ICS 11.020
CCS C 05

团　　体　　标　　准

T/CADERM XXXX—2026

胸痛救治单元建设方案及验收规范

Construction plan and acceptance criteria for chest pain treatment units

2026－XX－XX 发布　　2026－XX－XX 实施

中国医学救援协会　　发 布

目　　次

前　　言 I
引　　言 II
1　范围 1
2　规范性引用文件 1
3　术语和定义 1
4　总则 2
5　基本条件 2
5.1　组织架构 2
5.2　标识指引 2
5.3　联合救治协议 2
5.4　设备与药品配备 3
5.5　先救治后收费机制 3
5.6　时钟统一方案 3
5.7　数据管理 3
6　胸痛救治与慢病管理 3
6.1　急性胸痛诊疗流程 3
6.2　STEMI 患者再灌注治疗策略 3
6.3　低危 ACS 患者随访管理 4
6.4　心血管相关慢病筛查与管理 4
7　胸痛救治点建设 4
7.1　适用范围 4
7.2　组织管理 4
7.3　设备配置 4
7.4　工作流程 4
7.5　培训与健康促进 4
8　培训教育 4
8.1　接受上级医院培训 4
8.2　辖区医务人员培训 5
8.3　大众健康培训 5
8.4　沟通群建设 5
9　验收指标 5
9.1　数据填报 5
9.2　首份心电图完成时间 5
9.3　肌钙蛋白检测时间 5
9.4　溶栓时间 5

9.5 转出时间 5
9.6 转运患者数量 5
附 录 A （规范性）胸痛救治单元验收材料清单 6
参 考 文 献 7

前　言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件由中国医学救援协会心血管急救分会提出，中国医学救援协会标准化工作委员会归口。

本文件起草单位：苏州工业园区东方华夏心血管健康研究院、中国医学救援协会心血管急救分会、医疗辅助技术（介入治疗）国家临床医学研究中心、中国人民解放军南部战区总医院、北京大学第一医院、复旦大学附属中山医院、上海交通大学医学院附属胸科医院、各省市县胸痛中心核心单位。

本文件主要起草人：李宗浩、霍勇、葛均波、向定成、方唯一、各省市县胸痛中心核心单位负责人。

引　言

根据《中国心血管健康与疾病报告2024》，我国心血管疾病现患人数已达3.3亿，心血管疾病死亡占居民总死亡近50%，连续多年居各类疾病死因首位，每年新发急性心肌梗死约100万例且呈年轻化趋势，防控形势十分严峻。

自2011年我国启动胸痛中心建设以来，经过十五年持续推动，全国胸痛中心注册单位超6000家，通过评估3000余家，地市级覆盖率99%、区县覆盖率96%，累计救治高危胸痛患者888万例，STEMI患者院内死亡率从10%降至3%，取得了显著成效。然而，患者院前延误仍是制约救治效率的关键瓶颈，大量乡镇卫生院、社区卫生服务中心等基层医疗机构尚未纳入规范化胸痛救治体系，"最后一公里"尚未真正打通，区域发展不均衡、急性救治与慢病管理衔接不足等问题依然突出。

胸痛救治单元是衔接胸痛中心与基层医疗机构的核心枢纽，是构建"胸痛中心—胸痛救治单元—胸痛救治点"三级协同救治网络的关键一环。近年来，胸痛救治单元建设快速推进，截至目前全国注册建设的胸痛救治单元已超过1.9万家，救治点超过4.6万个。但在快速发展中也暴露出建设标准不统一、基层救治能力薄弱、信息化支撑不足、验收机制不完善、长效运行机制不健全等突出问题，各地区建设质量参差不齐。

为切实解决上述问题，进一步推动胸痛救治单元的规范化建设和高质量发展，有必要在《胸痛救治单元建设方案及验收标准（第2版）》实践基础上，将其提升为团体标准，以增强标准的权威性、规范性和可操作性。本标准旨在统一建设规范、明确验收指标、强化区域协同和常态化质控，推动胸痛救治单元从"数量扩张"向"质量提升"转变，促进心血管事件下降拐点加速到来，助力"健康中国2030"战略目标的实现。

本标准由五个要素组成，分别为：基本条件、胸痛救治与慢病管理、胸痛救治点建设、培训教育、验收指标。

胸痛救治单元建设方案及验收规范

1 范围

本文件规定了胸痛救治单元建设的基本条件、胸痛救治与慢病管理、胸痛救治点建设、培训教育、验收指标等要求。

本文件适用于承担区域急性胸痛接诊任务的乡镇卫生院、社区卫生服务中心等基层医疗机构胸痛救治单元的建设、评估与验收工作。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

GB/T 1.1-2020 标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则

T/CADERM 2001-2018 胸痛中心（标准版）建设与评估标准

T/CADERM 2002-2018 胸痛中心（基层版）建设与评估标准

T/CADERM 2004-2019 胸痛中心（标准版）再评估标准

T/CADERM 2003-2019 区域急救平台及胸痛中心数据交互规范

T/CADERM 2022-2024 心电诊断中心建设要求

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

胸痛救治单元 chest pain rescue unit

承担区域急性胸痛接诊任务，与上级胸痛中心建立常态化联合救治机制，按照就近原则为急性胸痛患者提供早期识别、初步诊疗、紧急救治和快速转诊服务的基层医疗机构。

3.2

胸痛救治点 chest pain rescue network

胸痛救治单元下辖的村卫生室、社区卫生服务站等基层医疗机构，作为胸痛救治单元的延伸，在上级胸痛中心或胸痛救治单元指导下开展急性胸痛患者的早期识别、心电图采集与传输、初步处理及慢病管理等工作。

3.3

区域协同救治 regional collaborative rescue

在一定区域内，各级医疗机构通过分工协作、信息共享、双向转诊等方式，共同为急性胸痛患者提供连续、高效医疗服务的模式。

3.4

心电一张网·心电诊断中心质控平台 ECG Network·ECG Diagnosis Center

依托各医疗机构胸痛中心建设心电诊断中心，建立全国统一的体系及技术标准，搭建统一的信息化平台，协助各心电诊断中心开展常态化运营和质量控制，形成全国统一心电网络建设。

3.5

首次医疗接触 first medical contact；FMC

急性胸痛患者首次到达具备接诊能力的医疗机构并接受医务人员诊疗的时间点。

3.6

ST段抬高型心肌梗死 ST-segment elevation myocardial infarction；STEMI

心电图表现为ST段抬高且伴有心肌损伤标志物升高的急性心肌梗死，需要紧急再灌注治疗。

3.7

再灌注治疗 reperfusion therapy

通过溶栓或经皮冠状动脉介入治疗（PCI）等方式，恢复急性心肌梗死患者闭塞冠状动脉血流的治疗措施。

3.8

直接经皮冠状动脉介入治疗 primary percutaneous coronary intervention；PPCI

未经溶栓直接送至具有PCI能力的医疗机构实施冠状动脉介入治疗，是STEMI患者首选的再灌注治疗策略。

3.9

急性冠脉综合征 acute coronary syndrome；ACS

由于冠状动脉粥样硬化斑块破裂或侵蚀，继发血栓形成，导致冠状动脉部分或完全闭塞的临床综合征，包括STEMI、非ST段抬高型心肌梗死（NSTEMI）和不稳定性心绞痛（UA）。

4 总则

4.1 胸痛救治单元建设应以患者为中心，以质量为核心，遵循科学、规范、高效的原则，最大限度缩短急性胸痛患者救治时间。

4.2 胸痛救治单元应在上级胸痛中心指导下，按照就近原则建立常态化联合救治机制，承担区域急性胸痛接诊任务。

4.3 胸痛救治单元应与下属基层医疗机构开展区域救治一体化建设，推动胸痛救治点建设，将救治体系延伸至乡村。

4.4 胸痛救治单元应依托区县胸痛中心心电一张网·心电诊断中心建设，结合基层医疗机构公共卫生工作开展大众慢病长期规范管理。

4.5 胸痛救治单元建设应实现从救治到管理、从预防到康复的全程高质量建设，促进胸痛救治单元、胸痛救治点规范化运行。

4.6 胸痛救治单元验收有效期为 3 年，期满后由各地级市联盟组织再评估与验收。

5 基本条件

胸痛救治单元建设完成后，申请验收评估之前应满足以下全部条件。

5.1 组织架构

5.1.1 医疗机构应发布正式文件成立胸痛救治单元，明确组织架构及主要岗位人员职责，具体要求如下：

a) 由医疗机构主要负责人主持胸痛救治单元的工作；

b) 至少有 1 名熟悉胸痛救治业务且具备心电图操作能力的医师作为主要负责人，书面文件正式明确胸痛救治单元负责人的职责。

5.1.2 医疗机构成立胸痛救治单元的正式文件日期应早于申请验收日期至少 3 个月。

5.2 标识指引

5.2.1 应设置胸痛救治单元的指引及胸痛优先标识，在医院主要通道及门诊、病房各科室体现胸痛救治单元规范的功能分区和清晰的标识指引。

5.2.2 标识应醒目、连续，能够引导急性胸痛患者快速到达救治区域。

5.3 联合救治协议

5.3.1 应根据就近原则及本机构实际情况，与具有急诊 PCI 能力或溶栓治疗能力的胸痛中心签署联合救治协议。

5.3.2 协议内容应包括但不限于以下内容：

a) 心电图传输机制；

b) 一键启动电话；

c) 远程会诊及转运机制；

d) 数据共享机制；

e）救护车派遣机制；
f）联合培训计划。
5.3.3 应保留实施转运的全部急性高危胸痛患者时间节点表及病例资料。

5.4 设备与药品配备

5.4.1 应具备急性胸痛鉴别诊断、初步诊疗、紧急救治的设备和药物，具体要求如下：
a）配备床旁心电图机或可穿戴心电设备，能够在首次医疗接触10分钟内完成12/18导联心电图检查；
b）配备双联抗血小板常备药物，建议配备肝素等常规抗凝药物；
c）首次医疗接触至上级医院大门时间大于60分钟时，应配备肌钙蛋白床旁快速检测设备，并确保抽血完成后20分钟内获取检测结果；
d）有条件的应配备便携式除颤器。

5.5 先救治后收费机制

5.5.1 应建立针对急性胸痛患者的心电图、双联抗血小板、抗凝、溶栓及肌钙蛋白（如果开展）等项目的先救治后收费机制。
5.5.2 应制定先救治后收费流程图，确保急性胸痛患者能够及时获得救治而不因缴费延误诊疗。

5.6 时钟统一方案

5.6.1 应建立时钟统一方案，确保各关键诊疗环节时间节点记录的准确性。
5.6.2 应定期进行时钟校对并保存校对记录，保证全院各科室、各设备时间一致。

5.7 数据管理

5.7.1 应有急性胸痛患者时间节点管理表，保持与上级胸痛中心统一且能够共享。
5.7.2 急性胸痛患者应在数据管理平台进行填报，确保数据填报的及时性、完整性和真实性。
5.7.3 应建立数据质量控制机制，定期评估数据填报情况。

6 胸痛救治与慢病管理

胸痛中心区域协同救治体系包含院前急救系统、基层医疗机构，救治体系深入到大众身边能够有效缩短急性心肌梗死患者发病后总缺血时间，同时能够开展广泛的大众教育，降低发病的风险因素，开展长期高风险人群的筛查与管理。

6.1 急性胸痛诊疗流程

6.1.1 应制订急性胸痛诊疗流程图，能够指引接诊医师快速、规范完成接诊评估、初步诊断及决策。
6.1.2 流程图应涵盖从患者到达、分诊评估、心电图检查、初步诊断到救治决策的全过程，明确各环节责任人及时间要求。
6.1.3 应根据最新指南和上级胸痛中心指导意见定期更新流程图。

6.2 STEMI 患者再灌注治疗策略

6.2.1 应制定 STEMI 患者救治流程，明确再灌注治疗策略，流程中应包含抗血小板与抗凝治疗的用药时机。

6.2.2 以下再灌注策略应在上级胸痛中心指导下选择其中一种：

a）转运PCI策略：若首次医疗接触后120分钟内能够完成转运PCI，建议首选转运PCI策略，应满足并确保首次医疗接触后30分钟内转出患者；
b）本院溶栓策略：若首次医疗接触后不能在120分钟内完成转运PCI，具备溶栓条件的医疗机构应首选溶栓策略，应在首次医疗接触后30分钟内开始溶栓治疗。应配备急性心肌梗死急救常规药物和静脉溶栓药物（建议配备二代以上特异性溶栓药物），且要求在溶栓后2～24小时将患者转运至PCI医院进行冠状动脉造影检查；

c）转运溶栓策略：若不具备前述a）、b）条件时，应选择转运溶栓策略，即转运至附近具备溶栓条件的医疗机构溶栓，应在30分钟内将患者转出，且能够在首次医疗接触后60分钟内开始溶栓。

6.2.3 应制定急性心肌梗死患者救治流程图，涵盖不同来院方式的 STEMI 患者救治路径。

6.3 低危 ACS 患者随访管理

6.3.1 应结合所承担的公共卫生职能，在上级胸痛中心指导下开展低危 ACS 患者出院后长期随访管理。

6.3.2 随访信息应与上级胸痛中心实现共享，并在胸痛中心数据填报平台填报随访信息。

6.3.3 应建立随访患者登记表，包含各个病人去向及随访记录登记信息。如由签约医生随访，应有签约医生随访记录表。

6.4 心血管相关慢病筛查与管理

6.4.1 应结合公共卫生工作进行辖区内高血压、高血脂、糖尿病等心血管相关慢病筛查与管理。

6.4.2 应明确筛查频次和内容，并定期对相关人群进行监测和登记管理。

6.4.3 应建立心血管相关慢病筛查登记表，记录筛查结果、干预措施和随访情况。

7 胸痛救治点建设

胸痛救治单元如果有下辖的村卫生室、社区卫生服务站等所属基层医疗机构，应将其纳入胸痛救治点建设。作为胸痛救治单元的延伸，胸痛救治点应在上级胸痛中心医院或胸痛救治单元指导下开展工作，并逐渐覆盖至辖区内的全部下属站点机构。胸痛救治点由县域胸痛中心牵头单位统一组织评估与验收，有效期为 3 年，期满后由县域胸痛中心牵头单位组织再评估与验收。

7.1 适用范围

7.1.1 承担了胸痛患者接诊任务的村卫生室或社区卫生服务站。

7.2 组织管理

7.2.1 应明确胸痛救治点负责人，负责开展日常工作。

7.2.2 负责人应具备基本的心电图操作能力和急救技能。

7.3 设备配置

7.3.1 应配备心电图机或远程心电可穿戴设备。

7.3.2 应已加入上级胸痛中心心电一张网·心电诊断中心，能够实施远程心电图传输。

7.4 工作流程

7.4.1 能够在接诊急性胸痛患者后 10 分钟内完成首份心电图或使用可穿戴设备记录心电图。

7.4.2 应及时将心电图传输至上级医疗机构，根据上级医疗机构指引进行相应的医疗处置。

7.4.3 应完成胸痛中心要求的时间节点记录和病情记录。

7.5 培训与健康促进

7.5.1 应定期参加上级医院组织的培训会议，掌握心肺复苏技能。

7.5.2 应在上级医院指导下，定期协助开展大众培训教育，内容包括健康生活方式、急救常识等，覆盖村卫生室、卫生服务站服务区域内的居民。

7.5.3 应在上级医院指导下，定期协助开展服务区域内居民高血压、高血脂、糖尿病等慢病的筛查与管理工作。

8 培训教育

8.1 接受上级医院培训

8.1.1 应定期接受上级医院胸痛中心的指导和培训。培训内容应包含：胸痛症状识别、急性胸痛疾病早期临床诊断、心电图知识、急救技能等。
8.1.2 胸痛救治单元主要负责人应现场或远程参与上级医院胸痛中心的联合例会；条件允许时应参加质量分析会和典型病例讨论会。

8.2 辖区医务人员培训

8.2.1 应定期对辖区内各站点医务人员或家庭医生进行培训，原则上每年不少于一轮。
8.2.2 培训内容包括：常见心血管疾病预防知识、健康生活方式、急救常识等。

8.3 大众健康培训

8.3.1 应联合胸痛救治点开展辖区内大众健康培训。
8.3.2 培训应覆盖辖区内居民，内容包括心血管疾病预防知识、健康生活方式、急救常识等。

8.4 沟通群建设

8.4.1 应建立涵盖辖区内全部救治网点的沟通群，并指导救治网点开展辖区内大众健康管理和知识普及工作。
8.4.2 有条件的可指导救治点建设筛查科普大众群。

9 验收指标

胸痛救治单元建设验收应满足以下全部指标要求。

9.1 数据填报

9.1.1 已启用胸痛救治单元数据填报平台，且已持续填报近 3 个月的数据。
9.1.2 数据填报应完整、真实、可溯源。

9.2 首份心电图完成时间

9.2.1 所有急性胸痛患者应在首次医疗接触后 10 分钟内完成首份心电图。
9.2.2 首份心电图应由具备能力的医生或上级医院医生解读。

9.3 肌钙蛋白检测时间

9.3.1 若开展了床旁肌钙蛋白检测，应在抽血完成后 20 分钟内获取检测结果。

9.4 溶栓时间

9.4.1 若实施本院溶栓治疗，应在患者到达后 30 分钟内开始溶栓。
9.4.2 根据再灌注策略选择进行评估。

9.5 转出时间

9.5.1 若实施转运 PCI 或转运溶栓，应在患者到达后 30 分钟内转出。
9.5.2 根据再灌注策略选择进行评估。

9.6 转运患者数量

9.6.1 转运至上级胸痛中心的急性高危胸痛患者数量应呈现持续增加趋势。
9.6.2 该指标为统计参考指标，用于评估救治单元运行成效。

附 录 A
（规范性）
胸痛救治单元验收材料清单

表A.1 胸痛救治单元验收材料清单

序号及章节名称	分序号及名称	需上传材料内容
5.1 组织架构	5.1.1 组织架构	医院正式文件扫描件，文件中应载明胸痛救治单元组织架构、主要负责人及其职责分工
5.2 标识指引	5.2.1 标识指引	医院主要通道及门诊、病房各科室胸痛救治单元标识和指引的照片
5.3 联合救治协议	5.3.1 联合救治协议	1. 与上级医院签署的联合救治及转运协议扫描件 2. 实施转运的全部急性高危胸痛患者时间节点表及病例资料
5.4 设备与药品配备	5.4.1 设备与药品	相应诊疗设备和药物的照片
5.5 先救治后收费机制	5.5.1 先救治后收费	先救治后收费流程图
5.6 时钟统一方案	5.6.1 时钟统一	时钟统一校对记录
5.7 数据管理	5.7.1 数据填报	通过数据库查看每月填报情况（数据库在线查看）
6.1 急性胸痛诊疗流程	6.1.1 诊疗流程	急性胸痛诊疗流程图
6.2 STEMI 患者救治策略	6.2.1 救治流程	急性心肌梗死患者救治流程图
6.3 低危 ACS 患者随访管理	6.3.1 随访管理	随访患者登记表，包含各个病人去向及随访记录登记信息。如由签约医生随访，应有签约医生随访记录表
6.4 慢病筛查与管理	6.4.1 慢病筛查	在辖区开展心血管相关慢病筛查登记表
8.1 接受上级医院培训	8.1.1 上级培训	培训现场照片及签到表
8.2 辖区医务人员培训	8.2.1 辖区培训	培训幻灯及培训现场照片
8.3 大众健康培训	8.3.1 大众培训	培训现场照片及覆盖人群分布说明
8.4 沟通群建设	8.4.1 沟通群	微信群沟通记录截图

参 考 文 献

[1] 中华医学会心血管病学分会.急性ST段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南[J].中华心血管病杂志,2019,47(10):766-783.
[2] 国家心血管病中心.中国心血管健康与疾病报告2024[M].北京:中国协和医科大学出版社,2024.
[3] 胸痛中心专家委员会,胸痛中心执行委员会.胸痛救治单元建设方案及验收标准（第2版）
[4] 国家卫生健康委员会.胸痛中心建设与管理指南[Z].2021.
[5] 国家卫生健康委办公厅.关于印发"千县工程"县医院综合能力提升工作方案（2021-2025年）的通知（国卫办医函〔2021〕538号）[Z].2021.
[6] 国家卫生健康委.关于全面推进紧密型县域医疗卫生共同体建设的指导意见（国卫基层发〔2023〕41号）[Z].2023.
[7] 中华医学会心血管病学分会.非ST段抬高型急性冠状动脉综合征诊断和治疗指南[J].中华心血管病杂志,2017,45(5) 359-376.
[8] 向定成,易绍东.胸痛中心建设规范与实践[M].北京:人民军医出版社,2017.