

主 编 江捍平 赵卉生

A Guide Book on Classification of Surgical Operations

手术与操作 分级 指南



**A Guide Book on Classification of
Surgical Operations**

手术与操作
分级指南



图书在编目(CIP)数据

手术与操作分级指南/江捍平, 赵卉生主编. —广州: 广东科技出版社, 2006.11

ISBN 7-5359-4251-2

I. 手… II. ①江…②赵… III. 外科手术-管理-指南 IV. R61-62

中国版本图书馆CIP数据核字(2006)第137527号

出版发行: 广东科技出版社

(广州市环市东路水荫路11号 邮码:510075)

E-mail: gdkjzbb@21cn.com

http: //www.gdstp.com.cn

排 版: 广东科电有限公司

印 刷: 广东九州阳光传媒股份有限公司

(广州市增槎路1113号 邮码: 510435)

规 格: 889 mm×1 194mm 1/16 印张9 字数180千

版 次: 2006年11月第1版

2006年11月第1次印刷

定 价: 35.00元

如发现因印装质量问题影响阅读, 请与承印厂联系调换。

手术与操作分级指南出版纪念

规范手术分级
强化手术管理

二〇〇六年秋 吴阶平



《手术与操作分级指南》

编委会

名誉主编：黄庆道（广东省医学会会长 原广东省卫生厅厅长）

主 编：江捍平（深圳市卫生局局长 医学博士）

赵卉生（暨南大学第二临床医学院信息科科长 副主任医师）

副主编：傅健民（深圳市妇幼保健院甲乳外科主任 医学博士 主任医师）

孙枫林（暨南大学第二临床医学院肝胆外科医学博士 副主任医师）

邱 晨（暨南大学第二临床医学院副院长 医学博士 主任医师）

主 审：周汉新（暨南大学第二临床医学院院长 医学博士 主任医师）

执行编辑：陈华青 陈彩霞 谭礼萍 吴晓云

编 委：（按姓氏笔画排序）

马利国	王 正	江捍平	孙 伟	孙枫林
庄永青	刘 明	刘立刚	刘波苑	邱 晨
余小舫	张国志	苏放明	麦沛成	陈华青
陈建良	陈递林	陈彩霞	吴晓云	吴湘荣
肖德明	岳月英	林博文	胡小良	俞长荣
赵卉生	章道恒	葛 钧	温定国	傅健民
赖伏虎	谭礼萍	潘 凯	镇万新	戴瑞珍

序 1

手术是治疗伤病员的重要手段之一。从现代医学创立至今，手术在医学中所占的重要地位始终没有动摇。医学工作者在实践中创造了多种手术新方法和新技术，构成了现代医学的重要组成部分，用以救死扶伤，解除疾苦，挽救生命。

然而，手术毕竟是一种技术性强、风险性大、有创伤的治疗方法，手术的成功与否，直接关系到每一个接受手术治疗的伤病员的切身利益和生命安全。一台手术的成功，是医护人员紧密合作、齐心协力、共同完成的结果，是团队精神的体现。它的成功既取决于医护人员熟练的技术，又取决于台上台下医护患人员的密切合作，更取决于科学的、规范的管理方式和制度。

管理出质量，管理上水平。在注重医疗质量管理的年代里，面对手术数量的增多和手术难度的加大，以及手术复杂程度的提高，要想提高医疗质量、保障医疗安全、合理利用卫生资源、加强手术的科学管理就显得尤为重要。近几年来，深圳市人民医院（暨南大学第二附属医院）开展了手术分级管理的探索，收到良好的效果，并根据他们的管理经验编写了《手术与操作分级指南》一书。虽然如同每一部著作一样，在其成书后都会发现一些遗憾之处，这本书也不例外，也不可能完美无瑕，但从总体上来说，这本书凝聚了编著专家的智慧和经验，内容充实可靠。他们的手术管理模式值得其他医院学习借鉴。我相信该书的出版必将对医疗手术的科学管理和提高手术质量起到推动、促进作用。

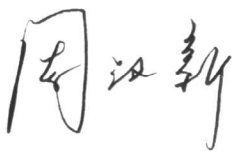
黄庆道

2006年11月1日

序 2

外科手术是医学临床上具有高风险、高技术性的至为重要的治疗手段之一。外科手术的成功与否，既依赖于外科医生的手术操作技能和责任心、手术室的环境及设备条件，也取决于医院的管理水平。手术分级与操作规范及其管理制度是医疗质量管理的一个重要组成部分。

为了明确各级手术医生的职责，作者根据《医疗机构管理条例》、《中华人民共和国执业医师法》和《医疗事故处理条例》等法规文件，按照国际疾病手术操作分类（ICD—9—CM—3）的原则，在我国尚未建立系统的手术分级及其准入标准的情况下，结合深圳市人民医院的实际情况，于2001年4月编写了《手术与操作分级指南》，其后几经修改完善，于2003年5月正式在全院手术科室参照执行。本书就手术医师分级、各级医师手术权限、手术审批权限及手术级别等做出了明确规定，列出了各级手术相应的手术名称。并采取中英文对照的形式，以方便与国际交流、接轨。几年的实践证明，《手术与操作分级指南》为保证我院的手术安全、提高医疗服务质量起到了重要的作用。



2006年3月

目 录

第一部分 手术分级管理与医疗质量综合管理概述	1
一、手术分级管理与医疗质量管理的关系	3
(一) 医疗质量管理	3
1. 医疗质量管理的概念	3
2. 医疗质量管理的方法	4
3. 医疗质量管理的发展趋势	5
(二) 病例分型管理	6
1. 病例分型的概念	6
2. 分类方法	7
3. 分型方法	7
4. 专科分型标准	8
5. 分型费用监控	11
6. 分型质量监控	11
7. 病例分型质量管理的发展趋势	12
(三) 病例分型质量管理与手术分级管理相结合对医疗 质量管理的重要性	13
1. 传统的医疗质量评价指标存在的问题	13
2. 新型医疗质量评价指标	13
3. 建立病种病例分型双向监控制度	13
4. 病例分型质量管理与手术分级管理相结合对医疗 质量评价的意义	14
二、手术分级的行政管理	15
三、手术与操作分级管理制度	15
(一) 手术及有创操作分级	15
(二) 手术医师分级	16
(三) 各级医师手术权限	16
(四) 各级医疗机构手术权限	16
(五) 手术审批权限	17
四、手术分级管理信息化	18

第二部分 各专业手术分级指南	19
(一) 神经外科	22
(二) 甲状腺外科	28
(三) 眼科	30
(四) 耳鼻喉科	38
(五) 口腔颌面外科	46
(六) 胸外科	52
(七) 心脏外科	58
(八) 血管外科	62
(九) 显微手外科	69
(十) 肝胆外科	74
(十一) 胃肠外科	80
(十二) 泌尿外科	91
(十三) 妇科	100
(十四) 计划生育科	108
(十五) 产科	111
(十六) 骨关节外科	114
(十七) 脊柱外科	122
(十八) 乳腺外科	126
(十九) 整形外科	129

第一部分

手术分级管理与 医疗质量综合管理 概述





手术与有创操作是最具创伤性、风险性与收益性的临床治疗手段之一。近年来，因手术操作性治疗所致的医疗缺陷与医疗纠纷已呈现出持续增加的态势，这在很大程度上反映出目前医疗质量管理，特别是手术管理水平的相对滞后状况。如何使手术在具备高质量与高安全保障的前提下实施，是摆在广大医务工作者，尤其是医疗行政部门管理者面前急需解决的问题。在医疗科学技术进步的同时，科学地制定、不断地完善手术分级标准，严格规范各级手术医生的资格与权限，是提高整体医疗服务质量至关重要的组成部分。

作为高风险的有创伤性治疗，手术究竟应该由谁或哪一级水平的医生来实行，是患者更为关心的问题。自20世纪80年代以来，各地曾纷纷实行了手术点名制度。手术点名制度的实行，一定程度上满足了部分患者找专家动手术的特殊主观需求。但从这些年推行的情况来看，还是弊大于利。这体现在：没有合理地利用紧缺的现有医疗资源，忽视了医疗服务的公平性原则；同时，在部分就医群体需求的无序调控下，即使是“专家手术”的质量和安全性也难以得到保障。

为了确保手术及有创操作的安全、提高手术质量、预防医疗事故的发生，同时更为科学、高效地利用有限的医疗资源，针对手术管理的分级标准与行政管理规范的制定已得到各级医疗管理部门的广泛重视，但在总体上仍处于探讨与尝试阶段。手术分级管理即医院把各种手术、有创操作进行分级分类，按照手术的难易、风险程度来安排相应级别的医生施行手术。手术分级管理的具体内容及目的主要包括以下几个方面：①明确各级医院和医生的手术权限；②规范医疗行为，保障医疗安全；③维护患者利益；④提高医疗服务水平；⑤合理配置医疗资源。

一、手术分级管理与医疗质量管理的关系

加强各级医院和各级医师的手术管理，是规范各医疗单位的医疗行为、保障手术及有创操作的安全和质量、维护患者权益的有效措施。因此，建立手术分级与操作管理制度，对于医疗服务质量和医院核心竞争力的提高至关重要。它不仅是医疗服务质量监管的一项重点内容，更是医疗质量管理的一个重要组成部分。同时，制定参照国际疾病手术操作分类原则的指南，做到与病例分型质量管理过程的协调统一，既能发挥病例分型管理相应的监控功能，又能为病历质量管理的规范化、科学化和法制化进程提供帮助。

由于手术与操作分级管理制度是医疗质量管理的一个重要组成部分，并与病例分型质量管理密切相关，故了解医疗质量管理和病例分型质量管理的相关概念，可以帮助我们进一步理解手术与操作分级管理的重要性。

（一）医疗质量管理

1. 医疗质量管理的概念

医疗质量管理是医院管理的核心内容和永恒主题，它不仅和患者的安全息息相关，也直接关系到医院的存亡。当前，建立健全的医疗质量管理体系，严格执行规章制度和技术操作规范、常规、标准，对医疗工作实行科学的标准化管理和全面有效的质量控制显得尤为重要。

（1）传统的医疗质量概念

传统的医疗质量指医疗服务的及时性、安全性和有效性，是通过临床技术科室和医务人员遵循医疗管理规章制度、执行操作规程和技术规范、实施有效评价和控制来达到医疗技术效果。其主要特征：一是以临床医疗科室作为主要的质量管理单位；二是主要由医生通过执行医疗制度、常规和自我评价进行医疗质量控制；三是以传统的医疗指标作为医疗终末质量统计评价指标；四是局限于医疗技术和医疗效果的质量管理，基本不涉及服务质量及医疗费用管理。

我国医院有着传统的医疗质量保障系统、较完备的医护技术操作规程和坚实的医疗工作基础，并一贯崇尚严谨的职业道德作风，不仅创造出高质量的医疗成果，而且培育出了众多的医学人才。但在社会经济变革过程中，医疗质量也出现了一些不容忽视的负面效应，医学伦理被扭曲，医疗的“公平性”相去更远。以“点名手术”为例，把安排手术权让给病人，等于放弃手术实施的科学管理原则，这不仅导致管理上的无序、手术前后诊疗上的不衔接，而且丧失了科学管理应得的效益。同时在医疗过程中突出个人和某个层次会破坏无间隙连贯医疗服务原则，牺牲整体质量效应，造成人际关系矛盾。外科手术只靠少数专家，容易产生“手术匠”的思想情绪误导，不利于外科人才的正常发展，也就不能从根本上构建优良的外科医疗质量。好的医疗质量是植根于医院的医疗工作基础之中的，只有建立全新的医疗质量管理体系，才能保证医院向着健康的轨道发展。

（2）现代的医疗质量概念

现代医疗质量指在现有医学知识的基础上，医疗卫生服务可以提高满意效果可能性的各种程度和降低不满意效果可能性的程度。其主要特征是：包含基础质量、环节质量和终末质量，以及医疗技术质量和服务质量的全方位系统化的质量管理概念。它不仅涵盖医疗质量的内容，还强调病人的满意度、医疗工作效率、医疗技术经济效果以及医疗的连续性和系统性，是医院品质、形象和价值之所在。

医疗质量管理工作首先要建立和完善医院、质控部门及科室三级医疗质量管理网络，不断发挥医院医疗质量管理委员会的权威决策功能；制订和完善行之有效的各项规章制度和各级医务人员职责，把质量的评估监督与不断改进融入日常管理之中，保证质量管理机制的正常运转。随着卫生法制体系的健全，群众法律观念的增强，职业道德、职业良心、职业责任教育是保证医疗质量和加强质量管理的思想道德基础。改革医学教育模式，严格专业技术职务评聘，是加强队伍建设、提高医务人员整体素质的两个重要环节。医院要建立独立于其他科室的质量管理和质量控制常设机构，配备专职人员，形成保证医疗质量的院内自控机构，这是加强医疗质量必不可少的组织保证。加强卫生行政部门和行业中介组织对医疗机构的医疗质量督查，对医疗质量和费用进行社会公示，可以取得“双赢”的良好效果。

2. 医疗质量管理的方法

（1）制订管理目标

以党和国家的有关方针、政策，各科室服务范围内患者的需求，国内外同类医院、同类科室的有关情报资料，本院和各科室的现状及其发展规划，上年度（或前一时期）达标情况等为科学依据，坚持实事求是，从实际出发，制订出既高于实际又留有余地、切实可行的管理目标。



（2）管理目标的展开

深入开展质量教育，认清质量标准的意义及实现目标的方法步骤，明确每个人员、每个岗位、每个环节的现状与目标标准之间的差距及为缩短差距需解决的具体问题；明确规定科内每个人、每个岗位、每项工作在质量管理中必须完成的任务、承担的责任和应有的权限，运用P.D.C.A循环法管理，以保证各项工作质量的可靠性。

（3）管理的具体方法

质量管理方法很多，目前为弥补传统医疗质量管理方法的不足，国内很多医院将现代管理学中的一些科学方法引进到医院管理，特别是医疗质量管理中来。常用的方法有：全面质量管理方法、P.D.C.A循环法、旗帜管理法、质量保证诊断法、质量管理信息反馈法、Ridit分析法、质量管理数理统计法、计划诊疗法、病种质量目标管理法、医疗缺陷控制法、病例分型质量评价法、医学检验质量控制法等。它们各有特点，应根据实际需要选择使用。

3. 医疗质量管理的发展趋势

当今是质量挑战的新时代，社会生活的方方面面也都需要依靠质量管理保障人民群众的生活质量、生命质量和社会、经济的正常发展。医院作为卫生体系的重要组成部分，要在新时期不断发展，必须要树立现代医疗质量观，以病人为中心，在行之有效的管理方式的基础上，积极借鉴医疗质量管理方面的先进思想、方法和技术，如循证医学、全面质量管理、临床审核等，加速完善医疗质量管理体系，使之向全方位、多层次的管理方向发展。

（1）医疗质量管理的发展重点

1) 医疗质量管理的责任不仅要由管理人员承担，更要有众多医护技术人员的广泛参与，开展群众性的专题立项的质量改进研究。通过持续不断地改进医疗质量，从而进一步推动医药科技发展。

2) 针对临床诊疗技术质控开展质控方法研究，按病种对检查、诊断、治疗（包括处方用药、手术等）、护理等各医疗项目、医疗效果及服务满意度进行统计、分析、比较和评价，确定病种医疗质量控制方案，以促进医疗行为规范化。

3) 将系统化整体护理与护理质量管理有机结合，完善护理质量体系，不断提高医疗服务质量。

4) 对临床药学、医学检验、病理、营养及麻醉等专业采用专业质控技术，完善各专业质量体系。

（2）医疗质量管理的发展方向

医疗质量管理的发展方向是：将单纯的医疗技术质控转化成涵盖医疗结构（包括医院组织、人员素质、硬件设备）、医疗过程和医疗结果3个层面的全面质量管理，不仅强调终末质量，尤其重视基础质量和环节质量。要求医疗质量管理重点放在医疗过程中，并使之提高到医院发展的战略高度。

1) 医疗技术质控：包括以临床各科和医技科室技术项目和医疗功能达标、“三基”培训、系统化整体护理等医、护、技基础质量管理；以规范化三级医师查房、护理查房、手术、急救等医疗技术全过程的质量控制；以病种医疗质量为重点的终末医疗质量管理等。

2) 医疗服务质量：医疗技术质量是内在质量，优质服务则是医疗服务的外在质量。如果只有医疗技术的全面质控，而忽视医疗服务的重要性，就不能实现以病人为中心的医院宗旨。

3) 医疗安全管理: 保障医疗安全是医疗质量管理不可或缺的重要部分。严重的医疗事故背后必然潜藏着大量的质量问题, 故应将医疗安全管理放到质量管理的首要位置上, 采取有效的防范措施, 才能保障良好的医疗质量。

4) 医疗成本控制: 医疗质量控制要适应社会主义市场经济体制的要求, 适应社会医疗保障体制的发展, 就必须注重经营质量。其含义包括: ①医院必须坚持以社会效益为最高准则, 杜绝片面追求经济效益的错误行为, 否则医疗服务质量必然全面滑坡; ②控制医疗成本, 就是在保证医疗服务质量的前提下, 降低医疗消耗和医疗费用, 用较少的医疗费用为病人提供优质服务。

(3) 医疗质量管理的发展途径

医疗质量管理的发展途径是宏观管理与微观质控相结合的多层次质量管理, 包括以下几个方面内容:

1) 临床科室和护理单元是医疗服务质量管理的第一线: 科室是微观质控的关键层次, 医疗技术质控、服务质量管理、医疗安全防范和医疗成本控制等, 都必须落实到科室, 才能取得实际效果。科主任、护士长及医技科室负责人的技术水平、质量意识和质量管理能力, 决定着整个科室的质量管理水平, 必须依靠他们来实现以科室为单位的基础质量、医疗工作环节质量和终末医疗质量的全面质量管理, 使每个科室都建设为基层质量体系。

2) 院级领导和管理职能部门行使质量管理职能, 对医院整体医疗质量管理发挥质量决策和综合管理作用。

3) 社会监督对医疗质量管理的制约作用: 通过群众和新闻媒体监督、法律制约等多种社会监督形式, 发挥对医疗质量管理的社会制约作用。

4) 各级卫生行政部门的宏观管理: 是医疗质量管理的宏观管理层次。

(二) 病例分型管理

医疗质量管理是一项综合管理工程, 明确的服务宗旨和群体的质量意识、行为是其最主要的构成因素。医疗质量的提高是一个渐进的、积累的过程, 必须经常分析影响、制约医疗质量的因素及其变化, 在不断“调整、巩固、充实、提高”的过程中, 质量才会越来越好。医疗质量有这样的特性: 当医疗服务质量不断提升时, 医疗效率和效益会随之提高, 而不良的医疗结果和医疗缺陷率则随之降低。因此, 一开始就注重构建一个好的医疗质量保障系统, 在持之以恒不断完善的过程中, 使之形成一个良好的连锁反应链。当医疗质量提升, 不良率降为零时, 医疗效率就会成倍增长, 追求质量和效益的脚步才会越迈越大。

1. 病例分型的概念

病例分型的概念起源于美国DRGs(疾病诊断相关分类), 霍普金斯大学在此基础上进一步研究出计算机病情指数(CSI), 弥补了DRGs未考虑病情严重程度的不足, 建立了按诊断分类、按病情分级的病例组合分类模式。

病人一次住院的全部医疗过程形成一个病例。每个病例可归属于一个病种, 但同属于一个病种的病例的病情可有很大的差别, 其医疗行为、医疗费用的差别也可能很大。病例分型是我国学者提出的病情危重程度评价方法, 该方法已被我国部分地区用于医疗质量和费用的



综合评价。它根据住院患者病情演变和相应的基本医疗行为特征，将病例按病情轻重分为A，B，C，D四型，分别表示单纯普通型、单纯急症型、复杂疑难型和复杂危重型；以“CD型率”即复杂疑难型（C型）和复杂危重型（D型）在住院病例数中所占的百分比作为医院间医疗质量评价的校正指数。

病例分型标准为：

A型：病种单纯，诊断明确，病情较稳定，不需紧急处理的一般住院患者。

B型：病种单纯，病情较急而需紧急处理，但生命体征尚稳定，不属疑难危重病例。

C型：病情复杂，诊断不明或治疗难度大，有较严重并发症发生，预后较差的疑难病例。

D型：病情危重复杂，生命体征不稳定或有重要脏器功能衰竭，需做紧急处理的疑难危重病例。

病例分型改变了对病种粗放的分析，实现了按病情因素分型，能科学地对费用消耗及医疗质量进行评估。由于病情的不同，对医疗行为的要求不同，产生的费用差距也很大。若不对病例的病情进行具体分型，就不能实现病种费用的科学化、标准化管理。

2. 分类方法

为了简化临床病例分型的复杂程度，可先采用疾病分类方法初步进行AB型和CD型分类。

根据卫生部2002年颁布《住院病历首页》规范，可采用首页分类法。从首页中提取10项指标作为初步分型标准：

- 1) 年龄：新生儿、>70岁均为CD型病例；
- 2) 入院诊断：心脑血管器质性疾病、恶性肿瘤、中毒、脏器功能衰竭、复合创伤、急性重症传染病、合并并发症、诊断不明等均为CD型病例；
- 3) 入院时情况：入院时情况为危、急的均为CD型病例；
- 4) 出院诊断：同入院诊断；入出院诊断不符、多系统病变均为CD型病例；
- 5) 入院后确诊日期：确诊时间>7天者为CD型病例；
- 6) 病理诊断：恶性肿瘤改变为CD型病例；
- 7) 抢救：凡经抢救者为CD型病例；
- 8) 手术操作：急诊手术者为B，D型，三级以上手术均为CD型病例；
- 9) 会诊情况：院际会诊、远程会诊者为CD型病例；
- 10) 护理等级：I级、特级、重症监护、特殊护理者为CD型病例。

根据首页分类法，以一项定型的方式作出初步鉴定。凡具备以上10项指标中任何1项条件者，均可归为CD型病例，对于不能分型的病例则根据诊疗过程决定分型。

3. 分型方法

1) 首先根据首页分类法分出CD型病例，AB型病例根据入院时的情况即可简单分型：入院时病种单纯、诊断明确、病情较稳定、只需一般处理的为A型，病情紧急、需紧急处理的为B型。

2) CD型病例可根据病情的危重程度，入院时的生命体征是否稳定，住院处置措施是否需要抢救或监护而进一步分型：不需要抢救或监护的为C型，需要抢救或监护的为D型。

3) 判断病情和诊断的时间界定原则上以入院时的情况为标准，入院以后出现的病情加重情况，则应检查是否因诊疗处置不当所致，因诊疗处置不当所致，不能更改分型，如实属病

情自然变化,可更改分型。

4)不同等级的医院在以上基本分型标准的基础上,可根据各自诊疗技术水平制定不同级别的急诊和手术等级标准,以利于A,B,C型病例的诊治。D型病例的评价标准则必须有反映病情危重的相关指标。

5)病例初步分型由主管医师以及上级医师在病人出院时完成,在首页上做出标记。病例归档后由科室质控员和病案管理人员根据首页资料对分型病例进行复核。

6)各医院根据本医院情况制定出各型病例的质量费用控制标准,建议以各型病例的3年平均值为宜,并公布全院各科室单病种费用的标准,将超标率作为医疗质量检查的一项内容。

7)病案管理部门每月将各型病例统计归类报表,内容包括各型病例总数、百分率、CD型病例率、平均住院日、平均费用、费用超标率、各型死亡率。

8)有条件的医院可在医院HIS(医院信息系统)或病案管理系统中安装病例分型质量管理程序,对病例分型及费用实施实时控制。

4. 专科分型标准

为了便于对临床上某些专科AB型和CD型病例进一步分型,根据专科特点提出以下专科分型标准,供临床分型参考。

(1) 外科

A型:诊断明确的择期一、二级手术病例;

无明显活动性出血的单纯软组织创伤;

入院时已确诊的非手术病人;

术后辅助治疗的非恶性肿瘤病例;

诊断明确的骨病非手术病例;

肢体骨良性小肿瘤/骨病手术病例;

肢体骨折术后处理病例;

择期截指/趾手术病例。

B型:24 h内实施手术的普通急诊病例;

生命体征稳定的腹部单脏器或肢体创伤;

无颅内出血的头部创伤病例;

非手术处理的急腹症病例;

无并发症的肢体及锁骨胸肋骨骨折病例;

各类肢体关节脱位及组织损伤病例;

急诊截指/趾手术或断指/趾再植手术病例;

手/足部创伤清创吻合手术病例;

非手术处理的骨病急诊病例。

C型:择期三、四级手术病例;

诊断为内部脏器肿瘤的非手术病例;

生命体征稳定的复合创伤;

合并手术相对禁忌证的手术病例;