



基层胸痛中心认证标准 要素一解读

余宏伟

县级医院胸痛中心建设暨介入诊疗能力提升项目

2017-7-1 广州

CCPC

CCPC



要素一 基本条件与资质

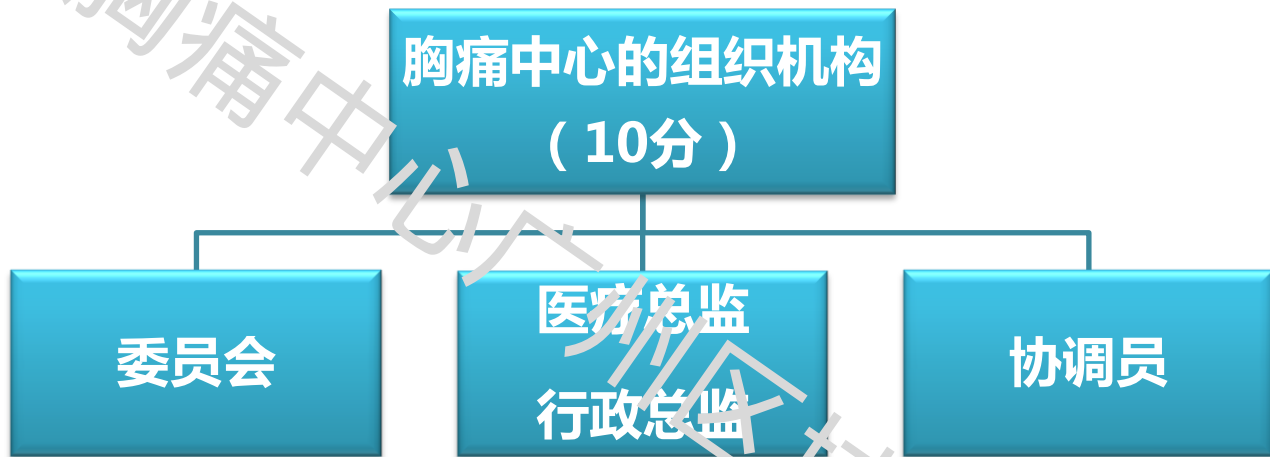
- 胸痛中心的组织机构
- 医院对胸痛中心的支持与承诺
- 胸痛急救的配套功能区域设置及标识
- 人员资质及专科救治条件
- 胸痛诊断及鉴别诊断的基本支持条件
- 时钟统一方案及管理
- 数据库的填报和管理

权重最大，占40%，是必须满足的条件



组织机构

胸痛中心成立并**实际运作至少6个月**以上才能申请认证



由**医院院长或分管医疗的副院长**担任胸痛中心委员会主任委员

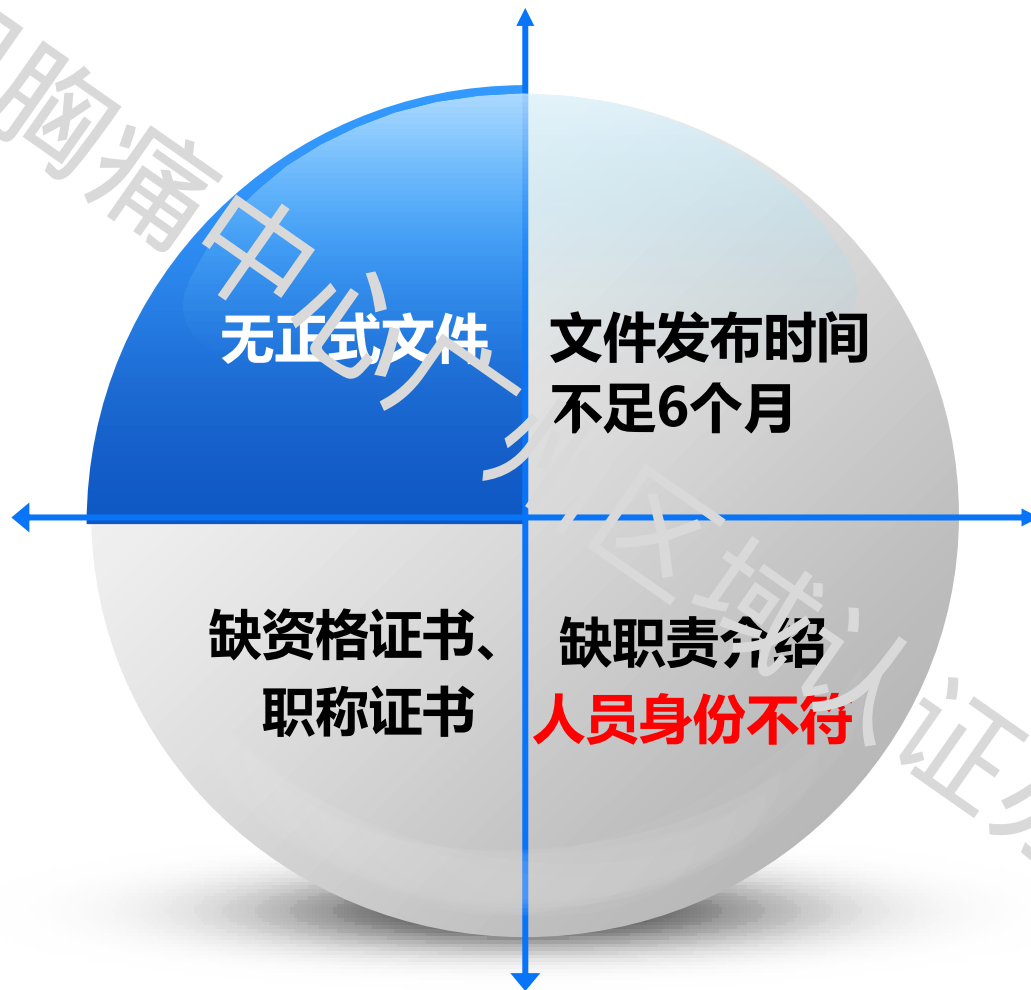
一名具有**心血管内科专业或急诊专业背景、中级以上职称**的医师担任胸痛中心医疗总监

一名从事**急诊或医疗行政管理工作**的人员担任胸痛中心行政总监

一名具有**急诊或心血管内科专业背景**的医师担任胸痛中心协调员



组织机构成立文件常见问题



规范示例

湘省医院发〔2016〕54号

医院关于成立胸痛中心的通知

各部（办）、总文、科室：

为使急性胸痛患者得到快速诊断和及时治疗，从而降低死亡率，经医院研究决定成立胸痛中心。为配合中国胸痛中心认证工作，推进胸痛中心建设，加强中心管理，现将相关内容通知如下，请各科室认真组织学习并严格执行。

一、成立胸痛中心的意义及目的

通过多学科协作模式，建立区域协同救治体系，统一诊疗规范，优化诊疗流程，为急性胸痛患者提供高效、便捷、最佳的治疗方案，以期达到缩短救治时间，改善预后和减少医疗费用支出。

二、成立胸痛中心委员会

主任：祝益民

常务副主任：李泉清

委员：杨劲松、刘志光、刘党仕、曹友德、刘建滨、

危安、潘宏伟、丁健、

张远林、刘棋、李放军、

医疗总监：郑昭芬

行政总监：韩小彤

秘书：潘宏伟

协调员：张宇、樊麦英、周玉成

胸痛中心委员会职责

（一）每月定期召开委员会会议，总结情况，对医疗环节提出针对性改进措施。

（二）制定胸痛中心“关键要素”预算。

（三）制定急性胸痛救治方案，并在调整流程。

（四）审核、制定胸痛中心各项规章制度，定期对培训效果进行跟踪、反馈、

（五）建立考核评估制度，定期进行

四、胸痛中心主要岗位设置及职责

主任：主持胸痛中心全面工作；

常务副主任：协助主任负责胸痛中心医疗总监

1. 全面负责胸痛中心医疗技术方面委员会职责。

2. 参与制定与胸痛中心“关键要素”有关的战略规划及财政预算。
3. 参与制订并组织实施胸痛中心的工作流程、目标和计划。
4. 定期进行技术分析和质量分析工作，并将相关情况汇总留档。

五、胸痛中心组织架构



湖南省人民医院
2016年5月9日



承诺函

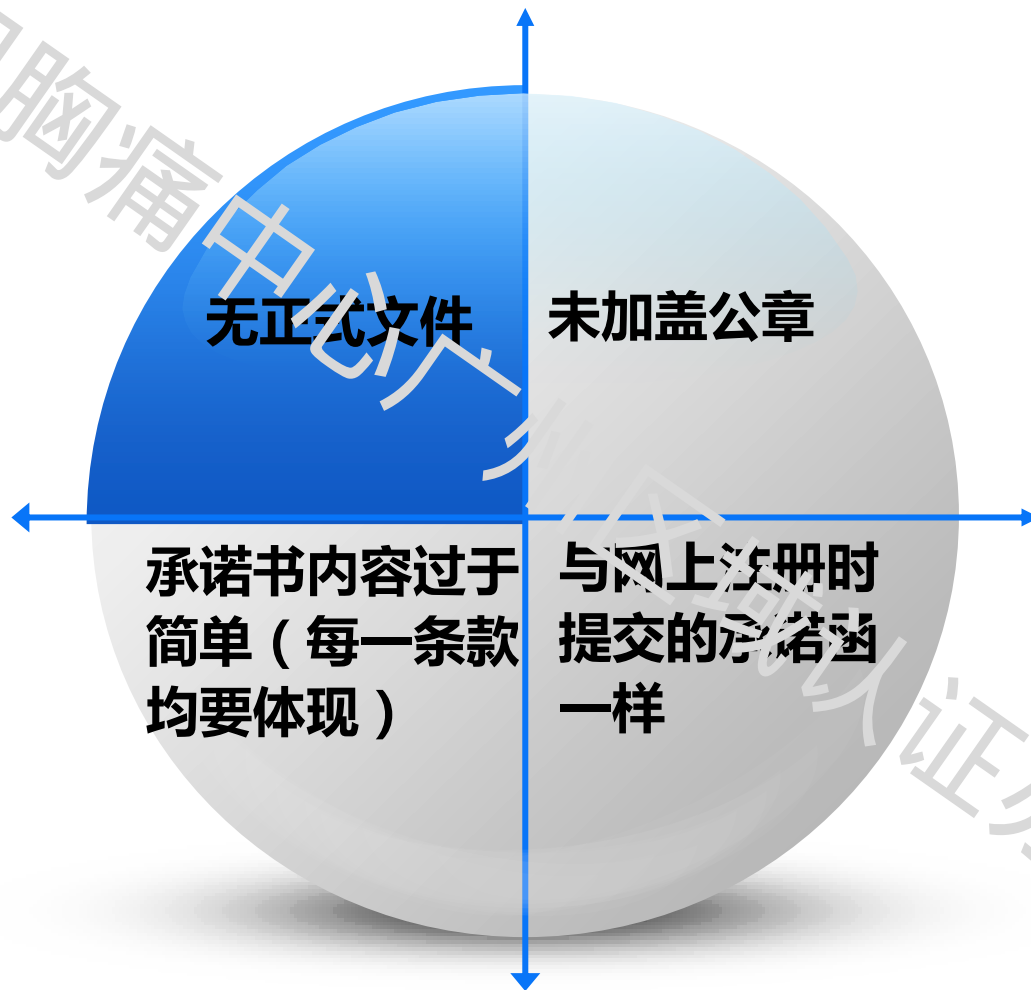
□ 医院对胸痛中心的支持与承诺（5分）

- ✓ 全力支持建设与认证
- ✓ 对功能分区、工作流程及管理制度进行调整
- ✓ 与院前急救系统及社区机构签署联合救治协议
- ✓ 实施培训计划
- ✓ 对救护车救治能力进行改造（非必须条件）

单项扣分，每缺1项扣1分



承诺函文件常见问题



功能区域设置及标识



胸痛急救的配套功能区域设置及标识

- 急诊科、胸痛中心的标识与指引
- 交通要道、入口、门急诊大厅各部门均有急性胸痛优先标识



胸痛急救的功能分区

- 分诊台、轮椅及担架车、床边心电图
- TNI检测、胸痛诊室、抢救室、留观室
- 分诊流程图、时间管理记录表

功能区域设置及标识

- 现场核查与微服私访均要检查和计分，避免临时性标记和突击准备现象
- 采用不恰当的LOGO和名称





人员资质及专科救治条件（20分）

□ 人员资质（基层胸痛中心）

- ✓ 至少有2名取得**中级职称**资格且从事心血管内科临床工作**3年**以上的心血管内科专业医师

解读（满足以下两个条件）：

获得心血管内科专业硕士以上学位或在三级甲等医院进修心血管内科专业6个月以上；

每年（认证时提交连续2年）参加ACS相关继续教育的证明；



人员资质及专科救治条件（20分）

□ 心血管专科条件（基层胸痛中心）一般条件

- ✓ 设有开放床位不小于20张的心脏专科病房或心脏病患者专用床位
- ✓ 应配有不少于2张的心脏重症监护室（CCU、ICU或EICU）或心脏重症专用床位
- ✓ 每年接诊/转诊的急性心肌梗死患者不少于30例



人员资质及专科救治条件（20分）

□再灌注策略（已经开展的必须选择）

常见勾选方式：

PPCI

PPCI+转运

PPCI+溶栓+转运

溶栓+转运

转运



人员资质及专科救治条件（20分）

□ 心血管专科条件（基层胸痛中心）选择溶栓策略

- ✓ 有专用的溶栓场所，具备抢救能力，常备溶栓药物，最好备用特异性纤溶酶原激活剂（强调绕行直达溶栓场所）
- ✓ 训练有素的溶栓团队，应由急诊和心血管内科/ICU专业人员组成，能熟练掌握STEMI的诊断、溶栓适应症、禁忌症、溶栓药物使用方法、溶栓注意事项、溶栓结果判定标准、各种并发症的处理以及心肺复苏能力



人员资质及专科救治条件（20分）

□ 心血管专科条件（基层胸痛中心）选择PCI策略

✓ 导管室基本条件：

(1)具备能进行急诊冠状动脉介入诊疗的导管室基本设备（DSA、监护设备——含无创和有创性血流动力学监护设备、呼吸机、除颤器、心脏临时起搏器、主动脉内球囊反搏仪等生命支持系统）；

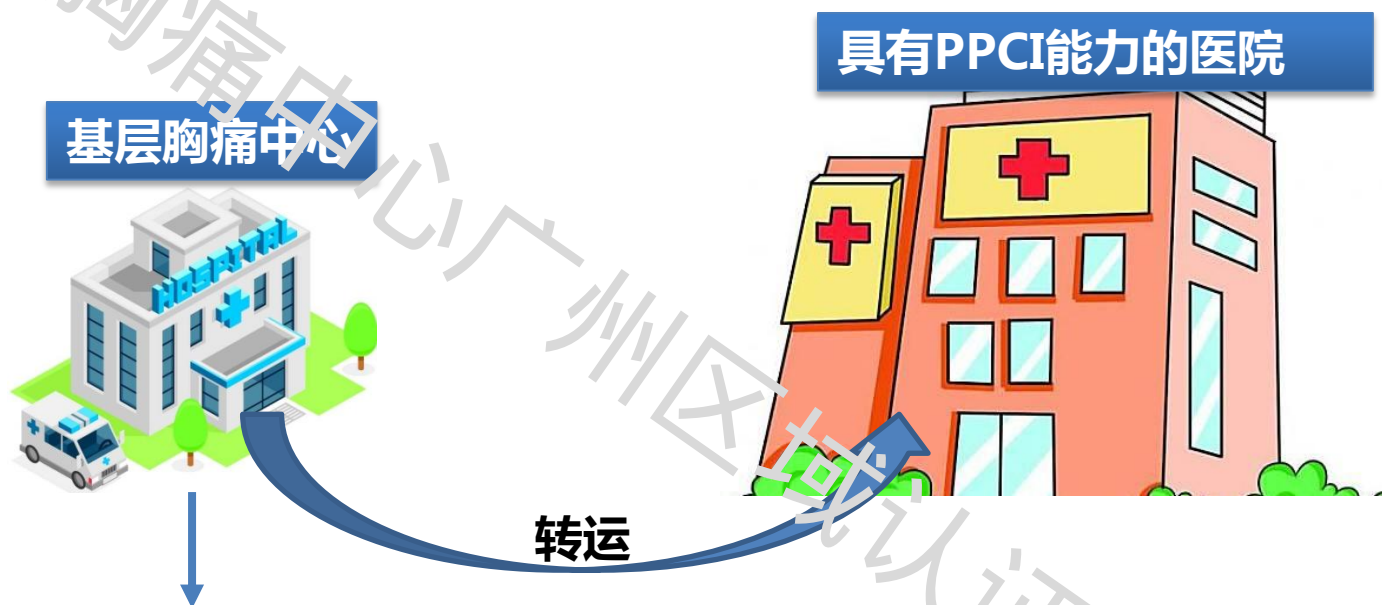
(2)介入人员资质：**至少一名**以上具备急诊PCI能力的介入医师，要求接受过规范的介入诊疗技术培训、**年手术量不低于75例**；

✓ 导管室从启动到开放(最后一名介入人员到达导管室)月平均时间小于等于**30分钟**



人员资质及专科救治条件（20分）

□ 心血管专科条件（基层胸痛中心）选择转运策略



与至少**1家以上**具有急诊PCI能力且导管室全天候开放的医院建立常规转诊机制

与PCI医院签订联合救治协议、再灌注流程图、一键启动机制、绕行急诊直达导管室的机制等，能确保所有STEMI患者在120分钟内完成转运

具备**全天候转运**STEMI患者的救护车、STEMI患者能在FMC后**30分钟内转出**



人员资质及专科救治条件常见问题

- 术量不达标（截图不清晰，描述含混）
- 直报系统个人截图不清晰（建议加文字说明）
- 培训证明材料不齐全
- 再灌注方案选择错误，缺乏数据支持

标有“资料+现场”字样的条款，网上要提交材料，现场要重新评估



诊断及鉴别诊断

□ 胸痛诊断及鉴别诊断的基本支持条件（10分）

- ✓ 1、建立了包括以远程实时传输心电图、微信群的信息共享平台，以及基于此平台的急性胸痛诊疗应急响应机制，以确保具有确诊能力的上级医师能及时为急诊一线全天候提供支持；
- ✓ 对于以转运PCI为主要再灌注策略的医院，该信息共享平台应与PPCI医院建立响应机制，以提高早期决策能力并为转运PCI患者绕行急诊直达导管室提供条件；
- ✓ 该信息共享平台至少要与**周边5家以上的基层医院**对接，以便及时为基层医院的急性胸痛患者提供心电图诊断等支持；



诊断及鉴别诊断

□ 胸痛诊断及鉴别诊断的基本支持条件（10分）

- ✓ 2. 具备随时进行超声诊断的能力，包括心脏超声及主动脉超声；
- ✓ 3. 具备多排螺旋CT增强扫描的条件，并能开展急诊主动脉、肺动脉CTA检查，从启动CT室到接受患者进行检查的时间在30分钟以内；（非必须条件，若达不到，需有改进措施）
- ✓ 4. 在对急性胸痛进行鉴别诊断时，能得到其它相关学科的支持，例如呼吸科、胸外科、消化科、皮肤科等；



诊断与鉴别诊断常见问题

- 不足3家医院
- 未制定专门的流程或者流程图
- 未提交信息传输和联络的实例
- 未提交超声和CTA的实例



时钟统一

□ 时钟统一方案及管理（15分）

- ✓ 已建立时钟统一**方案**，以确保各关键诊疗环节的时间节点记录的准确性
- ✓ 已制订了时钟统一**管理制度**，确保关键时间节点所涉及各类时钟、诊疗设备内置系统时间、各类医疗文书记录时间的**高度统一**
- ✓ 能提供落实时钟统一**管理制度**的客观记录，如时钟校对记录等（**落实**）



时钟统一常见问题

- 以各自的手机为时钟统一方案
- 各设备未能做到时钟统一
- 工作人员在实际工作中没有明确的时间记录意识，未形成习惯
- 无监督时钟统一落实的制度和办法
- 时钟校对记录流于形式、造假

时钟统一





数据库填报与管理

□ 数据库的填报和管理（20分）

- ✓ 已开始应用认证云平台数据库，并至少提供**6个月**的数据供认证时评估
- ✓ 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**
- ✓ 应有**专职或兼职**的数据管理员
- ✓ 对相关人员进行数据库使用方法和相关制度的**培训**
- ✓ 及时在数据库中建档，从**首次医疗接触时开始**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



数据库填报与管理

□ 数据库的完整性，应满足以下全部条件：

- ✓ 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
- ✓ ACS患者的登记比例应达到100%
- ✓ 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数据库填报平台）



数据库填报与管理

□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、知情同意等时间应能从**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**。

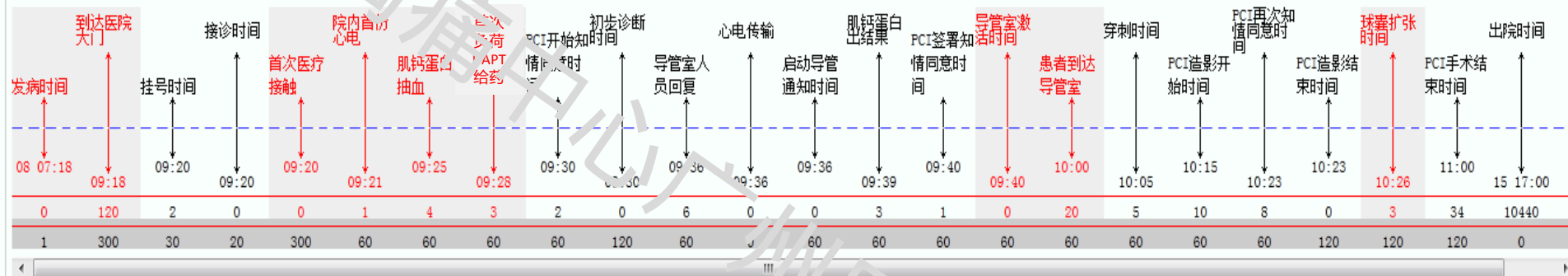


胸痛患者时间轨迹跟踪示例

住院ID: 244246

呼救时间: --, 诊断: STEMI

登记时间: 2014-12-08 09:20, [查看急救信息](#)



D2B时间: 68分钟

住院ID: 193451

呼救时间: --, 诊断: STEMI

登记时间: 2014-11-02 20:15, [查看急救信息](#)



D2B时间: 55分钟



数据库填报与管理常见问题

- 数据录入不全，尤其是中低危胸痛患者和主动脉夹层、肺栓塞患者的数据录入比例较低，微服私访病例的数据不全，STEMI患者占比很高。（数据漏报是严重问题）
- 不重视在FMC时开始建立云平台数据档案并进行前瞻性录入数据，由专人后续补录、导致时间节点的准确性和可信度不高，未建立数据管理的常态化机制。
- 未建立或落实数据库核查制度，随意录入加上缺乏核查机制导致出现严重的极端数据却无人知晓。
- 时间节点的定义理解不准确，导致关键时间节点溯源困难。



Thank you!