



# 胸痛中心的常态化质控与持续质量改进

易绍东

2020-11-6 广州

# 常态化质控目的与意义

## 建立常态化质控 目的与意义

一

建立地市级胸痛中心**常态化质控**工作机制

二

为各单位开展**内部质控**和建立持续改进方法

三

申请省级及国家级胸痛中心**认证和质控**工作提供可靠的数据平台。

# 2020年3月24日全国质控工作推进会



## 中国胸痛中心联盟2020年质控实施目标

- 1 提升质控报告影响力，指导胸痛中心持续质量改进，为政府卫生政策提供客观依据
- 2 建立健全胸痛中心常态化质控体系，落实《中国胸痛中心常态化质控方案》
- 3 严格落实飞检、奖惩制度，确保通过认证医院秉承持续改进理念，规范化常态化运行胸痛中心
- 4 加强数据管理，持续提升数据质量，推动相关科研发表，指导临床，进一步提升胸痛中心救治效率

# 参检单位

- 1、必检单位：已经通过国家级、省级胸痛中心认证单位以及正在申请广东省胸痛中心验收单位；
- 2、抽检单位：已经在中国胸痛中心云平台上进行胸痛相关数据连续录入至少3个月以上的建设单位；
- 3、自愿申请单位：胸痛中心建设单位可根据自身情况，以自愿为原则申请质检；

# 趋势指标

绿色通道：5项指标  
与认证标准一致

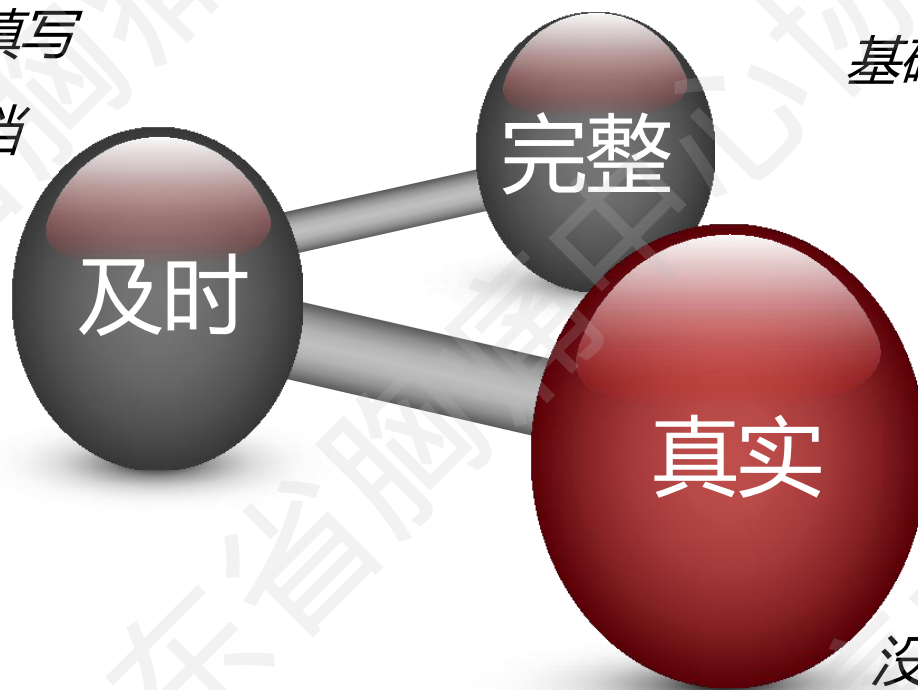
无缝对接：3项指标  
考察区域协同救治能力

终点事件及其他：4项指标  
死亡率，心衰率，卫生经济学、两会

5	所有胸痛患者首次医疗接触至完成首份心电图时间 (FMC-to-EKG)，要求月平均小于10分钟，达标率75%以上，并呈持续改进趋势或在平均时间接近5分钟后呈现稳定趋势	15	后台计算
6	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%且呈现增加趋势	10	后台计算
7	对于STEMI患者，首份心电图至心电图确诊的时间月平均小于10分钟	10	后台计算
8	坚持使用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	10	后台计算
9	对于接受PPCI治疗的STEMI患者，月平均门-球时间不超过90分钟、达标率不低于75%且呈现逐渐缩短的趋势，当月平均在60分钟以内时应呈现稳态趋势	15	后台计算
10	导管室激活时间小于30分钟，且呈现缩短或稳定的趋势	5	后台计算
11	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	10	后台计算
12	自行来院且接受PPCI治疗的STEMI患者，绕行CCU直接送入导管室的比例不低于50%，且呈现增高趋势	10	后台计算
13	所有STEMI患者的死亡率呈现逐渐降低趋势或绝对值低于3%；	3	后台计算
14	所有急诊PCI患者的死亡率呈现逐渐降低趋势或绝对值及低于2%；	2	后台计算
15	全部ACS患者院内心力衰竭发生率在降低；	3	后台计算
16	全部ACS患者人均住院费用有下降趋势	3	后台计算
17	落实了每季度一次的质量分析会和典型病例讨论会制度；	4	后台计算

# 数据质量：三个关键因素

救治过程中同步填写  
及时审核和归档



足够比例的病历  
基础项完整的病历

没有臆想的数据  
经过严格校验审核

# 权重指标

编号	质量指标	满分	权重	检查方式
1	<b>急性胸痛病例上报完整性：</b> ①本季度数据库饼图构成明显不符合急性胸痛的分布规律；（20分） ②本季度急性胸痛总病例数与医院规模明显不相称；（10分） ③本季度病例数的月分布趋势存在明显的不正常波动或缺失；（20分） ④随机抽检本季度急性非创伤性胸痛病例在数据库的录入率是否≥75%	100	35%	现场检查
2	<b>STEMI 病例的时间节点填报完整性及溯源性：</b> 关键时间节点的缺失（未填报或者填报错误）率应≤10%，其中院内时间节点记录的有效率应达到100%，不允许有缺失或错误。达不到以上要求者的病例判断为不合格病例	100	35%	现场检查
3	<b>数据库填报时效性：</b> 数据填报及最后一次修订不得超出患者出院后30天；	100	20%	现场检查
4	<b>全部 STEMI 患者早期再灌注率：</b> 发病12小时内的 STEMI 患者，若无禁忌症或者患者/家属拒绝接受治疗（以签署拒绝治疗的知情文件为依据），接受溶栓或者直接 PCI 治疗的比例不低于90%或者在过去3个月内呈现增高趋势	100	10%	现场检查

5.	<b>是否根据本院实际条件为患者选择了最恰当的首选再灌注策略</b> （专家依据指南要求、医院能力以及距离 PPCI 医院的转运时间综合判断所首选的再灌注策略是否恰当，同时结合实施再灌注治疗的病例数评分，标准： <u>0分—无再灌注</u> ， <u>25~50分—实施再灌注但策略不合理</u> ， <u>51~80分—多数再灌注策略合理少数不合理</u> ， <u>81~100分—所有再灌注策略合理</u> ）。	100	10%	现场检查
----	---	-----	-----	------

## 广东省胸痛中心常态化数据质控现场飞行检查 PCI 版（一号单）



医院： \_\_\_\_\_ 时间： \_\_\_\_\_ 一号检查员签名： \_\_\_\_\_

数据库录入率（对标得分表编号 1）									
本季度数据库饼图构成是否符合急性胸痛的分布规律					0	5	10	15	20
本季度急性胸痛总病例数是否与医院规模明显不相称					0	3	6	8	10
本季度病例数的月分布趋势是否存在明显的不正常波动或缺失					0	5	10	15	20
从急诊科原始分诊记录本中 挑选 5 份病例		在云平台数据库 录入数			未能在云平台数据 库录入数				
STEMI 病例的时间节点填报完整性及溯源性（对标得分表编号 2）									
5 份行 PPCI 的 STEMI 病例（从导管室登记本随机挑选）									
编号	姓名	住院号	时间节点完整性			时间节点溯源性			备注
			是	否	备注	是	否	备注	
数据库填报时效性（对标得分表编号 3）									
（从云平台随机抽取 5 份住院病例，以 ACS 为主）									
编号	姓名	住院号	填报是否及时		延误天数		备注		
			是	否	建档	审查归档			
再灌注率（对标得分表编号 4）									
从医院 HIS 系统抽取出院诊断为 STEMI 的病例 5 例		接受及时再灌注的病 例数（或有客观理由 无法行及时再灌注）			未能及时 再灌注病例数				



## 原始分诊记录，要提供合适的端口

## 广东省胸痛中心常态化数据质控现场飞行检查 PCI 版（一号单）

医院：

时间：

一号检查员签名：

数据库录入率（对标得分表编号 1）						
本季度数据库饼图构成是否符合急性胸痛的分布规律		0	5	10	15	20
本季度急性胸痛总病例数是否与医院规模明显不相称		0	3	6	8	10
本季度病例数的月分布趋势是否存在明显的不正常波动或缺失		0	5	10	15	20
从急诊科原始分诊记录本中挑选 5 份病例	在云平台数据库录入数			未能在云平台数据库录入数		

## 急性胸痛病例上报完整性：

- ①本季度数据库饼图构成明显不符合急性胸痛的分布规律；（20分） 专家判断，0，5，10，15或20分
- ②本季度急性胸痛总病例数与医院规模明显不相称；（10分） 专家判断，0，3，6，8或10分
- ③本季度病例数的月分布趋势存在明显的不正常波动或缺失；20分） 专家判断，0，5，10，15或20分
- ④随机抽检本季度急性非创伤性胸痛病例在数据库的录入率是否 $\geq 75\%$ （从急诊科原始分诊记录本中挑选10份病例，尽量选择非ACS的患者，每例5分（50分）

STEMI 病例的时间节点填报完整性及溯源性 ( 对标得分表编号 2 )								
5 份行 PPCI 的 STEMI 病例 ( 从导管室登记本随机挑选 )								
编号	姓名	住院号	时间节点完整性			时间节点溯源性		
			是	否	备注 :	是	否	备注 :
			是	否	备注 :	是	否	备注 :
			是	否	备注 :	是	否	备注 :
			是	否	备注 :	是	否	备注 :
			是	否	备注 :	是	否	备注 :
			是	否	备注 :	是	否	备注 :

## STEMI病例的时间节点填报完整性及溯源性:

关键时间节点的缺失 ( 未填报或者填报错误 ) 率应 $\leq 10\%$ , 其中院内时间节点记录的有效率应达到 $100\%$ , 不允许有缺失或错误。达不到以上要求者的病例判断为不合格病例

在导管室原始登记本随机抽取本季度10份行急诊PCI的STEMI患者, 每例10分, 完整性和溯源性各5分

# 关键时间节点（包括但不限于）

- ① 发病时间；
- ② 呼叫120时间（如有）；
- ③ 到达本院大门时间；
- ④ 首次医疗接触时间；
- ⑤ 首份心电图完成时间；
- ⑥ 心电图远程传输时间；（如有）
- ⑦ 确诊时间；
- ⑧ 开始（溶栓、PPCI或转运PCI）知情同意时间、签署（溶栓、PPCI或转运PCI）知情同意书时间
- ⑨ 溶栓开始时间或球囊扩张时间（导丝通过时间）；
- ⑩ 转运PPCI患者离开医院大门时间（如有）。

心电图是否上传？ 明显的逻辑错误？

# 如何溯源

**原始时间证据 (精确到分钟)**



**纸质版表格**



**网上数据库录入**

# 数据库填报时效性：

数据填报及最后一次修订不得超出患者出院后30天，建档不得超出患者院内接诊后7天；

**(在云平台数据库随机抽取本季度10份住院病例，不局限于STEMI，每例10分，达标者记10分，延迟一天扣1分，超出10天以上者不得分)**

数据库填报时效性（对标得分表编号 3）

（从云平台随机抽取 5 份住院病例，以 ACS 为主）

编号	姓名	住院号	填报是否及时		延误天数		备注
					建档	审查归档	
			是	否			
			是	否			
			是	否			
			是	否			
			是	否			

修订、审核、归档 30天  
建档 7天

# 全部STEMI患者早期再灌注率：

发病12小时内的STEMI患者，若无禁忌症或者患者/家属拒绝接受治疗（以签署拒绝治疗的知情文件为依据），接受溶栓或者直接PCI治疗的比例不低于90%或者在过去3个月内呈现增高趋势

**(从医院HIS系统抽取出院诊断为STEMI的病例10例为分母，其中接受PPCI治疗及溶栓治疗的总例数为分子，计算早期再灌注率。再灌注率即为此项分数)**

再灌注率（对标得分表编号 4）				
从医院 HIS 系统抽取出院诊断为 STEMI 的病例 5 例	接受及时再灌注的病例数		未能及时再灌注病例数	

专家判断，同时对医疗质量进行基本的考察

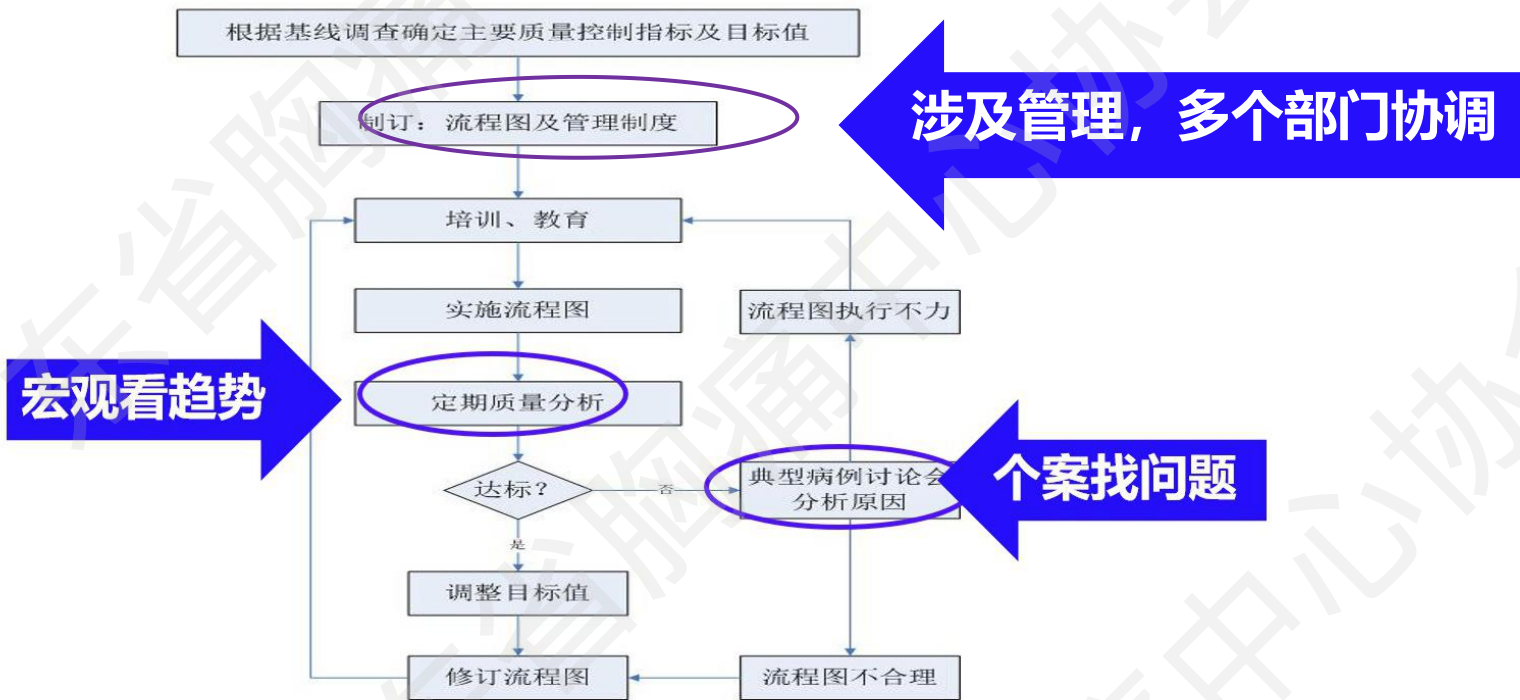
# 基层版多一项

## 再灌注策略的正确决策

再灌注策略（对标得分表编号 5）	
是否正确选择了再灌注策略	得分
<b>0 分—无再灌注</b>	
<b>25 ~ 50 分—实施再灌注但策略不合理</b>	
<b>51 ~ 80 分—多数再灌注策略合理少数不合理</b>	
<b>81 ~ 100 分—所有再灌注策略合理</b>	

# 围绕着流程改进流程图实施质量控制

广州军区广州总医院流程改进流程图



三会是促进持续质量改进的最有效手段

内部质控



# 质控必备技能一

## 读懂时间轴



# 质控必备技能

## 保持对数据的敏感性

【2018年07月-2018年08月】

病因未明、放弃诊疗: 0 (0.00%)  
其他: 5 (1.11%)  
诊断中: 0 (0.00%)

其他非心源性胸痛: 214 (47.56%)



5.23 溶栓治疗的全部STEMI患者进门-溶栓时间  
折线图 柱状图  
打印/导出  
医院--报表生成时间2019/5/15 下午6:04:30  
2017年10月-2018年3月



5.30 平均门-球时间90分钟



# 质控必备技能三

## 设定奖惩机制

山东省胸痛中心协会  
山东省胸痛中心医院  
胸痛中心管理奖惩实施办法

为进一步提高医院胸痛中心建设质量,督促医护人员加强急性胸痛病人诊疗流程、质量及时间的管理,有力推进胸痛中心建设相关工作,参照中国胸痛中心建设标准与要求,结合医院实际,制定胸痛中心管理奖惩实施办法。

**一、数据填报奖励规定**

(一)急性胸痛患者临床适应症范围

- 1.持续性胸痛、胸痛患者,间歇性胸痛、胸痛患者;
- 2.腹痛、休克、呼吸困难、心衰患者;
- 3.心悸、恶性心律失常、心脏病患者;
- 4.除明确外伤患者。

(二)通用科室范围

与胸痛中心工作紧密关联的科室及医务人员,包括但不限于心血管内科、急诊科、院前科、医学影像科、超声科(心脏彩超)、检验科、呼吸内科等。

(三)执行方式

- 1.医院胸痛中心工作组监督检查,发现问题,调查核实;
- 2.各科室自查及医疗安全不良事件主动上报情况;
- 3.医患关系投诉反映的诊疗缺陷,调查核实;
- 4.医院设立胸痛中心建设专项经费;
- 5.数据管理员负责收集、初审《急性胸痛患者时间管理表》

- 5.管理表中数据发生漏项、错项或填报不及时(应实时填报,至数据管理员次日收表时止),漏报表处罚10元/例(诊断胸痛胸问但未填胸痛表);错项或漏项(低于5项)按基础单项奖励金额的4倍进行处罚到相应医生;错项或漏项(5项或5项以上)按不合格胸痛表处罚,处罚金额为10元/例;如管理表未随病人流转的,尽管项目填报完整但不予以处罚。
- 6.发生2条及以上处罚行为的,采用叠加方式进行处罚。
- 7.凡发生以上处罚行为,相关科室须提交书面整改报告至医务科并落实持续整改,由院胸痛中心工作组定期对整改情况进行效果。

**二、持续缩短D2B总时长(含双绕行)激励措施**

(一)D2B时长≤90分钟的,按合计500元/例的标准进行奖励;

D2B时长≤60分钟,按合计800元/例的标准进行奖励。

(二)如诊疗环节涉及上述3个部门,则奖励比例为1:1:1;如诊疗环节仅涉及上述中的2个部门,则奖励比例为1:1;具体发放由涉及科室主任进行科室二次分配。

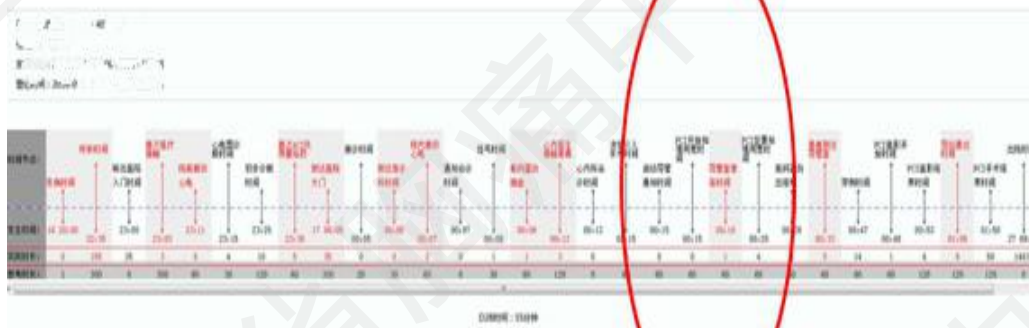
**三、夜间急诊PCI手术奖励规定**

心血管内科在夜间(17:30至次日7:30期间),每开展一例

- 4 -

## 质控必备技能四

### 熟悉时间节点定义



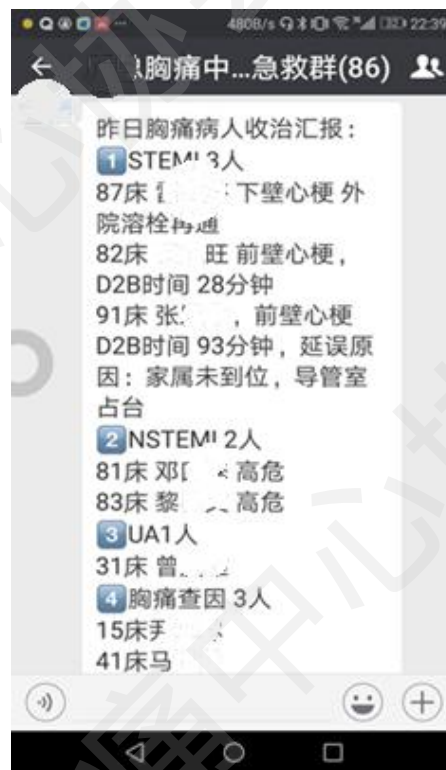
非常漂亮的时间轴，绝大多数时间都比较准确，且溯源性好。但通知导管室时间0点15分，导管室室激活时间0点16分，当时并未连台，导管室室激活时间应更准确，以最后一名介入人员到达时间为准。

# 质控必经程序一

## 数据管理员日常监管（每日）

- 1、分诊登记本——了解是否有胸痛漏报
- 2、心内科住院登记本——了解是否有ACS漏报
- 3、时间记录表格是否有低级错误
- 4、微信日报

**三不原则：**  
**不偷懒、不代填、不徇私**



## 质控必经程序二

### 二级审核员定期审定（每周或半月）

- 1、了解数据趋势
- 2、分析逻辑错误
- 3、向总监汇报，及时纠正流程中可能存在的严重偏差
- 4、担负培训的职责
- 5、积累素材，做两会课件

**建议心内科高年资医师**

## 质控必经程序三

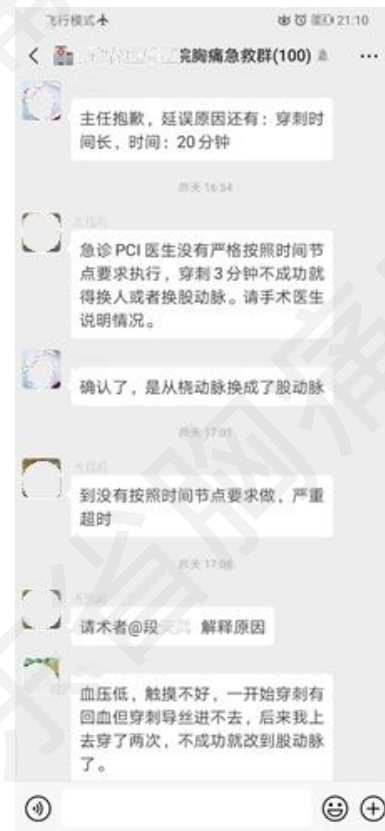
吾日三省吾身：

- 1、 时间记录否？ (岗位责任制)
- 2、 记录准确否？ (资料留存溯源)
- 3、 病程记录严谨否？ (决策依据过程)
- 4、 医疗程序合乎规范否？ (指南、标准、流程)

如果再给我一次机会，我会做得更好吗？

## 质控必经程序四

### 总监出马，适时敲打：





# 联合例会会制度

胸痛中心为协调院内外各相关部门的立场和观念、共同促进胸痛中心建设和发展而设立的专门会议：

- 主持人、参加人员
- 频度、时间
- 主要分析内容

# 质量分析会组织工作

- 主持：行政和/或医疗总监
- 数据管理报告本阶段各类主要质控指的运行情况并与上一阶段以及上一年度的同期对比，本阶段运行中取得进步的成绩、发现新的问题，下一步需改进的主要措施等
- 总监总结，并提出整改意见
- 签到表、会议记录、现场照片或视频，会后5个工作日内上传中国胸痛中心认证云平台

# 质量分析会的重要内容

## ——制定目标值

针对每一个工作环节确定关键监控指标及阶段性奋斗目标值 (不仅仅是认证标准要求, 更要体系工作细节)

- FMC环节
  - FMC到首份心电图 <10分钟
  - 首份心电图到确诊 <10分钟
- 救护车: 传输/绕行急诊&CCU比例
- 急诊室: STEMI患者停留时间、绕行CCU比例
- 导管室: 激活时间、穿刺时间、球囊扩张时间
- 整体: FMC(D)2N /DIDO

# 详细记录发言，言之有物，避免流于形式

2019年4月19日	医院胸痛中心
质量分析会会议纪要	
会议时间：2019年4月19日 15:30-17:00	
会议地点：胸痛中心会议室	
主持人：胸痛中心行政总 长	
参会人员：	
1、院领导：...	
2、医务科：...	
3、急诊科：...	
4、心内科：...	
5、内一科：...	
6、内二科：...	
会议议程：	
1、质量分析会（3月份数据）	
2、暗访结果整改会	
3、内科演练总结会	
4、南方会学习心得汇报	
汇报胸痛中心建设 2019年3月份质控问题反馈，其中首份心电图时间...好转的趋势，部分极端值主要原因是网络医院医务人员未达标的问题。另外ACS双抗治疗32例，负重量双抗给药平均时间48.94分钟，抗凝给药平均时间121.17分钟，这两个指标均未达到合格标准。本次由材料已反馈过这个问题，经了解，主要原因在于网络医院转运病人及自行来院病人到急诊科予双抗或抗凝的时间比较长。	
可...一张。	
：院长：关于医护人员的胸痛论坛体会，首先提出的尽早给予抗凝、溶栓治疗...问题需根据现有的医学指南和我们医院的自身情况来执行。另外对于拉锯...问题，希望防保科、总务科加强这方面的管理。	
暗访人员反馈：患者出现上、下腹、背部疼痛，急诊科接诊医生未意识到患者为胸痛病人，需进入胸痛流程。	

胸痛中心质量分析会记录表

会议日期	2019-4-3	会议地点	门诊四楼第三会议室
会议主讲	洪毅斌 张林	参会对象	胸痛中心全体成员
会议主题	胸痛中心质量分析会		
会议目的	1. 分析我院胸痛中心运行至 3月26日所有胸痛病人数据-胸痛患者总数、首次发病人数及占胸痛患者总数的比例、首份心电图时间、肌钙蛋白检测结果获取时间、STEMI 患者的平均 door in-to-door out 时间、溶栓病人例数、谈话时间等。 2. 分析工作中存在的问题及下一步改进措施。		
会议记录内容	<p>1 数据分析：我院从4月份开始填报病例，至3月26日共填报病例69例，其中STEMI患者10例，NSTEMI患者2例，UA患者2例，非ACS胸痛10例，非心源性胸痛1例，其他6例，ACS病人占总数的23%，符合我院的病例构成；首份心电图时间7日至31日平均时间为8.46分钟，3月1日至3月26日平均时间为6.61分钟，虽然胸痛中心的要求，仍有几例病人超过30分以上，主要以非病人为主；Door in to Door out 时间为68分钟左右，其中一例为心梗复苏成功出院，一位为收入病房后住院，肌钙蛋白获取时间以大实验室为主，虽然有床旁肌钙蛋白机，但有特殊原因未能实际使用，首份心电图至心电图室时间较长，导致双抗药物的使用时间相对延迟。</p> <p>2 关键时间节点的目标值：首份心电图时间缩短至6分钟，特别是非心梗患者心电图至心电图室时间缩短至10分钟；Door in to Door out 时间缩短至35分钟；正式使用床旁肌钙蛋白机，使肌钙蛋白时间缩短至20分钟以内；</p> <p>3 门诊首份心电图的时间分析：有些患者自助挂号，导致就诊时间长，在门诊挂号处设置“胸痛病人优先”的标识，缩短胸痛患者的就诊时间；Door in to Door out 时间长，主要是会诊医师往往该院对心电图的重视不够，导致病人入院后才转出，明显延长门急诊出/入院时间，同时在病情告知缺乏技巧，不够坚决，导致患者及家属不能很快作出决定。</p> <p>4 双抗药物的使用时间比较落后，原因是首诊医师对首份心电图不能第一时间作出准确的判断，加强科室心电图的学习。</p> <p>5 其 Door in to Door out 时间较长的病例继续，加强沟通技巧的实践，对临床医师及</p>		

存在问题

阶段性目标

胸痛中心质量分析会记录表

会议日期	2019-10-25	会议地点	门诊四楼第三会议室
会议主讲	洪毅斌 张林	参会对象	胸痛中心全体成员
会议主题	胸痛中心质量分析会		
会议目的	1. 分析我院胸痛中心运行 9 月份所有胸痛病人的数据-胸痛患者总数、首次发病人数及占胸痛患者总数的比例、首份心电图时间、肌钙蛋白检测结果获取时间、STEMI 患者的平均 door in-to-door out 时间、溶栓病人例数、谈话时间等。 2. 分析工作中存在的问题及下一步改进措施。		
会议记录内容	<p>1 数据反馈：我院 9 月份共填报病例 45 例，其中 STEMI 患者 8 例，NSTEMI 患者 1 例，UA 患者 4 例，非 ACS 胸痛 11 例，非心源性胸痛 20 例，其他 1 例，ACS 病人占总数的 28.8%，符合我院的病例构成；首次双抗给药至首份心电图时间 6.6 分钟，虽然已达标胸痛中心的要求，但仍有几例病人严重超标，最长达 30 分钟，主要以门诊病人为主；Door in to Door out 时间为 45 分钟左右，较上月有较大改善，但仍未达到肌钙蛋白获取时间为 21 分钟；首份心电图至心电图室时间较长，导致双抗药物的使用时间相对落后。</p> <p>2 关键时间节点的目标值：首份心电图时间缩短至 4 分钟；特别非心梗患者心电图至心电图室时间缩短至 10 分钟；Door in to Door out 时间缩短至 40 分钟；使用床旁肌钙蛋白机，使肌钙蛋白时间缩短至 20 分钟以内；</p> <p>3 存在问题：门诊首份心电图的时间分析：院内肌钙蛋白自助机，可缩短非心梗患者在门诊处设置“胸痛病人优先”的标识，缩短胸痛患者的就诊时间，同时最好过检号及客服人员告知胸痛中心的相关信息，引导门诊胸痛病人直接进入胸痛绿色通道；Door in to Door out 时间为 45 分钟，较上月有较大改善，但仍未达到，分析原因主要是内部人员配合欠佳，分工不明确，导致时间相对延长。</p> <p>4 双抗药物的使用时间仍有待改善，特别是非心梗患者心电图室的时间仍有待改善。</p> <p>5 对 Door in to Door out 时间较长的病例继续：加强沟通技巧的学习，过检号及护理人员做好患者分流工作，提高效率，制定流程。</p> <p>6 再次完善非心梗心电图的设置，规范非心梗胸痛病人的首份心电图的时间。</p> <p>7 再次完善床旁肌钙蛋白机的使用，规范肌钙蛋白出结果时间。</p> <p>8 加强胸痛中心建设意义的宣传，使更多的医护人员都能加入到胸痛中心的建设中来。</p>		

阶段性目标

总务科应如何应对

# 典型病例讨论会的组织

- 会前准备：数据分析、病例筛选及通知
- 病例讨论会基本流程
  - 展示每个病例的时间轴 (4-5个病例)
  - 当事人按序解释和说明 (提前回忆, 提供证据)
  - 共同分析、讨论延误的原因及解决办法
  - 总监点评, 落实奖惩或流程修订意见
  - 完成全部病例后总结

# 典型病例讨论会的组织

## 典型病例讨论会所发现问题的解决途径

涉及到诊疗流程的问题：流程修订、培训

涉及到管理制度的问题：提交委员会讨论修订

涉及到单位之间的问题：提交联合例会解决

**胸痛中心典型病例讨论会不是临床疑难病例讨论会或复杂介入技术讨论会!!!**

# 分解目标，关注细节

2019年3月6日 STEMI 数据审核问题

患者姓名	问题细节
	急诊科病程与心内科病程不一致 年1月19日20点发病,心内科 年1月19日18点20发病
谢	时间节点表发病时间与急诊病 且患者有胸痛加重情况 心内科病程写的18点30,急 加重,发病时间两个病程相差
李	急诊转运签字没有时间,急诊
黄	急诊病历写的120来院,节点
于	急诊病历详细表述了发病时间 内科病程未填写详细胸痛时间
王	时间节点表发病时间与急诊病
穆	心内科病程与时间节点表时间 12点17,病程为11点48.
孙	患者胸痛3小时,心内科病程
卢	急诊病程与心内科病程不一致 急诊病程没有明确的时间节点 痛时间节点
时间节点表有涂改,是否需要重新填写	

第 三 医院胸痛中心			
胸痛 病历质控表			
患者姓名:		诊断:	主管医生:
项目	标准分值	内容	得分
主诉	5分	症状2分+时间3分	
简要病史	10分	胸痛六大要素6分(发生时间、持续时间、部位、性质、缓解方式、放射痛)、既往史2分、吸烟史+月经史2分	
体格检查	10分	一般情况2分、生命体征2分、重点检查4分、书写规范2分	
辅助检查	5分	有检查报告结果5分	
初步诊断	5分	诊断名称规范3分、急性冠脉综合征分型明确2分(UA/STEMI/NSTEMI)	
病程记录	15分	做好患者病情变化5分、合理用药4分、宣教记录3分、GRACE评分3分	
知情同意书	10分	有知情同意书何病重通知书5分、签名时间明确到分钟5分	
		发病时间3分	
		首次医疗接触时间3分	
		首次心电图完成时间3分	

# 胸痛中心内部质控要点

- 确定质控指标及目标值是方向
- 落实数据库日常管理制度是基础
- 扎扎实实开好“两会”是关键
- 遵循流程改进流程图实施调整目标值

**心有猛虎，细嗅蔷薇**





谢谢!