ICS 11.020
CCS C 05

团　　体　　标　　准

T/CADERM XXXX—2026

高血压达标中心建设评估与再评估规范

Specification for the Construction Evaluation and Re-evaluation of Hypertension Target 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　缩略语 2
5　总则 2
6　基本条件与资质 2
6.1　医联体组织机构 2
6.2　专科条件 3
6.3　随访数据库填报与管理 4
7　高血压患者的诊治与管理 4
7.1　牵头医院 4
7.2　卫星医院 6
7.3　高血压预防 7
8　培训与教育 7
8.1　牵头医院组织的培训 7
8.2　对卫星医院的培训 7
8.3　高血压患者的健康教育 7
9　持续改进 8
9.1　质量改进计划和措施 8
9.2　持续改进效果评价 8
10　再评估申请要求 9
10.1　申请条件 9
10.2　申请材料 9
11　再评估流程、方法和内容 9
11.1　再评估流程 9
11.2　再评估方法 9
11.3　再评估内容 10
附　录　A （规范性）高血压达标中心建设评估上传材料清单汇总表 12
附　录　B （规范性）高血压达标中心再评估细则表 13
参　考　文　献 14

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》给出的规则起草。

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、北京大学第一医院、北京大学人民医院、山东大学齐鲁医院、四川大学华西医院、广东省人民医院、云南阜外心血管病医院、山西医科大学第一医院、大连医科大学附属第一医院、浙江大学医学院附属第二医院、中南大学湘雅三医院、新疆维吾尔自治区人民医院、南昌大学第二附属医院、河南省人民医院、北京医院、昆明市第一人民医院、西安交通大学医学院第一附属医院、青海大学附属医院、四川省人民医院、包头医学院第二附属医院、华中科技大学同济医学院附属协和医院、中国医学科学院阜外医院、福建医科大学附属第一医院、复旦大学附属中山医院徐汇医院、青岛大学附属医院、兰州大学第二医院、中南大学湘雅三医院、哈尔滨医科大学附属第二医院、四川大学华西医院、上海市第十人民医院、苏州大学附属第四医院。

本文件主要起草人：霍勇、孙宁玲、卜培莉、陈晓平、陈源源、冯颖青、郭子宏、韩清华、姜一农、蒋峻、蒋卫红、李南方、李萍、刘敏、刘蔚、马娟、牟建军、任明、舒燕、孙刚、汪朝晖、王鸿懿、王增武、谢良地、杨靖、于海初、余静、袁洪、张烁、张新军、张岩、张毅、张宇清、周亚峰。

本文件包含两部分内容：第一篇为高血压达标中心建设评估标准，规定了高血压达标中心建设的基本条件与资质、高血压患者的诊治与管理、培训与教育、持续改进等要求；第二篇为高血压达标中心再评估标准，规定了已通过评估的医联体单位在有效期届满后的再评估申请要求、流程、方法和内容。两部分内容相互衔接、互为补充，共同构成高血压达标中心从建设评估到持续改进的完整标准化管理体系。

引　言

高血压是最常见的慢性病，也是心脑血管病最主要的危险因素。据不完全统计，我国目前成人高血压患病人数约2.45亿，18岁以上成人高血压患病率为27.9%，约每10个成年人中有3个高血压患者。高血压的患病率总体呈增高趋势，近年来中青年人群中高血压患病率上升趋势更明显。我国高血压知晓率、治疗率、控制率虽已取得一定进步，但总体仍处于较低水平，分别达到51.6%、45.8%、16.8%。高血压已成为我国心血管疾病负担的首要危险因素。

为全面落实"健康中国2030"战略目标，需将院内规范治疗与院外规范随访并重，优化高血压疾病的全程管理。高血压达标中心建设的基本理念是：在具备高血压规范化诊疗条件基础上，以综合实力较强的牵头医院为核心，通过医疗资源的整合，与基层医院形成良好的双向转诊制度，使得疑难诊治在三级、慢病管理在基层，进一步提高我国高血压整体诊疗水平。

近期中外高血压指南相继更新，对高血压的诊断、危险分层、治疗与长期随访等疾病管理内容作出详细推荐，同时更加强调了分型、分期、分级综合诊治理念，为院内及院外血压管理提出了更高要求。由此，制定本团体标准对于规范高血压达标中心的建设与评估、提高高血压患者随访管理水平和血压达标率具有重要意义。

持续改进是高血压达标中心规范运行的精髓。在通过首次评估后，高血压达标中心应继续按照评估标准保持高效的流程运作、精确的数据管理，进一步提高高血压相关疾病的防治管理水平。为持续规范高血压达标中心的工作，对已通过评估的单位进行后续监督和管理，高血压达标中心专家委员会建立了再评估机制。

本文件由两部分组成：第一篇为建设评估标准，涵盖基本条件与资质、高血压患者的诊治与管理、培训与教育、持续改进四个要素；第二篇为再评估标准，涵盖高血压达标中心的常态化运行与管理、数据库的评估与审查、持续改进效果三个要素。

高血压达标中心建设评估与再评估规范

1 范围

本文件规定了高血压达标中心建设评估的基本条件与资质、高血压患者的诊治与管理、培训与教育、持续改进等要求，以及已通过评估的医联体单位在有效期届满后的再评估申请要求、流程、方法和内容。

本文件适用于高血压达标中心的建设、评估与验收工作，以及已通过评估的医联体单位的再评估工作。

2 规范性引用文件

下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本文件。凡是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

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

高血压达标中心 Standardized Hypertension Center

以具备高血压规范化诊疗条件的二级及以上医院为牵头医院，联合至少 3 家卫星医院（二级医院、一级医院或社区卫生服务中心）共同组成的医联体/医共体组织，通过医疗资源整合与双向转诊制度，实现高血压患者规范化诊疗和长期管理的医疗机构协作体系。

3.2

牵头医院 leading hospital

在高血压达标中心医联体/医共体中承担核心诊疗和管理职能的二级及以上医院，负责难治性高血压、高血压合并多种危险因素等复杂疑难病例的诊治，并为本区域内其他医疗机构提供继续教育和技术支持。

3.3

卫星医院 satellite hospital

在高血压达标中心医联体/医共体中与牵头医院签署合作协议的基层医疗机构，包括二级医院、一级医院或社区卫生服务中心，负责高血压患者的日常诊疗、随访管理和健康教育。

3.4

双向转诊 two-way referral

牵头医院与卫星医院之间建立的患者上转（基层向上级转诊疑难、复杂病例）和下转（上级向基层转回病情稳定的随访患者）的制度化流程。

3.5

血压达标率 blood pressure control rate

在管理期间血压控制在目标范围（通常为<140/90 mmHg，特殊人群根据相关指南确定）内的高血压患者数占全部管理的高血压患者数的百分比。

3.6

单片固定复方制剂 single-pill combination

将两种或两种以上不同作用机制的降压药物按固定剂量组合制成单片制剂的药物，用于提高患者服药依从性和血压达标率。

3.7

随访数据库 follow-up database

高血压达标中心用于管理患者诊疗和随访数据的电子化信息平台，支持患者数据的标准化填报、随访数据的规范化采集和数据质量的评估与核查。

3.8

再评估　re-accreditation

对已通过高血压达标中心评估且在有效期内的医联体单位，按照本文件规定对其常态化运行、数据管理及持续改进情况进行再次评估的过程。

3.9

有效病例　valid case

在高血压达标中心数据填报平台中已完整填报、已归档且符合填报要求的高血压门诊或住院病例。失访或死亡病例不纳入有效病例总数统计。

3.10

在线审查　online review

高血压达标中心评估专家通过数据填报平台对申报单位数据库进行的远程审查，包括病例填报完整性、准确性与及时性评估。

3.11

飞行检查　unannounced inspection

对数据库在线审查存疑的单位，由高血压达标中心专家委员会组织实施的现场飞行检查。

3.12

质控指标　quality control indicators

用于评价高血压达标中心运行质量和持续改进效果的关键指标，包括血压达标率、单片复方制剂使用率、随访率、转诊率等。

4　缩略语

下列缩略语适用于本文件。

HTN：高血压　hypertension

MDT：多学科团队　multi-disciplinary team

SPC：单片复方制剂　single-pill combination

5　总则

5.1　高血压达标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。

5.2　高血压达标中心应以牵头医院为核心，通过医联体/医共体协作机制，实现高血压患者分级诊疗和全程管理，持续提升区域高血压防控水平。

5.3　高血压达标中心应建立多学科协作机制，整合心血管内科、神经内科、内分泌科、肾内科、老年病科等学科资源，优化高血压诊疗和管理流程。

5.4　高血压达标中心应建立信息化管理平台和持续质量改进机制，通过数据驱动的管理和评价，不断提升高血压患者的治疗率和控制率。

5.5　高血压达标中心应注重院内外一体化管理，充分发挥基层医疗机构在高血压长期随访和健康管理中的作用，实现院内规范治疗与院外规范随访的有效衔接。

6　基本条件与资质

6.1　医联体组织机构

高血压达标中心是专门为具备医联体/医共体建设任务的医院而设置，该医联体/医共体组织应包括1家牵头医院（应为二级及以上医院）和至少3家卫星医院（可为二级医院、一级医院或社区卫生服务中心）。卫星医院应与牵头医院优先建立紧密型医联体/医共体关系。

6.1.1　合作协议

牵头医院应与至少3家卫星医院签署正式的高血压达标中心建设合作协议，协议内容应包括联合诊治、双向转诊高血压患者、共同推进高血压达标中心建设等。

6.1.2 承诺函

牵头医院与卫星医院应联合发布关于支持高血压达标中心建设的承诺函，承诺函应包括以下内容：

6.1.2.1 分配相应人力、设备和财政资源，做好监察、考核、质量控制等工作，确保高血压达标中心规范化运行；

6.1.2.2 优化高血压诊疗过程中所涉及到的院内标识、门急诊布局等，对医院各部门以及牵头医院与卫星医院之间的工作流程和管理制度进行相应调整以适应流程优化需求；

6.1.2.3 支持并协助高血压达标中心实施各类培训计划。

6.1.3 组织架构与人员配置

医联体医院应共同发布正式文件成立高血压达标中心及高血压达标中心专家委员会，具体要求如下：

6.1.3.1 由牵头医院院长或医疗副院长分管高血压达标中心，主持高血压达标中心的建设和重大决策；

6.1.3.2 由牵头医院正式任命一名具有心血管内科专业背景的高级职称医师担任高血压达标中心医疗主任，该医师应具备较强的组织协调能力、专业技能，具备对高血压患者进行诊断及救治（含紧急处理及长期治疗）的能力；

6.1.3.3 组建高血压达标中心专家委员会，专家委员会成员应具有较高学术造诣，熟知高血压基础与临床研究现状，具有较强的组织能力；成员组成可由牵头医院及卫星医院的心内科、神经内科、内分泌科、肾内科、老年病科、普内科、泌尿外科、急诊科等学科的专家参与，每家卫星医院的对应科室主任均应参与专家委员会；

6.1.3.4 牵头医院及每家卫星医院均应设秘书 1 人，负责协调医联体之间及各学科之间的工作；

6.1.3.5 应明确各成员在高血压达标中心的工作职责。

6.2 专科条件

6.2.1 牵头医院

6.2.1.1 心血管内科

牵头医院心血管内科专业应在区域内为优势学科，具有从事高血压及相关专业的执业医师团队，其中至少应有1名副高及以上医师、2名中级职称医师，能为本地区其他医疗机构提供难治性高血压、高血压合并多种危险因素等复杂疑难病例诊治以及继续教育等服务和支持。

6.2.1.2 信息共享平台

应建立包括远程实时传输血压数据及靶器官损害筛查结果、微信群、手机短信等形式的信息共享平台。该信息共享平台至少应与周边3家及以上的卫星医院实现信息共享，以便及时为高血压患者提供双向转诊、远程会诊等服务。

6.2.1.3 检查条件

应具备以下检查条件：血液生化检查及血尿电解质检查，心电图、动态心电图、动态血压监测仪、超声心动图、颈动脉多普勒超声、脉搏波传导速度、踝臂指数、尿微量蛋白/肌酐、尿白蛋白定量、眼底检查等。有条件时宜具备计算机断层扫描血管成像（CTA）、磁共振血管成像（MRA）等检查条件。

6.2.1.4 门诊与病房

6.2.1.4.1 每周至少有 1 个工作日的高血压专病/专科门诊；

6.2.1.4.2 病房具备不少于 5 张高血压床位的条件。

6.2.1.5 患者教育场所

应具备专门的患者教育场所条件。

6.2.2 卫星医院

6.2.2.1 专科能力

卫星医院内科医生团队应具备从事高血压诊疗的能力，其中至少应有1名中级职称医师，能够接治从上级医院转出的复诊高血压患者以及新发的轻症高血压患者。对于本地区收治的难治性高血压、高血压合并多种危险因素等复杂疑难病例，应建立完善的转诊制度。

6.2.2.2 信息共享

卫星医院应参与到以远程实时传输血压数据及靶器官损害筛查结果为主的信息共享平台建设中，与牵头医院实现信息共享。

6.2.2.3 门诊

每周至少有1个工作日的高血压专病/专科门诊。

6.2.2.4 患者教育场所

应具备患者教育场所条件或在医联体/医共体层面共享患者教育资源的条件。

6.3 随访数据库填报与管理

6.3.1 数据库建设

应建立高血压达标中心专用数据库，数据库应包括以下基本功能：

6.3.1.1 患者基本信息、病史、诊断信息、危险分层结果的录入与管理；

6.3.1.2 血压测量数据、实验室检查结果、靶器官损害评估结果的录入与管理；

6.3.1.3 药物治疗方案的记录与变更追踪；

6.3.1.4 随访计划的制定与随访记录的录入；

6.3.1.5 数据质量控制与统计分析功能。

6.3.2 数据填报要求

高血压达标中心应对所有纳入管理的高血压患者进行连续、完整的数据填报，具体要求如下：

6.3.2.1 患者首次就诊时应完成基本信息、病史、体格检查、实验室检查、危险分层等初始信息的录入；

6.3.2.2 每次随访时应更新血压测量值、药物调整情况、生活方式干预效果等信息；

6.3.2.3 牵头医院和卫星医院均应按照规定要求进行数据填报，确保医联体内数据的完整性和连续性。

6.3.3 数据质量要求

应建立数据质量管理制度，要求如下：

6.3.3.1 启用数据填报平台，并至少提供 3 个月的数据供验收时评估；

6.3.3.2 应定期进行数据核查，确保数据填报的完整性、准确性和及时性；

6.3.3.3 应指定专人负责数据质量控制工作，定期向高血压达标中心管理委员会报告数据质量情况。

7 高血压患者的诊治与管理

7.1 牵头医院

7.1.1 高血压的检出

牵头医院应在各科室门诊和住院部建立规范的高血压筛查机制，对首次就诊的患者进行血压测量并记录。

7.1.2 高血压的诊断与评估

牵头医院应建立并执行规范化的高血压诊断与评估流程，包括但不限于以下内容：

a) 规范的血压测量方法，包括诊室血压测量和诊室外血压监测（动态血压监测和家庭血压监测）；

b) 高血压的诊断标准，包括血压测量间隔时间及次数、根据诊室血压测量水平的高血压分级，并应将诊室血压诊断及分级诊断标准在诊室内公示；
c) 其他心血管危险因素的筛查流程，包括吸烟、肥胖、血脂异常、糖尿病、尿酸水平、同型半胱氨酸水平和心率等危险因素的筛查流程；
d) 高血压病因的筛查流程，包括排除继发性高血压时的各种检查项目及筛查流程；
e) 高血压靶器官损害及相关临床合并症的筛查流程，包括心、脑、肾、血管及眼底病变的检查项目及筛查流程；
f) 高血压的心血管风险水平分层标准，应在相关制度和流程文件中予以明确。

7.1.3 高血压的治疗目标

牵头医院应根据最新高血压防治指南制定明确的治疗目标：

7.1.3.1 一般高血压患者血压控制目标为<140/90 mmHg，如能耐受可进一步降至<130/80 mmHg；

7.1.3.2 老年高血压患者、合并糖尿病、冠心病、心力衰竭或肾脏疾病等特殊人群的血压控制目标应遵循最新指南推荐。

7.1.4 高血压的治疗性生活方式干预

牵头医院应为每位高血压患者制定个体化的生活方式干预方案，包括：限盐（每日食盐摄入量<5 g）；合理膳食，增加蔬菜水果和低脂乳制品摄入；控制体重；规律运动（每周至少150分钟中等强度有氧运动）；戒烟限酒；保持心理平衡。

7.1.5 高血压的药物治疗

牵头医院应依据最新高血压防治指南建立规范的药物治疗方案，包括：
a) 启动降压药物治疗的时机及评估和监测流程；
b) 常用降压药物的适应证和禁忌证，以及相关药物剂型的使用原则；
c) 选择单药或联合降压治疗的流程图；
d) 联合用药的适应证、使用方法、联合用药方案，应优先使用单片固定复方制剂；
e) 药物调整策略和剂量滴定方案，降压药物使用原则应包括以常规剂量起始治疗以及长期服药依从性的维持策略。

7.1.6 相关心血管危险因素的处理

牵头医院应建立高血压合并相关心血管危险因素的规范化处理方案，包括：

7.1.6.1 血糖控制的目标和监测方案；

7.1.6.2 调脂治疗：明确高血压患者降LDL-C治疗的目标、治疗的时机和药物选择；

7.1.6.3 抗血小板治疗的适用人群、原则及注意事项；

7.1.6.4 高血压并发心房颤动抗凝治疗的适用人群和原则；

7.1.6.5 高血压患者进行心率管理的方法和建议。

7.1.7 特殊人群高血压处理

牵头医院应针对以下特殊人群制定规范化的高血压处理方案：

7.1.7.1 老年高血压：明确老年高血压的首选降压药物和降压目标，关注血压变异性、体位性低血压和药物不良反应；

7.1.7.2 儿童与青少年高血压：明确儿童与青少年高血压的处理原则，包括诊断标准、非药物治疗和药物治疗策略；

7.1.7.3 妊娠期高血压：明确妊娠期高血压的诊治和管理方案，包括血压监测频率、药物选择原则和终止妊娠时机；

7.1.7.4 高血压合并冠心病：明确合并冠心病的高血压患者的降压目标和药物选择；

7.1.7.5 高血压合并心力衰竭：明确合并心力衰竭的高血压患者的降压策略和药物选择；

7.1.7.6 高血压合并脑血管病：明确合并脑血管病的高血压患者的血压管理方案，包括急性期和恢复期的血压控制目标及达标策略；

7.1.7.7 高血压合并肾脏疾病：明确合并肾脏疾病的高血压患者的血压控制目标和药物选择，应优先选用具有肾脏保护作用的降压药物；
7.1.7.8 围手术期高血压：明确围手术期高血压的管理方案。

7.1.8 难治性高血压和继发性高血压的筛查及诊疗

牵头医院应具备难治性高血压和继发性高血压的筛查与诊疗能力，要求如下：
7.1.8.1 应熟悉难治性高血压的定义和诊断标准；
7.1.8.2 应熟悉确定难治性高血压诊断前需进行的临床评估，包括排除假性难治性高血压（血压测量不准确、白大衣效应、治疗依从性差等）；
7.1.8.3 应开展继发性高血压的筛查，包括但不限于肾脏疾病、肾动脉狭窄、内分泌相关高血压（原发性醛固酮增多症、嗜铬细胞瘤）及睡眠呼吸暂停低通气综合征等；
7.1.8.4 应能对患者进行综合评估：结合病史，通过体格检查、诊室和诊室外血压水平、伴随的危险因素及心脑肾血管等靶器官损害的情况进行综合评估，并给予相应的诊断和治疗。

7.1.9 高血压患者随访及转诊

牵头医院应建立规范的高血压患者随访和转诊制度，包括：
7.1.9.1 高血压患者的随访管理流程，明确不同风险分层患者的随访频率和随访内容；
7.1.9.2 降压药物剂量调整的时机和方法；
7.1.9.3 危险分层的年度评估和分层与管理级别的调整方法；
7.1.9.4 牵头医院高血压患者向卫星医院转出的条件（即下转标准），对于血压控制达标、病情稳定的患者应及时转至卫星医院进行后续管理。

7.2 卫星医院

7.2.1 高血压的检出

卫星医院应在各科室门诊建立规范的高血压筛查机制，对首次就诊的患者进行血压测量并记录。

7.2.2 高血压的诊断与评估

卫星医院应建立并执行规范化的高血压诊断与评估流程，包括但不限于以下内容：

a) 规范的血压测量方法；
b) 高血压的诊断标准，包括血压测量间隔时间及次数、根据诊室血压测量水平的高血压分级，高血压初步诊断评估简易流程图，并应将诊室血压诊断及分级诊断标准在诊室内公示；
c) 其他心血管危险因素的筛查流程，包括吸烟、肥胖、血脂异常、糖尿病、尿酸水平、同型半胱氨酸水平和心率等危险因素的筛查流程；
d) 高血压患者伴发心脑血管病、周围血管病及肾脏病病史的评估流程；
e) 高血压的心血管风险水平分层标准。

7.2.3 高血压的治疗目标

卫星医院应根据最新指南制定明确的治疗目标：一般高血压患者血压控制目标为<140/90 mmHg，老年高血压患者和合并特殊疾病患者的血压控制目标应遵循相关指南推荐。

7.2.4 高血压的治疗性生活方式干预

卫星医院应为每位高血压患者制定并实施个体化的生活方式干预方案，包括限盐、合理膳食、控制体重、规律运动、戒烟限酒和保持心理平衡等。

7.2.5 高血压的药物治疗

卫星医院应依据最新高血压防治指南建立规范的药物治疗方案，包括：降压药物治疗的时机及流程图；常用降压药物的适应证和禁忌证以及主要不良反应；选择单药或联合降压治疗的流程图；联合用药的适应证、使用方法、联合用药方案，应优先使用单片固定复方制剂，在基层也推荐使用有循证证据的传统单片固定复方制剂；药物调整策略和剂量滴定方案。

7.2.6 相关心血管危险因素的处理

卫星医院应建立高血压合并相关心血管危险因素的规范化处理方案，包括：

a) 血糖控制的目标；
b) 调脂治疗：明确高血压患者降 LDL-C 治疗的目标、治疗的时机及药物选择；
c) 抗血小板治疗的适用人群、使用原则及注意事项；
d) 高血压合并心房颤动抗凝治疗的适宜人群和用药原则；
e) 高血压患者进行心率管理的方法和建议。

7.2.7 高血压患者随访及转诊

卫星医院应建立规范的高血压患者随访和转诊制度，包括：高血压患者的规范化管理流程；卫星医院初诊高血压患者的转出条件（即上转标准），对于新发且评估为高危、或出现难治性高血压、或出现严重靶器官损害的患者应及时向牵头医院转诊；卫星医院接收由牵头医院下转的病情稳定患者的随访管理流程。

7.3 高血压预防

牵头医院和卫星医院应制定高血压易患人群的防治策略，包括：识别高血压易患人群（如超重/肥胖、有高血压家族史、高盐饮食、缺乏体力活动等人群）；制定针对性的健康教育和行为干预计划；定期对易患人群进行血压监测和风险评估。

8 培训与教育

8.1 牵头医院组织的培训

牵头医院应面向本院相关科室及卫星医院开展系统化的培训，培训内容应包括：高血压达标中心的基本概念（建设背景、意义）；高血压最新诊治指南；高血压诊疗过程中的数据采集及高血压达标中心数据平台填报。

8.1.1 核心技能培训

牵头医院应组织以下核心技能的培训：规范的血压测量技术（诊室血压、动态血压监测、家庭血压监测）；高血压患者的诊断评估和危险分层；高血压治疗的药物选择与调整策略；难治性高血压和继发性高血压的识别与处理；高血压急症和亚急症的识别与处理。

8.1.2 智慧化管理培训

具备条件的中心应开展基于智慧化数据管理工具进行辅助填报与随访的操作与应用培训。

8.2 对卫星医院的培训

牵头医院应面向卫星医院的医护人员开展系统化的培训，培训内容应包括：高血压的筛查、诊断和危险分层；高血压的规范化药物治疗和生活方式干预；双向转诊的标准和流程；高血压患者的随访管理；数据平台的规范化填报。

牵头医院应对卫星医院开展定期的现场指导和远程支持，每家卫星医院每年至少接受1次牵头医院专家的现场指导。

8.3 高血压患者的健康教育

高血压达标中心应系统开展高血压患者的健康教育活动，要求如下：

8.3.1 院内健康教育

a) 应制定高血压患者健康教育计划（包括预计教育时间、讲者、活动地点、讲题等）；
b) 应定期举办面向高血压患者及其家属的健康讲座；
c) 应为每位新诊断的高血压患者提供个体化的健康教育，包括疾病知识、药物使用、血压监测和生活方式指导。

8.3.2 社区健康教育

高血压达标中心应通过多种途径开展社区高血压防治健康教育：

a) 通过微信群、媒体、社区宣传栏、科普手册等途径提供高血压防治常识的教育；
b) 定期组织义诊和社区高血压筛查活动；
c) 通过多种创新形式开展高血压院外管理服务，如互联网医院、微信群管理、远程血压管理、高血压自我管理小组、健康服务包等。

9 持续改进

持续改进是高血压达标中心建设的核心要求之一，高血压达标中心应制订各类促进流程改进的措施和方法，并通过数据展示持续改进的效果。

9.1 质量改进计划和措施

9.1.1 关键质控指标

高血压达标中心应根据实际情况确定本中心关键质控指标及质量改进计划，关键质控指标宜包括但不限于：

a) 患者首诊血压测量的比例；
b) 降压药物治疗的比例；
c) 联合用药的比例；
d) 使用单片固定复方制剂的比例；
e) 坚持服药的比例；
f) 新诊断患者起始联合治疗的比例；
g) 单药不达标转为联合用药的比例；
h) 血压达标率；
i) 家庭血压监测率；
j) 血压未达标患者的随访率（至少每月 1 次）；
k) 血压已达标患者的随访率（1～3 月 1 次）。

9.1.2 质量管理制度

应制订促进高血压达标中心质量改进的重要管理制度并付诸实施，主要包括：

9.1.2.1 联合例会制度：由牵头医院及卫星医院的核心科室人员参加，为协调牵头医院与卫星医院各相关部门的立场和观念、共同促进高血压达标中心建设和发展而设立的专门会议。联合例会应制定规则，包括主持及参加人员、频度（原则上不少于每季度1次）、时间、主要讨论内容等；

9.1.2.2 质量分析会制度：通过对高血压达标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。由高血压达标中心的核心科室人员参加，原则上质量分析会的时间间隔不应超过3个月；

9.1.2.3 奖惩制度：与质量分析会制度配套的奖惩制度，用于激励和约束相关科室和人员持续改进高血压达标中心的运行质量。

9.2 持续改进效果评价

高血压达标中心在提交验收申请前应进行数据填报平台的自我检查及评估，当数据填报平台显示的数据趋势达到以下要求时方可正式提交验收申请。

9.2.1 管理患者数量

有效管理高血压患者的数量（平台记录有连续3个月的管理期）：

9.2.1.1 以医联体为单位，在验收前不应低于500名患者；

9.2.1.2 每家卫星医院不应低于100名患者；

9.2.1.3 平台上传的病例应为验收前每月1日至8日所有门诊与住院的就诊病例，如未满足病例数可适当延长日期，但需确认病例的连续性。

9.2.2 血压达标率

医联体院内高血压患者血压达标率在验收前平均水平不应低于50%。

9.2.3 单片复方制剂使用率

医联体内指南推荐的单片复方制剂使用率在验收前平均水平不应低于20%。

9.2.4 随访率

血压未达标患者随访率（至少1月1次），血压已达标患者随访率（1～3月1次），医联体内随访率在验收前3个月平均水平不应低于60%。

9.2.5 双向转诊

各医联体内牵头医院与卫星医院之间应有双向转诊的病人流，应能够通过数据平台体现转诊患者的数量和流向。

10 再评估申请要求

10.1 申请条件

首次通过评估的有效期为3年，高血压达标中心应在首次通过评估的有效期前6个月在线提交再评估申请。

申请再评估的医联体单位应同时满足下列要求：

10.1.1 在评估有效期内保持规范运行，落实组织管理、会议制度、培训教育、随访管理、健康教育等各项要求；

10.1.2 在高血压达标中心数据填报平台中完成规定数量的有效病例填报、审核及归档；

10.1.3 完成再评估申请前的高血压达标中心数据填报平台自我检查及评估。

10.2 申请材料

申请单位应通过高血压达标中心平台提交再评估申请，并准备下列材料：

10.2.1 评估有效期内常态化运行与管理的各项佐证材料（任命书、会议材料、培训材料、随访材料、健康教育材料等）；

10.2.2 评估有效期内质控指标达标情况及持续改进情况相关材料。

11 再评估流程、方法和内容

11.1 再评估流程

高血压达标中心再评估按照下列流程实施：

a) 申请单位在评估有效期前 6 个月提交再评估申请；
b) 高血压达标中心专家委员会受理申请并组织评估；
c) 开展数据库在线审查，必要时实施飞行检查；
d) 综合评估常态化运行与管理、数据库的评估与审查、持续改进效果三部分情况；
e) 反馈意见：再评估办公室整理和汇总审核意见，形成统一意见后向申报单位反馈；
f) 执委会投票：高血压达标中心专家委员会进行讨论并投票表决，形成最终的评估结论。

11.2 再评估方法

采用在线审查与飞行检查相结合的方式，通过数据收集、病例检查、飞行检查等方式进行。

11.2.1 在线审查

高血压达标中心评估专家通过数据填报平台对申请单位数据库进行远程审查，包括病例填报完整性、准确性与及时性，以及常态化运行管理材料和质控指标达标情况评估。

11.2.2 飞行检查

数据库在线审查结论存疑的申请单位，由高血压达标中心专家委员会组织实施的现场飞行检查。飞行检查实行扣分制。

11.3 再评估内容

高血压达标中心再评估内容由常态化运行与管理、数据库的评估与审查、持续改进效果三个部分组成。具体评估细则见附录B。

11.3.1 常态化运行与管理

高血压达标中心在评估有效期内应保持规范化运行，落实组织管理、会议制度、培训教育、随访管理、健康教育等各项要求。

11.3.1.1 组织架构更新

高血压达标中心委员会组织架构发生人员变更时，应及时更新。

11.3.1.2 联合例会和质量分析会制度

落实每季度一次的质量分析会和每半年一次的联合例会制度。

11.3.1.3 高血压达标病房/病区和院内标识

应有高血压达标病房或病区，高血压达标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。

11.3.1.4 年度培训制度

坚持高血压达标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，高血压达标中心主任及核心成员需持续参与。

11.3.1.5 卫星医院规范化培训

在通过初次评估后，牵头医院需要对医联体内的卫星医院进行规范化培训，提升基层高血压防治能力。

11.3.1.6 患者随访管理

加强高血压患者出院后随访，并对随访方式进行安排：包括具体的时间、地点及方式，如高血压门诊就诊、电话随访、社区医院。常规开设高血压专病门诊，进行高血压患者随访管理及随访资料留存，建设高血压患者群进行科普教育和随访提醒，加强高血压患者院外管理。

11.3.1.7 公众健康教育

高血压达标中心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长期开展高血压科普工作，内容应涵盖疾病知识科普、大众健康教育、疾病日义诊健康咨询等。

11.3.1.8 区域建设与推广

积极参与本地区高血压达标中心的建设和推广工作，积极推动本院或本地区高血压达标中心信息化的建设；积极参加高血压达标中心线上培训会。

11.3.2 数据库的评估和审查

高血压达标中心再评估数据库评估包括在线审查和飞行检查两种方式。

11.3.2.1 高血压病例填报完整性

已通过评估的单位，评估通过后12个月内，医联体累计管理数量要求为：牵头医院管理300例已归档的有效病例，每家卫星医院管理150例已归档的有效病例。满足以上最低病例数量即可（失访或死亡病例不纳入有效病例总数统计），不再要求持续录入，后续须按照质控标准规范落实以上有效病例的随访。

填报平台上传的病例要求：每月某1天高血压患者的门诊病历和住院病历。所填报数据需完整录入，既往已经上传高血压达标中心的病例不能作为新病例重复上传。

再评估时，若不能提供有效期内的已归档数据或存在明显的数据造假行为，则不能通过再评估。若具备以下条件之一者视为数据库的病例上报完整性不合格或规范化运行情况存疑，可根据缺陷性质由高血压达标中心专家委员会决定实施飞行检查：

a) 数据填报：已归档有效病例数量不足，且无法合理解释；
b) 数据管理：在再评估周期内未落实数据质控标准，填报数据存在明显的逻辑错误≥3 次，数据填报完整性（必填项）≤80%，或者存在数据造假嫌疑；
c) 质控指标：核心质控指标（评估标准中要求应达标）趋势未达标。

11.3.2.2 高血压病例填报准确性

在数据库后台随机抽取牵头医院9份已归档病例（涵盖有效期内的每一年度），每家卫星医院6份已归档病例（涵盖有效期内的每一年度），医院上传原始病历材料进行对比溯源，准确性应≥95%，不允许有原则性错误或缺失。

11.3.2.3 数据库填报及时性

数据应及时填报、审核及归档。在线审查抽选的高血压住院病例，数据填报不得超出患者就诊后60天，如使用第三方数据填报平台，数据对接时间不得超出患者就诊后30天。

11.3.2.4 飞行检查

数据库在线审查结论分为：通过、不通过、飞行检查。数据库在线审查存疑的医院需进行飞行检查。

从牵头医院数据填报平台系统中按照年度随机抽取某月份的5份已归档完成病例，共抽取15份，对数据的填报准确性进行评估：应如实填报上传每月某1天高血压患者的门诊病历和住院病例，所填报数据需完整录入。

对以上15份病例进行真实性溯源和高血压规范诊疗评估：所有填报数据应可以溯源；在高血压达标中心数据填报平台填报的数据与原始材料不相符的病例界定为不合格病例（必填字段不一致），未按照高血压指南进行规范化诊疗的病例界定为不合格病例；存在经查实的造假行为者为否决条件，不予通过再评估。

11.3.3 持续改进效果

高血压达标中心在提交再评估申请前应进行高血压达标中心数据填报平台的自我检查及评估以下各项指标：

a) 累计管理高血压患者数量：牵头医院至少管理 300 例已归档的有效病例，每家卫星医院至少管理 150 例已归档的有效病例；
b) 继发性/难治性高血压占比：继发性高血压和/或难治性高血压患者占比应≥5%；
c) 心电图检测率：近 12 个月内，高血压患者行心电图检测的比例应≥60%；
d) 动态血压监测率：近 12 个月内，高血压患者行动态血压监测的比例应≥60%；
e) 尿白蛋白/肌酐比值检测率：近 12 个月内，高血压患者该项检测的比例应≥60%；
f) 肾小球滤过率检测率：近 12 个月内，高血压患者该项检测的比例应达到 100%；
g) 血压达标率：医联体内高血压患者血压达标率（验收前平均水平）应≥50%；
h) 随访率：高血压患者按时随访率应≥60%；
i) 单片复方制剂（SPC）使用率：高血压患者 SPC 使用率（验收前平均水平）应≥20%；
j) 双向转诊率：医联体内牵头医院与卫星医院之间应建立持续的双向转诊机制，并通过数据平台清晰体现转诊患者的数量及流向。

附 录 A
（规范性）
高血压达标中心建设评估上传材料清单汇总表

序号	材料类别	材料内容
1	合作协议	牵头医院与至少 3 家卫星医院签署的高血压达标中心建设合作协议
2	承诺函	牵头医院与卫星医院联合发布的支持高血压达标中心建设的承诺函
3	组织架构文件	成立高血压达标中心及专家委员会的正式文件（红头文件）
4	任命书	高血压达标中心医疗主任任命文件
5	信息共享平台	远程实时传输血压数据及靶器官损害筛查结果的信息共享平台建设材料
6	数据库建设	高血压达标中心专用数据库建设及功能说明材料
7	门诊与病房	高血压专病/专科门诊排班表、高血压床位设置情况
8	患者教育	患者教育场所设置情况及教育活动记录
9	诊治流程	高血压诊断与评估流程、治疗方案、随访制度等相关制度文件
10	培训材料	牵头医院组织的基础知识培训、核心技能培训、智慧化管理培训材料
11	卫星医院培训	对卫星医院开展的培训计划及培训记录
12	健康教育	院内健康教育计划及活动记录、社区健康教育材料
13	质量管理制度	联合例会制度、质量分析会制度、奖惩制度文件及执行记录
14	质控指标	关键质控指标统计报表及持续改进效果数据

注：。

附 录 B

（规范性附录）

高血压达标中心再评估细则表

章节	分项	需上传材料内容
11.3.1 常态化运行与管理	11.3.1.1 组织架构更新	高血压达标中心委员会组织架构调整任命书（红头文件）
	11.3.1.2 联合例会和质量分析会制度	1.质量分析会材料（照片、签到表、幻灯、会议记录，注明举办时间，有效期内至少 12 次）
	11.3.1.2 联合例会和质量分析会制度	2.联合例会材料（照片、签到表、幻灯、会议记录，注明举办时间，有效期内至少 6 次）
	11.3.1.3 高血压达标病房/病区和院内标识	1.高血压达标病房/病区、院内指引标识情况的最新照片
	11.3.1.3 高血压达标病房/病区和院内标识	2.流程上墙照片
	11.3.1.4 年度培训制度	核心科室人员培训会、新入职员工培训会材料（照片、签到表、幻灯、会议记录），每年至少 1 次（有效期内至少 3 次）
	11.3.1.5 对卫星医院的规范化培训	牵头医院对卫星医院学术培训材料（培训计划、照片、签到表、幻灯、会议记录），每月至少 1 次（有效期内至少 36 次）
	11.3.1.6 高血压患者出院后随访	高血压门诊排班表及出诊照片
	11.3.1.7 公众健康教育	公众教育活动材料（现场照片、宣教内容、会议记录），每月至少 1 次（有效期内至少 36 次）
	11.3.1.8 区域建设和推广	1.参加区域高血压达标中心工作汇总
	11.3.1.8 区域建设和推广	2.信息化建设成果
	11.3.1.8 区域建设和推广	3.参会证明（回执、参会照片等），每年至少 2 次（有效期内至少 6 次）
11.3.2 数据库的评估和审查	11.3.2.1 高血压病例填报完整性	数据填报平台已归档有效病例（验收通过后 12 个月内，牵头医院≥300 例、每家卫星医院≥150 例），每月某 1 天门诊及住院病历完整录入
	11.3.2.2 高血压病例填报准确性	抽查病例的原始病历材料（牵头医院 9 份、每家卫星医院 6 份已归档病例，涵盖有效期内每一年度），用于对比溯源，准确性≥95%
	11.3.2.3 数据库填报及时性	数据填报、审核、归档时间记录（住院病例≤就诊后 60 天，第三方数据平台对接≤30 天）
	11.3.2.4 飞行检查	牵头医院按年度随机抽取的 15 份已归档完成病例原始材料（用于真实性溯源和规范诊疗评估）
11.3.3 持续改进效果	质控指标评估	累计管理高血压患者数量、继发性/难治性高血压占比、心电图检测率、动态血压监测率、尿白蛋白/肌酐比值检测率、肾小球滤过率检测率、血压达标率、随访率、单片复方制剂（SPC）使用率、双向转诊率

参 考 文 献

[1]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.
[2]中华医学会心血管病学分会.高血压精准化诊疗中国专家共识(2024)[J].中华高血压杂志,2024.
[3]中华医学会心血管病学分会.难治性高血压血压管理中国专家共识(2024)[J].中华高血压杂志,2024.
[4]中华医学会老年医学分会.老年高血压特点及临床诊治流程专家共识(2024)[J].中华老年医学杂志,2024.
[5]中国老年医学学会高血压分会.中国老年高血压管理指南2023[J].中华高血压杂志,2023.
[6]国家卫生健康委办公厅.成人高血压食养指南（2023年版）[Z].2023.
[7]中华医学会肾脏病学分会.中国慢性肾脏病患者高血压管理指南（2023年版）[J].中华肾脏病杂志,2023.
[8]欧洲高血压学会（ESH）.ESH高血压管理指南2023[J]. Journal of Hypertension,2023.
[9]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[S].
[10]国务院办公厅.中国防治慢性病中长期规划（2017—2025年）[Z]. 2017.
[11]中共中央、国务院. "健康中国2030"规划纲要[Z].2016.
[12]国家心血管病中心. 中国心血管健康与疾病报告[M].北京:科学出版社.
[13]高血压达标中心专家委员会.高血压达标中心评估标准（标准版）第3.0版、第4.0版[S].
[14]高血压达标中心专家委员会.高血压达标中心质控指标和考核办法（第三版）[S].
[15]苏州工业园区东方华夏心血管健康研究院.高血压达标中心建设与管理指南[Z].