



广东省胸痛专业 2023年度 质量控制中心 常态化质控培训

2023年9月22日 | 广东·广州



新版质控标准和细则修订解读

易绍东

2023-09-22



落实常态化质控是确保质量持续改进的核心抓手

内部质控机制是基础 外部质控是压力

建立三级外部质控体系

落实质控飞检、奖惩制度



常态化质控机制



发布质控报告及排名

信息化平台实时管理

促使

医院内部质控机制常态化运行
持续提升建设质量



进阶：第三版质控体系和标准修订

01

指标数量**精简**——聚焦核心问题、关键环节、**兼顾地区差异性**

02

考核要求**优化**——结合指南要求和现状、**突出目标导向**

03

调整**计分占比**——多次测算、**重点关注核心指标**

04

明确**实操细则**——确定**现场核查的规则和方法**

05

新增**随访要求**——**未来初步纳入计分**

改进

规范



质控评估得分公式

数据库生成

质控专家

后台统计



最后得分

100

趋势得分

得分/100

权重

1、1.05、1.10.....~1.5

修正



标准版

1	STEMI 患者从症状发作到首次医疗接触时间	症状到首次医疗接触 (S-to-FMC) 时间	所有 STEMI 患者	过程指标	改进趋势; 越短越好	0
2	首次医疗接触至首份心电图完成时间	首次医疗接触至首份心电图完成时间 (FMC-to-ECG)	所有急性胸痛患者	过程指标	平均≤10 分钟	5%
3	心电图远程传输比例	ECG 远程传输比例	120 出车或转运的 STEMI 患者	过程指标	≥50%且呈现增高趋势, 传输方式: 如微信、网络、短信等	5%



基层版

1	STEMI 患者从症状发作到首次医疗接触时间	症状到首次医疗接触 (S-to-FMC) 时间	STEMI 患者	过程指标	改进趋势; 越短越好	0
2	首次医疗接触至首份心电图完成时间	首次医疗接触至首份心电图完成时间 (FMC-to-ECG)	所有急性胸痛患者	过程指标	平均时间≤10 分钟内;	5%
3	首份心电图完成至确诊时间	首份 ECG 完成时间(院前或院内) 至确诊时间	STEMI 患者	过程指标	平均时间≤10 分钟内	5%
4	心电图远程传输比例	ECG 远程传输比例	120 出车或转运的 STEMI 患者	过程指标	≥50%且呈现增高趋势, 传输方式: 如微信、短信等	5%

☞ S-to-FMC仅作为导向, 不计分

☞ 基层版增加“心电图确诊时间”

☞ 提高了远程传输标准从30%到50%



基层版——不同首选再灌注策略

- DIDO时间及达标率
- 直达导管室比例：
双绕行
- D2W时间及达标率
- FMC2W达标率

5.1 PCI



- D2N
- D2N达标率
- 24小时行CAG比例

5.2 溶栓



- DIDO
- DIDO达标率
- FMC2W达标率
- 转诊后直达导管室
比例

5.3 转运





标准版

4	直达导管室比例	绕行急诊及CCU直达导管室比例	120 出车或转运且拟行 PPCI 患者	过程指标	≥50% 改进趋势	10%
5A	非 PCI 医院停留时间	非 PCI 医院停留时间 (DIDO)	转运来行 PPCI 的 STEMI 患者	过程指标	≤30 分钟或者呈现明显改进趋势	5%
5B	转运 PCI 患者 DIDO 达标率	DIDO ≤ 30min 的比例	转运来行 PPCI 的 STEMI 患者	过程指标	≥75% 改进趋势	5%
6A	入门至导丝通过时间	接受 PPCI 治疗的患者 D-to-W 时间	行 PPCI 的 STEMI 患者	过程指标	平均时间 ≤ 90min 且有缩短趋势	15%
6B	D-to-W 达标率	D-to-W ≤ 90min 的比例	行 PPCI 的 STEMI 患者	过程指标	≥75%	10%
7	FMC-to-W 达标率	FMC-to-W ≤ 120min 的比例	120 急救或转运的且接受 PPCI 治疗的 STEMI 患者	过程指标	≥75%	15%

调整了 FMC-to-W 的相关分值

7A	首次医疗接触至导丝通过 (FMC2W) 的时间	FMC2W 时间	120 急救或转运的 STEMI 患者	过程指标	季度平均时间 ≤ 120 分钟	20%
7B	FMC2W 达标率	FMC2W ≤ 120min 的比例	120 急救或转运的 STEMI 患者	过程指标	≥75%	10%

旧版



基层版(PPCI为首选策略)

5.1A	转运 PCI 患者入门出门时间	转运 PCI 患者在网络医院停留时间 (DIDO)	网络医院转来行 PPCI 的 STEMI 患者	过程指标	≤30 分钟	5%
5.1B	转运 PCI 患者 DIDO 达标率	DIDO ≤ 30min 的比例	网络医院转来行 PPCI 的 STEMI 患者	过程指标	≥75% 改进趋势	5%
5.1C	转运 PCI 患者直达导管室比例	直达导管室比例: 绕行急诊及 CCU	120 出车或转运且拟行 PPCI 患者	过程指标	≥50% 改善趋势	5%
5.1D	入门至导丝通过时间	接受 PPCI 治疗的患者 D-to-W 时间	行 PPCI 的 STEMI 患者	过程指标	平均时间 ≤ 90min	15%
5.1E	D-to-W 达标率	D-to-W ≤ 90min 的比例	行 PPCI 的 STEMI 患者	过程指标	≥75%	10%
5.1F	FMC-to-W 达标率	FMC-to-W ≤ 120min 的比例	120 出车或转运且接受 PPCI 治疗的 STEMI 患者	过程指标	≥75%	15%

PPCI 为首选策略的要求和导向与标准版一致

建议各家医院将本院的 FMC-to-W 时间做内部质控的考核指标



基层版(溶栓为首选策略)

5.2A	溶栓患者从入门到开始溶栓的平均时间	D-to-N 时间	行溶栓的 STEMI 患者	过程指标	≤30min	20%
5.2B	D-to-N 达标率	D-to-N 时间 ≤ 30min 比例	行溶栓的 STEMI 患者	过程指标	≥ 75%	20%
5.2C	溶栓后 24 小时内行冠脉造影的比例	溶栓患者在 24 小时内接受 CAG 的比例	行溶栓的 STEMI 患者	过程指标	≥ 50%	15%

👉 删除了溶栓后血管再通率

5.2B	D2N 达标率	D2N 时间 ≤ 30min 比例	行溶栓治疗的 STEMI 患者	过程指标	≥ 75%	15%
5.2C	溶栓后即刻血管再通率	溶栓后即刻血管再通率：心电图 ST 段回落 50%，胸痛缓解，酶峰提前，再灌注心律失常	行溶栓治疗的 STEMI 患者	过程指标	改善趋势	10%
5.2D	溶栓后 24 小时行 CAG 比例	溶栓患者在 24 小时内接受 CAG 的比例	行溶栓治疗的 STEMI 患者	过程指标	≥ 50%	15%

旧版



基层版(转运为首选策略)

5.3A	转运到上级医院行 PPCI 患者的 DIDO 时间	转运 PPCI 患者在本院停留时间 (DIDO)	转运 PPCI 的 STEMI 患者	过程指标	≤30 分钟	20%
5.3B	转运 PPCI 患者 DIDO 达标率	DIDO ≤30min 的比例	转运 PPCI 的 STEMI 患者	过程指标	≥75% 改进趋势	15%
5.3C	FMC-to-W 达标率	FMC-to-W ≤120min 的比例	120 出车或转运的且接受 PPCI 治疗的 STEMI 患者	过程指标	≥75%	15%
5.3D	转诊后直达导管室的比例	转诊后直达导管室的比例: 绕行急诊、CCU	转运行 PPCI 的 STEMI 患者	过程指标	≥50% 改进趋势	5%

5.3A	转运 PCI 患者非 PCI 医院停留的时间(DIDO)	转运 PCI 患者在医院停留的时间 (DIDO)	转运行 PPCI 的 STEMI 患者	过程指标	≤30 分钟	20%
5.3B	转运 PCI 患者 DIDO 达标率	DIDO 达标率	转运行 PPCI 的 STEMI 患者	过程指标	改善趋势	5%
5.3C	首次医疗接触至导丝通过 (FMC2W) 的时间	FMC2W 时间	120 急救或转运的 STEMI 患者	过程指标	季度平均时间 ≤120 分钟	15%
5.3D	FMC2W 达标率	FMC2W ≤120min 的比例	120 急救或转运的 STEMI 患者	过程指标	≥75%	10%
5.3E	转诊后直达导管室的比例	转诊后直达导管室的比例: 绕行急诊、CCU	转运行 PPCI 的 STEMI 患者	过程指标	≥50% 改善趋势	5%

旧版

👉 调整了 FMC-to-W 的相关分值

👉 更强调本院策略是否正确及执行情况



标准版

8	再灌注比例	发病 12 小时以内的 STEMI 患者接受再灌注治疗的比例	发病至首次医疗接触在 12 小时以内的 STEMI 患者	结果指标	≥75%	15%
9	胸痛中心三会：须上传会议记录和照片	联合会、质量分析会、典型病例讨论会召开次数和质量	所有已通过认证的胸痛中心	结构指标	联合会每半年至少一次；质量分析会、典型病例讨论会每季度至少一次	5%
10A	数据库管理时效性：及时建档率	及时建档率：FMC 后 7 天内建档的病例占全部建档病例的比例	所有上报病例	过程指标	100%	5%
10B	数据库管理时效性：及时审核归档率	及时审核归档率：FMC 后 60 天内完成审核及归档的病例占全部建档病例的比例	所有上报病例	过程指标	100%	5%

👉 标准版与基层版一致

👉 数据管理时效性由后台自动计算



基层版

6	再灌注比例	发病 12 小时内 STEMI 患者接受再灌注治疗的比例	发病至首次医疗接触在 12 小时以内的 STEMI 患者	结果指标	≥75%	15%
7	胸痛中心三会：须上传会议记录和照片	联合会、质量分析会、典型病例讨论会，召开次数和质量	所有已通过认证的胸痛中心	结构指标	联合会每半年至少一次；质量分析会、典型病例讨论会每季度至少一次	5%
8A	数据库管理时效性：及时建档率	及时建档率：FMC 后 7 天内建档的病例占全部建档病例的比例	所有上报病例	过程指标	100%	5%
8B	数据库管理时效性：及时审核归档率	及时审核归档率：FMC 后 60 天内完成审核及归档的病例占全部建档病例的比例	所有上报病例	过程指标	100%	5%

不及时建档及归档的主要原因：

- 1、无专人负责
- 2、集中补填
- 3、无监督



标准版

11	高危胸痛患者数据填报量	高危胸痛例数	高危胸痛患者	结构指标	在质控考核中作为规模修正指标	修正系数
----	-------------	--------	--------	------	----------------	------



基层版

9	高危胸痛患者数据填报量	高危胸痛例数	高危胸痛患者	结构指标	在质控考核中作为规模修正指标	修正系数
---	-------------	--------	--------	------	----------------	------

10	高危胸痛患者数据填报量	高危胸痛数据填报量	高危胸痛患者	结构指标	不低于认证通过时近6个月月平均的90%	5%
----	-------------	-----------	--------	------	---------------------	----

旧版

👉 病例数可能会有波动，并不一定代表质量下滑

👉 病例总数越大，出现偏差的可能性越多，修正系数类似难度系数



标准版

标准版高危胸痛患者数据填报量	修正系数
0	0
(0-200]	1
(200-300]	1.05
⋮	⋮
(1100-]	1.5



基层版

基层版高危胸痛患者数据填报量	修正系数
0	0
(0-50]	1
(50-80]	1.05
⋮	⋮
(320-]	1.5



标准版

12	ACS 患者 1 月随访率	ACS 患者 1 月随访率	出院诊断为 ACS 的患者 (随访时间窗内)	过程指标	≥50%	0
	ACS 患者 3 月随访率	ACS 患者 3 月随访率	出院诊断为 ACS 的患者 (随访时间窗内)	过程指标	≥50%	0
	ACS 患者 6 月随访率	ACS 患者 6 月随访率	出院诊断为 ACS 的患者 (随访时间窗内)	过程指标	≥50%	0
	ACS 患者 12 月随访率	ACS 患者 12 月随访率	出院诊断为 ACS 的患者 (随访时间窗内)	过程指标	≥50%	0
13	信息化建设	采用时间节点及诊疗信息自动获取的信息管理系统	所有通过认证的胸痛中心单位	结构指标	有或无	0



基层版



现场核查内容

1、高危急性胸痛病例漏报率

20分

STEMI、NSTEMI、UA、AD、PE



现场核查内容

2、STEMI 各关键时间节点完整性/准确性 /溯源性 54分

- 🔑完整性：该填的一定要填，不能漏
- 🔑溯源性：找到出处，有证明材料（不是单纯的纸质版表格）
- 🔑准确性：填报与实际一致，且符合逻辑



现场核查内容

3、ACS 患者再灌注率治疗规范性

14分

- ☞ 是否遵循指南
- ☞ NST-ACS是否在规定时间内再灌注
- ☞ 未行再灌注的病例是否有客观理由和证据



现场核查内容

4、**低危**胸痛患者早期诊疗规范程度 **10分**

- ☞ 低危急性胸痛病例不强制要求录入数据库，但仍需要按照胸痛中心流程管理，高度重视“等同症状”的管理



现场核查内容

5、**“三会”** 召开是否规范 **2分**

- 1、会议记录是否翔实
- 2、参会人数是否满足要求
- 3、是否针对存在的问题制定了改进的方案
- 4、是否在一年内至少制定一次本院的改进目标值



需要说明的细节



很多单位不重视网络医院与非网络医院的设置与区别，如果不统计非网络医院，会导致双绕极少的情况。

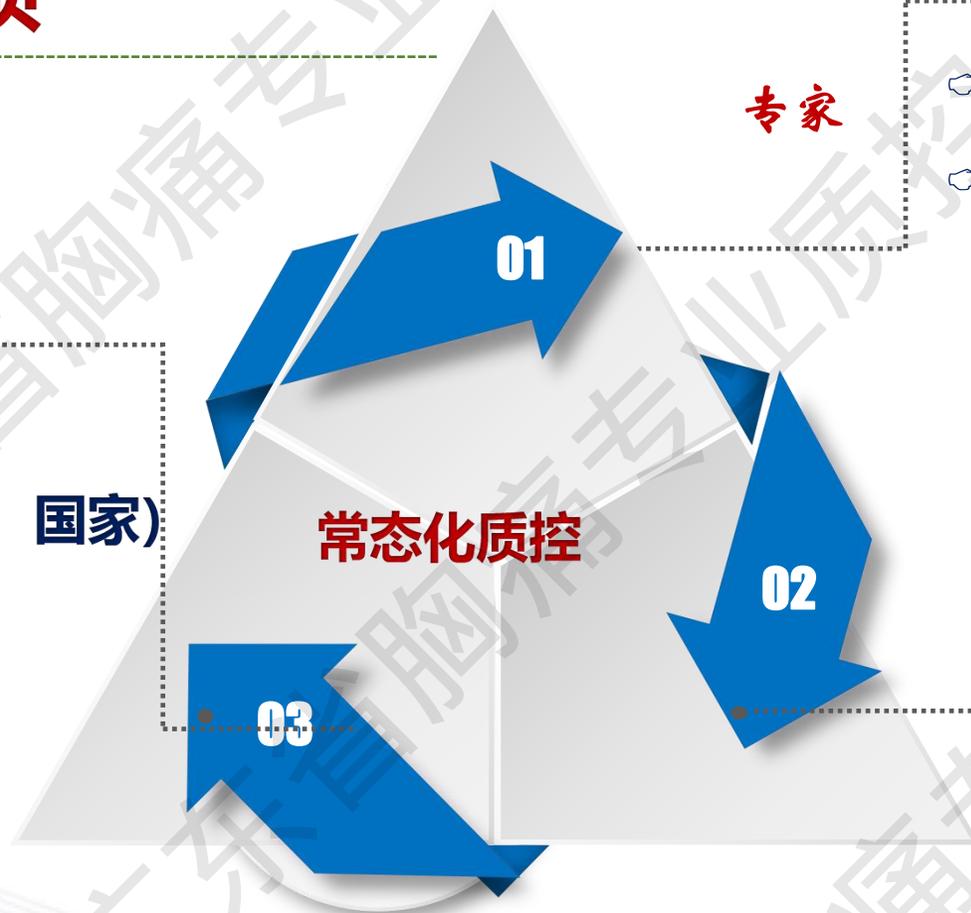
网络医院的定义为“广义的网络医院”，也就是下级医院，不再区分是否存在“网络医院”及“非网络医院”



注意事项

更新

- ☞ 标准修订 (后台+现场) 国家)
- ☞ 细则探索 (表单)



专家

- ☞ 进一步理解质控标准和导向
- ☞ 现场核查加强指导、互相借鉴

被核查单位

- ☞ 团队作战 (迎检小组)
- ☞ 事先练习 (确认)
- ☞ 与组织者勤沟通
- ☞ 日常实践



广东省胸痛中心协会
微信公众号



谢谢