

中医院胸痛中心建立模式探讨

张敏州, 周袁中, 郭力恒, 王磊

(广东省中医院胸痛诊疗中心, 广东 广州 510120)

1 背景

胸痛是临床上常见的症状,原因很多,炎症、肿瘤、神经刺激以及肺、消化道、心脏等脏器的损伤刺激均可引起胸痛。急性胸痛患者是急诊内科最常见的患病人群,通过美国多项研究数据显示,胸痛患者中只有 10%~15% 被诊断为急性心肌梗死(AMI),而其中约 70% 的患者最终除外急性冠脉综合征(ACS)或未发现任何其他疾病^[1-4],其中少部分患者因为 ACS 未被发现而不适当出院,从而失去救治机会导致死亡^[5-6]。因此,如何迅速判断高危胸痛患者,分辨出 ACS、肺动脉栓塞、主动脉夹层和气胸等危急重症,就显得非常重要。

胸痛中心是为降低 AMI 的发病率和病死率而提出的概念^[7],胸痛中心通过对胸痛患者进行分类,可以有效提高诊断和治疗 ACS 的能力,从而降低 AMI 的发生率。与此同时,胸痛中心还可准确筛查出低危险的心肌缺血患者,减少误诊和漏诊。但是,急性胸痛诊治仍存在较多问题:如胸痛的诊断缺乏规范流程;ACS 治疗不足和治疗过度现象并存;AMI 再灌注治疗时间远未达到美国心脏病学会/美国心脏协会(ACC/AHA)指南推荐的标准;很多心肌梗死(心梗)患者最终仍发生心力衰竭(心衰)、心源性休克和恶性心律失常等。

2010 年 10 月胡大一教授联合多个学科发布胸痛中心建设中国专家共识,呼吁政府、卫生部门、医院管理层重视胸痛中心的建设。当时广东省各家卫生医疗机构在胸痛中心建设方面尚是空白,在中医院更是接触甚少。其实在中医方面,春秋战国时期所编写的著作《黄帝内经·素问·脏气法时论》提到:“心病者,胸中痛”,可以看出,古人对胸痛早已认识,并根据胸痛的病机设立了相关治则治法。近年来,中医在 AMI 方面的辨证研究多集中在中医证候的研究,贾振华等^[8]建立的 AMI 证候量化诊断标准具有良好的诊断效能,为中医药治疗 AMI 提供了辨证依据。但仍缺少治疗 AMI 的规范化中医干预方案。

2 广东省中医院胸痛中心的成立

2004 年广东省中医院在全国中医院中最早开通 AMI 绿色通道,实行先抢救、后缴费的治疗策略,明显地缩短了患者的再灌注治疗时间,降低了病死率^[9]。同时,在全国最早开展 AMI 中西医结合临床路径工作^[10],2008 年开始牵头在全国进行多中心临床研究,研究表明通过实施 AMI 中西医结合临床路径,减少了住院时间及住院总费用,降低了心血管死亡和不良事件发生率^[11]。

通过对广东省中医院 AMI 绿色通道多年的运作,积累

了丰富的经验,为胸痛中心的建设奠定了良好的基础。与此同时,绿色通道在运行过程中仍面临着一些难题和困难,如诊断流程不规范,心梗患者仍有一定的漏诊率和误诊率,AMI 患者早期接受再灌注治疗比例低,存在溶栓或介入治疗的延迟等问题导致患者死亡和心衰发生。胸痛的快速、准确鉴别诊断是急诊和相关专科处理的难点,也是各大医院近年来医疗纠纷发生的其中一个原因。因此,为改善胸痛患者诊疗过程中的不足,简化、优化诊疗流程,在各个医院特别是中医院开展胸痛中心建设成为重要工作。

2010 年 12 月 18 日,首届全国中医院冠心病介入论坛在广州召开并成立广东省中医院的胸痛中心,经过广东省中医药管理局的批准同意,广东省内第一家胸痛中心正式成立,这也是全国中医院中最早成立的胸痛中心。中国中西医结合的领军人物、中国中西医结合学会名誉会长、中国医师协会中西医结合医师分会会长、中国科学院院士陈可冀教授等领导为胸痛中心成立揭牌,国内外著名的心血管病专家、中华医学会心血管病分会主任委员胡大一教授也发来贺信,高度评价了广东省中医院在全国中医系统率先开展冠心病介入治疗,成立全国首家中医院胸痛诊疗中心,将推动我国胸痛中心的建设以及胸痛救治流程的规范化,提高胸痛患者的诊断与治疗水平、ACS 救治效率等。胸痛中心的组建是运用现代医学和中医学积极探究其中西医结合优化方案。

3 中医院胸痛中心构建措施

在中医院设立胸痛中心,采取了多种措施保障胸痛中心的建设顺利开展。

3.1 明确胸痛中心负责人,责任到位:胸痛中心的建立需要多科室的协作与联合诊治,明确胸痛中心的责任人可以更快、更高效地起到胸痛中心的诊治流程与作用。

3.2 明确胸痛中心的职能和职责:①制定急性胸痛救治流程;只有规范的诊治流程,才能让每一位接诊医护人员明确流程处理原则,更快地将胸痛患者进行分流;②设立胸痛中心工作的标准化工作培训流程,使入职员工接受培训,以明确胸痛中心的工作性质和目标;③定期对胸痛中心进行各个环节考核和评估,不断改进工作流程;④对相关临床人员进行心电图、影像学及实验数据等临床内容的培训与分析;⑤对非临床相关人员进行培训,使其了解急性胸痛的相关临床知识;⑥定期对协作医院和社区医院医生进行培训;⑦联合多个学科,围绕胸痛患者进行科研攻关,注重突出中医特色和优势;⑧定期进行患者随访和召开病友会,加强对 AMI 患者出院后的二级预防。

3.3 定期培训、定期考核:定期对相关医师进行培训与考核,目前已开展多次胸痛中心学术交流活动,让典型病例带动医生学习,让大家一起参与讨论分享,吸取经验和教训,不断提高 AMI 的抢救成功率。

doi: 10.3969/j.issn.1008-9691.2013.03.001

基金项目:广东省科学技术厅广东省中医药科学院联合科研项目(2011B032200006)

通信作者:张敏州, Email: minzhouzhang@aliyun.com

3.4 保障绿色通道畅通无阻:2004 年广东省中医院通过传媒向社会承诺开通 AMI 抢救绿色通道,随时对这类患者进行再灌注治疗。“时间就是心肌,时间就是生命”。由重症医学科主任、心内科教授担任抢救团队负责人,他们不仅是主要手术者,更是重要的决策者和组织者。定期对绿色通道的各个环节进行了详细的分析,与各相关部门和抢救团队主要成员进行了充分的讨论和沟通,组织了一个严谨、高效、科学的救治团队,制订了详尽的操作流程和细则,使每一个环节都畅通无阻。患者一旦被诊断为 AMI,就能够迅速启动绿色通道,第一时间得到积极有效的治疗。特别是再灌注治疗后,联合应用益气活血中药对于减少 AMI 的病死率、缩短住院时间、减少医疗费用方面有重要的意义。目前国家中医药管理局正在制订我国第一个 AMI 再灌注治疗的中医临床路径。

3.5 走向基层,初步建立转运网络:对于基层医院来说,急性胸痛的患者并不少,而缺乏的往往是对急性胸痛的判断与处理,特别是直接经皮冠状动脉介入治疗(PCI)等有效措施。因此,广东省中医院围绕胸痛中心的建设,向基层许诺,建立转运网络,让更多外地的患者得到及时的救治。与此同时,广东省中医院也与多个二级中医院建立了合作帮扶关系,让心血管专家到基层医院进行演讲,宣教更多的关于急性胸痛的诊治和转运知识。

3.6 向社会宣传:目前 AMI 患者发病率高、病情变化快,但是多数患者或家属缺乏相应的救治知识。因而往往延误了最佳的抢救时间,要向社区群众、患者大力宣传,“急性胸痛”可防可治。近一年来,广东省中医院与各大传媒如南方电视台、39 健康网合作,举办多期健康大讲堂,得到患者及社会的热烈反响和充分肯定。《香港之窗》、《名医》杂志也进行相关报道。

4 展望未来

2012 年,随着广东省介入心脏病学会、广东省医师协会心血管内科医师分会和广东省胸痛中心协会共同发起 AMI 广东协同救治计划启动,探索适合广东的 AMI 救治模式,以期降低病死率和致残率。也正如卫生部副部长兼国家中医药管理局局长王国强在 2011 中国医师协会中西医结合医师大会上指出:“要以提高临床疗效为核心,发挥中西医结合的优势,形成中、西医方法在疾病发展不同阶段最优化组合的

治疗方案,达到提高疗效、缩短疗程、减少毒副作用、减轻患者痛苦、降低医疗费用的目的”^[12]。各个中医院应该多学科合作,积极配合,成立胸痛中心,探索适合中医院发展的急性胸痛救治模式。中医院也更应发挥中医方面的优势,与西医治疗互相融合,使患者得到最佳的综合诊疗方案。

参考文献

- [1] Puleo PR, Meyer D, Wathen C, et al. Use of a rapid assay of subforms of creatine kinase-MB to diagnose or rule out acute myocardial infarction. *N Engl J Med*, 1994, 341 (9): 561-566.
- [2] McCarthy BD, Beshansky JR, D'Agostino RB, et al. Missed diagnoses of acute myocardial infarction in the emergency department: results from a multicenter study. *Ann Emerg Med*, 1993, 22 (3): 579-582.
- [3] Tierney WM, Fitzgerald J, McHenry R, et al. Physicians' estimates of the probability of myocardial infarction in emergency room patients with chest pain. *Med Decis Making*, 1986, 6 (1): 12-17.
- [4] Rouna GW, Hdeges JR, Tohzi R, et al. A chest pain clinic to improve the follow-up of patients released from an urban university teaching hospital emergency department. *Ann Emerg Med*, 1987, 16 (10): 1145-1150.
- [5] 梁岩,谭慧琼,朱俊,等.我国非 ST 段抬高急性冠状动脉综合征患者猝死或心律失常死亡事件危险因素分析. *中国危重病急救医学*, 2005, 17 (3): 142-145.
- [6] 曾红,张建军,侯洪.36 例急诊非 ST 段抬高型心肌梗死的误诊分析. *中国危重病急救医学*, 2006, 18 (8): 509.
- [7] Graff LG, Dallara J, Ross MA, et al. Impact on the care of the emergency department chest pain patient from the chest pain evaluation registry (CHEPER) study. *Am J Cardiol*, 1997, 80 (5): 563-568.
- [8] 贾振华,李叶双,吴以岭,等.急性心肌梗死证候诊断标准规范化研究. *中国中西医结合急救杂志*, 2007, 14 (4): 195-199.
- [9] 张敏州,丁邦哈,张维东,等.375 例胸痹心痛患者冠状动脉造影结果与中医证型的对比研究. *中国中西医结合急救杂志*, 2004, 11 (2): 115-117.
- [10] 张敏州,程康林,乔志强,等.中医临床路径构建思路与方法. *中国医院管理*, 2005, 25 (3): 37-39.
- [11] Wang L, Zhang M, Guo L, et al. Clinical pathways based on integrative medicine in chinese hospitals improve treatment outcomes for patients with acute myocardial infarction: a multicentre, nonrandomized historically controlled trial. *Evid Based Complement Alternat Med*, 2012, 2012: 821641
- [12] 王磊,郭力恒,周袁申,等.全国中西医结合发展战略研讨会暨中国中西医结合学会成立三十周年纪念会会议纪要. *中国中西医结合杂志*, 2012, 32 (1): 138-140.

(收稿日期:2013-02-22)(本文编辑:李银平)

• 读者 • 作者 • 编者 •

本刊对来稿的一般要求

文稿应具有科学性、创新性、实用性和导向性。要求资料真实、可靠,数据准确,必要时应进行统计学处理;文字精炼,层次清楚;论点明确,论据充分,结论清晰。应特别注意对研究过程和方法陈述的严谨性、逻辑关系的严密性、文字表述的流畅性。

来稿需经第一作者或通信作者所在单位审核,并附单位推荐信。推荐信(附带版权转让协议)可在本刊编辑部索取。推荐信应证明稿件内容和数据资料的真实性,注明对稿件的评审意见以及无一稿两投、不涉及保密、署名无争议等项,并加盖单位公章。如涉及保密问题,需附有关部门审查同意发表的证明。需要特别说明的是,科研论文一般具有职务作品的属性。为了保护知识产权,对于原创性研究论文,本刊要求稿件推荐信须由享有该研究知识产权的单位(即科研立项单位、病例资料所在单位)出具;多中心研究的推荐信可由作为该项研究主持者的第一作者或通信作者的所在单位出具。述评、综述、论坛类稿件不受上述规定限制。

欢迎作者通过 Email 投稿,《中国中西医结合急救杂志》的投稿信箱:cccm@em120.com。对于 Email 投稿,还需再寄纸质版稿件 2 份以及各类基金项目复印件。

《中国中西医结合急救杂志》一般不退还原稿,请作者自留底稿。若作者要求退还文中原始图片,请在投稿时特别声明。为了便于必要时编辑部与作者及时取得联系,请在文稿后注明第一作者或通信作者的联系方式(移动电话及 Email),所有处理稿件的相关问题均通过 Email 完成。