

中美急性心梗救治体系对比

我国救治体系和公民意识是“硬伤”

▲ 本报记者 董杰

一位 57 岁的美国男性，在家中突发心脏骤停，他的儿子马上呼叫 911（美国急救电话），并开始为其进行心肺复苏。

急救医疗服务（EMS）在 10 min 后赶到，共予 5 次电转复、并进行了气管插管，院前心电图显示下壁心肌梗死。

该患者住在美国的农村，离家最近的医院是 Alamance RMC 医院，但该医院没有行经皮冠脉介入治疗（PCI）的资质，如果到最近的能行 PCI 的杜克大学医学中心，需要多走 32 min 的路程。

权衡利弊后，EMS 决定绕过 Alamance RMC 医院，直接将患者送至杜克大学医学中心，并启动杜克心肌梗死热线，使杜克的导管室医生就位。

入院后查体，患者无意识，心率 90 次/min，血压 90/70 mmHg。超声心动图示：右室扩大，收缩无力，左室射血分数 35%。冠脉造影显示右冠完全闭塞，介入治疗后开通。

经治疗后，患者恢复很好，5 d 后复查超声心动图显示：右室和左室功能正常，心尖部小范围室壁运动异常。

ST 段抬高型心肌梗死（STEMI）救治的关键在于“时间”。时间就是生命，时间就是心肌。在这场与生命赛跑的抢救中，这位美国男性得以获救，得益于各个环节的快速反应，得益于美国 EMS 完善的体系。

然而，令人遗憾的是，即使在我国的精英阶层，他们能够获得更多医疗资源，很多为大众所熟知的人也难免因心肌梗死救治延误而死亡，更毋庸提偏远的农村地区。

据国家心血管病中心蒋立新教授等进行的 China PEACE 研究显示，我国十年间 STEMI 再灌注治疗的及时性无明显改善。患者救治依旧显著延迟，有超过一半的 STEMI 住院患者因就诊延迟而错失再灌注治疗时机。

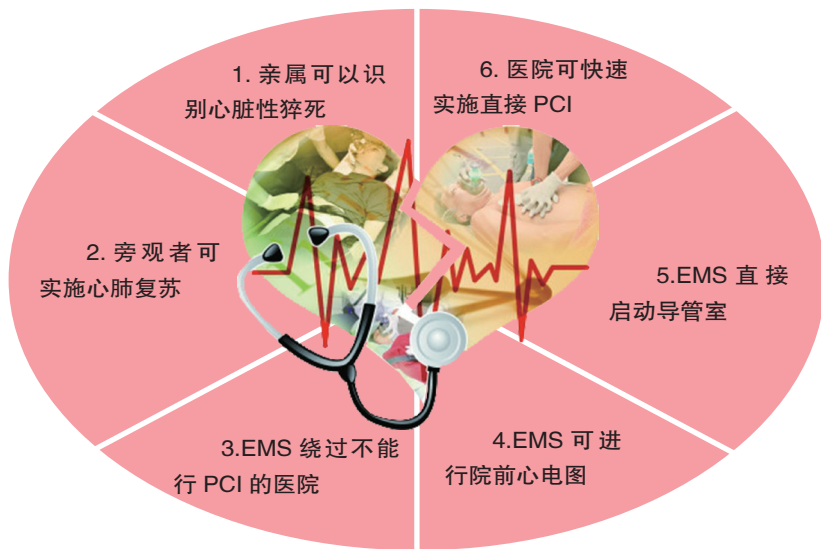
八秒钟换四个轮胎不是天方夜谭

正如上述故事所讲，杜克大学临床研究所洗颖教授指出，美国 STEMI 救治有完善的系统，能够争取宝贵的抢救时间。洗教授解释，美国这位农民能够获得及时救治有 6 点

关键原因。

STEMI 治疗指南对首次医疗接触 / 入院到开通血管的时间有严格的规定，其核心是在最短的时间内采取最有效的措施。如何实现这一核心目标？洗教

授介绍，8 s 换 4 个轮胎，这听上去像天方夜谭，却在在美国纳斯卡赛车比赛场上真实上演，靠的就是团队协作的力量。STEMI 的救治同样需要团队协作，才能争取到宝贵的时间。



缩短急救流程 各司其职

洗教授介绍，RACE 研究就是对 STEMI 再灌注链上的所有环节进行干预，使各个环节更高效运转。这些环节包括：

★ EMS：进行院前心电图；判断是否为 STEMI；在到达医院前完成再灌注治疗准备清单；判断是否将患者直接送至可行直接 PCI 的医院。

★ 不能行直接 PCI 的医疗机构：以指南为基础进行溶栓或转运至可行直接 PCI 医院；与 PCI 中心

建立简单的呼叫系统，以便快速转运患者。

★ 医院间转运：选择最佳的转运方法和流程；直接送至导管室。

★ PCI 中心内部沟通：一个电话启动导管室；不管有无床位都要接收患者。

★ PCI 中心导管室：每天 24 h，每周 7 天待命，从联系到就绪 30 min。

RACE 研究实施 1 年后，所有行 PCI 患者的首次入院到器械治疗（Door-to-Device, D2D）时间，

从 108 min 降至 90 min；直接到达 PCI 医院的患者的 D2D 时间，从 85 min 降至 74 min；转运至 PCI 医院的患者首次 D2D 时间，从 165 min 降至 128 min。

从 RACE 研究可以得出经验，STEMI 救治需要各部门协调起来，在这个救治系统中的每个人都需要按照标准流程、承担好自己的角色，且流程越简洁越好。当然，还要根据数据反馈调整不足，不断提高。

健康宣教深入人心

洗教授介绍，在美国，不管是在电视还是公共交通工具上，都会有急性心肌梗死（AMI）的健康宣教。并且在美国，民众不管出现什么问题，都有打 911 急救电话的意识。然而，我国民众拨打急救电话的概念相对薄弱。

中国急性心肌梗死注册研究（CAMI）显示，很多 AMI 患者并非由急救车送到医院，而是坐出租车或私家车。洗教授分析，

原因可能为患者及家属想省钱、对医务系统了解不足、对救护车不信任等。

因此，为提高民众对疾病的认识水平，国家、社会的健康宣教非常重要。

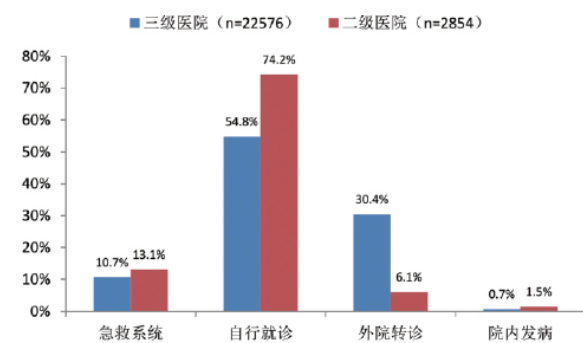


图 1 CAMI 研究中急性心梗患者到医院就诊途径



洗颖 教授



许海燕 教授

中国急性心梗再灌注率低

近十多年来，我国 AMI 的发病率和因 AMI 造成的死亡率逐年递增，院内死亡率没有明显降低。各级医院对 AMI 救治存在明显差异，其中再灌注治疗率仍不乐观。

中国医学科学院阜外医院许海燕教授介绍，对 CAMI 注册研究 13 470 例首次进入研究医院的急性 STEMI 患者分析发现，发病 12 h 内到达医院的患者比例分别是省级医院 75%、地市级医院 71%、县级医院 69%。

此外，16% 省级医院、20% 地市级医院、20% 县级医院的患者发病 1 天后才到医院就诊。

另外，19% 省级医院、11% 地市级医院、11% 县级医院的患者呼叫急救系统，通过急救车到达医院，而平均 80% 的患者是自行或家人帮助前往。

省级医院 30%、地市级医院 47%、县级医院 56% 的 STEMI 患者未进行再灌注治疗，即使在发病 12 h 内及时到达医院的患者中，仍有分别，省级医院 17%、地市级医院 30%、县级医院 40% 的患者未得到再灌注治疗。

分析 12 h 内到达医院的这些患者中未进行再灌注治疗的原因，除了有禁忌证、症状缓解或心电图 ST 段回落之外，主要原因包括：患者或家属因担心风

险而拒绝（占 18%）、患者因经济不能负担（8%）、医生未能及时明确诊断、医生主观认为已过再灌注治疗时间窗（10%）等。

许海燕指出，综合未行再灌注治疗的原因，大小城市急救及医疗资源配置不均衡；许多患者发病后到医院比较晚；求助于急救车的比例较少；患者对再灌注治疗的获益认识不足，过于担心风险；不同级别医院医生的诊断水平有差异；不同医生对紧急再灌注治疗时间窗的理解及对再灌注治疗获益风险的认识不够，可能也有医患关系的因素掺杂在内；中国各级医院 AMI 救治存在明显差异，县级医院再灌注率更低。

因此，需要更多的研究和改善医疗质量的努力，许海燕建议，从以下几个方面进行改进：

★ 从患者层面，要加强患者教育，一有症状应立即紧急就医、呼叫急救系统、就近、或最好能到可进行再灌注治疗的医院、了解再灌注的获益；

★ 社会公共服务层面要完善急救及紧急就医转运系统；

★ 医疗体系方面，一要提高医生临床技能，仔细识别诊断，评估获益风险、积极再灌注；二要医院卫生部门管理层面建立完善快速通道、胸痛中心、加强医护培训等。