

医院住院部基于 HIS 系统的肿瘤报告系统使用效果评价

Effect Evaluation of Tumour Report System Based on Hospital Information System in Inpatient Department

PAN Miao, LI Dao-jun, XIAO Yi-ping

潘 淼, 李道俊, 肖义萍

(三峡大学第一临床医学院, 宜昌市中心人民医院, 湖北 宜昌 443003)

摘 要: [目的] 评价住院部基于 HIS 系统的肿瘤病例报告系统的报告效果, 为进一步改善该系统提供依据。[方法] 调查肿瘤报告系统使用后肿瘤病例的报告率、及时率、完整率、准确率。[结果] 上报的 2 862 例肿瘤病例中, 报告率为 99.9%, 及时率为 75.1%, 完整率为 88.8%, 准确率为 86.1%。[结论] 住院部基于 HIS 系统的肿瘤病例报告系统的使用, 实现了住院部肿瘤病例报告的信息化管理, 但仍需注重管理者与临床医生的沟通交流, 进一步提高报告质量。

关键词: 肿瘤报告系统; 医院 HIS 系统; 效果; 肿瘤登记

中图分类号: R197.323 **文献标识码:** C **文章编号:** 1004-0242(2013)01-0027-02

根据卫生部 2011 年 1 月颁布的《全国慢性病预防控制规范(试行)》的要求, 我院从 2011 年 9 月开始向宜昌市疾控中心报告新发和死亡恶性肿瘤以及中枢神经系统良性肿瘤病例。为做好病例报告工作, 我院住院部开发了基于医院信息系统(hospital information system, HIS 系统)的肿瘤病例报告系统, 为了解该系统的使用效果, 为进一步改善该系统提供依据, 现对该系统使用以来肿瘤病例的报告质量进行调查, 调查结果如下。

1 资料与方法

1.1 资料来源

基于 HIS 系统的肿瘤报告系统使用后, 2011 年 10 月至 2012 年 3 月住院部上报的所有肿瘤病例报告卡。

1.2 研究方法

从报告率、报告及时率、报告卡填写信息的完整率、准确率对肿瘤病例报告质量进行评价。各评价指标定义如下。

报告率: 调查月份中, 病案登记为新发恶性肿瘤和中枢神经系统良性肿瘤的病例中, 实际报告病例

数所占的比例。

报告及时率: 调查月份中, 病案登记病例诊断日期与肿瘤报告卡报告日期按照《全国慢性病预防控制规范(试行)》要求相差 7d 内为及时。计算及时报告的肿瘤病例数占有所有病例数的比例。

完整、准确率: 肿瘤病例报告卡上关键字段信息, 包括患者姓名、性别、出生日期、年龄、民族、职业、地址(要求详细到乡镇)、诊断及 ICD-10 编码、临床分期、病理类型、诊断日期、诊断单位、报告日期、报告单位、死亡日期、死亡原因、诊断依据, 临床医生填写无缺失为完整; 报告卡登记的信息与病案登记信息完全一致为准确。肿瘤病例报告卡未将 ICD-O 纳入必填项目, 因此没有将 ICD-O-3 编码的填写作为报告卡填写完整的统计指标。计算完整、准确填报的病例数占有所有病例数的比例。

2 结 果

报告率: 应报肿瘤病例 2 862 例, 实际报告 2 860 例, 肿瘤病例报告率为 99.9%。

报告及时率: 报告 2 862 例肿瘤病例中, 及时报告 2 149 例, 及时率为 75.1%。

报告完整率: 报告的 2 862 例肿瘤病例中, 填写

收稿日期: 2012-09-18; 修回日期: 2012-11-02
E-mail: 504171027@qq.com

完整 2 541 例,完整率为 88.8%。

报告准确率:报告的 2 862 例肿瘤病例中,填写准确 2 465 例,准确率为 86.1%。

3 讨 论

医院住院部肿瘤报告系统是 HIS 系统中与出院卡片填写相关联的一个模块。其设计的原理基于医生在填写出院卡片时,使用国际疾病分类(ICD-10)编码进行诊断:C00.0~C97 和代表中枢系统良性肿瘤的 D32.0-D33.9 为必报病种,在保存出院卡片时,若患者出院诊断的疾病编码为必报病种的编码时,系统识别后自动弹出肿瘤病例报告卡,基本信息如姓名、性别、出生日期、民族、职业、诊断和 ICD-10 编码,报告单位、报告医师均取自 HIS 系统,报告时间取自服务器时间,余下卡片的项目由医生完成填写并保存上报。由于肿瘤患者常常反复住院,为识别新发病例,避免因为患者的反复入院带来的重复报告,系统将患者的身份证号码设置为识别患者是否报告的惟一标识,患者入院时在 HIS 系统中录入正确的身份证号码,则在保存出院卡片信息时,系统会自动识别该患者是否已经进行报告,如已经报告,说明患者非新发病例,则肿瘤病例报告卡不再强制弹出。如为死亡病例,则不进行身份证号码的识别,仍实行强制报卡。系统对新发和死亡病例在卡片上进行自动勾选。公共卫生科工作人员每日浏览、审核临床科室上报的肿瘤病例报告卡,检查有无错项、填写不规范、逻辑错误,必要时查阅患者电子病历,甚至与填卡医生核实,修改不确切信息,确认无误后,将卡片编号并保存、打印,完成肿瘤病例的报告。

该系统强制报告的设计使肿瘤病例的报告率得到了极大的保障,本次调查的漏报率仅 0.1%,低于其他医院住院部的漏报率^[1]。漏报 2 例异时性多原发癌患者,即患者先后发生两个彼此无关的原发癌^[2],第一次住院时,仅有 1 种原发恶性肿瘤被诊断,再次住院时出现其它原发恶性肿瘤的诊断,但系统根据身份证判断该患者为已报告病例,肿瘤报告卡未自行弹出,造成漏报。异时性多原发癌的漏报,可以通过定期查漏进行补录,也可通过社区卫生服务中心随访补充^[3]。

该系统设计为在患者出院时进行报告,对于住

院时间较长的患者,按照《全国慢性病预防控制规范(试行)》的要求,不能保障在诊断 7d 内完成报告,因此,此次调查报告及时率仅为 75.1%。

本系统基本信息取自 HIS 系统,且设置了必填字段,因此,HIS 系统中已存在的内容能准确转录进入报告卡,但有些需要医生填写的内容,存在地址不完善、诊断依据未选择完整、临床分期不准确以及填报的疾病诊断为继发肿瘤等问题。这些问题均由公共卫生科工作人员在电子病历系统中通过住院号查阅患者的电子病历,根据病历中记录的信息甚至与经管医生核实后进行修改。

基于 HIS 系统的住院部肿瘤报告系统的开发和实现,实现了肿瘤病例院内报告的信息化。本系统的最大优点是有效地保障了肿瘤病例的报告率,虽然存在少量异时性多原发癌漏报现象,但此类漏报可通过定时查漏补录。按照《全国慢性病预防控制规范(试行)》要求,本系统报告的及时性有所欠缺,但按照国内多个地区肿瘤病例报告的流程^[3,4],均选择在出院后一定时限内进行报告,本系统是能满足监测要求的。本系统肿瘤病例报告的完整性和准确性在公共卫生科工作人员与临床医生交流沟通及查阅患者电子病历信息修改卡片后,已得到改善。因此,虽然报告系统保障了报告工作的便捷,但仍应重视对临床上报卡片的审核和信息核实,以保证卡片的质量。

在工作中应加强临床医生和公共卫生科专职人员肿瘤形态学编码 ICD-O-3 知识的培训,逐步开展对上报肿瘤病例的形态学编码,以提供更多有用的信息。

参考文献:

- [1] Feng LL,Lv H,Rran XN,et al. The present status of cancer registry in Shanghai Pudong new area[J]. Chinese Journal of Prevention and Control of Chronic Non-Communicable Diseases,2006,14(4):278-279.[冯莉莉,吕桦,阮晓楠,等.上海市浦东新区肿瘤登记报告现状[J].中国慢性病预防与控制,2006,14(4):278-279.]
- [2] Yang JG,Li XX,Kong FM.Clinical features analysis of multiple primary carcinoma[J].Modern Oncology,2011,19(12):2551-2553.[杨建光,李晓霞,孔凡明.多原发癌临床特征分析[J].现代肿瘤医学,2011,19(12):2551-2553.]
- [3] Pan BY,Du L,Du GZ,et al.The present status and prospect of cancer registry in Guangzhou[J].China Cancer,2009,18(5):352-355.[潘冰莹,杜琳,杜国桢,等.广州市恶性肿瘤登记报告的现状与发展趋势[J].中国肿瘤,2009,18(5):352-355.]
- [4] Xu M,Chen J. An introduction of cancer registration in Wuxi city,Jiangsu province[J].China Cancer,2011,20(12):907-909.[徐明,陈健.无锡肿瘤登记工作介绍[J].中国肿瘤,2011,20(12):907-909.]