



胸痛中心建设

院内质量控制经验分享

广东省胸痛中心协会
惠州市第三人民医院 肖纯

目录

- 院内质控的前提和基础及其相关培训
- 核心指标及影响其达标的关键因素
- 院内质控的要点及其质控方法
- 我院做好院内质控的探索和几点体会

院内质控的前提和基础

- 制作合适的《急性胸痛时间管理表》，并通过培训达到“诊疗团队人人掌握并能够正确填写”的目的。
- 急性胸痛患者的登记至关重要，应结合医院的实际情况制定相应的登记制度。
- 关键场所（急诊科、导管室、心内科、CCU等）的钟表、电脑及各类医疗设备必须做到时间统一。
- 熟练掌握每个质控指标及关键时间节点的真正含义。



惠州市急性胸痛患者时间管理表

急性胸痛患者时间管理表及胸痛中心建设质控指标考核

患者姓名 _____ 年龄 _____ 岁 性别 男 女 联系电话 _____ 急诊/住院 ID _____

初步诊断 STEMI NSTEMI UAP 主动脉夹层 急性肺栓塞 其他非心血管源性疾病

来院方式 呼叫 120 自行来院 院内发病 其他医疗机构转入

首诊医院名称 _____ 二诊医院名称 _____ 三诊医院名称 _____

【院前阶段】(未执行部分不用填写;非呼叫 120 来院患者,除发病时间和地点外,其他项目不需填写)

发病时间 年__月__日 时__分 发病地点 _____ 呼叫 120 及接听电话时间 _____ 接听人签名 _____

通知出车时间 _____ 救护车出发时间 _____ 接诊医护人员接触患者(FMC)时间 _____ FMC 地点 _____

离开现场时间 _____ 首份心电图完成时间 _____ 远程传输心电图时间 _____ STEMI 患者心电图确诊时间 _____

院前是否已确诊 STEMI 是 否 双抗给药时间 _____ 双抗药及剂量 _____ 抗凝时间 _____

抗凝药剂量 _____ 开始溶栓时间 _____ 溶栓药及剂量 _____ 院前医师护士签名 _____

【首诊医院阶段】(院前已完成及未执行或不需执行部分不用填写;PCI 医院本栏无需填写)

院内医护人员接诊时间 _____ 首份心电图完成时间 _____ 远程传输心电图时间 _____

STEMI 患者心电图确诊时间 _____ 肌钙蛋白抽血完成时间 _____ 肌钙蛋白结果出具时间 _____

首诊医师/护士签名 _____ 双抗给药时间 _____ 抗血小板药物名称剂量 _____

抗凝治疗开始时间 _____ 抗凝药物名称剂量 _____ 溶栓开始时间 _____

溶栓结束时间 _____ 溶栓药物名称剂量 _____ 开具和执行医嘱医师/护士签名 _____

通知 CT 室时间 _____ 通知医师签名 _____ 患者到达 CT 室时间 _____ CT 检查开始时间 _____

患者离开 CT 室时间 _____ CT 室出具报告时间 _____ CT 室医师/护士签名 _____

通知 科会诊时间 _____ 会诊医师到达时间 _____ 会诊完成时间 _____ 会诊医师签名 _____

与 PCI 医院联系时间 _____ 非 PCI 医院联系人 _____ PCI 医院联系人 _____ 患者转出时间 _____

【PCI 医院阶段】(院前或首诊医院已完成及未执行或不需执行部分不用填写;非 PCI 医院本栏无需填写)

发病后院内医务人员首次看诊时间 _____ 首份心电图完成时间 _____ STEMI 患者心电图确诊时间 _____

肌钙蛋白抽血完成时间 _____ 肌钙蛋白结果出具时间 _____ PCI 医院首诊医师护士签名 _____

通知 CT 室时间 _____ 通知医师签名 _____ 患者到达 CT 室时间 _____ CT 室检查开始时间 _____

患者离开 CT 室时间 _____ CT 室出具报告时间 _____ CT 室医师/技师签名 _____ 通知 科会诊时间 _____

会诊医师到达时间 _____ 会诊完成时间 _____ 会诊医师签名 _____ 双抗给药时间 _____

抗血小板药物名称剂量 _____ 抗凝治疗开始时间 _____ 抗凝药物名称剂量 _____

开始溶栓时间 _____ 溶栓结束时间 _____ 溶栓药物名称 _____ 知情告知开始时间 _____

签署知情告知书时间 _____ 知情告知医师签名 _____ 启动导管室时间 _____ 导管室激活时间 _____

患者离开急诊科时间 _____ 患者进入导管室时间 _____ 血管穿刺开始时间 _____

冠脉造影开始时间 _____ 冠脉造影结束时间 _____ 闭塞血管再通(导丝进入或球囊扩张)时间 _____

手术结束时间(最后 1 枚支架植入时间) _____ 离开导管室时间 _____ 手术者签名 _____

急诊 PCI 是否绕行 CCU(自行来院)? 是 否 是否绕行急诊科和 CCU(转运 PCI)? 是 否

【时间延误主要原因】

【出院时填写部分】(未住院患者,本栏无需填写,转归部分可多选,由管床医师填写)

出院诊断: STEMI NSTEMI UAP AP 主动脉夹层 急性肺栓塞 其他非心血管源性疾病

治疗情况: 入院后是否 24 小时内使用他汀 是 否 住院期间是否应用了 β 受体阻滞剂 是 否

患者转归: 治愈 好转 转其他医院 发生过心衰 放弃抢救 死亡

住院天数: _____ 天 治疗费用: _____ 万元

患者,张景云,男,50岁。2017年7月25日下午13:10于聚餐时喝了少许白酒,觉胸闷不适,约5、6分钟后症状缓解。当时同桌有某卫生院的医生朋友,开玩笑说酒喝少了,并未在意。饭后回家休息,16:00患者再次出现胸痛并伴冷汗,自行含服“速效救心丸”10余分钟后胸痛缓解,16:40胸痛再次加重,伴大汗淋漓,含服“速效救心丸”后症状仍不能缓解,于17:10呼叫惠州市120指挥中心。惠州市120指挥中心于17:11通知惠州市第三人民医院120办公室出车,120办公室17:12电话通知司机班和急诊科相关医务人员出车,17:15相关人员全部到达指定位置并启动救护车,17:39到达患者住所所在地,17:40到达患者家中。患者胸痛已有所缓解,跟车刘进强医生进行病史询问及体格检查(血压180/94mmHg,心率94次/分,律齐)后,17:45带病人上救护车。上车后想起要查心电图,遂指示王美琴护士检查心电图,17:48完成心电图,提示V1-V6、I、aVL导联均可见ST段呈不同程度弓背抬高,考虑“急性广泛前壁心肌梗死”。17:49拍照上传至胸痛中心微信群并电话请示心内科总住院医师,指示立即给与“一包药(阿司匹林300mg、倍林达180mg、立普妥40mg)”;并与家属沟通急诊PCI事宜。17:51开动救护车,刘进强医师向患方沟通反复交代患者的诊断及尽快介入治疗的重要性,但患者一直纠结于手术风险及手术费用,迟迟不能作出决定。18:14到达医院急诊科抢救室,由值班黄炎东医生接诊,再次测血压176/96mmHg,心率90次/分。18:17予吸氧、心电监护,18:20开始静脉点滴“硝酸甘油”并请心内科总住院黄大海医师急会诊,18:21抽血查心肌酶学、血常规、生化检查及床旁肌钙蛋白。18:26黄大海医师到达急诊科抢救室,认为诊断明确,18:30再次与家属沟通急诊手术的紧迫性。18:36肌钙蛋白结果正常。18:40患方家属讨论后,决定听从医生安排急诊手术并签署知情同意书。18:41由王大海医师通知导管室准备,18:48急诊介入团队第一名成员(护士)到达DSA,18:58急诊介入团队最后一名成员到达DSA并通知急诊科运送病人,19:02急诊科医护人员将患者送至DSA并交接班,19:05患者移至手术台上,19:09消毒铺单完毕,19:10开始桡动脉穿刺,19:12穿刺成功,19:16完成冠状动脉造影,提示“前降支近段急性闭塞”,19:19导丝进入前降支远端后血流恢复TIMI3级,19:21对狭窄处进行球囊扩张后,残余狭窄仍达90%,19:25植入支架一枚,狭窄完全消失。19:31拔除鞘管并加压包扎,19:36离开DSA并于19:43收住CCU。

试题1:请根据上述诊疗经过填写该患者胸痛时间管理表(未提供信息的不需填写)。
 试题2:对该患者的诊疗过程是否存在延误?请具体指出延误的具体环节。

时钟统一管理制度

为确保胸痛患者诊疗过程中时间节点记录准确、有效，保证全院时钟时间与北京时间时差不超过一分钟，特制定本方案。

一、基本要求

1、校准时间标准：以我院办公电脑内置时间为准（我院所有电脑均已安装时钟自动校准软件，该软件能每小时自动校准一次，时间误差 <0.1 秒，与扁鹊飞救系统的子母钟完全同步），时间误差超过30s必须予以校准（不超过30s根据具体情况予以校准）。

2、校准时间日：定于每周一为全院时钟较准日（上午11时开始，下午5:30之前完成）。

时钟校准登记本

校准时钟 及编号	时间核对情况			(不需校准者不填写)		校准 日期	签名
	时间误差 $<10s$	时间误差 10-30s	时间误差 $>30s$	校准前时间	校准后时间		

熟练掌握各质控指标及关键时间节点的含义

指标1：门球（D2B）时间

定义说明：患者从进入PCI医院并接触到接诊医务人员的时间到急诊PCI急性闭塞血管开通的时间，适用对象为**STEMI患者**，反映PCI医院院内绿色通道建设情况。

指标考核要求：≤90分钟

变量名	解析	信息来源	填报人
DOOR (医院大门)	患者到达医院大门时间不好界定，可定义为接触到接诊医务人员（急诊分诊台、护士站等）的时间。	接诊医务人员	接诊医务人员
balloon (球囊扩张)	闭塞血管开通时间（可能发生在造影剂注入、导丝穿过或抽吸血栓及球囊扩张时）。	PCI医生	跟台护士

指标3：入门-转出时间（DIDO）

定义说明：患者从进入不具备实施急诊PCI条件的医院或因故不能实施急诊PCI的医院至转出该院大门的时间，即患者在该院停留的时间；适用对象为**STEMI患者**，反映非PCI医院或因故不能实施急诊PCI的医院院内绿色通道建设情况以及其及时转运的意识。

指标考核要求：≤30分钟

变量名	解析	信息来源	填报人
入院时间	患者到达医院急诊科分诊台、护士站或医生诊室的时间。	接诊医务人员	接诊医务人员
转出时间	转运救护车发动机启动时间。	转运患者的医务人员	转运患者的医务人员

目 录

- 院内质控的前提和基础及其相关培训
- 核心指标及影响其达标的关键因素
- 院内质控的要点及其质控方法
- 我院做好院内质控的探索和几点体会

院内质控的核心指标是什么？

- 胸痛中心建设的院内质控在本质上是针对急性胸痛患者的院内绿色通道建设的质量控制。
- 院内绿色通道是否顺畅高效，以PCI为主要再灌注策略的医院主要通过D-to-B来反应，以溶栓为主要再灌注策略的医院主要通过D-to-N来反应，以转运PCI为主要再灌注策略的医院主要通过DIDO来反应。

哪些因素会影响核心指标达标？

- 急性胸痛患者首次医疗接触至完成首份心电图的时间不超过10min。
- STEMI患者完成首份心电图至确诊的时间不超过10min。
- 急性胸痛患者床旁肌钙蛋白从抽血到获取报告时间不超过20min。

哪些因素会影响核心指标达标？

- 经救护车入院（含基层医院转运）的STEMI患者，远程传输心电图的比例不低于30%。
- 经救护车入院（含基层医院转运）的STEMI患者，绕行急诊和CCU比例不低于30%。
- 自行来院STEMI患者，绕行CCU比例不低于50%。

哪些因素会影响核心指标达标？

- 心内科或相关专科急会诊到位时间不超过 6min。
- 导管室激活时间不超过 30min。
- 知情同意书签署时间不超过5min。
- 患者从进入导管室至血管开通时间=进入导管室至完成消毒铺单时间+开始血管穿刺至完成冠脉造影时间+开始送入指引导管至血管开通时间。

目录

- 院内质控的前提和基础及其相关培训
- 核心指标及影响其达标的各关键因素
- 院内质控的要点及其具体质控方法
- 我院做好院内质控的探索和几点体会

急性胸痛患者时间管理表的质控

- 每天上午8时至10时检查头一天所有急性胸痛患者时间管理表并与急性胸痛患者登记本对照。
- 主要检查是否有漏填和错填及其当事人，除将检查结果于当天上午10时公布至医院胸痛中心数据发布群外，及时反馈至当事人并要求其整改。
- 急性胸痛时间管理表质控责任人：数据管理员

时钟统一的质控

- 每个月核查一次关键场所（如急诊科、心内科、CCU、DSA）的时钟（挂钟、电脑、医用设备、手表或手机等）是否统一。
- 同时检查各关键场所的时钟校准登记本，是否按时钟统一管理制度及时校准和登记。
- 检查结果在第二天上午10点钟之前在医院胸痛中心数据发布群公布，并责成当事人整改。
- **时钟统一质控责任人：质控科专职人员**

数据填报完整性的质控

- 每天核实急诊科《急性胸痛患者登记本》与《急性胸痛患者时间管理表》是否一致，督查人为数据管理员。
- 每个月从急诊科《急性胸痛患者登记本》中随机抽取50个病人，核查其在中国胸痛中心云平台数据库录入的比例，督查人为质控科专职人员。
- 每个月在云平台数据库后台抽取20份急诊PCI的STEMI患者，查看关键时间节点的缺失率和可溯源性，督查人为质控科专职人员。

数据填报时效性的质控

- 每个月在数据库后台随机抽取20份住院病例和50份未住院的急诊科病例，核查数据填报及最后一次修订不超出患者出院或离院后3天的比例，责任人为质控科专职人员。

目录

切实开好质量分析会

- 急性胸痛病因构成情况

- 质量指标运行情况汇总

- 各质量指标的具体分析

- 院质控科督查情况汇报

- 存在的问题和改进措施

- **质量分析会每个月1次，主要内容：**

- 1、上个月各项质控指标的数据演变趋势；

- 2、对不达标的质控指标以及虽总体达标但不达标的个案进行原因分析；

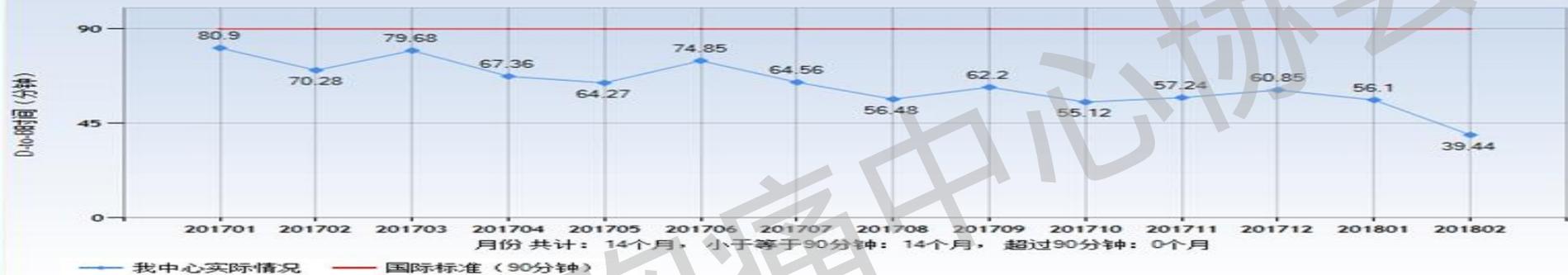
- 3、根据分析结果提出具体整改措施。

切实开好质量分析会

门球时间趋势图

(2017年01月-2018年02月)

D-to-B时间



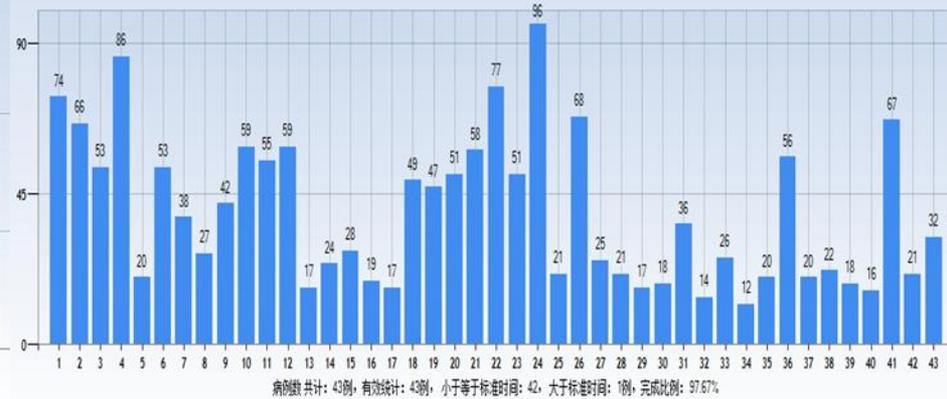
2018年01月门球时间明细图

D-to-B时间



2018年02月门球时间明细图

D-to-B时间



切实开好质量分析会

门球时间延误病例原因分析

患者姓名	刘永泉	郭必荫	郭昌寿	钟日坤
FMC2EKG 执行医生或执行护士				
心电图确诊时间 初诊医生				
肌钙蛋白获取时间 执行护士				
知情告知时间 执行医生				
导管室激活时间 导管室延迟人员				
导管室是否占台				
急诊室停留时间 处置医生				
导管室术前准备时间 执行护士				
手术血管开通时间 手术医生				
备 注				

切实开好典型病例讨论会

- **典型病例讨论会每个月1次，主要内容：**

- 1、主要选择诊疗过程存在明显延误病例进行讨论；
- 2、通过时间轴显示时间延误的主要环节；
- 3、分析造成每个环节时间延误的原因及责任人；
- 4、针对存在时间延误的每个环节提出整改措施。

目录

- 院内质控的前提和基础及其相关培训
- 核心指标及影响其达标的各关键因素
- 院内质控的要点及其具体的质控方法
- 我院做好院内质控的探索和几点体会

适时调整质控指标的目标值

2018年惠州市第三人民医院胸痛中心质控指标及目标值（PPCI为主要再灌注策略）

序号	质控指标名称	定义说明	国家标准值	2017年目标值	2018年目标值
1	FMC2ECG	从医护人员开始接诊患者的时间至完成首份心电图的时间（与心电图上电脑打印的时间一致），适用对象为所有急性胸痛患者。	≤10分钟	≤10分钟	≤5分钟
2	心电图确诊时间	从完成首份心电图至作出明确心电图诊断的时间（与心电图手写报告显示的时间一致），适用对象为STEMI患者，包括通过请心内科或心电图室会诊及通过远程传输心电图会诊的STEMI患者。	≤10分钟	≤10分钟	≤3分钟
3	心电图远程传输比例	从急救现场、救护车或基层医院远程传输心电图至胸痛中心的比例，适用对象为经救护车（包括呼叫本地120入院和非PCI医院转诊患者）入院的STEMI患者。	≥30%	≥50%	≥80%
4	肌钙蛋白检测时间	从完成抽血至出具肌钙蛋白检测结果的时间，适用对象为所有急性胸痛患者。	≤20分钟	≤20分钟	≤18分钟
5	D-to-B时间	从患者进入PCI医院并接触到PCI医院接诊医务人员的时间到急诊PCI急性闭塞血管开通的时间（可能发生在造影剂注入、导丝穿过或血栓抽吸及球囊扩张时），若患者血栓负荷过重无法开通血管，则以血栓抽吸或球囊扩张时间为准，适用对象为所有行急诊PCI的STEMI患者。	≤90分钟	≤65分钟	≤55分钟
6	导管室激活时间	从通知心内科总住院医师启动导管室到导管室通知可以送患者的时间，适用对象为所有接受急诊PCI的患者。	≤30分钟	≤20分钟	≤18分钟
7	“急性胸痛患者”在云平台数据库录入率	“急性胸痛患者”是指凡是首次医疗接触时不能通过问诊和体格检查直接排除心血管源性疾病的急性胸痛患者，胸部外伤性胸痛、带状疱疹等能够明确诊	≥75%	100%	100%

【体会一】质控的关键环节：数据管理

胸痛中心数据库管理制度

一、基本要求

- 1、各项数据的填写必须客观、准确、真实、及时、完整。
- 2、记录数据及日期均使用阿拉伯数字，记录时间采用 24 小时制，并准确到分钟。
- 3、数据填写的相关人员应熟练掌握各时间节点的定义。
- 4、为了确保记录的准确性，各时间节点应实时记录，尽可能地避免回顾性记录。

二、成立数据库管理小组

- 1、组长：心内科医疗副总监（钟思干主任医师）；副组长：医疗协调员（杨飞副主任医师）。

三、数据库的建立、质控及监督管理

- 1、按照国家级胸痛中心建设要求，结合我院及网络医院实际，分别制定适合我院以及网络医院的《急性胸痛患者时间管理表》，该表格伴随患者移动，表格填写完成当天汇总至专职数据管理员。

设置专职数据管理员

5、数据的一级质控由专职数据管理员（黄柏悦）负责：①对实时采集的数据和信息（即对《急性胸痛患者时间管理表》中所填写的数据和信息）进行核对，若发现漏报错报以及诊疗过程中重要环节的时间延误，应及时反馈至当事人予以补充修改并查明时间延误的原因，然后将核对后的数据及时登录填报至中国胸痛中心数据管理云平台，原则上要求在患者出院当天完成，最晚不超过第二天上午12点钟；要求心内科管床医师必须在患者出院当天将《急性胸痛患者时间管理表》交至黄柏悦处；②填写《急性胸痛患者时间管理表》中的汇总资料；③每天上午10:00前，通过胸痛中心微信群发布前一天的急性胸痛数据，每个月的10日之前发布上个月各项胸痛中心质控指标月度数据，下一季度的第一个月10日之前发布上一季度胸痛中心质控指标数据（与上个月的月度数据同时发布），每年的2月10日前发布上一年胸痛中心质控指标数据（与上个月及上个季度的汇总数据同时发布）。

重视数据质量核查：建立数据库质控队伍

9、质控科工作人员（萧兵容）负责对胸痛中心数据库管理制度的落实进行监督管理并及时反馈数据库管理中存在的问题：①每月抽查20份急诊PCI病例和50份低危胸痛病例，重点查看登记有无缺漏、时间节点填写是否符合逻辑，各类登记本、检验检查单和时间管理表单时间节点是否一致、关键时间节点是否记录在病历中等内容；②提醒并督查专职数据管理员是否按时完成各种数据的发布；③负责对心内科医师是否在患者出院当天将《急性胸痛患者时间管理表》交至专职数据管理员的情况进行督查；④对未认真落实本管理制度的情形，按《胸痛中心奖惩考核细则》进行奖罚；⑤针对本管理制度执行过程中发现的问题，提出进一步完善本制度的建设性意见。

【体会二】重视各类信息的及时反馈

胸痛患者时间管理表》中的汇总资料；③每天上午 10:00 前，通过胸痛中心微信群发布前一天的急性胸痛数据，每个月的 10 日之前发布上个月各项胸痛中心质控指标月度数据，下一季度的第一个月 10 日之前发布上一季度胸痛中心质控指标数据（与上个月的月度数据同时发布），每年的 2 月 10 日前发布上一年胸痛中心质控指标数据（与上个月及上个季度的汇总数据同时发布）。

The image displays three screenshots of WeChat group chats, likely related to a胸痛中心 (Chest Pain Center) data reporting process. The screenshots show various messages, including patient case reports, quality control (QC) data reports, and statistical summaries.

Screenshot 1 (Left): Shows a group chat titled "胸痛中心数据发布群(86)". A message from "三院胸痛中心数据员-黄柏悦" reports data for 04-23: "至2018-04-23日8时止, 04-20至04-22日共接诊急性胸痛患者 45 人, 其中STEMI 6人, NSTEMI-ACS 11人, 行急诊PCI 6人, 平均D-to-B 49分钟, 平均FMC-to-B 253.6分钟; 其他非心血管源性胸痛 28人; 其它医院共转诊 9人, 惠东县人民医院 2人, 博罗县人民医院 2人, 博罗县杨村医院 1人, 博罗县人民医院 2人, 中大惠亚医院 1人, 永湖镇卫生院 1人, 惠州市中医院 1人, 惠阳三和医院 1人. 无胸痛时刻表漏项。". Below the text are two video thumbnails titled "流星雨".

Screenshot 2 (Middle): Shows a group chat titled "三院胸痛绿色通道群(112)". A message from "病人李浩森, 男性40岁, 急性下壁心梗. 门球时间20分钟, 远段闭塞段植入一个支架, 术者刘炎博士, 术前术后对比图如下" is followed by a video thumbnail titled "流星雨".

Screenshot 3 (Right): Shows a group chat titled "胸痛中心数据发布群(86)". It displays a series of document attachments from "三院胸痛中心数据员-黄柏悦":

- "PCI医院主要数据质控指标2018年3月.doc" (24.5 KB)
- "质控数据统计表(惠州市第三人民医院)2018年..." (133.0 KB)
- "质控数据统计表(基层医院汇总)2018年第一季..." (115.5 KB)

Below these are more attachments from "三院数据员黄柏悦":

- "PCI医院主要数据质控指标2018年3月.doc" (25.5 KB)
- "质控数据统计表(博罗县杨村镇中心卫生院)2018..." (112.5 KB)
- "质控数据统计表(基层医院汇总)2018年第一季..." (115.5 KB)

A contact card for "杨村医院钟建波13751583187" is also visible.

【体会三】院内质控的法宝：责任到人

2018年2、3月胸痛中心质控存在问题对比

科室	姓名	缺项漏项		时间节点不一致		数据未录入云平台		部分时间节点未录入云平台		床旁肌钙蛋白超时		三级质控未完成		病程记录未记录重要时间节点		填写错误		无急性胸痛表		时间未具体到分钟		心电图完成时间超时		时间节点逻辑不对		合计
		2月	3月	2月	3月	2月	3月	2月	3月	2月	3月	2月	3月	2月	3月	2月	3月	2月	3月	2月	3月	2月	3月			
		心内科	黄柏悦	0	0	12	16	7	0	3	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	
心内科	温金黎	0	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	19
心内科	刘霞	0	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17
心内科	吴尘乐	14	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	16
心内科	廖火城	7	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14
心内科	钟想干	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11
心内科	杨飞	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
心内科	林俊宇	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2
心内科	董露羽	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
心内科	导管室护士	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
心内科	刘建平	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
心内科	刘凌	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
急诊科	刘苏远	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11
急诊科	朱文建	4	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	11
急诊科	叶恒	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	8	0	1	0	0	10
急诊科	陈松斌	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0	6
急诊科	李云桥	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6
急诊科	护士	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5
急诊科	陈少海	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
急诊科	吴昌桓	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
急诊科	袁建城	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1
合计		50	54	14	16	7	0	3	2	4	1	3	12	0	16	0	3	10	6	0	10	0	1	0	1	213

【体会四】院内质控的抓手：开好两会

胸痛中心质量分析和典型病例讨论会制度

一、会议的目的和意义

1、质量分析会主要是通过对胸痛中心运行过程中的阶段性数据分析，明确整体运行状况，展现通过改进取得的进步，发现存在的问题和产生的原因，并通过分析提出整改措施，因此质量分析会是胸痛中心质量持续改进最有效的方式，也是胸痛中心建设的关键环节。

惠州市第三人民医院

2018年01-02月胸痛中心
运行情况质量分析会

杨 飞

2018年03月21日



广东省胸痛中心协会

谢谢大家