临床路径命名规范研究*

——崔媛媛 王 辉 陈 晖*

【摘 要】 梳理国家发布的临床路径命名现状,结合医疗机构实践中遇到的问题,提出规范的临床路径编码和命名规则设想。在目前临床路径分支路径制定与命名规则不统一的情况下,规范命名将有利于医疗机构内部精细化管理,有利于医疗机构间有效交流,有利于与 DRG—PPS 机制联动。

【关键词】 临床路径;疾病诊断相关分组;编码规则;命名规则

中图分类号:R197.323 文献标识码:A

The Nomenclature of Clinical Pathway/CUI Yuanyuan,WANG Hui,CHEN Hui.//Chinese Health Quality Management,2021,28(4):43—46

Abstract The current situation of national published clinical pathway nomenclature was reviewed, and the standard coding and naming rules of clinical pathway were proposed in combination with the problems encountered in the practice of medical institutions. Under the situation that the formulation of clinical pathway branches and naming rules are not unified at present, standardized naming will be conducive to fine management within medical institutions, effective communication among medical institutions, and linkage with DRG—PPS mechanism.

Key words Clinical Pathway;Diagnosis Related Groups;Coding Rules; Naming Rules

First-author's address Beijing Children's Hospital,Capital Medical University,National Center for Children's Health, Beijing,100045, China

我国临床路径发展经历了理论探索(1995 年—2008 年)、试点探索(2009 年—2012 年)和综合发展(2013 年—)三个阶段。现已进入常态化管理,但仍面临着管理尚未标准化、信息化程度不高等挑战[1]。目前,我国关于临床路径的研究多集中于特定病种(糖尿病、子宫肌瘤等)的效率指标(平均住院日)和卫生经济学指标(费用)等效果评价、临床教学应用效果、临床路径变异管理、临床路径信息系统开发与应用等领域[2],但尚未见命名规范研究,这在一定程度上影响了临床路径管理的统一性和评价的客观性。本研究尝试提出规范的临床路径编码和命名规则,供各医疗机构参考。

1 临床路径命名现状

1.1 国家临床路径命名规则

2009 年—2019 年,国家卫生行政部门分 8 批次印发了 1 212 个临床路径,涵盖 30 余个临床专业,基本实现了临床常见、多发疾病全覆盖,基本满足了临床诊疗需要[3]。

1.1.1 一条路径,同一诊断,对应多种治疗方案(图 1) 2016 年公示的名称为“再生障碍性贫血(AA)”的临床路径中,将再生障碍性贫血按重型(SAA)和非重型(NSAA)分别制定治疗方案。但在临床路径信息化功能不完善的情况下,会产生较多变异,不利于持续改进,难以实现临床路径标准化管理。

1.1.2 一条路径,对应多个诊断,使用同种治疗方案(图 2) 2016 年公示的名称为“静脉使用环磷酰胺”的临床路径中,适用于第一诊断为肾病综合征、急进性肾小球肾炎、IgA 肾病、狼疮性肾炎、过敏性紫癜性肾炎等欲静脉使用环磷酰胺者。诊断 a 和诊断 b 分属不同诊断大类的疾病共用一条路径治疗,不利用后续统计分析。

1.1.3 多条路径,名称相同,治疗方案不同(图 3) 2009 年公示的名称为“自发性气胸”的两个临床路径,分别为呼吸内科治疗、行肺大疱切除和/或胸膜固定术外科手术治疗。

DOI:10.13912/j.cnki.chqm.2021.28.4.13

* 基金项目:北京市医院管理中心儿科学科协同发展中心“儿科专项”(XTCX201801);首都医科大学附属北京儿童医院管理课题“重点项目”(YGLZ201802)

崔媛媛 王 辉 陈 晖* 通信作者:陈 晖

国家儿童医学中心/首都医科大学附属北京儿童医院 北京 100045

2009年公示的名称为“胃十二指肠溃疡”的两个临床路径，分别为消化内科治疗、行胃大部切除术/迷走神经切断＋胃窦切除术/胃空肠吻合＋迷走神经切断术外科手术治疗。医疗机构在选择参考路径时，直接从名称上获取的信息并不完整，易造成混淆。

1.1.4　多条路径，名称不同，治疗方案相同(图4)　2016年公示的名称为“并发性白内障”“年龄相关性白内障”“老年白内障”的临床路径，均行超声乳化白内障摘除术＋人工晶体植入术。2016年公示的名称为“共同性外斜视”“共同性内斜视”“麻痹性斜视”“上斜视”“下斜视”“部分协调性内斜视”均行斜视矫正术。除临床诊断不同外，其余均无明显差异。临床过程一致，资源消耗相似，实行多条路径的制定、使用、统计，增加了管理成本，降低了工作效率。

1.2　医疗机构实际遇到的问题

医疗机构通常根据实际分不同阶段开展各病种临床路径管理。同一病种的不同发展阶段、同一病种的不同分型、同一病种的不同治疗方案等，即普遍称谓的分支路径[4]，都有可能在不同时间段开展。

以首都医科大学附属北京儿童医院为例，2017年－2019年分四批共上线100余个临床路径。管理过程中普遍遇到如下问题：

1.2.1　分批次开展临床路径，需重新命名原路径　先期开展名为“支气管异物”的临床路径，准入路径条件是行支气管镜检查取出异物的病例，后期开展准入路径条件是已行支气管异物取出检查复诊的病例。此时，为便于区分和操作，需将先期开展路径名称变更为“支气管异物取出”，后期开展路径名称命名为“支气管异物取出(术)后”。

1.2.2　分支路径名称未区分　开展名为“幼年皮肌炎”的临床路径，准入路径条件为确诊的、首次入院的、需经系列治疗(急性期治疗→缓解后巩固治疗→维持治疗)的病例。但该病种属于慢性病，在疾病不同发展阶段往往需反复(或多次)住院治疗。例如，需住院评估病情调整治疗方案的病例；传统药物治疗疾病控制欠佳、需托珠单抗治疗的病例。但因诊断名称及ICD编码相同，无法直接区分，易造成统计缺陷，给临床指导带来偏差。

1.2.3　已开展路径名称区分度不明显　同期开展名为“扩张器置入术”和“色素痣”的两条路径中，“扩张器置入术”准入路径条件是诊断为黑色素痣、小耳畸形、瘢痕并行扩张器置入术的病例；“色素痣”准入路径条件是诊断为色素痣并行手术切除治疗的病例。因两条路径准入路径条件中诊断黑色素痣和色素痣ICD编码相同(D22.901)，故信息系统会同时出现两条路径提示，易使临床医生入错路径。

2　临床路径规范命名策略

2.1　设计思路

沿袭国家医疗保障疾病诊断相关分组(CHS－DRG)命名理念，在三级划分原则基础上增加一级。通过“诊断”区分疾病类型；通过“手术或操作”区分同类疾病治疗方式；通过其他诊断尤其是合并症和并发症区分同类疾病同类治疗方式不同个体特征；若不同治疗阶段的住院费用或住院时间的变异系数＞1，则增加治疗阶段进行区分。见图5。

2.2　临床路径编码和命名规则

2.2.1　编码规则　沿袭CHS－DRG代码规则，在4位码基础上增加1位码，前两位是大写英文字母，后3位是阿拉伯数字。第1位表示诊断大类，用英文字母A－Z表示。第2位和第3位表示治疗方式和顺序码，分别用英文字母和阿拉伯数字表示，其中A－J表示外科部分，K－Q表示非手术室操作部分，R－

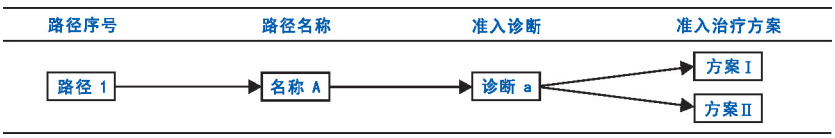

图1　一条路径，同一诊断，对应多种治疗方案

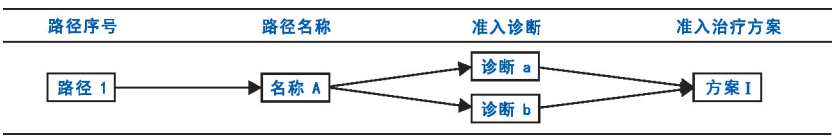

图2　一条路径，对应多个诊断，使用同种治疗方案

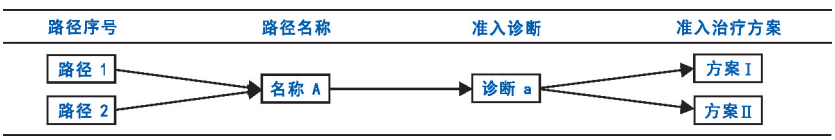

图3　多条路径，名称相同，治疗方案不同

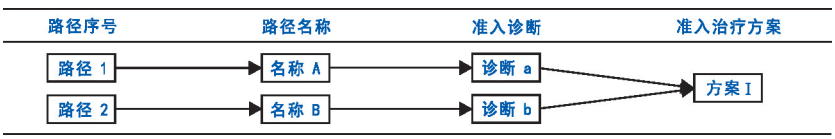

图4　多条路径，名称不同，治疗方案相同

Z表示内科部分。第4位表示是否有合并症与并发症特殊情况，用阿拉伯数字表示，其中“1”表示伴有严重并发症与合并症，“3”表示伴有一般并发症与合并症，“5”表示不伴有并发症与合并症，“9”表示未作区分，“0”表示小于17岁组，除“7”外(CHS－DRG中“7”表示死亡或转院，与临床路径适用范围不匹配)的其他数字表示其他需单独分组的情况。第5位表示住院费用或住院时间的变异系数＞1的不同治疗阶段，用阿拉伯数字表示，可由各医疗机构根据实际决定。总之，临床路径编码的前3位是固定的，共376个，含167个外科手术操作组、22个非手术操作组和187个内科诊断组，第4和第5位则根据具体情况进行扩充。

2.2.2　命名规则　临床路径的具体名称依据编码规则进行阐述，即“诊断名称＋治疗方式＋并发症与合并症等＋治疗阶段”，其中“治疗阶段”为非必有项，如图6所示。以胃癌(不伴并发症与合并症)为例，根据病例的个体特点和患者知情同意，胃癌通常分为内科治疗和外科治疗。其中，内科治疗又分为新辅助化疗、辅助化疗、姑息化疗等不同阶段。假设不同治疗阶段住院费用或住院时间的变异系数＞1，并分别以“1、2、3”表示，则胃癌(不伴并发症与合并症)的临床路径编码和名称如下：

GB15，胃癌＋根治性手术＋不伴并发症与合并症；

GR151，胃癌＋内科治疗＋不伴并发症与合并症＋术前化疗(新辅助化疗)；

GR152，胃癌＋内科治疗＋不伴并发症与合并症＋术后化疗(辅助化疗)；

GR153，胃癌＋内科治疗＋不伴并发症与合并症＋维持性化学治疗(姑息化疗)。

除此之外，对少数特点鲜明的路径，可命名如下：

(1)治疗方案单一、无并发症与合并症的单病种临床路径命名，可仅涉及“诊断名称＋治疗方式”。例如，EJ15，气管/支气管异物＋喉镜/支气管镜异物取出术。

(2)属于同一诊断大类，虽ICD诊断不同，但治疗方式大致相仿，住院费用或住院时间的变异系数＜1的，可归为同一路径。如“静脉使用环磷酰胺”路径，涉及两个诊断大类，可命名为：LS19，肾病综合征/急进性肾小球肾炎/IgA肾病/狼疮性肾炎＋静脉使用环磷酰胺；QT19，过敏性紫癜性肾炎＋静脉使用环磷酰胺。

(3)某些入院时不能明确诊断，但能区分鉴别诊断的疾病，可采用疾病集合名。例如，B超发现甲状腺结节，结节可能是良性的也可能是恶性的，需以手术方式获得病理标本方能确诊，因手术方式大致相仿，可归为一类，表述为：KD19，甲状腺结节＋单侧或双侧腺叶(部分、次全、全部)切除＋伴或不伴并发疾病(如糖尿病)。

3　讨论

3.1　有利于医疗机构内部精细化管理

实践发现，国家卫生健康委印发临床路径和医疗机构实施病种的临床路径管理均是逐步、分批次进行的。例如，同一病种不同疾病发展阶段采用不同治疗方案，如白血病初治期和缓解期；同一病种相同疾病发展阶段采用不同治疗方案，如腔镜和非腔镜治疗；同一病种不同并发症采用不同治疗方案，如过敏性紫癜单纯型和复合型等。因此，本研究提出的命名规则有利于快速区分不同的临床路径，也有利于一线医务人员正确选择入组路径，更有利于后期数据统计，以便于循环改进，促进精细化管理。

3.2　有利于医疗机构间交流共享

为深化医保支付方式改革，2019年10月16日国家医疗保障局组织多部门公布《国家医疗保障DRG分组与付费技术规范》(以下简称《技术规范》)和《国家医疗保障DRG(CHS－DRG)分组方案》(以下简称《分组方案》)。《技术规范》对DRG分组的基本原理、适用范围、名词定义、分组策略与原则等进行了规范。《分组方案》明确了国家医疗保障疾病诊断相关分组(CHS－DRG)是全国医疗保障部门开展DRG付费工作的统一标准，各地需严格执行并确保26个主要诊断大类(MDC)和376个核心

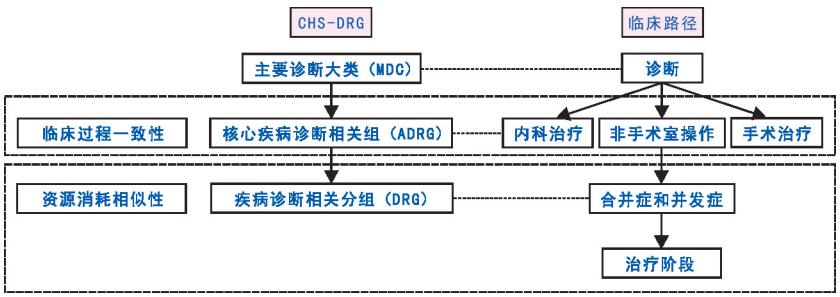

图5　临床路径规范命名策略思路

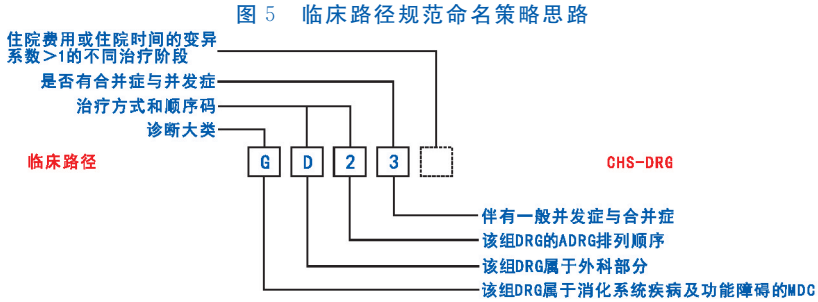

图6　命名规则示意图

DRG(ADRG)全国一致,在此基础上制定本地的细分DRG分组(DRGs),不得随意更改MDC和ADRG组别。DRG已具有完善的、全国统一的技术标准,这为临床路径规范命名并在医疗机构间的推广奠定了基础。此外,各医疗机构所实施的临床路径在设计、实施、评价等方面均存在较大差异,由于医院发展水平参差不齐,未来需要更多交流和共享。规范的临床路径命名将为有效的交流和共享提供基础。

3.3　有利于与DRG—PPS机制联动

临床路径用于兼顾医疗机构内部质量和效率管理,按疾病诊断相关分组付费(DRG—PPS)用于平衡支付方与服务提供者之间的关系[5]。临床路径适用于常见病、多发病,且诊断治疗方案明确、技术成熟、疾病诊疗过程中变异较少的病例[6]。DRG—PPS适用范围为诊断和治疗方式对病例的资源消耗和治疗结果影响显著的病例(尤指急性住院病例),门诊病例、康复病例、需要长期住院的病例,以及某些诊断相同、治疗方式相同但资源消耗和治疗结果变异巨大的病例(如精神类疾病)除外[7]。

临床路径除门诊病例外的适用病例均符合DRG—PPS"临床过程一致性"和"资源消耗相似性"的特点。两者相互促进,支付制度的改革促使医疗机构推行临床路径以改善内部管理,临床路径的有效实施在保障医疗质量基础上使医院在政策变革中受益。名称上规范和统一,有利于两者发挥联动作用,也有利于保证相关评价的客观性。

4　小结

本研究提出了一种临床路径规范命名的思路,对于临床路径规范化和标准化管理有一定启示意义。需要指出的是,临床路径的命名是一个系统工程,医疗机构既往病例资料信息的完整性和统一性、统计技术的可及性、临床专业的指导性三者需共同发挥主观能动性。同时,基于各医疗机构收治病种的差异性和医学技术的变化,临床路径命名规则还有待在实践中不断完善。

参考文献

[1]　郭淑岩,韩　刚,董四平.基于文献计量方法的我国临床路径政策问题论证[J].中国卫生政策研究,2018,11(5):74—78.

[2]　王倩飞,孔　鑫,宋国建,等.我国临床路径研究现状及热点探析[J].中华医学图书情报杂志,2019,28(7):52—57.

[3]　中华人民共和国国家卫生和健康委员会.国家卫生计生委临床路径管理工作媒体沟通会文字实录[EB/OL].(2017—08—17)[2020—06—18].http://www.nhc.gov.cn/wjw/xwdt/201708/a3ea7d5f6efa4a44bf338f1d55e60749.shtml.

[4]　高　白,魏　民.应用临床路径信息系统改善医疗质量[J].中国卫生质量管理,2016,23(5):43—45.

[5]　肖　泓,简伟研,邓小虹.临床路径与诊断相关组　预付款制度的关系探析[J].中国医院管理,2011,11(9):3—4.

[6]　中华人民共和国国家卫生和健康委员会,国家中医药管理局.国卫医发〔2017〕49号　关于印发医疗机构临床路径管理指导原则的通知[EB/OL].(2017—09—06)[2020—06—18].http://www.nhc.gov.cn/yzygj/s7659/201709/fd506f531bd14756acffa441ea8a06b9.shtml.

[7]　中华人民共和国国家医疗保障局.医保办发〔2019〕36号　关于印发疾病诊断相关分组(DRG)付费国家试点技术规范和分组方案的通知[EB/OL].(2019—10—24)[2020—06—18].http://www.nhsa.gov.cn/art/2019/10/24/art_37_1878.html.

通信作者:
陈　晖:国家儿童医学中心/首都医科大学附属北京儿童医院医务处处长
E—mail:icuchenhui@163.com

收稿日期:2020—05—29
修回日期:2020—06—20
责任编辑:黄海凤

(上接第38页)

利实施。建议医院在推行"大质控"管理模式时,做好质量管理顶层设计,确定质量方针和目标,明确质量管理办公室职责、定位和质管组织架构,完善相关管理制度,夯实质管过程,注重改进实效等,从而全方位推动质量提升。

参考文献

[1]　陈　燕.基于四级管控的大质控体系实践探讨[J].临床医药文献电子杂志,2019,383(66):194—195.

[2]　黄　鹂,范　靖,周　炯,等.应用ISO 9001标准持续提升医院质量[J].中国卫生质量管理,2018,25(2):26—28.

[3]　杜宣宁,王小姣,衡永乐.基于持续改进的医院质量与安全管理模式探索与实践[J].江苏卫生事业管理,2019,30(10):1276—1278,1282.

[4]　张骞峰,李小民,刘　萍,等.基于等级医院评审标准的医院质量与安全管理长效机制[J].江苏卫生事业管理,2017,28(6):45—47.

[5]　李永昌,天　天,方　钱,等.精准医学时代医院质量建设的思考[J].医学与社会,2019,32(2):73—75,96.

[6]　王越建,曾　勇,张成国,等.以医院评价促规范化管理的实践探讨[J].中国卫生质量管理,2019,26(6):61—64.

[7]　王吉善,陈晓红,梁铭会,等.从经验管理走向科学管理[J].中国卫生质量管理,2015,22(3):11—13.

通信作者:
乔西民:咸阳市中心医院党委书记兼院长
E—mail:958754017@qq.com

收稿日期:2020—04—15
修回日期:2020—06—17
责任编辑:吴小红