**胸痛中心建设与管理指导原则**

**（试行）**

为进一步规范和提高胸痛患者救治水平，保证医疗质量和医疗安全，制定《胸痛中心建设与管理指导原则（试行）》（以下简称《指导原则》），有关医疗机构可以参照《指导原则》进行建设和管理。

一、三级医院胸痛中心

**（一）基本条件。**

1.三级综合医院或相关专科医院。

2.设置心血管内科、呼吸内科、心脏大血管外科或胸外科、急诊医学科、医学影像科等与胸痛救治相关的诊疗科目。

3.配备具有相关资质的专业技术人员。

4.设置重症监护室（ICU）或收治危重胸痛患者的病床。

5.具备开展直接经皮冠状动脉介入治疗（PCI）和溶栓治疗、急性肺动脉栓塞溶栓治疗、张力性气胸紧急持续性引流及外科手术治疗的相关条件。

6.具备开展急性主动脉夹层的急诊介入治疗和外科手术的相关条件，或与具备条件的医院建立转诊机制。

7.具备胸痛患者的综合抢救能力。

**（二）组织管理。**

1.成立由院长或分管医疗业务的副院长负责、相关科室和管理部门参与的胸痛中心管理委员会，下设办公室，明确工作制度并负责胸痛中心的日常管理。

2.成立针对心源性和非心源性胸痛患者的救治小组，按照相关疾病诊疗指南、技术操作规范和临床路径，制定各类胸痛相关疾病的救治预案和工作协调机制。

3.与所在医联体内各医疗机构、区域内院前急救中心（站）和基层医疗卫生机构签订胸痛患者协同救治协议，建立分工协作机制。

4.建立专人负责的胸痛患者信息登记、诊疗数据记录、随访管理、健康宣教制度，并对胸痛患者诊疗数据进行统计分析，提出提升医疗质量和医疗安全的改进措施。

**（三）建设要求。**

1.建立以胸痛中心为基础的多学科联合诊疗模式（见附件1）。

2.建立胸痛中心绿色通道，及时接诊胸痛患者。

3.急诊科设置胸痛诊室，建立急性胸痛优先就诊机制。对于需要紧急救治的胸痛患者，实施“先救治、后付费”。

4.按照相关疾病诊疗指南、技术操作规范和临床路径，制定各类胸痛相关疾病的救治和转诊流程。

5.建立院前院内无缝衔接流程，经院前急救中心（站）救护车转运和基层转诊的急性ST段抬高型心肌梗死（STEMI）患者，入院后直接送达介入手术室（造影室）。

6.建立针对本院、院前急救中心（站）、基层医疗卫生机构的培训教育体系，提高相关人员的协同救治能力。

**（四）服务要求。**

1.建立胸痛患者早期快速识别和分诊机制，对胸痛患者进行“早期识别、危险分层、正确分流、科学救治”。

2.不断改善医疗服务流程，提升胸痛患者早期诊断和规范治疗能力，建立多学科诊疗模式，重点提升STEMI、非ST段抬高型急性冠脉综合征、急性主动脉夹层、急性肺动脉栓塞、张力性气胸等死亡率较高的胸痛相关疾病的综合救治能力。

3.急诊科能够开展24小时床旁心电图和超声心动图检查、肌钙蛋白和D-二聚体等快速检测。

4.能够24小时开展主动脉、肺动脉及冠状动脉的急诊CT血管造影检查。

5.向签订协同救治协议的医疗机构提供远程会诊和远程教育，建立患者信息共享平台。

6.开展面向社会大众的急救及健康宣教工作，提高公众健康意识、急救和自救能力。

二、二级医院胸痛中心

**（一）基本条件。**

1.二级综合医院或相关专科医院。

2.设置心血管内科、呼吸内科、心脏大血管外科或胸外科、急诊医学科、医学影像科等与胸痛救治相关的诊疗科目。

3.具备开展胸痛患者救治需要的专业技术人员。

4.设置ICU或有收治危重胸痛患者的病床。

5.具备开展急性心肌梗死、肺动脉栓塞溶栓治疗和张力性气胸紧急持续性引流治疗的能力与条件。

6.具备胸痛患者的综合抢救能力。

**（二）组织管理。**

1.成立由院长或分管医疗业务的副院长负责、相关科室和管理部门参与的胸痛中心管理委员会，下设办公室，明确工作制度并负责胸痛中心的日常管理。

2.成立多学科联合的胸痛患者救治小组，按照相关疾病诊疗指南、技术操作规范和临床路径，制定各类胸痛相关疾病的救治预案和工作协调机制。

3.与所在医联体内的三级医院、基层医疗卫生机构和区域内院前急救中心（站）签订胸痛患者协同救治协议，建立分工协作机制。

4.建立专人负责的胸痛患者信息登记、诊疗数据记录、随访管理、健康宣教制度。

**（三）建设要求。**

1.建立以胸痛中心为基础的多学科联合诊疗模式。

2.建立胸痛中心绿色通道，及时接诊胸痛患者。

3.急诊科建立急性胸痛优先就诊机制。对于需要紧急救治的胸痛患者，实施“先救治、后付费”。

4.按照相关疾病诊疗指南、技术操作规范和临床路径，制定各类胸痛相关疾病的救治和转诊流程。

5.开展PCI的医院，应具备符合要求的相关专业技术人员和设备设施。

6.建立院前院内无缝衔接的医疗服务流程，在能够开展直接PCI的医院，经院前急救中心（站）救护车转运和其他医疗机构转诊的STEMI患者，入院后直接送达导管（介入）室；不能开展直接PCI的医院，应结合实际，明确转运PCI和溶栓后转运的流程，实现快速转诊。

7.建立针对本院、基层医疗卫生机构的培训教育体系，提高相关人员的协同救治能力。

**（四）服务要求。**

1.建立胸痛患者早期快速识别和分诊机制，对胸痛患者进行“早期识别、危险分层、正确分流、科学救治”。

2.不断改善医疗服务流程，提升胸痛患者早期诊断和规范治疗能力，建立多学科诊疗模式，重点提升STEMI、非ST段抬高型急性冠脉综合征、急性肺动脉栓塞的规范化溶栓治疗能力。

3.急诊科能够开展24小时床旁心电图和超声心动图检查、肌钙蛋白和D-二聚体等快速检测。

4.与签订协同救治协议的医疗机构搭建远程医疗服务平台和患者信息共享平台。

5.开展面向社会大众的急救及健康宣教工作，提高公众健康意识、急救和自救能力。

附件：1.以胸痛中心为基础的多学科联合诊疗模式图

2.胸痛中心医疗质量控制指标

附件1

**以胸痛中心为基础的多学科联合诊疗模式图**

转诊前，需评估是否可以由家庭医生进行日常管理

已确诊STEMI

救护车来院

胸痛患者

自行来院

设置“胸痛中心”的

医疗机构

院前

介入/手术治疗

CCU/EICU/病房

ICU/EICU/病房

溶栓治疗

张力性气胸

主动脉夹层

肺动脉栓塞

STEMI

急诊介入治疗治疗zhijie直接室

一般诊室

高危胸痛患者

有监护抢救功能的胸痛诊室

中低危胸痛患者

分诊

附件2

注：1.STEMI患者首选急诊介入治疗。

2.不具备介入治疗或手术治疗条件的，应尽快按照流程进行必要的处置后转运。

3.英文注译：ICU：重症监护室；EICU：急诊重症监护室；CCU：心内科监护室。

基层医疗机构

家庭医生签约服务

**胸痛中心医疗质量控制指标**

医疗质量控制指标分为基础指标和分类指标，基础指标适用于所有胸痛中心，分类指标分别适用于具备介入或手术能力的胸痛中心和不具备相应能力的胸痛中心。

一、基础指标

（一）胸痛患者首诊时心电图检查比例。

（二）从就诊到完成首份心电图的时间。

（三）经院前急救中心（站）救护车转运的STEMI患者，从急救现场远程传输心电图至胸痛中心的比例。

（四）全部STMI患者中接受早期再灌注的比例。

（五）肌钙蛋白、D-二聚体、脑钠肽、血气分析等即时检测项目从抽血到获取报告的时间。

（六）D-二聚体和肌钙蛋白等联合检测的比例。

（七）怀疑肺栓塞患者完成超声心动图或肺动脉CT血管造影检查的时间。

（八）急性冠脉综合征、急性肺栓塞、急性主动脉夹层和张力性气胸患者的诊断符合率。

（九）急性肺动脉栓塞患者规范治疗的比例。

（十）接诊中低危胸痛患者6小时内分流（出院或转专科门诊）的比例。

二、分类指标

**（一）具备介入或手术能力的胸痛中心。**

1.进行直接PCI治疗的STEMI患者，从进入医院到进行球囊扩张的月平均时间（D-to-B时间）。

2.进行直接PCI治疗的STEMI患者，从医院医务人员接诊到球囊扩张的月平均时间（FMC-to-B时间）。

3.导管室从接到通知到准备就绪可以开展PCI的时间。

4.危重的急性肺动脉栓塞患者，从入院到开始静脉溶栓的时间；存在溶栓禁忌证的，从入院到开始实施导管碎栓、溶栓或手术取栓的时间和手术率。

5.Stanford A型主动脉夹层患者，从入院到开始实施外科手术的时间和手术率；不稳定性Stanford B型主动脉夹层患者，从入院到开始实施介入或外科手术的时间和手术率。

6.张力性气胸患者，从入院到实施外科手术的时间和手术率。

7.危重急性肺动脉栓塞患者的静脉溶栓率。

**（二）不具备介入或手术能力的胸痛中心。**

1.需要转诊治疗的患者转诊率。

2.危重急性肺动脉栓塞患者的静脉溶栓率。

3.对于不能在120分钟内完成转运PCI的胸痛中心，适合溶栓的胸痛患者，接受溶栓治疗的比例；接受溶栓治疗的全部STEMI患者，入院至开始溶栓的时间；患者溶栓后转运的比例。

4.对于120分钟内能够完成转运PCI的胸痛中心，既往6个月，实施转运PCI的STEMI患者比例和向接诊医院传输心电图的比例；需要实施转运PCI的STEMI患者，从入院到转运出院的月平均时间（DIDO时间）。