

胸痛救治单元建设方案及验收标准（第2版）

（国家胸痛中心专家委员会、胸痛中心执行委员会，2023年11月）

胸痛区域协同救治网络的建立是为了“在最短的时间内发现并将急性胸痛患者送至具有救治能力的医疗机构接受最佳治疗”，乡镇卫生院、社区卫生服务中心、村卫生室、社区卫生服务站作为基层医疗机构，是胸痛区域协同救治体系建设的重要环节，有利于最大限度的缩短急性胸痛患者救治时间，并可以开展广泛的大众健康教育与高危人群管理。

在地级市胸痛中心指导下，以区县胸痛中心为主导，成立县（区）域胸痛中心联盟，建立覆盖全域基层医疗机构的区域协同救治体系，通过胸痛救治单元、胸痛救治网点建设将体系延伸至乡村，依托区县胸痛中心心电一张网的建设，结合基层医疗机构公共卫生工作开展大众慢病长期规范管理，能够有效的提升基层健康保障。为实现此目标，胸痛救治单元建设方案共包含五个部分：**基本条件、胸痛救治与慢病管理、胸痛救治网点建设、培训教育、验收指标**。旨在为全国各地区相关建设单位提供规范可参考落地的标准，进一步促进胸痛救治单元、胸痛救治网点从救治到管理、从预防到康复的全程高质量建设。胸痛救治单元验收有效期为3年，期满后由各地级市联盟组织再评估与验收。

一、胸痛救治单元建设基本条件

承担了区域急性胸痛接诊任务且按照就近原则与已启动建设的胸痛中心建立了常态化联合救治。与下属基层医疗机构开展区域救治一体化建设，推动胸痛救治网点建设。

1.1 医疗机构发布正式成立胸痛救治单元的文件，明确组织架构及主要岗位人员职责。要求：

（1）由医疗机构主要负责人主持胸痛救治单元的工作

（2）至少有1名熟悉胸痛救治业务且具备心电图操作能力的医师作为主要负责人，书面文件正式明确胸痛救治单元负责人的职责

说明：需上传医院正式文件的扫描件，文件日期应早于申请日期至少3个月

1.2 设置胸痛救治单元的指引及胸痛优先标识。

说明：需上传相关图片，在医院主要要道及门诊、病房各科室体现胸痛救治单元规范的功能分区和清晰的标识指引

1.3 根据就近原则及本机构实际情况，与具有急诊PCI能力或溶栓治疗能力的胸痛中心签署联合救治协议。协议中应包括与上级医院的心电图传输、一键启动电话、远程会诊及转运机制、数据共享、救护车派遣机制、联合培训等内容。

说明:

需上传与上级医院签署联合救治及转运协议的扫描件

需上传实施转运的全部急性高危胸痛患者时间节点表及病例资料;

1.4 具备急性胸痛鉴别诊断、初步诊疗、紧急救治的设备和药物。

(1) 配备床旁心电图机或可穿戴心电设备,能够在首次医疗接触 10 分钟内完成 12/18 导联心电图检查;

(2) 配备双联抗血小板常备药物;建议配备肝素等常规抗凝药物;

(3) 首次医疗接触至上级医院大门时间大于 60 分钟时应配备肌钙蛋白床旁快速检测设备,并确保抽血完成后 20 分钟内获取检测结果。

(4) 如有条件应配备便携式除颤器;

说明:需上传相应诊疗设备和药物的照片

1.5 建立针对急性胸痛患者的心电图、双联抗血小板、抗凝、溶栓及肌钙蛋白(如果开展)等项目的先救治后收费机制。

说明:需上传先救治后收费的流程图

1.6 已建立时钟统一方案,确保各关键诊疗环节时间节点记录的准确性。

说明:需上传时钟统一校对记录

1.7 有急性胸痛患者时间节点管理表,应保持与上级胸痛中心统一且能够共享,急性胸痛患者应在数据管理平台进行填报。

说明:通过数据库可查看每月填报情况(数据库查看)

二、胸痛救治与慢病管理

胸痛中心区域协同救治体系包含院前急救系统、基层医疗机构,救治体系深入到大众身边能够有效的缩短急性心肌梗死患者发病后总缺血时间,同时能够开展广泛的大众教育,降低发病的风险因素,开展长期高风险人群的筛查与管理。

2.1 制订急性胸痛诊疗流程图,能够指引接诊医师快速、规范完成接诊评估、初步诊断及决策。

说明:需上传急性胸痛诊疗流程图

2.2 制定 STEMI 患者救治流程,明确再灌注治疗策略,流程中应包含抗血小板与抗凝治疗的用药时机。以下再灌注策略需在上级胸痛中心指导下选择其中一种。

(1) 若首次医疗接触后 120 分钟内能够完成转运 PCI，建议首选转运 PCI 策略，应满足并确保首次医疗接触后 30 分钟内转出患者。

(2) 若首次医疗接触后不能在 120 分钟内完成转运 PCI，具备溶栓条件的医疗机构应首选溶栓策略，应在首次医疗接触后 30 分钟内开始溶栓治疗。应配备急性心肌梗死急救常规药物和静脉溶栓药物(建议配备二代以上特异性溶栓药物)，且要求在溶栓后 2~24 小时将患者转运至 PCI 医院进行冠状动脉造影检查。

(3) 若不具备前述(1)、(2)条件时，应选择转运溶栓策略，即转运至附近具备溶栓条件的医疗机构溶栓，应在 30 分钟内将患者转出，且能够在首次医疗接触后 60 分钟内开始溶栓。

说明:需上传急性心肌梗死患者救治流程图

2.3 结合所承担的公共卫生职能，在上级胸痛中心医院指导下开展低危 ACS 患者出院后长期随访管理，相关随访信息与上级胸痛中心实现共享，并应在胸痛中心数据填报平台填报随访信息。

说明:随访患者登记表，包含各个病人去向及随访记录登记信息。如由签约医生随访，应有签约医生随访记录表

2.4 结合公共卫生工作进行辖区内高血压、高血脂、糖尿病等心血管相关慢病筛查与管理，明确筛查频次和内容，并定期对相关人群进行监测和登记管理。

说明:需上传在辖区开展心血管相关慢病筛查登记表

三、胸痛救治网点建设

胸痛救治单元如果有下辖的村卫生室、社区卫生服务站等所属基层医疗机构，应将其纳入胸痛救治网点建设。作为胸痛救治单元的延伸，胸痛救治网点应在上级胸痛中心医院或胸痛救治单元指导下开展工作，并逐渐覆盖至辖区内的全部下属站点机构。胸痛救治网点由县域胸痛中心联盟统一组织评估与验收，有效期为 3 年，期满后由县域胸痛中心联盟组织再评估与验收。

3.1 适用范围:承担了胸痛患者接诊任务的村卫生室或社区卫生服务站。

3.2 明确胸痛救治网点负责人，负责开展日常工作。

3.3 配备心电图机或远程心电可穿戴设备，并已加入上级胸痛中心心电一张网，能够实施远程心电图传输。

3.4 能够在接诊急性胸痛患者后 10 分钟内完成首份心电图或使用可穿戴设备记录心电图并及时传输至上级医疗机构，根据上级医疗机构指引进行相应的医疗处置，完成胸痛中心要求的时间节点记录和病情记录；

3.5 定期参加上级医院组织的培训会议，掌握心肺复苏技能。

3.6 在上级医院的指导下，定期协助开展大众培训教育，内容包括健康生活方式、急救常识等，应覆盖村卫生室、卫生服务站服务区域内的居民。

3.7 在上级医院的指导下，定期协助开展村卫生室、卫生服务站服务区域内居民高血压、高血脂、糖尿病等慢病的筛查与管理工作。

四、培训教育

4.1 定期接受上级医院胸痛中心的指导和培训。培训内容应包含：胸痛症状识别、急性胸痛疾病早期临床诊断、心电图知识、急救技能等。胸痛救治单元主要负责人应现场或远程参与上级医院胸痛中心的联合例会；条件允许时应参加质量分析会和典型病例讨论会。

说明：需上传培训现场照片及签到表

4.2 定期对辖区内各站点医务人员或家庭医生进行培训，原则上每年不少于一轮。培训内容包括：常见心血管疾病预防知识、健康生活方式、急救常识等。

说明：需上传培训幻灯及培训现场照片

4.3 联合胸痛救治网点开展辖区内大众健康培训。

说明：需上传培训现场照片及覆盖人群分布说明

4.4 建立涵盖辖区内全部救治网点的沟通群，并指导救治网点开展辖区内大众健康管理和知识普及工作。有条件的可指导救治点建设筛查科普大众群。

说明：需上传微信群沟通记录截图；

五、验收指标

5.1 已启用胸痛救治单元数据填报平台，且已持续填报近 3 月的数据。

5.2 所有急性胸痛患者在首次医疗接触后 10 分钟内完成首份心电图并由具备能力的医生或上级医院医生解读。

5.3 若开展了床旁肌钙蛋白检测，能够在抽血完成后 20 分钟内获取检测结果。

5.4 若实施本院溶栓治疗，应在患者到达后 30 分钟内开始溶栓。（根据再灌注策略选择评估）

5.5 若实施转运 PCI 或者转运溶栓，则应在患者到达后 30 分钟内转出。（根据再灌注策略选择评估）

5.6 转运至上级胸痛中心的急性高危胸痛患者数量持续增加。（统计参考指标）