

中国胸痛中心再认证标准（标准版）

（中国胸痛中心联盟、中国胸痛中心执行委员会 2020 年 5 月）

持续改进是胸痛中心规范运行的精髓。在通过初次认证后，胸痛中心应继续按照认证标准，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。为了对已通过认证的单位进行持续的后续监督和管理，中国胸痛中心联盟、中国胸痛中心执行委员会设置了再次认证机制。根据中国胸痛中心认证标准的设置要求，首次通过认证的有效期为 3 年，3 年后应当组织再认证。申请再认证的胸痛中心应在最后有效期达到前 4 个月在线提交再认证申请，再认证通过者继续使用认证标志，再认证的有效期限延长为 5 年，以后每 5 年进行一次再认证，未通过者将收回认证标志。

一、数据库的评估与核查（20 分）

一、数据库在线审查要求

1. **急性胸痛病例上报完整性：**坚持中国胸痛中心认证云平台数据库的填报，能提供认证有效期内的全部数据供再认证时评估，若不能提供有效期内的连续数据或存在明显的造假行为，则不能通过再认证；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或流程落实存疑，可根据缺陷性质由胸痛中心总部组织的再认证工作联席会议决定实施飞行检查或微服私访（在线审查）（总分 10 分，得分 6 分以下，本条判为不合格）：

①数据填报：急性高危胸痛填报例数与医院规模明显不相称，年数据填报总量或者月分布趋势呈明显的不正常波动或缺失，且无法合理解释；（4 分）

②数据管理：在再认证周期内高危胸痛病例的时间节点记录存在明显的逻辑错误 ≥ 3 次或急性心肌梗死患者关键时间节点缺失 ≥ 3 例或者存在数据造假嫌疑；（3 分）

③质控指标：核心质控指标（认证标准中必须达标）趋势未达标。（3 分）

2. **STEMI 病例的时间节点填报准确性：**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 数据，关键时间节点的准确性（可溯源且正确）应 $\geq 90\%$ ，其中院内时间节点记录的准确性应达到 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 病例的准确性不合格。（在线审查）（总分 5 分，全部合格为满分，不合格率小于 10%扣 3 分，不合格率大于 10%扣 5 分）

3. **数据库填报时效性：**所有收住院的 ACS 患者、主动脉夹层患者、肺动脉栓塞等高危胸痛患者应及时填报、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，如使用第三方数据填报平台，数据对接时间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）（总分 5 分，全部合格为满分，3 份一下病例超时扣 3 分，3 份以上超时扣 5 分）

分)

二、飞行检查、微服私访及现场核查（完整性、真实性、准确性及可溯源性；救治流程的执行及持续改进）

选择数据库在线审查存疑的医院进行飞行检查，如建议“整改半年后复审”，整改期满3个月后，不定期实施微服私访1次；整改期满6个月后，再认证单位应以书面形式递交复审申请，胸痛中心总部将统一安排现场核查；飞行检查、微服私访和现场核查均实行扣分制。

1. 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ACS患者至少10份/年，计算云平台数据库的漏报率：ACS录入比例应为100%，每低于10%扣除2分。此项总扣分不超过5分；（飞行检查）

2. 随机抽检10份STEMI病例（涵盖有效期的每一年度）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；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3分，此项总扣分不超过15分，存在经查实的造假行为者为否决条件，不予通过再认证；（飞行检查）

3. 微服私访环节将由通过中国胸痛中心执行委员会培训及考核合格的微服私访专家负责，由胸痛中心总部统一安排实施，主要考核院内外标识与指引、分诊台工作状况、急诊处理流程、时钟统一、胸痛优先及先救治后收费机制落实情况。（微服私访）

4. 再认证现场核查将以胸痛中心单位在整改期内的数据库管理、持续改进情况进行审核，包括双方会面交流沟通、数据库审核、模拟演练、实地走访、总结反馈；鼓励胸痛中心单位开展信息化建设。（现场核查）

二、胸痛中心的常态化运行与管理（30分）

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例会，对胸痛中心的持续运行进行监督和管理；（资料）（1分）

材料包括：组织架构图、任命函；联合例会材料（照片、签到表、幻灯、会议记录）

2. 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）（15分）

材料包括：质量分析会及典型病例讨论会材料（照片、签到表、幻灯、会议记录）

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；（2分，进入飞行检查或微服私访时不合格者实行扣分制）

材料包括：能体现医院辖域内及周边重要交通要道指引标识情况最新的照片

4、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；（资料）（2分）

材料包括：至少 5 组原流程图及改进后的流程图的对比

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；（2分，进入微服私访环节时不合格者扣分）

材料包括：时钟统一制度、某一时段（涵盖每一年）的时钟校准的客观记录

6、坚持了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；（资料）（1分）

材料包括：核心科室人员培训会、医疗辅助后勤人员培训会、全院培训会、新入职员工培训会（照片、签到表、幻灯、会议记录）

7、每年坚持对具有转诊关系的基层医院进行培训，积极推动胸痛救治单元建设及管理（资料）（1分）

材料包括：针对基层医院及胸痛救治单元的培训会（照片、签到表、幻灯、会议记录）、实地走访与指导（照片、走访意见和建议）

8、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，内容应涵盖且不仅限于疾病知识科普、大众 CPR 培训等；（资料）（1分）

材料包括：公众教育活动（照片、幻灯、会议记录）

9、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。（资料）（2分）

材料包括：微信工作群截图，内容需包含实施转运的患者沟通内容

10、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；（资料）（1分）

材料包括：与网络医院或胸痛救治单元的合作协议

11、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；（资料）（1分）

材料包括：参与推广工作的内容及成果汇总

12、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（资料+会议注册记录）（1分）

材料包括：年度运行报告（内容包含且不仅限于组织架构及人员组成、再灌注策略、核心趋势情况、持续改进措施、尚存的不足、次年的计划）、注册参会证明（回执、参会照片等）

13、积极推动本院或本地区胸痛中心信息化的建设；

材料包括：运用时间节点自动化采集系统、心电一张网建设，信息化功能介绍等相关材料

三、持续改进效果（50分）

胸痛中心在提交再认证申请前应进行云平台数据库的自我检查及评估，当云平台数据库显示的数据趋势达到以下要求时方可正式提交认证申请，认证办公室审查以下各项指标，其中1~8条为必须满足的条件（该8项指标均为首次认证标准中明确要求满足的，若当时不能满足，应制定相应的改进措施确保在通过认证后的6~12个月内达到要求），任意一项达不到者不能通过再认证，9~17项参与计分但不作为否决条件。

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），要求月平均小于10分钟，达标率75%以上，并呈持续改进趋势或在平均时间接近5分钟后呈现稳定趋势；（2分）

2、经救护车（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（实时传输或微信等形式传输，但必须在云平台有客观记录）的比例不低于50%且在认证有效期内呈现逐年增加趋势；（3分）

3、对于STEMI患者，首份心电图至心电图确诊的时间月平均小于10分钟；（2分）

4、坚持使用床旁快速检测肌钙蛋白，从抽血完成到获取报告时间符合实际且平均时间不超过20分钟；（3分）

5、对于接受PPCI治疗的STEMI患者，月平均入门-导丝通过时间不超过90分钟、达标率不低于75%且呈现逐渐缩短的趋势，当月平均在60分钟以内时应呈现稳态趋势；（10分）

6、导管室激活时间小于30分钟，且呈现缩短或稳定的趋势；（2分）

7、经救护车入院（包括呼叫本地120入院及由非PCI医院转诊患者）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50%，且呈现增高趋势；（6分）

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75%，且呈现增高趋势；（4分）

9、对于实施转运PCI的STEMI患者，在转出医院的入门到出门时间在30分钟以内，

(door-in and door-out); (2分)

10. 溶栓后患者（包含网络医院，120 及本院）24 小时内早期造影的比例不低于 75%；
(2分)

11、所有 STEMI 患者的年平均死亡率低于 4%； (2分)

12、STEMI 入院患者中呼叫 120 的比例在增加； (2分)

13、所有 NSTEMI-ACS 患者进行缺血及出血风险分层的比例达到 100%。 (1分)

14、所有极高危 NSTEMI/UA 患者，2 小时内实施紧急 PCI 的比例不低于 50%； (2分)

15、ACS 患者确诊后 10 分钟内开始双联抗血小板治疗的比例在逐年增高； (2分)

16、所有 STEMI 在确诊后启动抗凝治疗的比例在逐年增高。 (2分)

17、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； (3分)

18、建立了 ACS 的随访制度，所有 ACS 患者出院后 1、3、6 及 12 个月的随访率分别不低于 90%、80%、75%和 50%。 (2分)