



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

2015-12-17 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



• 好的例子:

成都市第三人民医院文件

成三院医〔2014〕24号

成都市第三人民医院
关于成立胸痛中心委员会的通知

各部门、科室:

根据《中国胸痛中心认证体系(第三版)》规定,胸痛中心是通过整合院内外相关优势技术和力量为急性胸痛患者提供快速诊疗通道的机构,并要求成立胸痛中心委员会,委员会下设医疗总监、行政总监和协调员。

一、成立胸痛中心委员会

由医院院长担任胸痛中心委员会主任委员,主持胸痛中心委员会的建设和重大决策。

主任:赵 聪

副主任:程 君(常务副主任)、王 成、周永强

1.10.

4. 具有较强组织和协调能力。

任 务:

1. 协助医疗总监完成胸痛中心日常工作;
2. 协助医疗总监开展医疗质量管理的工作;
3. 协助胸痛中心的工作计划制定、培训、考核与督导等工作;
4. 医疗总监外出时由指定的副总监暂时代理总监的工作。

二、胸痛中心设医疗总监一名,副总监二名

(一)行政总监

任职资格:

1. 医院医务部副部长及以上职务;
2. 具有较强的组织和协调能力;
3. 爱岗敬业,能组织胸痛中心的相关行政管理工作,全力支持胸痛中心的建设与发展。

职 责:

1. 全面并认真落实胸痛中心委员会的工作;
2. 对胸痛中心进行日常行政管理,并根据发展及业务需要及时调整行政管理工作;
3. 全面协助医疗总监做好医疗技术方面工作;
4. 牵头做好多学科协作;
5. 定期督查胸痛中心的日常工作的开展情况,并针对发现的问题提出整改通知,督促整改;
6. 协助委员会制定胸痛中心发展规划;

1.13.
1.14.
1.15.



• 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一样



好的例子：

1.24
1.25
1.28
1.29
1.31

成都市第三人民医院

承诺函

中华医学会心血管病分会中国胸痛中心认证工作委员会：
为提高我院及地区急性胸痛尤其是急性心肌梗死的救治水平，整合我院各部门、科室，并加强与同志合作医院及成都120急救中心的合作，通过多学科协作、转诊，建立成都市第三人民医院胸痛中心，并依据《中国胸痛中心认证标准（第三版）》的具体要求，在实际运行中持续改进，争取达到中国胸痛中心认证标准，为胸痛患者提供快速准确的诊断、危险评估和恰当的治疗手段，以达到提高早期诊断和治疗能力、改善胸痛患者临床预后的目的，医院特作出以下承诺：

1.24

一、医院全力支持胸痛中心的建设与认证，承诺分配相应人力、设备和财政资源，确保认证成功，并做好监测、考核、质量控制等工作，确保胸痛中心规范化运行。

1.25

二、对总监（主任）和协调员充分授权，以保证工作顺畅。

- 1 -

1.25 1.30
1.28 1.31

三、医院与院前急救系统（120中心）签署联合救治胸痛患者的书面协议，并定期对院前急救人员进行相关培训。

四、医院与基层转诊医院、合作医院、社区医疗机构等签署联合救治ACS的协议，并定期对基层医院、社区医疗机构人员进行培训。

五、医院承诺对胸痛中心在优化诊疗流程改进过程中所涉及的医院各部门的工作流程、管理制度进行相应的调整，以适应优化的诊疗流程。 1.28

六、医院为胸痛中心作出专门资金预算：对内部培训、基层和在区教育、固定资产支出、技术支持、机构职能规划设置和标识、人力资源、急救单位报酬等作出具体预算；预算资金人民币每年10万元。 1.29

七、承诺不能因无床位、人力紧张、患者无力支付医疗费用等原因将ACS转诊到其它医院，以防延误救治；预算资金人民币每年10万元。 1.30

八、支持并协助胸痛中心对医院进行全员培训，使在院内任何地方发生ACS的患者均能得到及时救治。 1.31

九、结合医院自身条件对管理和制度作出创新。

成都市第三人民医院
2014年8月15日

- 2 -



• 胸痛急救的配套功能区域设置及标识 (19分)

— 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

功能区域设置及标识

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

- 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；



- **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

- 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

- 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；



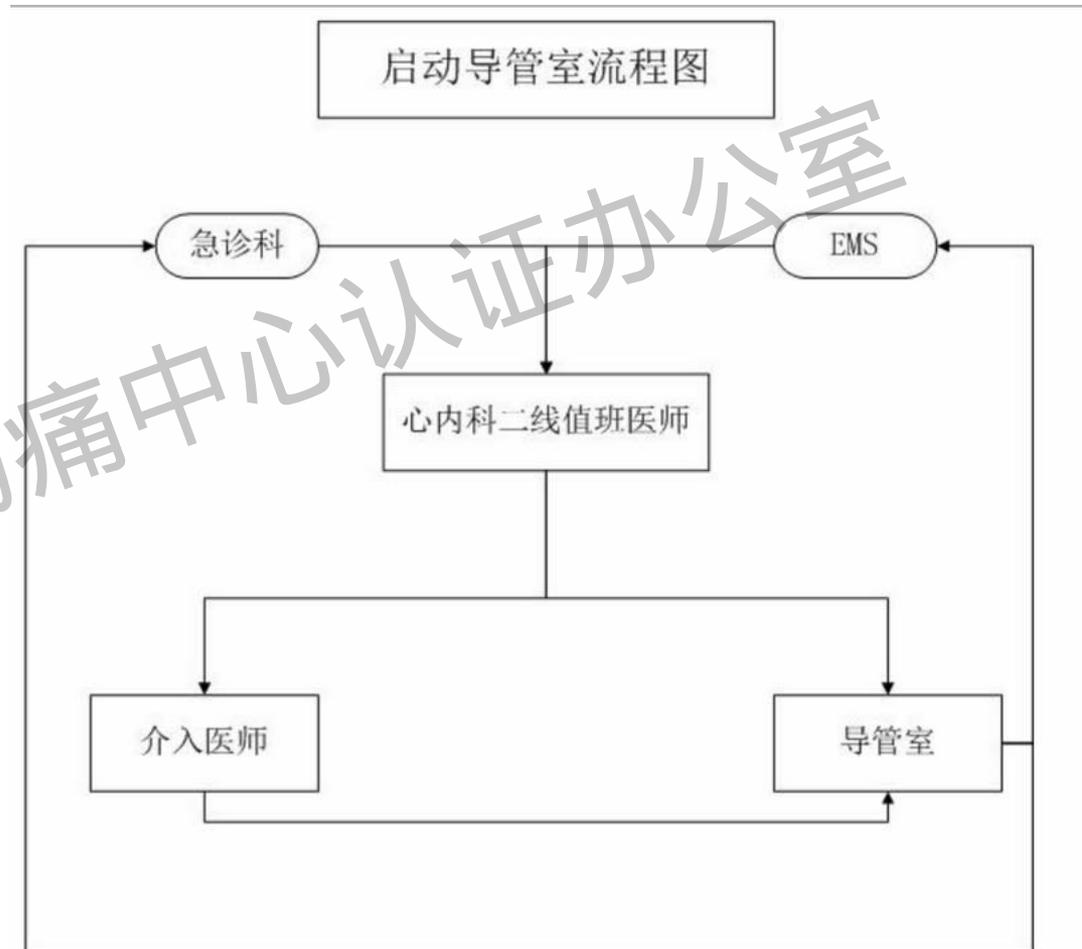
- **常见问题：**

- 1 手术量不达标（截图不清晰，描述含混）
- 2 导管室激活流程图和备用流程图流于形式，无具体指导作用

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



• 不好的例子：

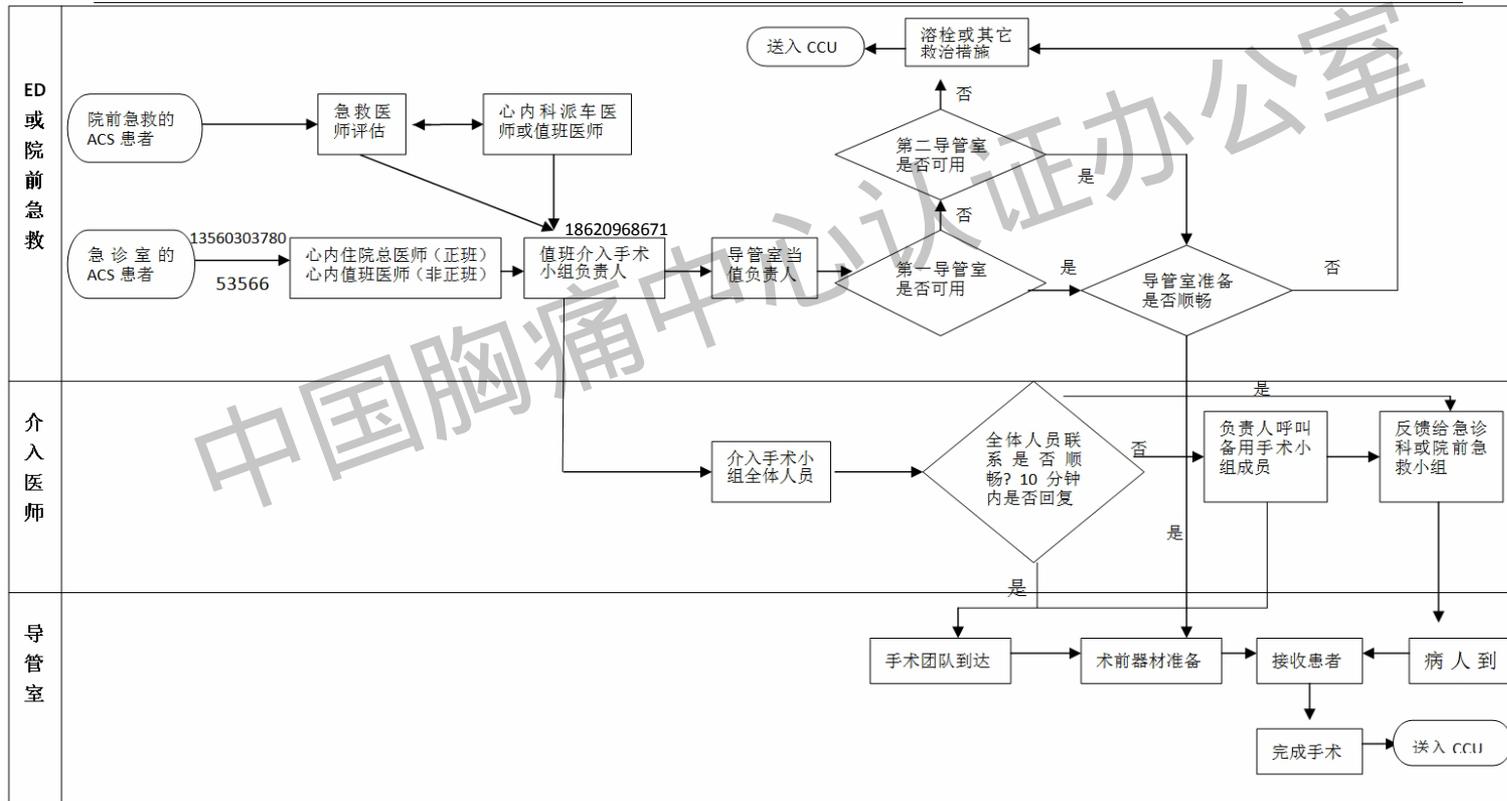




好的例子：

流程图十八 心导管室启动流程图

2.11.4.0
2.12.0.0
2.14.2.0





• 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**
 - 具备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；
 - 具备多排螺旋CT增强扫描的条件，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；
 - 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；



- **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 $\geq 200 / 110\text{mmHg}$ 时应休息 15-20 分钟后再次测血压，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”的具体现定“签署知情同意时间”、“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找到相关的节点记录，或者节点记录与云平



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

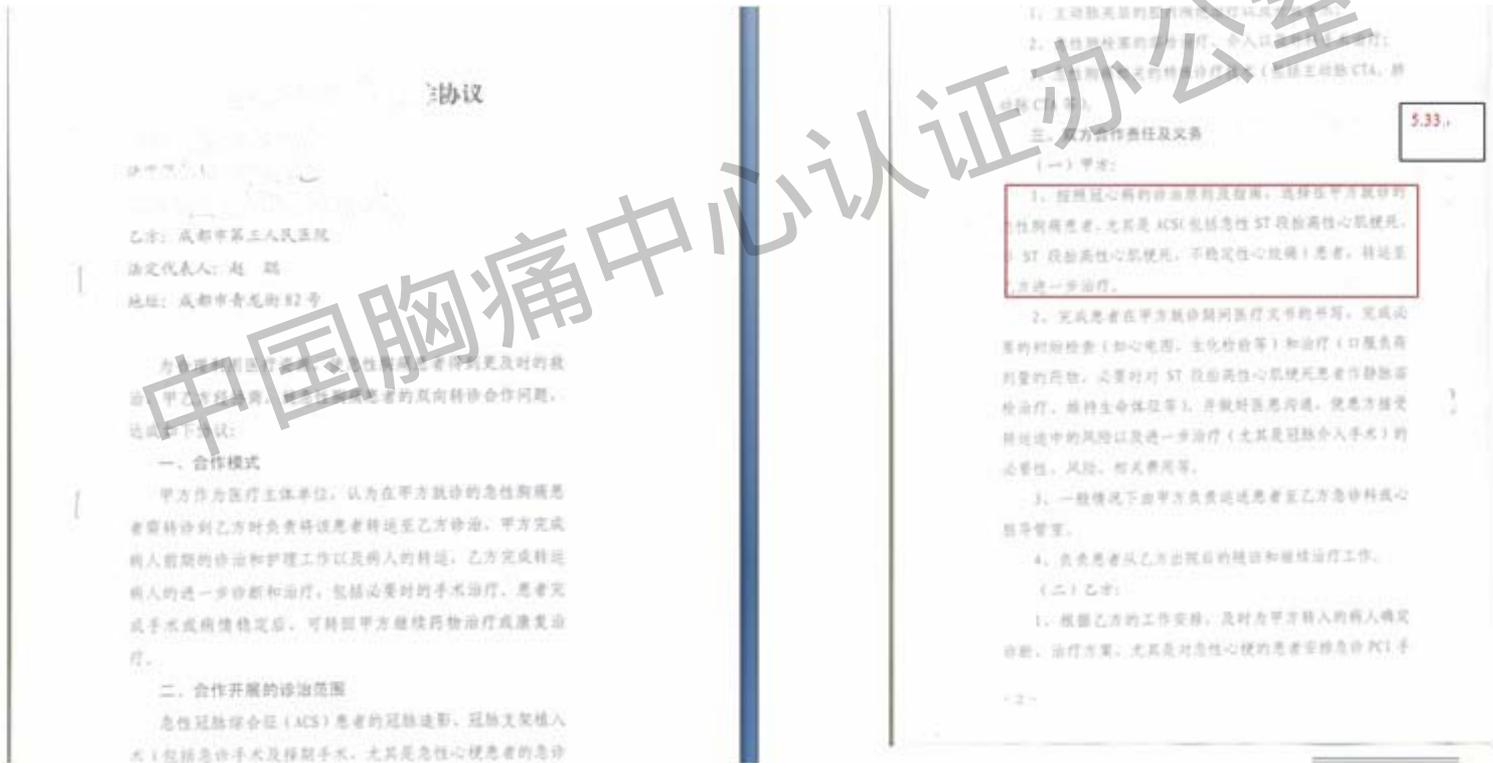


• 常见问题：

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



好的例子：





好的例子：

成都市第三人民医院胸痛中心、成都市120急救系统合作协议

甲方：成都市急救指挥中心

法定代表人：朱国英

地址：成都市高新区麻城大道西段516号

乙方：成都市第三人民医院

法定代表人：赵聪

地址：成都市青龙街82号

为有效利用医疗资源，使急性胸痛患者得到更及时的救治，甲乙双方经协商，就急性胸痛患者的协作诊治问题，达成如下协议：

一、合作目的：加强甲乙双方配合，对急性胸痛（尤其是急性心肌梗死）患者实施更及时的救治，缩短急性心肌梗死患者的再灌注时间，尽快识别其他致命性胸痛的病因如主动脉夹层、急性肺栓塞等，并及时治疗，以挽救病人生命、改善预后。

二、合作形式及内容：

(一) 胸痛中心的共同建设

1、甲方参与乙方胸痛中心的认证工作及胸痛中心建设、改进方案的制定；

2、双方定期举行联席会议（每季度一次，后期每半年

高民众对冠心病的认识程度，做到早就医、早治疗；

6、共同对社区培训心脏病尤其是冠心病早期识别、治疗以及体征和症状的相关知识；

(三) 合作救治：

1、双方建立远程信息传输机制，甲方急救调度员、甲方急救人员在需要时可随时同乙方急诊科医师、心内科住院总医师、心内科冠脉介入值夜班医师联系，沟通患者的病情及相关资料等（尤其包括心电图、心电图采取手机短信、微信传输的方式），联系方式采取电话、手机等联系；

2、严格按照指南要求，根据不同的地域、距离，对于疑似ACS（急性冠脉综合征）尤其是急性心肌梗死的患者，甲方优先运送患者到能实施急诊PCI（冠脉介入手术）的医疗单位，并尽量减少延误时间，目标是FMC-to-B（初次医疗接触到球囊扩张时间） $<120\text{min}$ ；

3、确诊为急性心肌梗死的患者，拟进入胸痛绿色通道准备行急诊冠脉介入手术者，甲方急救人员在运送途中应严密观察病人病情，维持患者的生命体征稳定；甲方急救人员应配合提前通知乙方心内科医师启动导管室；

4、使用相同的急性心肌梗死患者转诊和接收流程；

5、对于急性心肌梗死患者，双方使用相同的溶栓方案；

6、甲乙双方（胸痛中心与急救中心）使用相同的时间参数，原则上对于每例急性胸痛患者，从急救中心接诊开始，

一次），讨论、制定急性胸痛救治流程、改进工作方式、加强区域合作措施等，并对会议内容如实记录；对于急性胸痛的急救模式及相关流程等，甲乙双方均可提出改进建议，并提供正式的书面材料，包括流程图、文字、表格等，在联席会议上提出共同讨论、共同协商决定，目的是使救治流程更简化、有效；

3、双方共同进行病例回顾及典型病案分析，吸取治疗失败教训、总结成功救治经验；

4、持续改进：甲乙双方共同合作，寻找可改进流程和提高ACS患者治疗效果的措施；共同使用流程改进程序来改进流程；

(二) 合作培训：

1、甲方与乙方急诊科定期合作，共同演练急性心肌梗死的救治流程（每年一次）；

2、双方定期就急性心梗患者的转诊和接收流程以及胸痛绿色通道的流程共同进行培训、学习（每年一次）；

3、双方定期进行心电图培训、学习，共同提高对识别急性心梗心电图的识别能力；

4、双方就急性胸痛患者的心电图采集和传输方案、流程定期共同培训、学习（半年一次）；

5、共同对社区进行急性胸痛、冠心病培训，目的是提高民众对冠心病的认识程度，做到早就医、早治疗；

响应记录如下各个重要的时间节点：

- 1)、呼救到出车时间；
- 2)、出车到接触病人的时间；
- 3)、首次医疗接触到再灌注（溶栓及球囊扩张）时间；
- 4)、首次医疗接触到完成首份心电图的时间；
- 5)、首次医疗接触到启动心导管室的时间；
- 6)、患者出现胸痛到拨打急救电话的时间；
- 7)、拨打急救电话到首次采集心电图的时间；
- 8)、转运PCI时，从拨打急救电话到再灌注的时间；

三、本协议期限为3年，由2014年9月1日至2016年8月31日。本协议期满前三个月内，任何一方均可提出就本协议是否延期进行协商，如协商一致延期，需另行签订书面协议。

四、本协议一式四份，甲方留存一份，乙方留存三份。

五、本协议经双方法定代表人或授权代表签字盖章后生效。



甲方：成都市急救指挥中心
法定代表人（或授权代表）：

朱国英

日期：2014年9月2日



乙方：成都市第三人民医院
法定代表人（或授权代表）：

赵聪

日期：2014年9月2日



- **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!