



# 基层胸痛中心认证标准 要素三解读

卢一郡

县级医院胸痛中心建设暨介入诊疗能力提升项目

2017-7-1 广州

CCPC

CCPC

# 强调“总缺血时间”的概念

## 总缺血时间

as soon as possible

患者相关延迟



出现症状

转运时间



急救系统

D2B, D2N时间



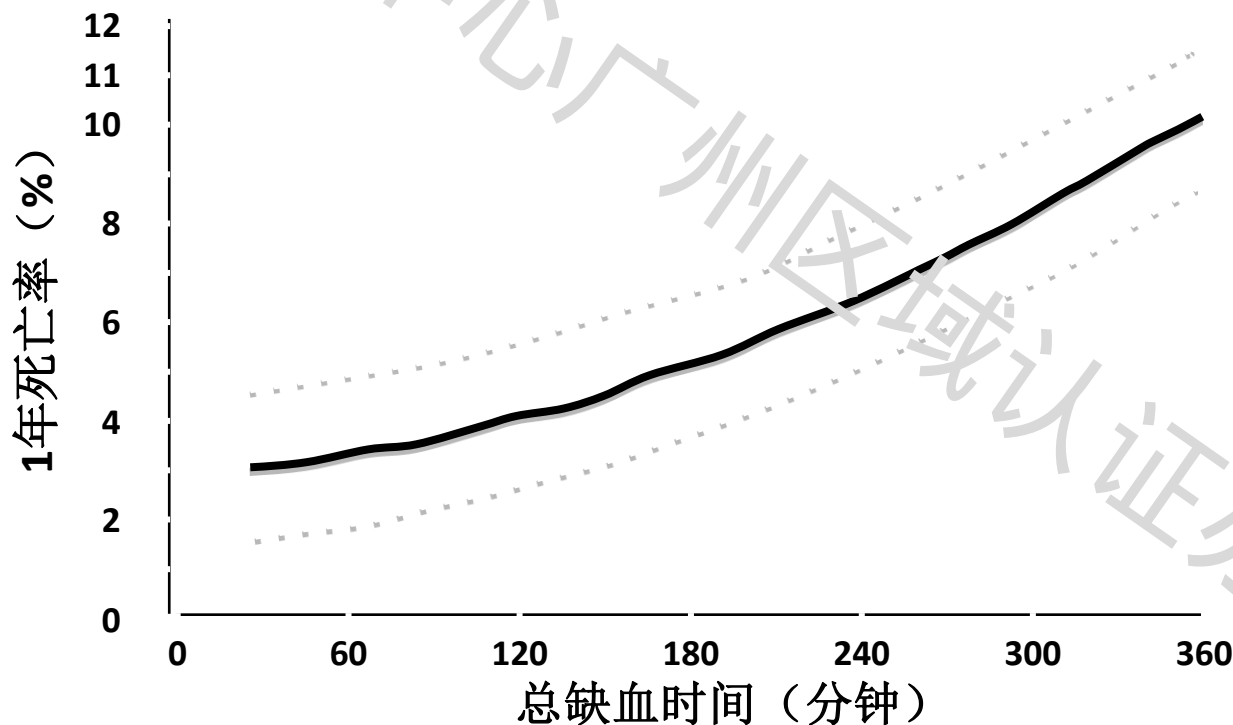
医院

- 患者教育
- 识别心肌梗死症状
- 服用阿司匹林、硝酸甘油
- 呼叫“120”
- 快速启动
- EMS人员在初次接触患者后做12导联ECG
- 直接将患者转运至可行PCI医院，FMC-器械目标时间<90分钟
- 快速将患者从不能行PCI医院转运至可行PCI医院，FMC-器械目标时间<120分钟



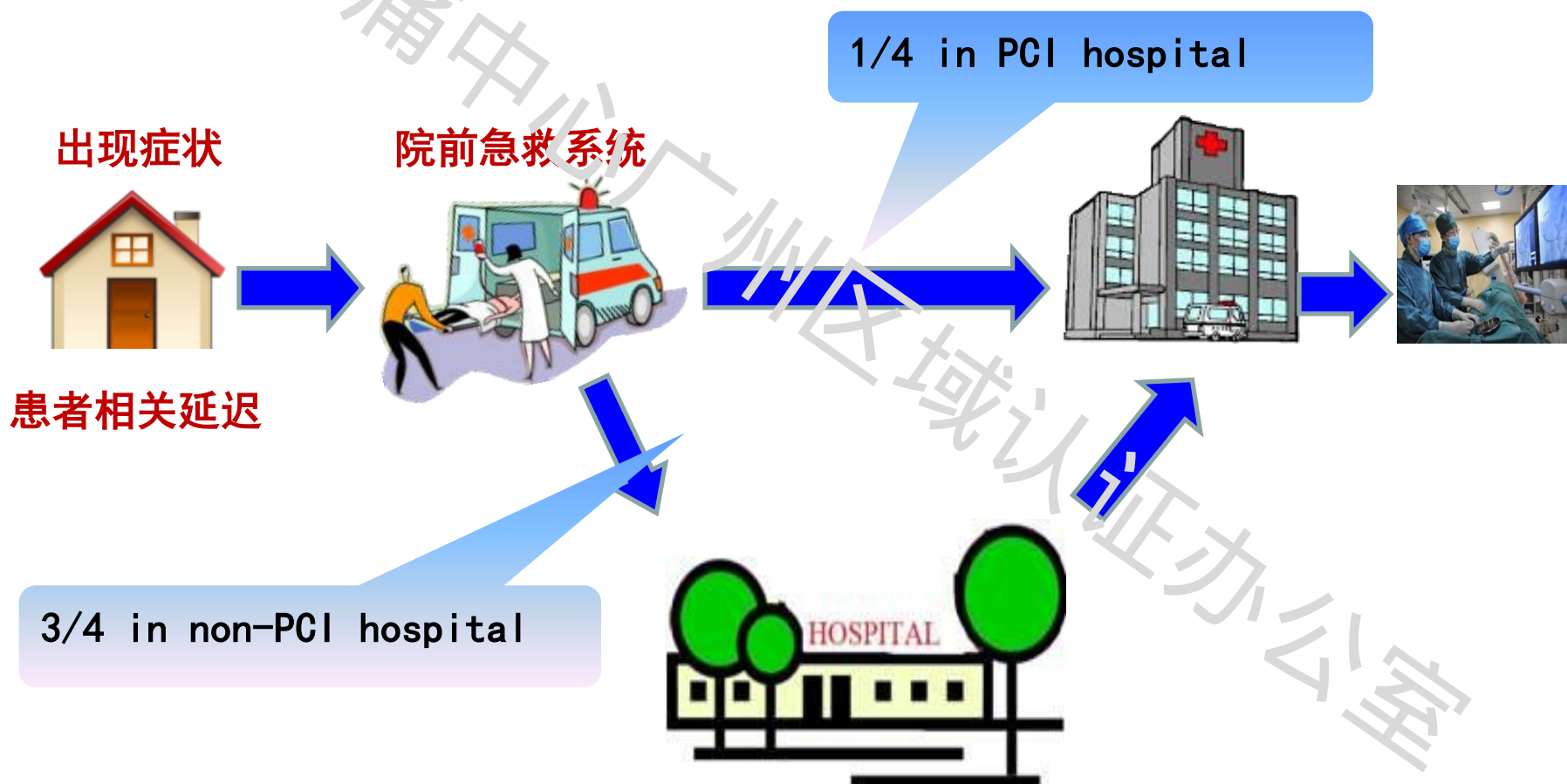
# 总缺血时间：每一分钟都有意义

总缺血时间每延长30分钟，1年死亡率增加7.5%

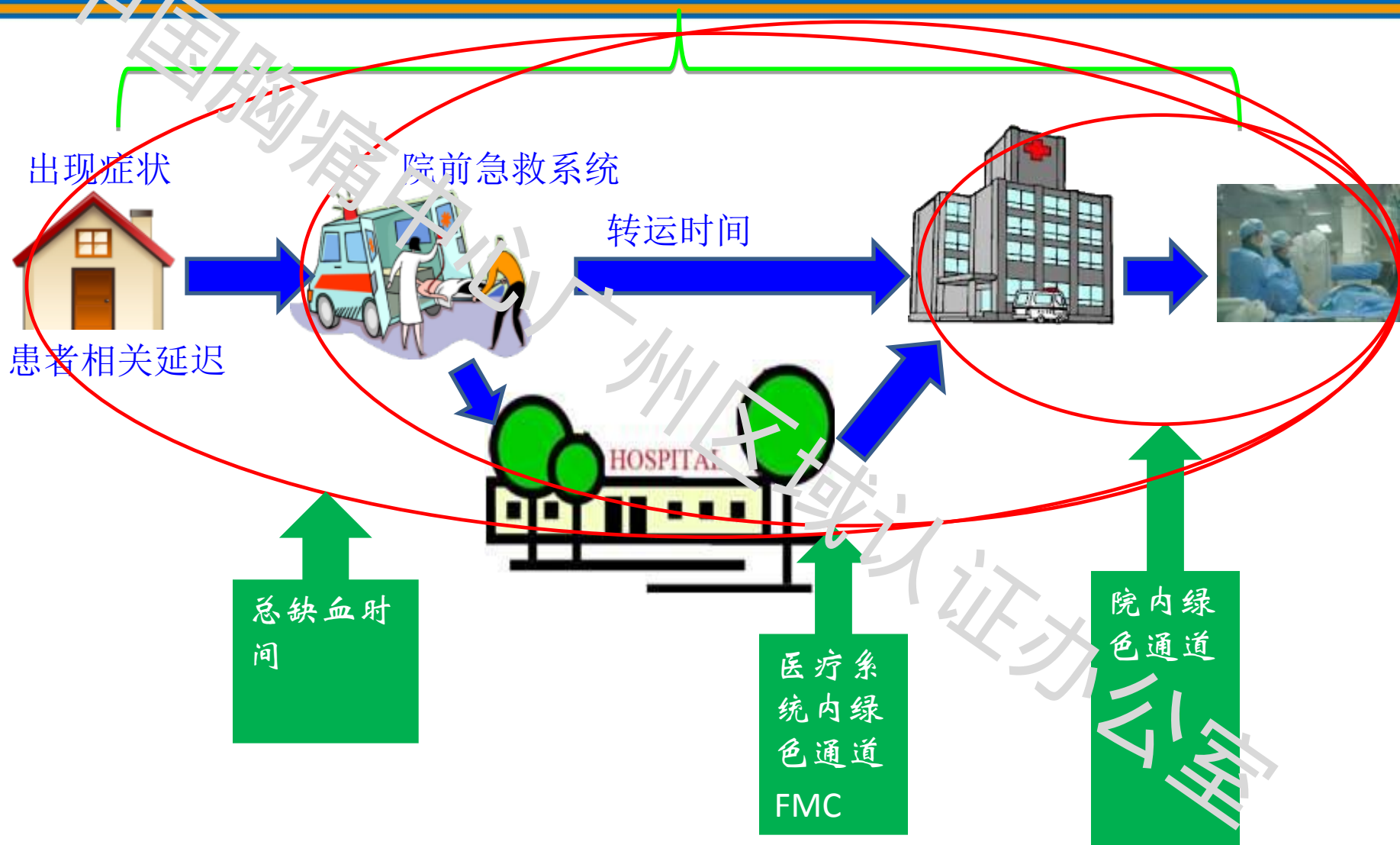




# 中国胸痛患者发病后就诊医院情况



# 如何缩短 总缺血时间



# 绿色通道战线前移

## 120：担负AMI院前急救的重任

- 急救人员的培训
- 院前急救处理
- 院前信息如心电图的传输和会诊
- 快速、准确的转运，避免不必要的二次转诊
- 逐步完成和PCI医院院内绿色通道的无缝衔接





# 启动急救系统

□ 诊疗延误发生在3个环节：

症状发作到病人识别

院前急救期间

医院诊疗期间



□ 教育大众认识心血管病的症状体征，及早就医的重要性，早期呼叫120



# 启动急救系统

- 院前急救系统可以使患者更早得到治疗、增加再灌注治疗的比例。
- 对急救系统，从调度员到急救人员如何反应和处置对患者预后至关重要。应及早识别潜在的患者，快速反应、正确评估、规范处置、合理转运。



## 要素三 院前急救系统与院内绿色通道的整合

- 胸痛中心与120建立紧密合作机制
- 胸痛中心与120的合作提高了急性胸痛的院前救治能力

占10%，强调不光有整合的形式，还要取得一定的效果



# 胸痛中心与120建立紧密合作机制

## 必须满足以下全部五项内容：

1. 与本地区120签署**正式的合作协议**，必须包括联合救治计划、培训机制、共同制定改进质量的机制；应提交双方盖章的正式协议，必须在正式申请认证之前**至少6个月签署生效**。
2. 胸痛中心制订了针对**急性胸痛**的急救常识、高危患者的识别、**ACS**及心肺复苏指南等对**120**相关人员进行**培训**的计划，并有实施记录；



# 胸痛中心与120建立紧密合作机制

3. 与120共同制订从胸痛呼救到从发病现场将患者转送至胸痛中心的**急救预案、流程图以及联络机制**，并进行**联合演练**；
4. **院前急救人员**参与胸痛中心的**联合例会和典型病例讨论会**，至少每半年参加一次上述会议；
5. 院前**救护车**应具备**基本的监护和抢救条件**，必备设备包括心电图机、多功能监护仪、便携式除颤器、移动式供氧装置、人工气道建立设备和各类急救药品等，有条件时尽可能配备便携式呼吸机、吸引器、具有远程实时传输功能的监护设备、心脏临时起搏器、心肺复苏机。



# 医院应与院前急救系统签署合作协议

- 医院应围绕急性胸痛救治与本地区120签署**正式的合作协议**（协议必须在正式申请认证之前**至少6个月签署生效**）

甲方：武汉市急救中心（以下简称甲方）

乙方：武汉亚洲心脏病医院（以下简称乙方）

遵照国家卫计委《关于加强城市急救工作的意见》、《院前医疗急救管理办法》、《武汉市院前医疗急救条例》，结合我院院前急救工作特点，探索具有武汉特色的院前急救模式，为更好地满足武汉经济建设及市民的院前急救需求，保障人民群众身体健康，经协商，甲、乙双方就共同加强院前急救网络医院急救站建设达成一致意见，特签订协议如下：

## 一、甲方权利及义务：

（一）根据急救站点建设要求，经市卫计委审批同意，甲乙双方共建“武汉市急救中心~~里洲路~~胸痛急救站”（以下简称~~里洲路~~胸痛站）。

（二）急救站点的名称，以该急救站点所处地域名称进行命名。

（三）甲方提供乙方统一的院前急救收费标准及发票，并监督执行院前急救收费标准。

（四）甲方提供乙方统一的院前急救操作技术标准、急救医疗文书及各项规章制度，并监督执行。

（五）甲方按实际通话费收取车载移动电话费。每月按电信部门通话费单据，向乙方据实收取。

（六）甲方提供院前急救行业统一的急救标识和急救服装的样式标准，乙方自行购买。

（七）甲方负责对乙方急救站点工作人员进行岗位业务培训与技术指导，乙方支付培训费用。

（八）甲方负责救护车GPS、定位天线、电话手柄、无线电台等通讯设备的维护，并向乙方收取相关通讯设备维护费。

（九）甲方120指挥中心根据调度原则及范围，对乙方急救站点急救单元进行合理调度，并实施全程统一管理。

（十）甲方负责定期对乙方急救站点开展急救工作情况监督检查，并通报反馈。

（十一）乙方在院前急救工作中发生重大医疗事件、有损建设、以车辆安全等问题时，甲方有权责令该急救站点停业整顿。限期不改，直至报市卫计委批准撤销其营业资格。

## 二、乙方权利及义务：

（一）乙方在与甲方开展院前急救合作共建急救站的同时，应取消现有“122急救”或“交通事故急救”等字样的车辆标识，依据规定与120并网实施。

（二）乙方自备救护车一台（内含GPS信息系统、无线通讯系统、担架床、铲式担架、氧气瓶、便携式心电图机等设备），保证救护车按照国家相关规定能够正常运行。

（三）乙方根据《武汉市院前急救网络医院急救站（点）管理办法（试行）》，按照标准为急救站点配置工作用房、急救人员、急救车辆、医疗设备、专线电话等，并通过评审考核验收。

附件：1、武汉市院前急救网络医院急救站急救单元设备配备标准

2、武汉市院前急救网络医院急救站内科箱配置标准

3、武汉市院前急救网络医院急救站外科箱配置标准

4、武汉市院前急救网络医院急救站随车医疗器械清单

5、武汉市院前急救医务人员工作流程

6、武汉市院前急救病人流向操作规定

7、武汉市院前急救网络医院急救站急救人员准入管理规定

8、武汉市院前急救网络医院急救站医护人员技术要求

9、武汉市院前急救收费项目和标准

10、武汉市院前急救网络医院急救站（点）综合考评标准

甲方：

主任（授权代表）

签章：汪明祥

2014年元月26日

乙方：

院长（授权代表）

签章：D732

2014年元月26日



1. 急性胸痛的急救常识
2. 高危患者的识别
3. ACS及心肺复苏指南
4. 远程心电图采集与传输

培训计划、讲稿、签到表、培训现场照片或视频资料

# 胸痛中心与120联合演练

## 急救预案、流程图以及联络机制

从胸痛呼救到从发病现场将急性胸痛患者转送至胸痛中心

对于 STEMI 患者来说时间就是生命，不过需要靠 STEMI 的救治流程，更需要在流程中进行配合、协调，以此提高效率、规范救治流程。因此，需要针对流程定期与急救人员进行培训，使一系列救治工作形成一个整体，各部门能协调、默契，并从中发现问题，提出整改措施，以完善救治流程。现制定 STEMI 救治流程方案如下：、

一、STEMI 救治流程培训参与人员：、

- 1、领导小组：胸痛中心、医疗急救中心主任、
- 2、培训教师：急诊科主任、
- 3、培训人员：急诊科、院前急救及武汉 120 医护人员、

二、培训时间：每年度第一个星期一上午 9:00-11:00，培训流程培训可每半年开展一次、

三、培训地点：武汉市胸痛中心、

主要任务：、

- 1、模拟以武汉一院为呼叫，急救中心接听电话后，对现场急救人员进行指导、指导患者平卧、吸氧、监测生命体征、监测血压、监测心电图或连续监测、
- 2、医护人员到院后、医生到院前、护士监测生命体征、连接心电图机、

演练方案



现场照片



现场照片



# 120与胸痛中心的衔接

## □ 院前信息远程传输

- 通过车载数据传输系统、手机APP、微信专用平台、彩信等多种形式传输ECG等院前信息至目标医院或心梗急救指挥中心。

## □ 院前心电图传输的意义

- 协助院前急救人员及时确定STEMI诊断，尽早启动再灌注流程
- 对不典型心肌缺血心电图传输后由心脏专科医生会诊，予以指导、明确诊断
- 有助于转运目标医院介入团队及时了解患者病情，完善急诊介入治疗的术前准备
- 患者出现各种恶性心律失常时院前急救人员在专科人员指导下及时采取正确的治疗和处理



# 120与胸痛中心的衔接

## □ 通知预警

- 转运前电话通知目标医院做好接诊准备，告知患者信息（基本信息、发病时间、ECG改变）、预计到达时间，并确认接收。
- 急救定点医院建立专线电话，并在院前急救调度指挥系统备案，保证24h呼叫畅通，并有专人负责接听、记录。
- 目标医院安排人员、设备和地点接收患者。



# 120与胸痛中心的衔接

## □ 患者及资料的交接

- 包括患者病情、诊疗情况、院前ECG、血压、心律、心率等。
- 填写双联患者交接单（一联提交接收医院，一联粘贴于院前急救病案），接诊医护签字确认。



至少每半年参加一次上述会议，共同分析实际工作中存在的问题、制订改进措施

院前急救人员参与

会议记录、签到表、现场照片或视频资料（显示时间、地点、人员身份等内容）

# 院前急救基本条件

## □ 院前救护车应具备基本的**监护和抢救**条件

必备设备：心电图机、多功能（心电、血压、血氧饱和度等）监护仪、便携式除颤器、移动式供氧装置、人工气道建立设备和各类急救药品

心电图机



监护仪



除颤器



人工气道



供氧装置



急救药品





# 胸痛中心与120合作提高了院前救治能力

## □第2-8条必须满足

1. 120调度人员能够熟练掌握胸痛急救常识，能优先调度急性胸痛救护并指导呼救者进行正确的现场自救；
2. 从接受120指令到出车时间 $\leq 3$ 分钟；
3. 院前急救人员能在首次医疗接触后10分钟内完成12导联（怀疑右室、后壁心肌梗死患者18导联）心电图记录；
4. 院前急救人员能识别ST段抬高心肌梗死的典型心电图表现；



# 胸痛中心与120合作提高了院前救治能力

5. 院前急救人员熟悉联络机制，能在完成首份心电图后10分钟内将心电图传输到胸痛中心信息共享平台，并通知具有决策能力的医生；对于从首次医疗接触到进入医院大门时间大于15分钟的急性胸痛患者，传输院前心电图的比例不低于50%；
6. 院前急救人员熟练掌握了高危急性胸痛患者的识别要点；
7. 院前急救人员熟练掌握了初级心肺复苏技能；
8. 对于急性胸痛的救治，120与胸痛中心采用相同的时间节点定义；
9. 对于急性胸痛患者，实现了从救护车首次医疗接触时开始记录时间管理表；



# EMS与院内绿色通道的整合

10、对于首份心电图诊断为STEMI的患者，应满足以下三条之一：

1. 以溶栓为主要再灌注策略者，院前急救系统能将患者直接送到进行溶栓治疗的地点（直达溶栓场所）

2. 对于以在本院实施PPCI治疗为主要再灌注策略者，院前急救系统应能实施绕行急诊将STEMI患者直接送进导管室（直达导管室）

3. 对于距离PPCI医院较近，以转运PCI为主要再灌注策略，并由120负责实施转运任务的地区，120能通过共享的信息平台的指引将患者直接转运至PPCI医院（绕行非PPCI医院）



# 常见问题：

1. 无加盖公章的正式协议
2. 未签名或未签署时间（必须在正式申请认证之前,至少6个月签署生效）
3. 协议内容空洞，未体现胸痛中心实际运行所涉及到的具体内容
4. 培训、演练的证据不充分、不真实



# 注意事项及常见问题:

- 1、此部分内容是现场核查的重点，采用访谈形式
- 2、调度员不清楚或不熟悉胸痛优先原则
- 3、院前急救人员常常忘记18导联心电图
- 4、对常见心电图不熟悉
- 5、一键启动流程模糊，响应机制比较随意
- 6、现场演练中，未养成及时记录时间节点的习惯
- 7、无绕行意识



*Thank you!*