《卓越高血压中心建设与评估规范》（初稿）

编制说明

《卓越高血压中心建设与评估规范》

标准起草组

目　录

一、工作背景及任务来源 3

二、必要性 4

三、工作简况 5

四、制定标准的原则与依据 7

五、与有关现行法律、法规和强制性标准的关系 8

六、预期社会经济效益 9

一、工作背景及任务来源

1.工作背景

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2025年发布的《全球高血压报告》，2024年我国30～79岁成年人中约29%患有高血压，患病人数约2.7亿，其中仅57%知晓自身病情，43%接受治疗，真正实现有效控制的仅18%。2023年我国心血管疾病死亡率为316.08/10万，位居非传染性疾病死亡首位，其中脑卒中死亡率最高（143.65/10万），60%～70%的脑卒中由高血压引起；我国脑卒中现患人数超过2800万，平均每年新发370万例、死亡180万例。

自高血压达标中心建设工作开展以来，我国高血压的规范化诊治与区域协同管理水平显著提升，累计注册建设单位超过6400家，通过评估630家医联体（共2783家医院）。但随着覆盖面扩大与管理深度推进，高血压防治的"残余风险"日益向三类复杂人群集中：一是高血压急症与亚急症患者，起病急、靶器官损害重，基层识别与处理能力不足；二是未控制/难治性高血压患者，涉及联合用药优化、假性难治甄别与继发因素筛查，诊疗链条长；三是继发性高血压患者，依赖内分泌、肾脏、影像、介入等多学科协同才能明确病因并实施对因治疗。这三类人群恰恰是导致脑卒中、急性冠脉综合征、主动脉夹层、心力衰竭及终末期肾病等严重结局的高危群体。

与此同时，区域协同网络虽已建立，但"强中心带网络"的能力尚未转化为标准化的辐射机制：基层首诊时对复杂高血压的识别与上转时机缺乏规范，患者上转后又缺乏高效的MDT处置流程，部分医院因缺乏肾上腺静脉取血（AVS）、经皮去肾神经术（RDN）等介入诊疗能力而难以完成对因治疗，双向转诊后的随访反馈闭环亦不完善。

在这种背景下，亟需在高血压达标中心建设基础上，建立专门面向复杂高血压的中心建设与评估标准，明确"谁能建、怎么建、如何评"，以标准引导优质资源向复杂高血压领域集聚并向下辐射。

2.任务来源

本文件的制定任务由中国医学救援协会提出，并由其标准化工作委员会正式归口。针对复杂高血压诊疗管理中面临的现实需求和操作难点，协会依托高血压达标中心专家委员会前期工作基础，由中国医学救援协会心血管急救分会联合苏州工业园区东方华夏心血管健康研究院等单位共同承担起草任务，启动了《卓越高血压中心建设与评估规范》的研制工作，旨在为具备复杂高血压诊疗能力的三级医院提供一套科学、统一、可落地的建设与评估规范。

二、必要性

1.应对复杂高血压人群"残余风险"的迫切需要

高血压防治的重心正从"提高知晓率和治疗率"转向"攻坚难控人群"。复杂高血压患者虽然占比不高，却集中了大量致死致残事件。当前缺乏统一的能力标准，导致不同医院之间在复杂高血压诊治能力上差距悬殊，患者的结局很大程度上取决于"在哪家医院就诊"。制定本文件，系统规定复杂高血压救治所需的人力资源配置、技术条件、流程规范和质量要求，是缩小这一能力落差、保障患者安全的迫切需要。

2.解决多学科协作缺乏规范、区域辐射能力缺乏标尺的问题

复杂高血压的诊治横跨心内科、高血压专科、内分泌科、肾内科、神经内科、急诊科、影像科、核医学科、检验科、重症医学科、泌尿外科等多个学科，同时依赖 RDN、AVS 等介入技术的规范应用。实践中，MDT 多为院

内自发行为，团队构成、值班响应、会诊时限缺乏统一要求，协作效率难以保证；区域层面的远程会诊、双向转诊、基层带教也多为原则性号召，缺少可衡量的数量与质量标尺。本文件通过组建四支核心 MDT 团队、建立一二线值班分层响应机制、创设介入诊疗能力三级认定，并对远程会诊例数、转诊响应时间、基层培训覆盖面设定可核查指标，使"多学科协作"和"区域辐射"由理念转化为可评估、可比较、可改进的具体要求。

3.填补复杂高血压专病中心建设与评估的标准空白

目前国家层面尚缺乏针对复杂高血压专病中心建设与评估的技术标准。现有的高血压达标中心评估标准主要面向高血压的规范化诊治和区域协同管理，未覆盖复杂高血压人群的专项救治能力要求；《卓越胸痛中心建设与评估规范》（T/CADERM 2024-2025）虽提供了成熟的团体标准范式，但其技术内容针对急性胸痛救治，无法平移至高血压领域。制定本文件将填补这一领域的标准空白，使卓越高血压中心的建设有章可循、评估有据可依。

4.满足以评促建、持续改进的实际需求

专病中心建设容易出现"重挂牌、轻运行"的问题。本文件将持续改进单列为 30 分的要素，要求中心设定四类关键质控指标、区分"中心本级"与"区域网络"两级统计口径、建立质量分析会与典型病例讨论会制度，并通过数据趋势证实改进效果，推动中心从"静态达标"转向"动态提升"，切实避免形式化建设。

三、工作简况

1.立项与启动

在中国医学救援协会的组织下，由中国医学救援协会心血管急救分会联合苏州工业园区东方华夏心血管健康研究院发起，经高血压领域专家论证，

正式启动本团体标准的立项工作。成立了《卓越高血压中心建设与评估规范》标准起草组，明确了工作目标、任务分工和进度安排，并依托高血压达标中心专家委员会的组织网络开展工作。

2.起草阶段

起草组系统收集了《中国高血压防治指南（2024 年修订版）》《经皮去肾神经术治疗高血压临床路径中国专家共识（2025 版）》《高血压达标中心评估标准（3.0 版）》《卓越胸痛中心建设与评估规范》（T/CADERM 2024-2025）以及世界卫生组织《全球高血压报告》等政策文件、技术指南和学术文献（详见本文件的制定依据）。在此基础上，依托高血压达标中心数据平台，对复杂高血压病例的诊疗现状、转诊路径和关键质量指标进行梳理，并赴多家具备复杂高血压诊疗能力的三级医院开展调研，听取管理者、临床专家和数据管理员的意见，形成标准草案的初稿——《卓越高血压中心建设与评估规范》。

3.研讨与完善

起草组多次组织专家研讨会，邀请心血管内科、高血压专科、内分泌科、肾内科、神经内科、急诊科、影像科、核医学科、介入科等多学科专家对草案进行逐条审议。重点围绕以下议题反复论证并修改：三大要素的设置与分值分配（30/40/30）；复杂高血压人群的术语界定；诊断性与治疗性介入能力的三级认定方式；区域辐射能力的量化阈值（远程会诊例数、转诊例数与响应时间、基层培训覆盖要求）；以及质控指标在"中心本级"与"区域网络"两级口径下的设定。同时对部分关键阈值标注"供专家委员会核定"，为后续专家委员会终审预留调整空间，由此形成《卓越高血压中心建设与评估规范（修订建议稿）》。

4.征求意见与送审

在广泛征求意见的基础上，对草案进行了全面、系统的修改和完善，形成送审稿，报送中国医学救援协会标准化工作委员会审查。根据审查意见进一步修改，形成本文件的最终报批稿。

四、制定标准的原则与依据

1.制定原则

（1）科学性与循证性原则：以《中国高血压防治指南（2024 年修订版）》和《经皮去肾神经术治疗高血压临床路径中国专家共识（2025 版）》等最新循证文件为技术基准，所有救治流程、药物选择和干预技术的表述均与现行指南保持一致；对 RDN 等新技术，明确其推荐级别（IIb 类、B 级推荐）与实施前提，既不保守排斥，也不超前滥用。

（2）可操作性与可核查性原则：所有条款力求具体、明确、可落地。每一条款同步明确"需上传的印证材料"及核查方式（资料审核 / 数据库在线查看 / 现场评估），并在附录 B 汇总成清单；对量化阈值兼顾引导性与可达性，经专家论证后设定，并注明"供专家委员会核定"。

（3）区域协同与资源下沉原则：全文贯穿"强中心带网络"的导向，将远程会诊、双向转诊绿色通道、基层进修带教、区域专项培训等作为独立条款并设置较高分值，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，推动优质资源向基层辐射。

（4）以评促建与持续改进原则：将持续改进单列为独立要素，要求中心设定关键质控指标、区分两级统计口径、建立双会制度（质量分析会、典型病例讨论会），并以数据趋势证明改进效果，避免"一次性建设、静态达标"的形式化倾向。

（5）分层分类与差异化原则：对介入诊疗能力实行"诊断—治疗—区域带教"三级认定，对区域辐射质量以"收治非本地区危急重症复杂高血压患者的比例"体现影响力而非简单数量攀比，兼顾不同层级、不同地区中心的实际条件差异。

2.制定依据

（1）国家政策与规划：如《"健康中国 2030"规划纲要》、《健康中国行动——心脑血管疾病防治行动实施方案（2023—2030 年）》（国卫医急发〔2023〕31 号）、《中国防治慢性病中长期规划（2017—2025 年）》、国家基本公共卫生服务规范（第三版）、高血压患者健康管理服务规范及家庭医生签约服务、分级诊疗与医联体（医共体）建设相关文件等。

（2）国内外技术指南与标准：如《中国高血压防治指南（2024 年修订版）》、《经皮去肾神经术治疗高血压临床路径中国专家共识（2025 版）》、《高血压达标中心评估标准（3.0 版）》、《卓越胸痛中心建设与评估规范》（T/CADERM 2024-2025）、欧洲高血压学会（ESH）与美国心脏协会/美国心脏病学会（AHA/ACC）相关指南与科学声明、世界卫生组织《全球高血压报告》（2025）等。

（3）实践调研与专家共识：基于对多家三级医院复杂高血压诊疗能力的实地调研、高血压达标中心数据库的实际运行数据，以及高血压、内分泌、肾脏、影像、介入等多领域专家的集体论证，确保标准内容既符合前沿循证，又切合我国医疗机构实际。

五、与有关现行法律、法规和强制性标准的关系

本文件作为团体标准，是在严格遵守国家现行相关法律、法规和强制性标准的前提下制定的。

1.遵循上位法

本文件内容完全遵循《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》《中华人民共和国医师法》《医疗机构管理条例》等法律法规的基本原则和制度要求，涉及的执业资质、处方管理、医疗质量安全等要求均未超出现行法规框架，未设定任何与之相抵触的条款。

2.补充与细化

对于法律法规中的原则性要求，本文件进行了场景化的补充和操作层面的细化。例如，法规要求医疗机构加强医疗质量安全管理，本文件将其具体化为复杂高血压 MDT 团队组建、一二线值班分层响应、24 小时响应时限、数据三级审核、质量分析会与典型病例讨论会双会制度等可执行条款。

3.协调一致

本文件与现行有效的强制性国家标准、行业标准保持协调一致。本文件"规范性引用文件"部分注明"本文件没有规范性引用文件"，表明其技术内容独立，且不与任何现有强制性标准冲突。本文件是对我国高血压专病中心建设与评估体系的完善，可作为对现行法规政策的技术性支撑和有益补充。

4.填补空白

针对复杂高血压专病中心的建设与评估，目前尚无相应的国家标准或行业标准。本文件的制定填补了这一领域的空白，为复杂高血压诊疗能力提升提供了可操作的技术依据。

六、预期社会经济效益

1.社会效益

（1）提升复杂高血压患者的救治水平与安全：通过明确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的救治流程、药物选择和技术

条件，降低因识别延误、处置不规范导致的严重并发症和死亡，直接改善高危人群的临床结局。

（2）缩小区域间诊疗能力落差：通过区域协同救治网络和双向转诊绿色通道建设，使复杂高血压患者能够在最合适的层级、最佳的时机获得相应诊疗服务，缓解"能力集中在大城市、患者分散在各地"的结构性矛盾。

（3）带动基层能力整体提升：通过远程会诊、基层进修带教、区域专项培训等条款，把中心的技术能力转化为网络的整体能力，提升基层对复杂高血压的识别、稳定期管理和及时上转水平。

（4）助力国家战略目标实现：本文件的实施是对《健康中国行动——心脑血管疾病防治行动实施方案（2023—2030 年）》要求的具体落地，有助于提高高血压患者治疗率和控制率，降低脑卒中、心肌梗死、心力衰竭等心脑血管事件的发生率和死亡率。

2.经济效益

（1）节约医疗资源与降低疾病经济负担：复杂高血压若能早期识别、规范治疗，可显著减少因脑卒中、急性冠脉综合征、终末期肾病等严重并发症产生的高额住院费用、长期康复费用和社会照护成本；对继发性高血压实施对因治疗（如原发性醛固酮增多症的介入治疗、RDN 等），有望减少患者长期甚至终身的多药治疗支出。

（2）优化医疗资源配置效率：通过分级转诊和明确的上转下转指征，使三级医院有限的优质资源集中于真正需要的复杂病例，基层承担稳定期管理，减少重复检查、无序就诊和资源错配，提升整体服务效率。

（3）减少因疾病导致的人力资本损失：复杂高血压好发于中老年劳动人口，规范诊疗保护其劳动能力，降低致残率和过早死亡带来的生产力损失，

对家庭和社会具有长期的经济价值。

综上所述，本文件的制定与实施具有明确的现实必要性和长远价值，对健康中国建设和我国高血压防治事业的高质量发展具有重要意义，将为卓越高血压中心的规范化建设和区域协同发展提供有力的技术支撑。

《卓越高血压中心建设与评估规范》标准起草组

2026 年 10 月 10 日