

ICS 11.020

CCS C 50

T/SZMA

深圳市医学会团体标准

T/SZMA 008—2026

基层医疗卫生机构 高血压医防融合服务规范

Specification for the integration of medical care and prevention
services of hypertension in primary health care facilities

2026-03-20 发布

2026-03-20 实施

深圳市医学会 发布

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 基本要求	2
5 服务内容及要求	3
6 质量控制与监测评估	8
附录 A（规范性） 血压分类与高血压分级	10
附录 B（资料性） 心血管风险水平分层及影响因素	11
附录 C（资料性） 生活方式干预主要措施和目标	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》的规定起草。

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。

本文件由深圳市慢性病防治中心提出。

本文件由深圳市医学会归口。

本文件起草单位：深圳市慢性病防治中心、北京大学深圳医院、深圳市卫生健康发展研究和数据管理中心、深圳市家庭医生协会。

本文件主要起草人：赵志广、吕德良、吴肖冰、吴淳、郑静、余贺杲、谢尉、谢凤珠、李美红、孙风芹、黄瑞梅、张紫阳、游玥玥、谢泽宇、王云飞。

基层医疗卫生机构高血压医防融合服务规范

1 范围

本文件规定了基层高血压医防融合服务的基本要求、服务内容及要求和质量控制与监测评估。

本文件适用于深圳市辖区内承担国家基本公共卫生服务项目的基层医疗卫生机构对18周岁及以上的原发性高血压患者及其易患人群的健康管理服务。

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 11822 科学技术档案卷构成的一般要求
- GB/T 26162 信息与文献 文件（档案）管理概念与原则
- GB/T 35273 信息安全技术 个人信息安全规范
- GB/T 39725 信息安全技术 健康医疗数据安全指南
- GB/T 41207 信息与文献 文件（档案）管理体系 实施指南
- WS/T 424 人群健康监测人体测量方法
- DB 4403/T 42 智慧家庭病床服务规范

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

原发性高血压 primary hypertension

由遗传与环境因素综合造成，伴随或不伴随多种心脑血管危险因素，以血压升高为主要表现的临床综合征。

3.2

高血压易患人群 hypertension-susceptible population

具有高血压易患因素的人群。

注：包括正常高值血压、超重和肥胖、过量饮酒、高血压家族史、高盐饮食及年龄>55岁或更年期女性。

3.3

医防融合 integration of medical care and prevention

公共卫生服务与临床诊疗服务相融合，将预防、治疗、护理、康复等有机衔接，形成“病前主动防，病后科学管，跟踪服务不间断”的一体化健康管理服务模式。

3.4

随访 follow-up

医疗卫生机构对特定病人健康状况开展的追踪观察活动。

注：方式包括医防融合随访、家庭随访、远程随访等。

3.5

双向转诊 two-way referral system

医务人员根据患者病情治疗的需要，在上级和下级医疗机构之间实现转院的过程。

[来源：GB/Z 41820—2022，3.10]

3.6

健康管理 health management

对个体或群体健康进行监测、分析、评估，提供健康咨询和指导，及对影响健康的危险因素进行干预的过程。

[来源：GB/T 39509—2020，3.1]

3.7

基层医疗卫生机构 primary health care facilities

一级医院、乡镇卫生院、社区健康服务机构、门诊部、中医馆、诊所、医务室、卫生所等。

注：引自《深圳市基本公共卫生服务管理办法》。

4 基本要求

4.1 服务团队

4.1.1 基层医疗卫生机构应成立由家庭医生、护士和公共卫生人员组成的服务团队，为居民提供诊前、诊中、诊后全链条的整合性服务。有条件的基层医疗卫生机构可在上述人员基础上增配高血压相关专科医生、中医师、药师、社工、义工等人员。团队中的医务人员均应具有相关的执业资格证并经培训且考核合格后上岗。

4.1.2 诊前服务宜由导诊护士负责，可辅以经培训合格的社工、义工等，负责为高血压患者或易患人群提供血压、身高、体重、腰围等体格测量，并提供健康教育服务。

4.1.3 接诊的医师应熟练掌握高血压诊断、治疗和健康管理知识和技能，负责为高血压患者及其易患人群提供规范的疾病诊疗及健康管理服务。

4.1.4 诊后服务应由服务团队人员分工合作，负责完成预约追踪、家庭随访、远程随访、质量控制和监测评估等工作。

4.1.5 基层医疗卫生机构负责人应明确服务团队人员职责分工，建立人员培训、绩效激励等规章制度。

4.2 区域及设施设备

4.2.1 应设置诊前服务区域，配备血压计、身高体重计、腰围尺、电脑等基础设备。

4.2.2 血压计宜使用通过国际认证的上臂式电子血压计，不应使用传统的台式水银柱血压计以及腕式或手指式电子血压计。

4.2.3 应配备辅助检测设备，至少包括血常规分析仪、尿常规分析仪、心电图机，还应配备标准对数视力表和测量腰围的软尺。有条件的基层医疗卫生机构，除上述设备外，宜增配血生化分析仪、动态血压监测仪、心脏超声设备、血管彩色多普勒超声设备、胸部X线检查设备、眼底检查设备等。

4.3 药物

4.3.1 应配备基本降压药物，至少包括血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）和（或）血管紧张素II受体拮抗剂（ARB）、 β 受体阻滞剂、钙通道阻滞剂、利尿剂。有条件的基层医疗卫生机构，除上述基本降压药物外，宜增配血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂（ARNI）。

4.3.2 应设药品专柜，分类定位存放且标识应清晰可见，不应着地堆放。

4.3.3 应定期检查药品有效期，按先进先出、近期先出的原则配发药品，并及时补充，确保药品无积压、过期或变质。

4.3.4 对于因条件限制暂时无法配备的药品，应建立预约取药、第三方物流药品配送等机制。

4.4 信息系统

4.4.1 应规范网络环境接入方式，确保在安全网络环境下加载信息系统并正常使用基层高血压医防融合服务模块。

4.4.2 信息系统应同时具备高血压筛查、基本临床诊疗、随访管理、健康体检、双向转诊等功能。

4.4.3 高血压筛查模块应自动识别就诊患者类型，可通过颜色辨识高血压患者、需测量血压患者、待确诊的疑似高血压患者等。

示例：紫色标记为已建立高血压档案的高血压患者。

4.5 资料安全管理

4.5.1 涉及个人信息的资料，应符合 GB/T 35273 的规定。

4.5.2 存储高血压患者的电子版数据资料，应符合 GB/T 39725 的规定。

4.5.3 存储高血压患者的纸质工作材料，应符合 GB/T 11822、GB/T 26162、GB/T 41207 的规定。

5 服务内容及要求

5.1 服务流程

基层医疗卫生机构应为服务对象提供诊前、诊中、诊后全流程健康管理服务，包括高血压筛查、健康教育、诊断、生活方式干预、药物治疗、随访管理、健康体检、转诊等服务。在患者管理过程中，应与上级医院建立协作机制，实现双向转诊，为患者提供全方位、连续性健康管理服务。服务流程按图1所示。

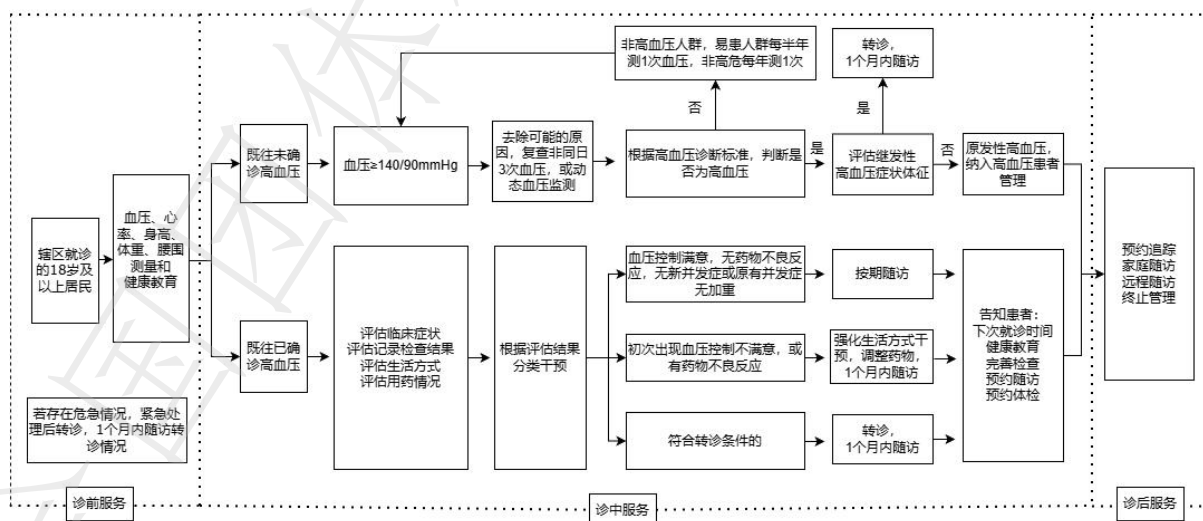


图1 服务流程图

5.2 诊前服务

5.2.1 血压和心率测量

5.2.1.1 测量前，符合以下要求：

——应指导被测者排空膀胱，安静休息 5 min 以上，保持心绪平稳，并排除可能影响血压的因素，如被测者测量前 30 min 吸烟饮酒、喝浓茶或咖啡、剧烈运动等；

——应根据被测者臂围大小选择不同标准规格的袖带，臂围大者（>32 cm）应使用大袖带，臂围小者（<24 cm）应使用小袖带。袖带松紧合适，袖带下缘应在肘窝上 2.5 cm（约两横指）处。

5.2.1.2 测量时，符合以下要求：

——应使被测者处于轻松、舒适、安静的环境，并指导其取端坐位，双脚平放于地面，放松且身体保持不动，不说话；

——被测者上臂中点与心脏处于同一水平上；

——首次测量应选择双上臂血压，再次测量应选择血压读数较高的一侧上臂血压；

——应相隔 30 s~60 s 重复测量，取 2 次读数的平均值记录，如果收缩压或舒张压的 2 次读数相差 10 mmHg 以上，应再次测量，取后 2 次读数的平均值记录；

——测量血压的同时应记录脉率作为心率的估算值。

5.2.1.3 不同人群测量频次如下：

——18 岁及以上居民每年应至少测量 1 次；

——高血压易患人群每半年应至少测量 1 次；

——高血压患者，血压控制达标者每 3 个月应至少测量 1 次，血压控制不达标者应每月至少测量 1 次。

5.2.2 身高测量

5.2.2.1 身高的测量，应符合 WS/T 424 的规定。

5.2.2.2 高血压患者每年应至少测量 1 次。

5.2.3 体重测量

5.2.3.1 体重的测量，应符合 WS/T 424 的规定。

5.2.3.2 高血压患者每年应至少测量 1 次。若超重、肥胖或中心性肥胖，每 3 个月应至少测量 1 次。

5.2.4 腰围测量

5.2.4.1 腰围的测量，应符合 WS/T 424 的规定。

5.2.4.2 高血压患者每年应至少测量 1 次。若超重、肥胖或中心性肥胖，每 3 个月应至少测量 1 次。

5.2.5 健康教育

5.2.5.1 工作人员应主动指导服务对象测量血压、身高、体重、腰围，并为服务对象提供健康教育。

5.2.5.2 对于一般人群，健康教育内容应包括高血压定义及其危害、健康生活方式、监测血压、高血压危险因素、易患对象、高血压可防可控等。

5.2.5.3 对于高血压易患人群，除 5.2.5.2 内容外，应增加不健康行为的纠正和指导等。

5.2.5.4 对于高血压患者，除 5.2.5.3 内容外，应增加危险因素及规范管理重要性、非药物治疗与坚持终身治疗、高血压可治可控、高血压自我管理技能等内容。

5.3 诊中服务

5.3.1 高血压诊断

5.3.1.1 在未使用降压药的情况下，患者出现下列情况之一的，诊断为高血压：

——非同日 3 次测量诊室血压收缩压 ≥ 140 mmHg 和（或）舒张压 ≥ 90 mmHg；

- 连续 5 天~7 天测量家庭血压收缩压 ≥ 135 mmHg 和（或）舒张压 ≥ 85 mmHg；
- 24 h 动态血压收缩压 ≥ 130 mmHg 和（或）舒张压 ≥ 80 mmHg，白天平均血压收缩压 ≥ 135 mmHg 和/或舒张压 ≥ 85 mmHg，夜间平均血压收缩压 ≥ 120 mmHg 和/或舒张压 ≥ 70 mmHg。

5.3.1.2 首诊时，测量数值为收缩压 ≥ 180 mmHg 和（或）舒张压 ≥ 110 mmHg，并出现血压显著升高的现象，应分为下列情况进行处理：

- 若伴有急性症状者，应立即转诊到上级医院进行高血压的诊断；
- 若无明显症状者，则排除其他可能的诱因，指导患者安静休息后复测血压，仍达此数值，可确诊高血压。

5.3.1.3 若根据诊室血压诊断不确定，或怀疑“白大衣高血压”或“隐蔽性高血压”，应结合动态血压或家庭自测血压明确诊断。

5.3.1.4 若怀疑继发性高血压或因其他诊断需要，建议转诊到上级医院明确诊断，病情严重者应立即转诊，并做好必要的紧急处理。

5.3.1.5 妊娠和哺乳期女性患者宜指导其到上级医院进行诊断治疗。

5.3.2 建立高血压健康管理档案

确诊高血压后，应在建立居民健康档案基础上，为患者建立高血压健康管理档案，内容包括但不限于：

- 基本信息，包括姓名、身份证号码、联系方式、现住址等；
- 人口学信息，包括性别、民族、文化程度、职业、婚姻状况等；
- 病史信息，包括药物过敏史、既往史、家族史、生活自理能力、生活方式、确诊机构名称等；
- 体格检查信息，包括身高、体重、腰围、血压等；
- 建档信息，包括建档机构、建档人员、建档日期等；
- 服药情况，包括药物名称、次数、每次剂量、剂量单位、开药时间等。

5.3.3 诊断性评估

5.3.3.1 应通过病史、体格检查及辅助检查对患者进行诊断性评估，内容包括但不限于：

- 明确高血压的诊断，确定血压水平分级，具体要求应符合附录 A 的规定；
- 判断高血压的原因，区分原发性高血压或继发性高血压；
- 寻找其他心脑血管疾病危险因素，评估靶器官损害，确定心脑血管疾病或肾脏疾病等相关临床情况；
- 根据血压水平、心血管危险因素、靶器官损害、临床并发症以及糖尿病和慢性肾脏病等合并症进行心血管危险分层，分为低危、中危、高危和很高危 4 个层次，具体参见附录 B。

5.3.3.2 初诊时及以后每年应评估 1 次。

5.3.3.3 若患者合并严重的临床情况或靶器官损害，宜指导患者到上级医院进一步评估治疗。

5.3.4 生活方式干预

5.3.4.1 应结合患者测量数据，充分了解患者，内容包括但不限于：

- 患者健康行为习惯及影响因素，包括饮食、运动、心理、吸烟、饮酒等；
- 患者想法、经历、周围环境等；
- 患者对不良生活方式与疾病关系的认知。

5.3.4.2 应告知患者危害及行为改变的益处，提出行为改变的建議，分析行为改变的困难及应对措施，了解患者行为改变的意愿。

5.3.4.3 应根据患者行为改变意愿，开展下列工作：

——患者具有改变意愿的，应为其制定行为改变的目标及计划，并辅助实施；

——患者不具有改变意愿的，应分析原因，重申不健康行为习惯的危害及改变的意义。

5.3.4.4 应为患者安排随访，监督计划执行情况，鼓励、督促循序渐进、持续改善。

5.3.4.5 核心干预要点应包括合理膳食、减少钠盐摄入、规律运动、控制体重、戒烟、戒酒、心理平衡和保持健康睡眠，主要措施和目标见附录 C。

5.3.5 药物治疗

5.3.5.1 所有高血压患者一旦明确诊断，建议在干预生活方式的同时立即启动药物治疗。对于收缩压 <150 mmHg 且舒张压 <90 mmHg 同时未合并冠心病、心力衰竭、心房颤动、脑卒中、动脉粥样硬化性外周血管疾病、慢性肾脏病、视网膜病变或糖尿病的高血压患者，也可根据病情及患者意愿暂缓给药，采用单纯生活方式干预；生活方式干预最多 3 个月，若血压仍未达标，再启动药物治疗。

5.3.5.2 血压水平为收缩压在 130 mmHg~139 mmHg 之间和（或）舒张压在 85 mmHg~89 mmHg 之间的正常高值人群，若心血管风险为低危和中危者，应持续进行生活方式干预；若心血管风险为高危和很高危者应立即启动降压药物治疗。

5.3.5.3 应根据患者血压水平及是否存在合并症，选择合适的药物，宜选择长效药物。

5.3.5.4 每次药物治疗方案调整应观察 2 周~4 周，评价调整治疗后的有效性。除非出现不良反应等不耐受或紧急处理的情况，不应频繁更换药物。

5.3.5.5 降压治疗过程中，应综合考虑患者伴随的合并症，对已患心血管疾病及具有某些危险因素进行综合干预治疗，以降低心血管疾病再发或死亡风险。

5.3.5.7 当血压控制未达标或血压明显波动时，应强化生活方式干预并视情况调整药物治疗方案，或转诊至上级医院进一步治疗。

5.3.5.8 当发现严重的临床疾病或心、脑、肾损害以及怀疑与降压药物相关的不良反应难以处理时，应转诊患者到上级医院进一步诊断治疗。

5.3.6 随访管理

5.3.6.1 对建有高血压健康管理档案的患者，应定期开展医防融合随访服务，并补充完善高血压健康管理档案。

5.3.6.2 应根据血压水平，设定不同的随访频次，具体如下：

——对血压控制达标的患者，应每 3 个月至少随访 1 次；

——对血压控制未达标，或出现药物不良反应的患者，应每月至少随访 1 次；

——对符合转诊条件的应按 5.3.8 的规定进行转诊。

5.3.6.3 随访应开展以下工作：

——询问并记录上次随访到现在新出现的症状、新发合并症及发生时间，并对患者进行合并症相关健康教育；

——查看患者血压变化，对诊前未测量血压的患者进行补测，对诊前测量血压异常的患者进行复测，评估随访期内的治疗干预效果，并告知患者应经常测量血压并记录血压值；

——询问并记录患者随访期内治疗干预的依从性，针对遵医行为较差患者，开展健康教育，让其了解高血压的危害及长期坚持降压治疗的必要性，更好地配合治疗；

——询问并记录患者随访期内有无药物不良反应，必要时监测血钾、肌酐等；

——询问和记录患者随访期内生活方式干预计划执行情况，开展下一随访周期针对性的生活方式干预指导；

——为患者安排下次随访计划并告知；

——对尚未健康体检的患者，应预约体检时间，告知注意事项。

5.3.7 健康体检

5.3.7.1 每年度应为患者至少健康体检 1 次。

5.3.7.2 健康体检应开展以下工作：

- 询问并记录患者症状、一般状况、生活方式（包括体育锻炼、饮食习惯、吸烟情况、饮酒情况）、现存主要健康问题、主要用药情况等；
- 为患者提供体格检查，包括体温、脉率、呼吸频率、双侧血压、身高、体重、腰围等指标测量，皮肤、浅表淋巴结、肺、心脏、腹部、下肢水肿等常规检查，以及口腔、视力、听力、运动功能等脏器功能检查；
- 为患者提供辅助检查，包括血尿常规、血生化（肌酐、尿酸、谷丙转氨酶、谷草转氨酶、血糖、血脂）、心电图，有条件的机构可提供血钠、血钾检测、尿微量白蛋白、尿肌酐、眼底检查、超声检查（心脏彩超及颈动脉彩超）等；
- 应根据患者健康体检结果，按照 5.3.3 的要求进行诊断性评估。

5.3.8 转诊

5.3.8.1 初诊患者如有以下条件之一的，宜建议其转诊：

- 血压显著升高，且血压水平为收缩压 ≥ 180 mmHg 和（或）舒张压 ≥ 110 mmHg，经短期处理仍无法控制；
- 怀疑新出现心、脑、肾并发症或其他严重临床情况；
- 妊娠和哺乳期女性；
- 发病年龄 < 30 岁；
- 伴蛋白尿或血尿；
- 非利尿剂或小剂量利尿剂引起的低血钾（血钾 < 3.5 mmol/L）；
- 阵发性血压升高，伴头痛、心慌、多汗；
- 双上肢收缩压差异 > 20 mmHg；
- 因诊断需要到上级医院进一步检查。

5.3.8.2 随访患者如有以下条件之一的，宜建议其转诊：

- 至少三种降压药物（包括一种利尿剂）足量使用，血压仍未达标；
- 血压明显波动并难以控制；
- 怀疑与降压药相关且难以处理的不良反应；
- 随访过程中发现严重临床疾病或心、脑、肾损害难以处理。

5.3.8.3 患者如出现以下条件之一的，宜指导其急救车转诊：

- 意识丧失或模糊；
- 血压水平为收缩压 ≥ 180 mmHg 和（或）舒张压 ≥ 110 mmHg，伴剧烈头痛、呕吐，或突发言语障碍和（或）肢体瘫痪；
- 血压显著升高伴持续性胸背部剧烈疼痛；
- 血压升高伴下肢水肿、呼吸困难或不能平卧；
- 胸闷、胸痛持续至少 10 min，伴大汗，心电图示至少两个导联 ST 段抬高；
- 其他影响生命体征的严重情况，如意识淡漠伴血压过低或测不出、心率过慢或过快，突发全身严重过敏反应等。

5.4 诊后服务

5.4.1 追踪预约

应根据不同情况患者，开展相应的追踪预约工作，具体如下：

- 对于血压为正常高值的人群，应进行预约追踪，半年内随访一次；
- 对于血压达到高血压诊断标准但尚未确诊的患者，应主动了解和督促其家庭自测血压，并建议4周内复测诊室血压；
- 对于需要随访的患者，应合理安排追踪时间，沟通联系患者，为患者预约门诊复查时间，若患者无法到基层医疗卫生机构复诊，应积极沟通预约家庭随访；
- 对于需要健康体检的患者，应通过电话或信息留言等沟通方式，为患者预约体检时间，并告知体检相关注意事项；
- 对转诊到上级医院的患者，转诊后1个月内，应主动追踪随访，了解患者在上级医院的诊断结果和治疗效果，并预约下次随访时间。

5.4.2 家庭随访

- 5.4.2.1 因病情较重、行动不便且较长时间未到基层医疗卫生机构就诊且需要详细检查或评估的患者，应为其提供家庭随访服务。
- 5.4.2.2 家庭随访前，应事先取得患者同意，了解患者健康需求，确定家庭随访时间，并按时提供服务。若因特殊原因需要调整服务时间，应提前告知患者并与患者协商后重新预约家庭随访时间。
- 5.4.2.3 应按照5.3.6.3的要求开展随访管理服务。
- 5.4.2.4 家庭随访结束后，应及时准确地补充完善居民健康档案。
- 5.4.2.5 对于慢性重症患者、长期卧床或身体虚弱、生活不能自理且病情稳定的患者，可视情况为患者建立家庭病床，开展的家庭病床服务应符合DB4403/T 42的规定。

5.4.3 远程随访

- 5.4.3.1 较长时间未到基层医疗卫生机构就诊且无法家庭随访的患者，应提供远程随访服务，随访途径包括但不限于电话、微信、信息应用平台等。
- 5.4.3.2 远程随访前，应通过信息系统事先了解既往患者健康状况、健康生活方式干预执行情况以及临床诊疗情况。
- 5.4.3.3 远程随访应详细询问患者血压测量和病情变化情况，评估治疗效果，为患者提供健康教育，增强患者依从性和自我健康管理能力。
- 5.4.3.4 远程随访结束后，应及时准确地补充完善居民健康档案。

5.4.4 终止管理

- 5.4.4.1 出现下列任一情况时，基层医疗卫生机构应给予终止高血压健康管理：
 - 患者明确死亡；
 - 患者超过1年未到基层医疗卫生机构就诊且无法联系而失访；
 - 患者已在外市连续居住超过6个月，且近期无返回深圳居住计划；
 - 患者本人拒绝接受高血压患者健康管理服务，且经医务人员沟通告知后，仍表示拒绝，可由责任医师在健康档案中如实记录沟通情况后终止管理。
- 5.4.4.2 终止管理时，应同时将高血压健康管理档案注销，并明确终止管理原因。

6 质量控制与监测评估

6.1 质量控制

- 6.1.1 基层医疗卫生机构应成立由机构负责人担任组长的质量控制小组，建立常态化的内部质量控制制度。

- 6.1.2 健康管理服务质量，内容包括但不限于：
- 基本设施和基本药物的配置；
 - 诊前、诊中和诊后服务质量；
 - 基层医务人员健康管理服务水平。
- 6.1.3 健康管理档案信息质量，内容包括但不限于：
- 档案信息质量真实性和规范性；
 - 结合机构情况可采用电话、智能辅助等方式对档案信息的真实性进行质量评价；
 - 结合机构情况采用信息系统对档案信息的规范性进行质量评价，对系统发现存在的问题的档案信息进行核对、修正或补充。
- 6.1.4 每年应至少开展1次健康管理服务质量、高血压健康管理档案质量自评。
- 6.1.5 质量控制小组应定期或不定期汇总分析质量控制评价情况，形成质量控制评估报告，督促整改存在问题。
- 6.2 监测评估
- 6.2.1 过程监测评估
- 6.2.1.1 过程监测评估内容包括但不限于：
- 管理的高血压患者人数；
 - 规范管理的高血压患者人数；
 - 高血压患者规律服药率；
 - 血压筛查人数。
- 6.2.1.2 有条件的机构可进一步监测评估高血压易患人群管理人数，高血压患者血脂检查率、血糖检查率、体重达标率、戒烟率、饮食运动处方开具率等。
- 6.2.1.3 每年应至少开展1次过程监测评估。
- 6.2.2 效果监测评估
- 6.2.2.1 效果监测评估指标包括但不限于：
- 高血压患者血压控制率；
 - 高血压患者冠心病、脑卒中等心脑血管疾病的发病情况。
- 6.2.2.2 有条件的机构可进一步监测评估高血压患者合并糖尿病、慢性肾脏病的情况，高血压患者血压血糖血脂综合达标率等。
- 6.2.2.3 每年应至少开展1次效果监测评估。

附 录 A
(规范性)
血压分类和高血压分级

基于诊室的血压分类和高血压分级应符合表A.1的规定。

表 A.1 血压分类和高血压分级

一级分类	二级分类	收缩压 (mmHg)	和 (或)	舒张压 (mmHg)
正常血压	-	<120	和	<80
正常高值	-	120~139	和 (或)	80~89
高血压	-	≥140	和 (或)	≥90
	1级高血压 (轻度)	140~159	和 (或)	90~99
	2级高血压 (中度)	160~179	和 (或)	100~109
	3级高血压 (重度)	≥180	和 (或)	≥110
	单纯收缩期高血压	≥140	和	<90
	单纯舒张期高血压	<140	和	≥90

注：当收缩压和舒张压分属于不同级别时，以较高的分级为准。

附录 B

(资料性)

心血管风险水平分层及影响因素

心血管风险水平分层见表B.1。影响高血压患者心血管预后的重要因素见表B.2。

表 B.1 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个~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, 靶器官损害, CKD3期, 或无并发症的糖尿病	中-高危	高危	高危	很高危
临床并发症, CKD≥4期, 或有并发症的糖尿病	高-很高危	很高危	很高危	很高危

注: CKD为慢性肾脏病。

表 B.2 影响高血压患者心血管预后的重要因素

影响因素	内容
危险因素	高血压 (1级~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 (TC≥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 (体质指数≥28 kg/m ²)
	高同型半胱氨酸血症
	高尿酸血症 (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 mL/(min·1.73 m ²)~59 mL/(min·1.73 m 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/24 h~300 mg/24 h	

表B.2 影响高血压患者心血管预后的重要因素（续）

影响因素	内容
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：心肌梗死史，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·1.73 m ²)；或血清肌酐升高（男性≥133 μmol/L，女性≥124 μmol/L）；或蛋白尿（≥300 mg/24 h）
	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
<p>注1：TC为总胆固醇。</p> <p>注2：LDL-C为低密度脂蛋白胆固醇。</p> <p>注3：HDL-C为高密度脂蛋白胆固醇。</p> <p>注4：LVMI为左心室质量指数。</p> <p>注5：IMT为内膜中层厚度。</p> <p>注6：cfPWV为颈-股动脉脉搏波传导速度。</p> <p>注7：baPWV为肱-踝动脉脉搏波传导速度。</p> <p>注8：ABI为踝/臂血压指数。</p> <p>注9：eGFR为估算的肾小球滤过率。</p>	

附 录 C
(资料性)
生活方式干预主要措施和目标

生活方式干预主要措施和目标见表C.1。

表 C.1 生活方式干预主要措施和目标

主要措施	目标
合理膳食	平均每天摄入谷类食物200 g~300 g, 蔬菜 \geq 300 g, 新鲜水果200 g~350 g, 动物性食物120 g~200 g
减少钠盐摄入	每人每日食盐摄入量不超过5 g, 注意隐性盐的摄入(咸菜、鸡精、酱油等)
规律运动	中等强度运动, 每次30 min, 每周5次~7次
控制体重	控制BMI在正常范围内, 腰围 $<$ 90 cm(男)或腰围 $<$ 85 cm(女)
戒烟	建议戒烟, 避免被动吸烟
戒酒	推荐不饮酒, 目前在饮酒的高血压患者, 建议戒酒
心理平衡	减轻精神压力, 保持心情愉悦
健康睡眠	养成每天7 h~8 h的睡眠习惯
注1: BMI: 体重指数, $BMI = \text{体重} \div \text{身高}^2$ (体重单位: kg, 身高单位: m)。	
注2: BMI判定标准: 正常: $18.5 \text{ kg/m}^2 \leq BMI < 24.0 \text{ kg/m}^2$; 超重或肥胖: $BMI \geq 24.0 \text{ kg/m}^2$ 。	

参 考 文 献

- [1] GB/T 39509—2020 健康管理保健服务规范
 - [2] GB/Z 41820—2022 公众电信网 远程医疗系统技术要求
 - [3] WS/T 430 高血压患者膳食指导
 - [4] WS/T 448—2014 基于居民健康档案的区域卫生信息平台技术规范
 - [5] WS/T 476—2015 营养名词术语
 - [6] WS/T 483.12 健康档案共享文档规范第12部分：高血压患者随访服务
 - [7] WS/T 872—2025 基层医疗卫生机构高血压防治管理标准
 - [8] DB4403/T 307 基层医疗集团建设规范
 - [9] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 国家基本公共卫生服务规范（第三版）：国卫基层发（2017）13号. 2017年
 - [10] 中华人民共和国国家卫生健康委员会. 关于开展基层高血压医防融合试点工作的通知：国卫办基层函（2018）1056号. 2018年
 - [11] 深圳市卫生健康委员会. 深圳市社区健康服务机构设置标准：深卫健规（2021）3号. 2021年
 - [12] 深圳市卫生健康委员会，深圳市财政局. 深圳市基本公共卫生服务管理办法：深卫健规（2024）3号. 2024年
 - [13] 深圳市卫生健康委员会，深圳市医疗保障局. 深圳市家庭病床管理办法：深卫健规（2024）5号. 2024年
 - [14] 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]. 中国循环杂志，2025，40(9)：836-850
 - [15] 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病学分会等，中国高血压防治指南（2024年修订版）[J]. 中国循环杂志，2024，32(7)：603-700
-