

团 体 标 准

T/CHAC 008—2025

原发性高血压、2型糖尿病基层医防融合
路径化管理技术规范

Technical specification for the path-based management of
primary-level medical and public health integration of
essential hypertension and type 2 diabetes mellitus

2025 - 10 - 30 发布

2025 - 11 - 01 实施

目 次

前言	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 总体原则	2
6 基本要求	2
6.1 服务空间整合	2
6.2 必要软硬件配置	2
6.3 服务团队组建	2
6.4 信息化能力储备	2
6.5 双向转诊机制建立	3
7 路径化管理的服务流程和内容	3
7.1 流程图	3
7.2 总体要求与节点调整原则	3
7.3 诊前管理	3
7.4 诊中管理	4
7.5 诊后管理	7
7.6 分级管理	7
8 路径化管理质量控制和效果评价	8
8.1 一般要求	8
8.2 过程质量控制	8
8.3 效果评价	9
附录 A（资料性） 高血压患者心血管风险水平分层方法	10
参考文献	11

前 言

本标准按照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。

本标准由中国社区卫生协会提出并归口。

本标准起草单位：浙江省基层卫生协会、杭州市余杭区第三人民医院、医智锐科技（杭州）有限公司。

本标准主要起草人：白洪斌、郑丽文、胡迪、胡玲、蒋晓霞、陆永林、范力强、王星、杨建敏、张险峰、章永根、汪玲、刘国晶。

原发性高血压、2型糖尿病基层医防融合路径化管理技术规范

1 范围

本标准规定了基层医疗卫生机构对原发性高血压患者和2型糖尿病患者提供基本医疗卫生服务，实行医防融合路径化管理的总体原则、基本要求、服务流程和内容、质量控制和效果评价的要求。

本标准适用于基层医疗卫生机构向已确诊的原发性高血压患者和2型糖尿病患者提供基本医疗和基本公共卫生融合服务的健康管理。继发性高血压患者和1型糖尿病患者的健康管理可参照使用。其他医疗卫生机构可参照使用。

2 规范性引用文件

本标准没有规范性引用文件。

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本标准。

3.1

基本医疗卫生服务 basic medical and health care

维护人体健康所必需、与经济社会发展水平相适应、公民可公平获得的，采用适宜药物、适宜技术、适宜设备提供的疾病预防、诊断、治疗、护理和康复等服务。

基本医疗卫生服务包括基本公共卫生服务和基本医疗服务。

3.2

医防融合 medical and public health integration

通过体制机制创新、资源整合、流程再造、信息互通和人员协作，将疾病的预防、筛查、诊断、治疗、康复、健康管理以及健康促进等环节有机衔接，将预防融入临床诊疗的全过程，形成以健康为中心，连续、协同、高效的健康服务闭环。

3.3

基层医疗卫生机构 primary health care facilities

乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站）、村卫生室、医务室、门诊部和诊所等。

3.4

医疗卫生信息系统 health information system, HIS

以满足患者医疗健康需求为目的，满足医疗卫生服务、机构运营管理以及卫生监管要求的信息系统。

3.5

区域卫生信息平台 regional health information platform, RHIP

连接区域内的医疗卫生机构基本业务信息系统的平台，是不同系统间进行信息整合的基础和载体。

3.6

路径化管理 path-based management

针对原发性高血压、2型糖尿病患者的管理需求，梳理关键服务内容，通过优化服务步骤、明确时间节点，形成的规范化、同质化服务流程。

3.7

质量控制 quality control

通过信息化或人工抽查核验等手段监测服务过程质量，是保障路径化管理实施过程质量的技术措施。

3.8

效果评价 effect evaluation

对基层原发性高血压、2型糖尿病患者的管理效果进行评价，是保障路径化管理推行后患者健康改善的技术措施。

3.9

同质化 homogenization

不同主体在执行同一服务流程时，通过遵循规范化、标准化操作，实现服务内容、步骤、质量的一致性。

4 缩略语

下列缩略语适用于本标准。

ASCVD: 动脉粥样硬化性心血管病 (Atherosclerotic Cardiovascular Disease)

BMI: 体质指数 (Body Mass Index)

HbA1c: 糖化血红蛋白A1c型 (Glycosylated Hemoglobin, Type A1c)

LIS: 检验信息系统 (Lab Information System)

OGTT: 口服葡萄糖耐量试验 (Oral Glucose Tolerance Test)

5 总体原则

基层医疗卫生机构通过推行路径化管理，为原发性高血压、2型糖尿病患者提供标准统一的规范化、同质化服务，保障服务流程和效果。

6 基本要求

6.1 服务空间整合

基层医疗卫生机构应整合服务空间以满足路径化管理需求，应设置诊前服务区，该区域宜位于患者就诊动线的入口处。

6.2 必要软硬件配置

应配置的软硬件见表1。

表1 原发性高血压、2型糖尿病患者路径化管理的软硬件配置要求

功能区	配置要求
诊前服务区	身高体重测量设备、血压计、快速血糖仪、软尺（测量腰围、臀围）、电子计算机。 可选择配置打印机、人体成分分析仪和健康知识宣传栏等。
诊间	电子计算机、医疗卫生信息系统、打印机、听诊器、血压计。 可选择配置满足6.4规定的路径化管理信息系统等。
检验检查	心电图机、血细胞分析仪、生化分析仪、尿液干化学分析仪。 可选择配置眼底照相机、人体成分分析仪、糖尿病足筛查工具、医用超声诊断仪、X射线机、计算机断层扫描机、动脉硬化检测仪等。

6.3 服务团队组建

6.3.1 应由至少1名临床医生和1名护士组建服务团队，公卫医师、营养师、康复师和药师等可根据基层医疗卫生机构人力储备情况选择加入，医共体（医联体）专科医生可加入。

6.3.2 服务团队医生可与患者进行家庭医生签约，提高诊疗连续性。

6.3.3 诊前服务区应配置至少1名医生助手，应由护士或医生担任。

6.4 信息化能力储备

6.4.1 基层医疗卫生机构宜采用以原发性高血压、2型糖尿病路径化管理为核心而研发的信息化系统，此类系统应满足6.4.2~6.4.6的要求。

6.4.2 应与机构内HIS对接，可选择与LIS对接，获取患者诊疗数据。

6.4.3 应与公共卫生服务信息化系统对接，获取居民健康档案、家庭医生签约服务、健康体检等基本公共卫生服务相关信息。

- 6.4.4 可与区域医疗卫生信息平台对接，获取患者在区域内非本医疗机构就诊的诊疗数据。
- 6.4.5 应设置诊前、诊中、诊后相应功能模块，符合第7章中对管理流程的要求。
- 6.4.6 宜应用大数据及人工智能技术，为医生提供辅助决策支持和分析功能。

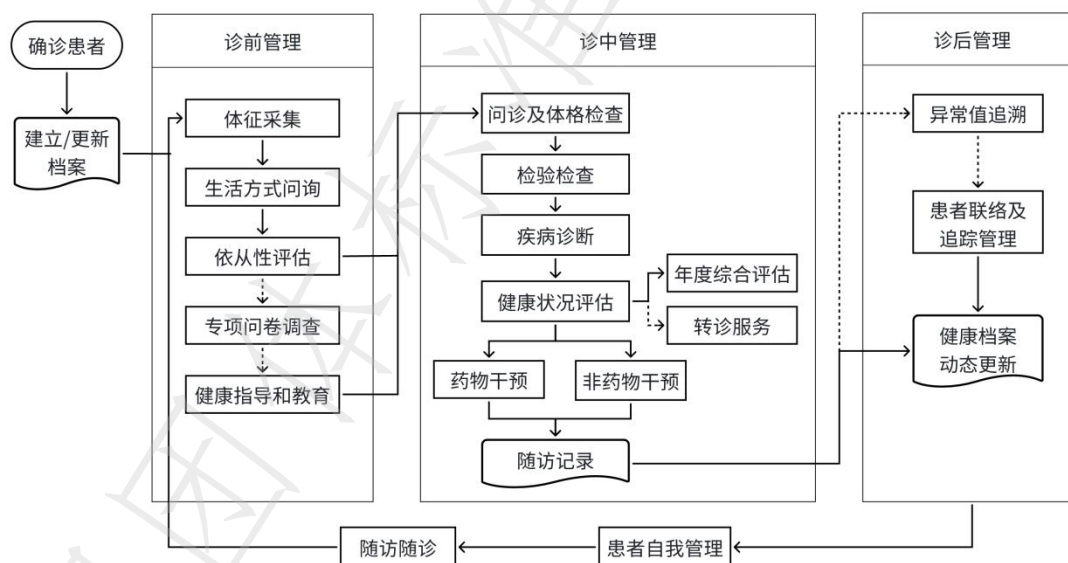
6.5 双向转诊机制建立

- 6.5.1 医共体（医联体）牵头医疗机构应与基层医疗卫生机构建立畅通的双向转诊机制。
- 6.5.2 基层医疗卫生机构应在原发性高血压、2型糖尿病患者出现血压或血糖控制不佳，药物不良反应难以控制，或（和）无法处理的合并症/并发症等情况时，及时向上转诊至医共体（医联体）牵头医疗机构。
- 6.5.3 在6.5.2出现的基层医疗卫生机构难以处理的原发性高血压、2型糖尿病患者病情控制稳定后，医共体（医联体）牵头医疗机构应将其向下转诊回基层医疗卫生机构。
- 6.5.4 医共体（医联体）牵头医疗机构与基层医疗卫生机构宜通过区域卫生信息平台或满足6.4规定的信息化系统达成患者转诊信息互通，转诊信息应至少包括患者基本信息、疾病诊断、转诊原因、转诊时间、转诊发起人和当前的治疗方案。

7 路径化管理的服务流程和内容

7.1 流程图

基层医疗卫生机构原发性高血压、2型糖尿病患者医防融合路径化管理流程参见图1。



注：流程图中虚线表示该路径节点为非必需节点，或是否执行该节点根据临床指南按需进行。

图1 基层医疗卫生机构原发性高血压、2型糖尿病患者医防融合路径化管理流程图

7.2 总体要求与节点调整原则

7.2.1 基层医疗卫生机构应将基本医疗服务和基本公共卫生服务融合后，通过路径化管理方式提供给原发性高血压、2型糖尿病患者。医防融合服务路径共包含17个服务节点，其中诊前管理环节5个服务节点、诊中管理环节9个服务节点、诊后管理环节3个服务节点。

7.2.2 基层医疗卫生机构可根据卫生资源和能力，对具体服务节点数量和动线分布进行调整。例如信息化能力较强区域可在诊后管理环节提供线上健康指导和教育，医生助手能力较弱区域可将用药依从性评估节点由诊前管理环节调整到诊中管理环节等。

7.2.3 医共体（医联体）内，基层医疗卫生机构的路径化管理服务节点应统一。

7.3 诊前管理

7.3.1 一般要求

7.3.1.1 诊前管理是医生助手在诊前服务区提供的体征采集、生活方式问询和用药依从性评估服务，可选择提供健康指导和教育、专项问卷调查服务。

7.3.1.2 诊前管理环节的节点必要性和频次参见表 2。

表 2 诊前管理节点清单

序号	节点	必要性	频次
1	血压	必需	每次就诊
	身高、体重、腰围	必需	每3月1次
	其他（如臀围、呼吸等）	可选	有条件时
2	生活方式问询	必需	每次就诊
3	用药依从性评估	必需	每次就诊
4	健康指导和教育	可选	有条件时
5	专项问卷调查	可选	必要时

7.3.2 体征采集

体征采集要求如下：

- a) 采集患者体征，评估是否存在危急情况；若存在危急情况，应立即通知医生，由医生判断是否对患者进行紧急转诊；
- b) 若不需紧急转诊，应问询患者上次随访到此次随访期间的症状，并采集其身高、体重、腰围等必需体征，可选择采集臀围、呼吸频率等其他体征。

7.3.3 生活方式问询

问询患者吸烟、饮酒、饮食、睡眠、运动情况、心理状态等生活方式情况。

7.3.4 用药依从性评估

问询患者的服药情况并初步评估其服药依从性，了解患者是否有药物不良反应。

7.3.5 健康指导和教育

根据基层医疗卫生机构的硬件配置和动线设计，可选择在诊前管理环节为患者提供健康指导和教育服务。

7.3.6 专项问卷调查

可根据患者健康需要，以问卷或问答形式对患者进行疾病所需的专项评估（如生活质量问卷评估、疼痛评估、疾病风险评估、心理健康评估等）。

7.3.7 信息录入

在诊前管理服务结束后，应将采集到的各项信息填入信息化系统中，或国家基本公共卫生服务规范中对高血压、2型糖尿病患者健康管理要求的随访服务记录表中。

7.4 诊中管理

7.4.1 一般要求

7.4.1.1 诊中管理是在诊室就诊期间医生为患者提供的服务，包括问诊及体格检查、检验检查、疾病诊断、健康状况评估、药物干预、非药物干预、转诊服务、年度综合评估和随访记录。

7.4.1.2 诊中管理环节的节点必要性和频次参见表 3。

表3 诊中管理节点清单

序号	节点	必要性	频次
1	问诊及体格检查	必需	每次就诊
2	检验检查	必需	参见表4
3	疾病诊断	必需	每次就诊
4	健康状况评估	必需	每次就诊
5	药物干预	必需	必要时
6	非药物干预	必需	每次就诊
7	转诊服务	必需	必要时
8	年度综合评估	必需	每年1次
9	随访记录	必需	按照7.6的要求执行

7.4.2 问诊及体格检查

应询问患者的自觉症状、一般情况、生活方式，记录患者现病史，为患者进行体格检查，糖尿病患者应进行足外观及足背动脉搏动检查。对于初次就诊者应询问其过敏史、既往史、个人史、手术史、家族史等。

7.4.3 检验检查

检验检查要求如下：

- 应根据患者病情需要定期为患者开具与原发性高血压或（和）2型糖尿病相关的检验检查项目；
- 检验检查项目宜参考国家卫生健康委、中华医学会和中国医师协会发布的高血压或糖尿病诊疗指导文件及医学指南，参照表4检验检查重点服务内容及频次，可根据地区卫生资源及患者接受能力进行调整；
- 定期检验检查可与国家基本公共卫生服务规范中对高血压、糖尿病患者以及老年人健康管理健康体检要求相结合；
- 分析检验检查结果，并作为健康状况评估和年度综合评估的依据；
- 对于卫生资源有限而不能完成必要检验检查项目的基层医疗卫生机构，应将患者转诊至上级、其他医疗机构提供相应服务，或者在上级医疗机构的支持下提供相应服务；
- 检验检查重点服务内容及频次参见表4。

表4 检验检查重点服务内容及频次

类别	序号	检验检查项目	高血压患者	糖尿病患者
检验	1	血常规	每年1次	\
	2	尿常规	每年1次	半年1次
	3	肝功能	每年1次	每年1次
	4	肾功能（血肌酐、血尿素氮）	每年1次	每年1次
	5	血糖	每年1次	每月2次（餐后、空腹各1次）
	6	血脂	每年1次	每年1次
	7	电解质	每年1次	\
	8	糖化血红蛋白HbA1c	每年1次	治疗初期每3月1次，达标后可每半年1次
	9	尿白蛋白肌酐比	每年1次	每年1次
	10	同型半胱氨酸	可选做	\
	11	OGTT、C肽释放试验、胰岛素释放试验	\	在初次发现血糖异常时必查以确诊糖尿病及分型；糖尿病患者对病情进展评估时可选择进行
检查	1	心电图	每年1次	每年1次

表 4 检验检查重点服务内容及频次（续）

类别	序号	检验检查项目	高血压患者	糖尿病患者
检查	2	胸片（或胸部CT）	每年1次	\
	3	颈动脉超声	每年1次	每年1次
	4	眼底照相	可选做	每年1次
	5	肾脏超声	可在发现患者尿常规或肾功能异常时检查	
	6	内脏脂肪检查	在患者腰围或BMI超标时可选做	
	7	超声心动图	在患者问诊及体格检查、心电图或胸片检查后，怀疑心脏异常时可选做	
	8	动态心电图	患者症状疑诊为心律失常导致，或体格检查、心电图发现心律不齐时可选做	
	9	动态血压监测	在患者血压波动显著或持续控制不佳时进行	
	10	踝肱指数	可在无颈动脉或四肢动脉超声检查条件的前提下，作为动脉硬化检测的替代检查	
	11	外周神经传导检查	\	糖尿病患者，尤其是有浅表神经受损症状或血糖控制不佳者，可选择进行外周神经传导检查
<p>注1：当患者同时患有原发性高血压和2型糖尿病时，监测内容和频次按照其中要求更严格者设定。</p> <p>注2：检验检查项目若发现异常，应酌情增加复查频次，复查结果正常或异常结果不可逆但稳定后，可调整回建议频次。</p> <p>注3：肾脏超声、内脏脂肪检查、超声心动图、动态心电图、动态血压监测、踝肱指数为通用可选择项目。对于高血压患者，眼底照相为可选择项目；对于糖尿病患者，外周神经传导检查为可选择项目。</p> <p>注4：监测内容和监测频次是对原发性高血压、2型糖尿病患者进行路径化管理时的基础要求。当患者病情状态需要进行更多监测时，应根据临床需要开展相应监测。</p>				

7.4.4 疾病诊断

应对患者是否有高血压和糖尿病相关的合并症、并发症及其他疾病进行诊断。

7.4.5 健康状况评估

应在每次就诊时对患者进行健康状况评估，评估内容应包括病史、体格检查、辅助检查结果、生活方式、服药情况和心理卫生状况等。

7.4.6 药物干预

药物干预要求如下：

- 应针对患者血压、血糖控制情况和可能患有的合并症、并发症，开具合适的中西医药物，用药方案选择宜参考国家卫生健康委、中华医学会和中国医师协会发布的高血压或糖尿病诊疗指导文件及医学指南；
- 对第一次出现血压/血糖控制不满意，或出现药物不良反应的患者，结合其服药依从性，必要时增加现用药物剂量、更换或增加不同类的降压/降糖药物，2周内随访。

7.4.7 非药物干预

非药物干预要求如下：

- 应为患者提供药物治疗以外的干预服务，如中医理疗、康复训练等；
- 应根据患者疾病状况、生活方式和并发症风险等因素，为患者提供饮食指导、运动建议和行为改变（戒烟、戒酒、睡眠健康、体重控制、心理指导）等非药物干预指导，宜推荐具体干预方案。

7.4.8 转诊服务

在原发性高血压、2型糖尿病患者出现血压/血糖连续两次控制不佳、药物不良反应难以控制，或（和）无法处理的合并症/并发症等情况时，应及时将患者向上转诊至医共体（医联体）牵头医疗机构。

7.4.9 年度综合评估

年度综合评价要求如下：

- a) 每年应至少进行一次全面的健康评估，评估内容应包含疾病危险分层，作为患者管理等级设定的依据；
- b) 宜同步评估患者的 ASCVD 风险；
- c) 应告知患者健康评估情况，可打印评估报告交付患者，可利用信息技术推送到患者移动端。

7.4.10 随访记录

将诊中管理的必要信息填入满足6.4规定的信息化系统中，或国家基本公共卫生服务规范中对高血压、2型糖尿病患者健康管理要求的随访服务记录表中。

7.5 诊后管理

7.5.1 一般要求

7.5.1.1 诊后管理是指患者离开诊室后服务团队为其提供的连续性服务，包括异常值追溯、患者联络、追踪管理和健康档案动态更新。

7.5.1.2 诊后管理环节的节点必要性和频次参见表 5。

表 5 诊后管理节点清单

序号	节点	必要性	频次
1	异常值追溯	必需	必要时
2	患者联络及追踪管理	必需	必要时
3	健康档案动态更新	必需	完成每次随访服务记录

7.5.2 异常值追溯

对患者就诊过程中未及时出具结果的检验检查，医生应主动查阅并判断异常结果是否具有临床意义，是否有必要进一步处理。

7.5.3 患者联络及追踪管理

对于具有临床意义的异常检验检查结果，服务团队应通过电话及时告知患者，采取相应干预措施，必要时告知复诊或建议向上转诊。

7.5.4 健康档案动态更新

服务团队应将随访服务记录表和必要诊疗信息动态更新到患者健康档案中。

7.6 分级管理

7.6.1 高血压患者的分级管理

高血压患者的分级管理要求如下：

- a) 根据高血压患者的心血管风险水平分层，应将高血压患者分为三级管理，其中一级管理适用于低危患者、二级管理适用于中危患者、三级管理适用中一高危及以上危险度的高血压患者。高血压患者心血管风险水平分层方法参见附录 A；
- b) 一级管理应至少 3 个月随访 1 次，二级管理应至少 2 个月随访 1 次，三级管理应至少 1 个月随访 1 次；
- c) 应每季度为所有患者提供至少 1 次诊间（面对面）随访，其他随访可选择诊间或电话随访。

7.6.2 糖尿病患者的分级管理

糖尿病患者的分级管理要求如下：

- a) 根据患者的血糖控制与合并症、并发症状态，应将 2 型糖尿病患者分级管理，其中常规管理适用于血糖控制达标且无合并症、并发症，或合并症、并发症稳定的患者；强化管理适用于血糖控制不达标或合并症、并发症不稳定的患者。

- b) 常规管理应至少 3 个月随访 1 次；强化管理应至少 1 个月随访 1 次。
- c) 应每季度为所有患者提供至少 1 次诊间（面对面）随访，其他随访可选择诊间或电话随访。

8 路径化管理质量控制和效果评价

8.1 一般要求

- 8.1.1 对于有能力按照 6.4 的要求统一进行信息化系统建设的医共体（医联体）或区县，宜设置区域统一的质量控制和效果评价标准。
- 8.1.2 基层医疗卫生机构应设置统一的质量控制和效果评价标准。
- 8.1.3 基层医疗卫生机构推行原发性高血压、2 型糖尿病路径化管理时，应同时重视管理过程质控和管理效果评价，可根据卫生资源情况和路径化管理实施进度调整对管理过程和管理效果的侧重程度。
- 8.1.4 对于有条件使用信息化系统（满足 6.4 要求）的基层医疗卫生机构，应利用信息系统直接获取身高体重测量设备、血压计、血糖仪等设备数据，保障数据真实性。
- 8.1.5 对于资源受限无条件使用信息化系统的基层医疗卫生机构，应设立质控专员岗位，该专员应人工抽查患者身高、体重、血压、血糖等数据是否真实无误，是否与 HIS 数据一致。

8.2 过程质量控制

8.2.1 入径率

- 8.2.1.1 对已纳入管理的原发性高血压和 2 型糖尿病患者，基层医疗卫生机构应关注其路径化管理执行情况，可使用入径率作为代表性质量控制指标。
- 8.2.1.2 入径率的计算方式如下：
 - a) 入径率=（接受路径化管理的患者数/接受基本公共卫生服务的患者数）×100%；
 - b) 接受基本公共卫生服务的患者数是指在统计的自然年内，接受基本公共卫生服务中高血压患者和 2 型糖尿病患者健康管理的患者数；
 - c) 接受路径化管理的患者数是指在统计的自然年内，在接受基本公共卫生服务的患者中，完成每季度接受 1 次诊前体征采集服务，并且全年接受血糖、血脂和糖化血红蛋白检验各至少 1 次的患者数。

8.2.2 诊前体征采集率

- 8.2.2.1 基层医疗卫生机构应统计纳入路径化管理的原发性高血压和 2 型糖尿病患者诊前管理环节服务节点执行率，可使用体征采集率作为其中的代表性质量控制指标。
- 8.2.2.2 诊前体征采集率的计算方式如下：
 - a) 诊前体征采集率=（接受诊前管理体征采集的就诊人次/纳入路径化管理的患者就诊总人次）×100%；
 - b) 纳入路径化管理的患者就诊总人次是指在统计时间段内，接受路径化管理的原发性高血压患者和 2 型糖尿病患者总就诊人次；
 - c) 接受诊前管理体征采集的就诊人次是指在统计时间段内，在诊前管理中完成必需体征采集（血压、身高、体重和腰围）的原发性高血压、2 型糖尿病就诊人次。

8.2.3 诊中检验检查完成率

- 8.2.3.1 基层医疗卫生机构应统计纳入路径化管理的原发性高血压和 2 型糖尿病患者的诊中管理环节服务节点执行率，可使用检验检查完成率作为其中的代表性质量控制指标。
- 8.2.3.2 诊中检验检查完成率的计算方式如下：
 - a) 诊中检验检查完成率=（患者接受的检验检查数量/应为患者开具的检验检查总数量）×100%；
 - b) 应为患者开具的检验检查总数量是指在统计的自然年内，在接受路径化管理的原发性高血压患者和 2 型糖尿病患者中，参照表 4（或根据地区资源卫生条件及患者接受度重新调整的检验检查表格）为患者开具的检验检查总数量。如某机构在某年开展路径化管理 2000 位原发性高血压患者、800 位 2 型糖尿病患者、400 位两慢病共存患者，且该机构参照表 4 进行检验检查

节点管理，则该年该机构应为患者开具的检验检查总数量为 $2000 \times 13 + 800 \times 35 + 400 \times 39$ ，共 69600 次；

- c) 患者接受的检验检查数量是指在统计的自然年内，在接受路径化管理的原发性高血压患者和 2 型糖尿病患者中，参照表 4（或重新调整表格）实际为患者提供的检验检查数量，表 4 所列内容和频次外的检验检查不计入在内。

8.2.4 基层医疗卫生机构开展入径率、诊前体征采集率和诊中检验检查完成率的计算，是对路径化管理过程进行质控的基础要求。

8.2.5 基层医疗卫生机构（或医共体/医联体、区县）可根据条件设置其他过程质控指标。

8.3 效果评价

8.3.1 应注重路径化管理推行后患者的健康获益，基层医疗卫生机构可根据路径化管理的推行阶段或机构卫生资源条件制定效果评价方案。

8.3.2 效果评价方案中应至少包含高血压患者的血压达标情况和糖尿病患者的血糖达标情况，宜纳入血脂达标情况。

- a) 血压达标：一般高血压患者血压降至 130/80 mmHg 以下； ≥ 80 岁老年高血压患者的血压降至 150/90 mmHg 以下，如果能耐受，可进一步降至 140/90 mmHg 以下。
- b) 血糖达标：空腹血糖 4.4 mmol/L~7.0 mmol/L，非空腹血糖 < 10.0 mmol/L，对健康状态差的糖尿病患者，可以酌情放宽控制目标；HbA1c 控制目标应遵循个体化原则，对大多数非妊娠成年 2 型糖尿病患者控制目标为 $< 7.0\%$ ，年龄较大、病程较长、有严重低血糖史、预期寿命较短、有显著的微血管或大血管并发症或严重合并症的患者控制目标为 $< 8.0\%$ ；对于多数使用持续葡萄糖监测设备的患者，血糖达标指其在目标范围内时间（TIR） $> 70\%$ ，对于使用持续葡萄糖监测设备的老年、高危患者，血糖达标指其在目标范围内时间（TIR） $> 50\%$ 。
- c) 血脂达标：血清低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）控制水平应符合患者 ASCVD 风险分层对应的推荐目标值，即低危患者 LDL-C < 3.4 mmol/L、中危/高危患者 LDL-C < 2.6 mmol/L、极高危患者 LDL-C < 1.8 mmol/L 且较基线降低幅度 $> 50\%$ 、超高危患者 LDL-C < 1.4 mmol/L 且较基线降低幅度 $> 50\%$ 。

8.3.3 对于满足 6.4 规定信息化能力储备的基层医疗卫生机构，宜探索容纳更多监测指标的效果评价方案，以全面评价患者的健康获益。如纳入 BMI 达标情况、戒烟情况、心脑血管事件发生率、早死率等，相应标准应根据国家卫生健康委、中华医学会和中国医师协会发布的诊疗指导文件和医学指南制定。

8.3.4 对于信息化能力足够的基层医疗卫生机构，宜分析患者长时间的指标达标情况以达到更好的评价效果。例如：

过去 365 天的整体血压达标率计算方式如下：

- a) 回溯过去 365 天中，患者在基层医疗卫生机构测量的所有血压记录，统计血压达标次数占所有血压测量次数的比例；
- b) 优先取源自设备的客观数据；
- c) 过去 365 天的整体血压达标率 = $(\text{达标次数} / \text{总测量次数}) \times 100\%$ 。

附录 A

(资料性)

高血压患者心血管风险水平分层方法

A.1 高血压患者心血管风险水平分层参见表 A.1, 影响高血压患者心血管预后的重要因素参见表 A.2。

表 A.1 高血压患者心血管风险水平分层

心血管危险因素 和疾病史	血压 (mmHg)			
	收缩压130~139 和/或 舒张压85~89	收缩压140~159 和/或 舒张压90~99	收缩压160~179 和/或 舒张压100~109	收缩压≥180 和/或 舒张压≥110
无	低危	低危	中危	高危
1~2个其他危险因素	低危	中危	中-高危	很高危
≥3个其他危险因素	中-高危	高危	高危	很高危
有靶器官损害				
CKD3期				
无并发症的糖尿病	高一-很高危	很高危	很高危	很高危
临床并发症, CKD≥4期, 或有并发症的糖尿病				

表 A.2 影响高血压患者心血管预后的重要因素

危险因素
高血压 (1~3级) 男性>55岁; 女性>65岁 吸烟或被动吸烟 糖耐量受损 (2 h血糖7.8 mmol/L~11.0 mmol/L) 和/或空腹血糖异常 (6.1 mmol/L~6.9 mmol/L) 血脂异常 (总胆固醇≥5.2 mmol/L, 或LDL-C≥3.4 mmol/L, 或HDL-C<1.0 mmol/L) 早发心血管疾病家族史 (一级亲属发病年龄<50岁) 腹型肥胖 (腰围: 男性≥90 cm, 女性≥85 cm) 或肥胖 (体重指数≥28 kg/m ²) 高同型半胱氨酸血症 高尿酸血症 (血尿酸: 男性≥420 μmol/L, 女性≥360 μmol/L) 心率增快 (静息心率>80次/min)
靶器官损害
左心室肥厚: 心电图Sokolow-Lyon电压>3.8 mV或Cornell乘积>244 mV·ms, 或超声心动图LVMI: 男≥109 g/m ² , 女≥105 g/m ² 颈动脉超声IMT≥0.9 mm或动脉粥样斑块 cfPWV≥10 m/s, 或baPWV≥18 m/s ABI<0.9 eGFR 30~59 mL/(min·1.73m ²), 或血清肌酐轻度升高 (男性115 μmol/L~133 μmol/L, 女性107 μmol/L~124 μmol/L) 微量白蛋白尿: 尿白蛋白与肌酐比值30 mg/g~300 mg/g, 或白蛋白排泄率30 mg/24h~300 mg/24h
临床并发症与合并症
脑血管病: 脑出血, 缺血性脑卒中, 短暂性脑缺血发作 心脏疾病: 心肌梗死, 心绞痛, 冠状动脉血运重建, 慢性心力衰竭, 房颤 肾脏疾病: 糖尿病肾病, 肾功能受损, 包括: eGFR<30 mL/(min·1.73m ²); 或血肌酐升高 (男性≥133 μmol/L, 女性≥124 μmol/L); 或蛋白尿 (≥300 mg/24h) 外周动脉疾病 视网膜病变: 眼底出血或渗出, 视乳头水肿 糖尿病
注: LDL-C低密度脂蛋白胆固醇; HDL-C高密度脂蛋白胆固醇; LVMI左心室质量指数; IMT内膜中层厚度; cfPWV颈-股 动脉脉搏波传导速度; baPWV肱-踝动脉脉搏波传导速度; ABI踝肱指数; eGFR估算的肾小球滤过率。

参 考 文 献

- [1] 中国高血压防治指南修订委员会, 高血压联盟(中国), 中国医疗保健国际交流促进会高血压分会, 等. 中国高血压防治指南(2024年修订版)[J]. 中华高血压杂志, 2024(7).
- [2] 国家心血管病中心国家基本公共卫生服务项目基层高血压管理办公室, 国家基层高血压管理专家委员会. 国家基层高血压防治管理指南(2025版)[J]. 中华心血管病杂志, 2025, 53(09):977-991.
- [3] 中华医学会糖尿病学分会. 中国糖尿病防治指南(2024版)[J]. 中华糖尿病杂志, 2025, 17(01):16-139.
- [4] 中华医学会糖尿病学分会, 国家基层糖尿病防治管理办公室. 国家基层糖尿病防治管理指南(2022)[J]. 中华内科杂志, 2022, 61(7):32.
- [5] 中国血脂管理指南修订联合专家委员会, 王增武, 李建军, 等. 中国血脂管理指南(基层版2024年)[J]. 中国循环杂志, 2024, 39(4):313-321.
- [6] 国家卫生和计划生育委员会. 国家基本公共卫生服务规范(第三版): 国卫基层发(2017)13号(Z/O/L). 2017-02-28. <https://www.nhc.gov.cn/wjw/c100175/201703/59887bd178624e5c89b02b0b690fad53.shtml>.
-