



胸痛中心认证标准要素五解读

庞新利

广东省胸痛中心创建活动第二期培训

2017-6-11 广州



中国胸痛中心
China Chest Pain Center

要素五

持续改进



五大要素及其主要目的

• 基本条件与资质

- 重点是考查以急诊PCI为主的STEMI救治能力

• 对急性胸痛患者的评估和救治

- 强调是在临床实践中执行ACS指南：将指南流程化

• 院前急救系统与院内绿色通道整合

- 医院必须主动与院前急救系统合作以缩短救治时间

• 培训与教育

- 让胸痛急救的各个环节协调工作，形成合力

• 持续改进

- 以缩短STEMI总缺血时间为目标，强调逐步改进流程



促进改进的计划和措施

医院应制订促进流程改进和质量改进的计划和措施

胸痛中心应根据当前的实际情况确定本中心关键监控指标及质量改进计划

制订了流程改进流程图

关键流程图的改进记录至少提交三个以上改进前后的关键流程图及改进说明

制订了促进胸痛中心质量改进的重要管理制度并付诸实施

联合例会制度

质量分析会制度*

典型病例分析会制度*

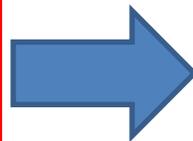
培训制度

其它制度：如奖惩制度、值班制度等



两会至关重要

- 联合例会制度
- 质量分析会制度
- 典型病例分析会制度
- 奖惩制度
- 值班制度



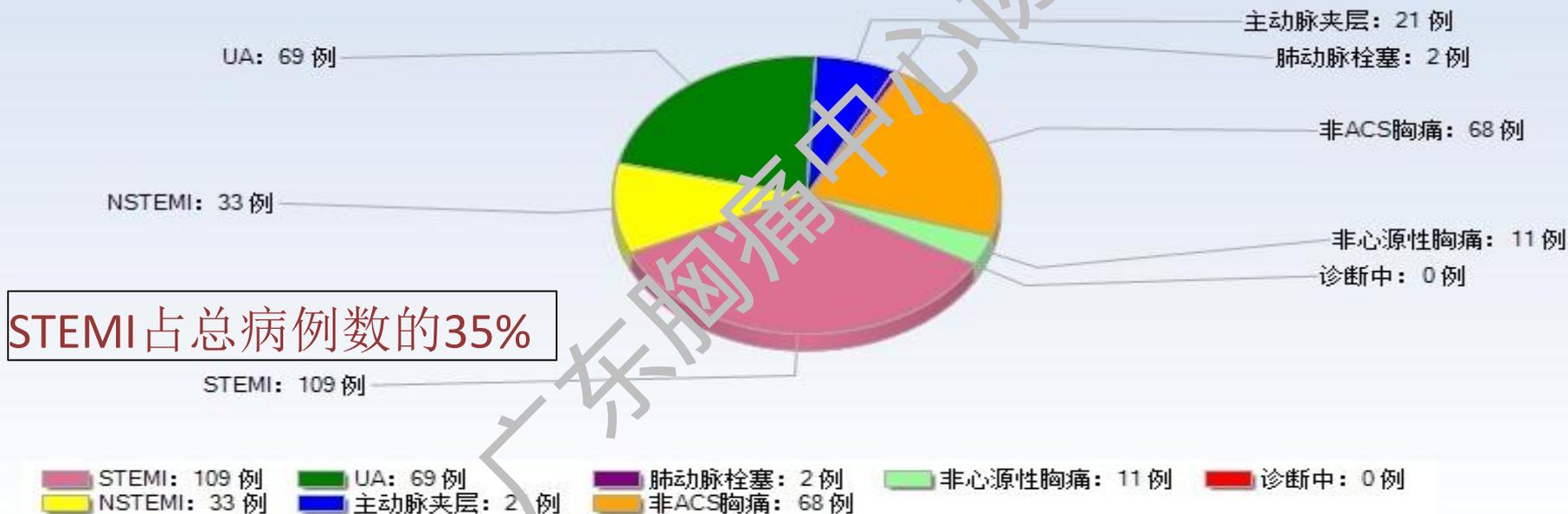
参加人员

- 总监主持
- CPC相关
 - 心内科
 - 急诊科
 - 120
 - 协作医院
- 管理层



第3季度胸痛急救病种构成图

201407-201409 胸痛病例统计饼图 (合计: 313 例)





月平均 D2B 及达标率分析

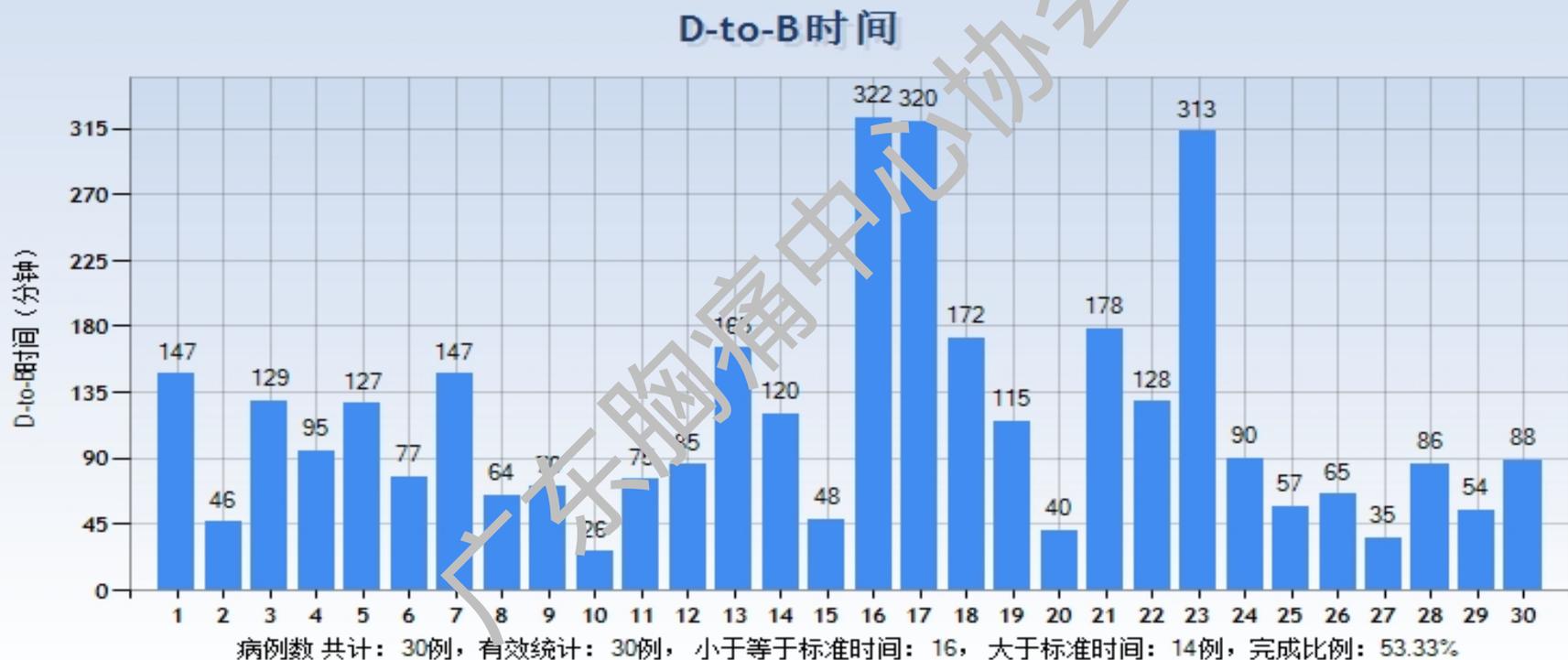
Monthly average minutes of D2B (from April 1, 2010 to August 31, 2012)



Monthly average percentage of D2B time less than 90mins (from April 1, 2011 to July 31, 2012)



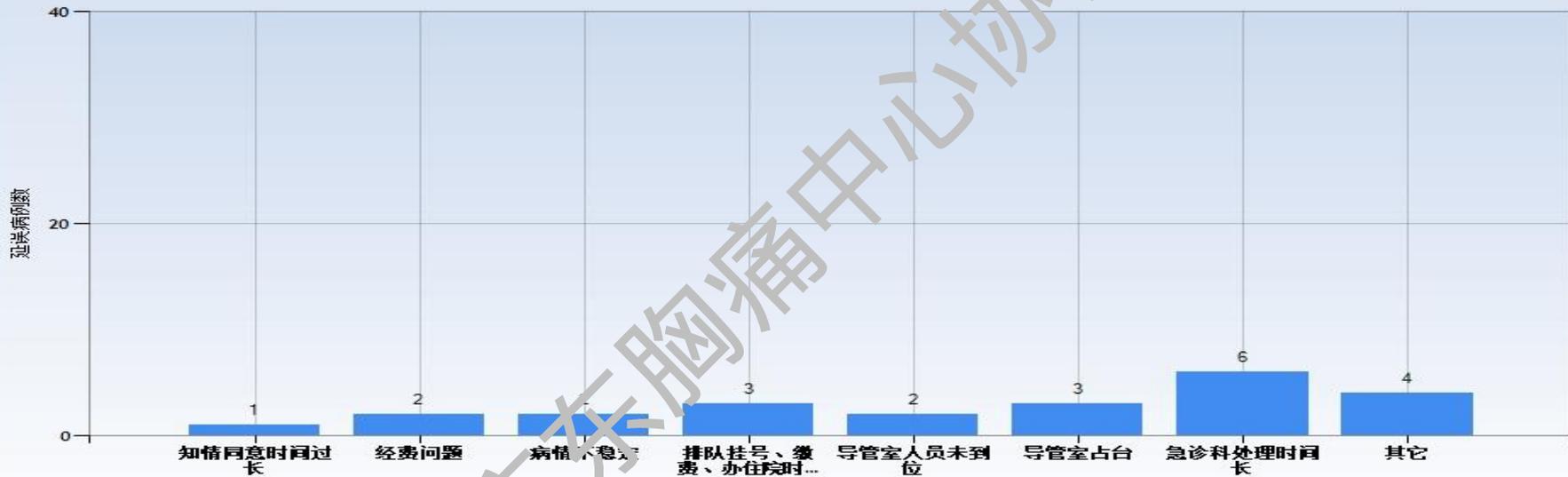
2011年12月-2012年1月D-to-B时间统计





月平均 D2B及达标率分析

2012年1月 - 2012年2月 D2B延误统计



延误原因 共计：8个， 共计患者：19例



充分利用数据库作为改进的依据和工具

时间统计轴——病例分析的基础



D2B时间：154分钟

手段：时间节点分析、责任到人
目标：明确延误原因、寻求解决办法

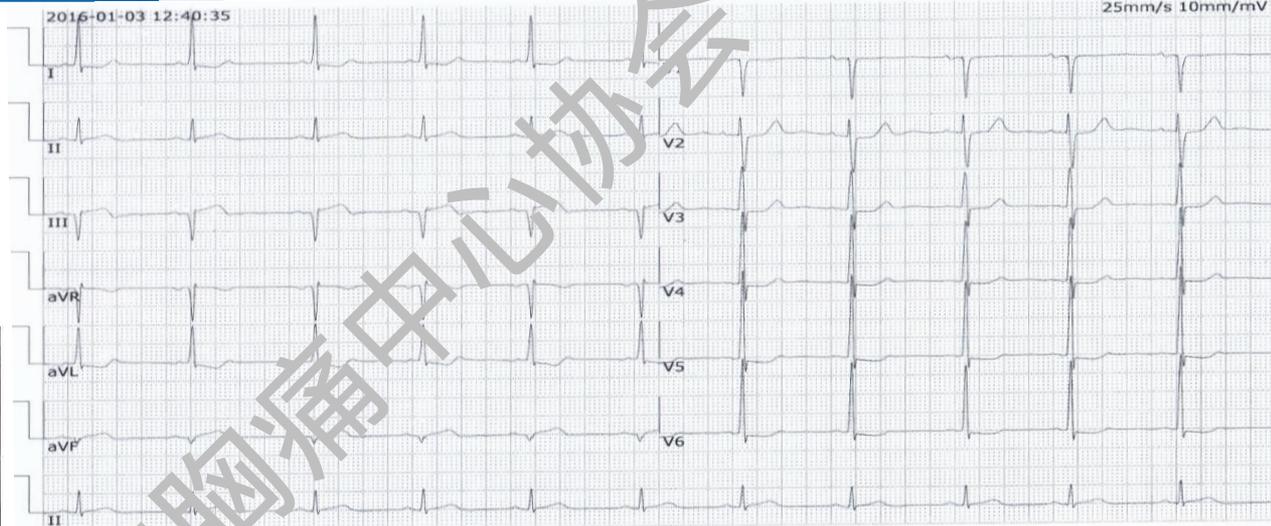
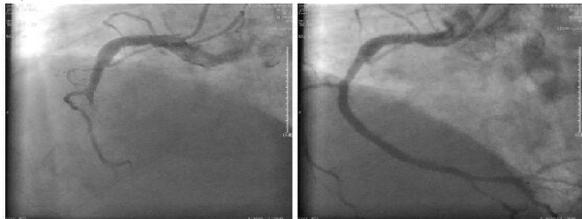
典型病例分析

诊断：急性下壁心肌梗死

到达急诊科时间：12:35

到达CCU时间：13:37

开通血管时间：15:07



**ECG改变不明显，急诊心肌酶学正常，
患者症状不典型，导致治疗延迟**



病例分析会制度至关重要

广东胸痛中心协会



PCI胸痛中心持续改进效果

胸痛中心在提交认证申请前应进行数据库填报平台的自我检查及评估，当数据库显示的数据趋势达到以下要求时方可正式提交认证申请。

胸痛中心通过流程改进已改善ACS患者救治的效率指标和预后指标，至少在近6个月内下列指标中10项以上显示出改进的趋势，其中**以下6条是必须满足**的条件：

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
2. 对于STEMI患者，缩短了从做完**首份心电图至确诊的时间**，且要求月平均小于10分钟
3. 经救护车或转诊入院的STEMI患者，从急救现场或救护车**远程传输**心电图至胸痛中心的比例不低于30%且在过去6个月内呈现增加趋势
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不超过20分钟
5. 对于接受PPCI治疗的STEMI患者，**月平均门-球时间**小于90分钟，且达标率不低于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
6. **导管室激活时间**小于30分钟



基层胸痛中心持续改进效果

持续改进效果

溶栓

适合溶栓的患者接受**溶栓**治疗的比例 $\geq 50\%$ 且在过去6个月内呈现增加趋势

经120入院的STEMI患者直达溶栓场所的比例大于50%或呈明显增加趋势

接受溶栓治疗的全部STEMI患者**进门-溶栓**时间已明显缩短，平均时间应 < 30 分钟，且 $\geq 75\%$ 的病例能达到此标准

经救护车入院的溶栓患者，首次医疗接触-溶栓时间呈现缩短趋势，且 < 30 分钟的比例 $> 30\%$

溶栓后早期（2小时内）转运的比例在增加



基层胸痛中心持续改进效果

持续改进

月平均**门-球时间**≤90分钟，且达标率≥75%

导管室激活时间<30分钟

PPCI

经救护车入院、接受PPCI治疗的STEMI患者，若从首次医疗接触到进门时间>30分钟，绕行急诊和CCU直达导管室的比例≥30%，且呈现增高趋势

自行来院、接受PPCI治疗的STEMI患者，绕行CCU从急诊科直接送入导管室的比例≥50%，且呈现增高趋势



基层胸痛中心持续改进效果（转运）

持续改进效果

转运

在除外合并心源性休克、急性左心衰等需要PCI医院派出救护车双程转运的患者之后，月平均入门-出门(door-in and door-out)的时间应 ≤ 30 分钟

在过去6个月内实施转运PCI的患者中，向接收转诊的PCI医院传输心电图的比例 $\geq 50\%$ 且呈现增长趋势

在过去6个月内实施转运PCI的患者中绕行PCI医院急诊科和CCU直到导管室的比例 $\geq 50\%$

- 流程图的优化改进
- 持续改进（阶段性数据）的效果
- 改进的措施是重点





持续改进常见问题与注意事项：

□ 缺乏会议记录原始扫描件

1. 缺乏改进前后流程图对比
2. 质量讨论会及病例分析会太少，或者集中在近期
3. 两会内容记录流于形式，没有具体内容
4. 不理解绕行的意义和概念



Thank you!