



赤峰市医院
CHIFENG MUNICIPAL HOSPITAL

敬业 求精 诚信 创新

胸痛中心认证标准第六版 解读与思考

赤峰市医院胸痛中心 孙显东
2020年12月26日

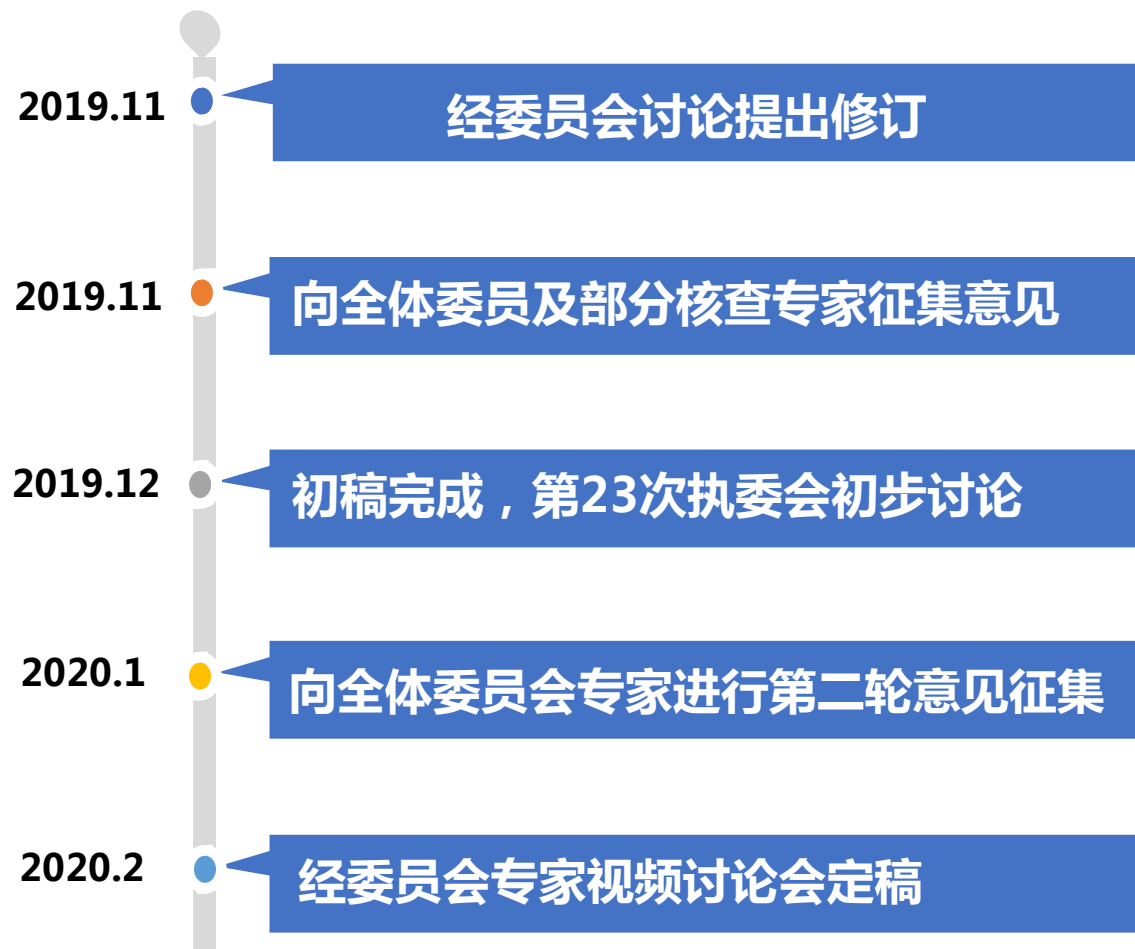
《中国胸痛中心认证标准》标准修订过程



赤峰市医院
CHIFENG MUNICIPAL HOSPITAL

- 第一版, 2013.9
- 第二版, 2014.8
- 第三版, 2015.1
- 第四版, 2015.5
- 第五版, 2015.11

第六版修订过程



- 基本条件与资质

- 重点是考查以急诊PCI为主的STEMI救治能力

- 对急性胸痛患者的评估和救治

- 强调是在临床实践中执行ACS指南：将指南流程化

- 院前急救系统与院内绿色通道的整合

- 医院必须主动与院前急救系统合作以缩短救治时间

- 培训与教育

- 让胸痛急救的各个环节协调工作，形成合力

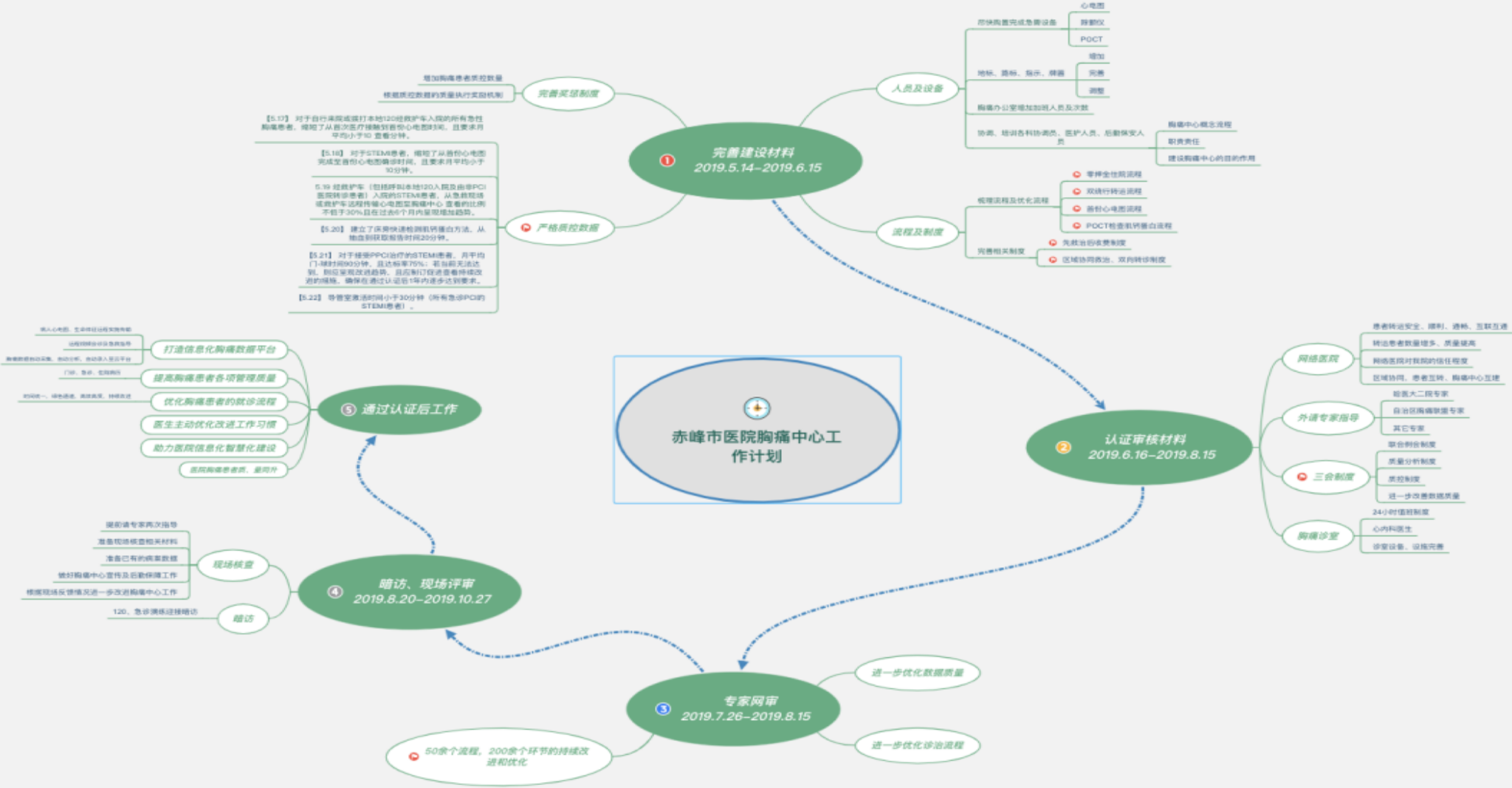
- 持续改进

- 以缩短STEMI总缺血时间为目标，强调逐步改进流程

胸痛中心工作计划



赤峰市医院
CHIFENG MUNICIPAL HOSPITAL



要素一：基本条件与资质（**修订数据填报与新增信息化**）

要素二：对急性胸痛患者的评估及救治（**新增随访管理条款**）

要素三：院前急救系统与院内绿色通道的整合（**新增120急救原则**）

要素四：培训与教育（**简化条款与新增心肺复苏**）

要素五：持续改进（**新增统计指标**）

五大基本要素（用思维导图梳理并落实到人和时间）



赤峰市医院
CHIFENG MUNICIPAL HOSPITAL



胸痛中心建设

基本条件与资质



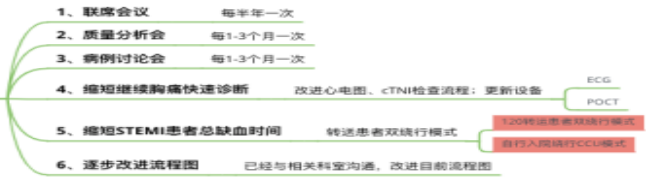
胸痛患者的评估与救治



培训与教育

院内培训	十七场
社区培训	二场
网络医院培训	六场
科室协调培训	十六场

持续改进



院前急救系统与院内绿色通道整合



- 胸痛中心的组织机构
- 医院对胸痛中心的支持与承诺
- 胸痛急救的配套功能区域设置及标识
- 人员资质及专科救治条件
- 胸痛诊断及鉴别诊断的基本支持条件
- 时钟统一方案及管理
- 数据库的填报与管理
- 胸痛中心协同救治信息化建设（新增）

要素一：新增部分条款内容



赤峰市医院
CHIFENG MUNICIPAL HOSPITAL

- 1、新增：行政总监设置条款；（设置行政总监加强胸痛中心协调工作）
- 2、新增：急诊科应建立分诊机制，所有进入急诊科就诊患者均需经分诊后就诊，防止急诊患者未经分诊进入普通门诊、专科门诊或者病房就诊；（加强急性胸痛就诊管理）
- 3、介入人员资质要求修改：删除副高级职称要求，改为具备急诊PCI能力的心血管专科医师
- 4、修订描述：导管室上一自然年度或每批次报名申请截止日之前连续12个月的PCI手术总量不少于200台，急诊PCI（包括STEMI患者的PPCI、溶栓后补救性PCI及极高危NSTEMI/UA的紧急PCI）不低于50例；（不仅限于介入直报系统截图证明）
- 5、修订时钟统一一条款材料上传内容，明确时钟统一制度与方案的内容，便于理解；

要素一：新增质控管理人员条款



赤峰市医院
CHIFENG MUNICIPAL HOSPITAL

- **新增：**

- 明确胸痛中心质量控制机制及责任人，根据医院实际情况可以由医院质量管理部门承担或者由胸痛中心协调员、二级以上数据审核员兼任。
- **目的：加强院内质控自我管理，以往胸痛中心缺乏专人管理或分工不清导致质控工作落实不佳；**



• **新增**：数据管理中新增与建立转诊管理的基层医院实现**数据共享**

数据填报要求修订为：

1) 所有急性胸痛患者均应从首次医疗接触开始启动时间节点记录。 **急诊分诊台应建立分诊登记制度，确保所有急诊就诊患者（包括但不限于急性胸痛患者）均能在同一入口登记，可以使用电子分诊系统或纸质记录本进行登记，并能对其中的急性胸痛病例进行检索或标记**；(资料1分，现场2分)（1.50）。

说明：1.62需上传：急诊分诊台分诊登记本的扫描件或电子分诊系统截图。

2) **所有进入医院（包括就诊于门诊、急诊或绕行急诊直接入院患者）的高危急性胸痛（ACS、主动脉夹层、肺动脉栓塞及其它重要急性胸痛疾病，明确的创伤性胸痛除外）均应上报至胸痛中心数据填报平台**；（现场5分）（1.51）

说明：1.51数据库实时查看及现场抽查胸痛病例的登记及时间节点填报情况。

3) 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；（现场4分）（1.52）

4) NSTEMI/UA患者院内、出院等关键时间节点的记录完整性应达到100%，**初步诊断为NSTEMI/UA均需进行缺血风险及出血风险评估**，以便能够及时根据患者的评估情况合理救治；（资料1分，现场4分）（1.53）

说明：1.53需上传使用的危险评估表或其他评估方式证明

要素一：新增胸痛中心协同救治信息化建设

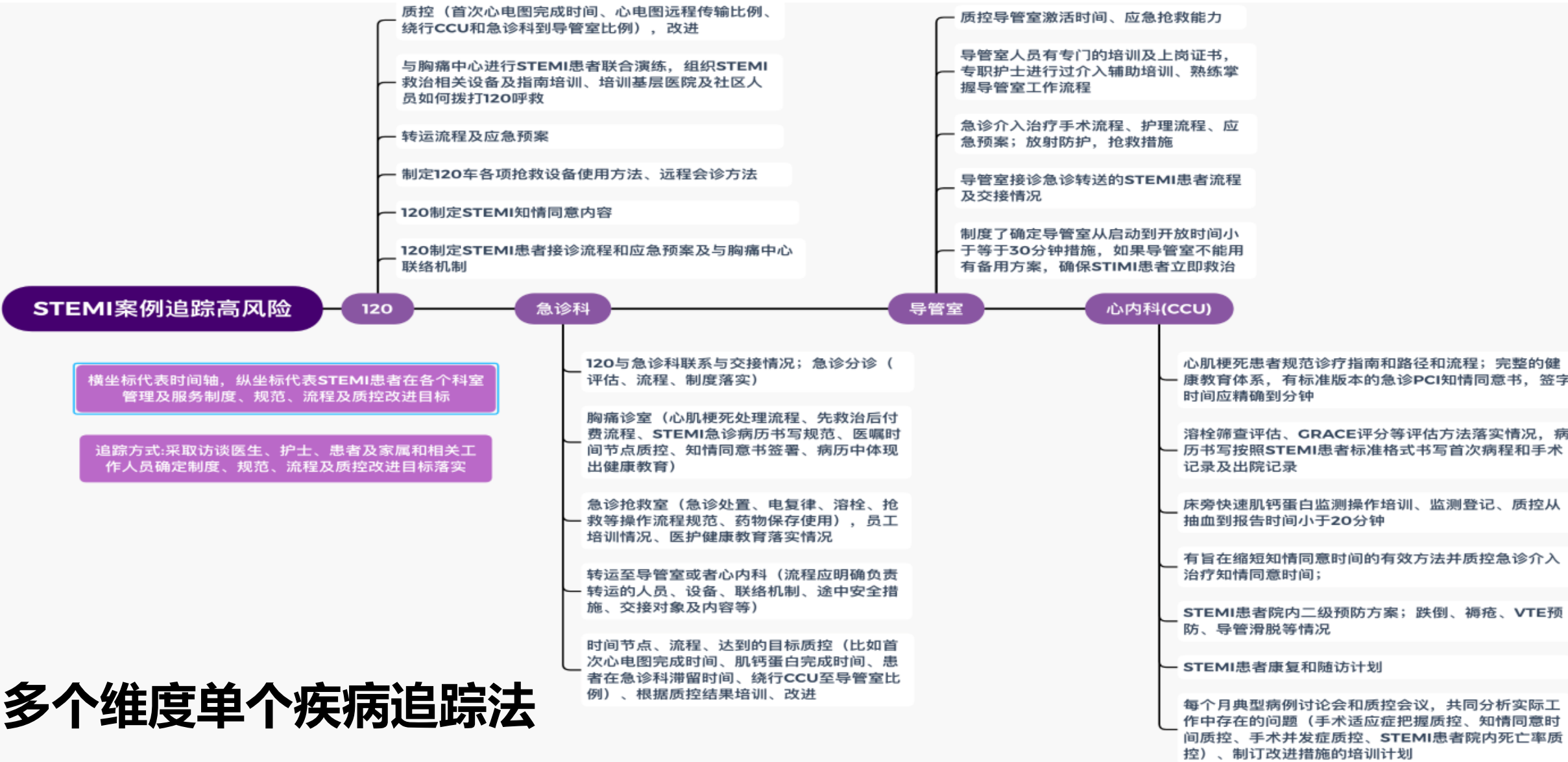


赤峰市医院
CHIFENG MUNICIPAL HOSPITAL

- **1和2均为原要素一中条款，统一纳入协同救治信息化建设条款**
- **1、**建立了包含远程实时传输心电图为基础功能的包括胸痛中心信息系统、微信群、手机短信等形式的信息共享平台或专业的胸痛中心协同救治信息系统，以支持具有确诊能力的上级医师能及时为急诊一线提供全天候支持，确保心血管内科医师能在10分钟内参与会诊、协助诊断；
- **2、**上述信息共享平台或专业的胸痛中心协同救治信息系统至少要与周边5家以上的非PCI网络医院实现信息共享并签署联合救治协议，以便及时为非PCI医院的急性胸痛患者提供诊断支持，同时为实施转运PCI的STEMI患者绕行急诊科和CCU直达导管室提供条件；
- **3、**有条件的医院尽可能采用时间节点及诊疗信息自动获取的信息管理系统，以提高数据管理的自动化水平和可靠性。（**10分，资料+现场**）（**非必须满足条款**）
- **新增：胸痛中心信息化系统，作为非必须满足条款（加分项），鼓励提高胸痛中心信息化建设水平**

- 一、急性胸痛患者的早期快速甄别
- 二、对明确诊断为STEMI患者的再灌注流程
- 三、对初步诊断为NSTEMI/UA患者的危险分层及治疗
- 四、对低危胸痛患者的评估及处理
- 五、院内发生ACS的救治
- 六、对急性主动脉夹层及急性肺动脉栓塞的诊断及处理

要素二主要内容：对急诊胸痛患者评估及救治



多个维度单个疾病追踪法

急诊分诊及技术救治危重患者

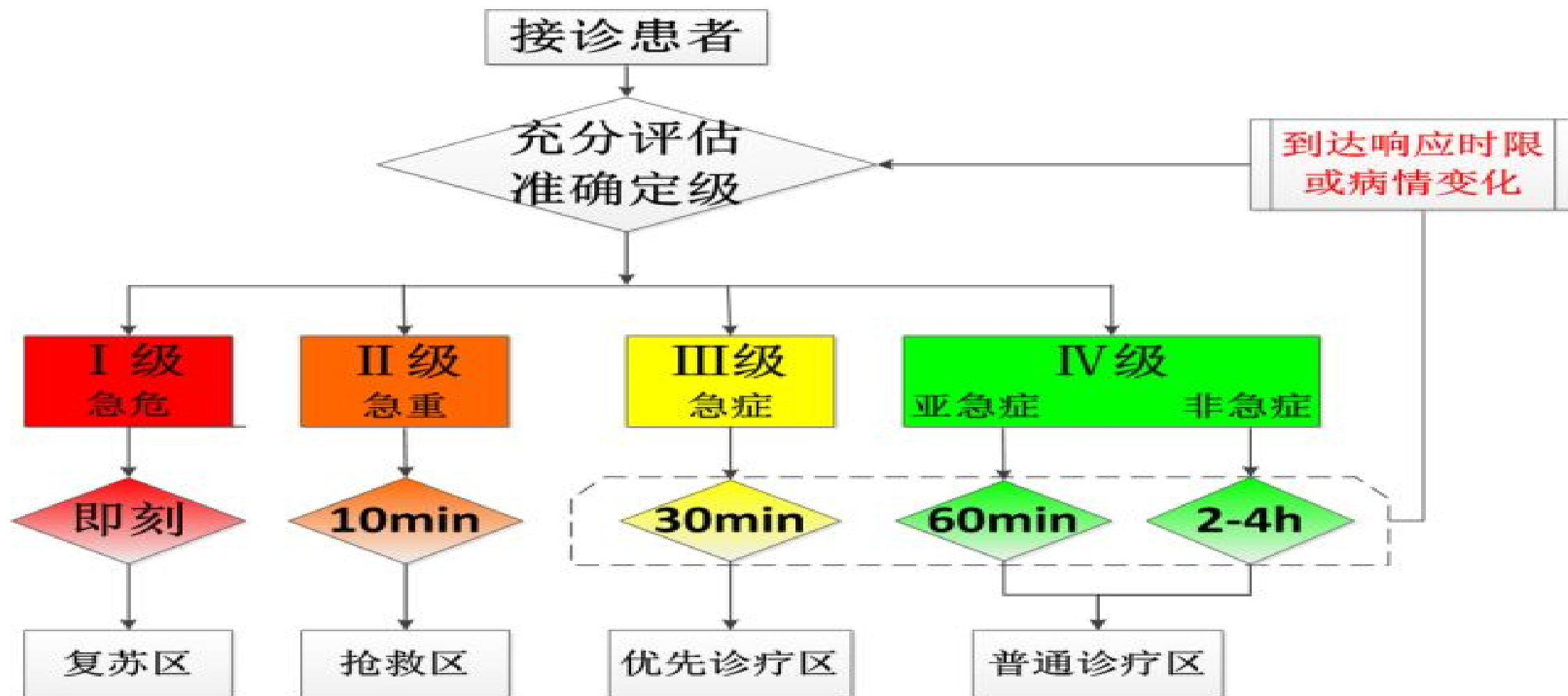


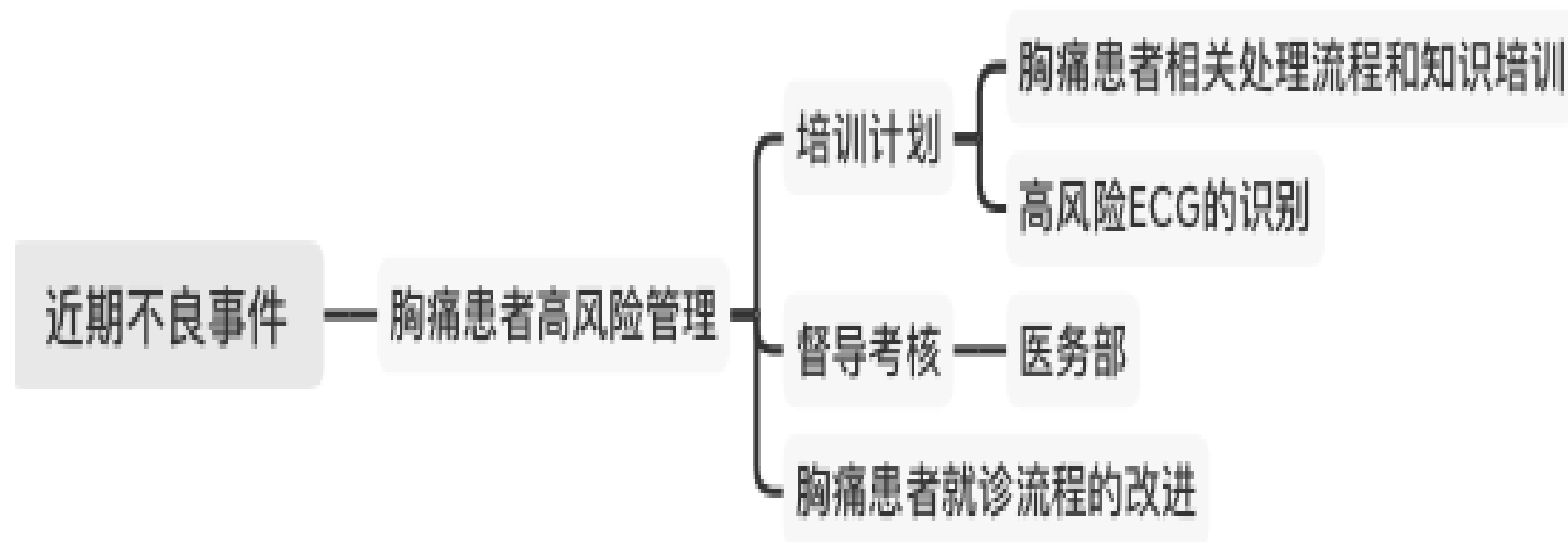
图1 急诊预检分诊流程图

讨论界定风险清单			风险控制、处理		风险监控	知情同意
科室高风险病人定义（至少五个）	专科高危病人（1-2个）	相关高风险诊疗操作（1-3个）	高危环节	高危药物	拟定根因分析及质控的指标（2个以上）	需提供的其它相关文件
急性心肌梗死 急性左心衰竭 持续性室性心动过速 急性冠脉综合征 恶性高血压	急性心肌梗死	急诊冠脉介入治疗（护理） IABP置入术（护理） 心脏临时起搏器植入术（护理） 电除颤（护理）	一、疾病高危时段 心绞痛发作时 急性心肌梗死1周内 PCI术后24小时内 PCI术后拔除鞘管时 使用临时起搏器时 使用IABP时 恶性心律失常发作时 急性左心衰竭发作时 合并严重低血钾 合并肾功能不全 二、病房工作高危时段 同时收治多个患者 同时抢救多个危重患者 高危病人检查、介入治疗转运 三、高危员工 轮转医生（护士） 低年资医生（护士） 业务技术不佳的医生（护士） 责任心不佳医生（护士）	肝素 氯吡格雷片 多巴胺 胺碘酮 利多卡因 氯化钾注射液	1、急诊PCI到达医院大门至球囊开通时间（小于90分钟）合格率 2、STEMI患者住院期间死亡率 3、急诊冠脉介入治疗术后穿刺部位血肿发生率 4、STEMI患者急诊介入治疗签署知情同意书延迟的原因分析	急性心肌梗死诊疗指南或路径 冠脉介入治疗操作规范 急性心肌梗死医生健康教育模板 急性心肌梗死护理健康教育模板

防范与兜底

- 预警指标：医院风险评估小组，人工启动与信息管理的
- 应急机制：结合RRT、MET形成院内危急重症救治体系
- 全院、全员规范化培训心肺复苏，全员标准化考核。

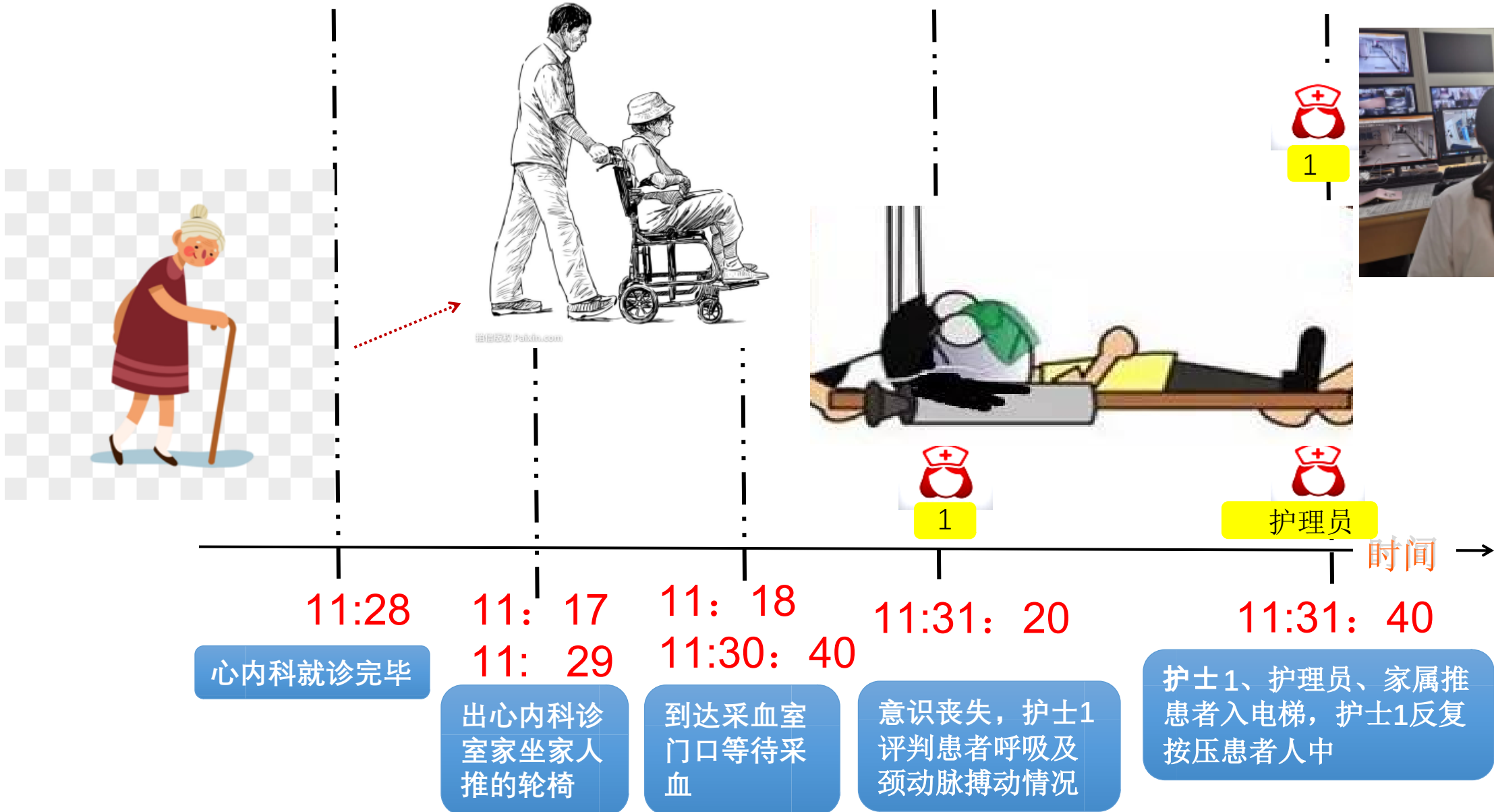




WHAT

WHY

接受不完美；再努力改变；采用非惩罚制度和惩罚的理念



RCA第一阶段- 事件还原

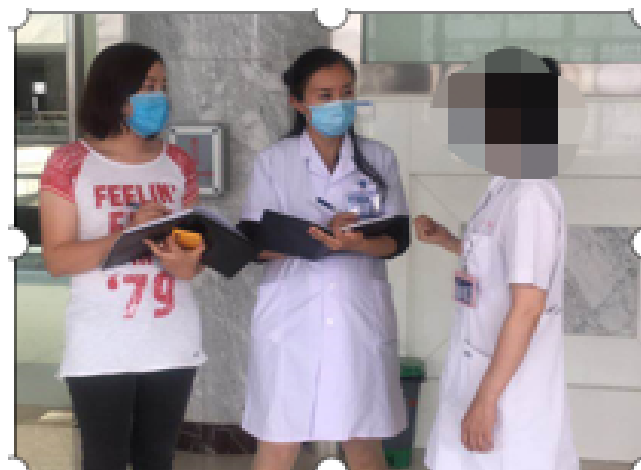


赤峰市医院
CHIFENG MUNICIPAL HOSPITAL

会议记录
时间：7月10日
地点：会议室
参会人员：院领导、科主任、护士长、当事人、目击者、调查人员
会议主题：患者死亡事件调查
会议内容：
1. 事件经过回顾：患者于7月10日14时入院，诊断为“高血压、冠心病”，由内科收治。15时30分，患者突发意识丧失，经抢救无效死亡。目击者称患者在发病前有胸闷、气促症状。
2. 初步原因分析：考虑为急性心肌梗死导致的心源性猝死。可能与患者基础疾病、情绪激动、劳累等因素有关。
3. 整改措施：
- 加强入院评估，完善心电图、心肌酶谱等检查。
- 加强病情观察，及时发现异常症状。
- 加强患者健康教育，告知病情及注意事项。
- 加强科室培训，提高急救能力。
4. 其他事项：由医务科牵头，组织全院开展急救演练，提高医护人员应急处理能力。

会议记录
时间：7月10日
地点：会议室
参会人员：院领导、科主任、护士长、当事人、目击者、调查人员
会议主题：患者死亡事件调查
会议内容：
1. 事件经过回顾：患者于7月10日14时入院，诊断为“高血压、冠心病”，由内科收治。15时30分，患者突发意识丧失，经抢救无效死亡。目击者称患者在发病前有胸闷、气促症状。
2. 初步原因分析：考虑为急性心肌梗死导致的心源性猝死。可能与患者基础疾病、情绪激动、劳累等因素有关。
3. 整改措施：
- 加强入院评估，完善心电图、心肌酶谱等检查。
- 加强病情观察，及时发现异常症状。
- 加强患者健康教育，告知病情及注意事项。
- 加强科室培训，提高急救能力。
4. 其他事项：由医务科牵头，组织全院开展急救演练，提高医护人员应急处理能力。

会议记录
时间：7月10日
地点：会议室
参会人员：院领导、科主任、护士长、当事人、目击者、调查人员
会议主题：患者死亡事件调查
会议内容：
1. 事件经过回顾：患者于7月10日14时入院，诊断为“高血压、冠心病”，由内科收治。15时30分，患者突发意识丧失，经抢救无效死亡。目击者称患者在发病前有胸闷、气促症状。
2. 初步原因分析：考虑为急性心肌梗死导致的心源性猝死。可能与患者基础疾病、情绪激动、劳累等因素有关。
3. 整改措施：
- 加强入院评估，完善心电图、心肌酶谱等检查。
- 加强病情观察，及时发现异常症状。
- 加强患者健康教育，告知病情及注意事项。
- 加强科室培训，提高急救能力。
4. 其他事项：由医务科牵头，组织全院开展急救演练，提高医护人员应急处理能力。



RCA第一阶段- 事件还原



赤峰市医院
CHIFENG MUNICIPAL HOSPITAL

访谈耳鼻喉科:

1、耳鼻喉科 16 日接诊医师, 这个患者我有印象, 坐在轮椅上很虚弱, 当时我的没让她下轮椅, 在轮椅上看得鼻子, 里面都是浓, 鼻腔你应该有息肉, 当时也考虑就是有息肉也不适合做手术, 我就给她开的鼻窦 CT。患者家属说过她有高血压病史, 患者及家属都没说有胸痛的症状。要是说我们也会注意, 也会有记录, 没说过, 她应该还去做过鼻窦 CT, 她要是胸痛估计不能做 CT 没说过有肾病病史。我记得好像还看了 CT 是鼻窦炎鼻息肉, 没记得开药, 时间有点长。

访谈肾内科 2020 年 6 月 27 日 10:40

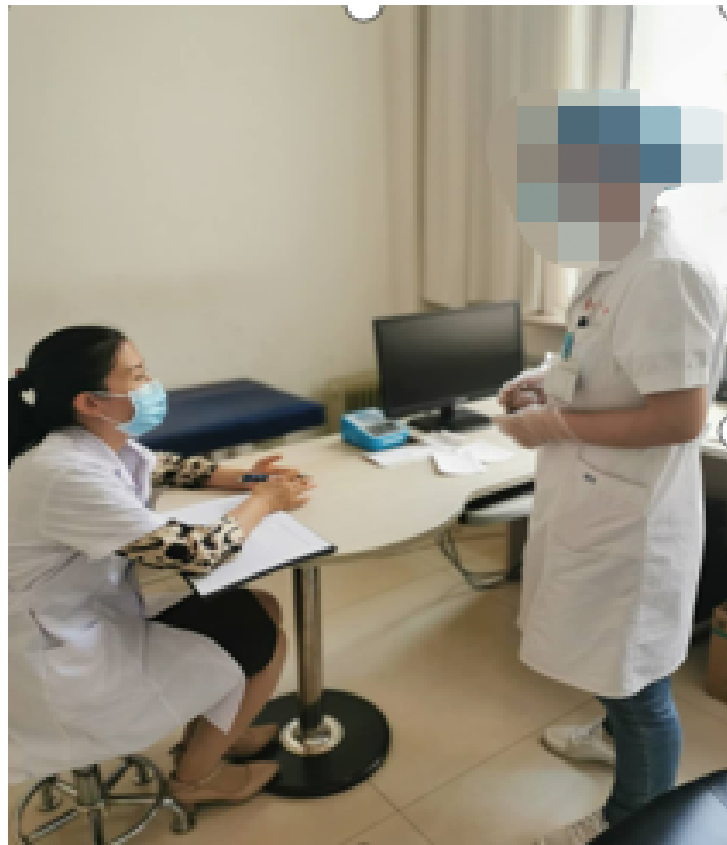
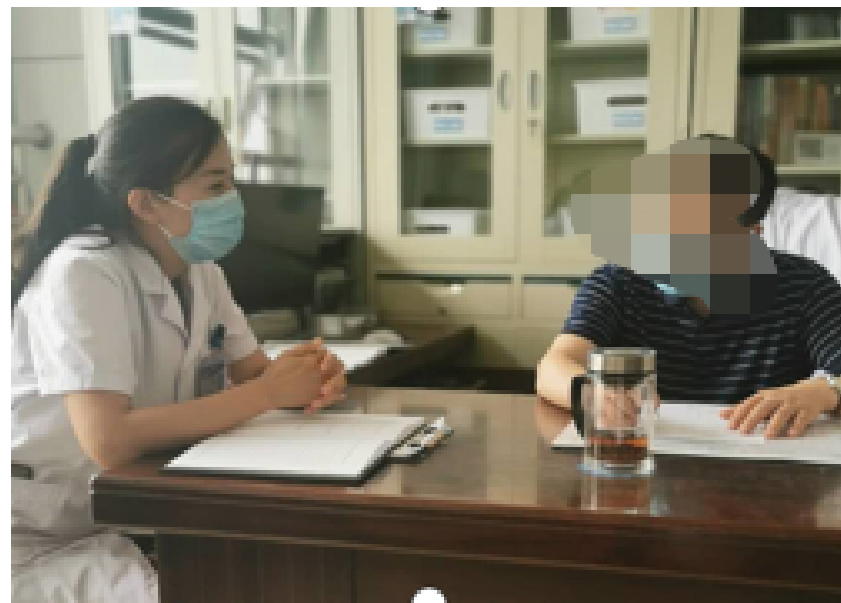
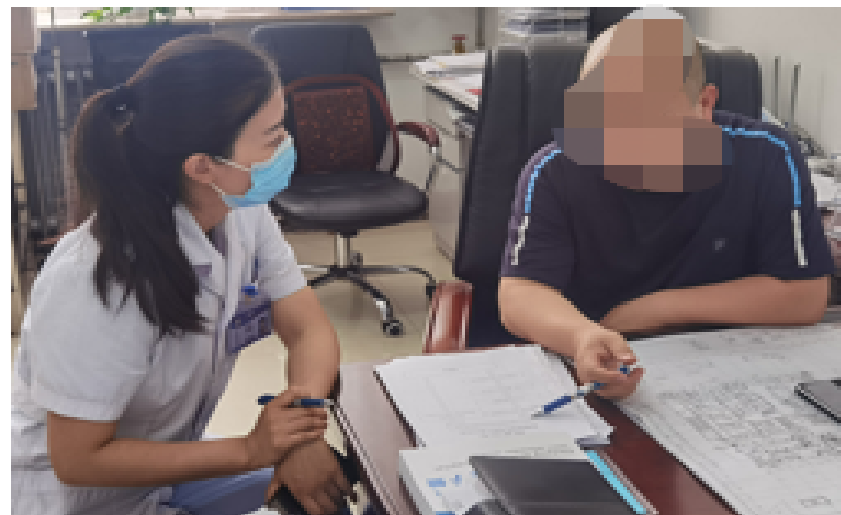
1. 那个患者当时是家属来开化验单的, 患者本人没有来, 所以我病历记录的是患者未来, 患者是一个肾病综合征的患者, 肾病综合征是血栓的高危病人, 但这个患者白蛋白 39, 白蛋白低于 20 血栓发生率高, 目前她的情况很好。患者有高血压也是高危, 当时关键是患者本人开化验单的时候没有进入诊室, 病历我写了, 看来, 写门诊病历是很关键的。不过我印象中后来有一个老太太说她胸口痛, 我不知道是不是她, 我告诉患者去看心内科, 患者去没去, 我不清楚。

2. 医务部: 您知道胸痛的患者可以走绿道, 可以先做心电图后付费吗?

3. 肾内科医师: 那不知道

访谈心内科 2020 年 6 月 29 日 14:30

1、这个患者我一点印象都没有, 病历是我写的, 我看写的是胸痛阵发性, 当时患者在诊室里应该没有胸痛, 要不然我会有印象, 我所有重的患者都会单独记录一下, 没有她, 当时中午快下班了, 人也多。这个患者应该先去做心电图, 但这么重的患者就算在导管室也有可能抢救不过来。以后心内科就诊的患者最好都侧血压, 先打心电图, 要不然患者等候区人那么多, 空间狭小, 座位又少, 导诊也不够, 患者等候过程也容易出问题, 咱有患者先排队, 到诊室看病, 在到心电图室排队, 还得回来再等看病, 心梗也耽误了, 还是先打个心电图安全。再有医院的患者老人或孩子需要寻求帮助的时候, 去找谁, 要是志愿者就好了。

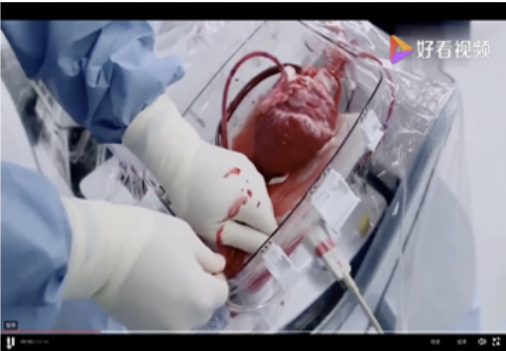




心室颤动



正常心脏的体外跳动



室颤的心脏



敬业 求精 诚信 创新

[无标题]

心电图培训系列（一）

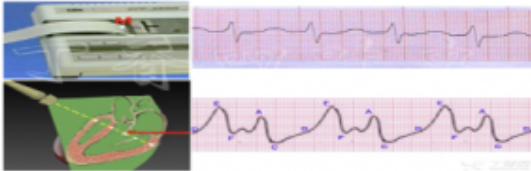
高危心电图的识别

孙显东

赤峰市医院胸痛中心

sunxiandong@vip.sina.com

融汇心脏的解剖、生理学以及病理生理学



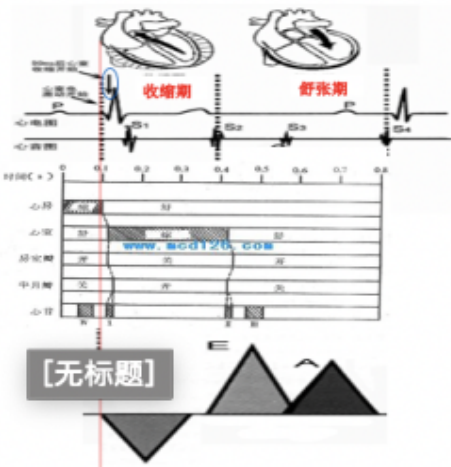
心脏的电活动（心电图）

触发

心脏的机械活动（超声心动图）

触发

心脏的血流（多普勒血流图）



[无标题]

- **新增：**
- **2.56.建立了ACS患者随访制度，以便对出院后ACS患者进行长期的管理，提高患者康复质量，降低风险，原则上所有ACS患者均应建立随访档案，并在数据填报平台应及时填报；**
- **说明：2.56需上传ACS患者随访管理制度及流程图。**
- **胸痛中心能够缩短患者救治时间，得到更大获益，预后管理也是患者获益效果的重要环节，联合康复中心实现全程的管理。**

要素三：简化材料上传、加强120救治策略



赤峰市医院
CHIFENG MUNICIPAL HOSPITAL

- **简化**：3.11材料合并上传
- **新增**：胸痛中心与120的合作条款中强调：本地120急救系统管理人员及调度人员熟悉区域协同救治的理念，理解“**根据救治能力优先**”的含义，并能在力所能及的范围内合理统筹调配本地院前急救医疗资源。
- **目的**：有利于胸痛中心及120重视高危胸痛患者就救治能力进行转运患者，有利于缩短救治时间。

Journal of the American Heart Association

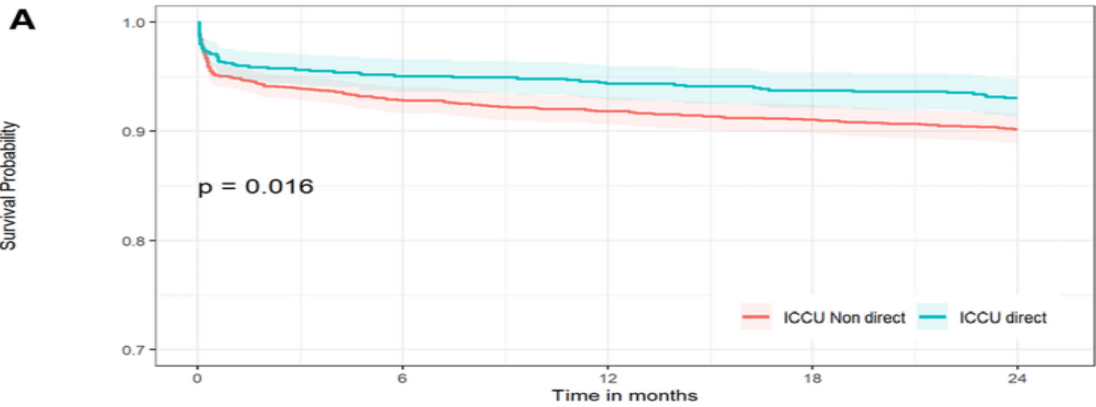
ORIGINAL RESEARCH

Direct Admission of Patients With ST-Segment–Elevation Myocardial Infarction to the Catheterization Laboratory Shortens Pain-to-Balloon and Door-to-Balloon Time Intervals but Only the Pain-to-Balloon Interval Impacts Short- and Long-Term Mortality

Simcha R. Meisel , MD, MSc; Michael Kleiner-Shochat, MD, PhD; Rami Abu-Fanne, MD, PhD; Aaron Frimerman, MD; Asaf Danon , MD; Sa'ar Minha , MD; Yaniv Levi, MD; Alex Blatt , MD; Jameel Mohsen, MD; Avraham Shotan, MD; Ariel Roguin , MD, PhD

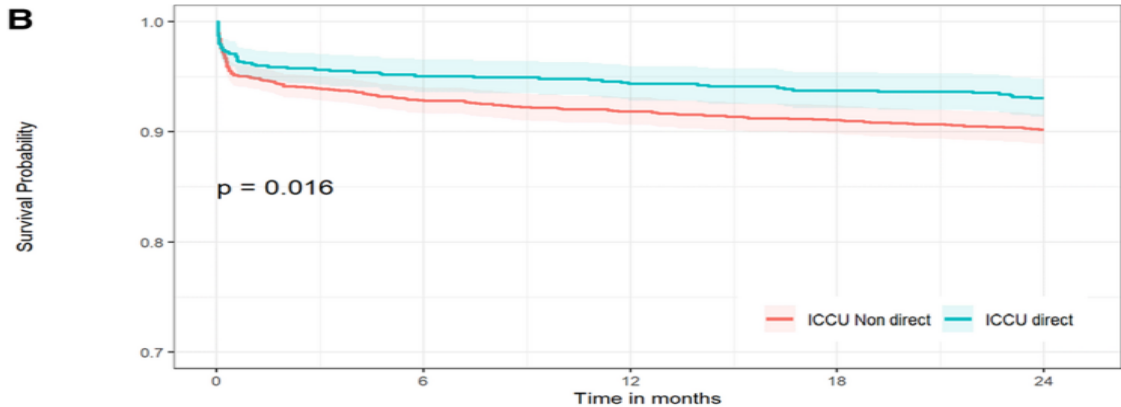
Correspondence to: Simcha R. Meisel, MD, MSc, Heart Institute, Hillel Yaffe Medical Center, Hadera 38100, Israel.

要素三：简化材料上传、加强120救治策略



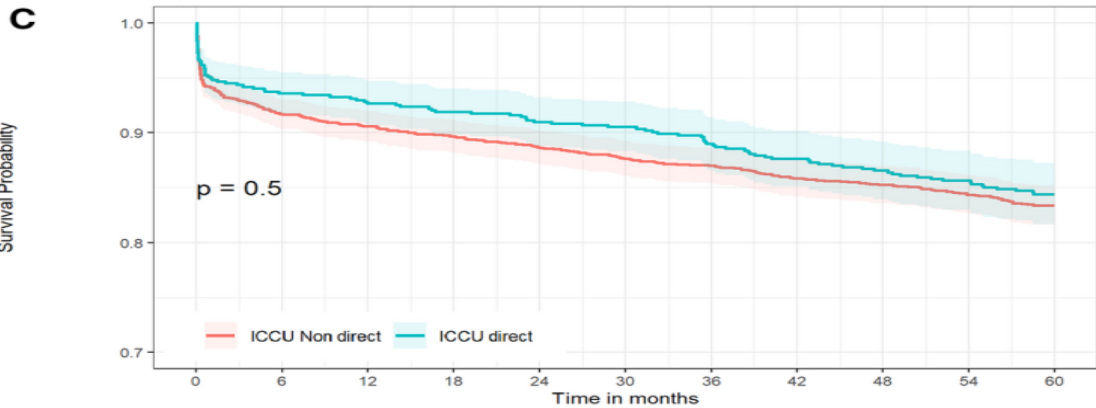
Number at risk

ICCU Non direct	1929	1791	1772	1757	1740
ICCU direct	849	807	801	796	790



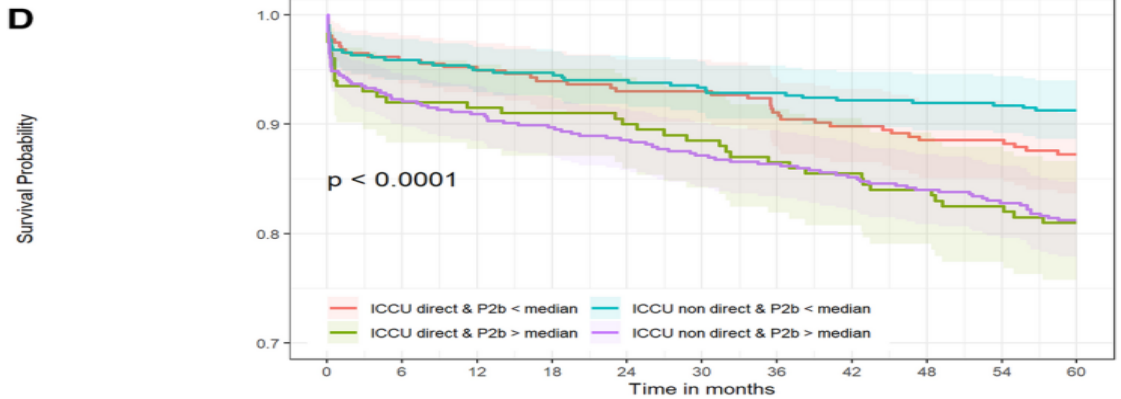
Number at risk

ICCU Non direct	1929	1791	1772	1757	1740
ICCU direct	849	807	801	796	790



Number at risk

ICCU Non direct	1667	1529	1510	1495	1478	1461	1450	1431	1421	1406	1390
ICCU direct	654	612	606	601	595	592	582	573	566	560	552



Number at risk

ICCU direct & P2b < median	314	301	298	295	292	292	286	282	278	278	274
ICCU direct & P2b > median	200	184	183	182	180	177	173	171	168	165	162
ICCU non direct & P2b < median	435	417	413	412	409	406	404	401	400	399	397
ICCU non direct & P2b > median	506	467	460	454	448	441	437	431	425	419	411

要素三：简化材料上传、加强120救治策略

- 这是一项全国性的前瞻性多中心注册研究，连续纳入急诊PCI治疗的STEMI患者，分为直接进导管室或通过急诊室再进导管室两组。通过逻辑回归和倾向得分匹配比较了两组之间P2B和D2B时间对死亡率的影响。在接受急诊PCI治疗的4839例STEMI患者中，直接进导管室有1174例，通过急诊室再进导管室的3665例。
- **直接进导管室的STEMI患者平均P2B和D2B时间短于先到急诊室再进导管室（210和75分钟 vs 160分钟和35分钟， $P<0.001$ ）。直接进入导管室的患者1年、2年以及随访结束时观察到死亡率下降（平均6.4年， $P<0.001$ ），经校正后发现是P2B而非D2B影响了生存率（ $P<0.001$ ）。**
- 先看该研究的一些数据直接进导管室的1174例STEMI患者中，有1124例由EMS救护车转运（95.7%）。
- 先到急诊室再进导管室的3665例患者中，有1620例STEMI患者是自行来院（44.2%），通过EMS系统转运1493例（40.7%）。
- 直接进导管室的STEMI患者平均P2B时间明显短于先进急诊室再进导管室的患者（160分钟 vs 210分钟， $P<0.001$ ）。同样，直接进导管室的患者D2B时间更短（平均35分钟 vs 75分钟， $P<0.001$ ）。直接进入导管实验室的STEMI患者中有91%的达到D2B时间 <90 分钟的标准，而先到急诊再进导管室的患者只有61%达标（ $P<0.001$ ）。如果按照现在提倡的D2B <60 分钟标准，直接进导管室的78%达标，后者仅37%（ $P<0.001$ ）。

要素三：简化材料上传、加强120救治策略（P2B）

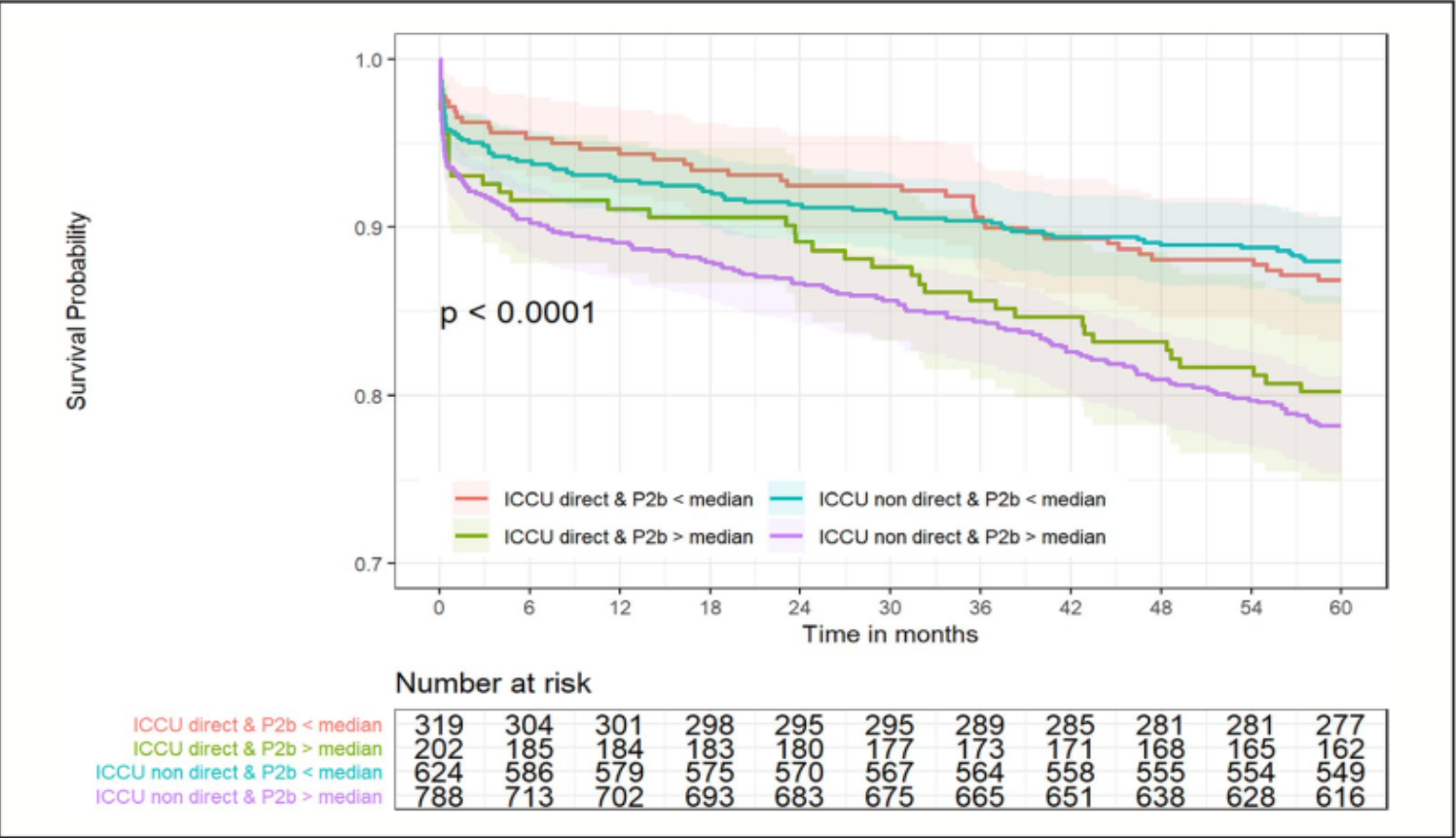
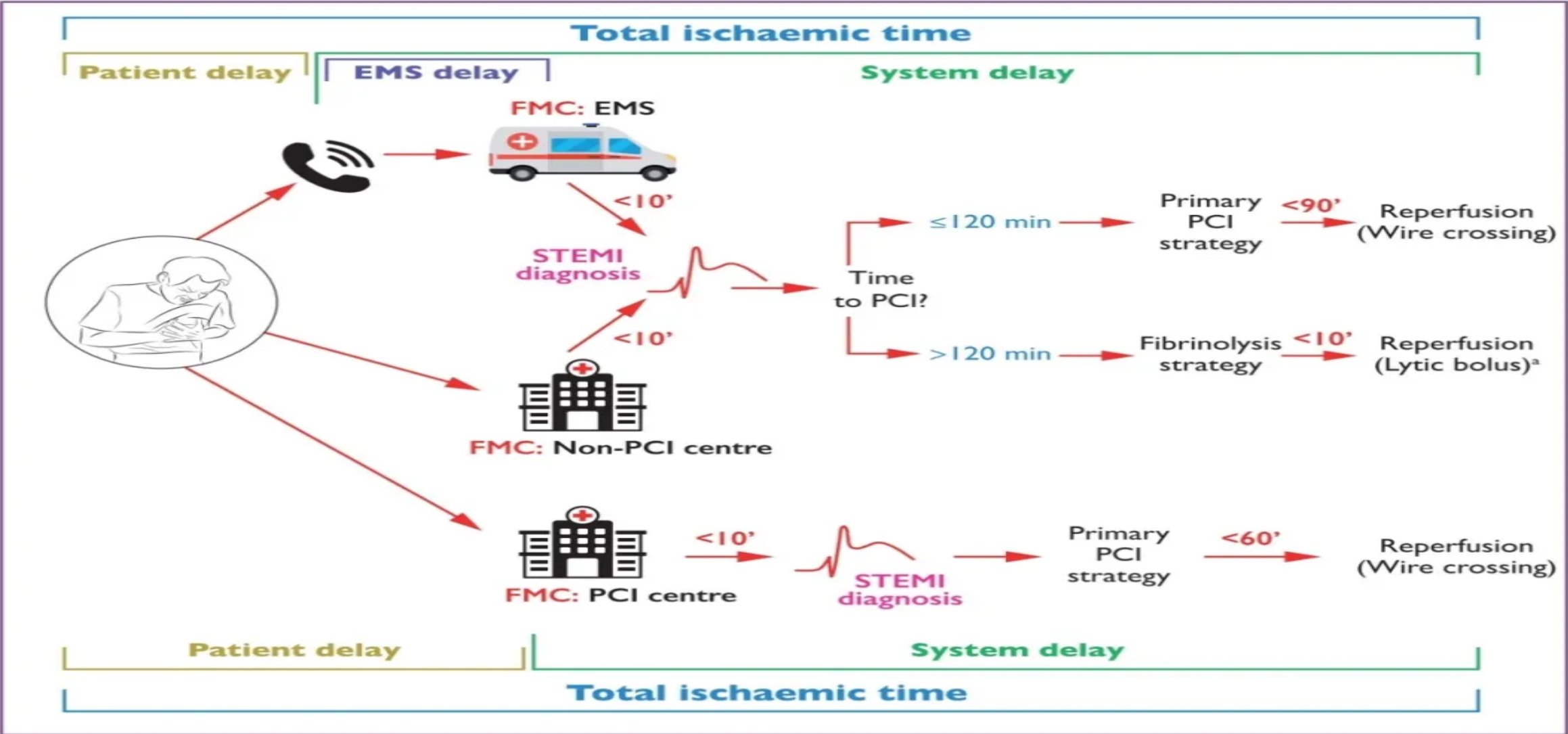


Figure 1. Unadjusted Kaplan-Meier survival curves for patients with ST-segment-elevation myocardial infarction treated with primary percutaneous coronary intervention at 5 years according to both admission pathway and binary pain-to-balloon (P2B <189 or >189 minutes) intervals showing a statistically significant survival benefit for patients treated earlier regardless of admission pathway. ICCU indicates intensive cardiac care unit.

- ❑ 缩短D2B时间降低了短期的死亡率（比如院内
- ❑ P2B时间缩短表现在长期死亡率。
- ❑ P2B时间包含了D2B时间，如果P2B时间减去D2B时间很长，也就是院前没有尽快识别和及时转运到有急诊PCI水平的医院，就会减弱D2B时间对长期死亡率的影响。
- ❑ 也就是一开始时间-心肌坏死曲线是急骤上升的，而当D2B时间段落在时间-坏死曲线平坦期时，只要D2B时间不过分延迟，再灌注挽救的心肌就相对减少。

要素三：简化材料上传、加强120救治策略



要素四：简化材料上传、新增群众心肺复苏培训

- **原标准：**根据每个培训对象的不同主题上传各项资料，比较细化，培训计划重复，单位上传材料及专家审核比较繁琐。
- **简化后：**每一类培训对象上传一个合辑，不同主题的相关材料整合到一个文档里；
- **新增条款：**4.25.缩短患者救治时间，应当重视院前急救，特别是患者自救等，胸痛中心单位应当积极进行大众教育，组织和开展大众心肺复苏培训。组建心肺复苏培训团队，建立规范的培训制度，有规范的培训教材，有统计的登记及考核管理。至少每季度举行一次心肺复苏培训和教育，每次培训参加人员不低于20人。应根据本区域社区分布情况，制定相应的培训计划，逐步覆盖本地区社区。（5分，资料）
- **目的：**目前国内心肺复苏普及率较低，大部分心跳骤停患者缺乏及时救治，胸痛急救应从自救开始，能够进一步普及急救知识。

如何提高群众心肺复苏培训（提高培训者的能力）



赤峰市医院
CHIFENG MUNICIPAL HOSPITAL



赤峰市医院办公室文件

赤医办字〔2020〕42号

赤峰市医院关于对 2020 年帮扶基层医院胸痛单元建设骨干人员进行培训的通知

各科室：

我院于 2020 年 8 月对基层医院胸痛单元建设骨干人员进行“美国心脏协会基础生命支持（BLS）认证培训”。培训计划如下：

一、课程内容

1. 成人心肺复苏 / Adult CPR
2. 儿童心肺复苏 / Child CPR
3. 婴儿心肺复苏 / Infant CPR
4. 自动体外除颤器（AED）的使用



要素五：新增必须满足条款



赤峰市医院
CHIFENG MUNICIPAL HOSPITAL

新增必须满足条款：由原标准的6条增加为11条

5. 发病至首次医疗接触在12小时以内的STEMI患者实施再灌注救治的比例不低于75%；（5.20）（新增）
 7. 网络医院转至本院实施转运PCI的STEMI患者首次医疗接触到导丝通过时间应在120分钟以内，月平均达标率不低于50%。（5.22）（新增）
 9. 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PPCI治疗的STEMI患者，绕行急诊和CCU直达导管室的比例不低于50%，且呈现增高趋势；（5.24）（比例增加，改为必须满足条款）
 10. 自行来院且接受PPCI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75%，且呈现增高趋势；（5.25）（比例增加，改为必须满足条款）
 11. 溶栓后患者（包含网络医院，120及本院）24小时内早期造影的比例不低于75%；（5.26）（新增）
- 《中国基层胸痛中心认证标准》中要求基层医院转运至上级医院的患者救治策略必须与PCI医院进行对接，过去再《中国胸痛中心认证标准》中没有相应的要求。

要素五：新增和修订非必须满足条款

◆ 新增指标：加强NSTEMI/UA患者救治的管理，更加全面反馈救治情况

- 13.初步诊断为NSTEMI/UA的患者实施危险分层评估的比例达到100%；（ 5.29 ）（ 新增 ）

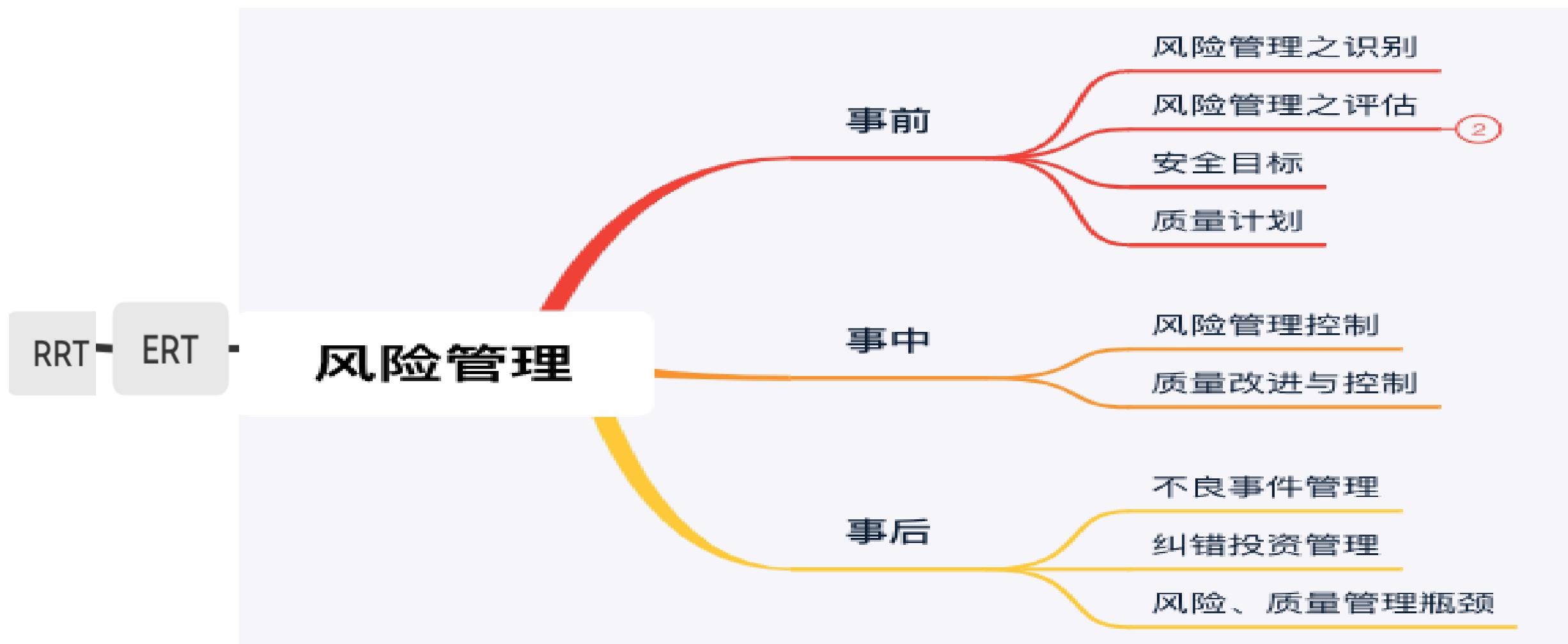
◆ 修订指标描述，精确反馈数据情况：

- 14. 所有首次危险分层为极高危的NSTEMI/UA患者，2小时内实施紧急PCI的比例在增加，且不低于50%；
- 15. 所有首次危险分层评估高危NSTEMI/UA患者，24小时内实施早期介入治疗的比例在增加，且不低于50%；
- 18. 所有ACS患者从确诊到负荷量双抗给药时间在10分钟以内，有缩短趋势；
- 19. 所有ACS患者从确诊到抗凝给药时间有缩短趋势；
- 21. 对于从网络医院首诊实施转运PCI患者，在网络医院的door-in and door-out(入门到出门)的时间在30分钟以内，若当前达不到，应有缩短趋势；
- 25.ACS患者出院后1个月、3个月、6个月、1年的随访率不低于50%。（ 新增参考指标 ）

目的：告知、引导、解决冲突、营造正面关系（比如心肌梗死急诊介入治疗）

单向传播：健康教育

双向沟通：病危病种、高风险操作（When Where who what how）



回顾分析现有的RRT及ERT结果，开展前瞻的风险防控

- 1, 讨论与界定 (风险识别与评估)
- 2, 定义与清单 (风险注册)
- 3, 诊疗流程 (风险控制与处理)
- 4, 质量改进 (风险监控)
- 5, 知情同意 (风险沟通)

一

胸痛救治单元建设意义

- 胸痛救治单元是胸痛中心区域协同救治体系的组成部分，是胸痛救治网络的基础环节，是打通胸痛救治最后“一公里”的重要抓手。



协助克旗中蒙医院及胸痛救治单元建设的时间轴



赤峰市医院
CHIFENG MUNICIPAL HOSPITAL

(20余次现场)

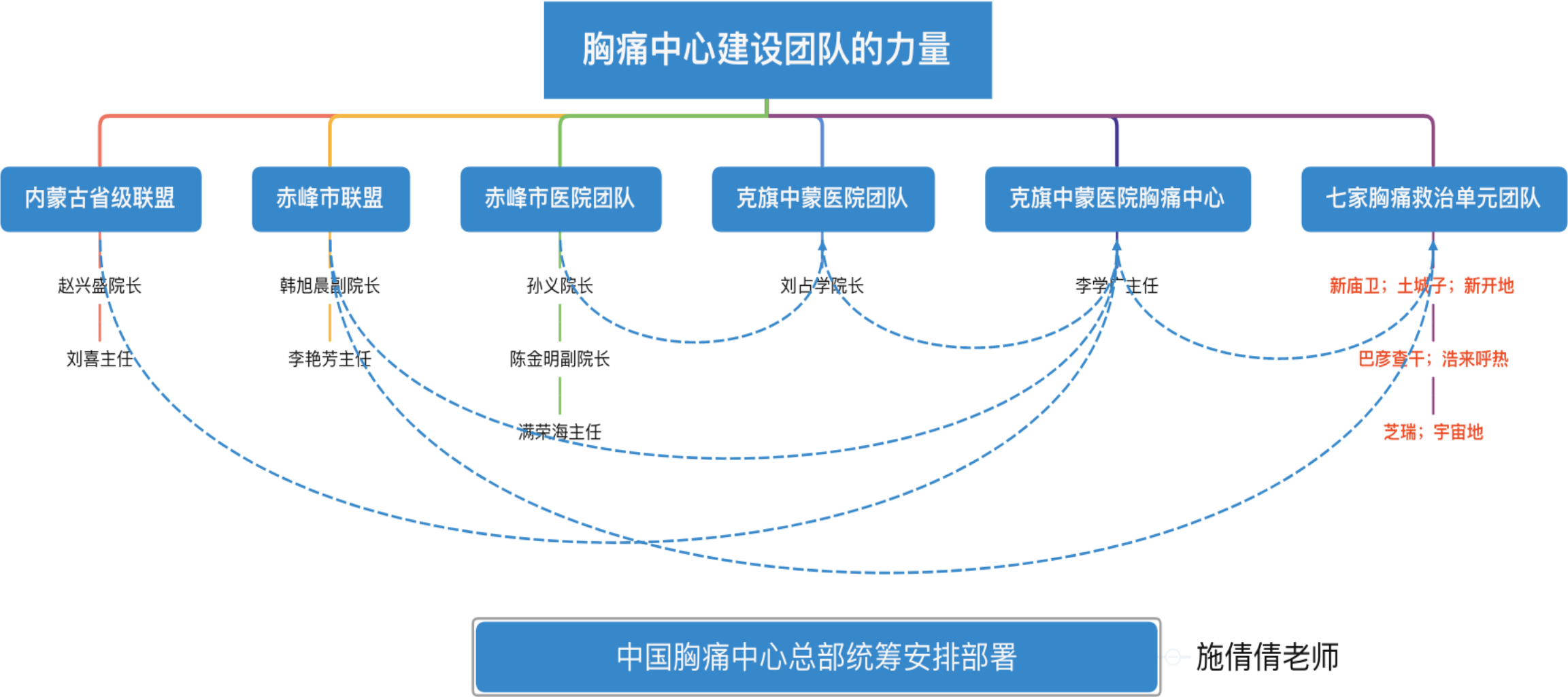


胸痛救治单元建设主要的经验（帮扶计划）



赤峰市医院
CHIFENG MUNICIPAL HOSPITAL

- ❑ **理念帮扶**（传达胸痛救治理念、风险理念、创新理念、患者安全、提升质量）
- ❑ **远程帮扶**（微信群、信息化建设覆盖胸痛救治单元）
- ❑ **政策帮扶**（医联体、医共体落到实处）
- ❑ **科研帮扶**（2020年度赤峰市科研课题立项编号SZR174: 乡镇医院胸痛单元建设对胸痛患者救治的影响研究—孙显东、满荣海、**李学广**）
- ❑ **人力帮扶**（赤峰市医院对心内科、急诊科、彩超室等的帮扶）
- ❑ **物力帮扶**（赤峰市医院胸痛中心专项资金给予一定的支持；对部分基层胸痛中心及胸痛单元骨干进行美国心脏协会基础生命支持学员培训）



谢谢大家

