

河南省卫生健康委员会

豫卫医质控〔2024〕15号

关于印发河南省呼吸内科专业 2024 年质控工作 改进目标“提高住院社区获得性肺炎患者病情 严重程度评估率”工作方案的通知

各省辖市、济源示范区卫生健康委，航空港区教卫体局，省直各医疗机构：

为进一步加强呼吸内科专业质量控制，提升我省呼吸内科诊疗水平，现将《河南省呼吸内科专业 2024 年质控工作改进目标“提高住院社区获得性肺炎患者病情严重程度评估率”工作方案》印发给你们，请结合实际，认真组织实施，抓好工作落实。



河南省呼吸内科专业 2024 年质控工作改进目标 “提高住院社区获得性肺炎患者病情严重程度 评估率”工作方案

社区获得性肺炎（CAP）是指在医院外罹患的感染性肺实质（含肺泡壁即广义上的肺间质）炎症，包括具有明确潜伏期的病原体感染而在入院后平均潜伏期内发病的肺炎，是威胁人群健康的常见感染性疾病之一。为进一步提高 CAP 患者住院指征把握能力，避免 CAP 治疗延误，保障医疗资源的有效利用和医疗安全，根据《关于印发河南省全面提升医疗质量行动实施方案（2023—2025 年）的通知》（豫卫医〔2023〕59 号）、《关于明确河南省 2024 年质控工作改进目标的通知》（豫卫医质控〔2024〕1 号）、《关于省级医疗质量控制中心做好“七个一”工作的通知》（豫卫医质控〔2024〕5 号）等要求，结合我省实际，制定本方案。

一、工作目标

持续提升医务人员住院 CAP 患者病情严重程度评估及规范化诊疗意识，到 2024 年底，住院社区获得性肺炎患者病情严重程度评估率不低于 88%（2022 年全国平均值 87.78%）；到 2025 年底，不低于 92%（2024 年全国目标值）。

二、核心策略

（一）健全医疗质量管理体系

医疗机构应成立由呼吸内科主要负责人担任组长的呼吸内科专业医疗质量管理组，指定专人担任质控员，配合各级呼吸内科专业质控组织开展质控工作。科室质控员应熟练掌握医疗质量管理相关政策法规，熟知专业知识，具有较强的质控素养、责任心、积极性和纪律性，保持岗位人员稳定性，短期内不频繁更换。

（二）强化关键环节日常管理

1. 医务人员要严格遵循呼吸内科专业临床诊疗指南、技术规范、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。

2. 医疗机构应按照《医疗机构临床决策支持系统应用管理规范（试行）》要求，将呼吸内科专业临床诊疗指南、技术规范、行业标准、临床路径等内容充分纳入医院信息系统，对违反指南、技术规范、临床路径等不合理情况，特别是对住院 CAP 患者病情严重程度评估予以提醒、提示，引导医师规范诊疗行为。

3. 省、市级质控中心要发挥辖区内专业引领作用，通过质控指导、业务培训等方式提升医务人员住院 CAP 患者病情严重程度评估及规范化诊疗意识。

（三）规范开展住院 CAP 患者病情严重程度评估

1. 评估对象。符合 CAP 诊断标准，入院诊断诊断编码（ICD-10）符合肺炎相关诊断编码。

2. 评估流程。

第一步：判断 CAP 诊断是否成立。

第二步：由首诊医师通过评估工具在患者入院 8 小时内完成住院 CAP 患者病情严重程度评估。

第三步：评估结果记录在首次病程记录中的诊疗计划部分。

严格落实首诊负责制，密切监测患者病情变化，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。

3. 评估工具。通过 CAP 严重程度评分系统对住院 CAP 患者进行病情严重程度评估，首诊医师可根据患者实际情况选择适宜评分系统作为评估工具。

医疗机构要将质控工作改进目标、关键环节、重要时间节点、标准流程等嵌入医院电子病历信息系统，提升工作效率和质控工作成效。如，医疗机构呼吸内科专业医疗质量管理组与本机构医务处及信息部门沟通协作，将 CAP 严重程度评分系统嵌入医院电子病历信息系统，并设定未按要求进行 CAP 患者病情严重程度评估并记录的首次病程，不可进行签名保存。

三、工作要求

（一）提高重视程度。各级卫生健康行政部门、医疗机构、

质控组织要高度重视 2024 年呼吸内科专业医疗质量安全改进工作，进一步加强以目标为导向的医疗质量安全管理，组织相关人员认真学习把握本工作方案内容要求，围绕提高住院社区获得性肺炎患者病情严重程度评估率核心目标，创新工作机制和方式方法，深入推进目标管理，实现医疗质量安全持续改进。

（二）推动工作落实。各级医疗机构、质控组织根据要本方案，结合实际制定针对性具体落实措施。呼吸内科主要负责人组织召开医疗质量月调度会，聚焦年度质控工作改进目标落实情况、医疗质量安全（不良）事件发生与溯源等情况，运用质量管理工具，采取建设科室质量墙等方式方法，有重点、有计划、有跟进的补齐质量安全短板。省、市质控中心应组织本专业专家委员会梳理一套 CAP 应知应会、组织 CAP 相关死亡病例讨论，组建专家对医疗机构开展指导评价，不断提高 CAP 规范化诊疗水平。

（三）加强宣传引导。各级卫生健康行政部门、质控组织要征集、梳理、评选、分享质控改进工作优秀案例，加强宣传和经验交流。医疗机构要建立激励约束机制，将质控专员、科室质控员工作开展情况，作为聘任、晋升、评先评优的重要指标，充分调动医务人员积极性。

附件：1. 2024 年河南省呼吸内科专业质控工作改进目标

2. CAP 诊断标准及肺炎相关诊断编码

3. 常用的 CAP 严重程度评分系统

附件 1

2024 年河南省呼吸内科专业质控工作改进目标

一、改进目标

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）。

二、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。

三、计算公式

住院 CAP 患者进行病情严重程度评估的比例

$$= \frac{\text{住院 CAP 患者进行病情严重程度的例数}}{\text{同期住院 CAP 患者总例数}} \times 100\%$$

四、意义

CAP 严重程度的判断在 CAP 患者的处理决策中起关键作用，反映 CAP 患者诊断的规范性。

附件 2

CAP 诊断标准及肺炎相关诊断编码

一、CAP 的定义

CAP 是指在医院外罹患的感染性肺实质（含肺泡壁，即广义上的肺间质）炎症，包括具有明确潜伏期的病原体感染在入院后于潜伏期内发病的肺炎。

二、CAP 的临床诊断标准

（一）社区发病。

（二）肺炎相关临床表现。

1. 新近出现的咳嗽、咳痰或原有呼吸道疾病症状加重，伴或不伴脓痰、胸痛、呼吸困难及咯血。

2. 发热。

3. 肺实变体征和（或）闻及湿性啰音。

4. 外周血白细胞 $>10 \times 10^9/L$ 或 $<4 \times 10^9/L$ ，伴或不伴细胞核左移。

（三）胸部影像学检查显示新出现的斑片状浸润影、叶或段实变影、磨玻璃影或间质性改变，伴或不伴胸腔积液。

符合（一）、（三）及（二）中任何 1 项，并除外肺结核、肺部肿瘤、非感染性肺间质性疾病、肺水肿、肺不张、肺栓塞、肺嗜酸粒细胞浸润症及肺血管炎等后，可建立临床诊断。

三、肺炎相关诊断编码（ICD - 10 疾病编码）

编码	疾病名称
J10. 051	流行性感冒伴肺炎，流行性感冒病毒被标明
J11. 051	病毒性肺炎伴流感
J12. 051	腺病毒性肺炎
J12. 151	呼吸道合胞病毒肺炎
J12. 251	副流行性感冒肺炎
J12. 851	其他病毒性肺炎
J12. 901	病毒性肺炎
J13. X01	肺炎链球菌性肺炎
J13. X02	肺炎球菌性肺炎
J13. X51	肺炎链球菌性引起的支气管肺炎
J14. X01	流感嗜血杆菌性肺炎
J15. 001	克雷白氏杆菌性肺炎
J15. 101	假单胞菌性肺炎（绿脓杆菌性肺炎）
J15. 201	葡萄球菌性肺炎
J15. 351	B 族链球菌引起的肺炎
J15. 401	链球菌性肺炎
J15. 501	大肠杆菌性肺炎
J15. 601	变形杆菌性肺炎
J15. 701	非典型性肺炎
J15. 702	支原体性肺炎
J15. 801	产气杆菌性肺炎
J15. 802	绿脓杆菌性肺炎
J15. 803	霉菌性肺炎
J15. 804	其他特指的细菌性肺炎

编码	疾病名称
J15. 851	洛菲不动杆菌性肺炎
J15. 852	厌氧菌性肺炎
J15. 901	细菌性肺炎
J15. 902	细菌性支气管肺炎
J16. 051	衣原体性肺炎
J16. 851	立克次氏体性肺炎
J18. 008	支气管肺炎 [小叶性肺炎]
J18. 051	弥漫性肺炎
J18. 101	大叶性肺炎
J18. 151	胸膜肺炎
J18. 201	坠积性肺炎
J18. 802	节段性肺炎
J18. 803	局限性肺炎
J18. 805	阻塞性肺炎
J18. 851	肺泡性肺炎
J18. 901	肺炎
J18. 902	肺炎休克
J18. 951	迁延性肺炎
J18. 953	重症肺炎
J18. 954	空调机（性）肺炎 [机化性肺炎]
J20	急性支气管炎
J22. X51	急性下呼吸道感染
J98. 402	肺部感染
J98. 410	肺弥漫性病变

常用的 CAP 严重程度评分系统

注: 1 mmHg = 0.133kPa

评分系统	预测指标和计算方法	风险评分	备注
CURB - 65 评分	共 5 项指标, 满足 1 项得 1 分: (1) 意识障碍; (2) 尿素氮 > 7mmol/L; (3) 呼吸频率 ≥ 30 次/min; (4) 收缩压 < 90mmHg 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。	简洁, 敏感度高, 易于临床操作。
CRB - 65 评分	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 < 90mmHg 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, 建议住院或严格随访下院外治疗; ≥ 3 分: 高危, 应住院治疗。	适用于不方便进行生化检测的医疗机构。
PSI 评分	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: 肿瘤 (+30 分); 肝病 (+20 分); 充血性心力衰竭 (+10 分); 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 < 90mmHg (+20 分); 体温 < 35℃ 或 ≥ 40 ℃ (+15 分); 脉搏 ≥ 125 次/min (+10 分); (4) 实验室检查: 动脉血 pH 值 < 7.35 (+30 分); 血糖 ≥ 14 mmol/L (+20 分); 血钠 < 130mmol/L (+20 分); 血糖 ≥ 14 mmol/L (+10 分); 红细胞压积 (Hct) < 30% (+10 分); PaO ₂ < 60mmHg (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 (91 - 130 分); 高危: V 级 (> 130 分); IV 和 V 级需要住院治疗。	判断患者是否需要住院的敏感指标, 且特异性高, 评分系统复杂。

评分系统	预测指标和计算方法	风险评分	备注
CURXO 评分	主要指标：(1) 动脉血 pH 值 < 7.30；(2) 收缩压 < 90mmHg。次要指标：(1) 呼吸频率 > 30 次/min；(2) 意识障碍；(3) 血尿素氮 > 30mg/L；(4) PaO ₂ < 54mmHg 或氧合指数 < 250mmHg；(5) 年龄 ≥ 80 岁；(6) X 线胸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。	用于预测急诊重症 CAP 的简单评分方法。
SMART - COP 评分	下列所有危险因素得分总和：收缩压 < 90mmHg (+ 2 分)；X 线胸片多肺叶受累 (+ 1 分)；血清白蛋白 < 35g/L (+ 1 分)；呼吸频率 ≥ 30 次/min (> 50 岁) 或 ≥ 25 次/min (≤ 50 岁) (+ 1 分)；心率 ≥ 125 次/min (+ 1 分)。新发的意识障碍 (+ 1 分)；低氧血症 (+ 2 分)：PaO ₂ < 70mmHg 或指氧饱和度 ≤ 93% 或氧合指数 < 333mmHg (≤ 50 岁)；PaO ₂ < 60mmHg 或指氧饱和度 ≤ 90% 或氧合指数 < 250mmHg (> 50 岁)；动脉血 pH 值 < 7.35 (+ 2 分)。	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。	> 3 分提示有需要呼吸监护或循环治疗的可能性。

