

附件 1

河南省电子化呼吸内镜图文报告书写指引（试行）

一、总则

呼吸内镜报告是重要的医疗档案，术者必须认真书写。报告应客观、真实记录内镜所见及诊疗项目，图片与文字描述相呼应，没有观察的部位不应杜撰；术者于内镜诊疗术后即刻完成报告书写；无内镜诊疗资质医师书写的内镜报告应有上级医师的审核签名。报告书写术语规范，报告签名后生效，不得私自修改。

二、基本内容

基本内容包括：患者姓名；性别；年龄；申请科室；住院号；床号；术前诊断；内镜号及内镜型号；检查日期；报告日期；术前检查结果（包括血常规；传染病筛查：乙肝、丙肝、梅毒及艾滋；凝血功能；胸部 CT；心电图等）；麻醉方式（局部麻醉、全身麻醉等）；心电监护及指脉氧饱和度指标；操作医师；审核医师。

三、诊疗过程

（一）记录内镜插入途径（经口/鼻腔/喉罩/气管插管/气管切开套管/T管/造瘘口等），并描述插入过程是否顺利。

（二）采集的图像完整、清晰，部位标记准确无误。至少包括气管、隆突、双侧主支气管、各叶支气管及病变所在叶及段支

气管。

(三) 镜下表现及操作相关记录内容。

1. 正常部位的描述：完整记录正常气道的管腔及粘膜情况。
2. 异常病变的定位：以文字叙述及图片的形式记录病变所在位置。

3. 常见病变类型

(1) 管腔内新生物：管壁组织异常增生形成的凸向管腔的赘生物。

(2) 粘膜病变：

- 1) 充血：也称发红，一般看不清扩张血管。
- 2) 水肿：也称肿胀，粘膜苍白，有增厚感，表面光滑，致管腔狭窄，分嵴增宽，软骨环间隙变浅或消失。
- 3) 肥厚：粘膜色泽较差，有增厚感，表面欠光滑。
- 4) 环形皱褶：粘膜表面积缩小、萎缩，形成环状褶皱。
- 5) 纵行皱襞：粘膜呈纵行条带状增厚，类象皮样改变。
- 6) 陷窝：可陷入于粘膜表面，也可由粘膜表面的环形皱褶和纵行皱襞交错形成。
- 7) 瘢痕：粘膜呈收缩状，色灰白，可使管腔变形、狭窄或扭曲，表面光滑。
- 8) 血管扩张：粘膜表面血管增粗或扭曲。
- 9) 粗糙：粘膜呈细小颗粒状凹凸不平。
- 10) 浸润：粘膜凹凸不平，且伴粘膜肿胀，软骨环及软骨环

间隙变浅或消失。

11) 坏死：乳白色或污秽色似膏状或糊状或膜状或条带状物质。

12) 溃疡：粘膜坏死脱落形成内陷的创面，周围可有红晕，底部可有坏死组织或肉芽组织增生。

13) 色素沉着：常见为黑色炭末沉着，多因煤尘吸入或结核感染等原因导致。

(3) 异物或结石：非正常气道结构的有形物质因误吸或由临近脏器刺入气管或支气管，形成气道内异物，常分为植物性、动物性、金属性或其他；如有形物质为气管或支气管钙化的淋巴结磨破气道壁突入管腔内形成，称为气道结石。

(4) 管腔内分泌物：常为粘稠性、稀薄性、脓性及血性等。

(5) 管腔结构性病改变：

1) 阻塞：分为截断型、贯通型等。

2) 狭窄：分为环状、偏心性、不规则型等。

3) 膨隆：局部的气管或支气管膜部向管腔呈抛物状凸起，粘膜表面光滑。

4) 扩张：管腔直径较正常增大，粘膜变薄，分嵴变锐利，易窥及远端多级支气管。

5) 移位：气管或支气管因外压或扭曲等因素，偏离正常解剖部位。

6) 变异：叶或段支气管开口位置异常，或在完整的气管支

气管树结构以外存在多余的支气管开口，或多个段支气管共开口，或某一段支气管的亚段数量增加或数量减少。

7) 支气管残端：手术切除后支气管吻合口，一般可见外科缝线。

(6) 管腔动力性病变：管腔形态随呼吸或咳嗽时的异常改变，多呈管腔塌陷、气道痉挛及膜部膨隆等改变。

(7) 瘘口：气管或支气管壁因物理损伤或肿瘤浸润等因素而穿孔。

4. 常见病变特点

(1) 形态：常见球形、菜花状、蕈样、息肉状、桑葚状、扁平状、结节状、颗粒状等，表面坏死物附着情况酌情描述。

(2) 血运：常见血管充盈、血管丰富及血管扩张迂曲等。

(3) 大小：进行超声探查时需测量并记录。

(4) 累及范围：管腔内病灶需描述病变累及范围，以指导外科手术切除方案或后续呼吸内镜下介入治疗方案，尤其对于关键解剖部位，如临近分嵴是否受累，病变与关键解剖部位（声门、隆突、第二分嵴等）的距离等。

(5) 声像特征：应用支气管腔内超声技术（包括凸面超声支气管镜和环形超声支气管镜）时，需记录探查结果，至少记录是否探查到目标病变。进行凸面超声支气管镜检查时，记录有临床意义的超声特征如病变血流情况、弹性成像评分等；进行环形超声支气管镜检查时，记录超声探头与病灶的关系，有条件者记

录病灶边界、回声是否均匀、是否存在坏死区域、血管情况、线性支气管充气征等特征。

(6) 管腔狭窄长度和程度：可在 CT 影像基础上，支气管镜联合球囊估测并记录。

5. 操作项目及标本送检情况：记录镜下进行的各项诊断性或治疗性操作项目；留取的标本类型（如活检、刷片、灌洗液等）及送检的项目（如病原学、细胞学病理、组织学病理等）需详细完整的记录。

6. 操作过程中使用的器材需记录器材名称、品牌、型号、规格等，使用的耗材信息可通过粘贴至耗材清单的耗材条码追溯。

(四) 术中用药（不包括麻醉药物）

记录呼吸内镜诊疗术中镜下用药及静脉用药情况，如去甲肾上腺素、凝血酶、垂体后叶素等止血药物。

四、诊疗结果

(一) 镜下诊疗效果

至少对操作过程是否顺利进行整体描述，如有多项诊断或/和治疗性项目，需对各项诊疗项目逐一进行详细描述。如：支气管肺泡灌洗液回收率，以灌洗液回收量/总灌洗液量表示；活检标本获取情况，以有效活检标本数量/总活检次数表示；介入治疗前后病变改善情况，文字叙述治疗前后改变程度，并佐以病变部位治疗前后对比图片。

（二）并发症情况

记录并发症有无，并发症名称（出血、气胸等），处理措施，并发症镜下控制情况；对于术中及术后呼吸内镜诊疗相关严重并发症（恶性心律失常、心跳骤停、重度或极重度出血、大量气胸等），需注明术后去处（普通病房/重症监护病房/紧急手术干预等）。

（三）呼吸内镜诊断

呼吸内镜诊断描述准确、完整，包括镜下诊断和病理/病原学诊断。术者于呼吸内镜诊疗术后即刻完成镜下诊断记录，需有镜下进行的各项操作项目及准确的手术分级。按照三、四级手术管理的呼吸内镜诊疗技术项目名称参考《呼吸内镜诊疗技术临床应用管理规范（2019年版）》。病理/病原学诊断结果可于术后随访期录入电子化图文报告工作站。

（四）术后随访结果

对于诊断性操作，需有本次呼吸内镜操作送检项目的病理学或病原学诊断结果，并有患者的最终诊断；对于治疗性操作，至少有出院时患者状态随访评估；对于存在呼吸内镜相关并发症患者，需有术后24小时患者状态随访评估。

河南省电子支气管镜图文报告评分量表（试行）

医院名称：

得分：

评分人：

评价项目	具体内容	评价标准	分值	得分	扣分原因
基本内容 (30分)	1. 患者基本信息	(1) 患者姓名 (2) 性别 (3) 年龄 (4) 申请科室 (5) 住院号 (6) 床号 (7) 术前诊断 (8) 术前检查结果：血常规、传染病筛查、凝血功能、胸部CT、心电图等 (9) 心电图监护及指脉氧饱和度指标 每单项：填写无误得2分，漏填、误填不得分。	18		
	2. 检查基本信息	(1) 内镜号、内镜型号 (2) 检查日期 (3) 报告日期 (4) 麻醉方式 (5) 操作医师 (6) 审核医师 每单项：填写无误得2分，漏填、误填不得分。	12		

评价项目	具体内容	评价标准	分值	得分	扣分原因
诊疗过程 (30分)	1. 内镜插入过程	内镜插入途径；插入过程是否顺利 内容完整，文字描述严谨、恰当、无错别字得2分； 失误一项扣1分。	2		
	2. 图像采集情况	图像采集质量；部位标记准确 图像清晰完整、部位标记准确无误得2分；失误一项 扣1分。	2		
	3. 镜下描述内容	(1) 正常部位描述 (2) 异常病变的定位 (3) 病变类型（管腔内新生物、粘膜病变、管腔结构 性改变、管腔内分泌物、管腔动力性改变、异物或结 石、瘘口等） (4) 病变特点（形态、血运、大小、累及范围、声像 特征、管腔狭窄长度及程度等） (5) 操作项目及标本送检情况 (6) 器材使用情况（名称、品牌、型号、规格等） 每单项：内容完整且文字描述严谨、恰当、无错别字 为合格，得4分；有描述，但不合格得2分；无相关 内容描述不得分。	24		
	4. 术中用药记录情况（不包括麻醉药物）	镜下用药及静脉用药记录详细 药物名称、剂量、用法记录详细得2分；不完整得1 分；未记录不得分。	2		

评价项目	具体内容	评价标准	分值	得分	扣分原因
诊疗结果 (40分)	1. 镜下诊疗即刻 效果评价	<p>(1) 对操作过程是否顺利的描述</p> <p>(2) 进行多项诊疗项目时, 对各项操作逐一详细描述</p> <p>(常记项目如: 支气管肺泡灌洗液回收率, 以灌洗液回收量/总灌洗液量表示; 活检标本获取情况, 以有效活检标本数量/总活检次数表示; 介入治疗前后病变改善情况, 病变部位治疗前后需有对比图片等)</p> <p>每单项: 内容完整且文字描述严谨、恰当、无错别字为合格, 得5分; 有描述, 但不合格得2分; 无相关内容描述不得分。</p>	10		
	2. 并发症记录情况	<p>(1) 并发症有无</p> <p>(2) 并发症名称</p> <p>(3) 并发症处理措施</p> <p>(4) 并发症镜下控制情况</p> <p>(5) 术中及术后发生严重并发症患者术后去处 (普通病房/ICU/紧急手术干预等)</p> <p>每单项: 内容完整且文字描述严谨、恰当、无错别字为合格, 得5分; 有描述, 但不合格得2分; 无相关内容描述不得分。</p>	10		

评价项目	具体内容	评价标准	分值	得分	扣分原因
诊疗结果 (40分)	3. 呼吸内镜诊断结果	(1) 镜下诊断，包括镜下进行的各项操作项目总结及准确的手术分级 (2) 病理学/病原学诊断结果 每单项：内容完整且文字描述严谨、恰当、无错别字为合格，得5分；有描述，但不合格得2分；无相关内容描述不得分。	10		
	4. 术后随访结果	(1) 诊疗术后24小时或出院时患者状态随访评估 (2) 最终诊断随访 每单项：随访内容记录完整，得5分；无相关内容描述不得分。	10		

注：“提高电子化呼吸内镜图文报告书写规范率”是河南省呼吸内镜诊疗质量控制中心2022年质控工作改进目标，本评分量表将作为开展此项工作的主要依据；结合2021年全省电子化呼吸内镜图文报告书写情况调查数据，2022年设置每份电子化呼吸内镜图文报告评分 ≥ 75 分为规范，全省电子化呼吸内镜图文报告书写规范率目标值为60%。

计算公式为：

$$\text{电子化呼吸内镜图文报告书写规范率} = \frac{\text{规范的电子化呼吸内镜图文报告例数}}{\text{同期抽查的电子化呼吸内镜图文报告总例数}} \times 100\%$$

抄送：国家呼吸内科专业医疗质量控制中心。

