



云平台数据库填报与典型病例分析

秦伟毅

中国胸痛中心认证培训会

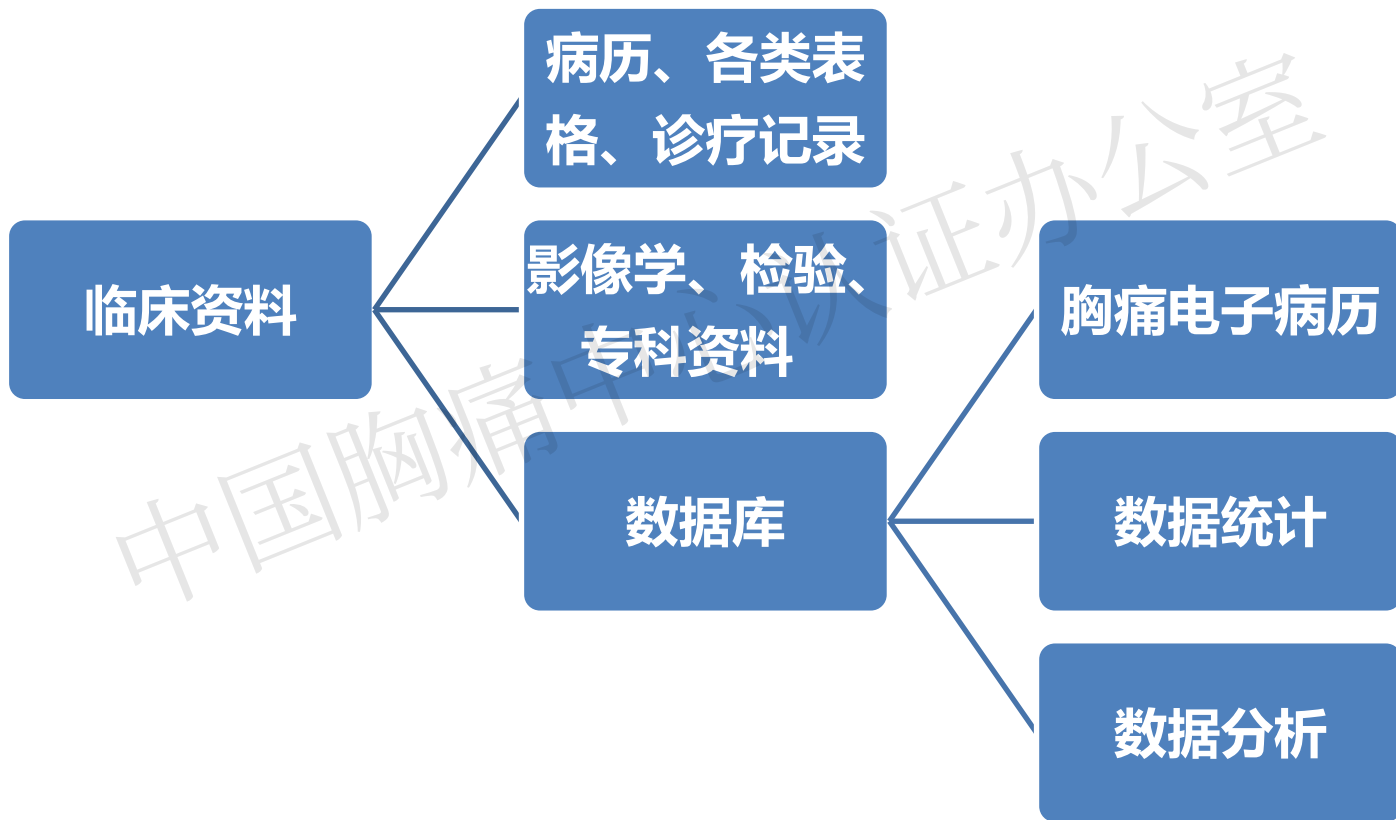
2016-8-26 广州

CCPC



数据库的重要性：

1. 是评价胸痛中心建设质量和水平的主要依据
2. 是胸痛中心的核心内容和持续改进的保证
3. 是胸痛中心质量管理与控制的主要手段
4. 是认证评审现场核查的重点
5. 是科研的重要资料





功能作用

- 就诊记录
- 法律文件
- 溯源依据
- 病历讨论的基础
- 科研、流行病学调查等



广州军

入院时间 2015 年 7 月 25 日 10 时

床号	2	姓名	邓金兰
入院诊断	急性心肌梗死		

姓名：邓金兰

单位：工作

临床诊断：

1. 3. 1. 0

1. 3. 2. 0

1. 3. 3. 0

1. 3. 4. 0

1. 3. 5. 0

1. 3. 6. 0

2. 15. 1. 0

2. 15. 2. 0

2. 15. 3. 0

胸痛患者统计表 (第二版)

姓名	性别	年龄	职业
车号	就诊日期	急诊时间	住院号
122			

2014-05-06, 19:06

首次病程记录

姓名：马洪娟 性别：女 年龄：19 岁 住院号：545063。

病例特点：1. 青年女性，急性病程。2. 患者因“坐长途火车后致呼吸困难 1 小时”而入院。患者家属代诉患者于 1 个小时前乘坐长途火车后，临下车时出现呼吸困难，气促，双眼上翻，口吐白沫等症状，遂呼叫 120 送至我科，入科后心电监护示：呼吸：24 次/分，脉搏：118 次/分，血压：72/37mmHg，SPO2%:80%，意识不清，双侧瞳孔直径 4.5mm，对光反射消失，面色苍白，立即行气管插管、呼吸机辅助呼吸，患者 14:38 出现心率突发降至 43 次/分，立即给予胸外心脏按压，并给予肾上腺素 1mg，后心率恢复 133 次/分，14:50 患者再次突发心率降至 38 次/分，再次行胸外心脏按压，给予肾上腺素 1mg，后心率恢复。心梗五项示：D-二聚体：>5000ng/ml, BNP:20.7pg/ml, 血气分析示：PH: 6.875 HCO3-:9.1mmol/L, 给予碳酸氢钠 250ml 静滴，行头颅 CT 及肺动脉 CTA 结果显示：1. 双肺动脉分支多发栓塞，DEPI 图提示两肺多发血流灌注减低；2. 颅脑 CT 平扫未见明显异常，现拟“肺栓塞”收入我科住院。3. 既往史：平素体质良好。否认肝炎等传染病史。否认药物、食物过敏史。否认外伤史。否

GCS 评分

瞳孔 左反射

瞳孔 右反射

尿量 (ml)

指尖血糖

(mmol/L)

注：本同

无法签字

近亲属、

病人到达抢救室时间：

再次开始抢救时间：

228 时间

228 时间

途中事件

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告

血型报告



中国人民解放军广州军区广州总医院检验报告单

姓名: **杨木** 性别: **男** 标本类型: **痰** 标本编号: **62716**
 住院号: **M002899303** 年龄: **67 岁** 送检日期: **2013/06/27** (检验结果仅对该标本负责)
 科室: **急诊科病区** 床号: **7**

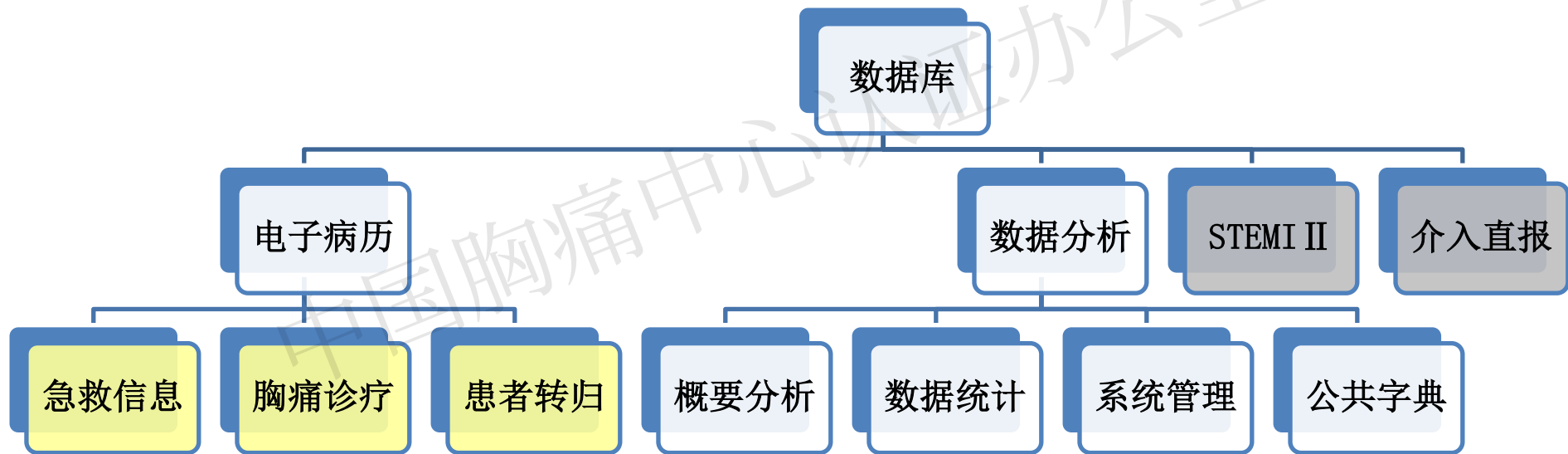
菌名: **肺炎克雷伯菌**

菌落计数: **10⁷**

抗生素	MIC	药敏	抗生素	MIC	药敏	抗生素	MIC	药敏
氨苄西林	32	R	亚胺培南	1	S			
氨苄西林/舒巴坦	32	R	左旋氧氟沙星	1	S			
阿米卡星	2	S	复方新诺明	320	R			
氨基曲南	2	S	头孢他啶	1	S			
环丙沙星	0.5	S	妥布霉素	8	I			
头孢替坦	4	S	哌拉西林/他唑巴坦	4	S			
头孢曲松	16	R						
头孢唑啉	64	R						
ESBL检测		+						
厄他培南	0.5	S						
头孢吡肟	1	S						
呋喃妥因	64	I						
庆大霉素	16	R						

(说明: S - 敏感, R - 耐药, I - 中介, 单位: mm)

送检医生: 仲伯平 检验日期: 2013/06/27 报告日期: 2013/06/29 检验员: 李明亮 复核员: 陈丽丹





中国胸痛中心认证数据管理云平台

REPORTING SYSTEM OF CHINA CHEST PAIN CENTER CERTIFICATION



广州军区广州总医院



新增患者

【当前用户：秦主任】 注销



患者列表



概要信息



数据统计



系统管理



公共字典

急救信息

胸痛诊疗

患者转归

姓名

陈东平

性别

☒ 男 ☐ 女

年龄

63

联系电话

13336598182

门诊ID

Y0101017

住院ID

597441

发病地址

广东省阳西县会儒洞镇大村家中

发病时间

2016-03-02 01:30

呼救：

☐ 有

病情评估

☐ 持续性胸闷/胸痛 ☐ 间断性胸闷/胸痛 ☐ 胸痛症状已缓解 ☐ 腹痛 ☐ 呼吸困难 ☐ 休克 ☐ 心衰
☐ 恶性心律失常 ☐ 心肺复苏 ☐ 合并出血

来院方式

☐ 呼救（120或其它）出车 ☐ 转院（包含任何医疗机构） ☒ 自行来院 ☐ 院内发病

本院 医院 大门

2016-03-20 16:00

院内接诊时间

2016-03-20 16:10

患者绕行CCU： ☐ 是 ☐ 否

首次医疗接触

☒ 其它医疗机构 ☐ 120 ☐ 本院急诊科 ☐ 本院心内科门诊 ☐ 本院其它科室

医护人员 外院医生

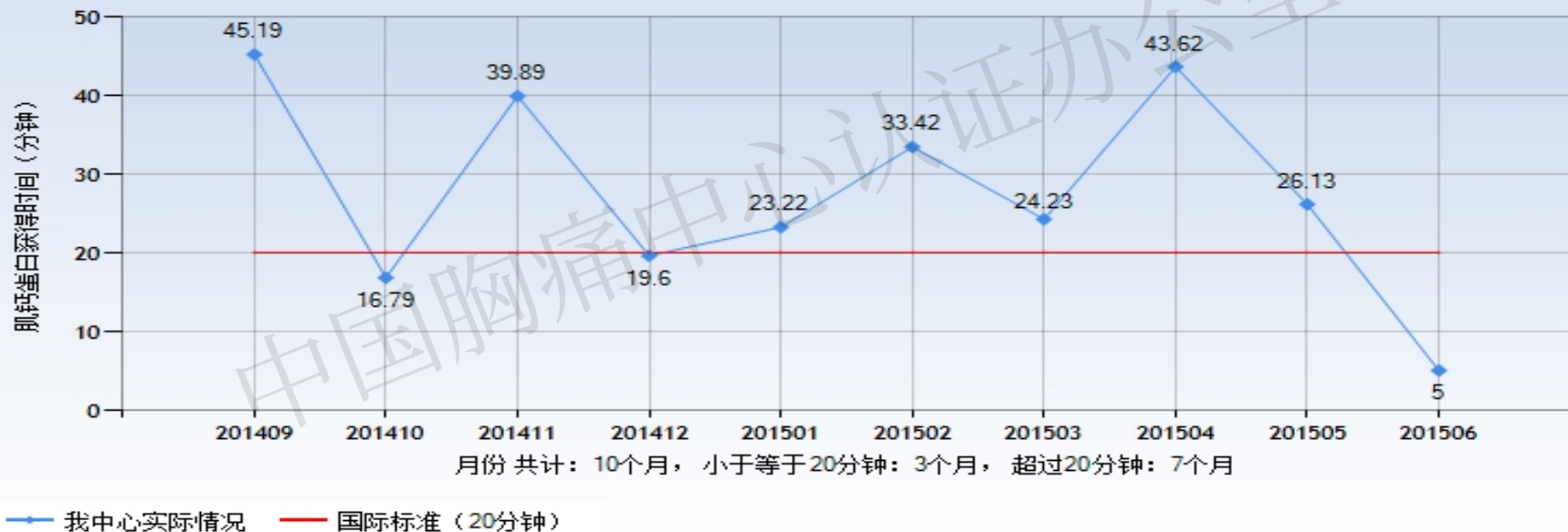
首次医疗接触时间

2016-03-02 05:00



201502-201508 胸痛患者趋势图

肌钙蛋白获得时间



STEMI: 118 例
NSTEMI: 41 例

UA: 104 例
主动脉夹层: 21 例

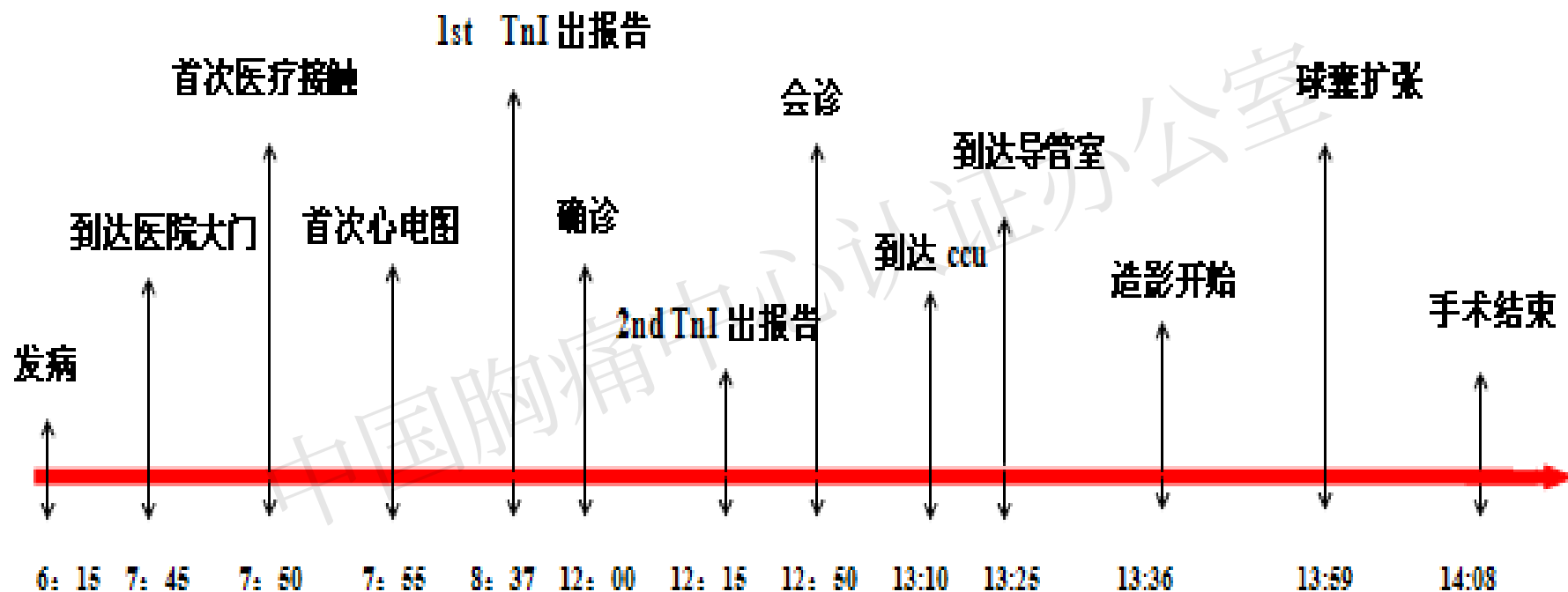
肺动脉栓塞: 5 例
非ACS胸痛: 32 例

非心源性胸痛: 18 例
放弃诊疗、病因未明: 24 例

诊断中: 10 例



二、临床资料及数据采集方法



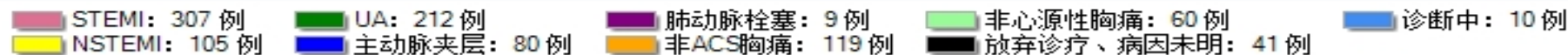
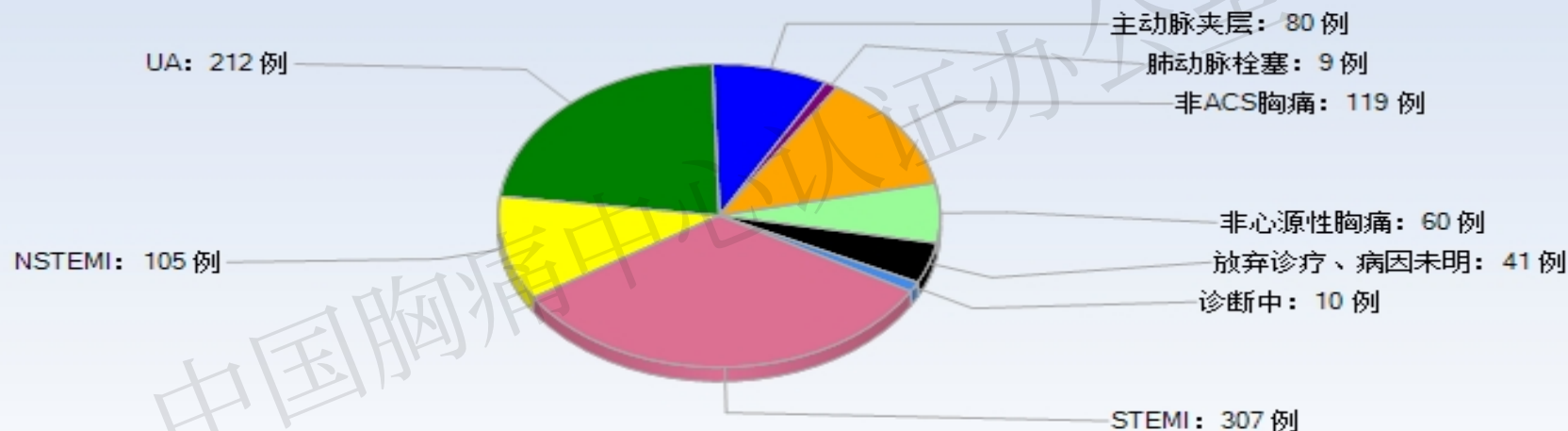
D2B 时间为: 374 分



- 所有因胸痛就诊的患者
 - ACS (STEMI、 NSTEMI、 UA)
 - 主动脉夹层 (A型、 B型)
 - 肺动脉栓塞
 - 非ACS、非心源性引起的胸痛
- 记录应该是整个来医就诊的胸痛病人，至少记录所有急诊胸痛的患者
(姓名、年龄、诊断、就诊时间)



201409-201508 胸痛病例统计饼图（合计：943 例）





1) 胸痛临床资料的采集

- 原有病历 (门诊、住院) 引入时间的概念 (发病、首次医疗接触、首诊医院、检查、检验、手术)
- 对于无法计时的时间节点尽可能详细调查
- 制作含有时间节点模板病历和护理表格
- 分段负责 , 各环节注意交接 , 审查归档



2014-05-06, 19:06

首次病程记录

姓名：马洪娟 性别：女 年龄：19岁 住院号：545063

病例特点：1.青年女性，急性病程。2.患者因“坐长途火车后致呼吸困难1小时”而入院。患者家属代诉患者于1个小时前乘坐长途火车后，临下车时出现呼吸困难，气促，双眼上翻，口吐白沫等症状，遂呼叫120送至我科，入科后心电监护示：呼吸：24次/分，脉搏：118次/分，血压：72/37mmHg，SPO₂%:80%，意识不清，双侧瞳孔直径4.5mm，对光反射消失，面色苍白，立即行气管插管、呼吸机辅助呼吸，患者14:38出现心率突发降至43次/分，立即给予胸外心脏按压，并给予肾上腺素1mg，后心率恢复133次/分，14:50患者再次突发心率降至38次/分，再次行胸外心脏按压，给予肾上腺素1mg，后心率恢复。心梗五项示：D-二聚体：>5000ng/ml，BNP:20.7pg/ml，血气分析示：PH: 6.875 HCO₃⁻:9.1mmol/L，给予碳酸氢钠250ml静滴，行头颅CT及肺动脉CTA结果显示：1.双肺动脉分支多发栓塞，DEPI图提示两肺多发血流灌注减低；2.颅脑CT平扫未见明显异常，现拟“肺栓塞”收入我科住院。3.既往史：平素体质良好。否认肝炎等传染病史。否认药物、食物过敏史。否认外伤史。否

首诊：10分收住于ICU监护室。诊断：冠心梗。
取心电图、血常规、电解质、心肌酶谱。



2) 诊疗中的数据收集

- 挂号、生
- 心电图、
- 肌钙蛋、
- 胸片、超
- 时间传感

- 记录准确客观
- 节点固定容易查询
- 必须统一时钟，定期校对
- 及时查询和收集记录

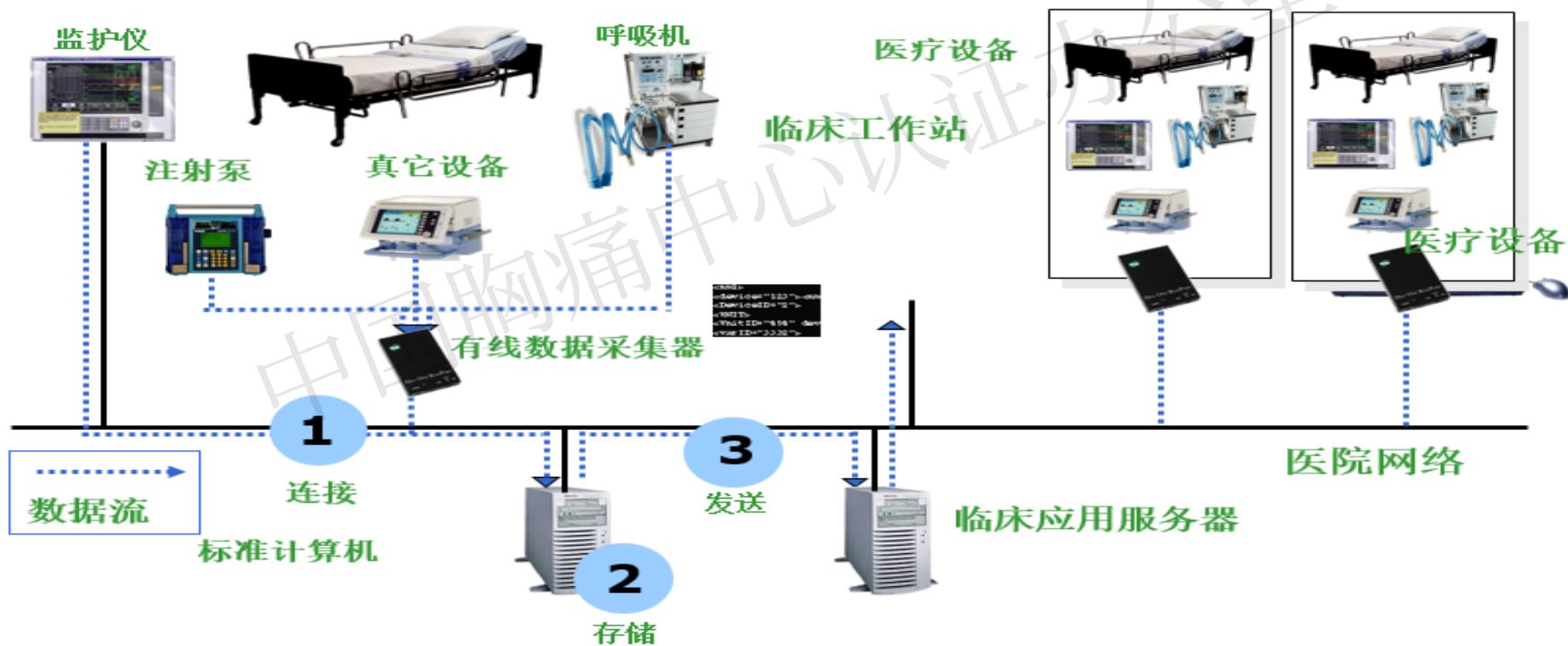


3) 胸痛时间资料集方法

- 分段采集（院前、分诊、急诊门诊、抢救、CCU、导管室、检验、检查、其他相关科室）
 - 准确及时、全面、繁琐、需要经常性的监管
- 专人登记、记录
 - 参与人员少，但不及时，准确性差、多数回顾性
- 自动采集，准确，用人少，配置数据采集设备，费用高
- 自动与人工互补，准确，易实现，一定的投入



抢救监护-数据实时自动采集与评估



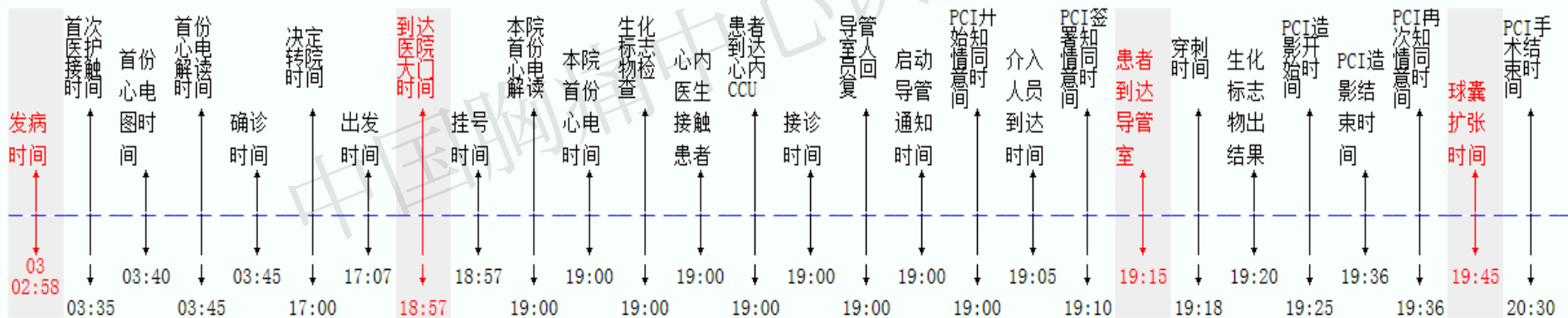


患者：谭炳强

急救ID：14667-990

呼救时间：--

诊断：STEMI





三、胸痛中心时间节点的定义

1. **发病时间**：患者出现胸闷、胸痛、上腹部不适等系列症状开始时间
2. **首次医疗接触时间**：患者发病后，医生或护士首次医疗接触患者的时间，强调的是首次。
3. **到达本院大门时间**：院前急救人员、社区医生或其他医疗机构人员到达救治医院大门或急诊科时间
4. **首份心电图时间**：完成第一份12或18导联心电图时间



5. **肌钙蛋白抽血时间**：以护士完成血液标本采集时刻的计时点
6. **肌钙蛋白报告时间**：
7. **开始转运时间**：确诊为ACS并离开现场/或医院时间
8. **给药时间**：确定为ACS患者，排除各类用药禁忌症后给予肠溶阿司匹林和氢氯吡格雷。



9. **启动导管室时间**：医生首次告知导管室负责人需要使用导管室的时间
10. **最后一名介入人员（医生或护士）到达导管室时间**
11. **导管室激活时间**：指导管室准备就绪的时间
12. **患者到达导管室时间**：拟行手术时，患者到达导管室时的时间



- 13. **开始知情同意时间**：指拟行手术或溶栓时，医生开始与患者或家属谈知情的时间
- 14. **签署知情同意时间**：拟行手术或溶栓时，患者或患者家属签署知情同意书的时间
- 15. **D2B时间**：指患者从进入医院大门到球囊扩张期间
- 16. **球囊扩张时间**：指患者的球囊扩张时的时间



要素一、基本条件与资质 数据库的填报与管理

- 1.57 已开始启用中国胸痛中心认证云平台数据库，并至少提供6个月的数据供认证时评估
- 1.58 制定了数据库的管理规范、使用细则及监督管理制度，并有数据的审核制度，确保数据库的真实、客观、准确
- 1.59 应有专职或兼职的数据管理员
- 1.60 对相关人员进行数据库使用方法和相关制度的培训
- 1.61 急性胸痛患者的首次医疗接触的人员应及时在数据库中建档，若不能及时进行在线填报，应有纸质版的时间记录表格从首次医疗接触时开始伴随急性胸痛患者诊疗的全过程，进行时间节点的前瞻性记录，尽可能避免回顾性记录，以提高记录的准确性



数据库的完整性，应满足以下全部条件：

1.62 所有进入医院的急性胸痛（明确的创伤性胸痛除外）患者的登记比例应不低于75%，
应包括各类因急性胸痛就诊于门、急诊或入院患者的基本信息和最后诊断

1.63 ACS患者的登记比例应达到100%

1.64 STEMI患者的录入必须达到100%，且各项关键时间节点的填报应齐全，关键时间节点的缺失率不能高于10%，其中院内时间节点记录的有效率应达到100%。STEMI患者的关键时间节点详见云平台数据库

1.65 数据资料的溯源性：确保STEMI患者的上述关键时间节点可以溯源，其中发病时间、呼叫120、到达医院等时间应能从急诊病历（电子病历或复印件）、入院病历、首次病程记录、心电图纸、检验报告、病情告知或知情同意书等原始记录中溯源，并要求尽可能精确到分钟



中国胸痛中心
China Chest Pain Center

四、中国胸痛中心认证云数据平台



首页 | 认证 | 通知与公告 | 胸痛中心榜 | 新闻发布 | 会议动态 | 胸痛知识 | 下载区 | 关于我们

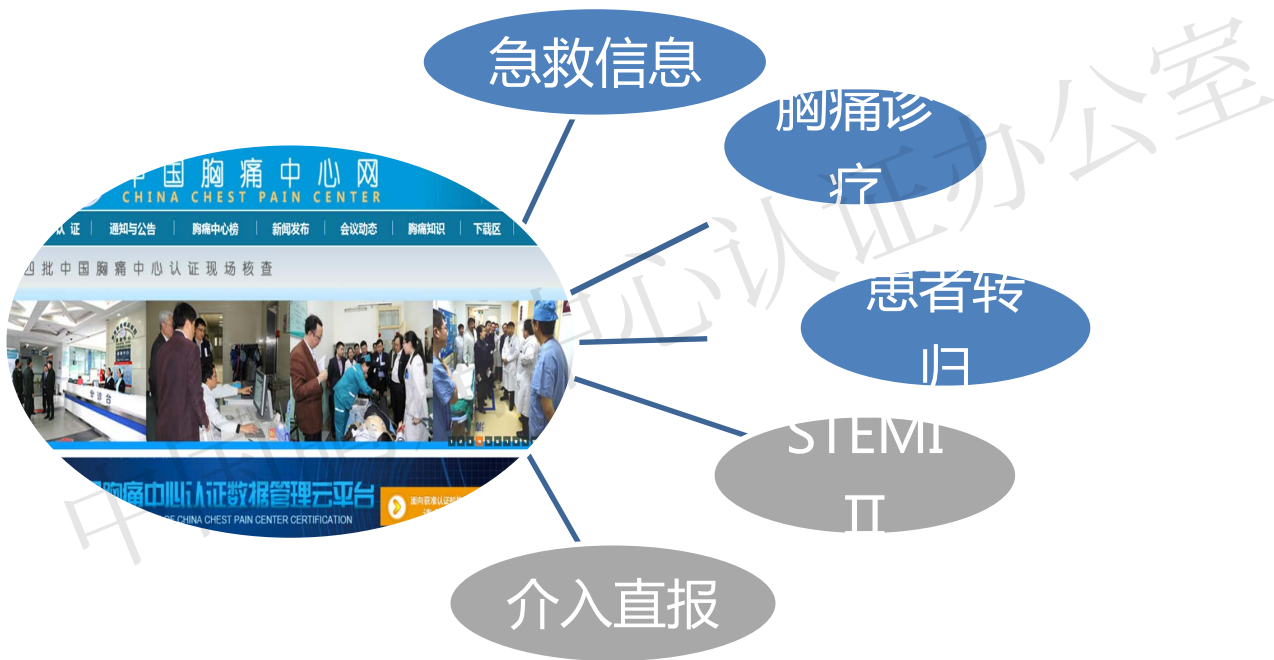
第四批中国胸痛中心认证现场核查





中国胸痛中心
China Chest Pain Center

中国胸痛中心认证云平台数据库





中国胸痛中心
China Chest Pain Center

数据平台登录界面

急救信息

胸痛诊疗

STEMI II

介入直报

姓名

何日灿

联系电话

13729809312

门诊ID

1000689438

发病时间

2015-03-25 06:30

急救信息

患者基本信息
发病时间

初步诊断

☐ 诊断中 ☐ STEMI ☒ NSTEMI ☐ UA ☐ 主动脉夹层 ☐ 肺动脉栓塞 ☐ 非ACS胸痛 ☐ 非心源性胸痛 ☐ 放弃诊疗、病因未明

初步诊断时间: 2015-04-29 07:55 医生: 孙振锐

ACS给药

首次药时间 2015-04-29 06:55 阿司匹林剂量 300 mg ☒ 氯吡格雷 ☐ 替格瑞洛 剂量 300 mg

Grace评估

☐ 发病后曾出现心脏骤停 ☐ 心电图ST段改变 ☐ 心肌坏死标志物升高

Grace分值 72 危险分层 ☐ 极高危 ☐ 高危 ☐ 中危 ☒ 低危

患者绕行急诊:

到达时间 2015-03-25 08:48

首次医疗接触

☐ 其它医疗机构

溶栓治疗
患者情况备注

医护人员 白云区第一人民医院 首次医疗接触时间 2015-03-25 06:33



急救信息

胸痛诊疗

患者转归

实时监测

影像信息

STEMI II

介入直报

初步诊断: ☒ STEMI ☐ NSTEMI ☐ 主动脉夹层 ☐ 肺动脉栓塞

院内心内科医生首诊时间 (包

胸痛诊疗界面

再灌注措施: ☒ 急诊PCI ☐ 溶栓 ☐ 补救PCI ☐ 急诊仅造影 ☐ 择期PCI ☐ 择期仅造影 ☐ CABG ☐ 无再灌注措施 ☐ 其它

导管室激活时间: 2015-0

开始穿刺时间: 2015-04

再次签署知情同意: 2015-04-17 00:28 球囊扩张时间: 2015-04-17 00:38 手术结束时间: 2015-04-17 01:00

D2B时间: 38 min 是否延误: ☐ 是

靶血管血流 (TIMI) 等级: 手术前 ☒ 0 级 ☐ 1 级 ☐ 2 级 ☐ 3 级 手术后 ☐ 0 级 ☐ 1 级 ☐ 2 级 ☒ 3 级



认证统计： 从 2015-10 到 2016-04 第二时间段从 到

统计的类型： ☐ 柱状图 ☒ 月趋势 ☐ 月比例 ☐ 前后对比（需设置第二时间段）

版本： ☒ V5 ☐ V4及以下

* 红色代表必须达到的时间或趋势要求，其它不做强制要求，但需要有数据趋势。

1. 对于自行来院或拨打本地120经救护车入院的所有急性胸痛患者，缩短了从首次医疗接触到首份心电图时间，且要求月平均小于10分钟

查看

2. 对于STEMI患者，缩短了

查看

3. 经救护车（包括呼叫本地120入院及由非PCI医院转诊患者）入院的STEMI患者，从急救现场或救护车远程传输心电图至胸痛中心（实时传输或微信等形式传输，但必须在云平台有客观记录）的比例不低于30%且在过去6个月内呈现增加趋势【5.19】。

查看

4. 建立了床旁快速检测肌钙蛋白方法，从抽血到获取报告时间20分钟【5.20】。

查看

5. 对于接受PPCI治疗的STEMI患者，月平均门-球时间90分钟，且达标率75%；若当前无法达到，则应呈现改进趋势，且应制订促进持续改进的措施，确保在通过认证后1年内逐步达到上述要求【5.21】。

查看

共有21个质量管理指标



D2B延误原因：☒ 包含选中的项目 ☐ 排除选中的项目（去除类似客观原因）

- | | | | | |
|--|---|-----------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| ☐ 症状不明显延误诊断 | ☐ 手术期间出现并发症 | ☐ 知情同意时间过长 | ☐ 经费问题 | ☐ 家属未到场 |
| ☐ 超过再灌注时间窗 | ☐ 病情不稳定 | ☐ 心内科会诊时间长 | ☐ 医生决策延误 | ☐ 未实施绕行急诊方案 |
| ☐ 绕行急诊科但未直接入导管室 | ☐ 排队挂号、缴费、办住院时间长 | ☐ 导管室人员未到位 | ☐ 导管室占台 | ☐ 急诊科处理时间长 |
| ☐ 药物缺乏 | ☐ 缺少担架员转运时间长 | | | |



- 1. 症状不明显延误诊断**：指由于临床表现不典型，医师不能在接诊后作出临床判断，需要等待20分钟以上等待复查心电图或肌钙蛋白、D二聚体等的结果才能确诊。
- 2. 家属未到场**：指医师做出急诊介入或溶栓治疗决策后，家属延迟20分钟以上才到达，导致无法实施知情同意等过程。
- 3. 医生决策延误**：指临床情况明确但医生诊断能力不足所导致的延误，比如心电图表现明确但医生不能在10分钟内完成临床诊断，会诊医生或手术决策医生到达后20分钟内不能做出治疗决策。需注意与症状不明显导致的延误进行鉴别。



4. **排队挂号、缴费、办住院时间长**：在挂号、缴费环节等待时间超过5分钟以上、办理住院时间超过20分钟以上，且必须等待上述环节完成后才能进行后续诊疗活动。
5. **急诊科处理时间长**：排除了病情变化（含抢救）、家属未到场、等待办理住院手续、导管室人员不到位、占台等待等因素后，在做出急诊PCI决策后患者在急诊科等待20分钟以上才被送往导管室。
6. **手术期间出现并发症**：指在进入导管室后至完成球囊扩张之前的时间内，因发生心脏骤停、急性心力衰竭等严重并发症需要中断手术操作10分钟以上所导致的球囊扩张时间延误。



7. **超过再灌注时间窗**：从发病至到达医院时间超过12小时以上且已无明显胸痛、胸闷症状，亦无心源性休克或急性心力衰竭、恶性心律失常等并发症。
8. **未实施绕行急诊方案**：本院救护车接诊或网络医院转诊PCI患者被送至急诊科，未直接送达导管室，但统计时会将生命体征不稳定需要进EICU进行抢救患者除外。
9. **导管室人员未到位**：启动导管室后30分钟内导管室人员未到达，导致救治时间延误。



10. **药物缺乏**：因在明确诊断后10分钟内无法拿到抗血小板药物，或决定溶栓后10分钟内无法取得溶栓药物。
11. **知情同意时间过长**：开始知情同意时间至签署知情同意书时间超过20分钟以上者，或造影后的再次知情同意等待时间超过10分钟以上。
12. **病情不稳定**：因胸痛症状变化、心源性休克、心力衰竭、严重恶性心律失常、意识状态变化或发生出血等导致决策延误或原计划的任何诊疗过程中断或延误。
13. **绕行急诊科但未直接入导管室**



14. **导管室占台**：等待手术台时间大于20分钟以上者。
15. **缺少担架员转运时间长**
16. **经费问题**
17. **心内科会诊时间长**：临床表现及心电图表现很明确的患者，在急诊科或院前急救人员发出会诊指令后20分钟内心内科不能出具明确会诊意见，包括会诊医师不能在10分钟内到达、到达后10分钟内不能做出决策，或者未使用远程传输心电图导致的延误，需除外病情本身表现不典型者。



登陆



新增患者：填写基本资料



急救信息：
ACS
主动脉夹层、病情评估资料，做出初诊断
其它



胸痛诊疗：各胸痛患者救治措施及关键时间点



患者转归：出院诊断；转归（出院、转院、死亡）



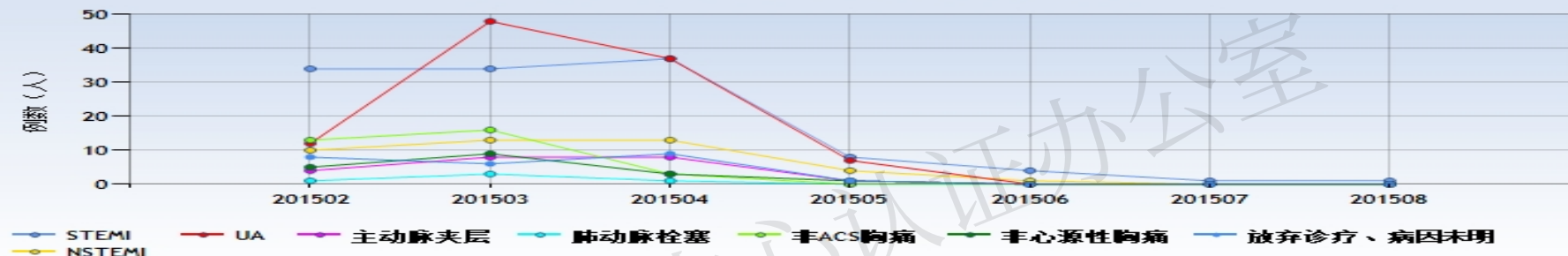
申请审核

→ 审核通过

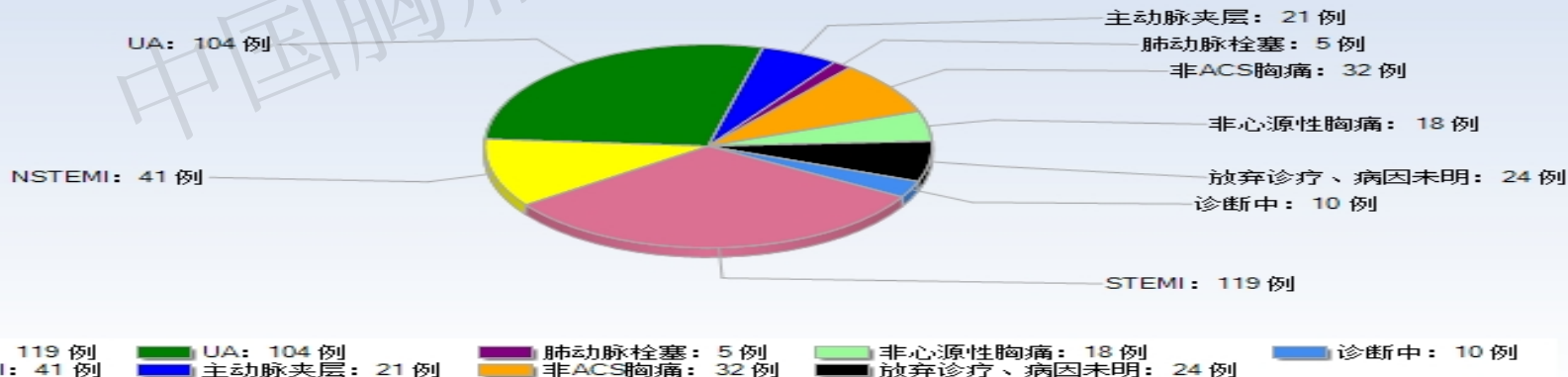


五、数据的统计及分析

201502-201508 胸痛患者趋势图



201502-201508 胸痛病例统计饼图 (合计: 374 例)





数据的统计及分析

6 图 10-4-10 土坡抗滑图例

统计的类型: ☐ 基于时间 ☒ 其他统计 图表: ☐ 柱状图 ☐ 月趋势 ☒ 月比例 ☐ 前后对比 (需设置第二时间段)

3. 红色战士日记(西) + 红色战士日记(东) + 红色战士日记(南) + 红色战士日记(北) + 红色战士日记(中) + 红色战士日记(西) + 红色战士日记(东) + 红色战士日记(南) + 红色战士日记(北) + 红色战士日记(中)

统计的类型: ☐ 基于时间 ☒ 其他统计 图表: ☐ 柱状图 ☐ 月趋势 ☒ 月比例 ☐ 前后对比 (需设置第二时间段)

4. STEMI患者死亡率趋势图【4.26】

(STEMI患者死亡率统计，只计算与本次血管事件有关的死亡率，要求有下降趋势)；

[查看](#)

中国胸痛中心认证相关趋势图统计

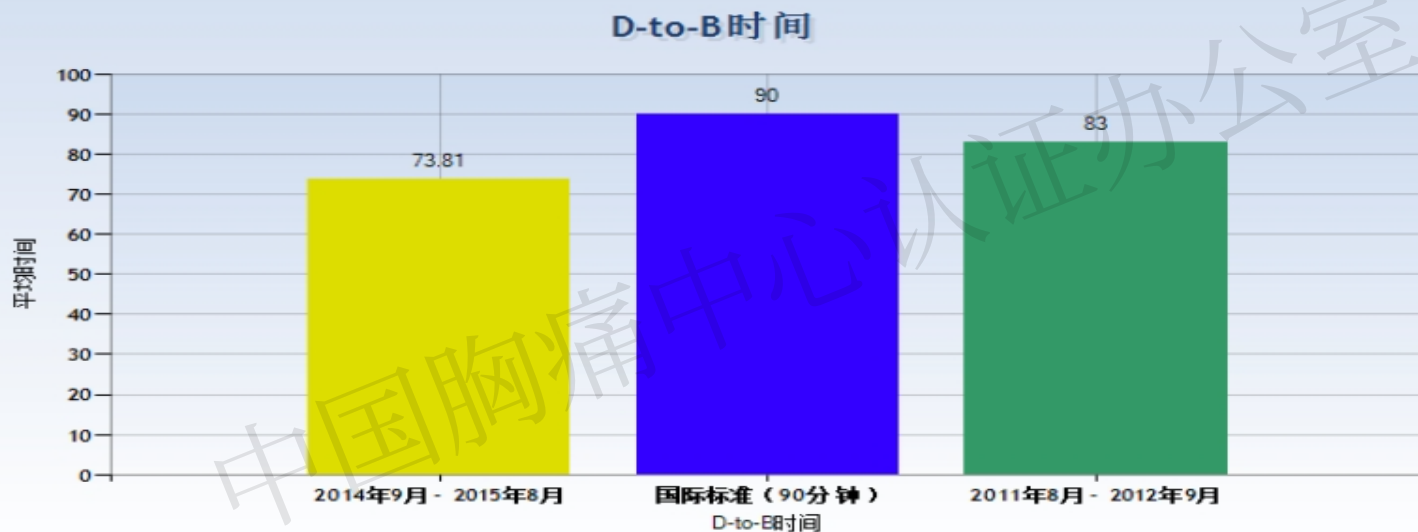
11. 网络医院首次医疗接触到何里XX玩给约时间趋势图【4.23】【5.29】

(网络医院首次医疗接触到负荷里给予阿司匹林和氯吡格雷或替格瑞洛的时间的变化趋势图,要求有缩短趋势);

[查看](#)



D2B时间前后对比



时间段	2014年9月 - 2015年8月	国际标准 (90分钟)	2011年8月 - 2012年9月
平均时间	73.81	90	83.00
有效例数	159	Null	243



核查中常见的问题

- 临床基本资料不齐全（现病史、病程记录）
- 记录不及时，资料与实际差距较大
- 没有建立诊疗时间的节点记录的制度
- 各环节交接脱节（院前与院内、院内各部门）
- 数据采集方法落后，人为因素影响较大
- 记录的信息无法溯源



- **杜绝造假**、防止漏填、减少填写错误是提高数据质量的关键。在现场核查中若发现数据造假将取消本次申请资格，已经通过认证的单位在飞行核查时若第一次发现造假将发出黄牌警告，2次以上将取消认证资格。
- 及时收集、保存原始资料，已被核查，要强化“**没有记录就没有发生**”的概念。
- 数据填写分工明确，首诊负责制。
- 分级管理，建议有专人负责数据管理。
- 定期举办质控会议、进行专业知识培训。



中国胸痛中心
China Chest Pain Center

胸痛中心数据的原始记录

重视原始记录资料的
收集和保存

树立“没有记录就
没有发生”的概念

现场核查过程中要
对原始数据进行随
机抽样核查

251

急性胸痛患者管理表

患者姓名: 李永华 性别: 男 年龄: 87岁
病人门诊 ID: 96100 病人住院 ID: 96100 入院方式: 急诊科

院前部分:

接诊医生: 发病时间: 院前电话时间: 接听 120 电话时间:
通知出车时间: 救护车出发时间: 院前电话时间: 离开现场时间:
院前心电图时间: 院前抽血时间: 院前检查项目:
院前传输 12 导联数据时间: 院前诊断时间: 院前溶栓开始时间: 院前溶栓结束时间:
院前呼叫启动导管室时间: 到达医院时间: 患者送入导管室时间:

急诊院内部分:

挂号时间: 2011-9-13 7:44 医生姓名: 李永华 急诊门诊: ☒ EICU 医生接诊时间: 2011-9-13 7:45
院内首份心电图时间: 7:47 诊断心电图时间: 7:49 检查项目: 心电图、肌钙蛋白、D-二聚体
采血时间: 7:47 血标本送检时间: 8:00 检验员签字时间: 护士给药时间:
呼叫 科会诊时间: 会诊医师到达时间: 会诊结束时间: 院前溶栓时间:
决定启动导管室时间: 开始知情同意时间: 取得知情同意时间: 决定住院时间:
检验技师: 血液标本送达时间: 检验开始时间: 检验结束时间: 检验报告时间:
CT 室技师: 通知 CT 室时间: 患者到达 CT 室时间: CT 检查开始时间:
CT 检查出报告时间: 患者离开 CT 室时间: 患者到达 B 超室时间: B 超检查开始时间:
B 超检查出报告时间: 患者离开 B 超室时间: 患者到达放射科时间: 胸片检查开始时间:
放射科技师: 通知放射科时间: 患者离开放射科时间: ECT 检查开始时间:
胸片检查出报告时间: 患者离开放射科时间: ECT 检查开始时间:
核医学科技师: 通知核医学科时间: 患者到达核医学科时间: ECT 检查开始时间:
ECT 检查出报告时间: 患者离开核医学科时间:

心外科部分:

心外科接诊时间: 心外科医生诊断时间: 决定手术时间: 开始知情同意时间:
签署手术同意书时间: 外科手术开始时间: 手术人员到达手术室时间: 手术结束时间:

心内科部分:

到达 CCU 时间: 心内科接诊医生: 心内科医生诊断时间: 决定介入时间:
开始介入知情同意时间: 取得介入知情同意时间: 呼叫启动导管室时间:
介入人员姓名: 1. 2. 3. 到达导管室时间: 导管室要求送病人时间:
病人到达导管室时间: 穿刺时间: 造影开始时间: 造影结束时间:
再次开始知情同意时间: 再次取得 PCI 知情同意时间: 球囊扩张时间: 手术结束时间:

备注: 1. 患者位于 201 室, 201 室: 冠脉搭桥, 100% 桥, 在发病期间已行 12 导
联心电图检查, 已转用 12 导联心电图。



- 中国胸痛中心认证是质量管理的体现
- 没有数据没有质控，没有质控的中心=0
- 牢记 “没有记录就没有发生”
- 常态化的监控管里是数据资料质量的保证



中国胸痛中心
China Chest Pain Center

胸痛典型病例分析



1. 魏某某，男，63岁，患者2014年12月21日2时睡觉时无明显诱因出现心前区压榨样疼痛，无出冷汗及腹胀，无畏寒、发热，无恶心、呕吐等不适，疼痛持续约为30分钟，遂于当地医院就诊，诊断为“急性广泛前壁心肌梗死”，遂前往武警医院，心电图检查提示：II、III、AVF导联ST段抬高0.3-0.5mv，心梗三项：阳性，急诊转入心内科。

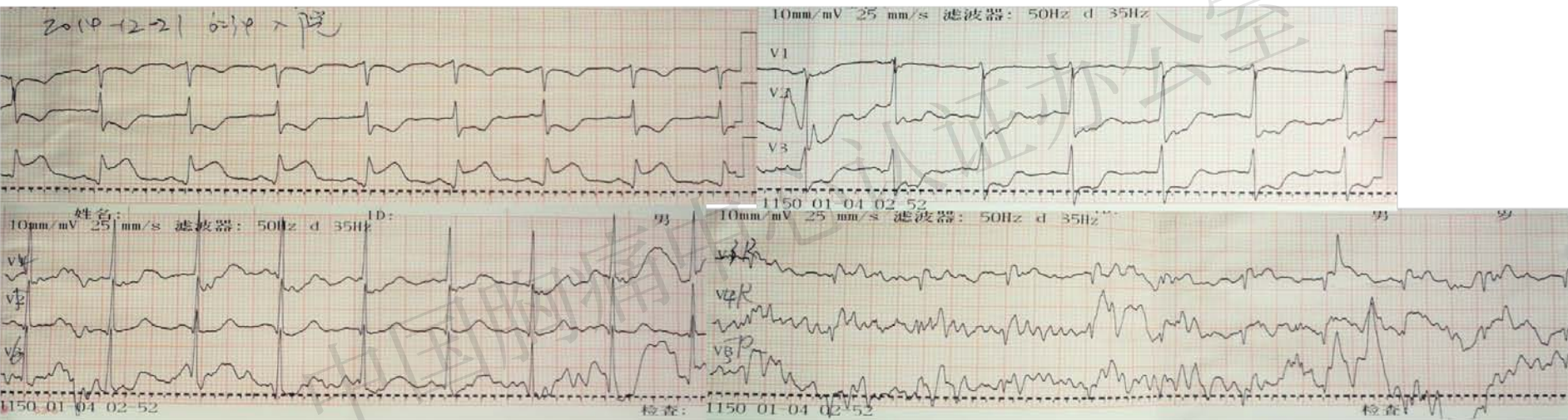
2. 心电图：心电图检查提示：II、III、AVF导联ST段抬高0.3-0.5mv，
心梗三项：阳性

3. 初步诊断：1) 冠心病 1.1急性下壁ST段抬高型心肌梗死
1.2心功能II级
2) 高血压3级 极高危组



中国胸痛中心
China Chest Pain Center

院首份心电图





急救时间轴

患者: 魏朋志, 急救ID: 21914-14220

呼救时间: 一, 诊断: STEMI

登记时间: 2014-12-22 09:00, [查看急救信息](#)



D2B时间: 28分钟



- 1、该患者诊断明确、转运迅速、联络畅通
- 2、患者绕行急诊及CCU病房直接入导管室
- 3、在夜间非正班时间导管室人员到位及时
- 4、知情同意时间用时10分钟，为手术 赢得时间



1. 李恺平 男 48岁 主诉：“活动后胸闷1周，加重伴胸痛3小时。”

患者1周前提重物步行500米后开始出现心前区一巴掌大小胸闷，无向他处放射，休息几分钟可缓解，无大汗、头晕、黑朦、晕厥、心悸、胸痛、呼吸困难、恶心呕吐，未予重视。昨夜23：00患者休息时出现心前区一巴掌大小紧缩样疼痛，无向他处放射，伴胸闷、~~呼吸困难~~、大汗淋漓，无头晕头痛、恶心呕吐、黑朦、晕厥，遂于24：00自行至我院急诊科就诊，心电图提示：II、III、avF导联、V1-V6导联ST抬高0.05-0.25mv，急查CK-MB<1.0ng/ml，MYO：199ng/ml，TNI：0.05ng/ml，诊断为“急性心肌梗死”，予“阿司匹林肠溶片300mg、波立维300mg”负荷量、硝酸甘油扩冠后胸痛无缓解，遂予我科会诊后，于2:40送入导管室行急诊PCI术。发病以来，患者精神一般，饮食正常，睡眠正常，二便正常，体重未见明显改变。

2. 急诊心电图提示：II、III、avF导联、V1-V6导联ST抬高0.05-0.25mv。心梗三项：CK-MB<1.0ng/ml，MYO：199ng/ml，TNI：0.05ng/ml。生化：低密度脂蛋白胆固醇4.68mmol/L↑↑、甘油三脂3.23mmol/L↑↑。

3. 初步诊断：1. 冠状动脉粥样硬化性心脏病

1.1 急性前壁ST段抬高性心肌梗死 killip I级



患者：李恺平，急救ID：34067-25306

住院ID：598086

呼救时间：--，诊断：STEMI

登记时间：2016-04-05 00:52，[查看急救信息](#)

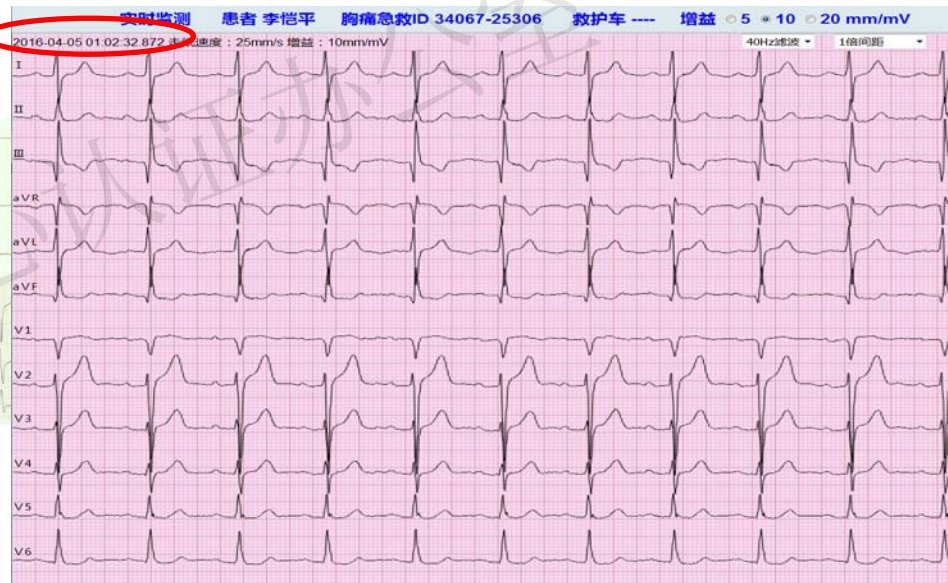
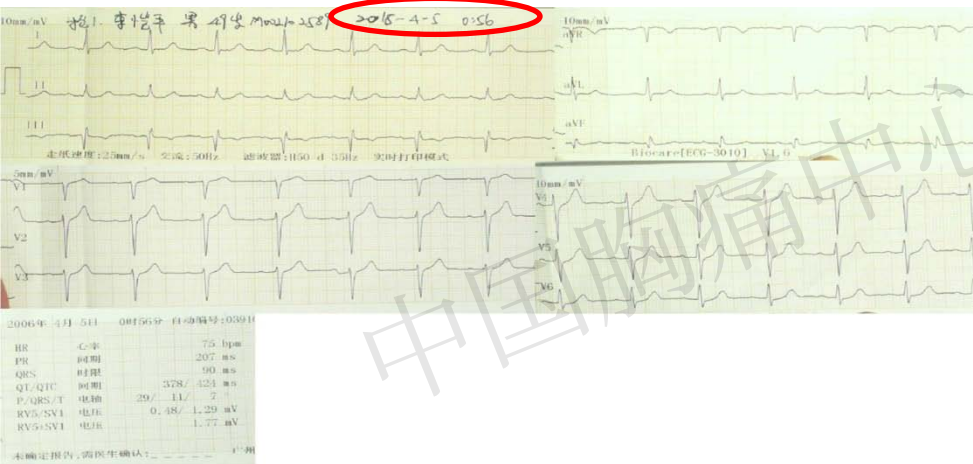
患者心电传输到心内医生会诊用时92分钟



D2B时间：156分钟



急诊首份心电图





急诊抢救单记录

广州军区总医院急诊科抢救记录单

入院时间 2016年4月5日0时57分 首诊医生 魏荣荣 医师到诊时间 0:57

床号 101 姓名 李悦平 性别 男 年龄 48 ID号 M002102589

入院诊断 急性前壁心肌梗死 单位/地址(联系电话)

来院方式 ☐ "120" ☐ "110" ☐ 外院转入 ☒ 普急转入 ☐ 家属朋友 ☐ 其他

处理完毕时间 送病房时间 送手术时间 死亡时间 尸体处理时间

简要病情记录: 活动后气促1周, 加重伴胸闷2小时。

会诊情况				辅助检查			
会诊科室	通知时间	会诊时间	会诊医生	科室	检查项目	检查时间	回科时间
心内科	1:27	电话会诊	魏荣荣				

时间	用药	病情及处理
0:57		行急诊心电图(常速步入)
0:59		检查心电图异常, 吸氧。
1:08	Aspirin 100mg	2. 测血压, 同室监护持续。
1:10		静脉泵入正心素10mg+BNP, 6片, 遵医嘱口服。
		今晨, 急送ICU, 长期监护。
1:18	Aspirin 100mg + 阿司匹林 100mg	1. 50ml + 阿司匹林 100mg 遵医嘱口服。
1:39	Aspirin 100mg	1. 心内科医生因科也有医嘱, 遵医嘱电话会诊处理。
		余洽。
2:34		1. 心内科医生会诊。
2:35	Aspirin 100mg + 阿司匹林 100mg	
2:40	Aspirin 100mg + 阿司匹林 100mg	2. 心电图异常。
2:42	阿司匹林 100mg	3. 心电图异常。
	替格瑞洛 90mg	4. 心电图异常。
2:50		患者由医生陪同送至导管室手术, 术后办心内科会诊。

0:00 - 8:00 印刷



症状不明显延误诊断

心内科会诊时间长？

0:55入急诊，患者2:57到导管室



1. 李某某，男，71岁，患者2014年7月29日中午13时左右于平卧休息时突发胸痛，位于胸前区，范围约2手掌大小，呈针扎样痛，无放射痛，无胸部压迫感，无心悸、气促，无头晕、头痛、黑矇，无晕厥，无恶心、呕吐，疼痛持续不缓解且逐渐加重，至14：00自觉胸痛不能耐受，伴出汗，遂急呼家人于17：00送至中医药大学附属医院，行心电图检查提示：I、AVL、V4-V6导联ST段轻度抬高，TnI:0.503ng/ml，输液后症状逐渐缓解！30日就诊我院急诊科，行心电图检查提示：I、AVL、V4-V6导联ST段抬高约0.05-0.1mV，查TnI:>30ng/ml，以“急性心肌梗塞”收入心内科。
2. 心电图：心电图提示： I、AVL、V4-V6导联ST段抬高约0.05-0.1mV，
心梗三项：CKMB >30ng/ml MYO 292ng/ml TnI>30ng/ml BNP410pg/ml
3. 初步诊断：1) 冠心病 1.1急性高侧壁ST段抬高型心肌梗死
1.2心功能1级
2) 高血压3级 极高危组
3) 慢性胃炎



中国胸痛中心

China Chest Pain Center

广州军区广州总医院急诊科	2014-7-30 9:45 心内科
2014年7月30日9时3分	患者“突发胸痛21小时”就诊。
T: 38.2℃/分 32次/分 140/80mmHg	胸痛位于胸前区,呈针刺样痛,伴肩胛区酸痛。于外院输液治疗后缓解,现已无胸痛。
神志清 瞳孔等大 对光反射灵敏 舌下含服硝酸甘油	心电图无显著ST-T改变
生命体征平稳 无异常	外院TnI 0.503 ng/mL
既往史: 高血压 糖尿病 冠心病	我院结果未回报
现病史: 20小时前在广州市天河区第一中心医院急诊科就诊,诊断为“急性冠脉综合征”,予硝酸甘油、阿司匹林、氯吡格雷等治疗,症状缓解。	诊断胸痛查因:
体格检查: 心率110次/分,律齐,无杂音。双肺呼吸音清,未闻及干湿啰音。腹部柔软,无压痛。四肢活动自如。	1. 完善心电图3项心脏彩超 胸片等检查
辅助检查: 血常规、心肌酶谱、凝血功能、肾功能、电解质等均在正常范围。	2. 收心内科90床
处理意见: 继续观察,必要时复查心电图、心肌酶谱等。	周意
医师: 李健	心脏科医生
护士: 李健	史文 1万 元。
科室内: 李健	主治: 何志坚
科室内: 李健	
科室内: 李健	



中国胸痛中心

China Chest Pain Center

姓名: 李壁强 性别: 男 年龄: 71岁 科室: 心血管内科病区 床号: 住院号:

单位: 身份:

临床诊断:

拟施行检查治疗名称: 冠脉介入诊疗术
手术时间: 年 月 日 手术者: 麻醉方式: 局麻

术中、术后可能出现的意外或并发症: 心导管术是一种有创伤性的检查及治疗手段, 用以了解心血管疾病的部位及程度, 也是对某些心血管疾病的重要治疗之一。但在各种检查或治疗过程中, 由于病变性质和程度等原因, 可能会出现如下并发症:

1. 麻醉意外;
2. 造影剂过敏;
3. 出血。严重者可能有危及生命的大出血;
4. 心脏或大血管穿孔破裂;
5. 急性左心衰;
6. 急性或亚急性血管闭塞致心肌梗塞;
7. 重要脏器栓塞;
8. 心包填塞;
9. 心律失常、严重室颤、高度房室传导阻滞或心脏骤停;
10. 术后再狭窄;
11. 损伤临近脏器或结构;
12. 导管电极导线折断;
13. 支架脱落;
14. 支架术后慢血流或无再流;
15. 支架内血栓形成;
16. 造影剂肾病;
17. 感染;
18. 误吸导致呼吸循环衰竭;
19. 其它并发症。

上述并发症中, 严重者可能需要立即行外科手术, 可能危及生命或遗留严重后遗症。如果出现以上情况, 我们将尽力抢救病人。

谈话医师: 周壹
2014-07-30, 10:39

患者本人或家属及组织意见: 经慎重考虑, 同意介入检查治疗。对以上可能发生的意外和并发症明知。如发生上述情况, 表示理解。

患者本人签字: 代签字人签字: 李锐

代签字人与患者关系: 签字人单位: 签字人身份证号码: 签字人联系电话(24小时开机):

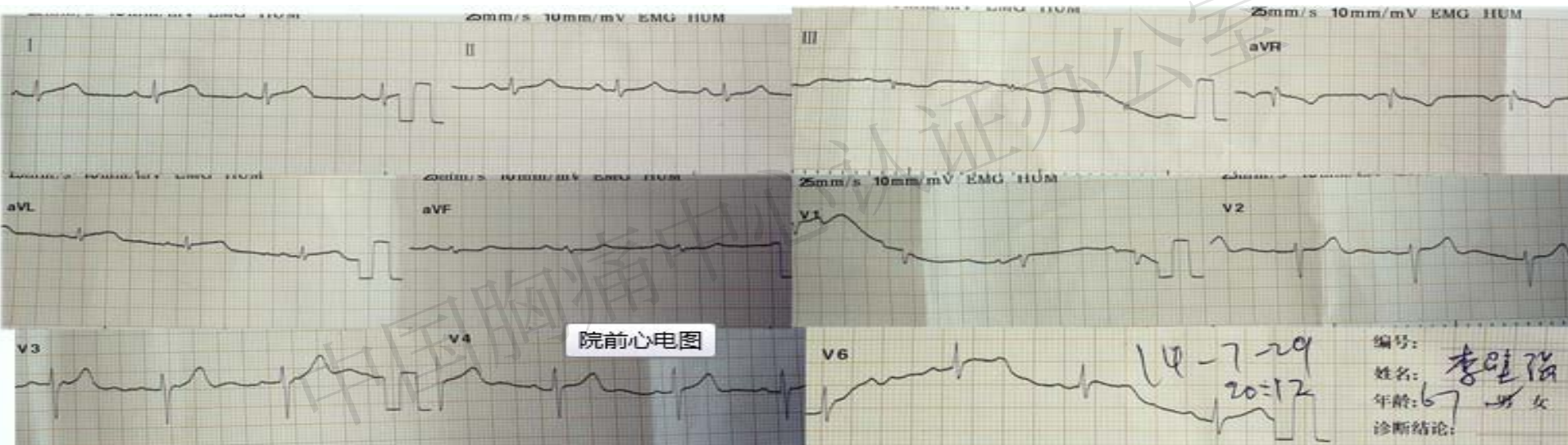
2014年7月30日10时35分

注: 本同意书由患者本人签字。患者不具备完全民事行为能力时, 应由其法定代理人签字; 患者因病无法签字时, 应当由其近亲属签字。没有近亲属的, 由其关系人签字; 为抢救患者, 在法定代理人或近亲属、关系人无法及时签字的情况下, 可由医疗机构负责人或者被授权的负责人签字。



中国胸痛中心
China Chest Pain Center

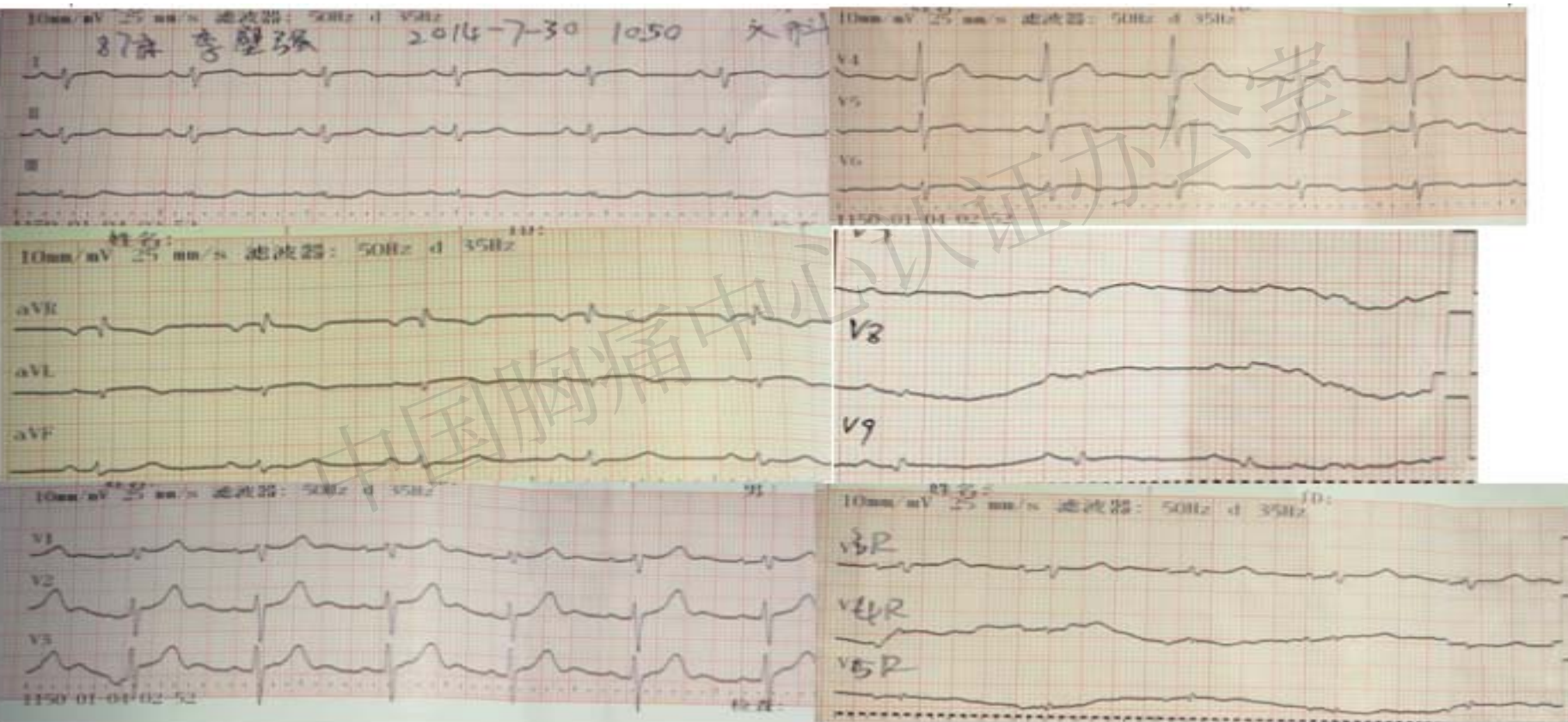
院前首份心电图：

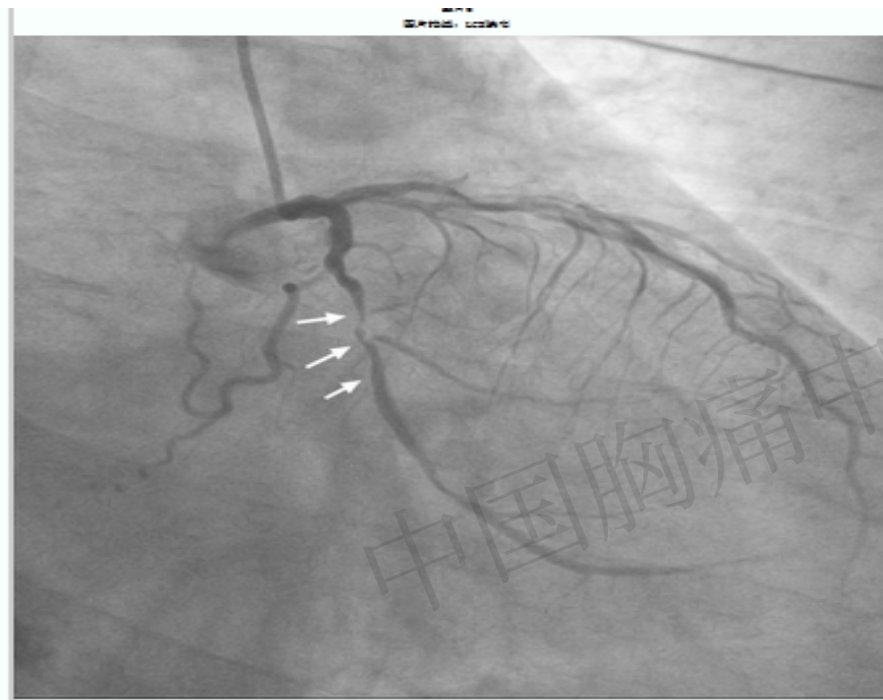




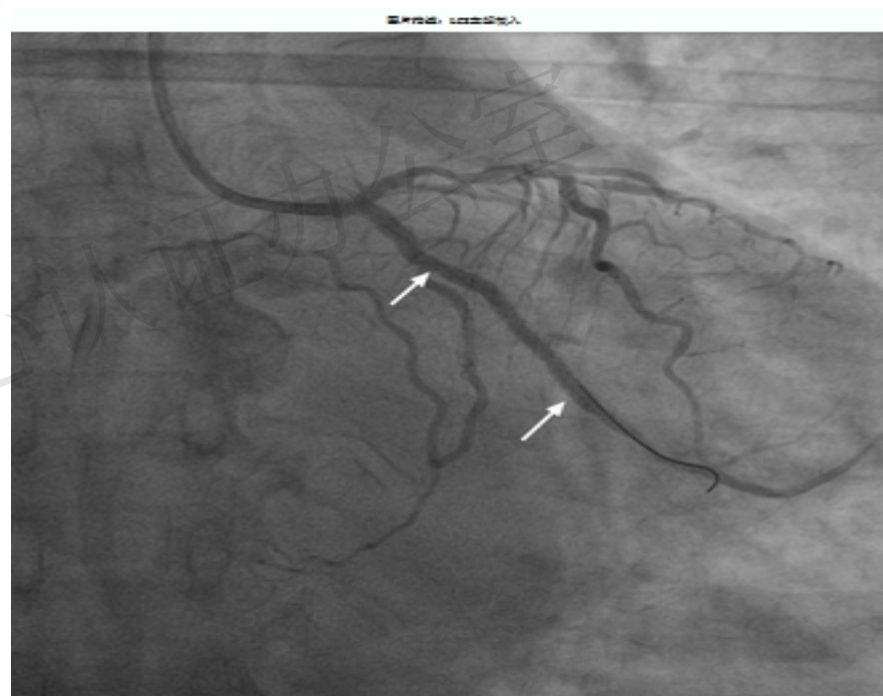
中国胸痛中心
China Chest Pain Center

入院首份心电图：





LCX狭窄



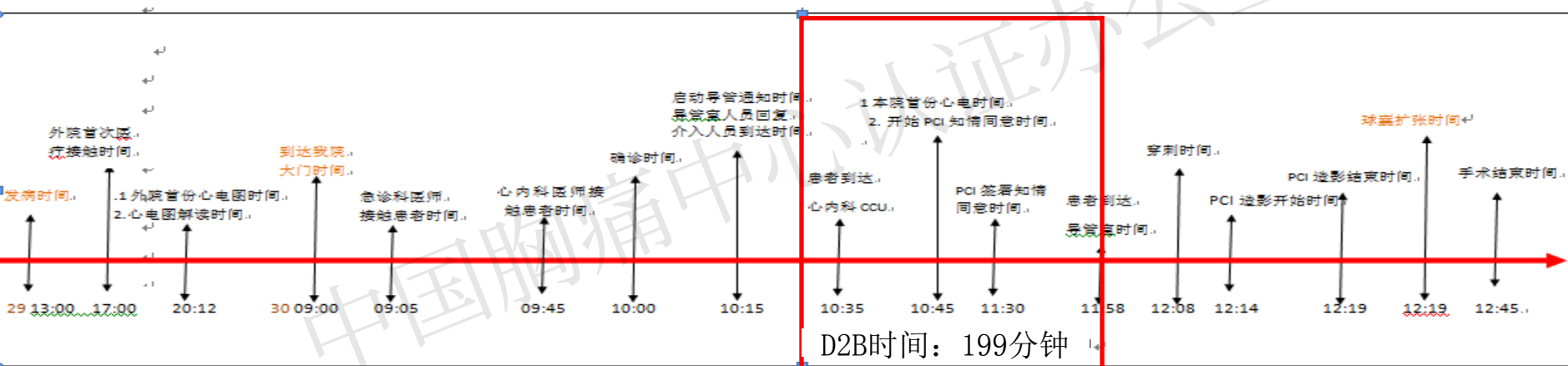
LCX支架植入



患者：李壁强，急救ID：28171-10862

呼救时间：—，诊断：STEMI

登记时间：2014-07-30 16:57，[查看急救信息](#)





- 1、急诊首份心电图资料不齐
- 2、患者有外院心电图带入，医生及分诊应该快速分析心电图后，绕行急诊科入心内科
- 3、为什么患者入大门后45分钟心内科医生才接触到患者
- 4、启动导管室时间拖后，知情同意时间过长



中国胸痛中心
China Chest Pain Center



Thank you!