

郑州大学第一附属医院

郑一附院函〔2026〕22号

河南省妇科医疗质量控制中心 关于发布 2025 年质控调研结果的通知

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：

为进一步规范全省妇科专业诊疗行为，提高妇科专业诊疗质量和同质化水平，2025年河南省妇科医疗质量控制中心（以下简称省质控中心）组织开展了针对妇科专业质控工作改进目标（降低妇科手术三级以上手术并发症发生率和降低妇科住院患者非计划重返手术室再手术率）和初治卵巢高级别浆液性癌（以下简称高浆卵巢癌）手术质量控制的调研工作，请对照调研结果、存在的问题，并结合实际情况，按照工作要求，强化人员培训、规范诊疗行为，进一步提高妇科诊疗质量。

- 附件：1. 妇科专业质控工作改进目标调研情况
2. 高浆卵巢癌的手术质量控制调研情况

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)

2026年3月6日

附件 1

妇科专业质控工作改进目标调研情况

一、调研结果

(一) 妇科三级以上手术并发症发生率

1. 2025 年 10-11 月省质控中心专委会针对河南省 159 家妇科质控哨点医院两率的发生情况进行了调研。哨点医院妇科三级以上手术并发症总体发生率为 0.82‰（149/182524 例）、非计划重返手术室再手术总体发生率为 0.53‰（96/182524 例）。各省辖市哨点医院三级以上手术并发症发生率较高的是济源、驻马店、郑州市（图 1）。

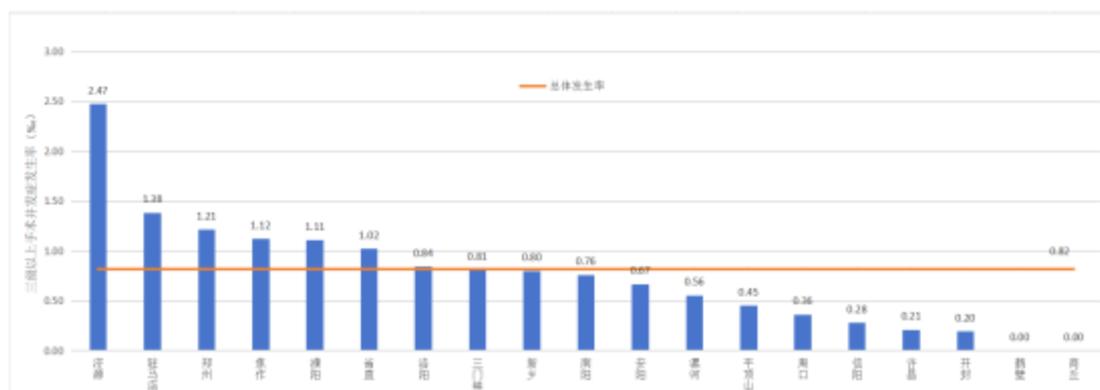


图 1 各地哨点医院三级以上手术并发症发生率

2. 省、市、县各级医院三级以上手术并发症发生率分别为 1.08‰(59/54705 例)、0.75‰(61/81533 例)和 0.63‰(29/46286 例)。

3. 按照 Clavien-Dindo 分级标准, 妇科常见三级以上手术并发症主要有切口愈合不良需二次缝合、术中毗邻器官非肿瘤累及损伤需手术或介入、术后出血或感染需行穿刺引流或再次手术、术后严重血栓相关并发症、严重感染、多器官功能障碍、死亡等。2025 年全省哨点医院三级以上手术并发症共发生 149 例, 三级、四级、五级手术并发症发生例数占比分别为 90.61% (135/149 例)、9.39% (14/149 例)、0 (0/149 例)。

(二) 非计划重返手术室再手术率

1. 哨点医院非计划重返手术室再手术率较高的是焦作、驻马店和郑州市 (图 2)。



图 2 各地哨点医院非计划重返手术室再手术率

2. 省、市、县各级医院非计划重返手术室再手术率分别为 0.55‰(30/54705 例)、0.54‰(44/81533 例)和 0.48‰(22/46286 例)。

3. 三级以上手术并发症共发生 149 例，发生情况分析显示占比排名前三位的是切口愈合不良、出血和血栓相关性疾病，发生率分别为 22%、20%和 14.8%（图 3）。

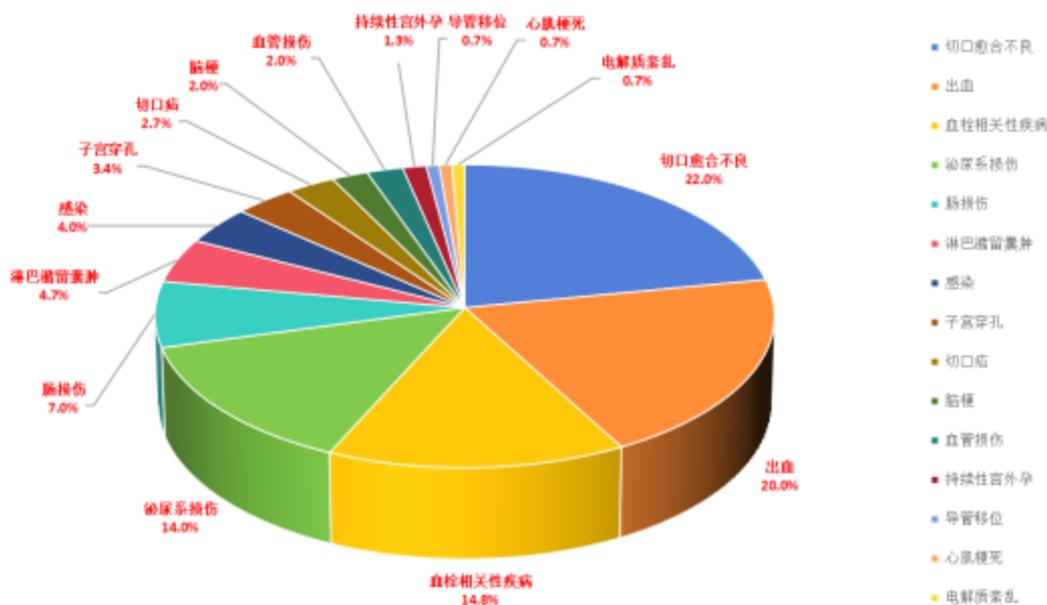


图 3 三级以上手术并发症占比分析

非计划重返手术室再手术共发生 96 例，原因分析显示占比排名前三位的是切口愈合不良、出血和泌尿系统损伤，发生率分别为 31.25%、26.04%和 13.54%（图 4）。



图 4 非计划重返手术室再手术原因占比分析

二、存在的问题

2025 年河南省妇科质控哨点医院增加到 159 家，覆盖全省 18 个地市，含不同层级、不同类型医院，数据来源更加全面多元、代表性更强，能够更精准反映全省妇科手术质量整体态势。

通过对调研数据的年度对比、分层分析，存在以下问题：

（一）部分机构仍需加大质量管理和指导

1. 在两年调研中三级以上手术并发症济源示范区均为发生率最高的地区，2025年发生率2.47‰虽较2024年3.92‰有所下降，但仍显著高于全省平均水平。2025年郑州、驻马店市两率均排在全省前三位，需关注两市的手术流程规范与风险防控。

（二）需聚焦重点原因，开展针对性质控

1. 三级以上手术并发症核心诱因主要是切口愈合不良、血栓相关性疾病连续两年均为前三位诱因，其中切口愈合不良连续两年位居首位。

2. 非计划重返手术室再手术核心主要原因是切口愈合不良和出血。其中，切口愈合不良连续两年位居首位（2024年31.96%、2025年31.25%）；因出血造成的非计划重返手术室率占比呈上升趋势（2024年17.53%、2025年26.04%），需同步强化切口管理与出血防控。

三、工作要求

2025年河南省妇科质控工作成效显著，全省妇科手术两率大幅下降，严重并发症得到有效遏制，基层医院质控能力提升明显，手术安全性与规范化水平持续改善。但同时，区域间质控水平不均衡、重点地区（如济源、焦作、郑州、驻马店等）两率偏高、切口愈合不良与出血等核心诱因尚未彻底管控等问题依然存在。后续需聚焦薄弱区域、紧盯核心诱因，强化分级分类质控指

导，针对性开展切口管理、出血防控、血栓预防等专项培训，推动全省妇科手术质控水平持续均衡提升，进一步保障医疗安全。

附件 2

高浆卵巢癌的手术质量控制调研情况

一、基本情况

省质控中心根据《2025 年河南省妇科专业初治卵巢高级别浆液性癌手术质量控制指导评价细则》，对 24 家调研指导对象的 120 份病案开展了质控评价，评价内容包括病史采集完整性、MDT 率、影像学苏丹评分完成率、VTE 评估完成率及基因检测率等 16 项质控指标。经过评价，达标指标 7 项，未达标指标 7 项，整体达标率 50%。

二、评价结果

（一）高浆卵巢癌手术开展情况

全省 159 所哨点医院中，开展高浆卵巢癌手术 ≥ 10 例的医院有 24 所，占比 15.1%。其中省直医院有 8 所，市级质控中心责任医院有 8 所，平顶山市医院有 3 所，安阳市医院有 2 所，南阳市有 2 所（非质控中心责任单位），焦作市医院有 1 所。开展高浆卵巢癌手术不足 10 例的医院有 135 所，占比 84.9%，其中省直医院有 3 所、市级质控中心责任医院有 10 所、县级医院均未开展（图 1）。

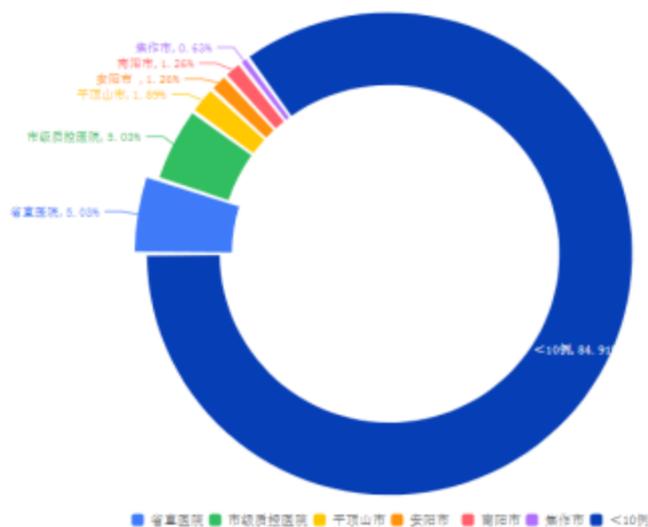


图1 2025年高浆卵巢癌地区开展情况图示

(二) 质控指标落实情况

1. 病史采集完成率。病史采集完成率为 72.5%，未达标（应为 90%）。病史采集扣分项集中在家族史中未写明三代血亲内有无卵巢癌、乳腺癌、胃肠道来源等恶性肿瘤病史。在查阅的 120 份出院病案中，有 33 份在家族史中未描述遗传性恶性肿瘤病史，占比 27.5%。

2. 体格检查完成率。体格检查完成率为 65.8%，未达标（应为 90%）。120 份出院病案中有 41 份体格检查未记录三合诊，占比 34.2%，集中在郑州、洛阳、周口、新乡、信阳、焦作、南阳、安阳；平顶山、驻马店、漯河地区达标。说明三合诊检查的规范操作与记录尚存在明显欠缺。

3. 营养风险筛查率。营养风险筛查率为 99.2%，已达标（应为 90%）。120 份出院病案中仅有 1 份未进行营养风险评估，占

比 0.8%。

4. 体力状况评估率。体力状况评估率为 54.2%，未达标（应为 90%）。在查阅的 120 份出院病案中，有 55 份未进行体力状况评估，占比 45.8%，所有地区及省直医院均未达标。

5. 血清肿瘤标志物检测率。血清肿瘤标志物检测率为 100%，已达标。120 份出院病案均进行血清肿瘤标志物检测，所有地区均达标。

6. 影像学评估完成率。影像学评估完成率为 90%，已达标。120 份出院病案中 12 份未进行胸部增强 CT 检查，占比 10%，主要分布于驻马店、新乡、洛阳地区医院；3 份未进行全腹增强 CT 检查，占比 2.5%，为新乡、驻马店地区部分医院。表明驻马店、新乡、洛阳地区影像学检查评估完成率有待于进一步提高。

7. HGSOC III 期以上患者初治前 Suidan 评分完成率。影像学评估完成率为 80.8%，未达标（应为 90%）。120 份出院病案中，23 份未进行苏丹评分，占比 19.2%。其中省直医院未进行苏丹评分的病历有 12 份，洛阳市 4 份，新乡市 5 份，焦作市 2 份；周口、信阳、南阳、安阳、平顶山、驻马店、漯河地区均进行了苏丹评分。

8. MDT 执行率。MDT 执行率为 73.3%，未达标（应为 90%）。120 份出院病案中 32 份未进行全面规范的 MDT 及记录，占比 26.7%。主要集中在驻马店、新乡、平顶山、洛阳、焦作地区。

9. 血栓风险评估完成率。血栓风险评估完成率为 93.3%，已

达标。120份出院病案中8份未进行血栓风险评估，占比6.7%，9份未进行血栓风险评估复评，占比7.5%，集中在驻马店、漯河、新乡地区。

10. 手术医生资质匹配率。手术医生资质匹配率为100%，已达标。各级医疗机构开展高浆卵巢癌手术的医师均具备四级手术资质，资质匹配率为100%。

11. 手术记录规范率。手术记录规范率平均为88.1%，未达标（应为90%）。120份出院病案中手术记录未全面探查肿瘤情况及肿瘤累及范围的有9份，占比7.5%；未准确记录手术切除范围的有3份，占比2.5%；未记录淋巴结探查切除的范围与高度的有19份，占比15.8%；未详细记录残留肿瘤的部位及大小有17份14.2%；未记录手术切净程度的有19份，占比15.8%；未详细描述手术难度及并发症（包括出血量、血管神经损伤及脏器损伤及修补）的有4例，占比3.3%；未描述术中引流管、金属夹等留置物位置的有3例，占比2.5%；开腹手术未全程贯彻无瘤原则（如蒸馏水冲洗、更换手套）的有40例，占比33.3%。

12. 术后病理报告完整率。术后病理报告完整率平均为96.7%，已达标。120份出院病案中术后未进行正确的FIGO 2025分期的有6例，占比5%；未描述肿瘤组织学类型的有2例，占比1.7%；未描述分化程度的有4例，占比3.3%。

13. 术后正确FIGO分期完成率。术后正确的FIGO分期完成率为93.3%，已达标。120份出院病案中术后未进行正确的FIGO

2025分期的有8例，占比6.7%，集中在洛阳和平顶山地区。

14. 基因/分子检测率。基因/分子检测率为80%，未达标（应为90%）。120份出院病案中24份未进行基因检测或签署基因检测告知书，占比20%。

15. 三级以上手术并发症发生率。发生三级以上手术并发症的概率为1.7%，已达标（三级以上手术并发症发生率为负性指标，以小于5%为达标标准）。120份出院病案中118份未发生三级以上手术并发症，占比98.3%，2份发生三级以上手术并发症，占比1.7%。

16. 非计划重返手术室再手术率。非计划重返手术室再手术率为0，已达标（非计划重返手术室再手术率为负性指标，以小于5%为达标标准）。120份出院病案中，无患者发生非计划重返手术室再手术的病例。

三、存在的问题

（一）医疗技术服务能力存在差异

高浆卵巢癌手术的开展在省内医院间分布存在明显差异，对于疑难重症患者的诊疗能力需进一步提升。截至调研时间，全省159所哨点医院中年开展高浆卵巢癌手术例数 ≥ 10 例的医院仅有24所，占比15.1%，主要集中在省级医院及部分市级医院，部分医院每年开展的高浆卵巢癌手术尚不足10例。

（二）需进一步强化落实医疗质量控制指标

本次质控评价共纳入16项质控指标，其中14项为过程质控

指标。达标指标 7 项，未达标指标 7 项，整体达标率 50%。存在的主要问题是：

1. 术前基础评估类指标包括病史采集完成率、体格检查完成率、体力状况评估率。其中病史采集完成率扣分项集中于家族史未明确三代血亲卵巢癌、乳腺癌等恶性肿瘤病史，直接影响遗传性肿瘤筛查及个体化诊疗方案制定，反映临床对遗传风险评估重视不足。

2. 体格检查完成率未达标的问题主要集中在病案未记录三合诊，郑州、洛阳等 8 个地区均存在欠缺，仅平顶山、驻马店、漯河达标。三合诊作为卵巢癌重要查体手段，其记录缺失反映查体操作不规范、病历书写不严谨。

3. 体力状况评估率不足 55%，所有地区均未达标，为最薄弱环节。体力状况是手术耐受度、预后判断的核心依据，全面缺失暴露术前综合评估意识薄弱，易增加手术风险。

4. 术前精准评估类指标 III 期以上高浆卵巢癌患者初治前苏丹评分完成率未达标，郑州、洛阳、新乡、焦作地区缺失严重。苏丹评分是判断肿瘤可切除性的关键指标，缺失将导致手术方案盲目性增加，影响 R0 切除率。

5. 诊疗决策类指标 MDT 执行率未达标，近三成病案未规范开展 MDT 及记录。MDT 缺失易导致诊疗方案不全面，违背规范化诊疗要求。

6. 手术操作类指标手术记录规范率未达标。无瘤原则落实

差，未贯彻蒸馏水冲洗、更换手套等无瘤操作，是肿瘤复发的潜在风险点；淋巴结切除范围及残留肿瘤描述关键信息记录不全，无法客观反映手术质量；肿瘤探查不全面，影响术后分期及辅助治疗决策。手术操作规范性亟待提升。

7. 基因/分子检测率未达标，基因/分子检测是高浆卵巢癌靶向、免疫治疗的重要依据，检测率不足直接制约精准治疗开展，与当前肿瘤诊疗发展趋势不符。

（三）需进一步加强信息化建设

2025 年质控指导评价数据来源于查阅医疗机构提供的归档病案，属于回顾性数据，以病案为数据池进行提取总结，无法进行质控前管理，比如手术记录是否与术中情况符合、是否有术中图片进行佐证；无法进行质控过程的监督，数据可能存在偏颇。因此各医疗机构应加强本机构信息化建设，将关键指标、关键环节、重要操作纳入医院信息化管理，及时提示提醒，协助临床规范诊疗行为，落实医疗质量安全核心制度。

四、工作要求

（一）各医疗机构要高度重视病历书写及病案管理等工作。病历是医疗行为过程的客观载体，是评价医疗质量安全和医疗管理水平的重要依据。各医疗机构要进一步提高重视程度，健全完善病案质量管理制度，规范诊治流程，多措并举，着力提高病历质量，保证医疗安全。

（二）要进一步加强医疗质量管理。各医疗机构要建立健全

医疗质量管理的长效工作机制，引导医院“一把手”、科主任、质控专员、医师重视质控工作，在临床工作中加强对患者病情评估，提高诊疗能力、规范诊疗行为、提高病案书写规范性，确保患者安全。

（三）要进一步加强监管力度，提升数据质量。在提升病案质量的前提下，以病案为数据池进行数据提取，引进术中图片佐证，采取病案文字+术中图片进行双质控，避免数据的质控前管理缺失；加强质控过程的监督，确保质控调研数据的真实性和统一性；对质控指标进行分阶梯扣分，将质控指标细致化、科学化、丰富化。

（四）纵深推进织网行动，加速同质化发展进程。省质控中心要积极对接国家妇科质控中心，与时俱进完善质控措施，提升质控内涵，帮助卫生健康行政部门不断完善质控中心网络架构，全省构建起“纵贯三级、横联多元”的质量控制网络体系，实施同培训、同监管、同考核的“三同管理”，实现各级医疗机构的协同发展，推动全省妇科医疗质量同质化发展。

（五）要持续加强培训考核，提升技术能力和管理水平。各级卫生健康行政部门、妇科质控中心和各医疗机构要定期对医务人员进行高浆卵巢癌诊治的规范和质量控制培训，严格考核，推动提升医务人员临床诊疗能力，持续提高妇科专业医疗诊疗水平。