



要素一、要素三解读 及提交材料过程中的常见问题 向定成

中国胸痛中心认证培训会
2016-8-26 广州

CCPC

CCPC



要素一 基本条件与资质

- 权重最大，占40%，是必须满足的条件



- 胸痛中心的组织机构（10分）

- 胸痛中心委员会
- 胸痛中心医疗总监
- 胸痛中心协调员

胸痛中心成立并实际运作至少6个月
以上才能申请认证



- 常见问题:

- 1 无正式文件

- 2 文件发布时间不足6个月

- 3 缺资格证书、职称证书

- 4 缺职责介绍



• 医院对胸痛中心的支持与承诺 (6分)

单项扣分，每缺1项扣1分

- 全力支持建设与认证
- 对工作流程及管理制度进行调整
- 签署联合救治协议
- 与基层及社区机构签署协议
- 实施培训计划
- 承诺不能将ACS患者转院
- 对救护车救治能力进行改造 (非必须条件)



- 常见问题:

- 1 无正式文件

- 2 未加盖公章

- 3 承诺书内容过于简单（每一条款均要体现）

- 4 与网上注册时提交的承诺函雷同



- 胸痛急救的配套功能区域设置及标识

- 急诊科、胸痛中心的标识与指引

- 交通要道、入口、门急诊大厅

- 各部门均有急性胸痛优先标识

- 胸痛急救的功能分区

- 分诊台、轮椅及担架车、床边心电图

- 及TNI检测、胸痛诊室、抢救室



好的例子





• 注意事项:

1 现场核查与微服私访均要检查和计分，要避免临时性标记和突击准备现象

2 采用不恰当的LOGO和名称





• 人员资质 (PCI医院胸痛中心)

- 至少有2名接受过规范培训、具备急诊PCI能力的副高级职称的心血管专科医师，且每人年PCI手术量不低于75例；
- 具有3名经过专门介入辅助技术培训、熟悉导管室工作流程的导管室专职护士，且每年至少接受一次4学时以上的介入诊疗和ACS的新知识培训，并获得证书；
- 具有经过专门培训且获得大型放射设备上岗证书的放射技术人员；



• 人员资质 (PCI医院胸痛中心)

- 至少有2名接受过规范培训、具备急诊PCI能力的副高级职称的心血管专科医师，且每人年PCI手术量不低于75例；
- 具有3名经过专门介入辅助技术培训、熟悉导管室工作流程的导管室专职护士，且每年至少接受一次4学时以上的介入诊疗和ACS的新知识培训，并获得证书；
- 具有经过专门培训且获得大型放射设备上岗证书的放射技术人员；



• 人员资质 (基层胸痛中心)

- 至少有2名取得中级职称资格且从事心血管内科临床工作3年以上的心血管内科专业医师；
- 若基层医院胸痛中心具备行急诊PCI的能力，则要求至少有一名以上具备急诊PCI能力的介入医师，要求接受过规范的介入诊疗技术培训、年手术量不低于75例；若基层医院胸痛中心不具备急诊PCI能力，则此条款不做要求。



- 常见问题:

- 1 直报系统个人截图不清晰 (建议加文字说明)

- 2 只上传1个人的资质或截图

- 3 护士要求有培训证明



• 心血管专科条件 (PCI医院胸痛中心)

- 心血管内科在当地具有相对的区域优势，应常规开展急诊PCI，配有不少于6张的冠心病监护室；
- 具备能进行急诊PCI的导管室基本设备
- 常备冠状动脉急诊介入诊疗所需的各类耗材；
- 导管室过去1年PCI手术量 ≥ 200 台，急诊PCI（包括PPCI及补救性PCI）不低于50例；



• 心血管专科条件 (PCI医院胸痛中心)

- 导管室365天/24小时全天候开放能力；
- 导管室从启动到开放(最后一名介入人员到达导管室)时间30分钟；
- 心导管室备用方案；
- 有指引针对STEMI患者实施先救治、后收费（先手术、后补办住院手续）的专用流程图；



• 心血管专科条件（基层胸痛中心）

一般条件

- 设有开放床位不小于20张的心脏专科病房或心脏病患者专用床位；
- 应配有不少于2张的心脏重症监护室（CCU、ICU或EICU）或心脏重症专用床位
- 每年接诊/转诊的急性心肌梗死患者不少于30例



• 心血管专科条件（基层胸痛中心）

选择溶栓策略

- 有专用的溶栓场所，具备抢救能力
- 常备溶栓药物，最好备用特异性纤溶酶原激活剂；
- 溶栓团队：应由急诊和心血管内科/ICU专业人员组成，能熟练掌握STEMI的诊断、溶栓适应症、禁忌症、溶栓药物使用方法、溶栓注意事项、溶栓结果判定标准、各种并发症的处理以及心肺复苏能力；



• 心血管专科条件（基层胸痛中心）

选择PPCI策略

— 导管室基本条件：与PCI医院相同；

— 导管室从启动到开放(最后一名介入人员到达导管室)月平均时间小于等于30分钟；



• 心血管专科条件（基层胸痛中心）

选择转运策略

- 与至少1家以上具有急诊PCI能力且导管室全天候开放的医院建立了常规转诊机制；
- 具备全天候转运STEMI患者的救护车，包括车载设备和人员具备处理转运途中并发症的能力；
- 建立了确保本院首诊的STEMI患者能在患者进入医院大门后30分钟内转出医院的机制。



- 常见问题：

- 1 手术量不达标（截图不清晰，描述含混）
- 2 若无介入直报系统截图，应给出充分证据证明介入手术量达标

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



- **胸痛诊断及鉴别诊断的基本支持条件 (10分)**
 - 远程传输能力及信息共享平台，至少与5家非PCI基层医院形成有效的联络机制
 - 急诊科医师应具备对急性胸痛的鉴别诊断能力
 - 在对急性胸痛进行鉴别诊断时，能得到其它相关学科的支持，例如呼吸科、胸外科、消化科、皮肤科等；



• 胸痛诊断及鉴别诊断的基本支持条件

- 随时进行超声诊断的能力，包括心脏超声及主动脉超声，从启动超声到实施检查的时间在30分钟以内；
- 多排螺旋CT增强扫描，并能开展急诊主动脉、肺动脉CTA检查，从启动CT室到接受患者进行检查的时间在30分钟以内；（基层不做要求）
- 运动心电图应在正常工作时间内随时可用于对低危胸痛患者的评估；（基层不做要求）



- **注意事项：**

- 1 远程传输可以用微信方式，但需说明响应机制和工作方式

- 2 五家医院的共享要分别进行截图

- 3 超声、CT、运动心电图的相关管理制度须在内容中体现与胸痛中心制度和流程的关系，并体现出时间要求



• 不好的例子：

仅仅是一段话

相关管理制度内容中
没有体现与胸痛中心
制度和流程的关系

没有体现出时间要求

为减少运动试验并发症，应在运动前仔细询问病史及查体，并在运动中严密观察病人症状，监测心电图和血压。严格掌握运动试验禁忌证。不稳定心绞痛发作后，应至少在患者无静息胸痛发作或其他缺血证据或心衰 48-72 小时后进行运动试验。无并发症的急性心肌梗死 5-7 天后进行运动试验是明智的。有左室流出道的明显梗阻者进行运动试验危险性明显增加。有选择地让合适的病人进行低水平运动对评价左室流出道梗阻的严重程度很有价值。未控制的高血压是运动试验的禁忌证。患者运动前测血压，收缩压 ≥ 200 / 110mmHg 时应休息 15-20 分钟后再测血压，如血压仍高，则应推迟运动试验，直到血压控制良好。

运动试验前应准备好抢救措施。运动试验室应备有急救车、除颤器、必要的心血管抢救用药，如治疗快速心律失常、房室阻滞、低血压和持续心绞痛的药品。对高危患者，如评价致命心律失常药物疗效时应建立静脉通路。抢救仪器设备应定期检查。预告制定好一旦发生心脏急性事件时的处理方案，如病人的转运及进入冠心病监护病房的通道。



• 时钟统一方案及管理 (15分)

- 已建立时钟统一方案，以确保各关键诊疗环节的时间节点记录的准确性；
- 已制订了时钟统一管理制度，确保关键时间节点所涉及各类时钟、诊疗设备内置系统时间、各类医疗文书记录时间的高度统一；
- 能提供落实时钟统一管理制度的客观记录，如时钟校对记录等。



- 常见问题：

- 1 以各自的手机为时钟统一方案
- 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 无监督时钟统一落实的制度和办法



• 数据库的填报和管理 (20分)

- 已开始启用认证云平台数据库，并至少提供6个月的数据供认证时评估；
- 制定了数据库的管理规范、使用细则及监督管理制度，并有数据的审核制度，确保数据库的真实、客观、准确；
- 应有专职或兼职的数据管理员；
- 对相关人员进行数据库使用方法和相关制度的培训；
- 及时在数据库中建档，从首次医疗接触时开始进行时间节点的前瞻性记录，尽可能避免回顾性记录，以提高记录的准确性；



• 数据库的填报和管理

— 数据库的完整性，应满足以下全部条件：

- 1、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；
- 2、ACS患者的登记比例应达到100%；
- 3、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云平台数据库；



• 数据库的填报和管理

— 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。



• 常见问题：

1. 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，但其它急性胸痛未能及时登记到云平台数据库。
2. 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、补记，导致时间节点的正确性和可信度不高，误差较大，且存在突击补填数据的情况，时间节点登记表格的原始数据与云平台、原始病历不符
3. 未建立数据管理的常态化机制



• 常见问题：

4. 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，其后果会直接影响该单位的整体数据趋势以及专家对改进效果的评价。
5. 时间节点的定义理解不准确，导致关键时间节点溯源困难，无法准确计算关键环节所花费的时间。例如对“开始知情同意时间”、“签署知情同意时间”的具体定义不清楚或不重视，仅仅相差1-2分钟，甚至出现“签署知情同意的时间”早于“开始知情同意时间”的情况。在原始病历中的知情同意书中无法容易找到相关的时间节点记录，或者时间节点记录与云平台登记不一致。

要素三

院前急救系统 与院内绿色通道的整合

占10%，强调不光有整合的形式，还要取得一定的效果



- **胸痛中心应与120建立紧密合作机制，必须满足以下全部五项内容：**
 - 医院应与院前急救系统签署合作协议
 - 针对院前急救系统的培训计划，并有实施记录
 - 胸痛中心与院前急救系统共同制订从发病现场将急性胸痛患者转送至胸痛中心的急救预案并进行演练
 - 院前急救系统参与胸痛中心的联合例会和典型病例讨论会，至少每半年参加一次上述会议，共同分析实际工作中存在的问题、制订改进措施
 - 转运急性胸痛患者的院前救护车应具备基本的监护和抢救条件



• 常见问题:

1. 无加盖公章的正式协议
2. 未签名或未签署时间（必须在正式申请认证之前至少6个月签署生效）
3. 协议内容空洞，未体现胸痛中心实际运行所涉及到的具体内容
4. 培训、演练的证据不充分、不真实



- **胸痛中心与120合作提高了救治能力：**
 1. 120调度人员能够熟练掌握胸痛急救常识，能优先调度急性胸痛救护并指导呼救者进行正确的现场自救；
 2. 从接受120指令到出车时间不超过3分钟；
 3. 院前急救人员能在首次医疗接触后10分钟内完成12导联（怀疑右室、后壁心肌梗死患者18导联）心电图记录；
 4. 院前急救人员能识别ST段抬高心肌梗死的典型心电图表现；



- 胸痛中心与120合作提高了救治能力：
 5. 院前急救人员熟悉院内绿色通道及一键启动电话，能将心电图传输到胸痛中心信息共享平台，并通知具有决策能力的值班医生；对于从首次医疗接触到进入医院大门时间大于15分钟的急性胸痛患者，传输院前心电图的比例不低于50%；
 6. 院前急救人员熟练掌握了高危急性胸痛患者的识别要点；
 7. 院前急救人员熟练掌握了初级心肺复苏技能



- 胸痛中心与120合作提高了救治能力：
- 8. 对于急性胸痛的救治，120与胸痛中心采用相同的时间节点定义，院前急救人员熟悉各个时间节点定义；
- 9. 对于急性胸痛患者，实现了从救护车首次医疗接触时开始记录时间管理表或开始填报云平台数据库；
- 10. 对于首份心电图诊断为STEMI的患者，院前急救系统能实施绕行急诊将患者直接送到导管室，且绕行急诊的比例不低于30%，如果当前无法达到，则应制订确实可行的措施确保在通过认证后6个月内达到；



• 注意事项及常见问题：

1. 此部分内容是现场核查的重点，采用访谈形式
2. 调度员不清楚或不熟悉胸痛优先原则
3. 院前急救人员常常忘记18导联心电图
4. 对常见心电图不熟悉
5. 一键启动流程模糊，响应机制比较随意
6. 现场演练中，未养成及时记录时间节点的习惯
7. 无绕行意识



Thank you!