

# 中国胸痛中心认证标准（第六版）

（中国胸痛中心联盟、中国胸痛中心执行委员会，2020年3月修订）

胸痛中心的建设目标是要建立“在最短的时间内将急性胸痛患者送至具有救治能力的医院接受最佳治疗”的机制。国家卫生健康委员会医政医管局于2019年10月22日授权成立中国胸痛中心联盟，组织全国胸痛中心的建设与认证，通过对我国急性心肌梗死救治现状的分析，中国胸痛中心联盟、中国医师协会胸痛专业委员会、中国胸痛中心执行委员会、胸痛中心总部所确立的我国胸痛中心建设的基本理念是：以具备直接经皮冠状动脉介入治疗（PPCI）能力的医院为核心，通过对医疗资源的整合建立起区域协同快速救治体系，以提高急性胸痛患者的整体救治水平。为实现此目标，中国胸痛中心认证标准共包含五大要素，分别是：基本条件与资质、对急性胸痛患者的评估和救治、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。

## 要素一 基本条件与资质

胸痛中心申请认证之前必须满足此要素的全部条件。

### 一、胸痛中心的组织机构（资料 3.5 分）

由于胸痛中心是通过整合院内外相关优势技术和力量为急性胸痛患者提供快速诊疗通道的机构，既可以是在不改变现有结构基础之上实体运作的虚拟机构，也可以是重新组建的实体机构。但不论何种方式，胸痛中心的建设均要涉及到医院内外许多部门，必须有一套相应的组织机构进行协调和管理。组织机构的形式可以因不同医院的实际情况而定，但基本要求和任务是相同的。

#### 1. 医院发布正式文件成立胸痛中心及胸痛中心委员会，要求：（资料 2 分）（1.10）

- 1) 由医院院长或分管医疗的副院长担任胸痛中心委员会主任委员，主持胸痛中心委员会的工作和重大决策；
- 2) 书面文件明确胸痛中心委员会的工作职责；
- 3) 明确胸痛中心委员会具有调动医院所有资源为胸痛中心建设和运行提供保障的权力；
- 4) 胸痛中心成立并实际运作至少 6 个月以上才能申请认证。

**说明：1.10 需上传医院正式文件的扫描件。**

#### 2. 任命胸痛中心医疗总监和行政总监，要求：（资料 0.5 分）（1.11）

---

1) 医院正式任命一名具有心血管内科专业背景的高级职称医师担任胸痛中心医疗总监，且该医师应具备较强的组织协调能力，专业技能必须具备对急性冠状动脉综合征（ACS）、急性主动脉夹层、肺动脉栓塞等急性胸痛患者进行诊断、鉴别诊断及紧急救治能力；同时任命一名具有行政协调能力的人员担任行政总监

2) 正式文件明确胸痛中心医疗总监和行政总监的职责；

**说明：1.11 需上传以下材料：**

**1. 医疗总监、行政总监任命文件的扫描件**

**2. 明确医疗总监、行政总监职责的正式文件**

**3. 医疗总监、行政总监的专业资质文件：资格证书和职称证书**

**3. 任命胸痛中心协调员，要求：（资料 0.5 分）（1.12）**

1) 指定一名具有急诊或心血管内科专业背景的医师担任胸痛中心协调员，必须具备正确处理 ACS 及其它急性胸痛的能力；

2) 书面文件明确协调员的具体工作职责；

3) 协调员每年至少参加 ACS 和胸痛中心相关的培训不少于 10 学时。

**说明：1.12 需上传以下材料：**

**1. 协调员的任命文件的扫描件，需包含工作职责**

**2. 专业资格证书及职称证书及资质介绍的扫描件**

**3. 近 1 年的培训或继续教育证书的扫描件**

4. 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。（0.5 分，资料）（1.13）

**说明：1.13 需上传本院胸痛中心质控管理制度及责任人工作职责**

## **二、医院对胸痛中心的支持与承诺（资料 1 分）**

胸痛中心建设需要医院的大力支持，医院在成立胸痛中心时应发布正式文件做出全力支持胸痛中心建设的承诺，该文件必须包括以下内容：（1 分，资料）（1.14）

1. 全力支持胸痛中心的建设与认证，承诺分配相应人力、设备和财政资源，并做好监察、考核、质量控制等工作，确保胸痛中心规范化运行；

2. 对胸痛中心在优化诊疗流程过程中所涉及到的院内外标识与指引、急诊及抢救区域

---

的布局等进行改造、对医院各部门的工作流程、管理制度进行相应的调整以适应胸痛中心流程优化需求，承诺在分诊、就诊、检验、检查、收费、发药等环节实行急性胸痛优先原则，在急性胸痛患者就诊时首份心电图、肌钙蛋白等辅助检查、ACS 的抗血小板药物、STEMI 患者的抗凝、溶栓、介入治疗环节等实行先救治后收费的原则，以适应优化诊疗流程、最大限度缩短救治时间的需要；

3. 承诺与院前急救系统签署联合救治协议，以实现院前救治与院内救治的无缝连接；

4. 承诺从医院层面积极拓展区域协同救治体系，与周边基层转诊医院、社区医疗机构等签署联合救治 ACS 患者的协议；

5. 承诺支持并协助胸痛中心实施各类培训计划；

6. 承诺不能因无床位、人力紧张、患者无力支付医疗费用等原因将 ACS 患者转诊到其它医院，以防延误救治；

7. 若救护车归属医院管理，承诺对救护车救治能力进行改造，包括人员培训及设备更新，以满足转运急性胸痛患者的需求。

**说明：1.14 请上传包涵以上全部内容的医院正式承诺函的扫描件，请用一份加盖医院公章的正式下发文件来体现相关内容。（注：此承诺函与在网上注册时提交的承诺函不同）。**

### 三、胸痛急救的配套功能区域设置及标识（资料 1.5 分，现场 11 分，微服私访 42 分）

#### （一）急诊科、胸痛中心的标识与指引

1. 在医院周边地区的主要交通要道、医院门诊、急诊的入口处设置醒目的胸痛中心或急诊的指引和标识，旨在为不熟悉医院环境的急性胸痛患者能顺利找到急诊科或胸痛中心；（资料 0.5 分，现场 1 分，微服私访 5 分）（1.15）

**说明：1.15 需上传医院周边交通要道及门急诊入口处急诊科或胸痛中心的标识和指引**

2. 在门诊大厅、医院内流动人群集中的地方均应有指引通往急诊科/胸痛中心的醒目标识，指引需要急救的患者快速进入急诊科/胸痛中心；（资料 0.5 分，现场 1 分，微服私访 5 分）（1.16）

**说明：1.16 需上传医院内部指引通往急诊科及胸痛中心的标识**

3. 急诊科分诊、挂号、诊室、收费、抽血、检验、检查、药房等均应有急性胸痛优先标识。（资料 0.5 分，现场 1 分，微服私访 5 分）（1.17）

---

**说明：1.17 需上传急诊科或门诊的各功能区域内胸痛患者优先的标识**

**（二）胸痛急救的功能分区**

胸痛中心的大部分初步诊疗工作在急诊科完成，急诊科应建立如下功能区：

1. 急诊分诊台：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，急诊分诊台应易于识别且靠近抢救区，方便步行患者进入时发现，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；（现场 1 分，微服私访 3 分）（1.18）

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；（现场 1 分，微服私访 3 分）（1.19）

3. 急诊分诊台应常备急性胸痛患者时间管理节点记录表，以及伴随时钟（如果需要），以便在首次医疗接触时开始进行前瞻性时间节点记录，或者能在分诊台开始启动填报胸痛中心云平台数据库；（现场 1 分，微服私访 5 分）（1.20）

4. 分诊区有标准的胸痛分诊流程图，指引分诊护士在初步评估后将患者分流到胸痛诊室、急诊抢救室、胸痛留观室或直接送入导管室；（现场 1 分，微服私访 5 分）（1.21）

5. 急诊科入口处应根据急诊流量配备足够的轮椅和担架车，方便多个患者同时就诊时使用；（现场 1 分，微服私访 2 分）（1.22）

6. 急诊科应具备床旁心电图检查条件，确保在首次医疗接触后 10 分钟内完成首份 12/或 18 导联（怀疑下壁和正后壁心肌梗死）心电图检查，并不受是否为正班时间的限制，对于急性胸痛患者首份心电图应实行先救治后收费原则；（现场 1 分，微服私访 3 分）（1.23）

7. 急诊科应具备床旁快速检测肌钙蛋白及 D-二聚体的设备，确保抽血后 20 分钟获取检测结果；（现场 1 分，微服私访 3 分）（1.24）

8. 应建立胸痛诊室（专用或兼用）、急诊抢救室（或急诊监护室）、胸痛留观室（供暂时诊断不明确、需要留观的中、低危胸痛患者使用）等功能区域，上述功能区应配备急性胸痛诊疗和抢救所需要的相应设施（例如心电图机、供氧系统、监护仪、除颤器、呼吸机等急救器材和急救药品），上述抢救设备、面积、床位等配置应以能满足医院所承担的急诊任务为原则。（现场 1 分，微服私访 3 分）（1.25）

**说明：1.18-1.25 均在现场核查及微服私访时进行打分，无需上传相关材料。**

## 四、人员资质及专科救治条件（资料 5.5 分，现场 7 分）

### （一）、人员资质

1. 至少有 2 名接受过规范培训、具备急诊 PCI 能力的心血管专科医师，且每人年 PCI 手术量不低于 75 例；（资料 1 分，现场 1 分）（1.26）

**说明：1.26 需上传以下材料（至少上传 2 名术者的材料）：**

1. 个人介入准入治疗资质文件或介入培训证书的扫描件

2. 卫生部介入直报系统个人统计量截图，**若未填报介入直报系统需提供其他相关介入量的截图及说明；**

3. 职称证书的扫描件

4. 专业资格证书的扫描件

2. 至少具有 3 名经过专门介入辅助技术培训、熟悉导管室工作流程的导管室专职护士，且每年至少接受一次 4 学时以上的介入诊疗和 ACS 的新知识培训，并获得证书；（资料 0.5 分，现场 0.5 分）（1.27）

**说明：1.27 需上传以下材料：**

1. 3 名导管室护士的执业资格证书。

2. 近 1 年的 ACS 或相关介入辅助技术的培训证书的扫描件。

3. 具有经过专门培训且获得大型放射设备上岗证书的放射技术人员；（资料 0.5 分，现场 0.5 分）（1.28）

**说明：1.28 需上传放射技术人员大型设备上岗证书的扫描件。**

### （二）、心血管专科条件

1. 心血管内科在当地具有相对的区域优势，能为本地区其它医疗机构提供心血管急危重症抢救、复杂疑难病例诊治以及继续教育等服务和支持；（资料 0.5 分，现场 0.5 分）（1.29）

**说明：1.29 需上传区域性技术优势的说明材料（学科介绍、开展项目、技术水平、区域内的学术地位、对带动区域性专科技术发展做出的贡献等）**

2. 配备有不少于 6 张床位的冠心病监护室（CCU）；（现场 1 分）（1.30）

3. 具备急诊 PCI 能力，导管室基本设备（状态良好的数字血管影像设备、监护设备——

---

含无创和有创性血流动力学监护设备、呼吸机、除颤器、心脏临时起搏器、主动脉内球囊反搏仪等生命支持系统)能满足急诊 PCI 的需要,并常备急诊 PCI 所需的各类耗材;(现场 1 分)(1.31)

**说明: 1.30-1.31 均在现场核查时打分,无需上传相关材料。**

4. 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;(资料 1 分)(1.32)

**说明: 1.32 需上传卫生部冠脉介入直报系统最近 1 年病例数的截图,并根据不同诊断和策略给予文字说明,以便核查。现场核查时确认。若个别单位无介入直报系统数据,应提交其他可用的证明材料。**

5. 导管室 365 天/24 小时全天候开放;(现场 1 分)(1.33)

**说明: 1.33 在现场核查时打分,无需上传相关材料。**

6. 导管室从启动到激活(最后一名介入人员到达导管室且导管室可用)时间小于等于 30 分钟,如果当前不能达到,应有切实可行的改进措施,确保在通过认证后半年内达到;(资料 1 分,现场 0.5 分)(1.34)

**说明: 1.34 请上传**

**1. 导管室激活流程图,包括备用导管室启动机制。**

**2. 值班人员无法及时到达时应急方案。**

**3. 缩短导管室启动时间的改进措施。**

7. 如果心导管室暂时不可用(设备故障、维护或有占台),应有预先制定备用方案,确保高危患者得到及时治疗;(资料 0.5 分,现场 0.5 分)(1.35)

**说明: 1.35 需上传心导管室备用方案及流程图**

8. 有指引针对 STEMI 患者实施先救治、后收费(先手术、后补办住院手续)的专用流程图。(资料 0.5 分,现场 0.5 分)(1.36)

**说明: 1.36 需上传先救治后收费的专用流程图**

**五、胸痛诊断及鉴别诊断的基本支持条件(资料 3 分,现场 3.5 分,暗访 5 分)**

---

1. 急诊科医师应具备对急性胸痛的鉴别诊断能力，能够独立阅读心电图、诊断 ACS，若当前不具备，应建立基于传输心电图的远程会诊或现场会诊机制，确保心血管内科医师能在 10 分钟内参与会诊、协助诊断；（资料 1 分，现场 2 分，暗访 5 分）（1.37）

**说明：1.37 需上传基于心电图无线传输的远程会诊、现场会诊的制度或流程图。现场核查及微服私访时评分。**

2. 在对急性胸痛进行鉴别诊断时，能得到其它相关学科的支持，例如呼吸科、胸外科、消化科、皮肤科等；（资料 0.5 分，现场 0.5 分）（1.38）

**说明：1.38 需上传能体现胸痛鉴别诊断会诊和协作机制的流程图及会诊制度。现场核查时检验是否能在规定的时间内完成会诊。**

3. 具备随时进行超声诊断的能力，包括心脏超声及主动脉超声，从启动超声到实施检查的时间在 30 分钟以内，如果当前无法达到，则应有具体的改进措施确保在通过认证后 1 年内达到；（资料 0.5 分）（1.39）

**说明：1.39 需上传以下材料：**

**1. 与急性胸痛诊疗相关的超声室管理制度**

**2. 目前无法满足要求时的改进措施**

4. 具备多排螺旋 CT 增强扫描的条件，并能开展急诊主动脉、肺动脉 CTA 检查，从启动 CT 室到接受患者进行检查的时间在 30 分钟以内，如果目前无法达到，则应有具体的改进措施确保在通过认证后 1 年内达到；（资料 0.5 分）（1.40）

**说明：1.40 需上传以下材料：**

**1. 与急性胸痛诊疗相关的 CT 室管理制度**

**2. 目前无法满足要求时的改进措施**

5. 运动负荷心电图应在正常工作时间内随时可用于对低危胸痛患者的评估；（资料 0.5 分，现场 1 分）（1.41）

**说明：1.41 需上传与急性胸痛诊疗相关的运动负荷心电图管理制度。**

**六、时钟统一方案及管理（资料 1.5 分，现场 1 分，微服私访 2 分）**

1. 已建立时钟统一方案，以确保各关键诊疗环节的时间节点记录的准确性；（资料 0.5 分，暗访 2 分）（1.42）

**说明：1.42 需上传目前所采取的时钟统一的标准、基本原理、科室与岗位管理要求，纳入时钟统一的设备、校对的方法与记录方式的具体说明。**

2. 已制订了时钟统一管理制度，确保关键时间节点所涉及各类时钟、诊疗设备内置系统时间、各类医疗文书记录时间的高度统一；（资料 0.5 分）（1.43）

**说明：1.43 需上传时钟统一管理条例、包括医疗文书记录的要求。**

3. 能提供落实时钟统一管理制度客观记录的，如时钟校对记录等。（资料 0.5 分，现场 1 分）（1.44）

**说明：1.44 需上传落实 120 救护车、急诊科、CCU、导管室的时钟校对记录表。**

## 七、数据库的填报与管理（资料 8 分，现场 19.5 分，暗访 5 分）

1. 已开始启用中国胸痛中心认证云平台数据库，并至少提供 6 个月的有效数据供认证时评估；（资料 3 分）（1.45）

**说明：1.45 需上传本单位云平台首页的截图以及概要信息中从启用云平台到当前时间的胸痛病例统计饼图。**

2. 制定了数据库的管理制度和使用细则，并有数据的审核制度，确保数据库的真实、客观、准确，并能够与建立了转诊关系的基层胸痛中心医院实现数据共享；（资料 1 分）（1.46）

**说明：1.46 需上传数据管理制度，其中应包含三级审核的条款的扫描件。**

3. 应有专职或兼职的数据管理员；（资料 0.5 分）（1.47）

**说明：1.47 需上传数据管理员的相关资料，包括医学相关教育背景、接受 ACS 培训的证书。**

4. 对相关人员进行数据库使用方法和相关制度的培训；（资料 0.5 分）（1.48）

**说明：1.48 需上传材料合集，包含：培训课件、培训记录、签到表、带时间显示的照片**

5. 急性胸痛患者的首次医疗接触人员应及时在数据库中建档，若不能及时进行在线填报，应有纸质版的时间记录表格从首次医疗接触时开始伴随急性胸痛患者诊疗的全过程，以进行时间节点的前瞻性记录，尽可能避免回顾性记录，以提高记录的准确性；（资料 0.5 分，现场 0.5 分，暗访 5 分）（1.49）

**说明：1.49 需上传纸质版的时间记录表格。若能及时在 PC 端或平板电脑端建档的，**



---

请上传具体的相关说明（包括设备配置、建档方式、审核方法等）。

6. 数据库的完整性，应满足以下全部条件：

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）

**说明：1.51-1.52 为云平台实时查看及现场核查，根据条款要求上传材料。**

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**

7. 数据资料的溯源性：确保 STEMI 患者的上述关键时间节点可以溯源，其中发病时间、呼叫 120、到达医院等时间应能从急诊病历（电子病历或复印件）、入院病历、首次病程记录、心电图纸、检验报告、病情告知或知情同意书等原始记录中溯源，并要求尽可能精确到分钟。（资料 0.5 分，现场 4 分）（1.54）

**说明：1.53 需上传心肌梗死患者病程首页记录或门急诊病例本扫描件**

**八、胸痛中心协同救治信息化建设**（资料 2 分，现场 1.5 分，暗访 2 分；非必须满足条款 10 分，为单独加分项）

胸痛中心信息化建设是未来胸痛中心高质量运行的基础，也是胸痛中心质控工作开展的重要支撑，建设行之有效、功能完备的胸痛中心协同救治信息化系统平台，对于降低数据采集难度、减轻数据填报人员的工作负荷以及规范数据填报质量都有重要意义，也是胸痛中心可持续发展的重要保障。

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：（资料 1 分，现场 0.5 分，暗访 2 分）（1.55）

**说明：1.55 需上传院前心电图传输方式的说明及响应机制**

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 网络医院或胸痛救治单元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（资料 1 分，现场 1 分）（1.56）

**说明：1.56 需上传以下材料：**

1. 与五家网络医院或胸痛救治单元签署的联合救治协议（分别上传）
2. 基于此种传输方式的胸痛诊疗响应机制

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。（资料 10 分，现场 10 分，加分项）（1.57）（非必须满足条款）

**说明：1.57 需上传软件功能截图或拍摄照片等证明材料**

## 要素二 对急性胸痛患者的评估及救治

胸痛中心的最终目标是提高早期诊断和治疗 ACS、主动脉夹层、肺动脉栓塞等致死性疾病的能力，减少误诊、漏诊，防止过度检查和治疗以便最终改善临床预后。要素二主要包括对急性胸痛患者进行快速临床甄别、STEMI 患者的早期再灌注治疗、NSTEMI/UA 的危险分层及治疗、低危胸痛患者的评估以及院内发生 ACS 的救治流程等，要求将当前专业学术组织制定的指南流程化，通过制订大量的标准流程图来规范和指引一线医护人员的诊疗过程，以最大限度地减少诊疗过程中的延误和误诊、漏诊，改善患者预后，并避免医疗资源的浪费。

为了体现持续改进的过程，此部分要求提交的所有流程图均应包括胸痛中心成立后原始流程图及改进后的流程图。

### 一、急性胸痛患者的早期快速甄别（资料 3 分，现场 9 分，暗访 23 分）

此部分的重点是在急性胸痛患者就诊后早期进行病因的初步判断以及对生命体征不稳定的高危胸痛患者的识别，必须满足以下全部条件。

1. 制订了急性胸痛分诊流程图，该流程图必须包括详细的分诊细节，指引分诊护士或承担类似分诊任务的首次医疗接触医护人员在进行分诊和初步评估时将生命体征不稳定的患者快速识别出来并尽快送进急诊抢救室，生命体征稳定的急性胸痛患者尽快完成首份心电图并由接诊医师进行初步评估；（资料 1 分，暗访 2 分）（2.10）

**说明：2.10 需上传分诊流程图**

2. 所有负责分诊的人员及其他首次接诊急性胸痛患者的医护人员均熟悉上述分诊流程图；（现场 2 分，暗访 4 分）（2.11）

**说明：2.11 现场核查时打分，无需上传材料**

3. 制订了急性胸痛鉴别诊断流程图，指引首诊医师对胸痛的原因做出快速甄别，该流程图中必须包括 ACS、急性主动脉夹层、肺动脉栓塞、急性心包炎、气胸等以急性胸痛为主要表现的常见疾病，流程图应能指引一线医师选择最有价值且本院具备的辅助检查方法以快速完成上述疾病的诊断和鉴别诊断；（资料 1 分）（2.12）

**说明：2.12 需上传急性胸痛鉴别诊断流程图，能体现首次医疗接触后各时间节点要求  
现场抽查非 ACS 患者的就诊记录是否符合标准规范。**

4. 所有负责急性胸痛患者接诊的急诊医师熟悉上述诊疗流程图；（现场 2 分，暗访 3 分）（2.13）

**说明：2.13 现场核查时打分，无需上传材料**

5. 确保在首份心电图完成后 10 分钟内由具备诊断能力的医师解读，若急诊医师不具备心电图诊断能力，心血管内科医师或心电图专职人员应在 10 分钟内到达现场进行确认，或通过远程 12 导联心电图监护系统或微信传输等方式远程确认心电图诊断；（现场 2 分，暗访 4 分）（2.14）

**说明：2.14 现场核查和微服私访时打分，无需上传材料**

6. 所有急性高危胸痛患者应在首次医疗接触（分诊台或挂号）后 10 分钟内由首诊医师接诊；（暗访 4 分）（2.15）

**说明：2.15 现场核查和微服私访时打分，无需上传材料**

7. 急诊科护士或医师或其它急诊检验人员熟练掌握了床旁快速检测肌钙蛋白的方法，确保能在抽血后 20 分钟内获得检测结果；（现场 2 分，暗访 3 分）（2.16）

**说明：2.16 现场核查和微服私访时打分，无需上传材料**

8. 制订了 ACS 诊治总流程图，当心电图提示为 ACS 时，该流程图能指引一线医师进行后续的诊疗过程；（资料 1 分，现场 1 分，暗访 3 分）（2.17）

**说明：2.17 需上传 ACS 诊治总流程图，请注意要包含不同的来院方式**

**二、对明确诊断为 STEMI 患者的再灌注流程（资料 9 分，现场 10 分，暗访 2 分）**

要求具有 PPCI 能力的医院应以 PPCI 为主要再灌注策略，以下第 1-10 项及第 16 项为必须全部满足的条件，若本院开展了溶栓治疗，则 11-16 项亦为必须满足条件。

1. 以最新的 STEMI 诊治指南为依据，结合本院实际情况制订 STEMI 再灌注治疗策略的总流程图，该流程图应包括了各种不同来院途径（自行来院、经救护车入院、转院及院内发生）的 STEMI 患者，应以 PPCI 为首选治疗策略，并且要有明确的实施再灌注的目标时间（比

---

如首次医疗接触到再灌注时间等），只有在特殊情况（比如导管室不可用等）导致不能在 90 分钟内完成 PPCI，或者患者拒绝接受 PPCI 治疗时方可选择溶栓治疗；（资料 1 分）（2.18）

**说明：2.18 需上传 STEMI 再灌注治疗策略总流程图，流程图应包含不同的来院方式。**

2. 制订了本院 STEMI 患者的药物治疗方案，包括发病后早期用药及长期二级预防方案（资料 0.5 分）。（2.19）

**说明：2.19 需上传本院 STEMI 药物治疗常规方案（不需要上传医嘱记录）**

3. 制订了明确的 PPCI 治疗的适应症和禁忌症；（资料 0.5 分，现场 1 分）（2.20）

**说明：2.20 需上传 PPCI 治疗的适应症和禁忌症列表或说明**

4. 制订了相应的流程，使经本地 120 救护车入院的 STEMI 患者绕行急诊和 CCU 直达导管室；（资料 0.5 分，现场 1 分）（2.21）

**说明：2.21 需上传经本地 120 救护车入院的 STEMI 患者绕行急诊和 CCU 的流程图**

5. 制订了相应流程，使自行来院 STEMI 患者绕行 CCU 从急诊科直达导管室，急诊科及心内科相关人员必须熟悉流程和联络机制；（资料 0.5 分，现场 1 分）（2.22）

**说明：2.22 需上传自行来院 STEMI 患者绕行 CCU 方案流程图**

6. 制订了相应的流程，使从非 PCI 医院首诊、实施转运 PCI（包括直接转运 PPCI 和补救性 PCI）的 STEMI 患者能在到达医院前确认诊断、启动导管室，并实施绕行急诊和 CCU 方案直达导管室。并至少与 5 家非 PCI 医院实施了上述流程；（资料 1 分，现场 0.5 分）（2.23）

**说明：2.23 需上传：**

**1、转诊 STEMI 患者绕行急诊和 CCU 方案流程图**

**2、5 家医院实施上述流程的实例（每家医院举一例即可，分开上传）**

7. 建立并落实了 PPCI 手术的先救治后收费机制；（资料 1 分，暗访 2 分）（2.24）

**说明：2.24 需上传先救治后收费的流程图**

8. 有标准版本的急诊 PCI 知情同意书，其中签字时间应精确到分钟；（资料 0.5 分，现场 0.5 分）（2.25）

**说明：2.25 需上传本院急诊 PCI 知情同意书（真实病例的扫描件 1 份）**

9. 建立了旨在缩短知情同意时间的有效方法；（资料 0.5 分，现场 0.5 分）（2.26）

**说明：2.26 需上传缩短知情同意时间的具体方法（例如采用挂图、培训快速进行知情**

同意方法、急诊医师预谈话等方式，或其他创新方式)

10. 制订了将 STEMI 患者从急诊科转移到导管室的转送流程图,在确保患者安全的前提下尽快到达导管室,此流程图应明确负责转运的人员、设备、联络机制、途中安全措施、交接对象及内容等;(资料 0.5 分,现场 0.5 分)(2.27)

**说明: 2.27 需上传转送流程图(从急诊科转送至导管室)**

11. 有规范的溶栓筛查表,其中包括 STEMI 的确诊条件、溶栓适应症、禁忌症;(资料 0.5 分)(2.28)

**说明: 2.28 需上传溶栓筛查表**

12. 有规范、制式的溶栓治疗知情同意书,医患双方签字时间应精确到分钟;(资料 0.5 分)(2.29)

**说明: 2.29 需上传溶栓知情同意书(真实病例的扫描件 1 份)**

13. 制订了溶栓治疗方案,包括溶栓前准备、溶栓药物选择及剂量、用法、监测指标及时机、结果判断、并发症处理预案、溶栓后抗凝治疗方案等;(资料 0.5 分)(2.30)

**说明: 2.30 需上传本院制定的溶栓方案**

14. 制订了溶栓治疗标准操作流程,指引一线医师进行溶栓治疗;(资料 0.5 分)(2.31)

**说明: 2.31 需上传本院的溶栓操作流程**

15. 建立流程优化机制,确保自行来院或经 120 入院的 STEMI 患者能在首次医疗接触到开始溶栓时间(FMC-to-N)小于等于 30 分钟。(资料 0.5 分)(2.32)

**说明: 2.32 需上传确保溶栓时间小于 30 分钟的具体方法或机制**

16. 急诊科、心内科、导管室以及具有转诊关系的基层医院等相关人员熟悉上述 STEMI 再灌注治疗的流程及联络机制(现场 5 分)(2.33)

**三、对初步诊断为 NSTEMI/UA 患者的危险分层及治疗(资料 2.5 分,现场 3 分,暗访 4 分)**

由于 NSTEMI/UA 患者的病情严重程度差异很大,需要根据危险程度分层施治,因此,胸痛中心应根据专业指南要求建立基于危险分层的治疗策略。以下条件必须全部满足:

1. 制订了对 NSTEMI/UA 患者进行初步评估及再次评估的流程图,其中必须明确评估内容、危险分层工具及再次评估时间;(资料 1 分)(2.34)

(1) NSTEMI/UA 初始评估和再次评估流程图必须符合当前指南精神;

(2) 流程图应有首次、再次评估的具体内容;

---

(3) 应有公认的危险分层工具，包括缺血和出血评分工具；

(4) 流程图中应明确根据情况确定心电图和肌钙蛋白复查的时间和再次评估的间隔时间，以便根据临床情况的变化调整相应的再灌注治疗策略，必须满足以下三项：

①初始心电图和/或持续 ST 段监护结果为阴性时，按规定的定期复查心电图，确保症状复发或恶化时，应在 15-30 分钟的间隔内重新采集心电图；无持续或复发性症状且临床情况稳定的患者应在不超过 4 小时内复查心电图；

②确定心肌生化标志物诊断 NSTEMI 的标准界值，生化标志物中必须包含肌钙蛋白，有条件时可开展超敏肌钙蛋白检测，以满足快速评估和早期诊断的需要，应确保能在抽血后 20 分钟获得肌钙蛋白检测结果；

③若首次肌钙蛋白为阴性，则应在入院后 6 小时内复查，若采用高敏肌钙蛋白，则应根据当前指南确定复查时间；

(5) 流程图中应明确首次或再次评估为极高危、高危和中危的患者能在指南规定的时间内实施 PCI 治疗，低危患者应进行运动负荷试验等进一步评估后确定后续治疗策略；

**说明：2.34 需上传 NSTEMI/UA 患者进行初步评估及再次评估的流程图（请注意须包括以上全部元素，否则不得分）**

2. 各类相关人员熟悉 NSTEMI/UA 的初始及再次评估、危险分层及再灌注治疗原则；（现场 1 分）（2.35）

**说明：2.35 不需上传资料，现场核查时打分。**

3. 上述评估过程和临床实际工作中应尽可能避免医疗资源的浪费，防止过度检查和治疗；（现场 1 分，暗访 2 分）（2.36）

**说明：2.36 为微服私访及现场核查评分，无需上传资料。**

4. 依据指南制订了 NSTEMI/UA 患者的药物治疗规范，包括早期药物治疗及长期二级预防方案；（资料 0.5 分）（2.37）

**说明：2.37 需上传本院 NSTEMI/UA 患者药物治疗常规方案（不需要上传医嘱记录）**

5. 对 ACS 患者进行详细的出院指导。出院指导中应明确说明诊断、预后、随访检查时间和注意事项等，并向患者说明 ACS 体征和症状以及一旦发生紧急情况时呼叫急救系统或到急诊科就诊的重要性；（资料 0.5 分，现场 1 分）（2.38）

**说明：2.38 需上传出院记录或者门诊病历上有关注意事项的扫描件（真实病例的扫描件 1 份）**

6. 为患者提供冠心病急救、预防的知识性宣教小册。(资料 0.5 分, 暗访 2 分) (2.39)

**说明: 2.39 需上传本院胸痛中心制作的胸痛知识宣传小册子扫描件(扫描封面和第一页内容即可)**

#### 四、对低危胸痛患者的评估及处理(资料 3 分, 现场 4 分, 暗访 15 分)

对于基本排除急性心肌梗死、主动脉夹层、肺动脉栓塞、气胸、急性心包炎等中高危及胸痛、且诊断不明确的患者, 应归入低危胸痛范畴, 应对此类患者给出具体的评估方法, 确保既不浪费医疗资源又不漏诊。可采用的方法包括: 急诊短期留观、重复心电图检查、心脏生化标志物、心脏负荷试验、影像学检查等。对于明确排除了 ACS 的低危胸痛患者, 离院时应告知随访时机。

1. 在胸痛鉴别诊断的流程图中应尽可能全面考虑其他非心源性疾病;(资料 0.5 分, 现场 1 分, 暗访 3 分) (2.40)

**说明: 2.40 需上传非 ACS 胸痛鉴别流程图**

2. 对于初步诊断考虑 ACS 但诊断不明确、暂时无急性心肌缺血证据的急性胸痛患者, 应制订根据不同临床症状复查心电图、肌钙蛋白的时间间隔, 确保病情变化或加重时能被及时评估, 又避免医疗资源的浪费;(现场 1 分, 暗访 3 分) (2.41)

**说明: 2.41 无需上传资料, 现场核查及微服私访时评分。**

3. 对于症状提示为非心源性胸痛可能性大的患者, 急性胸痛鉴别诊断流程图应能指引一线医师根据临床判断进行相应的辅助检查, 以便尽快明确或排除可能的诊断, 同时尽可能避免医疗资源浪费;(资料 0.5 分, 现场 1 分, 暗访 3 分) (2.42)

**说明: 2.42 需上传非心源性胸痛患者后续处理流程图**

4. 低危胸痛的评估流程中应包含心电图运动试验作为首选的心脏负荷试验, 并满足以下要求:(资料 0.5 分, 现场 1 分); (2.43)

(1)应制订运动心电图的适应症、禁忌症、标准操作规程、结果判断标准、并发症的处理措施;

(2)规范运动负荷试验, 包括检查时间、人员配备、设备要求, 必须配备除颤仪以及常用急救药品;

(3)建立运动试验中突发紧急事件的应急处理流程, 确保在运动心电图试验中发生急性心肌梗死或心脏骤停等急性事件时能得到及时正确的处理;

(4)建立对负荷试验异常患者进行后续评估和处理的流程;

(5)确保正班时间能够随时接受胸痛患者进行心电图运动试验。

说明：2.43 需上传：

1 运动负荷心电图适应症、禁忌症、SOP、诊断标准

2 运动负荷心电图的管理制度

3 运动负荷心电图执行流程图（其中要包括突发紧急事件应急处理流程和根据试验结果所采取的不同处理策略）

5. 除开展运动心电图试验外，尚应具备冠脉和主动脉、肺动脉 CTA 检查条件，以便对不能进行运动试验的中低危患者及病因不明的急性胸痛患者进行冠脉影像学评估。应明确冠脉 CTA 的基本要求，包括但不限于适应症、禁忌症、申请及检查流程、发生紧急事件或不良反应的处理流程等；（资料 0.5 分）（2.44）

说明：2.44 需上传：

1 CTA 的适应症、禁忌症、SOP、发生不良反应时的应急处理预案

2 CTA 的管理制度

6. 对于完成基本评估从急诊直接出院的低危胸痛患者，医师应根据病情制订后续诊疗和随访计划，并进行冠心病的知识宣传教育；（资料 0.5 分，暗访 2 分）（2.45）

说明：2.45 需上传门诊病历上后续诊疗计划及有关注意事项的扫描件（真实病例的扫描件 1 份）

7. 对于未完成全部评估流程而提前离院的急性胸痛患者，急诊医师应告知潜在的风险、再次症状复发时的紧急处理、预防措施等注意事项，签署并保存相关的知情文件；（资料 0.5 分，暗访 4 分）（2.46）

说明：2.46 需上传本院制定的胸痛患者终止治疗、离院知情同意书（真实病例的扫描件 1 份）

## 五、院内发生 ACS 的救治（资料 0.5 分，现场 3 分）

院内发生的 ACS 包括因非心血管病住院期间新发生的 ACS 及因误诊收入其它科室的 ACS，针对此类患者，胸痛中心应满足以下全部条件：

1. 制订院内发生 ACS 时的救治流程图，该流程图应包括从明确诊断到实施关键救治的全部过程，明确患者所在科室的现场处理要点、会诊机制及紧急求助电话；（资料 0.5 分，现场 1 分）（2.47）

说明：2.47 需上传院内其他科室或其他地域发生 ACS 的救治流程图

2. 通过培训、教育、演练、发放口袋卡片、墙上流程图等形式使全院各科室人员均能熟悉 ACS 现场救治的基本流程和会诊机制，熟练掌握心肺复苏的基本技能，熟悉紧急联系电话



---

话。(现场 2 分)(2.48)

**说明：2.48 现场核查时打分，无需上传材料**

## 六、对急性主动脉夹层及急性肺动脉栓塞的诊断及处理(资料 3.5 分，现场 2.5 分)

1. 经临床初步评估高度怀疑主动脉夹层或急性肺动脉栓塞的患者，能在 30 分钟内(从通知到患者开始扫描)进行“增强 CT 扫描”；(资料 0.5 分)(2.49)

**说明：2.49 提供一份具体的胸痛患者病例及增强 CT 扫描的图片**

2. 怀疑 A 型夹层、急性心包炎者能在 30 分钟内开始心脏超声检查；(资料 0.5 分)(2.50)

**说明：2.50 提供一份具体的胸痛患者病例及心脏超声结果的图片**

3. 制订了主动脉夹层的早期紧急治疗方案，若无禁忌症，在明确诊断后能尽快实施以  $\beta$ -受体阻滞剂和静脉药物为主的降压和镇痛治疗方案，以降低主动脉夹层破裂的风险，为后续治疗赢得时间；(资料 0.5 分)(2.51)

**说明：2.51 需上传本院制定的主动脉夹层治疗方案**

4. 制订了针对不同类型主动脉夹层的诊治流程图，如果本院具备急诊主动脉腔内隔绝术和外科手术能力，应制定多学科合作机制，使不同类型主动脉夹层患者能在专业指南规定的时间内得到合理的治疗；若本院不具备急诊主动脉腔内隔绝术及外科手术条件，应与具备诊疗能力的医院建立转诊关系，并制定明确的转诊适应症和转运途中病情变化时的应急措施，以尽快将不稳定的患者及时转运至具备救治能力的医院接受最佳治疗；(资料 0.5 分)(2.52)

**说明：2.52 需上传本院制定的主动脉夹层诊治流程图**

5. 制订了急性肺动脉栓塞的诊断筛查流程图；(资料 0.5 分)(2.53)

**说明：2.53 需上传本院制定的急性肺动脉栓塞筛查流程图**

6. 制订了急性肺动脉栓塞的标准治疗方案，对于诊断明确的患者能根据危险分层及时开始相应的治疗措施，对于排除了禁忌症的患者；应能在诊断明确后尽快开始抗凝治疗，对于具备溶栓适应症且排除了禁忌症的患者能在诊断明确后及时开始溶栓治疗；(资料 0.5 分)(2.54)

**说明：2.54 需上传本院制定的急性肺动脉栓塞的治疗策略及方案**

7. 急诊接诊医师熟悉急性主动脉夹层及肺动脉栓塞的临床表现、诊断方法和治疗手段；(现场 2 分)(2.55)

**说明：2.55 现场考核时打分，无需上传材料**

8. 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；（资料 0.5 分，现场 0.5 分）（2.56）

**说明：2.56 需上传 ACS 患者随访管理制度及流程图。**

## 要素三 院前急救系统与院内绿色通道的整合

院前急救系统（120 或 999，以下简称 120）在急性胸痛的救治过程中承担着现场急救及将患者从发病现场转运至医院的任务，基于区域协同救治理念的胸痛中心建设中要求救护车不再仅仅是一个运输患者的工具，应承担起首次医疗接触后早期救治并与院内绿色通道无缝衔接的任务。因此，胸痛中心必须与 120 进行全面合作。由于我国不同地区 120 的模式不同，分为独立型、指挥型、依托型等不同类型，医院与 120 的合作方式不可能完全一致。因此，本标准采用目标管理为主，各医院应根据本地区 120 的特点制订相应的合作方式和内容，以实现本标准所制订的目标。

### 一、胸痛中心应与 120 建立紧密合作机制，必须满足以下内容：（资料 5 分，现场 1 分）

1. 医院应围绕急性胸痛救治与本地区 120 签署正式的合作协议，共同为提高急性胸痛患者的救治效率提供服务。该协议必须包括针对急性胸痛患者的联合救治计划、培训机制、共同制定改进质量的机制；申请认证时应提交双方盖章的正式协议，此协议必须在正式申请认证之前至少 6 个月签署生效。申请时须提供正式协议的扫描件。（资料 1 分）（3.10）

**说明：3.10 需上传与 120 签署的正式协议扫描件**

2. 胸痛中心制订了针对急性胸痛的急救常识、高危患者的识别、ACS 及心肺复苏指南等对 120 相关人员进行培训的计划，并有实施记录；（资料 1 分）（3.11）

**说明：3.11 需上传原始文件的扫描件合集：包含培训计划、讲稿、签到表、带时间显示的培训照片。**

3. 胸痛中心与 120 共同制订从胸痛呼救到从发病现场将急性胸痛患者转送至胸痛中心的急救预案、流程图以及联络机制，并进行联合演练；申请认证时应提交：

(1) 演练方案；（资料 0.5 分）（3.12）

(2) 演练现场照片或视频资料；（资料 1 分）（3.13）

**说明：3.12-3.13 需上传原始文件的电子版或扫描件**

4. 院前急救人员参与胸痛中心的联合例会和典型病例讨论会，至少每半年参加一次上述会议，共同分析实际工作中存在的问题、制订改进措施；申请认证时应提交：

(1)会议记录；（资料 0.5 分）（3.14）

(2)签到表；（资料 0.5 分）（3.15）

(3)现场照片或视频资料（显示时间、地点、人员身份等内容）；（资料 0.5 分）（3.16）

**说明：3.14-3.16 需上传原始文件的扫描件**

5. 转运急性胸痛患者的院前救护车应具备基本的监护和抢救条件，必备设备包括心电图机、多功能（心电、血压、血氧饱和度等）监护仪、便携式除颤器、移动式供氧装置、人工气道建立设备和各类急救药品等，有条件时尽可能配备便携式呼吸机、吸引器、具有远程实时传输功能的监护设备、心脏临时起搏器、心肺复苏机。（现场 1 分）（3.17）

**说明：3.17 现场考核时打分，无需上传材料**

**二、胸痛中心与 120 的合作提高了急性胸痛的院前救治能力，必须满足以下全部条件：（现场 8 分）**

1. 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。（现场 1 分）（3.18）

2. 120 调度人员能够熟练掌握胸痛急救常识，能优先调度急性胸痛救护并指导呼救者进行正确的现场自救；（现场 0.5 分）（3.19）

3. 从接受 120 指令到出车时间不超过 3 分钟；（现场 0.5 分）（3.20）

4. 院前急救人员能在首次医疗接触后 10 分钟内完成 12 导联（怀疑右室、后壁心肌梗死患者 18 导联）心电图记录；（现场 1 分）（3.21）

5. 院前急救人员能识别 ST 段抬高心肌梗死的典型心电图表现；（现场 0.5 分）（3.22）

6. 院前急救人员熟悉胸痛中心院内绿色通道及一键启动电话，能在完成首份心电图后 10 分钟内将心电图传输到胸痛中心信息共享平台（远程实施传输系统或微信平台），并通知具有决策能力的值班医生；对于从首次医疗接触到进入医院大门时间大于 15 分钟的急性胸痛患者，传输院前心电图的比例不低于 50%；（现场 0.5 分）（3.23）

7. 院前急救人员熟练掌握了高危急性胸痛患者的识别要点；（现场 1 分）（3.24）

8. 院前急救人员熟练掌握了初级心肺复苏技能；（现场 1 分）（3.25）

9. 对于急性胸痛的救治，120 与胸痛中心采用相同的时间节点定义，院前急救人员熟悉各个时间节点定义；（现场 0.5 分）（3.26）

10. 对于急性胸痛患者，实现了从救护车首次医疗接触时开始记录时间管理表或开始填报云平台数据库；（现场 1 分）（3.27）

11. 对于首份心电图诊断为 STEMI 的患者，院前急救系统能实施绕行急诊将患者直接送到导管室，且绕行急诊的比例不低于 30%，如果当前无法达到，则应制订切实可行的措施确保在通过认证后 6 个月内达到；（现场 0.5 分）（3.28）

**说明：3.18-3.28 现场考核时打分，无需上传材料**

## 要素四 培训与教育

培训与教育工作是胸痛中心建设的重要工作内容和职责，因为胸痛中心的最终目标是建立“在最短的时间内将急性胸痛患者送至具有救治能力的医院接受最佳治疗”的机制，可以简单地理解为，胸痛中心的终极目标就是要建立针对急性心肌梗死等急性胸痛患者的区域协同快速救治体系，以提高急性胸痛患者的整体救治水平。由于胸痛中心建设所涉及到的部门较多，例如在医院内部，除了以心血管内科和急诊科为核心外，心脏外科、胸外科、呼吸科、皮肤科等相关临床学科、放射科（含 CT 室）、超声科、检验科等辅助检查科室以及医务管理等部门均与胸痛中心的规范化建设与日常运作具有密切的关系；此外，胸痛中心必须与当地的院前急救系统和周边的基层医院或社区医疗机构等进行紧密的合作才能充分发挥其技术和社会效益。因此，规范化胸痛中心建设是一个系统工程，必须建立整体的救治原则、快速反应体系、协同和管理机制以及制订相应的实施细则，但上述原则通常是由心血管内科和急诊科负责制订，其它相关部门对胸痛中心的运作机制、要求、体系和各项流程并不了解，必须经过反复的教育、培训和演练，使胸痛中心所涉及到的各有关部门、人员在全面了解胸痛中心的主要目标和运作机制的基础上，明确自身的职责和任务，才能使整个胸痛中心系统正常运行，并发挥各部门和人员的主观能动性，推动胸痛中心工作质量的持续改进，最终达到提高区域协同救治水平的目的。同时，在医院外部，还要针对各级基层医疗机构及普通民众进行培训，普及胸痛相关知识，提高急救及自救意识，缩短从发病到呼救的时间。

胸痛中心的培训和教育包括以下几个方面：

### （一）胸痛中心所在医院的全院培训，又分为以下几个不同的层次（资料 4.5 分，现场 8 分）

1、针对医院领导、医疗管理、行政管理人员的培训，应在本院胸痛中心成立之前或最晚成立之后 1 个月以内至少进行一次。培训内容应包括：区域协同救治体系胸痛中心的基本概念、在胸痛中心建设和流程优化过程中需要医院解决的主要问题等。

**申请认证时提交：**培训计划及实际完成情况（包括预计培训时间，授课人，参加培训对象，培训时长，会议实际召开时间），每次培训会议签到表，讲稿，培训记录和现场照片（能显示授课时间、包括授课人及第一张幻灯片在内的照片以及包括听众在内的授课场景的照片至少各 1 张）；（资料 1 分，现场 0.5 分）（4.10）

**说明：4.10 需将关于此培训对象的所有内容制作到一份文件内（PDF 格式）上传至网站对应条款处；**

2、针对胸痛中心核心科室急诊科、心血管内科、ICU 等直接参与急性心肌梗死等急性

---

胸痛救治工作的各专科医师和护士的培训计划，在正式成立胸痛中心后 1 个月内完成全面培训，以后每年进行一轮以确保新增人员得到及时培训。培训内容包括：

- ① 基于区域协同救治体系胸痛中心的基本概念；
- ② 胸痛中心的时钟统一、时间节点的定义及时间节点管理要求；
- ③ 胸痛中心各项管理制度；
- ④ ACS 发病机制、临床表现、最新的 STEMI、NSTEMI/UA 诊治指南；急性主动脉夹层、肺动脉栓塞的诊断及治疗指南；
- ⑤ 本院胸痛中心的救治流程图，其中分诊流程、急性胸痛的诊断与鉴别诊断流程、STEMI 从首次医疗接触至球囊扩张/溶栓、NSTEMI/UA 的危险分层及治疗流程图是重点；
- ⑥ 若本院的再灌注流程图中包括了溶栓治疗，则培训计划中必须包括溶栓治疗的标准操作规程（筛查表、溶栓流程图、结果判断、并发症处理）及转运至 PCI 医院的联络机制；
- ⑦ 急性心肌梗死、常见心律失常的心电图诊断；
- ⑧ 心肺复苏技能，此项培训应包括讲课、演示及模拟操作；
- ⑨ 胸痛诊疗过程中的数据采集及胸痛中心认证云平台数据库填报；

**申请认证时提交：**培训计划及实际完成情况（包括预计培训时间，授课人，参加培训对象，培训时长，会议实际召开时间），每次培训会议签到表，讲稿，培训记录和现场照片（能显示授课时间、包括授课人及第一张幻灯片在内的照片以及包括听众在内的授课场景的照片至少各 1 张）；（资料 1.5 分，现场 0.5 分）（4.11）

**说明：4.11 需将关于此培训对象的所有内容制作到一份文件内（PDF 格式）上传至网站对应条款处；**

3、针对全院（除外上述胸痛中心核心科室）医师、护士、药师和技术人员的培训计划，在成立胸痛中心后 1 个月内完成培训，以后每年进行一轮以确保新增人员得到及时培训，培训内容包括：

- ① 基于区域协同救治体系胸痛中心的基本概念；
- ② 胸痛中心的时间节点管理要求；

③ 院内发生 ACS 或心脏骤停的处理流程;

④ 初级心肺复苏技能, 此项培训应包括讲课、演示及模拟操作;

**申请认证时提交:** 培训计划及实际完成情况(包括预计培训时间, 授课人, 参加培训对象, 培训时长, 会议实际召开时间), 每次培训会议签到表, 讲稿, 培训记录和现场照片(能显示授课时间、包括授课人及第一张幻灯片在内的照片以及包括听众在内的授课场景的照片至少各 1 张); (资料 1 分, 现场 0.5 分) (4.12)

**说明: 4.12 需将关于此培训对象的所有内容制作到一份文件内(PDF 格式)上传至网站对应条款处;**

4、针对医疗辅助人员和后勤管理人员的培训计划, 在成立胸痛中心后 1 个月内完成培训, 以后每年进行一轮以确保新增人员得到及时培训, 培训内容包括: 胸痛中心的基本概念、院内紧急呼救电话、心脏按压的基本要领等;

**申请认证时提交:** 培训计划及实际完成情况(包括预计培训时间, 授课人, 参加培训对象, 培训时长, 会议实际召开时间), 每次培训会议签到表, 讲稿, 培训记录和现场照片(能显示授课时间、包括授课人及第一张幻灯片在内的照片以及包括听众在内的授课场景的照片至少各 1 张); (资料 1 分, 现场 0.5 分) (4.13)

**说明: 4.13 需将关于此培训对象的所有内容制作到一份文件内(PDF 格式)上传至网站对应条款处;**

5、全员培训效果检验现场核查时专家进行岗位检验及随机访谈

(1) 急诊及心血管专业人员访谈(现场 2 分) (4.14)

(2) 非急诊及心血管专业的医护人员(现场 2 分) (4.15)

(3) 医疗辅助人员(现场 2 分) (4.16)

**说明: 4.14-4.16 现场考核时打分, 无需上传材料**

## (二) 对本地区其它基层医疗机构的培训(资料 2 分, 现场 2 分)

对本地区其它基层医疗机构的培训是胸痛中心的重要职责之一, 扩大胸痛中心救治覆盖, 应推动本地区胸痛救治单元的建设, 申请认证时必须满足以下全部条件:

1、已制定针对其它基层医疗机构的培训计划, 该计划必须包括以下内容: 基于区域协同救治体系胸痛中心的基本概念、急性胸痛快速转诊机制及联络方式、高危急性胸痛及 ACS 早期症状识别、急性心肌梗死和常见心律失常的心电图诊断、初级心肺复苏技能, 应在成立

---

胸痛中心后 2 个月内完成上述全部培训计划，以后每年进行一轮。申请时应提交：

(1) 培训计划：包括预计授课时间、内容、授课人、课时等；（资料 0.5 分）（4.17）

(2) 讲稿；（资料 0.5 分）（4.18）

2、已经在至少 5 家以上的本地区其它基层医疗机构实施上述培训计划，申请认证时应提交实施上述培训计划的客观依据，培训可单独进行培训，也可集中培训，但胸痛中心建设需重视培训效果及执行。材料包括但不限于：培训记录、签到表、能显示时间和内容的培训现场照片。（资料 1 分）（4.19）

① 培训记录合辑；

② 签到表合辑； ③ 能显示授课时间、包括授课人及第一张幻灯片在内的照片以及包括听众在内的授课场景的照片或视频资料合辑；

3、基层医疗机构熟悉区域协同救治体系的概念及与胸痛中心的联络机制。（现场 2 分）（4.20）

**说明：4.20 现场考核时提问打分，无需上传材料**

### （三）社区教育（资料 1.5 分，现场 1 分）

社区人群教育是指胸痛中心积极参与对社区人群进行有关早期心脏病发作的症状和体征的识别以及紧急自救的培训，这是胸痛中心的重要职责之一，胸痛中心必须承担公众健康教育义务并积极致力于通过对公众教育来降低心脏病发作及死亡率，提高公众对急性胸痛危险性的认识以及在胸痛发作时呼叫 120 的比例，这是缩短从发病到就诊时间的最有效手段。

1. 为社区人群提供 ACS 症状和体征以及心脏病早期诊断的培训计划，至少包括下列项目中的五项，且要求每年至少进行一次。申请时需提交培训计划和讲稿：（资料 0.5 分）（4.21）

(1) 通过定期举办讲座或健康咨询活动，为社区人群提供有关心脏病症状、体征、早期诊断以及急救处理方法的培训；

(2) 向社区发放有关心脏病症状和体征以及早期诊断的科普性书面材料；

(3) 胸痛中心向社区提供健康体检、义诊等心血管健康筛查服务；

(4) 通过各类媒体、网络、社区宣传栏等途径提供心脏病和急救常识的教育；

(5) 向社区提供饮食健康及营养课程、戒烟、运动指导等健康生活的培训指导；

(6) 向公众宣传拨打 120 急救电话的重要性；

**说明：4.21 需上传为社区人群制定的培训计划和幻灯片（讲义形式，一页六个幻灯片，上传第一页）**

---

2. 已经在医院周边社区实施了上述培训计划，申请认证时应提交实施上述培训计划的客观依据，包括但不限于：培训记录、能显示时间和内容的培训现场照片或视频资料。

说明：培训记录+照片合辑（资料 0.5 分）（4.22）

3. 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。（资料 0.5 分，现场 1 分）（4.23）

**说明：**

- 1、需上传心肺复苏培训制度、培训教材
- 2、需上传培训场所的证明材料
- 3、需上传培训团队的基本资料及培训计划。
- 4、需上传已开展的培训记录，（不少于 2 次）（签到表、培训记录、照片）

## 要素五 持续改进

持续改进是胸痛中心认证的核心价值，要求胸痛中心制订各类督促流程改进的措施和方法，并通过数据显示持续改进的效果。

### 一、医院应制订促进流程改进和质量改进的计划和措施。（资料 5.5 分，现场 5 分）

1. 胸痛中心应根据当前的实际情况确定本中心关键监控指标及质量改进计划，例如：首次医疗接触至首份心电图时间、首份心电图至确诊时间、首次医疗接触-球囊扩张时间、进门-球囊扩张时间、入门-出门（Door-in and door-out）时间、ACS 院内死亡率等，并确立关键性效率指标和预后指标的近期奋斗目标值，原则上应每年修改一次奋斗目标值以体现持续改进的效果；申请认证时应提交所确立的监控指标及奋斗目标值。（资料 1 分，现场 1 分）（5.10）

**说明：5.10 需上传关键监控指标及其奋斗目标值及其调整记录（需附会议记录的原始扫描件）。**

2. 胸痛中心建设重在持续改进与优化，应根据胸痛中心运行情况结合质量分析会，及时



---

改进流程图；（资料1分，现场1分）（5.11）

说明：5.11 需合并上传三个改进前后的流程图。

3. 制订了促进胸痛中心质量改进的重要管理制度并付诸实施，主要包括：

(1)联合例会制度：是胸痛中心为协调院内外各相关部门的立场和观念、共同促进胸痛中心建设和发展而设立的专门会议，要求在提交认证材料和现场核查时均要有胸痛中心与120 以及其它具有转诊关系单位的联合例会制度以及实施记录，该制度应为联合例会制订规则，包括：主持及参加人员、频度、时间、会议讨论的主要内容等，原则上联合例会的时间间隔不得超过6个月；（资料1分，现场1分）（5.12）

说明：5.12 需上传：

- 1 联合例会制度（要求是现用版本的JPG格式扫描件）
- 2 近半年的联合例会原始会议记录扫描件及PPT文件
- 3 联合例会的现场照片
- 4 联合例会的签到表

(2)质量分析会制度：质量分析会的主要内容是通过胸痛中心运行过程中的阶段性宏观数据分析，肯定工作成绩、发现存在问题并制订改进措施。除了胸痛中心的核心科室人员参加外，医院管理层及院前急救人员亦应参加。该制度必须为质量分析会制定出标准的规则，包括主持及参加人员、频度、时间、参加人员、主要分析内容等，原则上质量分析会的时间间隔不得超过3个月；（资料1分，现场1分）（5.13）

说明：5.13 需上传：

- 1 质量分析会制度（要求是现用版本的JPG格式扫描件）
- 2 近半年的质量分析会原始会议记录扫描件及PPT文件
- 3 质量分析会的现场照片
- 4 质量分析会的签到表

(3)典型病例讨论会制度：典型病例讨论会是改进胸痛中心工作质量最有效的工作形式之一，可与质量分析会同时举行，但主要是针对急诊科、心内科等胸痛中心的实际工作人员。一般是从质量分析会中发现宏观问题，再将存在救治延误或决策错误的典型病例挑选出来作为剖析的对象，将所有与执行流程相关的人员集中进行讨论和分析。典型病例讨论会制度就是为病例讨论会制定规则，主要内容包括会议主持人、参与讨论的人员范围、举行会议的频度、时间、会议流程等，原则上典型病例讨论会的时间间隔不得超过3个月；（资料1分，现场1分）（5.14）

---

说明：5.14 需上传：

1 典型病例讨论会制度（要求是现用版本的 JPG 格式扫描件）

2 近半年的典型病例讨论会原始会议记录扫描件及 PPT 文件

3 典型病例讨论会的现场照片

4 典型病例讨论会的签到表

(4)其它制度：如与质量分析会制度配套的奖惩制度、各类人员值班制度等。（资料 0.5 分）（5.15）

说明：5.15 需上传其他相关制度的扫描件

申请认证时应提交上述制度原件的扫描件，落实制度的客观证据（流程及制度的培训、联合例会、质量分析会、典型病例讨论会的会议记录、签到表、显示活动时间、内容和场所的现场照片、视频等资料）。

## 二、持续改进效果（34 分）

胸痛中心在提交认证申请前应进行云平台数据库的自我检查及评估，当云平台数据库显示的数据趋势达到以下要求时方可正式提交认证申请。

胸痛中心通过流程改进已改善 ACS 患者救治的效率指标和预后指标，至少在近 6 个月内下列指标中 15 项以上显示出改进的趋势，其中 1-11 条是必须满足的条件：

1. 对于自行来院或拨打本地 120 经救护车入院的所有急性胸痛患者，缩短了从首次医疗接触到完成首份心电图时间，且要求月平均小于 10 分钟；（资料 2 分）（5.16）

2. 对于 STEMI 患者，缩短了从完成首份心电图至确诊的时间，且要求月平均小于 10 分钟；（资料 2 分）（5.17）

3. 经救护车（包括呼叫本地 120 入院及由非 PCI 医院转诊患者）入院的 STEMI 患者，从急救现场或救护车远程传输心电图至胸痛中心（实时传输或微信等形式传输，但必须在云平台有客观记录）的比例不低于 30%且在过去 6 个月内呈现增加趋势；（资料 2 分）（5.18）

4. 建立了床旁快速检测肌钙蛋白方法，从抽血完成到获取报告时间不超过 20 分钟；（资料 2 分）（5.19）

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%；（资料 3 分）（5.20）

6. 对于接受 PPCI 治疗的 STEMI 患者，月平均入门-导丝通过时间不超过 90 分钟，且达标率不低于 75%；若当前无法达到，则应呈现改进趋势，且应制订促进持续改进的措施，确保在通过认证后 1 年内逐步达到上述要求；（资料 3 分）（5.21）

---

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%。（资料 2 分）（5.22）

8. 导管室激活时间小于 30 分钟；（资料 1 分）（5.23）

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；（资料 2 分）（5.24）

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；（资料 2 分）（5.25）

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%；（资料 2 分）（5.26）

12. STEMI 患者的死亡率已降低；（资料 1 分）（5.27）

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%；（资料 2 分）（5.28）

14. 所有危险分层评估极高危的 NSTEMI/UA 患者，从入门后（首次评估为极高危者）或者病情变化后（再次评估为极高危者）2 小时内实施紧急 PCI 的比例在增加，且不低于 50%；（资料 1 分）（5.29）

15. 所有危险分层评估高危 NSTEMI/UA 患者，从入门后（首次评估为高危者）或者病情变化后（再次评估为高危者）24 小时内实施早期介入治疗的比例在增加，且不低于 50%；（资料 1 分）（5.30）

16. 全部 ACS 患者院内死亡率在降低；（资料 1 分）（5.31）

17. 全部 ACS 患者院内心力衰竭发生率在降低；（资料 0.5 分）（5.32）

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；（资料 0.5 分）（5.33）

19. 所有 STEMI 患者（除使用第一代溶栓药者外）从确诊到静脉肝素抗凝给药时间在 10 分钟以内（资料 0.5 分）（5.34）

20. 对于溶栓（包括本院溶栓及转诊医院溶栓）治疗者，D-to-N 或 FMC-to-N 时间缩短；（资料 0.5 分）（5.35）

21. 对于网络医院实施转运 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；（资料 1 分）（5.36）

22. STEMI 患者中呼叫 120 入院的比例在增加；（资料 1 分）（5.37）

23. STEMI 患者发病后 2 小时内就诊的比例在增加。（资料 0.5 分）（5.38）

---

24. 主动脉或肺动脉 CTA 完成时间有缩短趋势（怀疑主动脉夹层或肺动脉栓塞的患者，计算从通知 CT 室到 CT 室完成准备的时间，要求小于 30 分钟）（资料 0.5 分）（5.39）

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%。（参考指标）  
5.40

**说明：5.16-5.40 将会链接到实时云平台进行查看，无需上传材料**

中国胸痛中心联盟