



胸痛中心的建设理念及目标

广州军区广州总医院 向定成

第16届南方国际心血管病学术会议胸痛中心论坛

2014-4-10 广州



胸痛的救治时间与预后

- 急性心肌梗死
 - **1**小时内灌注死亡率**1.6%**
 - **6**小时 **6%**
- 主动脉夹层
 - 发病后**48**小时内每小时死亡率增加**1%**
- 急性肺梗塞
 - 死亡多在早期确诊前
 - 明确诊断后极少死亡

时间就是生命!!!

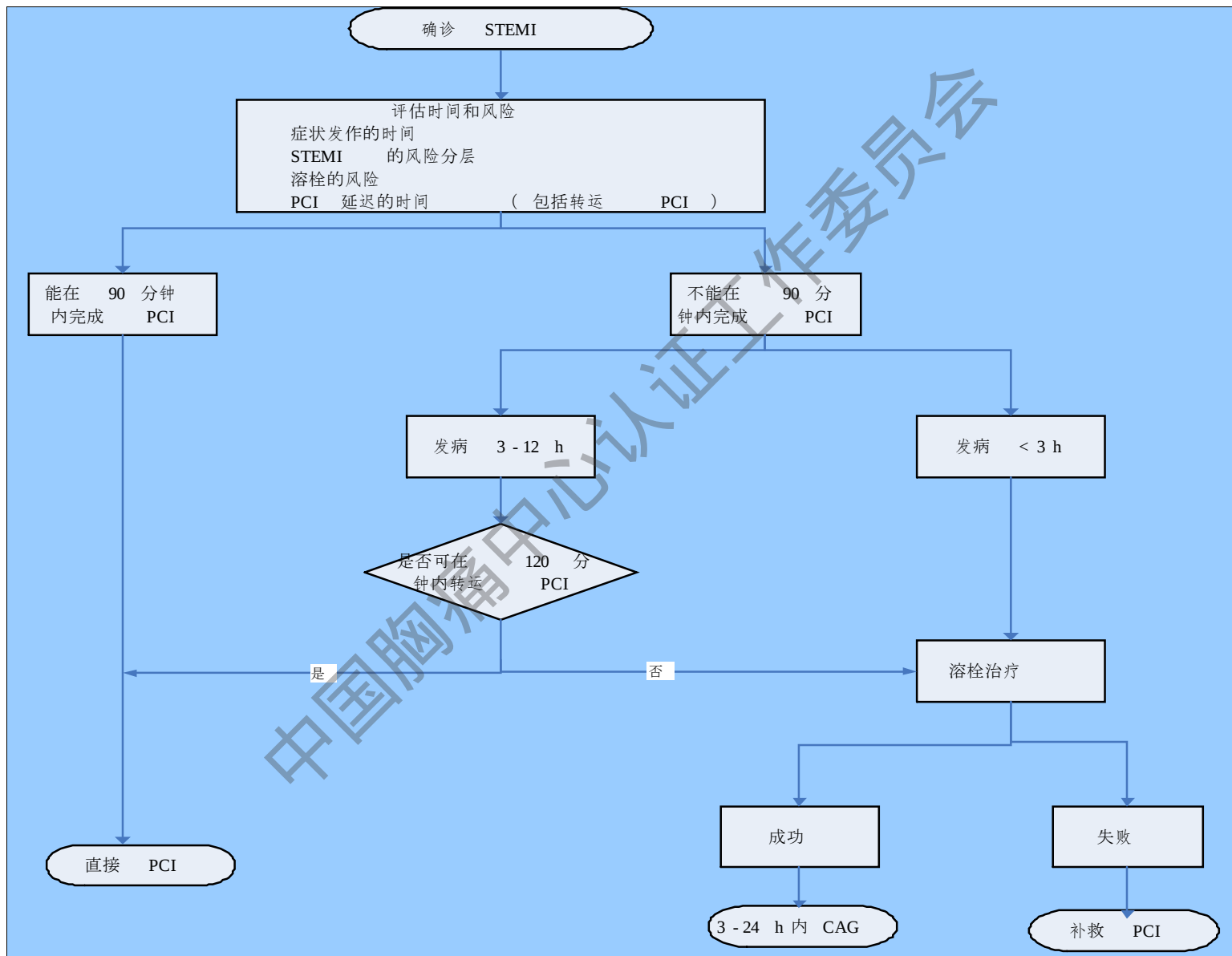


胸痛中心的概念

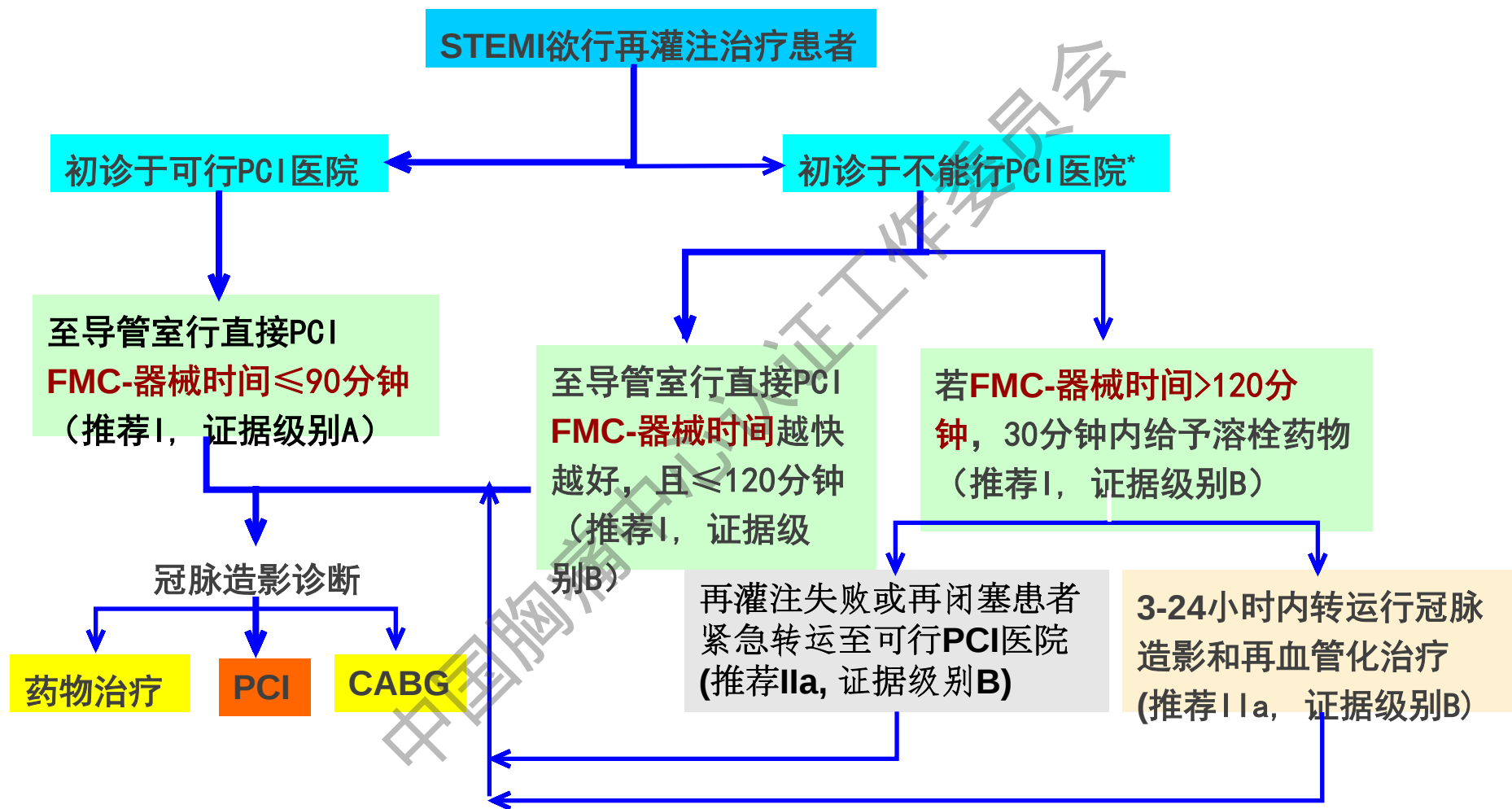
“胸痛中心”是通过多学科合作，为胸痛患者提供快速而准确的诊断、危险评估和恰当的治疗手段，从而提高胸痛的早期诊断和治疗能力，减少误诊和漏诊，避免治疗不足或过度治疗，以降低胸痛患者的死亡率、改善临床预后。

快速诊断、及时治疗、降低死亡、避免浪费

STEMI再灌注策略(2007)



再灌注治疗决策(2013)



*存在心源性休克或严重心力衰竭患者应尽快转运至可行PCI医院, 无论延迟时间

DIDO: door-in – door-out

FMC: first medical contact

强调“总缺血时间”的概念，以尽快开通罪犯血管

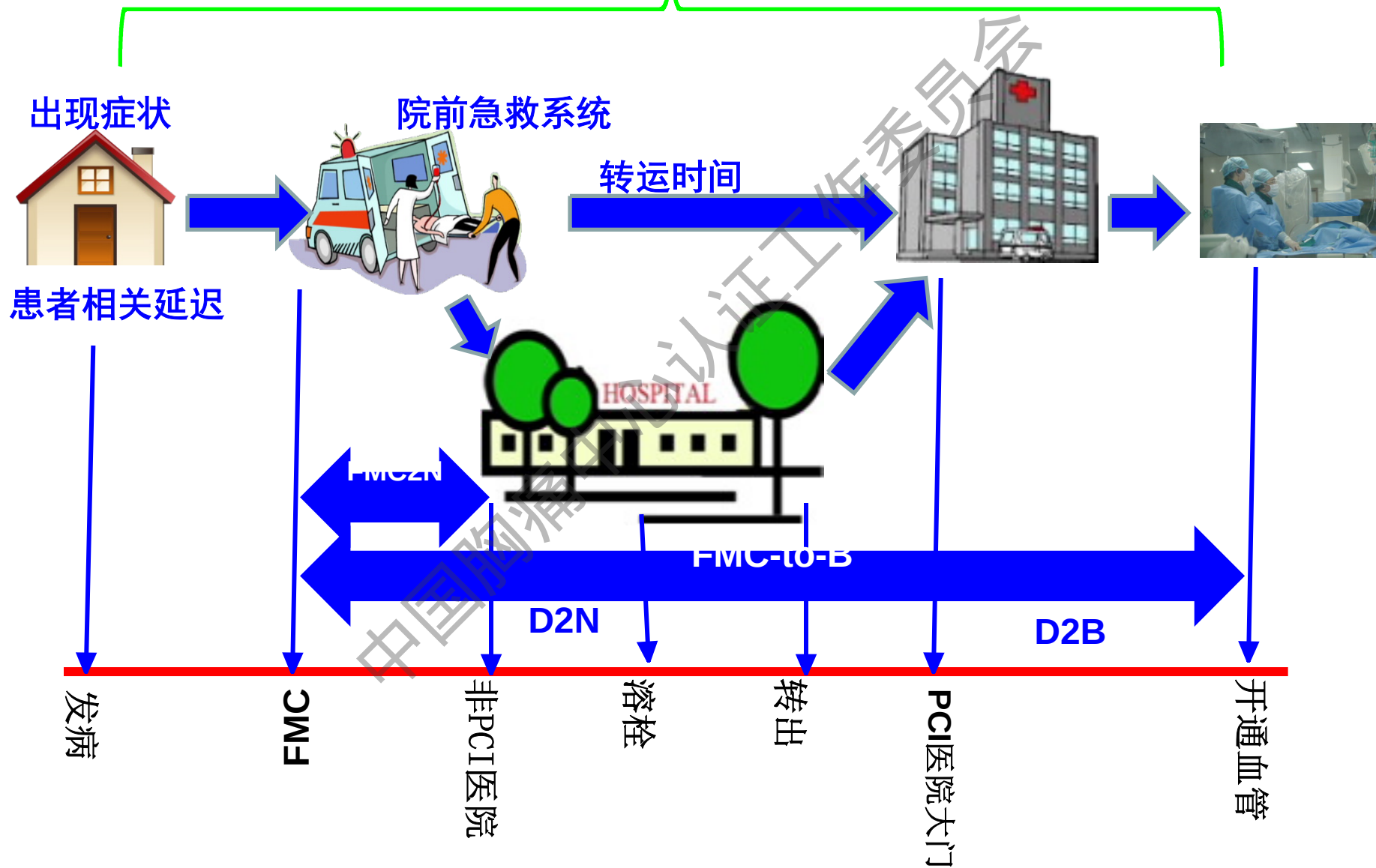
总缺血时间

as soon as possible

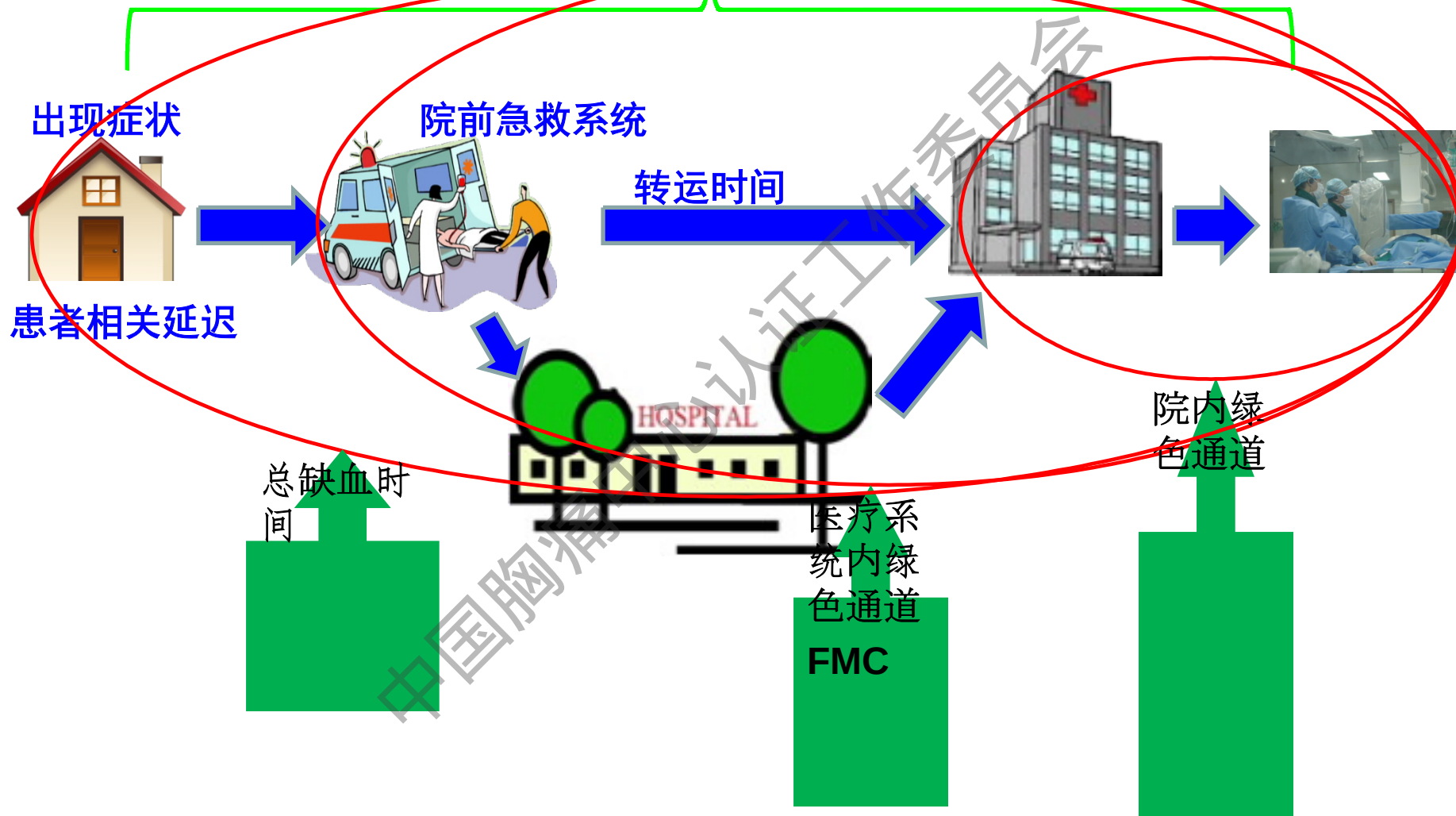


- 患者教育
- 识别心肌梗死症状
- 服用阿司匹林、硝酸甘油
- 联系急救系统
- 快速启动
- EMS人员在初次接触患者后做12导联ECG
- 直接将患者转运至可行PCI医院，FMC-器械目标时间<90分钟
- 快速将患者从不能行PCI医院转运至可行PCI医院，FMC-器械目标时间<120分钟

如何缩短总缺血时间



如何缩短总缺血时间



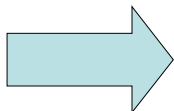


从**D2B**或**D2N**到**FMC2B**或**FMC2N**,

如何实现？

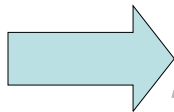
如何缩短总缺血时间？

缩短**D-to-B(N)**



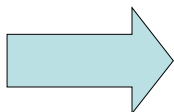
建立院内绿色通道

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
- 培训基层医院
- 快速转运机制
- 社区人群教育



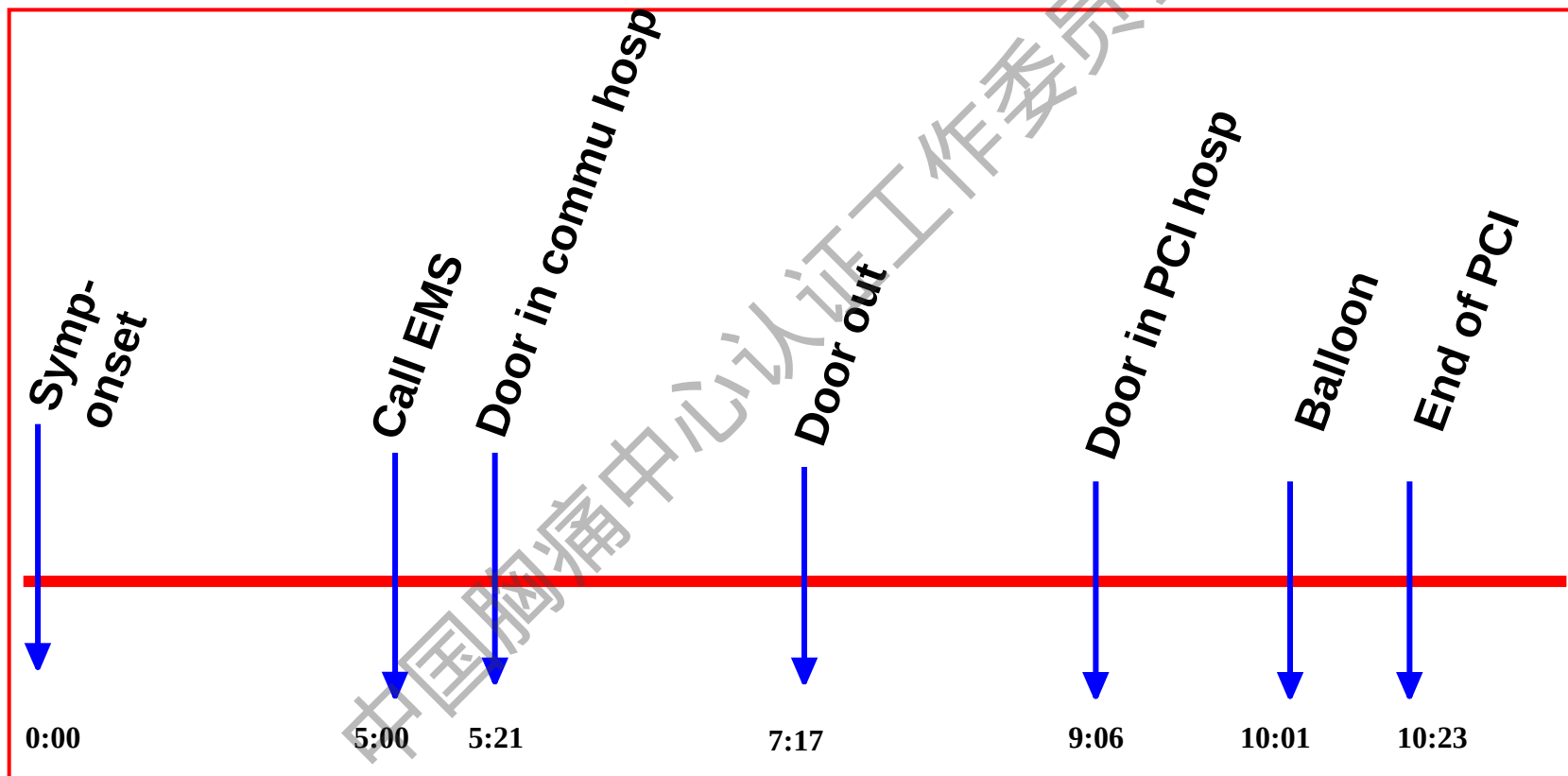
院内绿色通道

- 确定合理的目标
- 制订规范且优化的流程图
- 强化时间管理
- 监督检查机制
- 持续改进、制订新的目标



尽管院内绿色通道是重要且最基本的
但更重要的是要关注院前

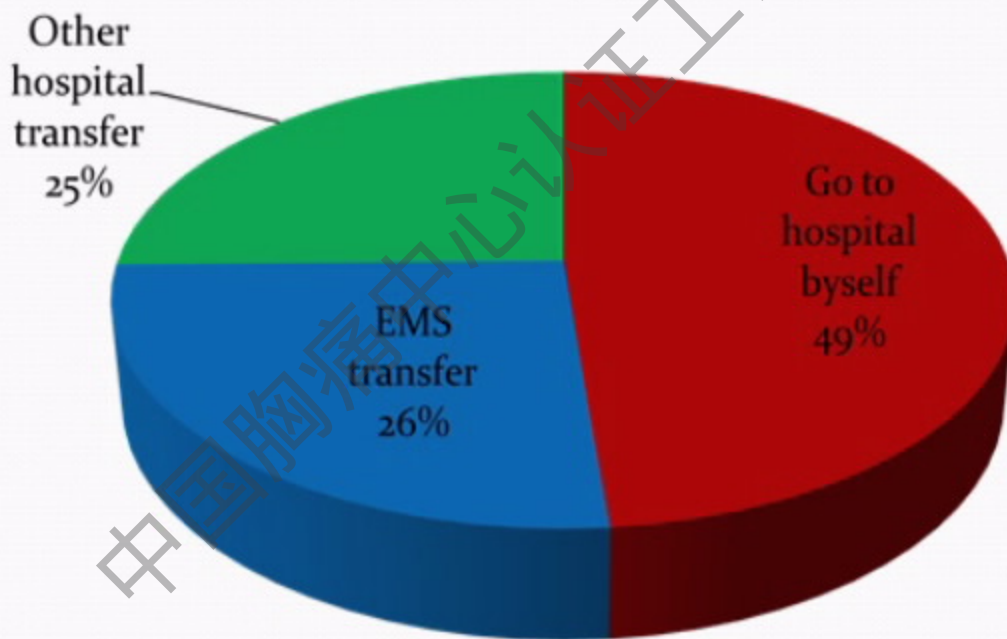
在**D2B**基础上，应更重视发病-再灌注时间



D2B=55', FMC2B =280', Symp-onset-B =601'

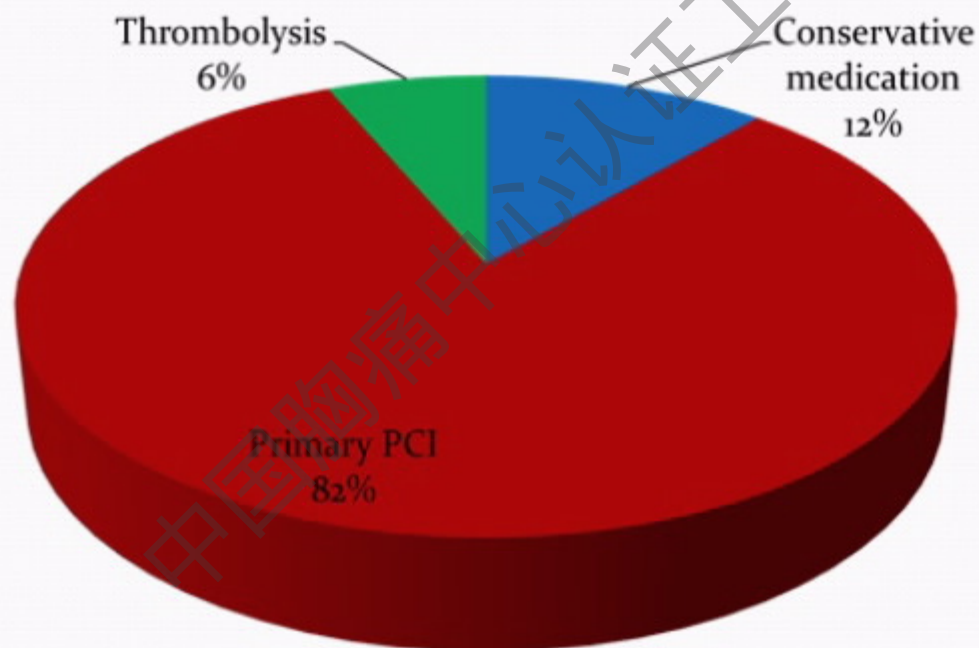
患者到达医院的方式

中国AMI规范化救治项目资料

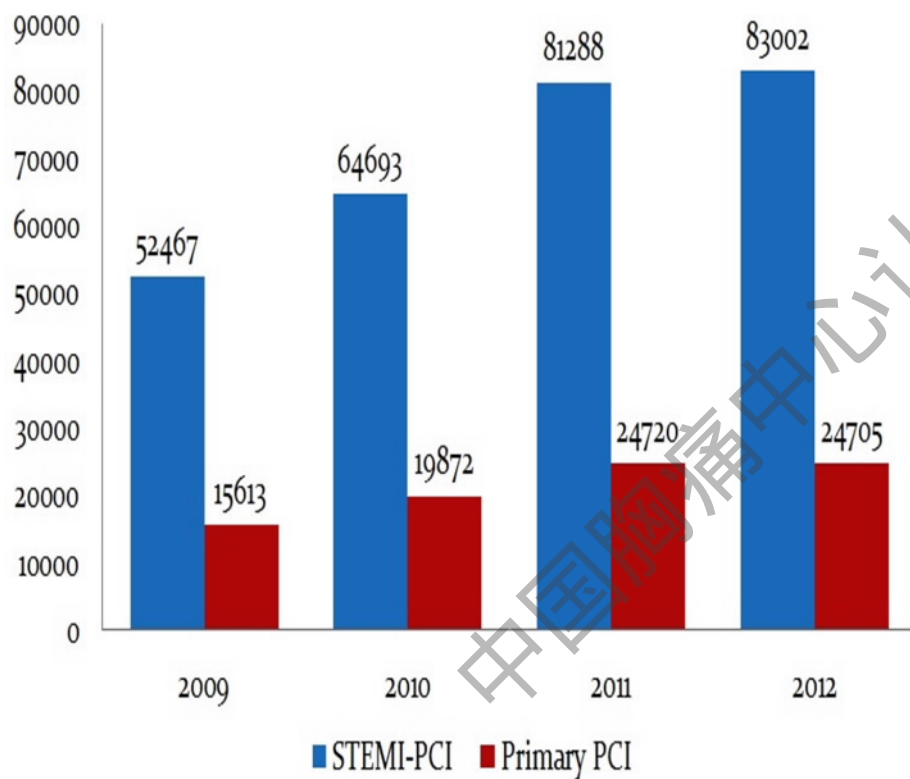


早期再灌注治疗率

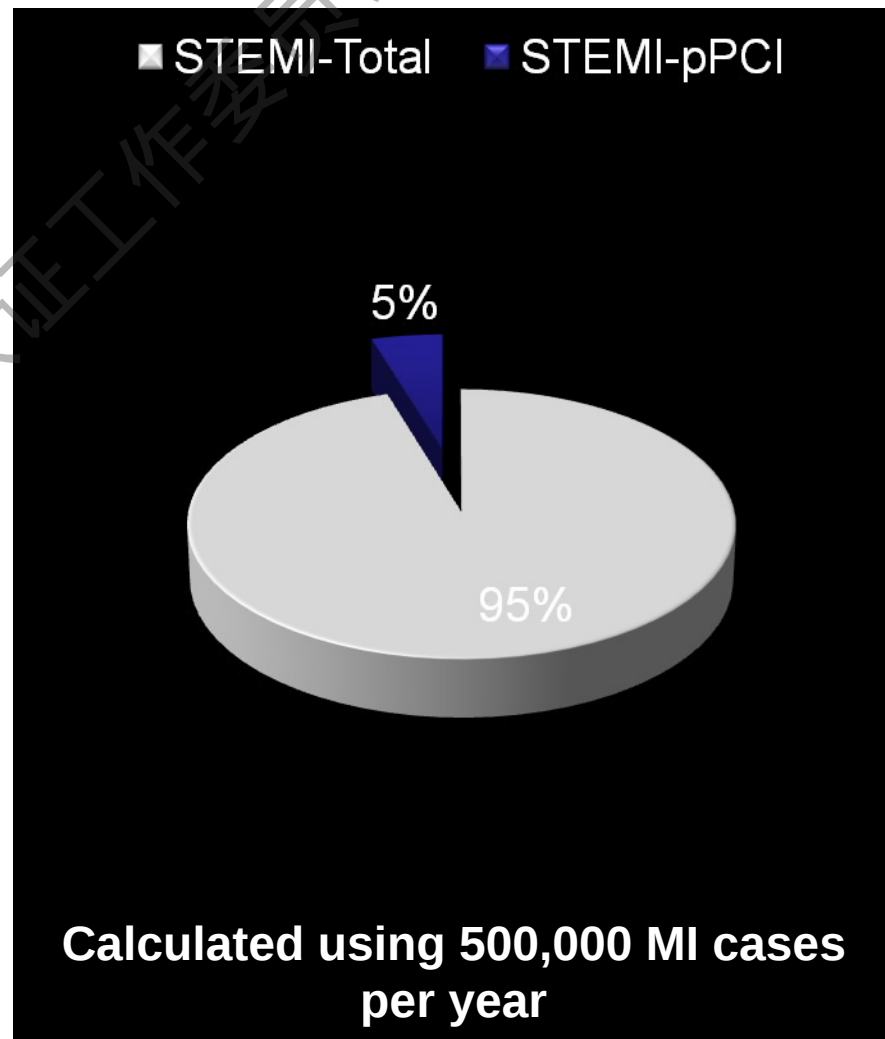
中国AMI规范化救治项目资料



STEMI的急诊PCI治疗率



Data from China National PCI online
Registration





转运PCI将是我国面临的重大课题

中国胸痛中心认证工作委员会

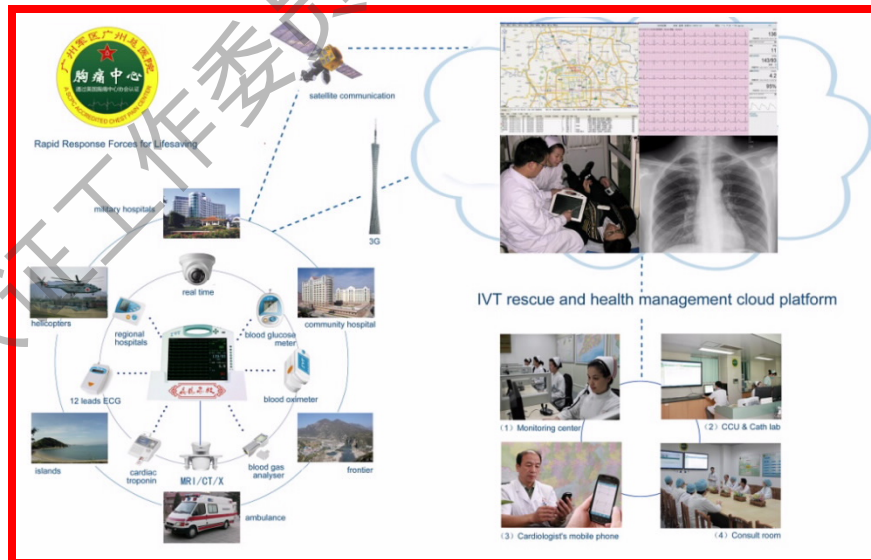


如何解决上述问题？

建立区域协同救治机制——
规范化胸痛中心模式

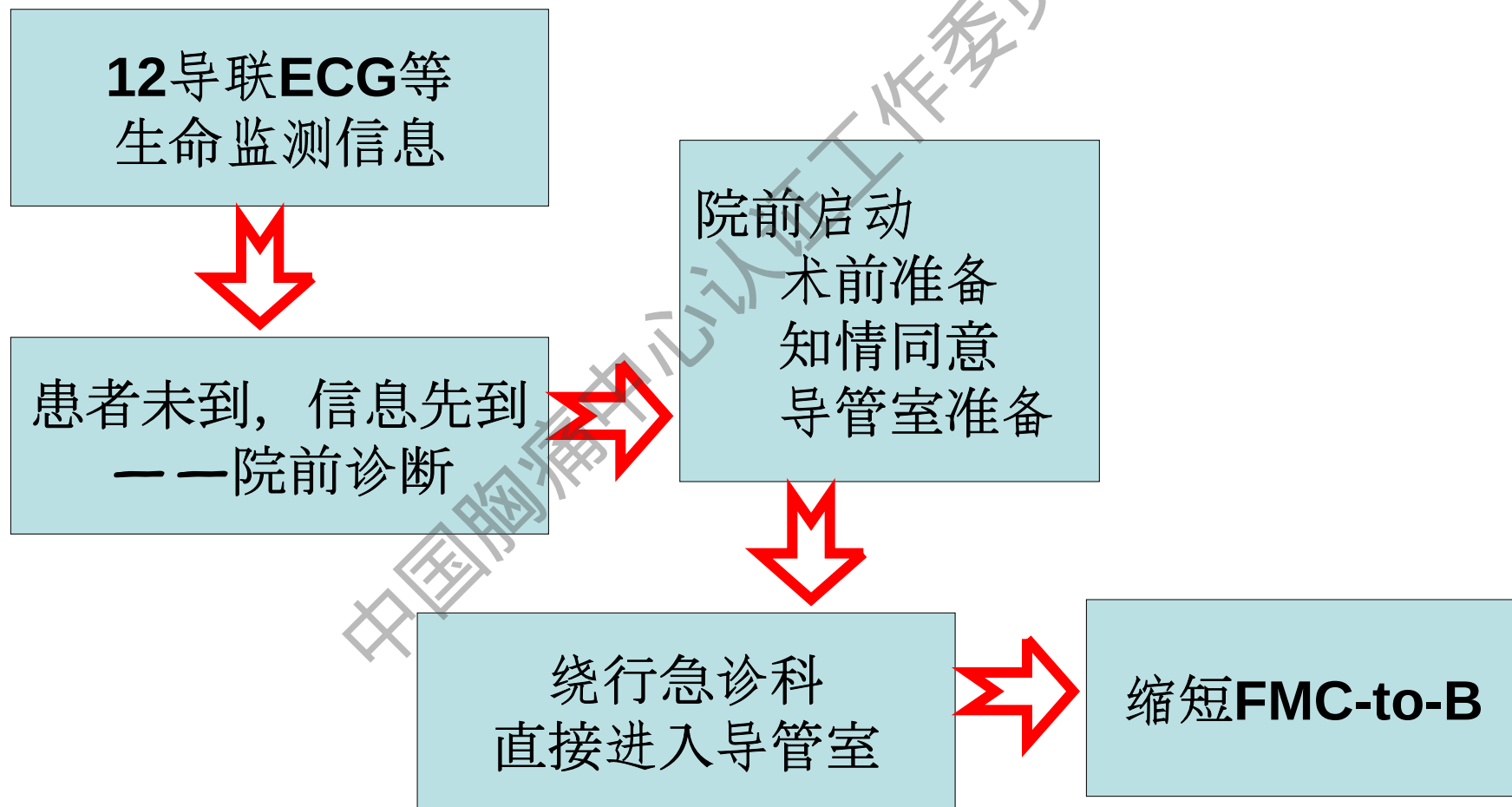
区域协同机制救治模式

- 建立区域协同机制
 - 传输院前心电图
 - 联络机制
 - 制订统一的流程图
- 培训教育
- 快速转运机制

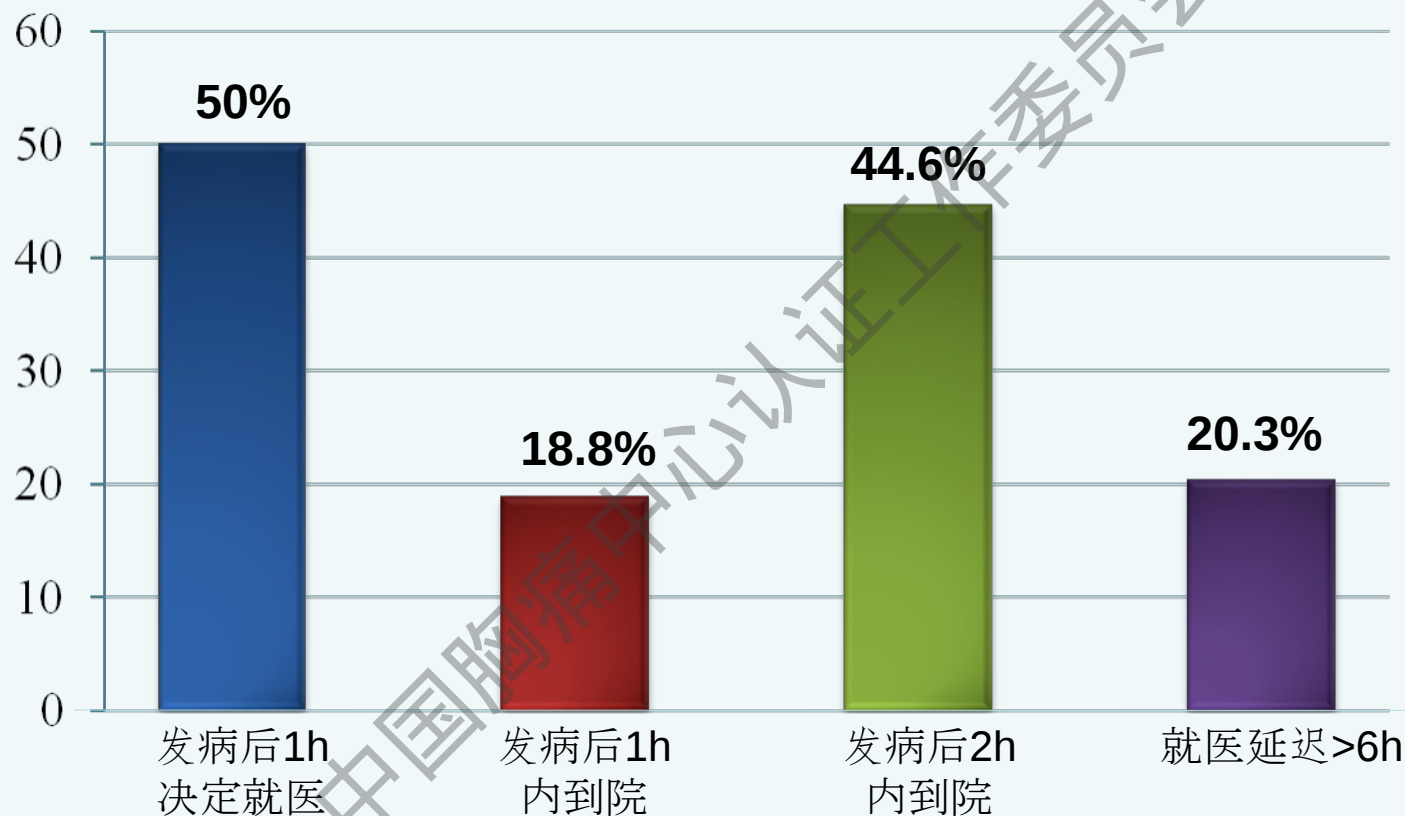


区域协同的流程优势

——实现院前-院内无缝连接

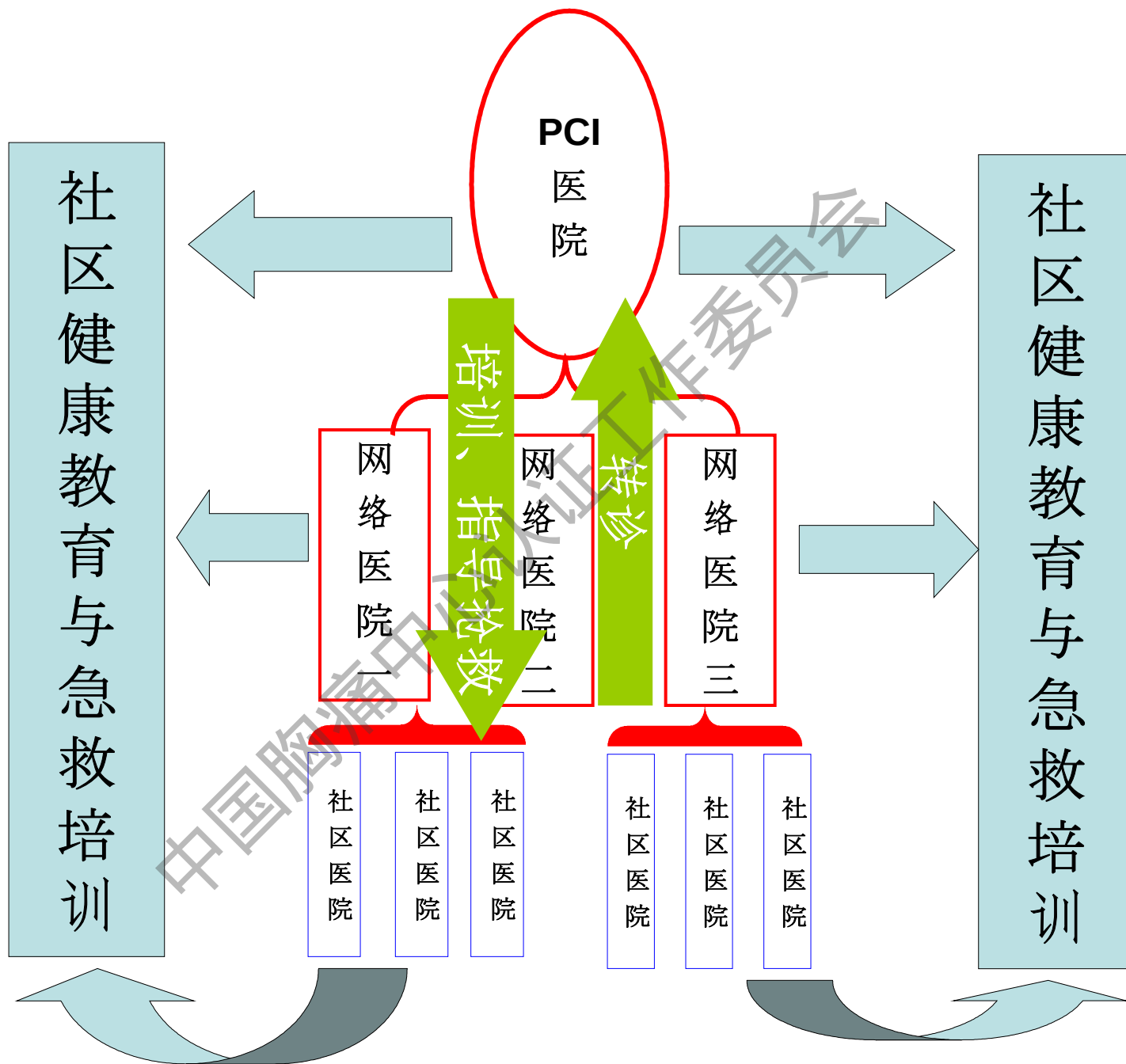


STEMI 患者就医延迟明显



就诊时间明显延迟

- **CPACS**：中国**ACS**注册研究
 - 发病-就诊时间
 - 二级医院**5h**
 - 三级医院**8h**





社区人群教育要达到三个目的

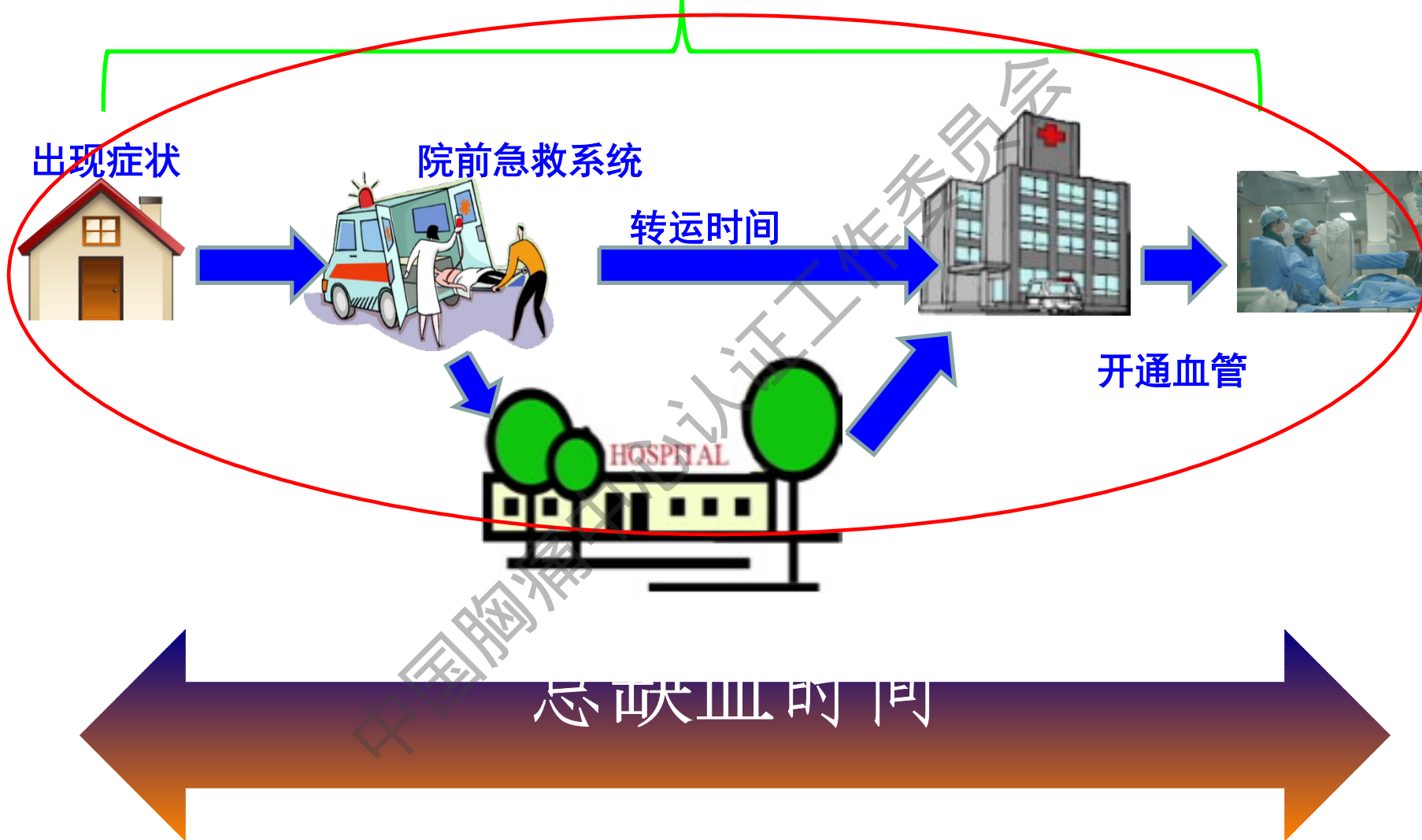
- 缩短发病-就诊时间
- 提高心脏骤停现场抢救成功率
- 促进区域健康生活方式的改善

广州军区广州总医院胸痛中心 广东省胸痛中心协会的尝试

- 与社区合作
- 与学校、青少年培训中心合作



如何缩短总缺血时间





中国胸痛中心认证标准： 基于区域协同救治理论

- 认证标准将直接引导胸痛中心的建设
- 行政力量的参与将促进推广应用

我们期待这一天早点到来
但我们不能原地等待
只有行动才能推动





谢谢！