC 患者初次手术治疗的手术操作规范率 = $\frac{\sum \text{符合规范的手术操作病例数}}{\sum \text{HGSOC 初次手术患者病例数}} \times 100\%$ 。

11.4 设置理由: 规范的手术操作是 HGSOC 疾病治疗的基础, 决定了患者的预后, 也是术者在操作时应遵循的原则。

11.5 指标类型: 过程质控。

11.6 质控标准: 逐年提高。

11.7 除外患者: 初始肿瘤细胞减灭术和新辅助化疗后中间型肿瘤细胞减灭术外的其他手术操作, 如细针穿刺活检术、腹腔镜探查活检术和其他姑息性手术等。

12 HGSOC 患者初次手术的手术记录规范率

12.1 指标代码: HGSOC-12

12.2 定义: HGSOC 患者初次手术治疗的手术记录符合规范的病例数占有所有 HGSOC 初次手术患者病例数的比例。手术记录应包括: ① 探查所见肿瘤及累及范围的描述: 包括肿瘤的大小、侧别、与毗邻脏器是否粘连, 上腹腔及各脏器受累情况。② 肿瘤包膜完整或破裂描述, 术中破裂、自发破裂或外生乳头。③ 手术切除范围的准确记录。④ 生殖器以外器官的切除范围及手术方式。⑤ 淋巴结切除的范围和高度, 尤其是腹主动脉旁淋巴结切除的水平。⑥ 残留肿瘤的部位及大小。⑦ 手术切净程度的记录: R0 是指无肉眼残留病灶, 满

意的肿瘤细胞减灭术是指最大残留病灶长径 < 1 cm。
 ⑧手术困难程度和并发症的记录,包括出血量、血管神经损伤及脏器损伤及修补的记录。⑨术中引流管、金属夹等置留物的记录。⑩应以照片或图片的形式记录术中所见及残余肿瘤的情况。

12.3 计算公式: HGSOC 患者初次手术治疗的手术记录规范率 = $\frac{\sum \text{符合规范的手术记录数量}}{\sum \text{所有 HGSOC 初次手术患者病例数}} \times 100\%$ 。

12.4 设置理由: 规范的手术记录是患者病情的真实体现,有利于医患全面了解病情,对后续治疗提供精准的指导。

12.5 指标类型: 过程质控。

12.6 质控标准: 逐年提高。

12.7 除外患者: 初始肿瘤细胞减灭术和新辅助化疗后中间型肿瘤细胞减灭术外的其他手术操作,如细针穿刺活检术、腹腔镜探查活检术和其他姑息性手术等。

13 HGSOC 患者初次手术后病理报告完整率

13.1 指标代码: HGSOC-13

13.2 定义: HGSOC 患者初次手术后病理报告完整的病例数占所有 HGSOC 初次手术患者病例数的比例。完整的手术病理报告要求按照 WHO 女性生殖系统肿瘤分类报告肿瘤的组织学类型、分化程度、累及范围。腹水、胸腔积液、腹腔冲洗液应明确报告有无肿瘤细胞。

13.3 计算公式: HGSOC 患者初次手术后病理报告完整率 = $\frac{\sum \text{HGSOC 患者初次手术后病理报告完整的病例数}}{\sum \text{所有 HGSOC 初次手术患者病例数}} \times 100\%$ 。

13.4 设置理由: 病理报告是 HGSOC 进行疾病诊断和分期的金标准,对后续治疗方案的制定至关重要,

13.5 指标类型: 结果质控。

13.6 质控标准: 逐年提高。

13.7 除外患者: 无。

14 HGSOC 患者初次手术后 FIGO/TNM 分期完成率

14.1 指标代码: HGSOC-14

14.2 定义: HGSOC 患者初次手术后完成 FIGO/TNM 分期的患者病例数占所有 HGSOC 初次手术患者病例数的比例。

14.3 计算公式: HGSOC 患者初次手术后 FIGO/TNM 分期完成率 = $\frac{\sum \text{初次手术后完成 FIGO/TNM 分期的病例数}}{\sum \text{所有 HGSOC 初次手术患者病例数}} \times 100\%$ 。

14.4 设置理由: FIGO/TNM 分期是对 HGSOC 患者病情的全面评估,是指导后续治疗、判断肿瘤预后的重要依据。

14.5 指标类型: 结果质控。

14.6 质控标准: 逐年提高。

14.7 除外患者: 无。

15 初次诊断 HGSOC 患者肿瘤分子检测率

15.1 指标代码: HGSOC-15

15.2 定义: 初次诊断 HGSOC 患者完成肿瘤分子检测的病例数占所有初次诊断 HGSOC 患者病例数的比例。

15.3 计算公式: 初次诊断 HGSOC 患者完成肿瘤分子检测的比例 = $\frac{\sum \text{初次诊断 HGSOC 患者完成肿瘤分子检测的病例数}}{\sum \text{所有初次诊断 HGSOC 患者病例数}} \times 100\%$ 。

15.4 设置理由: 肿瘤分子检测有助于遗传咨询,是指导分子靶向治疗的依据,也是重要的预后因子^[10]。

15.5 指标类型: 结果质控。

15.6 质控标准: 逐年提高。

15.7 除外患者: 无。

16 HGSOC 患者初次手术后三级以上并发症发生率

16.1 指标代码: HGSOC-16

16.2 定义: HGSOC 患者初次手术后发生三级以上并发症的病例数占所有 HGSOC 初次手术患者病例数的比例。手术并发症分级采用 Clavien-Dindo 手术并发症分级标准(见表 5)。妇科三级以上常见并发症情况主要有术中毗邻器官非肿瘤累及损伤或大出血需再次手术或介入、切口愈合不良需二次缝合、术后感染或淋巴囊肿需行穿刺引流或再次手术、术后血栓形成需介入取栓或滤网植入、感染性休克、肺栓塞、脑梗、心梗、严重心律失常、多器官功能障碍、死亡等。

表 5 Clavien-Dindo 手术并发症分级标准

I	①不需要药物治疗或手术、内窥镜和放射治疗的异常情况。
	②解吐、解热、镇痛、利尿剂、电解质等药物治疗和物理治疗。
	③在床边开放感染的伤口
II	①需要使用上述治疗 I 级并发症以外的其他药物治疗的并发症。
	②输血、全肠外营养
III	需要外科、内窥镜或放射治疗的并发症
III a	不需要全身麻醉
III b	需要全身麻醉
IV	危及生命的并发症(包括中枢神经系统并发症,例如脑出血、缺血性中风、蛛网膜下腔出血,但不包括短暂性脑缺血发作)需要 IC/ICU 管理
IV a	单器官功能障碍(包括透析)
IV b	多器官功能损伤
V	死亡

16.3 计算公式: HGSOC 患者初次手术后三级以上并发症发生率 = $\frac{\sum \text{初次手术后发生三级以上并发症的 HGSOC 患者病例数}}{\sum \text{所有 HGSOC 初次手术患者病例数}} \times 100\%$ 。

16.4 设置理由: 手术并发症尤其是三级以上并发症是手术质量的反映,会延误患者的治疗进程,影响患者的预后,一部分手术并发症是可以采取措施预防的。

16.5 评估办法: 结果质控。

16.6 质控标准: 逐年降低。

16.7 除外患者: 初始肿瘤细胞减灭术和新辅助化疗后中间型肿瘤细胞减灭术外的其他手术操作, 如细针穿刺活检术、腹腔镜探查活检术和其他姑息性手术等。

17 HGSOC 患者初次手术后非计划重返手术室再手术率

17.1 指标代码: HGSOC-47

17.2 定义: HGSOC 患者初次手术后非计划重返手术室再手术病例数占所有 HGSOC 初次手术患者病例数的比例。

17.3 计算公式: HGSOC 患者初次手术后非计划重返手术室再手术率 = $\frac{\sum \text{初次手术后非计划重返手术室再手术病例数}}{\sum \text{所有 HGSOC 初次手术患者病例数}} \times 100\%$ 。

17.4 设置理由: 非计划重返手术室再手术的发生会对患者增加身体和经济的负担, 延误正常的治疗进程, 进而影响患者的预后。

17.5 评估办法: 结果质控。

17.6 质控标准: 逐年降低。

17.7 除外患者: 初始肿瘤细胞减灭术和新辅助化疗后中间型肿瘤细胞减灭术外的其他手术操作, 如细针穿刺活检术、腹腔镜探查活检术和其他姑息性手术等。

HGSOC 是女性生殖系统中最具侵袭性的恶性肿瘤之一, 其治疗涉及多学科协作与个体化治疗方案的制定。手术作为 HGSOC 初始治疗的关键环节, 其质量控制直接关系到患者的预后与生存质量。通过详细的病史采集、MDT 团队模式下的专业评估、熟练的手术技巧、标准的手术范围、规范的手术记录及病理报告等, 达到最大程度切净肿瘤, 使患者获益的目的。通过上述质控指标的建立与实施, 可以全面提升 HGSOC 手术的质量与效果, 为患者提供更加安全、有效、精准的医疗服务。同时, 这些指标也将为医疗机构持续改进和优化手术流程提供有力支持, 促进医疗质量的不断提升。

(郭瑞霞 赵倩 张颖 陈红敏 执笔)

指导专家: 马丁 (华中科技大学同济医学院附属同济医院)

参与制定与讨论专家(按姓氏汉语拼音排序): 陈红敏(河南省肿瘤医院); 郭瑞霞(郑州大学第一附属医院); 郭哲(南阳市中心医院); 韩丽萍(郑州大学第一附属医院); 贺全勤(驻马店市中心医院); 黄同森(濮阳市人民医院); 刘爱珍(郑州市妇幼保健院); 刘光新(周口市中心医院); 马媛(安阳市肿瘤医院); 牛爱琴(商丘市第一人民医院); 任琛琛(郑州大学第三附属医院); 王慧芬(漯河市中心医院); 王继红(开封市妇产医院); 王世进(新乡医学院第一附属医院); 王悦(河南省人民医院); 尹保娜(焦作市妇幼保健院); 岳青芬(洛阳市中心医院); 张颖(郑州大学第一附属医院); 赵虎(郑州大学第二附属医院);

赵倩(郑州大学第一附属医院); 赵玉杰(信阳市中心医院)

秘书: 张颖(郑州大学第一附属医院); 郑婷婷(郑州大学第一附属医院)

信息专员: 褚丹霞(郑州大学第一附属医院)

参考文献

- [1] Torre LA, Trabert B, DeSantis CE, et al. Ovarian cancer statistics, 2018 [J]. *CA Cancer J Clin*, 2018, 68(4): 284–296. DOI: 10.3322/caac.21456.
- [2] Han BF, Zheng RS, Zeng HM, et al. Cancer incidence and mortality in China, 2022 [J]. *J Natl Cancer Cent* 2024 4(1): 47–53. DOI: 10.1016/j.jncc.2024.01.006.
- [3] Armstrong DK, Alvarez RD, Backes FJ, et al. NCCN Guidelines (R) Insights: Ovarian Cancer, Version 3. 2022 [J]. *J Natl Compr Canc Netw*, 2022, 20(9): 972–980. DOI: 10.6004/jnccn.2022.0047.
- [4] Bois AD, Reuss A, Pujade-Lauraine E, et al. Role of surgical outcome as prognostic factor in advanced epithelial ovarian cancer: a combined exploratory analysis of 3 prospectively randomized phase 3 multicenter trials: by the Arbeitsgemeinschaft Gynaekologische Onkologie Studiengruppe Ovarialkarzinom (AGO-OVAR) and the Groupe d'Investigateurs Nationaux Pour les Etudes des Cancers de l'Ovaire (GINECO) [J]. *Cancer*, 2009, 115(6): 1234–1244. DOI: 10.1002/cncr.24149.
- [5] Aletti GD, Peiretti M. Quality control in ovarian cancer surgery [J]. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2017, 41: 96–107. DOI: 10.1016/j.bpobgyn.2016.08.008.
- [6] Gupta D, Lammersfeld CA, Vashi PG, et al. Can subjective global assessment of nutritional status predict survival in ovarian cancer? [J]. *J Ovarian Res*, 2008 1(1): 5. DOI: 10.1186/1757-2215-1-5.
- [7] Inci MG, Rasch J, Woopen H, et al. ECOG and BMI as preoperative risk factors for severe postoperative complications in ovarian cancer patients: results of a prospective study (RISC-GYN-trial) [J]. *Arch Gynecol Obstet*, 2021, 304(5): 1323–1333. DOI: 10.1007/s00404-021-06116-5.
- [8] Suidan RS, Ramirez PT, Sarasohn DM, et al. A multicenter assessment of the ability of preoperative computed tomography scan and CA-125 to predict gross residual disease at primary debulking for advanced epithelial ovarian cancer [J]. *Gynecol Oncol*, 2017, 145(1): 27–31. DOI: 10.1016/j.ygyno.2017.02.020.
- [9] Bo HX, Li YL, Liu G, et al. Assessing the Risk for Development of Deep Vein Thrombosis among Chinese Patients using the 2010 Caprini Risk Assessment Model: A Prospective Multicenter Study [J]. *J Athroscler Thromb*, 2020, 27(8): 801–808. DOI: 10.5551/jat.51359.
- [10] Safra T. Hereditary ovarian cancer: biology, response to chemotherapy and prognosis [J]. *Womens Health (Lond)*, 2009, 5(5): 543–553. DOI: 10.2217/whe.09.40.

(收稿日期: 2024-10-31)

(本文编辑: 杨帆)