

# 陕西省卫生健康委员会办公室

陕卫办医函〔2021〕347号

## 陕西省卫生健康委办公室转发 国家卫生健康委办公厅 国家中医药局办公室 关于印发急性冠状动脉综合征分级 诊疗技术方案的通知

各设区市、杨凌示范区卫生健康委（局）、中医药局，韩城市、神木市、府谷县卫生健康局，委直委管各医疗机构：

现将国家卫生健康委办公厅、国家中医药局办公室《关于印发急性冠状动脉综合征分级诊疗技术方案的通知》（国卫办医函〔2021〕512号，可从国家卫生健康委网站医政医管栏目、国家中医药局网站通知公告栏目下载）转发给你们，请参照执行。各市（区、县）卫生健康行政部门、中医药主管部门要加强分级诊疗制度建设工作的组织领导，有关工作进展情况要及时报省卫生健康委和省中医药局。

省卫生健康委联系人：王雨晴

联系电话：029-89620753 89620587（传真）

省中医药局联系人：孙国社

联系电话：029-89620682

陕西省卫生健康委办公室

2021年11月12日

（信息公开形式：主动公开）

# 陕西省卫生健康委员会公告

第 1234 号

## 关于公布陕西省卫生健康委员会公告

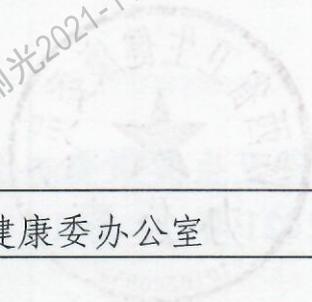
陕西省卫生健康委员会公告第 1234 号，主要内容如下：...

一、公告事项：...

二、公告日期：...

三、公告地点：...

四、公告有效期：...



陕西省卫生健康委员会办公室

2021 年 11 月 12 日印发

校对：王雨晴

# 国家卫生健康委员会办公厅 国家中医药管理局办公室

国卫办医函〔2021〕512号

## 关于印发急性冠状动脉综合征 分级诊疗技术方案的通知

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委、中医药局：

为贯彻落实《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》（国办发〔2015〕70号）有关要求，进一步推进分级诊疗相关工作，国家卫生健康委同国家中医药局组织制定了急性冠状动脉综合征分级诊疗技术方案（可从国家卫生健康委网站医政医管栏目、国家中医药局网站通知公告栏目下载）。现印发给你们，请参照执行。

各省级卫生健康行政部门、中医药主管部门要加强分级诊疗制度建设工作的组织领导，有关工作进展情况及时报国家卫生健康委和国家中医药局。

国家卫生健康委联系人：黄子嫣、朱焱磊、张牧嘉

电话：010—68791885、68791887

传真：010—68792195

国家中医药局联系人：段华鹏、王瑾

电话：010—59957760

传真：010—59957684

附件:1. 急性冠状动脉综合征分级诊疗重点任务及服务流程图

2. 急性冠状动脉综合征分级诊疗服务技术方案



国家卫生健康委员会办公厅

办公厅

(信息公开形式:主动公开)



国家中医药管理局办公室

2021年9月24日

## 急性冠状动脉综合征 分级诊疗重点任务及服务流程图

### 一、建立急性冠状动脉综合征患者分级诊疗健康档案

根据急性冠状动脉综合征（以下简称 ACS）患病率、发病率、就诊率和分级诊疗技术方案，确定适合分级诊疗服务模式的患者，加强信息系统建设，遵循《全国医院信息化建设标准与规范》《全国基层医疗卫生机构信息化建设标准与规范》《全国公共卫生信息化建设标准与规范》要求，建立患者电子健康档案，开放居民电子健康档案和电子病历数据查询服务，实现各级各类医疗机构信息平台与区域全民健康信息平台互联互通、信息共享。

### 二、明确不同级别医疗机构的功能定位

（一）基层医疗卫生机构。提供 ACS 患者防治宣教、早期救治、识别高危及疑似患者并转至上级医院、进行心脏康复、长期随访管理。承担急性胸痛接诊任务且按照就近就急原则与已经通过认证的胸痛中心建立了常态化联合救治及转诊关系的基层医疗卫生机构（乡镇卫生院、社区医疗服务中心等）应积极开展胸痛救治单元建设，暂未达到上述条件的基层医疗卫生机构应在上级医院（优先选择胸痛中心单位）的指导下启动胸痛救治单元建设相关工作，减少 ACS 发病后早期治疗延误，实

施二级预防和长期管理，完善 ACS 区域协同救治和疾病管理体系建设。

(二) 二级医院。根据医院的能力为 ACS 患者提供相应的诊疗服务。对患者进行全面评估，并按照诊疗指南及相关规范制定规范化的治疗方案，有中医药治疗能力的医院应结合患者实际情况制定规范化的中西医治疗方案。尽早启动心脏康复和二级预防。根据 ACS 类型进行危险分层及制定相应治疗策略。落实双向转诊要求，收治下级医疗机构转诊患者，规范转诊机制和完善患者信息共享平台。对下级医疗机构进行技术指导、业务培训。建设胸痛中心，建立 ACS 数据库，加强区域内 ACS 的管理工作。无急诊介入治疗能力的医院，尽快给予抗栓、他汀类等药物；对于有溶栓适应症的 ST 段抬高型心肌梗死（STEMI，ST-segment elevation myocardial infarction）患者，进行溶栓治疗。需要行急诊介入治疗的患者尽快转运至有急诊介入能力的医院；有急诊介入治疗能力的医院按照三级医院的功能定位开展介入诊疗。

(三) 三级医院。提供 ACS 患者全方位的诊疗服务。对患者进行全面评估，并按照诊疗指南及相关规范制定规范化的治疗方案，有中医药治疗能力的医院应结合患者实际情况制定规范化的中西医治疗方案。尽早启动心脏康复和二级预防。根据 ACS 类型进行危险分层及制定相应治疗策略。落实双向转诊要求，收治下级医疗机构转诊患者，规范转诊机制和完善患者信息共享平台。对下级医院进行技术指导、业务培训。建设胸痛

中心，建立 ACS 数据库，加强区域内 ACS 的管理工作。牵头制定区域内医师培训计划，落实区域内医疗机构完成 ACS 患者管理质控标准的制定。

### 三、建立团队签约服务模式

签约团队至少包括二级及以上医院专科医师、基层医疗卫生机构全科医师和社区护士等，有条件的试点地区可在签约团队中增加药师。签约服务以患者医疗需求为导向，利用医联体创新服务模式将二级及以上医院与基层医疗卫生机构、专科与全科、健康管理与疾病诊疗服务紧密结合。

为 ACS 患者提供全流程管理。有条件的试点地区，可以在签约团队中增加临床营养、心理咨询、康复等人员。结合全科医师制度建设，推广以心血管病专科医师、全科医师为核心，涵盖中医、西医学科的团队签约服务。全科医师代表服务团队与患者签约，将公共卫生服务与日常医疗服务相结合，以患者为中心，按照签约服务内容，与专科医师、其他相关人员共同提供综合、连续、动态的健康管理、疾病诊疗等服务。

### 四、明确 ACS 分级诊疗服务流程

#### （一）基层医疗卫生机构服务流程（图 1）。

基层医疗卫生机构服务流程根据患者病情分为非上转患者签约服务流程和上转患者流程。

非上转患者签约服务流程：接诊患者并进行初步识别→排除 ACS 或需在社区长期随访管理的非转诊患者，为患者制定管理方案→经患者知情同意后，建立专病档案→开展日常治疗、

随诊、健康管理。

上转患者流程：判断符合 ACS 或高度疑似患者→转诊前与患者和/或家属充分沟通→根据患者病情确定上转医院层级（优先选择具有急诊介入能力的上级医院）→就地将患者上转至二级及以上医院（若转运时间大于 90 分钟可先行溶栓），通过信息平台与上转医院共享患者相关信息。

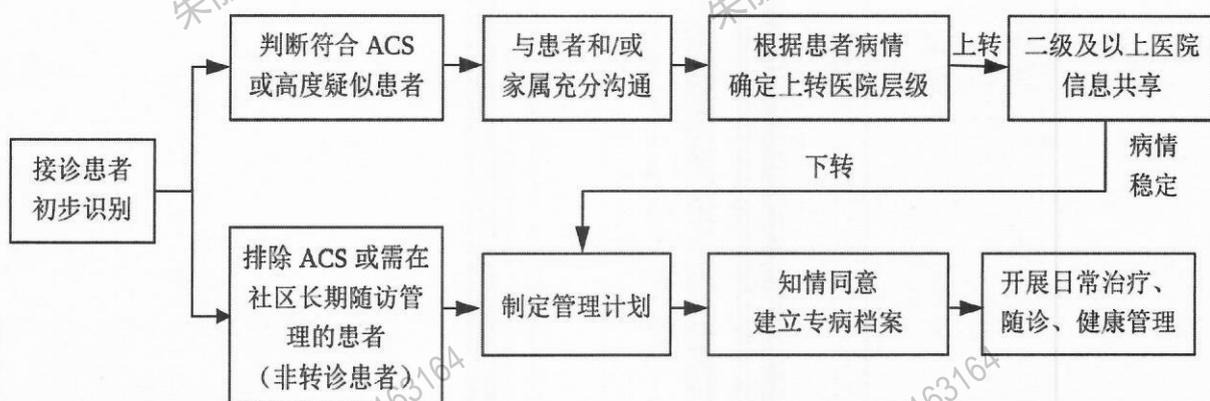


图 1.基层医疗卫生机构服务流程图

## (二) 二级及以上医院服务流程(图 2)。

二级及以上医院服务流程根据患者就诊方式分为初诊患者流程和接诊上转流程。

初诊患者流程：接诊患者并进行诊断→初步诊治→规范化治疗→患者病情稳定，判断是否能够纳入分级诊疗服务→可以纳入分级诊疗服务的患者转至基层医疗卫生机构就诊→定期派专科医师到基层医疗卫生机构指导诊疗，对分级诊疗服务质量进行评估。

若医院无急诊介入治疗能力且初诊患者需要进行急诊介入治疗，则需上转患者，流程如下：转诊前与患者和/或家属充分

沟通→联系上级医院→就近将患者上转至上级医院，通过信息平台与上级医院共享患者相关信息。

接诊上转患者：结合基层医疗卫生机构信息对患者进行诊断→初步诊治→规范化治疗→患者病情稳定，判断是否能够纳入分级诊疗服务→可以纳入分级诊疗服务的患者转至基层医疗卫生机构就诊→定期派专科医师到基层医疗卫生机构指导诊疗，对分级诊疗服务质量进行评估。

若医院无急诊介入治疗能力且接诊上转患者需要进行急诊介入治疗，原则上不得接诊，直接将患者转运至有急诊介入治疗能力的上级医院，已接诊者则需上转患者，流程如下：转诊前与患者和/或家属充分沟通→联系上级医院→就近将患者上转至上级医院，通过信息平台与上级医院共享患者相关信息。

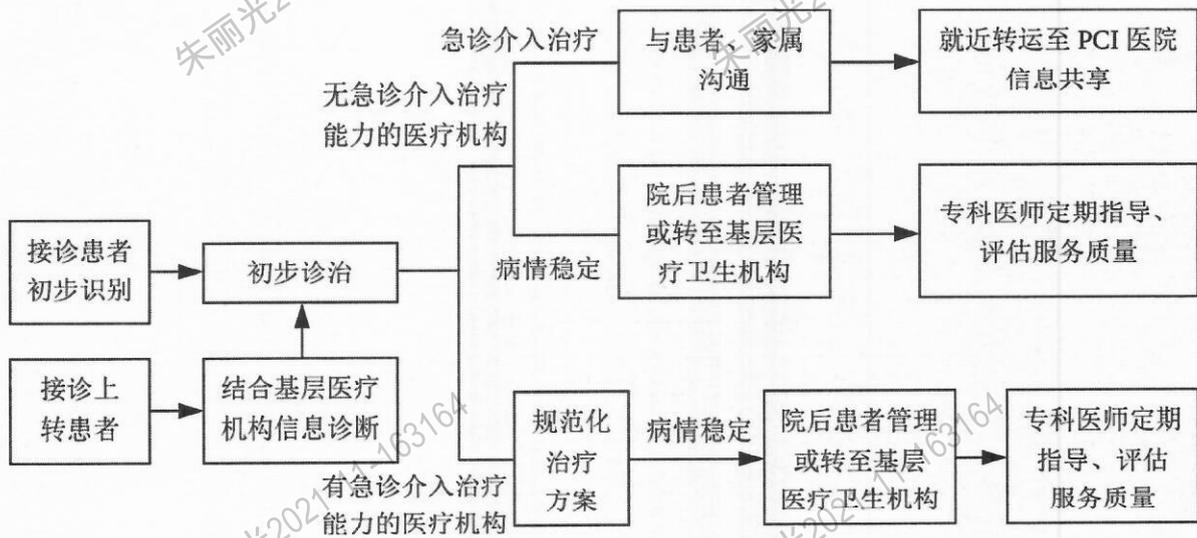


图 2.二级及以上医院服务流程图

## 急性冠状动脉综合征分级诊疗服务技术方案

急性冠状动脉综合征（acute coronary syndrome, ACS）主要是指冠状动脉粥样硬化斑块破裂或侵蚀，继发完全或不完全闭塞性血栓形成，所引起的急性心肌缺血综合征，包括 ST 段抬高型心肌梗死（ST-segment elevation myocardial infarction, STEMI）、非 ST 段抬高型心肌梗死（non-ST-segment elevation myocardial infarction, NSTEMI）和不稳定性心绞痛（unstable angina, UA），主要表现为发作性胸痛、胸闷等症状，可导致心律失常、心力衰竭、甚至猝死等。ACS 住院率、死亡率高，严重影响患者的生活质量，是心血管疾病患者住院和死亡的常见原因，给家庭和社会带来沉重负担。对 ACS 患者早期发现、早期诊断、全程规范管理，可改善患者的生存质量，降低住院率和死亡率。

### 一、我国 ACS 的现状

我国 2002-2016 年急性心肌梗死（acute myocardial infarction, AMI）发病率不断增高，死亡率呈上升趋势，2016 年 AMI 死亡率城市为 58.69/10 万，农村为 74.72/10 万，AMI 患者的平均年龄为 62.99 岁，其中男性和女性平均年龄分别为 60.83 岁和 68.76 岁。全球急性冠状动脉事件注册（GRACE）研究显示，ACS 患者 1 年后死亡率约为 15%，5 年累积死亡率高达 20%。

### 二、ACS 患者的初步识别与诊断

(一) ACS 的初步识别。主诉胸痛、胸闷、剑突下不适、呼吸困难等症状的患者应引起重视，急性胸痛患者应在首次医疗接触后尽可能短的时间内采集病史，进行体格检查及实验室检查（心电图和肌钙蛋白），做出诊断和鉴别诊断。要根据 ACS 类型和危险分层决定治疗策略和方案。

(二) ACS 诊断。ACS 患者的诊断主要依赖于病史、体格检查、心电图、实验室检查、心脏影像学检查和功能检查。

### 1. 病史采集。

(1) 现病史：发病时间、症状及治疗情况。重点询问有无胸痛、胸闷、剑突下不适、呼吸困难等症状，以及症状持续或缓解的时间，是否有其他伴随症状。

(2) 既往史：有无心血管危险因素（高血压、糖尿病、高胆固醇血症、肥胖/超重等）、心脏基础疾病等。同时要询问并记录各类出血性疾病史。

(3) 个人史：是否有冠心病相关不良个人生活习惯，如吸烟、酗酒、生活节律混乱、缺乏运动、精神压力过大等。

(4) 家族史：是否有早发冠心病、卒中等家族史。

(5) 社会心理因素：是否有焦虑、紧张、抑郁等情绪和表现，是否存在工作或家庭人际关系不和谐等。

### 2. 体格检查。

应进行全面查体，重点检查生命体征（血压、心率、呼吸频率）、血氧饱和度、心律等。

### 3. 辅助检查。

根据患者病情需要及医院实际情况，科学选择相应的检查项目。包括 12/18 导联心电图检查、血常规、超敏肌钙蛋白、冠状动脉造影、超声心动图、运动心电图、放射性核素检查、冠状动脉 CT 血管造影（CTA）、肾功能等。

#### 4. 诊断。

ACS 的分类及诊断标准见表 1，并对非 ST 段抬高型急性冠脉综合征（NSTE-ACS）进行危险分层（GRACE 评分），对于首诊于二级以下医院的临床表现不典型患者，若首诊医师诊断困难，应强调在胸痛中心的区域协同救治体系内由上级医院的专科医师帮助尽快明确诊断。

表 1.ACS 的诊断标准

ACS 分类	诊断标准
STEMI	持续性胸痛 $\geq 20$ 分钟，伴有心电图相邻两个以上导联 ST 段弓背向上抬高 $\geq 0.1\text{mV}$ （胸前导联 $0.2\text{mV}$ ）或者新出现的完全性左（右）束支传导阻滞即可初步诊断；发病时间超过 3-4 小时者可检测到肌钙蛋白升高（cTn $> 99\text{thULN}$ 或 CK-MB $> 99\text{thULN}$ ）。发病早期就诊患者不能因等待肌钙蛋白检测结果而延误诊断和治疗。超声心动图检查显示室壁运动异常。
NSTEMI	持续性胸痛 $\geq 20$ 分钟，伴有心电图相邻两个以上导联 ST 段压低或 T 波低平、倒置；发病时间超过 3-4 小时者可检测到肌钙蛋白升高（cTn $> 99\text{thULN}$ 或 CK-MB $> 99\text{thULN}$ ）；超声心动图显示节段性室壁活动异常。
UA	近一个月新发生的心绞痛患者或者原有心绞痛患者的胸痛性质、严重程度、持续时间、诱因、缓解方式等在近一个月内发生了变化，但持续时间多在 20 分钟以内，心电图表现为一过性 ST 段压低或 T 波低平、倒置，少见 ST 段抬高（血管痉挛性心绞痛）。肌钙蛋白阴性。

### 三、ACS 的治疗

（一）治疗目标。挽救高危患者的生命，降低死亡率；在最短的时间内解除或缓解心肌缺血，挽救缺血心肌，改善患者的长期生活质量，降低家庭及社会医疗负担。

(二) STEMI 患者的治疗。对于 STEMI 患者应尽早、快速和完全地开通梗死相关动脉，同时进行规范的药物治疗。

1.再灌注治疗：根据患者就诊医院情况，迅速选择再灌注策略。就诊于有急诊介入治疗能力医院的患者，首选直接经皮冠状动脉介入治疗（PPCI）策略；对于就诊于无急诊介入治疗能力医院的患者，综合评估转运时间、症状发生时间、并发症风险、药物溶栓出血风险，选择转运 PPCI 策略或溶栓后转运策略；对于具有心内科导管室及其他急诊介入条件，但缺少 PPCI 的专业人员的医院，也可考虑转运医师至该类医院行 PPCI。

2.药物治疗：双联抗血小板（优先选择阿司匹林联合替格瑞洛，或阿司匹林联合氯吡格雷）、抗凝、调脂、抗心肌缺血、抗心衰、抗休克的规范化药物治疗方案。

3.中医辨证论治：参考《中成药治疗冠心病临床应用指南》（2020 年）、《急性心肌梗死中西医结合诊疗指南》（2018 年）、《经皮冠状动脉介入治疗围手术期心肌损伤中医诊疗专家共识》（2017 年）中急性心肌梗死、围介入手术期部分，辨证应用中医药治疗方法。

(三) NSTEMI-ACS 患者的治疗。对于 NSTEMI-ACS 患者，尽早给予强化药物治疗，根据危险分层选择介入治疗时机。

1.一般治疗：主要包括镇静镇痛、稳定生命体征，辅助氧疗。对没有禁忌症且给予最大耐受剂量抗心肌缺血药之后仍然有持续缺血性胸痛的 NSTEMI-ACS 患者，可静脉注射吗啡。经过规范药物治疗生命体征难以稳定的患者应及时给予循环或/和呼吸支

持。

2.规范药物治疗：双联抗血小板（优先选择阿司匹林联合替格瑞洛，或阿司匹林联合氯吡格雷）、抗凝、调脂、抗心肌缺血、抗心衰、抗休克的规范化药物治疗方案。

3.介入治疗：对于就诊于有急诊介入治疗能力医院的极高危或高危患者，应分别在2小时内或24小时内实施紧急或早期介入治疗；对于中危患者，可以在进行充分药物治疗基础上，在72小时内实施延迟介入治疗；对于低危患者，在药物治疗基础上根据无创检查结果决定是否需要接受介入治疗。对于首诊于不具备急诊介入治疗条件医院的上述 NSTEMI-ACS 患者，应在区域协同体系内实现患者早期的合理药物治疗和及时转运，在上述规定的时间窗内完成不同危险级别患者的介入治疗。

4.中医辨证论治：参考《中成药治疗冠心病临床应用指南》（2020年）、《急性心肌梗死中西医结合诊疗指南》（2018年）、《经皮冠状动脉介入治疗围手术期心肌损伤中医诊疗专家共识》（2017年）中不稳定性心绞痛、急性心肌梗死、围介入手术期部分，辨证应用中医药治疗方法。

#### 四、不同条件的医院 ACS 院内救治流程

ACS 的治疗包括一般治疗、药物治疗和介入/外科手术治疗，根据医院是否具备急诊介入/外科手术能力区分为具有急诊介入治疗能力的医院院内诊疗流程（图1）和不具备急诊介入治疗能力的医院院内诊疗流程（图2）。

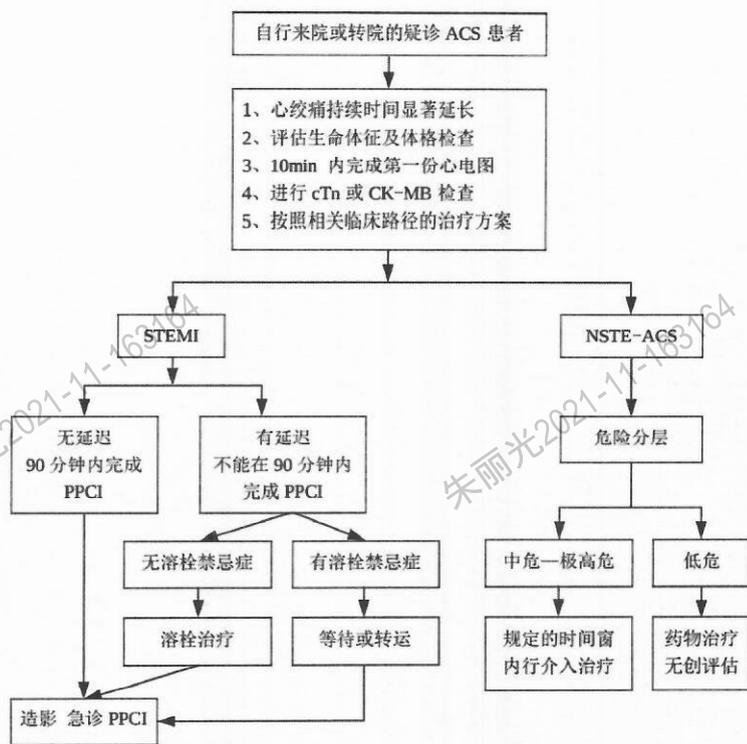


图 1. 具备急诊介入治疗能力的医院 ACS 诊疗流程

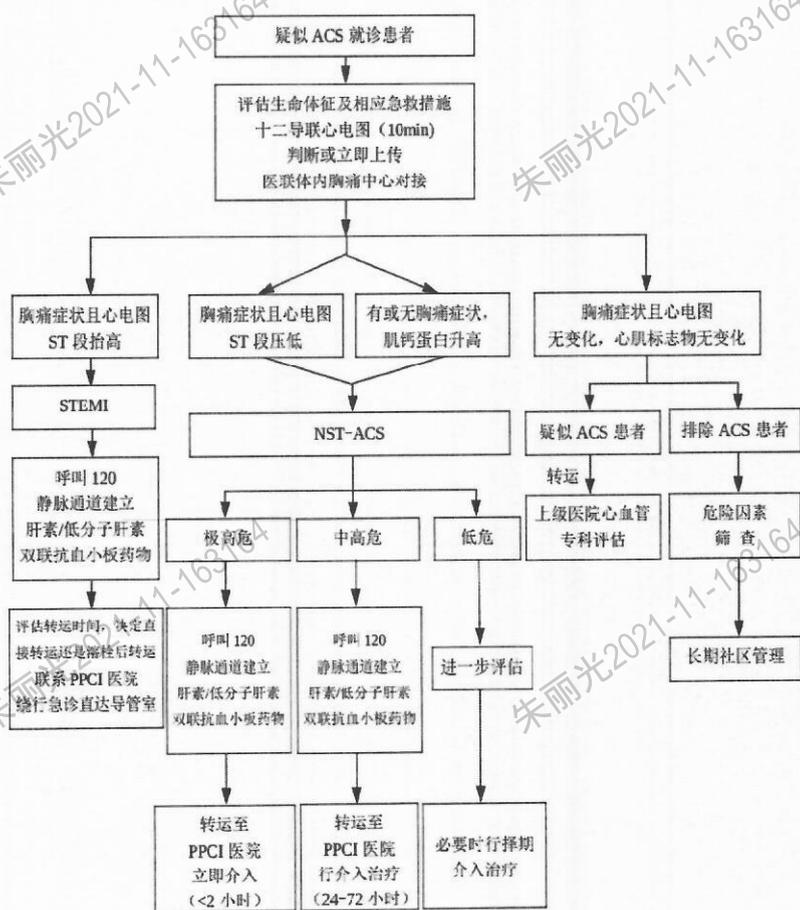


图 2. 不具备急诊介入治疗能力的医院 ACS 诊疗流程

## 五、ACS 患者的管理

ACS 患者需要多学科合作的全程管理，涉及院前、院中、院后、社区管理多个环节，包括急性期的救治、合并症的诊治、长期随访、运动康复、生活方式干预、健康教育、患者自我管理、精神心理支持、社会支持等。

(一) 管理目的。根据ACS出院前风险评估，分为低危患者和中、高危患者两类，分级随访。低危患者由社区医院（基层医疗卫生机构）随访管理，中、高危患者由二、三级医院随访管理。应为ACS患者提供院前、院中、院后一体化全程管理服务，降低患者死亡率、改善患者预后。

(二) 患者管理（管理表见附表 1）。

1. 成立 ACS 管理团队：由院前急救、急诊科、心内科、介入科、心外科、检验科、康复科和影像科、内分泌科、呼吸内科等组成，对于具备中医药治疗能力的医院，应将中医医师纳入管理团队。

2. 评估及启动心脏康复。

3. 建立 ACS 随访计划和健康档案。

4. 根据患者病情制定出院计划和随访方案。

中、高危患者出院后 1 年内进行随访，至少 1-3 个月一次，其中出院后 1、3、6、12 个月必须随访。根据患者症状、体征和辅助检查结果，评估并监控 ACS 患者病情，及时调整治疗策略。1 年后进行随访评估，若病情转为低危，转至基层医疗卫生机构管理。若仍为中、高危，继续在二、三级医院随访。

## 5.随访内容。

(1) 辅助检查：超声心动图、24小时动态心电图（特别是心肌梗死伴严重心衰或/和心律失常患者），脑钠肽、血脂水平、空腹血糖、糖化血红蛋白、血电解质、血常规和凝血常规、肝功能和肾功能。STEMI患者每3-6个月应检查超声心动图，NSTE-ACS患者可每年检查一次超声心动图。行PPCI患者术后9-12个月稳定期患者可考虑行运动负荷试验评估心肌缺血情况和/或行冠状动脉影像学检查评估冠状动脉通畅情况。

(2) 优化用药方案，提高药物治疗达标率。①双联抗血小板治疗：无禁忌证的ACS患者，双联抗血小板治疗至少1年，优选阿司匹林联合新型P2Y<sub>12</sub>受体拮抗剂。②调脂治疗：所有ACS患者无论初始低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）水平都应使用最大可耐受剂量他汀类药物。以LDL-C水平作为干预目标，达标后不应停药或盲目减少剂量，对于不达标的患者，加用PCSK9抑制剂或胆固醇吸收抑制剂。③β受体阻滞剂治疗：无禁忌证的ACS患者（所有STEMI和存在持续缺血症状或左室射血分数降低的NSTE-ACS患者），建议使用β受体阻滞剂，以静息心率为参照，逐步调整至目标剂量和最大可耐受剂量。④ACEI/ARB类药物治疗：ACEI/ARB类药物用于无禁忌症的STEMI患者和左室射血分数降低的NSTE-ACS患者，逐步调整至目标剂量和最大可耐受剂量。建议左室射血分数降低的ACS患者使用ACEI/ARB/ARNI。⑤SGLT2抑制剂（或GLP-1受体激动剂）治疗：合并糖尿病患者

若无禁忌，建议使用SGLT2抑制剂（或GLP-1受体激动剂），评估患者治疗依从性。

（3）记录患者个人信息、疾病信息，提供出院记录副本，指导出院患者用药及注意事项。进行心脏康复和健康指导（合理膳食、适当运动、戒烟限酒、护理指导等），根据患者病情和分级管理要求，护士或专职人员应督促患者定期医院随诊，记录患者随访时间、内容和随访结果。应至少每3个月随访一次，加强出院患者随访预约管理，教育患者改变和/或消除行为危险因素。

## 6.患者教育。

（1）规范ACS患者药物治疗，监督治疗依从性；

（2）了解ACS的基础知识，饮食指导，生活方式干预，严格戒烟限酒，监测体重、血脂、血压、血糖、糖化血红蛋白、肝功能和肾功能，心理和精神指导，家庭成员心肺复苏训练等。

### （三）中医健康管理。

1.辨证用药：参考《中成药治疗冠心病临床应用指南》（2020年）、《经皮冠状动脉介入治疗（PPCI）术后胸痛中医诊疗专家共识》（2014年）和国家中医药局印发的卒心痛、胸痹心痛病等中医诊疗方案，辨证应用中医药治疗方法。

2.运动调养：指导患者合理开展太极拳、八段锦、五禽戏等中医传统运动，合理控制运动量、运动时间和运动频率。

3.情志调理：指导患者合理应用情志相胜、移情养性、顺情疗法、语言疏导、行为暗示等方式，调畅情志，愉悦心情。

4.饮食管理：根据中医辨证和食物性味归经给予膳食指导，防止饥饱失常，口味勿偏嗜，远离肥甘厚味辛辣之品。

5.生活起居：注意防风避寒，随时添减衣物，注意劳逸适度，戒烟限酒，控制体重，保证睡眠。

6.随访：中、高危患者出院后一年内进行随访，对于有中医药治疗需求的患者，应对患者进行中医证候辨识，出院后半年内至少1个月一次（至少有2次中医证候辨识在二级及以上中医类医院进行），之后1—3个月一次。

## 六、ACS 分级诊疗服务目标、路径与双向转诊标准

（一）目标。引导医院落实功能定位，充分发挥不同类别、不同级别医院的协同作用，规范 ACS 临床诊疗和全程管理，改善 ACS 患者预后，减轻家庭和社会负担。

（二）分级诊疗路径。ACS 的分级诊疗为 ACS 患者提供院前、院中、院后的一体化的医疗服务，实现转诊患者信息的互通互享，将院前急救、院内诊疗、出院评估、出院随访、随访评估和长期管理相结合，形成全程管理模式（图 3）。

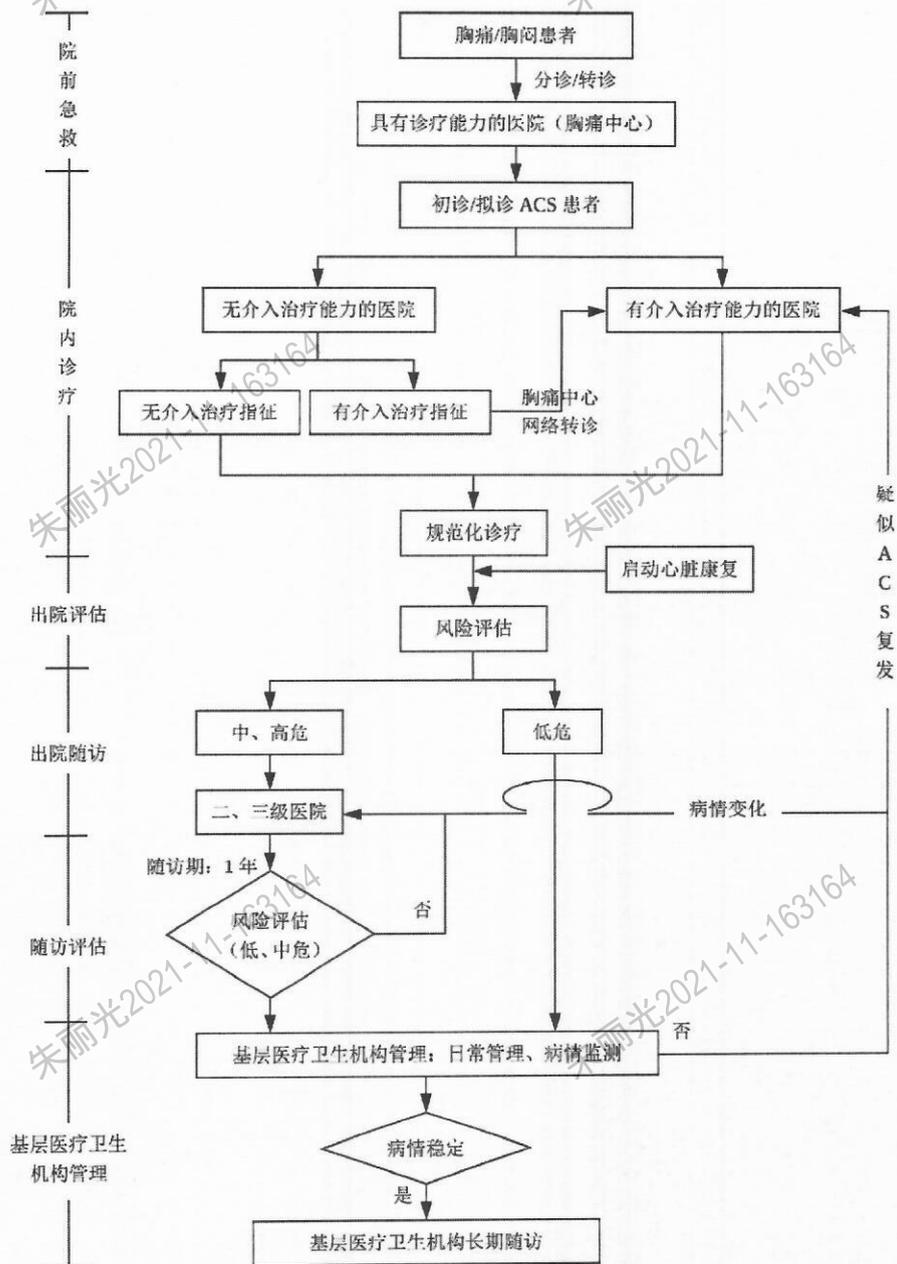


图 3.ACS 分级诊疗路径

(三) 双向转诊标准。落实规范化转诊流程、制定双向转诊标准有助于进一步优化急性胸痛患者诊疗流程，提升患者救治效率。

1. 基层医疗卫生机构上转至二级及以上医院的标准。

(1) 初步诊断为 STEMI 的患者：有胸痛症状且心电图 ST 段抬高。

(2) 初步诊断为高危的 NSTEMI-ACS 患者：有胸痛症状且心电图 ST 段压低；有或无胸痛症状且肌钙蛋白升高。

(3) 疑似 ACS 需要进一步评估的患者：有胸痛症状，心电图无缺血损伤改变、心肌标志物不升高但不能排除 ACS。

(4) 患者有中医药治疗需求，但基层医疗卫生机构不能提供者。

## 2. 三级医院下转标准。

出院评估为高危或中危可下转至二级医院，或在本院进行规范化管理；评估为低危可直接转至基层医疗卫生机构（评估表见附表 2）。

## 3. 二级医院下转标准。

出院评估为高危或中危在本院进行规范化管理；评估为低危可直接转至基层医疗卫生机构（评估表见附表 2）。

有中医药治疗需求的患者，达到三级和二级医院下转标准，经中医药治疗后，病情稳定，已确定中医辨证治疗方案或中成药治疗方案，按流程下转。

## 七、ACS 患者的管理质控指标

### （一）二级及以上医院 ACS 患者管理质控指标。

1. 所有患者首次医疗接触至首份心电图完成（FMC2ECG）时间；
2. 首份心电图完成至确诊时间小于 10 分钟的比例；
3. 生物标志物从抽血完成至获取报告时间；
4. 医院间患者转运时间；

5.ACS 诊断符合率；

6.出院前超声心动图检查率；

7.入院 24 小时内、住院期间、出院后双联抗血小板药物、他汀类药物等降胆固醇药物、 $\beta$ 受体阻滞剂、ACEI/ARB 类药物治疗比例；

8.合并 2 型糖尿病患者 SGLT2 抑制剂（或 GLP-1 受体激动剂）治疗比例；

9.启动心脏康复的比例；

10.出院前风险评估的比例；

11.NSTE-ACS 患者，根据危险分层选择介入治疗时机的比例；

12.STEMI 患者接受再灌注的比例；

13.STEMI 患者入门到导丝通过(D2W)和入门到开始溶栓(D2N)的时间；

14.院内全因死亡率和心源性死亡率；

15.住院天数与住院费用。

## （二）基层医疗卫生机构 ACS 患者管理质控指标。

1.所有患者首次医疗接触至首份心电图完成时间；

2.首份心电图完成至确诊时间（含远程确诊）及小于 10 分钟的比例；

3.心电图远程传输比例；

4.生物标志物从抽血完成至获取报告时间；

5.医院间患者转运时间；

6.转诊指征符合率；

7.签约管理患者的比例；

8.按计划随访率；

9.实施和完成心脏康复计划的比例；

10.接受冠心病二级预防药物比例；

11.血压、血糖、血脂达标率；

12.戒烟患者比例。

附表1

## ACS患者随访管理表

(注：1年以后随访参考6、12月随访内容)

患者信息	姓名 _____ 性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 年龄 _____ 岁 身高 _____ cm 体重 _____ kg 联系方式 _____	
患者来源	住院机构 _____ 医联体随访对接 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
病史信息	ACS 类型 <input type="checkbox"/> STEMI <input type="checkbox"/> NSTEMI <input type="checkbox"/> UA 发病时间 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 时 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 分 病变部位： <input type="checkbox"/> 左主干(LM) <input type="checkbox"/> 左前降支(LAD) <input type="checkbox"/> 左旋支(LCX) <input type="checkbox"/> 冠状动脉右支 (RCA) 病变类型： <input type="checkbox"/> 分叉病变 <input type="checkbox"/> 多支病变 <input type="checkbox"/> 长病变 <input type="checkbox"/> 弥漫病变 <input type="checkbox"/> 其他 治疗方式： <input type="checkbox"/> 溶栓 <input type="checkbox"/> PPCI <input type="checkbox"/> CABG <input type="checkbox"/> 单纯药物治疗 出院前风险评估 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 _____ (低危、中危、高危) 既往病史 <input type="checkbox"/> CABG 史 <input type="checkbox"/> PPCI 史 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 慢性肾病 <input type="checkbox"/> 脑血管疾病 <input type="checkbox"/> 贫血 <input type="checkbox"/> 高血压 <input type="checkbox"/> 其他 吸烟史 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 饮酒史 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 心血管疾病家族史 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
	1 个月	3 个月
主要诊疗工作	<input type="checkbox"/> 对接住院机构，获取病史资料 <input type="checkbox"/> 建立随访档案 <input type="checkbox"/> 药物方案调整 <input type="checkbox"/> 开具相关检查 <input type="checkbox"/> 心脏康复督导，健康宣教 <input type="checkbox"/> 中医证候辨识(对于有中医药治疗需求的患者)	<input type="checkbox"/> 药物方案调整 <input type="checkbox"/> 开具相关检查 <input type="checkbox"/> 心脏康复督导，健康宣教 <input type="checkbox"/> 中医证候辨识(对于有中医药治疗需求的患者)
药物	<input type="checkbox"/> 抗血小板药物 (阿司匹林, P2Y <sub>12</sub> 受体拮抗剂) <input type="checkbox"/> 双联抗血小板药物治疗 <input type="checkbox"/> $\beta$ 受体阻滞剂 <input type="checkbox"/> ACEI/ARB 类药物	<input type="checkbox"/> 抗血小板药物 (阿司匹林, P2Y <sub>12</sub> 受体拮抗剂) <input type="checkbox"/> 双联抗血小板药物治疗 <input type="checkbox"/> $\beta$ 受体阻滞剂 <input type="checkbox"/> ACEI/ARB 类药物

	<input type="checkbox"/> 降脂药物（他汀类药物，PCSK9 抑制剂，胆固醇吸收抑制剂） <input type="checkbox"/> 他汀类药物 <input type="checkbox"/> 降压药物 <input type="checkbox"/> 降糖药物（一般降糖药物，SGLT2 抑制剂，GLP-1 受体激动剂） <input type="checkbox"/> SGLT2 抑制剂 <input type="checkbox"/> GLP-1 受体激动剂 <input type="checkbox"/> 中药（对于有中医药治疗需求的患者）	<input type="checkbox"/> 降脂药物（他汀类药物，PCSK9 抑制剂，胆固醇吸收抑制剂） <input type="checkbox"/> 他汀类药物 <input type="checkbox"/> 降压药物 <input type="checkbox"/> 降糖药物（一般降糖药物，SGLT2 抑制剂，GLP-1 受体激动剂） <input type="checkbox"/> SGLT2 抑制剂 <input type="checkbox"/> GLP-1 受体激动剂 <input type="checkbox"/> 中药（对于有中医药治疗需求的患者）
检查	<input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> 血常规 <input type="checkbox"/> 血脂 <input type="checkbox"/> 空腹血糖 <input type="checkbox"/> HbA1c <input type="checkbox"/> 肝功能 <input type="checkbox"/> 肾功能	<input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> 血常规 <input type="checkbox"/> 血脂 <input type="checkbox"/> 空腹血糖 <input type="checkbox"/> HbA1c <input type="checkbox"/> 肝功能 <input type="checkbox"/> 肾功能 <input type="checkbox"/> 心脏彩超
危险因素控制	<input type="checkbox"/> 吸烟饮酒： <input type="checkbox"/> 体重控制： <input type="checkbox"/> 血压控制： <input type="checkbox"/> 血糖控制： <input type="checkbox"/> 血脂控制：	<input type="checkbox"/> 吸烟饮酒： <input type="checkbox"/> 体重控制： <input type="checkbox"/> 血压控制： <input type="checkbox"/> 血糖控制： <input type="checkbox"/> 血脂控制：
转归	症状： 出院后主要心血管不良事件： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有（如有请具体勾选以下选项） <input type="checkbox"/> 非致死性心肌梗死 <input type="checkbox"/> 缺血性卒中 <input type="checkbox"/> 因心绞痛再次入院 <input type="checkbox"/> 心力衰竭 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 再次血运重建术 实施日期：	症状： 出院后主要心血管不良事件： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有（如有请具体勾选以下选项） <input type="checkbox"/> 非致死性心肌梗死 <input type="checkbox"/> 缺血性卒中 <input type="checkbox"/> 因心绞痛再次入院 <input type="checkbox"/> 心力衰竭 <input type="checkbox"/> 出血 <input type="checkbox"/> 再次血运重建术 实施日期：

	□死亡（心血管死亡□ 非心血管原因□）	□死亡（心血管死亡□ 非心血管原因□）
	6 个月	12 个月
主要诊疗工作	<input type="checkbox"/> 药物方案调整 <input type="checkbox"/> 开具相关检查 <input type="checkbox"/> 心脏康复督导，健康宣教 <input type="checkbox"/> 中医证候辨识（对于有中医药治疗需求的患者）	<input type="checkbox"/> 再次风险评估 <input type="checkbox"/> 对接医联体内社区随访机构 <input type="checkbox"/> 交接随访档案 <input type="checkbox"/> 药物方案调整 <input type="checkbox"/> 开具相关检查 <input type="checkbox"/> 心脏康复督导，健康宣教 <input type="checkbox"/> 中医证候辨识（对于有中医药治疗需求的患者）
药物	<input type="checkbox"/> 抗血小板药物（阿司匹林，P2Y <sub>12</sub> 受体拮抗剂） <input type="checkbox"/> 双联抗血小板药物治疗 <input type="checkbox"/> β受体阻滞剂 <input type="checkbox"/> ACEI/ARB类药物 <input type="checkbox"/> 降脂药物（他汀类药物，PCSK9抑制剂，胆固醇吸收抑制剂） <input type="checkbox"/> 他汀类药物 <input type="checkbox"/> 降压药物 <input type="checkbox"/> 降糖药物（一般降糖药物，SGLT2抑制剂，GLP-1受体激动剂） <input type="checkbox"/> SGLT2抑制剂 <input type="checkbox"/> GLP-1受体激动剂 <input type="checkbox"/> 中药（对于有中医药治疗需求的患者）	<input type="checkbox"/> 抗血小板药物（阿司匹林，P2Y <sub>12</sub> 受体拮抗剂） <input type="checkbox"/> 双联抗血小板药物治疗 <input type="checkbox"/> β受体阻滞剂 <input type="checkbox"/> ACEI/ARB类药物 <input type="checkbox"/> 降脂药物（他汀类药物，PCSK9抑制剂，胆固醇吸收抑制剂） <input type="checkbox"/> 他汀类药物 <input type="checkbox"/> 降压药物 <input type="checkbox"/> 降糖药物（一般降糖药物，SGLT2抑制剂，GLP-1受体激动剂） <input type="checkbox"/> SGLT2抑制剂 <input type="checkbox"/> GLP-1受体激动剂 <input type="checkbox"/> 中药（对于有中医药治疗需求的患者）
检查	<input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> 血常规 <input type="checkbox"/> 血脂 <input type="checkbox"/> 空腹血糖 <input type="checkbox"/> HbA1c <input type="checkbox"/> 肾功能 <input type="checkbox"/> 心脏彩超	<input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> 血常规 <input type="checkbox"/> 血脂 <input type="checkbox"/> 空腹血糖 <input type="checkbox"/> HbA1c <input type="checkbox"/> 肝功能 <input type="checkbox"/> 肾功能 <input type="checkbox"/> 心脏彩超

		<input type="checkbox"/> 冠状动脉造影/冠状动脉 CTA
危险因素控制	<input type="checkbox"/> 吸烟饮酒： <input type="checkbox"/> 体重控制： <input type="checkbox"/> 血压控制： <input type="checkbox"/> 血糖控制： <input type="checkbox"/> 血脂控制：	<input type="checkbox"/> 吸烟饮酒： <input type="checkbox"/> 体重控制： <input type="checkbox"/> 血压控制： <input type="checkbox"/> 血糖控制： <input type="checkbox"/> 血脂控制：
转归	症状： 出院后主要心血管不良事件： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有（如有请具体勾选以下选项） <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>非致死性心肌梗死</li> <li><input type="checkbox"/>缺血性卒中</li> <li><input type="checkbox"/>因心绞痛再次入院</li> <li><input type="checkbox"/>心力衰竭</li> <li><input type="checkbox"/>出血</li> <li><input type="checkbox"/>再次血运重建术 实施日期：</li> <li><input type="checkbox"/>死亡（心血管死亡<input type="checkbox"/> 非心血管原因<input type="checkbox"/>）</li> </ul>	症状： 出院后主要心血管不良事件： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 有（如有请具体勾选以下选项） <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>非致死性心肌梗死</li> <li><input type="checkbox"/>缺血性卒中</li> <li><input type="checkbox"/>因心绞痛再次入院</li> <li><input type="checkbox"/>心力衰竭</li> <li><input type="checkbox"/>出血</li> <li><input type="checkbox"/>再次血运重建术 实施日期：</li> <li><input type="checkbox"/>死亡（心血管死亡<input type="checkbox"/> 非心血管原因<input type="checkbox"/>）</li> </ul>
12 个月后风险评估	<input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 是 _____（低危、中危、高危）	

附表2

## 二级及以上医院ACS患者出院前评估表

评估内容	低危	中危	高危
(出院前一周) GRACE 评分	≤108	109-140	≥140
症状及心电图改变	日常体力活动中无心绞痛症状或心电图缺血改变	日常体力活动中出现心绞痛或心电图缺血改变	低水平运动中出现心绞痛或心电图缺血改变
心律失常	无休息或运动所致心律失常	休息或运动偶发心律失常	休息或运动所致复杂室性心律失常
血运重建并发症	急诊 PPCI 血运重建完全(无 70%以上的残余狭窄)且无合并症	溶栓后未行血运重建或血运重建不完全(遗留 70%以上的残余狭窄)或有并发症	未进行血运重建或血运重建后仍有心绞痛发作
心理障碍	无心理障碍(抑郁、焦虑等)	轻度心理障碍(抑郁、焦虑等)	严重心理障碍
心功能评估	LVEF≥50%且 NYHA 心功能 I 级	LVEF40%-49%或 NYHA 心功能 II 级	LVEF≤40%或 NYHA≥III 级

以上评估以GRACE评分为基础,结合后5项综合评定,分为低危、中危和高危。