

重庆市慢性病高风险人群管 理工作规范(试行)

重庆市疾病预防控制中心

2021 年 12 月

第六部分 慢性病高风险人群管理

第一节 信息登记与报告

一、报告对象

重庆市辖区内所有慢性病高风险人群均为报告对象，包括户籍和非户籍中国公民、港、澳、台地区居民和外国人。

（一）慢性病高风险人群定义

35 岁及以上成人，通过多种筛查方式发现具有一个及以上下列特征者：

1. 血压水平为 130-139/85-89mmHg；
2. 现在吸烟者；
3. 空腹血糖水平为 $6.1 \leq \text{FBG} < 7.0 \text{ mmol/L}$ ；
4. 血清总胆固醇水平为 $5.2 \leq \text{TC} < 6.2 \text{ mmol/L}$ ；
5. 男性腰围 $\geq 90 \text{ cm}$ ，女性腰围 $\geq 85 \text{ cm}$ 。

（二）慢性病高风险人群发现途径

1. 机会性筛查

- 日常诊疗：各级医疗机构医生在对 35 岁及以上人群的诊疗过程中，通过检查发现慢性病高危人群，如利用 35 岁以上患者首诊测血压制度，早期发现高危人群。

- 健康自助检测点：利用示范区健康自助检测点，提供环境支持，增加高危人群检出机会。

- 家庭医生入户筛查：家庭医生在入户诊疗或随访时，对患者家属中 35 岁及以上人群进行筛查发现慢性病高危人群。

2. 重点人群主动筛查

利用社区健康档案建立、专题调查等途径，开展慢性病高危人群筛查，发现高危人群。

3. 健康体检

定期或不定期的从业人员和社区居民健康体检，发现慢性病高危人群。

二、报告内容

针对发现的高风险人群，收集和填写“慢病高风险人群健康管理信息登记表”，包括：

1. 基本信息：姓名、性别、年龄、地址等一般人口学特征；
2. 高危因素信息：现在吸烟情况、腰围、血压、空腹血糖、总胆固醇等。

三、报告方式

（一）报告主体

重庆市辖区内各级各类医疗卫生机构均为慢性病高风险人群登记报告工作的报告单位，包括二级及以上医疗综合医院以及基层医疗卫生机构（乡镇卫生院、社区卫生服务中心、村卫生室及社区卫生服务站）。二级及以上医疗综合医院仅报告通过多种途径发现的具有 3 项及以上高危因素者的慢性病高风险人群。基层医疗卫生机构报告具有 1 项及以上高危因素者的所有慢性病高风险人群。

（二）报告人

上述各级各类医疗卫生机构指定专人负责慢性病高风险人群登记报告工作。

（三）报告方法

通过重庆市慢性病监测管理系统的“慢性病高风险人群”报告功能进行报告。具体包括手工录入、批量导入、系统对接等途径。

1. 个案录入：指对于临床医生填写的报告卡，由专人收集、整理、审核后，及时录入报告系统。

2. 批量导入：指报告医疗单位利用本单位信息系统，进行信息提取后，按照规定的数据模板整理数据，之后再导入系统。

3. 系统对接：指建有本地“信息系统”的监测点通过“系统对接”的方式将监测系统对接到市级慢性病监测管理系统的“高血压、糖尿病病例登记报告”中。

第二节 随访管理

一、慢性病高风险人群分级

医生首次登记信息时，应根据患者危险因素进行危险分级：具有任何 1 项或 2 项慢性病高危因素者，纳入基层医疗卫生机构基础管理；具有 3 项及以上慢性病高危因素者，纳入基层医疗卫生机构强化管理。

二、慢性病高风险人群分类干预

医生首次登记信息时，应根据患者危险因素进行危险分级，实行分类管理：基础管理和强化管理，为高危人群制定随访管理方案。

（一）基础管理

年龄 ≥ 35 岁，具有任何 1 项或 2 项慢性病高危因素者，在首次筛查出为慢性病高风险个体后，应告知其对自身高危因素进行动态监测和生活方式进行自我调整。

采用公众健康教育方式，通过社区宣传咨询义诊活动，发放健康教育宣传资料等普及健康知识，促进其持续关注自身健康，对不良生活方式进行自我管理。结合各类慢性病防控宣传日、社区健康讲堂、宣传栏等开展高风险人群群体性健康教育和宣传活动。内容涵盖血脂异常、肥胖等危险因素等。

每年随访一次，根据随访内容开展有针对性的健康教育活动，普及健康知识，督促其采取健康行为。

（二）强化管理

年龄 ≥ 35 岁，具有 3 项及以上慢性病高危因素者，在首次筛查出为慢性病高风险个体后，应告知其对自身高危因素进行动态监测和生活方式进行自我调整。

采用公众健康教育方式，通过社区宣传咨询义诊活动，发放健康教育宣传资料等普及健康知识，促进其持续关注自身健康，对不良生活方式进行自我管理。结合各类慢性病防控宣传日、社区健康讲堂、宣传栏等开展高风险人群群体性健康教育和宣传活动。内容涵盖血脂异常、肥胖等危险因素等。

每半年随访一次，根据随访内容开展有针对性的健康教育活动，普及健康知识，督促其采取健康行为。

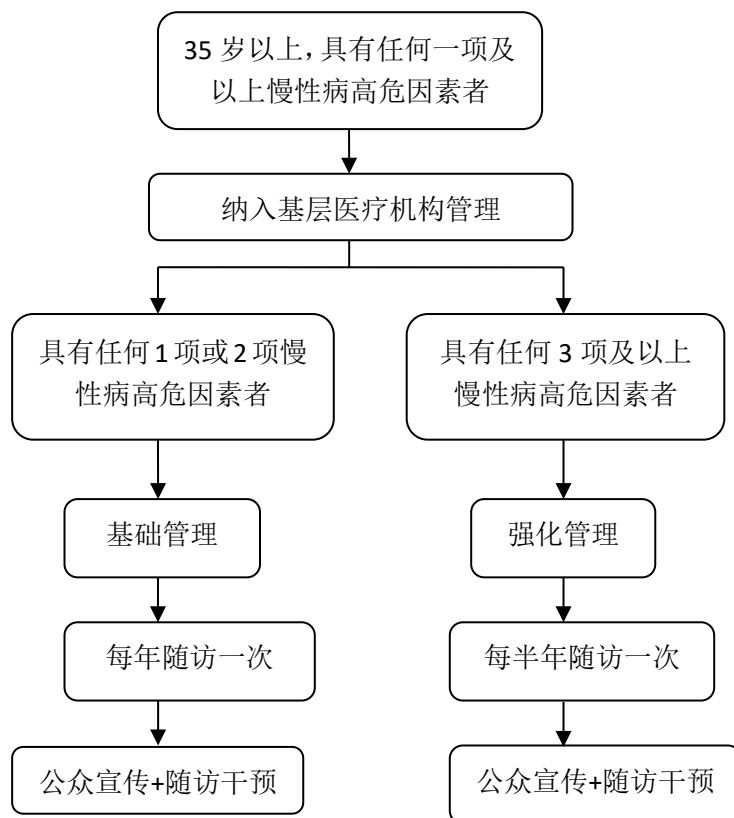


图 6-1 高风险人群随访管理和干预技术路线

三、随访内容、频率及方式

（一）随访内容

1. 体重、腰围、血压的动态情况 指导高危人群对体重、腰围和血压定期自我监测和记录，或为其测量和记录数值，分析和评价最近相关指标的控制状况。
2. 定期生化检查 根据高危人群危险因素的不同，督促血糖和血脂异常者定期监测指标变化。
3. 健康行为改变 记录高危人群的生活方式（饮食、运动、吸烟、饮酒等）状况，开展有针对性的健康教育活动，普及健康知识，督促其采取健康行为。

（二）随访频率

具有任何 1 项或 2 项慢性病高危因素者，每年随访一次，并按要求在重庆市慢性病监测管理系统的“慢性病高风险人群”模块填写“慢病高风险人群随访管理信息表”。具有 3 项及以上慢性病高危因素者，每半年随访一次，并按要求在重庆市慢性病监测管理系统的“慢性病高风险人群”模块填写“慢病高风险人群随访管理信息表”。

（三）随访方式

基层医疗卫生机构医生开展慢性病高风险人群随访工作，主要形式包括门诊随访、电话随访以及入户随访等。

四、慢性病高风险人群的转归

1. 转为正常人：每年随访一次；
2. 高危人群：继续按要求随访管理要求进行随访；
3. 转为患者：纳入患者管理；
4. 失访：采取补救措施尽量减少失访，对失访人群进行特征描述及失访原因分析。

第三节 质量控制

一、建立完善质量控制工作体系

建立市级质量控制工作组，按照监测的质量控制方案，协调落实项目的各项质量控制工作，对本市的质量控制工作组、业务骨干进行统一的培训和考核，并进行技术指导及质量控制。各监测县（区）设立专人负责监测的各个环节进行质量控制工作。

各级报告机构和疾病预防控制中心应当建立健全慢性病高风险人群登记报告管理制度，按工作手册要求开展个案核查、档案管理、培训和督导与考核等工作。

二、加强人员培训

区县级培训至少每年 1 次，各个报告及管理单位每年在医院内至少培训一次，覆盖所有负责该工作的人员。留存培训会的日程，签到册、现场照片、简报等。

三、加强事件报告卡质量控制

县（区）级疾病预防控制中心对报告卡填写的质量、报告及时性、审核及时性，以及错漏报情况进行核查。重庆市疾病预防控制中心不定期进行抽检。要求病历归档后 10-15 个工作日内完成信息报告，每月 10 日前完成上月发病事件报告的审核工作，报告卡填写完

整率大于 95%，准确率大于 95%，事件漏报率小于 10%。

四、定期进行质量监督检查

质量监督工作采用分级负责的方式进行。县（区）级疾病预防控制中心定期或不定期对辖区内报告单位开展督促指导，协助解决相关问题，确保监测工作顺利开展。市卫生健康委和重庆市级疾病预防控制中心适时对各区县监测工作开展督导和绩效评价。

第四节 组织机构与职责

一、区（县）级疾病预防控制中心

1. 疾病预防控制中心成立技术工作组，在卫生行政部门的组织领导下，按统一规范和标准负责组织工作的实施和管理；

2. 提供技术支持，组织制订辖区内高风险人群管理的工作计划和技术方案，制定容易被辖区居民接受且可以量化的高风险人群干预措施；设计、制作高风险人群健康教育宣传材料，对基层医疗机构进行业务指导及培训，指导其开展高风险人群的发现及管理。及时审核辖区内《重庆市慢性病信息管理系统》中慢性病高风险信息。

3. 定期开展督导、质控，对基层医疗机构的工作开展情况进行督导，对工作执行中存在的问题及时进行纠正、改进。

4. 做好辖区开展慢性病高风险人群管理的总结，并及时报送，每年 12 月 30 日之前报送年度总结。

二、二级及以上医疗机构

1. 二级及以上医疗卫生机构负责制定医院高风险人群管理的制度，并对医院相关人员进行培训，每年至少培训一次。

2. 通过临床诊疗、健康体检、机会性筛查、义诊义检等多渠道发现具有 3 项及以上慢性病高危因素者，并及时登记上报于《重庆市慢性病信息管理系统》。

3. 与各乡镇（镇）卫生院、社区卫生服务中心建立双向转诊机制，及时将发现的慢性病高

风险人群按照常住地址转入基层医疗机构。

4. 定期组织本单位开展高风险人群管理的自查工作。

三、基层医疗卫生机构

1. 负责制定医院高风险人群管理的制度，并对医院相关人员进行培训，每年至少培训一次，同时按要求参加相关技术培训。

2. 通过临床诊疗、健康体检、机会性筛查、义诊义检等多渠道发现慢性病高风险人群，及时登记上报于《重庆市慢性病信息管理系统》，并进行随访管理。

3. 定期组织本单位开展高风险人群管理的自查工作。

表 6-1 慢病高风险人群健康管理信息登记表

(一) 常规检查

1. 体检日期	_____年____月____日
2. 身高（长）（cm）：	.
3. 体重（kg）：	.
4. 腰围（cm）：	.
5. 血压（mmHg）：	/
6. 生化结果	
6.1 空腹血糖	. mmol/L
6.2 总胆固醇	. mmol/L
6.3 甘油三酯	. mmol/L
6.4 高密度脂蛋白胆固醇	. mmol/L
6.5 低密度脂蛋白胆固醇	. mmol/L
7. 是否为现在吸烟者？	☐

(二) 高危因素

高危因素	是	否
7.1 血压水平是否为 130-139/85-89mmHg？（正在服药的高血压患者填否）		
7.2 是否为现在吸烟者？		
7.3 空腹血糖水平是否为 $6.1 \leq \text{FBG} < 7.0 \text{mmol/L}$ ？ （正在服药的糖尿病患者填否）		
7.4 血清总胆固醇水平是否为 $5.2 \leq \text{TC} < 6.2 \text{mmol/L}$ ？ （正在服药的患者填否）		
7.5 是否男性腰围 $\geq 90\text{cm}$ ，女性腰围 $\geq 85\text{cm}$ ？		
7.6 高危人群分级	1. 危险因素 ≤ 2 项 2. 危险因素 ≥ 3 项	

表 6-2 慢病高风险人群随访管理信息表

(一) 常规检查

1. 身高 (长) (cm): .	
2. 体重 (kg): .	
3. 腰围 (cm): .	
4. 血压 (mmHg): /	
5. 生化结果	
5.1 空腹血糖 . mmol/L	5.2 总胆固醇 . mmol/L
5.3 甘油三酯 . mmol/L	5.4 高密度脂蛋白胆固醇 . mmol/L
5.5 低密度脂蛋白胆固醇 . mmol/L	
6. 是否为现在吸烟者? ☐	

(二) 生活方式

1. 饮食是否合理? ①合理②欠合理
2. 是否锻炼身体? ①锻炼②不锻炼
3. 是否吸烟? ①吸烟②不吸烟
4. 饮酒情况? ①不饮酒②适量饮酒③过量饮酒

(三) 干预情况

1. 随访管理形式 ①电话随访 ②面对面随访
2. 生活方式干预 ①无②合理膳食、减少油盐摄入③适当运动、缓解心理压力 ④戒烟⑤限酒⑥合理膳食、适量运动、戒烟限酒
3. 随访管理计划 ①正常: 每年一次随访; ②高危: 1-2 个危险因素进行每年一次随访; 3 个及以上危险因素进行每半年一次随访; ③患者: 纳入患者管理 ④失访: 采取补救措施尽量减少失访, 对失访人群进行特征描述及失访原因分析。
4. 个体化指导建议:
医生签名: _____