

附件 1

“医卫融合”慢病规范管理技术路线 (高血压病)

一、人群筛查

(一) 对象和频率

对辖区内所有 ≥ 35 岁居民每年健康普查 1 次。

(二) 录入基本信息及筛查指标

1. 患者基本信息：姓名、性别、年龄、身份证号等；
2. 身高、体重、腰围、血压、静息心率、空腹血糖、普通十二导同步心电图、肝肾功能（谷丙转氨酶，谷草转氨酶，血肌酐，血尿素氮）、血脂（总胆固醇，甘油三酯，高密度脂蛋白胆固醇，低密度脂蛋白胆固醇）、血尿酸、尿常规等；
3. 既往史：吸烟史、饮酒史、药物过敏史、手术外伤史等；
4. 家族史：有无高血压家族史及发病年龄等；
5. 慢性病史：是否有高血压/糖尿病/高脂血症/高尿酸血症/冠心病/脑卒中/心衰/房颤/外周血管病/慢性肾病等，确诊多少年；
6. 目前服药情况：何种药物、用药时间、用药效果等；
7. 生活方式：是否重体力劳动、是否长期静坐等；
8. 睡眠情况：每日睡眠小时数，是否有鼾症；

9. 心理状态评估等。

（三）血压及心率测量要求

每个筛查年度，必须有非同日三次测量血压及心率。

（四）分级标准

1. 健康者：达到以下全部标准者：（1）血压： $<120/80\text{mmHg}$ ；（2）血脂：总胆固醇 $<5.2\text{mmol/L}$ 、甘油三酯 $<1.7\text{mmol/L}$ 、高密度脂蛋白胆固醇 $\geq 1.0\text{mmol/L}$ 、低密度脂蛋白胆固醇 $<3.4\text{mmol/L}$ ；（3）体重正常： $18.5\text{kg/m}^2 \leq \text{体重指数} < 24.0\text{kg/m}^2$ ；体重指数=体重 $\div$ 身高 2 （ kg/m^2 ）；（4）饮酒：每日饮用酒精量，男性 $\leq 25\text{g}$ ，女性 $\leq 15\text{g}$ ；（5）吸烟：无吸烟史。

2. 高血压病易患者（高危人群）：具有以下危险因素之一者：（1）年龄 ≥ 45 岁；（2）高血压前期：收缩压 $120\sim 139\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $80\sim 89\text{mmHg}$ ；（3）超重和肥胖：体重指数 $\geq 24\text{kg/m}^2$ ，或中心性肥胖（男性腰围 $\geq 90\text{cm}$ ，女性腰围 $\geq 85\text{cm}$ ）；（4）有高血压家族史；（5）高盐饮食（食盐摄入量 $>6.0\text{g/天}$ ）；（6）长期大量饮酒（长期饮酒且平均每日纯酒精摄入量男性 $>40\text{g}$ ，女性 $>20\text{g}$ ）；（7）吸烟（含被动吸烟）；（8）缺乏体力活动；（9）长期精神紧张（依据状态—特质焦虑问卷界定）。

3. 高血压病无合并症/并发症者：具备以下所有条件者：（1）血压：收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ ；（2）未确诊冠心病、糖尿病、慢性心衰、慢性肾功能不全、脑卒中、脑出血、脑白质病变，主动脉夹层，视网膜损害，无左心室肥厚，无动脉

硬化表现。

4. 高血压病有合并症/并发症者以及其他特殊类型高血压病者：具备以下所有条件者：（1）血压：收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ ；（2）已确诊冠心病、糖尿病、慢性心衰、慢性肾功能不全、脑卒中、脑出血、脑白质病变，主动脉夹层，视网膜损害，有左心室肥厚，有动脉硬化表现。其他特殊类型高血压病者包括：拟诊难治性高血压、妊娠高血压、继发性高血压病等特殊类型高血压病者。

（五）信息录入要求

开发信息录入软件，设定必填项和选填项，明确患者端和医生端分别填报的选项，保证数据的真实性和完整性。

二、分类管理与健康服务

（一）健康者

倡导健康生活方式，预防高血压。督促健康者每月至少测血压、心率 1 次并上传。

（二）高血压易患者（高危人群）

应进行更积极地防控，预防高血压和心血管病事件。督促高血压易患者每周至少测量血压、心率 1 次并上传。

如果血压符合如下标准之一，社区医生可初次诊断高血压：

1. 诊室血压：在未服用降压药物的情况下，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。如目前正在服用降压药物，血压虽 $< 140/90\text{mmHg}$ ，仍诊断为高血压。

2. 可穿戴设备动态血压监测: 24h 平均血压 $\geq 130/80\text{mmHg}$, 或白天血压 $\geq 135/85\text{mmHg}$, 或夜间血压 $\geq 120/70\text{mmHg}$, 可诊断为高血压。

3. 家庭自测血压: 连续监测 5~7 天平均血压 $\geq 135/85\text{mmHg}$, 可诊断为高血压。

4. 隐匿性高血压和白大衣高血压: 需注意隐匿性高血压和白大衣高血压。隐匿性高血压主要表现为诊室血压 $< 140/90\text{mmHg}$, 动态血压监测或家庭自测血压提示高血压。白大衣高血压表现为反复出现诊室血压升高, 而动态血压监测或家庭自测血压正常。

(三) 高血压病无合并症/并发症者

通过使用降压药物、综合干预措施使血压达标, 降低心、脑、肾及血管并发症及合并症的发生率。督促高血压病无合并症/并发症者每周至少测量血压、心率 3 次并上传。

(四) 高血压病有合并症/并发症者及其他特殊类型高血压者

控制血压的同时治疗相关合并症/并发症, 降低心/脑/肾/血管等合并症/并发症的进展风险和死亡的总风险。督促其在病情稳定时每天至少测量一次血压及心率并上传。

三、药物治疗

(一) 降压目标

1. 一般成年人降压目标: 单纯高血压患者血压应降至 $< 140/90\text{mmHg}$, 能耐受者可进一步降至 $< 130/80\text{mmHg}$ 。

2. 老年高血压患者启动降压治疗时机及目标值：应根据年龄、衰弱状态、血压水平等情况确定（见下表）。

老年高血压患者启动降压治疗的时机及目标值

年 龄	启动药物治疗时机	降压目标值	推荐的降压药物
65~79 岁	血压 $\geq$ 150/90mmHg	<140/90mmHg	利尿剂、CCB、ACEI/ARB 均可作为初始或联合药物治疗
$\geq$ 80 岁	收缩压 $\geq$ 160mmHg	<150/90mmHg	无并存疾病的老年高血压患者，不宜首选 β 受体阻滞剂
		如收缩压<130mmHg 且耐受性良好，可继续治疗而不必回调血压水平	

注：CCB 为钙通道阻滞剂，ACEI 为血管紧张素转化酶抑制剂，ARB 为血管紧张素 II 受体阻滞剂；双侧颈动脉狭窄程度 $>75\%$ 时，血压应不低于 150/90mmHg；衰弱的高龄老年人应注意监测血压，降压速度不宜过快，降压水平不宜过低；老年单纯收缩期高血压的药物治疗，舒张压 <60 mmHg 的患者，如收缩压 <150 mmHg 可不用药物，150~179mmHg 可小剂量应用降压药物， ≥ 180 mmHg 则需应用降压药物并密切观察血压的变化和不良反应。

3. 有合并症者高血压启动降压目标值

（1）推荐高血压合并糖尿病患者血压降至 130/80mmHg。老年或伴严重冠心病者，宜采取较为宽松的降压目标值，即 140/90mmHg。

（2）建议将合并慢性肾病患者的血压降至小于等于 130/80mmHg，对于 80 岁及以上老年慢性肾脏病患者血压降至小于 140/90mmHg。

（3）推荐高血压合并稳定性心绞痛患者血压降至小于 130/80mmHg，应注意舒张压不宜低至小于 60mmHg。高龄、存在冠状动脉严重狭窄的患者血压不宜过低。

（4）对于高血压合并心力衰竭的患者，推荐血压降至 130/

80mmHg。

(5) 推荐高血压合并心房颤动的患者血压降至 130/80mmHg。

(6) 针对高血压合并缺血性卒中患者急性期时推荐在 24~48 小时启动降压药物治疗，将血压控制于 140~160/80~99mmHg。慢性期将血压降至小于 140/90mmHg。应严格监测血压并适度缓慢降压，不宜过低，保证全身器官灌注。

(二) 用药原则

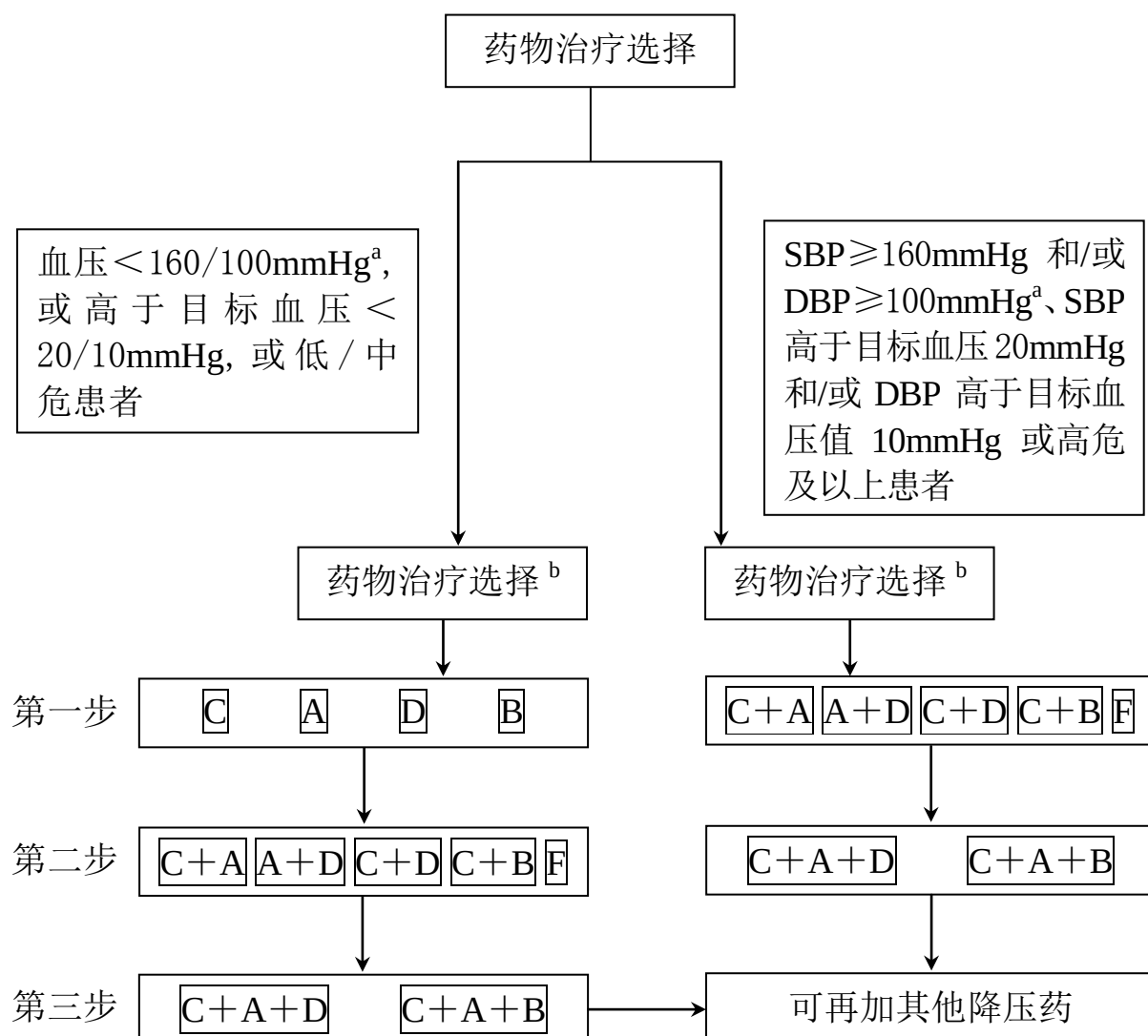
常用的五大类降压药物[血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI)、血管紧张素 II 受体拮抗剂 (ARB)、钙通道阻滞剂 (CCB)、利尿剂和 β 受体阻滞剂]均可作为初始治疗用药，建议根据特殊人群的类型、合并症，选择针对性药物个体化治疗。

应根据血压水平和心血管风险选择初始单药或联合治疗。

(1) 一般患者采用常规剂量；老年人及高龄老年人初始治疗时通常应采用较小有效治疗剂量，根据需要，可考虑逐渐增加至足剂量。优先使用长效降压药物，以有效控制 24h 血压，更有效预防心脑血管并发症发生。

(2) 对 $\text{SBP} \geq 160\text{mmHg}$ 和/或 $\text{DBP} \geq 100\text{mmHg}$ 、SBP 高于目标血压 20mmHg 和/或 DBP 高于目标血压值 10mmHg 或高危及以上患者、或单药治疗未达标的高血压患者，应进行联合降压治疗，包括自由联合或单片复方制剂。

(3) 对 $\text{SBP} \geq 140\text{mmHg}$ 和/或 $\text{DBP} \geq 90\text{mmHg}$ 的患者，也可起始小剂量联合治疗。



图：高血压药物治疗选择原则

备注：SBP 收缩压；DBP 收缩压；C 钙通道阻滞剂（二氢吡啶类）；A 血管紧张素转换酶抑制剂或血管紧张素 II 受体拮抗剂；D 噻嗪类利尿剂；B β 受体阻滞剂；F 固定复方制剂；a 对血压 $\geq 140/90\text{mmHg}$ 的高血压患者，也可起始联合治疗；b 包括剂量递增到足剂量。

四、分级诊疗及双向转诊

（一）高血压患者的分级诊疗

乡镇卫生院（社区卫生服务中心）及村卫生室（社区卫生服务站）主要收治病情稳定患者：1. 由县/省级医疗机构接诊后诊

断明确的新发高血压，经评估后转回辖区患者。2. 病情稳定的高血压无合并症/并发症者。3. 由县/省级医疗机构治疗后病情稳定、转入恢复期、或者后遗症期高血压有合并症/并发症，经评估后转回辖区患者。

健康人群	高血压病易患者(高危人群)
达到以下全部标准者： 1. 血压： $<120/80\text{mmHg}$ 2. 血脂：总胆固醇 $<5.2\text{mmol/L}$ 、甘油三酯 $<1.7\text{mmol/L}$ 、高密度脂蛋白胆固醇 $\geq 1.0\text{mmol/L}$ 、低密度脂蛋白胆固醇 $<3.4\text{mmol/L}$ 3. 体重正常： $18.5\text{kg/m}^2 \leq \text{体重指数} < 24.0\text{kg/m}^2$ ； $\text{体重指数} = \text{体重} \div \text{身高}^2 (\text{kg/m}^2)$ 4. 饮酒：每日饮用酒精量，男性 $\leq 25\text{g}$ ，女性 $\leq 15\text{g}$ 5. 吸烟：无吸烟史	具有以下危险因素之一者： 1. 年龄 ≥ 45 岁 2. 高血压前期：收缩压 $120 \sim 139\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $80 \sim 89\text{mmHg}$ 3. 超重和肥胖：体重指数 $\geq 24\text{kg/m}^2$ ，或中心性肥胖(男性腰围 $\geq 90\text{cm}$ ，女性腰围 $\geq 85\text{cm}$) 4. 有高血压家族史 5. 高盐饮食(食盐摄入量 $>6.0\text{g/天}$) 6. 长期大量饮酒(长期饮酒且平均每日纯酒精摄入量男性 $>40\text{g}$ ，女性 $>20\text{g}$) 7. 吸烟(含被动吸烟) 8. 缺乏体力活动 9. 长期精神紧张(依据状态—特质焦虑问卷界定)
乡镇卫生院(社区卫生服务中心)及村卫生室(社区卫生服务站)管理服务	

县级医疗单位主要收治乡镇卫生院(社区卫生服务中心)及村卫生室(社区卫生服务站)接诊医生评估后请求会诊转诊患者：
 1. 初诊高血压患者：需鉴别原发或继发性高血压及有无靶器官损害，妊娠和哺乳期妇女，高血压急症及亚急症。2. 已确诊长期随访高血压患者：难治性高血压、新发严重临床疾病或原有病情加重、服药后难以解释或处理的不良反应、高血压有合并症/并发症而处理困难。

高血压无合并症/并发症患者

分 类	血压达标患者	血压不达标患者
负责层级	乡镇卫生院(社区卫生服务中心)及村卫生室(社区卫生服务站)	乡镇卫生院(社区卫生服务中心)及村卫生室(社区卫生服务站)首先给予降压治疗,若可达标继续管理 1. 若治疗 1 个月仍不可达标, 需转诊 2. 若为新发高血压, 且无法排除继发性高血压或靶器官损伤, 需转诊

省级指导医疗单位接诊疑、难、急、危、重的高血压患者：如高血压疑似或明确合并有急性脑出血、急性主动脉夹层、急性冠脉综合征、急性心衰等情况时，由乡镇卫生院（社区卫生服务中心）及村卫生室（社区卫生服务站）及县级医院接诊医生依据患者具体情况决定会诊后转诊患者。

高血压有合并症/并发症患者或其他特殊情况

分类	血压达标	血压不达标或其他特殊情况
负责层级	乡镇卫生院(社区卫生服务中心)及村卫生室(社区卫生服务站)	若出现下列情况, 需转诊至省级指导医院: 1. 出现突发血压增高和/或头晕、气促、胸闷、胸痛、背痛、心慌、头痛、视物模糊、晕厥等症状 2. 夜尿增多、血尿、泡沫尿或者有肾脏疾病史 3. 阵发性高血压, 发作时伴头痛、心悸、皮肤苍白、多汗 4. 夜间睡眠时打鼾并出现呼吸暂停 5. 初次诊断高血压, 无法鉴别是否为继发性高血压患者 6. 初次诊断高血压, 无法鉴别是否有靶器官损害患者 7. 高血压患者发病年龄小于 40 岁且为二级以上高血压 8. 双上肢血压相差大于 20mmHg, 股动脉等搏动减弱或不能触及 9. 发现严重临床疾患或心、脑、肾、损害而难以处理 若治疗 1 个月仍不可达标, 转诊至县级医院

分类	血压达标	血压不达标或其他特殊情况		
				10. 大于等于两种以上降压药物足量使用时，血压仍未达标，不易控制 11. 长期血压稳定的患者突然出现急性恶化性高血压 12. 血压明显波动并难以控制；怀疑与降压药物相关且难以处理的不良反应； 13. 长期口服避孕药或糖皮质激素等药物者 14. 原有病情加重的高血压患者 15. 医生根据情况判定后下达病危通知书的患者 16. 患者及家属强烈要求转诊者； 17. 主管医生认为有必要请会诊及转诊的高血压患者

（二）高血压患者的双向转诊

病情危重者转诊至上级医院

1. 针对高血压易患者病情发展为高血压者，由基层医院医生明确其诊断，建议辖区居民采用可穿戴设备远程监测血压，避免漏诊误诊。一旦诊断高血压，必须鉴别是原发性还是继发性及有无靶器官损害。若基层医院医生无法明确其诊断，需申请远程会诊，建议且协助居民至上一级医院就诊。

2. 出现下列情况者，乡镇卫生院（社区卫生服务中心）及村卫生室（社区卫生服务站）及县级医院依据患者具体情况决定是否尽快进行远程会诊，如有必要，建议并积极协助居民转诊上级指导医院进一步诊治：

（1）出现突发血压增高和/或头晕、气促、胸闷、胸痛、背痛、心慌、头痛、视物模糊、晕厥等症状；

- (2) 夜尿增多、血尿、泡沫尿或者有肾脏疾病史;
- (3) 阵发性高血压, 发作时伴头痛、心悸、皮肤苍白、多汗;
- (4) 夜间睡眠时打鼾并出现呼吸暂停;
- (5) 初次诊断高血压, 无法鉴别是否为继发性高血压患者;
- (6) 初次诊断高血压, 无法鉴别是否有靶器官损害患者;
- (7) 高血压患者发病年龄小于 40 岁且为二级以上高血压;
- (8) 双上肢血压相差大于 20mmHg, 股动脉等搏动减弱或不能触及;
- (9) 发现严重临床疾患或心、脑、肾、损害而难以处理;
- (10) 大于等于两种以上降压药物足量使用时, 血压仍未达标, 不易控制;
- (11) 长期血压稳定的患者突然出现急性恶化性高血压;
- (12) 血压明显波动并难以控制; 怀疑与降压药物相关且难以处理的不良反应;
- (13) 长期口服避孕药或糖皮质激素等药物者;
- (14) 原有病情加重的高血压患者;
- (15) 医生根据情况判定后下达病危通知书的患者;
- (16) 患者及家属强烈要求转诊者;
- (17) 主管医生认为有必要请会诊及转诊的高血压患者。

3. 针对未及时转诊的高血压患者死亡病例逐例讨论, 死亡患者所在基层乡镇卫生院、该县医院接诊主管医师及其团队中负责人员都必须参与。讨论后将死亡病例病程演变及诊治过程上传

APP，总结经验教训，提高救治率，降低死亡率。

接受下级医院针对病情危重者的会诊及转诊请求

1. 县/省级医疗单位开通绿色通道，通过远程医疗支持或直接经绿色通道接受下级医院会诊请求，接受下级医院转诊的高血压病有合并症/并发症以及其他特殊类型高血压的患者，省级指导医疗单位接诊疑、难、急、危、重的高血压患者。

2. 县级医疗单位进一步完善检查，并评估靶器官损害：电解质、甲状腺功能、心脏彩超、双侧颈动脉超声、双肾及肾动脉超声。

3. 建议省级指导医院完善以下指标（如果有条件，县级医疗单位可加做以下指标）：血同型半胱氨酸，血以及尿 β_2 微球蛋白，24小时尿蛋白定量，尿微量白蛋白，头颅MRI/CT（优先选择头颅MRI），24小时尿钠（反映食盐摄入量），运动情况（计步器，或其他可量化指标），眼底检查等。将所有检查及检验结果均录入上传。

病情稳定者转回基层医疗卫生机构

1. 在县/省级医疗机构待患者诊断明确、经治疗病情稳定、转入恢复期、或者后遗症期时，确认适宜，应及时向下重新转回辖区县级医院或乡镇级/村级医疗卫生机构继续治疗和康复。

2. 辖区居民从上级医院转回病情稳定后，辖区医生需重点监测此类患者，进行长期血压管理。督促此类居民按照治疗方案继续治疗，提高其依从性；督促其监测血压，病情稳定时每天至少测量1次血压并上传，维持达标状态；督促其定期复查，尽早识别新发或者加重症状，及时申请上级医院远程会诊。

“医卫融合”慢病规范管理技术路线

(2 型糖尿病)

一、人群筛查

(一) 血糖筛查

1. 对象和频率：对辖区内所有 ≥ 35 岁居民每年健康普查 1 次。
2. 录入基本信息及筛查指标：
 - (1) 患者基本信息：姓名、性别、年龄、身份证号等；
 - (2) 身高、体重、腰围、空腹血糖、血压、静息心率等；
 - (3) 既往史：吸烟史、饮酒史、药物过敏史、手术外伤史等；
 - (4) 家族史：有无糖尿病家族史及发病年龄等；
 - (5) 慢性病史：是否有糖尿病/高血压/高脂血症/高尿酸血症/冠心病/脑卒中/慢性肾病等，确诊多少年；
 - (6) 目前服药情况：何种药物、用药时间、用药效果等；
 - (7) 生活方式：是否重体力劳动、是否长期静坐等；
 - (8) 睡眠情况：每日睡眠小时数，是否有鼾症；
 - (9) 心理状态评估等。
3. 血糖检测方法：检测末梢空腹血糖或任意点血糖筛查，空腹血糖 $\geq 6.1\text{mmol/L}$ 或任意点血糖 $\geq 7.8\text{mmol/L}$ 时，建议行 OGTT（空腹血糖和糖负荷后 2h 血糖）。
4. 分级标准
 - (1) 健康者：空腹血糖 $< 6.1\text{mmol/L}$ 或任意点血糖 $<$

7.8mmol/L。

(2) 糖尿病高危人群:符合下列条件之一者:①年龄 ≥ 40 岁;②有糖尿病前期(IGT、IFG或两者同时存在)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;⑥有妊娠期糖尿病史的妇女;⑦高血压[收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ ($1\text{mmHg}=0.133\text{kPa}$)和(或)舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$],或正在接受降压治疗;⑧血脂异常[高密度脂蛋白胆固醇($HDL-C$) $\leq 0.91\text{mmol/L}$ 和(或)甘油三酯(TG) $\geq 2.22\text{mmol/L}$],或正在接受调脂治疗;⑨动脉粥样硬化性心血管疾病(ASCVD)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)患者或伴有与胰岛素抵抗相关的临床状态(如黑棘皮征等);⑫长期接受抗精神病药物和(或)抗抑郁药物治疗和他汀类药物治疗的患者。

(3) 糖尿病人群:①具有典型糖尿病症状(烦渴多饮、多尿、多食、不明原因的体重下降)且随机静脉血浆葡萄糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ 或②空腹血浆血糖(FPG) $\geq 7.0\text{mmol/L}$ 或③口服葡萄糖耐量试验(OGTT)2h血浆葡萄糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$;

5. 信息录入要求: 开发信息录入软件, 设定必填项和选填项, 明确患者端和医生端分别填报的选项, 保证数据的真实性和完整性。

(二) 糖尿病并发症筛查

1. 对象和频率：经血糖筛查后诊断为糖尿病的患者每年进行 1 次糖尿病并发症筛查。

2. 筛查指标及检测方法：静脉空腹血糖和餐后 2 小时血糖、胰岛功能（胰岛素 0+2 小时或 C 肽 0+2h）、糖化血红蛋白、肝肾功能、血脂、血尿酸、尿常规、视力、视野、眼底照相（台式眼底照相机/手持式眼底照相机/手持式眼底镜）、尿微量白蛋白/肌酐比值（ACR）、肌电图、温度觉、针刺觉（小纤维功能）、压力觉和震动觉（大纤维功能）、10g 尼龙丝检查、颈部动脉超声、下肢动脉超声（若合并糖尿病足，如需要需查下肢 CTA）、心电图等。

3. 分级标准：根据糖尿病相关并发症诊断标准诊断分为 2 型糖尿病无合并症/并发症患者和 2 型糖尿病有合并症/并发症患者。

二、分类管理与健康服务

（一）健康者

乡镇卫生院（社区卫生服务中心）及村卫生室（社区卫生服务站）医务人员对健康者进行健康宣教。

内容：科普什么是糖尿病、糖尿病有哪些危害、如何预防糖尿病。

形式：网络、微信、视频、手册、折页、专栏等多种形式。

（二）糖尿病高危人群

乡镇卫生院（社区卫生服务中心）及村卫生室（社区卫生服务站）医务人员为糖尿病高危人群建立健康档案、进行生活方式干预和健康宣教。

1. 建立健康档案：包含基本信息、年度检查结果等。
2. 生活方式干预：合理膳食、适量运动、心理平衡、戒烟戒酒。
3. 健康宣教：同健康者管理方案。

（三）2 型糖尿病无合并症/并发症者

主要由乡镇卫生院（社区卫生服务中心）及村卫生室（社区卫生服务站）医务人员执行如下大部分糖尿病慢病管理工作。

1. 建立健康档案：包含患者基本信息、年度检查结果、随访记录、转诊记录（若有门诊就诊相关数据需一并导入）。

2. 医疗救治：由乡镇卫生院（社区卫生服务中心）及村卫生室（社区卫生服务站）医务人员按诊疗指南给予降糖方案，经 3 个月治疗血糖仍不达标者申请远程会诊或转诊至县级医院，乡镇卫生院（社区卫生服务中心）及村卫生室（社区卫生服务站）医务人员负责严格执行县级医院指导意见，并负责督导患者日常用药治疗，并积极向县级医院反馈调整用药后的治疗效果以便制定最佳方案。

3. 病情监测：建议患者进行自我血糖监测（医生主动定期随访患者获取或通过智能穿戴设备自动上传数据），了解患者血糖控制情况（血糖控制达标者至少每月测空腹及餐后 2 小时血糖各 1 次，血糖控制不达标者需至少 2 天测空腹及餐后 2 小时血糖各 1 次），了解患者用药情况、药物不良反应情况、低血糖事件。

4. 生活方式干预：控制体重、合理膳食、适量运动、心理

平衡、限盐、戒烟戒酒（具体可参见糖尿病诊疗指南，指南目录附后）。

5. 健康宣教：糖尿病患者如何进行自我血糖监测、糖尿病饮食和运动、糖尿病用药指导、糖尿病并发症的危害、糖尿病并发症的预防。

6. 随访：血糖控制情况、用药及相关不良反应情况、有无糖尿病并发症症状、有无低血糖事件。

（四）2型糖尿病有合并症/并发症者以及其他特殊类型患者

此类患者由县级医院制定诊疗方案，乡镇卫生院（社区卫生服务中心）及村卫生室（社区卫生服务站）负责督导患者执行方案及后续管理和随访等。

1. 建立健康档案：包含基本信息、年度检查结果、随访记录、转诊记录（若有门诊或住院记录需一并导入所有相关数据）。

2. 医疗救治：由乡镇卫生院（社区卫生服务中心）及村卫生室（社区卫生服务站）医务人员年度筛查并发症情况，严重并发症需更高级设备检查的转诊至县级医院。合并并发症或合并症患者一经诊断需转诊至县级医院评估病情严重程度并制定治疗方案，情况稳定后转回乡镇卫生院（社区卫生服务中心）及村卫生室（社区卫生服务站）进行方案后续督导执行、管理及随访。

3. 病情监测：监测患者血糖控制情况（具体执行方案同糖尿病人群）、并发症/合并症情况、用药情况、药物不良反应情况、低血糖事件。

4. 生活方式干预：控制体重、合理膳食、适量运动、心理平衡、限盐、戒烟戒酒。（具体可参见糖尿病诊疗指南，指南目录附后）

5. 健康宣教：糖尿病患者如何进行自我血糖监测、糖尿病饮食和运动指导、糖尿病用药指导、糖尿病并发症的危害、糖尿病并发症保健知识。

6. 随访指导：血糖控制情况、用药及相关不良反应情况、低血糖事件情况、糖尿病并发症进展情况。

三、诊断与治疗

（一）糖尿病及糖尿病并发症的诊断

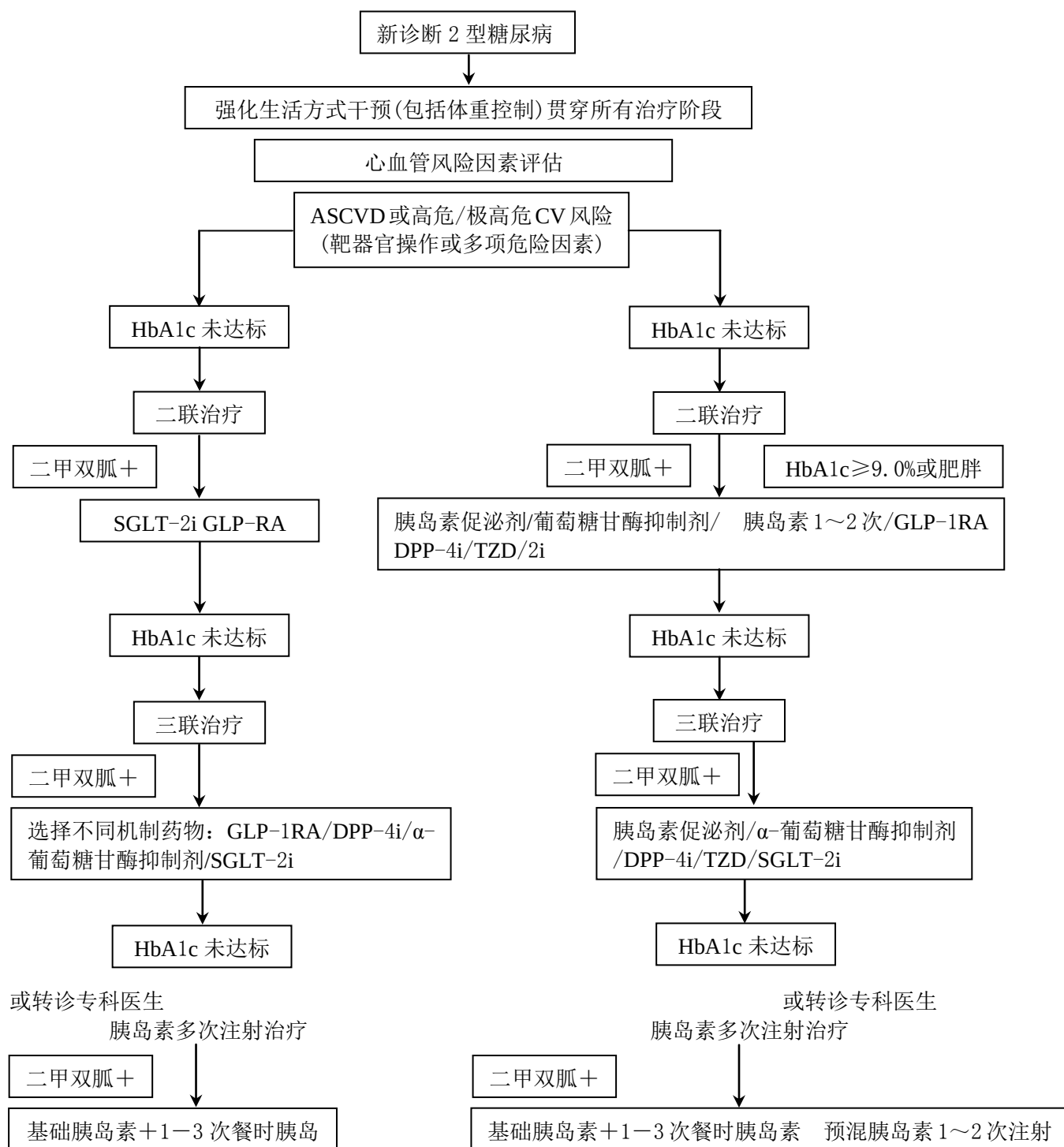
乡镇卫生院（社区卫生服务中心）及村卫生室（社区卫生服务站）对辖区居民进行血糖普查、糖尿病并发症筛查，根据指南标准对疾病进行诊断，若有困难请示县级医院指导或转诊。

（二）糖尿病治疗

乡镇卫生院（社区卫生服务中心）及村卫生室（社区卫生服务站）根据指南规范化治疗路径给予生活方式干预+药物治疗，若3个月血糖控制不佳者请示县级医院指导或转诊。

1. 药物治疗原则：2型糖尿病基层管理的药物选择应优先选用基本降糖药物，以个体化治疗与合理用药一致性为原则，若患者合并心脑血管等相关危险因素（年龄 ≥ 50 岁、吸烟、高血压、血脂异常），应选择以ASCVD获益为导向的治疗策略。

2. 诊疗路径：如下图。



注：HbA1c 为糖化血红蛋白；SGLT-2i 为钠-葡萄糖协同转运蛋白 2 抑制剂；为二肽基肽酶-4 抑制剂；TZD 为噻唑烷二酮；ASCVD 为动脉粥样硬化性心血管疾病；CV 为心血管疾病；GLP-1 RA 为胰高血糖素样肽 1 受体激动剂

3. 综合控制目标：如下表。

项 目	目 标 值
血糖	
空腹（餐前）血糖	4.4~7.0mmol/L
餐后血糖	<10.0mmol/L
HbA1c	<7.0% (需个体化考虑)
血压	140/80mmHg
LDL-C	<2.6mmol/L (未合并冠心病) <1.8mmol/L (合并冠心病) <1.8mmol/L (合并冠心病)
HDL-C	男性>1.0mmol/L，女性>1.3mmol/L
TG	<1.7mmol/L
TC	<4.5mmol/L
BMI	<24.0kg/m ²
主动有氧运动	≥150min/周

注：AACE/ACE 推荐，针对无严重疾病并存及低血糖发生风险较低者，HbA1c 目标 ≤6.5%；针对合并严重疾病及有低血糖发生风险者，HbA1c 目标 >6.5%；HbA1c 为糖化血红蛋白；LDL-C 为低密度脂蛋白胆固醇；HDL-C 为高密度脂蛋白胆固醇；TG 为甘油三酯；TC 为总胆固醇；BMI 为体质指数；

（三）糖尿病并发症治疗

县级医院根据指南治疗路径制定治疗方案，乡镇卫生院（社区卫生服务中心）及村卫生室（社区卫生服务站）督导患者执行治疗方案。

四、分级诊疗及双向转诊

（一）糖尿病患者的分级诊疗

1. 健康人群及糖尿病高危人群

健康人群	糖尿病高危人群
空腹血糖<6.1mmol/L 且餐后 2 小时血糖<7.8mmol/L 且随机血糖<11.1mmol/L	1. 年龄≥40 岁 2. 有糖尿病前期(IGT、IFG 或两者同时存在)史 3. 超重(BMI≥24kg/m ²)或肥胖(BMI≥28kg/m ²)和(或)中心型肥胖(男性腰围≥90cm，女性腰围≥85cm)

健康人群	糖尿病高危人群
	4. 静坐生活方式 5. 一级亲属中有 2 型糖尿病家族史 6. 有妊娠期糖尿病史的妇女 7. 高血压[收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ ($1\text{mmHg}=0.133\text{kPa}$) 和(或)舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$]，或正在接受降压治疗 8. 血脂异常[高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C) $\leq 0.91\text{mmol/L}$ 和(或)甘油三酯(TG) $\geq 2.22\text{mmol/L}$]，或正在接受调脂治疗 9. 动脉粥样硬化性心血管疾病(ASCVD)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)患者或伴有与胰岛素抵抗相关的临床状态(如黑棘皮征等) 12. 长期接受抗精神病药物和(或)抗抑郁药物治疗和他汀类药物治疗的患者
乡镇卫生院(社区卫生服务中心)及村卫生室(社区卫生服务站)管理服务	

2. 2 型糖尿病无合并症/并发症患者

血糖达标标准：空腹血糖 $4.4\sim 7.0\text{mmol/L}$ 且非空腹血糖 $< 10.0\text{mmol/L}$ 且糖化血红蛋白 $< 7\%$			
分类	血糖达标患者	血糖不达标患者	
负责层级	乡镇卫生院(社区卫生服务中心)及村卫生室(社区卫生服务站)	乡镇卫生院(社区卫生服务中心)及村卫生室(社区卫生服务站)首先给予降糖治疗，若可达标继续管理	若治疗 3 个月仍不可达标，转诊至县级医院

3. 2 型糖尿病有合并症/并发症患者

分 类	指 标
糖尿病酮症酸中毒	尿常规示尿酮体+
糖尿病视网膜病变	眼底照相出现以下任何一个改变时 非增殖期视网膜病变(NPDR) 轻度：仅有微动脉瘤 中度：微动脉瘤，存在轻于重度 NPDR 的表现 重度：出现下列任何一个改变，但无 PDR 表现： 1. 在 4 个象限中都有多于 20 处视网膜内出血 2. 在 2 个以上象限中有静脉串珠样改变

分 类	指 标
	3. 在 1 个以上象限中有显著的视网膜内微血管异常 增殖期视网膜病变(PDR) 出现以下一种或多种改变：新生血管形成、玻璃体积血或视网膜前出血 黄斑水肿
糖尿病肾病	ACR $\geq$ 30mg/g
糖尿病神经病变	有临床症状（疼痛、麻木、感觉异常等）者，5 项检查（踝反射、针刺痛觉、震动觉、压力觉、温度觉）中任 1 项异常；无临床症状者，5 项检查中任 2 项异常 或肌电图检查有异常
存在其他合并症	

层级	县级医院	乡镇卫生院(社区卫生服务中心) 及村卫生室(社区卫生服务站)
分工	制定诊疗方案	督导患者执行方案及后续管理和随访等

（二）糖尿病患者的双向转诊

上转县级及以上医院标准

1. 需明确诊断和分型者：初次发现血糖异常，病因和分型不明确者；或治疗过程中，需要再次分型诊断者。

2. 血糖及其他危险因素控制不佳或出现严重药物不良反应者：血糖、血压、血脂长期治疗（3~6 个月）不达标者；反复发生低血糖者；血糖波动较大，基层处理困难或需要制订胰岛素强化治疗方案者；出现严重降糖药物不良反应难以处理者。

3. 糖尿病急性并发症：严重低血糖或高血糖伴或不伴意识障碍者（糖尿病酮症；疑似为 DKA、高渗高血糖综合征或乳酸性酸中毒）；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）确诊、治疗方案的制订和疗效评估在

基层医疗机构处理有困难者；糖尿病慢性并发症导致严重靶器官损害需紧急救治者（急性心脑血管疾病、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、糖尿病足等）。

下转基层医疗卫生机构标准

1. 初次发现血糖异常，已明确诊断和制订治疗方案且血糖控制比较稳定。

2. 经调整治疗方案，血糖、血压和血脂控制达标：（1）血糖达标：空腹血糖 $<7.0\text{mmol/L}$ ，餐后 2h 血糖 $<10.0\text{mmol/L}$ ；

（2）血压达标：收缩压/舒张压 $<140/80\text{mmHg}$ （ $1\text{mmHg}=0.133\text{kPa}$ ）；（3）血脂达标：低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C） $<2.6\text{mmol/L}$ ，或他汀类药物已达到最大剂量或最大耐受剂量。

3. 糖尿病急性并发症治疗后病情稳定。

4. 糖尿病慢性并发症已确诊、制订了治疗方案且病情已得到基本控制。

5. 医患双方均同意转诊的其他情况。

视频会诊标准

1. 经生活方式指导和干预、用药相关指导等，仍出现血糖控制不佳、反复发生低血糖或严重药物不良反应等任何需要调整治疗方案时。

2. 面对疑难或危重患者诊疗困难时。

3. 发生致残、致死病例时。

具体诊疗路径可参见相关指南：

1. 中国研究型医院学会糖尿病学专业委员会分级诊疗与基层管理糖尿病学组. 2 型糖尿病分级诊疗与质量管理专家共识[J]. 中国医学前沿杂志, 2020. 12(5).

2. 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南 (2017 年版) [J]. 中华糖尿病杂志, 2018, 10 (1) : 4~67.

3. 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手册 (2019 年版) [J]. 中华内科杂志, 2019, 59 (10) .

附件 2

“医卫融合”慢病规范管理机构 配置标准

一、筛查、诊断及治疗相关设备配置

（一）县级医院

十二通道同步心电图机、眼底照相仪、肌电图仪、血生化分析仪、ACR、彩超机（血管超声）、MRI 和 CT（各器官）、CTA 仪、具备检测高血压 4 项及儿茶酚胺的能力、可穿戴设备

（二）乡镇卫生院/社区卫生服务中心

身高体重计、测量腰围的软尺、血压计、十二通道同步心电图机、便携式血糖仪、血生化分析仪、尿常规分析仪、ACR、台式眼底照相仪/手持式眼底照相仪/手持式眼底镜、肌电图仪/神经病变检查仪器盒、心电图仪、彩超机（血管超声）、可穿戴设备

（三）村卫生室/社区卫生服务站

身高体重计、测量腰围的软尺、血压计、十二通道同步心电图机、便携式血糖仪、血生化分析仪、尿常规分析仪、可穿戴设备

二、药品配置

各地区可根据自身情况从下列清单中选择药物，各试点地区基层医疗卫生机构需与县级医院配置相同的药物。

（一）高血压病

所属类别	品种名称	剂型、规格	常规剂量
ACEI	卡托普利	片剂：12.5mg、25mg	12.5mg, tid
	依那普利	片剂：2.5mg、5mg、10mg	10mg, bid
	赖诺普利	片剂/胶囊：5mg、10mg	20mg, qd
ARB	缬沙坦	胶囊：80mg	80mg, qd
钙离子拮抗剂	尼群地平	片剂：10mg	10mg, bid
	硝苯地平	片剂：5mg、10mg	10mg, tid
		缓释片：20mg、30mg	30mg, qd
	非洛地平	片剂/缓释片：2.5mg、5mg	2.5mg, bid/5mg, qd
	氨氯地平	片剂：5mg	5mg, qd
	左氨氯地平	片剂：2.5mg	2.5mg, qd
B 受体阻滞剂	比索洛尔	片剂/胶囊：2.5mg、5mg	5mg, qd
	拉贝洛尔	片剂：50mg、100mg	100mg, tid
利尿剂	呋达帕胺	片剂：2.5mg	2.5mg, qd
		缓释片：1.5mg	1.5mg, qd
α 受体阻滞剂	哌唑嗪	片剂：1mg、2mg	1mg, tid
	乌拉地尔	缓释片/胶囊：30mg	30mg, bid

(二) 2 型糖尿病

类 别	通 用 名	剂型 (mg)
双胍类	二甲双胍	250、500、850
	二甲双胍缓释片	500
磺脲类	格列吡嗪	2.5、5
	格列吡嗪控释片	5
	格列齐特	80
	格列齐特缓释片	30、60
	格列美脲	1、2
格列奈类	瑞格列奈	0.5、1、2
α-糖苷酶抑制剂	阿卡波糖	50、100
	伏格列波糖	0.2
	米格列醇	50
噻唑烷二酮类	罗格列酮	4
	罗格列酮+二甲双胍	2/500
	吡格列酮	15、30
DPP-4 抑制剂	西格列汀	100
	西格列汀+二甲双胍	50/500、50/850

类 别	通 用 名	剂型 (mg)
	沙格列汀	5
	沙格列汀二甲双胍	5/500、5/1000、2.5/1000
	利格列汀	5
	利格列汀二甲双胍	2.5/500、2.5/850、
	维格列汀	50
	维格列汀二甲双胍	50/850、50/1000
	阿格列汀	25
GLP-1 受体激动剂	艾塞那肽	0.3/1.2ml、0.4/2.4ml
	利拉鲁肽	18/3ml
	贝那鲁肽	2.1ml/4.2mg
	利司那肽	0.15/3ml、0.3/3ml
SGLT-2 抑制剂	达格列净	10
	恩格列净	10
	卡格列净	100/300
短效胰岛素 (RI)	重组人胰岛素	
速效胰岛素类似物	门冬胰岛素	
	赖脯胰岛素	
	谷赖胰岛素	
长效胰岛素 (PZI)	精蛋白锌胰岛素	
长效胰岛素类似物 (甘精胰岛素)	甘精胰岛素	
	地特胰岛素	
	德谷胰岛素	
预混胰岛素 (HI30R, HI70/30)		
预混胰岛素 (50R)		
预混胰岛素类似物	预混门冬胰岛素 30, 预混门冬胰岛素 50	
	预混赖脯胰岛素 25, 预混赖脯胰岛素 50	

三、数据录入、线上培训、远程会诊等信息化设备配置

根据信息化管理系统、互联网医院的硬件要求及各试点地区信息化建设需求，另行制定。

附件 3

“医卫融合”慢病规范管理培训内容

一、省级指导医院对县以下医疗卫生机构培训内容

（一）高血压病

高血压的最新诊疗指南的解读

高血压最新治疗路径的解读

高血压相关并发症的研究进展及诊疗进展

高血压技术（肾动脉消融等）新进展

高血压饮食、运动、心理等生活方式健康管理

特殊类型高血压的诊疗

（二）2 型糖尿病

糖尿病的最新诊疗指南的解读

糖尿病最新治疗路径的解读

糖尿病相关并发症的研究进展及诊疗进展

糖尿病技术（动态血糖监测、胰岛素泵治疗）新进展

糖尿病饮食、运动等健康管理

特殊类型糖尿病的诊疗

二、县级医院对基层医疗卫生机构培训内容

（一）高血压病

高血压筛查相关检查技术的培训

高血压合并靶器官损害（临床表现、诊断标准、并发症等）

高血压治疗路径（口服药、肾动脉消融等）

高血压并发症相关治疗

血压监测技术（自我血压监测、可穿戴设备使用）

高血压饮食、运动、体重、心理管理等

高血压相关药物知识

高血压并发症人群日常护理等

（二）2 型糖尿病

血糖及糖尿病并发症筛查相关检查技术的培训

糖尿病、糖尿病并发症（临床表现、诊断标准、并发症分期等）

糖尿病治疗路径（口服药、胰岛素等）

糖尿病并发症相关治疗

糖尿病技术（自我血糖监测、胰岛素的使用/注射技术）

糖尿病饮食、运动、体重管理等

糖尿病相关药物知识

糖尿病并发症人群日常护理等

附件 4

“医卫融合”慢病规范管理工作考核细则

(试行)

(县级卫生健康行政部门)

检 查 内 容		检 查 方 法
工作组织	1. 县级卫生健康行政部门成立工作组织机构，并依托县级医院设立技术指导办公室	查阅相关文件
	2. 县级卫生健康行政部门制定相关工作制度，完成工作组织、联络协调和督办考核等工作	查阅相关制度 查阅会议记录、工作记录、检查记录等 就工作开展情况询问相关人员
	3. 各级医疗卫生机构按要求配置药品、仪器、设备等	实地查看，查阅文件
人群筛查	4. 县级卫生健康行政部门组织开展筛查人员标准化培训	查看培训资料、签到、照片等 询问相关人员 计算培训达标率=已培训合格人员/应培训人员×100%
	5. 基层医疗卫生机构每年第三季度之前完成辖区内 35 岁及以上居民高血压、2 型糖尿病的全面筛查	查看有关工作计划、记录等资料 计算筛查完成率=已完成筛查人数/试点地区 35 岁及以上居民人数×100%
	6. 通过县级基本公共卫生服务管理平台、互联网医院等信息平台，及时、规范、完整上传健康信息数据	查看录入的筛查、随访数据是否及时完整规范 对比筛查记录与录入数据，计算数据录入率=已录入人数/筛查出的应建立健康档案人数×100%
健康服务	7. 县级医院组织基层医疗卫生机构开展高血压、2 型糖尿病防控最新知识、生活方式干预、急性事件预防和处理等专题培训	查看培训资料、签到、照片等 询问相关人员 计算培训达标率=已培训合格人员/应培训人员×100%

检 查 内 容		检 查 方 法
健康服务	8. 各级医疗卫生机构按照分类就诊、分级负责的原则为四类居民提供后续的健康服务	检查试点地区是否按照标准进行人群分类，统计纳入各类管理的居民人数，检查健康档案建立情况
	9. 各级医疗卫生机构为慢病患者提供能力范围内的门诊和住院服务	抽查病历资料，检查治疗方案合理性、规范性等 统计高血压、2 型糖尿病患者门诊和住院服务人次
	10. 强化县乡村三级医疗服务互联互通	统计省、县、乡村(社区)之间高血压、2 型糖尿病患者的视频会诊次数和双向转诊人次(上转、下转) 计算会诊转诊及时率=及时转诊人次/应转诊人次×100%
	11. 开展多种形式健康知识宣传活动	查看健康宣教资料及相关活动记录 询问居民高血压、2 型糖尿病相关防治知识知晓情况
	12. 基层医疗卫生机构做好辖区居民生活方式的干预； 县级医院监测评估本辖区的生活方式干预效果并及时进行调整	查看生活方式干预资料及干预记录 计算生活方式干预指导率=已指导人数/应指导人数×100% 计算不良生活方式纠正率=已纠正人数/已指导人数×100%
	13. 家庭医生团队进村(社区)提供慢性病相关健康义诊、 健康咨询等服务	查看健康义诊、健康咨询等活动记录 统计相关活动次数及服务人数
工作成效	14. 高血压、2 型糖尿病新增发病率	数据统计
	15. 高血压、2 型糖尿病并发症发生率(急性/慢性)	数据统计
	16. 高血压、2 型糖尿病急危重症有效救治率	数据统计
	17. 高血压、2 型糖尿病慢性并发症控制或康复率	数据统计
	18. 高血压、2 型糖尿病急危重症死亡率及残疾率	数据统计
	19. 随访达标率	数据统计
	20. 智能穿戴设备正确使用率	数据统计
加分	21. 创新性工作举措或突出的工作成效	

说明：省卫生健康委每年对各地工作开展情况进行考核，检查对象为县级卫生健康行政部门、部分县级医院及基层医疗卫生机构；

“医卫融合”慢病规范管理工作考核细则

(试行)

(县级医院、基层医疗卫生机构)

检 查 内 容		检 查 方 法
工作组织	1. 建立专项工作方案，设置技术团队	查阅相关文件资料和工作记录
	2. 建立工作计划和工作台账	查阅相关文件资料和工作记录
	3. 按要求配置药品、仪器、设备等	实地查看
人群筛查	4. 参加县级卫生行政部门组织的筛查人员培训	培训达标率=已培训合格人员/应培训人员×100%
	5. 基层医疗卫生机构每年第三季度之前完成辖区内 35 岁及以上居民高血压、2 型糖尿病的全面筛查*	筛查完成率=已完成筛查人数/35 岁及以上居民人数×100%
	6. 及时、规范、完整上传健康信息数据	查看录入的筛查、随访数据是否及时完整规范 数据录入率=已录入人数/应建立健康档案人数×100%
健康服务	7. 基层医疗卫生机构参加县级医院组织的防控知识、生活方式干预、急性事件预防和处理等培训*	培训达标率=已培训合格人员/应培训人员×100%
	8. 按照分类就诊、分级负责的原则为四类居民提供后续健康服务	检查是否按照标准进行人群分类，统计纳入各类管理的居民人数，检查健康档案建立情况
	9. 各级医疗卫生机构为慢病患者提供能力范围内的门诊和住院服务	抽查病历资料，检查治疗方案合理性、规范性等 统计高血压、2 型糖尿病患者门诊和住院服务人次
	10. 强化县乡村三级医疗服务互联互通	统计省、县、乡村(社区)之间高血压、2 型糖尿病患者的视频会诊次数和双向转诊人次(上转、下转) 计算会诊转诊及时率=及时转诊人次/应转诊人次×100%
	11. 开展多种形式健康知识宣传活动	查看健康宣教资料及相关活动记录 询问居民高血压、2 型糖尿病相关防治知识知晓情况

检 查 内 容		检 查 方 法
健康服务	12. 基层医疗卫生机构做好辖区居民生活方式的干预；县级医院监测评估本辖区的生活方式干预效果并及时进行调整	基层医疗卫生机构：查看生活方式干预资料及干预记录 县级医院：查看干预效果分析和干预方式调整的相关资料
	13. 家庭医生团队进村(社区)提供慢性病相关健康义诊、健康咨询等服务	查看健康义诊、健康咨询等活动记录 统计相关活动次数及服务人数
工作成效	14. 高血压、2 型糖尿病新增发病率	数据统计
	15. 高血压、2 型糖尿病并发症发生率(急性/慢性)	数据统计
	16. 高血压、2 型糖尿病急危重症有效救治率	数据统计
	17. 高血压、2 型糖尿病慢性并发症控制或康复率	数据统计
	18. 高血压、2 型糖尿病急危重症死亡率及残疾率	数据统计
	19. 随访达标率	数据统计
	20. 智能穿戴设备正确使用率	数据统计
加分	21. 创新性工作举措或突出的工作成效	

说明：1. 各地卫生健康行政部门负责对本辖区县级医院、基层医疗卫生服务进行考核；
2. 标注*的指标仅针对基层医疗卫生服务机构；
3. 各地卫生健康行政部门根据本地区实际制定考核结果运用与奖惩机制。

“医卫融合”慢病规范管理 省级项目管理与指导办公室成员名单

省级项目管理与指导办公室负责对全省各地“医卫融合”慢病规范管理工作进行项目管理和技术指导，开展技术协作和人员培训，并对各地工作效果进行技术评估。

主 任：	张全红	省卫生健康委基层卫生处处长
副主任：	万 军	省人民医院副院长
成 员：	王 皓	省卫生健康委基层卫生处副处长
	邹义红	省卫生健康委信息中心副主任
	程少华	省人民医院质控办主任
	张 晨	省卫生健康委基层卫生处主任科员
	谢砚楷	省卫生健康委信息中心主任科员
	陈 威	省卫生健康委信息中心主任科员
	包明威	省人民医院心血管内科教授
	高 凌	省人民医院内分泌科教授
	张 艳	省人民医院心血管内科副教授
	刘婧承	省人民医院内分泌科副教授

办公室下设 4 个专项工作组，负责项目管理和技术指导具体工作适宜。

(一) 行政管理组

组 长：张全红 省卫生健康委基层卫生处处长
成 员：王 皓 省卫生健康委基层卫生处副处长
张 晨 省卫生健康委基层卫生处主任科员

(二) 技术指导组

组 长：万 军 省人民医院副院长
成 员：包明威 省人民医院心血管内科教授
高 凌 省人民医院内分泌科教授

(三) 培训指导组

组 长：程少华 省人民医院质控办主任
成 员：张 艳 省人民医院心血管内科副教授
刘婧承 省人民医院内分泌科副教授

(四) 信息化指导组

组 长：邹义红 省卫生健康委信息中心副主任
成 员：谢砚楷 省卫生健康委信息中心主任科员
陈 威 省卫生健康委信息中心主任科员