

1297 例肺癌手术分级的回顾性调查研究

A Retrospective Survey on Surgical Classification in 1297 Cases with Lung Cancer

ZHOU Cai-hong, ZHANG Li-jian, YANG Jian, et al.

周彩虹¹, 张力建², 杨 剑¹, 牟巨伟¹, 刘爱民³, 王 艾¹

(1. 中国医学科学院肿瘤医院/肿瘤研究所, 北京 100021;

2. 北京市肿瘤医院/肿瘤防治研究所, 北京 100142;

3. 北京协和医院, 北京 100730)

摘 要: [目的] 通过对北京市 3 所三级甲等医院肺癌手术分级管理进行回顾性调研分析, 为进一步完善肿瘤外科手术分级管理制度提供依据。[方法] 随机抽取 2004~2005 年肺癌手术病例 1297 例进行术者职称与手术等级分析, 并收集专家评定肺癌手术分级和手术准入资质等意见。[结果] 1297 例肺癌手术术者为主任医师占 58.52%, 副主任医师占 41.17%, 主治医师占 0.31%; 肺癌手术主要采用肺叶切除术, 该术式术者职称从高到低比例分别为 54.24%、45.39% 和 0.37%。综合医院手术定级标准略高于专科医院。[结论] 医院应完善手术分级管理制度, 科学研究手术级别, 加强术者资质准入和实行手术权限审批, 实现医院管理科学化、规范化、精细化。

关键词: 肺癌; 手术分级; 医院管理

中图分类号: R734.2 **文献标识码:** C **文章编号:** 1004-0242(2012)08-0597-04

肿瘤已成为中国居民第一位死亡疾病^[1,2], 手术又是获得良好疗效的重要治疗手段之一。制定手术准入制度, 实行手术分级管理一直是卫生行政主管部门及管理者积极探讨的工作。自 2002 年始, 江苏、深圳、海南、天津等省市先后出台了“医院手术分级管理规范”^[3-6], 明确了各级医生的手术权限, 强化了各级医师手术风险意识, 较好地保证了手术质量和安全^[7,8]。2009 年卫生部正式出台了《医疗技术临床应用管理办法》, 各医疗机构积极开展研究和实践, 部分医院已开发实施了手术分级管理系统, 完成了与医院 HIS 的衔接, 实现了各手术科室手术动态监管和手术分级统计, 为医院各相关部门提供了及时、准确的手术分级相关信息^[9,10], 促进了医疗技术健康有序的发展。本研究拟通过对北京市 3 所三级甲等医院肺癌手术分级管理现状进行回顾性调研分析, 为进一步完善肿瘤外科手术分级管理制度提供依据。

收稿日期: 2012-02-01

基金项目: 首都医学发展科研基金项目(2005-1041)

通讯作者: 王艾, E-mail: aiwang8500@sina.com

1 资料与方法

1.1 资料来源

选择北京市 3 所三级甲等医院作为本次调研对象, 其中肿瘤专科医院 2 所(简称专科 1、专科 2), 综合医院 1 所(简称综合)。按照一定比例抽取这 3 所医院 2004 年 1 月至 2005 年 12 月期间的手术肺癌病例 1 297 例, 其中专科 1 医院 1 190 例, 专科 2 医院 58 例, 综合医院 49 例; 男性 797 例, 女性 500 例; 平均年龄 58.19 岁, 其中专科 1 医院患者平均年龄为 57.84 岁, 专科 2 医院为 56.03 岁, 综合医院为 69.00 岁。以 3 所医院制定的手术分级管理办法为依据, 制定调查表, 摘录病案, 建立数据录入和处理系统。

1.2 Delphi 专家咨询法

征集 59 位主任医师和副主任医师对肺癌手术分级和准入资质等标准的意见, 回收率 100%。

1.3 统计学处理

采用 SPSS11.0 软件统计比较不同职称术者实

施不同手术术式与分期等指标关系, 构成比间比较采用卡方检验, $P<0.05$ 为有统计学差异。

2 结 果

2.1 肺癌手术方式的手术级别认定与审批

3 所调研医院均实施了手术分级管理制度, 手术分级采用四级制, 但表述有所不同, 为便于比较, 依据卫生部医疗技术应用管理, 将手术分级按技术难度从高到低统一分为四级、三级、二级和一级手术。手术准入资质 3 所调研医院基本相同, 即四级手术应以具有主任医师(正高)资质的医生承担为主, 三级手术可由具有副主任医师(副高)资质的医生承担, 二级手术可由具有主治医师(主治)资质并考核合格后的医生承担, 一级手术可由 3 年以上住院医师资质并考核合格后的医生完成。表 1 为 3 所调研医院肺癌常见四种术式级别的认定比较。从表 1 中

表 1 3 所调研医院肺癌常见四种术式级别认定比较

手术术式	手术级别		
	专科 1	专科 2	综合
全肺切除术	二级	二级	三级
肺叶切除术			
上叶	二级	二级	三级
中叶	二级	二级	三级
下叶	二级	二级	二级
楔状切除术	一级	三级	三级
袖状切除术	三级	二级	三级

表 2 肺癌临床分期与术式选择情况

术式	I 期	II 期	III 期	IV 期	合计
全肺切除术	15	52	127	—	194
肺叶切除术	348	161	292	1	802
楔状切除术	65	27	59	10	161
袖状切除术	49	37	54	—	140
合计	477	277	532	11	1297

可看出, 3 所调研医院在肺癌手术级别的认定上存在一定差异, 尤其是肺癌楔状切除术专科 1 与专科 2 和综合医院间的级别意见明显不同。

3 所调研医院根据各自的手术科室管理模式分别建立手术权限审批制度。专科 2 医院科室主任是手术权限的审批者, 专科 1 医院和综合医院手术权限的审批则由病房医疗组组长负责。

2.2 肺癌临床分期与术式选择情况

表 2 可见, 1 297 例肺癌患者 TNM 分期 III 期 532 例, 占 41.02%, 其次为 I 期 477 例(36.78%), II 期 277 例(21.36%), IV 期 11 例(0.85%)。I ~ III 期患者手术术式均采用肺叶切除术为主, 与 2008 年 NCCN 肿瘤学临床实践指南(中国版)对非小细胞肺癌的临床分期、手术切除原则结合患者不同身体状况应选择的手术术式相一致。而 IV 期患者手术因综合治疗需求而主要采用楔状切除术。

2.3 肺癌手术的术者资质与开展的手术级别

表 3 可见, 专科 1 医院全肺切除术和肺叶切除术的手术级别均确定为二级, 按规定应主要由主治医师完成, 实际该手术的术者中则是由主任医师和副主任医师承担的; 肺楔状切除术手术级别确定为一级, 承担该手术的术者资质为住院医师, 实际则由主任医师(58.06%)和副主任医师(41.94%)承担; 肺袖状切除术手术级别确定为三级, 与手术级别相符的术者资质副主任医师仅占 31.06%, 而主任医师资质的术者却占 68.94%。

专科 2 医院肺楔状切除术的手术级别为三级, 而实际承担手术术者的资质为副主任医师仅占 5.66%, 主任医师占 92.45%; 肺袖状切除术手术级别确定为二级, 而实际均由主任医师担任。

综合医院肺楔状切除术和袖状切除术手术级别确定为三级, 即手术术者应以副主任医师为主, 而实际全部由主任医师担任。

表 3 调研医院肺癌术者资质及开展情况比较(%)

肺癌术式	专科 1				专科 2				综合医院	
	主任 医师	副主任 医师	主治 医师	合计	主任 医师	副主任 医师	主治 医师	合计	主任 医师	合计
全肺切除术	94(48.45)	100(51.55)	0	194	0	0	0	0	—	—
肺叶切除术	435(54.24)	364(45.39)	3(0.37)	802	0	0	0	0	—	—
楔状切除术	36(58.06)	26(41.94)	0	62	49(92.45)	3(5.66)	1(1.89)	53	46	46
袖状切除术	91(68.94)	41(31.06)	0	132	5(100.00)	0	0	5	3	3
合计	656(55.13)	531(44.62)	3(0.25)	1190	54(93.10)	3(5.17)	1(1.72)	58	49	49

2.4 专家问卷对肺癌手术分级标准的认定

为进一步探讨肺癌手术分级标准的认同性,向调研医院副主任医师以上专家发放问卷。专家根据手术风险性和难易程度分为四级原则,对4种常见肺癌手术术式进行分级认定,每种手术级别只能确定一种难易级别。发放问卷59张,收回有效问卷59张,回收率100.00%。

大部分专家认为4种常用的肺癌术式难易程度属于三级,见表4。专家问卷结果显示全肺切除术和肺叶切除术的手术级别选择三级,与其他手术级别选择有显著性差异($P<0.001$);而楔状切除术和袖状切除术的手术级别选择三级,与其他手术级别选择比例相近,无显著性差异。

表4 调研医院专家对肺癌手术术式分级意见

手术术式	专家意见(%)			
	四级	三级	二级	一级
全肺切除术	16(29.63)*	34(62.96)*	4(7.41)*	—
肺叶切除术	4(7.41)*	43(79.63)*	7(12.96)*	—
楔状切除术	2(3.70)	26(48.15)	16(29.63)	10(18.52)
袖状切除术	22(40.00)	30(54.55)	2(5.45)	—

注:* 专家意见认为全肺切除术手术级别为三级比例显著高于四级和二级, $P<0.001$;肺叶切除术手术级别为三级比例显著高于四级和二级, $P<0.001$ 。

3 讨论

2009年5月1日正式实施的《医疗技术临床应用管理办法》明确规定根据风险性和难易程度将手术分为四级:一级手术是指风险较低、过程简单、技术难度低的普通手术;二级手术是指有一定风险、过程复杂程度一般、有一定技术难度的手术;三级手术是指风险较高、过程较复杂、难度较大的手术;四级手术是指风险高、过程复杂、难度大的重大手术。本次调研的3所医院中肺癌手术术式共4种,手术分级在三级至二级之间,两所专科医院手术级别相似,而综合医院各手术术式级别均比专科医院高一级别,提示专科医院由于专科特色突出、诊疗技能相对集中,因此对所开展手术过程的复杂程度、难易程度、风险程度的识别和理解与综合医院有所不同。与其它省市比较来看,调研的专科医院对其广泛开展的术式确定的手术级别普遍比江苏、天津、深圳略低^[3-6]。因此,各地医院手术术式级别差异很大。手术部位是手术操作术语的核心部位,手

术入路不同手术级别不同,手术名称直接影响手术级别。目前手术分级管理的术式名称多推荐ICD-9标准,应进一步规范手术名称。

3所调研医院均制定了手术分级标准,并按照专业技术职称、执业类别、工作经验进行手术准入,明确了各级手术医师的手术范围。由副主任医师完成的手术术式符合率为41.17%(534/1 297)。出现术者职称高于专家意见的原因可能有:①手术等级划分存在一定争议。②教学任务要求。教学指导所开展的手术,其手术术者按带教老师计入。③职称晋升实施的评聘分离制度,可出现所获专业技术职称资格与实际聘任岗位不相符现象。④一些临床科室医师队伍结构欠合理,高级专业技术职称医师所占比例明显高于中初级医师比例。⑤患者知情权、选择权的体现,即使是手术过程较为简单,患者还是选择有一定影响的具有高级专业技术职称的医师。虽然手术分级为医师提供了准入标准,但由于人为因素的影响,存在大大夫做小手术现象,四级手术的开展是一个医院医疗水平的体现,鼓励主任医师多开展四级手术,不断提升医疗水平,增加医院美誉度,同时应实现手术分级动态计算机管理系统^[9,10],完成手术准入、手术申请等的动态计算机管理,使之更科学化。

调研医院依据手术分类标准、手术医师技术职称和相应聘任情况进行分级管理,明确各级医师的手术范围,履行手术审批制度。由于科室管理模式的不同,手术级别审批部门不同。本次调研结果显示,专科2医院采取科主任管理模式,即由科主任或科内一名主任医师负责全科查房、病例讨论以及手术安排等工作,因而手术准入审批权为科主任,其手术术式级别与术者职称资质符合率为5.17%(3/58)。专科1和综合医院为医疗组模式,由主任医师或副主任医师担任医疗组长或主诊医师,成为病房管理的主体,实行科主任领导下的医疗组长或主诊医师负责制的管理模式,手术准入审批权为医疗组。调研结果显示无论科主任管理模式还是医疗组模式中均有手术级别与术者职称资质不符、超权限实施手术现象。因此,充分依托现代化的管理方法,规范手术权限审批程序,是落实手术分级管理要求并达到预期管理目标的重要保障^[11]。

综上,通过规范手术名称,科学确定手术分级,明确各级医师手术范围,加强术者资质准入考核和实行手术权限审批程序化信息化管理,有效保障手

术安全,激励主任医师开展四级手术,不断提高医疗技术水平,实现医院管理的科学化、规范化和精细化。

参考文献:

- [1] 全国肿瘤防治研究办公室.中国肿瘤死亡报告:全国第三次死因回顾抽样调查[M].北京:人民卫生出版社,2010.6.
- [2] 赫捷,赵平,陈万青.2011年中国肿瘤登记年报[M].北京:军事医学科学出版社,2012.
- [3] 关于印发《江苏省手术分级目录(2010版)》的通知(苏卫医〔2010〕94号)[EB/OL].<http://www.hzwsj.com/News/Show.asp?id=2023>,2012-02-01.
- [4] 关于印发《深圳市医疗机构手术及有创操作分级与分类管理规范》及《深圳市医疗机构手术分级标准》的通知(深卫医发〔2004〕88号)[EB/OL].http://www.szhpfc.gov.cn/ws/j/main?fid=open&fun=show_news&from=view&nid=760,2012-02-01.
- [5] 海南省卫生厅关于印发《海南省医院手术分级管理规范(暂行)》的通知(琼卫医〔2006〕19号)[EB/OL].http://www.hq.xinhuanet.com/hngov/2006-03/28/content_6588024.htm,2012-02-01.
- [6] 关于转发《天津市医疗机构手术分级管理规范》的通知(津卫医〔2009〕84号)[EB/OL].<http://www.tjzfxgk.gov.cn/tjep/ConInfoParticular.jsp?id=15760>,2012-02-01.
- [7] 石青龙,刘广东,张思兵,等.实施手术准入管理,确保手术质量和患者安全[J].解放军医院管理杂志,2008,15(1):28-30.
- [8] 张渊泓,刘爱兵,石德光,等.实施手术分级管理,提高医疗安全水平[J].中国卫生质量管理,2011,18(2):43-46.
- [9] 梁敏,徐萍.手术分级管理系统的开发和应用[J].科学管理,2011,26(1):89-90.
- [10] 邬静艳,朱健倩.手术分级动态管理的模型制定与实施[J].医学与社会,2010,23(11):70-72.
- [11] 张海燕.手术分级的实施与思考[J].中国病案,2011,12(6):23-25.