

广东省卫生和计划生育委员会办公室文件

粤卫办〔2017〕13号

广东省卫生计生委办公室关于印发 2017-2019年广东省胸痛中心 创建活动方案的通知

各地级以上市及顺德区卫生计生局（委），部属、省属驻穗医药院校附属医院及委直属有关医院：

为进一步提高三大致死性急性胸痛疾病的早期救治能力，加强我省急性心肌梗死、主动脉夹层、肺动脉栓塞三大致死性急性胸痛疾病的规范化诊疗管理，降低死亡率，带动全省急危重症救治能力和水平的全面提升，我委组织制订了《广东省胸痛中心建设标准（2017年版）》，并决定于2017-2019年在全省范围内开展“广东省胸痛中心”创建活动。现将活动方案（附件1）及《广东

省胸痛中心建设标准（2017年版）》（附件2）印发给你们，请遵照执行。

各级卫生行政部门和各有关医疗机构要高度重视创建活动，按照要求切实加强组织领导，结合实际制定本地推进方案，并认真组织实施，确保创建活动顺利开展，并及时将活动有关情况报送我委医政处。“广东省胸痛中心”创建工作将纳入等级医院评审、重点专科建设等工作中。我委将定期开展创建活动督导检查。

省卫生计生委医政处联系人：陈永嘉，联系电话：
020-83805468

附件：1. 2017-2019年广东省胸痛中心创建活动方案
2. 广东省胸痛中心建设标准（2017年版）

广东省卫生计生委办公室
2017年3月29日



附件 1

2017-2019 年广东省胸痛中心创建活动方案

为进一步提高三大致死性急性胸痛疾病的早期救治能力，加强我省急性心肌梗死、主动脉夹层、肺动脉栓塞三大致死性急性胸痛疾病的规范化诊疗管理，降低死亡率，带动全省急危重症救治能力和水平的全面提升，特制定本方案。

一、活动目标

利用 3 年时间，通过开展广东省胸痛中心创建活动，在全省范围内创建不少于 100 个胸痛中心，原则上三级综合医院和县级综合医院等承担急性胸痛主要接诊任务的医院均应建立胸痛中心，其中至少 50% 的医院通过广东省胸痛中心认证。每个地级市创建至少一个胸痛中心示范基地，通过示范基地的带动和示范作用，以点带面，不断提高全省急性心肌梗死、主动脉夹层、肺栓塞急性致死性胸痛疾病的规范化诊疗水平，降低患者的死亡率和致残率，并节省医疗费用。

二、实施范围

全省二级以上综合医院。

三、组织管理

广东省卫生计生委负责“广东省胸痛中心创建活动”的组织与管理。主要职责包括：组织制定并发布方案、建设标准并委托学术组织机构组织实施；组建广东省胸痛中心,创建活动专家组；审定并发布广东省胸痛中心认证单位名单；对创建活动开展情况进行监督、指导和评估；负责组织和推动广东省内急性胸痛相关知识的媒体宣传和大众教育。

广东省卫生计生委委托广东省胸痛中心协会、广东省介入心脏病学会负责实施本项目，协（学）会的职责为：拟订广东省胸痛中心建设标准、实施细则提交给省卫计委批准后实施；协助组建广东省胸痛中心创建活动专家组；组织广东省胸痛中心建设和认证相关的培训；负责省胸痛中心认证的具体组织实施工作；组织或协助省卫计委开展大众宣传教育工作；为省卫生计生委提供急性胸痛相关疾病的流行病学和卫生经济学数据。

广东省胸痛中心创建活动专家组的主要职责：在省卫计委授权及广东省胸痛中心协会和广东省介入心脏病学会领导下承担胸痛中心认证工作，为创建活动提供专业支持和指导；协助制订急性胸痛疾病诊疗相关技术文件，编写相关培训教材并承担培训任务。

各级卫生行政部门负责组织、指导、落实辖区内医院胸痛中心建设相关工作，组织、指导、协调各级院前急救指挥体系承担

本地区急性胸痛区域协同救治体系建设的任务，参与本地区的胸痛中心建设，条件成熟时调整本地区院前急救资源，建立“就近与就能力兼顾”的院前急救体系，使急性胸痛患者能够及时送至具备救治能力的医院接受最佳治疗。

四、实施步骤

（一）筹备启动阶段（2017 年 3 月—2017 年 4 月）。

1. 制定下发《广东省胸痛中心创建活动实施方案》。
2. 制定下发《广东省胸痛中心建设标准》。

（二）组织实施阶段（2017 年 4 月—2019 年 12 月）。

1. 每年 4 月份前，各地级以上市卫生计生部门将参加广东省胸痛中心建设的医院名单报省卫生计生委备案；各医院按照活动方案要求，开展“胸痛中心”创建相关工作；各医院胸痛中心成立并实际运行 6 个月后，可向广东省卫生计生委提交《广东省胸痛中心认证申请表》（见附 2）。

2. 广东省胸痛中心协会、广东省介入心脏病学会按照方案要求，每年组织 3 次胸痛中心建设培训会议。

3. 各地卫生计生行政部门定期组织对辖区内医院“胸痛中心”创建活动开展情况进行指导和检查。省卫生计生委将适时组织对全省创建活动开展情况进行指导和督导。

4. 分阶段组织开展“胸痛中心”核查和认证工作。广东省卫计

委组织有关专家，按照《活动方案》和《广东省胸痛中心建设标准》的要求，对申请认证的医院进行核查，对核查合格的单位，授予“广东省胸痛中心”标牌。核查工作分 3 批进行：

（1）第一批“胸痛中心”核查工作（2017 年 11-12 月）。在全省范围内创建不少于 20 个“胸痛中心”，其中三级甲等综合医院胸痛中心不少于 10 个，二级综合医院胸痛中心不少于 10 个，使全省所有地级以上市和佛山市顺德区至少各拥有 1 家“胸痛中心”。通过广东省胸痛中心认证不少于 15 家。

（2）第二批“胸痛中心”核查工作（2018 年 11-12 月）。在全省范围内新增创建不少于 30 个“胸痛中心”，其中各地级以上市的三级综合甲等医院应开展创建活动，每个地级市至少有 1 所二级综合医院开展胸痛中心创建工作。通过广东省胸痛中心认证不少于 15 家。

（3）第三批“胸痛中心”核查工作（2019 年 10-11 月）。在全省范围内继续新增创建不少于 50 个“胸痛中心”，每个地级以上市不少于 50% 的二级综合医院开展胸痛中心创建活动。通过广东省胸痛中心认证不少于 20 家。

（4）省卫生计生委每年在通过“广东省胸痛中心”认证的机构中推荐 5-10 家医院申报中国胸痛中心或中国基层胸痛中心。

（三）总结评估阶段（2019 年 12 月）。

1. 各级卫生行政部门对本辖区创建活动开展情况进行终期总结评估，并于 2019 年 12 月 15 日前将总结评估材料报省卫生计生委。

2. 省卫生计生委组织对全省“胸痛中心”创建活动开展情况进行评估总结。

3. 省卫生计生委组织召开总结会，组织各地区、各医院间交流经验、总结工作，宣传和推广好的做法和经验。

附件：1. 广东省胸痛中心创建活动专家组名单

2. “广东省胸痛中心”认证申请表

附件 1

广东省胸痛中心创建活动专家组名单

专家组组长:

陈纪言	广东省人民医院	主任医师
向定成	解放军广州总医院	主任医师

专家组组员:

王景峰	中山大学第二附属医院	主任医师
杜志民	中山大学第一附属医院	主任医师
李双明	广州市急救中心	主任
张福林	深圳市急救中心	主任
伍贵富	中山大学第八附属医院	主任医师
宾建平	南方医科大学南方医院	主任医师
杨平珍	南方医科大学珠江医院	主任医师
刘世明	广州医科大学第二附属医院	主任医师
董少红	深圳市人民医院	主任医师
刘 强	深圳市孙逸仙心血管病医院	主任医师
唐柚青	解放军广州总医院	副主任医师
李 欣	广东省人民医院	主任医师
詹 红	中山大学第一附属医院	主任医师
将龙元	中山大学孙逸仙纪念医院	主任医师

秘书组:

张金霞	广东省胸痛中心协会秘书/广州总医院副主任医师
夏 斌	中国胸痛中心认证办公室广州分办公室主任
何佩瑜	广东省介入心脏病学会秘书

附件 2

“广东省胸痛中心”认证申请表

申请医院：

申请时间：

广东省卫生与计划生育委员会

医院名称:							
医院地址: (包括分院地址)							
胸痛中心成立时间:							
医院性质:		大学附属 ☐ 省属 ☐ 市属 ☐ 民营 ☐ 其他 ☐					
急救模式:		独立型 ☐ 指挥型 ☐ 依托型 ☐ 其他 ☐					
急诊科类型:		综合急诊 ☐ 专科急诊 ☐					
每年平均收治心肌梗死患者数量				共_____例。			
云平台数据库上填报情况				共____个月, 共计_____例急性胸痛病例。			
拟创建类型:		PCI 版 ☐		年 PCI 总例数:			
				年 PPCI 例数:			
		基层版 ☐		主要再灌注策略:		溶栓 ☐ 转运 ☐ PPCI ☐	
心电图远程 传输方式						网络医院数量	
负责人:	姓名		手机		邮箱		
联络人:	姓名		手机		邮箱		

一、学科带头人简况:

二、学科技术骨干简表

姓名	性别	年龄	专业类别	技术职称	工作年限

三、申请单位审查意见（对胸痛中心建设的经费预算及能否保证计划实施所需人力物力等的具体意见）

院长签名：

单位盖章
年 月 日

四、本地 120 急救系统对胸痛中心建设的意见：

负责人签名：

单位盖章
年 月 日

五、本地卫计委（局）审查意见：

负责人签名：

单位盖章
年 月 日

五、广东省胸痛中心委员会专家组意见:

专家组签名:

年 月 日

六、广东省卫计委批复意见:

单位盖章

年 月 日

附件 2

广东省胸痛中心建设标准 (2017 年版)

为落实国家卫生计生委办公厅《关于提升我国心脑血管疾病急救能力的通知》(国卫办〔2015〕第 189 号)精神,推动广东省胸痛中心的快速、规范发展,提高全省各医疗机构对急性胸痛相关疾病的救治能力和水平,降低急性心肌梗死等重要疾病的死亡率和致残率,在国家制定的《中国胸痛中心认证标准》和《中国基层胸痛中心认证标准》基础上,结合我省实际,特制定本标准。

一、医院支持

(一)医院领导层理解胸痛中心建设的意义,以医院文书形式明确支持胸痛中心建设,为胸痛中心的建设和发展提供人力、资金、流程优化、院内外协调等方面的行政支持。

(二)成立了胸痛中心的组织机构并发布正式任命文件,包括成立医院胸痛中心委员会以及任命负责胸痛中心日常运作的医疗总监、行政总监、协调员和数据管理员。

(三)制订了完善的胸痛中心管理制度:至少包括数据库管理制度、联合例会制度、质量分析会制度、典型病例讨论会制度、培训制度、始终管理制度、奖惩制度等,并有近半年内落实上述制度的客观记录。

(四)实现了全院至少是胸痛中心核心科室的时钟统一:包括时钟统一方案、时钟统一记录。

二、急诊科基本要求

(一)急诊科主任及护士长愿意承担胸痛中心建设任务;

(二)设置了胸痛中心的功能分区:包括分诊台、急性胸痛诊室、抢救室、急性胸痛观察室等区域;

(三)建立了指导急性胸痛快速分诊流程图、急性胸痛鉴别诊断流程图以及急性冠状动脉综合征(ACS)诊疗流程图,并已完成对全体人员的培训、开始执行上述流程图;

(四)急诊室具备床旁心电图检查条件,对于急性胸痛患者,能够在首次医疗接触后10分钟内完成首份心电图;

(五)开展了床旁快速检测肌钙蛋白,并能在抽血后20分钟内获得检验结果;

(六)制订并开始使用急性胸痛时间节点管理表从首次医疗接触开始对急性胸痛诊疗过程进行时间节点管理。

三、专业救治要求

(一)依据最新指南制定了本院ST段抬高急性心肌梗死(STEMI)再灌注策略和流程图并开始实施:

1.对于具备直接经皮冠状动脉介入治疗(PCI)能力的医院应满足以下条件:(1)导管室基本条件:具备能进行急诊冠状动脉介入诊疗的导管室基本设备(状态良好的数字血管影像设备、监护设备——含无创和有创性血流动力学监护设备、呼吸机、除

颤器、心脏临时起搏器、主动脉内球囊反搏仪等生命支持系统)；

(2) 介入人员资质：至少一名以上具备急诊 PCI 能力的介入医师，要求接受过规范的 PCI 技术培训、个人年手术量不低于 50 例；(3) 导管室激活时间小于 30 分钟且能保证 365 天/24 小时全天候开放，若当前不能达到，则应呈现持续改进趋势；(4) 直接 PCI 的月平均进门-球囊 (D-to-B) 时间小于 90 分钟，若当前无法达到，则应呈现逐渐改进趋势；(5) 具备为急性心肌梗死等重症心脏病患者提供完全监护和生命支持条件的监护室。

2. 对于以转运 PCI 策略为主的医院，应满足以下条件：(1) 与至少 1 家以上具有急诊 PCI 能力的胸痛中心医院建立了常规转诊机制，包括与 PCI 医院签订联合救治协议、共同制订 STEMI 再灌注流程图、建立心电图共享平台、远程会诊及转运一键启动机制、绕行急诊直达导管室的机制等，能确保所有 STEMI 患者在 120 分钟内完成转运 PCI，否则应选择溶栓后转运策略；(2) 所有转运 PCI 患者在转运前或转运途中向 PCI 医院传输心电图的比例不低于 75%；(3) 所有转运 PCI 患者绕行 PCI 医院急诊室和冠心病监护室 (CCU) 的比例不低于 50%；(4) 建立了确保本院首诊的 STEMI 患者能在患者进入医院大门后 30 分钟内转出医院 (Door-in-Door-out, DIDO) 的机制，如果当前无法到达 30 分钟，应呈现持续改进趋势；(5) 具备条件的地区应尽可能建立由本地 120 救护车将 STEMI 患者从发病现场直接送至 PCI 医院导管室 (绕行非 PCI 医院) 的机制。

3. 对于以溶栓为首选再灌注策略的医院，应满足以下基本条件：（1）有明确的溶栓场所，为达到在首次医疗接触后 30 分钟内实施溶栓治疗的目标，溶栓场所最好是方便患者快速到达的急诊科抢救室或 CCU，亦可在其它重症监护室，但均必须具备心电、血压、血氧饱和度等的监护条件以及处理再灌注心律失常、心力衰竭、心肺复苏的相应条件，包括相应的抢救设备及人员配备；（2）常备溶栓药物：最好备用特异性纤溶酶原激活剂，溶栓药物的保存地点、领用机制等应能体现尽快溶栓和先救治后收费的原则，为实现在首次医疗接触后 30 分钟内开始溶栓治疗创造条件；（3）溶栓团队：应由急诊和心血管内科/ICU 专业人员组成，能熟练掌握 STEMI 的诊断、溶栓适应症、禁忌症、溶栓药物使用方法、溶栓注意事项、溶栓结果判定标准、各种并发症的处理以及心肺复苏能力，如果值班一线医师不具备上述能力，要有相应的支援机制以确保全天候开展溶栓治疗，在满足进门-溶栓时间小于 30 分钟的基础上，并逐步实现首次医疗接触后 30 分钟内开始溶栓治疗的目标；（4）制订了溶栓筛查表和溶栓操作流程，以指导一线人员进行规范的溶栓治疗；（5）若本院不具备急诊 PCI 条件，应与具有急诊 PCI 能力的医院建立转诊关系，并制定溶栓后转运流程图，包括溶栓后转运时机及转运救护车的安排。

（二）依据最新指南制定并开始实施非 ST 段抬高急性冠状动脉综合症(NSTE-ACS)的诊疗规范，应满足以下条件：

1. 制定了统一的 NSTEMI-ACS 诊治流程图，该流程图必须涵盖各类危险分层的级别、分层标准以及治疗原则；

2. 制定了确保极高危患者和高危患者分别在 2 小时内和 24 小时内完成紧急和早期冠状动脉介入治疗的机制，本院不具备急诊 PCI 条件时应能及时转诊到具有条件的医院进行紧急或早期 PCI 治疗；

3. 已对核心科室人员（急诊科及心血管内科）进行了上述流程图和工作机制的应用培训。

（三）制定了院内发生心脏骤停或急性胸痛的紧急处理流程和快速反应机制，应包括紧急处理流程图、紧急救治责任科室和责任人、联系电话及紧急处理工作内容和时间要求。

（四）制定了主动脉夹层的早期诊疗规范：包括筛查及确诊机制、针对不同类型夹层的诊疗方案，其中重点是 CT 室的激活时间（≤30 分钟）、床旁超声检查激活时间（≤60 分钟）、早期处理规范；对于本院不具备诊断条件和/或治疗条件的医院，应建立及时转诊机制，能够及时将患者转运至具备诊疗条件的医院接受规范诊疗。

（五）制定了急性肺动脉栓塞的早期诊疗规范：包括针对可疑患者的筛查、确诊手段以及根据危险分层的治疗策略，对于具备急诊 CTA 条件的医院应能逐步实现就地完成全部诊疗。

四、与 120 急救指挥中心合作基本要求

各医院的胸痛中心要积极与 120 急救指挥中心合作，使 120

急救指挥中心在本地区胸痛中心建设逐渐成熟后应主动承担起区域协同救治体系建设的协调任务，应满足以下条件：

（一）与当地 120 急救系统签署联合救治协议：包括针对急性胸痛患者的联合救治计划、120 优先将急性胸痛患者分配至胸痛中心、对调度及院前急救人员的培训机制、建立统一的时间节点管理和持续质量改进机制。

（二）指定针对 120 调度和院前人员的培训教育计划。

（三）救护车到达现场后 10 分钟内完成首份心电图，并能在 10 分钟内传输心电图至胸痛中心信息共享平台、将接受直接 PCI 治疗的 STEMI 患者绕行急诊直接送至导管室。

（四）120 调度人员优先将急性胸痛患者调度至就近且建立了省级或国家级胸痛中心的医院。

五、与本地区 5 家以上的基层医院建立了急性胸痛联合救治网络

（一）签署了联合救治协议：包括共同制定 ACS、主动脉夹层、肺动脉栓塞患者的早期诊疗规范、心电图共享平台、根据双方转运距离确定 STEMI 患者的首选再灌注策略、转运机制和联络机制等，有条件的地区应包括双向转诊机制。

（二）针对基层网络医院开展了胸痛中心的相关培训。

（三）已经与基层医院开展了实际的联合救治工作。

六、完成在中国胸痛中心网站注册过程、正式启用云平台数据库，开始规范填报急性胸痛数据

数据库管理并应满足以下全部条件:

(一) 所有进入医院的急性胸痛(明确的创伤性胸痛除外)患者的登记比例应不低于 75%, 应包括各类因急性胸痛就诊于门、急诊或入院患者的基本信息和最后诊断;

(二) ACS 患者的登记比例应达到 100%;

(三) STEMI 患者的录入必须达到 100%, 且各项关键时间节点的填报应齐全, 关键时间节点的缺失率不能高于 10%, 其中院内时间节点记录的有效率应达到 100%。

(四) 数据资料的溯源性: 确保 STEMI 患者的上述关键时间节点可以溯源, 其中发病时间、呼叫 120、到达医院等时间应能从急诊病历(电子病历或复印件)、入院病历、首次病程记录、心电图纸、检验报告、病情告知或知情同意书等原始记录中溯源, 并要求尽可能精确到分钟。

七、持续改进效果

(一) 必须满足的条件:

1. 所有医院均必须满足以下条件:

(1) 对于自行来院或拨打本地 120 经救护车入院的所有急性胸痛患者, 缩短了从首次医疗接触到首份心电图时间, 且要求月平均小于 10 分钟;

(2) 对于 STEMI 患者, 缩短了从首份心电图至确诊的时间, 且要求月平均小于 10 分钟;

(3) 经救护车(包括呼叫本地 120 入院及由非 PCI 医院转

诊患者)入院的 STEMI 患者,从急救现场或救护车远程传输心电图至胸痛中心(实时传输或微信等形式传输,但必须在云平台有客观记录)的比例不低于 30%且在过去 6 个月内呈现增加趋势;

(4) 建立了床旁快速检测肌钙蛋白方法,从抽血到获取报告时间不超过 20 分钟。

2. 以直接 PCI 为首选再灌注策略的医院必须满足的条件:

(5) 对于接受 PPCI 治疗的 STEMI 患者,月平均门-球时间低于 90 分钟,且达标率不低于 75%,并应呈现持续改进趋势;若当前无法达到上述绝对标准,则应呈现明显改进趋势,并应制订促进持续改进的措施,确保持续改进;

(6) 导管室激活时间小于 30 分钟。

3. 以转运 PCI 为首选再灌注策略的医院必须满足的条件:

(5) 所有转运 PCI 的患者,DIDO 时间小于 30 分钟,若当前无法到达,则应呈现逐步缩短趋势,并应制定促进持续改进措施,确保持续改进;

(6) 在过去 6 个月内实施转运 PCI 的患者中,向接收转诊的 PCI 医院传输心电图的比例不低于 50%且呈现增长趋势。

4. 以溶栓为首选再灌注策略的医院必须满足的条件:

(5) 接受溶栓治疗的患者,月平均进门-溶栓开始时间低于 30 分钟,且达标率不低于 75%,并应呈现持续改进趋势;若当前无法达到上述绝对标准,则应呈现明显改进趋势,并应制订促

进持续改进的措施，确保持续改进；

(6) 适合溶栓的患者接受溶栓治疗的比例不低于 70%。

(二) 选择性达标条件：以下条件中以直接 PCI 为主要再灌注策略的医院至少满足 4 项以上，以转运 PCI 或溶栓为主要再灌注策略的医院至少满足 3 项以上：

1. 经救护车入院(包括呼叫本地 120 入院及由非 PCI 医院转诊患者)且接受直接 PCI 治疗的 STEMI 患者，绕行急诊和 CCU 直达导管室的比例不低于 30%，且呈现增高趋势；

2. 自行来院且接受直接 PCI 治疗的 STEMI 患者，绕行 CCU 从急诊科直接送入导管室的比例不低于 50%，且呈现增高趋势；

3. STEMI 患者的死亡率呈现降低趋势；

4. 所有极高危 NST-ACS 患者，2 小时内实施紧急 PCI 的比例呈增加趋势；

5. 所有高危 NST-ACS 患者，24 小时内实施早期介入治疗的比例呈增加趋势；

6. 全部 ACS 患者院内死亡率呈现降低趋势；

7. 全部 ACS 患者院内心力衰竭发生率呈现降低趋势；

8. STEMI 患者中呼叫 120 入院的比例呈现增加趋势；

9. ACS 从首次医疗接触到开始启动抗凝治疗的时间呈现逐步缩短趋势；

10. 对于确诊的 STEMI 患者，从首次医疗接触到使用双联抗血小板治疗的时间呈现逐步缩短趋势。

公开方式：依申请公开

广东省卫生和计划生育委员会办公室

2017 年 3 月 30 日印发

校对：医政处 陈永嘉

(共印 8 份)

