《胸痛中心建设评估与再评估规范》

（初稿）

编制说明

《胸痛中心建设评估与再评估规范》标准起草组

2026-10-08

目 录

一、工作背景及任务来源 3

二、必要性 4

三、工作简况 6

四、制定标准的原则与依据 8

五、与有关现行法律、法规和强制性标准的关系 10

六、预期社会经济效益 11

一、工作背景及任务来源

1.工作背景

急性高危胸痛包含急性心肌梗死、主动脉夹层、急性肺栓塞等疾病，具有发病急、病情进展迅速、致死致残率高的突出特点，是我国心血管急救领域重点防控疾病。国家卫生健康行政部门先后印发《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）、《胸痛中心建设与管理指导原则（试行）》（国卫办医函〔2017〕1026 号），在全国医疗机构推进胸痛中心建设，构建院前- 院内- 出院随访一体化急性胸痛协同救治体系，提升高危胸痛患者救治质量。

国内前期已发布三份中国医学救援协会团体标准：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》。同时行业内部广泛使用《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)》工作文件用于医疗机构评估。

当前存在多份技术文件分散独立的现状，标准版、基层版、首次验收、周期再评估的技术要求分布于不同文件，部分条款表述、质控指标口径不完全统一；基层版胸痛中心再评估缺少正式团体标准文本，仅依靠行业工作文件落地执行。随着全国胸痛中心建设从“建设期拿资质”转向“常态化高质量运行、持续质量改进”阶段，亟需整合分散文件，形成一套统一完整的团体标准，指导医疗机构建设运行以及行业评估工作。

2.任务来源

本文件的制定任务由中国医学救援协会心血管急救分会提出，并由其标准化工作委员会正式归口。针对国内各级医疗机构胸痛中心建设、运行、首次验收、周期再评估实践过程中的现实痛点，协会组织心血管内科、急诊医学、院前急救、医务质控、标准化专业机构，启动本团体标准研制工作，旨在为全国二级及以上医疗机构提供一套科学、统一、可落地的胸痛中心建设、评估与周期再评估技术规范。

二、必要性

1.解决现有技术要求碎片化问题

现行胸痛中心相关技术要求包括3份正式团体标准以及多份行业内部工作文件，标准版、基层版、首次验收、周期

再评估内容分散，医疗机构开展建设准备、专家开展评审工作，需要交叉查阅多份材料，部分技术口径不完全统一。基层版胸痛中心再评估无正式发布团体标准文本，仅使用行业工作文件开展工作，标准约束力不足。通过编制整合统一的团体标准，实现一份文本覆盖标准版、基层版，同时包含建设、首次验收、周期再评估全部技术内容，降低文件查阅与执行难度。

2.将国家宏观政策转化为可落地执行的技术规范

国卫办医函〔2017〕1026 号文件为胸痛中心宏观建设指导文件，文件侧重于管理框架，缺少岗位资质、场地设备、救治流程、量化质控指标、评估申报佐证材料等可直接用于现场验收的操作条款。本标准把国家宏观管理要求细化为医疗机构可直接对照执行的技术条目，打通政策落地的最后一环。

3.厘清首次验收与周期再评估定位，统一全国评估技术尺度

既往行业实践中，首次验收重点考核机构基线硬件条件、制度建设、基线数据；周期再评估重点考核常态化运行质量、质控指标改善趋势、问题闭环整改成效。原有各类文件对两类评估的核查边界区分不够清晰，不同地区评审把握尺度存在差异。本标准明确划分首次验收、周期再评估核查重点，

明确硬性达标指标、趋势改善类指标，实现全国评估工作技术尺度统一。

4.补齐基层版胸痛中心再评估标准空白

原有团体标准体系仅覆盖标准版胸痛中心再评估，基层版胸痛中心分为溶栓为主、转运 PCI 为主、本院 PCI 为主三种运行模式，一直缺少对应的正式团体标准再评估条款，长期依靠行业内部工作文件。本标准补齐基层版不同运行模式的再评估全套技术要求，完善整个标准体系。

5.满足医疗机构和评审工作的现实迫切需求

医疗机构在申报胸痛中心验收、再评估过程中，缺少统一的组织机构岗位模板、标准化评估流程（含省级胸痛中心联盟预检）、规范化申报资料清单。评审专家也缺少配套表格化评审工具。本标准设置系列规范性、资料性附录，提供岗位要求表、评估流程表、评分细则、申报资料清单，为医疗机构建设申报、专家线上及现场评审提供实用工具。

三、工作简况

1.立项与启动

在中国医学救援协会的组织下，由医疗辅助技术（介入治疗）国家临床医学研究中心、苏州工业园区东方华夏心血管健康研究院牵头，组织专家论证，本标准正式立项。成立

标准起草组，汇聚心血管内科、急诊医学、院前急救、医务管理、质控管理、标准化等多领域专家，明确工作目标、任务分工和整体进度安排。

2.起草阶段

起草组广泛收集国内相关国家政策文件、现行胸痛中心团体标准、行业验收文件、ACS 及高危胸痛相关临床指南与专家共识（详见标准草案“规范性引用文件”与“参考文献”）。在此基础上，对不同级别医疗机构开展实地调研，走访标准版胸痛中心、基层版胸痛中心，组织座谈会，听取医院管理者、急诊科、心内科、120 急救、质控人员实际工作意见，梳理当前胸痛中心建设、申报、再评估中的成熟经验、现存痛点与技术需求。全部技术指标继承已大规模实践验证的原有条款，不新增无实践依据的自创指标。

3.研讨与完善

起草组多次组织线上、线下专家研讨会，邀请临床、急救、医务管理、标准化专家，对草案正文、术语定义、准入条件、质控指标以及全部附录表格逐条审议。针对组织机构、救治流程、质控指标体系、评估与再评估规则、省级联盟预检流程等关键章节反复论证修改。结合既往评估实践，对标准内核心流程、指标阈值开展复核校验，验证条款可行性、合理性，形成征求意见稿。

4.征求意见与送审

面向各级医疗机构、院前急救机构、质控评审专家广泛公开征求意见，汇总全部反馈意见，对准入条件、质控指标、评估导向、附录表格开展全面系统修改完善，形成送审稿，报送中国医学救援协会标准化工作委员会审查；根据审查意见进一步修改完善，形成报批稿。

四、制定标准的原则与依据

1.制定原则

（1）继承性原则：全部技术指标继承经过全国大量实践验证的原有 T/CADERM 系列团体标准、第六版标准版、第三版基层版行业文件，不凭空增设无实践基础的新考核指标，重点开展体系重构与内容整合。

（2）科学性原则：条款符合国内急性胸痛相关临床指南以及国家卫生行政部门政策文件；区分基础要求（医疗机构必须满足）、推荐要求（鼓励有条件医疗机构落实）；质控指标兼顾循证医学证据和国内不同层级医疗机构现实能力。

（3）可操作性原则：配套系列规范性附录，岗位资质、评估流程、评分细则、申报资料清单全部表格化；医疗机构可以直接对照开展建设准备申报材料，评审专家可直接用于线上、现场评审核查。

（4）分类施策原则：严格区分标准版胸痛中心、基层版胸痛中心；基层版区分溶栓为主、转运 PCI 为主、本院 PCI 为主三种运行模式，针对不同模式设置差异化的技术条件与质控要求。

（5）闭环管理原则：构建“建设- 首次验收- 常态化运行- 周期再评估- 持续改进”闭环管理逻辑；明确首次验收重点核查基线条件，再评估弱化硬件核查，重点考察常态化运行实绩、指标改善趋势、问题整改闭环成效。

2.制定依据

国家政策文件：《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）》（国卫办医函〔2017〕1026 号）。

国家、团体标准化文件：GB/T 1.1- 2009《标准化工作导则 第 1 部分：标准的结构和编写》；WS/T 477- 2015《D-二聚体定量检测》；T/CADERM 2001- 2018、T/CADERM 2002- 2018、T/CADERM 2004- 2019。

国内外技术指南与共识：《急性冠脉综合征急诊快速诊治指南（2019）》、《急性 ST 段抬高型心肌梗死诊断和治疗指南（2019）》、《经皮冠状动脉介入治疗指南（2025）》、《主动脉夹层诊断与治疗规范中国专家共识》、《急性肺栓塞诊断

和治疗指南（2025)》等。

行业实践文件:《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)》、《基层胸痛中心再验收标准（2020 版)》、《胸痛中心质控指标及考核办法（第三版修订版)》。

实地调研与专家共识：基于国内多级别医疗机构胸痛中心现状调研结果和领域内专家集体研讨意见，保证标准内容既符合临床前沿，又贴合国内医疗机构实际运行现状。

五、与有关现行法律、法规和强制性标准的关系

本文件作为团体标准，是在严格遵守国家现行相关法律、法规和强制性标准的前提下制定的。

1.遵循上位法 本文件内容完全遵循《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》、《中华人民共和国突发事件应对法》等医疗卫生相关法律法规原则与制度要求，没有设立与之相抵触的条款。

2.补充与细化 对于国卫办医函〔2017〕1026 号国家指导原则中的宏观原则性要求，本文件进行场景化补充和操作层面细化。例如国家文件提出建设胸痛中心组织架构要求，本标准具体明确委员会组成、医疗总监、行政总监、协调员的岗位资质、工作职责、佐证材料等可落地条款。

3.协调一致 本文件与现行有效的强制性国家标准、卫生行业标准保持协调一致。本标准为推荐性团体标准，不属于强制性执行文件，用于医疗机构胸痛中心建设、行业评估工作的技术参考。新标准发布后，建议替代原有三份T/CADERM 旧版团体标准。

4.填补空白 目前国内缺少整合标准版、基层版，同时覆盖建设、首次验收、周期再评估完整链条的统一团体标准，尤其缺少基层版胸痛中心再评估正式文本。本标准的制定填补该领域标准空白，为全国医疗机构胸痛中心建设与评估提供完整的技术指引。

六、预期社会经济效益

1.社会效益

（1）提升急性高危胸痛患者救治质量。通过统一标准化的建设、质控、评估体系，引导医疗机构强化持续改进，规范化救治，并缩短关键救治时间，降低急性心肌梗死、主动脉夹层、急性肺栓塞致死、致残风险，保障人民群众生命健康。

（2）解决多文件碎片化带来的执行偏差问题，提升全国胸痛中心建设同质化水平。统一组织机构、救治流程、质控指标、评估尺度，减少不同地区、不同机构对旧版多份文件

的理解差异。

（3）助力分级诊疗与县域急救网络建设。针对基层版胸痛中心三种运行模式设置差异化要求，规范院前- 院内、上下级医疗机构双向转诊，推动胸痛急救资源向县域下沉，完善区域胸痛协同救治网络，助力国家强基工程建设。

（4）引导行业工作回归质量内涵。区分首次验收与周期再评估的核查导向，弱化再评估阶段硬件考核，重点考核常态化运行实绩、指标改善趋势、问题闭环整改，引导医疗机构从“拿资质”向“持续质量改进”转变。

（5）提升评估工作规范性与透明度。标准配套完整附录工具，包含岗位表格、评估全流程、评分细则、申报资料清单，降低医疗机构申报门槛，规范专家线上、现场评审工作。

2.经济效益

（1）节约医疗资源、降低社会疾病负担。通过规范救治流程、落实质控闭环管理，减少急性胸痛严重并发症发生，降低后续重症监护、长期康复治疗支出，同时缩短患者住院时间，能够明显的节约社会医疗资源。

（2）减少医疗机构重复建设投入。统一技术标准，避免医疗机构查阅多份旧文件带来的理解偏差、重复制度修订、无效硬件投入，节约医院人力、物力成本。

（3）优化区域医疗资源配置。规范基层溶栓、转运PCI工作，规范危重患者转诊流程，减少无序长途转运，充分发挥不同级别医疗机构功能定位，合理利用区域急救医疗资源。

综上所述，本标准的制定与实施具有现实必要性与长远价值，对推动我国急性胸痛急救体系高质量发展具有重要意义，将为胸痛中心规范化建设、运行、评估工作提供有力的技术支撑。