



中国胸痛中心认证标准的 设计理念及认证流程

阮定成

中国胸痛中心认证工作委员会
广州军区广州总医院



胸痛中心建设已经纳入国家政策

国卫办医函〔2015〕 号

国家卫生计生委办公厅关于加强 急性心脑血管疾病急救体系建设的通知

各省、自治区、直辖市卫生厅局（卫生计生委），新疆生产建设兵团卫生局：

根据《2013 年中国卫生和计划生育统计年鉴》数据显示，2012 年城市、农村居民主要疾病死亡率及构成中，心脑血管疾病死亡率名列首位，并呈逐渐上升趋势，对城市和农村家庭造成严重影响和沉重负担。为进一步保障人民群众生命安全，加强急性心脑血管疾病急救体系建设，提高规范化救治能力，为急性心脑血管疾病患者提供更加快速、科学、有效的急救服务，现将有关工作通知如下：

一、总体目标

各级卫生计生行政部门应根据本地区医疗资源分布的特点进行整体规划，争取在 2-3 年内建立起适合本地区特点的急性心脑血管疾病区域协同救治体系，以提高急性心脑血管疾病的早期再灌注治疗率，最大限度地缩短早期救治时间，以降低死亡率、致残率及医疗费用。

二、实施方案

（一）、加强急诊急救体系建设

地方各级卫生计生行政部门要按照《院前医疗急救管理

主要目标：

1. 提高早期再灌注治疗率
2. 缩短早期救治时间
3. 降低死亡率、致残率和医疗费用

实施方案：

1. 加强急诊急救体系建设
2. 加强网络医院胸痛中心或卒中中心建设
3. 加强公众教育和专业人员培训
4. 建立急性心脑血管病救治规范和持续质量评估机制



中国STEMI救治面临的问题

- 患者延误：发病至就诊5、8小时
- 转运延误
- 院内延误：D2B延误
- PCI医院和非PCI医院之间缺乏有效协作机制
- 医保……
- 早期再灌注率低：5%

——预后差



如何解决？

中国胸痛中心认证公示



CPC显著提高STEMI救治能力

- 1981年第一家CPC
- 2000年 D2B < 90min的达标率35%
- 2005年 平均D2B 95min
- 2010年 平均D2B 65min

- 德国2012年发表的CPU注册结果
 - 从发病到FMC为2.08h
 - 院前传输EKG 79.9%
 - 10min内完成EKG 76.6%
 - 97%接受PPCI治疗
 - 平均D-to-B 31min



胸痛中心的模式

- 院内绿色通道是基础，但不是全部
 - D2B or D2N
- 规范化胸痛中心：区域协同救治型
 - D2B → 首次医疗接触-to-再灌注
 - 发病-to-再灌注
 - 完整、共享的数据库平台——可评估性



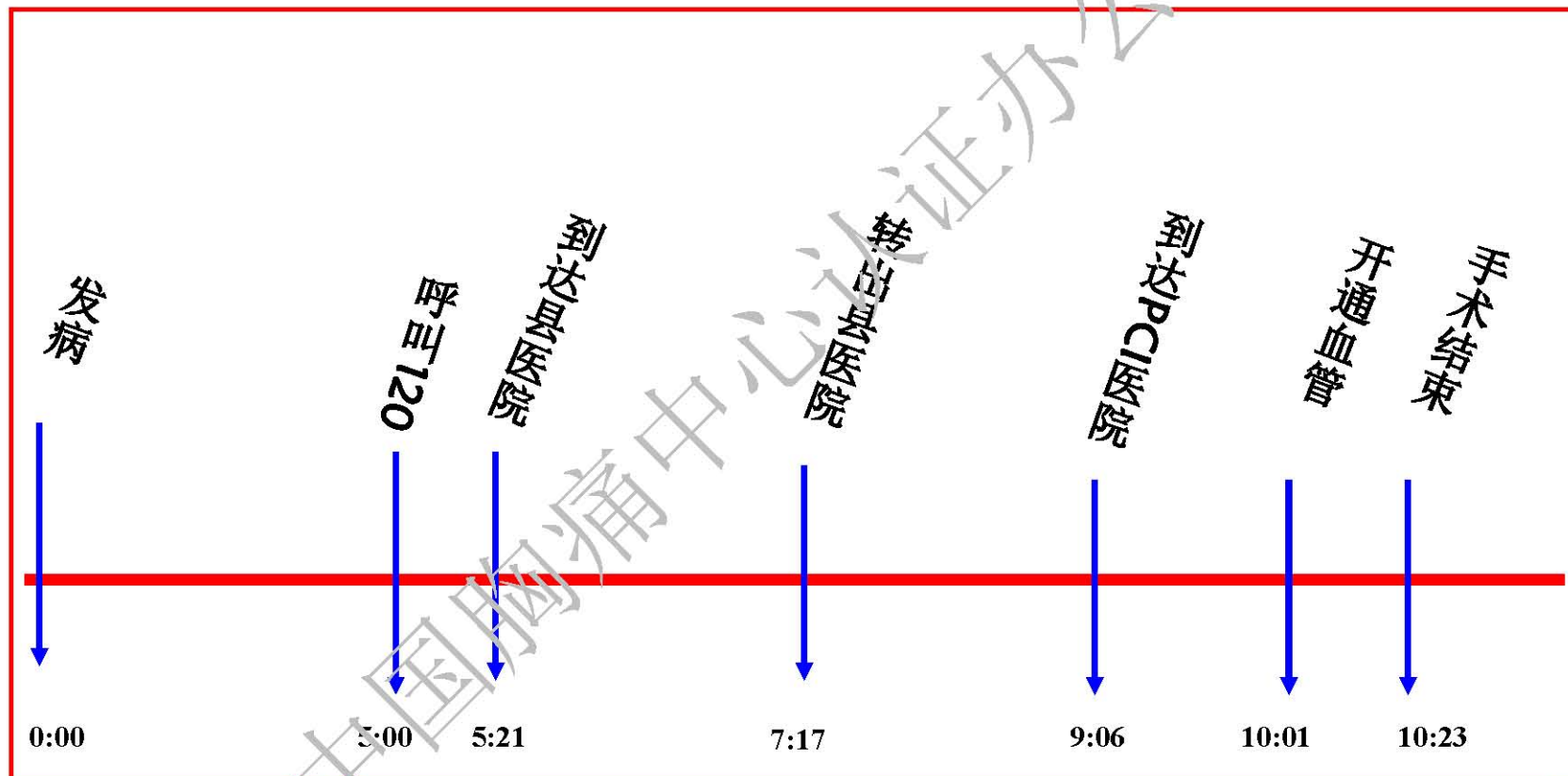
NCDR-CATHPCI:D2B 与死亡率

	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	P Value
<i>Age >75</i>					
Median D2B, min	92.7	84.4	77.7	73.4	0.01
Mortality	12.5%	11.2%	11.4%	11.1%	0.19
<i>Anterior MI</i>					
Median D2B, min	86.3	79.3	72.8	69.3	0.01
Mortality	7.2%	6.3%	6.5%	6.9%	0.79
<i>Cardiogenic Shock</i>					
Median D2B, min	88.8	84.0	77.4	69.4	0.001
Mortality	27.4%	28.3%	26.4%	27.2%	0.60

Menees DS, Peterson ED, Wang Y, et al. *N Engl J Med*. 2013;369:901-909



在D2B基础上，应更重视发病-再灌注时间



D2B=55', FMC2B=280', 入门-出门时间=116'
总缺血时间=601'

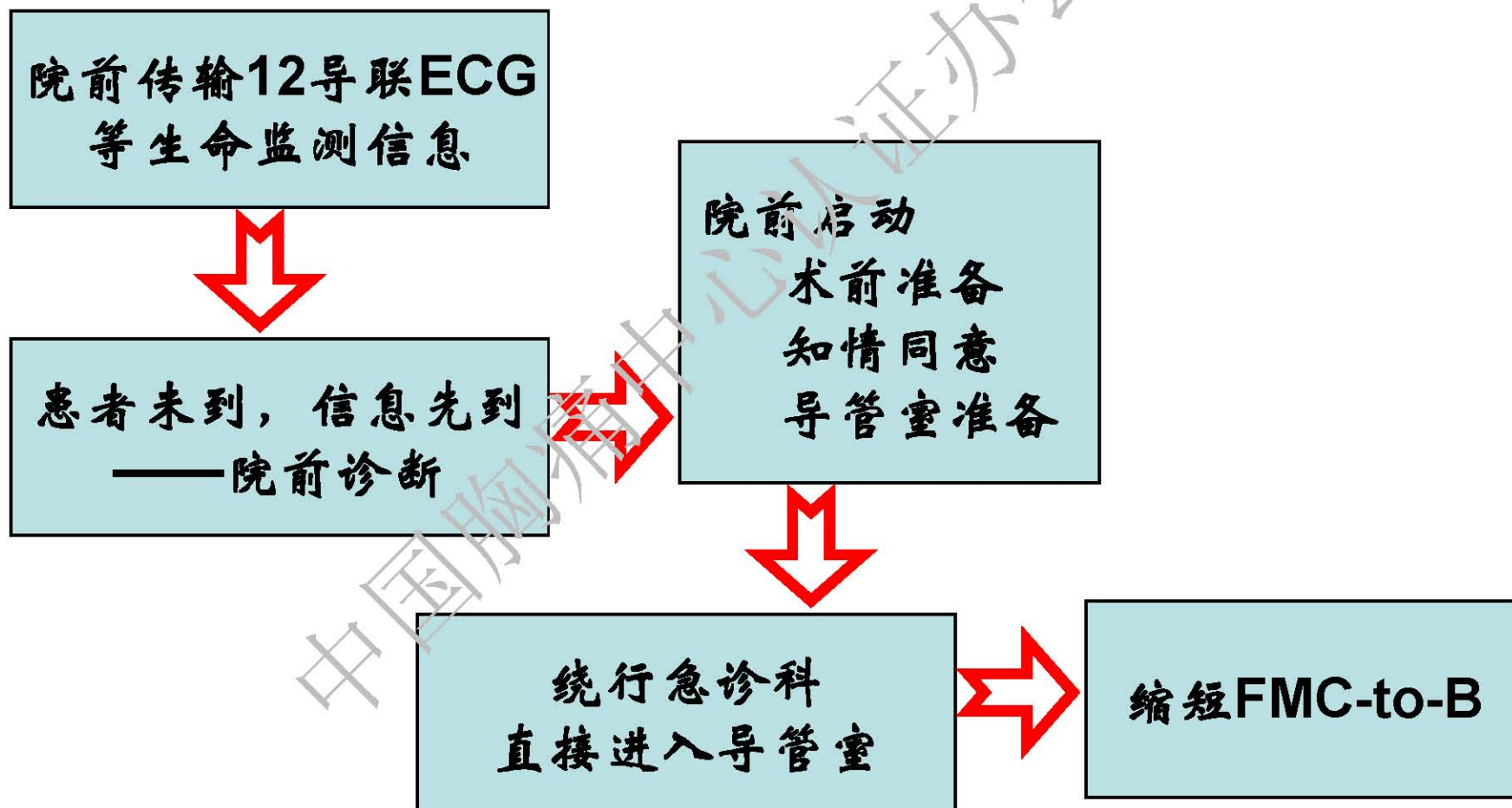
如何最大限度缩短总缺血时间



中国胸痛中心认证体系的理论基础：
——建立区域协同救治体系

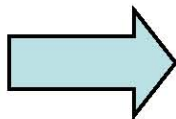


区域协同急救网络的流程优势



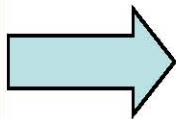
如何缩短总缺血时间？

缩短D-to-B(N)



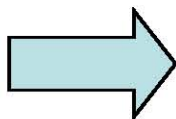
建立院内绿色通道

缩短FMC-to-B



- 建立院内绿色通道
- 区域协同诊疗机制
- 培训120及基层医院
- 快速转运机制

缩短发病-再灌注
时间



- 建立院内绿色通道
- 区域协同诊疗机制
- 培训120及基层医院
- 快速转运机制
- 社区人群教育



中国胸痛中心认证标准

• 基本条件与资质

- 重点是考查以急诊PCI为主的STEMI救治能力

• 对急性胸痛患者的评估和救治

- 强调是在临床实践中执行ACS指南：将指南流程化

• 院前急救系统与院内绿色通道的整合

- 医院必须主动与院前急救系统合作以缩短救治时间

• 培训与教育

- 让胸痛急救的各个环节协调工作，形成合力

• 持续改进

- 以缩短STEMI总缺血时间为目标，强调逐步改进流程



修订认证标准 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，中国胸痛中心认证标准共包含五大要素，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、持续改进。

要素一 基本条件与资质

胸痛中心申请认证之前必须满足此要素的全部条件。

一、胸痛中心的组织机构

由于胸痛中心是通过整合院内外相关优

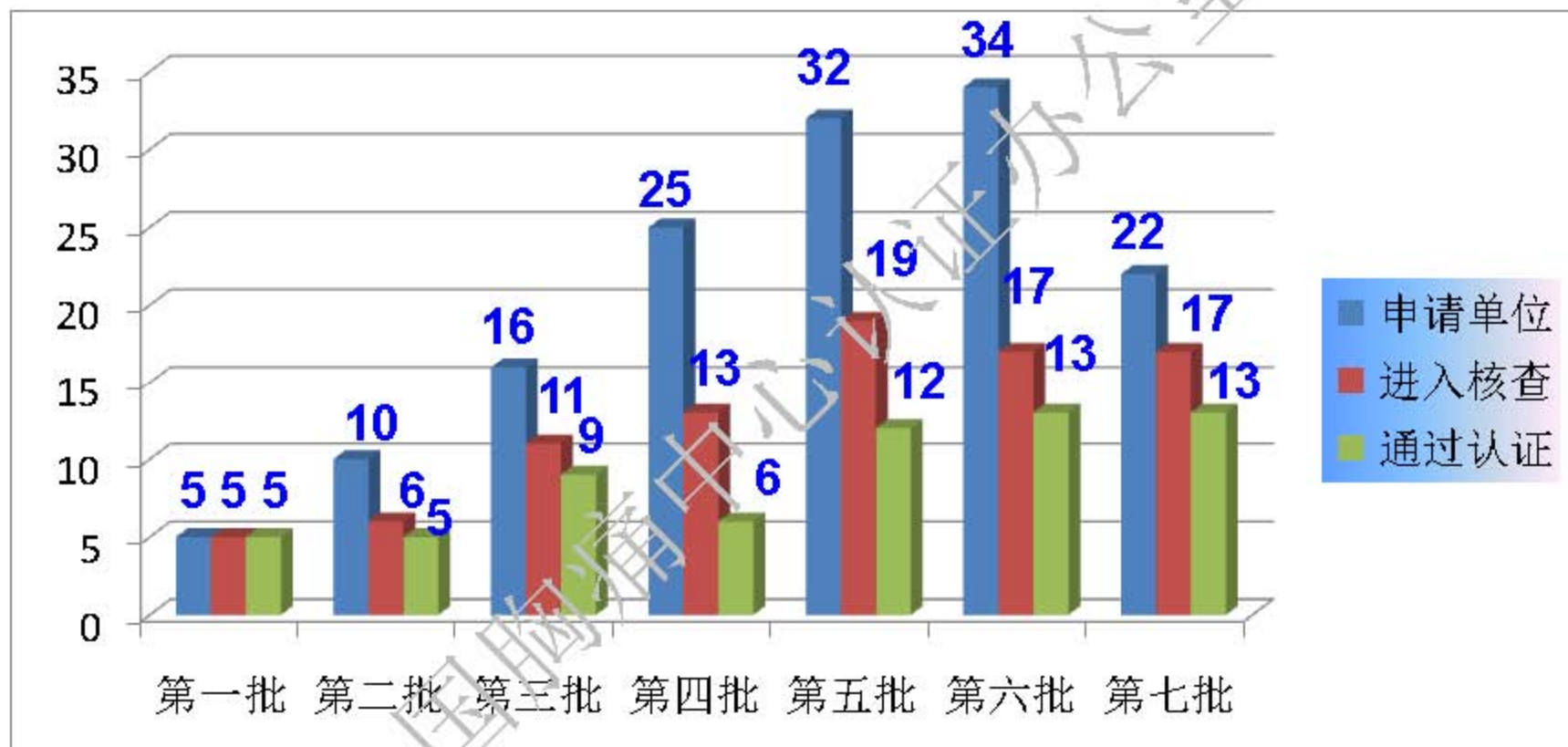
式任命一名具有心血管内科专业背景的高级职称医师担任胸痛中心医疗总监，且该医师应具备较强的组织协调能力，专业技能必须具备对急性冠状动脉综合征（ACS）、急性主动脉夹层、肺动脉栓塞等急性胸痛患者进行

院在成立胸痛中心时应发布正式文件做出全力支持胸痛中心建设的承诺，该文件必须包括以下内容：（以下必须满足条目实行单项扣分制）

1. 全力支持胸痛中心的建设与认证，承



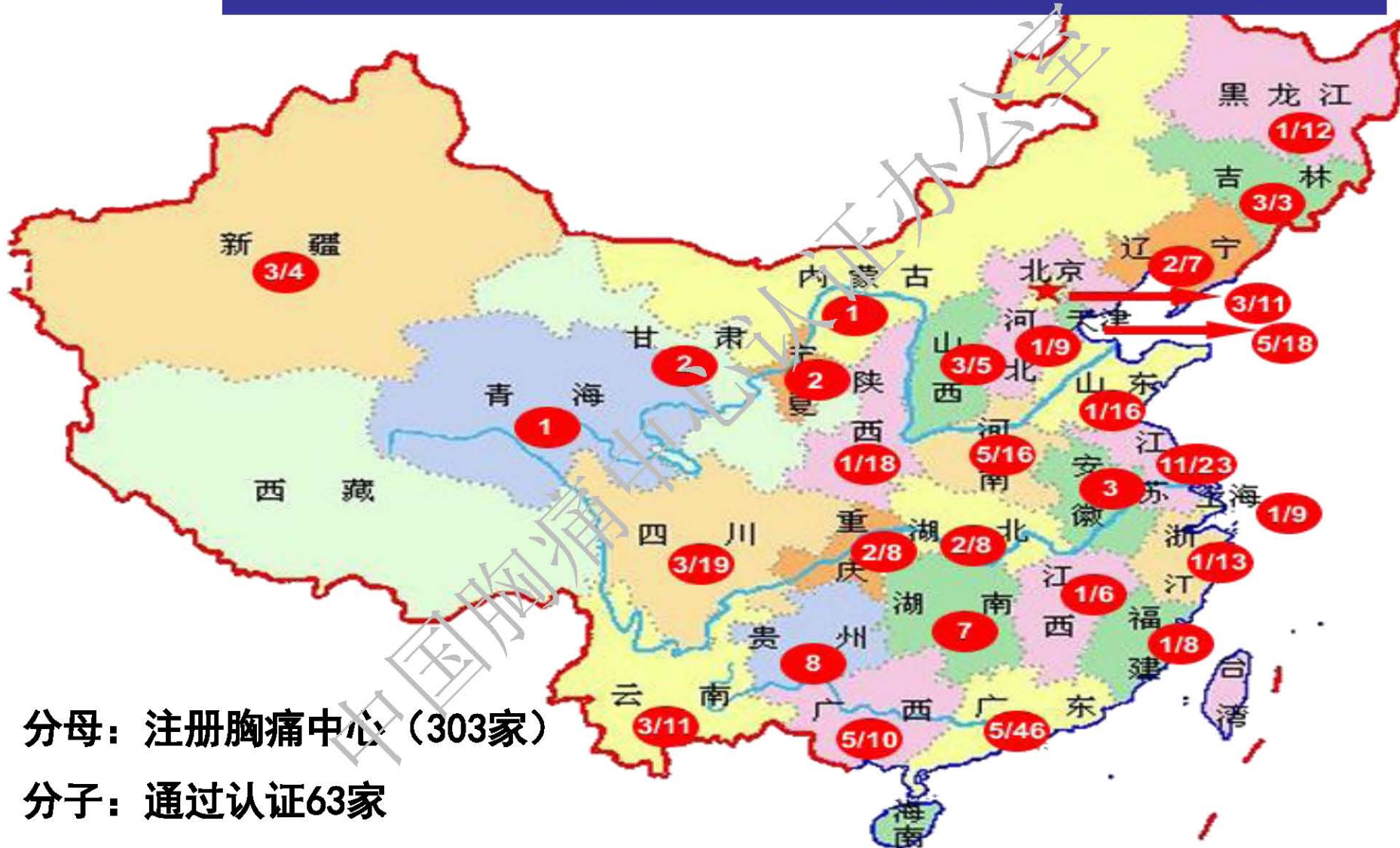
中国胸痛中心认证进展



2013.11.11开始，两年内完成七批认证，总共63家医院通过认证



中国胸痛中心分布情况截止2016.3.30



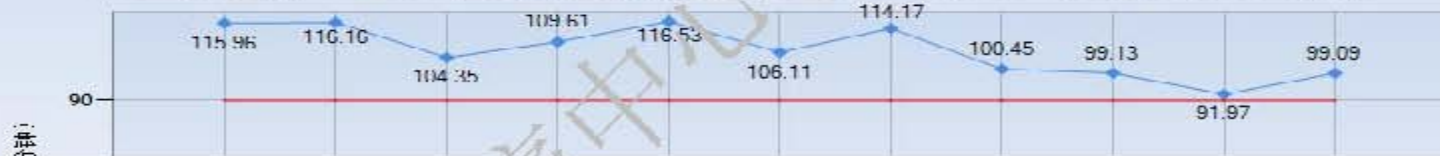


针对PCI医院的CPC认证对不同来院方式STEMI患者的FMC2B

2014年12月 - 2015年10月120出诊行急诊PCI的STEMI患者的FMC2B



2014年12月 - 2015年10月自行来院行急诊PCI的STEMI患者的D2B时间



2014年12月 - 2015年10月120出诊和转院的行急诊PCI的STEMI患者的FMC2B



月份 共计: 11个月, 小于等于120分钟: 0个月, 超过120分钟: 11个月

— 实际情况 — 国际标准 (120分钟)



2015.11.13 广州 第五届中国胸痛中心高峰论坛正式发布 中国基层胸痛中心认证标准

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

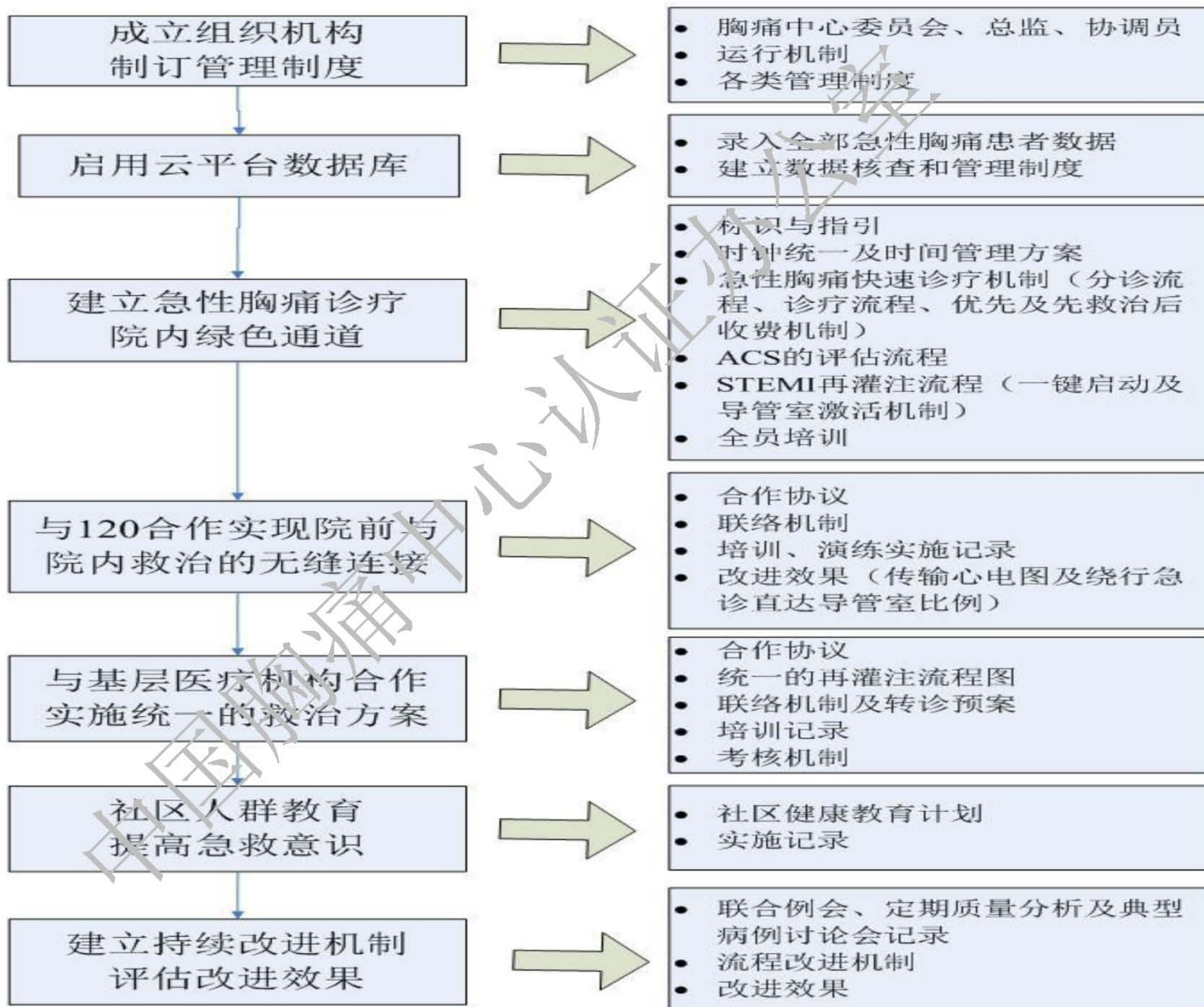
五大要素

- 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的整合
 - 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



3. 如何建立以区域协同救治体系为基础的胸痛中心 (胸痛中心建设流程图)

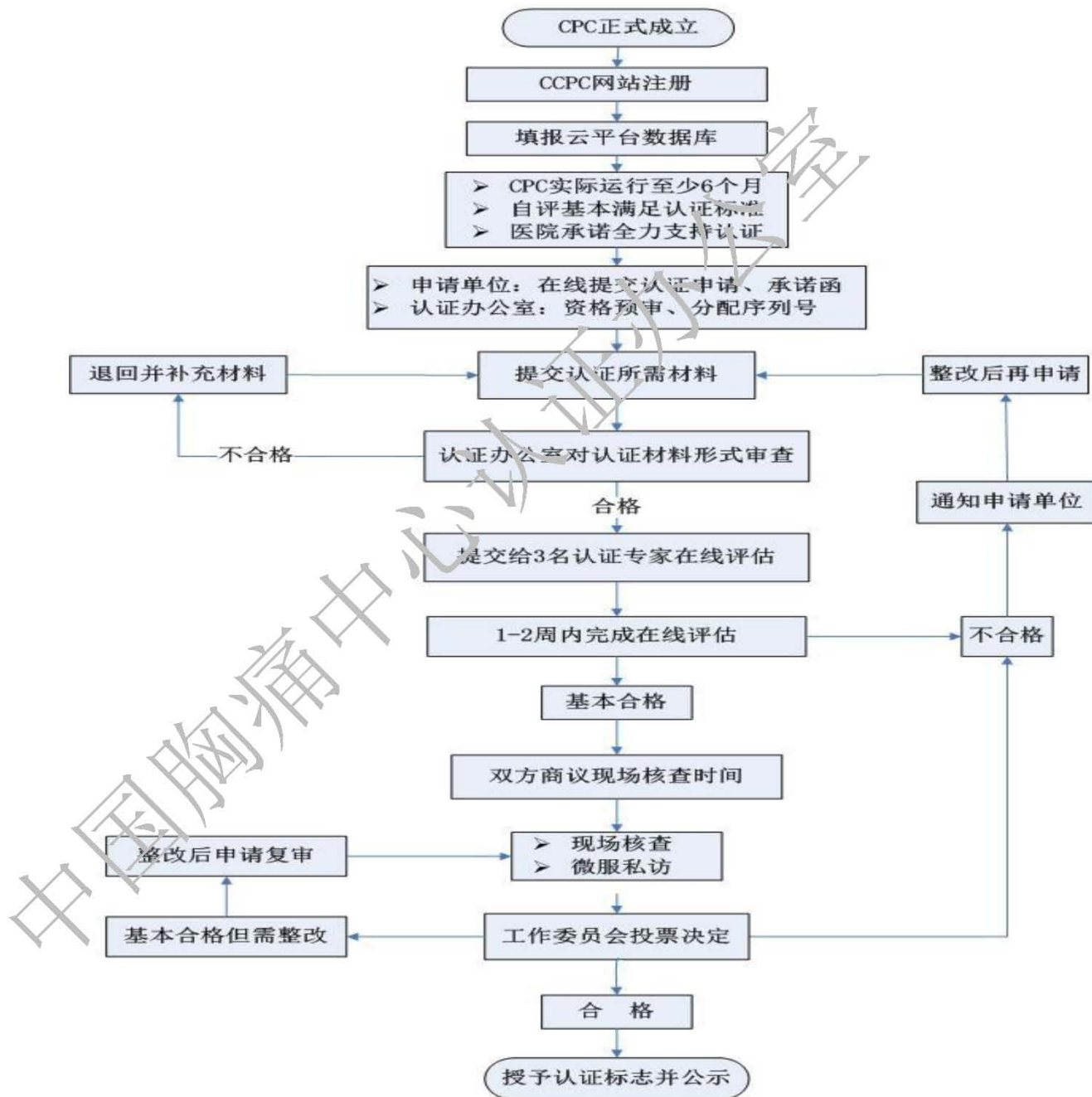
建设流程





中国胸痛中心认证基本流程

认证流程





中国胸痛中心网: www.cpcn.org

CCPC微信平台



关注胸痛认证公众号

谢谢！