

第十四届胸痛中心大会在苏州召开

## 心电一张网 全域守护胸痛患者



开幕式上，葛均波院士（右五）、霍勇教授（右四）将会旗授予邓耀铿医生（右六），第十五届胸痛中心大会将于2026年在香港举办

扫一扫  
关联阅读全文扫一扫  
关联阅读全文从10.1%降至3.3%  
累计救治404万

4月26日，在苏州举办的第十四届胸痛中心大会上，有三个亮眼的数据引起了极大的轰动。

“自胸痛中心救治体系建设以来，累计救治404万急性心梗患者。2011年全国STEMI患者院内死亡率为10.1%，2024年胸痛中心质控报告显示平均为3.3%，下降了67.3%。”大会主席、复旦大学附属中山医院葛均波院士在致辞中表示，上海体育中心可以容纳8万人，一场满座的球赛时在现场会感觉人头攒动的热闹，而404万相当于50个上海体育场满座时所容纳的人数，这是我们多年来推动胸痛中心建设的巨大成果，我们以此为荣。

为加速大湾区胸痛中心一体化建设，搭建大湾区学术交流合作平台，大会组委会正式宣布，第十五届胸痛中心大会将于2026年在香港举办，葛均波院士和大会主席、北京大学第一医院霍勇教授将胸痛中心大会旗帜授予香港医院管理局联网服务总监邓耀铿医生等香港代表，期待以胸痛中心大会为契机，进一步展现大湾区胸痛中心一体化建设的发展活力与广阔前景。

## 3178家医疗机构通过胸痛中心认证

在大会开幕式上，“村医之声—基层心梗守护卫士”环节，我国胸痛救治不仅有强大的专科团队，还有深深扎根于基层的村医队伍，本次大会邀请了26位村医代表，向大家展示了基层心梗守护卫士的力量。正是有了这群扎根大地的健康守门人，为人民群众筑起生命防线，让基层医疗网络坚实有力。其中一位医生表示，胸痛中心“心电一张网的全域覆盖”，胸痛单元建设后，让我们在接诊到胸痛患者时有了底气，我们敢第一时间启动治疗，也能在第一时间为患者向上转诊，让我们拥有从死神手里抢命的勇气。

## 基层救治能力提升空间显著

截至2024年底，全国胸痛中心建设网络已覆盖332个地级行政区（覆盖率99%），注册医疗机构近6000家，其中3178家通过认证（标准版1494家/基层版1684家）。值得关注的是，青海、甘肃等西部省份每百万人口胸痛中

心数量突破3家，但全国二级以上医疗机构中仍有8717家未启动建设，基层救治能力提升空间显著。

救治效率与质量实现双提升：标准版胸痛中心STEMI患者再灌注治疗率达89.7%，基层版达88.0%，较认证初期提升超20%；入门至导丝通过时间分别缩短至67.5 min和73.4 min，达标率提升至87%和82%。患者预后显著改善，院内死亡率降至3.11%（标准版）和3.53%（基层版），住院费用较2018年下降近40%。

心电一张网实现全域覆盖，2.3万个基层站点累计上传心电图716万份，检出危急心电图2.3万例（含急性心梗6%、房颤14.67%）。值得注意的是，75%数据源自村卫生室等基层机构，预警准确率4.8%。

信息化系统接入331万例救治数据，实现实时数据交互。系统通过完整性、一致性、准确性、及时性校验等技术手段，病例建档至归档周期缩短，自动识别异常数据。

## 中医院胸痛中心建设成果初现

截至2023年，全国已有近280家中医院通过胸痛中心认证，其中通过认证的比例占中医院总数的6%，但区域发展不均衡现象显著。

中医院胸痛中心建设已经成果初现，但在关键技术环节存在不足。有996家中医医疗机构启动胸痛中心建设，271家单位通过验收。在救治时间数据方面中医院仍有待提升，门-球时间中医院平均72.4 min（2023年），较2019年缩短5 min，但仍落后于全国平均水平（68.7 min）；门-栓时间，中医院平均39.5 min，与全国均值（29.1 min）相差10 min；在死亡率方面，中医院为4%（2023年），略高于全国3.4%的平均水平。

中医医院急性心梗救治能力显著提升，但部分医院在介入治疗、溶栓治疗方面仍存在短板，如参与胸痛中心建设的单位中，仅298家可开展介入治疗，仅181家具备溶栓能力。

## 主旨报告

## 葛均波院士 微循环保护是STEMI救治的重中之重



葛均波 院士

ST段抬高型心肌梗死（STEMI）救治的核心目标是“缩短总缺血时间”。多项研究证实，再灌注治疗的时间窗直接影响患者预后。葛院士提出“Every Second Counts”的理念，每个环节的延误都伴随心肌细胞不可逆坏死，救治流程需分秒必争。葛院士结合一例急诊病例指出，即使血管成功开通，仍可能由于微循环功能障碍导致心衰。

## 从单一靶点到多机制干预

针对微循环障碍的防治，葛院士提出“预防优先、综合干预”的策略。缩短总缺血时间仍是核心，需通过优化区域协同救治网络减少转运延误。

针对溶栓与抗凝治疗的争议，ERUPTION研究支持冠脉内溶栓在高血栓负荷患者中的潜力，而T-TIME研究则显示冠脉内阿替普酶未能减少梗死面积，提示需严格筛选适应人群。葛院士强调，微循环障碍的异质性要求同步应对血栓栓塞、血管痉挛及炎症反应。

## 优化全程救治路径

在STEMI救治中，核心要义在于最大限度缩

短心肌总缺血时间，挽救心肌细胞。葛院士强调，血管开通并不等同于心肌有效灌注，微循环功能障碍仍是影响患者预后的关键瓶颈。

面对这一挑战，葛院士提出三点应对策略：一是心脏磁共振显像技术的应用突破了传统无复流概念的局限，实现了从解剖开通向心肌灌注功能的精准评估；二是基于多靶点的整合治疗体系正成为新趋势，有助于克服单一干预策略的局限性；三是应推动基础研究与临床转化深度融合。总之，唯有将血管再通技术与微循环保护策略有机结合，方能真正实现挽救心肌、患者获益的最大化。

## 王建安院士 结构性心脏病诊疗的机遇与挑战



王建安 院士

2024年中国经导管主动脉瓣置换术（TAVR）病例数已超1.72万例，预计实际数量接近万例；经导管缘对缘修复术（TEER）突破2500例。浙江大学附属第二医院王建安院士指出，中国瓣膜技术的快速发展得益于器械创新的有力推动，目前国内已有多款自主研发的瓣膜产品上市，二尖瓣、三尖瓣TEER技术相关产品逐步进入临床阶段。

## “杭州方案”解决世界难题

在主动脉瓣膜介入领域，针对二叶式主动脉瓣（BAV）这一亚洲人群高发病种，王建安院士团队提出“杭州方案”。基于此方案开展的TAILOR-TAVR随机对照研究显示，患者年死亡率仅为6.4%，显著低于欧美同类研究。这一成果不仅源于技术优化，更源于中国患者群体的独特性。我国患者因医疗条件差异等因素，往往发病后延迟至高龄才接受治疗，导致瓣膜钙化程度更为严重。而通过个体化策略，杭州方案成功克服了瓣膜滑脱、膨胀不全等难题。

## 突破“卡脖子”难题

王建安院士指出，单纯主动脉瓣关闭不全因缺乏钙化锚定点，传统狭窄性瓣膜易发生移位。团队正探索应用超声震荡技术，通过导管在主动脉根部碎裂钙化组织，为无置入治疗提供新思路。在中度主动脉瓣狭窄领域，中国团队对513例患者数据进行分析发现，左室射血分数低于60%是干预的关键阈值。

因此，王建安院士呼吁建立风险分层模型，为临床决策提供新依据，并指出结构性心脏病治疗需突破学科壁垒，如药物与介入技术的协同效应等。