

ICS 11.020

C 05

团 体 标 准

T/CADERM 2004-2019

胸痛中心（标准版）再评估标准

Chest pain center (standard hospital) reaccreditation criteria

2019-11-02 发布

2019-12-02 实施

中国医学救援协会 发布

目 次

前言	1
引言	2
1 范围	3
2 规范性引用文件.....	3
3 术语和定义.....	3
4 缩略语.....	3
5 再评估申请要求.....	4
6 再评估流程、方法和内容.....	6
7 再评估结论.....	7
附录 A （规范性附录）胸痛中心再评估细则	8
参考文献.....	12

前 言

本标准按照 GB/T 1.1-2009 给出的规则起草。

本标准由中国心血管健康联盟、中国胸痛中心评估工作委员会提出。

本标准由中国医学救援协会心血管急救分会、中国医学救援协会标准化工作委员会归口。

本标准起草单位：心血管健康（苏州工业园区）研究院、解放军广州总医院、北京大学第一医院、复旦大学附属中山医院、上海交通大学医学院附属胸科医院、中国医学科学院阜外心血管病医院、广东省人民医院、北京大学人民医院、首都医科大学附属北京朝阳医院、哈尔滨医科大学附属第二医院、厦门大学附属心血管病医院、武汉亚洲心脏病医院、复旦大学附属华东医院、河北医科大学第二医院、第三军医大学新桥医院、上海交通大学医学院附属瑞金医院、中山大学孙逸仙纪念医院、吉林大学第二医院、西安交通大学第二附属医院、吉林大学第一医院、中山大学附属第八医院、西安交通大学第一附属医院、同济大学附属上海市第十人民医院、新疆维吾尔自治区人民医院、天津医科大学总医院、泰州市人民医院、首都医科大学附属北京安贞医院、山西医科大学第二医院、沈阳军区总医院、成都市第三人民医院、中国人民解放军总医院、山东大学齐鲁医院、广西医科大学第一附属医院、河南中医药大学第一附属医院、武警部队后勤学院附属医院、烟台市烟台山医院、解放军昆明总医院、深圳市人民医院、郑州市第一人民医院、武警总医院、上海交通大学医学院附属苏州九龙医院、天津市胸科医院、广西壮族自治区人民医院、徐州市中心医院、大同煤矿集团公司总医院、新疆医科大学第一附属医院、南昌大学第二附属医院、四川大学华西医院、兰州大学第一医院、浙江大学医学院附属第二医院、宁夏医科大学附总医院、安徽省立医院、遵义医学院附属医院。

本标准主要起草人：霍勇、葛均波、向定成、方唯一、颜红兵、陈纪言、王伟民、王乐丰、于波、王焱、苏晞、曲新凯、傅向华、黄岚、张瑞岩、王景峰、刘斌、李建平、葛雷、李丽君、郑杨、刘健、伍贵富、袁祖贻、徐亚伟、李国庆、万征、朱莉、聂绍平、李保、荆全民、蔡琳、陈韵岱、陈玉国、李浪、关怀敏、姜铁民、秦伟毅、范觉新、杨丽霞、董少红、余宏伟、刘惠亮、刘峰、丛洪良、李春洁、卢一郡、韩冰、孙玉红、马依彤、程晓曙、陈茂、张钰、王建安、贾绍斌、马礼坤、石蓓。

引 言

持续改进是胸痛中心规范运行的精髓,在通过初次评估后,胸痛中心继续按照评估标准,保持高效的流程运作,执行精确的数据管理,进一步提高胸痛相关疾病的救治效率和水平。为持续规范胸痛中心的工作,对已通过评估的单位进行后续监督和管理,中国胸痛中心评估工作委员会建立了再评估机制,特制定本标准。

胸痛中心（标准版）再评估标准

1 范围

本标准规定了胸痛中心评估到期后的再评估要求，再评估流程、方法和内容，再评估结论。

本标准适用于已通过胸痛中心首次评估的二级以上（含二级）医院胸痛中心的再次评估工作。

2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅所注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

《疾病和有关健康问题的国际统计分类》（第10次修订本）.人民卫生出版社

3 术语和定义

《疾病和有关健康问题的国际统计分类》界定的以及下列术语和定义适用于本文件。

3.1

胸痛 chest pain

任何原因所导致的解剖学胸部范围内的任何不适，包括可能由胸部疾病而导致的其他部位的疼痛。

4 缩略语

下列缩略语适用于本文件。

CCU: 冠心病监护病房 (coronary care unit)

STEMI: ST 段抬高型心肌梗死 (ST-segment elevation myocardial infarction)

NSTEMI: 非 ST 段抬高型心肌梗死 (non-ST segment elevation myocardial infarction)

UA: 不稳定型心绞痛 (unstable angina)

PPCI: 直接经皮冠状动脉介入治疗 (primary percutaneous coronary intervention)

5 再评估要求

5.1 申请条件

5.1.1 首次通过评估的有效期为三年。胸痛中心应在首次通过评估的有效期达到前 4 个月在线提交再评估申请。

5.1.2 胸痛中心在提交再评估申请前应进行云平台数据库的自我检查及评估, 当自评结果云平台数据库显示的数据趋势达到本章节提到的所有要求后方可正式提交评估申请。

5.2 评估指标

5.2.1 所有胸痛患者首次医疗接触至完成首份心电图时间 (FMC-to-EKG), 要求月平均值小于 10min, 达标率 75%以上, 并呈持续改进趋势或在平均时间接近 5min 后呈现稳定趋势。

5.2.2 经救护车入院的 STEMI 患者, 从急救现场或救护车远程传输心电图至胸痛中心的比例不低于 30%且在过去 3 年内呈现增加趋势。

5.2.3 对于 STEMI 患者, 首份心电图至心电图确诊的时间月平均值小于 10min。

5.2.4 坚持使用床旁快速检测肌钙蛋白, 从抽血到获取报告时间符合实际且平均时间不超过 20min。

5.2.5 对于接受 PPCI 治疗的 STEMI 患者, 月平均门-球时间不超过 90min、达标率不低于 75%且呈现逐渐缩短的趋势, 当月平均在 60min 以内时应呈现稳态趋势。

5.2.6 导管室激活时间小于 30min, 且呈现缩短或稳定的趋势。

5.2.7 经救护车入院且接受 PPCI 治疗的 STEMI 患者, 绕行急诊和 CCU 直达导管室的比例不低于 30%, 且呈现增高趋势。

5.2.8 自行来院且接受 PPCI 治疗的 STEMI 患者, 绕行 CCU 直接送入导管室的比例不低于 50%, 且呈现增高趋势。

5.2.9 对于转运 STEMI 急诊 PCI 患者, 在转出医院的入门到出门的时间已缩短。

5.2.10 所有 STEMI 患者的死亡率和所有急诊 PCI 患者的死亡率呈现逐渐降低趋势或绝对值分别低于 3%和 2%。

5.2.11 所有极高危 NSTEMI/UA 患者, 2 小时内实施紧急 PCI 的比例在增加。

5.2.12 ACS 患者确诊至双重抗血小板治疗时间在逐步缩短。

5.2.13 所有 STEMI 患者出院带药 (DAPT, ACEI/ARB, 他汀, β 阻滞剂) 符合指南推荐的比例在逐步增高。

5.3 运行与管理

5.3.1 胸痛中心委员会人员发生变更时, 应及时更新, 并坚持定期召开联合会, 对胸痛中心的持续运行进行监督和管理。

5.3.2 落实每季度一次的质量分析会和典型病例讨论会制度。

5.3.3 胸痛中心的标识和指引应保持清晰和醒目, 并根据医院环境的变化进行调整, 若有分院或新院区成立时, 分院和新院区也应按照胸痛中心标准的要求进行标识指引和功能区域的合理设置。

5.3.4 对日常工作流程进行持续改进, 当指南发生变更、人员发生变动、医院条件发生变化时, 对关键救治流程进行修订, 并能提供救治流程修订前后的对比流程图。

5.3.5 坚持落实医院的时钟统一制度, 能够提交时钟统一的客观记录。

5.3.6 坚持胸痛中心的年度培训制度, 定期对核心科室工作人员、医疗辅助人员以及全院人员尤其是新入职人员进行相关培训。

5.3.7 每年坚持对具有转诊关系的基层医院进行培训。

5.3.8 胸痛中心积极承担公众健康教育义务, 通过各种方式例如网络、电视、电台、自媒体、平面广告等坚持宣教工作的长期开展。

5.3.9 与 120 急救中心、基层医院建立常态化的信息共享平台和电话联络机制, 以及时讨论急性胸痛患者的诊疗相关的问题。

5.3.10 在通过初次评估后, 继续加强区域协同救治体系的建设, 网络医院的数量有所增加, 区域影响力及辐射力进一步加强。

5.3.11 积极参与医院所属地区卫生健康委 (局) 牵头组织的胸痛中心联盟的建设和推广工作, 带动周边网络医院积极申报基层胸痛中心。

5.3.12 每年参加“中国胸痛中心质控大会”并向胸痛中心总部提交年度运行报告。

6 再评估流程、方法和内容

6.1 再评估流程

6.1.1 胸痛中心单位应在最后有效期达到前4个月在线提交再评估申请，图1给出了胸痛中心再评估流程。

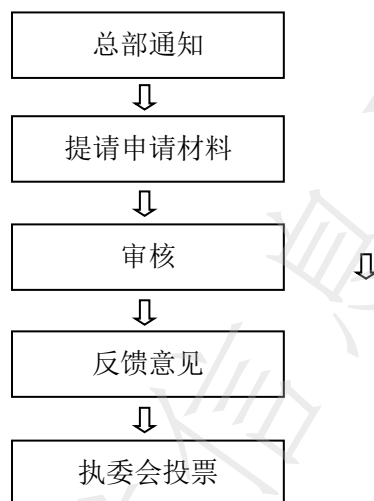


图1 胸痛中心再评估流程图

6.1.2 总部通知：胸痛中心总部应在评估期限到期6个月前向医院发出即将进入再评估通知。

6.1.3 提交申请材料：医院应在通过评估的有效期达到的前4个月在线正式提交再评估申请并上传相关材料。

6.1.4 审核：胸痛中心总部完成资格预审，排除未达到进行再评估资格的医院；再评估办公室对医院提交的相关材料和数据库进行审核，对于运行不规范或数据存疑（数据应具备完整性、准确性、及时性、可溯源性）的医院，可开展暗访和（或）飞行检查。

6.1.5 反馈意见：再认证办公室将整理和汇总审核意见，经向胸痛中心总部通报并形成统一意见。

6.1.6 执委会投票：中国胸痛中心认证工作委员会进行讨论并投票表决，形成最终的审核结论。

6.2 再评估方法

6.2.1 采用在线审查、现场核查或飞行检查相结合的方式。通过数据收集，现场核查、病例检查等方式进行。

6.2.2 质控平台在线审查初审内容如下：

- a) 急性胸痛病例上报完整性；
- b) STEMI 病例的时间节点填报完整性；
- c) 病例的时间节点填报完整性。

6.2.3 数据库的现场核查或飞行检查内容如下：

a) 选择数据库在线审查存疑的医院进行飞行检查，其中急性胸痛构成比不合理、填报数据量与医院规模不相称的医院应进行数据库的飞行检查，飞行检查时实行扣分制；

b) 从医院急诊科就诊的患者中按照年度随机抽取某时段的连续急性胸痛患者至少 10 份/年，计算云平台数据库的漏报率；

c) 在有效期内，每年随机抽检 10 份 STEMI 病例进行数据库真实性和溯源性核查，所有关键时间节点和检查结果的应可以溯源。

6.3 再评估内容

胸痛中心再评估内容见附录 A。

7 再评估结论

根据线上审查、现场核查、飞行检查等方式得出的结论提交至中国胸痛中心认证工作委员会执委会会议讨论并做出结论：通过、整改半年后复审通过和不通过。

附录 A
(规范性附录)
胸痛中心再评估细则

表 A.1 给出了胸痛中心再评估细则。

表 A.1 胸痛中心再评估细则

序号	再评估项目	评分值	评分细则	再评估方式
1	持续改进指标分解			
1.1	首份心电图时间	4分	月平均小于10min, 达标率75%以上, 并呈持续改进趋势或在平均时间接近5min后呈现稳定趋势。	在线审查
1.2	转入院患者比例	4分	包括呼叫本地120入院及由非PCI医院转诊患者入院的STEMI患者, 从急救现场或救护车远程传输心电图至胸痛中心的比例不低于30%且在过去3年内呈现增加趋势(实时传输或微信等形式传输, 但必须在云平台有客观记录)。	在线审查
1.3	心电图确诊时间	4分	月平均小于10min	在线审查
1.4	肌钙蛋白检测时间	4分	应上传能体现胸痛鉴别诊断会诊和协作机制的流程图及会诊制度。现场核查时检验是否能在规定的时间内完成会诊。	在线审查
1.5	PPCI治疗门-球时间	10分	符合实际且平均时间不超过20min。	在线审查
1.6	导管室激活时间	4分	激活时间小于30min, 且呈现缩短或稳定的趋势。	在线审查
1.7	转入院接受PPCI治疗绕行急诊和CCU直达导管室的比列	6分	比例不低于30%, 且呈现增高趋势。	在线审查
1.8	自行来院且接受PPCI治疗绕行CCU直达导管室的比列	4分	比例不低于50%, 且呈现增高趋势。	在线审查
1.9	转运急诊PCI患者入门到出门时间	2分	入门到出门的时间已缩短。	在线审查
1.10	患者死亡率	2分	死亡率呈现逐渐降低趋势或绝对值分别低于3%和2%。	在线审查

1.11	极高危患者实施紧急 PCI 比例	2 分	2 小时内实施紧急 PCI 的比例在增加。	在线审查
1.12	确诊至开始双重抗血小板治疗时间	2 分	时间逐步缩短。	在线审查
1.13	患者出院带药比例	2 分	比例在逐步增高。	在线审查
2	数据库的评估与检查			
2.1	质控平台在线审查初筛条款（以下三项为必须全部满足的条件，不满足者将无法启动再评估程序）			
2.1	数据完整性	10 分	<p>坚持中国胸痛中心评估云平台数据库的填报，能提供近 3 年的数据和趋势供再评估时评估，若不能提供有效期内的连续数据或存在数据造假行为，则不能通过再评估。</p> <p>若具备以下条件之一者视为数据库的病例上报完整性不合格，可根据缺陷性质由办公室联席会议决定进行数据库的飞行检查或微服私访： ①数据库饼图构成明显不符合急性胸痛的分布规律；②急性胸痛总病例数与医院规模明显不相称；③病例数的月分布趋势存在明显的不正常波动或缺失。</p>	在线
2.2	时间完整性	5 分	在数据库后台随机抽取 10 份/年（涵盖有效期内的每一年度）行急诊 PCI 的 STEMI 患者，关键时间节点的缺失（未填报或者填报错误）率应 $\leq 10\%$ ，其中院内时间节点记录的有效率应达到 100%，不允许有缺失或错误。达不到以上要求者的病例判断为不合格病例，若不合格病例 \geq 抽查病例数的 10%，则判断为 STEMI 病例的完整性不合格。	在线审查
2.3	数据填报时效性	5 分	所有收住院的 ACS 患者、主动脉夹层患者、肺动脉栓塞患者应及时填报、审核及存档。在数据库后台随机抽取 10 份住院病例（涵盖有效期内的每一年度），数据填报及最后一次修订不得超出患者出院后 30 天，若有 3 份以上的病例超时，则判为不合格。	在线审查
3	数据库的现场核查或飞行检查飞行检查（完整性、真实性及溯源性）			
3.1	云平台数据库的漏报率	若有不合格作为扣分项	请上传包涵以上全部内容的医院正式承诺函的扫描件，请用一份加盖医院公章的正式下发文件来体现相关内容。	飞行审查

3.1	数据库真实性、溯源性核查	若有不合格作为扣分项	在云平台填报的关键时间节点与原始资料不相符的病例界定为不合格病例（参与统计的任何一项时间节点不一致），每一不合格病例扣除2分，此项总扣分不超过10分，存在明显造假行为者此项不得分。	飞行审查
4	胸痛中心的常态化运行与管理			
4.1	人员变更及例会	1分	胸痛中心委员会人员发生变更时，应及时更新，并坚持定期（每半年举行1次）召开联合会，对胸痛中心的持续运行进行监督和管理	在线审查
4.2	会议制度	15分	落实了每季度一次的质量分析会和典型病例讨论会制度；在有效期内每漏开1次质量分析会和典型病例讨论会扣除5分，漏开3次以上者此项不得分；	在线审查
4.3	标识、指引	2分	胸痛中心的标识和指引应保持清晰和醒目，并根据医院环境的变化进行调整，若有分院或新院区成立时，分院和新院区也应按照胸痛中心标准的要求进行标识指引和功能区域的合理设置；	飞行检查+暗访
4.4	工作流程持续改进	2分	对日常工作流程进行了持续改进，当指南发生了变更、人员发生变动、医院条件发生变化时，对关键救治流程进行了修订，并能提供改进前后的对比流程图	在线审查
4.5	时钟统一	2分	坚持落实医院的时钟统一制度，能够提交时钟统一的客观记录	暗访
4.6	人员培训	1分	坚持了胸痛中心的年度培训制度，定期（针对不同人群的各类培训会议每年至少各1次）对核心科室工作人员、医疗辅助人员以及全院人员尤其是新入职人员进行相关培训	在线审查
4.7	医院培训	1分	每年（每年上传至少5家网络医院的培训材料，每年新增的网络医院优先上传）坚持对具有转诊关系的基层医院进行培训	在线审查
4.8	公众健康教育宣传	1分	胸痛中心积极承担了公众健康教育义务，通过各种方式例如网络、电视、电台、自媒体、平面广告等坚持宣教工作的长期开展	在线审查
4.9	院内外联络机制	2分	与120、基层医院建立了常态化的信息共享平台和电话联络机制，以及时讨论急性胸痛患者的诊疗相关的问题。提交至少10个以上的实际讨论病例的微信截图	在线审查
4.10	协同救治体系建设	1分	在通过初次认证后，继续加强区域协同救治体系的建设，网络医院的数量有所增加，区域影响力及辐射力进一步加强	在线审查

4.11	配合卫生行政部门	1分	积极参与了本地区卫计委（局）牵头组织的胸痛中心联盟的建设和推广工作，带动周边网络医院积极申报基层胸痛中心	在线审查
4.12	质控大会	1分	每年参加《中国胸痛中心质控大会》并向中国胸痛中心总部提交年度运行报告	在线审查

参 考 文 献

- [1] WS/T 477—2015 D-二聚体定量检测
- [2] 内科学心血管内科分册. 张澍, 霍勇. 北京: 人民卫生出版社, 2016.
- [3] 急性冠脉综合征急诊快速诊疗指南[J]. 中国医师协会急诊医师分会, 中华医学会心血管病学分会, 中华医学会检验医学分会. 中华急诊医学杂志, 2016, 25(4): 397-404.
- [4] 急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南[J]. 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 中华心血管病杂志, 2015, 43(5): 380-393.
- [5] 中国经皮冠状动脉介入治疗指南[J]. 中华医学会心血管病学分会介入心脏病学组, 中国医师协会心血管内科医师分会血栓防治专业委员会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 中华心血管病杂志, 2016, 44(5): 382-400.
- [6] 介入心脏病学(第二版). 马长生, 霍勇, 方唯一等. 北京: 人民卫生出版社, 2012.
- [7] 主动脉夹层诊断与治疗规范中国专家共识[J]. 中国医师协会心血管外科分会大血管外科专业委员会. 中华胸心血管外科杂志, 2017, 33(11): 641-654.
- [8] 急性肺栓塞诊断与治疗中国专家共识(2015) [J]. 中华医学会心血管病学分会肺血管病学组. 中华心血管病杂志, 2016, 44(3): 197-211.
-