ICS 11.020
CCS C 05

团　　体　　标　　准

T/CADERM XXXX—2026

心衰中心建设评估与再评估规范

Specification for the Construction Evaluation and Re-evaluation of Heart Failure Centers

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　组织架构 2
5.2　心血管专科条件 2
5.3　数据库的填报与管理 3
5.4　患者管理系统的使用与管理（标准版） 3
6　心衰患者的诊治和管理 3
6.1　规范心衰患者的诊断 4
6.2　规范心衰的治疗 4
6.3　规范心衰的长期管理 5
7　培训与教育 5
7.1　心衰医师护理队伍的培训 5
7.2　对社区医师护理人员的培训（基层版） 6
7.3　心衰患者及家属的健康教育 6
7.4　心脏康复教育（基层版） 6
7.5　心衰规范化管理的评估 6
8　持续改进 6
8.1　质量改进计划和措施 6
9　心衰中心再评估 6
9.1　再评估机制 6
9.2　数据库的评估与核查 7
9.3　常态化运行与管理 7
附　录　A （规范性） 标准版心衰中心质控指标要求 8
附　录　B （规范性） 基层版心衰中心质控指标要求 9
参　考　文　献 10

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、复旦大学附属中山医院、北京大学第一医院、北京医院、哈尔滨医科大学附属第一医院、华中科技大学同济医学院附属协和医院、中山大学附属第一医院、南京医科大学第一附属医院、上海交通大学医学院附属瑞金医院、四川大学华西医院、中国医科大学附属盛京医院、首都医科大学附属北京朝阳医院、陆军军医大学第二附属医院（新桥医院）、四川省人民医院、广东省人民医院、西安交通大学医学院第一附属医院、哈尔滨医科大学附属第二医院、南京医科大学第一附属医院、华中科技大学同济医学院附属协和医院、中日友好医院新疆医科大学第一附属医院、北京大学第三医院、天津市胸科医院、中国人民解放军总医院第六医学中心、北京安贞医院、河北医科大学第二医院、复旦大学附属华山医院、福州大学附属省立医院、山西医科大学第一医院、上海市东方医院、中国医学科学院阜外医院、山东大学齐鲁医院、上海仁济医院、南昌大学第二附属医院、吉林大学白求恩第二医院、天津医科大学第二医院、首都医科大学附属北京安贞医院、浙江医学院附属浙江医院、武汉亚心总医院、吉林大学第一医院、北京协和医院、成都市第三人民医院、浙江大学医学院附属第二医院、安徽省立医院、联勤保障部队第九二〇医院、吉林大学中日联谊医院、山西医科大学第二医院、香港大学医学院、天津市人民医院、贵州省人民医院、山东省立医院、上海胸科医院、中南大学湘雅三医院、内蒙古自治区人民医院、南昌大学第一附属医院

本文件主要起草人：葛均波、霍勇、杨杰孚、李为民、廖玉华、董吁钢、李新立、周京敏、王华、金玮、张庆、孙志军、李红、王江、孔洪、黎励文、白玲、张瑶、徐东杰、袁璟、刘晨、任景怡、艾力曼·马合木提、陈宝霞、陈牧雷、陈树涛、陈玉成、崔晓通、丁文惠、董蔚、杜昕、傅向华、高秀芳、郭延松、韩清华、韩薇、黄洁、季晓平、姜萌、康连鸣、李萍、李勇、刘斌、刘彤、刘宇扬、马爱群、毛威、苏晞、孙爱军、孙健、唐礼江、田庄、汪芳、吴镜、项美香、薛玉梅、杨进刚、杨丽霞、杨萍、杨志明、姚启恒、姚朱华、于雪、俞杉、苑海涛、张敏、张志辉、赵兴胜、郑金刚、郑泽琪、周洲、邹彤、曾平。

引　言

心力衰竭（心衰）是各种心脏疾病的严重表现或晚期阶段，其发病率有不断增高的趋势，死亡率和再住院率居高不下，是21世纪主要的心血管疾病之一。我国≥35岁成人心衰患病率为1.3%，估计现有心衰患者约890万。心衰患者30天再住院率约为10%，1年再住院率约为30%，5年死亡率高达50%以上。心衰已成为我国公共卫生领域的重大挑战。

中国心衰中心建设和评估项目的目标是规范我国心衰诊治和改善心衰患者的管理，实现以指南为导向的心衰评估和管理（Guideline-Directed Evaluation and Management, GDEM），降低心衰再住院率和死亡率。自项目启动以来，全国已有超过3000家医疗机构注册参与心衰中心建设，覆盖全国31个省、自治区、直辖市，显著改善了心衰患者的规范化诊疗水平。

鉴于我国现阶段医疗资源分布不均，不同级别医疗机构的救治能力存在差异，心衰中心建设分为标准版和基层版两个层次。标准版心衰中心面向具备冠脉介入治疗、CRT及ICD手术能力的三级医院；基层版心衰中心面向尚不具备上述条件但能够进行心衰患者早期识别、规范诊断与治疗、双向转诊和长期有效随访的基层医院。两个层次的标准共同构成了我国心衰区域分级诊疗体系的重要组成部分。

为引导医疗机构规范化进行心衰中心的建设、评估与再评估，持续改进心衰诊治质量，特制定本标准。本标准整合了心衰中心建设评估和再评估的要求，适用于标准版和基层版心衰中心的建设、评估与再评估工作。本标准由五个要素组成，分别为：基本条件与资质、心衰患者的诊治和管理、培训与教育、持续改进、再评估。

心衰中心建设评估与再评估规范

1 范围

本文件规定了心衰中心建设的基本条件与资质、心衰患者的诊治和管理、培训与教育、持续改进以及再评估等要求，包含标准版和基层版两个层次。

本文件适用于开展心衰中心建设的医疗机构的建设、评估与再评估工作，包括标准版心衰中心和基层版心衰中心。

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标准必不可少的条款。其中，注日期的引用文件，仅该日期对应的版本适用于本标准；不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本标准。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

心衰中心 heart failure center

由多学科人员共同工作的实体单元或功能整合平台，在心内科病房和门诊提供心衰患者治疗、随访、评估的场所，以规范心衰诊治和改善心衰患者的管理为目标，实现以指南为导向的心衰评估和管理。

3.2

标准版心衰中心 standard heart failure center

具备冠脉介入治疗、CRT及ICD手术能力的三级医院所建设的心衰中心，能够为心衰患者提供全面的规范化诊疗、器械治疗和长期随访管理。

3.3

基层版心衰中心 grassroots heart failure center

尚不具备冠脉介入治疗、CRT及ICD手术能力，但能够进行心衰患者早期识别、规范诊断与治疗、双向转诊和长期有效随访的基层医院所建设的心衰中心。

3.4

指南导向的评估和管理 guideline-directed evaluation and management, GDEM

以当前专业学术组织制定的心衰指南为依据，对心衰患者进行标准化评估和管理的模式。

3.5

射血分数降低的心力衰竭 heart failure with reduced ejection fraction, HFrEF

左心室射血分数（LVEF）≤40%的心力衰竭。

3.6

射血分数保留的心力衰竭 heart failure with preserved ejection fraction, HFpEF

左心室射血分数（LVEF）≥50%的心力衰竭。

3.7

射血分数轻度降低的心力衰竭 heart failure with mildly reduced ejection fraction, HFmrEF

左心室射血分数（LVEF）41%~49%的心力衰竭。

3.8

心衰中心评估 heart failure center evaluation

对申请建设心衰中心的医疗机构进行的基本条件与资质、心衰患者诊治和管理、培训与教育、持续改进等方面的审查与验收。

3.9

心衰中心再评估 heart failure center re-evaluation

对已通过心衰中心评估的医疗机构进行的持续性后续监督和再认证审查，以确保心衰中心持续规范运行和持续改进。

3.10

心衰中心云平台 cloud platform for heart failure center certification

用于心衰中心数据填报、管理、质控和评估的在线信息系统平台。

4 总则

4.1 心衰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，实现以指南为导向的心衰评估和管理（GDEM），降低心衰再住院率和死亡率。

4.2 心衰中心建设分为标准版和基层版两个层次。标准版心衰中心应具备冠脉介入治疗、CRT 及 ICD 手术能力；基层版心衰中心应与上级医院建立固定的转运渠道，具备心衰患者早期识别、规范诊疗和双向转诊能力。

4.3 心衰中心应建立多学科协作机制，整合医疗资源，优化诊疗流程，建立心衰区域分级诊疗体系，实现社区初筛发现心衰患者→心衰中心诊治→病情稳定后回到社区规范管理的分级诊疗模式。

4.4 心衰中心应建立持续质量改进机制，通过数据库填报、质量分析会、典型病例讨论会等方式，不断提升心衰诊治水平和服务质量。

4.5 心衰中心评估共包含四大部分，分别是：基本条件与资质、心衰患者的诊治和管理、培训与教育、持续改进。

4.6 首次通过心衰中心评估的有效期为 3 年，3 年后应组织再评估。申请再评估的心衰中心应在最后有效期到达前 4 个月在线提交再评估申请，以后每 5 年进行一次再评估。

5 基本条件与资质

5.1 组织架构

心衰中心的最佳方案是组建一个由多学科人员共同工作的实体单元，也可以仅是多学科功能上的整合，在心内科病房和门诊提供一个可以治疗、随访、评估患者的场所。

5.1.1 心衰中心管理委员会

申请建设及评估的医院应成立心衰中心管理委员会，明确分工与职责。具体要求如下：

a) 医院应发布正式红头文件，成立心衰中心并明确中心主任职责；

b) 医院应发布正式红头文件，明确心衰中心相关人员职责；

c) 应上传心衰中心组织架构内人员的专业资格证书及职称证书的扫描件。

5.1.2 多学科心衰管理团队

心衰中心应组建多学科心衰管理团队，标准版和基层版的人员配置要求如下：

a) 标准版心衰中心多学科管理团队应包括：中心主任、心衰专家、心脏专科医师（心脏内科、心脏外科）、超声医医师、全科医生或基层医师、护士或医师助理、临床药师、营养科医师、心理医师、康复治疗师、秘书；

b) 基层版心衰中心多学科管理团队应包括：中心主任、心脏内科专科医师、护士或医师助理、社区医师和护士、临床药师、康复治疗师、秘书。

5.2 心血管专科条件

5.2.1 标准版心衰中心心血管专科条件

标准版心衰中心应具备以下心血管专科条件：

a) 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；

b) 具备心力衰竭病房或相对固定的病床；

c) 配备有不少于 6 张床位的心血管疾病急危重症监护室（CCU）；

d) 具备 N 末端 B 型利钠肽原（NT-proBNP）或 B 型利钠肽（BNP）快速检测条件，具备冠脉介入治疗、CRT 及 ICD 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）、超声心动图机、心肺运动试验，能满足心衰患者诊疗需要；

e) 过去 1 年 CRT/ICD 植入手术不少于 10 例。

5.2.2 基层版心衰中心心血管专科条件

基层版心衰中心应具备以下心血管专科条件：

a) 专科已与上级医院建立固定的转运渠道，对于危重症心衰患者能有效转运至上级医院治疗；

b) 具备心内科病房或相对固定的病床；

c) 配备有急危重症监护室（ICU），具备呼吸机、除颤器等生命支持系统，能满足抢救心衰患者治疗需要；

d) 具备 NT-proBNP 或 BNP 检测条件，有超声心动图机等心脏影像检查技术，能满足心衰患者治疗需要。

5.3 数据库的填报与管理

5.3.1 数据填报要求

心衰中心应启用心衰中心平台填报数据，并至少提供 6 个月的数据供评估时审查。

5.3.2 数据管理规范

应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，确保数据库的真实、客观、准确。需上传医院制定的数据管理制度扫描件。

5.3.3 数据管理员与系统管理员

a) 应有专职或兼职的数据管理员，需上传数据管理员相关资料；

b) 应有专职或兼职的系统管理员，需上传系统管理员相关资料；

c) 系统管理员与数据管理员不能为同一人。

5.3.4 数据库培训

应对相关人员进行数据库使用方法和相关制度的培训，需上传培训课件、培训记录、签到表的扫描件。

5.3.5 数据溯源性

患者的诊断、用药情况、检测、随访事件等可以溯源。需上传一份院内接诊心衰患者时从入院诊断到出院后随访的诊治全流程溯源文件。

5.4 患者管理系统的使用与管理（标准版）

5.4.1 凡已行 CRT 或 ICD 的心衰患者，应在数据库中建立专门的术后随访模块。

5.4.2 数据的溯源性：患者的诊断、用药情况、检测、随访事件等可以溯源，需上传一份院内接诊心衰患者时从入院诊断到出院后随访的诊治全流程溯源文件。

6 心衰患者的诊治和管理

建设心衰中心的目标是规范我国心衰诊治和改善心衰患者的管理，强化以指南导向的心衰评估和管理（GDEM），降低心衰再住院率和死亡率。本部分主要包括心衰的诊断和评估、慢性心衰的治疗、急性心衰的治疗、合并症的治疗及长期管理，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导一线医护人员的诊疗过程。

6.1 规范心衰患者的诊断

6.1.1 心衰患者的诊断流程

a) 应制定心衰的诊断流程；
b) 心衰中心的一线医务人员应熟悉慢性心衰的诊断流程，并将标准诊治流程上墙。

6.1.2 心衰的分类及诊断标准

a) 应制定心衰的分类及诊断标准；
b) 心衰中心的一线医务人员应熟悉心衰的分类及诊断标准。

6.1.3 心力衰竭的分期

a) 应制定心力衰竭的分期标准；
b) 心衰中心的一线医务人员应熟悉心力衰竭的分期标准。

6.1.4 心力衰竭的心功能分级

a) 应制定心力衰竭的心功能分级标准；
b) 心衰中心的一线医务人员应熟悉心力衰竭的心功能分级标准。

6.1.5 心衰的诊断和评估内容

a) 应制定心衰的诊断和评估内容；
b) 心衰中心的一线医务人员应熟悉慢性心衰的诊断和评估内容。

6.1.6 心衰的辅助检查

a) 应制定心衰的辅助检查（常规检查+特殊检查）内容及适应症；
b) 心衰中心的一线医务人员应熟悉心衰的常规检查内容和特殊检查的适应症。

6.2 规范心衰的治疗

6.2.1 慢性 HFrEF 患者的治疗流程

a) 应制定慢性 HFrEF 患者的治疗流程；
b) 心衰中心的一线医务人员应熟悉慢性 HFrEF 患者的治疗流程。

6.2.2 慢性 HFrEF 患者的药物治疗

应制定并熟悉以下慢性 HFrEF 患者药物治疗的适应症、禁忌证及使用方法：

a) ACEI（血管紧张素转换酶抑制剂）；
b) ARB（血管紧张素 II 受体拮抗剂）；
c) ARNI（血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂）；
d) β受体阻滞剂；
e) 醛固酮受体拮抗剂（MRA）；
f) SGLT2 抑制剂；
g) 地高辛；
h) 伊伐布雷定；
i) 利尿剂。

6.2.3 慢性 HFrEF 患者的器械治疗

a) 应制定慢性 HFrEF 患者心脏再同步化治疗（CRT）的适应症，心衰中心医务人员应熟悉 CRT 适应症；
b) 应制定慢性 HFrEF 患者 ICD 的适应症，心衰中心医务人员应熟悉 ICD 适应症。

6.2.4 急性心衰患者的治疗

a) 应制定急性心衰患者的治疗流程，并将诊治流程上墙；

b) 心衰中心的一线医务人员应熟悉急性心衰患者的治疗流程；
c) 应制定急性心衰患者出院标准，一线医务人员应熟悉出院标准。

6.2.5 基层版心衰中心双向转诊标准

基层版心衰中心应制定心衰分级诊疗的路径与双向转诊标准，一线医务人员应熟悉急性心衰患者出院标准、心衰分级诊疗的路径与双向转诊标准。

6.2.6 心衰合并症的治疗

应制定并熟悉以下心衰合并症的治疗目标及治疗流程：
a) 心衰合并高血压；
b) 心衰合并心房颤动；
c) 心衰合并糖尿病；
d) 心衰合并血脂异常；
e) 心衰合并冠心病（含药物治疗方案和血运重建治疗的适应症）；
f) 心衰合并心脏瓣膜病变（含手术适应症）。

6.3 规范心衰的长期管理

6.3.1 入选心衰患者及建立医疗健康档案

a) 应制定入选心衰患者及建立医疗健康档案流程。健康档案为除患者病历以外的进行评估的量表组合；
b) 心衰中心的一线医务人员应熟悉入选心衰患者及建立医疗健康档案流程。

6.3.2 医疗档案管理

应有专人负责患者医疗档案的管理，包括数据的录入、备份、更新、整理、统计。需上传档案管理员的相关资料，包括工作职责、医学相关教育背景。

6.3.3 随访计划

a) 应制定本中心心衰患者门诊随访计划（频率、随访方式、随访提醒方式）；
b) 心衰中心的一线医务人员应熟悉心衰患者门诊随访计划。

6.3.4 随访内容

a) 应制定本中心的门诊随访内容；
b) 心衰门诊医师应熟悉心衰患者门诊随访计划及随访内容。

6.3.5 心衰门诊

应成立心衰门诊，上传心衰门诊排班时间及医师出诊场景照片。

6.3.6 参与注册研究及数据库建立

7 培训与教育

7.1 心衰医师护理队伍的培训

7.1.1 标准版心衰中心培训

标准版心衰中心应采用心衰学院、心衰诊疗精英进修班等形式开展培训，要求覆盖本中心及相关的社区医院、二级医院，覆盖不同科室医师（急诊室、普通内科、心脏专科）。

7.1.2 基层版心衰中心培训

基层版心衰中心应采用科内讲课、外出进修学习等形式开展培训，要求覆盖本中心及相关的医师和护士（急诊室、普通内科、心脏专科）。

7.2 对社区医师护理人员的培训（基层版）

7.2.1 基层版心衰中心应与社区医疗机构建立长期稳定的合作关系，指导社区医疗卫生机构医护人员进行心衰预防宣教、高危及疑似患者识别、患者及家属教育、稳定期治疗、康复治疗和长期随访。需上传对社区医疗机构的医师护理人员制定的近一年的培训计划。

7.2.2 应定期对社区医疗机构的医师护理人员进行培训。

7.2.3 应与社区医疗卫生机构共同管理慢性心衰患者。

7.3 心衰患者及家属的健康教育

a) 应建立统一的心衰患者教育材料并有专人负责管理和整理；
b) 应制定并实施多种宣教方式和患者教育计划，包括定期组织宣教、义诊活动或社区宣传栏宣传；
c) 心衰中心的一线医务人员应熟悉心衰患者教育的内容。

7.4 心脏康复教育（基层版）

a) 应有心脏康复宣教活动

7.5 心衰规范化管理的评估

7.5.1 住院心衰患者治疗评估

7.5.2 门诊患者心衰规范化管理评估

8 持续改进

持续改进是心衰中心评估的核心价值，要求心衰中心制订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。

8.1 质量改进计划和措施

8.1.1 关键监控指标及质量改进计划

心衰中心应根据当前实际情况确定本中心关键监控指标及质量改进计划，包括但不限于以下指标：超声心动图使用率、NT-proBNP 或 BNP 使用率、ACEI/ARB/ARNI 出院使用率、β 受体阻断剂出院使用率、醛固酮受体拮抗剂使用率、SGLT2 抑制剂使用率、房颤抗凝治疗率、出院后 1 周电话随访率、随访率（1 月、3 月、1 年）、院内死亡率、30 天及 1 年再入院率及死亡率等。应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。

8.1.2 质量分析会制度

应制订质量分析会制度并付诸实施。质量分析会的主要内容是通过对心衰中心运行过程中的阶段性宏观数据分析，肯定工作成绩、发现存在问题并制订改进措施。

8.1.3 典型病例讨论会制度

应制订典型病例讨论会制度并付诸实施。典型病例讨论会是改进心衰中心工作质量最有效的工作形式之一，可与质量分析会同时举行，但主要针对心衰中心的实际工作人员。从质量分析会中发现宏观问题，将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，将多学科团队集中进行讨论和分析。

9 心衰中心再评估

持续改进是心衰中心规范运行的重中之重。在通过初次评估后，心衰中心应继续按照评估标准，保持规范的流程运作，执行严格的数据管理，进一步提高心衰相关疾病的救治水平和效率。

9.1 再评估机制

a) 首次通过评估的有效期为 3 年，3 年后应组织再评估；
b) 再评估的有效期为 5 年，以后每 5 年进行一次再评估；

9.2 数据库的评估与核查

9.2.1 数据库在线审查要求

9.3 常态化运行与管理

9.3.1 组织架构更新

心衰中心委员会组织架构发生人员变更时，应及时更新。

9.3.2 质量分析会和典型病例讨论会制度

应落实每季度一次的质量分析会和每两个月一次的典型病例讨论会制度。

9.3.3 心衰病房及标识

应有心衰病房或病区，心衰中心在院内的标识和指引应保持清晰和醒目。对日常工作流程进行持续改进，当指南发生变更、人员发生变动、医院条件发生变化时，对诊疗和管理流程进行修订。

9.3.4 年度培训制度

应坚持心衰中心的年度培训制度，定期对本科室及多学科团队尤其是新入职人员进行相关培训。

9.3.5 器械治疗（标准版）

标准版心衰中心应重视心衰器械治疗，慢性 HFrEF 患者 CRT、ICD 植入例数应大于 10 例/年。

9.3.6 心衰分级诊疗

a) 标准版心衰中心：每年坚持落实心衰分级诊疗工作，建立上下转诊流程及沟通机制，实现社区初筛发现心衰患者→心衰中心诊治→病情稳定后回到社区规范管理；
b) 基层版心衰中心：每年坚持落实心衰分级诊疗工作，建立上下转诊流程及沟通机制，与上级医院建立固定的转运渠道，实现初筛发现心衰患者→心衰中心诊治→危重症心衰患者上转→病情稳定后回到基层心衰中心、社区规范管理。

9.3.7 区域协同救治体系建设（标准版）

标准版心衰中心在通过初次评估后，应继续加强区域协同救治体系的建设，协作医院的数量有所增加，对具有转诊关系的基层医院进行规范化培训，积极推动基层心衰中心建设，区域影响力及辐射力进一步加强。

9.3.8 社区医疗机构合作（基层版）

基层版心衰中心应继续加强与社区医疗机构长期稳定的合作关系，指导社区医疗卫生机构医护人员进行心衰预防宣教、高危及疑似患者识别、患者及家属教育、稳定期治疗、康复治疗和长期随访。

9.3.9 心衰患者出院后随访

应加强心衰患者出院后随访，在出院时进行随访预约，在出院记录或诊断证明中明确建议"心衰患者出院 1 周内、1 月、3 月、一年随访"。常规开设心衰专病门诊，进行心衰患者随访管理及随访资料留存，建设心衰患者群进行科普教育和随访提醒。

9.3.10 公众健康教育

心衰中心应积极承担公众健康教育义务，通过网络、电视、电台、媒体、报刊等多种形式坚持心衰科普工作的长期开展，内容应涵盖且不仅限于疾病知识科普、大众健康教育、疾病日义诊健康咨询等。

附 录 A
（规范性）
标准版心衰中心质控指标要求

表A.1 标准版心衰中心质控指标要求

考核指标	对象	心衰建设中心（至少填报 3 个月）	改进趋势（3 月）	心衰中心（至少填报 6 个月）
心衰诊治例数	心衰患者	>100 例		>300 例
诊断使用超声心动图	心衰患者	≥70%	升高 20%	≥90%
诊断使用 BNP 或 NT-proBNP	心衰患者	≥70%	升高 20%	≥90%
出院前 HFrEF 患者使用 ARNI/ACEI/ARB	HFrEF	≥60%	升高 20%	≥80%
出院前 HFrEF 患者使用 β 受体阻滞剂	HFrEF	≥60%	升高 20%	≥80%
出院前 HFrEF 患者使用 MRA	HFrEF	≥60%	升高 20%	≥80%
出院前 HFrEF 患者使用 SGLT2 抑制剂	HFrEF	≥30%	升高 20%	≥50%
有房颤的心衰患者使用抗凝治疗	合并房颤的心衰患者	≥40%	升高 20%	≥60%
合并糖尿病的心衰患者中 SGLT2 抑制剂出院使用率	合并糖尿病的心衰患者	≥50%	升高 20%	≥70%
1 周随访率	心衰患者	≥60%	升高 20%	≥80%
1 月随访率	心衰患者	≥40%	升高 20%	≥60%
3 月随访率	心衰患者	≥30%	升高 20%	≥50%
一年随访率	心衰患者	≥30%	升高 20%	≥50%
随访 HFrEF 患者使用 ARNI/ACEI/ARB	HFrEF	≥60%	升高 20%	≥80%
随访 HFrEF 患者使用 β 受体阻滞剂	HFrEF	≥60%	升高 20%	≥80%
随访 HFrEF 患者使用 MRA	HFrEF	≥60%	升高 20%	≥80%
随访 HFrEF 患者使用 SGLT2 抑制剂	HFrEF	≥40%	升高 20%	≥60%
随访合并糖尿病的心衰患者中 SGLT2 抑制剂随访使用率	合并糖尿病的心衰患者	≥50%	升高 20%	≥70%
随访有房颤的心衰患者使用抗凝治疗	合并房颤的心衰患者	≥40%	升高 20%	≥60%
随访 HFrEF 患者使用 ARNI/ACEI/ARB 剂量达标率	HFrEF	≥40%	升高 20%	≥60%
随访 HFrEF 患者使用 β 受体阻滞剂剂量达标率	HFrEF	≥40%	升高 20%	≥60%
30 天再入院率	心衰患者		下降	下降
1 年再入院率	心衰患者		下降	下降
出院后 30 天死亡率	心衰患者		下降	下降
出院后 1 年死亡率	心衰患者		下降	下降

注：BNP：B型利钠肽；NT-proBNP：N末端B型利钠肽原；ACEI：血管紧张素转换酶抑制剂；ARB：血管紧张素II受体拮抗剂；ARNI：血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂；MRA：醛固酮受体拮抗剂；SGLT2：钠-葡萄糖共转运蛋白2；HFrEF：射血分数降低的心衰。

附 录 B

（规范性）

基层版心衰中心质控指标要求

表B.1 基层版心衰中心质控指标要求

考核指标	对象	心衰建设中心（至少填报 3 个月）	改进趋势（3 月）	心衰中心（至少填报 6 个月）
心衰诊治例数	心衰患者	>70 例		>100 例
诊断使用超声心动图	心衰患者	≥60%	升高 20%	≥80%
诊断使用 BNP 或 NT-proBNP	心衰患者	≥60%	升高 20%	≥80%
出院前 HFrEF 患者使用 ARNI/ACEI/ARB	HFrEF	≥60%	升高 20%	≥80%
出院前 HFrEF 患者使用β受体阻滞剂	HFrEF	≥60%	升高 20%	≥80%
出院前 HFrEF 患者使用 MRA	HFrEF	≥60%	升高 20%	≥80%
出院前 HFrEF 患者使用 SGLT2 抑制剂	HFrEF	≥20%	升高 20%	≥40%
有房颤的心衰患者使用抗凝治疗	合并房颤的心衰患者	≥30%	升高 20%	≥50%
合并糖尿病的心衰患者中 SGLT2 抑制剂出院使用率	合并糖尿病的心衰患者	≥50%	升高 20%	≥70%
1 周随访率	心衰患者	≥60%	升高 20%	≥80%
1 月随访率	心衰患者	≥40%	升高 20%	≥60%
3 月随访率	心衰患者	≥30%	升高 20%	≥50%
一年随访率	心衰患者	≥30%	升高 20%	≥50%
随访 HFrEF 患者使用 ARNI/ACEI/ARB	HFrEF	≥60%	升高 20%	≥80%
随访 HFrEF 患者使用β受体阻滞剂	HFrEF	≥60%	升高 20%	≥80%
随访 HFrEF 患者使用 MRA	HFrEF	≥60%	升高 20%	≥80%
随访 HFrEF 患者使用 SGLT2 抑制剂	HFrEF	≥30%	升高 20%	≥50%
随访合并糖尿病的心衰患者中 SGLT2 抑制剂随访使用率	合并糖尿病的心衰患者	≥50%	升高 20%	≥70%
随访有房颤的心衰患者使用抗凝治疗	合并房颤的心衰患者	≥30%	升高 20%	≥50%
随访 HFrEF 患者使用 ARNI/ACEI/ARB 剂量达标率	HFrEF	≥40%	升高 20%	≥60%
随访 HFrEF 患者使用β受体阻滞剂剂量达标率	HFrEF	≥40%	升高 20%	≥60%
30 天再入院率	心衰患者		下降	下降
1 年再入院率	心衰患者		下降	下降
出院后 30 天死亡率	心衰患者		下降	下降
出院后 1 年死亡率	心衰患者		下降	下降

注：BNP：B 型利钠肽；NT-proBNP：N 末端 B 型利钠肽原；ACEI：血管紧张素转换酶抑制剂；ARB：血管紧张素 II 受体拮抗剂；ARNI：血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂；MRA：醛固酮受体拮抗剂；SGLT2：钠-葡萄糖共转运蛋白 2；HFrEF：射血分数降低的心衰。

参 考 文 献

[1] 中华医学会心血管病学分会,中国医师协会心血管内科医师分会,等.中国心力衰竭诊断和治疗指南
[2] 中华医学会心血管病学分会心衰学组.慢性心力衰竭基层诊疗指南（实践版）[J].中华全科医师杂志,2023.
[3] 国家心血管病中心.中国心血管健康与疾病报告2023[M].北京:中国大百科全书出版社,2024.