

ICS 11.020

CCS C05

团 体 标 准

T/BRACDCHE 017-2025

基层医疗卫生机构“三高”患者综合管理 指南

Guidelines of comprehensive management for patients with "three highs" in primary health care facilities

2025-10-27 发布

2025-10-27 实施

北京慢性病防治与健康教育研究会 发布

目 次

前言.....	III
引言.....	IV
1 范围.....	1
2 规范性引用文件.....	1
3 术语和定义.....	1
4 缩略语.....	1
5 总则.....	2
5.1 以患者为中心.....	2
5.2 全程管理.....	2
5.3 医防融合、综合管理.....	2
5.4 分级协作、互联互通.....	2
6 综合管理内容.....	2
6.1 筛查与诊断.....	2
6.2 首诊评估与健康档案.....	3
6.3 综合管理目标设定.....	4
6.4 分类管理.....	4
6.5 健康教育与自我管理.....	5
6.6 生活方式干预.....	5
6.7 药物治疗.....	5
6.8 家庭支持指导.....	6
6.9 随访管理.....	6
6.10 转诊管理.....	6
6.11 常见并发症管理.....	7
7 管理流程.....	7
7.1 首诊评估与建档.....	7
7.2 制定综合管理计划.....	7
7.3 实施分类干预与自我管理.....	7
7.4 实施随访与动态调整.....	7
7.5 实施转诊管理.....	7
8 服务管理.....	7
8.1 人员管理.....	7
8.2 设备与物料管理.....	8

8.3 检查项目能力.....	8
8.4 信息化系统.....	9
8.5 质量管理.....	9
附录 A (资料性) “三高”患者首诊和年度评估.....	10
附录 B (资料性) “三高”患者 ASCVD 总体发病风险评估.....	12
附录 C (规范性) “三高”患者综合管理目标.....	13
附录 D (规范性) “三高”患者达标的动态评估.....	14
附录 E (规范性) “三高”患者分类管理随访路径.....	15
附录 F (资料性) “三高”患者季度随访管理服务记录.....	16
附录 G (规范性) “三高”患者随访检查项目及频次.....	17
附录 H (规范性) “三高”患者转诊指征.....	18
参考文献.....	19

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。

本文件由北京市朝阳门社区卫生服务中心提出。

本文件由北京慢性病防治与健康教育研究会归口。

本文件起草单位：北京市东城区朝阳门社区卫生服务中心、北京医院、中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心、首都医科大学附属北京安贞医院、清华大学第一附属医院、首都医科大学、天津医科大学总医院、邵阳市中心医院、天津市南开区王顶堤医院、北京市西城区广内社区卫生服务中心、北京市东城区和平里社区卫生服务中心、北京市安定门社区卫生服务中心、北京市昌平区北七家社区卫生服务中心、北京市密云区鼓楼社区卫生服务中心、上海市奉贤区西渡街道社区卫生服务中心、南京市鼓楼区幕府山社区卫生服务中心、石家庄市裕华区裕强街道办事处社区卫生服务中心、太原市杏花岭区坝陵桥社区卫生服务中心、苏州市姑苏区虎丘街道留园社区卫生服务中心、河南省商丘市梁园区中州社区卫生服务中心、西安市碑林区张家村友谊社区卫生服务中心。

本文件起草人：王红、潘琦、王宝华、匡泽民、姜岳、李述刚、边波、杨昕晖、姚红玉、殷松、郭发刚、赵杰、袁睿、顾晓青、王凤、张娜、刘沛、李宁、王俊英、黄春艳、李丽、金秀红、赵蒙、代理。

引　　言

高血压、2型糖尿病与血脂异常（统称“三高”）是心血管疾病最核心的可控危险因素，常以共病形式存在。我国流行病学数据显示， ≥ 45 岁居民“三高”共病率为7.6%， ≥ 60 岁老年人群高达10.0%，而综合达标率仅4.4%，防控形势严峻。研究表明，“三高”共病患者发生心血管事件、住院及死亡的风险显著高于单一疾病患者，这对基层医疗卫生机构的疾病管理能力提出了紧迫要求。

近年来，我国部分地区积极探索“三高共管”服务模式，相关专家共识相继发布，为“三高”规范化管理提供了重要参考。然而，基层实践仍普遍面临单病种管理碎片化、管理标准不统一、缺乏整合性技术路径等挑战，医务人员在综合评估、个体化干预与长期随访管理中缺乏有效工具，严重制约服务效率和质量。

因此，本文件制定了适于基层医疗卫生机构的“三高”患者综合管理指南。通过提供系统化、标准化的综合管理服务方案，着力解决单病种管理分散、服务标准不统一、技术路径缺失等关键问题，以提升基层医务人员综合管理能力与服务同质化水平，最终达成提高“三高”综合达标率、降低心血管疾病发生风险的核心目标，助力构建基层慢性病综合防治体系。

基层医疗卫生机构“三高”患者综合管理指南

1 范围

本文件确立了基层医疗卫生机构“三高”患者综合管理的指导原则,提供了基层医疗卫生机构“三高”患者综合管理的管理内容、管理流程和服务管理的建议。

本文件适用于指导基层医疗卫生机构(社区卫生服务中心、乡镇卫生院、社区站、村卫生室、诊所等)开展“三高”患者筛查、诊断、评估、治疗、随访和健康管理等综合服务。其他医疗机构可参照执行。

2 规范性引用文件

本文件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文件。

3.1

“三高”患者 patients with "three highs"

经医师诊断为高血压合并2型糖尿病,且伴有血脂异常或ASCVD总体风险评估未达降脂靶点目标值的成年病人。

4 缩略语

下列缩略语适用于本文件。

ASCVD: 动脉粥样硬化性心血管疾病 (atherosclerotic cardiovascular disease)

OGTT: 口服葡萄糖耐量试验 (oral glucose tolerance test)

HbA1c: 糖化血红蛋白 (glycated hemoglobin A1c)

TC: 血清总胆固醇 (total cholesterol)

LDL-C: 低密度脂蛋白胆固醇 (low-density lipoprotein cholesterol)

HDL-C: 高密度脂蛋白胆固醇 (high-density lipoprotein cholesterol)

TG: 甘油三酯 (triglyceride)

ApoB: 载脂蛋白B (apolipoprotein B)

Lp (a) : 脂蛋白 (a) [lipoprotein (a)]

DASH饮食: 终止高血压膳食疗法 (dietary approaches to stop Hypertension)

5 总则

5.1 以患者为中心

结合患者年龄、并发症、长期健康状况（如既往病史、生活环境、心理状态）、生活行为习惯及个人意愿等个体差异，鼓励医患共同决策，制定个体化管理方案。

5.2 全程管理

覆盖从高危人群筛查到患者诊断、评估、计划、干预、随访和长期管理的整个过程。

5.3 医防融合、综合管理

将医疗服务和预防保健紧密结合，整合单病种管理，突出共病协同诊疗和联合干预，将临床治疗与危险因素干预、健康教育等预防措施有机结合，以生活方式干预为基础，在选择药物时，兼顾糖尿病、高血压、血脂异常及其他合并症的治疗需要及靶器官保护，降低总体心血管事件和死亡风险。

5.4 分级协作、互联互通

以家庭医生团队为核心、以基层医疗卫生机构为纽带、以二级以上医疗机构相关专科为支撑，实现“基层首诊、双向转诊”，明确“三高”患者病情分级分层标准，对筛查、诊断、治疗、转诊、随访、自我管理等各环节纵向分层、横向融合。

6 综合管理内容

6.1 筛查与诊断

6.1.1 筛查对象

优先对以下高危人群开展“三高”筛查：

- a) 正常高值血压或高血压病史；
- b) 糖尿病病史，或糖尿病前期，或妊娠期糖尿病，或一过性类固醇糖尿病病史；
- c) 血脂异常病史；
- d) 动脉粥样硬化性心血管疾病病史，慢性肾脏病病史；
- e) 超重或肥胖和（或）中心型肥胖（男性腰围 $\geq 900\text{mm}$ ，女性腰围 $\leq 850\text{mm}$ ）；
- f) 长期不良生活方式，如高钠饮食、吸烟、饮酒过量等；
- g) 长期使用抗精神病药物和（或）抗抑郁药物；有类固醇类药物的使用史；
- h) 高血压或 2 型糖尿病家族史，或家族性高胆固醇血症，或早发心血管疾病家族史（一级直系亲属中男性在 55 岁前，或女性在 65 岁前患 ASCVD）。

6.1.2 筛查内容和频率

高危人群筛查内容与频率宜按以下要求执行：

- a) 每 3 个月~6 个月测 1 次诊室血压，有条件时可进行动态血压监测；

- b) 每半年至少检测 1 次空腹血糖。空腹血糖大于 6.1 mmol/L 或随机血糖大于 7.8 mmol/L, 宜行 OGTT 检查。有条件时可检测 HbA1c;
- c) 每半年至少检测 1 次血脂, 包括 TC、LDL-C、HDL-C 和 TG。有条件也可检测 ApoB 和 Lp (a) ;
- d) 筛查时宜同步测量身高、体重、腰围、臀围, 并同步开展症状及日常生活习惯问询。

6.1.3 诊断标准

6.1.3.1 高血压诊断按照《中国高血压防治指南(2024年修订版)》执行。

6.1.3.2 糖尿病诊断按照《中国糖尿病防治指南(2024版)》执行。

6.1.3.3 血脂异常诊断按照《中国血脂管理指南(2023年)》执行。

6.1.3.3.1 高血压合并 2 型糖尿病患者进行中国成年人患者 ASCVD 总体风险评估, 若目前血脂水平未达降脂靶点目标值, 仍判定为血脂异常。

6.1.3.4 在排除继发性因素和特殊类型的高血压、糖尿病及血脂异常后, 若患者同时满足以上三项诊断标准, 可诊断为“三高”。

6.2 首诊评估与健康档案

6.2.1 首诊评估

6.2.1.1 对于首次确诊或首次到本机构就诊的“三高”患者, 对其进行全面的健康评估。评估过程分为信息采集和综合分析两个阶段。

6.2.1.2 信息采集包括但不限于以下内容:

- a) 个体化信息: 如年龄、性别、职业、文化程度、婚姻状况、联系方式等;
- b) 病史采集: 如症状、病程、并发症和合并症史、用药史、家族史、生活方式及行为习惯等;
- c) 体格检查: 如身高、体重、腰围、臀围、血压、心率等;
- d) 辅助检查: 如血糖、血脂、肝肾功、心电图、量表测评等;
- e) 量表测评: 根据需要采用标准化的量表进行评估, 如抑郁/焦虑筛查、营养风险筛查、生活质量评估等。

6.2.1.3 综合分析包括但不限于以下内容:

- a) 诊断与鉴别诊断: 明确“三高”诊断;
- b) 危险因素识别: 全面识别患者存在的危险因素与其他健康问题;
- c) 病情分析: 综合判断目前血压、血糖、血脂的控制水平与达标情况, 评估心、脑、肾、眼底、足部、周围神经等靶器官有无损害;
- d) 风险分层: 宜结合患者年龄、存在的危险因素和靶器官损害, 应用“三高”患者 ASCVD 总体发病风险评估工具, 对患者进行心血管事件风险分层;
- e) 管理能力与资源评估: 评估患者的自我管理能力、认知水平、心理状态以及可利用的家庭与社会支持资源。

6.2.1.4 首诊评估项目见附录 A, “三高”患者 ASCVD 总体发病风险评估见附录 B。

6.2.2 “三高”患者档案管理

6.2.2.1 参照《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》及相关卫生行业标准，为“三高”患者建立并维护“三高”综合管理档案。

6.2.2.2 “三高”综合管理档案包括以下内容：

- a) 建档时间：首诊评估完成后 24 小时内为患者建立档案；
- b) 档案形式：具备条件的基层医疗机构宜建立电子版“三高”综合管理档案，纸质档案加盖机构建档专用章；
- c) 档案编码：采用关联患者居民身份证号码的统一编码形式；
- d) 档案内容：包括但不限于个人基本信息表、历次健康体检结果、首诊评估表、年度评估表、季度随访表、治疗方案、随访计划，以及在本机构或其他医疗机构的诊疗记录，如就诊病历、检验报告、转诊记录、住院病案首页等；
- e) 档案维护：每次诊疗或随访结束后 24 小时内更新档案记录，每份在管档案 3 个月内至少有 1 次动态更新。

6.2.2.3 “三高”综合管理档案的隐私与安全管理如下：

- a) 电子档案的读写权限限定在负责该患者的家庭医生团队内部；
- b) 因质量控制或管理需要，经授权的上级主管可获得查阅权限；
- c) 纸质档案应由专人专柜保管；
- d) 保护患者隐私，不向任何无关的组织或个人泄露档案信息。

6.3 综合管理目标设定

6.3.1 在首诊评估的基础上，综合考虑患者的年龄、患者 ASCVD 风险分层、并发症等情况，通过医患双方共同决策，为患者设定清晰、可量化的个体化综合管理目标，并制定综合管理计划。

6.3.2 管理目标应至少包括血压、血糖、血脂三项核心指标，以及体重指数与腰围两项其他指标。

6.3.3 综合管理目标设定按附录 C 执行。

6.4 分类管理

6.4.1 在首诊评估和每次随访时，将患者的当前指标与设定的综合管理目标进行比对。

6.4.2 按照附录 D 对“三高”患者进行达标动态评估，对患者进行动态分类，作为启动不同管理路径的依据。

6.4.3 “三高”患者动态分类如下：

- a) 控制达标类：患者血压、血糖、血脂三项核心指标均达到或优于其个体化综合管理目标。此类患者可维持现有治疗方案，进入长期、规范化的随访周期（如每 3 个月随访 1 次），并持续进行健康教育，以巩固和维持达标状态；
- b) 控制未达标类：患者有一项或多项核心指标未达到其个体化综合管理目标。对此类患者，首先分析未达标原因（如用药依从性差、生活方式不当等），并根据原因采取强化生活方式干预、调整药物治疗方案或加密监测频率等措施，若短期内（必要时 2 周后）复评仍未达标，评估符合随访转诊指征并启动转诊；

- c) 紧急转诊指征类：患者出现需要立即由上级医院处理的急危重症相关体征或症状，紧急转诊指征见，无论其常规慢病指标是否达标，对此类患者立即启动紧急转诊流程，并做好转诊前的初步评估和处理。

6.4.4 分类管理随访路径按附录 E 执行。

6.5 健康教育与自我管理

6.5.1 为患者及其家属定期提供多种形式的健康教育，并支持其进行有效的自我管理。

6.5.2 健康教育包括以下形式和内容：

- a) 形式：

- 1) 一对一咨询；
- 2) 集体健康讲座；
- 3) 宣传材料；
- 4) 新媒体科普等。

- b) 内容：

- 1) 疾病知识；
- 2) 用药指导；
- 3) 自我监测方法；
- 4) 并发症识别与预防等。

6.5.3 自我管理包括以下内容：

- a) 自我管理能力评估；
- b) 健康信念建立；
- c) 治疗与随访依从性提升；
- d) 自我监测与记录规范等。

6.6 生活方式干预

6.6.1 采用“5A”法等循证工具，指导“三高”患者进行全面的生活方式干预。

6.6.2 生活方式干预包括以下内容：

- a) 合理膳食：结合患者饮食习惯和喜好，指导患者选择适宜的饮食模式；
- b) 科学运动：应在专业的医学评估和运动风险、能力评估后，遵循 FITT-VP 原则制订运动处方；对于使用胰岛素或促泌剂的患者，应进行预防低血糖的特别指导；
- c) 戒烟戒酒：应询问并记录每位患者的烟酒状况，评估其戒除意愿，并提供相应干预；
- d) 心理平衡：应在诊疗过程中关注患者心理状态，对存在焦虑、抑郁等风险的患者，可采用抑郁症筛查量表（PHQ-9）、广泛性焦虑量表（GAD-7）、躯体化症状自评量表（SSS）等量表进行初步筛查；
- e) 体重管理：应结合患者年龄、病情、BMI 及个人意愿等具体情况设定个性化的体重管理目标。

6.7 药物治疗

药物治疗如下：

- a) 用药原则：宜遵循安全、有效、经济、个性化、基层可及的原则，并力求处方精简；
- b) 药物选择：宜综合考虑疗效、达标情况、并发症及合并症、经济状况等因素；为提高服药依从性，可优先选用长效制剂或单片复方制剂。

6.8 家庭支持指导

家庭支持指导包括以下内容：

- a) 家庭环境评估：宜评估患者所处的家庭环境和家庭关系，包括但不限于共同进餐习惯、运动氛围（如是否有家人陪同运动）、用药监督条件；
- b) 家属参与措施：应指导家庭生活成员协助监测指标、监督用药、提供心理支持；
- c) 家庭健康管理：宜将家庭成员作为整体，提供综合性的医疗服务，同步筛查家庭成员“三高”风险，提供家庭整体健康建议。

6.9 随访管理

6.9.1 根据患者的风险分层和病情稳定性制定个体化随访计划，明确随访频率、内容和方式如下：

- a) 常规随访：在管患者每3个月进行不少于1次季度随访，记录随访信息；
- b) 年度评估：每年进行不少于1次年度评估，评估项目及内容与首诊评估基本一致；
- c) 强化随访：
 - 1) 血压和/或血糖不达标者，2周内进行追访；
 - 2) 血脂不达标者，4周~6周内追访；
 - 3) 追访内容重点关注治疗方案调整效果、患者依从性、生活方式改变情况等。
- d) 异常情况处理：随访中发现检查异常者，增加相关检查项目和频次。

6.9.2 季度随访管理服务记录按附录F执行。

6.9.3 年度评估表示例见附录A。

6.9.4 随访检查项目及推荐频次按附录G执行。

6.10 转诊管理

6.10.1 转诊指征与类型

6.10.1.1 转诊指征见附录H。

6.10.1.2 转诊类型分为初诊转诊、随访转诊和紧急转诊三类。

6.10.1.3 转诊决策综合评估患者病情严重程度、基层机构服务能力、上级医院接收条件、患者及家属意愿等要素。

6.10.2 转诊流程

转诊流程如下：

- a) 转诊前处理：紧急转诊应按院前急救原则处理，如低血糖补糖、高血压急症吸氧等；非紧急转诊应备齐必要的病历资料，包括但不限于近3个月随访记录、既往史、用药史等；

- b) 转诊实施：启动上转时，应在 24 小时内联系上级接收机构并规范填写转诊单；
- c) 转诊后追踪：对上转患者在 2 周内随访转诊结果并更新健康档案；对从上级医疗机构转回的患者，纳入常规慢病管理并按本标准 6.9 进行随访。

6.11 常见并发症管理

对“三高”常见的并发症，包括但不限于糖尿病视网膜病变、糖尿病神经病变、慢性肾脏病、动脉粥样硬化性心血管疾病，定期进行筛查并给予规范化的诊疗与生活方式干预。

7 管理流程

7.1 首诊评估与建档

通过筛查方式识别患者，并在患者首次就诊时开展全面的首诊评估。依据评估结果建立并维护其居民健康档案，在居民健康档案的基础上，建立“三高”患者管理档案。若评估发现病情超出基层服务能力，立即启动初诊转诊。

7.2 制定综合管理计划

首诊评估后，由医患双方共同决策，设定个体化的综合管理目标。基于此目标，为患者制定涵盖健康教育、生活方式干预、药物治疗和家庭支持在内的综合管理计划。

7.3 实施分类干预与自我管理

根据首诊及每次随访时对患者进行动态分类，启动相应管理路径：

- 对于控制达标者，维持现有方案，进入常规随访周期；
- 对于控制未达标者，启动强化随访，分析原因并调整管理计划；
- 对于存在紧急转诊指征者，立即启动紧急转诊流程；
- 持续为患者提供自我管理支持，以促进其生活方式的改善。

7.4 实施随访与动态调整

7.4.1 对患者进行定期的季度随访和年度评估。

7.4.2 每次随访中更新病史，进行必要的检查，评估“三高”达标情况、并发症/合并症状况及依从性，并根据评估结果动态调整管理计划。

7.5 实施转诊管理

7.5.1 服务过程中，根据转诊指征，实施初诊转诊、随访转诊或紧急转诊。

7.5.2 转诊过程中做好必要的院前处理、资料准备和转诊后追踪工作。

8 服务管理

8.1 人员管理

8.1.1 基层医疗卫生机构配备不少于 1 个具备“三高”慢性病预防、诊疗及综合管理服务能力的团队。

8.1.2 开展“三高”管理服务的医、护、技人员上岗前接受相关的专项培训，具备“三高”防治沟通技巧及应急处理能力。

8.2 设备与物料管理

8.2.1 设备配置

8.2.1.1 服务场所配备以下用于诊断、评估、监测和健康教育的设备与工具：

- a) 血压计（台式或立式）；
- b) 听诊器；
- c) 身高体重测量仪；
- d) 软尺；
- e) 血糖仪及配套试纸；
- f) 心电图机；
- g) 视力表；
- h) 感觉神经检查套件（如10g单尼龙丝、音叉等）；
- i) 健康教育工具（如食物交换份模型、控油壶、限盐勺、宣传展板或挂图）；

8.2.1.2 根据服务能力的需求，宜配备以下设备：

- a) 免散瞳眼底照相机；
- b) 动态血压监测设备；
- c) 持续葡萄糖监测设备；
- d) 颈动脉超声；
- e) 心脏超声；
- f) 下肢血管超声等超声检查设备；
- g) 用于评估血管和神经病变的专业设备。

8.2.1.3 对于偏远地区或资源受限的机构，在无法配备8.2.1.2中的设备时，通过建立医联体或合作等方式，确保患者可及相关检查服务。

8.2.2 设备校准

用于“三高”诊断和监测的设备，如血压计、血糖仪、身高体重测量仪等，应建立设备台账，并按照国家规定或制造商要求进行定期校准和维护，校准记录应予以保存。

8.2.3 试剂物料

棉签、酒精、血糖试纸等消耗性物料应在有效期内使用，并按要求妥善存储。

8.3 检查项目能力

提供或通过标本外送（如送至上级医疗机构或第三方临检中心）的基层医疗卫生机构，具体以下检查项目的能力：

- a) 常规检查项目：

- 1) 血常规;
 - 2) 尿常规;
 - 3) 肝功能;
 - 4) 肾功能;
 - 5) 血脂;
 - 6) 电解质。
- b) 专项检查项目:
- 1) 糖化血红蛋白 (HbA1c) ;
 - 2) 口服葡萄糖耐量试验 (OGTT) ;
 - 3) 尿白蛋白/肌酐比值 (UACR) ;
 - 4) 血清胰岛素或 C 肽测定。

8.4 信息化系统

宜配备信息化管理系统, 以支持患者数据管理、智能提醒与预警、数据实时上传及远程会诊等功能, 提升服务效率与质量。

8.5 质量管理

8.5.1 定期对服务方法的规范性进行检查。

8.5.2 每季度随机抽取不低于 5% 的在管患者档案, 检查其完整性、规范性和及时性。

8.5.3 每季度开展不少于 1 次的病例互查或专家点评, 重点评估诊断、治疗方案及管理计划的合理性与准确性。

8.5.4 每月开展不少于 1 次的处方点评, 对不合理处方进行追溯分析和干预, 重点关注老年人、多重用药患者的用药合理性。

8.5.5 核心指标计算如下:

a) “三高”患者规范管理率 = $\frac{\text{按规范管理的“三高”患者人数}}{\text{同时期在管“三高”患者总数}} \times 100\%;$

b) “三高”综合管理达标率 = $\frac{\text{血压、血糖、血脂三个核心指标均达到个体化目标的患者人数}}{\text{同时期在管“三高”患者总数}} \times 100\%。$

8.5.6 每半年召开不少于 1 次的服务质量分析会, 对监测指标进行分析, 识别服务中的薄弱环节, 并制定和实施相应的改进措施。

附录 A
(资料性)
“三高”患者首诊和年度评估

“三高”患者首诊和年度评估见表A.1。

表 A.1 “三高”患者首诊和年度评估表

基本情况					
姓名:	性别:	年龄:	职业:	文化程度:	
评估日期:	检查日期:				
症状	无症状 口干 多饮 多食 多尿 体重明显下降 视力模糊 手脚麻木胸痛 胸闷 活动后呼吸困难 心悸 乏力 头晕 头痛 黑朦 晕厥运动耐量下降 水肿/浮肿 血尿 泡沫尿间歇性跛行 下肢静息痛 腹痛腹泻 恶心 呕吐 感染 皮肤潮红 新发皮疹 其他:				
病程	首次发现血压升高或诊断高血压: ____年 ____月, 最高: _____ 首次发现血糖升高或诊断糖尿病: ____年 ____月, 最高: _____ 首次发现血脂升高或诊断血脂异常: ____年 ____月, 最高: _____				
并发症及出现时间	低血糖 ____年 ____月; 糖尿病酮症酸中毒 ____年 ____月 高渗性高血糖 ____年 ____月; 高血压急症或亚急症 ____年 ____月 视网膜病变 ____年 ____月; 周围神经病变 ____年 ____月 心血管疾病 ____年 ____月, 是否行冠状动脉血运重建术 脑血管疾病 ____年 ____月, 是否行颈/脑动脉血运重建术 外周血管疾病 ____年 ____月, 是否行外周血管重建术 慢性肾脏疾病 ____年 ____月, 是否透析治疗				
伴随疾病	脂肪肝 ____年 ____月 睡眠呼吸暂停综合征 ____年 ____月 自身免疫性疾病 ____年 ____月 肿瘤 ____年 ____月 其他:			手术史	有 无
用药情况	服药依从性: 差 中等 好 药物不良反应: 无 有:			外伤史	有 无
过敏史	无 有:				
家族史	父亲: 高血压 糖尿病 血脂异常 早发冠心病 脑血管疾病 母亲: 高血压 糖尿病 血脂异常 早发冠心病 脑血管疾病 子女: 高血压 糖尿病 血脂异常 早发冠心病 脑血管疾病				
吸烟	从不吸烟 已戒烟, 戒烟年龄 ____岁 正在吸烟, 平均每日 ____支, 开始吸烟年龄 ____岁				
饮酒	从不 偶尔 经常(饮白酒量 $\geq 100mL$, 每周 ≥ 4 次) 每天 种类: _____, 平均每日 ____mL; 开始饮酒年龄 ____岁; 已戒酒, 戒酒年龄 ____岁				
饮食情况	主食平均每日 ____g; 荤素均衡 荤食为主 素食为主 嗜盐 嗜油 嗜糖				
睡眠情况	良好 一般 差; 平均每日 ____h				
规律运动	有: 平均每周 ____次, 每次 ____min; 无				
运动强度	高强度活动: 可引起呼吸急促或者心跳明显加快的活动, 如搬运重物、挖掘、跑步、足球等; 中等强度活动: 可引起呼吸频率和心跳稍微增加的活动, 如快步走(100 步/min, 或 3000~4000 步/30min)、骑自行车、游泳、排球等 低强度活动: 可引起身体轻微发热, 如散步、遛狗、做家务等				
心理状态	良好 一般 差				
体格检查和实验室检查					
身高 cm		体重 kg	BMI kg/m ²		
腰围 cm		臀围 cm	消瘦	正常	超重 肥胖
心率 (次/分)		心律 齐 不齐	心脏杂音 有 无		
血压	第 1 次测量	左侧 / mmHg	右侧 / mmHg	达标	不达标
	第 2 次测量	左侧 / mmHg	右侧 / mmHg		

第3次测量	左侧 / mmHg	右侧 / mmHg	达标	不达标
平均收缩压 (mmHg)			达标	不达标
平均舒张压 (mmHg)			达标	不达标
踝臂指数测定	左侧	右侧		
足外观	水肿 干燥 湿疹 足癣 甲癣 畸形 溃疡			
足背动脉搏动	双侧对称 左侧减弱 双侧消失 右侧减弱	左侧消失 右侧消失 未检测		
周围神经病变	踝反射	左 正常 减弱 消失 右 正常 减弱 消失		
	足部振动觉	左 正常 减弱 消失 右 正常 减弱 消失		
	足部压力觉	左 正常 异常	右 正常 异常	
	足部温度觉	左 正常 异常	右 正常 异常	
	足部针刺痛觉	左 正常 异常	右 正常 异常	
视力检查	裸眼视力左: 右:	矫正视力左: 右:		
眼底检查	左: 正常 糖尿病视网膜病变 右: 正常 糖尿病视网膜病变	白内障 青光眼 其他		
口腔	正常 牙周炎 义齿 缺齿 龋齿 其他			
血常规				
尿常规				
UACR (mg/g)				
空腹血糖 (mmol/L)	末梢血静脉血数值:		达标	不达标
餐后 2h 血糖 (mmol/L)	末梢血静脉血数值:		达标	不达标
HbA1c (%)	末梢血静脉血数值:		达标	不达标
TC (mmol/L)			达标	不达标
TG (mmol/L)			达标	不达标
LDL-C (mmol/L)			达标	不达标
非 HDL-C (mmol/L)			达标	不达标
ALT (U/L)		AST (U/L)		
γ-谷氨酰转移酶 (U/L)		总胆红素 (μmol/L)		
Scr (μmol/L)		BUN (mmol/L)		
UA (mmol/L)		25 羟维生素 D (μg/L)		
Na (mmol/L)		K (mmol/L)		
心电图				
血管超声				
超声心动图				
其他辅助检查				
达标情况				
本次评估血压达标情况	达标	不达标		
本次评估血糖达标情况	达标	不达标		
本次评估血脂达标情况	达标	不达标		
本次评估体重达标情况	达标	不达标		
危险因素				
并发症				

附录 B
(资料性)
“三高”患者 ASCVD 总体发病风险评估

“三高”患者 ASCVD 总体发病风险评估见表 B. 1。

表 B. 1 “三高”患者 ASCVD 总体发病风险评估表

风险分层	评估指标
超高危	合并患者 ASCVD
极高危	不合并患者 ASCVD, 但存在以下情况: ①年龄 ≥ 40 岁; ②年龄 <40 岁, 合并“三高”病程 ≥ 10 年; ③年龄 <40 岁, 合并危险因素 ≥ 3 个*; ④年龄 <40 岁, 合并靶器官损害**
高危	年龄 <40 岁, 不具备以上极高危和超高危特征

*危险因素包括:

- ① 吸烟;
- ② 肥胖;
- ③ 早发冠心病家族史 (男性年龄 <55 岁, 女性年龄 <65 岁);
- ④ 非 HDL $>4.9\text{mmol/L}$;
- ⑤ Lp (a) $>300\text{mg/L}$;
- ⑥ 高敏 C 反应蛋白 $>2.0\text{mg/L}$ 危险因素均为干预前水平

**靶器官损害包括: 慢性肾脏病 3b 期以上 [估算 eGFR $<45\text{mL}/(\text{min} \cdot 1.73\text{m}^2)$], 蛋白尿 (UACR $>300\text{ mg/g}$); 踝臂比值 <0.9 ; 左心室收缩/舒张功能障碍

注: 非HDL-C值等于TC减去HDL-C。

附录 C
(规范性)
“三高”患者综合管理目标

“三高”患者综合管理目标按表C.1执行。

表 C.1 “三高”患者综合管理目标

血压	人群分类		诊室血压		家庭自测血压								
	一般“三高”患者		<130/80mmHg; 舒张压尽量不低于70mmHg		<130/80mmHg								
	年龄≥80岁、健康状态差或伴有严重并发症		<150/90mmHg (如能耐受<140/90mmHg)		<145/85mmHg (如能耐受<135/85mmHg)								
血糖	人群分类		空腹血糖	非空腹血糖	HbA1c (%)								
	病程短、预期寿命长、无患者ASCVD, 无低血糖和其他药物不良反应		4.4~7.0mmol/L	4.4~10.0mmol/L	<6.5								
	一般“三高”患者		4.4~7.0mmol/L	4.4~10.0mmol/L	<7.0								
	年龄>80岁, 预期寿命短、健康状态差或严重并发症		可以适当放宽, 但避免过度放宽标准时出现急性高血糖症状或相关并发症			<8.0							
血脂	人群分类	分层	LDL-C	非HDL-C	TG	TC							
	未合并患者ASCVD	年龄<40岁	<2.6mmol/L; 合并3个以上危险因素或靶器官损害<1.8且较基线降低幅度>50%	<3.4mmol/L	<1.7mmol/L	<4.5mmol/L							
		年龄≥40岁	<1.8mmol/L且较基线降低幅度>50%	<2.6mmol/L									
	合并患者ASCVD	极高危	<1.8mmol/L且较基线降低幅度>50%	<2.6mmol/L									
		超高危	<1.4mmol/L且较基线降低幅度50%	<2.2mmol/L									
年龄>80岁			预期寿命短、健康状态差或有严重并发症的患者建议适当放宽LDL-C目标										
体重指数: 18.5 g/m ² ~24kg/m ² , 随着年龄增长体重控制范围可适当放宽													
腰围: 男性<90cm; 女性<85cm													
注: 有条件的基层医疗机构可监测葡萄糖目标范围内时间 (time in range, TIR) 和血压目标范围内时间 (Time in blood pressure target range, TTR), 危险因素详见附录B。													

附录 D
(规范性)
“三高”患者达标的动态评估

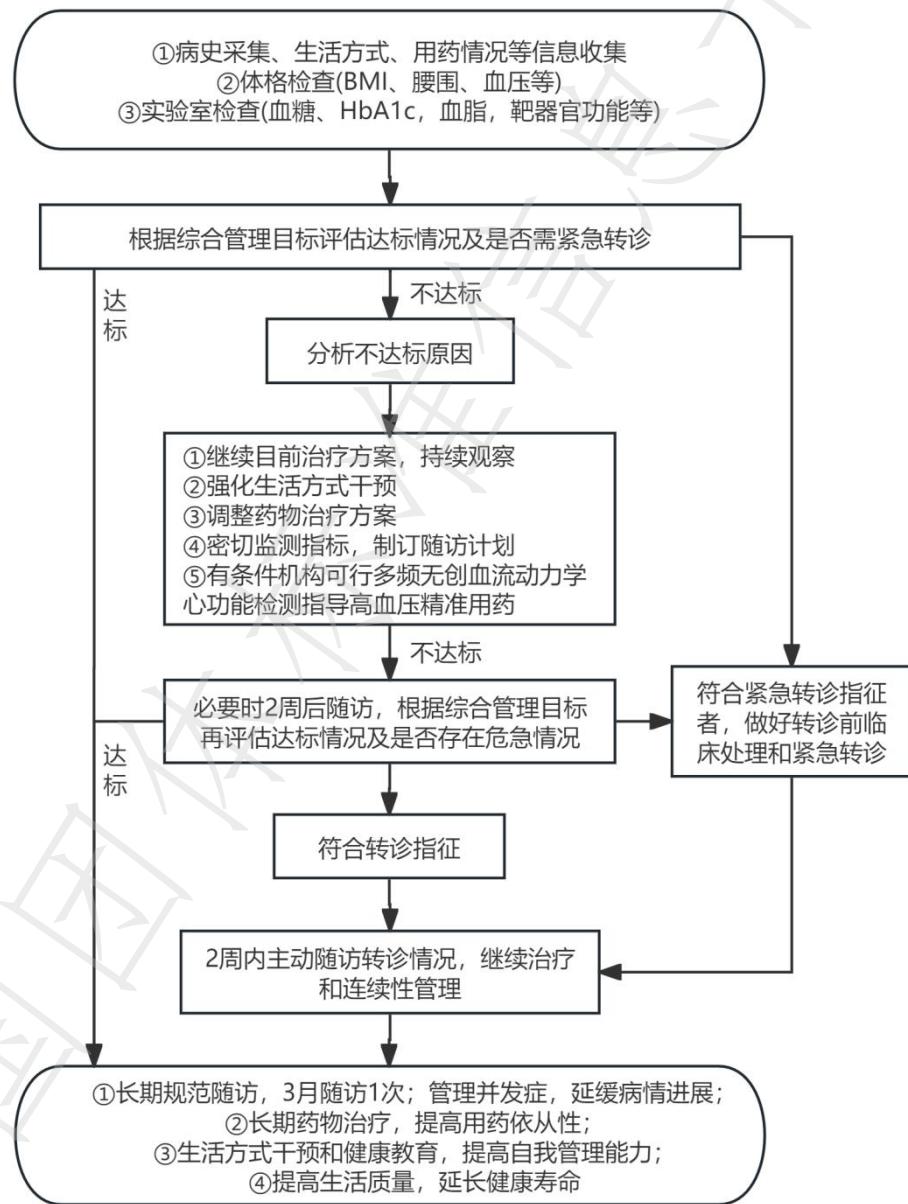
“三高”患者达标的动态评估按表D. 1执行。

表 D. 1 “三高”患者达标的动态评估

项目	首诊评估	季度评估	年度评估
血压	本次诊室血压值为评估指标, 未达到目标值即为不达标	近3月不同时段家庭自测血压值计算血压目标范围内时间 (TTR), $\geq 75\%$ 为季度血压达标	以1年内不同时段家庭自测血压值, 计算 TTR $\geq 75\%$ 为年度血压达标
血糖	本次测量空腹血糖、餐后2h 血糖、糖化血红蛋白为评估指标, 任一项不达标即为不达标	以本次就诊糖化血红蛋白值为评估指标。无法常规检测糖化血糖蛋白的医疗机构可以用空腹血糖值来替代, 经2周积极治疗后仍未达标判断为不达标	以1年内历次检测的糖化血红蛋白值, 计算达到目标值的时间 $\geq 75\%$ 为年度血糖达标
血脂	本次就诊检查 LDL-C 值为评估指标, 未达到目标值即为不达标	以本次就诊最近一次 LDL-C 值为评估指标	以1年内历次检测的 LDL-C 值, 计算达到目标值的时间 $\geq 75\%$ 为年度血脂达标

附录 E
(规范性)
“三高”患者分类管理随访路径

“三高”患者分类管理随访路径按图E.1执行。



注1: 强化生活方式干预: 严格生活方式记录, 每天严格落实生活方式管理的各项内容。

注2: 指标监测: 血压不达标者, 进行连续5~7 d的血压监测, 每天早晚各测量2次~3次, 取平均值作为判断依据; 血糖控制不达标者建议每天多次监测血糖、每3个月复查HbA1c; 血脂达标前每4周~6周复查血脂。

图E.1 “三高”患者分类管理随访路径

附录 F
(资料性)
“三高”患者季度随访管理服务记录

“三高”患者季度随访管理服务记录表见表F.1。

表 F.1 “三高”患者季度随访管理服务记录表

随访日期				检查日期								
随访方式	门诊、家庭、电话			辅助检查	空腹血糖	mmol/L	达标	不达标				
症状	无症状 口干 多饮 多食 多尿 体重下降胸痛 胸闷 心悸 乏力 活动后呼吸困难 运动耐量下降 手脚麻木 头晕 头痛 黑朦 晕厥 水肿 腹痛 腹泻 恶心 呕吐 感染 血尿 泡沫尿 间歇性跛行 静息痛 皮肤潮红 新发皮疹 其他				餐后 2h 血糖	mmol/L	达标	不达标				
					HbA1c	%	达标	不达标				
					TC	mmol/L	达标	不达标				
					TG	mmol/L	达标	不达标				
					LDL-C	mmol/L	达标	不达标				
					非 HDL-C	mmol/L	达标	不达标				
					肝功能							
体征	身高/体重				肾功能							
	BMI				尿微量白蛋白							
	腰围/臀围				心电图							
	诊室血压				超声	心脏	颈动脉					
	心率				其他							
	足外观	正常水肿 干燥 湿疹 足癣 甲 癣 畸形 溃疡			服药依从性	差	中等	好				
		双侧对称 未检测 减弱 (双侧 左 右) 消失 (双侧 左 右)			药物不良反应	无	有					
					低血糖反应	无	偶尔	频繁				
生活方式	口腔				高血糖危象	无	偶尔	频繁				
	其他				高血压急症/亚急症	无	偶尔	频繁				
	吸烟			用药情况	药物	用法						
	饮酒											
	运动	方式										
		每次	min	心率 次/min								
	主食											
	盐摄入量											
	睡眠											
转诊	心理状态											
	遵医行为											
下次随访日期	原因				本次评估血压		达标	不达标				
	机构及科别				本次评估血糖		达标	不达标				
	随访医师签名				本次评估血脂		达标	不达标				

附录 G
(规范性)
“三高”患者随访检查项目及频次

“三高”患者随访检查项目及频次按表G. 1执行。

表 G. 1 “三高”患者随访检查项目及频次

检查项目	“三高”达标
体重、体重指数、腰围	每3个月1次
口腔、足外观、足背动脉搏动、周围神经检查	每3个月1次
HbA1c	每6个月1次
血脂	每3个月~6个月1次
服药依从性量表	每3个月1次
心理问题量表	每6个月1次
肾功能、肝功能	每年1次
血尿酸、血钠、血钾	
血常规、尿常规、尿白蛋白/肌酐比	
心电图	
超声心动图、颈动脉超声、下肢动脉超声	
视力及眼底检查	
肌电图	

注：检查异常者应根据患者实际情况增加检测频率。HbA1c检测方法按WS/T461-2015进行。

附录 H
(规范性)
“三高”患者转诊指征

“三高”患者转诊指征按表H.1执行。

表 H.1 “三高”患者转诊指征

初诊转诊指征
<ul style="list-style-type: none"> • 高血压、糖尿病、血脂异常的诊断分型有困难 • 妊娠和哺乳期女性 • 怀疑其他原因引起的高血压、糖尿病、血脂异常 • 怀疑新出现心、脑、肾并发症 • 出现血压显著升高 ($\geq 180/110\text{mmHg}$)，经短期处理仍无法控制 • 合并出现其他在基层医疗机构不能处理的临床情况
随访转诊指征
<ul style="list-style-type: none"> • 经规范治疗连续随访 2 次，血压、血糖及血脂仍不能达标 • 出现新并发症或原有并发症加重 • 随访过程中发现心、脑、肾等器官损害而难以处理者 • 怀疑出现与药物相关且难以处理的不良反应 • 出现需要专科处理的情况，如并发血管、皮肤、视网膜病变等 • 合并出现其他在基层医疗机构不能处理的临床情况
紧急转诊指征
<ul style="list-style-type: none"> • 突发意识障碍、言语障碍和/或活动障碍者 • 血压显著升高 ($\geq 180/110\text{mmHg}$) 伴剧烈头痛、呕吐或持续性胸背部剧烈疼痛 • 出现严重的急性并发症，如低血糖、高血糖危象、高血压急症和高血压亚急症等，简单处理后不缓解或超出医疗处理能力范围 • 严重的慢性并发症突发需紧急干预的情况，如突然的视力丧失、视网膜剥离、视网膜前或玻璃体积血；呼吸困难或不能平卧等 • 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，或其他严重的心律失常，突发全身性严重过敏反应等

参 考 文 献

- [1] WS/T 483.12-2016 健康档案共享文档规范第12部分：高血压患者随访服务
- [2] WS/T 483.13-2016 健康档案共享文档规范第13部分：2型糖尿病患者随访服务
- [3] WS/T 430-2013 高血压患者膳食指导
- [4] WS/T 429-2013 成人糖尿病患者膳食指导
- [5] “三高”共管规范化诊疗中国专家共识（2023版）专家组. “三高”共管规范化诊疗中国专家共识（2023版）[J]. 中华心血管病杂志, 2023, 6(1): 1-11.
- [6] 于宁, 张梅, 张笑, 等. 中国中老年居民高血压、糖尿病和血脂异常共病现状及影响因素研究[J]. 中华流行病学杂志, 2023, 44(2): 196-204.
- [7] 李改云. 我国慢性病共病老年人的健康相关生命质量及医疗服务利用状况研究[D]. 兰州: 兰州大学, 2023.
- [8] Zhong VW, Yu D, Zhao L, et al. Achievement of Guideline-Recommended Targets in Diabetes Care in China: A Nationwide Cross-Sectional Study. ANNALS OF INTERNAL MEDICINE. 2023 Aug 1.
- [9] 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]. 中华高血压杂志(中英文), 2024, 32(07):603-700.
- [10] 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(1):16-139.
- [11] 中国疾病预防控制中心, 中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心. 中国慢性病及危险因素监测报告: 2018[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2021.
- [12] 北京高血压防治协会, 中国老年学和老年医学学会, 北京市社区卫生协会, 等. 成人高血压合并2型糖尿病和血脂异常基层防治中国专家共识(2024年版)[J]. 中国全科医学, 2024, 27(28):3453-3475, 3482. DOI:10.12114/j.issn.1007-9572.2024.0116.
- [13] 王增武, 刘静, 李建军, 等. 中国血脂管理指南(2023年)[J]. 中国循环杂志, 2023, 38(03):237-271.