ICS 11.020
CCS C 05

团　　体　　标　　准

T/CADERM XXXX—2026

胸痛中心建设评估与再评估规范

Specification for the construction assessment and reassessment of chest pain centers

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　缩略语 2
5　胸痛中心分类 2
5.1　标准版胸痛中心 2
5.2　基层版胸痛中心 2
6　组织管理 2
6.1　基础要求 2
6.2　推荐要求 2
7　标准版胸痛中心业务建设要求 3
7.1　基础要求 3
7.2　推荐要求 4
8　基层版胸痛中心业务建设要求 4
8.1　基础要求 4
8.2　推荐要求 5
9　区域协同救治 5
9.1　基础要求 5
9.2　推荐要求 5
10　质量安全与持续改进 5
10.1　基础要求 5
10.2　推荐要求 6
11　培训与公众健康宣教 7
11.1　基础要求 7
11.2　推荐要求 7
12　评估与周期再评估 7
12.1　首次验收 7
12.2　周期再评估 7
12.3　评估通用管理要求 8
参　考　文　献 14

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、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、广东省人民医院、北京大学人民医院、首都医科大学附属北京朝阳医院、哈尔滨医科大学附属第二医院、厦门大学附属心血管病医院、武汉亚洲心脏病医院、复旦大学附属华东医院、河北医科大学第二医院、上海交通大学医学院附属瑞金医院、中山大学孙逸仙纪念医院、吉林大学第二医院、西安交通大学第二附属医院、吉林大学第一医院、中山大学附属第八医院、西安交通大学第一附属医院、新疆维吾尔自治区人民医院、泰州市人民医院、首都医科大学附属北京安贞医院、山西医科大学第二医院、成都市第三人民医院、中国人民解放军总医院、山东大学齐鲁医院、广西医科大学第一附属医院、河南中医药大学第一附属医院、武警部队后勤学院附属医院、烟台市烟台山医院、中国人民解放军联勤保障部队第920医院、深圳市人民医院、郑州市第一人民医院、上海交通大学医学院附属苏州九龙医院、天津市胸科医院、徐州市中心医院、大同煤矿集团公司总医院、新疆医科大学第一附属医院、南昌大学第二附属医院、四川大学华西医院、兰州大学第一医院、浙江大学医学院附属第二医院、宁夏医科大学附总医院、遵义医学院附属医院。

本文件主要起草人：李宗浩、霍勇、葛均波、向定成、方唯一、颜红兵、陈纪言、王伟民、王乐丰、于波、王焱、苏晞、曲新凯、傅向华、张瑞岩、王景峰、刘斌、李建平、葛雷、李丽君、郑杨、刘健、伍贵富、袁祖贻、朱莉、李保、蔡琳、陈韵岱、陈玉国、李浪、关怀敏、姜铁民、秦伟毅、范觉新、杨丽霞、董少红、余宏伟、刘峰、丛洪良、李春洁、韩冰、孙玉红、马依彤、程晓曙、陈茂、张钲、王建安、贾绍斌、石蓓。

引　言

本标准依据《国家卫生计生委办公厅关于提升急性心脑血管疾病医疗救治能力的通知》（国卫办医函〔2015〕189 号）、《国家卫生计生委办公厅关于印发胸痛中心建设与管理指导原则（试行）》的通知（国卫办医函〔2017〕1026 号）以及医疗卫生强基工程、紧密型城市及县域医共体、急诊急救五大中心建设相关政策文件要求编制。

胸痛中心是以急性胸痛疾病急性期高效救治、全周期规范管理为目标，整合医疗机构内部急诊、心血管内科、介入、检验、影像等多学科资源，健全组织管理体系，优化院前- 院内- 出院全流程诊疗服务，形成的专病多学科联合救治联合体。结合不同医疗机构规模、区域功能定位差异，本标准对建设管理内容区分基础要求、推荐要求；医疗机构应首先满足全部基础要求，有条件单位可结合自身实际落实推荐要求。本标准整合标准版胸痛中心、基层版胸痛中心的建设、首次验收、周期再评估全部技术内容，指导医疗机构规范化开展胸痛中心建设、运行、质量复核，完善区域协同快速救治体系，提升我国急性胸痛患者整体救治水平。

胸痛中心建设评估与再评估规范

1 范围

本文件规定了医疗机构胸痛中心建设、运行管理、质量控制与评估再评估工作，优化急性胸痛患者院前急救、院内救治、出院随访全链条服务，缩短急性胸痛关键救治时间，降低急性高危胸痛致死、致残风险，健全区域胸痛协同救治网络。

本标准适用于医疗机构胸痛中心的建设、运行管理、首次验收、周期再评估工作。分为两类机构：

a）标准版胸痛中心：适用于年度 PCI 手术量≥200 例，年度急诊 PCI 手术量≥50 例，且至少有 2 名可独立开展急诊 PCI 手术医师的二级及以上医院；

b）基层版胸痛中心：适用于年度接诊急性心肌梗死患者≥30 例，尚不满足标准版胸痛中心准入条件的二级及以上医院；医疗机构可结合本院实际，选择溶栓为主、转运 PCI 为主、本院PCI 三种模式作为本院首选再灌注策略。

2 规范性引用文件

下列文件中无引用规范性文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

胸痛 chest pain

任何原因所导致的解剖学胸部范围内的任何不适，同时也包括可能由胸部疾病而导致的其他部位的疼痛。

3.2

急性冠状动脉综合征 acute coronary syndrome；ACS

冠状动脉内不稳定的粥样斑块破裂或糜烂引起血栓形成所导致的心脏急性缺血综合征，涵盖 ST 段抬高型心肌梗死、非 ST 段抬高型心肌梗死和不稳定型心绞痛。

3.3

急性心肌梗死 acute myocardial infarction；AMI

在冠状动脉粥样硬化的基础上，出现斑块破裂、血栓形成，或冠状动脉痉挛等原因，引起冠状动脉血供急剧减少或中断，使相应的心肌发生持续而严重的急性缺血，最终导致心肌急性坏死。

3.4

经皮冠状动脉介入治疗 percutaneous coronary intervention；PCI

经心导管技术疏通狭窄甚至闭塞的冠状动脉管腔，从而改善心肌的血流灌注的治疗方法。

3.5

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

对急性 ST 段抬高型心肌梗死患者实施的直接经皮冠状动脉介入治疗。

3.6

主动脉夹层 aortic dissection；AD

由于各种原因导致的主动脉内膜、中膜撕裂，主动脉内膜与中膜分离，血液流入，致使主动脉腔被分隔为真腔和假腔的状态。

3.7

肺栓塞 pulmonary embolism；PE

由内源或外源性栓子阻塞肺动脉引起肺循环和右心功能障碍的临床综合征，包括肺血栓栓塞、脂肪栓塞、羊水栓塞、空气栓塞、肿瘤栓塞等。

3.8

首次验收 initial evaluation

医疗机构完成胸痛中心建设后，依据本标准开展的初次技术评估，验收通过后获得胸痛中心资质。

3.9

再评估 re- evaluation

胸痛中心资质到期后，依据本标准开展的周期性质量复核评估，用于复核机构常态化运行、持续改进、区域协同落实情况。

4 缩略语

CCU：冠心病监护病房（coronary care unit）
STEMI：ST- segment elevation myocardial infarction（ST 段抬高型心肌梗死）
NSTEMI：non- ST- segment elevation myocardial infarction（非 ST 段抬高型心肌梗死）
UA：unstable angina（不稳定型心绞痛）
PPCI：primary percutaneous coronary intervention（直接经皮冠状动脉介入治疗）

5 胸痛中心分类

5.1 标准版胸痛中心

医疗机构具备全天候急诊 PCI 能力，以 PPCI 作为 STEMI患者首选再灌注策略，承担区域急性胸痛救治、基层医疗机构帮扶指导任务。

5.2 基层版胸痛中心

基层版胸痛中心分为三种救治策略模式：

a）溶栓为主模式：无全天候 PCI 能力，以静脉溶栓为首选再灌注策略，溶栓后按规范向上级 PCI 医院转运；

b）转运 PCI 为主模式：无全天候 PCI 能力，以快速识别、评估、转运至上级 PCI 医院实施 PPCI 为主要救治策略；

c）本院PCI 为主模式：具备 PCI 实施条件，但达不到标准版胸痛中心全部准入指标，结合本院实际确定再灌注策略。

6 组织管理

6.1 基础要求

6.1.1 医院应当正式发文成立胸痛中心以及胸痛中心委员会，由院长或者分管医疗副院长担任委员会主任委员，文件明确委员会工作职责、调动院内多学科资源开展胸痛救治工作的权限。

6.1.2 医院正式任命胸痛中心医疗总监、行政总监、胸痛中心协调员，书面文件明确各岗位工作职责；医疗总监应当具备对应专业技术职称，具备急性胸痛相关疾病诊断处置能力；协调员每年参加 ACS 及胸痛相关专业培训不少于 10 学时。

6.1.3 明确胸痛中心质量控制责任人，建立院内胸痛质控工作机制。

6.1.4 医院出具正式支持承诺文件，落实人力、设备、经费保障；落实急性胸痛优先，落实首份心电图、肌钙蛋白检测、抗血小板、抗凝、溶栓、介入治疗环节先救治后收费制度；不得以床位紧张、患者费用等理由推诿 ACS 患者。

6.1.5 建立胸痛中心多学科协作工作机制，急诊、心血管内科、介入、检验、影像、药剂、医务管理部门协同开展急性胸痛救治。

6.2 推荐要求

6.2.1 将胸痛中心建设、运行质量纳入医院绩效考核管理体系。

6.2.2 设置专职胸痛中心管理岗位，保障日常质控、数据管理、区域联络工作。

6.2.3 建立院内胸痛救治多学科病例研讨常态化工作机制。

7 标准版胸痛中心业务建设要求

7.1 基础要求

7.1.1 场地设施与标识

1)医院出入口、门诊、急诊设置胸痛中心指引标识；分诊、挂号、检验、收费、药房设置急性胸痛优先标识；

2)急诊科设置分诊台、抢救区、胸痛诊室、胸痛留观室；配齐心电图、监护、除颤、呼吸机等急救设备；保障 10 分钟内完成首份 12/18 导联心电图；

3)具备床旁快速肌钙蛋白、D- 二聚体检测，抽血后 20 分钟出具检测结果。

4)CCU 床位不少于 6 张；

5)导管室实现 24 小时 ×365 天全天候开放，导管室激活时间≤30 min，制定导管室故障、设备维护、占台等突发情况备用处置方案。

7.1.2 人员资质

1)至少 2 名具备急诊 PCI 能力心血管专科医师，单人年 PCI 手术≥75 例；

2)至少 3 名导管室专职护士，每年完成不少于 4 学时介入及 ACS 新知识培训；

3)配备具备大型放射设备上岗资质的技术人员；

4)近 12 个月全院 PCI 总量≥200 例，急诊 PCI≥50 例。

7.1.3 急性胸痛患者的评估及救治

7.1.3.1 急性胸痛早期快速甄别

应当制定标准化胸痛分诊流程图、急性胸痛鉴别诊断流程图；落实急性胸痛患者首次医疗接触后 10 分钟内完成 12/18 导联心电图，首份心电图完成后 10 分钟内由具备诊断能力的医师完成解读；高危胸痛患者在首次医疗接触 10 分钟内完成首诊医师接诊；床旁快速肌钙蛋白检测做到抽血后 20 分钟出具结果；制定 ACS 总体诊治流程图；所有急性胸痛患者应当及时录入胸痛中心数据库。

7.1.3.2 STEMI 患者再灌注救治流程

以 PPCI 作为 STEMI 患者首选再灌注策略，针对自行来院、救护车送入、外院转诊、院内发病等不同来院路径制定完整的 STEMI 再灌注救治流程图；建立并落实救护车送入 STEMI 患者绕行急诊及 CCU 直达导管室、自行来院 STEMI 患者绕行 CCU 直达导管室工作机制；规范急诊 PCI 知情同意流程，缩短知情告知耗时；制定导管室一键启动流程与转运患者至导管室的转运流程。如本院开展溶栓治疗，应当建立规范的溶栓筛查表、制式溶栓知情同意书，制定溶栓药物使用方案、溶栓标准操作流程、溶栓并发症处置预案、溶栓后转运方案，保障 FMC- to- N 不大于 30 分钟。

7.1.3.3 NSTEMI/UA 危险分层及治疗

应当建立 NSTEMI/UA 患者初始及再次评估工作流程，规范缺血、出血风险分层工具，明确心电图、肌钙蛋白复查的时间间隔；按照指南要求区分极高危、高危、中危、低危患者处置策略，明确极高危患者 2 小时内紧急介入、高危患者 24 小时内早期介入治疗的处置要求；制定规范化药物治疗方案，完善出院评估、出院指导、患者宣教资料。

7.1.3.4 低危胸痛患者评估及处理

完善低危胸痛鉴别评估流程，规范心电图运动负荷试验或替代评估检查的适应症、禁忌症、操作流程、并发症应急处置；对于急诊直接离院的低危胸痛患者制定随访计划；对于提前终止检查、自动离院的患者履行充分风险告知，留存知情记录。

7.1.3.5 院内发生 ACS 的救治

制定住院期间院内新发 ACS 的处置流程图，明确现场处置、紧急会诊、求助联络机制；开展全院相关人员培训，掌握心肺复苏技能与紧急求助渠道。

7.1.3.6 急性主动脉夹层、急性肺栓塞诊断与处置

明确高度怀疑主动脉夹层、肺栓塞患者增强 CTA 启动时限，怀疑 A 型夹层时心脏超声检查启动时限；制定主动脉夹层降压镇痛紧急处置方案，区分本院具备 / 不具备外科、腔内隔绝手术条件，建立规范转诊流程；制定急性肺栓塞筛查、危险分层、抗凝、溶栓、转诊处置流程；落实急诊接诊人员相关诊疗能力培训。

7.1.4 诊疗支撑条件

建立远程心电信息共享平台，与不少于 5 家网络医院实现信息互通；急诊、超声、CTA 保障急诊检查时效；运动负荷心电图可正常开展；建立多学科会诊协作机制。

7.1.5 时钟统一与数据库管理

建立全院时钟统一管理制度，院前救护车、急诊科、CCU、导管室、检验设备、医疗文书时间保持一致，留存时钟校对记录。启用全国胸痛中心数据填报平台，提交不少于 6 个月完整运行数据；建立数据库管理制度、三级数据审核机制；设置专职 / 兼职数据管理员；落实时间节点前瞻性记录，纸质记录表作为离线备份；满足数据库登记完整性、病例溯源要求。

7.2 推荐要求

7.2.1 建设智慧胸痛信息化系统，实现急救时间节点自动采集，院前- 院内信息互通。
7.2.2 开展胸痛专病门诊，落实 ACS 出院患者规范化随访。
7.2.3 具备心脏康复诊疗条件，开展急性胸痛后心脏康复服务。

8 基层版胸痛中心业务建设要求

8.1 基础要求

8.1.1 场地设施与标识

参照 4.1.1 执行，可结合基层医院急诊流量实际情况设置替代工作机制；心脏专科床位不少于 20 张，CCU / 重症监护床位不少于 2 张；年度 AMI 接诊≥30 例。

8.1.2 人员资质

至少 2 名心血管内科中级以上医师，具备规定进修 / 学位条件，提供连续 2 年 ACS 继续教育证明；医疗机构根据自身实际，三选一确定首选再灌注策略（溶栓 / 转运 PCI / 本院PCI），同时明确次选策略；分别对应落实溶栓场地、药品、人员；或者转运 PCI 双向转诊协议；本院PCI模式落实导管室、介入人员条件。

8.1.3 急性胸痛患者的评估及救治

8.1.3.1 急性胸痛早期快速甄别

制定适配本院实际的胸痛分诊流程图、急性胸痛鉴别诊断流程图；落实急性胸痛患者首次医疗接触 10 分钟内完成首份 12/18 导联心电图，心电图 10 分钟内完成诊断解读；高危胸痛首诊接诊≤10 分钟；床旁快速肌钙蛋白抽血后 20 分钟出报告；制定 ACS 诊治总流程图；全部急性胸痛患者录入胸痛数据库。

8.1.3.2 STEMI 患者再灌注救治流程

根据本院首选再灌注模式制定 STEMI 完整救治流程图。选择溶栓作为首选策略的，应当落实溶栓筛查、制式知情同意书、溶栓药物方案、操作流程、并发症处置、溶栓后 2- 24 小时向上级 PCI 医院转运的整套机制，力争 FMC- to- N ≤30 min。选择转运 PCI 作为首选策略的，应当与上级标准版胸痛中心建立心电图远程传输、一键启动、绕行急诊直达导管室的协作机制，严格管控入门- 出门（DIDO）时间。选择简易 PCI 模式的，参照标准版 PPCI 相关流程执行，落实导管室启动、知情同意、绕行机制。所有模式均应当明确不同来院途径 STEMI 患者处置路径。

8.1.3.3 NSTEMI/UA 危险分层及治疗

落实 NSTEMI/UA 缺血与出血危险分层；规范心电图、肌钙蛋白复查间隔；区分极高危、高危、中低危患者处置；本院无法完成介入治疗的患者应当建立快速向上级医院转诊流程；制定药物治疗方案；落实 PCI 术后患者转回本院开展康复随访的双向转诊机制。

8.1.3.4 低危胸痛患者评估及处理

落实低危胸痛鉴别评估流程；结合本院条件选择运动负荷试验或替代评估手段；急诊离院患者制定随访计划；对自动提前离院患者做好风险告知并留存知情文书。

8.1.3.5 院内发生 ACS 的救治

制定院内新发 ACS 处置流程，明确会诊求助渠道；落实院内相关人员培训，掌握心肺复苏技能。

8.1.3.6 急性主动脉夹层、急性肺栓塞诊断与处置

落实怀疑夹层、肺栓塞患者 CTA、心脏超声检查要求；本院无手术救治能力时，第一时间启动评估与向上级医院紧急转诊流程；落实药物紧急处置方案。

8.1.4 诊疗支撑条件

超声、CTA 检查保障急诊时效；建立多学科会诊；远程心电平台对接不少于 5 家基层 / 救治单元。

8.1.5 时钟统一与数据库管理

时钟统一管理制度同 4.1.5 条款。启用胸痛中心填报平台，提交不少于 6 个月有效运行数据；落实数据管理员、培训、前瞻性时间记录，保障病例登记完整、关键信息可溯源。

8.2 推荐要求

8.2.1 推进县域心电一张网建设，实现与辖区乡镇胸痛救治单元心电实时传输。
8.2.2 建立 ACS 出院患者随访档案，落实康复随访，与上级、基层医疗机构双向随访联动。
8.2.3 具备条件的机构开展床旁快速心脏超声检查。

9 区域协同救治

9.1 基础要求

9.1.1 医疗机构应当与本地院前急救（120）签署正式联合救治协议，协议签署距离申请首次验收时间不少于 6 个月；制定院前急救培训、联合演练制度；院前急救人员参与胸痛中心联合例会。
9.1.2 标准版胸痛中心应当与周边基层医疗机构、胸痛救治单元建立协同救治、双向转诊机制；基层版胸痛中心应当与具备全天候 PCI 能力的标准版胸痛中心建立稳定双向转诊机制，明确 STEMI 转运、溶栓后转运工作流程。
9.1.3 落实联合例会制度，联合例会间隔不超过 6 个月，留存完整会议记录。
9.1.4 院前救护车落实胸痛相关急救设备配置，落实院前心电图记录、传输等相关工作要求。

9.2 推荐要求

9.2.1 标准版胸痛中心定期为辖区基层、乡镇胸痛救治单元开展业务培训、现场指导。
9.2.2 建立区域胸痛救治病例线上研讨机制，开展区域质量分析。
9.2.3 依托医共体平台，开展区域急性胸痛救治质量横向对比分析。

10 质量安全与持续改进

10.1 基础要求

10.1.1 医疗机构应当建立胸痛中心全流程质量控制工作机制，参照《中国胸痛中心认证标准（第六版）》《中国基层胸痛中心认证标准（第三版）》要求，确定本中心关键质控监控指标，每年制定质量

改进奋斗目标，原则上每年修订奋斗目标，体现持续改进成效，应当留存目标制定、修订对应的会议记录。

10.1.2 应当完成救治流程图迭代优化，至少留存 3 套及以上改进前后对比的关键流程图，并配套对应的流程改进说明材料。

10.1.3 严格落实质量分析会、典型病例讨论会制度，质量分析会间隔不大于 3 个月，典型病例讨论会间隔不大于 3 个月；完整留存会议记录、签到、现场资料；针对救治延误、不良事件开展根因分析，明确整改措施并跟踪落实闭环。

10.1.4 常态化开展胸痛中心数据库自查工作，核查病例登记完整性、时间节点填报准确性、病历原始资料可溯源性，发现数据缺陷，应当制定整改措施闭环管理。

10.1.5 应当定期对胸痛救治关键质控指标开展统计、分析，根据机构类型执行对应指标要求。

10.1.5.1 标准版胸痛中心质控指标

10.1.5.1.1 初次验收必须满足指标

a) 首次医疗接触到首份心电图时间月平均≤10 min；
b) 首份心电图至确诊时间月平均≤10 min；
c) PPCI 治疗 STEMI 患者门- 球时间（D- to- B）≤90 min，达标率≥75%；
d) 导管室激活时间≤30 min；
e) 抽血后肌钙蛋白报告时间≤20 min；
f) 经救护车入院 STEMI 患者院前心电图传输比例≥50%；
g) 经救护车入院拟行 PPCI 的 STEMI 患者绕行急诊及 CCU 直达导管室比例≥30%。

10.1.5.1.2 趋势改善类指标

a) 自行来院拟行 PPCI 的 STEMI 患者绕行 CCU 直达导管室比例；
b) STEMI 患者呼叫 120 来院就诊占比；
c) STEMI 发病 2 小时内就诊占比；
d) 极高危 NSTEMI/UA 患者 2 小时内紧急 PCI 实施比例；
e) 高危 NSTEMI/UA 患者 24 小时内早期介入治疗实施比例；
f) ACS 患者确诊后负荷量抗血小板、抗凝药物给药耗时；
g) STEMI、ACS 院内死亡率；
h) ACS 患者出院后 1、3、6、12 个月随访率。

10.1.5.2 基层版胸痛中心质控指标

10.1.5.2.1 初次验收必须满足指标（结合本院首选再灌注策略选用对应指标）

a) 首次医疗接触到首份心电图时间月平均≤10 min；
b) 首份心电图至确诊时间月平均≤10 min；
c) 抽血后肌钙蛋白报告时间≤20 min；
d) 溶栓策略机构：FMC- to- N 时间≤30 min；
e) 转运 PCI 策略机构：入门- 出门 DIDO 时间≤30 min；
f) 经救护车入院 STEMI 患者院前心电图传输比例≥50%。

10.1.5.2.2 趋势改善类指标（数据应当呈现持续向好趋势）

a) STEMI 患者呼叫 120 来院就诊占比；
b) STEMI 发病 2 小时内就诊占比；
c) 溶栓后 2- 24 小时向上级 PCI 医院转运执行比例；
d) ACS 患者院内死亡率；
e) ACS 患者出院后 1、3、6、12 个月随访率。

10.1.6 针对既往验收、再评估发现的缺陷问题建立整改台账，落实闭环管理。

10.2 推荐要求

10.2.1 将 ACS 出院随访完成率、二级预防药物依从性、危险因素管控情况纳入常态化质控指标。
10.2.2 每年组织开展胸痛中心质量自我评估，形成年度质量改进报告。
10.2.3 参与区域胸痛救治质量横向比对分析，对标区域中位水平查找差距，制定改进举措。

11 培训与公众健康宣教

11.1 基础要求

11.1.1 分层开展院领导、行政管理人员、核心临床科室、全院医护、后勤辅助人员胸痛相关培训，留存培训计划、课件、签到、现场记录。
11.1.2 面向合作的院前急救人员、协作医疗机构开展胸痛救治相关业务培训。
11.1.3 开展面向社会公众的急性胸痛识别、呼救、自救互救科普宣教工作，留存宣教实施记录。

11.2 推荐要求

11.2.1 将心肺复苏培训纳入院内职工、社区公众常态化宣教内容。
11.2.2 利用新媒体渠道开展急性胸痛防治科普宣传。

12 评估与周期再评估

12.1 首次验收

12.1.1 申请条件

医疗机构完成本标准对应类别全部基础建设内容，胸痛数据平台具备不少于 6 个月完整有效运行数据，协议、培训、质控会议记录完整留存，可提交首次验收申请。

12.1.2 验收内容

开展线上材料审查、数据库核查、现场核查、暗访核查；重点核查组织机构、场地硬件、制度流程、基线运行数据，核查材料、病历、填报数据的真实性与溯源一致性，对照本标准 7.1.5 的质控指标开展考核。

12.1.3 资质有效期

首次验收通过，资质有效期为 3 年。

12.2 周期再评估

12.2.1 总体规则

医疗机构应当在资质到期前 4 个月提交再评估申请；再评估通过后，资质有效期更新为 5 年，之后每 5 年开展一次再评估；未通过再评估，收回胸痛中心资质牌匾。

12.2.2 再评估工作导向

再评估不将硬件基建作为核查重点，重点核查机构常态化实际运行成效、数据库质量、持续改进落实、区域协同执行、随访管理、既往问题闭环整改情况，重点分析近周期内全套质控指标变化趋势，评价持续改进实际效果。

12.2.3 标准版胸痛中心再评估

核查岗位人员稳定性、制度常态化运行、近 36 个月病例救治实际执行情况、救治时效变化趋势；核查院前及区域协同、数据库质量、质量分析与病例讨论、院内及区域培训、ACS 出院随访落实情况，采用线上评审、大数据分析、现场、暗访相结合方式开展。

12.2.4 基层版胸痛中心再评估

核查岗位、资源保障稳定性，结合本院首选再灌注策略核查溶栓 / 转运 PCI 实际运行时效；核查县域协同转诊、数据库质量、持续改进、培训宣教、随访康复转诊落实情况，弱化硬件复查，重点复核日常运行实绩。

12.2.5 再评估结果处置

再评估通过更新有效期；存在一般缺陷限期整改复核；存在严重缺陷判定为不通过，收回资质牌匾。

12.3 评估通用管理要求

12.3.1 线上材料审查：核查医院提交全部制度文件、合作协议、培训、会议、流程图、病例佐证材料。
12.3.2 数据库核查：核查平台数据完整性、时间节点溯源，病历原始记录和填报数据一致性。
12.3.3 现场核查：实地核查功能区域，开展人员访谈、流程演练，抽查原始病历。
12.3.4 暗访核查：模拟就诊、实地查看标识分诊处置，检验真实运行状态。
12.3.5 整改复核：对线上、现场、暗访发现缺陷设置整改时限，复核整改闭环情况。

参 考 文 献

[1] 张澍,霍勇.内科学心血管内科分册 [M].北京:人民卫生出版社,2016.
[2] 马长生,霍勇,方唯一,等.介入心脏病学（第二版）[M].北京：人民卫生出版社，2012.
[3] 中国医师协会急诊医师分会,中华医学会心血管病学分会,中华医学会检验医学分会.急性冠脉综合征急诊快速诊疗指南 (2016)[J]. 中华急诊医学杂志,2016,25(4):397- 404.DOI:10.3760/cma.j.issn.1671- 0282.2016.04.002.
[4] 中华医学会心血管病学分会，中华心血管病杂志编辑委员会.急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南 (2019)[J]. 中华心血管病杂志,2019,47(10):766- 783.DOI:10.3760/cma.j.issn.0253- 3758.2019.10.003.
[5] 中华医学会心血管病学分会介入心脏病学组,中国医师协会心血管内科医师分会血栓防治专业委员会,中华心血管病杂志编辑委员会.中国经皮冠状动脉介入治疗指南 (2016)[J]. 中华心血管病杂志,2016,44 (5):382- 400.DOI:10.