



中国心胸肿瘤联盟
China Chest Tumor Alliance



心脏研究所
Chinese Heart Institute



中国心脏健康基金会
China Heart Health Foundation



中国胸科中心联盟
Chinese Chest Center Alliance

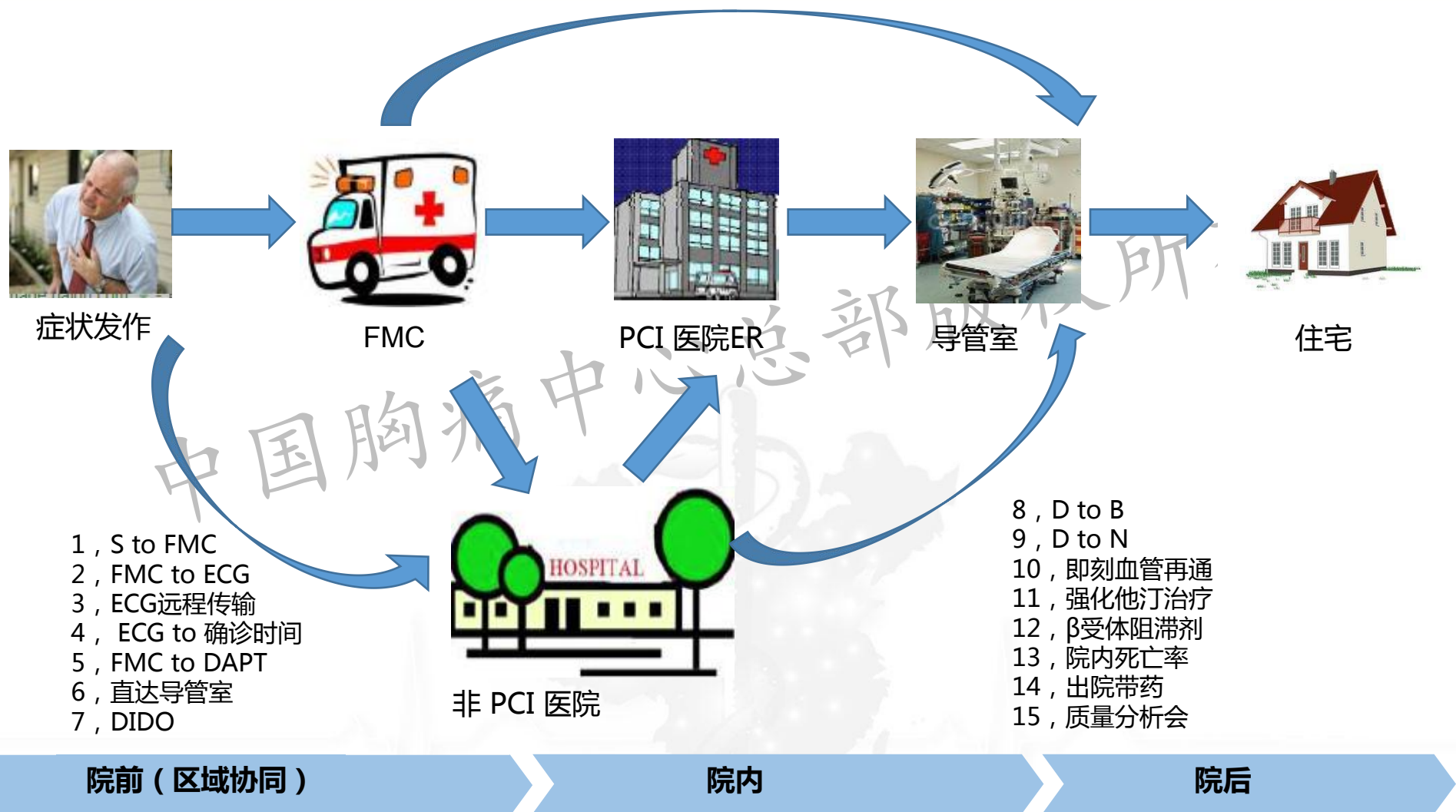
胸痛中心质控标准 和目标解读

上海市胸科医院 曲新凯





质量控制体系一览



B: Balloon; D: Door; DIDO: Door in door out; ER: Emergency room; FMC: First medical contact; N: Needle; S: Symptom.





指标1

STEMI患者症状到首次医疗接触 (S2FMC) 时间

S : Symptom 发病时间

FMC:First Medical Contact 首次医疗接触

变量名	说明或定义	来源
发病时间	导致本次急诊就医的症状开始时间	通过询问患者或家属得到，由首次医务人员填写
首次医疗接触时间	患者发病后首次同医务人员接触的时间、强调的是首次，具体到分钟	通过询问患者或家属得到，由首诊医生填写

常见问题：

Q：患者胸痛5天，加重2小时，发病时间填什么时候？

A：对于STEMI患者而言，正确的发病时间为加重的2小时发作的时间。





指标2

首次医疗接触至首份心电图（FMC2ECG）时间

FMC:First Medical Contact 首次医疗接触

ECG:Electrocardiogram心电图

变量名	说明或定义	来源
首次医疗接触时间	患者发病后首次同医务人员接触的时间、强调的是首次，具体到分钟	通过询问患者或家属得到，由首诊医生填写
首份心电图确诊时间	发病后专科医生针对首份心电图解读确诊时间	首份心电图的明确解读，无论是否正常，不因为首份心电图无异常，而以发生异常的心电图作为解读时间

常见问题：

Q：120急救车或网络医院转运的患者，首份心电图时间如何计算？

A：对于120急救车或网络医院转运的患者，首份心电图时间应当按在120急救车或网络医院为患者做的首份心电图时间为准。除非在120急救车或网络医院没有做心电图，则按院内首份心电图时间计算。





指标3

ECG远程传输比例

ECG: Electrocardiogram心电图

变量名	说明或定义	来源
远程心电传输	是否通过实时监护、微信、短信等进行远程传输	通过询问上传心电信息的医务人员或接受心电信息的医务人员得到，由首诊医生填写

常见问题：

Q：患者是网络医院转运过来的，无法知道首次医疗接触的具体时间怎么办？

A：根据胸痛中心的认证及质控标准，胸痛中心应当与网络医院形成联动机制，患者转运应当有专人对接，应当加强对网络医院及社区医院的培训教育，在网络医院也应当有时间记录表等。





指标4

STEMI患者首份ECG（远程传输或院内）至确诊时间和比例

ECG:Electrocardiogram心电图

变量名	说明或定义	来源
院前首份心电图	指患者在其他医院或医疗机构做的首份心电图的完成时间（包括在救护车上做的心电图）	通过查看外院首份心电图资料得到，由首诊医生填写
院内首份心电图	指患者入本院做的首份心电图的完成时间（包括门诊及急诊心电图）	通过查看我院首份心电图资料得到，由首诊医生填写
首份心电图确诊时间	发病后专科医生针对首份心电图解读确诊时间	首份心电图的明确解读，无论是否正常，不因为首份心电图无异常，而以发生异常的心电图作为解读时间

常见问题：

Q：微信传输算不算远程传输？

A：只要是远程传输了心电图，无论是通过微信，远程传输系统，彩信，邮件等形式，均可视为远程传输，但切记保留远程传输的证据。





指标5

STEMI患者首次医疗接触至双重抗血小板治疗时间

FMC:First Medical Contact 首次医疗接触

DAPT:Dual Antiplatelet Time双联抗血小板时间

全部版权所有

变量名	说明或定义	来源
首次医疗接触时间	患者发病后首次同医务人员接触的时间、强调的是首次，具体到分钟	通过询问患者或家属得到，由首诊医生填写
ACS给药-双联抗血小板首次药时间	开始服用双联抗血小板药物的时间，精确到分钟，并填写药物品种及剂量	通过查看给患者服药的护士或医师填写的时间节点管理表或护理记录得到，由岗位护士或医师填写



中国心血管健康联盟
China Cardiovascular Association



心脏健康研究院
China Heart House



中国心血管健康基金会
China Cardiovascular Foundation



指标6

直达导管室比率

变量名	说明或定义	来源
患者绕行急诊	患者到达本院后未在急诊科、门诊停留，如选是，勾选患者去向哪个部门（导管室、CCU、心内科病房、其它），并记录到达该部门的时间，精确到分钟；如选否，请注明到达时间与离开急诊科时间，精确到分钟	通过查看救护车上时间节点登记表得到，由本地救护车或院内首诊医务人员填写
绕行CCU	患者来院后未在心内科或CCU停留，直接进入导管室；如勾选未绕行CCU，注明到达CCU的具体时间	通过询问首诊医务人员，由心内科医生填写

常见问题：

Q：直达的定义是什么？

A：患者绕行急诊及CCU，直接进入导管室进行救治视为直达。





指标7

非PCI医院停留时间 (DIDO)

DIDO: Door-In-Door-Out 入门到出门时间

变量名	说明或定义	来源
转院	出车单位 (120救护车/本院救护车/外院救护车)	通过询问患者或家属得到, 由首诊医生填写
转院	勾选是否网络医院, 填写转出医院入门时间、决定转院时间、转运救护车到达时间、离开转出医院、到达本院大门、院内接诊时间	通过询问患者或家属得到, 由首诊医生填写





指标8

D2B时间

D2B:Door-To-balloon)入门-开始球囊扩张时间

变量名	说明或定义	来源
到达本院大门	胸痛患者到达本院大门的时间，不好界定时，可根据医院实际情况采用挂号或患者到达分诊台时间作为大门时间 精确到分钟	通过询问首诊医生、护士或查看时间采集器自动采集的时间记录得到，经本地救护车入院者由救护车医师填写，自行来院者由分诊人员填写，外院转诊者由院内首诊人员填写
D2B时间	患者进入本院大门到球囊扩张之间的时间差，系统自动计算（需填写患者到达医院大门的时间与患者手术时球囊扩张的时间）	根据填写的患者到达医院大门时间与患者手术时球囊扩张时间，系统自动计算

常见问题：

Q：进门时间如何定义？

A：胸痛患者到达本院大门的时间，不好界定时，可根据医院实际情况采用挂号或患者到急诊达分诊台时间作为大门时间。





指标9

对于溶栓治疗者，D2N时间

D2N:Door-To-Needle 入门至开始溶栓时间

变量名	说明或定义	来源
溶栓开始时间	溶栓开始的时间，精确到分钟	通过查看登记本得到
溶栓结束时间	溶栓结束的时间，精确到分钟	通过查看登记本得到

常见问题：

Q：进门时间如何定义？

A：痛患者到达本院大门的时间，不好界定时，可根据医院实际情况采用挂号或患者到急诊达分诊台时间作为大门时间。





指标10

所有行PPCI或溶栓的患者即刻血管再通率

(1) TIMI三级血流比例

(2) 所有行PPCI的患者即刻血管再通率

变量名	说明或定义	来源
靶血管血流 (TIMI) 等级	手术前 (0级/1级/2级/3级), 手术后 (0级/1级/2级/3级)	通过查看导管室手术登记本得到, 由导管室护士填写
溶栓再通	是/否	通过查看病历资料得到





指标11

ACS患者24小时强化他汀治疗比例

变量名	说明或定义	来源
24小时强化他汀治疗	是/否	通过查看病历资料或会诊记录得到

常见问题：

Q：24小时强化他汀治疗有什么要求？

A：依据最新指南的要求。24小时内给予阿托伐他汀40mg或瑞舒伐他汀20mg。





指标12

β受体阻滞剂比例

变量名	说明或定义	来源
β受体阻滞剂使用	是/否	通过查看病历资料或会诊记录得到





指标13

所有STEMI患者院内死亡率（心源性及非心源性）

变量名	说明或定义	来源
死亡	被诊断临床死亡并填写了死亡证明。如是死亡，记录死亡时间，勾选死亡是与本次胸痛相关死亡或其它原因死亡	通过查看死亡记录、抢救记录得到，由经治医生填写



指标14

出院带药符合指南推荐

DAPT: Dual Antiplatelet Time 双联抗血小板时间

ACEI: Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor 血管紧张素转化酶抑制剂

ARB: Angiotensin II Receptor Blocker 血管紧张素II受体阻断剂

全部版权所有

变量名	说明或定义	来源
出院带药	DAPT, ACEI/ARB, 他汀, β 阻滞剂	通过查看医嘱得到, 由经治医生填写



中国心血管健康联盟
China Cardiovascular Association



心脏健康研究院
China Heart House



中国心血管健康基金会
China Cardiovascular Foundation



指标15

质量改进会

质量改进会（质量分析会）：质量改进会的主要内容是通过对胸痛中心运行过程中的阶段性宏观数据分析，肯定工作成绩、发现存在问题并制订改进措施。除了胸痛中心的核心科室人员参加外，医院管理层及院前急救人员亦应参加。该制度必须为质量改进会制定出标准的规则，包括主持及参加人员、频度、时间、参加人员、主要分析内容等，原则上质量改进会的时间间隔不得超过3个月。

变量名	说明或定义	来源
质量改进会	质量改进会的主要内容是通过对胸痛中心运行过程中的阶段性宏观数据分析，肯定工作成绩、发现存在问题并制订改进措施。除了胸痛中心的核心科室人员参加外，医院管理层及院前急救人员亦应参加。	秘书或数据员保留上传质量改进会内容。质量改进会必须上传1) 会议照片 (JPG格式)、2) 会议签到表 (PDF格式)、3) 会议纪要 (会议记录PDF扫描件，必传，否则无系统不计算)，另外质量分析会制度一年需上传一次，如有更新，不限次数





奖惩制度

目标

通过有效地奖惩机制促进CPC认证医院医疗质量持续改进

适用对象

已经得到CPC认证的PCI胸痛中心医院

考核内容

过程指标 和结果指标两方面考核

奖惩机制

奖励机制和淘汰制





奖惩制度

- 一、过程考核内容：
过程考核不合格标准：

编号	考核内容	考核标准
1	数据填报完整性	必填数据填报比例 < 50%
2	数据填报及时性	数据填报延迟 > 90天
3	数据溯源情况	抽查时无法提供原始病历以供核查时间 \geq 1月
4	持续改进意识	质量分析例会 < 1次/季度





奖惩制度

□ 考核内容：结果考核

编号	考核指标	评分系统 (x)					权重 (a)
		20	40	60	80	100	
2, 3	院前考核指标 (2项)						15%
4-10	院内考核指标 (8项)						60%
13, 15	院后指标+单列指标 (2项)						25%





奖惩制度

指标占比 (合计100%)

指标	占比
1.症状到首次医疗接触 (S2FMC) 时间	0
2.首次医疗接触至首份心电图 (FMC2EKG) 时间	10%
3.EKG远程传输比例	5%
4.首份EKG (远程传输或院内) 至确诊时间和比例	10%
5.STEMI患者首次医疗接触至双重抗血小板治疗时间	10%
6.直达导管室比例：绕行急诊及CCU	5%
7.非PCI医院停留时间 (DIDO)	2%
8.D2B时间	25%
9.D2N时间	3%
10.即刻血管再通率	5%
11.强化他汀治疗比例	0
12.β受体阻滞剂比例	0
13.出院带药医嘱	10%
14.院内死亡率	0
15.质量改进会	15%

版权所有

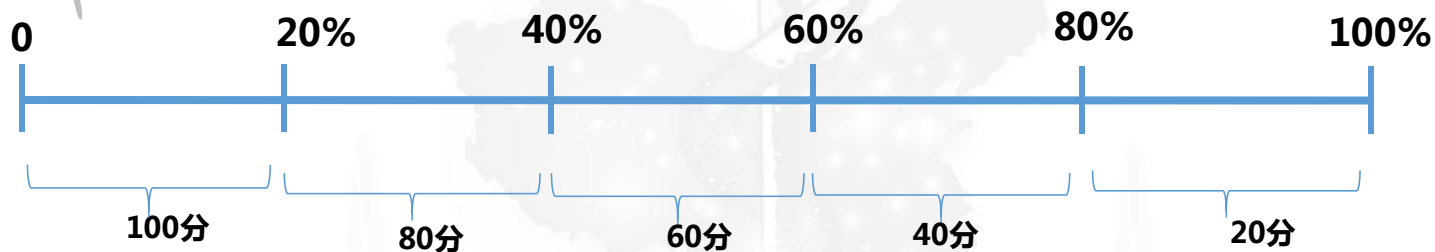




奖惩制度

考核内容-结果考核

1. 结果考核总分为每一项考核指标分值 X 权重系数的总和
2. 2016年**试运行百分制（图1）**，每项考核指标排名前20%以内为100分； \geq 前20% - < 40%范围内为80分； \geq 前40% - < 60%为60分； \geq 前60% - < 80%为40分；其余20%为20分。
3. 2017年可根据2016年的完成情况，胸痛中心执委会商定Benchmark值



中国心血管健康联盟
China Cardiovascular Association



心脏研究学院
China Heart House



中国心血管健康基金会
China Cardiovascular Foundation



2016年榜单

TOP10 医院

广西医科大学第一附属医院

上海交通大学医学院苏州九龙医院

徐州矿务集团总医院

江苏大学附属医院

天津市静海区医院

绍兴市人民医院

天津市西青医院

上海交通大学附属胸科医院

郑州市第一人民医院

泰达国际心血管病医院

相对落后的10家中心

深圳市孙逸仙心血管医院

无锡市第二人民医院

罗定市人民医院

宁夏医科大学总医院

华中科技大学附属协和医院

成都市第三人民医院

赣州市人民医院

深圳市第四人民医院

大庆油田总医院

新乡市中心医院

继续努力，后面有无数实力强劲的中心在追赶！

不是做得不好，是别人做得更好！





奖惩制度

奖励机制

- **频率**：每年评定一次，结合胸痛中心年度表彰大会

- **奖项类型**：

1. 医疗质量奖（金、银、铜杯）

2. 数据填报质量奖（奖牌）

3. 质量持续改进奖（奖牌）

4. 胸痛中心免审奖（奖牌）

中国胸痛中心总部版权所有





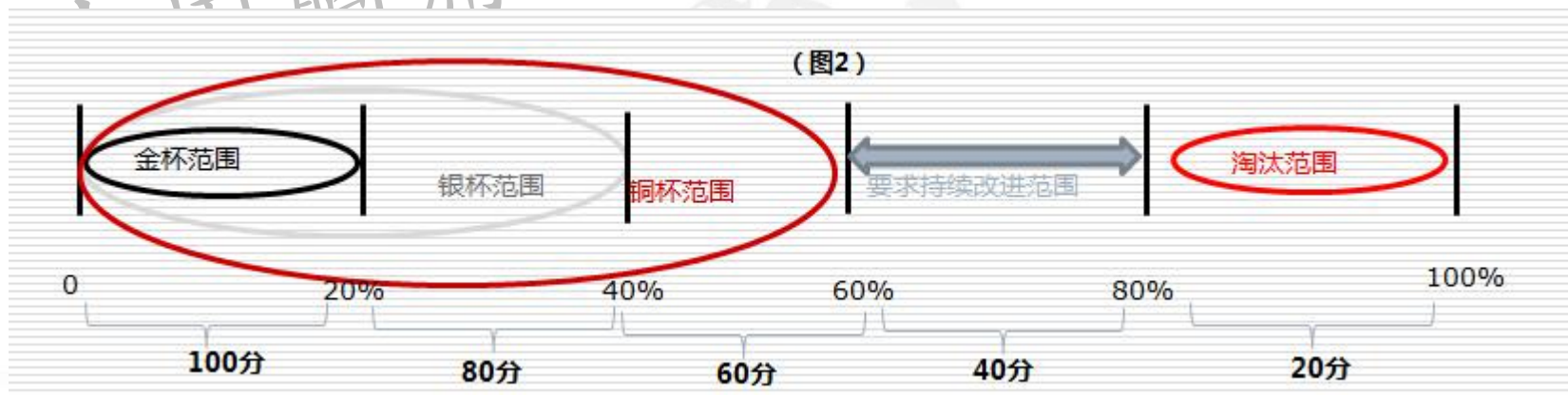
奖惩制度

奖励机制

● 奖励标准：

1. 医疗质量奖杯：（图2）

- ①金杯 **5位**：连续 **4** 次季度质控简报，排名均在 **前20%** & 年度考核总分排名**前5名**。
- ②银杯 **10位**：连续 **4** 次季度质控简报，排名均在 **前40%** & 排除金杯得主的年度考核总分排名**前10名**。
- ③铜杯 **15位**：连续 **4** 次季度质控简报，排名均在 **前60%** & 排除金银杯得主的年度考核总分排名**前15名**。



奖励机制

- 2. 数据填报质量奖牌**：全年数据填报完整性 > 90%、时效性 < 90天、真实性良好(抽查属实)的医院
- 3. 质量持续改进奖牌**：全年四次季度质量指标评分 持续递增 的医院
- 4. 胸痛中心免审奖牌**：a, 连续三年金杯中心
或b, 连续三年年度质量评分持续增加（基础 ≥ 80分 且每年增加 ≥ 10分）
(**胸痛中心科研协作机会**：科研项目优先考虑获得奖杯/奖牌的医院)





奖惩制度

淘汰制

- 频率：每年评定一次
- 标准：

□ 黄牌，警告整改：

- ✓ 数据完整性：连续 1 次季度报告，必填数据填报比例 < 50%
- ✓ 数据及时性：数据填报延迟 > 90天
- ✓ 真实性：抽查时无法提供原始病历以供核查时间 \geq 1月
- ✓ 持续改进机制：无法达到质量分析例会 \geq 1次/季度

□ 红牌，取消胸痛中心资格：

- ✓ 后10名：连续 3 年年度质量简报排名末位 20%& 三年年度考核总分的后10位
- ✓ 连续 3次 以上黄牌警告





总部质控微信群



CPC质控中心

群聊人数超过100人
只可通过邀请进入群聊

122家中心271人



2017年胸痛质控群



该二维码7天内(4月17日前)有效, 重新进入将更新

请**2017年**第一批通过认证的
42家中心扫描二维码入群





Thank you!

中国疼痛中心总部版权所有

