

# 急诊科的功能分区设置要求 与胸痛患者处置流程的执行

卢一郡

广东省胸痛中心协会

# 急诊科分诊、分区标识



# 胸痛急救的功能分区



胸痛患者只是急诊科接诊患者中的一类

而且是占急诊量较少的一类

急诊科分诊与胸痛救治流程如何统一

## 急诊分诊与胸痛患者的管理

- 同样按疾病的**轻重缓急**分层处置
- 同样需要登记患者信息
- 同样都是**护士**进行分诊
- 不同之处：胸痛患者要优先处理

# 不同的处置原则

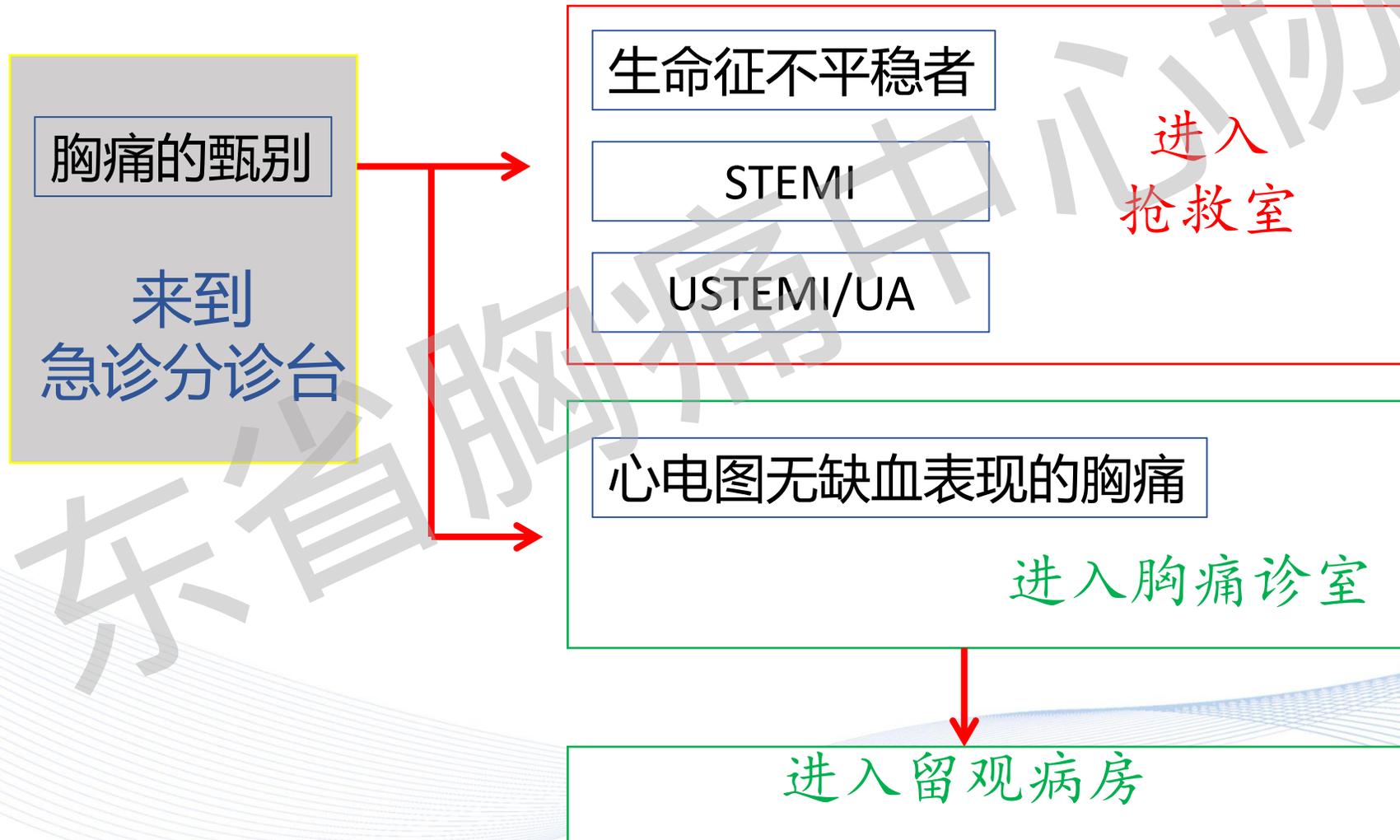
## 急诊分诊

- 重——**红色**、**黄色**：紧急、  
优先处置
- 轻——**绿色**：等候处置

## 胸痛分诊

- 重（生命征不平稳）——  
（**红色**、**黄色**）紧急处理
- 轻——（**绿色**）**优先处理**

# 胸痛患者处置流程



# 中国胸痛中心建设认证

- 基本条件与资质
- 对急性胸痛患者的评估及救治
- 院前急救系统与院内绿色通道的整合
- 培训与教育
- 持续改进

标准版与基层版五项要素是相同的，  
只是具体项目指标上要求不同

## 要素二： 对急性胸痛患者的评估及救治

- 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： 对急性胸痛患者的评估及救治

- “急性”、“胸痛”的概念共识
- STEMI救治流程体现：快！快！快！
  - 院前（救护车、网络医院、基层胸痛中心）：绕行急诊
  - 院内：D to B（急诊处置——导管室激活）
- NSTEMI/UA救治流程体现：评估！评估！再评估！
  - 急诊医师的评估
  - CCU医师的评估

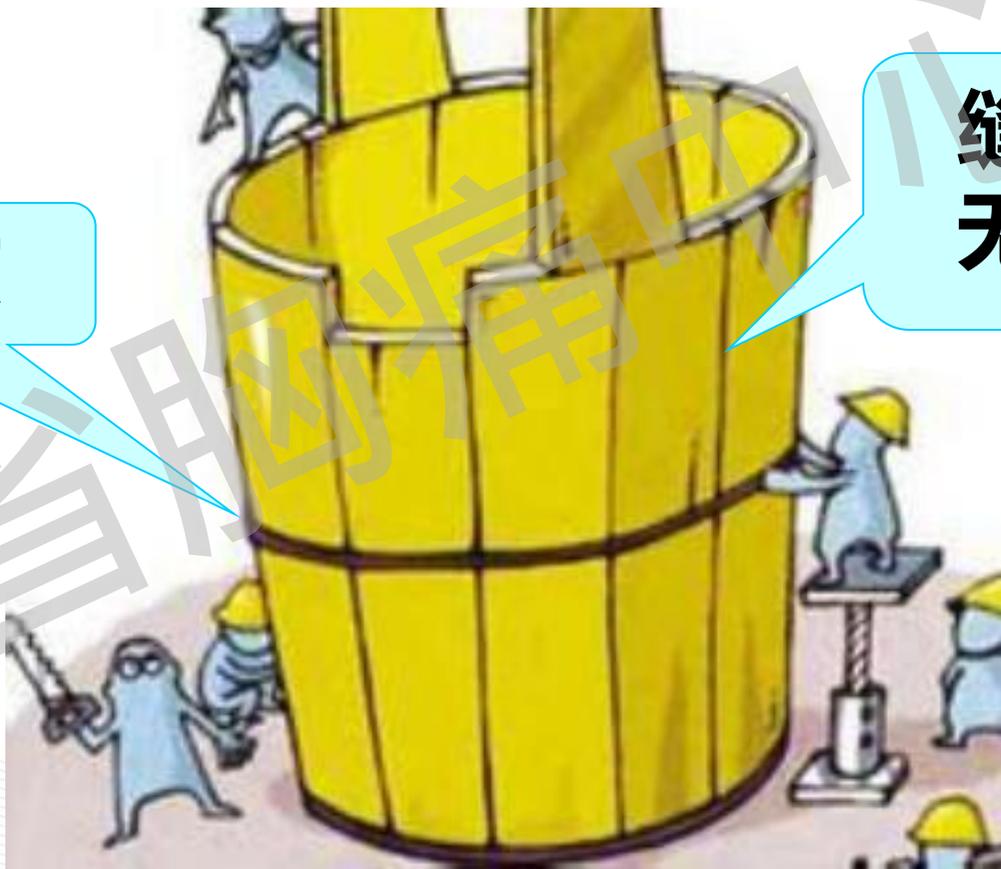
## 要素二的落实

- 核心科室的现场抽查：急诊科医师护士、救护车医务人员、心内科（CCU）医师护士、导管室护士
- 微服私访！！
- 现场环节：分诊、留观、演练、处置步骤的衔接
- 非核心科室人员处置急性胸痛患者的意识和态度
- 基层网络医院和120的实际做法和效果

# 木桶原理

制度约束

縫隙粘合  
无缝衔接



## 分区救治的意义

- 分区——并不是分解流程，而是方便落实岗位职责
- 让每个人容易了解、理解岗位职责
- 岗位间，流程需要默契的衔接
- 别忘了——及时把自己的工作记录在时间管理登记表

# 如何做好诊治的第一步

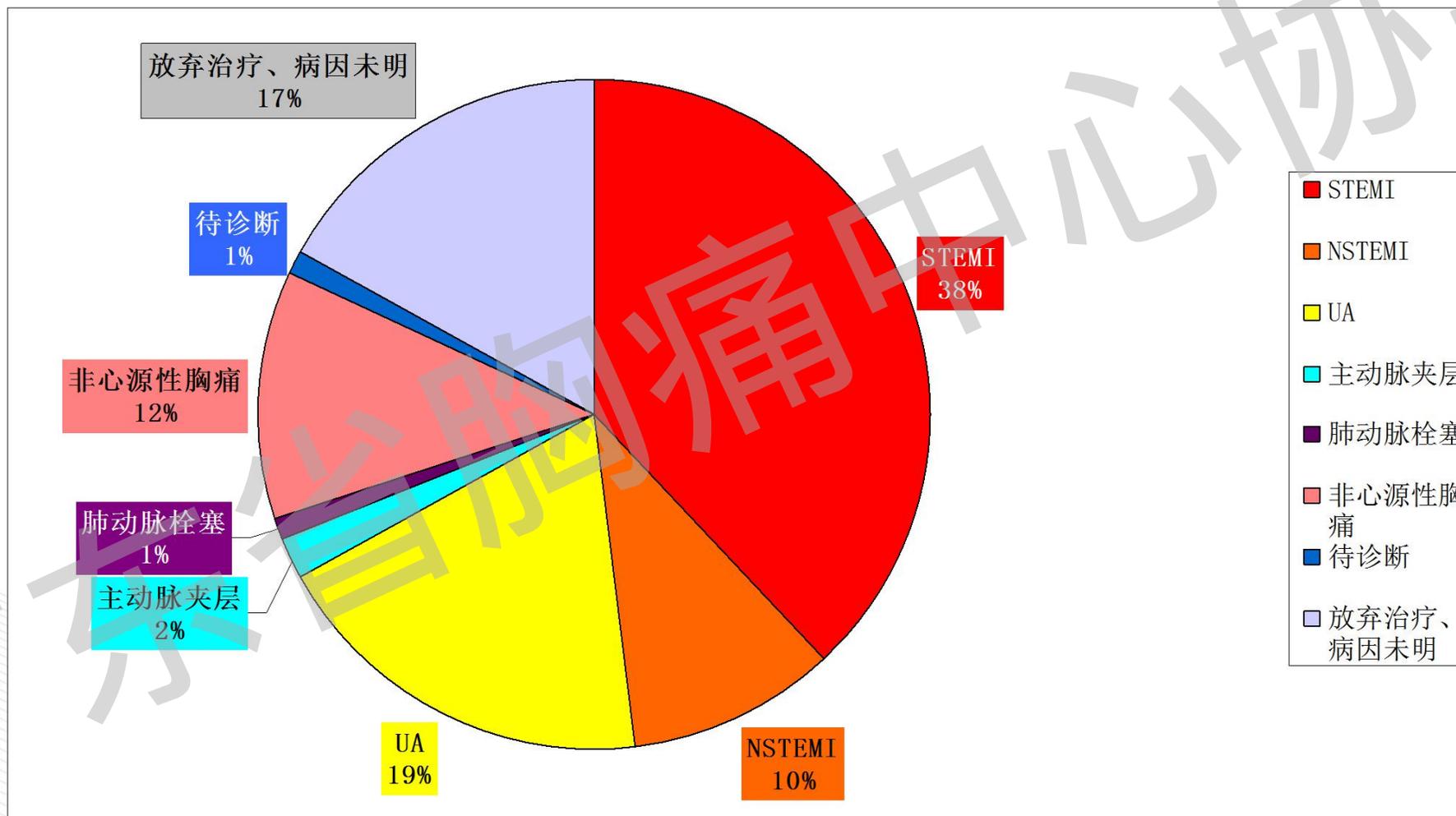
## ——分诊

广东省胸痛中心协会

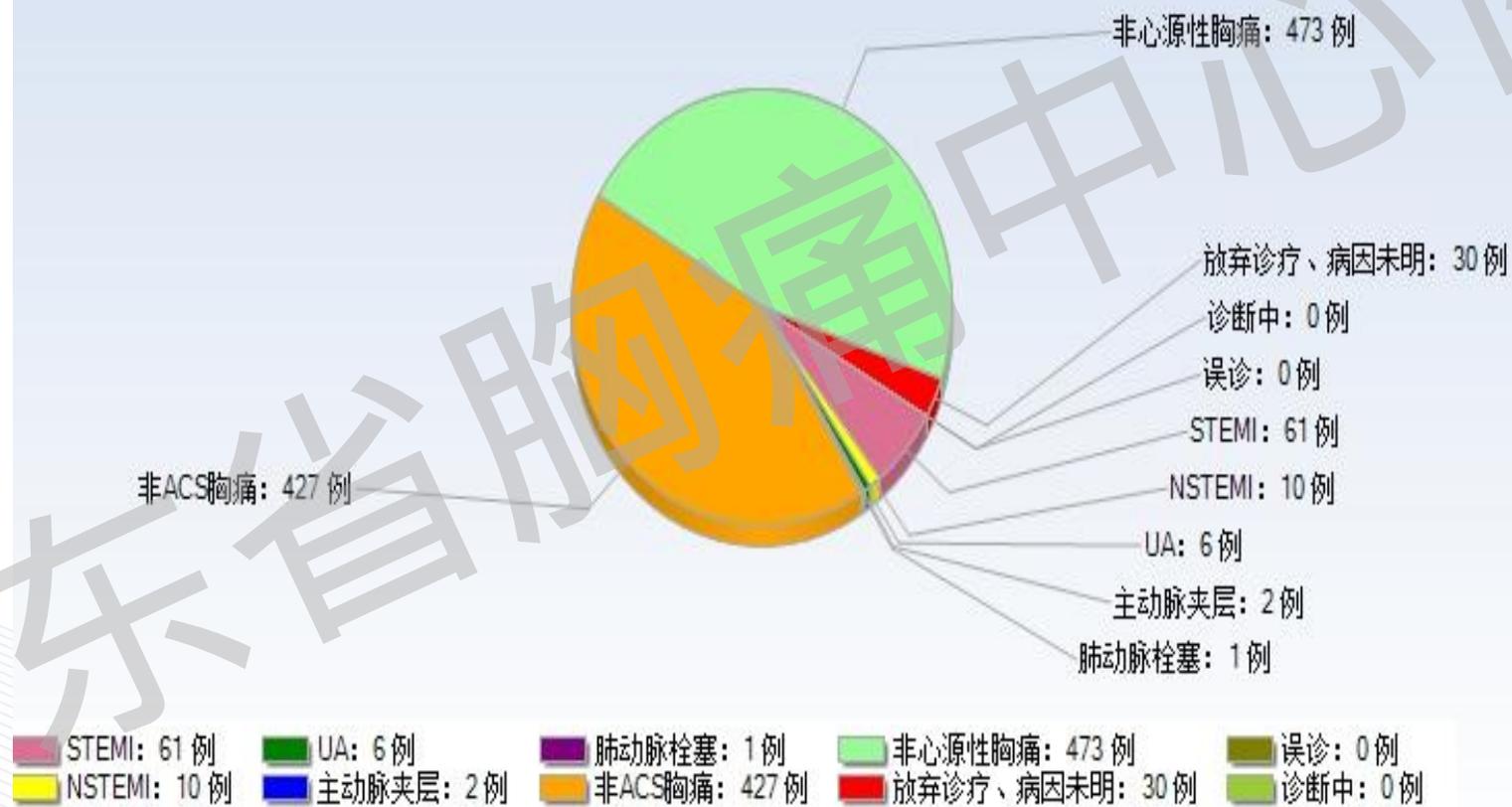
## 要素二： 对急性胸痛患者的评估及救治

- 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

## 胸痛中心疾病分类构成比



201601-201603 胸痛病例统计饼图 (合计: 1010 例)



# 难点一

## • “急性”、“胸痛”概念的共识

- 没有强制要求和限制
- 中心的要求与本医疗机构理解的一致性
- 如何确定执行者正确把握概念？
- “急性”的时间定义？
- “胸痛”的定义；需不需要概念的外延：上腹痛、下牙列痛……

# 建议

从要素二的六条内容要求上理解  
(从STEMI到低危胸痛, 从心源性到非心源性),  
入组患者应该全面、完整

- “急性” —— 一天? 二天? 三天? .....
- “胸痛” —— 非创伤性胸痛
- “胸痛” 相关症状: 参照数据库填报表中所罗列的相关内容

病情评估:

填写说明

- 持续性胸闷/胸痛    间断性胸闷/胸痛    胸痛症状已缓解    腹痛    呼吸困难    休克
- 心衰    恶性心律失常    心肺复苏    合并出血    其它

## 入组与甄别

- 过于严格的入组遴选，会导致漏诊
- 大量数据丢失，会影响医院的“地区影响力”
- 疾病结构饼图不合理——是“遴选过严”？还是“漏报数据过多”？还是“数据造假”？

- 急诊科医护人员的职业敏感性
- 急诊科医护人员对胸痛诊断流程的熟悉程度
- 急诊科医护人员的应变能力

# 扩大入组可能遇到的问题

- 工作量增加——可以接受的程度如何？
- 非心源性胸痛患者增加，有过度检查的嫌疑
- 拒绝检查（包括心电图）的案例增加，如何处置？

但这是反映贵院、当地胸痛流行病学的数据



# 分诊要求

分诊护士岗位职责：

- 执行本院胸痛中心共识，在**共识时间范围内**的**“非创伤性”**胸痛患者必须全部入数据库
- 启《**时间管理登记表**》
- 10分钟内完成**心电图检查**

## 认证标准对分诊台的要求

1. 急诊分诊台：应易于看到且靠近抢救区，并有醒目的标识指引急性胸痛患者得到优先分诊；对于夜间急诊量较小、不具备设置夜间急诊分诊条件的医院，必须建立替代机制以确保急性胸痛患者得到快速诊疗



## 认证标准对分诊台的要求

2、急诊分诊台或功能替代区**应配置电话及急救相关的联络系统**，以便进行院内、外的沟通协调，其中应包括与院前救护车、向本院转诊的基层医院的联络机制



# 认证标准对分诊台的要求

3. 急诊分诊台：应常备急性胸痛患者**时间管理节点记录表**，以便在首次医疗接触时**及时开始记录**，或者能在分诊台开始启动填报胸痛数据库



玉溪市人民医院 急诊科 胸痛中心 第六胸痛中心  
PEOPLE'S HOSPITAL OF YUXI CITY

### 急性胸痛患者时间管理表

患者姓名: \_\_\_\_\_ 性别:  男  女 年龄: \_\_\_\_\_ ID: \_\_\_\_\_ 住院 ID: \_\_\_\_\_  
来院方式:  呼叫 120  自驾  自行来院  院外

发病时间: \_\_\_\_\_ (首次医疗接触单位填写)  
首次医疗接触生命体征: 意识 \_\_\_\_\_ 呼吸 \_\_\_\_\_ 脉搏 \_\_\_\_\_ 血压 \_\_\_\_\_ 心率 \_\_\_\_\_ 血氧 \_\_\_\_\_ K1111b 分钟 \_\_\_\_\_

病情评估:  持续性胸痛  阵发性胸痛  压榨性胸痛  撕裂状胸痛  腹痛  呼吸困难  休克  
 心衰  急性心律失常  心律失常  合并出血

外院	120 急救中心 (红塔区)	院内发病
单位名称:	接听电话时间:	发病科室:
入院时间:	到达现场时间:	会诊时间:
医疗接触时间:	离开现场时间:	离开科室时间:
决定转院时间:		
出生单位:		
转运救护车到达时间:		
离开转出医院时间:		
院前心电图时间:	心电图诊断时间:	院前传输心电图时间:
院前抽血时间:	肌钙蛋白出结果时间:	肌钙蛋白结果:
血清肌酐 (Cr):		
院前双抗给药时间:	双抗给药名称及剂量:	
院前诊断:	院前诊断时间:	诊断医生:
院前急诊留观室时间:		
到达本院大门时间:		
急诊院内部分	<input type="checkbox"/> 急诊 <input type="checkbox"/> 急诊门诊 <input type="checkbox"/> EICU	挂号时间:
急诊科接诊医生:	接诊时间:	挂号时间:
检查项目: <input type="checkbox"/> 心电图 <input type="checkbox"/> 血常规 <input type="checkbox"/> 凝血四项 <input type="checkbox"/> 急诊生化 <input type="checkbox"/> 急诊电解质 <input type="checkbox"/> 肌钙蛋白 <input type="checkbox"/> 心电图生化		
<input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> 心超 <input type="checkbox"/> X 线 必要描述:		
心电图时间:	心电图诊断时间:	院前传输心电图时间:
抽血时间:	肌钙蛋白出结果时间:	肌钙蛋白结果:
血清肌酐 (Cr):		
诊断时间:	诊断医生:	
院前双抗给药时间:	双抗给药名称及剂量:	
转科科室:	离开急诊科时间:	
其它科室部分		
会诊科室:	通知 CT 室时间:	CT 室技师姓名:
会诊医师:	患者到达 CT 室时间:	CT 检查开始时间:
会诊时间:	CT 检查出报告时间:	患者离开 CT 室时间:
结束时间:		
转科: <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	通知放射科时间:	放射科技师姓名:
转科时间:	患者到达放射科时间:	胸片检查开始时间:
入院时间:	胸片检查出报告时间:	患者离开放射科时间:
初步诊断:		

### 胸痛患者急救时间管理表

患者姓名: \_\_\_\_\_ 性别:  男  女  年龄: \_\_\_\_\_  
住院号: \_\_\_\_\_ 入院日期: \_\_\_\_\_ 联系方式: \_\_\_\_\_  
入院方式:  120 急救  院前转入  院外急诊  自行入院  门诊   
院内急诊科 (发病科室) \_\_\_\_\_ 发病时间: \_\_\_\_\_ 其他

**120 急救送入:**  
接诊医生: \_\_\_\_\_ 接诊护士: \_\_\_\_\_ 调度接电话时间/通知出车时间: \_\_\_\_\_  
到达现场时间: \_\_\_\_\_ 直接送达:  急诊科  CCU  导管室   
是  否  院前心电图时间: \_\_\_\_\_ 心电图报告 (初步诊断): \_\_\_\_\_  
是  否  院前给药时间: \_\_\_\_\_ 具体给药情况: \_\_\_\_\_

**外院转入:**  
转诊医院【两点医院:是  否 】: \_\_\_\_\_ 转诊医生: \_\_\_\_\_  
是  否  请求 5111120 远程会诊时间: \_\_\_\_\_ 病情及诊断: \_\_\_\_\_  
患者首次医疗接触时间: \_\_\_\_\_ 决定转院时间: \_\_\_\_\_ 转出医院大门时间: \_\_\_\_\_  
转诊途径: 厦门市 120 转诊  外地 120 转诊  患者自行转诊   
是  否  院前给药时间: \_\_\_\_\_ 具体给药情况: \_\_\_\_\_  
是  否  院前心电图时间: \_\_\_\_\_ 直接送达:  急诊科  CCU  导管室

**院内急诊科:【共计用时 \_\_\_\_\_ 分钟】**  
胸痛中心急诊护士分诊时间 (到达医院大门时间): \_\_\_\_\_ 分诊护士: \_\_\_\_\_  
病情记录: 发病时间: \_\_\_\_\_ 发病地址: \_\_\_\_\_

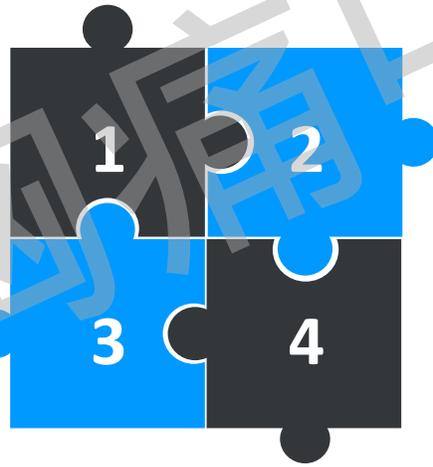
疼痛诱发因素: 运动后  劳累后  暴饮后  受惊  餐后  休息  情绪激动  睡眠中   
疼痛感觉: 闷闷  压榨痛  紧缩性  烧灼感  刀割样  撕裂样或沉重感  撕裂感  刺痛   
部位: 胸骨后  心前区  胸部  下腹  肩部  上腹部  腰背部  胸骨下段   
放射部位: 上腹  颈部  左臂  左臂  下颌骨  胸骨下  背部   
持续时间: 数秒  数分钟至 20 分钟  20 分钟至 30 分钟  大于 30 分钟   
缓解方式: 休息  含服硝酸甘油  其它 \_\_\_\_\_  
伴随症状: 呼吸困难  晕厥  大汗  恶心呕吐  心悸  心衰  乏力  气喘   
既往病史: 冠心病  高血压  高血脂  糖尿病  家族性心脏病  COPD  其他 \_\_\_\_\_

生命体征: BP \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ mmHg 心率: \_\_\_\_\_ 次/分 SpO2 \_\_\_\_\_ %  
急诊科护士接诊时间: \_\_\_\_\_ 急诊科医生接诊时间: \_\_\_\_\_  
急诊科接诊医生: \_\_\_\_\_ 请心内  / 外  科会诊时间: \_\_\_\_\_  
心内  / 外  科医生到达时间: \_\_\_\_\_ 心内  外  科会诊医生: \_\_\_\_\_  
急诊科  无  延误 (>10 分钟) 情况分析: \_\_\_\_\_  
急诊科检查项目: 有  无  行急诊心电图时间: \_\_\_\_\_ (值班人员: \_\_\_\_\_)  
心电图报告 ( \_\_\_\_\_ )

# 分诊台设置需避免的常见问题

不清晰，不醒目，  
无法作为胸痛患者  
进入急诊的第一  
接触点

未悬挂分诊流程  
图，无抬头可见  
的统一时钟



无事实上的功能分  
区，由护士站或导  
诊台替代，分诊变  
导诊

无分诊登记，护士脱  
岗，无人值守。  
可以用呼叫铃等方案  
替代人员的暂时离岗

## 难点二

非急诊途径的胸痛患者如何入组？

非急诊途径

院外胸痛患者绕行急诊

心内门诊胸痛患者

门诊胸痛患者

院内住院患者发生胸痛

如何记录？

胸痛中心

心内会诊

院外胸痛患者

首诊医院

120 接诊

完成时间管理表  
(谁来完成?)

120医护人员启用  
时间管理表

外院提供胸痛患者就  
诊的信息：FMC、心  
电图完成时间、“一  
包药”时间、救护车  
出发时间

规范填写患者信息

心内门诊就诊  
的胸痛患者



首份心电图在哪做？



如何落实先检查后付费？



时间管理表谁填写？



STEMI、NSTEMI/UA、低危胸痛  
者，其后续流程如何执行？

要求做到·  
同质化服务

# 建议

- 一般处理方式——所有门诊的非创伤性胸痛患者均要到胸痛中心处置
- 增加“时间管理表、心电图机、车床、监护除颤仪”的放置部门——心内科门诊（同质化管理）、导管室、心内科（会诊医师使用）
- 增加培训人员——门诊部分诊护士/导医、导管室人员、心内科会诊医师
- 增加培训内容——时间节点的定义共识、各环节负责的项目、质控要点

# 急诊抢救室

- 生命征不平稳
  - STEMI
  - USTEMI/UA
- 症状疑似急性主动脉夹层或急性肺动脉栓塞

- \* 必要的生命支持
- \* 肌钙蛋白检测等化验检查
- \* Grace分级及心内科医师会诊（方便知情告知的图示）
- \* 疑似急性主动脉夹层或急性肺动脉栓塞的鉴别诊断

# 胸痛诊室

- 生命征平稳
- 心电图无心肌缺血改变
- 症状不典型

- \* 必要时肌钙蛋白检测等化验检查
- \* 疑似主动脉夹层或急性肺动脉栓塞的鉴别诊断
- \* 必要时心内科医师会诊
- \* 需要定时复查心电图

## 急诊留观病房

- 生命征平稳，不能明确胸痛原因
  - Grace分级低危
  - 稳定型心绞痛

- \* 必要的留观时间
- \* 定时的心电图检查和/或肌钙蛋白检测
- \* 分流：有变化——住院；无变化——离院
- \* 离院告知

CCPCC 2019

致知力行，继往开来！

谢谢！

广东省肿瘤中心协会