手术分级目录制定建议

一、属于可以量化的手术风险因素  
1. 手术术后并发症统计，可以分为局部、多器官、全身性并发症，根据发生频率和对患者机体损害程度，进行1-4级分级（没有发生、甚少发生、偶尔发生、经常发生；对机体没有影响，对机体重要脏器功能有影响，对机体重要脏器功能有长期影响，有导致死亡的病例）

2. 麻醉和麻醉后并发症统计，根据发生频率和对患者机体损害程度，分1-4级。

3.手术耗时统计 对本科室所有手术时长进行统计学分析，超过两个标准差的手术列入3级以上，超过三个标准差的手术列入4级；

4. 手术输血量统计 对本科室所有手术输血量进行统计学分析，超过两个标准差输血量的手术入3级，超过三个标准差的手术列入4级；

5. 手术所需人员配置 仅有两个医师参加的手术，不高于3级，需要4个医师的手术，不低于3级。

6. 围手术期死亡率统计 按照年度未发生死亡、曾有手术相关的死亡、年度超过2例、3-5例或以往年度超过5例以上的死亡，按原先级别提升1-2级，后两者必须是4级。

二、属于主观评价的手术风险因素

1.手术难度（复杂程度）、或者手术耗时：所有本科室手术，每级包括25%的手术；或20%，30%，40%，10%等。

2.患者全身状态和重要脏器功能情况打分：生命体征不稳定者（非即刻发生的），直接归入4级；有一个脏器功能不全者，不低于3级，涉及两个或以上重要脏器功能不全者，直接归入4级。

4.有行业手术资质要求的，不低于3级。

5.需要重大手术器械，如机器人、智能手术软件等辅助的，不低于3级。

6.所有限制类手术，纳入4级手术范围。

三、其他要求：所有四级手术，需要进行术前多学科讨论。