

分诊及急性胸痛患者的快速甄别

广西壮族自治区人民医院 卢一郡

要素二： 对急性胸痛患者的评估及救治

- 一、急性胸痛患者的早期快速甄别
- 二、对明确诊断为STEMI患者的再灌注流程
- 三、对初步诊断为NSTEMI/UA患者的危险分层及治疗
- 四、对低危胸痛患者的评估及处理
- 五、院内发生ACS的救治
- 六、对急性主动脉夹层及急性肺动脉栓塞的诊断及处理

难点一

- “急性”、“胸痛”的概念共识

- 没有强制要求和限制

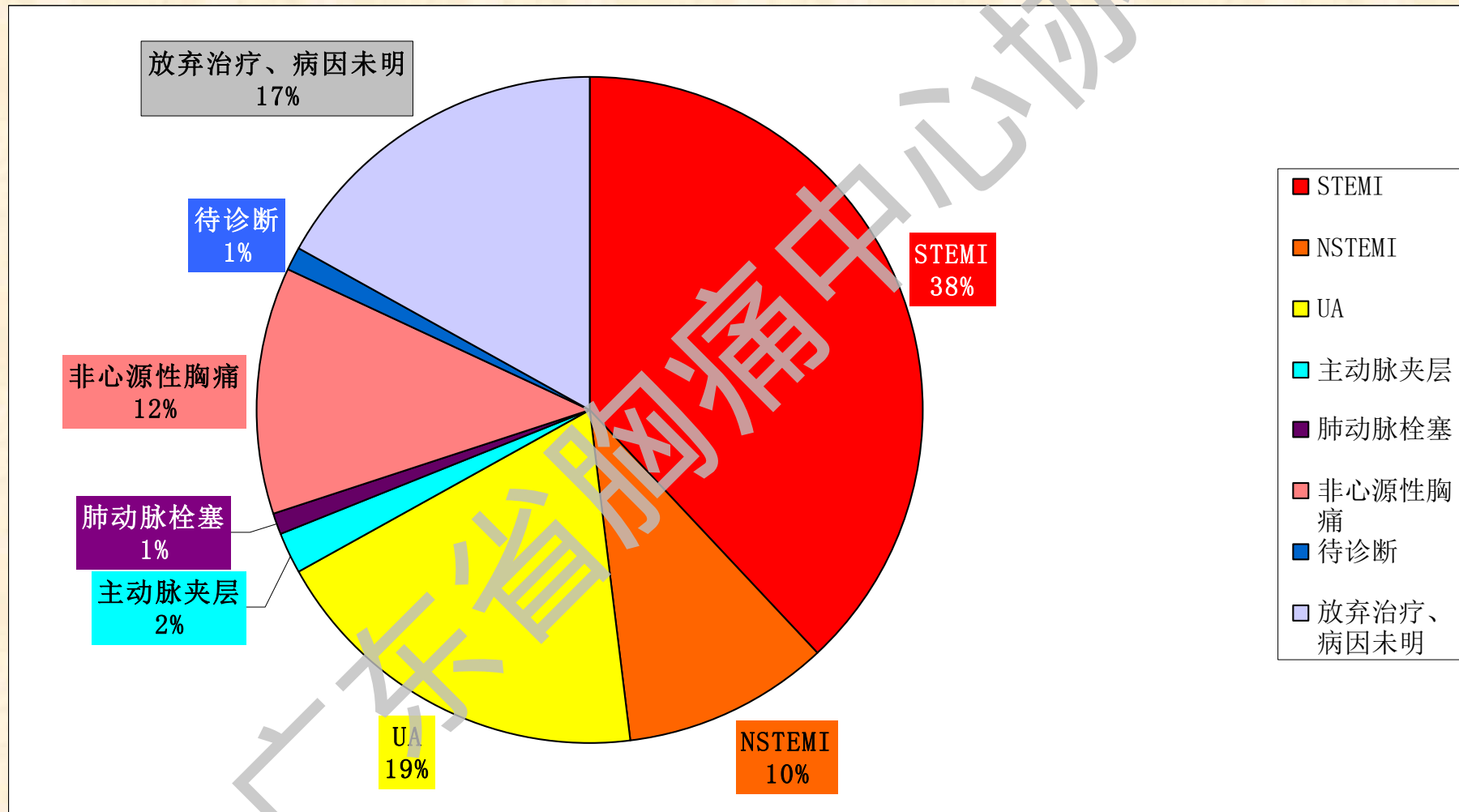
- 中心的要求与本医疗机构理解的一致性

- 如何确定概念把握正确？

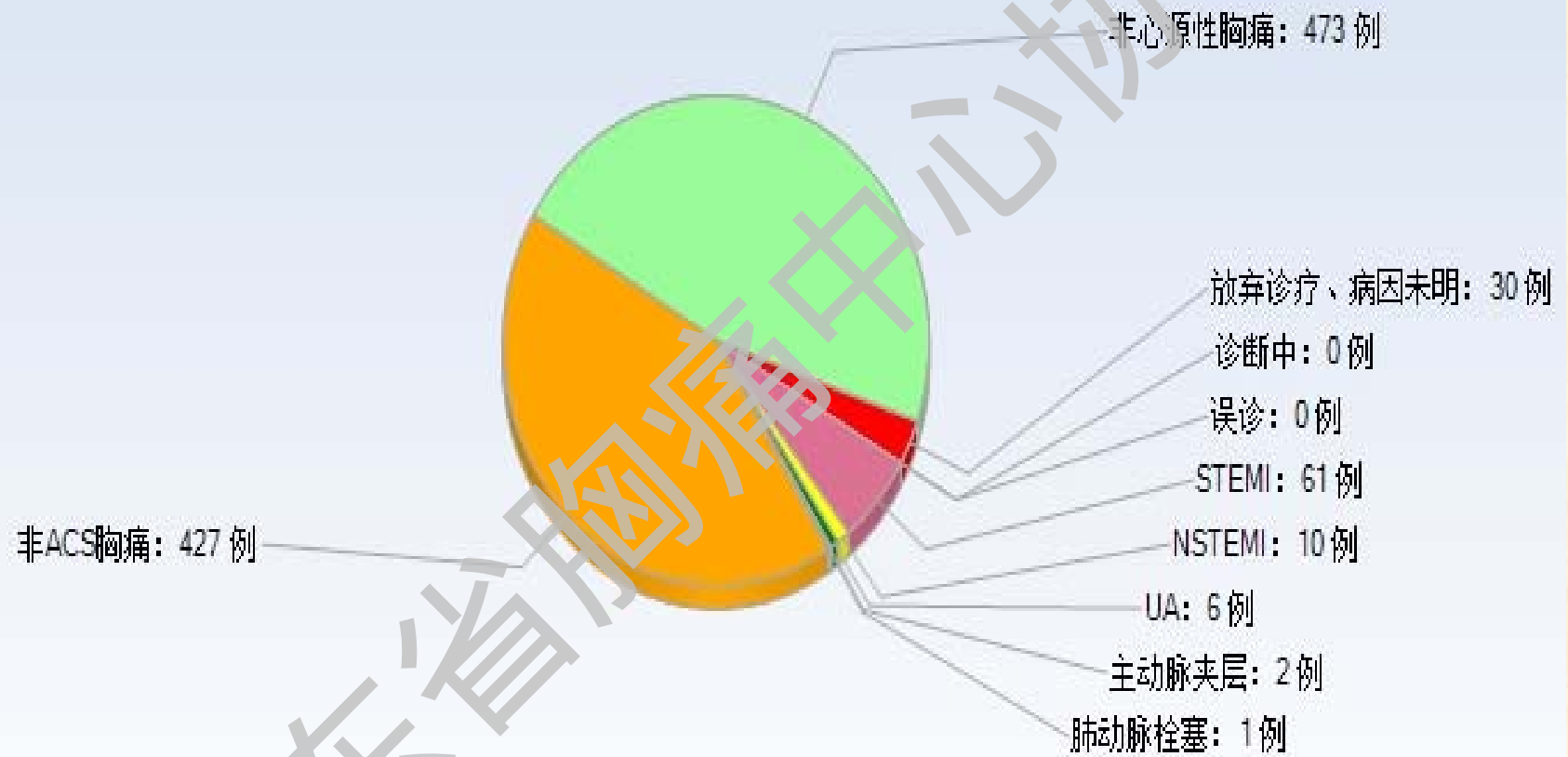
- “急性”的时间定义？

- “胸痛”，需不需要概念的外延：上腹痛、下牙列痛……

胸痛中心疾病分类构成比



201601-201603 胸痛病例统计饼图 (合计: 1010 例)



- STEMI: 61 例
- UA: 6 例
- 肺动脉栓塞: 1 例
- 非心源性胸痛: 473 例
- 误诊: 0 例
- NSTEMI: 10 例
- 主动脉夹层: 2 例
- 非ACS胸痛: 427 例
- 放弃诊疗、病因未明: 30 例
- 诊断中: 0 例

建议

从要素二的六条内容要求上理解
(从STEMI到低危胸痛，从心源性到非心源性)，
入组患者应该全面、完整

- “急性” —— 一天？ 二天？ 三天？
- “胸痛” —— 非创伤性胸痛
- 工作运行稳健的医院，建议探索“老年上腹部疼痛”等特殊状况的入组的可行性

分诊要求

- 本院胸痛中心共识时间范围内的“非创伤性”胸痛患者必须全部入组
- 有经验的分诊护士对“症状典型”的“超时”胸痛患者也应纳入胸痛流程处置
- “上腹痛的老年患者”可先动员其优先完成心电图检查，在决定是否入组

扩大入组可能遇到的问题

- 工作量增加——可以接受的程度如何？
- 非心源性胸痛患者增加，有过度检查的嫌疑
- 拒绝检查（包括心电图）的案例增加，如何处置？

但这是反映贵院、当地胸痛流行病学的数据

难点二

非急诊途径的胸痛患者如何入组？

非急诊途径

外院转院绕行急诊

心内门诊绕行急诊

院内住院患者发生胸痛

进导管室

建议

- 一般处理方式——增加“时间管理表”的放置部门：心内科门诊、导管室、心内科（会诊医师使用）
- 增加培训人员——门诊部分诊护士/导医、导管室人员、心内科会诊医师
- 增加培训内容——时间节点的定义共识、各环节负责的项目、质控要点

入组与甄别

- 过于严格的入组遴选，会导致漏诊
- 大量数据丢失，会影响医院的“地区影响力”
- 疾病结构饼图不合理——是“遴选过严”？还是“漏报数据太多”？还是“数据造假”？
- 急诊科医护人员的职业敏感性
- 急诊科医护人员对胸痛诊断流程的熟悉程度
- 急诊科医护人员的应变能力

评审专家心目中的“胸痛中心”

- 区域的影响力——数量、质量
- 领导支持——实际工作中体现
- 基础工作扎实——处置流程规范、熟练
- 衔接紧密——各机构、各部门、各环节
- 硬伤——体现医院医疗水平的数据、事实
- 不足——不达标，但可以改进而提高

急诊科 (胸痛中心)

Dept. of Emergency (Chest Pain Center)

(24小时服务电话: 0771-2186300 2803237)



THANK YOU!