

ICS **.*

CCS ***

T/CHNAW

中国民族卫生协会团体标准

T/CNHAW****—2026

中国老年高血压与糖尿病的非药物基层共 管

Non-pharmacological co-management of hypertension and diabetes at primary care
level among Chinese older adults

征求意见稿

202* - ** - **发布

202* - ** - **实施

中国民族卫生协会 发布

目 次

前言 I

1. 范围 2

2. 规范性引用文件 2

3. 术语和定义 2

4. 共管原则 2

5. 综合干预总路径 2

 5.1 共管对象识别与综合评估 3

 5.2 分类与管理 3

 5.3 随访与复评 3

6. 干预实施方案 3

 6.1 干预总体要求 3

 6.2 饮食与营养管理 3

 6.3 运动与体重管理 3

 6.4 烟酒、睡眠、心理与社会支持 4

 6.5 自我监测与数字化支持 4

附录 A 5

附录 B 6

参 考 文 献 7

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》规定的规则起草。

本文件由中华预防医学会慢性病预防与控制分会提出。

本文件由中国民族卫生协会归口。

本文件起草单位：武汉大学、中华预防医学会慢性病预防与控制分会、昆山市医学会、昆山杜克大学、南昌大学。

本文件主要起草人：阎丽静，尹学琚，宋炜婧，马弋洲，包鹏。

本文件为首次发布。

中国老年高血压与糖尿病的非药物基层共管

1. 范围

本文件规定了基层医疗卫生机构为老年高血压与2型糖尿病共病患者开展非药物基层共管的基本要求、共管原则、管理路径、干预内容、随访复评和转诊要点。

本文件适用于基层医疗卫生机构为老年高血压与2型糖尿病共病患者开展非药物干预与管理服务，其他类型机构可参照执行。

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。

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

老年人 older adults

本文件所称老年人，是指60周岁及以上人群。

3.2

非药物基层共管 non-pharmacological co-management at primary care level

基层医疗卫生机构在诊断、筛查和风险分层基础上，围绕饮食、运动、体重、烟酒、睡眠、心理支持、自我监测、健康教育、家庭和社区支持等内容，开展连续、协同、可记录的管理过程。

3.3

基层医疗卫生机构 primary health care institute

本文件所称基层医疗卫生机构，是指为社区提供基本医疗、预防、保健、康复和健康促进等综合服务的卫生机构，包括社区卫生服务中心、社区卫生服务站、乡镇卫生院、村卫生室、门诊部、诊所等。

4. 共管原则

遵循以下总体原则：

- a) 遵循安全优先、个体化、循序渐进、连续管理和患者参与原则；
- b) 干预措施应与既有药物治疗和基本公共卫生服务相协调；
- c) 需要转诊到上级卫生机构时，应及时转诊。

5. 综合干预总路径

基层医疗卫生机构开展老年高血压糖尿病共病患者非药物共管时，应围绕筛查与风险分级、非药物干预内容与措施、随访管理及转诊衔接建立连续管理路径。具体包括：

- a) 结合居民健康档案及既有高血压、2型糖尿病随访资料识别共管对象；
- b) 开展综合评估，明确患者的主要健康问题、风险因素和管理需求；
- c) 根据综合评估结果确定管理类别和个体化管理目标；
- d) 制定并实施非药物共管方案；
- e) 按计划开展随访和复评；

f) 根据复评结果继续、调整或强化干预，必要时开展会诊或转诊，并记录管理结果、更新健康档案。

5.1 共管对象识别与综合评估

基层医疗卫生机构应识别60岁及以上已确诊或疑似高血压合并2型糖尿病者。血压、血糖筛查、诊断确认和复测要求应按上述规范和指南执行。

对拟纳入非药物共管的患者，应结合既有健康档案和慢病随访资料，重点了解血压、血糖、体重或体质指数、心血管风险、生活方式、营养状态、自我监测能力及并发症风险。诊断不清、病情复杂或基层难以处理者，应及时会诊或转诊。

5.2 分类与管理

根据筛查评估、疾病控制情况和基层处理能力，将管理对象分为以下三类：

- a) 未确诊共病但存在高危因素者，纳入常规健康教育和定期筛查；
- b) 已确诊且病情相对稳定者，建立共管档案，制定个体化非药物管理方案；
- c) 存在血压或血糖显著异常、急性症状、严重并发症、病因分型不明或基层难以处理者，应转诊至上级医疗机构。

5.3 随访与复评

基层医疗卫生机构应根据患者血压、血糖控制情况、不良反应及并发症变化确定随访频率和处理措施。控制满意者每3个月随访1次；控制不满意或出现不良反应者，应及时调整管理方案；连续控制不满意、不良反应无改善或并发症加重者，应建议转诊。具体随访项目、频率及措施见附录A。

每次随访应记录评估结果、干预实施、目标达成、方案调整和转诊情况。符合附录B所列紧急转诊情形之一者，应立即转诊至上级医疗机构或呼叫急救服务。

6. 干预实施方案

6.1 干预总体要求

6.1.1 对已确诊高血压与2型糖尿病共病且病情相对稳定、适宜在基层继续管理的老年人，基层医疗卫生机构应根据疾病控制情况、并发症风险、功能状态、生活方式和患者意愿，制定个体化非药物共管方案。

6.1.2 非药物共管方案宜包括饮食与营养管理、运动与体重管理、烟酒控制、睡眠与心理支持、自我监测、健康教育、家庭和社区支持等内容，并应与既有药物治疗、基本公共卫生服务和上级医疗机构诊疗建议相协调。

6.2 饮食与营养管理

应在营养风险评估基础上开展饮食指导，兼顾血压、血糖控制和老年营养维持。宜限制饱和脂肪酸、反式脂肪酸、精制米面和糖摄入，增加全谷物、杂豆、优质蛋白和新鲜蔬菜摄入；每日新鲜蔬菜摄入宜不少于500 g，水果宜选择低含糖量、低升糖指数种类并安排在两餐之间；每日食盐摄入量宜控制在5 g以内，心功能正常者每日饮水宜为1500 mL~1700 mL。对进食不足、体重下降或营养不良风险者，应及时调整饮食方案或转诊。

6.3 运动与体重管理

运动干预前应评估心肺功能、血压血糖控制、跌倒风险、骨关节状况和运动禁忌证。病情允许者宜开展有氧运动和抗阻运动。血压、血糖控制不稳定，空腹血糖 ≥ 11.1 mmol/L、合并酮症或存在明显运动

风险者，应暂缓运动。出现低血糖、头晕、胸闷、心悸、气促、明显疼痛等不适时，应立即停止运动并评估风险。体重管理应避免一刀切，关注超重、肥胖与消瘦两类风险。

6.4 烟酒、睡眠、心理与社会支持

应建议患者完全戒烟，并不推荐饮酒。应关注睡眠、焦虑、抑郁、认知状态和社会支持情况；睡眠时间一般宜为每日 6h~7h。疑似心理或认知异常者，应进一步评估，必要时转诊。宜鼓励家庭成员参与饮食监督、用药提醒、监测协助和情绪支持；具备条件的机构可开展同伴支持和社区健康教育。

6.5 自我监测与数字化支持

认知和操作能力允许者，宜开展家庭血压和血糖监测，并指导其使用经认证的设备和规范测量方法。认知障碍、明显焦虑、视力或操作能力受限者，不宜强求自行监测，可由家庭成员或基层人员协助。具备条件的机构可利用电子健康档案、慢病管理平台、电话、短信、微信、签约服务应用程序和智能监测设备开展提醒、教育、数据记录和远程随访。

附录 A (规范性)

老年高血压糖尿病共病患者随访项目、频率及措施

A.1 老年高血压糖尿病共病患者随访项目

随访检查项目
评估症状、血压、血糖、饮食习惯、运动习惯、烟酒习惯、心理健康状态、服药依从性和药物不良反应、足背动脉搏动、体重（计算 BMI），心率、血糖、糖化血红蛋白
季度项目：血常规、糖化血红蛋白、尿常规、血钾、血脂四项、肌酐、尿素氮、肝功能、心电图检查
选做项目：动态血压、动态血糖、超声心动图、颈动脉 B 超、尿白蛋白/肌酐比、胸片、眼底检查

A.2 老年高血压糖尿病共病患者随访频率及措施

状态	具体定义	措施
控制满意	收缩压 <140 mmHg，舒张压 <90 mmHg，空腹血糖 <7.0 mmol/L，且无不良反应或并发症	每 3 个月随访 1 次
首次不满意或不良反应	收缩压 ≥ 140 mmHg，舒张压 ≥ 90 mmHg，或空腹血糖 ≥ 7.0 mmol/L	调整药物，制定生活方式改进目标，2 周内随访
连续两次不满意或并发症加重	收缩压 ≥ 140 mmHg，舒张压 ≥ 90 mmHg，或空腹血糖 ≥ 7.0 mmol/L	告知异常症状并转诊上级医院，2 周内随访

附录 B
(规范性)

老年高血压糖尿病共病患者紧急转诊情形

高血压	意识丧失或模糊
	血压 $\geq 180/110$ mmHg, 伴剧烈头痛, 呕吐或突发言语障碍和/或肢体瘫痪 (怀疑急性脑卒中)
	血压显著升高伴持续性胸背部剧烈疼痛 (怀疑主动脉夹层或心肌梗死)
	血压升高伴下肢水肿、呼吸困难或不能平卧 (怀疑急性左心衰竭)
	其他难以处理的严重临床症状需到上级医院进一步检查
糖尿病	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 (糖尿病酮症; 疑似为糖尿病酮症酸中毒、高血糖高渗状态或乳酸性酸中毒)

参 考 文 献

1. 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）[S]. （2017-02）
[2026-01-20].
<https://www.nhc.gov.cn/ewebeditor/uploadfile/2017/04/20170417104506514.pdf>
2. “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/OL]. 中华心血管病杂志（网络版），2023，6：e1000144.
（2023-07-24）[2026-01-20].
http://www.cvjc.org.cn/index.php/Column/columncon/article_id/322.
DOI:10.3760/cma.j.cn116031.2023.1000144
3. 中国高血压防治指南修订委员会，高血压联盟，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，2024，32（7）：603-700. DOI:10.16439/j.issn.1673-7245.2024.07.002
4. 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. DOI:10.3969/j.issn.1000-3614.2025.09.002
5. 中国老年医学学会高血压分会，北京高血压防治协会，国家老年疾病临床医学研究中心. 中国老年高血压管理指南2023[J]. 中华高血压杂志，2023，31（6）：508-538.
DOI:10.16439/j.issn.1673-7245.2023.06.003
6. 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. DOI:10.3760/cma.j.cn115791-20241203-00705
7. 国家老年医学中心，中华医学会老年医学分会，中国老年保健协会糖尿病专业委员会. 中国老年糖尿病诊疗指南（2024版）[J]. 中华糖尿病杂志，2024，16（2）：147-189.
DOI:10.3760/cma.j.cn115791-20240112-00020
8. 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（3）：249-262.
DOI:10.3760/cma.j.cn112138-20220120-000063
9. 北京高血压防治协会，北京市社区卫生协会. 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.
10. 中国营养学会. 中国居民膳食指南（2022版）[M]. 北京：人民卫生出版社，2022.
11. 国家卫生健康委. 高血压营养和运动指导原则（2024年版）[S]. 2024.
12. 国家心血管病中心. 高血糖症营养和运动指导原则（2024年版）[S]. 2024.
13. 国家老年医学中心，中国体育科学学会. 中国2型糖尿病运动治疗指南（2024年）[J]. 中国全科医学，2024，27（30）：3709-3738.
14. 国家卫生健康委员会. 睡眠健康核心信息及释义[S]. 2025.
15. 国家卫生健康委员会. 关于深入推进家庭医生签约服务的指导意见[S]. 2023，国卫基层发〔2023〕12号.