



团体标准

T/BJACM 010—2025

北京市中医医疗机构胸痛中心

建设路径

Construction Path of Chest Pain Centers in Traditional
Chinese Medicine Medical Institutions in Beijing

2025-08-14 发布

2025-08-15 实施

北京中医药学会发布

目 次

前 言	III
引 言	IV
1 范围	1
2 背景	1
3 建设要素	1
3.1 要素一 基本条件	1
3.1.1 医院发布正式文件成立胸痛中心及胸痛中心委员会	1
3.1.2 医院对胸痛中心的支持与承诺	1
3.1.3 胸痛急救的配套功能区域设置及标识	2
3.1.4 人员资质及专科救治条件	2
3.1.5 胸痛诊断及鉴别诊断的基本支持条件	2
3.1.6 时钟统一方案及管理	2
3.1.7 数据库的填报与管理	3
3.1.8 胸痛中心协同救治信息化建设	3
3.2 要素二 对急性胸痛患者的评估和救治	3
3.2.1 急性胸痛患者的早期快速甄别	3
3.2.2 对明确诊断为 STEMI 患者的再灌注流程	3
3.2.3 对初步诊断为 NSTEMI/UA 患者的危险分层及治疗	4
3.2.4 对低危胸痛患者的评估及处理	4
3.2.5 院内发生 ACS 的救治	4
3.2.6 对急性主动脉夹层及急性肺动脉栓塞的诊断及处理	4
3.2.7 急性胸痛的中医药治疗	4
3.3 要素三 院前急救系统与院内绿色通道的整合	5
3.3.1 与 120 建立紧密合作机制	5
3.3.2 对院前急救医护人员的培训要求	5
3.4 要素四 培训与教育	5
3.4.1 胸痛中心所在医院的全院培训	5
3.4.2 对本地区其它基层医疗机构的培训	6
3.4.3 社区教育	6
3.5 要素五 持续改进	6
3.5.1 胸痛中心会议制度	6
3.5.2 制定流程改进和质量改进的计划和措施	6
3.5.3 持续改进效果	7
4 建设路径	7
4.1 建设要求	7
4.2 建设管理	7
4.3 时间节点	8
参考文献	9

前 言

本文件参照 GB/T1.1-2020《标准化工作导则第1部分:标准化文件的结构和起草》规定的规则起草。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由北京中医药学会心血管病分会提出。

本文件由北京中医药学会归口。

本文件起草单位(按首字笔画排序):北京中医药学会心血管病专业委员会、北京市中医心血管介入质量控制与改进中心、北京市中医心血管病防治办公室、北京市胸痛中心联盟、北京中医药大学东方医院、北京中医药大学东直门医院、首都医科大学附属北京中医医院、中国中医科学院广安门医院、中国中医科学院望京医院、中国中医科学院西苑医院。

本文件主要起草人:刘红旭、邢文龙、林谦、李军、张立晶、吴旻、霍艳明、赵福海、尚菊菊、来晓磊。

本文件其他起草人(按姓氏笔画排序):马丽红、马晓昌、王伟、王师菡、王阶、付长庚、冯玲、刘子豪、张红、张辰浩、李宪伦、李艳、李瑞杰、周明学、周琦、陈少军、陈步星、姚远、胡元会、赵明镜、赵海滨、荆鲁、韩学杰、鲁卫星、黄力、雷燕、潘国忠。

本文件指导委员会专家(按姓氏笔画排序):王乐丰、霍勇、吴永健、陈韵岱、周玉杰、霍勇

本文件执笔人:刘红旭、邢文龙、刘子豪

引 言

我国现有心血管疾病患者数已高达2.9亿，每5个成人中有1人患有心血管病，每年约350万人因心血管疾病死亡，目前患病率还在持续上升阶段，死亡率依然居高不下。高患病率、高死亡率和高额的医疗负担使心血管病成为我国重大的公共卫生问题。心血管疾病中急性胸痛事件尤为需要关注，急性胸痛包括急性冠脉综合征、急性主动脉夹层、急性肺栓塞、张力性气胸等。数据显示，2002—2021年急性心肌梗死患者死亡率总体仍呈上升态势^[1]。2022年我国收治主动夹层住院患者超过6万人次，肺栓塞患者约26万人次。急性胸痛是目前心血管疾病防治工作的重点之一。

建立“胸痛中心”是为降低急性心肌梗死的发病率和死亡率提出的概念，通过多学科（包括急救医疗系统、急诊科、心内科和影像学科等）合作，提供快速而准确的诊断、危险评估和恰当的治疗手段，从而提高早期诊断和治疗急性冠脉综合征（ACS）的能力，降低心肌梗死发生的可能性或者减少心肌梗死面积，并准确筛查出心肌缺血低危患者，达到减少误诊和漏诊及过度治疗，以改善患者临床预后的目的^[2-3]。

胸痛中心建设目前已经纳入国家政策，2015年，国家卫生计生委办公厅下发《关于加强急性心脑血管疾病急救体系建设的通知》中提到，建立科学的急性心脑血管疾病区域协同医疗救治体系，最大限度地缩短早期救治时间，提高急性心脑血管疾病救治成功率，降低病死率、致残率，有效降低疾病负担，全面提升急性心脑血管疾病医疗救治能力。因此，加速推进胸痛中心系统化建设项目正式启动，2016年胸痛中心落户苏州。2017年，国家卫健委发布《进一步改善医疗服务行动计划（2018—2020年）的通知》：要求进一步推进胸痛中心、卒中中心、创伤中心、危重孕产妇救治中心、危重儿童和新生儿救治中心建设，提高急诊急救服务能力，提升医疗机构一体化服务水平。

中医医疗机构胸痛中心建设起步较晚，尚存进一步提升空间。鉴于此，由首都医科大学附属北京中医医院发起；北京中医药大学东方医院、北京中医药大学东直门医院、首都医科大学附属北京中医医院、中国中医科学院广安门医院、中国中医科学院望京医院、中国中医科学院西苑医院等单位共同参与；由北京中医药学会心血管病专业委员会、北京市中医心血管介入质量控制与改进中心、北京市中医心血管病防治办公室、北京市胸痛中心联盟等组织专家，着手编写本文件，为中医医疗机构胸痛中心建设提供指导。

北京市中医医疗机构胸痛中心建设路径

1 范围

本文件规范了北京市中医医疗机构胸痛中心建设的基本要求。

本文件适用于中医医疗机构胸痛中心建设及急性胸痛患者临床诊疗；适用于各级中医、中西医结合医疗机构从事急性胸痛救治工作的临床医师、护士、行政管理人员。

2 背景

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，通过整合现有各种人力、物力资源，优化诊治流程，提高治疗效率和效果。研究显示^[4]，中医医疗机构面临的就诊人群、医疗环境、救助特点不同于西医院，需要从中医院自身特性出发，加强中医优势内容的参与、充分重视老年人群的患病特点、重视急性胸痛救治中各种治疗措施的优化使用，达到西医治疗手段全面，中医特色优势突出，形成中西医结合、优势互补的有效救治中心。中医医疗机构胸痛中心的筹建需要体现中医内容、发挥中医优势、符合中医规范。为加强北京市中医医疗机构胸痛中心建设，参考《中国胸痛中心认证标准（第六版）》^[5]、《胸痛中心建设标准》^[6]制定本路径，分“筹备建设”“运行实施”“申报国家级”三个阶段实施，核心指标应做到持续改进，推动更多中医医疗机构申办国家级胸痛中心。

3 建设要素

3.1 要素一 基本条件

在筹备建设阶段，医院应当依据以下条件进行基础建设，在胸痛中心正式运行前应满足以下全部条件。

3.1.1 成立胸痛中心及胸痛中心委员会

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；任命胸痛中心医疗总监、行政总监及胸痛中心协调员；明确胸痛中心质量控制机制及责任人；参照《中国胸痛中心认证标准（第六版）》形成相应红头文件备查。

3.1.2 对胸痛中心的支持与承诺

医院全力支持胸痛中心建设与认证，分配人力、设备和财政资源；改造院内外标识与布局，调整部门工作流程与管理制度，实施分诊、收费等环节急性胸痛优先与先救治后收费原则；实现院前救治与院内救治无缝连接，努力拓展区域协同救治体系；支持并协助胸痛中心

实施各类培训计划^[7]。

3.1.3 胸痛急救的配套功能区域设置及标识

(1) 在医院大门、门/急诊入口处、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;

(2) 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,对于急性胸痛患者首份心电图应实行先救治后收费原则;急诊分诊台建立分诊机制,配置专用联络电话;备有急性胸痛患者时间管理节点记录表,可在首次医疗接触时开始时间节点记录;分诊区有标准的胸痛分诊流程图,指引患者分流到胸痛诊室、抢救室或导管室;

(3) 急诊科应确保在首次医疗接触后 10 分钟内完成首份 12 导联或 18 导联心电图检查^[8];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 分钟内获取检测结果^[9];具备快速通道,完善必要的超声及 CT 检查;建立胸痛诊室、急诊抢救室等功能区域,配备急性胸痛诊疗和抢救所需要的相应设施。

3.1.4 人员资质及专科救治条件

(1) 人员资质:能够进行 PCI 的医疗机构至少有 2 名接受过规范培训、具备急诊 PCI 能力的心血管专科医师,并建立急诊 PCI 救治团队。

(2) 专科救治条件:配备有 CCU 或相应的心血管重症救治床位;导管室基本设备能满足急诊 PCI 需要,建立全天候开放的导管室胸痛救治流程,启动到激活时间 ≤ 30 分钟;不具备急诊 PCI 条件,应积极开展静脉溶栓治疗。

3.1.5 胸痛诊断及鉴别诊断的基本支持条件

(1) 急诊医师具备对急性胸痛的鉴别能力,建立远程会诊或现场会诊机制,确保首次医疗接触后 10 分钟内完成首份 12/18 导联心电图检查;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;

(2) 心内科医师应在 10 分钟内到场会诊;建立急性胸痛多学科会诊机制,如需要可召集相关科室参与鉴别,例如呼吸科、胸外科、消化科等;

(3) 具备急诊超声检查条件,从启动超声到实施检查的时间在 30 分钟以内;具备急诊增强 CT 增强扫描条件,从启动 CT 室到接受患者进行检查的时间在 30 分钟以内。

3.1.6 时钟统一方案及管理

建立时钟统一方案,确保关键诊疗环节的时间节点记录的准确性;制定时钟统一管理制度,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。

3.1.7 数据库的填报与管理

胸痛中心应设有专职/兼职的数据管理员；定期对数据上报人员进行培训；制定了数据库的管理制度、审核制度，确保数据库的真实、客观、准确、可溯源；胸痛中心建设初期可先使用纸质版数据表格，基本条件建立完备的医院可申请使用中国胸痛中心认证云平台数据库^[10]。具体参照《中国胸痛中心认证标准（第六版）》执行。

3.1.8 胸痛中心协同救治信息化建设

建立具有远程实时传输心电图的微信群/移动客户端/协同救治信息系统，确保心血管内科医师能在 10 分钟内参与会诊、协助诊断^[11-12]；至少要与周边 5 家非 PCI 网络医院或胸痛救治单元签署联合救治协议^[13]。

3.2 要素二 对急性胸痛患者的评估和救治

要求医疗机构参考指南/共识^[14-18]，结合实际实际情况，标准流程图来规范医护人员的诊疗过程，以最大限度地减少失治、误治，避免医疗资源的浪费。在胸痛中心运行过程中应有修定流程图的不同版本，以体现持续改进效果。

3.2.1 急性胸痛患者的早期快速甄别

制定急性胸痛分诊流程图、急性胸痛鉴别诊断流程图和 ACS 诊治总流程图；首份心电图完成后 10 分钟内由具备诊断能力的医师解读；急性胸痛患者应在首次医疗接触后 10 分钟内由首诊医师接诊；床旁快速检测肌钙蛋白能在抽血后 20 分钟内获得结果。

3.2.2 对明确诊断为 STEMI 患者的再灌注流程

（1）直接经皮冠状动脉介入治疗（primary percutaneous coronary intervention, PPCI）

制定 STEMI 再灌注治疗策略的总流程图、PPCI 治疗的适应症、禁忌证和药物治疗方案；制定经 120 入院 STEMI 患者绕行急诊和 CCU 直达导管室的流程；制定自行来院 STEMI 患者绕行 CCU 直达导管室的流程；制定实施转运 PCI 的 STEMI 患者绕行急诊和 CCU 直达导管室的流程；制定将 STEMI 患者从急诊科转移到导管室的转送流程图；建立并落实了 PPCI 手术的先救治后收费机制；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；制定将 STEMI 患者从急诊科转移到导管室的转送流程图。

（2）溶栓治疗

有规范的溶栓筛查表，其中包括 STEMI 的确诊条件、溶栓适应症、禁忌证；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；制定溶栓治疗方案和流程图，包括溶栓前准备、溶栓药物选择及剂量、用法等；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 ≤ 30 分钟。

3.2.3 对初步诊断为 NSTEMI/UA 患者的危险分层及治疗

制定 NSTEMI/UA 患者进行初步评估及再次评估的流程图，明确评估内容、危险分层工具及再次评估时间；依据指南制定 NSTEMI/UA 患者的药物治疗规范；对 ACS 患者进行详细的出院指导；为患者提供冠心病急救、预防的知识性宣教小册。

3.2.4 对低危胸痛患者的评估及处理

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；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，应制定复查心电图、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；从急诊离院的低危胸痛患者，医师应提供后续诊疗建议及健康宣教；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、预防措施等注意事项，签署并保存知情文件^[19]。

3.2.5 院内发生 ACS 的救治

制定院内发生 ACS 时的救治流程图，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、会诊机制及联络机制；通过培训、教育、演练、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。

3.2.6 对急性主动脉夹层及急性肺动脉栓塞的诊断及处理

制定主动脉夹层/急性肺动脉栓塞的治疗方案及诊治流程图；高度怀疑主动脉夹层或急性肺动脉栓塞者，30 分钟内行增强 CT 扫描；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。

3.2.7 急性胸痛的中医药治疗

所有中医医疗机构均应为急性胸痛的患者开展中西医协同诊疗，应在急诊救治第一给药时间同时给予中医药治疗，并有明确的病历记载备查；应结合本院实际情况，制定急性胸痛中医药诊疗方案^[20]；有条件的医疗机构应建立独立的中医特色胸痛诊疗体系，包括四诊信息标准化采集规范、中医证型与西医分型映射路径、中西医协同决策节点等。

应加强急救类中成药在急性胸痛治疗中的辨证应用，如速效救心丸^[21]、复方丹参滴丸^[22]、麝香保心丸^[23]、宽胸气雾剂^[24]等；优先使用具有循证医学证据的中成药作为建议急性胸痛患者的治疗药物，如通心络胶囊^[25]；加强中药静脉制剂在急性胸痛治疗中的应用，包括丹参类注射液，如丹红注射液^[26]；如患者出现低血压、心源性休克等，可使用参麦注射液^[27]、参附注射液^[28]、生脉注射液^[29]等。

对低危胸痛患者，可应用中医适宜技术，如针灸、拔罐、耳穴压丸等治疗方式；在不延误急性胸痛救治的情况下，使用中药汤剂个体化辨证施治。

各项中医药治疗方式的选取及应用推荐依据现有相关行业标准/指南实施。

有条件的医院应积极开展中医药参与胸痛中心救治的疗效评估，开展相关的科学研究，医院应予积极支持。

3.3 要素三 院前急救系统与院内绿色通道的整合

胸痛中心应与院前急救系统（120）紧密合作^[30]。

3.3.1 与 120 建立紧密合作机制

与本地区 120 签署正式的急性胸痛救治合作协议，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；应能提供双方盖章的正式协议的扫描件；胸痛中心针对急性胸痛院前救治流程定期开展对 120 相关人员的培训和模拟演练；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、制定改进措施。

3.3.2 对院前急救医护人员的培训要求

院前急救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；从接受 120 指令到出车时间不超过 3 分钟；院前急救人员能在首次医疗接触后 10 分钟内完成 12 导联心电图记录；院前急救人员能识别 ST 段抬高心肌梗死典型心电图表现；院前急救人员熟悉胸痛中心电话联络方式及线上信息传输方式，能在完成首份心电图后 10 分钟内将心电图完成传输；院前急救人员熟练掌握了高危急性胸痛患者的识别要点及初级心肺复苏技能；院前急救人员熟悉胸痛中心各个时间节点定义，并能准确记录；经 120 入院的 STEMI 患者，应尽可能绕行急诊和 CCU 将患者直接送到导管室，且绕行比例不低于 30%，如不能完成应体现持续改进。

3.4 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^[31]，应定期开展培训，人员涉及院内、基层医疗机构及社区民众等，所有开展的培训应可溯源，包括照片、签到表、培训记录等。

3.4.1 胸痛中心所在医院的全员培训

针对医院领导、医疗管理、行政管理人员的培训，应在胸痛中心成立之后 1 个月以内开展。

针对胸痛中心核心科室急诊科、心血管内科等直接参与急性胸痛救治工作的各专科医师

和护士的培训，在成立胸痛中心后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。

针对全院（除核心科室外）医师、护士、药师和技术人员的培训，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。

针对医疗辅助人员和后勤管理人员的培训，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。

培训内容参照《中国胸痛中心认证标准（第六版）》执行，并体现中医药治疗在胸痛中心中的应用。

3.4.2 对本地区其他基层医疗机构的培训

针对其他基层医疗机构的培训（至少 5 家以上），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。培训内容参照《中国胸痛中心认证标准（第六版）》执行，并体现中医药治疗在胸痛中心中的应用。

3.4.3 社区教育

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。组建心肺复苏培训团队，建立规范的培训制度，组织和开展大众心肺复苏培训有规范的培训教材，有统计的登记及考核管理。要求每年至少进行一次。培训内容参照《中国胸痛中心认证标准（第六版）》执行。

3.5 要素五 持续改进

持续改进是胸痛中心永恒的任务^[32]，要求各单位制定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。

3.5.1 胸痛中心会议制度

（1）联合例会制度：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，应有会议制度和会议记录，每6个月举行1次；

（2）质量分析会制度：质量分析会的主要内容是通过对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、发现存在问题并制定改进措施。应有会议制度和会议记录，每3个月举行1次；

（3）典型病例讨论会制度：针对胸痛中心运行过程中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。应有会议制度和会议记录，每3个月举行1次。

3.5.2 制定流程改进和质量改进的计划和措施

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（FMC-to-W）、进门-球囊扩张（D-to-W）时间，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；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。

3.5.3 持续改进效果

胸痛中心各项效率指标和预后指标在运行过程中体现持续改进趋势：自行来院或120入院的急性胸痛患者，缩短了从首次医疗接触到完成首份心电图的时间，且要求月平均<10分钟；对于STEMI患者，从完成首份心电图至确诊的时间，且要求月平均<10分钟；经救护车入院的STEMI患者，远程传输心电图至胸痛中心比例≥30%，且呈增加趋势；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≤20分钟；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≥75%；对于接受PPCI治疗的STEMI患者，月平均入门-导丝通过时间≤90分钟，且达标率≥75%；若当前无法达到，则应呈现改进趋势；导管室激活时间<30分钟；经救护车入院且接受PPCI治疗的STEMI患者，绕行急诊和CCU直达导管室的比例呈增高趋势；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比例呈增高趋势；

4 建设路径

4.1 建设要求

（1）北京地区各中医、中西医结合医疗机构应积极参与胸痛中心建设，三级中医医院应作为基本建设配备，有PCI能力的医疗机构应参照国家胸痛中心标准版建设，尚不具备开展急诊PCI的医疗机构可参照国家胸痛中心基层版建设。

（2）各医疗机构医政管理部门应当为胸痛中心提供相应的政策、人力、物力、财力等多方面支持，保障胸痛中心建设和运行。

（3）各医疗机构均应结合本单位实际情况制定本机构的胸痛中心建设计划，计划可由心血管科制定，并经医疗机构胸痛中心办公室或医务处确认。

（4）各单位制定的胸痛中心建设计划经院内领导办公会审核通过后报北京市中医心血管病防治办公室备案。

4.2 建设管理

（1）北京市中医胸痛中心建设由北京市中医药管理局医政处委托北京中医药学会管理。

（2）北京中医药学会心血管病专业委员会负责指导各医疗机构胸痛中心建设，由北京

市中医心血管防治办公室与北京市中医心血管介入质量控制与改进中心在心血管专业委员会指导下进行督导工作。

（3）原则上每半年对胸痛中心建设进行一次督导检查工作，督导工作可以采取会议形式，必要时进行现场督导。

4.3 时间节点

（1）各医疗机构应在制定胸痛中心建设方案后启动建设，医疗机构应在方案制定的第二年完成基本建设，三年内持续改进，并在三年内完成胸痛中心建设。

（2）中医胸痛中心由北京中医药学会授权北京市中医心血管病防治办公室指导、督促和评估，由心血管病防治办公室组织北京市中医心血管介入质控中心及北京市胸痛联盟有关专家组成专家委员会开展评估验收工作，评估后由心防办继续进行督导检查与质量控制。

（3）各医疗机构应积极申报国家胸痛中心认证，有条件的医疗机构应在第二年中期进入国家胸痛中心申办流程，并在第三年完成国家胸痛中心认证，期间积极参与国家胸痛中心建设的各项培训工作。

（4）尚不具备国家胸痛中心认证条件的中医、中西医结合医疗机构（主要为二级及以下医疗机构），应积极创造条件，在三年内进入国家胸痛中心申办流程。

（5）已经通过国家胸痛中心认证，或建设周期内通过国家胸痛中心认证的医疗机构，北京市不再对相同内容进行重复检查，只对相关中医内容进行核查。

参考文献

- [1]刘明波,何新叶,杨晓红,等.《中国心血管健康与疾病报告 2023》概要(心血管疾病流行及介入诊疗状况)[J].中国介入心脏病学杂志,2024,32(10):541-550.
- [2]胡大一,丁荣晶.“胸痛中心”建设中国专家共识[J].中华危重症医学杂志(电子版),2011,4(06):381-393.
- [3]《胸痛中心质控报告(2023)》概要[J].中国介入心脏病学杂志,2024,32(11):618-625.
- [4]张沈英婕,王刚,黄文韬,等.基于城市医联体、县域医共体背景下三级胸痛中心建设实践与体会[J].中国医院,2024,28(04):96-98.
- [5]中国胸痛中心联盟,中国胸痛中心执行委员会.中国胸痛中心认证标准(标准版第六版)[EB/OL].<https://www.chinacpc.org/home/auth/orgdesc>,2020-03.
- [6]胸痛中心认证工作委员会.胸痛中心建设标准[EB/OL].<https://www.chinacpc.org/home/standards>,2016-08.
- [7]汪晶晶,马欣欣,管晓明.规范化全流程管理在胸痛中心建设中的应用[J].现代医院管理,2024,22(03):28-32.
- [8]马玲玲,冯俊,孙召金,等.胸痛中心持续改进对急性 ST 段抬高型心肌梗死患者再灌注及预后的影响[J/OL].中国循证心血管医学杂志,2025,(03):305-308[2025-06-04].<http://kns.cnki.net/kcms/detail/11.5719.R.20250425.1646.110.html>.
- [9]中国医师协会心血管内科医师分会,国家放射与治疗临床医学研究中心,中国心胸麻醉协会检验医学分会心血管标志物规范化应用协作组,等.胸痛中心规范化应用主要心血管生物标志物专家共识(2024)[J].中华心血管病杂志(网络版),2024,07(1):1-20.
- [10]董凤英,张琰,廖炜红,等.胸痛中心认证云平台数据库的质量管理[J].中国数字医学,2015,10(09):22-23+42.
- [11]詹洪春,潘锋.心电一张网常态化质控工作稳步推进[J].中国当代医药,2025,32(01):1-3.
- [12]林吉怡,陈媛,韩琼,等.智慧胸痛中心全流程管理与质控系统的设计与应用[J].中国护理管理,2022,22(03):461-465.
- [13]汪蒙.胸痛中心在区域协同救治体系建设中的作用分析[D].甘肃中医药大学,2022.
- [14]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.
- [15]中华医学会急诊医学分会,中国医疗保健国际交流促进会胸痛分会.急性胸痛急诊诊疗专家共识[J].中华急诊医学杂志,2019,28(4):413-420.
- [16]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.
- [17]Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, et al. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2024 Feb 9;13(1):55-161.
- [18]颜红兵,向定成,刘红梅,等.ST 段抬高型急性心肌梗死院前溶栓治疗中国专家共识[J].中国介入心脏病学杂志,2018,26(04):181-190.
- [19]鄢海燕.分级分区分流管理在急性胸痛患者急诊护理中的应用研究[J].齐齐哈尔医学院学

报,2020,41(19):2489-2491.

[20]李军,高嘉良,王阶,等.中医心梗单元的概念、组织结构与医学模式[J].中医杂志,2025,66(09):873-877.

[21]吴宗贵,王肖龙,张敏州,等.速效救心丸治疗冠心病中国专家共识[J].中西医结合心脑血管病杂志,2019,17(21):3265-3267.

[22]《复方丹参滴丸临床应用专家共识》编写项目组.复方丹参滴丸临床应用专家共识[J].中国中西医结合杂志,2025,45(05):517-525.

[23]中国医师协会中西医结合医师分会心血管病专业委员会,国家中医心血管病临床医学研究中心.麝香保心丸治疗冠心病专家共识[J].中国中西医结合杂志,2022,42(07):782-790.

[24]梁津焕,蔡银河,黎燧华,等.宽胸气雾剂对急性心肌梗死患者经皮冠状动脉介入术后冠脉微循环的影响[J].中国中西医结合杂志,2023,43(09):1052-1055.

[25] Yang Y, Li X, Chen G, et al; CTS-AMI Investigators. Traditional Chinese Medicine Compound (Tongxinluo) and Clinical Outcomes of Patients With Acute Myocardial Infarction: The CTS-AMI Randomized Clinical Trial. JAMA. 2023 Oct 24;330(16):1534-1545.

[26]付长庚,刘龙涛,王跃飞,等.丹红注射液临床应用中国专家共识[J].中国中西医结合杂志,2018,38(04):389-397.

[27]杨葛艳,王肖龙.心源性休克的中医药治疗进展[J].中国医药导报,2021,18(03):35-38+47.

[28]宋苏沛,薛明,周文博.参附注射液对心肌梗死急性期并发心源性休克(阳脱证)的疗效观察[J].中国中医急症,2022,31(07):1248-1250.

[29]孙阳,乔利杰,卫靖靖,等.不同中药注射液治疗急性心肌梗死后心力衰竭有效性与安全性的网状 Meta 分析[J].中国中药杂志,2023,48(21):5932-5945.

[30]陈文娟,丁亚娣,王雅丹,等.胸痛中心一体化信息管理模式在 STEMI 患者院前急救中的应用[J].中华全科医学,2025,23(05):876-880.

[31]霍勇.中国胸痛中心建设理论与医学模式[J].中国介入心脏病学杂志,2021,29(01):1-3.

[32]何文君,张小芳,金瑜,等.胸痛中心建设持续改进对急性 ST 段抬高型心肌梗死抢救时间及心血管不良事件的影响[J].中华全科医学,2022,20(09):1603-1607.