



基层胸痛中心建设的重要意义及关键环节

深圳市人民医院 庞新利

2018-03-11
广州



01

CPC院内救治初现成效

02

基层胸痛救治现状

03

基层胸痛中心建设重要意义

04

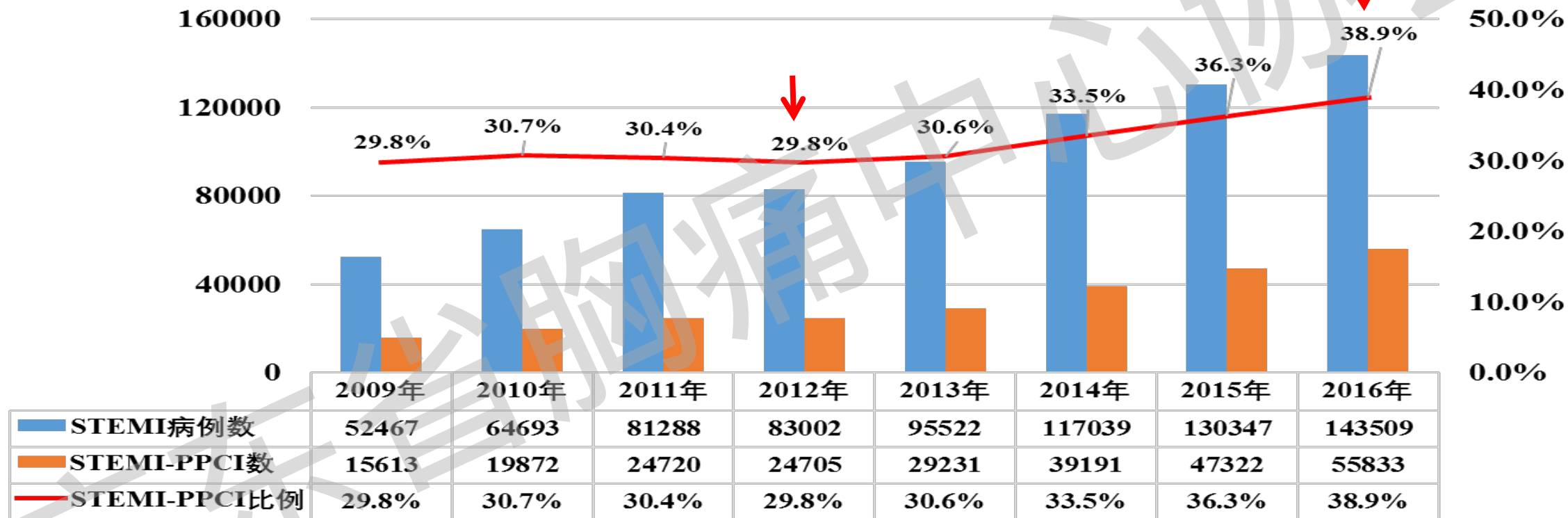
基层胸痛中心建设关键环节





初现成效-院内收治的STEMI患者比例

院内收治STEMI患者



Data from China National PCI online Registration

2013年11月开展胸痛中心认证以来，PCI医院内收治STEMI患者的总数**显著增加**、PPCI比例从维持多年的**30%**增加到**38%以上**；



CPC有效提升STEMI患者救治效率

指标	胸痛中心组 N=1501	非胸痛中心组 N=5282	P value	
患者发病到就诊时间（分钟）	239.5	232	0.77457	
发病12小时内就诊患者D2B（分钟）	69	97	<.0001	★
发病12小时内就诊患者D2N（分钟）	70.5	69	0.83122	
患者通过急救车转运到达医院（%）	41.84%	34.05%	<.0001	★
急救系统传送心电图到目标医院（%）	47.26%	13.8%	<.0001	★
发病12小时内就诊患者直达导管室比例（%）	20.04%	5.51%	<.0001	★
发病12小时内就诊患者溶栓治疗	4.67%	6.44%	0.0311	
发病12小时内就诊患者早期再灌注方式为直接PCI比例（%）	81.61%	77.19%	0.002	★
存活出院无禁忌症患者联合应用双联抗血小板药物、他汀、β受体阻滞剂、RAS系统阻断剂比例（%）	57.58%	48.31%	<.0001	★
住院期间死亡比例（%）	2.6%	4.24%	0.009	★

数据来源于STEMI II期项目

缺乏网络化系统化的AMI急救体系

患者



120



急诊室



医院

认识不足—
就诊延迟

院前院内无有效衔接—
转诊延迟

缺乏标准流程—
分诊延迟

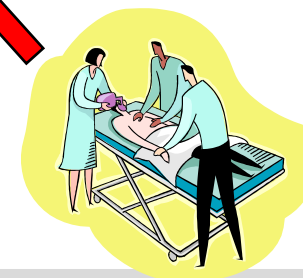
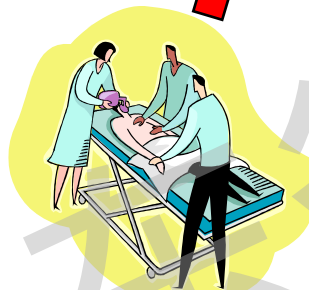
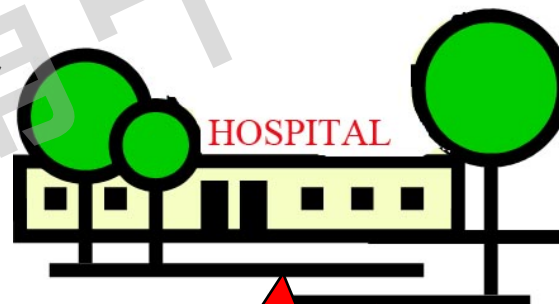
救治欠规范—
救治延迟





基线调查显示:

- 75%的AMI来自基层医院转诊
- 自行来院或120入院只占25%



广东省胸痛中心协作会



基层医院在胸痛救治过程中的作用

-----承上启下

最前线： 城乡2/3以上胸痛患者的首诊医院

最及时： 先于上级医院接触患者，时间优先

第一时间完成基本检查和信息交流

第一时间作出可能性诊断

对STEMI患者能在黄金时间点实施溶栓治疗

保障患者安全转运

最全面： 二级预防、追踪随访的依靠单位

基层救治现状

基层患者多

基层人口多，农村大于城市

发病率高

高危因素多，防治手段差

治疗水平差

治疗更新慢，配备条件差

理念落后

就诊延迟，转诊延迟

落后

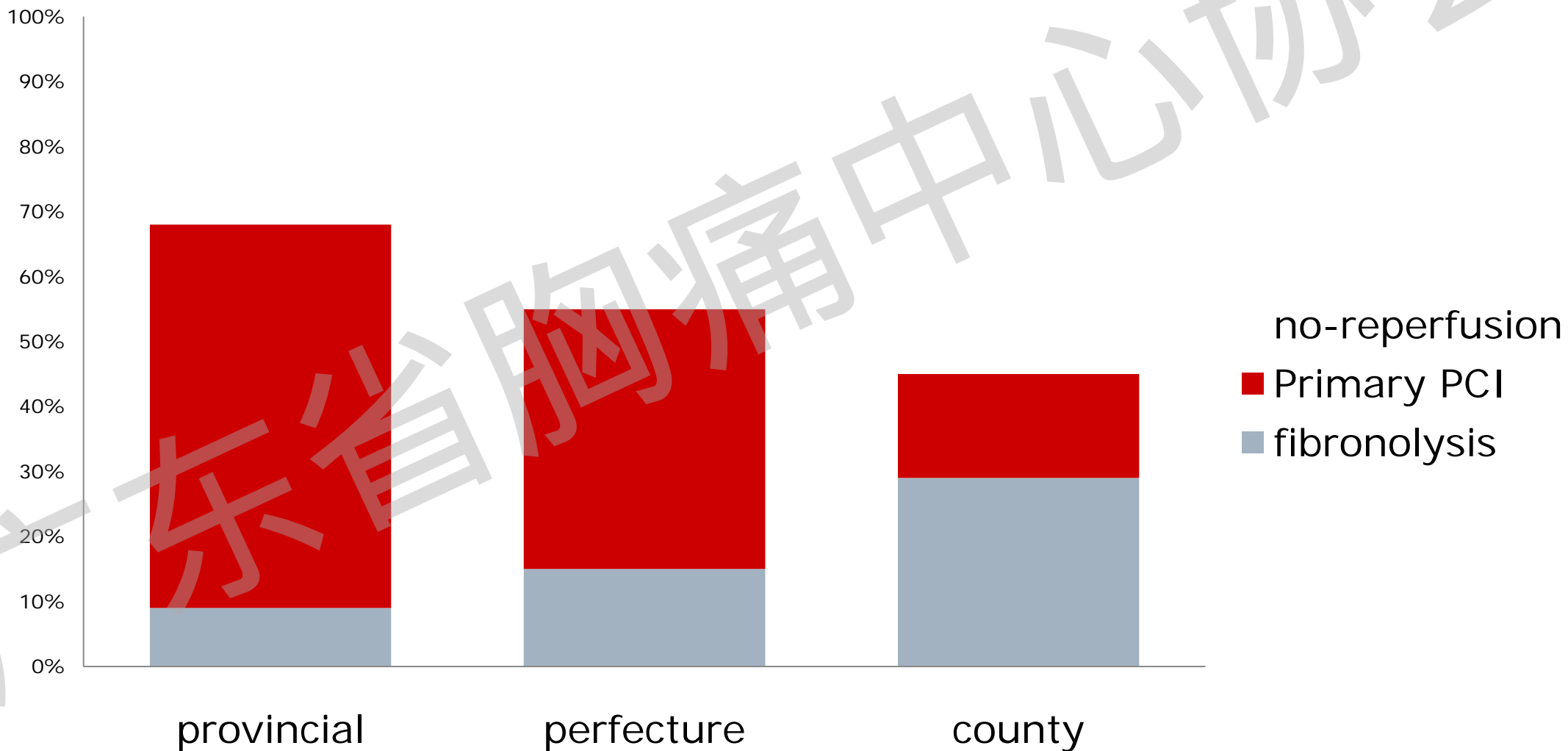
懈怠

轻视



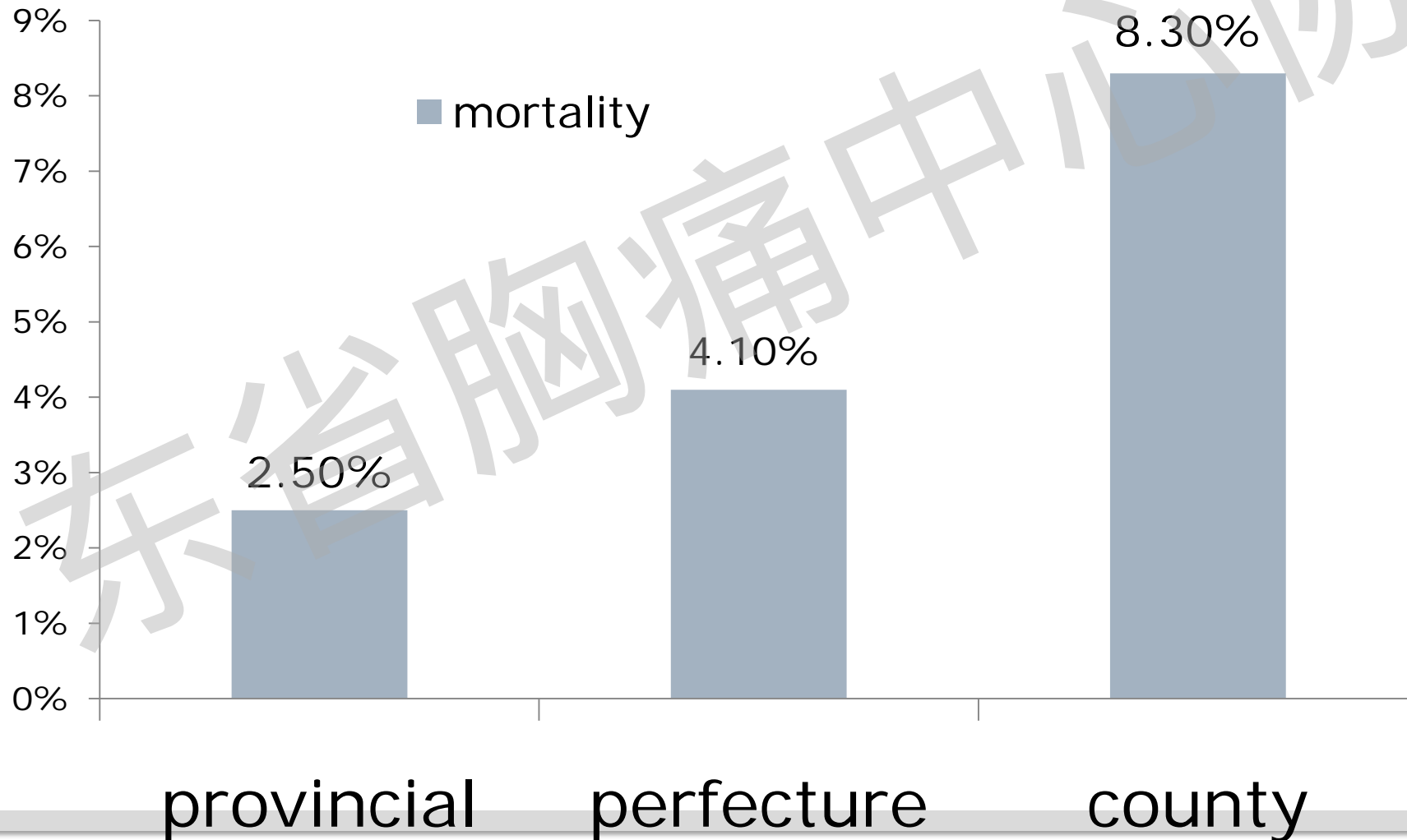


各级别医院STEMI救治再灌注比例





各级别医院AMI死亡率





基层胸痛中心及意义

完成胸痛诊治减少
医患延误

保证再灌注

提高救治水平

NO.1

NO.2

NO.3

NO.4

NO.5

双向转诊
三级诊疗

加强基层：规范化培训+专业化培训+“互联网+”



发布中国基层胸痛中心认证标准

中国胸痛中心认证标准

(第五版)

(中国胸痛中心认证工作委员会, 2015年11月修订)

胸痛中心的建设目标是要建立“在最短的时间内将急性胸痛患者送至具有救治能力的医院接受最佳治疗”的机制。通过对我国急性心肌梗死救治现状的分析,中国胸痛中心认证工作委员会所确立的我国胸痛中心建设的基本理念是:以具备直接经皮冠状动脉介入治疗(PPCI)能力的医院为核心,通过对医疗资源的整合建立起区域协同快速救治体系,以提高急性胸痛患者的整体救治水平。为实现此目标,

中国基层胸痛中心认证标准

(第一版)

(中国胸痛中心认证工作委员会制订, 2015年11月)

直接经皮冠状动脉介入治疗(PPCI)是ST段抬高急性心肌梗死(STEMI)最有效的治疗手段,但我国现阶段医疗资源分布不均,很多地区尚不具备开展PPCI治疗的条件。对于不具备PPCI条件的基层医院(包括已经开展PCI技术但无法达到PCI医院认证标准的医院),建立规范化胸痛中心对及时明确诊断、减少发病后早期延误、及时实施转运PCI或溶栓治疗具有重要的意义,这也是我国急性心肌梗死区域协同救治体系的重要组成部分。为引导基层医院进行规范化胸痛中心建设,特制订中国基层胸痛中心认证标准。该标准包含五大要素,分别是:基本条件与资质、对急性胸痛患者的评估和救治、院前急救系统与院内绿色通道的整合、培训与教育以及持续改进。



中国基层胸痛中心认证标准

- 基本条件与资质

- 接诊量、基本急救及心血管条件、转运条件

- 对急性胸痛患者的评估和救治

- 30min: 转出或溶栓, 与PCI医院的联络机制

- 院前急救系统与院内绿色通道整合

- 传输ECG、现场分诊、直达PCI医院或溶栓场所

- 培训与教育

- 医院全员、社区医院、社区大众教育与培训

- 持续改进

- 保持持续改进的机制, 改进效果

• 基本条件

专业要求

人员资质

- 具有心内科或急诊专业背景、**中级以上职称**的医师担任医疗总监
- 至少有**2名取得中级职称**资格且从事临床工作3年以上的心血管内科医师

专科条件

- 心血管专科床位**≥20张**；不少于**2张**心脏重症监护室
- 每年接诊/转诊的急性心肌梗死患者不少于**30例**

再灌注手段

- 转运PCI
- 溶栓
- 自行开展直接PCI

自行勾选



基层胸痛中心STEMI流程

□ 常见勾选方式（已经开展的必须选择）

★ PPCI（有能力、有人员、有制度，仅仅量不够）

★ 转运（基层中的基层）

★ 溶栓+转运（溶栓的患者一定要规范）

★ PPCI+转运（PPCI能力有欠缺，但基本能完成，离上级医院较近，外科能力欠缺等）

★ PPCI+溶栓+转运（只有1个介入医师，离上级医院较远，必须兼顾）



基层胸痛中心建设关键环节

三个30分钟

广东省胸痛中心协会



• 第一个30分钟-溶栓

溶栓场所

- 专用场地、方便到达、抢救能力

溶栓药物

- 最好备用特异性纤溶酶原激活剂
- **FMC-to-N小于30分钟**

溶栓团队

- 溶栓流程和规范、支援机制



• 第二个30分钟-PPCI

导管室

- 抢救设备和救治能力

人员配备

- 1名具备PPCI能力的医师，年手术量不低于75例

导管室 激活时间

- 最后一名介入人员到达时间
- **小于30分钟**



• 第三个30分钟-转运

向上转诊

- 与至少1家以上具有PPCI能力医院建立了常规转诊机制

救护车

- 车载设备和人员具备处理转运途中并发症的能力

Door in Door out

- 本院首诊的STEMI患者能在患者进入医院大门后**30分钟**内转出医院

重点考察环节

- 首次医疗接触
- 首份心电图：完成及解读
- 围绕再灌注策略
- 上、下联动





提高EMS的院前救治能力

对于首份心电图诊断为STEMI的患者：

以溶栓为主要再灌注策略者，EMS能将患者直接送到进行溶栓治疗的地点；

提高溶栓比例





提高EMS的院前救治能力

对于首份心电图诊断为STEMI的患者：

在本院实施PPCI者，EMS能实施**绕行急诊**将STEMI患者直接送进导管室；

也可外请专家





提高EMS的院前救治能力

对于首份心电图诊断为STEMI的患者:

以转运PCI为主者，EMS能通过共享的信息平台的指引将患者**绕行本院直接转运至PPCI医院**

现场决策，避免层层转运





胸痛中心的核心工作

- 以流程约束行为，以管理促进发展。

要素二



流程制定与执行



要素五



时间节点及数据库管理所体现的持续改进



Thank you!

广东省胸痛中心协会

