河南省妇科医疗质量控制中心关于开展2024年初治卵巢高级别浆液性癌手术质控调研及指导评价工作的通知

河南省卫生健康委员会：

根据工作需要，河南省妇科医疗质量控制中心拟开展2024年初治卵巢高级别浆液性癌手术质控调研及指导评价工作，相关事项已经省质控中心管理办公室第113次工作例会商定，通知已起草完成，拟印发有关医疗机构。

妥否，请批示。

河南省妇科医疗质量控制中心

（郑州大学第一附属医院代章）

2024年10月20日

（联系人：张颖 电话: 13674923226）

河南省妇科医疗质量控制中心关于开展2024年初治卵巢高级别浆液性癌手术质控调研及指导评价工作的通知

各省辖市、济源示范区卫生健康委、省直各医疗机构：

根据工作需要，河南省妇科医疗质量控制中心（以下简称省质控中心）决定开展2024年初治卵巢高级别浆液性癌手术质控调研及指导评价工作，现将具体事宜通知如下：

1. **指导评价对象**

全省每年开展卵巢高级别浆液性癌手术＞10例的妇科质控哨点医院。

1. **指导评价时间**

2024年11月，各医院具体时间另行通知。

1. **指导评价依据**
2. 《中国卵巢癌规范诊疗质量控制指标（2022版）》（附件1）；
3. 《2024年初治卵巢高级别浆液性癌手术质控工作考核评价细则》（附件2）。
4. **指导评价流程**
5. 省质控中心组织专家委员会成员分组进行现场指导评价，调取相关病历，根据医疗机构实际开展情况，分别打分、统计。具体分组分工见附件3。
6. 根据医院具体情况，进行现场培训和指导。
7. 现场给予总结及意见反馈（附件4）。
8. **工作要求**
9. 请专委会成员所在单位按照通知要求妥善协调委员日常工作，配合完成指导评价任务。
10. 请各有关医疗机构高度重视本次指导评价工作，指定专人负责，提前与省质控中心联系人对接相关事宜，按照要求如实提供有关资料，配合完成现场质控指导评价工作。
11. 指导评价结束后，各组专家按照评价细则认真打分并填写问题反馈意见书，于评价后7日内向省质控中心提交工作总结，省质控中心梳理、汇总后，报省卫生健康委。
12. 指导评价工作期间，有关医疗机构及专家要认真贯彻落实中央八项规定，严肃工作纪律。

联系人及联系方式

省质控中心：张颖 13674923226 郑婷婷 13938271530

省质控中心管理办公室：张运尚0371-85961026

附件1：中国卵巢癌规范诊疗质量控制指标（2022版）

附件2：2024年初治卵巢高级别浆液性癌手术质控工作考核评价细则

附件3：专家分组明细表

附件4：问题反馈意见书

河南省妇科医疗质量控制中心

（郑州大学第一附属医院代章）

2024年10月20日

附件1

**中国卵巢癌规范诊疗质量控制指标（2022版）**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **代码** | **名称** | **定义** | **计算公式** | **意义** | **质控目标** |
| OC⁃01 | 卵巢恶性肿瘤患者初始治疗前病史采集及辅助检查完成率 | 在初始治疗开始前实际完成全面病史采集和辅助检查的卵巢恶性肿瘤患者病例数占初始治疗开始前需要完成全面病史采集和辅助检查的卵巢恶性肿瘤患者病例数的比例 | 卵巢恶性肿瘤患者初始治疗前病史采集及辅助检查完成率＝∑初始治疗开始前实际完成全面病史采集和辅助检查的卵巢恶性肿瘤患者病例数／∑初始治疗开始前需要完成全面病史采集和辅助检查的卵巢恶性肿瘤患者病例数×100％ | 全面的治疗前评估，是卵巢恶性肿瘤规范化治疗的基础 | 比例提高 |
| OC⁃02 | 有严重合并症和（或）晚期卵巢恶性肿瘤和（或）可能需要多个器官切除的患者初始治疗前完成 ＭＤＴ 的比例 | 有严重内外科合并症和（或）临床诊断为晚期卵巢恶性肿瘤和（或）可能需要多个器官切除的卵巢恶性肿瘤患者在初始治疗前完成 ＭＤＴ 讨论的比例 | 有严重合并症和（或）晚期卵巢恶性肿瘤和（或）可能需要多个器官切除的患者初始治疗前完成 ＭＤＴ 的比例＝∑有严重合并症和（或）晚期卵巢恶性肿瘤和（或）可能需要多个器官切除的患者初始治疗前完成 ＭＤＴ 讨论的卵巢恶性肿瘤患者病例数／∑有严重合并症和（或）晚期卵巢恶性肿瘤和（或）可能需要多个器官切除的卵巢恶性肿瘤患者病例数×100％ | 可以整合多学科的资源，为患者提供优质的医疗服务，患者可能达到较好的预后 | 比例提高 |
| OC⁃03 | 卵巢恶性肿瘤患者非手术治疗或新辅助化疗前病理学诊断率 | 晚期卵巢恶性肿瘤患者初始治疗若为非手术治疗或新辅助化疗，患者获得明确病理学诊断的比例 | 卵巢恶性肿瘤患者非手术治疗或新辅助化疗前病理学诊断率＝∑非手术治疗或新辅助化疗前获得明确病理学诊断的患者病例数／∑非手术治疗或新辅助化疗的卵巢恶性肿瘤患者病例数×100％ | 晚期卵巢恶性肿瘤患者进行非手术治疗或新辅助化疗，需先通过手术探查或组织穿刺活检或胸腹水细胞学等方式获取明确的组织或细胞病理学诊断 | 比例提高 |
| OC⁃04 | 卵巢恶性肿瘤患者新辅助化疗规范率 | 晚期卵巢恶性肿瘤患者初始治疗若为新辅助化疗，其符合规范的患者所占的比例 | 卵巢恶性肿瘤患者新辅助化疗规范率＝∑新辅助化疗达到规范的患者病例数／∑初始治疗为新辅助化疗的晚期卵巢恶性肿瘤患者病例数×100％ | 晚期卵巢恶性肿瘤患者新辅助化疗的适应证、化疗方案、药物剂量和化疗疗程数都应当遵循指南的规范。 在新辅助化疗的过程中，应当对化疗敏感性和不良反应进行必要评估 | 比例提高 |
| OC⁃05 | 卵巢恶性肿瘤患者初次手术治疗的手术记录规范率 | 卵巢恶性肿瘤患者初次手术治疗的手术记录符合规范的比例 | 卵巢恶性肿瘤患者初次手术治疗的手术记录规范率＝∑符合规范的手术记录数量／∑卵巢恶性肿瘤患者初次全面分期手术或肿瘤细胞减灭手术的手术记录数量×100％ | 规范的手术记录能有利于参与后续治疗和医患全面了解病情，进一步提供精准、持续、规范的治疗 | 比例提高 |
| OC⁃06 | 卵巢恶性肿瘤患者初次手术后病理报告完整率 | 卵巢恶性肿瘤患者初次手术后病理报告完整的比例 | 卵巢恶性肿瘤患者初次手术后病理报告完整率＝∑卵巢恶性肿瘤患者初次手术后病理报告完整的病例数／∑卵巢恶性肿瘤初次手术后有病理报告患者的病例数×100％ | 卵巢癌分期是手术病理分期，病理类型对于后续治疗至关重要 | 比例提高 |
| OC⁃07 | 卵巢恶性肿瘤患者初次手术后明确 ＦＩＧＯ 分期和（或）ＴＮＭ 分期率 | 初次手术后完成明确 ＦＩＧＯ 分期和（或）ＴＮＭ 分期的卵巢恶性肿瘤患者病例数占卵巢恶性肿瘤初次手术治疗患者病例数的比例 | 卵巢恶性肿瘤患者初次手术后明确 ＦＩＧＯ 分期和（或）ＴＮＭ 分期率＝∑初次手术后完成明确 ＦＩＧＯ 分期和（或）ＴＮＭ 分期的卵巢恶性肿瘤患者病例数／∑卵巢恶性肿瘤初次手术治疗患者的病例数×100％ | 分期是对病情的全面评估，是指导后续治疗、判断肿瘤预后的重要依据 | 比例提高 |
| OC⁃08 | 新诊断卵巢恶性肿瘤患者完成肿瘤分子检测的比例 | 新诊断卵巢恶性肿瘤患者完成分子检测的病例数占新诊断卵巢恶性肿瘤患者病例数的比例 | 新诊断卵巢恶性肿瘤患者完成肿瘤分子检测的比例＝∑新诊断卵巢恶性肿瘤患者完成分子检测的病例数／∑新诊断卵巢恶性肿瘤患者的病例数×100％ | 分子检测有助于判别肿瘤是否与遗传有关，并有助于遗传咨询与健康指导，某些特殊基因改变的患者，根据基因检测报告可以指导分子靶向治疗 | 比例提高 |
| OC⁃09 | 卵巢恶性肿瘤患者一线辅助治疗规范率 | 卵巢恶性肿瘤患者进行规范的一线辅助治疗患者病例数占进行一线辅助治疗的卵巢恶性肿瘤患者病例数的比例 | 卵巢恶性肿瘤患者一线辅助治疗规范率＝∑进行规范的一线辅助治疗的卵巢恶性肿瘤患者病例数／∑进行一线辅助治疗的卵巢恶性肿瘤患者病例数×100％ | 规范的一线辅助治疗是提高卵巢恶性肿瘤预后的重要环节，有助于抑制残余病灶、延缓复发、减低耐药 | 比例提高 |
| OC⁃10 | 卵巢恶性肿瘤患者一线辅助治疗不良反应评价的比例 | 卵巢恶性肿瘤患者接受一线辅助治疗过程中进行了药物不良反应评价患者的病例数占接受一线辅助治疗的卵巢恶性肿瘤患者病例数的比例 | 卵巢恶性肿瘤患者一线辅助治疗不良反应评价的比例＝∑进行规范的不良反应评价的卵巢恶性肿瘤患者病例数／∑接受一线辅助治疗的卵巢恶性肿瘤患者病例数×100％ | 对不良反应的评价和监测是疗效和安全性的重要保证 | 比例提高 |
| OC⁃11 | 卵巢恶性肿瘤患者一线维持治疗规范率 | 卵巢恶性肿瘤患者一线化疗完成后，接受了规范化维持治疗的比例 | 卵巢恶性肿瘤患者一线维持治疗规范率＝∑接受规范的一线维持治疗的卵巢恶性肿瘤患者病例数／∑接受一线维持治疗的卵巢恶性肿瘤患者病例数×100％ | 上皮性卵巢恶性肿瘤Ⅲ～Ⅳ期患者可从 ＰＡＲＰｉ 抑制剂为基础的维持治疗中获益 | 比例提高 |
| OC⁃12 | 卵巢恶性肿瘤患者治疗后随访  率 | 卵巢恶性肿瘤患者抗肿瘤治疗完成后进行了随访的患者病例数占完成抗肿瘤治疗的卵巢恶性肿瘤患者病例数的比例 | 卵巢恶性肿瘤患者治疗后随访率＝∑完成治疗后进行了随访的卵巢恶性肿瘤患者病例数／∑完成抗肿瘤治疗的卵巢恶性肿瘤患者病例数×100％ | 卵巢恶性肿瘤患者在初始治疗结束后，需要进行规范化的随访 | 比例提高 |
| OC⁃QC⁃01 | 卵巢恶性肿瘤患者发生手术相关的严重并发症或死亡的比例 | 卵巢恶性肿瘤手术患者中发生了手术相关的严重并发症和（或）死亡的病例数占卵巢恶性肿瘤手术患者病例数的比例 | 卵巢恶性肿瘤患者发生手术相关的严重并发症或死亡的比例＝∑卵巢恶性肿瘤手术患者中发生了手术相关的严重并发症和（或）死亡的病例数／∑卵巢恶性肿瘤手术患者的病例数×100％ | 鼓励和鞭策临床决策者和实施者进行充分的术前评估、术中监护和术后康复。 | 比例降低 |

附件2

**初治卵巢高级别浆液性癌手术质控工作考核评价细则**

医疗机构名称： 病案号： 主要诊断：

得分情况： 分（满分100分） 评委：

| **项目** | **指标**  **类型** | **具体内容** | **分值**  **（分）** | **评分标准（有√ 无×）** | **得分** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 术前  质控 | 过程  质控 | 初始治疗前病史采集情况 | 8 | 临床表现□ 病程□ 既往治疗情况□ 有无卵巢癌、乳腺癌、胃肠道来源等恶性肿瘤家族史□  （×扣2分，扣完为止) |  |
| 初始治疗前体格检查 | 6 | 体型□ 体位□ 全身浅表淋巴结□ 腹部检查□  双合诊□ 三合诊□  （×扣1分，扣完为止) |  |
| 初始治疗前营养状态评估 | 5 | 评估□（×扣5分）  评估≧3分进行营养支持□（×扣2分） |  |
| 初始治疗前体力状况评估 | 5 | 评估□ |  |
| 初始治疗前CA125、HE4、CA19-9、CEA等血清肿瘤标志物检测 | 5 | 检测□ |  |
| 初始治疗前影像学检查 | 6 | 彩色多普勒超声□、胸部及全腹部增强CT/MRI/PET-CT□，晚期须行颈部淋巴结影像学检查□ （×扣2分，扣完为止） |  |
| Ⅲ期以上患者初始治疗前Suidan评分 | 5 | 评估□ |  |
| 针对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岁等情况的复杂病例患者初始治疗前MDT会诊情况 | 6 | 会诊□ |  |
| 初始治疗前血栓风险评估 | 6 | 评估□（×扣6分）  根据风险等级采用不同预防措施，预防措施□（×扣4分） |  |
| 术中  质控 | 结果质控 | 手术医生具备妇科四级手术资质 | 6 | 合规□ |  |
| 过程质控 | 初次手术操作 | 6 | 手术方式的选择□ 盆腹腔全面探查□ 全程无瘤原则□ 早期多点腹膜活检□ 手术范围充分□ （×扣1分，扣完为止） |  |
| 初次手术的手术记录 | 10 | 盆腹腔探查情况□ 肿瘤完整性描述□ 手术范围□ 淋巴结切除范围和高度□ 生殖器以外器官的切除范围及手术方式□ 残留肿瘤大小及位置□ 术中引流管、金属夹等留置物位置□ （×扣1分，扣完为止） |  |
| 术后  质控 | 结果质控 | 初次手术后病理报告 | 8 | 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、腹腔冲洗液明确报告有无癌细胞□ （×扣1分，扣完为止） |  |
| 初次手术后FIGO/TNM分期 | 6 | 分期□ |  |
| 肿瘤分子检测告知情况 | 2 | 告知记录□ |  |
| 初次手术后三级以上并发症管理 | 5 | 无发生或发生后上报□ |  |
| 初次手术后非计划重返手术室再手术管理 | 5 | 无发生或发生后上报□ |  |

附件3

专家分组明细表

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **专家分组** | **负责地市** | **评价时间** |
| 组 长：王 悦  副组长：任琛琛 | 郑州市 | 2024.11 |
| 组 长：韩丽萍  副组长：陈红敏 | 郑州市 |
| 组 长：赵 倩  副组长：王世进 | 新乡市  鹤壁市 |
| 组 长：王继红  副组长：尹保娜 | 开封市  焦作市  济源示范区 |
| 组 长：郭瑞霞  副组长：岳青芬 | 洛阳市  三门峡市 |
| 组 长：赵虎  副组长：郭哲 | 南阳市  平顶山市 |
| 组 长：刘光新  副组长：牛爱琴 | 商丘市  周口市 |
| 组 长：王慧芬  副组长：刘爱珍 | 漯河市  许昌市 |
| 组 长：贺全勤  副组长：赵玉杰 | 驻马店市  信阳市 |
| 组 长：黄同森  副组长：马 媛 | 安阳市  濮阳市 |

附件4

问题反馈意见书

|  |  |
| --- | --- |
| **医院名称** |  |
| **存在问题：**  **改进意见** | |
| **专家签字** |  |
| **医院确认** |  |