

中国急性心梗注册：从登记到质量提升

▲ 阜外心血管病医院心内科 杨跃进

最近，为进一步明确二级、三级医院的功能定位，国家卫生计生委正在征集关于这两级医院的医疗服务能力的意见，尤其重视临床专科发展水平，并提出住院死亡率的硬性指标。如二级医院住院患者死亡率 $\leq 4.0\%$ ，三级医院为 $\leq 0.8\%$ 。显而易见，国家将降低住院死亡率和改善患者预后等结局指标作为衡量医院服务能力的重要指标，这对于各级医院努力提高急性心肌梗死的救治水平尤其重要。



杨跃进 教授

死亡率下降必然是医疗质量提高的结果，但死亡率下降是一个“结局指标”。达到“结局指标”的改善，必然要抓“过程指标”。强调过程指标的意义在于，对医疗过程进行监管，尽早发现和确定问题的所在，对发现的问题即使纠正，及时发现潜在的影响结局的因素，最终改善结果。

我国心肌梗死面临诊疗挑战

我国心肌梗死发病率快速上升，并已显现年轻化、老年化和农村化的趋势。近期《柳叶刀》杂志公布的China-PEACE研究显示，在2001-2011十年间，我国因ST段抬高型心肌梗死（STEMI）而住院的人数增加了3倍。过去20年间，我国冠心病死亡人数翻番，每年约达百万人。据世界银行估计，至2030年，我国心肌梗死患者将达2300万。

急性心肌梗死又是可治的，其诊断和救治方法随着循证医学和医疗技术进步获得迅猛发展。国际上已制订指南并数次更新，形成了诊断以心

肌坏死标志物为最终证据，救治以强化药物治疗为基础、早期再灌注治疗为首选诊治新模式，成效显著，国外发达国家的心肌梗死病死率已从10%降至5%。

我国心肌梗死诊断和救治水平也随国际水平提高而提升。但多项研究表明，我国心肌梗死存在再灌注率较低；出院后致死率较高问题，且诊疗过度 and 标准治疗不足并存；以及诊断延误、再灌注治疗时间耽搁、策略不当以及其他治疗措施欠规范等问题和原因。

2011年，阜外心血管病医院作为牵头单位，启动了国家十二五攻关项

目心血管疾病关键治疗技术临床多中心研究信息平台研究项目，目前已进行近三年的研究工作，初步建立了心肌梗死、心力衰竭、心律失常介入治疗和冠脉旁路移植手术等几种疾病的临床注册研究平台。其中，中国急性心肌梗死注册研究（CAMI）纳入全国30多个省市100多家医院，在1年半内纳入发病1~7 d的2.3万例患者资料。初步分析发现，我国在急性心肌梗死救治方面，由于不同医院对有效治疗策略的使用存在巨大差别，导致部分医院的心肌梗死病死率仍较高，可达10%以上。

提高诊疗质量 路在何方？

制定和颁布指南的意义是为规范医生的行为，但事实上，对医院和医生进行指南的培训和推广很容易，实际的有效转化较难，指南本身不能消除或减少指南和实践之间的差距。指南仅能告诉我们该做和该不该做的问题，但不能告诉我们怎么做、怎样做最好，这需要每个医生对临床问题的理解和智慧。

临床路径规定一种疾病的诊疗规程，对医疗过程预先设定目标，

作为临床医生对病人实施诊疗的依据，也可作为医管部门对医疗进程进行监控和评价，但我院高润霖院士牵头进行的CPACS-2研究实施了以临床路径为主的干预策略显示，临床路径对某些过程指标并无影响，如对急性心肌梗死进行快速再灌注的两项指标，包括从到医院至溶栓时间和从到医院至球囊扩张时间，均无改善。

欧美等发达国家的经验表明，建立能够持

续性地进行临床疾病诊疗质量监测平台，并向公众报告结果，能够提高医疗质量，最终能够降低死亡率。至于死亡率能够降低多少，可能还取决于医生的智慧、经验以及操作因素。

临床中一些治疗可明显减少心肌梗死病死率，这些指标可作为过程质量评价指标，其中包括：对发病12 h内STEMI患者再灌注治疗、开始再灌注时间和应用有循证医学证据药物等。



课题组许海燕在2014年美国心脏病学院年会上介绍中国急性心肌梗死注册研究初步结果，引起国内外与会者的广泛关注。

初步结果 我国急性心梗就诊晚 地区差异大

作为目前国内最大规模的急性心肌梗死注册研究，据悉，该研究截至到今年6月底，已入选患者超过2.3万例。本次初步结果分析了2013年1月1日至2014年3月31日全国109家医院，发病7 d内就诊的16 023例急性心肌梗死患者，平均年龄为61.8岁。

结果显示，73.5%为STEMI患者。42.6%STEMI患者行急诊PCI治疗，10.3%行溶栓治疗。8.8%非STEMI行急诊PCI治疗。在行急诊再灌注治疗的STEMI中，入院至行急诊PCI时间（D2B）为165 min，入院至溶栓时间（D2N）为130 min。满足指南D2B < 90 min和D2N < 30 min的患者比例仅为

24.3%和19.6%。

研究还发现，三个级别医院的患者存在明显差别：到省级医院就诊的患者中有36.1%为转诊，而县医院仅为4.2%。到省级医院就诊的患者仅有17%患者能在发病3 h内到达医院，县医院的则有30%。在校正相关危险因素后，省级医院住院死亡率为3.5%，市级医院为5.6%，县级医

院为10.0%（图1）。

研究显示，我国急性心肌梗死普遍就诊较晚，其中22.4% STEMI和38.9%非STEMI患者发病后超过24 h到医院。

在我国急性心肌梗死患者中九成患者至少伴有高血压、吸烟、糖尿病、超重或肥胖以及高血脂等心血管病危险因素中的1种，35%的患者伴有 ≥ 3 种的危险因素。



图1 校正的各级医院住院死亡率

研究展望 建立专业合作平台 促医疗转化

★ 依托十二五课题，各级医院参加急性心梗临床危重疾病的临床注册研究 参加医院作为心血管诊疗质量监测基地，不但提供过程指标（如是否采用再灌注治疗等），也提供结局指标（住院和30 d死亡率等）。建立中国心血管病登记研究网络、国家登记系统和心血管病持续质量改进登记模式，以达到规范和提高我国心血管病整体诊治水平、不断降低病死率的重要手段。建立并完善符合我国国情的心血管病医疗质量管理与控制体系，提高医疗质量，促进医疗质量均等化。

★ 建立专科化的纵向（垂直）的知识整合性医联体 探索中的医联体概念是同一个区域内的医疗资源整合，由一所三级医院，联合若干所二级医院和社区卫生服务中心组成，目的是引导患者分层次就医，而非一味涌向三级甲等医院。而纵向医联体恰恰为传统医联体找到了切入点和连接点，具有带动和提高医疗水平的实质性优势。强调以某一专科为主，以提升专业水平为重点。一方面，协作医院提供日常工作中的单病种诊疗资料，作为质量监测内容；另一方面，阜外心血管病医院提供“基于互联网的远程会诊平台”，对协作医院在日常临床工作中出现的疑难、复杂和危重病例，可与阜外心血管病医院开展远程会诊工作，使当地患者在不用到北京的情况下，就可享受到阜外心血管病医院的医疗服务。

★ 面向协作医院，开放培训平台 阜外心血管病医院将开放在各级层面上的培训课程。使协作医院的医生足不出户，就能学习到最新的临床进展。