

国家卫生计生委办公厅 国家中医药管理局办公室

国卫办医函〔2015〕1026号

关于做好高血压、糖尿病分级诊疗 试点工作的通知

各省、自治区、直辖市卫生计生委、中医药管理局，新疆生产建设兵团卫生局：

为贯彻落实《国务院办公厅关于推进分级诊疗制度建设的指导意见》（国办发〔2015〕70号），指导综合医改试点省份和公立医院改革国家联系试点城市做好高血压、糖尿病等慢性病分级诊疗试点工作，国家卫生计生委和国家中医药管理局共同组织制定了相关技术方案，现印发给你们（可从国家卫生计生委医政医管栏目、国家中医药管理局政府网站通知公告栏目下载），请参照执行。

各省级卫生计生行政部门、中医药管理部门要加强对分级诊疗试点工作的组织领导，有关工作进展情况及成效、问题及时报国家卫生计生委和国家中医药管理局。

国家卫生计生委联系人：医政医管局 白生蕾、王斐

电话：010—68791887、68791889

传真：010—68792963

邮箱:bmaylzye@163.com

国家中医药管理局联系人:孟庆彬

电话:010-59957680

传真:010-59957684

邮箱:yizhengsiyichu@126.com

附件:1.高血压、糖尿病分级诊疗重点任务及服务流程图

2.高血压分级诊疗服务技术方案

3.糖尿病分级诊疗服务技术方案

4.高血压分级诊疗服务中医技术方案

5.糖尿病分级诊疗服务中医技术方案



国家卫生和计划生育委员会办公厅



国家中医药管理局办公室

2015年11月17日

(信息公开形式:主动公开)

高血压、糖尿病分级诊疗重点任务 及服务流程图

一、建立高血压、糖尿病患者分级诊疗健康档案

根据高血压、糖尿病等慢性病患者病率、发病率、就诊率和分级诊疗技术方案，确定适合分级诊疗服务模式的患者数量，评估病情和基本情况。加强信息系统建设，为适合分级诊疗患者建立联通二级及以上医院和基层医疗卫生机构的电子健康档案（含高血压、糖尿病专病信息）。

二、明确不同级别医疗机构的功能定位

基层医疗卫生机构负责疾病临床初步诊断，按照疾病诊疗指南、规范制定个体化、规范化的治疗方案；建立健康档案和专病档案，做好信息报告工作；实施患者年度常规体检，有条件的可以开展并发症筛查；开展患者随访、基本治疗及康复治疗；开展健康教育，指导患者自我健康管理；实施双向转诊。

二级及以上医院负责疾病临床诊断，按照疾病诊疗指南、规范制定个体化、规范化的治疗方案；实施患者年度专科体检，并发症筛查；指导、实施双向转诊；定期对基层医疗卫生机构医疗质量和医疗效果进行评估。其中，二级医院负责急症和重症患者的救治，对基层医疗卫生机构进行技术指导 and 业务培训。三级医院负责疑难复杂和急危重症患者的

救治，对二级医院、基层医疗卫生机构进行技术指导和业务培训。

三、建立团队签约服务模式

签约团队至少包括二级及以上医院专科医师（含相关专业中医类医师，下同）、基层医疗卫生机构全科医生（含中医类医师，下同）和社区护士等。签约服务以患者医疗需求为导向，将二级及以上医院与基层医疗卫生机构、专科与全科、健康管理与疾病诊疗服务紧密结合，充分发挥中医药在慢性病预防、诊疗、健康管理等方面的作用。有条件的试点地区，可以在签约团队中增加临床营养师、心理咨询师等人员。结合全科医生制度建设，推广以专科医师、全科医生为核心的团队签约服务。全科医生代表服务团队与患者签约，将公共卫生服务与日常医疗服务相结合，以患者为中心，按照签约服务内容，与专科医师、其他相关人员共同提供综合、连续、动态的健康管理、疾病诊疗等服务。

四、明确高血压、糖尿病分级诊疗服务流程

（一）基层医疗卫生机构服务流程。

签约服务流程：接诊患者并进行诊断→制定治疗方案→对诊断为原发性高血压、2型糖尿病的患者，判断是否能够纳入分级诊疗服务→对可以纳入分级诊疗服务的，经患者知情同意后签约→建立专病档案→按签约内容开展日常治疗、体检、健康管理。

上转患者流程：全科医生判断患者符合转诊标准→转诊前与患者和/或家属充分沟通→联系二级及以上医院→二级及以上医院专科医师确定患者确需上转→全科医生开具转诊单、通过信息平台与上转医院共享患者相关信息→将患者上转至二级及以上医院。

（二）二级及以上医院服务流程。

初诊患者流程：接诊患者并进行诊断→制定治疗方案→对诊断为原发性高血压、2型糖尿病的患者，判断是否能够纳入分级诊疗服务→可以纳入分级诊疗服务的患者转至基层就诊→定期派专科医师到基层医疗卫生机构巡诊、出诊，对分级诊疗服务质量进行评估。

接诊上转患者及下转流程：接诊患者并进行诊断→制定治疗方案→患者经治疗稳定、符合下转标准→转诊前与患者和/或家属充分沟通→联系基层医疗卫生机构→专科医生开具转诊单、通过信息平台与下转医院共享患者相关信息→将患者下转至基层医疗卫生机构。

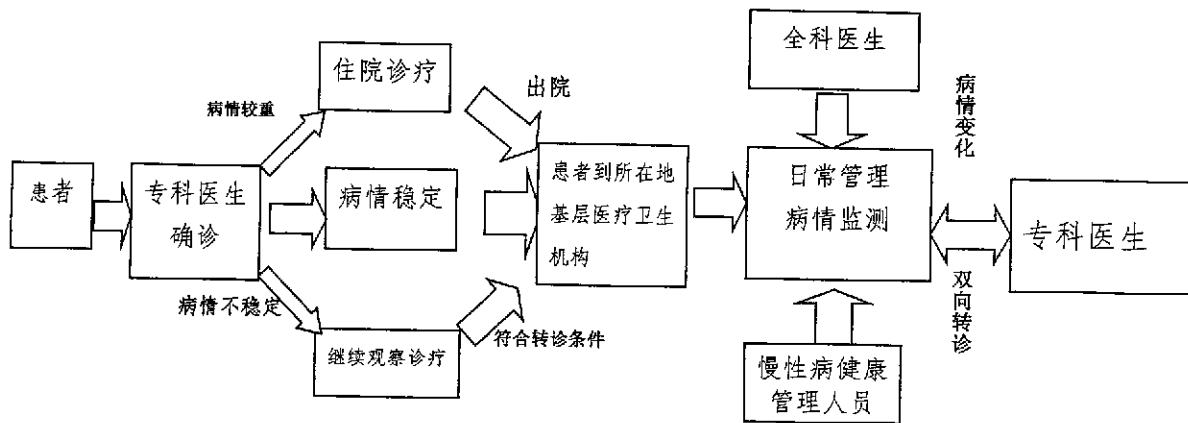


图 1：二级及以上医院分级诊疗服务流程

体格检查、实验室检查、健康评估等，有条件的开展并发症筛查或转诊至二级及以上医院开展并发症筛查和诊断。

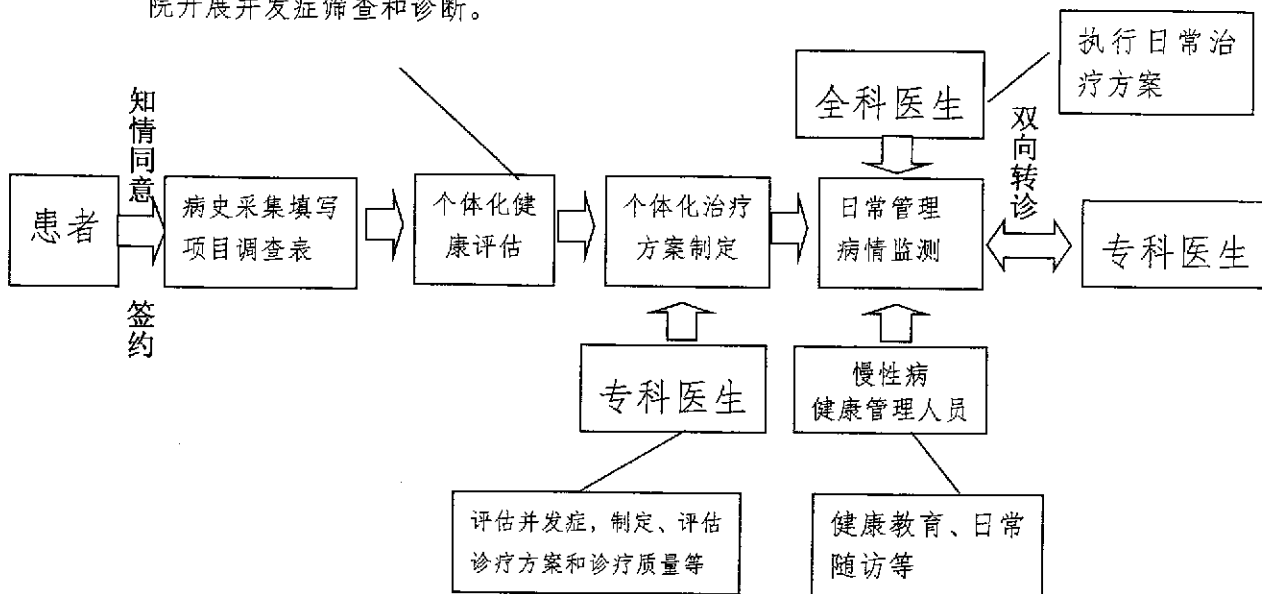


图 2：基层医疗卫生机构分级诊疗服务流程

高血压分级诊疗服务技术方案

高血压是最常见的慢性病之一，也是心脑血管病最主要的危险因素，其脑卒中、心肌梗死、心力衰竭及慢性肾脏病等主要合并症致残率、致死率高。实践证明，高血压是可以预防 and 控制的疾病。降低高血压患者的血压水平，进行心血管危险因素综合管理，可明显减少脑卒中及心脏病事件，显著改善患者的生存质量，有效降低国家和患者的疾病负担。

一、我国高血压的现状

（一）患病率。2002 年中国居民营养与健康状况调查数据显示，我国 18 岁以上成人高血压患病率为 18.8%。根据高血压患病率的增长趋势，2012 年我国 15 岁以上人群高血压患病率约为 24%。据此估算，全国现有高血压患者约 2.7 亿人（包括患病但没有就诊的患者）。

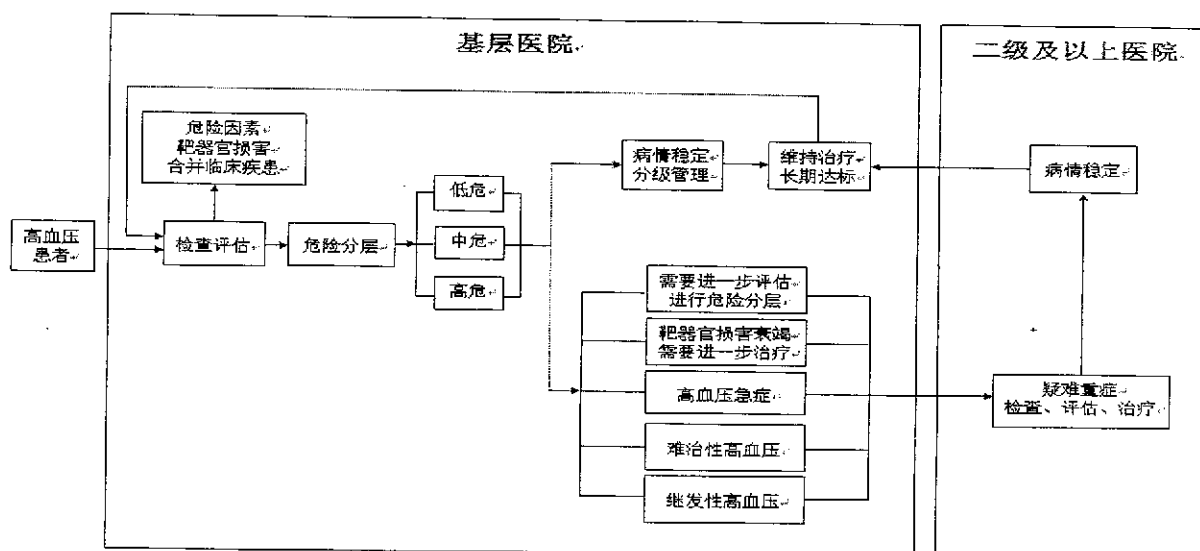
（二）发病率。目前，我国高血压的发病率尚无权威数据，根据国内不同队列研究的数据推算，我国 40 岁以上人群高血压的年发病率约为 3%，每年新发患者至少 1800 万。

（三）高血压患者情况。据估算，现患高血压患者中接受治疗的约为 1.2 亿，在基层医疗卫生机构管理的患者约为 8600 万人。在二级及以上医院治疗的高血压患者中适合分级诊疗基层管理的患者约占 60%。

二、高血压分级诊疗服务目标、路径与双向转诊标准

(一) 目标。充分发挥团队服务的作用，指导患者合理就医和规范治疗，使患者血压达到控制目标，降低心脑血管疾病等并发症的发病率及死亡率。

(二) 路径（如下图）。



(三) 双向转诊标准。

1. 上转至二级及以上医院的标准。

(1) 社区初诊的高血压患者，如有以下情况之一：

多次测量血压水平达三级需要进一步评估治疗；合并靶器官损害需要进一步评估治疗；高血压急症；怀疑继发性高血压；妊娠和哺乳期妇女。

(2) 在社区随访的高血压患者，如有以下情况之一：

采用 2 种以上降压药物规律治疗，血压仍然不达标；血压控制平稳的患者，再度出现血压升高并难以控制；血压波动较大，临床处理有困难；随访过程中出现新的严重临床疾

病或原有疾病加重；患者服用降血压药物后出现不能解释或难以处理的不良反应；高血压伴有多重危险因素或靶器官损害而处理困难。

2. 下转至基层医疗卫生机构的标准。诊断明确，治疗方案确定，病情稳定的患者。

三、高血压患者的筛查、诊断与评估

(一) 高血压筛查。

1. 定期筛查：健康成人定期测量血压，每2年至少测1次。

2. 机会性筛查：健康体检、家庭自测血压、公共场所测量血压等偶然发现血压升高者；在单位医务室、医院等日常诊疗过程中检测发现血压异常升高者。

3. 重点人群筛查：35岁首诊测血压；高血压易患人群，建议每半年测血压。高血压易患因素主要包括：(1)正常高值血压人群，(2)超重和肥胖，(3)酗酒，(4)高盐饮食，(5)高血压家族史，(6)年龄 ≥ 55 岁。

(二) 高血压诊断与评估。

高血压诊断标准：在未用抗高血压药的情况下，非同日3次测量，收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ ，可诊断为高血压。患者既往有高血压史，目前正在服用抗高血压药，血压虽低于 $140/90\text{mmHg}$ ，也应诊断为高血压。

1. 病史采集。

(1) 病史：发病年龄，血压最高水平和一般水平，伴

随症状，降压药使用情况及治疗反应。

(2) 个人史：生活方式（饮食、酒、烟等），体力活动，已婚女性注意询问避孕药使用情况。

(3) 既往史：了解有无冠心病、心力衰竭、脑血管病、外周血管病、糖尿病、痛风、血脂异常、支气管哮喘、睡眠呼吸暂停征、肾病、甲状腺疾病等病史。

(4) 家族史：询问高血压、糖尿病、冠心病、脑卒中及其发病年龄等家族史。

(5) 社会心理因素：了解家庭、工作、个人心理、文化程度等社会心理因素。

2. 体格检查。

(1) 规范多次测量非同日血压，初诊患者测量双上肢血压，如怀疑体位性低血压，应测坐位和立位血压。

(2) 测量身高、体重、腰围。

(3) 心率、心律、大动脉搏动、血管杂音。

3. 实验室检查。

根据患者病情需要及医疗机构实际情况，科学选择相应的检查项目，具体分为基本项目，推荐项目和选择项目，详见“高血压患者危险分层的检查评估指标表”。

4. 靶器官损害表现。

(1) 心脏：心悸、胸痛、胸闷、心脏病理性杂音、心电图异常表现、下肢水肿。

(2) 脑和眼：头痛、头晕、视力下降、感觉和运动等神经系统表现异常。

(3) 肾脏：多尿及夜尿增多、血尿、泡沫尿，腹部有无肿块，腰部及腹部血管性杂音。

(4) 周围血管：间歇性跛行，四肢血压、脉搏、血管杂音、足背动脉减弱。

5. 排除继发性高血压。

以下几种情况应警惕继发性高血压的可能：

(1) 发病年龄小于 30 岁。

(2) 高血压程度严重（达 3 级以上）。

(3) 血压升高伴肢体肌无力或麻痹，周期性发作，或低血钾。

(4) 夜尿增多，血尿、泡沫尿或有肾脏疾病史。

(5) 阵发性高血压，发作时伴头痛、心悸、皮肤苍白及多汗等。

(6) 下肢血压明显低于上肢，双侧上肢血压相差 20mmHg 以上，股动脉等搏动减弱或不能触及。

(7) 降压效果差，不易控制。

(8) 夜间睡眠时打鼾并出现呼吸暂停。

(9) 长期口服避孕药及糖皮质激素等药物者。

6. 血压水平的定义和分级。

级 别	收 缩 压/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

7. 高血压患者危险分层的检查评估指标。基层医院需要完成病史、体检、基本项目及部分推荐项目检查。如病情需要, 可将患者转诊至二级及以上医院完成推荐项目及选择项目的检查, 进一步完善危险因素、靶器官损害以及并存临床疾患的评估。

表1 高血压患者危险分层的检查评估指标

询问病史和简单体检(必做的基本检查项目):
测量血压, 分为1、2、3级
肥胖: 体重指数 $\geq 28\text{Kg/m}^2$ 或腹型肥胖: 腰围男 $\geq 90\text{cm}$, 女 $\geq 85\text{cm}$
年龄: 男性 >55 岁, 女性 >65 岁
正在吸烟
已知血脂异常
早发心血管病家族史(一级亲属, 男55岁、女65岁以前发病)
脑血管病(脑卒中、短暂脑缺血发作)病史
心脏病(冠心病: 心绞痛、心肌梗死、冠脉重建, 心力衰竭)病史
周围血管病病史

肾脏病病史
糖尿病
实验室检查:
基本项目 (必做的基本检查项目)
血常规
尿常规
血生化 (空腹血糖、空腹血脂、血肌酐、尿酸、血钾)
心电图
推荐项目:
超声心动图
颈动脉超声
肾脏超声
X线胸片
脉搏波传导速度、踝臂指数
血浆同型半胱氨酸
餐后2小时血糖 (空腹血糖增高者)
尿蛋白定量 (尿蛋白定性阳性者)
尿微量白蛋白或白蛋白/肌酐比 (糖尿病患者)
眼底检查
24小时动态血压
选择项目:
激素水平及影像学检查 (怀疑继发性高血压的患者)
负荷试验及影像学检查 (有心血管合并症的患者)
糖化血红蛋白 (合并糖尿病的患者)

8. 影响高血压患者预后的因素。对初诊患者应通过全面询问病史、体格检查及各项辅助检查,找出影响预后的心血管疾病的危险因素、靶器官损害以及并存其他临床疾患等因素(表2),并据此进行心血管危险分层,量化估计高血压患者的预后(表3)。

表 2 影响高血压患者心血管预后的重要因素

心血管危险因素	靶器官损害	伴临床疾患
● 高血压 (1~3 级)	● 左心室肥厚	● 脑血管病
● 男性 > 55 岁; 女性 > 65 岁	● 心电图: Sokolow-Lyon > 38 mm 或 Cornell > 2440 mm.ms; 超声心动图 LVMI: 男 $\geq 125 \text{ g/m}^2$, 女 $\geq 120 \text{ g/m}^2$	● 脑出血, 缺血性脑卒中, 短暂性脑缺血发作
● 吸烟	● 颈动脉超声 IMT $\geq 0.9 \text{ mm}$ 或动脉粥样斑块	● 心脏疾病
● 糖耐量受损 (餐后 2h 血糖 7.8~11.0 mmol/L) 和 (或) 空腹血糖受损 (6.1~6.9 mmol/L)	● 颈-股动脉脉搏波速度 $\geq 12 \text{ m/s}$	● 心肌梗死史, 心绞痛, 冠状动脉血运重建史, 慢性心力衰竭
● 血脂异常	● 踝/臂血压指数 < 0.9	● 肾脏疾病
● TC $\geq 5.7 \text{ mmol/L}$ (220 mg/dl) 或 LDL-C > 3.3 mmol/L (130 mg/dl) 或 HDL-C < 1.0 mmol/L (40 mg/dl)	● eGFR 降低 (eGFR < 60 ml.min ⁻¹ .1.73m ⁻²) 或血清肌酐轻度升高:	● 糖尿病肾病, 肾功能受损, 血肌酐: 男性 $\geq 133 \mu\text{mol/L}$ (1.5 mg/dl), 女性 $\geq 124 \mu\text{mol/L}$ (1.4 mg/dl), 蛋白尿 ($\geq 300 \text{ mg/24h}$)
● 早发心血管疾病史 (一级亲属发病年龄男性 < 55 岁, 女性 < 65 岁)	● 男性 115~133 $\mu\text{mol/L}$ (1.3~1.5 mg/dl) 女性 107~124 $\mu\text{mol/L}$ (1.2~1.4 mg/dl)	● 外周血管疾病
● 腹型肥胖 (腰围: 男性 $\geq 90 \text{ cm}$, 女性 $\geq 85 \text{ cm}$) 或肥胖 (BMI $\geq 28 \text{ kg/m}^2$)	● 微量白蛋白尿: 30~300 mg/24h 或 白蛋白/肌酐比: $\geq 30 \text{ mg/g}$ (3.5 mg/mmol)	● 视网膜病变
● 血同型半胱氨酸升高 ($\geq 10 \mu\text{mol/L}$)		● 出血或渗血, 视乳头水肿
		● 糖尿病
		● 空腹血糖 $\geq 7.0 \text{ mmol/L}$ (126 mg/dl), 餐后 2h 血糖 $\geq 11.1 \text{ mmol/L}$ (200 mg/dl), 糖化血红蛋白 $\geq 6.5\%$

注: TC: 总胆固醇; LDL-C: 低密度脂蛋白胆固醇; HDL-C: 高密度脂蛋白胆固醇; BMI: 体质指数; LVMI: 左心室质量指数; IMT: 颈动脉内中膜厚度; eGFR: 估算的肾小球滤过率

表3 根据心血管总体危险量化估计预后危险度分层表

其它危险因素、靶器官损害和疾病史	血压 (mmHg)		
	1级高血压 SBP140-159 或 DBP90-99	2级高血压 SBP160-179 或 DBP100-109	3级高血压 SBP ≥ 180 或 DBP ≥ 110
I: 无其它危险因素	低危	中危	高危
II: 1-2个危险因素	中危	中危	高危
III: ≥3个危险因素、 靶器官损害 并存的临床疾患	高危	高危	高危

四、高血压患者的治疗

高血压治疗的目的是血压达标，以期最大限度地降低心脑血管病发病及死亡总危险。

(一) 治疗目标。一般高血压患者，宜将血压降至140mmHg/90 mmHg 以下；65岁及以上老年人的收缩压宜控制在150mmHg 以下，如能够耐受可以降低至140mmHg 以下。

(二) 健康生活方式。

1. 限制食盐及含盐量高的食物摄入，每人每日食盐量逐步降至6克。

2. 合理膳食，减少膳食脂肪，营养均衡，控制总热量。

3. 适量运动，每周5-7次，每次持续30分钟。

4. 控制体重。

5. 戒烟限酒。

6. 保持心理平衡。

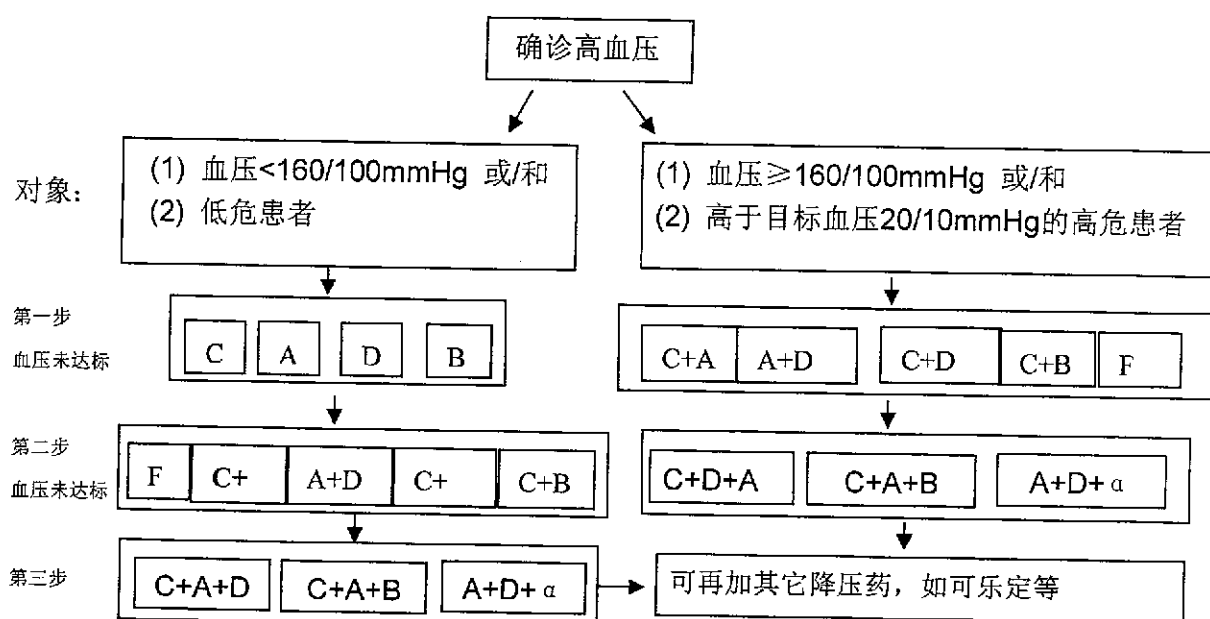
(三) 药物治疗。常用降压药物包括钙拮抗剂 (CCB)、

血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI)、血管紧张素II受体拮抗剂 (ARB)、噻嗪类利尿药和 β -受体阻滞剂五大类以及由上述药物组成的固定配比复方制剂。

常用五大类降压药均可作为高血压初始或维持治疗的选择药物。二级及以上高血压患者常需要联合治疗。采用单片固定复方制剂可以更好的增加患者的治疗依从性、控制血压、降低治疗费用。

降压治疗药物应用应遵循以下4项原则，即小剂量开始，优先选择长效制剂，联合用药及个体化。以降低血压为目标，依据患者临床情况、药物的适应症和禁忌症、药物的可获得性以及卫生经济学评估等选择适宜的治疗药物。(图4)

图4 高血压初始药物治疗选择参考图



注: A: ACEI或ARB; B: 小剂量 β 阻滞剂; C: 钙拮抗剂(二氢吡啶类); D: 小剂量噻嗪类利尿剂; α : α 受体阻滞剂。ACEI: 血管紧张素转换酶抑制剂; ARB: 血管紧张素II受体拮抗剂; F: 固定低剂量复方制剂。第一步药物治疗后血压未达标者, 可使原药基础上加量或另加一种降压药, 如血压达标, 则维持用药; 第二步也是如此。

(四) 合并危险因素的控制。

高血压常伴有多种危险因素，或并存临床疾患。在积极治疗高血压的同时，应考虑患者总体心血管危险，进行综合干预，干预有关危险因素，处理并存临床疾患。如针对合并脂代谢异常者进行调脂治疗；合并高同型半胱氨酸者补充叶酸治疗；存在多个心血管危险因素或已有明确缺血性心脑血管疾病的患者进行抗血小板治疗等。

五、高血压患者的管理

(一) 高血压分层分级管理内容。

项目	一级管理	二级管理	三级管理
管理对象	低危患者	中危患者	高危患者
建立健康档案	立即	立即	立即
非药物治疗	立即开始	立即开始	立即开始
药物治疗 (初诊者)	可随访3个月后仍 \geq 140mmHg/90mmHg 即开始	可随访1个月后仍 \geq 140mmHg/90mmHg 即开始	立即开始药物治疗
血压未达标随访	3周一次	2周一次	1周一次
常规随访测血压	3个月一次	2个月一次	至少1个月一次
测BMI、腰围	2年一次	1年一次	6月一次
血生化	4年一次	2年一次	1年一次
转诊	必要时	必要时	必要时

(二) 高血压管理级别与调整。

根据初诊高血压患者的血压水平，危险因素，靶器官损害，伴临床疾患进行危险分层，然后分级管理。

1. 一级管理：男性年龄 <55 岁、女性年龄 <65 岁，高血压1级，无其它心血管疾病危险因素，按照危险分层属于

低危的高血压患者。

2. 二级管理：高血压 2 级或 1-2 级同时有 1-2 个其它心血管疾病危险因素，按照危险分层属于中危的高血压患者。

3. 三级管理：高血压 3 级或合并 3 个以上其它心血管疾病危险因素或合并靶器官损害或并存临床情况者，按照危险分层属于高危和很高危的高血压患者。

管理 1 年后视情况调整；血压连续 6 个月控制好的，可谨慎降低管理级别。对新发生心脑血管病、肾病、糖尿病的患者及时升级管理。

（三）患者自我管理。

1. 患者自我管理小组：提倡高血压患者自我管理，交流经验。在专业人员的指导下，认识高血压的危害，学会自测血压，学习如何调整饮食，戒烟限酒，适当运动，保持心情愉快等保健知识，增强防治高血压的主动性及降压药物治疗的依从性，提高与医生沟通的能力和紧急情况下寻求医疗帮助的能力，提高高血压的管理效果。

2. 家庭血压测量：家庭自我测量血压是血压自我管理的核心内容，建议有条件的患者使用经过国际标准认证合格的上臂式自动血压计自测血压。

3. 自我管理小组管理指标：

（1）血压知晓率。

（2）血压防治知识知晓率。

(3) 药物的治疗作用及副作用知晓率。

(4) 患者就医依从性、医嘱执行率。

(5) 干预行为执行率。

(四) 患者并发症及合并疾病的检查。

检查项目	针对的 并发症	针对的 合并疾病	频率	检查地点
腰围		肥胖	每3月一次	社区
体重指数		肥胖	每3月一次	社区
尿常规	高血压肾损害	糖尿病 慢性肾病	每年一次	社区
血生化(空腹血糖、空腹血脂、血肌酐、尿酸、血钾)	高脂血症 高尿酸血症	糖尿病 慢性肾病 慢性肾病	每年一次	社区
心电图	左心室肥厚	心律失常	每年一次	社区
超声心动图	左心室肥厚	心力衰竭	每3-5年一次 (必要时每1-2年一次)	二级及以上医院 或有条件的社区
颈动脉超声	颈动脉硬化	周围血管病 脑血管病	每3-5年一次 (必要时每1-2年一次)	二级及以上医院 或有条件的社区
X线胸片	心脏扩大	心力衰竭	每3-5年一次	二级及以上医院 或有条件的社区
脉搏波传导速度、踝臂指数	动脉硬化	周围血管病	每3-5年一次	二级及以上医院 或有条件的社区
血浆同型半胱氨酸	高同型半胱氨酸血症	脑血管病	每年一次	二级及以上医院 或有条件的社区

餐后 2 小时血糖 (空腹血糖增高者)		糖尿病	每年一次	社区
尿蛋白定量 (尿蛋白定性阳性者)	高血压肾损害	糖尿病 慢性肾病	每年一次	二级及以上医院 或有条件的社区
眼底检查	高血压视网膜 病变	眼底病	每 3-5 年一次	社区
24 小时动态血压			必要时	二级及以上医院 或有条件的社区

糖尿病分级诊疗服务技术方案

糖尿病是最常见的慢性病之一，危害主要是其并发症，如糖尿病肾病、糖尿病视网膜病变、大血管病变等。循证医学研究证明，严格控制血糖、血脂、血压和抗凝等多种危险因素，可显著降低糖尿病患者发生并发症的危险性，对早期糖尿病肾病、视网膜病变和糖尿病足的患者采取特殊的干预措施，可以显著降低其致残率和病死率，有效降低国家的疾病负担。

一、我国糖尿病的现状

(一)患病率。我国成人糖尿病的患病率为 9.7%，患者总数达 9240 万。糖尿病包括 1 型糖尿病、2 型糖尿病、特殊类型糖尿病、妊娠糖尿病 4 种类型，其中，2 型糖尿病约占糖尿病患者的 90%，其治疗和管理多数可以在基层医疗机构开展。据此估算，全国现有适宜开展分级诊疗基层首诊的 2 型糖尿病患者约 8300 万人。

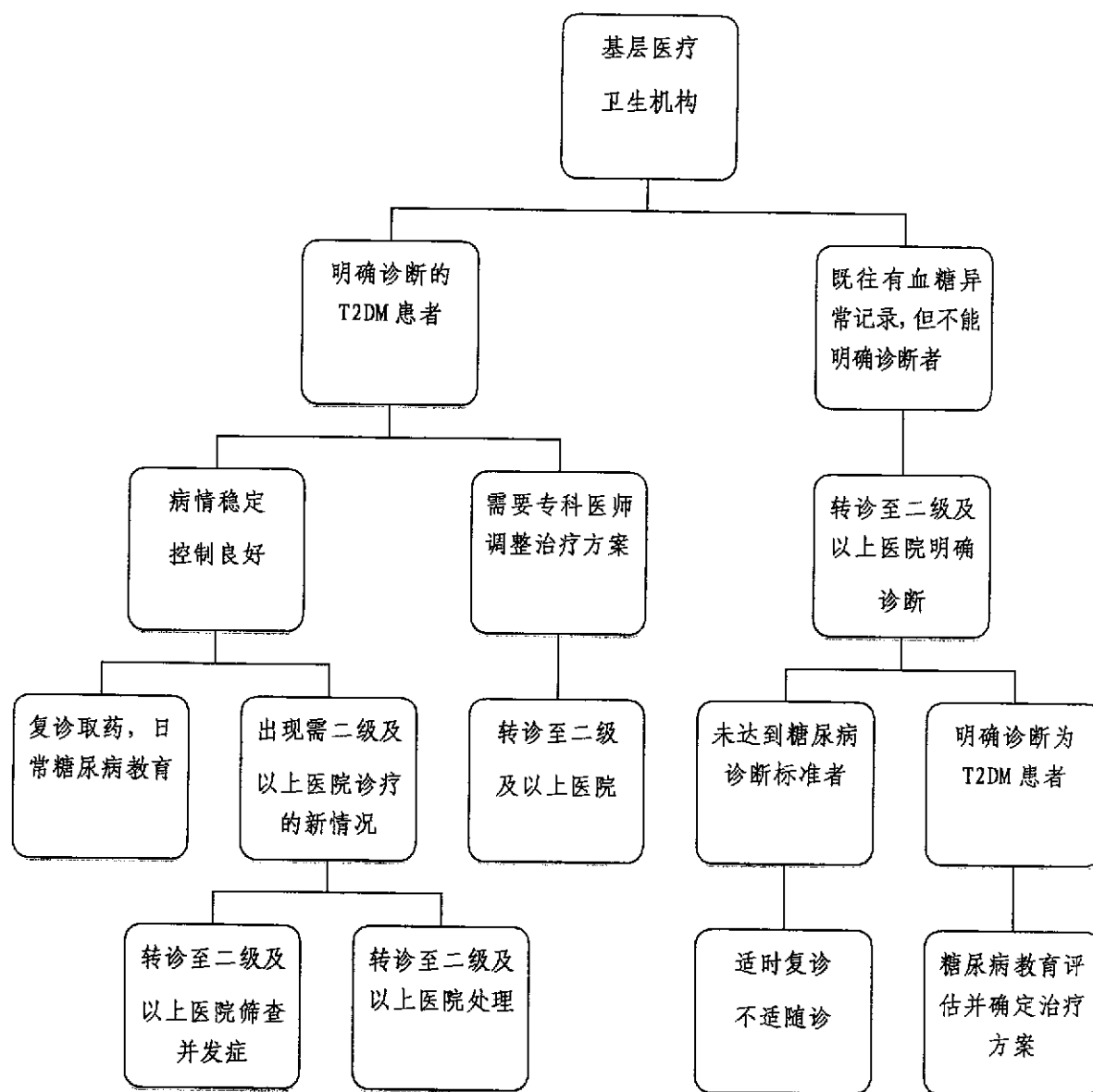
(二)发病率。我国糖尿病的发病率尚无权威数据，根据历年数据推算，我国每年新发 2 型糖尿病患者约 680 万。

(三)糖尿病患者情况。按照就诊率 40%推算，全国范围内在各级医疗卫生机构接受医疗服务的糖尿病患者数约为 3320 万人。目前，2 型糖尿病指南所推荐的糖尿病基本诊疗措施和适宜技术均可以在一级医疗机构实施。

二、糖尿病分级诊疗服务目标、流程与双向转诊标准

(一) 目标。充分发挥团队服务作用，指导患者合理就医和规范治疗，使患者血糖控制达到目标，减少并发症发生，降低致残率和病死率。

(二) 流程(如下图)。



(三) 双向转诊标准。

1. 上转至二级及以上医院的标准。

(1) 初次发现血糖异常，病因和分型不明确者。

(2) 儿童和年轻人(年龄<25岁)糖尿病患者。

(3) 妊娠和哺乳期妇女血糖异常者。

(4) 糖尿病急性并发症：严重低血糖或高血糖伴或不伴有意识障碍(糖尿病酮症；疑似为糖尿病酮症酸中毒、高血糖高渗综合征或乳酸性酸中毒)。

(5) 反复发生低血糖

(6) 血糖、血压、血脂长期治疗(3~6个月)不达标者。

(7) 糖尿病慢性并发症(视网膜病变、肾病、神经病变、糖尿病足或周围血管病变)的筛查、治疗方案的制定和疗效评估在社区处理有困难者。

(8) 糖尿病慢性并发症导致严重靶器官损害需要紧急救治者(急性心脑血管病；糖尿病肾病导致的肾功能不全；糖尿病视网膜病变导致的严重视力下降；糖尿病外周血管病变导致的间歇性跛行和缺血性症状；糖尿病足)。

(9) 血糖波动较大，基层处理困难或需要制定胰岛素控制方案者。

(10) 出现严重降糖药物不良反应难以处理者。

(11) 明确诊断、病情平稳的糖尿病患者每年应由专科

医师进行一次全面评估，对治疗方案进行评估。

(12) 医生判断患者合并需上级医院处理的情况或疾病时。

2. 下转至基层医疗卫生机构的标准。

(1) 初次发现血糖异常，已明确诊断和确定治疗方案且血糖控制比较稳定。

(2) 糖尿病急性并发症治疗后病情稳定。

(3) 糖尿病慢性并发症已确诊、制定了治疗方案和疗效评估，且病情已得到稳定控制。

(4) 经调整治疗方案，血糖、血压和血脂控制达标：

① 血糖达标：FPG <7.0 mmol/L；餐后 2 小时血糖 <10.0 mmol/L；

② 血压达标： <140 mmHg/ 80 mmHg；③ 血脂达标：LDL-C <2.6 mmol/L，或他汀类药物已达到最大剂量或最大耐受剂量。

三、糖尿病患者的筛查、诊断与评估

(一) 糖尿病筛查。对于成年人的糖尿病高危人群，宜及早开始进行糖尿病筛查。对于除年龄外无其他糖尿病危险因素的人群，宜在年龄 ≥ 40 岁时开始筛查。首次筛查正常者，宜至少每 3 年筛查一次。65 岁以上老年人每年至少筛查 1 次。

空腹血糖筛查是简便易行的糖尿病筛查方法，宜作为常规的筛查方法，但有漏诊的可能性。条件允许时，应尽可能行 OGTT（空腹血糖和糖负荷后 2h 血糖）。

(二) 2 型糖尿病高危人群。

1. 年龄 ≥ 40 岁。
2. 有糖调节受损 (IGR) 史。
3. 超重 ($BMI \geq 24\text{kg/m}^2$) 或肥胖 ($BMI \geq 28\text{kg/m}^2$) 和 (或) 中心型肥胖 (男性腰围 $\geq 90\text{cm}$, 女性腰围 $\geq 85\text{cm}$)。
4. 静坐生活方式。
5. 一级亲属中有 2 型糖尿病家族史高危种族。
6. 有巨大儿 (出生体重 $\geq 4\text{kg}$) 生产史, 妊娠期糖尿病 (GDM) 史妇女。
7. 高血压 (收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和 (或) 舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$), 或正在接受降压治疗。
8. 血脂异常 $HDL-C \leq 0.91\text{mmol/L}$ ($\leq 35\text{mg/dl}$) 及 $TG \geq 2.22\text{mmol/L}$ ($\geq 200\text{mg/dl}$), 或正在接受调脂治疗。
9. 动脉粥样硬化性心脑血管疾病患者。
10. 有一过性类固醇糖尿病病史者。
11. 多囊卵巢综合征 (PCOS) 患者。
12. 长期接受抗精神病药物和 (或) 抗抑郁症药物治疗的患者。

糖尿病风险评分表

评分指标	分值
年龄(岁)	
20-24	0
25-34	4
35-39	8
40-44	11
45-49	12

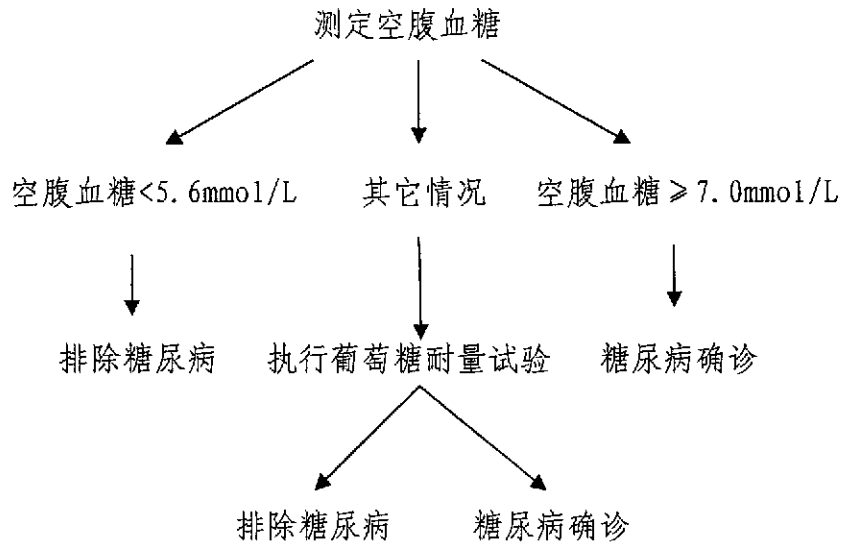
50-54	13
55-59	15
60-64	16
65-74	18
体重指数 (kg/m ²)	
<22	0
22-23.9	1
24-29.9	3
≥30	5
腰围 (cm)	
男性<75, 女性<70	0
男性 75-79.9, 女性 70-74.9	3
男性 80-84.9, 女性 75-79.9	5
男性 85-89.9, 女性 80-84.9	7
男性 90-94.9, 女性 85-89.9	8
男性 ≥95, 女性 ≥90	10
收缩压 (mmHg)	
<110	0
110-119	1
120-129	3
130-139	6
140-149	7
150-159	8
≥160	10
糖尿病家族史 (父母、同胞、子女)	
无	0
有	6
性别	
女性	0
男性	2

注:判断糖尿病的最佳切入点为 25 分,故总分 ≥25 必须行 OGTT, 确定是否患糖尿病。

(三) 糖尿病诊断。由专科医生确诊,对不能确诊的患

者提出进一步诊查建议。

经培训考核合格的社区全科医生具备糖尿病的诊疗资质，也可在机构内根据患者健康评价结果作出诊断，诊断有困难的患者，应及时转至二级及以上医院



(四) 糖尿病患者初次评估。

糖尿病初次评估项目表

<p>病史</p> <ul style="list-style-type: none"> · 年龄、起病特点 (如有无糖尿病症状、酮症、DKA) · 饮食、运动习惯、营养状况、体重变化; 儿童和青少年要了解生长发育情况 · 是否接受过糖尿病教育 · 复习以往的治疗方案和治疗效果 (如 HbA1c 记录)、目前治疗情况包括药物、药物治疗的依从性及所存在的障碍、饮食和运动的方案以及改变生活方式的意愿、血糖检测的结果和患者数据的分析使用情况 · DKA 发生史: 发生频率、严重程度和原因 · 低血糖发生史: 发生频率、严重程度和原因 · 糖尿病相关并发症和合并症史 微血管并发症: 糖尿病视网膜病变、糖尿病肾病、神经病变 (感觉性包括足部损伤; 自主神经性包括性功能异常和胃轻瘫等) 大血管并发症: 心血管病、脑血管病、外周动脉疾病 合并症: 高血压、血脂紊乱、代谢综合征、高尿酸血症 其他: 心理问题、口腔疾病
<p>体格检查</p> <ul style="list-style-type: none"> · 身高、体重、BMI、腰围、臀围 · 血压、心率、心电图 · 眼底检查 · 甲状腺触诊

<ul style="list-style-type: none"> · 皮肤检查（黑棘皮、胰岛素注射部位） · 详细的足部检查（望诊、足背动脉和胫后动脉搏动触诊、膝反射、震动觉、痛觉、温度觉和单尼龙丝触觉）
实验室检测 <ul style="list-style-type: none"> · HbA1c: 如果没有 2~3 个月内的结果, 需要测定 · 在 1 年之内没有如下结果, 需要测定 <ul style="list-style-type: none"> 血脂谱, 包括总胆固醇、LDL-C、HDL-C 和甘油三酯 肝功能 尿微量白蛋白和尿肌酐, 并计算比值 血清肌酐和计算的 GFR 1 型糖尿病、血脂异常症和年龄>50 岁的妇女需测定血清 TSH

注: DKA: 糖尿病酮症酸中毒; HbA1c: 糖化血红蛋白; BMI: 体重指数; LDL-C: 低密度脂蛋白胆固醇; HDL-C: 高密度脂蛋白胆固醇; GFR: 肾小球滤过率; TSH: 促甲状腺激素

四、糖尿病患者的治疗

(一) 治疗目标。综合患者的年龄、心血管疾病等病史情况, 确定个体化的血糖控制的最初目标。帮助患者制定饮食和运动的方案, 肥胖者确定减轻体重的目标等。建议患者戒烟、限酒。具体目标见下表:

糖尿病患者的控制目标

血 糖	糖化血红蛋白	<7.0% (需个别化考虑)
	空腹(餐前)血糖	4.4-7.0mmol/L
	非空腹时血糖	<10.0mmol/L
血 压	收缩压/舒张压	140mmHg/80mmHg
血 脂	LDL-C (mmol/L)	未合并冠心病<2.6 合并冠心病<1.8
	HDL-C (mmol/L)	男性>1.0, 女性>1.3
	TG (mmol/L)	<1.7
	TC (mmol/L)	<4.5
体重指数	BMI (kg/m ²)	<24.0
尿白蛋白/肌酐 比值	(mg/mmol)	男性<2.5 (22mg/g), 女性<3.5 (31mg/g)
尿白蛋白排泄率	μg/min	<20 (30mg/24 小时)
主动有氧运动	(分钟/周)	≥150

(二) 健康干预。

1. 健康体检。

(1) 体检内容主要包括：身高、体重、BMI、腰围、臀围、血压、血脂、空腹和餐后血糖、糖化血红蛋白、肝肾功能、尿常规、尿微量白蛋白和尿肌酐、心电图、视力与眼底检查、足部检查等项目。

(2) 建议管理对象每年体检一次。

2. 行为干预。

(1) 合理膳食。指导管理对象控制总能量的摄入、脂肪摄入和味精、酱油、腌制加工食品、调味酱等含盐量高食物的摄入。

(2) 适量运动，控制体重。

(3) 戒烟限酒。

(4) 保持心理平衡。

(三) 药物治疗。根据患者的具体病情制定治疗方案，并指导患者使用药物。个体化治疗方案制定以方便、可及、适用、价廉、效优为主要原则，结合社区的实际情况，充分考虑治疗方案对患者的便利性和可操作性，有利于患者依从性的提高及社区日常管理的可持续性。具体药物治疗方案参照中华医学会糖尿病学分会发布的《中国2型糖尿病防治指南（2013年版）》。

2 型糖尿病患者的降糖药物治疗

用药情况

未用降糖药	
单纯口服降糖药	1种
	2种
	3种
	4种及以上
单纯胰岛素	
胰岛素+1种口服降糖药	
胰岛素+2种口服降糖药	
胰岛素+≥3种口服降糖药	

五、糖尿病患者的管理

(一) 糖尿病患者分类管理标准。

1. 常规管理：血糖水平比较稳定、无并发症或并发症稳定的患者。

2. 强化管理：已有早期并发症、自我管理能力强、血糖控制情况差的患者。

(二) 糖尿病分类管理方式与内容。

1. 根据实际情况采取门诊就诊随访、社区上门随访、电话随访等方式随访。

2. 随访的内容和频次如下：

2型糖尿病患者随访内容和频次

随访内容	常规管理	强化管理
症状	3个月1次	每2个月1次
身高、体重和体质指数	3个月1次	每2个月1次
生活方式指导	3个月1次	每2个月1次
血压	3个月1次	每2个月1次

空腹和餐后血糖	1个月1次	1个月至少1次
体格检查	3个月1次	每2个月1次

注：常规管理面对面随访次数达4次，强化管理面对面随访达6次；根据患者病情进展，每半年调整1次管理级别。

（三）患者自我管理。

1. 成立由15-20名糖尿病患者组成的自我管理小组，每组开展包括糖尿病防治知识讲座、技能培训等活动。

2. 自我管理小组管理指标：

- （1）血糖知晓率。
- （2）血糖防治知识知晓率。
- （3）药物的治疗作用及副反应知晓率。
- （4）患者就医依从性和医嘱执行率。
- （5）干预行为执行率。

（四）患者并发症及合并疾病的检查。

检查项目	针对的并发症	针对的合并疾病	频率	检查地点
体重/身高		肥胖	每月一次	社区
腰围		肥胖	每月一次	社区
血压		高血压	每月一次	社区
空腹/餐后血糖			每月两次 (一次空腹 一次餐后)	社区
糖化血红蛋白 ^a			每半年一次	一次在社区，一次在二级及以上医院
尿常规	糖尿病肾病		每半年一次	社区

总胆固醇/高/低密度脂蛋白胆固醇、甘油三酯		高脂血症	每年一次	社区
尿白蛋白/尿肌酐 ^b	糖尿病肾病		每年一次	二级及以上医院
肌酐/血尿素氮	糖尿病肾病		每年一次	社区
肝功能		肝功能异常	每年一次	社区
促甲状腺激素 ^c		甲状腺功能异常	必要时进行	二级及以上医院
心电图	心脏大血管并发症		每年一次	社区
眼：视力及眼底	糖尿病视网膜病变		每年一次	二级及以上医院
足：足背动脉搏动	糖尿病足		每年一次	社区
神经病变的相关检查	周围神经病变		每年一次	社区

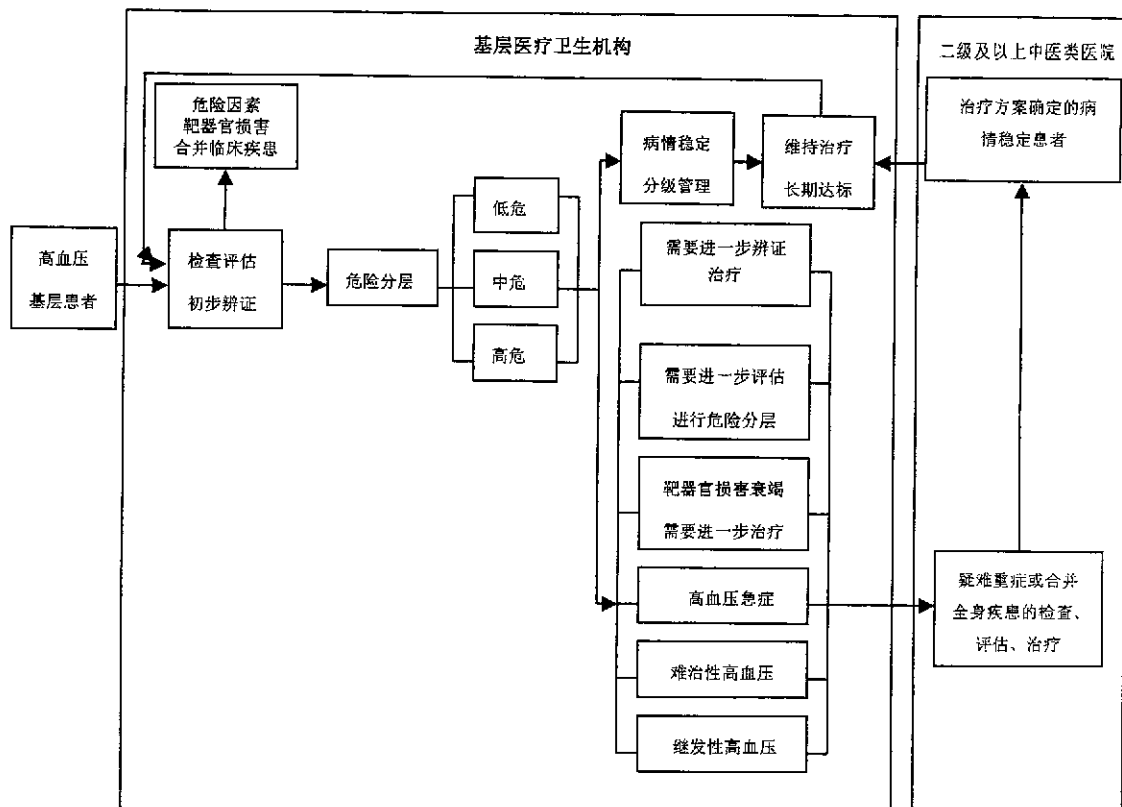
高血压分级诊疗服务中医技术方案

高血压属中医“眩晕病”范畴，中医药在高血压防治方面积累了丰富的丰富经验。发挥中医“治未病”的作用，可对高血压高危人群进行调理；对高血压 1 级低危患者，高血压 2 级以上、服用降压药后血压达标但仍有头晕头痛等症状的患者，或服用降压药后血压仍不稳定的患者，或服用降压药后有干咳、下肢水肿等副作用表现的患者进行中医药治疗，可以改善症状、稳定血压、提高患者生活质量。

一、高血压分级诊疗服务目标、路径与双向转诊标准

(一) 目标。充分发挥“三师共同服务”作用，指导患者早期预防、合理就医和规范采用中医药疗法。充分发挥中医药特色优势，提高血压达标率，降低心脑血管疾病等并发症的发病率及死亡率。

(二) 路径（如下图）。



(三) 双向转诊标准。

1. 上转至二级及以上中医类医院的标准。

如有以下情况之一：

(1) 经规律的治疗性生活方式改变及中医综合治疗干预3个月后血压仍为正常高值(130-139/85-89mmHg)的高危人群。

(2) 基层医疗卫生机构不能提供高血压中医辨证治疗或中药饮片服务时。

(3) 经中医药综合治疗2~3个月之后，血压未达标或症状未改善者。

其他上转标准同附件2。

2. 下转至基层医疗卫生机构的标准。

诊断明确，治疗方案确定，病情稳定的患者。

二、高血压患者的筛查、诊断与评估

(一) 高血压筛查。同附件 2。

(二) 高血压诊断与评估。

发挥中医证候辨识作用。遵循“四诊合参”的原则，重点进行病史、症状与体征、舌脉诊等综合信息采集，依据国家中医药管理局医政司发布的《眩晕病（原发性高血压）中医诊疗方案》，把握高血压基本病机进行中医辨证。

其他同附件 2。

三、高血压患者的治疗

高血压治疗的目的是血压达标，以期最大限度地降低心脑血管病发病及死亡总危险。

(一) 治疗目标。同附件 2。

(二) 中医健康管理。

1. 健康体检。

(1) 中医健康状态评估，体质辨识或辨证。

(2) 理化检查：测量血脂、空腹血糖，检测血常规、尿常规，进行心电图、肾功能检查等项目。

(3) 管理对象每年进行一次体检。

2. 行为干预。

(1) 辨证施膳：根据患者的证候分型、体质辨识和食物性味归经等综合判断结果给予膳食指导，同时指导管理对

象控制脂肪和盐分摄入。

(2) 运动调养：为管理对象个体化选择恰当的运动方式(慢跑、快走、散步、导引、太极拳、八段锦、五禽戏、六字诀等)、运动量、运动时间和频度。

(3) 情志调理：为患者辨证选择不同的音乐和娱乐活动等，调畅情志，愉悦心情。

(4) 戒烟限酒。

(三) 中医药治疗。根据具体病情，参照国家中医药管理局医政司发布的《眩晕病(原发性高血压)中医诊疗方案》，合理应用中医药疗法。

(四) 其他降压药物治疗。同附件 2。

(五) 合并危险因素的控制。同附件 2。

四、高血压患者的管理

(一) 高血压分层分级管理内容。按照一级管理的低危患者，每 3 个月进行一次中医辨证；按照二级管理的中危患者，每 2 个月进行一次中医辨证；按照三级管理的高危患者，至少每个月进行一次中医辨证。

其他同附件 2。

(二) 高血压管理级别与调整。同附件 2。

(三) 高血压自我管理。自我管理小组管理增加中医指标：高血压中医药防治知识的知晓率。

其他同附件 2。

(四) 患者并发症及合并疾病的检查。监测项目中，中医辨证的频率为每 2 月一次，且每年必须至少有 2 次中医辨证在二级及以上中医类医院进行。

其他同附件 2。

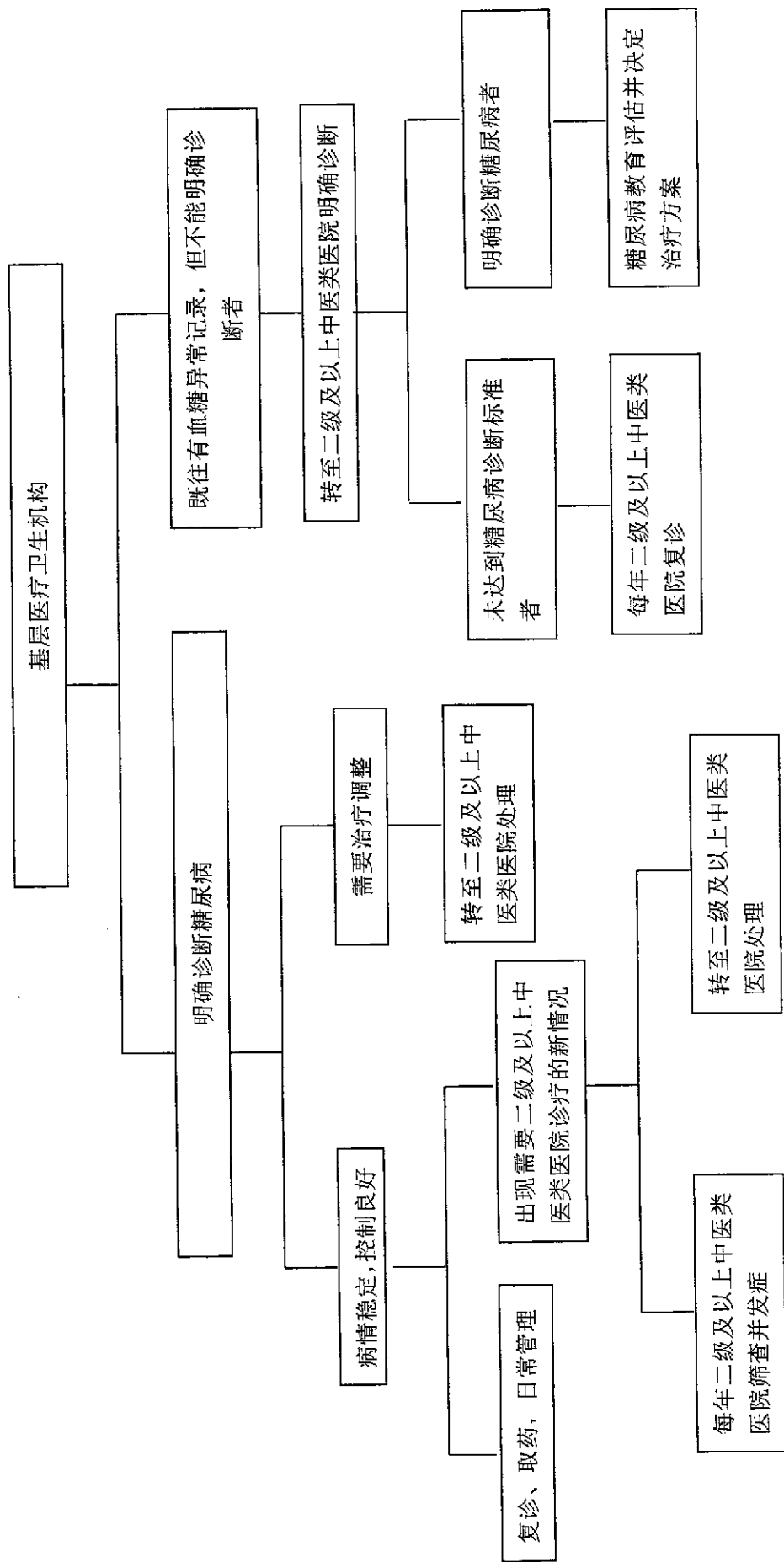
糖尿病分级诊疗服务中医技术方案

糖尿病属中医“消渴病”范畴，中医药在糖尿病防治方面积累了丰富的丰富经验。发挥中医“治未病”的作用，可对糖尿病高危人群和前期人群进行调理；对初诊为糖尿病的患者、服用降糖药后血糖等理化指标和临床症状未改善的患者、出现并发症/合并症的患者、有意愿减少降糖药/合并用药用量的患者进行中医药治疗，可以改善症状、降低血糖、提高患者生活质量。

一、糖尿病分级诊疗服务目标、路径与双向转诊标准

（一）目标。充分发挥“三师共同服务”作用，指导患者早期预防、合理就医和规范采用中医药疗法。发挥中医药在糖尿病“三级预防”、健康管理等方面的作用，使糖尿病人血糖控制达标，糖尿病并发症延缓或逆转，降低糖尿病发病率、糖尿病并发症发生率、疾病致残和致死率。

（二）路径（如下图）。



（三）双向转诊标准。

1. 上转至二级及以上中医类医院的标准。

如有以下情况之一：

（1）基层医疗卫生机构不能提供糖尿病中医辨证治疗或中药饮片服务时。

（2）经中医药综合治疗 2 周之后，血糖未达到“满意”控制目标或症状未改善者。

（3）其他上转标准同附件 3。

2. 下转至基层医疗卫生机构的标准。经中医药治疗，血糖达到“满意”控制目标或症状改善，已确定中医辨证治疗方案或中成药治疗方案者。

其他下转标准同附件 3。

二、糖尿病患者筛查、诊断与评估

（一）糖尿病筛查。同附件 3。

（二）糖尿病高危人群。同附件 3。

（三）糖尿病诊断。由二级及以上中医类医院专科医生确诊，对不能确诊者提出进一步诊查建议。

经培训考核合格的社区全科医生具备糖尿病诊疗资质，可在医疗机构根据患者检查结果做出诊断，诊断有困难者，应及时转至二级及以上中医类医院。

其他见附件 3。

（四）糖尿病患者初次评估。

发挥中医证候辨识作用。遵循“四诊合参”的原则，重点进行病史、症状与体征、舌脉诊等综合信息采集。

其他同附件 3。

三、糖尿病患者的治疗

(一) 治疗目标。综合患者“四诊”信息，确定个体化的综合治疗目标。帮助患者制定饮食、运动和心理调整方案。肥胖者确定减轻体重的目标。建议患者戒烟、限酒，并戒除不良生活习惯如饮食过甜过咸、喜静少动、熬夜等。

其他见附件 3。

(二) 中医健康管理。

1. 健康体检。

(1) 中医健康状态评估：体质辨识或辨证。

(2) 理化检查：身高、体重、BMI、腰围、臀围、血压、血脂、血糖（空腹、餐后，必要时测多点血糖或动态血糖监测）、糖化血红蛋白、肝肾功能、尿常规、尿微量白蛋白和尿肌酐、心电图、视力和眼底检查、足部检查、颈动脉超声、双下肢动脉超声等。

(3) 建议管理对象每年体检一次。

2. 行为干预。

(1) 辨证施膳。根据患者中医辨证或体质辨识和食物性味归经给予膳食指导，同时，指导患者控制总热量的摄入、脂肪摄入和含糖、盐量高的食物摄入量。

(2) 运动调养。为管理对象个体化选择恰当的运动方式(慢跑、快走、散步、导引、太极拳、八段锦、五禽戏、六字诀等)、运动量、运动时间和频度。

(3) 情志调理。为患者辨证选择不同的音乐和娱乐活动等,调畅情志,愉悦心情。

(4) 戒烟限酒。

(三) 中医药治疗。根据患者的具体病情,参照中华中医药学会2007年发布的《糖尿病中医防治指南》(ZYYXH/T3.1—3.15—2007)合理处方用药,并合理选择非药物疗法。个体化治疗方案制定以方便、可及、适用、价廉效优为主要原则,结合社区的实际情况,充分考虑治疗方案对患者的便利性和可操作性,有利于患者依从性的提高及社区日常管理的可持续性。

其他治疗见附件3。

四、糖尿病患者的管理

(一) 患者分类管理标准。同附件3。

(二) 患者分类管理方式与内容。在患者随访管理中增加中医辨证,常规管理为每2月1次,强化管理为每月1次。

其他同附件3。

(三) 患者自我管理。

自我管理小组管理指标增加中医指标:糖尿病中医药防治知识知晓率。

其他见附件 3。

（四）糖尿病患者并发症及合并疾病的中医检查。在监测项目中，中医辨证的监测频率为每 2 月一次，且每年必须至少有 2 次中医辨证在二级及以上中医类医院进行；症状积分的监测频率为每月一次，可在所有医疗机构进行。其他同附件 3。

抄送：委(局)直属有关单位，有关大学医院管理部门，委管医院，局直属(管)医院，中华医学会，中国医院协会、中国医师协会、中华护理学会、中华中医药学会。

国家卫生计生委办公厅

2015年11月25日印发

校对：王 斐