



中国胸痛中心建设 面临的形势与任务

北京大学第一医院 霍勇

南方国际心血管病学术会议胸痛中心论坛
2014-4-10 广州



全球胸痛中心的发展历史

- 全球第一家**CPC**于1981年在美国建立，至今美国已经发展到5000余家，其中900余家已经通过认证
- 英、法、加、澳、德国等在医院内设立“胸痛中心”，其中德国总体水平处于国际领先
- 认证体系
 - 美国：SCPC，从国内走向国际认证
 - 德国CPU认证
 - 中国认证体系



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EKG79.9%
 - **10min内完成EKG 76.6%**
 - **97%接受PPCI治疗**
 - **平均D-to-B 31min**



中国胸痛中心的发展历史

- **1996, AMI绿色通道**
- **2002: 1st CPU**
- **2010: 中国CPC专家共识**
- **2011: 首届中国CPC高峰论坛**
- **2012.8, 2家通过国际认证**
- **2012.9广东省CPC协会成立**
- **规范化CPC经验交流及示范会**
- **2012.12.1第二届CPC高峰论坛**
- **2013.4 开始起草中国胸痛中心认证标准**
- **2013.8 《胸痛中心建设规范与实践》出版**
- **2013.9.14 正式启动自主认证体系, 第三届CPC高峰论坛**
- **2013.9.26 完成认证机构组织架构**
- **2013.11.11日中国胸痛中心认证工作委员会第一次全体会议**
- **2013.12.5~2014.1.22 首批认证**
- **2014. 2 完成首批认证**
- **2014. 2. 25 开始接受第二批**



2013.9.14 广州. 中国胸痛中心认证体系正式启动

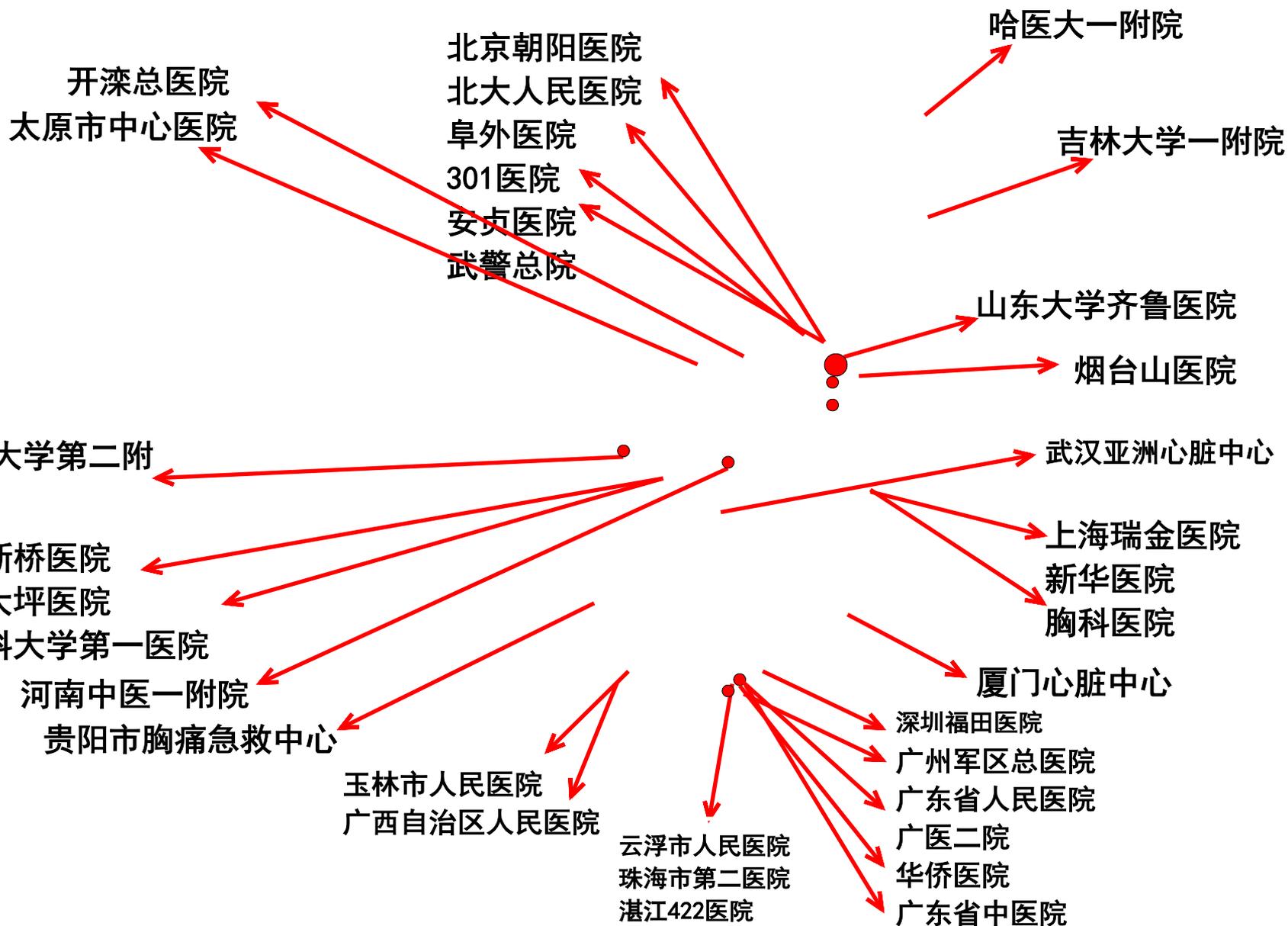


- 国家卫计委医政医管局授权中华医学会心血管病学分会负责中国胸痛中心认证工作
- 分会成立专门的《中国胸痛中心认证工作专家委员会》
 - 指导委员会
 - 认证工作委员会

第16届南方会胸痛中心论坛



国内胸痛中心建设与分布情况 (不完全)





中国胸痛中心建设面临的主要任务

- 改变急救模式：必须转变两个观念
 - “胸痛急救”必须改变单纯的“就近急救”
 - “胸痛中心”=“院内绿色通道”
- 调动各方力量：不同级别医院、**120**
 - 改变各自为政局面、建立区域协同机制
- 院内多学科协同：利益平衡是关键
- “推动”而不是“等待”行政干预



中国现有胸痛中心的模式

- 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



推动胸痛中心认证是实现上述任务和目标的主要手段

- 制订符合当前国情的认证标准是指引胸痛中心建设的纲领
- 申请认证单位遵循标准去推动胸痛中心建设，逐步改变现有的医疗模式
- 认证过程中坚持标准是提高胸痛中心建设水平的保证



推动胸痛中心认证是实现上述任务和 目标的主要手段

- 提高认证的权威性是能否发挥引导作用的关键
 - 政府授权、学会主导是初级目标
 - 认证结果被纳入更多评价系统才是最终目标



中国胸痛中心建设面临的主要任务

- 从认证层面如何调动更广泛的积极性，形成真正的“协作团队”
 - 认证组织机构的构成
 - 心血管内科为主导
 - 急诊医学、急救系统、医院管理专业
 - 认证组织实施：共同参与
 - 多学科专家参与认证
 - 多学科共同接受认证

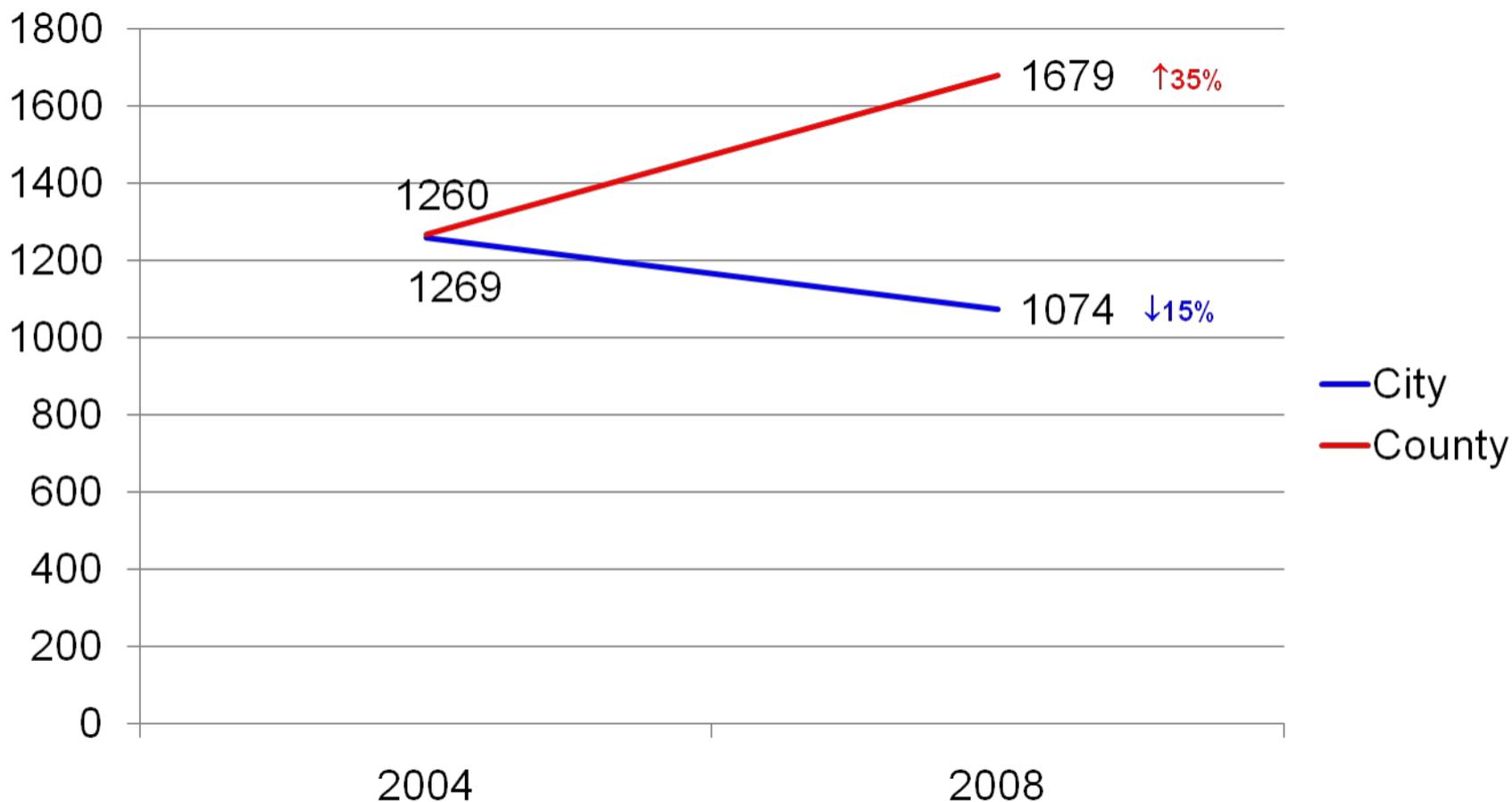


中国胸痛中心建设面临的主要任务

- 胸痛中心建设应关注的分布重点
 - 大城市的心血管优势学科必须建立胸痛中心，但并非所有医院都要参与
 - 具有急诊**PCI**能力的地市级中心医院是重点



我国急性心肌梗死年死亡率 (1/10万)





地市级城市建立CPC是未来的重点

- 我国人口分布特点（**2011年**）
 - **6000**家县级医院服务**9**亿人口
 - **1000**家三甲医院直接服务**5**亿人口
- 医疗资源分布特点
 - **80%**的优势资源配置在省城中心城市
 - **95%**的县级医院不具备**PCI**能力
 - 广东为例：县级医院转诊到地市级医院平均**60~90**分钟，珠三角地区多数为**30~45**分钟之间；只有极少数能在**120**分钟内到达省城医院

地市级城市建立CPC能覆盖更多的人口



中国胸痛中心建设面临的主要问题

- 现有的社会急救体系已不适应胸痛急救的需求

但，

只要迈开了第一步

困难就会迎刃而解

认证工作

代表

减少



谢谢！

第16届南方会胸痛中心论坛