ICS 11.020
CCS C 05

团　　体　　标　　准

T/CADERM XXXX—2026

卓越高血压中心建设与评估规范

Specification for construction and evaluation of excellence hypertension 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
4.1　建设目标 2
4.2　建设原则 2
4.3　建设要素 2
5　基本条件与资质 2
5.1　组织架构 2
5.2　专科条件 3
5.3　数据管理 3
6　复杂高血压救治规范与流程 4
6.1　区域协同救治规范与流程 4
6.2　重点病种救治规范与流程 4
6.3　培训教育 5
7　持续改进 6
7.1　关键质控指标设定 6
7.2　持续改进效果评价 6
7.3　持续区域辐射 7
7.4　卓越高血压中心质控指标参考表 7
附　录　A（规范性）卓越高血压中心评估申请材料清单 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。

本文件为首次发布。

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。

本文件由中国医学救援协会心血管急救分会提出。

本文件由中国医学救援协会归口。

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、高血压达标中心专家委员会

本文件主要起草人：

（按姓氏笔画排序）

[起草人名单待补充]

引　言

高血压是我国最常见的慢性病，也是心脑血管病发病和死亡最重要的危险因素。根据世界卫生组织（WHO）2025年《全球高血压报告》，全球高血压患者已达27亿，中国成人高血压患病率约为29%，知晓率57%，治疗率43%，控制率仅为18%。高血压导致的脑卒中、心肌梗死、心力衰竭及慢性肾脏病等主要并发症，不仅致残、致死率高，而且严重消耗医疗和社会资源，给家庭和国家造成沉重负担。

近些年来，我国积极开展高血压达标中心建设和评估，旨在规范高血压诊治和管理，提高高血压患者治疗率和控制率。截至2026年8月，全国已有6400余家医院注册加入高血压达标中心，通过评估的医联体达630家，初步构建了覆盖全国的高血压区域协同管理网络。然而，当前高血压管理的难点和"残余风险"主要集中于高血压急症与亚急症、未控制/难治性高血压及继发性高血压等复杂高血压人群。基层医疗机构对复杂高血压认知不足，导致大量患者未被及时上转；即便上转至综合医院，也常因缺乏高效的多学科协作（MDT）机制而导致患者诊疗延误；部分医院因诊疗技术条件和能力受限，也会造成复杂高血压患者得不到及时规范的诊治。

为应对我国当前高血压管理面临的挑战，切实提升复杂高血压的诊疗管理水平，高血压达标中心专家委员会组织制定《卓越高血压中心建设与评估规范》。在已经建立高血压达标中心区域协同管理网络基础上，推动具有复杂高血压诊疗技术与能力的医院发挥区域辐射作用，以区域协同、多学科协作为核心，为复杂高血压患者提供更精准的诊疗和更高效的管理体系，实现区域人群血压达标率的整体飞跃和心脑血管事件发生率的有效下降。

卓越高血压中心建设与评估规范共包含三大要素：基本条件与资质、复杂高血压救治规范与流程、持续改进。本文件旨在为各级医疗机构开展卓越高血压中心建设提供统一规范和技术依据，为评估提供标准化参考。

卓越高血压中心建设与评估规范

1 范围

本文件规定了卓越高血压中心建设与评估的基本条件与资质、复杂高血压救治规范与流程、持续改进等要求。

本文件适用于申请卓越高血压中心评估的医疗机构的制度建设、流程优化和持续质量改进，亦适用于专家委员会对申请单位的评估。

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。

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

中国高血压防治指南（2024年修订版）

中国高血压临床实践指南

高血压达标中心建设与评估标准

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

卓越高血压中心 excellence hypertension center

在具备复杂高血压（高血压急症与亚急症、未控制/难治性高血压、继发性高血压）诊疗技术与能力，能够承担本院复杂高血压救治与诊疗管理，并带动区域复杂高血压诊疗能力提升的医疗机构。

3.2

复杂高血压 complex hypertension

包括高血压急症与亚急症、未控制/难治性高血压及继发性高血压等需要多学科协作诊疗的高血压类型。

3.3

高血压急症 hypertensive emergency

血压严重升高（通常收缩压≥180mmHg和/或舒张压≥120mmHg），同时伴有急性靶器官损害（如高血压脑病、颅内出血、急性心力衰竭、急性冠脉综合征、主动脉夹层、子痫等），需要立即进行降压治疗和靶器官保护的临床急症。

3.4

高血压亚急症 hypertensive urgency

血压严重升高但不伴有急性靶器官损害，通常不需要立即静脉降压治疗，但应在24小时～48小时内使血压逐步降至安全水平的临床状况。

3.5

未控制/难治性高血压 uncontrolled/resistant hypertension

在改善生活方式的基础上，应用了3种或3种以上不同机制的降压药物（包括利尿剂）达到最大耐受剂量治疗后，血压仍未达标（诊室收缩压≥140mmHg和/或舒张压≥90mmHg），或使用4种及以上降压药物血压方能达标的高血压。未控制高血压是指使用降压药物但血压仍未达标的高血压。

3.6

多学科协作诊疗 multidisciplinary team (MDT)

由心血管内科、高血压专科、内分泌科、肾内科、神经内科、老年医学科、急诊科、超声科、放射科、核医学科、检验科、重症医学科、泌尿外科、临床药学、康复医学、营养学等多个学科组成，针对复杂高血压患者进行联合评估、诊断和治疗的协作诊疗模式。

4 总则

4.1 建设目标

卓越高血压中心旨在推动具有复杂高血压诊疗技术与能力的医院发挥区域辐射作用，以区域协同、多学科协作为核心，为复杂高血压患者提供更精准的诊疗和更高效的管理体系，实现区域人群血压达标率的整体飞跃和心脑血管事件发生率的有效下降。

4.2 建设原则

卓越高血压中心建设应遵循以下原则：

a） 以患者为中心，以区域协同为基础，以多学科协作为核心；

b） 在已建立高血压达标中心区域协同管理网络基础上进行建设；

c） 覆盖高血压急症与亚急症、未控制/难治性高血压及继发性高血压等复杂高血压人群的救治与诊疗管理；

d） 建立持续改进机制，通过数据驱动实现质量提升。

4.3 建设要素

卓越高血压中心建设与评估规范共包含三大要素：

a） 基本条件与资质：包括组织机构、专科条件及数据管理；

b） 复杂高血压救治规范与流程：包括区域协同救治、重点病种救治及培训教育；

c） 持续改进：包括关键质控指标设定、持续改进效果评价及持续区域辐射。

卓越高血压中心申请评估之前应满足基本条件与资质部分的全部条件。

5 基本条件与资质

5.1 组织机构

卓越高血压中心主要集中于高血压急症与亚急症、未控制/难治性高血压及继发性高血压等复杂高血压人群的救治与诊疗管理，承担本院复杂高血压人群救治与诊疗管理的同时，能够带动区域复杂高血压诊疗能力提升。因此，涉及到多个临床科室及医技科室的相互协作，需要成立专门的组织机构进行协调和管理，并有配套的管理制度保障持续运行。

5.1.1 专家委员会

医院应成立卓越高血压中心专家委员会，明确分工与职责：

a） 医院应发布正式文件，成立卓越高血压中心专家委员会，并明确委员会组成人员及其分工和职责，原则上应由医院院长或分管医疗的副院长担任主任。委员会成员应包括心内科、高血压专科团队、内分泌科、肾内科、神经内科、老年医学科、急诊科、妇产科、超声科、放射科、核医学科、检验科、重症医学科、泌尿外科医生；临床药师；康复师；营养师和秘书等。

b） 任命一名具有心血管内科专业背景，在区域内有一定学术影响力的主任医师担任卓越高血压中心医疗主任，该医师应具备较强的组织协调能力、专业技能，必须具备对高血压急症与亚急症、未控制/难治性及继发性高血压等复杂高血压患者进行诊断及救治的能力，负责复杂高血压多学科协作诊疗团队的管理与协调。

5.1.2 多学科协作诊疗团队

卓越高血压中心应组建以下多学科协作诊疗核心团队，并制定值班制度与响应机制：

a） 高血压急症与亚急症救治团队；

b） 未控制/难治性高血压多学科协作诊疗团队；

c） 继发性高血压多学科协作诊疗团队；

d） 高血压介入诊疗团队，包括经肾动脉去肾交感神经术（RDN）、肾上腺静脉取血（AVS）、肾动脉狭窄介入治疗、肾上腺介入等。

5.1.3 持续运行及管理制度

卓越高血压中心应建立涵盖人员管理、应急响应、值班、培训、质量控制及奖惩机制等方面的制度体系，以保障中心的常态化与规范化运作。

5.2 专科条件

5.2.1 科研能力

在高血压专科领域应具备一定的科研能力：

a) 团队成员发表过高血压相关SCI或中文核心期刊论文；

b) 团队成员在高血压领域主持或参与过市级以上科技项目或科研课题，或获得具有自主知识产权的高血压相关创新技术成果；

c) 团队成员在国内外学术大会上有过高血压相关壁报、专题发言或人才奖项；

d) 团队成员主持或参与过高血压领域的多中心研究、IIT研究、新药或新技术相关临床Ⅰ~Ⅲ期研究，或参与过高血压相关指南或共识制定。

5.2.2 高血压急症与亚急症救治能力

应具备高血压急症与亚急症救治能力：

a) 具备高血压脑病、颅内出血、脑梗死、急性心力衰竭、肺水肿、急性冠脉综合征、主动脉夹层、嗜铬细胞瘤危象、使用毒品（安非他明、可卡因、迷幻药等）、围手术期高血压、子痫等高血压急症的鉴别诊断及救治能力，制定多学科协作机制，使不同类型高血压急症及亚急症患者能依据专业指南得到及时合理的救治。

b) 近1年成功救治高血压急症或亚急症例数不少于50例。

5.2.3 未控制/难治性高血压诊治能力

应具备未控制/难治性高血压诊治能力：

a) 具备未控制/难治性高血压的排查、综合评估及治疗能力，制定多学科协作机制，使未控制/难治性高血压患者能依据专业指南得到及时合理的诊治。

b) 医院药房应全面覆盖不同机制的降压药物，确保五大类常规降压药（ACEI/ARB、CCB、利尿剂、β受体阻滞剂、α受体阻滞剂）及新机制药物的临床可及性，包括但不限于醛固酮合成酶抑制剂（ASI）、新型非甾体盐皮质激素受体拮抗剂（如非奈利酮）、SGLT2抑制剂、内皮素受体拮抗剂等。

c) 具备独立开展高血压介入诊治能力，包括可独立开展AVS、分侧肾静脉肾素测定、肾动脉造影等诊断性介入，以及RDN、肾动脉支架植入术/球囊成形术、选择性肾上腺动脉栓塞术等治疗性介入能力。

5.2.4 继发性高血压诊治能力

应具备原发性醛固酮增多症、嗜铬细胞瘤/副神经节瘤、肾动脉狭窄、肾实质性高血压、库欣综合征、主动脉狭窄、药物性高血压、阻塞性睡眠呼吸暂停综合征等继发性高血压的鉴别诊断及治疗能力，制定多学科协作机制，使不同类型继发性高血压患者能依据专业指南得到及时合理的诊治：

a) 具备血浆肾素活性或肾素浓度、血和24h尿醛固酮、血和尿皮质醇、血或尿儿茶酚胺、24h尿蛋白定量、24h尿电解质、点尿钠和肌酐等实验室检测条件；

b) 具备肾动脉超声、肾和肾上腺超声、肾上腺CT等影像学检测条件；

c) 具备核医学，如奥曲肽显像等检测条件；

d) 具备睡眠呼吸监测条件；

e) 具备肾动脉造影、肾上腺静脉取血、分侧肾静脉肾素测定等诊断性介入条件；

f) 具备肾动脉支架植入术/球囊成形术、腹腔镜下肾上腺切除术、选择性肾上腺动脉栓塞术、嗜铬细胞瘤术前栓塞及主动脉支架植入术等治疗性介入能力。

5.2.5 高血压专科门诊

应具有独立建制的高血压专科门诊（HIS上具有独立挂号代码且可溯源），每个工作日至少安排1名主治及以上职称的高血压专科医师出诊，年门诊量建议不少于2000人次，门诊应具备高血压相关检验检查的快速预约通道及患者教育专区。

5.3 数据管理

5.3.1 数据填报要求

根据卓越高血压中心数据管理要求，应提供至少6个月连续填报的数据以供评估。

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。

5.3.3 数据管理员与三级审核

应配备数据管理员一名（具备医学专业背景），并实施数据三级审核制度，确保上报数据的完整率达到95%及以上。

5.3.4 信息化手段辅助数据采集与管理

应采用智慧化数据管理工具（如具备检验报告图片识别、关键数据自动提取、异常值实时预警等功能），实现与卓越高血压中心数据库的无缝对接，提升数据填报效率与源头质控能力。

6 复杂高血压救治规范与流程

6.1 区域协同救治规范与流程

6.1.1 远程会诊制度

应与基层网络医院建立远程会诊制度：

a) 建立区域协同体系下的复杂高血压诊治信息共享平台及响应机制。

b) 制定远程复杂高血压识别及鉴别诊断流程，包括本院及基层网络医院对复杂高血压患者进行识别和鉴别诊断的流程图，流程图对启动远程会诊时间、响应时间有明确要求，且应根据实际运行情况适时调整。

c) 针对基层网络医院接诊的疑诊或确诊复杂高血压患者，可通过远程信息共享平台实时传输血压等关键数据，并在24h内完成远程会诊。

d) 近1年为区域内基层网络医院提供复杂高血压远程会诊不少于20例，平均响应时间不超过24h；会诊内容需包含高血压急症与亚急症救治指导、未控制/难治性高血压综合诊疗评估、继发性高血压综合诊疗评估等高级技术支持。

6.1.2 区域辐射

应具备区域辐射能力：

a) 与不少于6家高血压达标中心单位签订转诊协议，在复杂高血压诊治信息共享平台实现远程会诊、影像传输及实时生命体征监测。

b) 近1年接收基层医院转诊的复杂高血压患者不少于50例，转运成功率不低于80%；建立区域复杂高血压患者转诊"绿色通道"，转诊平均响应时间不超过24h。

6.1.3 人员熟悉度

卓越高血压中心一线医务人员应熟悉复杂高血压区域协同救治流程。

6.2 重点病种救治规范与流程

6.2.1 高血压急症与亚急症救治规范与流程

应制定高血压急症与亚急症救治规范与流程：

a) 制定"快速评估—病史询问—靶器官损害评估（脑、心脏、肾脏、其他）—辅助检查"四步评估流程。

b) 制定“立即监护—静脉用药—过渡治疗”三步救治流程：

——立即监护：进入监护室（ICU/CCU），持续监测生命体征。

—— 静脉用药：首选静脉降压药物迅速平稳阶梯式降压，根据受累靶器官选择药物：

- 通用/常用：乌拉地尔、尼卡地平、拉贝洛尔；

- 合并急性心力衰竭/急性冠状动脉综合征：硝酸甘油、硝普钠（注意氰化物中毒风险）；
- 主动脉夹层：β受体阻滞剂（如艾司洛尔）为基础，联合硝普钠或乌拉地尔；
- 子痫前期/子痫：硫酸镁、拉贝洛尔、乌拉地尔。

——过渡治疗：血压稳定后，逐渐过渡到口服降压药，并找出导致急症的原因。

6.2.2 未控制/难治性高血压诊治规范与流程

应制定未控制/难治性高血压诊治规范与流程：

6.2.2.1 制定未控制/难治性高血压诊断流程，指导一线人员尽快确诊：

a) 排查假性难治性高血压：如白大衣效应、血压测量方法不正确、药物依从性差、使用影响降压药效果的药物、药物使用剂量不足、联合治疗方案不合理以及治疗时间不充分等。

b) 筛查继发性因素：包括肾脏疾病（肾实质性高血压、肾动脉狭窄）、内分泌疾病（原发性醛固酮增多症、嗜铬细胞瘤/副神经节瘤、库欣综合征等）、心血管病变（主动脉瓣关闭不全、主动脉狭窄等）、药物性高血压以及阻塞性睡眠呼吸暂停综合征等；此外应警惕心理因素导致难以控制的血压升高。

6.2.2.2 制定未控制/难治性高血压治疗流程，指导一线人员规范治疗：

a) 强化治疗性生活方式干预：强调控盐和运动、减重，加强对患者的精神、情绪因素管理。

b) 应用可耐受的足量、长效降压药控制血压。

c) 采用优化的药物联合方案以及最大可耐受的治疗剂量，血压不达标患者可加用盐皮质激素受体拮抗剂（肾功能、血钾水平允许的情况下）、β受体阻滞剂、α受体阻滞剂、复方利血平氨苯蝶啶片、其他中枢神经系统拮抗药或其他新机制降压药物（如ASI）等。依据《中国高血压防治指南（2024）》，建议每2周～4周评估一次治疗效果，及时调整治疗方案。

d) 对伴有糖尿病及慢性肾脏病的难治性高血压患者，如无禁忌证可考虑加用SGLT2抑制剂，对肥胖者可加GLP-1受体激动剂。对合并慢性肾脏病（eGFR 25 mL/min/1.73m?～60 mL/min/1.73m?）和2型糖尿病的难治性高血压患者，如无禁忌证，推荐优先加用非奈利酮（非甾体MRA），具有降压及心肾保护双重获益。

e) 对于不能耐受药物治疗或使用多种药物血压仍控制不佳的患者，可以考虑进行RDN手术治疗。

6.2.3 继发性高血压诊治规范与流程

应制定以下继发性高血压诊治规范与流程：

a) 制定肾实质性高血压的诊断及治疗流程图；
b) 制定肾动脉狭窄相关高血压的诊断及治疗流程图；
c) 制定主动脉狭窄相关高血压的诊断及治疗流程图；
d) 制定阻塞性睡眠呼吸暂停综合征相关高血压的诊断及治疗流程图；
e) 制定药物性高血压的诊断及治疗流程图；
f) 制定原发性醛固酮增多症相关高血压的诊断及治疗流程图；
g) 制定嗜铬细胞瘤和副神经节瘤相关高血压的诊断及治疗流程图；
h) 制定库欣综合征相关高血压的诊断及治疗流程图。

6.3 培训教育

6.3.1 复杂高血压 MDT 研讨会

应定期开展复杂高血压MDT研讨会培训。定期组织全院范围的复杂高血压联合查房/病例讨论培训活动（至少每个月1次），通过实施多学科协作培训项目及复杂高血压技术专项研修班等方式，确保培训体系辐射至本中心及区域协同网络医院，并涵盖心内科、高血压专科、内分泌科、肾内科、神经内科、老年科、急诊科、影像科、检验科、重症医学科、泌尿外科医生。

6.3.2 复杂高血压识别与分级转诊培训

应定期组织复杂高血压识别与分级转诊规范培训班。定期组织区域内高血压达标中心牵头医院及卫星医院，开展复杂高血压识别、手术指征把握与转诊流程的专项培训（至少每半年1次）。培训重点包括：

a） 高血压急症与亚急症的鉴别诊断与救治；
b） 未控制/难治性高血压的排查、综合评估及治疗；
c） 未控制/难治性高血压的长期管理；
d） 继发性高血压的鉴别诊断及治疗；
e） 高血压相关诊断性介入及治疗性介入技术；
f） 区域复杂高血压的远程会诊及转诊。

通过培训，明确基层医疗机构在首诊、稳定期管理、紧急处置及向上转诊中的指征、时机与流程，构建高效顺畅的转诊通道，确保患者在最佳时机获得相应层级的诊疗服务。

6.3.3 基层医院培训

应培训基层医院复杂高血压诊疗能力：

a） 近1年接收区域内基层医院心血管专科进修人员不少于5名，每进修人员进修时长不少于3个月。
b） 带教内容需包含复杂高血压诊疗规范、未控制/难治性高血压诊疗、高血压诊疗相关介入技术基础等。

7 持续改进

持续改进是卓越高血压中心评估的核心价值，要求卓越高血压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。

7.1 关键质控指标设定

应根据当前的实际情况确定本中心关键质控指标及质量改进计划，例如：

a） 高血压急症或亚急症患者院内死亡率、90天内死亡率及再住院率呈下降趋势；
b） 未控制/难治性高血压患者定期随访、方案调整及持续改进比例；
c） 未控制/难治性高血压患者使用新型降压药物和/或RDN治疗率呈增加趋势；
d） 继发性高血压诊断性介入和治疗性介入技术实施率呈增加趋势。

7.2 持续改进效果评价

7.2.1 质量改进计划

应制订促进流程改进和质量改进的计划，制订计划后付诸实施，总结指标改进趋势。卓越高血压中心在提交评估前应进行自我评估，数据趋势应显示以下指标的改进或达标：

a） 医联体院内高血压患者血压达标率呈现提高趋势；
b） 医联体内指南推荐的单片复方制剂使用率呈现提高趋势；
c） 医联体内随访率（血压未达标患者每2周～4周随访1次，血压已达标患者每1个月～3个月随访1次）有提高趋势；
d） 收治非本地区危急重症高血压患者的比例呈现提高趋势；
e） 高血压急症或亚急症、难治性高血压、继发性高血压等复杂高血压患者诊治数量呈增加趋势；
f） 区域协同转诊效率提升，转运时间缩短。

7.2.2 主要效果评价方式

应建立以下效果评价方式：

7.2.2.1 质量分析会制度

质量分析会旨在通过对卓越高血压中心运行过程中的阶段性宏观数据进行系统分析，总结经验成效，识别存在问题，并制定针对性改进措施，以实现复杂高血压患者管理质量的持续提升。会议由卓越高血压中心医疗主任或指定负责人主持，核心科室人员（如心内科、高血压专科、急诊科、超声科、放射科、核医学科、检验科、重症医学科、药学等）应参加。制度需明确规定会议主持与参与人员、召开

频次（原则上不超过3个月一次）、会议时长及核心分析内容，确保分析会规范、定期开展并取得实效。申请评估时应提交制度原件，并至少上传2次质量分析会会议记录。

7.2.2.2 典型病例讨论会制度

本制度旨在围绕复杂高血压患者的诊疗过程开展深入讨论，通过多学科协作分析典型病例，总结经验教训，优化个体化治疗方案，提升中心整体救治能力与临床决策水平。制度需明确规定病例讨论会的组织规则，包括：会议主持（建议由高年资高血压专家担任）、参与人员范围（需涵盖心内科、高血压专科、急诊科、影像科、检验科、重症医学科、药学等相关科室）、召开频次（原则上每2个月至少一次）、会议时长与具体流程（如病例汇报、多学科讨论、总结决议等环节），确保讨论规范、高效并形成可落实的诊疗共识。申请评估时应提交制度原件，并至少上传3次典型病例讨论会会议记录。

7.3 持续区域辐射

7.3.1 大会经验分享

近1年在国家级/省级心血管学术会议中，以第一讲者身份做复杂高血压患者管理相关专题报告不少于2次；或作为大会主席/论坛主持人不少于1次。

7.3.2 基层新技术推广

a) 近1年面向区域内基层医院组织开展复杂高血压患者管理专项技术培训班不少于3场，覆盖不少于10家基层医院，培训人数不少于50人。

b) 培训技术需包含复杂高血压诊疗规范、未控制/难治性高血压管理、高血压诊疗相关介入技术基础操作规范等。

7.4 卓越高血压中心质控指标参考表

卓越高血压中心质控指标参考表见表1。

表1 卓越高血压中心质控指标参考表

考核指标	对象	改进趋势
高血压患者血压达标率	高血压患者	升高
指南推荐的单片复方制剂使用率	高血压患者	升高
血压未达标患者随访率（每 2 周～4 周随访 1 次）	高血压患者	升高
血压已达标患者随访率（每 1 个月～3 个月随访 1 次）	高血压患者	升高
高血压患者上下转诊率	高血压患者	升高
高血压急症或亚急症、难治性高血压及继发性高血压诊治例数	高血压患者	增加
院内死亡率	高血压急症或亚急症患者	下降
90 天内死亡率	高血压急症或亚急症患者	下降
90 天内再住院率	高血压急症或亚急症患者	下降

诊断性介入技术实施率	继发性高血压患者	升高
治疗性介入技术实施率	继发性高血压患者	升高
收治非本地区高血压患者的比例	高血压患者	升高

附 录 A
（规范性）
卓越高血压中心评估申请材料清单

卓越高血压中心评估申请材料清单见表A.1。

表A.1 卓越高血压中心评估申请材料清单

序号	所属章节	材料名称	核查方式
1	5.1.1	卓越高血压中心任命文件并盖医院公章扫描件	资料审核
2	5.1.1	卓越高血压中心专家委员会人员的专业资格证书及职称证书扫描件	资料审核
3	5.1.2	各多学科协作团队人员分工、响应机制及值班制度扫描件	资料审核
4	5.1.2	多学科协作讨论、多学科协作会诊的活动记录	资料审核
5	5.1.3	卓越高血压中心各项管理制度扫描件	资料审核
6	5.2.1	科研能力相关证明材料（论文、课题、学术会议、研究项目等）	资料审核
7	5.2.2	高血压急症与亚急症救治的多学科协作机制	资料审核
8	5.2.2	近一年度成功救治高血压急症与亚急症病例不少于50例的统计证明	资料审核
9	5.2.3	未控制/难治性高血压诊治的多学科协作机制	资料审核
10	5.2.3	本院药房能够开具新机制降压药物以及本院具备高血压介入手术能力的证明	资料审核
11	5.2.4	本院具备继发性高血压诊断条件及治疗能力的证明材料	资料审核+现场核查
12	5.2.5	本院具备高血压专科门诊、门诊量不少于2000人次的证明材料	资料审核+现场核查
13	5.3.1	数据在线查看（数据库连续填报不少于6个月）	数据库在线查看
14	5.3.2	数据管理制度的扫描件	资料审核
15	5.3.3	管理员相关资料（教育背景、培训证书等）	资料审核

16	5.3.4	智慧化数据管理工具功能截图、数据对接证明等	资料审核
17	6.1.1	远程复杂高血压识别及鉴别诊断流程图	资料审核
18	6.1.1	至少 20 例与基层网络医院进行沟通协调及信息共享的复杂高血压实例证明	资料审核
19	6.1.2	转诊合作协议扫描件	资料审核
20	6.1.2	接收基层医院转诊的复杂高血压实例证明	资料审核
21	6.1.3	一线医务人员熟悉复杂高血压区域协同救治流程	现场核查
22	6.2.1	高血压急症与亚急症相关评估及救治流程图	资料审核
23	6.2.2	未控制/难治性高血压诊断流程图及治疗流程图	资料审核
24	6.2.3	继发性高血压的诊断及治疗流程图	资料审核
25	6.3.1	MDT 研讨会培训计划、讲稿、记录、签到表、照片	资料审核
26	6.3.2	识别与分级转诊培训班培训计划、讲稿、记录、签到表、照片	资料审核
27	6.3.3	培训材料（PPT、视频、照片、纸质资料）；进修协议、结业证书、带教计划及进修人员考核记录	资料审核
28	7.1	关键质控指标数据（通过高血压达标中心质控平台核查）	质控平台核查
29	7.2.2.1	质量分析会制度原件扫描件；至少 2 次质量分析会会议记录（含签到表、现场照片等）	资料审核
30	7.2.2.2	典型病例讨论会制度原件扫描件；至少 3 次典型病例讨论会会议记录（含签到表、现场照片等）	资料审核
31	7.3.1	会议邀请函、讲者证明、专题报告 PPT 扫描件	资料审核
32	7.3.2	培训课件、签到表、覆盖医院名单及培训现场照片	资料审核

参 考 文 献

[1] 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
[2] 世界卫生组织（WHO）.全球高血压报告[R].日内瓦：WHO，2025.
[3] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南（2024年修订版）[J].中华高血压杂志，2024.
[4] 中国医学救援协会. T/CADERM 2024—2025 卓越胸痛中心建设与评估规范[S]. 2025.
[5] Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension[J]. European Heart Journal, 2018, 39(33): 3021-3104.
[6] Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults[J]. Hypertension, 2018, 71(6): e13-e115.