

中国胸痛中心联盟
中国胸痛中心执行委员会
苏州工业园区心血管健康研究院
胸痛中心总部

《中国胸痛中心质控指标及考核办法》(第三版)

发布通知

各医疗机构胸痛中心：

为进一步规范胸痛中心建设，促进胸痛中心运行质量的持续改进，提高急性胸痛相关疾病的救治水平，根据国家卫生健康委员会办公厅关于《提升急性心脑血管疾病医疗救治能力通知》及《胸痛中心建设与管理指导原则（试行）通知》的精神，落实《中国胸痛中心常态化质控方案》要求，中国胸痛中心联盟、中国胸痛中心执行委员会、胸痛中心总部制定了《中国胸痛中心质控指标和考核办法》（第三版）。

该办法于2021年7月1日正式施行，请各医疗机构胸痛中心对照《中国胸痛中心质控指标和考核办法》（第三版）的考核指标，落实到胸痛中心日常运行中，有序推进院内质控工作的开展，促进本院胸痛中心救治质量的持续改进。

胸痛中心总部将按照《中国胸痛中心常态化质控方案》要求，定期公布全国胸痛中心质控报告，作为各胸痛中心运行质量考核的主要依据，同时也是遴选胸痛中心示范基地的重要依据，以及年度胸痛中心表彰和通报的依据。

中国胸痛中心联盟
中国胸痛中心执行委员会
苏州工业园区心血管健康研究院
胸痛中心总部
2021年7月

中国胸痛中心质控指标由质控平台评价指标和现场数据核查指标组成,前者由数据平台自动生成,后者由现场核查时获取。质控总分的计分方法是用现场核查的得分率乘以数据平台得分。以下分别介绍质控平台评价指标及现场评价指标。

一、中国胸痛中心质控平台评价指标

1、标准版

序号	报告指标	考核指标	对象	指标类型	备注	占比
1	STEMI 患者症状到首次医疗接触 (S2FMC) 时间	症状到首次医疗接触 (S2FMC) 时间;	所有 STEMI 患者	过程指标	改善趋势; 越短越好	0
2	首次医疗接触至首份心电图 (FMC2ECG) 时间	首次医疗接触至首份心电图 (FMC2ECG) 完成时间	所有急性胸痛患者	过程指标	季度平均 ≤ 10 分钟内; 亚组: 分为救护车, 自行来院, 转院的患者	5%
3	ECG 远程传输比例	ECG 远程传输比例	120 急救或转运的 STEMI 患者	过程指标	$\geq 30\%$ 且呈现增高趋势, 传输方式: 如微信, 短信等	5%
4	直达导管室比例: 绕行急诊及 CCU	直达导管室比例: 绕行急诊及 CCU	120 急救或转运且拟行 PPCI 患者	过程指标	$\geq 50\%$ 改善趋势	5%
5	非 PCI 医院停留时间 (DIDO)	非 PCI 医院停留时间 (DIDO)	转运行 PPCI 的 STEMI 患者	过程指标	≤ 30 分钟或者呈现明显改进趋势	10%
6A	入门至导丝通过 (D2W) 的时间	接受 PPCI 治疗的患者入门至导丝通过时间	行 PPCI 的 STEMI 患者	过程指标	季度平均时间 ≤ 90 min 改善趋势	10%
6B	D2W 达标率	D2W ≤ 90 min 的比例	行 PPCI 的 STEMI 患者	过程指标	$\geq 75\%$	5%
7A	首次医疗接触至导丝通过 (FMC2W) 的时间	FMC2W 时间	120 急救或转运的 STEMI 患者	过程指标	季度平均时间 ≤ 120 分钟	20%
7B	FMC2W 达标率	FMC2W ≤ 120 min 的比例	120 急救或转运的 STEMI 患者	过程指标	$\geq 75\%$	10%
8	再灌注比例	发病 12 小时以内 STEMI 患者接受再灌注治疗的比例	所有发病至 FMC 在 12 小时以内的 STEMI 患者	结果指标	$\geq 75\%$	15%
9	胸痛中心三会: 须上传会议记录和照片	联合会、质量分析会、典型病例讨论会, 召开次数和质量	所有已通过认证的胸痛中心	结构指标	联合会每半年至少一次; 质量分析会、典型病例讨论会每季度至少	5%

					一次	
10	高危胸痛患者数据填报量	高危胸痛数据填报量	高危胸痛患者	结构指标	不低于认证通过时近6个月月平均的90%	5%
11A	数据库管理时效性：及时建档率	及时建档率：FMC后7天内建档的病例占全部建档病例的比例	所有上报病例	过程指标	100%	2.5%
11B	数据库管理失效性：及时审核归档率	及时审核归档率：FMC后60天内完成审核及归档的病例占全部建档病例的比例	所有上报病例	过程指标	100%	2.5%
12	急诊PCI例数	急诊PCI例数	所有STEMI患者	过程指标	在年度考核中作为规模矫正指标	矫正系数
13	ACS患者1月随访率	ACS患者1月随访率	出院诊断为ACS的患者（随访时间窗内）	过程指标	≥50%	0
	ACS患者3月随访率	ACS患者3月随访率	出院诊断为ACS的患者（随访时间窗内）	过程指标	≥50%	0
	ACS患者6月随访率	ACS患者6月随访率	出院诊断为ACS的患者（随访时间窗内）	过程指标	≥50%	0
	ACS患者12月随访率	ACS患者12月随访率	出院诊断为ACS的患者（随访时间窗内）	过程指标	≥50%	0
14	信息化建设	采用时间节点及诊疗信息自动获取的信息管理系统	所有通过认证的胸痛中心单位	结构指标	有或无	0

分类	过程指标	结果指标	结构指标
院前	5		
院中	4	1	
院后&单列			3
小计	9	1	3

2、基层版

序号	报告指标	考核指标	对象	指标类型	备注	占比
1	STEMI 患者症状到首次医疗接触 (S2FMC) 时间	症状到首次医疗接触 (S2FMC) 时间;	STEMI 患者	过程指标	改善趋势; 越短越好	0
2	首次医疗接触至首份心电图 (FMC2ECG) 时间	首次医疗接触至首份心电图完成 (FMC2ECG) 时间	所有患者	过程指标	季度平均≤10 分钟内; 亚组: 分为救护车, 自行来院, 转院的患者	5%
3	首份 ECG (远程传输或院内) 至确诊时间	首份 ECG (远程传输或院内) 至确诊时间	STEMI 患者	过程指标	季度平均≤10 分钟内, 注释: 备注确诊医务人员	5%
4	ECG 远程传输比例	ECG 远程传输比例	120 急救或转运 (经救护车入院) 的 STEMI 患者	过程指标	≥30%且呈现增高趋势, 传输方式: 如微信, 短信等	5%
5.1A	转运 PCI 患者非 PCI 医院停留时间 (DIDO)	转运 PCI 患者非 PCI 医院停留时间 (DIDO)	网络医院转运运行 PPCI 的 STEMI 患者	过程指标	≤30 分钟	5%
5.1B	转运 PCI 患者 DIDO 达标率	DIDO 达标率	网络医院转运运行 PPCI 的 STEMI 患者	过程指标	改善趋势	5%
5.1C	转运 PCI 患者直达导管室比例	直达导管室比例: 绕行急诊及 CCU	转运且拟行 PPCI 患者	过程指标	≥50% 改善趋势	5%
5.1D	PPCI 患者入门至导丝通过 (D2W) 的时间	患者进入医院大门至导丝通过时间	各种来源途径且行 PPCI 的 STEMI 患者	过程指标	季节平均时间≤90min	10%
5.1E	PPCI 患者 D2W 的达标率	D2W≤90min 比例	各种来源途径且行 PPCI 的 STEMI 患者	过程指标	≥75%	5%
5.1F	首次医疗接触至导丝通过 (FMC2W) 的时间	FMC2W 时间	120 急救或转运且接受 PPCI 治疗的 STEMI 患者	过程指标	季度平均时间≤120 分钟	15%
5.1G	FMC2W 达标率	FMC2W≤120min 的比例	120 急救或转运且接受 PPCI 治疗的 STEMI 患者	过程指标	≥75%	10%
5.2A	溶栓患者 D2N 平均时间	入门至溶栓开始时	行溶栓治疗	过程	≤30min	15%

		间	的 STEMI 患者	指标		
5.2B	D2N 达标率	D2N 时间≤30min 比例	行溶栓治疗的 STEMI 患者	过程指标	≥75%	15%
5.2C	溶栓后即刻血管再通率	溶栓后即刻血管再通率：心电图 ST 段回落 50%，胸痛缓解，酶峰提前，再灌注心律失常	行溶栓治疗的 STEMI 患者	过程指标	改善趋势	10%
5.2D	溶栓后 24 小时行 CAG 比例	溶栓患者在 24 小时内接受 CAG 的比例	行溶栓治疗的 STEMI 患者	过程指标	≥50%	15%
5.3A	转运 PCI 患者非 PCI 医院停留的时间(DIDO)	转运 PCI 患者在医院停留的时间 (DIDO)	转运行 PPCI 的 STEMI 患者	过程指标	≤30 分钟	20%
5.3B	转运 PCI 患者 DIDO 达标率	DIDO 达标率	转运行 PPCI 的 STEMI 患者	过程指标	改善趋势	5%
5.3C	首次医疗接触至导丝通过 (FMC2W) 的时间	FMC2W 时间	120 急救或转运的 STEMI 患者	过程指标	季度平均时间≤120 分钟	15%
5.3D	FMC2W 达标率	FMC2W≤120min 的比例	120 急救或转运的 STEMI 患者	过程指标	≥75%	10%
5.3E	转诊后直达导管室的比例	转诊后直达导管室的比例：绕行急诊、CCU	转运行 PPCI 的 STEMI 患者	过程指标	≥50% 改善趋势	5%
6	再灌注比例	发病 12 小时内首次医疗接触的 STEMI 患者接受再灌注治疗的比例	发病至首次医疗接触 ≤12 小时的 STEMI 患者	结果指标	≥75%	15%
7	胸痛中心三会：须上传会议记录和照片	联合会、质量分析会、典型病例讨论会，召开次数和质量	所有已通过认证的胸痛中心	结构指标	联合会每半年至少一次；质量分析会、典型病例讨论会每季度至少一次	5%
8	高危胸痛患者数据填报量	高危胸痛数据填报量	高危胸痛患者	结构指标	不低于认证通过时近 6 个月月平均的 90%	5%
9A	数据库管理时效性：及时建档率	及时建档率：FMC 后 7 天内建档的病例占全部建档病例的比例	所有上报病例	过程指标	100%	2.5%
9B	数据库管理失效性：及时审核归档率	及时审核归档率：FMC 后 60 天内完成	所有上报病例	过程指标	100%	2.5%

		审核及归档的病例占全部建档病例的比例				
10	ACS 患者 1 月随访率	ACS 患者 1 月随访率	出院诊断为 ACS 的患者 (随访时间窗内)	过程指标	≥50%	0
	ACS 患者 3 月随访率	ACS 患者 3 月随访率	出院诊断为 ACS 的患者 (随访时间窗内)	过程指标	≥50%	0
	ACS 患者 6 月随访率	ACS 患者 6 月随访率	出院诊断为 ACS 的患者 (随访时间窗内)	过程指标	≥50%	0
	ACS 患者 12 月随访率	ACS 患者 12 月随访率	出院诊断为 ACS 的患者 (随访时间窗内)	过程指标	≥50%	0
11	信息化建设	采用时间节点及诊疗信息自动获取的信息管理系统	所有通过认证的胸痛中心单位	结构指标	有或无	0

备注：5.1 STEMI 患者首选再灌注策略为 PCI；

5.2 STEMI 患者首选再灌注策略为溶栓；

5.3 STEMI 患者首选再灌注策略为转运；

分类	过程指标	结果指标	结构指标
院前	5		
院中	2	1	
院后&单列			2
小计	7	1	2

3、中国胸痛中心质控平台评价指标评分方法

(1) 每项考核指标排名：

0 %-10%范围内为 100 分；

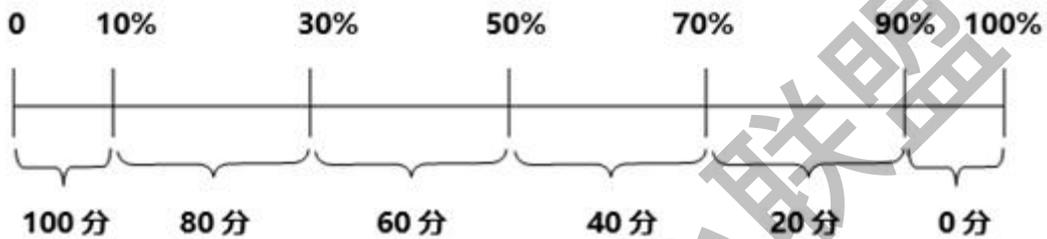
10 % - 30%范围内为 80 分；

30 % -50% 范围内为 60 分；

50 % - 70% 范围内为 40 分；

70 % - 90% 范围内为 20 分；

90 % - 100%范围内为 0 分。



(2) 总分为每一项考核指标分值乘以权重系数的总和

二、中国胸痛中心常态化质控现场数据核查指标及评分方法

常态化现场数据核查的形式包括由地市级或者省级胸痛中心联盟组织的常态化现场核查和由胸痛中心总部组织的飞行检查，不同级别的现场数据核查采用全国统一的评价指标和计分方法。当全国组织的飞行检查结果与各省、地级市联盟核查的结果不一致时，原则上以飞行检查结果为准。

1、中国胸痛中心常态化质控现场数据核查指标及计分方法

编号	质控指标	分数	核查方法	扣分原则
1	高危急性胸痛病例漏报率	30	从 HIS 系统随机抽调质控期间的 STEMI 6 份、NSTEMI 及 UA 各 4 份，AD 及 PE 各 3 份病例，计算漏报率。	每漏报 1 份 STEMI 及 NSTEMI 扣 1.5 分，其它每份病例扣 0.5 分。
2	数据库各时间节点填报完整性	20	以上述 6 份 STEMI 病例为主进行核查。云平台数据库上所有项目是否填报。	全部 6 份病例中每漏填一个项目扣除 0.5 分，此项目最多扣 20 分。
3	数据库各时间节点准确性	20	以上述 6 份 STEMI 病例为主进行核查。与病历及原始资料对照，是否准确、是否符合时间前后关系及临床诊疗过程的逻辑关系。	全部 6 份病例中任一时间节点不准确扣 1 分，此项目最多扣 20 分。
4	数据库各关键时间节点可溯源性	10	以上述 6 份 STEMI 病例为主进行核查。①以下时间节点必须查看客观原始溯源资料：首份心电图、肌钙蛋白检查结果、知情同意时间、导丝通过时间。②以下为必须从病历资料中溯源的时间节点：发病时间、首次医疗接触时间、到达 PCI 医院（入门）时间。	全部 6 份病例中每缺少一个客观资料溯源点扣 1 分，缺少一个病历资料溯源点扣 0.5 分。此项最多扣 10 分。
5	ACS 患者再灌注率治疗规范性	10	以上述 14 份 ACS 病例为主进行核查。检查所有 STEMI 再灌注策略是否正确、极高危、高危 NSTEMI-ACS 是否在指南规定的时间内实施了 PCI 治疗，未遵循指南实施再灌注治疗的病例是否有足够的客观的理由。	未遵循指南且无客观理由的病例每例扣 1 份，此项最多扣 10 分。
6	低危胸痛患者早期诊疗规范程度	10	从急诊分诊台登记本随机抽取 10 例急性低危胸痛病例进行核查。主要检查是否有时间节点管理表、首份心电图完成时间、首次接诊时间是否符合急性胸痛诊疗流程、是否有相应的溯源资料。	无时间节点管理表每例扣 1 分，有时间节点管理表但诊疗不规范或者无法溯源扣 0.5 分。临时造假者每份加扣 2 分。此项最多扣 10 分。

2、中国基层胸痛中心现场数据核查指标及计分方法

编号	质控指标	分数	核查方法	扣分原则
1	高危急性胸痛病例漏报率	30	从 HIS 系统随机抽调质控期间的 STEMI 6 份、NSTEMI 及 UA 各 4 份，AD 及 PE 各 3 份病例，计算漏报率。	每漏报 1 份 STEMI 及 NSTEMI 扣 1.5 分，其它每份病例扣 0.5 分。
2	数据库各时间节点填报完整性	20	以上述 6 份 STEMI 病例为主进行核查。云平台数据库上所有项目是否填报。	全部 6 份病例中每漏填一个项目扣除 0.5 分，此项目最多扣 20 分。
3	数据库各时间节点准确性	20	以上述 6 份 STEMI 病例为主进行核查。与病历及原始资料对照，是否准确、是否符合时间前后关系及临床诊疗过程的逻辑关系。	全部 6 份病例中任一时间节点不准确扣 1 分，此项目最多扣 20 分。
4	数据库各关键时间节点可溯源性	10	以上述 6 份 STEMI 病例为主进行核查。①以下时间节点必须查看客观原始溯源资料：首份心电图、肌钙蛋白检查结果、知情同意时间、溶栓开始或导丝通过时间。②以下为必须从病历资料中溯源的时间节点：发病时间、首次医疗接触时间、转运 PPCI 患者入门和离开医院大门时间（如有）。	全部 6 份病例中每缺少一个客观资料溯源点扣 1 分，缺少一个病历资料溯源点扣 0.5 分。此项最多扣 10 分。
5	ACS 患者再灌注率治疗规范性	10	以上述 14 份 ACS 病例为主进行核查。依据指南要求、医院能力以及距离 PPCI 医院的转运时间综合判断是否根据本院实际情况选择了正确的再灌注策略：所有 STEMI 再灌注策略是否正确、极高危、高危 NSTEMI-ACS 是否在指南规定的时间内实施了 PCI 治疗，未遵循指南实施再灌注治疗或再灌注策略不合理的病例是否有足够的客观的理由。	未遵循指南实施再灌注或实施再灌注但策略不合理且无客观理由的病例每例扣 1 分，此项最多扣 10 分。
6	低危胸痛患者早期诊疗规范程度	10	从急诊分诊台登记本随机抽取 10 例急性低危胸痛病例进行核查。主要检查是否有时间节点管理表、首份心电图完成时间、首次接诊时间是否符合急性胸痛诊疗流程、是否有相应的溯源资料。	无时间节点管理表每例扣 1 分，有时间节点管理表但诊疗不规范或者无法溯源扣 0.5 分。临时造假者每份加扣 2 分。此项最多扣 10 分。