

# 胸痛救治单元建设实施方案

(中国胸痛中心联盟、中国胸痛中心执行委员会 2020 年 3 月发布)

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，针对基层医疗机构（乡、镇卫生院、社区医疗服务中心等），建立规范化的胸痛救治单元，对于胸痛患者的及时明确诊断，减少发病后早期的救治延误，降低死亡率并提高心梗救治率，具有重要意义。胸痛救治单元是胸痛中心区域协同救治体系的组成部分，是胸痛救治网络的基础环节，为引导基层医疗机构进行规范化胸痛救治单元建设，打通胸痛救治的最后一公里。特制定胸痛救治单元建设实施方案。

## 一、适用范围

承担了急性胸痛接诊任务、且按照就近原则与已经通过认证的胸痛中心建立了常态化联合救治及转诊关系的基层医疗机构（乡、镇卫生院、社区医疗服务中心等）。

## 二、胸痛救治单元建设内容

1. 医院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及重大决策；

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，其中文件日期应早于申请日期至少 3 个月**

2. 设置胸痛救治单元的指引及胸痛优先标识。

3. 配备床旁心电图机设备，双联抗血小板常备药品；有收容或者留观能力或距离上级医院转运距离大于 60 分钟的胸痛救治单元应配备肌钙蛋白床旁快速检测设备。

4. 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。

5. 根据就近原则及本机构实际情况，与具有急诊 PCI 能力或者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：需上传正式文件（与上级医院签署联合救治及转运协议）的扫描件**

6. 制订适合本机构条件的急性胸痛诊疗流程图，能够指引接诊医师快速、规范完成急性胸痛患者的接诊、初步诊断及决策任务。

7. 依据指南及距离上级医院的转运时间，为首诊于本机构的 ST 段抬高急性心肌梗死（STEMI）患者制订了首选的再灌注治疗策略。若首选溶栓治疗，应在上级医院指导下制订溶栓筛查表、溶栓标准操作流程、溶栓结果判断标准、溶栓药物（建议使用第二、三代溶栓药物）、溶栓后转运流程；若首选转运 PCI，应与上级医院协调制订转运机制。

8. 在上级医院的指导下开展以胸痛症状识别、急性胸痛相关疾病的早期临床诊断、常规心电图知识、基本急救技能为主的全员培训与考核，要求每年不少于一轮。胸痛救治单元主要负责人参加(或远程)转诊的上级医院举办的联合会；条件允许时参加上级医院的质量分析会和典型病例讨论会。

9. 定期开展大众培训教育，内容包括健康生活方式、急救常识（急性胸痛症状识别、呼叫 120、心脏骤停的识别及基本心肺复苏技能）等，应覆盖医疗机构所管辖的全部社区（村）。每季度不少于一次。

**说明：需上传患教材料证明（例如培训幻灯）及现场照片**

10. 制定规范的胸痛患者时间节点管理表，能及时填写所有接诊胸痛患者关键时间节点。

**说明：需上传所有接诊胸痛患者的时间管理表（包含首次医疗接触时间、首份心电图完成时间、传输时间、确诊时间、患者转出时间、溶栓（若开展）、双联抗血小板药物使用时间）及原始病历材料的扫描件**

### 三、评价指标

1. 所有高危胸痛（急性冠脉综合征、主动脉夹层、肺动脉栓塞）病例的原始资料保留存档，且时间节点可溯源。向上级医院转诊的高危急性胸痛患者，应共享时间节点管理表，并留存原始资料。

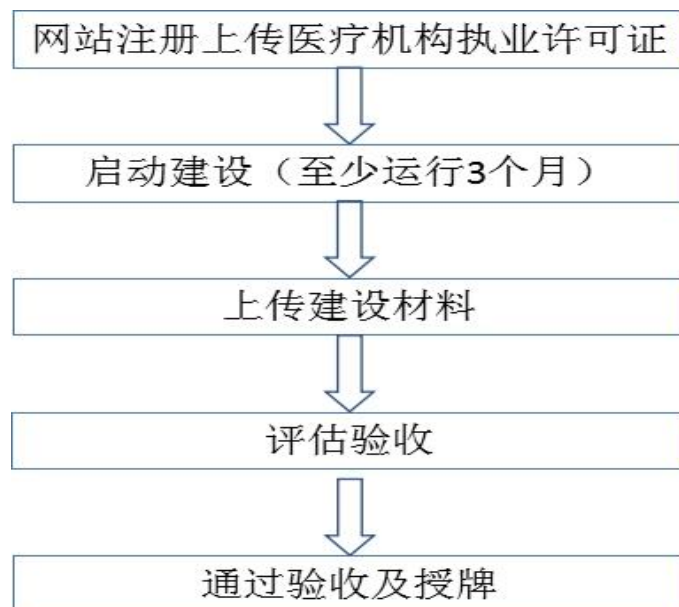
2. 所有急性胸痛患者在首次医疗接触后能在 10 分钟内完成 12/18 导联心电图检查，确保在首份心电图完成后 10 分钟内由具备诊断能力的医师或通过远程由上级医院医师解读。

3. 若开展了床旁肌钙蛋白检测，能够在抽血后 20 分钟内获取检测结果。

4. 对于明确诊断为 STEMI 的患者，若实施溶栓治疗，则应在患者到达后 30 分钟内开始溶栓；若实施转运 PCI，则应在患者到达后 30 分钟内转出。

附件：

### 1. 胸痛救治单元建设流程：



### 2. 胸痛救治单元组织实施流程

