

基层医疗机构高血压患者随访服务指南

（草 案）

长治市疾病预防控制中心

2023 年 8 月

目 录

前 言	I
1 范围	1
2 规范性引用文件.....	1
3 术语和定义.....	2
4 缩略语.....	3
5 工作方法.....	4
6 实施机构及作用.....	4
7 人员条件和能力要求.....	5
8 随访管理的内容和要求.....	7
9 资料管理的信息化和安全.....	12

前 言

本文件按照 GB/T 1.1-2020《标准化工作导则 第 1 部分：标准的结构和编写》给出的规则起草。

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这些专利的责任。

本文件由长治市疾病预防控制中心提出。

本文件由长治市卫生健康标准化技术委员会归口。

本文件起草单位：长治市疾病预防控制中心、屯留区疾病预防控制中心、长治市人民医院、潞州区紫金社区卫生服务中心。

本文件主要起草人：

基层医疗卫生机构高血压患者随访服务指南（草案）

1 范围

本文件规定了长治市高血压患者随访服务的工作方法、实施机构及作用、人员条件和能力要求、随访服务的内容和要求、资料管理的信息化和安全。

本文件适用于长治市辖区内承担基本公共卫生服务的基层医疗卫生机构的高血压患者随访（以下简称高血压）随访服务工作。其他基层医疗卫生机构、社区组织的高血压随访管理工作可参照执行。

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。

《中华人民共和国基本医疗与健康促进法》 2020

《中国高血压防治指南 2010 年第三版》

《中国高血压防治指南 2018 年修订版》

《国家基本公共卫生服务规范》 第三版

《高血压患者膳食指导》 WS/T 430-2013

《国家基本公共卫生服务项目国家基层高血压防治管理指南》 2020 版

3 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

3.1 血压 (blood pressure)

血液流动时对血管壁的侧压力。注：通常使用的测血压工具包括水银血压计和电子血压计。

血液流动时对血管壁的侧压力。注：通常使用的测血压基本设备包括经认证的上臂式医用电子血压计和台式水银柱血压计。

3.2 高血压定义 hypertension

在未使用降压药物的情况下，有 3 次诊室血压值均高于正常，即诊室收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ ，而且这 3 次血压测量不在同一天内。

3.3 诊室血压

以诊室血压作为确诊高血压，进行血压水平分级以及观察降压疗效的主要依据。

3.4 家庭自测血压 HBPM

HBPM 由被测量者自我测量，也可由家庭成员协助完成，又称自测血压或家庭血压测量。

3.5 高血压急症

高血压急症是指原发性或继发性高血压患者在某些诱因作用下，血压突然和显著升高（一般超过 $180/120\text{ mmHg}$ ），同时伴有进行性心、脑、肾等重要靶器官功能不全的表现。

3.6 基层医疗卫生服务机构（primary health care facilities）

取得《医疗机构执业许可证》的乡镇卫生院、社区卫生服务中心（站）、村卫生室、医务室、门诊部和诊所等。

3.7 随访（follow up）

是指医疗机构对曾在医院就诊的病人以通讯或其他的方式，进行定期了解患者病情变化和指导患者康复的一种观察方法。

是指医疗机构中的医务人员遵循“专人专家、保护隐私、随访服务面对面”的工作方法，对已经明确诊断的患者通过预约诊室复诊、通讯、家庭访视等方式，进行长期、定期的跟踪观察、询问和健康指导。

4 缩略语

下列缩略语适用于本文件。

HBPM： 家庭血压监测（Home Blood Pressure Monitoring）

SBP： 舒张压（Diastolic blood pressure）

DBP： 收缩压（Systolic Pressure）

BMI： 体重（质）指数（Body Mass Index）

HR： 心率（Heart Rate）

P： 脉率（Pulse Rate）

RR： 呼吸频率（Respiratory Rate）

BP： 血压（Blood Pressure）

T: 体温 (Temperature)

5 工作方法

遵循“专人专管、全面及时、面对面随访”的工作方法。针对血压控制达标的患者，随访可包括预约患者到门诊就诊、电话追踪和家庭访视等方式。

6 实施机构及作用

6.1 基层医疗卫生服务机构具体实高血压随访服务工作，应指定专业团队（专人）作为随访责任人，完成以下服务内容：

- （1）测量血压并评估是否存在危机情况。
- （2）对不需要紧急转诊的患者，要询问上次随访至此次随访期间的症状。
- （3）测量心率、体重，判断是否超重或肥胖。
- （4）询问患者疾病情况以及生活方式，了解患者服药情况。
- （5）做针对性健康教育。
- （6）开展健康状况及高血压治疗的健康评估；
- （7）依据以上情况，提出用药、膳食、运动、生活行为（戒烟限酒）、心理适应、睡眠、体力劳动等干预建议，并督促落实或改进；
- （8）完成信息登记并进行网络上报；
- （9）需要完成的其他事项。

6.2 县(区)卫生行政部门委托或指定的医疗卫生机构或上级家庭签约服务团队作为当高血压随访服务的业务管理和技术指导机构，负责技术支持辖区内基层医疗卫生机构开展高血压患者随访管理，制定下沉实施方案、日常管理、质量控制、工作协调、技术支持、培训指导；

6.3 县区卫生健康主管机构为基层医疗卫生机构开通基本公共卫生服务信息系统对应的权限，以及信息的收集、分析和上报。

7 人员条件和能力要求

7.1 人员队伍 基层医疗卫生服务机构应组建由医生、护士和公共卫生人员、健康责任师（或医生助理）等组成的高血压管理团队，定期接受培训，共同承担高血压患者的管理。团队成员应有明确的分工和职责，并依据《国家基本公共卫生服务规范》（第三版）随访服务流程制定团队工作流程。

7.1.1 人员要求

7.1.1.1 基层医疗卫生机构应按按照辖区基本公共卫生服务工作实际，配备随访责任人 1~2 人，可根据辖区内高血压病例数增加随访责任人数。

7.1.1.2 随访责任人为在编、在岗的工作人员，一旦确定之后应保持相对稳定。

7.1.1.3 随访责任人应取得执业医师、执业助理医师、护士或乡村医生资格，并参加上级业务管理部门组织的高血压随访

服务专业培训且考核合格。

7.1.1.4 基层医疗卫生机构对随访责任人应实行人员情况备案制度。

7.1.1.5 随访责任人严禁泄露高血压患者的隐私信息。

7.2 能力建设

7.2.1 县(区)卫生行政部门和专业技术机构负责组织辖区内随访责任人的业务技能培训。

7.2.2 随访责任人每年应参加高血压随访服务业务技能培训。

7.2.3 随访责任人原则上保持稳定，保证随访服务的连续性。

7.3 下沉服务的关键技术

7.3.1 基层医疗机构（社区卫生服务中心、乡镇卫生院）在取得高血压患者基本信息后，为其确定提供随访管理服务的基层医疗卫生机构，基层医疗卫生机构安排随访责任人对高血压患者开展随访管理服务。

7.3.2 县(区)或以上医疗机构承担基层医疗卫生机构转诊来的高血压患者，并在完成相关检测后及时反馈检测结果。

7.3.3 基层医疗卫生机构，定期核查各基层医疗卫生机构的“高血压患者个案随访表”（《国家基本公共卫生服务规范》第三版）等相关信息的填报情况以及相关档案管理情况。

7.3.4 基层医疗卫生机构作为随访责任机构，要明确随访责

任人，并对高血压进行一年至少 4 次随访，原则在上、下半年各 2 次，并在随访工作完成后的及时内完成信息填报。对随访中血压控制不满意者 2 周内主动随访 1 次，连续两次血压控制不满意者由随访医生向所在地上级医疗机构转诊。

8 随访服务的技术要求

8.1 随诊目的：

8.1.1 了解受访者目前的健康状况，生活习惯；

评估降压治疗效果与可能的副作用，明确血压控制是否稳定达标，分析血压控制不佳的原因及其他危险因素的变化，提出干预措施，并实施健康教育。

8.1.2 了解患者血压控制情况、用药及对药物的耐受情况、评估治疗反应；

8.1.3 综合分析血压是否稳定达标和其他危险因素的状况；

8.1.4 结合 8.1.1、8.1.2、8.1.3 等情况，对其目前的健康状况及变化有初步的判别，查找可能的不良生活习惯和危险因素，提倡干预措施，并实施健康教育和健康干预；

8.1.5 通过有效的随访服务，建立医患相互信任的良好关系。

8.2 服务流程

随访服务流程参见《国家基本公共卫生服务规范》（2017 第三版）高血压患者健康管理服务规范、三（二）高血压患者随访流程执行。

8.3 服务对象：辖区内通过高血压的筛查与登记新发现和所

有已登记的 ≥ 18 岁高血压患者需登记列入管理服务范围。

8.4 随访服务内容和技术要求

8.4.1 首诊高血压患者的随访：

首诊随访。判断是否有靶器官损害，血压及有关的症状和体征判断是否有继发性高血压的可能，治疗的副作用对高血压患者进行心血管综合危险度评估，确定是否要干预其他心血管危险因素影响生活方式改变和药物治疗依从性的障碍给予生活方式指导和药物治疗制定下一次随访日期。建议家庭血压监测登记并加入高血压管理。

8.4.2. 随访服务原则

测量血压和（或）动态血压，了解血压数值及达标状态，询问服药的依从性，根据血压的波动以及药物的不良反应进行高血压治疗药物的调整，嘱咐患者按时服药，指导患者改善生活方式、坚持长期治疗，不随意停药。

8.4.3 随诊间隔

根据患者的心血管总体风险及血压水平决定。参靠《中国高血压防治指南 2010 年第三版》4.1、4.2 及表 4 血压水平分类和定义、表 5 高血压患者心血管风险水平分层 和《国家基本公共卫生服务项目国家基层高血压防治管理指南》2020 版中规定执行。

8.4.3.1 正常高值或高血压 1 级，危险分层属低危、中危或仅服 1 种药物治疗者，每 1~3 个月随诊 1 次；

8.4.3.2 新发现的高危及较复杂病例随诊的间隔应较短，高危患者血压未达标或临床有症状者，可考虑缩短随诊时间（2~4周）；

8.4.3.3 血压达标且稳定者，每月 1 次或者延长随访时间。对使用了至少 3 种降压药，血压仍未达标，应考虑将患者转诊。

8.5 随访记录

随诊要按照《国家基本公共卫生服务规范》 2017 第三版 “高血压患者随访服务记录表” 完整填写相关内容。

8.6 指导高血压患者的自我管理：

所有高血压患者都应该不同程度的参与自我管理。

8.6.1 改善依从性：随访责任人应该利用自己的知识和技能，资源及患者喜欢的方式来帮助患者，切实增强防治高血压的主动性及降压药物治疗的依从性。

8.6.2 患者自我管理小组：与居委会或村委会结合，开展高血压患者的教育和行为干预。

8.6.3 家庭血压测量：指导患者开展家庭自我测量血压，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。指导患者掌握测量技术和规范操作，如实记录血压测量结果，随访时提供给医务人员作为治疗参考。

8.6.4 按照随访医师给出的干预措施和建议，合理安排服药、膳食、运动、心理改善等方面的健康行为的实施，与日常生

活有机的相结合。

8.7 高血压患者的健康教育 对高血压患者及其家庭成员要了解掌握预防、控制高血压的核心信息。

8.7.1 了解血压的概念、血压值大小、危害等；

8.7.2 影响高血压的危险因素及健康生活方式和行为，包括食盐摄入、合理膳食、适量运动、戒烟限酒、心理平衡等相关知识和方法；

8.7.3 高血压高危急症表现，日常注意事项；

8.7.4 提高高血压患者规范管理的依从性。

8.8 高血压患者的远程管理

逐步建立临床信息系统和包括高血压在内的慢病管理信息系统。有条件的可进一步建立高血压及相关疾病远程管理平台，通过具备远程传输功能的电子血压计监测患者的院外血压数据，使患者足不出户就可以得到医生的指导建议，实现患者门诊随访之间的院外血压的动态管理，进而达到改善患者治疗依从性，进一步提升基层高血压管理的质量。

8.9 高血压合并糖尿病随访要点

参照中国高血压防治指南 2010 年第三版《高血压合并糖尿病随访要点》执行。

8.10 远程随访

在征得患者同意，必须同时具备以下三个条件，可以用电话或其他通讯方式进行随访，并完成相关信息上报。

(1) 高血压诊断已明确，并且完成体检和面对面的随诊服务；

(2) 治疗方案已确定；

(3) 血压及伴随临床情况已控制稳定；

8.11 高血压非药物治疗措施进行生活方式行为干预和指导。进行分类干预。为高脂血症、高血压等慢性病患者提供运动、饮食处方或建议，帮助其通过适量运动、健康饮食等方式控制肥胖等危险因素，恢复并保持健康状态。

(1)对血压控制满意(一般高血压患者血压降至 140/90 mmHg 以下； ≥ 65 岁老年高血压患者的血压降至 150/90 mmHg 以下，如果能耐受，可进一步降至 140/90 mmHg 以下；一般糖尿病或慢性肾脏病患者的血压目标可以在 140/90 mmHg 基础上再适当降低)、无药物不良反应、无新发并发症或原有并发症无加重的患者，预约下一次随访时间。

(2) 对第一次出现血压控制不满意，或出现药物不良反应的患者，结合其服药依从性，必要时增加现用药物剂量、更换或增加不同类的降压药物，2 周内随访。

(3) 对连续两次出现血压控制不满意或药物不良反应难以控制以及出现新的并发症或原有并发症加重的患者，建议其转诊到上级医院，2 周内主动随访转诊情况。

(4) 对所有患者进行有针对性的健康教育，与患者一起制定生活方式改进目标并在下一次随访时评估进展。告诉

患者出现哪些异常时应立即就诊。

9 资料管理的信息化和安全

9.1 信息化管理

9.1.1 基层医疗卫生机构应为随访管理工作配备至少 1 台电脑，电脑应配备办公软件、正版杀毒软件，具有报表统计、报告撰写等功能，电脑应连接网络，并接入和使用“长治市基本公共卫生服务信息系统”。

9.1.2 基层医疗卫生机构要确保高血压患者的健康信息安全，按照《中华人民共和国基本医疗卫生与健康促进法》中保护个人健康信息安全的要求进行管理。

9.2 资料管理

9.2.1 基层医疗卫生机构需要为随访管理的所有高血压患者建立健康档案，按照“一人一档”进行管理。

9.2.2 归档管理的个案随访表，如为纸质填写或打印的随访表需由随访责任人在随访表相应位置手写签名并注明签名日期；如为电子档要符合《中华人民共和国电子签名法》的规定，应有电子签名（目前电子签名在基层还无法实现，等长治市基本公共卫生服务系统完善电子签名系统后实现）。

9.2.3 县(区)卫生行政部门委托的高血压技术管理机构应定期核对基层医疗卫生机构在国家基本公共卫生服务信息系统中填写的信息以及相关档案，确保网络上报信息的及时性、完整性和准确性，对发现的问题及时纠正。

9.2.4 基层医疗卫生机构指定专人负责保管高血压患者信息的纸质档、电子档案资料，与其他资料分开单独存放，并采取加密措施，保存期限为长期保存，死亡档案装入死亡档案专柜。