

中国民族卫生协会团体标准

《中国老年高血压与糖尿病的非药物基层共管》编制说明

一、工作简况

1、任务来源

团体标准《中国老年高血压与糖尿病的非药物基层共管》由中国民族卫生协会于 2025 年 12 月份批准立项。本团体标准由中华预防医学会慢性病预防与控制分会发起，主要起草单位有武汉大学、南昌大学、昆山杜克大学、嘉会国际医疗等。

2、编制背景及目标

高血压是心脑血管疾病和肾病等多种慢性病的重要危险因素，也是我国最常见的慢性病之一。高血压和糖尿病同为我国基本公共卫生服务覆盖的两类重点慢性病。随着人口老龄化进程加快，老年高血压与糖尿病共病患者数量较大，且高血压、糖尿病及血脂异常等代谢性疾病常以共病形式出现。既有研究显示，我国中老年居民高血压和糖尿病共病率为 12.3%。该类人群通常面临心血管风险升高、合并症复杂、生活方式改变困难、用药依从性不足和长期健康管理负担较重等问题，对基层医疗卫生机构的连续管理能力提出了更高要求。

自 2009 年起，高血压和糖尿病患者健康管理已纳入《国家基本公共卫生服务规范》，基层医疗卫生机构承担了筛查、随访、健康教育和长期管理等重要职责。但现有规范和指南多以高血压或糖尿病单病种管理为主，尚缺乏针对老年高血压与糖尿病共病患者的系统化基层共管方案。国际上，糖尿病和高血压相关指南也主要聚焦单一疾病管理，对老年共病患者在基层场景下如何进行非药物综合管理、随访衔接和转诊管理涉及不足。

非药物干预是高血压和糖尿病综合管理的重要组成部分。饮食管理、运动管理、戒烟戒酒、心理支持、体重管理、睡眠管理、自我监测、家庭与社区支持、数字化管理和转诊衔接等措施，均是基层慢病管理中可及性较强、成本相对较低、适宜长期推广的重要内容。相较于药物治疗，非药物干预更强调患者日常行为、家庭支持和基层连续随访，但在现实工作中仍存在干预措施碎片化、共管流程不清晰、基层可操作指导不足等问题。

目前,我国已有高血压、糖尿病单病种相关指南和“三高”共管相关专家共识,但尚缺乏广泛适用于基层医疗卫生机构、聚焦老年高血压与糖尿病共病人群、突出非药物管理内容的团体标准。因此,本标准拟在《中国老年高血压与糖尿病的非药物基层共管专家共识》基础上,进一步提炼形成适用于基层医疗卫生机构的标准化技术文件,明确老年高血压与糖尿病共病患者非药物基层共管的适用范围、基本原则、管理框架、技术内容、随访管理和转诊衔接要求。

本标准的编制目标是:围绕“管理谁、管什么、如何管”三个核心问题,构建覆盖筛查与风险分级、非药物共管内容与措施、非药物共管流程与转诊的基层共管技术框架,为社区卫生服务中心、社区卫生服务站、乡镇卫生院和村卫生室等基层医疗卫生机构开展老年高血压与糖尿病共病患者非药物管理提供规范化、可操作的技术依据,推动基层慢性病管理由单病种管理向共病整合管理转变。

3、工作过程

(1) 2024 年 11 月—12 月,项目组启动老年高血压与糖尿病非药物基层共管相关工作,围绕我国老年高血压与糖尿病共病患者基层管理需求,开展共识立项和范围界定,初步明确目标人群、目标受众、核心问题和主要技术内容,确定共识内容围绕“管理谁、管什么、如何管”三个核心问题展开。

(2) 2024 年 12 月—2025 年 1 月,项目组完成共识制定成员组建工作,设立指导组、共识组、证据组、外审组和核心工作小组。成员涵盖慢病防控、全科医学、循证医学、临床医学、护理、公共卫生、基层卫生服务等多学科领域,并纳入基层医务工作者和患者代表。

(3) 2025 年 1 月—5 月,证据组开展证据检索、筛选和整理工作,系统梳理国内外高血压、糖尿病、老年健康、基层慢病管理、非药物干预等相关指南、专家共识、标准和研究证据。核心工作小组在证据整理和专家讨论基础上,围绕筛查与风险分级、非药物共管内容与措施、非药物共管流程与转诊等核心模块,形成推荐意见初稿。

(4) 2025 年 6 月—2026 年 4 月,项目组组织开展德尔菲调查、专家论证、推荐意见修改和共识文本完善工作。通过线下讨论与线上德尔菲调查相结合的方式,对推荐意见的重要性、科学性、可行性和基层适用性进行评价,并根据专家反馈对推荐条目进行修改、合并和完善,形成 19 条推荐意见。在此基础上,项目组继续推进共识文本修改、外审准备及团体标准转化前期工作。

（5）2026 年 5 月，起草组在专家共识前期工作基础上，进一步开展团体标准编制工作，将共识中已形成的核心推荐意见和基层实施要点转化为标准文本内容，形成《中国老年高血压与糖尿病的非药物基层共管指南》初稿，并根据内部讨论意见形成修改稿。

（6）2026 年 6 月，起草组拟在修改稿基础上形成标准公示稿，并按照团体标准编制程序开展公示和意见征集工作，收集相关专家、起草单位及基层实践人员对标准范围、章节结构、技术内容和可操作性的意见建议。

（7）2026 年 7 月，起草组计划根据公示和征求意见反馈，对标准文本进行进一步修改完善，形成精修稿，并在此基础上提交会审，重点对标准技术内容的科学性、规范性、基层适用性和可操作性进行审查。

（8）2026 年 8 月，起草组预计根据会审意见对标准文本和编制说明进行最终修改，形成发布稿，并按中国民族卫生协会团体标准发布程序推进后续发布工作。

4、主要起草单位及起草人所做的工作

主要参加单位	成员	主要工作
武汉大学	阎丽静	提交立项申请、标准撰写、全面组织协调标准的撰写与修改、示范推广
南昌大学	尹学珺	定性社区参与式研究指导、团标修改
昆山杜克大学	宋炜婧、马弋洲	文献检索、团标撰写与修改
嘉会国际医疗	包鹏	全科医学指导、团标修改

二、标准编制原则和主要内容

1、 标准制定原则

- 1) 编制原则：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。
- 2) 适应性：本标准充分考虑我国基层医疗卫生机构的服务场景和实际条件，适用于社区卫生服务中心、社区卫生服务站、乡镇卫生院和村卫生室等基层医疗卫生机构，能够与现有基本公共卫生服务、慢病随访、健康教育和转诊协作等工作相衔接。
- 3) 可行性：本标准围绕“管理谁、管什么、如何管”三个核心问题，将老年高血压与糖尿病共病患者的非药物管理内容转化为基层可执行的技术路径。标准所涉及的饮食管理、运动管理、戒烟戒酒、心理支持、体重管理、睡眠管理、自我监测、家庭与社区支持、数字化管理和转诊衔接

等内容，均为基层医疗卫生机构日常慢病管理中较易开展或可逐步推进的工作内容，具有较好的实施基础和推广可行性。

- 4) 可重复性（试验、数据、方法等的可重复性）：本标准对老年高血压与糖尿病共病患者的筛查、风险分级、非药物干预、随访管理、合并症监测、自我监测、用药依从性评估和转诊衔接等内容进行了规范化表述，明确了主要管理环节、适用情形和处理方向。通过统一管理路径和记录要求，可减少不同机构、不同人员在理解和执行过程中的差异，提高基层医疗卫生机构开展老年高血压与糖尿病非药物共管工作的可重复性和一致性。

2、标准主要技术内容

本标准主要技术内容包括以下几个方面：

（1）范围和适用对象

本标准规定了基层医疗卫生机构开展老年高血压与糖尿病共病患者非药物综合管理的技术内容及要点。本标准适用于社区卫生服务中心、社区卫生服务站、乡镇卫生院和村卫生室等基层医疗卫生机构，对 60 周岁及以上高血压和糖尿病共病患者开展非药物管理。

（2）规范性引用文件

本标准参考和衔接现行相关标准及技术文件，包括成人糖尿病患者膳食指导、高血压患者膳食指导、远程医疗信息系统基本功能规范、基层医疗卫生机构高血压防治管理标准、慢性代谢性疾病患者健康管理服务规范、原发性高血压患者健康管理服务规范、高血压门诊防治技术规范、2 型糖尿病患者运动风险防控服务规范、糖尿病、高血压与血脂异常患者全病程共管规范、高血压人群摄盐量的简易评估方法等。

（3）总体管理框架

本标准围绕“管理谁、管什么、如何管”三个核心问题，构建老年高血压与糖尿病非药物基层共管框架。标准内容覆盖三大核心领域：一是老年高血压糖尿病共病的筛查与风险分级；二是非药物共管的内容、措施与工具；三是非药物共管流程、方法与转诊。

（4）筛查与风险分级

本标准明确基层医疗卫生机构对老年高血压与糖尿病共病患者开展血压筛查、血

糖筛查、诊断确认和风险评估的技术要点。内容包括血压筛查频率、血糖筛查方法、初筛异常后的复测与诊断确认、糖尿病患者血压测量建议，以及基层可用的心血管疾病风险评估工具等。

（5）非药物共管内容、措施与工具

本标准系统规定老年高血压与糖尿病共病患者非药物共管的主要内容，包括饮食管理、运动管理、戒烟戒酒干预、心理支持与筛查、体重管理、睡眠管理、户外活动与阳光暴露建议等。相关内容结合老年人群特点、共病风险和基层服务条件，提出具体实施要点和注意事项。

（6）共管流程、随访管理与转诊衔接

本标准明确老年高血压与糖尿病共病患者的随访频率、随访内容、控制满意和控制不满意时的处理措施，以及连续不达标、并发症加重或基层处理困难时的转诊建议。标准同时涵盖合并症监测、自我监测、用药依从性评估、健康教育、家庭与同伴支持、社区支持、电子医疗管理平台和移动/电子医疗技术使用等内容。

3、标准解决的主要问题

本标准聚焦基层医疗卫生机构在老年高血压与糖尿病共病非药物管理中缺乏统一技术规范的问题。通过明确目标人群、适用机构、筛查与风险分级、非药物共管内容、随访管理和转诊衔接要求，解决基层场景下老年高血压糖尿病共病患者非药物管理“管谁、管什么、如何管”的问题。

本标准有助于将现有高血压和糖尿病单病种管理内容整合为面向老年共病患者的基层共管路径，减少非药物干预措施碎片化、管理流程不清晰和转诊衔接不足等问题，为基层医务人员开展规范化、连续性、可操作的老年慢病共病管理提供技术依据。

三、主要试验（或验证）情况分析

本标准基于国内外循证医学研究，系统梳理了高血压、糖尿病、老年健康、基层慢病管理、非药物干预、随访管理和转诊衔接等相关指南、专家共识、标准和研究文献，并结合基层医疗卫生机构服务条件，对本标准提出的筛查与风险分级、非药物共管内容与措施、管理流程、随访管理和转诊衔接内容进行了论证。

标准起草过程中，起草组围绕标准适用范围、章节结构、术语定义、筛查与风险分级、非药物干预措施、随访管理、转诊衔接及与基层高血压、糖尿病管理工作的衔接关系进行了讨论和修改。经论证，本标准技术内容具有较好的科学依据、可操作性和基层适用性。

四、标准中涉及专利的情况

本标准中没有涉及专利的情况。

五、预期达到的社会效益、对产业发展的作用的情况

社会效益：推动老年高血压与糖尿病共病患者非药物基层共管的规范化实施，提升基层医疗卫生机构慢病共病管理能力，促进老年患者血压、血糖及相关健康风险的综合管理。

对相关服务发展的作用：规范并促进基层慢病管理、家庭医生签约服务、健康教育、数字化随访及远程健康管理等相关服务发展，为老年慢病共病管理在基层落地提供标准化技术支撑。

六、采用国际标准和国外先进标准情况，与国际、国外同类标准水平的对比情况，国内外关键指标对比分析与测试的国外样品、样机的相关数据对比情况

本标准未等同采用或修改采用国际标准。编制过程中参考了国内外高血压、糖尿病、老年健康、非药物干预和基层慢病管理相关指南、共识和研究证据，包括美国糖尿病协会糖尿病诊疗标准、欧洲高血压相关指南等文件中的相关内容。

与国外相关指南相比，本标准并非对单一疾病指南的简单转化，而是在吸收国内外高血压、糖尿病和非药物干预证据的基础上，结合我国国家基本公共卫生服务体系和基层医疗卫生机构服务场景，重点面向 60 周岁及以上老年高血压与糖尿病共病患者，突出非药物管理、基层实施和转诊衔接。

目前国内已有高血压、糖尿病单病种指南和部分“三高”共管相关专家共识，但尚缺乏专门面向老年高血压与糖尿病共病患者、聚焦非药物管理、适用于基层医疗卫生机构的团体标准。本标准的制定有助于填补老年高血压与糖尿病非药物基层共管标准化路径不足的问题，为我国基层医疗卫生机构开展慢病共病管理提供参考。

本标准不涉及测试样品、样机及相关性能指标对比。

七、在标准体系中的位置，与现行相关法律、法规、规章及相关标准，特别是强制性标准的协调性

本标准属于团体标准，与现行法律、法规、规章和政策以及有关基础和相关标准不矛盾。

八、重大分歧意见的处理经过和依据

本标准未产生重大分歧意见。

九、标准性质的建议说明

本标准为中国民族卫生协会团体标准，属于团体标准，供协会会员和社会自愿使用。

十、贯彻标准的要求和措施建议

本标准为首次发布。

十一、废止现行相关标准的建议

本标准为新起草的团体标准，无废止现行标准。

十二、其他应予说明的事项

无