

《胸痛中心质控指标及考核办法》（第三版修订版）

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两部分组成。其中，质控平台评价指标由数据平台自动生成，现场数据核查指标则由现场核查时获取。质控总分的计算方法是将现场核查的得分率与数据平台得分相乘。

一、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 (S-to-FMC) 时间	症状到首次医疗接触 (S-to-FMC) 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 (FMC-to-ECG) 时间	首次医疗接触至首份心电图 (FMC-to-ECG) 完成时间	所有急性胸痛患者	过程指标	平均≤10 分钟	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	≥50%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	≥50% 改善趋势	5%
5A	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	5%
5B	DIDO 达标率	DIDO≤30min 的比例	转运行 PPCI 的 STEMI 患者	过程指标	≥75%	5%
6A	入门至导丝通过 (D-to-W) 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	平均时间≤90mi 改善趋势	5%
6B	D-to-W 达标率	D-to-W≤90min 的比例	行 PPCI 的 STEMI 患者	过程指标	≥75%	10%
7A	首次医疗接触至导丝通过 (FMC-to-W) 的时间	FMC-to-W 时间	120 急救或转运的 STEMI 患者	过程指标	平均时间≤120 分钟	10%
7B	FMC-to-W 达标率	FMC-to-W≤120min 的比例	120 急救或转运的 STEMI 患者	过程指标	≥75%	20%
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	≥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一次	5%
10A	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%

10B	数据库管理时效性：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%
11	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	在年度考核中作为规模矫正指标	矫正系数
12	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
13	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	所有已通过认证的胸痛中心	结构指标	有或无	0
14	住院期间危险因素规范管理率	血脂、血糖、血压检查率（LDL-C、TG、TC、HDL-C、LP(a)/HbA1c）	ACS患者	过程指标	改善趋势	1%
		a)指南指导的调脂治疗率（他汀士胆固醇吸收抑制剂/PCSK9抑制剂/PCSK9siRNA） b)指南指导的降压治疗率 c)指南指导的降糖治疗率（GLP-1RA或SGLT2i） d)减重干预率及减重比例 e)戒烟干预率及戒烟比例	ACS患者+危险因素	过程指标	改善趋势	2%
15	出院带药符合指南推荐率	出院带药符合指南推荐率（DAPT, ACEI/ARB, β受体阻滞剂、他汀士胆固醇吸收抑制剂/PCSK9抑制剂/PCSK9siRNA, 如合并糖尿病使用GLP-1RA或SGLT2i）	ACS患者+危险因素	过程指标	改善趋势	2%

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	2		3
小计	11	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 (S-to-FMC) 时间	症状到首次医疗接触 (S-to-FMC) 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 (FMC-to-ECG) 时间	首次医疗接触至首份心电图完成 (FMC-to-ECG) 时间	所有患者	过程指标	平均≤10 分钟	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	平均≤10 分钟	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	≥50%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 患者在非 PCI 医院停留时间 (DIDO)	网络医院转运行 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 (D-to-W) 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	平均时间≤90min	5%
5.1E	PPCI 患者 D-to-W 的达标率	D-to-W≤90min 比例	各种来源途径且行 PPCI 的 STEMI 患者	过程指标	≥75%	10%
5.1F	首次医疗接触至导丝通过 (FMC-to-W) 的时间	FMC-to-W 时间	120 急救或转运 STEMI 患者	过程指标	平均时间≤120 分钟	10%
5.1G	FMC-to-W 达标率	FMC-to-W≤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%	15%
5.2A	溶栓患者 D-to-N 平均时间	入门至溶栓开始时间	行溶栓治疗的 STEMI 患者	过程指标	≤30min	20%
5.2B	D-to-N 达标率	D-to-N 时间≤30min 比例	行溶栓治疗的 STEMI 患者	过程指标	≥75%	20%
5.2C	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 (FMC-to-W) 的时间	FMC-to-W 时间	120 急救或转运的 STEMI 患者	过程指标	平均时间 ≤ 120 分钟	10%
5.3D	FMC-to-W 达标率	FMC-to-W ≤ 120min 的比例	120 急救或转运的 STEMI 患者	过程指标	≥ 75%	15%
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 小时以内的 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%
8A	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%
8B	数据库管理时效性：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%
9	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	在年度考核中作为规模矫正指标	矫正系数
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	所有已通过认证的胸痛中心	结构指标	有或无	0

12	住院期间危险因素规范管理率	血脂、血糖、血压检查率 (LDL-C、TG、TC、HDL-C、LP(a)/HbA1c)	ACS 患者	过程指标	改善趋势	1%
		a) 指南指导的调脂治疗率 (他汀±胆固醇吸收抑制剂/PCSK9 抑制剂/PCSK9siRNA) b) 指南指导的降压治疗率 c) 指南指导的降糖治疗率 (GLP-1RA 或 SGLT2i) d) 减重干预率及减重比例 e) 戒烟干预率及戒烟比例	ACS 患者+危险因素	过程指标	改善趋势	2%
13	出院带药符合指南推荐率	出院带药符合指南推荐率 (DAPT, ACEI/ARB, β受体阻滞剂、胆固醇吸收抑制剂/PCSK9 抑制剂/PCSK9siRNA, 如合并糖尿病使用 GLP-1RA 或 SGLT2i)	ACS 患者+危险因素	过程指标	改善趋势	2%

备注:

- 5. 1STEMI 患者首选再灌注策略为 PCI;
- 5. 2STEMI 患者首选再灌注策略为溶栓;
- 5. 3STEMI 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		3
小计	9	1	3

附件：住院期间危险因素规范管理率、出院带药符合指南推荐率说明

指标分类	评价指标	对象	建议
住院期间 危险因素 规范管理率	血脂、血糖、血压检查率 (LDL-C、TG、TC、HDL-C、LP(a)/HbA1c)	ACS	改善趋势
	血脂异常规范管理率：指南指导的调脂治疗率 ¹ 他汀类药物使用率	ACS	90% (参考要求, 随访指标一致)
	他汀治疗不达标的 ACS 患者, 联合降胆固醇比例： 胆固醇吸收抑制剂 ² /PCSK9 抑制剂/PCSK9siRNA	ACS+血脂异常	30% (参考要求, 随访指标一致)
	高血压规范管理率 ³ ：指南指导的降压治疗率	ACS+高血压	90% (参考要求, 随访指标一致)
	2 型糖尿病规范管理率：指南指导的降糖治疗率 (GLP-1RA 或 SGLT2i)	ACS+2 型糖尿病	50% (参考要求, 随访指标一致)
	超重/肥胖规范管理率：院内进行减重干预率	ACS+超重/肥胖	改善趋势
	吸烟规范管理率：院内进行戒烟干预率	ACS+吸烟	改善趋势
出院带药 符合指南推荐 率	双联抗血小板治疗率	所有 ACS	100%
	他汀类药物使用率	所有 ACS	≥90%
	β 受体阻滞剂使用率	无禁忌症的 ACS	≥90%
	ACEI/ARB 使用率	无禁忌症的 ACS	≥90%
	联合降胆固醇：胆固醇吸收抑制剂/PCSK9 抑制剂 /PCSK9siRNA	他汀治疗不达标的 ACS	30% (参考要求, 随访指标一致)
	GLP-1RA 或 SGLT2i 使用率	ACS+糖尿病	50% (参考要求, 随访指标一致)

¹ 他汀类药物是血脂异常降脂药物治疗的基石；血脂参数未达到目标值，需调整降脂药物剂量或种类或联合应用不同作用机制的降脂药物

² 胆固醇吸收抑制剂：海博麦布、依折麦布

³ 控制血压<140/90 mmHg，如能耐受可降至<130/80 mmHg；无禁忌证的 ACS 患者（所有 STEMI 和存在持续缺血症状或左室射血分数降低的 NSTEMI-ACS 患者），建议使用 β 受体阻滞剂，以静息心率为参照，逐步调整至目标剂量和最大可耐受剂量；ACEI/ARB 类药物用于无禁忌证的 STEMI 患者和左室射血分数降低的 NSTEMI-ACS 患者，逐步调整至目标剂量和最大可耐受剂量

3、胸痛中心质控平台评价指标评分方法

1) 标准版

2、首次医疗接触至首份心电图完成时间	5分	7A、FMC-to-W 时间（按排名）	10分
1-5分钟	5分	0-10%	10分
5-10分钟（取大于5）	3分	10%-30%	8分
大于10分钟	0分	30%-50%	6分
		50%-70%	4分
3、心电图远程传输比例	5分	70%-90%	2分
0-50%（取小于50的）	0分	90%-100%	0分
50%-80%	3分		
大于80%	5分	7B、FMC-to-W 达标率（按排名）	20分
		0-10%	20分
4、直达导管室比例	5分	10%-30%	16分
0-50%（取小于50的）	0分	30%-50%	12分
大于50%-80%	3分	50%-70%	8分
大于80%	5分	70%-90%	4分
		90%-100%	0分
5A、非 PCI 医院停留时间	5分	8、再灌注比例	15分
1-20分钟	5分	小于75%	0分
20-30分钟	3分	75%-90%	12分
大于30分钟	0分	90%以上	15分
5B、转运 PCI 患者 DIDO 达标率	5分	9、三会	5分
大于等于75%	5分		
50%-75%	3分	10A、及时建档率	2.5分
小于50%	0分	小于75%	0分
		75%-90%	1.5分
6A、D-to-W 时间（按排名）	5分	90-100%	2.5分
0-10%	5分		
10%-30%	4分	10B、及时审核率	2.5分
30%-50%	3分	小于75%	0分
50%-70%	2分	75%-90%	1.5分
70%-90%	1分	90-100%	2.5分
90%-100%	0分		
		14、住院期间危险因素规范管理率	3分
6B、D-to-W 达标率（按排名）	10分	15、出院带药符合指南推荐率	2分
0-10%	10分		
10%-30%	8分		
30%-50%	6分		
50%-70%	4分		
70%-90%	2分		
90%-100%	0分		

2) 基层版

2、首次医疗接触至首份心电图完成时间	5分
1-5分钟	5分
5-10分钟（取大于5）	3分
大于10分钟	0分

3、心电图远程传输比例	5分
0-50%（取小于50的）	0分
50%-80%	3分
大于80%	5分

4、直达导管室比例	5分
0-50%（取小于50的）	0分
大于50%-80%	3分
大于80%	5分

5.1A、非PCI医院停留时间	5分
1-20分钟	5分
20-30分钟	3分
大于30分钟	0分

5.1B、转运PCI患者DIDO达标率	5分
大于等于75%	5分
50%-75%	3分
小于50%	0分

5.1C、转运PCI患者直达导管室比例	5分
0-50%（取小于50的）	0分
大于50%-80%	3分
大于80%	5分

5.1D、D-to-W时间（按排名）	10分
0-10%	5分
10%-30%	4分
30%-50%	3分
50%-70%	2分
70%-90%	1分
90%-100%	0分

5.1E、D-to-W达标率（按排名）	5分
0-10%	10分
10%-30%	8分
30%-50%	6分
50%-70%	4分
70%-90%	2分
90%-100%	0分

5.1F、FMC-to-W时间（按排名）	10分
0-10%	10分
10%-30%	8分
30%-50%	6分
50%-70%	4分
70%-90%	2分
90%-100%	0分

5.1G、FMC-to-W达标率（按排名）	15分
0-10%	15分
10%-30%	12分
30%-50%	9分
50%-70%	6分
70%-90%	3分
90%-100%	0分

5.2A、溶栓患者从入门到开始溶栓的平均时间	20分
1-20分钟	20分
20-30分钟	15分
大于30分钟	0分

5.2B、D-to-N达标率	20分
小于75%	0分
75%-90%	15分
90%以上	20分

5.2C溶栓后24小时行冠脉造影的比例	15分
0-50%（取小于50的）	0分
大于50%-80%	12分
大于80%	15分

5. 3A、转运到上级医院行 PPCI 患者的 DIDO 时间	20 分
1-20 分钟	20 分
20-30 分钟	15 分
大于 30 分钟	0 分

5. 3B、转运 PPCI 患者 DIDO 达标率	5 分
小于 75%	0 分
75%-90%	3 分
90%以上	5 分

5. 3C、FMC-to-W 时间（按排名）	10 分
10%	10 分
10%-30%	8 分
30%-50%	6 分
50%-70%	4 分
70%-90%	2 分
90%-100%	0 分

5. 3D、FMC-to-W 达标率（按排名）	15 分
10%	15 分
10%-30%	12 分
30%-50%	9 分
50%-70%	6 分
70%-90%	3 分
90%-100%	0 分

5. 3E、转诊后直达导管室的比例	5 分
0-50%（取小于 50 的）	0 分
大于 50%-80%	4 分
大于 80%	5 分

8、再灌注比例	15 分
小于 75%	0 分
75%-90%	12 分
90%以上	15 分

9、三会	5 分
------	-----

10A、及时建档率	2.5 分
小于 75%	0 分
75%-90%	1.5 分
90-100%	2.5 分

10B、及时审核率	2.5 分
小于 75%	0 分
75%-90%	1.5 分
90-100%	2.5 分

12、住院期间危险因素规范管理率	3 分
13、出院带药符合指南推荐率	2 分

二、胸痛中心常态化质控现场数据核查指标及评分方法

1、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	20	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 份病例扣 1 分。
2	STEMI 各关键时间节点完整性/准确性/溯源性	54	以上述 6 份 STEMI 病例为主进行核查。 1、完整性：所有关键时间节点均上报数据库平台； 2、溯源性：发病时间、到达本院大门时间、首次医疗接触时间、需在现病史中溯源；其余时间节点可在客观原始资料中溯源； 3、准确性：数据库平台的时间节点与病例时间节点一致，且符合临床诊疗过程逻辑关系。	1、完整性：漏填一个项目扣 0.3 分；溯源性：缺少一个客观资料溯源点扣 0.3 分；准确性：任一时间节点不准确扣 0.3 分； 2、每份病例完整性 3 分，溯源性 3 分，准确性 3 分，每份病例三项总分 9 分； 3、6 份 STEMI 病例总分 54 分。
3	ACS 患者再灌注率治疗规范性	14	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。	未遵循指南实施再灌注治疗且无客观理由的病例扣 0.5 分，再灌注超时扣 0.5 分。每例病例 1 分，总分 14 分。
4	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、首次医疗接触时间、首份心电图完成时间是否符合急性胸痛诊疗流程、是否有相应的溯源资料。无纸化需要信息平台。	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。
5	“三会”召开是否规范	2	1、会议记录是否详实； 2、参会人数是否满足要求； 3、是否针对存在的问题制定了改进的方案； 4、是否在一年内至少制定一次本院的改进目标值。	每缺少一份资料扣 0.5 分。总分 2 分。

2、基层版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	20	从 HIS 系统随机抽调质控期间的 STEMI6 份、NSTEMI 及 UA 各 4 份，AD 及 PE 各 3 份病例，计算漏报率。如 AD、PE 病例偏少，则可抽调相应数量的 NSTEMI/UA 替代。如住院系统不够病例数，则可从急诊系统抽调相应的病例。	每漏报 1 份病例扣 1 分。
2	STEMI 各关键时间节点完整性/准确性/溯源性	54	<p>1、完整性：所有关键时间节点均上报数据库平台；</p> <p>2、溯源性：发病时间、到达本院大门时间、首次医疗接触时间、呼叫 120 时间（如有）需在现病史中溯源；其余时间节点可在客观原始资料中溯源；</p> <p>3、准确性：数据库平台的时间节点与病例时间节点一致，且符合临床诊疗过程逻辑关系。</p>	<p>1、完整性：漏填一个项目扣 0.3 分；溯源性：缺少一个客观资料溯源点扣 0.3 分；准确性：任一时间节点不准确扣 0.3 分；</p> <p>2、每份病例完整性 3 分，溯源性 3 分，准确性 3 分，每份病例三项总分 9 分；</p> <p>3、6 份 STEMI 病例总分 54 分。</p>
3	ACS 患者再灌注率治疗规范性	14	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治疗或策略不合理且无客观理由的病例扣 0.5 分，再灌注超时扣 0.5 分。每例病例 1 分，总分 14 分。
4	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、首次接诊时间、首份心电图完成时间是否符合急性胸痛诊疗流程、是否有相应的溯源资料。无纸化需要信息平台。	无时间节点管理表，或有时间节点管理表但不符合急性胸痛诊疗流程，或有时间节点管理表但无法溯源，以上三项有一项不符合，每例扣 1 分。总分 10 分。
5	“三会”召开是否规范	2	<p>1、会议记录是否详实；</p> <p>2、参会人数是否满足要求；</p> <p>3、是否针对存在的问题制定了改进的方案；</p> <p>4、是否在一年内至少制定一次本院的改进目标值。</p>	每缺少一份资料扣 0.5 分。总分 2 分。