ICS 11.020
CCS C 05

团　　体　　标　　准

T/CADERM XXXX—2026

房颤中心建设及评估规范

Specification for Construction and Evaluation of Atrial Fibrillation Center

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　总则 2
5　基本条件与资质 2
5.1　房颤门急诊功能区域设置及标识 2
5.2　信息化建设 3
5.3　人员资质及专科诊治条件 3
5.4　房颤诊断的基本支持条件 4
5.5　随访数据库的填报与管理 4
5.6　质量控制体系建设及管理 5
5.7　医联体建设及分级诊疗 5
6　房颤患者评估及救治规范与流程 5
6.1　房颤患者的筛查、诊断与结构化评估 5
6.2　房颤患者的综合治疗（ABC 管理路径） 6
6.3　特殊房颤患者人群的综合管理 7
6.4　血栓栓塞并发症的治疗 8
6.5　转诊规范（基层房颤中心适用） 8
6.6　房颤患者诊治的全程管理模式 8
7　培训与教育 9
7.1　医院内的全院培训 9
7.2　对本地区基层医疗机构的培训 10
7.3　社区教育 10
8　持续改进 10
8.1　质量改进计划 10
8.2　质量控制分析报告 10
8.3　持续改进效果评价 11
参　考　文　献 12

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、武汉大学人民医院等（待补充）。

本文件主要起草人：待补充。

引　言

心房颤动（以下简称房颤）是临床上最常见的持续性心律失常。随着我国人口老龄化进程加快，房颤患病人数持续增长。房颤显著增加缺血性卒中、心力衰竭及死亡风险，房颤相关卒中具有高致残率、高死亡率和高复发率的特点，给患者家庭和社会医疗体系带来沉重负担。规范化抗凝治疗、节律控制及危险因素管理可显著改善房颤患者预后，但我国房颤的规范化诊治水平在各级医疗机构间仍存在明显差异。

为落实国家卫生健康委办公厅、国家中医药管理局办公室印发的《心房颤动分级诊疗服务技术方案》要求，规范房颤的诊治，让每一位房颤患者均能接受到最恰当的治疗，最大限度降低房颤卒中的发生率以及由此引发的致残率和死亡率，有必要在区域协同救治体系框架下建立规范化的房颤中心体系。

房颤中心建设包括房颤中心（标准版）与房颤中心（基层版）两个版本。标准版房颤中心通过整合院内外相关优势技术和力量，为房颤患者提供规范、便捷的诊疗通道，具备房颤全流程诊疗能力（含导管消融、左心耳封堵等介入及外科治疗），承担区域内房颤患者综合救治、技术辐射和培训提升职责；基层房颤中心具备房颤筛查、诊断、规范化药物治疗、随访管理及双向转诊能力，是区域房颤协同救治网络的基础单元。两个层级通过医联体建设和分级诊疗实现协同联动，共同构建覆盖房颤筛查、诊断、治疗、随访、康复的全程管理体系。

本文件由基本条件与资质、房颤患者评估及救治规范与流程、培训与教育、持续改进四个要素组成。

房颤中心建设及评估规范

1 范围

本文件规定了房颤中心建设的基本条件与资质、房颤患者评估及救治规范与流程、培训与教育、持续改进等要求，并给出了评估材料清单等规范性附录。

本文件适用于开展房颤中心（标准版）及房颤中心（基层版）建设与评估的医疗机构。

2 规范性引用文件

下列文件中的内容通过文中的规范性引用而构成本文件必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本文件；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

国家卫生健康委办公厅、国家中医药管理局办公室印发的《心房颤动分级诊疗服务技术方案》

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

心房颤动 atrial fibrillation；AF

起源于心房的快速性心律失常，以心房电活动紊乱、有效心房收缩丧失为特征。体表心电图表现为P波消失、代之以大小形态不一的f波，RR间期绝对不规则。依据持续时间可分为阵发性房颤、持续性房颤、长程持续性房颤和永久性房颤。

3.2

房颤中心（标准版） atrial fibrillation center

通过整合院内外相关优势技术和力量，为房颤患者提供规范、便捷诊疗通道，具备房颤筛查、诊断、综合治疗（含导管消融、左心耳封堵等介入及外科治疗）、随访管理及区域协同救治能力的医疗机构。本文件中亦称“房颤中心（标准版）”。

3.3

房颤中心（基层版） primary atrial fibrillation center

具备房颤筛查、诊断、规范化药物治疗、随访管理及双向转诊能力，作为区域房颤协同救治网络基础单元的基层医疗机构。本文件中亦称“房颤中心（基层版）”。

3.4

ABC管理路径 ABC pathway

房颤综合管理路径。“A”指抗凝或卒中预防（Anticoagulation / Avoid stroke），”B”指更好的症状管理（Better symptom management），“C”指优化心血管合并症和危险因素的管理（Cardiovascular and Comorbidity optimization）。

3.5

结构化评估 structured assessment

对房颤患者的卒中风险（CHA_2 DS_2 -VASc评分）、症状严重程度（EHRA症状评分）、房颤负荷和房颤基质等进行系统化、个体化评估，并据此制定治疗决策的过程。

3.6

区域协同救治 regional collaborative treatment

在一定区域内，各级医疗机构通过分工协作、信息共享、双向转诊等方式，共同为房颤患者提供连续、高效医疗服务的模式。

3.7

医联体 medical consortium

由不同层级医疗机构组成的医疗联合体，通过资源整合、技术协作和分级诊疗，实现区域内医疗服务能力的整体提升。

3.8

导管消融 catheter ablation

经静脉或动脉途径将导管送达心脏相应部位，通过射频、冷冻、脉冲等能量阻断房颤维持或触发机制（如肺静脉电隔离等）的介入治疗技术。

3.9

左心耳封堵 left atrial appendage occlusion

经皮导管途径植入封堵器封闭左心耳，以预防左心耳血栓脱落导致卒中事件的介入治疗技术。

3.10

心房高频事件 atrial high rate episode; AHRE

植入型心律转复除颤器、起搏器等心血管植入型电子器械（CIED）所记录的心房高频事件，可作为房颤诊断线索纳入监测范围。

4 总则

4.1 房颤中心建设应以患者为中心，以质量为核心，遵循科学、规范、高效的原则。

4.2 房颤中心的建设目标是：规范房颤的诊治，让每一位房颤患者均能接受到最恰当的治疗，最大限度降低房颤卒中的发生率，以及由此引发的致残率和死亡率。

4.3 房颤中心（标准版）承担区域内房颤患者综合救治、危重患者救治、介入及外科治疗、技术辐射和培训提升职责；基层房颤中心承担房颤筛查、规范药物治疗、随访管理和双向转诊职责。两级中心应通过医联体建设实现分工协作、上下联动。

4.4 房颤中心应建立多学科协作机制，整合院内外医疗资源，优化诊疗流程，将专业学术组织制定的指南流程化，通过制定标准流程图规范和指引一线医护人员的诊疗过程。

4.5 房颤中心应建立持续质量改进机制，定期开展运行数据分析与回顾，不断提升房颤诊治水平和服务质量。

4.6 本文件中，除特别注明适用层级外，各条款对房颤中心（标准版）及房颤中心（基层版）均适用；对两级中心要求不同的条款，分别以"房颤中心（标准版）"或"房颤中心（基层版）"开头表述。

4.7 房颤中心申请评估之前应满足本文件第 5 章规定的全部条件，且中心成立并实际运作至少 6 个月。

5 基本条件与资质

本章规定房颤中心申请评估应具备的基本条件与资质，包括组织架构、房颤门急诊功能区域设置及标识、人员资质及专科诊治条件、房颤诊断的基本支持条件、随访数据库的填报与管理、质量控制体系建设及管理、医联体建设及分级诊疗等要求。

5.1 组织架构

房颤中心应建立与其功能和任务相适应的组织机构，明确管理及专家委员会负责人、医疗主任和专家委员会的组成与职责。

5.1.1 总体要求

房颤中心既可以是在不改变医院现有结构基础上实体运作的虚拟机构，也可以是重新组建的实体机构。房颤中心的建设涉及医院内外许多部门和学科，医院应建立相应的组织机构进行协调和管理。组织机构的形式可因不同医院的实际情况而定，但基本要求和任务是相同的。具体要求如下：

a) 医院应发布正式文件成立房颤中心及房颤中心专家委员会，书面文件应明确房颤中心的工作职责，并明确房颤中心具有调动医院资源为中心建设和运行提供保障的权力；

b) 房颤中心成立并实际运作至少6个月后方可申请评估；

c) 医院应对房颤中心的建设做出全力支持的承诺，并以加盖医院公章的正式文件予以体现。承诺文件应包括以下内容：

- 全力支持房颤中心的建设，承诺分配相应人力、设备和财政资源，并做好监察、考核、质量控制等工作，确保房颤中心规范化运行；
- 对房颤中心在优化诊疗流程过程中所涉及的院内外标识与指引、门急诊的布局等进行改造，对医院各部门的工作流程、管理制度进行相应调整，以适应房颤中心流程优化需求；
- 承诺与基层转诊医院、社区医疗机构等签署联合救治房颤患者的协议；
- 承诺支持并协助房颤中心实施各类培训计划。

5.1.2 管理及专家委员会负责人

a) 房颤中心：由医院院长或分管医疗的副院长担任房颤中心专家委员会主任委员，分管房颤中心专家委员会工作，主持房颤中心的建设、评估工作和重大决策；分管医疗的副院长应担任房颤中心专家委员会主任委员或副主任委员；

b) 基层房颤中心：由医院分管医疗的副院长担任房颤中心主任，分管房颤中心工作，主持房颤中心的建设、评估工作和重大决策。

5.1.3 医疗主任

医院应正式任命一名具有心血管内科专业背景、具有高级职称的医师担任房颤中心医疗主任。该医师应具备较强的组织协调能力和专业技能，具备对房颤患者进行诊断及救治（含紧急处理及长期治疗）的能力。医院应以正式文件明确房颤中心医疗主任的职责。

5.1.4 专家委员会

a) 房颤中心专家委员会主任委员应具有较高的学术造诣，熟知房颤基础与临床研究现状，具有较强的组织协调能力；

b) 专家委员会组成：

- 房颤中心：应由心内科、心外科、神经内科、内分泌科、急诊科、老年病科等学科的专家共同组成；
- 基层房颤中心：应由心内科、神经内科、内分泌科、急诊科、老年病科等学科的专家共同组成；

c) 房颤中心应设秘书1人，负责协调各学科工作。

5.2 房颤门急诊功能区域设置及标识

房颤门急诊的配套功能区域设置及标识应满足以下要求：

a) 在医院门诊、急诊的入口处设置醒目的房颤中心或房颤门、急诊的指引和标识，使不熟悉医院环境的房颤患者能顺利找到房颤门、急诊；

b) 在门诊大厅、医院内流动人群集中的地方均应有指引通往房颤门、急诊的醒目标识，指引需要救治的患者快速进入房颤急诊、门诊；

c) 房颤门、急诊应有标准的房颤就诊流程图；

d) 房颤门诊应具备心电图检查条件，房颤急诊应具备床旁心电图检查条件；

e) 房颤急诊（或急诊科）应具备床旁快速检测凝血功能及国际标准化比值（INR）的设备，确保抽血后快速获取检测结果；

f) 急诊科应配备相应的设施（如心电图机、供氧系统、监护仪、除颤器、呼吸机等急救器材和急救药品），上述抢救设备、面积、床位等配置应以能满足医院所承担的任务为原则。

5.3 人员资质及专科诊治条件

房颤中心应具备与承担职责相适应的人员资质和心血管专科诊治条件，房颤中心（标准版）与基层房颤中心（基层版）的要求不同。

5.3.1 房颤中心人员资质

a) 至少有2名接受过规范培训、具备房颤导管消融手术能力、具有高级职称的心血管专科医师，且房颤中心的房颤导管消融（射频消融、冷冻消融）年手术量不低于100例；

b） 至少有2名接受过规范培训、具备经皮导管左心耳封堵手术能力、具有高级职称的心血管专科医师，且房颤中心的左心耳封堵年手术量不低于15例；

c） 至少有3名经过专门介入辅助技术培训、熟悉导管室工作流程的导管室专职护士，且每年至少接受一次4学时以上的介入诊疗和房颤诊治新知识培训并获得证书；

d） 具有经过专门培训且获得大型放射设备上岗证书的放射技术人员。

5.3.2 基层房颤中心人员资质

至少有2名接受过规范培训、熟悉房颤诊治流程的心血管专科医师。

5.3.3 心血管专科条件

a） 房颤中心：

- 心血管内科、外科在当地具有相对的区域优势，能为本地区其它医疗机构提供心血管急危重症抢救、复杂疑难病例诊治以及继续教育等服务和支持；
- 配备不少于6张的心血管疾病急危重症监护室（CCU）床位；
- 具备房颤导管消融手术及左心耳封堵手术能力，导管室的基本设备（数字血管影像设备、含无创和有创性血流动力学在内的监护设备、呼吸机、除颤器、心脏临时起搏器等生命支持系统）能满足导管消融及左心耳封堵手术的需要，并常备导管消融及左心耳封堵手术所需的各类耗材；
- 导管室过去1年房颤导管消融手术量不少于100台，左心耳封堵手术量不低于15例；

b） 基层房颤中心：配备不少于2张床位的心血管疾病急危重症监护室（CCU）或抢救室。

5.4 房颤诊断的基本支持条件

a） 建立包括以远程实时传输心电图、微信群、手机短信、传真等形式的信息共享平台：

- 房颤中心：该信息共享平台应至少与周边5家以上不具备导管消融及左心耳封堵能力的医院实现信息共享，以便及时为上述医院的房颤患者提供诊断支持；
- 基层房颤中心：应与上级三级医疗机构房颤中心及下级社区医院实现信息共享，并建立基于此种传输方式的房颤诊疗响应机制；

b） 急诊科医师应能够独立阅读心电图、诊断房颤。若出现疑难临床表现时，应建立基于传输心电图的远程会诊或现场会诊机制，确保心血管内科医师能在10分钟内参与会诊、协助诊断；

c） 在对房颤进行诊治时，能得到其它相关学科的支持：

- 房颤中心：包括心外科、介入科、神经内科、神经外科、影像科等；
- 基层房颤中心：包括神经内科、影像科等；

d） 房颤中心应具备进行经胸超声心动图（TTE）及经食管超声心动图（TEE）诊断的能力；基层房颤中心应具备进行经胸超声心动图（TTE）诊断的能力。

5.5 随访数据库的填报与管理

a） 与房颤中心数据库软件（2.0版）对接，并至少提供6个月的数据供评估时审阅；

b） 制定数据库的管理规范、使用细则及监督管理制度，并有数据的审核制度（含三级审核条款），确保数据库的真实、客观、准确；

c） 应有专职或兼职的数据管理员，数据管理员应具有医学相关教育背景或接受过房颤相关知识培训；

d） 对相关人员进行数据库使用方法和相关制度的培训；

e） 首诊房颤患者应及时在数据库中建档。所有进入心内科诊疗的房颤患者登记比例不低于75%，其中住院患者登记比例不低于90%；房颤电复律、房颤介入手术及外科手术患者的登记比例应达到100%，并要求术后72小时内进行填报；

f） 房颤中心：凡已行导管消融或左心耳封堵治疗的房颤患者，应在数据库中建立专门的术后随访模块，包括导管消融术后随访、左心耳封堵术后随访、导管消融+左心耳封堵术后随访，并制定相应的随访管理制度及流程；

g） 数据应具有溯源性：患者的初次就诊时间、诊断、用药情况、手术情况、INR监测等可以溯源。

5.6 质量控制体系建设及管理

a） 为保证房颤中心的各项制度及流程能够长期正常运行，并保障其起到应有的效果，应建立房颤中心质量控制体系、制定相关管理制度；

b） 应有1～2名专/兼职人员负责房颤中心的质量控制体系管理，需具有医学教育背景或者接受过房颤相关知识的专门培训；

c） 质量控制负责人员应定期提供房颤中心质量控制分析报告，质量控制报告可分为月报告、季度总结报告、半年总结报告、年度总结报告；

d） 质量控制分析报告应对房颤中心的实际运行状况进行总结分析，包括但不限于：筛查数量、数据库填报数量、手术数量、复诊预约率、患者宣教率、规范抗凝率、定期随访率、手术成功率、不良事件发生率等；

e） 房颤中心负责人应根据质量控制报告发现的问题，做出相应的整改措施并跟踪整改结果。

5.7 医联体建设及分级诊疗

a） 认真落实国家卫生健康委和国家中医药局颁布的《心房颤动分级诊疗服务技术方案》精神，建立医联体及分级诊疗机制：

- 房颤中心：应与周边基层医院、社区医疗机构等建立医联体，发挥房颤中心的优势，负责危重房颤患者的救治、房颤患者个体化治疗方案的制定，将病情稳定后的患者转至下级医疗机构，并对下级医疗机构进行技术指导、业务培训和质控管理；至少与周边5家基层医疗机构、基层转诊医院、社区医疗机构等签署联合房颤患者综合管理协议，定期进行查房、坐诊、会诊、远程医疗等技术支持；
- 基层房颤中心：应接受上级房颤中心的指导，积极加入三级医疗机构建立的医联体，为病情稳定者提供治疗、康复、随访等全程管理服务，为病情相对稳定的房颤患者提供个体化的规范治疗，对有严重并发症、手术适应证者转诊至三级医疗机构；鼓励有条件的医院开展房颤专病中心建设，建立远程心电网络，与三级医院和基层医疗卫生机构联动，形成房颤疾病诊治网络体系；

b） 制定转诊至下级医疗机构的标准：

- 病情稳定；
- 治疗方案已明确，需常规治疗和长期随访；
- 诊断明确，可进行临终姑息治疗的终末期患者；

c） 制定转诊至上级医疗机构的标准：

- 房颤中心：符合介入诊疗和手术适应证、但基础疾病重或有严重合并症，本中心暂无介入治疗和手术条件者，包括导管消融、房室结消融+起搏、左心耳封堵、外科治疗等；符合介入诊疗和手术适应证、但本中心暂未开展相应治疗者，如房室结消融+起搏、外科治疗等；
- 基层房颤中心：急性房颤伴有血流动力学紊乱者；基础疾病重症者；出现严重并发症者；符合介入诊疗和手术适应证者，包括导管消融、左心耳封堵、外科治疗等；

d） 基层房颤中心制定向下转诊至基层医疗机构的标准：诊断明确、治疗方案确定、并发症控制良好，需常规治疗、康复和长期随访者。

6 房颤患者评估及救治规范与流程

建设房颤中心的目标是规范房颤的诊治，让每一位房颤患者均能接受到最合理的治疗，以改善房颤患者的预后。本章主要包括房颤的筛查、诊断、结构化评估、室率控制、节律控制、抗栓治疗及并发症的防治等，要求将当前专业学术组织制定的指南流程化，通过制定标准流程图来规范和指引一线医护人员的诊疗过程。

6.1 房颤患者的筛查、诊断与结构化评估

房颤中心应对房颤患者及易患人群进行规范的筛查、诊断与结构化评估，相关流程应形成文件并使一线医务人员熟知。

6.1.1 筛查

a） 应制定房颤的筛查流程，主要针对有房颤易患因素的人群，包括心脏瓣膜病、心力衰竭、冠心病、高血压、糖尿病、慢性肾脏疾病、慢性阻塞性肺病、甲状腺功能异常、睡眠呼吸暂停、吸烟、饮酒、肥胖、高龄等；

b） 房颤筛查工具至少3种，包括但不限于心电图、动态心电图、单导联长程心电监测、植入性心电事件记录仪、智能手机、智能手表、智能血压计、单导联专用心电筛查仪、可穿戴心电记录仪等；

c） 房颤中心的一线医务人员应熟悉房颤的筛查流程。

6.1.2 诊断

a） 应制定房颤的诊断标准，包括心电图的诊断标准、单导联心电监测诊断标准、房颤的分型；

b） 应将心血管植入型电子器械（CIED）记录的心房高频事件（AHRE）纳入房颤的诊断范围；

c） 房颤中心的一线医务人员应熟悉房颤的诊断标准。

6.1.3 结构化评估

a） 应制定房颤综合评估策略，对卒中风险（CHA_2 DS_2 -VASc评分）、症状严重程度（EHRA症状评分）、房颤负荷和房颤基质进行个体化评估，制定治疗决策，优化房颤管理；

b） 房颤中心的一线医务人员应熟悉结构化评估策略。

6.2 房颤患者的综合治疗（ABC 管理路径）

房颤患者管理推荐采用ABC综合管理路径：″A″是抗凝或卒中预防，″B″是指症状管理，″C″是指优化心血管合并症和危险因素的管理。

6.2.1 A：抗凝治疗/卒中预防

6.2.1.1 卒中风险评估

a） 应制定房颤的卒中风险评估流程，明确瓣膜病合并的房颤为卒中高危；对于非瓣膜性房颤，依据CHA_2 DS_2 -VASc评分评估卒中风险；

b） 房颤中心一线医务人员应熟悉房颤的卒中风险评估流程。

6.2.1.2 出血风险评估

a） 应制定房颤的出血风险评估流程，依据HAS-BLED评分评估出血风险；

b） 房颤中心一线医务人员应熟悉房颤的出血风险评估流程。

6.2.1.3 口服抗凝治疗

a） 应制定房颤的口服抗凝治疗流程；

b） 应制定根据患者个体因素选择新型口服抗凝药（NOAC）的流程；

c） 房颤中心一线医务人员应熟悉房颤的口服抗凝治疗及根据患者个体因素选择NOAC的流程。

6.2.1.4 房颤合并活动性出血患者的抗凝管理

a） 应制定房颤合并活动性出血患者的抗凝管理流程，并备有常见抗凝药物逆转剂；

b） 房颤中心一线医务人员应熟悉房颤合并活动性出血患者的抗凝管理流程，并知晓常见抗凝药物逆转剂的使用方法。

6.2.1.5 经皮导管左心耳封堵（房颤中心适用）

a） 适应证：依据指南制定本中心左心耳封堵适应证质控标准；房颤中心一线医务人员应熟悉左心耳封堵适应证；

b） 术前准备：制定左心耳封堵的知情同意书及术前需完成的相关检查清单；

c） 手术过程：制定各类左心耳封堵器植入的标准操作规程（SOP）；制定防治术中并发症的预案；

d） 术后观察与随访：制定术后出院前需观察的项目清单；制定术后抗凝药物使用流程；制定术后的随访时间节点及随访项目计划；接受左心耳封堵手术的患者应录入房颤中心数据库。

6.2.1.6 外科左心耳夹闭/缝扎/切除术（房颤中心适用）

a） 适应证：依据指南制定本中心的外科左心耳夹闭/缝扎/切除术适应证质控标准；房颤中心一线医务人员应熟悉其适应证；

b） 术前准备：制定外科左心耳夹闭/缝扎/切除术的知情同意书及术前需完成的相关检查清单；

c） 手术过程：制定外科左心耳夹闭/缝扎/切除术的SOP；制定防治术中并发症的预案；

d） 术后观察与随访：制定术后出院前需观察的项目清单；制定术后的随访时间节点及随访项目计划；接受外科左心耳夹闭/缝扎/切除术的患者应录入房颤中心数据库。

6.2.2 B：症状控制

6.2.2.1 房颤的心室率控制

a） 应制定房颤急性期及长期心室率控制的目标；房颤中心一线医务人员应熟悉心室率控制的目标；

b） 应制定控制房颤心室率的药物选择流程及适应证；房颤中心一线医务人员应熟悉药物选择流程及适应证；

c） 房颤中心：应制定房室结消融+植入永久起搏器控制房颤心室率的适应证标准；房颤中心一线医务人员应熟悉其适应证。

6.2.2.2 房颤的节律控制

a） 应制定房颤患者节律控制策略及流程图；房颤中心一线医务人员应熟悉节律控制策略及流程图；

b） 应制定房颤发作时药物复律及电复律的适应证标准及流程图；房颤中心一线医务人员应熟悉药物复律及电复律的适应证及流程图；

c） 应制定房颤长期节律控制的药物选择流程及"口袋药"复律策略；房颤中心一线医务人员应熟悉长期节律控制的药物选择流程及"口袋药"复律策略。

6.2.2.3 房颤的导管消融术（房颤中心适用）

a） 适应证：依据指南制定本中心的导管消融适应证质控标准；房颤中心一线医务人员应熟悉导管消融适应证；

b） 术前准备：制定导管消融的知情同意书及术前需完成的相关检查清单；

c） 手术过程：制定各种导管消融术式的SOP；制定防治术中并发症的预案；

d） 术后观察与随访：制定术后出院前需观察的项目清单；制定术后抗凝及抗心律失常药物使用流程；制定术后的随访时间节点及随访项目计划；接受导管消融手术的患者应录入房颤中心数据库。

6.2.2.4 房颤的外科消融和杂交手术（房颤中心适用）

a） 适应证：依据指南制定本中心的房颤外科消融和杂交手术适应证质控标准；房颤中心一线医务人员应熟悉其适应证；

b） 术前准备：制定房颤外科消融和杂交手术的知情同意书及术前需完成的相关检查清单；

c） 手术过程：制定房颤外科消融和杂交手术的SOP；制定防治术中并发症的预案；

d） 术后观察与随访：制定术后出院前需观察的项目清单；制定术后抗凝及抗心律失常药物使用流程；制定术后的随访时间节点及随访项目计划；接受外科消融和杂交手术的患者应录入房颤中心数据库。

6.2.3 C：危险因素和伴随疾病的管理

a） 应制定针对房颤常见危险因素和临床伴随疾病进行早期干预和治疗、预防房颤的发生和进展的流程，包括生活方式干预、心血管危险因素及合并疾病的筛查和管理。管理心血管危险因素和合并疾病有助于卒中预防，并减轻房颤的负担和症状严重程度。生活方式干预包括控制体重、减少酒精摄入、戒烟及合理运动等；应优化管理的心血管危险因素及合并疾病包括高血压、糖尿病、心力衰竭、冠心病、睡眠呼吸暂停等；

b） 房颤一线医务人员应熟悉针对房颤常见危险因素和临床伴随疾病进行早期干预和治疗、预防房颤的发生和进展的流程。

6.3 特殊房颤患者人群的综合管理

a) ACS/PCI：依据指南，制定ACS/PCI合并房颤患者综合管理流程；房颤中心一线医务人员应熟悉该流程；

b) 脑出血：依据指南，制定脑出血房颤患者综合管理流程；房颤中心一线医务人员应熟悉该流程；

c) 孕妇：依据指南，制定孕期房颤患者综合管理流程；房颤中心一线医务人员应熟悉该流程。

6.4 血栓栓塞并发症的治疗

a) 缺血性卒中的治疗：制定房颤患者发生缺血性卒中时，请神经内、外科会诊进行专科治疗的流程；房颤一线医务人员应熟悉房颤继发缺血性卒中的治疗流程；

b) 内脏器官栓塞的治疗：制定房颤患者发生内脏器官栓塞时，请介入科、普外科会诊进行专科治疗的流程；房颤一线医务人员应熟悉房颤继发内脏器官栓塞的治疗流程；

c) 外周动脉栓塞的治疗：制定房颤患者发生外周动脉栓塞时，请介入科会诊进行专科治疗的流程；房颤一线医务人员应熟悉房颤继发外周动脉栓塞的治疗流程；

d) 基层房颤中心：应熟悉房颤继发缺血性卒中的治疗流程；内脏器官栓塞及外周动脉栓塞患者按6.5转诊规范处理。

6.5 转诊规范（基层房颤中心适用）

基层房颤中心应认真落实国家卫生健康委和国家中医药局颁布的《心房颤动分级诊疗重点任务及服务流程》，建立以下转诊规范：

a) 拟行导管/外科消融/杂交手术治疗患者的转诊：制定对拟行导管/外科消融/杂交手术治疗的房颤患者向上级医院转诊的流程；房颤一线医务人员应熟悉该流程；保留拟行上述治疗患者的转诊登记并可溯源；

b) 拟行左心耳封堵/夹闭/缝扎/切除治疗患者的转诊：制定对拟行左心耳封堵/夹闭/缝扎/切除治疗的房颤患者向上级医院转诊的流程；房颤一线医务人员应熟悉该流程；保留拟行上述治疗患者的转诊登记并可溯源；

c) 内脏器官/外周动脉栓塞患者的转诊：制定房颤患者发生内脏器官/外周动脉栓塞时，请介入科、普外科会诊进行专科治疗的流程，以及向上级医院转诊的流程；房颤一线医务人员应熟悉房颤继发内脏器官/外周动脉栓塞的转诊流程；保留此类患者的转诊登记并可溯源；

d) 房颤合并活动性出血使用NOAC患者的转诊：制定房颤使用NOAC患者发生活动性出血时，请相关科室会诊进行专科治疗的流程，以及向上级医院转诊的流程；房颤一线医务人员应熟悉房颤使用NOAC患者发生活动性出血的转诊流程；保留此类患者的转诊登记并可溯源。

6.6 房颤患者诊治的全程管理模式

房颤患者需要多学科合作的全程管理，涉及初步识别、门诊、住院、手术、随访、康复等多个环节，包括急诊救治、规范化抗凝、节律控制、心室率控制、合并症的诊疗、长期随访、生活方式干预、健康教育、患者自我管理等全程规范化管理。具体要求如下：

a) 成立房颤管理团队：
- 房颤中心：由心内科、心外科、神经内科、神经外科、老年病科、内分泌科、急诊科、康复科、影像科、介入科、全科医生、护士、药师等组成；
- 基层房颤中心：由心内科、神经内科、老年病科、内分泌科、急诊科、康复科、影像科、介入科、全科医生、护士、药师等组成。

b) 逐步建立房颤随访制度及医疗健康档案。有条件的医院可设立房颤专病门诊；

c) 根据患者病情制定出院计划和随访方案。根据实际情况可采取门诊随访、社区上门随访、电话随访等方式；

d) 随访内容包括：
- 房颤发作频率；
- 是否规范化抗凝治疗；
- 药物/手术治疗的安全性、有效性；
- 是否发生房颤相关心血管事件。

e) 患者教育及康复管理：
- 提高患者的依从性和自我管理能力；

- 让出院的每一位患者及其家属了解房颤的基础知识、血栓风险、抗凝出血风险、如何监测心率/心律和症状自我评估；保持健康生活方式，及时按照随访安排定期随访等；
- 对有并发症并致功能减弱或障碍者，应予康复管理，包括制定康复方案、康复教育及针对性康复训练。

7 培训与教育

培训与教育工作是房颤中心建设的重要工作内容和职责。房颤中心建设涉及医院内外多个部门和学科：在医院内部，除以心血管内科和急诊科为核心外，其它相关临床学科、辅助检查科室及医务管理部门均与房颤中心的规范化建设与日常运作密切相关；此外，房颤中心应与当地和周边的基层医院或社区医疗机构等进行紧密合作，才能充分发挥其技术和社会效益。因此，规范化的房颤中心建设是一个系统工程，应建立整体的救治原则、协同和管理机制以及相应的实施细则，并通过反复的教育、培训和演练，使房颤中心所涉及的各有关部门、人员在全面了解房颤中心主要目标和运作机制的基础上，明确自身的职责和任务，推动房颤中心工作质量的持续改进，最终达到提高区域协同救治水平的目的。

7.1 医院内的全院培训

医院内的全院培训是房颤中心建设的基础性工作，应针对不同对象分层实施，并保留相应的佐证材料。

7.1.1 针对医院领导、医疗管理、行政管理人员的培训

应在房颤中心成立之前或最晚成立之后1个月以内至少进行一次。培训内容应包括：房颤中心的基本概念、在房颤中心建设和流程优化过程中需要医院解决的主要问题等。每次培训应保留以下佐证材料：培训计划（包括预计培训时间、授课人、参加培训人员、课时等内容）、讲稿、培训记录、签到表、能显示授课时间、授课人及第一张幻灯片在内的照片以及包括听众在内的授课场景的照片或视频资料。

7.1.2 针对房颤中心核心科室专业医师和护士的培训

应制定针对直接参与房颤救治工作的各专科医师和护士的培训计划：房颤中心核心科室包括心血管内科、急诊科、心血管外科、神经内科等；基层房颤中心核心科室包括心血管内科、急诊科、神经内科等。该计划应在正式成立房颤中心后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。培训内容应包括：

a) 基于区域协同救治体系房颤中心的基本概念；
b) 各项管理制度；
c) 房颤最新诊治指南；
d) 本院房颤中心的救治流程图；
e) 房颤诊疗过程中的数据采集及房颤中心数据平台数据库填报。

上述每项培训均应保留以下佐证材料：培训计划（包括预计培训时间、授课人、参加培训人员、课时等内容）、讲稿、培训记录、签到表、能显示授课时间、授课人及第一张幻灯片在内的照片以及包括听众在内的授课场景的照片或视频资料。

7.1.3 全院医、药、护、技人员培训（房颤中心适用）

应制定针对全院相关科室（除房颤中心核心科室外）医师、护士、药师和技术人员的培训计划，在成立房颤中心后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。培训内容包括：

a) 基于区域协同救治体系房颤中心的基本概念；
b) 院内发生房颤时的救治流程。

上述每项培训均应保留培训计划、讲稿、培训记录、签到表、授课场景照片或视频资料等佐证材料。

7.1.4 培训效果检验

评估时应通过现场访谈及岗位检验的方式对全员培训效果进行检验，检验对象包括：

a) 急诊及心血管专业人员；
b) 非急诊及心血管专业的医护人员；

c） 医疗辅助人员。

7.2 对本地区基层医疗机构的培训

对本地区其它基层医疗机构的培训是房颤中心的重要职责之一，申请评估时应满足以下全部条件：

a） 制定针对本地区其它基层医疗机构的培训计划，计划内容包括：基于区域协同救治体系房颤中心的基本概念、房颤的综合救治流程。应在成立房颤中心后2个月内完成上述全部培训计划，以后每年进行一轮。应保留培训计划（包括预计授课时间、内容、授课人、课时等）及讲稿；

b） 在至少5家以上本地区其它基层（社区）医疗机构实施上述培训计划。应提交实施培训计划的客观依据，包括：培训记录、签到表、能显示时间和内容的培训现场照片、培训后考核试卷及考试成绩表；

c） 基层（社区）医疗机构应熟悉区域协同救治体系的概念及与房颤中心的联络机制（通过现场访谈确认）。

7.3 社区教育

社区人群教育是指房颤中心积极参与对社区人群进行有关房颤的症状和体征的识别以及救治的培训，这是房颤中心的重要职责之一。房颤中心应承担公众健康教育义务，积极致力于通过公众教育降低房颤的致残率及死亡率。具体要求如下：

a） 为社区人群提供房颤症状和体征以及房颤治疗的培训计划，至少包括下列项目中的四项，且每年至少进行一次：

- 通过定期举办讲座或健康咨询活动，为社区人群提供有关房颤症状、体征、治疗、并发症防治的培训；
- 向社区发放有关房颤症状、体征、治疗、并发症防治的科普性书面材料；
- 房颤中心向社区提供健康体检、义诊、房颤筛查等服务；
- 通过各类媒体、网络、社区宣传栏等途径提供房颤常识的教育；
- 向社区提供房颤抗凝的培训指导。

b） 实施社区培训计划：

- 房颤中心：至少在两个以上社区实施上述培训计划；
- 基层房颤中心：至少在五个以上社区实施上述培训计划。

实施社区培训应提交客观依据，包括但不限于培训记录、能显示时间和内容的培训现场照片或视频资料。

c） 开展义诊和健康咨询活动：

- 房颤中心：至少在两个以上社区开展心血管疾病防治的义诊和健康咨询活动；
- 基层房颤中心：至少在三个以上社区开展心血管疾病防治的义诊和健康咨询活动；
- 应提供义诊及健康咨询活动的现场照片。

8 持续改进

房颤中心应建立持续改进机制，通过质量改进计划、质量控制分析报告和持续改进效果评价，形成质量管理的闭环。

8.1 质量改进计划

a） 应制定持续改进计划，确定房颤诊治关键质控指标的目标值和调整机制，以便根据实际运行情况及时调整与提升；

b） 应定期召开质量分析会，将房颤诊治关键质控指标纳入会议分析内容，跟踪各项指标的运行趋势。

8.2 质量控制分析报告

a） 质量控制分析报告可分为月报告、季度总结报告、半年总结报告、年度总结报告；

b） 质量控制分析报告应对房颤中心的实际运行状况进行总结分析，包括但不限于：筛查数量、数据库填报数量、手术数量、复诊预约率、患者宣教率、规范抗凝率、定期随访率、手术成功率、不良事件发生率等；

c） 房颤中心负责人应根据质量控制报告发现的问题，做出相应的整改措施，并跟踪整改结果形成闭环管理。

8.3 持续改进效果评价

房颤中心应根据当前的实际情况制定本中心阶段性运行目标，并根据目标值建立持续改进工作计划，原则上应每年修订一次目标值以体现持续改进工作的效果。持续改进效果评价应包含但不限于以下内容：

a） 进入心内科诊疗的房颤患者数据库登记比例不低于75%，其中住院患者登记比例不低于90%，房颤电复律、介入手术及外科手术患者登记比例达到100%；

b） 规范抗凝率、定期随访率、复诊预约率、患者宣教率呈持续提升趋势；

c） 手术成功率（房颤中心）维持在较高水平，不良事件发生率呈持续下降趋势；

d） 每万常住人口房颤筛查数量、数据库填报数量呈持续增加趋势；

e） 基层医疗机构房颤诊治相关知识培训覆盖率及社区健康教育覆盖面持续扩大。

参 考 文 献

[1]《国务院办公厅关于推动公立医院高质量发展的意见》（国办发〔2021〕18号）
[2]《健康中国行动—心脑血管疾病防治行动实施方案（2023—2030年）》
[3]中国血脂管理指南修订联合专家委员会. 中国血脂管理指南（2023年）[J].中华心血管病杂志,2023,51(3): 221-273.
[4]中华医学会心血管病学分会.中国心血管病一级预防指南[J].中华心血管病杂志,2020,48(12):1000-1038.
[5]中华医学会神经病学分会.中国脑血管病一级预防指南[J].中华神经科杂志,2019,52(9):710-715.
[6]葛均波,霍勇.泛血管医学——从理念到实践[M].北京:人民卫生出版社,2023.
[7]医疗辅助技术（介入治疗）国家临床医学研究中心.泛血管疾病管理——数据与技术标准（2023版）[S].2023.
[8]T/CADERM 2005-2019 心衰中心（标准版）建设与评估标准[S].中国医学救援协会,2019.
[9]T/CADERM 2024-2025 卓越胸痛中心建设与评估规范[S].中国医学救援协会,2025.
[10]T/CADERM 2022-2024 心电诊断中心建设要求[S].中国医学救援协会,2024.
[11]Mach F, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias[J]. Eur Heart J, 2020, 41(1): 111-188.
[12]Visseren FLJ, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice[J]. Eur Heart J, 2021, 42(34): 3227-3337.