

关于印发江西省卒中中心、胸痛中心建设与管理指南的通知

赣卫医字〔2018〕131号

各设区市卫生计生委、省直有关医疗机构：

为推动建立多学科联合诊疗模式，进一步提升急性心脑血管疾病救治能力，近期，我委组织制定了《江西省卒中中心建设与管理指南（试行）》和《江西省胸痛中心建设与管理指南（试行）》（以下简称《指南》），现印发给你们，并提出如下要求，请一并贯彻落实。

一、高度重视卒中中心和胸痛中心建设

急性心脑血管疾病严重威胁群众生命安全，起病急、病情重、病死率和致残率高。开展卒中、胸痛中心建设，对于构建新型急危重症患者分级救治体制机制，提升全省急危重症救治能力，助力精准健康扶贫，推进健康江西建设，具有十分重要的意义。各地、各单位要高度重视，把卒中、胸痛中心建设作为创新急诊急救服务模式、促进区域急危重症救治资源整合、提升急救急诊服务能力的健康工程和民心工程，加强管理指导，规范辖区内卒中、胸痛中心建设。各有关医疗机构要按照《指南》要求，进一步加强相关临床专科能力建设，建立多学科联合诊疗服务模式，健全卒中、胸痛中心建设管理体制机制，落实相关诊疗指南、技术操作规范和临床路径，保障医疗质量与安全。

二、构建完善急性心脑血管疾病救治网络

各地要根据当地人口规模、医疗服务需求和医疗资源布局等情况，优化急性心脑血管疾病救治资源配置，鼓励支持医疗机构开展卒中、胸痛中心建设，不断完善急性心脑血管疾病区域协同医疗救治网络，推动建立急性心脑血管疾病分级诊疗救治体系。力争到2018年底，全省建成1级卒中、胸痛中心各不少于1个，2级卒中、胸痛中心各不少于11个；到2019年底，建成1级卒中、胸痛中心各不少3个，2级卒中、胸痛中心各不少于20个，3级卒中、胸痛中心各不少于50个；到2020年底，建成1级卒中、胸痛中心各不少于5个，2级卒中、胸痛中心各不少于30个，3级卒中、胸痛中心各不少于100个，在全省基本形成城乡一体的卒中、胸痛救治网络。

各设区市卒中、胸痛中心建设计划安排，请于2018年8月31日前报送省卫生计生委医政医管处。

三、积极推进急性心脑血管疾病救治协调联动

实现院前急救与院内急诊的无缝衔接，是提升急性心脑血管疾病救治成功率、降低致残致死率的重要环节。各级卫生计生行政部门要在完善院前医疗急救体系基础上，指导、协调、推进院前急救体系与卒中、胸痛中心无缝衔接，制定科学、有序、高效的院前急救和院内急诊转接流程，实现卒中、胸痛患者正确转诊和快速救治。加快推进区域信息化建设，建设远程心电、远程影像、远程会诊等系统，促进院前急救与卒中、胸痛中心间互联互通、信息共享。各级胸痛、卒中中心间要组建医疗联合体，健全分工协作机制，推动实行分级诊疗、分阶段康复，确保胸痛、卒中患者能够得到及时、规范、连续的诊疗康复服务。鼓励1级卒中、胸痛中心配备符合要求的院前急救车辆，并按照院前急救指挥平台统一调度参与院前急救工作。

四、充分调动和发挥专家技术指导作用

为调动和发挥专家技术指导作用，规范推进全省卒中、胸痛中心建设，前期我委已组建江西省卒中、胸痛中心专家组（赣卫办医字〔2018〕18号），并明确由省人民医院、南昌大学第二附属医院分别牵头负责卒中中心、胸痛中心建设推进工作。两所牵头医院要认真履责，组建全省卒中、胸痛中心建设联盟，制订省专家组工作规则和工作流程，研究制定卒中、胸痛中心建设评估细则，拟定申请受理流程，并依托专家组，组织开展卒中、胸痛中心建设评估验收、监督检查、复核评估、调查研究、技术咨询、科研教育等工作，做好培训宣传和相关学术交流合作。各设区市要积极组建本级

卒中、胸痛中心专家组，指定医院牵头负责推进本辖区卒中、胸痛中心建设，并为专家参与工作提供支持和保障。各有关专家要发挥专业优势和社会影响力，利用多种形式面向社会传播健康知识和急救知识，引导群众养成健康生活方式，控制急性心脑血管疾病高危因素，降低急性心脑血管疾病发病率，提高患者及时就诊意识。

自本通知印发之日起，前期已取得国家卒中、胸痛中心认证的省内医疗机构，由省级牵头医院对照《指南》标准，确定我省相应级别授牌；其他医疗机构应先取得省级授牌后，方可申办国家认证授牌。

省卫生计生委医政医管处联系人：许先来、徐海港，联系电话：0791-86252562、0791-86257387。

省人民医院联系人：王丽君，联系电话：135****5677。

南昌大学第二附属医院联系人：杨人强，联系电话：139****7790。

附件：1. 江西省胸痛中心建设与管理指南（试行）.docx

2. 江西省卒中中心建设与管理指南（试行）.docx

省卫生计生委

2018年7月18日

江西省卒中中心建设与管理指南

(试行)

卒中中心是指医院为加强脑卒中救治而建立的区域协同多学科诊疗模式,负责为脑卒中患者提供及时、全面、系统的监护、评估、诊断和医疗服务。为提高我省脑卒中的预防和诊治水平,构建脑血管疾病多学科联合协助医疗救治及规范化的诊疗服务体系,探索建立以病人为中心的多学科合作模式,推动我省卒中中心建设,根据《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》(国卫办医函〔2015〕189号)和《关于印发医院卒中中心建设与管理指导原则(试行)的通知》(国卫办医函〔2016〕1235号)有关要求,结合我省实际情况,制定本指南。

一、功能定位

(一) 1 级卒中中心

具备收治全省卒中患者的条件和水平,能够为患者提供基于循证医学证据的规范化诊治;承担收治下级卒中中心或其他医疗机构转诊的重症和疑难卒中患者;参与指导帮助具备条件的省级、设区市级、县级医院建设符合要求的各级卒中中心;参与建立卒中中心联动工作机制,搭建三级卒中患者转诊及远程会诊、救治体系;参与建立省卒中高危人群筛查、住院及随访数据库,为预防卒中发生,提高卒中救治质量,以及制定相关卫生政策,提供信息支撑;参与全省卒中中心的业务指导和技术培训工作;参与全省卒中急救知识宣传教育工作;参与区域“卒中急救地图”建设,加强院前急救、基层医院与卒中中心医疗机构急诊的衔接,缩短患者救治时间。

(二) 2 级卒中中心

具备收治本区域卒中患者的条件和水平，能够为患者提供基于循证医学证据的规范化诊治；承担收治下级卒中中心或其他医疗机构转诊的重症和疑难卒中患者；具备运送重症和疑难卒中患者至上级医院救治的能力；参与本设区市卒中急救知识宣传教育工作。

（三）3 级卒中中心

具备收治本县域内卒中患者的条件和水平；具备运送重症和疑难卒中患者至上级医院救治的能力；参与本县域内卒中急救知识宣传教育工作。

二、建设条件

（一）基本要求

1.1 级卒中中心：三级甲等综合医院或相关专科医院，设置神经内科、神经外科、急诊医学科、医学影像科、重症医学科、介入医学科、康复医学科等与卒中诊疗相关的诊疗科目。

2.2 级卒中中心：三级综合医院或相关专科医院，设置神经内科、神经外科、急诊医学科、医学影像科、重症医学科、介入医学科、康复医学科等与卒中诊疗相关的诊疗科目。

3.3 级卒中中心：二级及以上综合医院或相关专科医院，设置神经内科、神经外科、急诊医学科等与卒中诊疗相关的诊疗科目。

（二）人员、设备和技术要求

各级卒中中心应当具备与其医院级别、功能和任务相适应的场所、设施、设备、药品和技术力量，以保障急诊医疗工作安全、有效开展。各级卒中中心需整合神经内科、神经外科、神经介入（1 级、2 级卒中中心要求）、急诊、重症医学、康复医学、药学、医学影像、检验、护理等医疗资源，组建卒中救治团队，实现对卒中患者特别是急性卒中患者进行高效、规范的救治。急诊医疗区域应当保持通风良好，候诊区应能够容纳急诊设计的就诊患者量，建筑格局和设施应当符合医院感染管理的要求。其功能区域设置应当包括：急诊分诊区、急诊诊断区、急诊抢救室、急诊留观室及重症监护病房（ICU）。

1.3 级卒中中心

- (1) 设有神经内科专业组或科室，开设床位 ≥ 20 张。
- (2) 设有卒中专科门诊。
- (3) 能开展早期康复治疗。
- (4) 设有急诊科，急诊科与院前急救机构紧密合作，按相应流程进行有效接诊、分诊和转诊。
- (5) 设有满足重症卒中患者救治标准的重症监护病房。
- (6) 设有可提供“24 小时 $\times$ 7 天”血常规、生化、凝血等常规检查的实验室。
- (7) 设有可提供“24 小时 $\times$ 7 天”CT 扫描的医学影像科室，为卒中患者开通优先检查的绿色通道服务。
- (8) 建立卒中患者住院登记及随访登记数据库，能够定期上传数据。
- (9) 具备以下人员，并符合相关资质要求：
 - ①设有卒中中心主任，中心主任为神经内科或神经外科专业，具有副主任医师（或以上）专业技术职务任职资格；每年需参加一次省级以上脑血管病相关医学继续教育项目；每年诊断和治疗的脑血管疾病患者 ≥ 100 例；
 - ②具有急诊科医师：所有急诊科医师必须至少接收过一次卒中中心的卒中急救培训；每年至少评估急性卒中救治情况 2 次；每年参加 2 次及以上有关急诊医疗服务的继续教育；
 - ③具有卒中小组：小组成员具有主治（或以上）专业技术资格；能够“24 小时 $\times$ 7 天”全天候应诊；受过卒中专业培训；具备接到急诊电话后，15 分钟内对疑似卒中患者进行评估的能力；
 - ④神经内科专科医师：具有至少 1 名脑血管病专业的神经内科专科医师；至少 3 名医师经过高级卒中中心培训并获得认证；
 - ⑤康复师：经过康复专业培训并获得认证的医务人员；
 - ⑥超声医师：具有超声科从业人员工作资质；能熟练按照卒中患者病因筛查的需要完成

相关颈部、颅内及心脏的超声检查。

⑦具有相关科室人员，包括：放射科诊断医师和技师，检验科医师，和经过卒中专业培训的护理人员。

(10) 具备以下诊断技术：

①“24 小时×7 天”的头颅 CT 平扫，拟静脉溶栓患者，能够在到院后 25 分钟内开始检查；

②“24 小时×7 天”的血常规、血生化及凝血谱实验室检查，拟静脉溶栓患者，实验室能在患者到院后 45 分钟内出具检查结果；

③“24 小时×7 天”的心电图检查；

④颈动脉超声检查；

⑤“24 小时×7 天”的胸部 X 线检查；

⑥经颅多普勒检查。

(11) 具备以下卒中急性期的治疗技术能力：

①rt-PA 或尿激酶静脉溶栓技术：所有患者必须在急诊就诊时根据目前指南评估是否适合静脉溶栓治疗。适宜静脉溶栓的急性缺血性卒中患者，急诊就诊到开始给予药物溶栓的目标时间应当 ≤ 60 分钟（其中到达急诊至开始 CT 检查的时间 ≤ 25 分钟）；

②预防卒中并发症，包括跌倒风险评估、吸入性肺炎、深静脉血栓、压疮、骨折、应激性溃疡和消化道出血等；

③能“24 小时×7 天”的通过与高级卒中中心及以上医院的合作，为患者及时实施去骨瓣减压术或血肿清除术。

(12) 具备为患者提供二级预防服务的能力：

①为患者提供戒烟咨询及脑血管病的健康教育；

②出院时使用抗血小板药物、他汀类药物；

③出院时伴有心房颤动的缺血性卒中患者口服抗凝剂（华法林或新型抗凝药）的治疗；

④住院/出院时血压、血糖、血脂、同型半胱氨酸等危险因素的治疗措施。

（13）具备根据患者情况量身定制康复治疗内容的能力，康复治疗内容应遵循以下标准：

①在病情稳定和卒中严重程度允许的情况下，尽早实现早期活动和规范康复治疗。

②早期活动和运动治疗至少 1 次/天。

（14）具备监测和随访技术：

①根据病情需要，给予心率、血压、呼吸、血氧饱和度及体温等床旁 24 小时生命体征监测；

②在入院、出院时完成神经功能评估（推荐使用美国国立卫生研究院卒中量表（NIHSS）。

（15）具备教学科研能力：

①医院卒中诊疗相关专业的医务人员应每年至少参加一次与脑血管病相关的医学继续教育项目；

②加入江西省卒中中心的数据库登记系统，定期上传及核对数据。

2.2 级卒中中心

在 3 级卒中中心的基础上，具备如下要求：

（1）设有符合设置标准的脑血管病病房，开设床位 ≥ 30 张；

（2）设有符合设置标准的重症监护病房（ICU）；

（3）设有卒中专科门诊，能够开展规范的卒中筛查、高危人群干预及随诊；设有卒中康复门诊；

（4）设有可提供 CT（ ≥ 64 排）扫描的医学影像科室，为患者提供“24 小时 $\times$ 7 天”的头颅影像学检查；

（5）设有介入手术室，为患者实施“24 小时 $\times$ 7 天”介入治疗；

（6）建立卒中患者住院登记及随访登记数据库，设专人管理，负责数据的上传、统计

与分析：

（7）相关人员资质：

①设有卒中中心主任，中心主任为神经内科或神经外科专业，具有主任医师专业技术职务任职资格；每年至少参加 2 次国家级脑血管病相关会议；每年诊断和治疗的脑血管疾病患者 ≥ 200 例；

②具有神经介入医师：有 2 人以上组成的神经介入团队，负责人具有 3 年以上从事神经介入诊疗工作经验，团队年手术量 ≥ 100 台，其中颅内支架治疗量 ≥ 10 台，急诊动脉内取栓 ≥ 5 台，严重并发症 $\leq 3\%$ ；

③具有神经外科医师：具备能够实施神经外科各种急救手术的能力，“24 小时 $\times$ 7 天”全天候应诊；每年完成动脉瘤夹闭术 ≥ 5 例、去骨瓣减压术 ≥ 10 例、血肿清除术 ≥ 30 例；

④具有重症（ICU）医师：能够“24 小时 $\times$ 7 天”全天候应诊；高年资 ICU 医师每年参加急性卒中诊疗的继续教育；

⑤具有急诊和重症监护护士：急诊护士每年至少参加 2 小时关于急性卒中的继续教育；重症监护室护士每年至少参加 8 小时关于卒中诊疗的继续教育；

⑥具有相关科室人员，包括心脏超声、颈动脉超声及 TCD 技师和医务管理人员。

（8）诊断技术：

①CT 血管造影（CTA）；

②头颅 MRI 扫描，包括 T1、T2、弥散加权成像（DWI）、磁共振血管造影（MRA）、磁共振成像液体衰减反转恢复序列（FLAIR）、磁共振静脉造影（MRV）及增强扫描；

③能够进行“24 小时 $\times$ 7 天”全脑血管造影。

（9）治疗技术：

①能“24 小时 $\times$ 7 天”为患者及时实施血管内治疗；

②能“24 小时 $\times$ 7 天”为患者及时实施去骨瓣减压术或血肿清除术；

③能“24 小时×7 天”为患者实施动脉瘤夹闭术或介入治疗。

(10) 教学科研：能开展急性脑血管病的诊治技术规范培训。

3.1 级卒中中心

在 2 级卒中中心的基础上，具备如下要求：

(1) 设有独立的、符合设置标准的脑血管诊疗病房。

(2) 设有独立的、符合设置标准的神经科重症监护病房（NICU），床位数≥10 张；病房高级技术职称医师≥2 人，护士长为主管护师或具有 5 年以上工作经验，病房床位/护士配比为 1：1.5-1.8。

(3) 设立固定的卒中中心诊疗团队，团队由神经内科、神经外科、神经介入、神经放射诊断、检验及神经重症监护医师组成，能够“24 小时×7 天”全天候应诊，具备 24 小时动、静脉溶栓的能力。设立脑血管病急诊窗口，保证卒中中心绿色通道畅通。

(4) 设有医学影像科室，具备 CT（≥64 排）、MR（≥3.0）、DSA 设备，可提供“24 小时×7 天”的头颅影像学检查。

(三) 建设要求

1. 建立绿色通道

(1) 与院前急救系统紧密联动，方便患者最短时间和路途转运，具备卒中常见临床表现识别和处理能力，对农村偏远地区的病患转运，有电话组织、指导卒中相关事项处理能力。

(2) 在医院周边地区的主要交通要道、医院门诊、急诊的入口处设置醒目的卒中中心或急诊的指引和标志；急诊科分诊、挂号、诊室、收费、抽血、检验、药房等均应有卒中优先标识；分诊区有规范的卒中患者分诊流程图，指引分诊护士将患者分流不同急诊区域；急诊分诊台易于识别，并有醒目的标识指引急性卒中患者得到优先分诊。

(3) 10 分钟内完成 NIHSS 评分和初步病情评估；15 分钟内急诊卒中团队成员到场；30 分钟内完成 CT 检查和阅片；45 分钟内可见检验学报告；急诊病历可见确切时间记录。

（4）溶栓要求：具有标准静脉溶栓流程、指导手册；患者急诊入门到接受溶栓治疗时间（DNT）中位数时间在 60 分钟以内；具有溶栓并发症处理记录；规范的溶栓信息统计、分析，每月至少 1 次讨论会、持续改进的总结记录。

（5）神经外科具有支持急诊手术的能力。

（6）具有成熟的转诊制度。

2. 规范救治流程

（详见附 1）

3. 建立信息共享

1 级卒中中心与 2 级、3 级卒中中心之间建立包含远程会诊、微信群、手机短信、传真等多种形式为一体的信息共享平台，该信息共享平台实现信息共享，1 级、2 级卒中中心与当地 120 院前急救建立实时信息传输系统，逐步扩大到 3 级卒中中心，以便及时为其提供技术支持。鼓励 1 级卒中中心与国家高级卒中中心或示范中心建立远程会诊制度或专家现场会诊制度。

三、组织管理

（一）成立卒中中心委员会

由院内相关临床科室、医技科室和职能科室组建卒中中心委员会，主任由院长或分管医疗业务的副院长担任，副主任由具有神经内科或急诊专业背景的副高级以上专业技术职务任职资格的医师担任。委员会下设办公室，办公室可设置在医务科或质控科内。

医院卒中中心委员会负责组织协调卒中中心相关科室和人员，建立协同联动机制，做到持续改进；按照相关疾病诊疗指南、技术操作规范和临床路径，制定脑卒中救治预案和工作协调机制；建立例会制度，每季度召开例会，特殊事件随时召开紧急会议讨论，提高运行效率。

（二）设立卒中中心卒中健康管理师

卒中健康管理师须经专业培训的中级以上职称临床医护人员担任。卒中健康管理师承担院内卒中患者的心理、营养等综合评估，健康管理和专业随访等工作，协助建立良好的医患沟通桥梁，增强患者对治疗和随访的依从性，达到加强对卒中患者的规范管理，降低卒中发病率和复发率的目的。

（三）建立联动协作机制

1. 院前急救机构应发挥相应功能，能够识别急性卒中患者，能够使用院前卒中量表对患者进行评估，能够在发病现场和转运途中稳定患者状态并对患者实施治疗，能够协助确定卒中的发病时间，能够将患者目前正在服用的药物一并携带到接诊医院，能够与接诊医院的医师进行准确、有效的交接。

2. 1 级卒中中心与当地 120 建立制度化联动机制，签订协议，建立网络信息系统对接；2 级卒中中心可通过电话、网络与其辖区内 3 级卒中中心、当地 120 进行制度化对接。

3. 1 级与 2 级、3 级卒中中心建成卒中救治中心医联体，能够通过电话、网络（远程会诊）等技术手段完成急救信息联动，提供咨询、会诊、人员培训和技术指导，并签署培训指导、技术支持和转诊等协议书。2 级可通过电话、网络等技术手段与其辖区内 3 级卒中中心完成急救信息联动，并签署转诊等协议书。

4. 各级卒中中心与区域内社区卫生服务中心或乡镇卫生院等机构共同建立卒中防治网络，开展卒中防治相关工作，实现现场识别卒中患者、快速合理的转运患者、提供标准化的卒中诊断和治疗技术的目标。

（四）开展培训、宣传及科研

1. 1 级卒中中心每年至少举办 1 次脑卒中急救相关继续教育学习班，开展神经内科专科医师和院前急救队伍卒中救治培训工作。2 级、3 级卒中中心每年至少组织 1 次乡镇卫生院和社区卫生服务中心从业人员及本院全员卒中防治（康复）培训班。

2. 各级卒中中心每年至少举办 1 次社区脑卒中预防相关的普及教育活动，向公众倡导、

普及健康生活行为方式。

3. 有条件的 1 级卒中中心应建立卒中研究所,开展脑卒中相关的基础研究及临床研究工作,配有专职研究人员。

(五) 建立质量控制考核

1. 质量控制指标

(详见附 2)

2. 评估、授牌及撤销机制

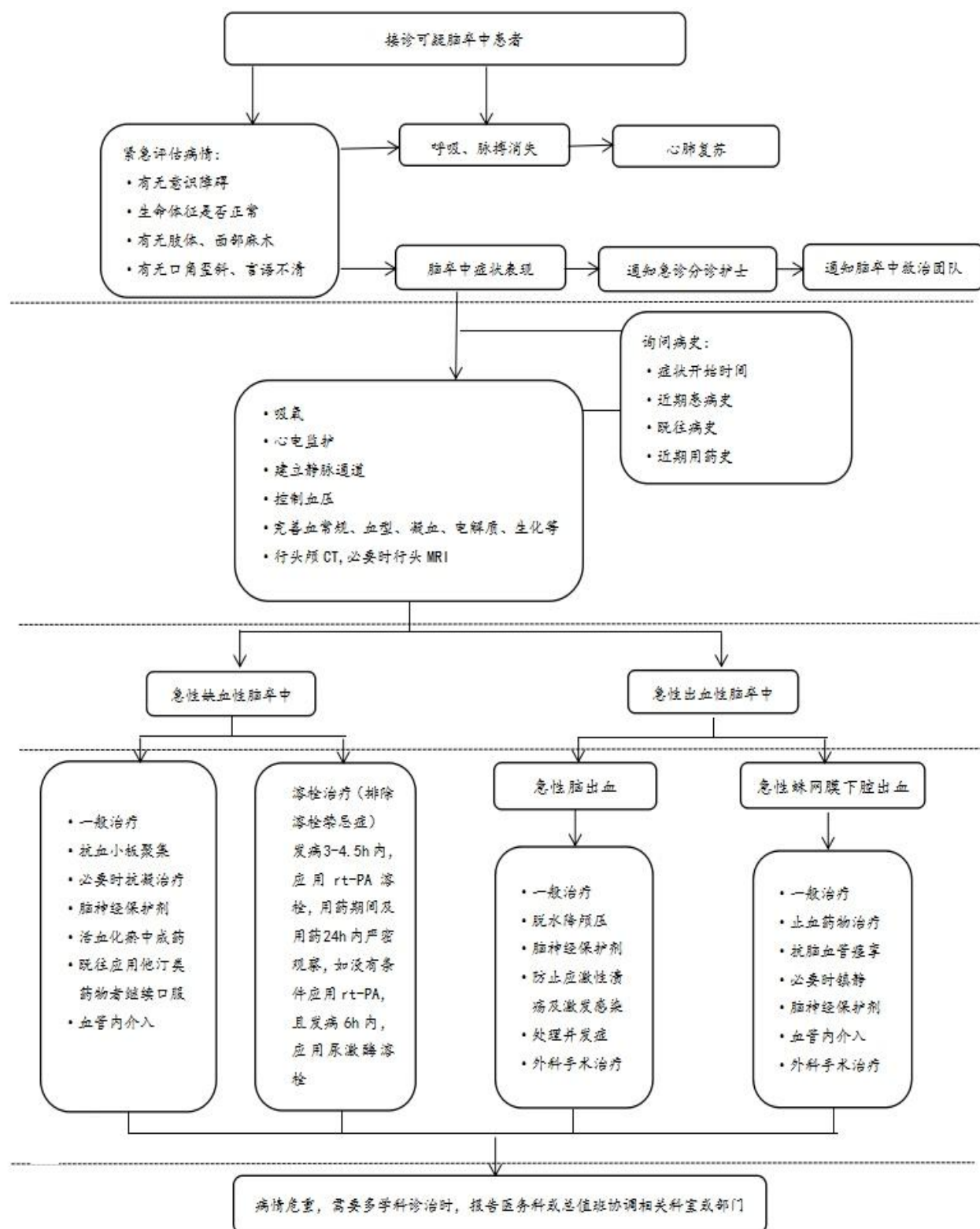
(1) 省卫生计生委委托省卒中中心建设专家组负责各级卒中中心的申请受理、评估、复核等工作。

(2) 创建医院提出卒中中心建设申请且运行 6 个月后,省卒中中心建设专家组抽调专家进行现场评估。经评估合格后,由省卫生计生委授予相应级别的卒中中心。

(3) 省卒中中心建设专家组每年组织对卒中中心开展一次暗访,每三年对卒中中心进行复核,并根据暗访和复审结果决定其等级升降,对未达相应卒中中心标准的医院撤销授牌。

附 1 急性脑卒中绿色通道管理救治流程

附 2 卒中中心诊疗流程和质量控制指标



卒中中心诊疗流程及质量控制指标

1. 卒中患者抵达急诊接受 NIHSS 评分的比例。
2. 缺血性卒中患者在溶栓时间窗内接受静脉溶栓患者的比例。
3. 在抵达医院 60 分钟内，急性缺血性卒中患者接受静脉溶栓患者的比例。
4. 在发病 6h 内到达医院的急性缺血性卒中患者，从到达急诊至开始做多模式头颅 CT/CTA 或 MRI/MRA 的时间，完成头颅 CT<25 分钟的比例。
5. 对急性缺血性卒中患者，从入院到开始血管内治疗的时间。
6. 对缺血性卒中患者，在静脉溶栓治疗 36h 内发生症状性颅内出血的患者比例。
7. 对急性缺血性卒中患者，在接受血管内治疗的 36h 内发生明显颅内出血的患者比例。
8. 对接受静脉溶栓或血管内治疗的急性缺血性卒中患者有治疗后 90 天 mRS 记录的患者比例。
9. 诊断性全脑血管造影检查术后 24 小时内患者的卒中发生率和死亡率。
10. 接受 CEA 或 CAS 治疗的患者在 30 天内卒中发生率和死亡率。
11. SAH、ICH、AVM 患者入院时病情严重程度评估率。
12. 48 小时内动脉瘤破裂导致的 SAH 患者从就诊到行动脉瘤夹闭或介入术治疗的平均时间。
13. AVM 导致的卒中患者在 30 天内行外科或血管内治疗的比例。
14. 卒中患者行去骨瓣减压、血肿清除术的比例及死亡率。
15. 卒中患者行脑室外引流的比例及死亡率。
16. 与华法林治疗相关的颅内出血率；INR 升高（ $INR > 1.4$ ）患者从入院到给予促凝血治疗后 INR 达标的平均时间。
17. 各类型卒中，颅内动脉狭窄，SAH 或 TIA 患者入组相关临床试验研究的比例。

江西省胸痛中心建设与管理指南

（试行）

为进一步规范和提高我省急性心肌梗死、主动脉夹层、肺动脉栓塞三大致死性急性胸痛患者早期救治水平，保证医疗质量和医疗安全，推动江西省胸痛中心快速、规范发展，根据《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》（国卫办医函〔2015〕189 号）和《关于印发胸痛中心建设与管理指导原则（试行）的通知》（国卫办医函〔2017〕1026 号）有关要求，结合我省实际情况，制定本指南。

一、功能定位

1 级胸痛中心

承担全省胸痛患者及下级胸痛中心或其他医疗机构转诊的重症患者的救治；帮助具备条件的省级、设区市级、县级医院胸痛中心的建设；开展全省胸痛中心的业务指导和技术培训工作；依托云平台，建立我省胸痛中心信息库，为我省胸痛相关卫生政策，提供信息支撑。

2 级胸痛中心

承担本区域胸痛患者及下级胸痛中心或其他医疗机构转诊的胸痛患者救治；指导开展本区域胸痛中心的业务指导和技术培训工作；具备运送重症患者至上级医院救治的能力。

3.3 级胸痛中心

具备对本县域内胸痛患者进行相应处理的能力；具备运送胸痛患者至上级医院救治的能力。

二、建设条件

（一）基本要求

1.1 级胸痛中心：三级甲等综合医院或相关专科医院，设置心血管内科、呼吸内科、心血管外科、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。

2.2 级胸痛中心：三级综合医院或相关专科医院，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。

3.3 级胸痛中心：二级及以上综合医院或相关专科医院，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。

（二）人员、设备和技术要求

胸痛中心需具备针对 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，此外尚需满足以下条件。

1.1 级胸痛中心

（1）能够随时为急性胸痛患者提供床旁心电图、床旁肌钙蛋白、CT/CTA 以及心脏超声等检查。

（2）急诊科具备胸痛诊察室，胸痛留观室及胸痛专用抢救床位。

（3）设置心脏重症监护室（CCU）。

（4）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。

（5）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，具备胸痛患者的综合抢救能力。

（6）能够开展 ECMO 治疗。

（7）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。

(8) 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。

2.2 级胸痛中心

(1) 能够随时为急性胸痛患者提供床旁心电图、床旁肌钙蛋白、CT/CTA 以及心脏超声等检查。

(2) 急诊科具备胸痛诊察室，胸痛留观室及胸痛专用抢救床位。

(3) 设置心脏重症监护室（CCU）。

(4) 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。

(5) 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。

(6) 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。

3.3 级胸痛中心

(1) 能够随时为急性胸痛患者提供床旁心电图、床旁肌钙蛋白、CT 以及心脏超声等检查。

(2) 急诊科具备胸痛诊察室，胸痛留观室及胸痛专用抢救床位。

(3) 设置心脏重症监护室（CCU/ICU）。

(4) 具备开展急性心肌梗死、急性肺动脉栓塞溶栓治疗和张力性气胸紧急持续性引流等治疗的相关条件。

(5) 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。

(6) 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。

(三) 建设要求

1. 建立绿色通道

医疗机构标识清楚，诊室布局合理，在预检分诊、患者就诊、检查检验、收费、取药等环节，明确急性胸痛患者优先原则，并建立完善胸痛中心相关管理制度。有条件的医疗机构，可推行“先诊疗、后付费”。

2. 规范急救流程

建立胸痛患者早期快速识别和分诊机制，制定急性胸痛分诊流程、鉴别诊断流程及转诊流程，形成以胸痛中心为基础的多学科联合诊疗模式，对胸痛患者进行“早期识别、危险分层、正确分流、科学救治”。

3. 建立信息共享

1 级胸痛中心与 2 级、3 级胸痛中心之间建立包含远程会诊、微信群、手机短信、传真等多种形式为一体的信息共享平台，1、2 级胸痛中心与当地 120 院前急救建立实时信息传输系统，逐步扩大到 3 级胸痛中心，以便及时为其提供技术支持。鼓励 1 级胸痛中心与国际 1 级胸痛中心建立远程会诊制度，与国内 1 级胸痛中心建立远程会诊制度及专家现场会诊制度。

三、组织管理

（一）成立胸痛中心委员会

由院内相关临床科室、医技科室和职能科室组建胸痛中心委员会，主任由院长或分管医疗业务的副院长担任，副主任由具有心血管内科或急诊专业背景的副高级以上专业技术职务任职资格的医师担任。委员会下设办公室，办公室可设置在医务科或质控科内。

胸痛中心委员会负责组织协调胸痛中心相关科室和人员，建立协同联动机制，做到持续改进；针对心源性和非心源性胸痛患者，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；建立例会制度，每季度召开例会，特殊事件随时召开紧急会议讨论，提高运行效率。

（二）建立联动协作机制

胸痛中心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，搭建救治信息共享平台，实现院前急救与院内救治无缝衔接，不断提高救治效率。

（三）开展培训、宣传及科研

1. 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。

2. 建立专人负责胸痛患者信息登记、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，并以此为基础开展各项科学研究，为提升医疗质量和医疗安全提供科学依据。

3. 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。

（四）建立质量控制考核体系

1. 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。

（1）基础指标

①胸痛患者首诊时心电图检查比例。

②从就诊到完成首份心电图的时间。

③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（实时或微信传输）至胸痛中心的比例。

④全部 STEMI 患者中接受早期再灌注（包括溶栓和直接 PCI）的比例。

⑤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。

⑥D-二聚体和肌钙蛋白等联合检测的比例。

⑦怀疑肺栓塞患者完成肺动脉 CT 血管造影检查的时间。

⑧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。

⑨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。

（2）分类指标（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，从进入本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，从所有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所有转运 PCI 患者绕行 PCI 医院急诊科和冠心病监护室（CCU）的比例；

⑤危重的急性肺动脉栓塞患者，从诊断到开始静脉溶栓的时间；存在溶栓禁忌证的患者，从诊断到开始实施导管碎栓、溶栓或手术取栓的月平均时间。

⑥危重急性肺动脉栓塞无禁忌症患者的静脉溶栓率。

（3）分类指标（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无禁忌症的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 STEMI 患者，接受溶栓治疗的比例；接受溶栓治疗的全部 STEMI 患者，入院至开始溶栓的月平均时间。

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；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）。

2. 评估、授牌及撤销机制

（1）省卫生计生委委托省胸痛中心建设专家组负责各级胸痛中心的申请受理、评估、复核等工作。

（2）创建医院提出胸痛中心建设申请且运行 6 个月后，省胸痛中心建设专家组抽调专

家进行现场评估。经评估合格后，由省卫生计生委授予相应级别的胸痛中心。

（3）省胸痛中心建设专家组每年组织对胸痛中心开展一次暗访，每三年对胸痛中心进行复核，并根据暗访和复审结果决定其等级升降，对未达相应胸痛中心标准的医院撤销授牌。

附 胸痛中心相关专业技术人员和核心科室基本要求

附

胸痛中心相关专业技术人员和核心科室 基本要求

根据是否具备直接经皮冠状动脉介入治疗（primary percutaneous coronary intervention, PCI）能力，将胸痛中心分为以下两种主要类型，分别提出不同的要求和定位。

一、具备 PCI 能力的胸痛中心

（一）人员要求

1. 具有 1-2 名接受过规范培训、具备 PCI 能力的主治医师以上专业技术人员任职资格的心血管内科医师，且人均年 PCI 手术量不低于 50 例，或与具有多名冠脉介入资质医师的上级医院科室签订合作协议。

2. 具有至少 1-2 名经过介入辅助技术培训、熟悉介入手术室工作流程的专职护士，且每年至少接受 1 次的介入诊疗和 ACS 的新知识培训。

3. 具有经过专门培训且获得相应资质的放射技术人员。（二）设备要求

具有数字血管影像设备大型 DAS 机器，以及满足急诊 PCI 需要的基本设备和耗材（包括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）

（三）心血管内科要求

1. 心血管内科在当地具有相对的区域优势，能为本地区医疗机构提供心血管相关急危重症抢救、疑难复杂疾病诊疗以及继续教育等服务和技术支持。

2. 配备至少 2 张心血管内科监护病床（coronary care unit, CCU）或 2 张重症监护床位。

3. 介入手术室过去 1 年 PCI 手术量不少于 100 台，急诊 PCI（包括 PCI 及补救性 PCI）不少于 25 台。

4. 介入手术室具备全天候开放能力。

5. 介入手术室从启动到开放（最后一名介入人员到达介入手术室）时间不超过规定时间。若暂时不能达到时间要求，应有明确的改进措施。

6. 如果遇到介入手术室临时不可用的情况，应启动应急预案，确保高危患者能立即接受治疗。

二、不具备 PCI 能力的胸痛中心

（一）人员要求

有至少 2 名从事心血管内科临床工作至少 3 年的医师，同时满足以下两个条件：

1. 获得中级专业技术人员任职资格或在三级医院心血管内科进修半年以上。
2. 近三年每年均有参加 ACS 相关继续教育的证明。

（二）心血管内科要求

1. 具备开展心血管内科常见疾病诊疗的基本条件，能够开展心血管系统疾病重症患者的监护。

2. 收治心血管疾病患者的开放床位不少于 20 张，其中包括至少 2 张重症监护床位。

3. 每年接诊和向上转诊的急性心梗患者不少于 20 例（同一患者不重复计算）。

4. 制定 ACS 患者双联抗血小板治疗流程，药物应用剂量符合相关指南要求。

三、急诊科基本要求

（一）入口处应配备足够数量的轮椅和担架车。

（二）分诊处应易于识别且靠近抢救室，方便步行患者进入时发现，并有清晰的标识指

引急性胸痛患者优先分诊；配置电话及急救相关的联络系统，建立与院前急救的救护车、向
本院转诊患者的基层医院的联络机制，以便院内、院前的沟通协调；常备记录表，用于急性
胸痛患者时间管理；有标准的急性胸痛患者分诊流程图，指引分诊护士在初步评估后将患者
分流至胸痛诊室、急诊抢救室、留观室或直接送入介入手术室。

（三）建立急性胸痛诊室（专用或兼用）、急诊抢救室（或急诊监护室）、留观室等功
能区域，配备急性胸痛患者诊疗和抢救所需的设备设施和药物（例如心电图机、供氧系统、
监护仪、除颤器、呼吸机等急救器材和急救药品）。

（四）具备 24 小时床旁心电图检查条件，确保在规定时间内完成首份 12 导联或 18 导
联（怀疑下壁和正后壁心肌梗死）心电图检查。有条件的医疗机构，对急性胸痛患者首份心
电图可实行“先诊疗、后付费”，缩短患者等待时间。

（五）配备床旁肌钙蛋白、D-二聚体的快速检测设备，确保在规定时间内获得检测结果。