

政策文件

国家卫生健康委办公厅关于印发医疗机构卒中中心建设与管理指导原则（2026年版）的通知

发布时间：2026-07-28 来源：医政司

国卫办医政函〔2026〕246号

各省、自治区、直辖市及新疆生产建设兵团卫生健康委：

为进一步规范和提高卒中诊疗水平，保证医疗质量与患者安全，我委组织对《医院卒中中心建设与管理指导原则（试行）》进行修订，形成了《医疗机构卒中中心建设与管理指导原则（2026年版）》。现印发给你们（见附件，可在国家卫生健康委网站医政司栏目下载），供卫生健康行政部门和医疗机构开展卒中中心建设与管理工作时参考使用。各地卫生健康行政部门要加强统筹规划和指导，合理安排卒中中心建设布局，以满足脑卒中救治需求为原则有序推进卒中中心建设，避免“一刀切”盲目建设、违规开展授牌挂牌命名活动等加重医疗机构负担。要充分发挥各级质控中心作用，加强对卒中中心的质量管理控制及业务指导，切实保障医疗质量安全。

本通知自印发之日起施行。《国家卫生计生委办公厅关于印发医院卒中中心建设与管理指导原则（试行）的通知》（国卫办医函〔2016〕1235号）同时废止。

国家卫生健康委办公厅

2026年7月20日

医疗机构卒中中心建设与管理指导原则

（2026年版）

为进一步规范和提高卒中诊疗水平，保证医疗质量与患者安全，我委组织制定了《医疗机构卒中中心建设与管理指导原则（2026年版）》（以下简称《原则》），供开展卒中中心建设的有关医疗机构参考。

本原则所称医疗机构卒中中心是指以卒中急性期高效救治和全程规范管理为目的，整合医疗机构内相关专科资源，完善组织管理体系，优化医疗服务流程，形成的专病诊疗多学科联合体。考虑到医疗机构规模、区域和功能定位差异，《原则》对部分建设管理要求分成基础要求和推荐要求两个层级设置，有条件的医疗机构可以结合功能定位和机构实际，在满足基础要求的前提下，按照推荐要求进行建设管理。

一、基层卒中中心

鼓励具备条件的基层医疗机构开展基层卒中中心建设。基层卒中中心分为基层卒中中心（基础）、基层卒中中心（推荐）两个层级。

（一）基层卒中中心（基础）

1. 基本条件

（1）达到乡镇卫生院服务能力标准、社区卫生服务中心服务能力标准推荐标准的乡镇卫生院或社区卫生服务中心。

（2）具有经过卒中相关培训的临床医师、护士、检验师、影像医师等在内的卒中多学科急诊救治团队，团队成员均取得相应的执业医师资格或其他卫生专业技术资格。

（3）配备心电监护、抢救药物及设备。可提供CT（Computed Tomography，计算机断层扫描）、血常规、生化、凝血功能、心电图、血糖仪等检查。

（4）能进行急性脑梗死常规药物治疗及康复治疗。

2. 组织管理

（1）医疗机构有明确的卒中救治组织架构及主要岗位人员职责。医疗机构主要负责人主持卒中救治的工作及重大决策；至少有1名熟悉卒中

救治业务的主治医师及以上职称的医师作为卒中救治的业务负责人。

(2) 制订适合本机构条件的卒中诊疗流程图，能够指导接诊医师快速、规范完成卒中患者的诊疗。

(3) 设置卒中急诊救治的指引、卒中优先标识，摆放/张贴卒中早期识别宣传图册。

(4) 根据就近原则及本机构实际情况，与上级医院卒中中心建立指导帮扶协作机制，与辖区院前急救医疗机构签署定向转运协议书。

(5) 开展以卒中识别、急救和科学转运为主的全员培训与考核。

(6) 开展大众科普宣传，内容包括卒中危险因素干预、卒中早期识别、卒中康复等，应覆盖医疗机构所管辖的全部社区（村）。

(7) 建立统一救治时间记录制度，以确保各关键诊疗环节的时间节点记录的准确性。

(8) 基层卒中中心应与二、三级医院卒中中心建立协作关系，获得上级卒中中心的技术指导，接受相关专业质控中心质控指导，保障卒中救治的质量，落实双向转诊制度，共同开展卒中防治等工作。

3. 工作要求

(1) 医疗机构应加强对来诊人员卒中早期症状识别等的科普宣传工作。

(2) 应建立卒中患者的快速评估流程。一旦怀疑患者发生卒中，应立即进行初步评估，包括观察症状、询问病史、体格检查及量表评估等，以便确定患者是否需要进一步的诊断和治疗。

(3) 卒中患者在首次接诊后尽快完成病史采集、体格检查、神经功能缺损评分、血压测量、心电图检查、血糖快速测定、血液检测及头颅CT检查，相应的检查结果由具备诊断能力的医师或通过远程会诊由上级卒中中心医师解读。

(4) 初步诊断为出血性卒中及需要血管内治疗的急性缺血性卒中患者，应在患者初步诊断后尽快转出，并与上级卒中中心和120调度中心协调制订转运方案。

(5) 经评估后可在本机构进行急性缺血性卒中治疗的患者，需由具备卒中救治能力的医师诊治，如需静脉溶栓治疗，应在患者初步诊断后尽快转出，并与上级卒中中心和120调度中心协调制订转运方案。

(6) 遇到卒中患者紧急抢救，由具备卒中救治能力的医护人员参与抢救，同时由上级卒中中心医师通过远程会诊指导抢救。

(7) 保留存档所有卒中病例的原始资料，并确保时间节点可溯源。向上级卒中中心转诊卒中患者的，应提供时间节点登记表，并留存原始资料。

(8) 每季度至少开展一次大众培训教育，内容包括脑卒中一级预防、卒中早期症状识别、呼叫120等，应覆盖医疗机构所管辖的全部社区（村）。

(二) 基层卒中中心（推荐）

在具备基层卒中中心（基础）条件和能力的前提下，按照以下条件建设和管理：

1. 设置静脉溶栓场所，配备相关床位、心电监护、微量注射泵、静脉溶栓药物、抢救药物及设备。

2. 能进行急性脑梗死静脉溶栓、常规药物治疗及康复治疗。

3. 能够通过远程会诊在上级卒中中心医师指导下开展静脉溶栓治疗。制定溶栓常见并发症处理流程，包括过敏性休克、窒息等并发症的抢救流程及出血转化的识别转诊流程。

二、二级医院卒中中心

二级医院卒中中心分为二级医院卒中中心（基础）、二级医院卒中中心（推荐）两个层级。

(一) 二级医院卒中中心（基础）

1. 基本条件

(1) 二级综合医院或相关专科医院。

(2) 设置神经内科、神经外科、急诊医学科、康复医学科（门诊或病房）等与卒中诊疗相关的诊疗科目及病房。设置卒中专病门诊，设置卒中急诊绿色通道。

(3) 从事卒中相关诊疗工作的人员取得执业医师资格及其他医疗卫生技术资格。

(4) 具备心电图检查，血液检测（血常规、凝血、肝功、肾功、电解质、心肌酶、肌钙蛋白、血糖等），超声检查（经颅多普勒超声、颈动脉超声、经胸超声心动图等），CT及MRI（Magnetic Resonance Imaging，磁共振成像）平扫检查。

(5) 能开展静脉溶栓、脑出血钻孔血肿抽吸术或开颅血肿清除术、去骨瓣减压术、脑室引流术。

2. 组织管理

(1) 成立以医院主管业务领导为主任，以相关职能部门、临床、医技和信息部门科室负责人为成员的卒中诊疗管理领导小组，下设办公室，明确部门职责及工作制度。

(2) 成立以神经内科、神经外科、神经介入科（组）、重症医学专业、急诊医学科医师、护士为主体，卒中诊疗相关专业医务人员为依托的救治小组。

(3) 建立健全保证卒中救治质量和安全的相关管理制度，有落实、考核及持续改进措施，明确各级各类人员岗位职责。

(4) 依据卒中有关疾病临床诊疗指南、临床技术操作规范及临床路径制定各类卒中病种的救治预案、技术规范和工作流程。

(5) 加强信息化建设，具有门急诊电子病历、院内卒中相关多学科病历信息数据共享及院际间远程会诊信息系统，建立卒中住院登记及随访登记数据库。

(6) 医院具有统一且规范的卒中绿色通道指引及卒中优先等标识指引患者就医。

(7) 与区域内乡镇卫生院和城市社区卫生服务中心、三级医院卒中中心建立协作关系，落实双向转诊制度，建立卒中救治网络医联体，共同开展卒中防治等工作。

(8) 组织院内业务培训及区域内乡镇卫生院和城市社区卫生服务中心的业务培训，积极参加三级医院卒中中心及全国性规范化培训及继续医学教育。

(9) 对卒中患者和脑卒中高危人群进行筛查、随访、建档及健康宣教。制定社区卒中健康教育与预防计划，开展本区域内的群众健康宣教工作。

3. 工作要求

(1) 医疗机构急诊应与院前急救人员尽快完成卒中患者院前院内交接。急诊具有急性缺血性卒中、出血性卒中等疾病诊疗规范与救治流程。成立急诊卒中救治团队，团队主要负责人应由经过卒中相关培训的具备主治医师及以上职称的神经内科或神经外科医师担任，团队具备24小时×7

天卒中救治能力。急诊具备静脉溶栓相关药物及设备、卒中抢救药物及设备。

(2) 急诊病历包含卒中评估量表、救治时间节点。

(3) 对于确诊的急性缺血性卒中患者，及时接诊评估、完善相关检查并开展救治，按照适应证选择静脉溶栓等治疗，提高符合适应证的急性缺血性卒中静脉溶栓率。对于蛛网膜下腔出血等病例，若本中心未开展相关业务，可转诊至上级卒中中心。

(4) 神经内科、神经外科、神经介入科（组）、神经重症病房（病床）、康复医学科根据规范和指南制定本科室或病房标准化流程。使用神经功能缺损评分、mRS评分（脑卒中神经功能分级量表）、GCS评分（格拉斯哥昏迷评分）等标准化量表进行病情监测及评估。

(5) 神经内科、神经外科、神经介入科（组）、神经重症病房（病床）积极完善卒中病因学检查及常见相关危险因素检查，在院期间完成头颈血管评估检查，对卒中患者采取预防卒中相关性肺炎、深静脉血栓等常见并发症的必要措施。依据规范和指南开展（抗血小板、抗凝、降脂、降压、止血等）治疗。

(6) 神经内科、神经介入科（组）、神经外科根据规范和指南，严格掌握适应证开展脑血管病相关手术，加强围术期管理，规范术中监测手段，降低脑血管病相关手术并发症发生率。

(7) 神经重症病房（病床）进行床旁神经多模式监测，对神经重症患者常规进行液体和营养状况评估，不能正常进食但胃肠条件允许的患者尽早进行鼻饲，持续对神经重症患者病情进行密切监测。

(8) 康复医学科早期介入，及时对患者进行基本功能评定，尽早开始康复治疗。康复治疗包括：物理治疗、作业疗法、语言疗法、认知及心理疗法等技术项目；或与符合条件的康复机构有合作协议，开展上述诊疗服务。

(9) 功能科室可开展全天候（24小时×7天）血液检测（血常规、凝血、肝功、肾功、电解质、心肌酶、肌钙蛋白、血糖等），CT平扫检查，确保辅助检查能力满足卒中诊疗需求。

(10) 功能科室检查结果实现信息共享，积极参加卒中多学科病例讨论。

(11) 临床各个科室有院内卒中的应急预案和处置流程，加强卒中高危人群识别与评估、卒中早期症状识别，依据指南和规范开展卒中高危因素（高血压、糖尿病、高脂血症、心房颤动等）的治疗。

(12) 门诊医生能积极倡导并推广卒中防控5项简易措施：规范干预高血压、糖尿病、血脂异常等卒中危险因素；进行体力活动及常规锻炼；健康饮食，避免肥胖；戒烟限酒；掌握识别卒中预警症状和应对方法，定期体检。

(13) 开展院内及院外卒中高危人群早期筛查与综合干预，推进脑卒中机会性筛查。

(二) 二级医院卒中中心（推荐）

在具备二级医院卒中中心（基础）条件和能力的前提下，按照以下条件建设和管理：

1. 能设置神经介入科（组）、神经重症病房（病床）等与卒中诊疗相关的诊疗科目及病房。

2. 能开展多模态CT检查、多模态磁共振成像检查等检查。可全天候开展灌注成像、血管成像检查，全脑血管造影等检查，确保辅助检查能力满足卒中诊疗需求。

3. 能开展急性脑梗死血管内治疗（机械取栓等）等手术。

4. 对于确诊的急性缺血性卒中患者，按照适应证选择急性脑梗死血管内治疗（机械取栓等）等治疗，提高符合适应证的急性缺血性卒中血管内治疗率。

三、三级医院卒中中心

三级医院卒中中心分为三级医院卒中中心（基础）、三级医院卒中中心（推荐）两个层级。

(一) 三级医院卒中中心（基础）

1. 基本条件

(1) 三级综合医院或相关专科医院。

(2) 设置神经内科、神经外科、急诊医学科、神经介入科（组）、神经重症病房（病床）、康复医学科、营养科、心理科等与卒中诊疗相关的诊疗科目及病房。设置卒中专病门诊，设置卒中急诊绿色通道。

(3) 从事卒中相关诊疗工作的人员取得执业医师资格及其他医疗卫生技术资格。

(4) 具备心电图检查，血液检测（血常规、凝血、肝功、肾功、电解质、心肌酶、肌钙蛋白、血糖等），超声检查（经颅多普勒超声、颈动脉超声、经胸超声心动图等），多模态CT检查，多模态磁共振成像检查，全脑血管造影等检查。

(5) 能开展静脉溶栓、急性脑梗死血管内治疗（机械取栓等）、脑出血钻孔血肿抽吸术或开颅血肿清除术、去骨瓣减压术、脑室引流术、颈动脉内膜剥脱术、颅内外动脉支架植入术、动脉瘤夹闭术、动脉瘤血管内治疗术等手术。

2. 组织管理

(1) 成立以医院主管业务领导为组长，以相关职能部门、临床、医技和信息部门科室负责人为成员的卒中诊疗管理领导小组，下设办公室，明确部门职责及工作制度。

(2) 成立以神经内科、神经外科、神经介入科（组）、神经重症专业、急诊医学科医师、护士为主体，卒中诊疗相关专业医务人员为依托的救治小组。设立脑血管病急诊窗口，保证卒中中心绿色通道畅通。

(3) 建立健全保证卒中救治质量和安全的相关管理制度，制定卒中病例管理、随访管理的相关制度，有落实、考核及持续改进措施，明确各级各类人员岗位职责。

(4) 依据卒中有关疾病临床诊疗指南、临床技术操作规范及临床路径制定各类卒中病种的救治预案、技术规范和工作流程。

(5) 加强信息化建设，具有门急诊电子病历、院内卒中相关多学科病历信息数据共享及院际间远程会诊信息系统，建立卒中住院登记及随访登记数据库。

(6) 医院具有统一且规范的卒中绿色通道指引及卒中优先等标识指引患者就医。

(7) 与区域内二级医院、乡镇卫生院和城市社区卫生服务中心建立协作关系，落实双向转诊制度，建立卒中救治网络医联体，共同开展卒中防治等工作。

(8) 组织院内业务培训及区域内二级医院、乡镇卫生院和城市社区卫生服务中心的业务培训，积极参加全国性规范化培训及继续医学教育。

(9) 对卒中患者和脑卒中高危人群进行筛查、随访、建档及健康宣教。制定社区卒中健康教育与预防计划，开展本区域内的群众健康宣教工

作。

3. 工作要求

(1) 医疗机构急诊应与院前急救人员尽快完成卒中患者院前院内交接。急诊具有急性缺血性卒中、出血性卒中等疾病诊疗规范与救治流程。成立急诊卒中救治团队，团队主要负责人应由经过卒中相关培训的具备副主任医师及以上职称的神经内科或神经外科医师担任，团队具备24小时×7天卒中救治能力。急诊具备静脉溶栓相关药物及设备、卒中抢救药物及设备。

(2) 急诊具有电子病历及模板，病历包含卒中评估量表、救治时间节点。

(3) 对于确诊的急性缺血性卒中患者，及时接诊评估、完善相关检查并开展救治，按照适应证选择静脉溶栓、急性脑梗死血管内治疗（机械取栓等）等治疗，提高符合适应证的急性缺血性卒中静脉溶栓率及血管内治疗率。

(4) 神经内科、神经外科、神经介入科（组）、神经重症病房（病床）、康复医学科根据规范和指南制定本科室或病房标准化流程，有明确卒中专业团队。使用标准化量表（神经功能缺损评分、mRS评分、GCS评分等）进行病情监测及评估。

(5) 神经内科、神经外科、神经介入科（组）、神经重症病房（病床）积极完善卒中病因学检查及常见相关危险因素检查，在院期间完成头颈血管评估检查，对卒中患者采取预防卒中相关性肺炎、深静脉血栓等常见并发症的必要措施。依据规范和指南开展（抗血小板、抗凝、降脂、降压、止血等）治疗。

(6) 神经内科、神经介入科（组）、神经外科根据规范和指南，严格掌握适应证开展脑血管病相关手术，加强围术期管理，规范术中监测手段，降低脑血管病相关手术并发症发生率。

(7) 神经重症病房（病床）进行床旁神经多模式监测，对神经重症患者常规进行液体和营养状况评估，不能正常进食但胃肠条件允许的患者尽早进行鼻饲，持续对神经重症患者病情进行密切监测。

(8) 康复医学科早期介入，及时对患者进行基本功能评定，尽早开始康复治疗，康复治疗包括：物理治疗、作业疗法、语言疗法、认知及心理疗法等技术项目。

(9) 功能科室可开展全天候(24小时×7天)血液检测(血常规、凝血、肝功、肾功、电解质、心肌酶、肌钙蛋白、血糖等),CT及MRI平扫检查,CT及MRI灌注成像、血管成像检查,全脑血管造影等检查,确保辅助检查能力满足卒中诊疗需求。

(10) 功能科室检查结果实现信息共享,积极参加卒中多学科病例讨论。

(11) 临床各个科室有院内卒中的应急预案和处置流程,加强卒中高危人群识别与评估、卒中早期症状识别,依据指南和规范开展卒中高危因素(高血压、糖尿病、高脂血症、心房颤动等)的治疗。

(12) 门诊医生能积极倡导并推广卒中防控5项简易措施:规范干预高血压、糖尿病、血脂异常等卒中危险因素;进行体力活动及常规锻炼;健康饮食,避免肥胖;戒烟限酒;掌握识别卒中预警症状和应对方法,定期体检。

(13) 开展院内及院外卒中高危人群早期筛查与综合干预、推进脑卒中机会性筛查。

(14) 积极推进适宜技术推广,开展卒中相关培训宣教工作。

(二) 三级医院卒中中心(推荐)

在具备三级医院卒中中心(基础)条件和能力的前提下,能够设置建立管理、人员、运行相对独立,多学科融合的卒中中心(脑血管病中心/病区)。设立卒中专病急诊室(可与现有神经内外科急诊室共用)。

附录:卒中中心诊疗服务流程及质控指标

附录

卒中中心诊疗服务流程及质控指标

一、主要诊疗服务流程

(一) 接诊诊疗服务

1. 病史采集、体格检查,不同类型卒中完善如NIHSS、mRS、GCS、蛛网膜下腔出血严重程度分级(如Hunt-Hess分级)、房颤患者抗凝治疗出

血风险评分（如HAS-BLED评分）、非瓣膜性房颤患者脑卒中风险评分（如CHA2DS2-VASc评分）等相应的量表评分，生命体征评估；

2. 实施头颅影像学检查、血生化等辅助检查；

3. 相应时间窗内应用指南推荐的脑梗死溶栓药物；知情告知；符合适应证下实施急诊静脉溶栓，机械取栓等神经介入、开颅手术等治疗。

（二）入院后诊疗服务

1. 抗血小板治疗；

2. 预防深静脉血栓；

3. 房颤患者的抗凝治疗；

4. 早期康复评估及治疗；

5. 早期营养支持治疗；

6. 早期吞咽功能评价；

7. 健康宣教（戒烟等）；

8. 血压评估与管理；

9. 血糖评估与管理；

10. 血脂评估与管理；

11. 血管功能评估；

12. 体温监测及管理；

13. 凝血功能评估及管理。

（三）出院前诊疗服务

1. 出院时抗栓治疗；

2. 出院时卒中合并症患者的相应用药；

3. 膳食平衡原则及个体化康复指导；

4. 卒中危险因素控制，卒中发作预警，用药依从性等宣教；

5. 出院功能评估，生活质量评估。

（四）出院后随访

1. 功能残疾情况（mRS评分）；

2. 卒中再发情况；

3. 二级预防药物服用情况及药物副作用；

4. 脑卒中危险因素控制情况。

二、主要质控指标

（一）脑梗死相关质控指标

1. 发病4.5h内脑梗死患者静脉溶栓率；
2. 静脉溶栓的脑梗死患者到院至给药时间 $<60\text{min}$ 的比例；
3. 发病24h内脑梗死患者血管内治疗率；
4. 发病24h内脑梗死患者行血管内治疗从入院到完成动脉穿刺时间 $<90\text{min}$ 的比例；
5. 不能自行行走的脑梗死患者入院48h内深静脉血栓预防率；
6. 脑梗死患者早期吞咽功能筛查率；
7. 脑梗死患者早期康复治疗率；
8. 发病4.5h内急性脑梗死患者静脉溶栓后症状性颅内出血发生率；
9. 发病4.5h内急性脑梗死患者静脉溶栓治疗后90d神经功能独立的比
例。

10. 发病24h内脑梗死患者行血管内治疗术后症状性颅内出血发生率；
11. 发病24h内脑梗死患者行血管内治疗术后90d神经功能独立的比例；
12. 发病24h内脑梗死患者行血管内治疗术后90d死亡率；
13. 出院时脑梗死患者抗血小板药物治疗率；
14. 出院时合并房颤的脑梗死患者抗凝治疗率。

（二）脑出血患者围手术期相关质控指标

1. 脑出血手术患者合理降压治疗比率；
2. 脑出血手术患者早期康复治疗率；
3. 脑出血手术患者住院病死率；
4. 脑出血手术患者并发症发生率。

（三）蛛网膜下腔出血及颅内动脉瘤围手术期相关质控指标

1. 破裂动脉瘤围手术期应用尼莫地平预防血管痉挛治疗比率；
2. 早期康复治疗率；
3. 动脉瘤患者开颅动脉瘤夹闭、动脉瘤血管内介入治疗主要并发症发
生率；
4. 动脉瘤患者开颅动脉瘤夹闭、动脉瘤血管内介入治疗住院病死率。

（四）颈动脉内膜切除术和颈动脉支架植入术相关质控指标

1. 颈动脉内膜切除术和颈动脉支架植入术并发症发生率；
2. 颈动脉内膜切除术和颈动脉支架植入术后抗血小板治疗比率。

相关链接：《国家卫生健康委办公厅关于印发医疗机构卒中中心建设与管理指导原则（2026年版）的通知》政策解读

中华人民共和国国家卫生健康委员会 版权所有，不得非法镜像。 ICP备案编号：京ICP备18052910号
技术支持：国家卫生健康委员会统计信息中心