



中国胸痛中心

China Chest Pain Center



易绍东，医学博士、广州军区广州总医院心内科副主任医师

全军微血管病委员会青年委员

广东省医师协会心血管病学分会委员

广东省胸痛中心协会理事、副秘书长

中国胸痛中心认证专家

中国胸痛中心认证广州办公室 主任



五大要素材料提交的常见问题

易绍东

2017年第五批次胸痛中心认证网络培训会

2017-8-17 广州



仔细阅读标准

中国胸痛中心认证标准 (第五版)

(中国胸痛中心认证工作委员会, 2015年11月修订)

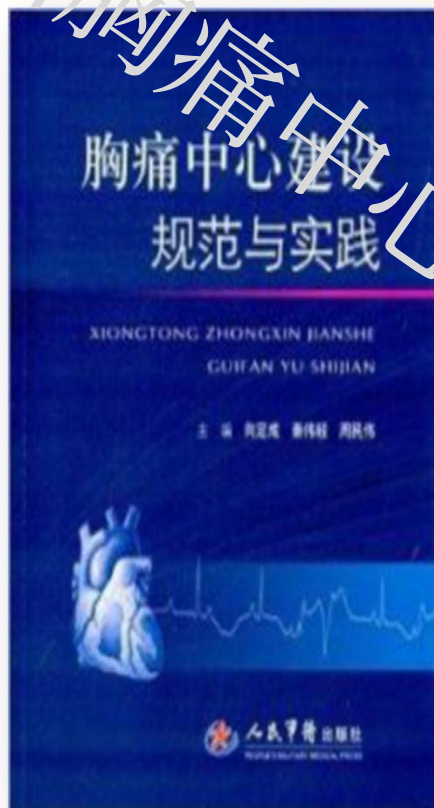
中国基层胸痛中心认证标准 (第一版)

(中国胸痛中心认证工作委员会制订, 2015年11月)

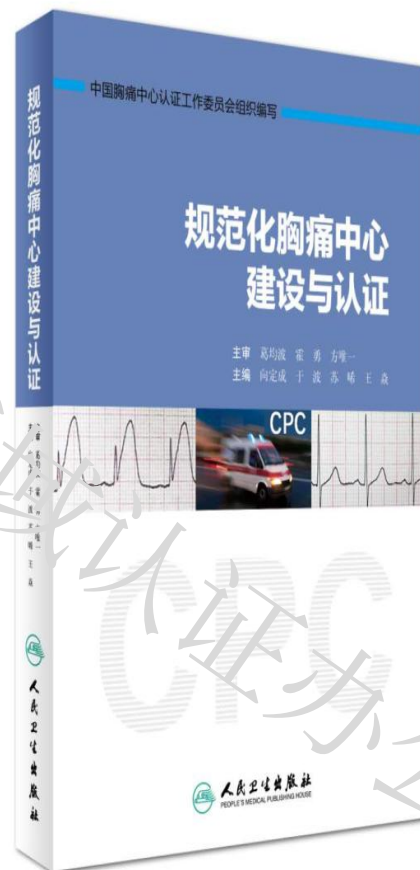
直接经皮冠状动脉介入治疗 (PPCI) 是 ST 段抬高急性心肌梗死 (STEMI) 最有效的治疗手段, 但我国现阶段医疗资源分布不均, 很多地区尚不具备开展 PPCI 治疗的条件。对于不具备 PPCI 条件的基层医院 (包括已经开展 PCI 技术但无法达到 PCI 医院认证标准的医院), 建立规范化胸痛中心对及时明确诊断、减少发病后早期延误、及时实施转运 PCI 或溶栓治疗具有重要的意义, 这也是我国急性心肌梗死区域协同救治体系的重要组成部分。为引导基层医院进行规范化胸痛中心建设, 特制订中国基层胸痛中心认证标准。该标准包含五大要素, 分别是: 基本条件与资质、对急性胸痛患者的评估和救治、院前急救系统与院内绿色通道的整合、培训与教育以及持续改进。



参考书



第一版



第二版



提交材料的方式错误

问题：一项条款，上传N个材料

2名心血管专科医师的

3.15 胸痛中心与120共同制订从胸痛呼救到从发病现场将急性胸痛患者转送至胸痛中心的急救预案、流程图以及联络机制，并进行联合演练

执行日期	类别	材料	操作
3.15演练方案			
2016-07-18	3.15演练方案	3.151.pdf	查看 ☐ 满足
3.16演练现场照片或视频资料			
2016-07-18	3.16演练现场照片或视频资料	3.152.jpg	查看 ☐ 满足
2016-07-18	3.16演练现场照片或视频资料	3.153.jpg	查看 ☐ 满足
2016-07-18	3.16演练现场照片或视频资料	3.154.jpg	查看 ☐ 满足
2016-07-18	3.16演练现场照片或视频资料	3.155.jpg	查看 ☐ 满足
2016-07-18	3.16演练现场照片或视频资料	3.157.jpg	查看 ☐ 满足
2016-07-18	3.16演练现场照片或视频资料	3.158.jpg	查看 ☐ 满足
2016-07-18	3.16演练现场照片或视频资料	3.159.jpg	查看 ☐ 满足
2016-07-18	3.16演练现场照片或视频资料	3.1510.jpg	查看 ☐ 满足



建议：将每项类别材料整合到一个文档上传，以便专家的审核

上传认证材料（可上传图片、PDF、WORD、EXCEL、PPT格式，大小不超过5M）

执行日期	类别	材料	操作
4.10 培训计划			
2016-05-15	4.10 培训计划	4.10 针对医院领导、医疗管理、行政管理人员的培训计划.pdf	查看 ☐ 满足
4.11 讲稿 【请同时上传以下材料】			
2016-05-15	4.11 讲稿 【请同时上传以下材料】	4.11 针对医院领导、医疗管理、行政管理人员的培训讲稿.pdf	查看 ☐ 满足
4.12 培训记录			
2016-05-15	4.12 培训记录	4.12 针对医院领导、医疗管理、行政管理人员的培训记录.pdf	查看 ☐ 满足
4.13 签到表			
2016-05-15	4.13 签到表	4.13 针对医院领导、医疗管理、行政管理人员的培训签到表.pdf	查看 ☐ 满足
4.14 能显示授课时间、包括授课人及第一张幻灯片在内的照片以及包括听众在内的授课场景照片或视频			
2016-05-15	4.14 能显示授课时间、包括授课人及第一张幻灯片在内的照片以及包括听众在内的授课场景照片或视频	4.14 针对医院领导、医疗管理、行政管理人员的培训照片.pdf	查看 ☐ 满足



中国胸痛中心
China Chest Pain Center

要素一 基本条件与资质

- 权重最大，占40%，是必须满足的条件



1、组织机构成立文件常见问题





问题：不符合公文的格式，且压缩形式看不到具体的内容

为配合国家认证和加强胸痛中心管理，促使各中心更好的协调，统一诊疗标准，优化治疗流程，推进胸痛中心的建设又好又快发展，特制订本管理办法。

一、组织结构

(一) 胸痛医疗中心委员会

主任：朱明军

副主任：李素云 赵敏 关怀敏

委员：任敏青 李元周 关怀敏 余建中 任丽霞 杨丽霞 葛恒春 刘宇 杜廷海 周伟 郝金红 李建中 王永霞 刘新旭 白照祥 周庆强 王爱清 强林萍 任伟堂 隋晓霞

委员会下设办公室，办公室主任由关怀敏同志担任，负责处理胸痛医疗中心的日常工作。

设总医 2 名，行政总医：郝金红；技术总医：陈玉善 设协调员 2 名，行政协调员：任丽霞；技术协调员：

李兴康

设秘书 1 名：罗明华

1. 委员会主要岗位职责

定期召开委员会，总医分析上一个阶段的工作情况，对医疗质量提出针对性改进措施；制定与胸痛中心“关键要素”有关的战略规划及财政预算；审议由总医提交的胸

痛医疗中心年度工作计划、胸痛中心发展战略、各类流程；审核胸痛中心各类培训计划及方案，定期对培训效果进行跟踪、反馈、修订；建立考核评估制度，定期进行评估并修改工作流程；组长主持胸痛中心全面工作；副组长协助主任委员负责胸痛中心的日常协调工作。

2. 成员及分工

(1) 总医室：承担具体规划、协调和全等指导工作，负责胸痛中心工作开展工作和涉及到的医疗制度的制订和执行，在医疗纠纷处理、医疗培训培训安排等，具有调动和使用医院内外各种资源完成胸痛中心任务的权利。

(2) 护理部：负责护理工作协调和培训。

(3) 质管办：负责胸痛中心中医疗质量管理。

(4) 市场部：负责胸痛医疗中心各类资料的编制和传递，负责胸痛中心对外联络和协调工作。

(5) 信息科：负责胸痛中心电子病历、网络等工作。

(6) 心脏中心：负责胸痛中心知识培训教学和交流工作。

3. 总监职责

(1) 技术总监

全面负责胸痛中心技术方面工作，直接对胸痛医疗中心委员会负责；主持制订胸痛中心的发展战略和计划、各类培训计划及方案；负责技术队伍建设和管理，包括技术制度的制订、培训队伍训练和管理；加强与多学科合作，提供技术支持；主持制订并组织实施胸痛中心的各类工作。

流程、目标和计划；定期进行技术分析和质量分析工作，主持典型病例讨论会和质量分析会，制定改进措施；参与制定与胸痛中心“关键要素”有关的战略规划、实施及财政预算。

(2) 行政总监

全面负责胸痛中心的日常行政管理，直接对胸痛中心委员会负责；主持胸痛发展战略和计划的制定，参与培训计划的制订和组织实施；参与制订并组织实施胸痛中心的工作流程、目标和计划；负责联合病例的汇总工作，对会议讨论的重大问题，组织调研并做出报告；根据工作计划和考核责任指标，定期组织检查落实情况，及时向委员会其他科室反馈信息；参与制定与胸痛中心“关键要素”有关的战略规划、实施以及财政预算；负责胸痛中心的急诊及院前急救工作，与 120 的协同工作。

4. 协调员职责

配合技术总监和行政总监做好日常管理及主要科室之间的协调工作；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；参与制订并组织实施胸痛中心的工作流程、目标和计划；定期进行技术分析和质量分析工作，并撰写工作情况汇报资料；作为美国胸痛中心协会和广东省胸痛中心协会的成员单位，代表总医定期与协会进行沟通与协调。

5. 秘书职责

负责各类文书工作，在总医和协调员的领导和指导下

移次配置的联络图，即医院要有专人负责委员会各成员，一旦该联系人不能及时工作时，必须按第二和第三选择的联系方式，以保证医院能及时得到胸痛中心专家的远程支持。

基层医院如果需要胸痛中心远程会诊，在拨打 120 联系心电图后，通过电话联系方式，第一时间首先联系会诊医师，将心电图以彩信形式发送至会诊医师手机，并联系会诊医师医师，若无电话联系该负责医师，直接联系二线值班医生进行远程会诊，值班医生亦无法会诊时，联系二线

的导医室，并要有能独立完成急诊介入治疗手术的相关人员作为快速反应急救队伍，要求能在接到启动导管室指令后 30min 内开放导管室接治患者并启动急诊治疗手术。

4. 培训制

胸痛中心需要与不同基层医院建立院际合作，形成区域协作医疗关系，并需要实施统一的诊疗方案和流程。因而，胸痛中心必须承担对基层医院的培训教育任务，通过对基层医院的全员培训、专科培训等实现统一的诊疗

远程实时传输（手机短信、微信、手机视频通话）的使用，独立完成救护车救援转移 ICD 救护车上的所有急救设备技术支持，要求能在移动的救护车上完成气管插管、呼吸机的使用、临时起搏器和 IABP 的调节、除颤仪等操作。熟悉各类急救药品的使用，同时胸痛急救组在转运途中 0 时与院内专科人员尤其是心内科内人员随时保持联系，在诊疗过程中随时得到专业医师的远程指导；熟悉各类胸痛患者应该如何实现院前急救与院内诊疗环节的无缝衔接。



医院文件

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、刘觉仕、曹友德、刘建滨、

危安、潘宏伟、丁健、
张远林、刘祺、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

三、胸痛中心委员会职责

（一）每月定期召开委员会会议，
情况，对医疗环节提出针对性改进措施。

（二）制定与胸痛中心“关键要素”
预算。

（三）制定急性胸痛救治流程，并
调整流程。

（四）审核、制定胸痛中心各类培
训，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

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
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、胸痛中心组织架构图



湘省医院
2016年5月9日



合作协议

甲方：_____医院

乙方：_____医院

“急性胸痛”是急诊病人常见症状，涉及多个器官系统，与之相关的致命性疾病包括：急性冠脉综合征（ACS）、主动脉夹层、张力性气胸等。急性冠脉综合征的发病率和死亡率在我国逐年增加，且呈年轻化趋势，成为我国居民致死、致残和导致劳动力丧失的重要原因，早期识别和早期治疗可明显降低 ACS 死亡率，改善远期预后。

北京_____医院胸痛中心致力于规范化的胸痛救治流程，对急性胸痛患者进行快速准确的诊断和风险评估，显著降低胸痛确认时间，降低 STEMI 再灌注时间，缩短 STEMI 住院时间，降低胸痛患者再次就诊次数和在住院次数，减少不必要的检查费用，改善患者的健康相关生活质量和就诊满意度。

为了进一步提高急性胸痛患者的急救治疗水平和抢救成功率，甲乙双方经友好协商，达成协议如下：

三十七、在符合急转运原则的情况下，甲方将急性胸痛患者运送至乙方进行治疗。

三十八、甲方急救工作人员与乙方胸痛中心医务人员定期会面（至少每季度 1 次），讨论与完善急性胸痛患者救治流程。

三十九、甲方与乙方定期进行急性心梗患者的救治演练。

四十、乙方应定期对甲方急救人员进行早期心脏病发作治疗及 ACS 体征和治疗的相关培训。

四十一、应对甲方应对乙方全面免费开放学术交流平台包括各种国际会议，继续教育培训班，业务讲座、病例讲座等。

四十二、乙方将免费接收甲方急救人员进行短期进修、培训、参观。

四十三、甲乙双方紧密合作申报各级各项与急性胸痛院前急救系统建设相关课题。

四十四、乙方应建设与甲方救护车无线心电图传输相匹配的接收系统，确保甲方救护车上患者的心电图等相关资料可直接传至乙方急诊科和胸痛中心相关医师。

四十五、不尽事宜，经双方友好协商解决；甲乙双方签署的补充协议具有同等法律地位。

本协议一式三份，甲乙双方各持一份，报市卫生局备案 1 份，本协议自签字盖章之日起生效，有效期一年，期满前一个月续签，逾期不签，协议自动终止。

甲方盖章

甲方代表签字：_____

2016 年 1 月 12 日

乙方代表签字：_____

2016 年 1 月 12 日



- 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



基层胸痛中心STEMI流程

请申请单位根据本单位目前实际开展的再灌注治疗方法进行下列选项（单选或多选，已经开展的必须选择）：





基层胸痛中心STEMI流程

□ 常见勾选方式（已经开展的必须选择）

- ✦ **PPCI**（有能力、有人员、有制度，仅仅量不够）
- ✦ **转运**（基层中的基层）
- ✦ **溶栓+转运**（溶栓的患者一定要规范）
- ✦ **PPCI+转运**（PPCI能力有欠缺，但基本能完成，离上级医院较近，外科能力欠缺）
- ✦ **PPCI+溶栓+转运**（只有1个介入医师，离上级医院较远，必须兼顾）



2、诊断与鉴别诊断常见问题

• 常见问题:

1. **联合救治实例不充分:** 微信与数据库截图未体现**医院**与五家基层医院实现 信息共享, 提供诊断支持、启动导管室, 实施转运PCI的STEMI患者绕行急诊科和CCU直达导管室的全过程
2. **超声和CT室的管理制度不规范:** 未体现从启动到接受患者进行检查的时间在30分钟以内, 如果目前无法达到, 未提交具体的改进措施



中国胸痛中心
China Chest Pain Center

微信传输证据不充分

问题：未体现哪个单位



问题：未体现联合救治过程





3、时钟统一常见问题

- 常见问题:

- 1 方案与制度文件制定不规范
- 2 各设备未能做到时钟统一
- 3 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
- 4 时钟校对标准不统一或不明确
- 5 无监督时钟统一落实的制度和办法



时钟统一方案与管理制度

- **时钟统一方案**（实施方案）：医院说明以什么方式统一（伴随表、商丘时钟、还是卫星同步时钟），时间统一的原理是什么，计时的方法，哪些部门钟表与仪器需要时间统一，检查与校对的方法和具体步骤，质控等具体内容。
- **时间统一管理制度**（管理条例）：实现管理目标所采取的组织，控制，协调，反馈。



中国胸痛中心
China Chest Pain Center

诊疗地点时钟统一



EICU



CCU



护士站



导管室



诊室



急救车



中国胸痛中心
China Chest Pain Center

诊疗设备时钟统一



钟表



心电图机



除颤仪



DSA



监护仪



呼吸机



落实到具体责任人的校对记录

检查时间	时钟1
2018	
6-6	0
6-7	
6-13	0
6-14	
6-20	0
6-21	
6-27	0
7-4	0
7-11	0
7-12	
7-25	0
7-26	
8-1	0
8-8	0
8-9	
8-15	0
8-16	
8-22	0
8-23	
8-29	0
备注: 1. 先分填 "+1"	

检查时间
8-22
8-23
8-29
8-30
P-5
P-6
P-12
P-13
P-19
P-20
9-26
P-27
10-3
10-11
10-11
10-17
10-24
10-31
备注: 1. 波钟快1

珠海市人民医院胸痛中心时钟统一检查登记表												科室: 南区介入手术室	
检查时间	(时钟/电脑/仪器) 误差时间										校正情况	检查人	
	105A机 (2号手术室)	205A机 (2号手术室)	305A机 (2号手术室)	4号时钟 (2号手术室)	5号时钟 (手术室过道)	6号办公室电脑 (护士工作站)	7号办公室电脑 (医生办公室)	8号办公室电脑 (医生办公室)	9号办公室电脑 (医生办公室)	10号办公室电脑 (医生办公室)			
8月15日	0	0	0	0	0	0	-1	0	0	0	已校正	黄楚品	
8月22日	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		王先永	
8月29日	0	0	0	0	0	0	0	0	-1	0	已校正	黄楚品	
9月5日	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		王先永	
9月12日	0	-1	0	0	0	0	0	0	0	0	已校正	黄楚品	
9月19日	0	0	0	0	0	-2	0	0	0	0	已校正	黄楚品	
9月26日	0	0	0	0	0	0	0	-1	0	-1	已校正	王先永	
10月10日	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		王先永	
10月17日	0	0	0	0	0	0	-1	0	0	0	已校正	黄楚品	
10月24日	-1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	已校正	王先永	

备注: 1. 先将科室内需校正的时钟/电脑/仪器进行固定编号; 2. 检查时间: 每周二早上8:00-9:00, 与电波钟时间为准进行对比, 无误无需填写, 比电波钟时间快/min填+, 慢/min填-, 依次类推; 有误差请进行校正并签名。

备注: 1. 先将科室内需校正的时钟/电脑/仪器进行固定编号; 2. 检查时间: 每周二早上8:00-9:00, 与电波钟时间为准进行比较, 无误差填"0", 比电波钟时间快/min填"+", 慢/min填"-", 依次类推; 有误差请进行校准并签名。



• 常见问题:

1. 每个地区的120模式不一样
2. 演练：证据不充分、不真实
3. 培训：只有院前出车人员，无120调度人员培训
4. 联合会议无120人员参会



医院应与院前急救系统签署合作协议

□ 医院应围绕急性胸痛救治与本地区120签署**正式的合作协议**（协议必须在正式申请认证之前**至少6个月签署生效**）

甲方：武汉市急救中心（以下简称甲方）

乙方：武汉亚洲心脏病医院（以下简称乙方）

遵照国家卫计委《关于加强城市急救工作的意见》、《院前医疗急救管理办法》、《武汉市院前医疗急救条例》，结合我市院前急救工作特点，探索具有武汉特色的院前急救模式，为更好地满足武汉经济建设及市民的院前急救需求，保障人民群众身体健康，经协商，甲、乙双方共同加强院前急救网络医院急救站建设达成一致意见，特签订协议如下：

一、甲方权利及义务：

（一）根据急救站点建设要求，经市卫计委审批同意，甲乙双方共建“武汉市急救中心坐落路胸痛急救站”（以下简称坐落路胸痛站）。

（二）急救站点的名称，以该急救站点所处地域名称进行命名。

（三）甲方提供乙方统一的院前急救收费标准及发票，并监督执行院前急救收费标准。

（四）甲方提供乙方统一的院前急救操作技术标准、急救医疗文书及各项规章制度，并监督执行。

（五）甲方按实际通话费收取车载移动电话费。每月按电信部门通话费单据，向乙方据实收取。

（六）甲方提供院前急救行业统一的急救标识和急救服装的样式标准，乙方自行购买。

（七）甲方负责对乙方急救站点工作人员进行岗位业务培训与技术指导，乙方支付培训费用。

（八）甲方负责救护车GPS、定位天线、电话手柄、无线电台等通讯设备的维护，并向乙方收取相关通讯设备维护费。

（九）甲方120指挥中心按照院前急救调度原则及范围，对乙方急救站点急救单元进行合理调度，并实施全程调度管理。

（十）甲方负责定期对乙方急救站点、院前急救工作情况进行检查，并通报反馈。

（十一）乙方在院前急救工作中发生重大医疗事件、行政建设、医疗事故、车辆安全等问题时，甲方有权责令该急救站点停业整顿、限期整改，直至报市卫计委批准撤销其营业资格。

二、乙方权利及义务：

（一）乙方在与甲方开展院前急救合作共建急救站的同时，应取消现有“122急救”或“交通事故急救”等字样的车辆标识，依据规定与120网实施。

（二）乙方自备救护车壹台（内含GPS信息系统、无线通讯系统、担架床、铲式担架、氧气瓶、便携式心电图机等设备），保证救护车按照国家相关规定能够正常运行。

（三）乙方根据《武汉市院前急救网络医院急救站（点）管理办法（试行）》，按照标准为急救站点配置工作用房、急救人员、急救车辆、医疗设备、专线电话等，并通过评审考核验收。

附件：1、武汉市院前急救网络医院急救站急救单元设备配备标准

2、武汉市院前急救网络医院急救站内科箱配置标准

3、武汉市院前急救网络医院急救站外科箱配置标准

4、武汉市院前急救网络医院急救站随车医疗器械清单

5、武汉市院前急救医务人员工作流程

6、武汉市院前急救病人流向操作规定

7、武汉市院前急救网络医院急救站急救人员准入管理规定

8、武汉市院前急救网络医院急救站医护人员技术要求

9、武汉市院前急救收费项目和标准

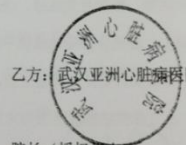
10、武汉市院前急救网络医院急救站（点）综合考评标准



主任（授权代表）

签章：汪明祥

2014年元月26日



院长（授权代表）

签章：D32

2014年元月26日



中国胸痛中心
China Chest Pain Center

120与本院是依托关系、 同一个法人

证明

中国胸痛中心：

根据毕节地区卫生局毕署卫发（2008）62号文件精神，地区“120”已于2008年5月正式开通，同时要求县急救中心及时开通，县“120”急救中心由县人民医院于2009年负责组建，至今挂靠在我院急诊科。

特此证明！



县卫生和计划生育局文件

岑卫计复字〔2016〕55号

关于将县急救中心设在县人民医院的 批 复

县人民医院：

你院报来的《关于请求将县急救中心设置县人民医院的请示》已收悉，经研究，原则上同意将县急救中心设在县人民医院，请按照相关程序和要求做好项目申报、建设等工作。





要素四

培训与教育

- 权重占10%，条款众多，每一条款都有具体分值，要求注重积累



• 常见问题：

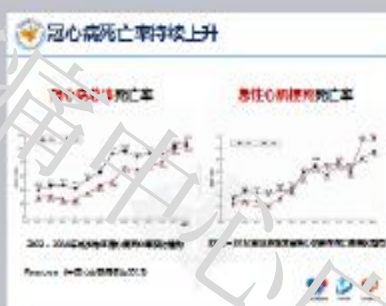
- 1 培训与教育没有系列性的做准备，突击现象
- 2 讲稿没有针对性，一个讲稿覆盖所有人群
- 3 培训内容与条款不符，
- 4 用其他不相关的照片及记录代替
- 5 签到表不规范
- 6 培训记录：“一支笔”现象
- 7 培训对象不明确



中国胸痛中心



1



2



3



4



5



6



7

NCDR-CATHPCI: D2B与死亡率

	2010-2014	2015-2017	2017-2019	2020-2022	P-value
ASA HD					
Non-D2B, mm	33.7	34.4	33.7	34.4	0.02
Normal	12.8%	11.2%	11.4%	11.2%	0.38
Andersen II					
Non-D2B, mm	36.5	36.5	36.5	36.5	0.00
Normal	7.4%	6.4%	6.4%	6.4%	0.00
Cardiogenik shock					
Non-D2B, mm	55.0	54.0	54.0	54.0	0.00
Normal	17.4%	15.5%	15.4%	15.4%	0.00

8



9



10



中国胸痛中心
China Chest Pain Center

培训照片





中国胸痛中心
China Chest Pain Center

时间造假



湖南
的7
月



中国胸痛中心
China Chest Pain Center

培训场所





每次培训做好资料收集，会后实时上传网站

4.15 培训计划

执行时间：是指当时会议培训时间，不是上传材料时间

执行时间

未选择文件..

选择文件

上传

4.16 讲稿【请同时】

讲稿：符合条款要求，上传全部课件的内容，格式为PDF

执行时间

未选择文件..

选择文件

上传

4.17 培训记录

培训记录：不要流于形式，要体现大纲内容

执行时间

未选择文件..

选择文件

上传

4.18 签到表

签到表：要注明单位、科室、职务（职称）

执行时间

未选择文件..

选择文件

上传

4.19 能显示授课时间、包括授课人及第一张幻灯片在内的照片以及包括听众在内的授课场景的照片或视频资料

执行时间

未选择文件..

选择文件

上传



- 杜绝低级错误、避免全盘照搬
- 展示窗口、初审的第一印象
- 仔细阅读条款及说明、高度责任心
- 一、三、四 是必要条件，易得分

什么是通过认证的充分必要条件？



胸痛中心的核心工作

要素二

流程制定与执行



要素五

时间节点及数据库管理所体现的
持续改进



日常工作常态

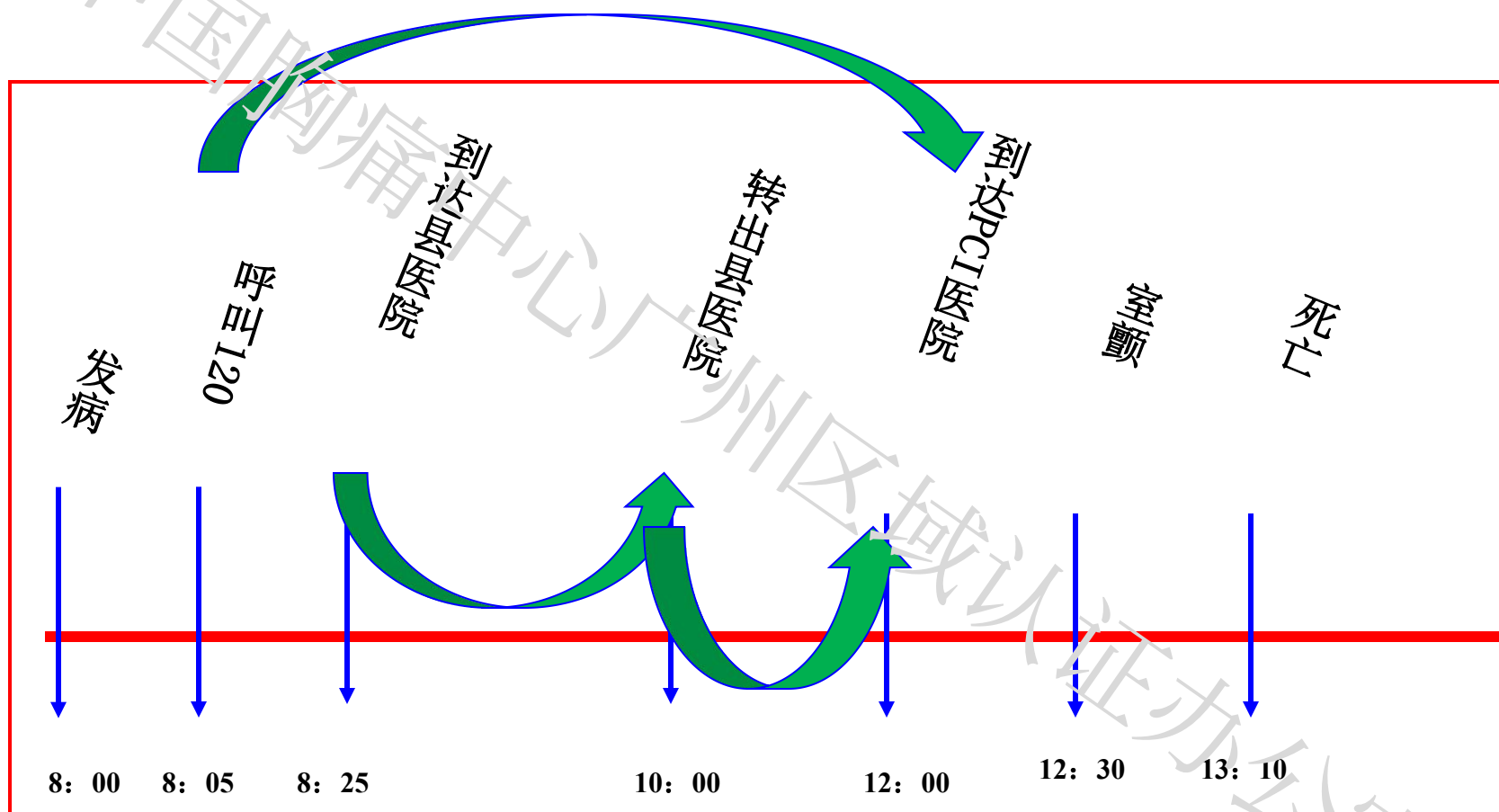
- 按习惯处置
- 等上级指示
- 凭个人经验

- 犹豫不决
- 贻误战机
- 医疗偏差



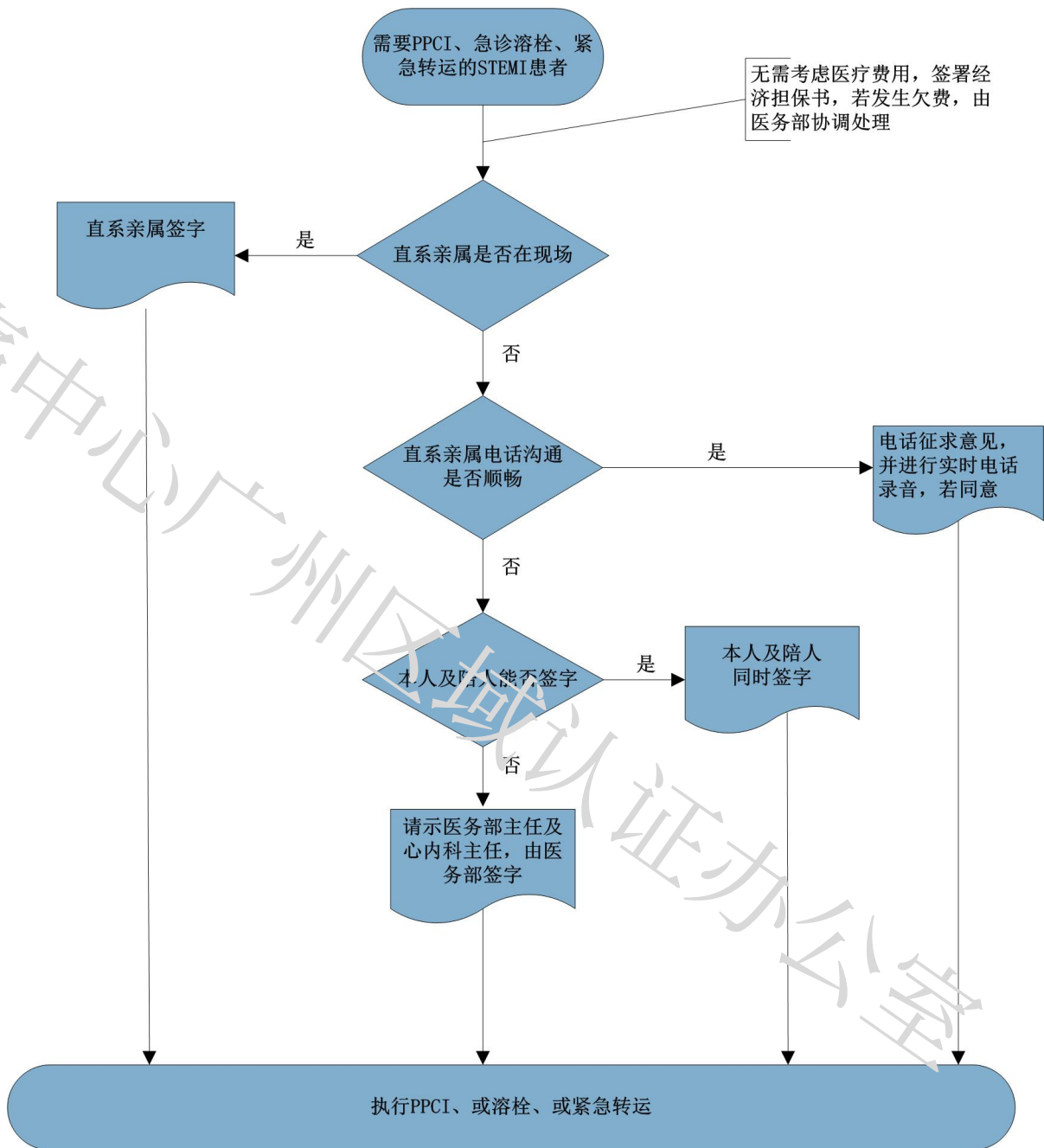


规范流程，缩短时间





获得知情同意流程图

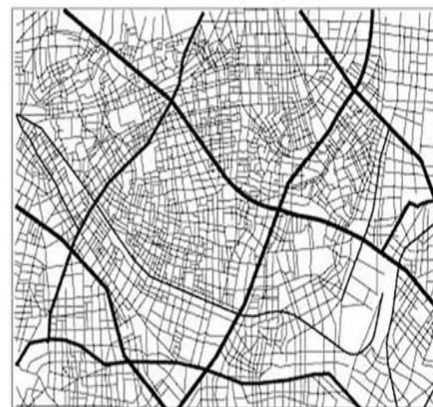




中国人过马路为什么这么难



东京:



北京:





中国交通法规

《中华人民共和国道路交通安全法》第四十七条：

机动车行经人行横道时，应当减速行驶；遇行人正在通过人行横道，应当停车让行。机动车行经没有交通信号的道路时，遇行人横过道路，应当避让。



澳大利亚交通法规

- 一、接近人行横道的车辆应控制车速，以便在必要时能在到达人行横道之前停车。
- 二、车辆接近人行横道或在人行横道行驶时，有行人正在人行横道上通行，车辆应减速或停车，让行人先通过。
- 三、当车辆接近人行横道时，如果行人正在通过人行横道，那么车辆应该在接近人行横道之前停车，直到人行横道上没有行人时才能行进。
- 四、当车辆在人行横道上行驶时，有行人在人行横道上行进，那么车辆应该停车，直到人行横道上没有行人时才可行驶。
- 五、任何车辆在靠近人行横道或在人行横道上停车时，从其后面接近该车的任何其他车辆都不准超越并通过停下的车辆。



要素二 对急性胸痛患者的评估及救治

- 急性胸痛早期快速甄别
- 对明确诊断为STEMI患者的再灌注流程
- 对初步诊断为NSTEMI/UA患者的危险分层及治疗
- 对低危患者的评估和处理
- 院内发生ACS的救治
- 主动脉夹层及肺动脉栓塞的评估

占20%权重



流程、规范、绿色通道

绿色通道建设

通过流程图来体现

流程图要涵盖所有的诊疗环节

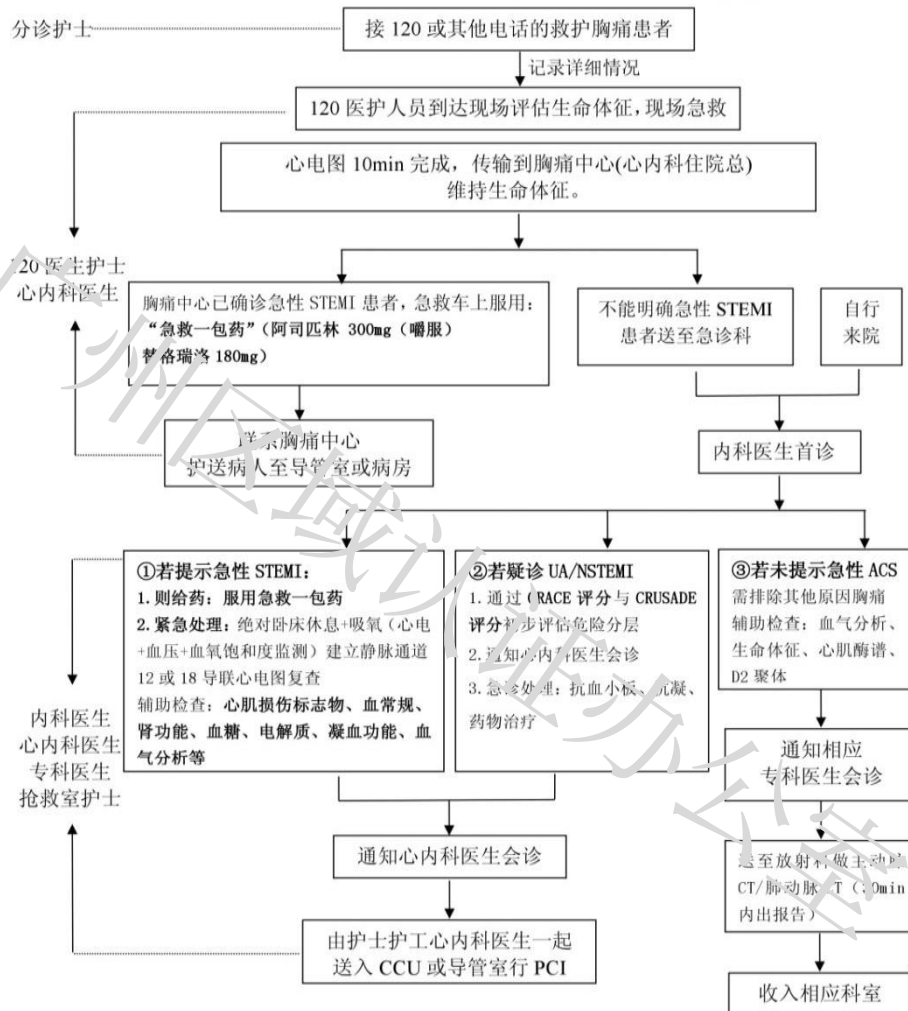
符合指南精神、且要切实可行

第一

流程图未能体现
出**岗位化**特点

分诊流程图不是为护士
设计的，过于繁琐

急性胸痛急诊分诊处理流程（第四版）





常见问题

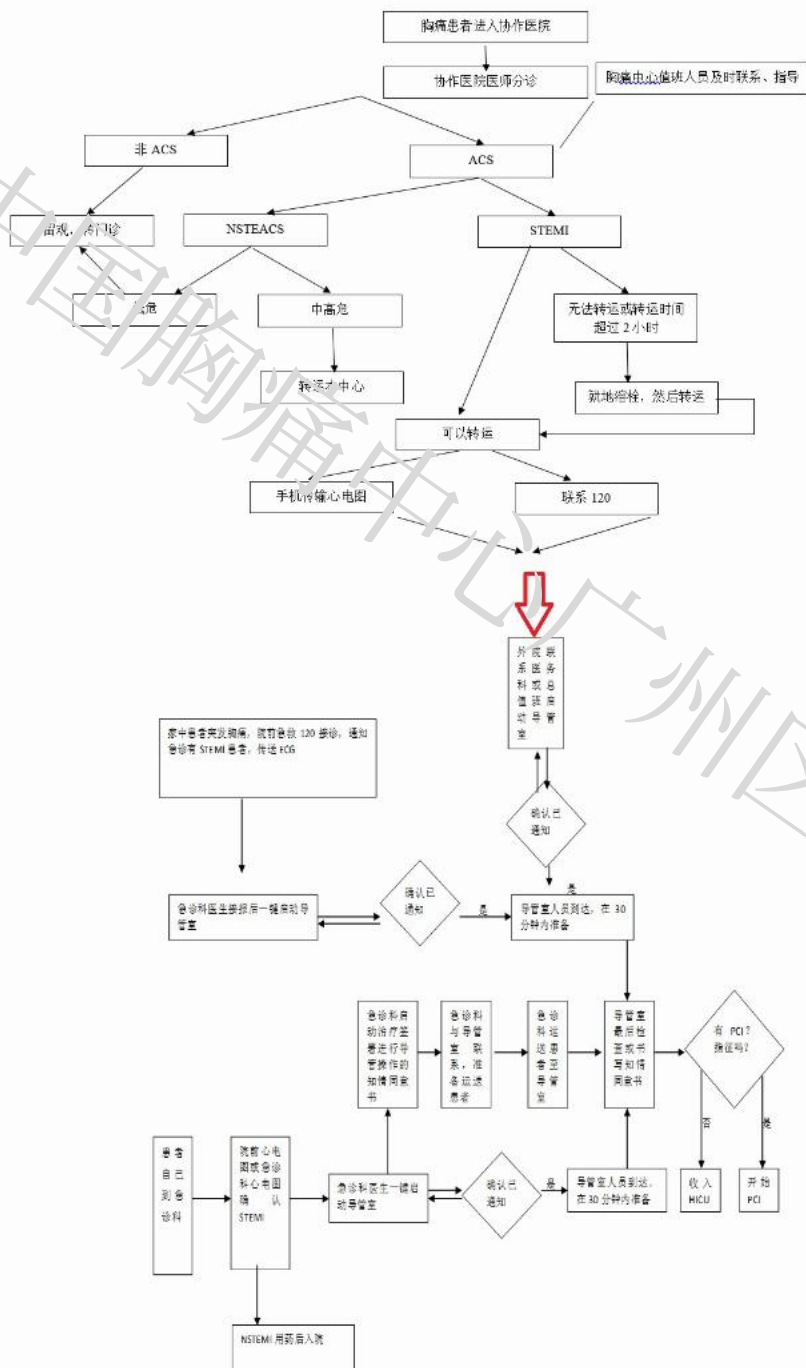
第二

多种流程图共用，都是同一份流程图

**分诊流程图与鉴别诊断流程图混淆或共用
绕行流程图，先救治后收费流程图**

第三

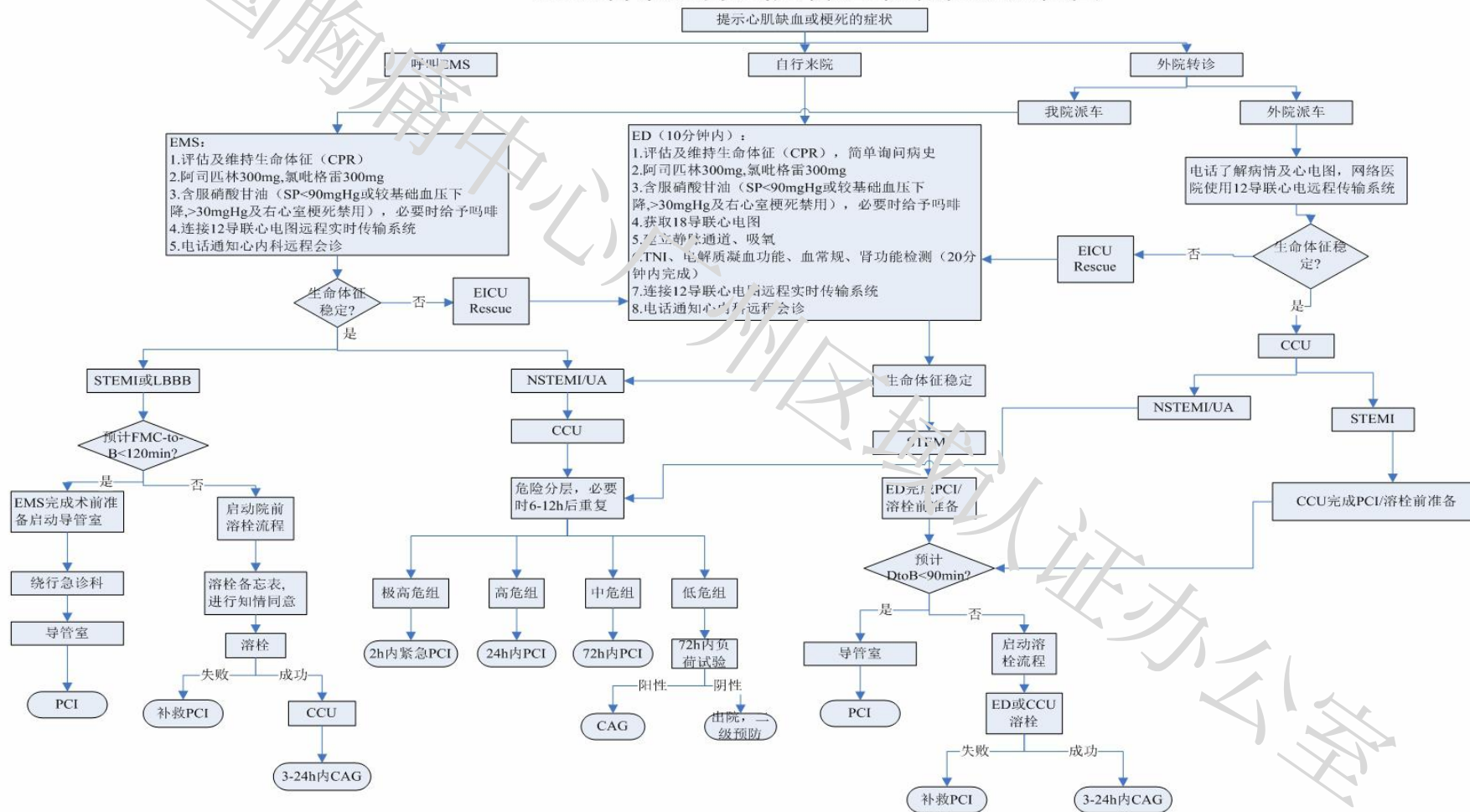
**ACS诊治总流程图不够具体，未能包括
三种不同来院方式**



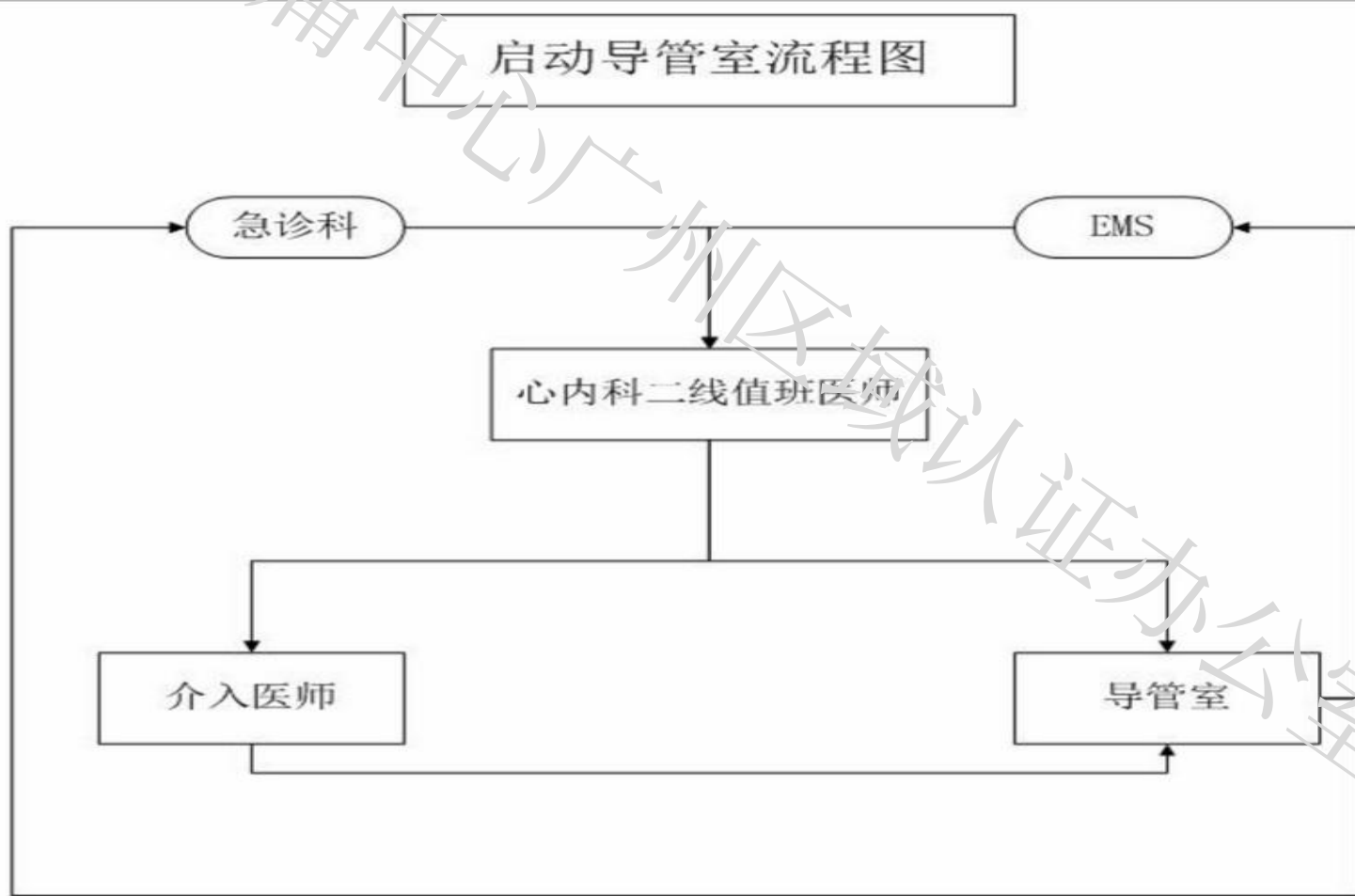


流程图举例

ACS再灌注方式及转运策略诊治流程图



第四 流程图空洞无物，无法指导具体临床实践

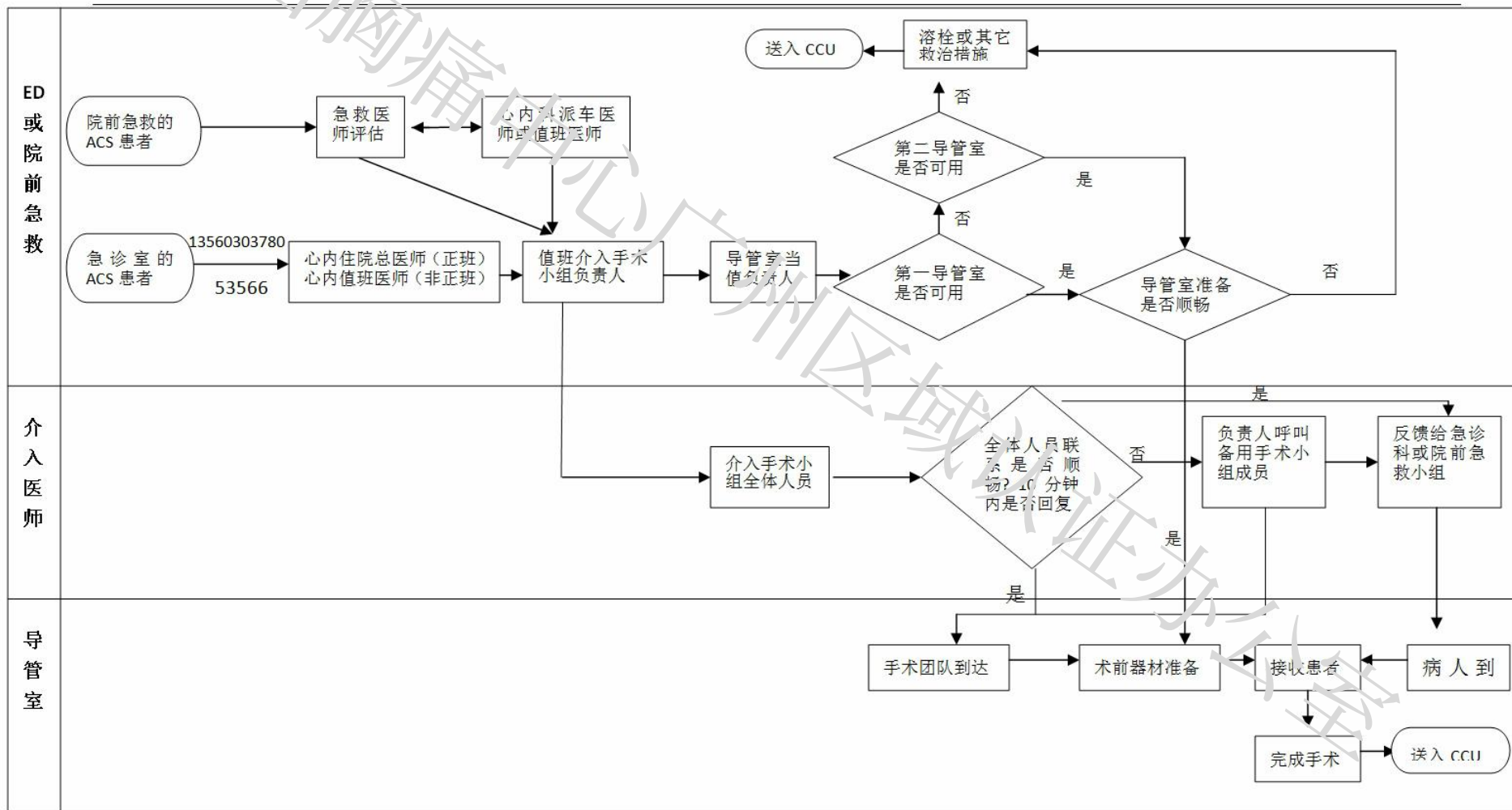




流程图举例

流程图十八 心导管室启动流程图

2.11.4.0
2.12.0.0
2.14.2.0





常见问题

第五

药物治疗方案完全拷贝指南，
一定要有本院具体的治疗方案

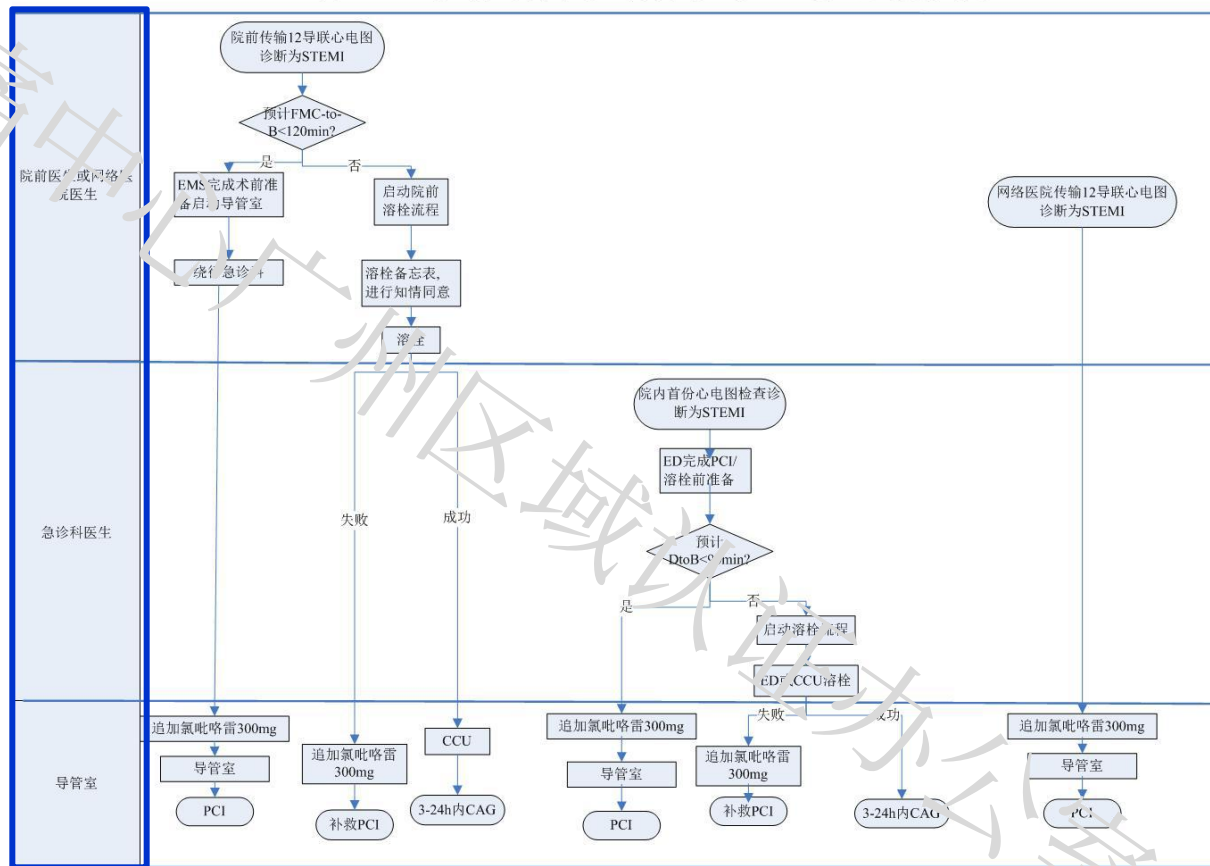
第六

不理解**关系流程图**



矩阵流程图（关系流程图）

从STEMI诊断到再灌注或转诊到PCI的关系流程图

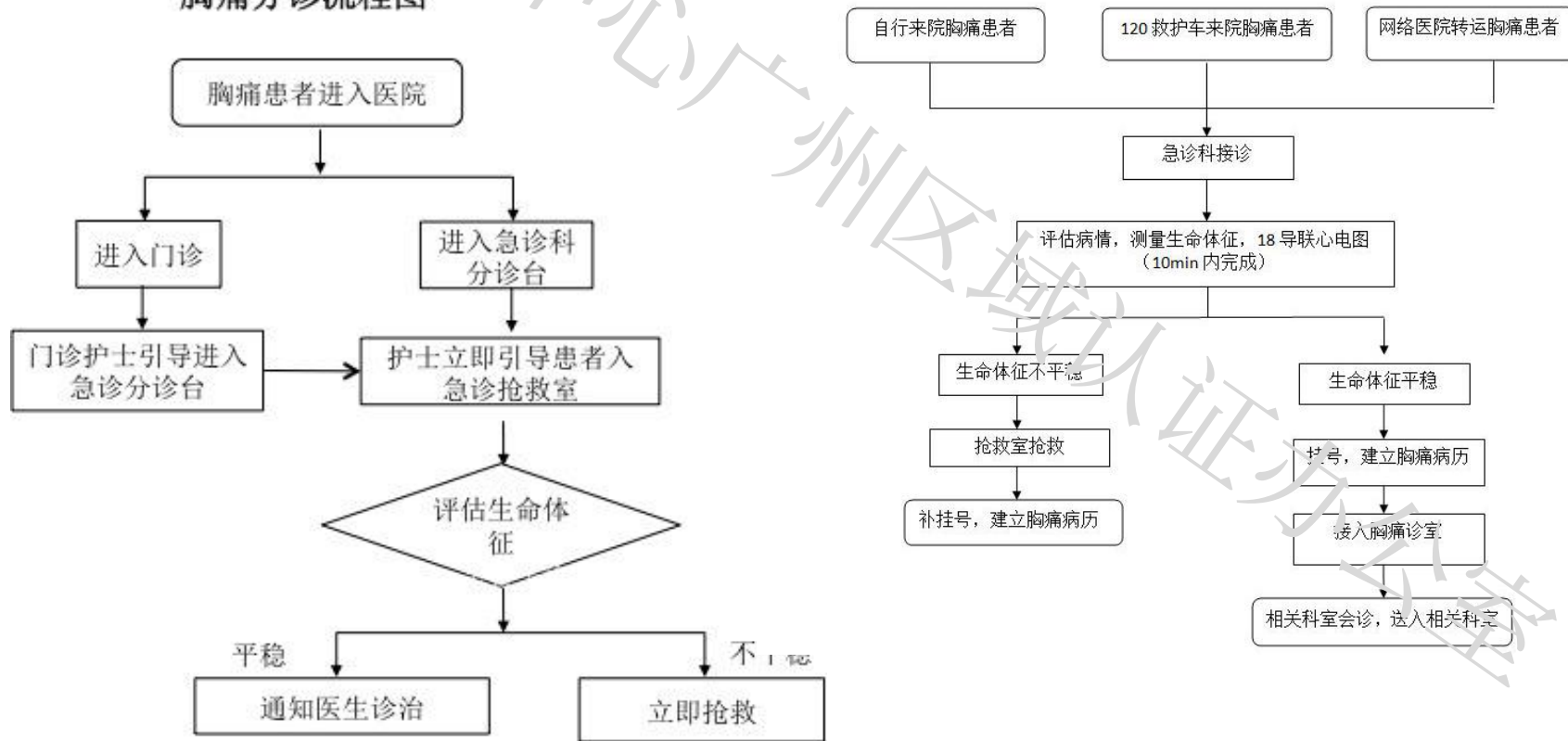


矩阵流程图不仅表示上下关系，还可以表示左右关系，并能看出某一过程的责任部门

第七

流程图不符合胸痛中心理念，未对现有流程进行改进

胸痛分诊流程图



第八

无标准制式的知情同意书，版本众多，不能体现签字的具体时间

中国胸痛中心

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;	10. 术后再狭窄;
2. 造影剂过敏;	11. 损伤临近脏器或结构;
3. 出血、栓塞等可能危及生命的大出血;	12. 导管电极导线折断;
4. 心脏或大血管穿孔破裂;	13. 支架脱落;
5. 急性左心衰;	14. 支架术后慢血流或无再流;
6. 急性或亚急性冠脉闭塞致心肌梗死;	15. 支架内血栓形成;
7. 重要脏器栓塞;	16. 造影剂肾病;
8. 心包填塞;	17. 感染;
9. 心律失常、严重室颤、高度房室传导阻滞或心脏骤停;	18. 因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急诊手术,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。

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,对以上可能出现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: 代签人签字: 李壁强

代签人与患者关系: 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10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,应当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。



常见问题

第九

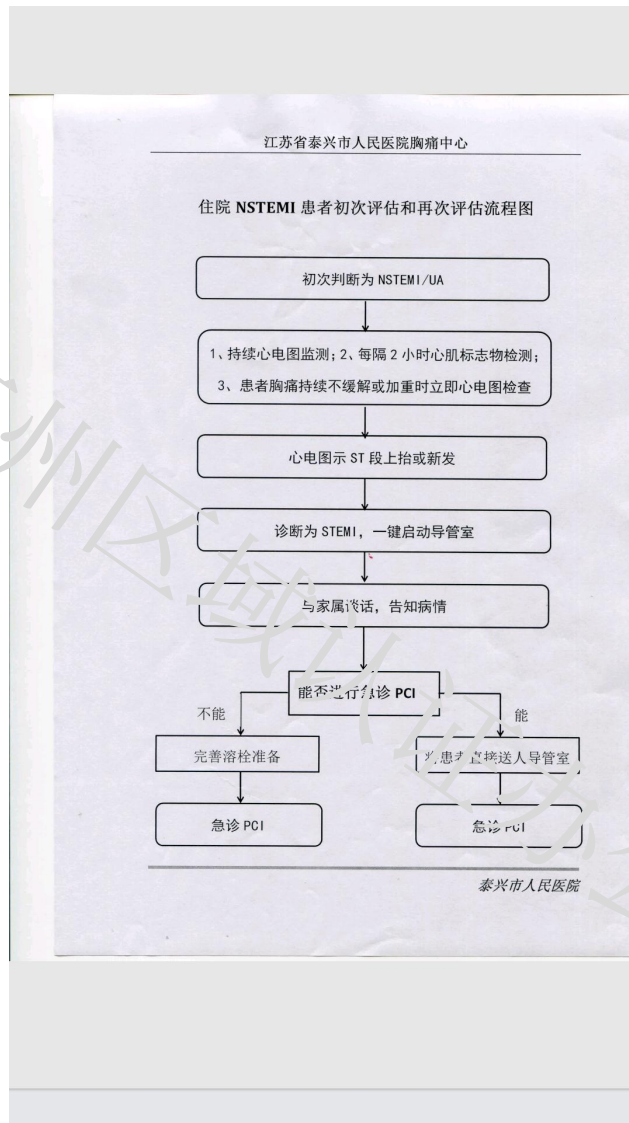
真实病例扫描件 宣教、签字、出
院记录和门诊病历应有相关文字记录

真实病例扫描件 超声图片

真实病例扫描件 CTA图片

第十

NSTEMI/UA患者进行初步评估及再次评估的流程图过于笼统，未包含细节





常见问题

第十一 首选及次选心脏负荷试验的管理制度，
一定要在制度中体现与胸痛中心的关系
以及时间要求（**强调符合试验的重要性，CTA是不能代替的**）

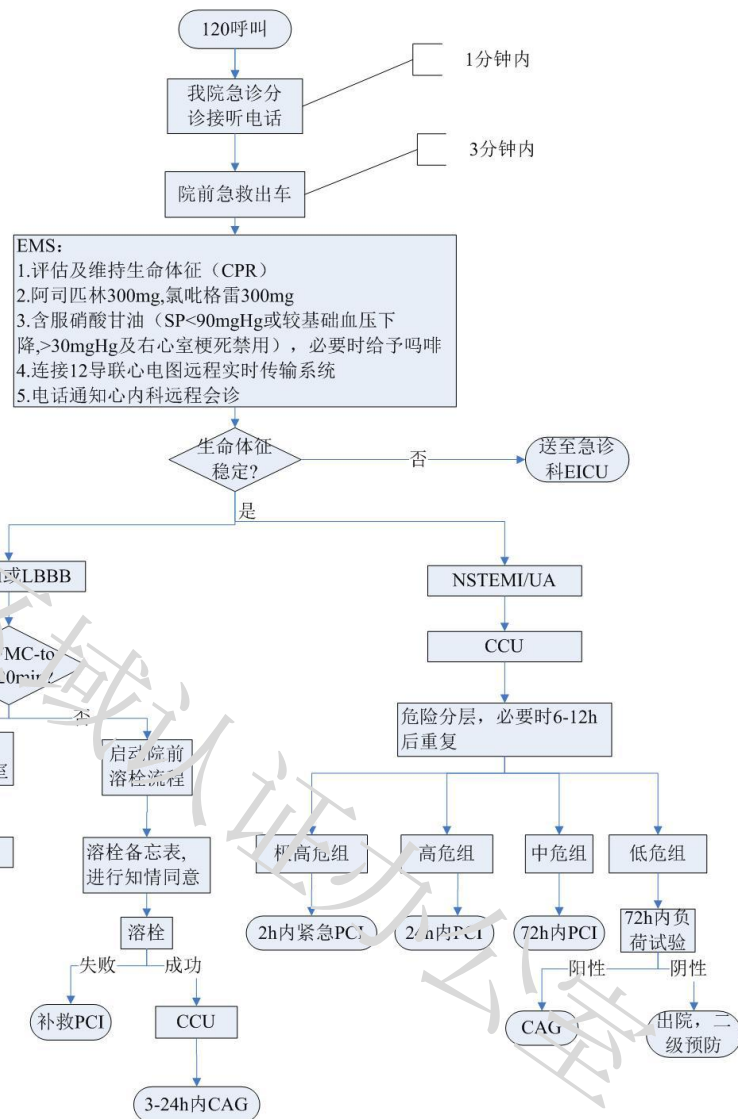
第十二 注意提交改进前后的流程图



120急救急性胸痛患者的救治流程图 (i)



120急救急性胸痛患者的救治流程图 (改版后)

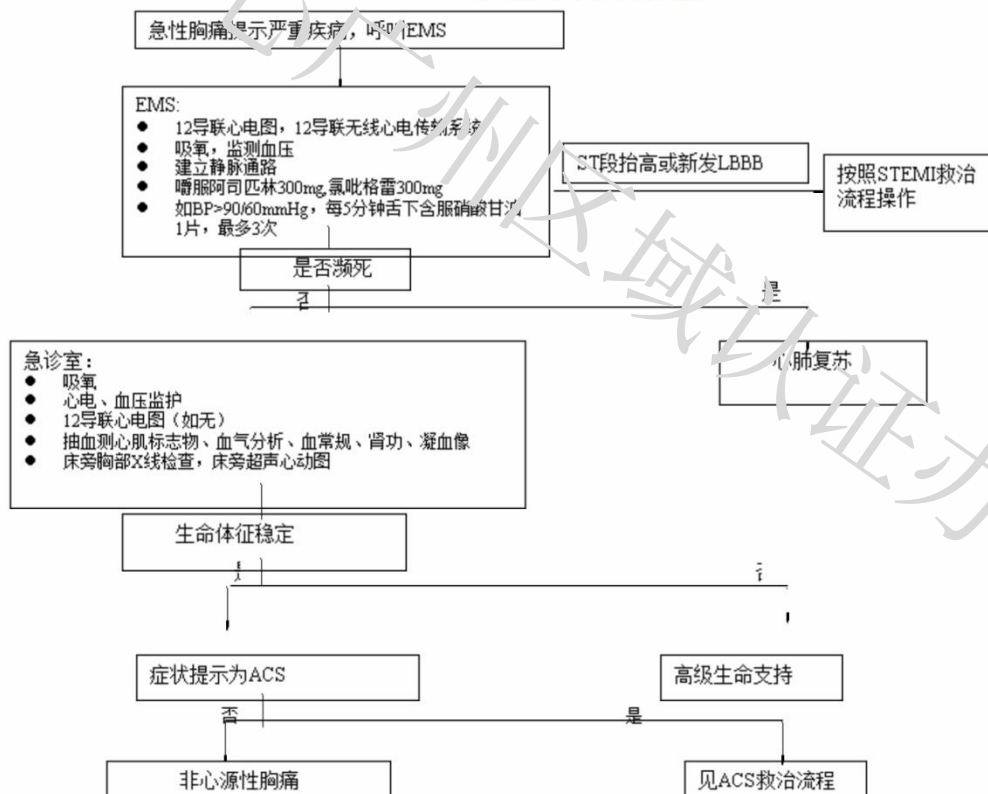


流程图举例

第十三

流程图乱码（建议用VISO软件并存储为JPG或PDF文件）

急诊室胸痛救治流程





要素五 持续改进

持续改进

占20%，实时数据填报



持续改进是精髓

- **规范化胸痛中心建设：**
 - 流程的时间管理是**核心**
 - 质量分析会和典型病例分析会是**手段**
 - **数据管理**是质量分析和典型病例讨论的**基础**



规范化胸痛中心

规范

- 标准流程
- 依据指南

快捷

- 时间节点管理
- 流程优化

质量分析会（总体趋势）

典型病例讨论（个案分析）

延误and/or 偏离流程病例



常见问题

第一

两会流于形式

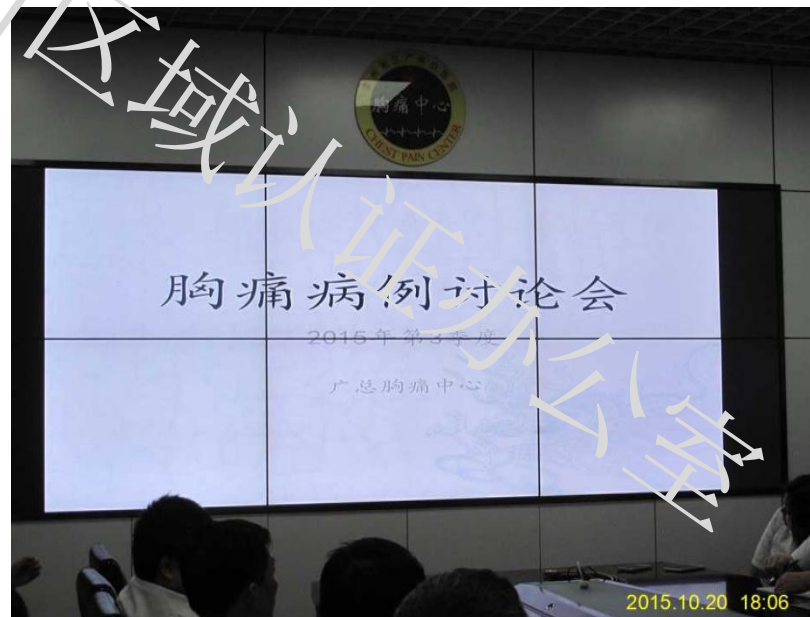
不是死亡讨论，不是疑难病分析，
不是介入技术讨论，要体现流程
的分析及提出改进措施



促进质量改进的关键措施

关键管理制度及实施

- ① 质量分析会：总体数据趋势及达标率
- ② 典型病例讨论会：寻找延误原因、制订改进措施





两会是核查的重点之一

一、人员要齐全（落实签到表）

具有转诊关系的基层医院

院前急救人员

院内相关科室医护人员

医院有关职能部门的管理人员

胸痛中心的质控和数据管理人员

二、频次要足够（三个月1次，多多益善）

三、记录要详尽（要有具体结论和措施）



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

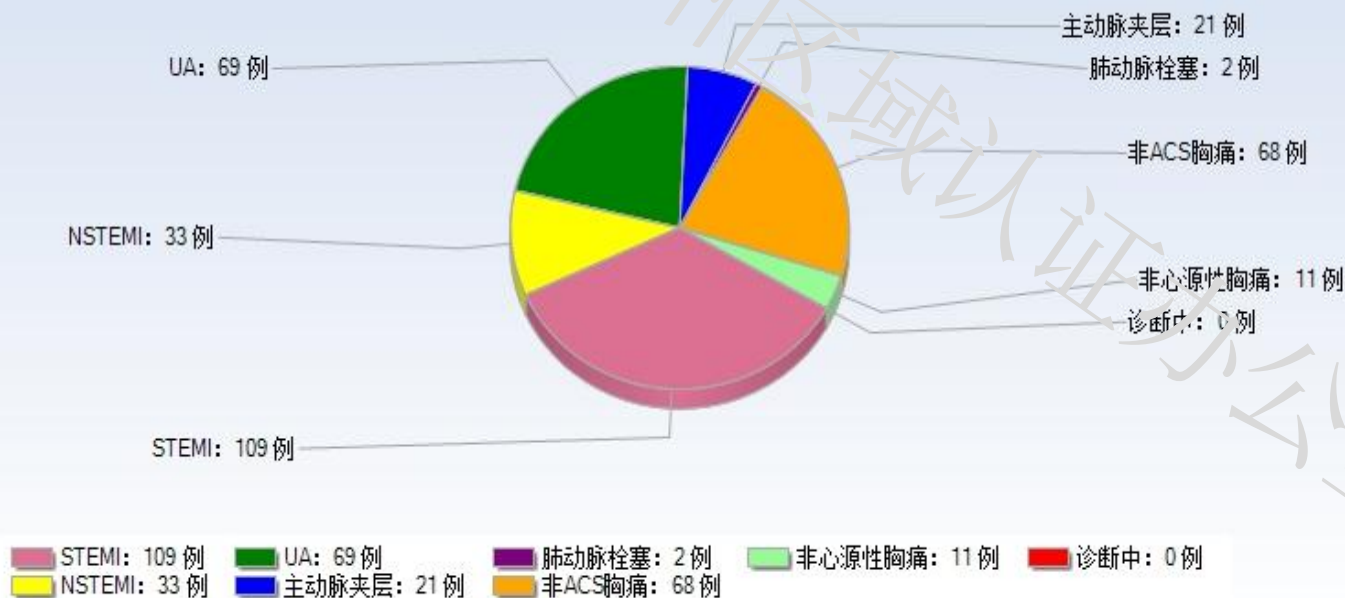
□数据资料的溯源性：

- ✓ 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**。

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）

201407-201409 胸痛病例统计饼图（合计：313 例）





数据库填报与管理常见问题

- 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。（随手记）
- 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。（总监对数据要敏感）
- 时间节点的定义理解不准确，导致关键时间节点溯源困难。（反复培训）



数据库填报与管理常见问题

□ 找不到最原始的溯源资料。病程记录也无时间节点描述

(强化时间节点意识)

□ 交接脱节，岗位职责不清，数据填报未落实责任人，由数据管理员代填

(微信日报制度)

□ 不足6个月



关键指标-首份心电图

1、首次医疗接触到首份心电图时间为0

5.17 首次医疗接触到首份心电图时间的月平均时间

打印/导出

报表生成时间2017年6月12日 11:09:49
2016年9月-2017年6月



点击表格上的月份可查看数据明细

月份	201609	201610	201611	201612	201701	201702	201703	201704	201705	201706
平均时间	0	0	3	15.61	5.13	6.23	7.57	3.86	2.78	9.33
最大值	0	0	10	72	10	37	57	30	7	23
最小值	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
符合条件病历数量	0	0	5	18	23	35	30	22	9	3



关键指标-远程传输

2、远程传输心电图数据少

5.19 经救护车入院的STEMI患者，远程传输心电图至胸痛中心的比例（百分比） 打印/导出

--报表生成时间2017年6月12日 11:13:09
2016年9月-2017年6月

40%
30%
20%
10%
0%
月份
百分比
上传数
总数

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



关键指标-肌钙蛋白

3、肌钙蛋白时间可信度不高

5.20 检测肌钙蛋白从抽血到获取报告时间

打印/导出

--报表生成时间2017年6月12日 11:16:43
2016年9月-2017年6月



点击表格上的月份可查看数据明细

月份	201609	201610	201611	201612	201701	201702	201703	201704	201705	201706
平均时间	0	0	98.25	80.41	75.5	79.1	106.63	79.69	67.2	16
最大值	0	0	166	192	253	562	292	355	97	19
最小值	0	0	65	14	13	4	9	13	5	13
符合条件病历数量	0	0	4	17	20	30	30	26	5	2



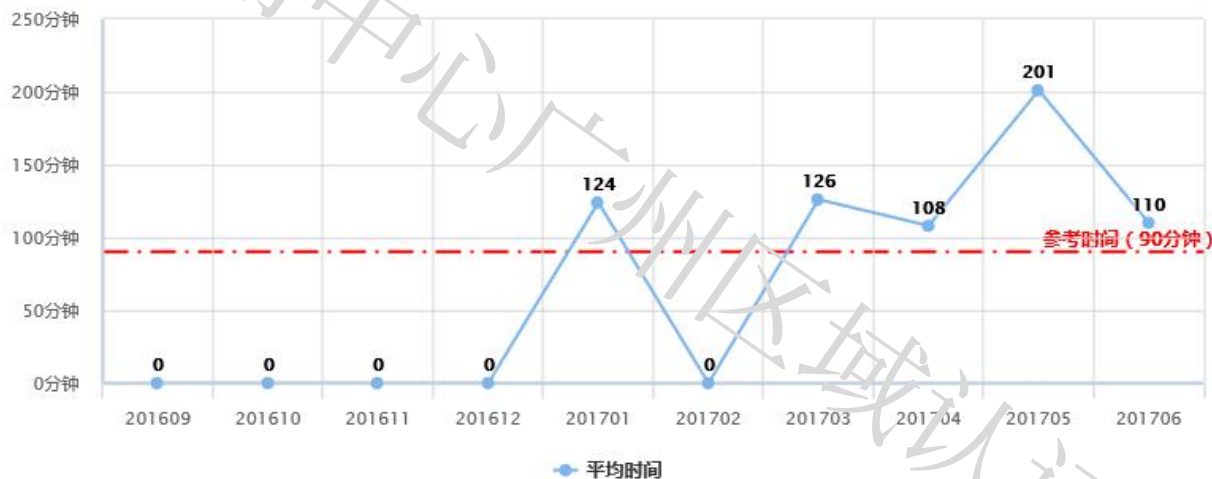
关键指标-门球时间

4、D2B时间没有明显的改进趋势

5.21 月平均门-球时间90分钟

打印/导出

报表生成时间2017年6月27日 11:06:40
2016年9月-2017年6月



点击表格上的月份可查看数据明细

月份	201609	201610	201611	201612	201701	201702	201703	201704	201705	201706
平均时间	0	0	0	0	124	0	126	108.67	201.6	110.57
最大值	0	0	0	0	124	0	126	170	657	170
最小值	0	0	0	0	124	0	126	75	57	53
符合条件病历数量	0	0	0	0	1	0	1	3	5	7



关键指标-双绕比例

5、救护车入院行PPCI的STEMI实施双绕行的比例

折线图 ○ 柱状图

经救护车入院（包括呼叫本地120入院及由非PCI医院转诊患者）且接受PPCI治疗的STEMI患者，绕行急诊和CCU直达导管室的比例不低于30%，且呈现增高趋势

201605

直达导管室比例



点评举例

- 1、 5.17条款首次医疗接触到完成首份心电图时间，2016年10月及2017年3月均有最小值为0的情况，不符合逻辑，数据可信度不高；
- 2、 在5.18条款中，STEMI患者总数在2016年11月及12月均为5例，而从5.17条款看出，这两个月的胸痛总例数也均为5例，可能存在其他胸痛患者数据的漏报；
- 3、 5.19条款，从救护车入院的患者总数及远程传输比例全部为0；
- 4、 5.21条款，适合溶栓的患者总数及溶栓比例均为0；
- 5、 5.23溶栓患者的D2N时间均无数据；



点评举例

- 6、从5.27和5.28可以看出，行转运PCI的STEMI患者总数半年内为21例，而在5.18条款中，STEMI患者总数仅为15例，且每个月行直接转运PCI的STEMI患者总数均超过每个月的STEMI总数，不符合逻辑；
- 7、5.26条款月平均入门-出门(door-in and door-out)的时间波动较大，远未达到小于30分钟的标准，且2017年2月最小值出现负数，为-147分钟，不符合逻辑；
- 8、从1.50截图可以看出，该院半年上报胸痛患者33例，仅有6例为非心源性胸痛，其他27例均为ACS患者，可能存在数据漏报。
- 9、5.36 所有ACS患者从首次医疗接触到抗凝给药时间半年内仅有1例数据；
- 10、5.37 所有极高危NSTEMI/UA患者转运均为0，
5.38 所有高危NSTEMI/UA患者转运例数半年仅2例。



点评举例

- **院内流程制定不合理。在初次提交的材料中，较多的院内流程比较粗糙，**
- **例如：2.40条款NSTEMI ACS的后续评估和2.49可疑ACS的后续评估中，心电图的复查时间为6小时；**
- **2.51条款低危胸痛患者的后续评估中“40岁以下患者不留观”；**
- **2.54院内发生ACS的患者，双抗在心内科医师确诊之前服用；**
- **经办公室指正后，提交的流程做了一些修订，但流程的制定不应停留在纸面上，这些流程均是在日常临床诊疗活动中经常遇到的场景，全院工作人员应严格遵照流程，养成固有的工作习惯，这是保证胸痛中心规范运作的必要条件**



质量监控

- ❑ **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**。

大家说好，才是真的好！



Thank