



# 107年度醫院緊急醫療能力分級評定作業說明會

## 第三章 急性冠心症病人照護品質

講師：黃瑞仁 院長

服務機關：國立臺灣大學醫學院附設醫院雲林分院

日期：107年5月3日

# 大綱

- 評定基準條文分布
- 病歷清單
- 評定基準
  1. 評分說明
  2. 評量方法
  3. 醫院Q&A

# 評定基準條文分布表

	重度級	中度級
第一章、急診醫療品質	11	11
第二章、急性腦中風病人照護品質	8	6
第三章、急性冠心症病人照護品質	6	5
第四章、緊急外傷病人照護品質	9	5
第五章、高危險妊娠孕產婦及新生兒(含早產兒)照護品質	9	7
第六章、加護病房照護品質	8	7
總條數	51	41

# 實地評定所需病歷清單

條號	病歷清單		
3.2	【重度級、中度級】		
3.2.1	1. 出院診斷為急性冠心症STEMI病人清單，以ICD-10-CM(I21.01、I21.02、I21.09、I21.11、I21.19、I21.21、I21.29、I22.0、I22.1、I22.8)為主。		
3.2.2			
3.2.3			
檢附病歷清單說明		委員抽查 病歷本數	醫院準備 病歷本數
請檢附「出院診斷為急性冠心症STEMI病人」病歷清單，並將清單彙整成一份完整之資料，以利委員參考，其清單欄位應包含如下所列： (1)病歷號後5碼。 (2)抵達急診年月日時分(24小時計)。 (3)出院臨床結果：死亡(含AAD)、出院。		10本	-
註：請於實地查核當天備妥供查核委員實地評定時參考， <b>應儘量採電子檔案方式呈現。</b>			

# 基準條文說明

## □ 基準提及採用「遠距方式」提供照會服務，相關條文如下：

1. 適用對象為「醫療資源不足地區之醫院」
2. 如為「非醫療資源不足地區之醫院」，須經報備衛生福利部核准後實施

基準	條文
3.1.2	應有心臟內科緊急會診機制
3.1.3	應有心臟外科緊急會診機制

# 基準研修重點

106年條文		107年條文		研修說明
3.1	完善處置流程 <del>本</del> 章節僅針對STEMI病人查核。	3.1 【修正】	完善處置流程 針對STEMI病人查核。	酌修文字。
3.2	良好的處置品質 【評量方法】 3. STEMI個案係指出院主診斷碼為 <del>ICD-9-CM410.0X~410.6X</del> 、 <del>或</del> ICD-10-CM(I21.01、I21.02、I21.09、I21.11、I21.19、I21.21、I21.29、I22.0、I22.1、I22.8) 為主。	3.2 【修正】	良好的處置品質 【評量方法】 3. STEMI個案係指出院主診斷碼為ICD-10-CM(I21.01、I21.02、I21.09、I21.11、I21.19、I21.21、I21.29、I22.0、I22.1、I22.8)為主。	刪除診斷碼 ICD-9部分。
3.2.1 【試評】	作第一張EKG時間小於10分鐘	3.2.1 【試評】	作第一張EKG時間小於10分鐘	持續試評。



# 3.1完善處置流程

針對STEMI病人查核。

# 3.1.1 訂有急性冠心症STEMI病人處置流程(含住加護病房、心導管處置流程、轉院標準)

<p>評分說明</p>	<p>【重度級、中度級】 醫院均需訂有急性冠心症病人處置流程及合理之醫事人員排班，並有資料可查。</p>
<p>評量方法</p>	<p>1.急性冠心症病人處置流程應含(1)住加護病房流程、(2)心導管處置流程、(3)轉院標準及流程等。 2.有關評分說明之「合理之醫事人員排班」，實地訪查時，請醫院提供「排班」相關資料(如：排班表等)備查。</p>

## 3.1.2應有心臟內科緊急會診機制(1/2)

<p>評分說明</p>	<p>【重度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 心臟內科醫師係指內科專科醫師接受至少2年以上心臟醫學專業訓練，並領有相關認證。</li> <li>2. 至少需有2位心臟內科醫師輪替並有完善會診機制。</li> </ol> <p>【中度級】</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 心臟內科醫師係指內科專科醫師接受至少2年以上心臟醫學專業訓練，並領有相關認證。</li> <li>2. 至少需有1位心臟內科醫師輪替並有完善會診機制。</li> <li>3. 查核重點為上班時間上午8時至下午5時。</li> </ol>
<p>評量方法</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 此處所指心臟內科醫師之認定規範如下：             <ol style="list-style-type: none"> <li>(1)應執業登記於該醫院方可採認。</li> <li>(2)若為醫療資源不足地區之醫院，可以報備支援醫師認列。</li> </ol> </li> <li>2. 查核心臟內科醫師之執業登記證明或相關支援報備證明，並領有有效期限之相關認證。</li> <li>3. 醫院提供值班表、照會紀錄等資料備查。</li> <li>4. 針對病情不穩定病人，宜先經必要處置，再考慮轉院。</li> <li>5. 醫療資源不足地區之醫院得以遠距方式提供會診服務。</li> </ol>

## 3.1.2應有心臟內科緊急會診機制(2/2)

### 問答

Q：基準3.1.2「應有心臟內科緊急會診機制」【重度級、中度級】評分說明第2點提及需有心臟內科醫師輪替並有完善會診機制，請問如急診專科醫師有相當能力判別是否為STEMI病人，並轉介到第2家醫院，是否可不經心臟內科醫師會診，由急診醫師直接確立病人病情後依醫院轉診流程完成即可？

A：因STEMI病人之病情複雜且不穩定，考量病人安全，醫院應有心臟內科醫師提供會診服務。

### 3.1.3 應有心臟外科緊急會診機制

<p>評分說明</p>	<p>【重度級】 心臟外科醫師係指外科專科醫師接受至少2年以上心臟外科專業訓練，並領有相關認證。</p>
<p>評量方法</p>	<p>1. 此處所指心臟外科醫師之認定規範如下：            (1) 應執業登記於該醫院方可採認。            (2) 若為醫療資源不足地區之醫院，可以報備支援醫師認列。            2. 應查核心臟外科醫師之執業登記證明或相關支援報備證明，並領有有效期限之相關認證。            3. 醫院提供值班表、照會紀錄等資料備查。            4. 醫療資源不足地區得以遠距方式提供會診服務。</p>



## 3.2良好的處置品質

### 【重點】

1. 中、重度級均需符合。
2. 需至少每季舉行跨科部之急性冠心症病人照護品質討論會及資料分析。
3. 中度級醫院查核重點為轉診品質，包含評估、處置及轉診之適當性。

### 【評量方法】

1. 重度級以抽查假日及夜間下午5時至次日上午8時病歷為主。
2. 抽查評定前1年度至評定日之病歷10份，評估處置是否符合標準流程與品質。
3. STEMI個案係指出院主診斷碼為ICD-10-CM(I21.01、I21.02、I21.09、I21.11、I21.19、I21.21、I21.29、I22.0、I22.1、I22.8)為主。
4. 第一次10本病歷之達成率大於50%，但尚未達到70%時，得由委員加抽10本，以全數20本平均計算，作為該項達成率評分依據。
5. 如醫院提供之病歷低於10本，以全數病歷做為評分依據。如實地訪查委員對醫院提供之個案病歷數有疑義，以中央健康保險署提供之個案數(誤差範圍為1成)為主進行病歷抽查。
6. 中度級醫院需提供急診STEMI AMI轉出名單，抽查至少5份轉出病歷，查核重點為轉診流程之適當性。
7. 醫院需提供評定基準3.2.1、3.2.2、3.2.3之病歷清單。

## 3.2.1 作第一張EKG時間小於10分鐘 (107年試評)

<b>評分說明</b>	<p>【重度級】 達成率需符合80%(含)以上。</p> <p>【中度級】 達成率需符合70%(含)以上。</p>
<b>註</b>	<p>執行第一張EKG時間計算，自病人抵達急診室至完成EKG的時間。</p>
<b>評量方法</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 實地訪查時，請醫院提供「季報表」資料備查。</li> <li>2. 若抽查病歷時，發現轉入病人入院後直接進行primary PCI而未重新執行EKG者，於計算時排除。</li> <li>3. 實地訪查時，醫院若無法提供足夠之病歷資料(包含電子病歷)，則本項視為不符合。</li> </ol>
<b>問答</b>	<p>Q1：若病人主訴症狀不明顯(如：無胸痛、胸悶等)，則其第一張EKG時間通常會大於10分鐘，請問可否將此個案排除？</p> <p>A1：有關基準3.2.1評分說明達成比率訂定時，已將非典型症狀等因素納入考量故前述個案不得排除。另，建議當作第一張EKG時間已超過10分鐘時，應於病歷上載明原因(如：病人主訴不明顯等)。</p> <p>Q2：如醫院作第一張EKG時間於掛號之前，此類個案是否可納入計算？</p> <p>A2：如遇病人因典型症狀，先行作第一張EKG，即可能發生時間執行第一張EKG時間早於急診掛號時間時，此類個案亦可納入計算。</p>

## 3.2.2 STEMI病人於急診適合給予ASA 及 Clopidogrel(或Ticagrelor)等之比例

<b>評分說明</b>	<p>【重度級】 達成率需符合80%(含)以上。</p> <p>【中度級】 達成率需符合70%(含)以上。</p>
<b>評量方法</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.實地訪查時，請醫院提供「季報表」資料備查。</li> <li>2.若病人抵達急診室前已服用Clopidogrel(或Ticagrelor)及ASA 者、或病歷載明對上開藥物過敏者，予以排除。</li> </ol>

### 3.2.3 ST段上升之急性心肌梗塞病人執行緊急冠狀動脈介入術(Primary PCI)時，Door to balloon time 小於 90 min (1/2)

評分說明	<p>【重度級】</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. 達成率需符合75%(含)以上。</li><li>2. 提供全年全院冠狀動脈介入術(PCI)及緊急冠狀動脈介入術(Primary PCI)之案例數</li><li>3. 如係同一醫療體系之分院及院區間轉診，病人到達第2家醫院後，第2家醫院之 Door to balloon time 應小於 60 分鐘，達成率需符合70%(含)以上。</li></ol> <p>【中度級】</p> <p>有心導管診療項目者，於一般上班時間上午8時至下午5時需符合60%(含)以上。</p>
評量方法	<ol style="list-style-type: none"><li>1. 實地訪查時，請醫院提供「季報表」資料備查。</li><li>2. 申請重度級之醫院，病歷抽查以假日或夜間為主。</li><li>3. 申請中度級之醫院，設有導管室者，於一般上班(8am~5pm)時間皆應執行緊急冠狀動脈介入術(Primary PCI)。</li><li>4. 如無設置心導管室，則評定其處置及轉診品質(查核重點為轉診流程及心臟內科醫師照會紀錄)。</li><li>5. Primary PCI之計算時間應比照國際Door to balloon time之標準：病人抵達急診至導管氣球(balloon)打開的時間進行計算。</li><li>6. 有關STEMI病人接受Door to balloon time大於90 分鐘，如有需排除狀況請醫院記錄原因，並於實地評定時提出其排除之合理性說明，供委員參考。</li><li>7. 病人為OHCA且經急救或經特殊維生設備處置後方施行Primary PCI之病人，請於計算Door to balloon time時排除。</li></ol>

### 3.2.3 ST段上升之急性心肌梗塞病人執行緊急冠狀動脈介入術(Primary PCI)時，Door to balloon time 小於 90 min (2/2)

#### 問答

Q1：請問如何認定是否為同一醫療體系分院及分院之轉診？

A1：由醫院自行認定是否為同一醫療體系分院間轉診，惟考量病人安全，從A分院至B分院之轉院路程建議小於30分鐘。

Q2：因醫院未設置心導管室，如有STEMI病人則須轉出，惟，因轉出時間包含等待救護車時間，故可能會超過30分鐘，請問基準是否規範STEMI病人轉出時間？

A2：基準3.2.3並未規範STEMI病人轉出時間，惟考量病人安全，醫院應即早處理、進行會診及連絡轉院單位，以利病人到達第2家醫院後，Door to balloon time 能小於 60 分鐘。

# 感謝聆聽 敬請指教

說明會提問將納入本年度委員共識，  
再放置本會網站供各界下載。

