



光谷康服
OPTICS VALLEY HEALTH SERVICES



防管星链

防管星链专题知识培训

国家公共卫生服务规范

培训时间：2026 年 9 月 14 日上午

培训地点：总经理办公室

培训主题：防管星链「国家公共卫生服务规范」专题知识培训

培训目的：聚焦重点内容，明确关键指标与边界，为公司开展现场学习提供规范依据与观察指引。

主讲人：薛承镔

培训成员：光谷康服全体员工

内容整理：王茜



第一部分 总览：12 项服务与本次学习边界

《规范》共包括 12 项内容。其中“慢性病患者健康管理”一项内含高血压患者健康管理和 2 型糖尿病患者健康管理两个子规范，因此实际服务模块为 13 个，但项目口径仍计为 12 项。

序号	服务项目	本次定位	掌握程度
1	居民健康档案管理	重点	必须掌握
2	健康教育	重点	必须掌握
3	预防接种	其他	了解
4	0~6 岁儿童健康管理	其他	了解
5	孕产妇健康管理	其他	了解
6	老年人健康管理	重点	必须掌握
7①	慢性病患者健康管理 高血压患者健康管理	重点	必须掌握
7②	慢性病患者健康管理 2 型糖尿病患者健康管理	重点	必须掌握
8	严重精神障碍患者管理	其他	了解
9	肺结核患者健康管理	其他	了解
10	中医药健康管理	重点	必须掌握
11	传染病及突发公共卫生事件报告和处理	其他	了解
12	卫生计生监督协管	其他（本次含专项要点）	知道

第二部分 居民健康档案管理服务规范

一、服务对象

辖区内常住居民（指居住半年以上的户籍及非户籍居民），以 0~6 岁儿童、孕产妇、老年人、慢性病患者、严重精神障碍患者和肺结核患者等人群为重点。

记忆要点：“半年以上”是常住的时间门槛，户籍不是门槛——非户籍居民同样纳入。

二、居民健康档案的内容

居民健康档案内容包括个人基本信息、健康体检、重点人群健康管理记录和其他医疗卫生服务记录四大类。

档案组成	具体内容
个人基本信息	姓名、性别等基础信息；既往史、家族史等基本健康信息
健康体检	一般健康检查、生活方式、健康状况及其疾病用药情况、健康评价
重点人群健康管理记录	国家基本公共卫生服务项目要求的各类重点人群的健康管理记录
其他医疗卫生服务记录	上述记录之外的其他接诊、转诊、会诊记录等

三、居民健康档案的建立

建立方式：通过**入户服务（调查）、疾病筛查、健康体检**等多种方式，由**乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）**组织医务人员为居民建立健康档案。

辖区居民到基层医疗卫生机构接受服务时，由医务人员负责建档，同时填写并发放**居民健康档案信息卡**；已建立电子健康档案的地区，逐步为服务对象制作发放**居民健康卡**，替代居民健康档案信息卡，作为电子健康档案进行身份识别和调阅更新的凭证。

已建立居民电子健康档案信息系统的地区，由乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）通过上述方式对个人建立**居民电子健康档案**，并按照标准规范上传**区域人口健康卫生信息平台**，实现电子健康档案数据的规范上报。纸质档案装入居民健康档案袋统一存放；居民电子健康档案的数据存放在电子健康档案数据中心。

四、三张核心表单概览

以下三张表是建档与使用中最常接触的表单，需能说清各自用途。

表单名称	使用场景	主要内容与记忆要点
个人基本信息表	居民首次建立健康档案时填写	姓名、性别、出生日期、身份证号、工作单位与联系方式、常住类型、民族、血型、文化程度、职业、婚姻状况、医疗费用支付方式、药物过敏史、暴露史、既往史（疾病/手术/外伤/输血）、家族史、遗传病史、残疾情况、生活环境等。 关键提示： 0~6岁儿童无需填写该表 ，其基本信息填写在“新生儿家庭访视记录表”上
健康体检表	年度健康体检时填写	体检日期与责任医生；症状、一般状况、生活方式、脏器功能、查体、辅助检查等栏目。其中含老年人健康状态自我评估、老年人生活自理能力自我评估、老年人认知功能、老年人情感状态等专项栏目
居民健康档案信息卡	建档时发放就诊或随访时出示以便调取档案	正反两面。 正面：姓名、性别、出生日期、健康档案编号、ABO血型、RH血型、慢性病患病情况、过敏史。 反面：家庭住址、家庭电话、紧急情况联系人及电话、建档机构名称及联系电话、责任医生或护士及联系电话、其他说明

五、服务要求重点

自愿与引导相结合：健康档案的建立要遵循自愿与引导相结合的原则。

保护个人隐私：在使用过程中要注意保护服务对象的个人隐私。

保护数据安全：建立电子健康档案的地区，要注意保护信息系统的数据安全。

统一编码：采用 **17 位编码制**，以国家统一的行政区划编码为基础、以村（居）委会为单位编制唯一编码；同时将建档居民的**身份证号作为身份识别码**。

档案保管：按照**防盗、防晒、防高温、防火、防潮、防尘、防鼠、防虫**等要求妥善保管，指定专（兼）职人员负责；电子健康档案应有专（兼）职人员维护。

多病共存时不重复询问：同一个居民患有多种疾病的，其随访服务记录表可以通过电子健康档案实现信息整合，避免重复询问和录入。

第三部分 健康教育服务规范

一、服务对象

辖区内常住居民。其中对**青少年、妇女、老年人、残疾人、0~6 岁儿童家长**等人群进行健康教育。

二、健康教育内容（七类）

1. 宣传普及《中国公民健康素养——基本知识与技能（2015 年版）》，配合有关部门开展公民健康素养促进行动。
2. 对青少年、妇女、老年人、残疾人、0~6 岁儿童家长等人群进行健康教育。
3. 开展合理膳食、控制体重、适当运动、心理平衡、改善睡眠、限盐、控烟、限酒、科学就医、合理用药、戒毒等健康生活方式和可干预危险因素的健康教育。
4. 开展心脑血管、呼吸系统、内分泌系统、肿瘤、精神疾病等重点慢性非传染性疾病和结核病、肝炎、艾滋病等重点传染性疾病的健康教育。
5. 开展食品卫生、职业卫生、放射卫生、环境卫生、饮水卫生、学校卫生和计划生育等公共卫生问题的健康教育。
6. 开展突发公共卫生事件应急处置、防灾减灾、家庭急救等健康教育。
7. 宣传普及医疗卫生法律法规及相关政策。

三、服务形式及数量硬指标

健康教育共有六种服务形式，其中前五种有明确的年度数量底线。

服务形式	数量硬指标	其他要求
发放印刷资料	每个机构每年提供 不少于12种 内容的印刷资料	包括健康教育折页、健康教育处方和健康手册等；放置在候诊区、诊室、咨询台等处；及时更新补充，保障使用
播放音像资料	每个机构每年播放音像资料 不少于6种	音像资料为视听传播资料，如VCD、DVD等；在机构正常应诊时间内的门诊候诊区、观察室、健教室等场所或宣传活动现场播放
设置健康教育宣传栏	每个机构 每2个月最少更换1次 内容	乡镇卫生院和社区卫生服务中心宣传栏 不少于2个 ，村卫生室和社区卫生服务站 不少于1个 ；每个宣传栏面积 不少于2平方米 ；中心位置距地面 1.5~1.6米 高
开展公众健康咨询活动	每个乡镇卫生院、社区卫生服务中心 每年至少开展9次	利用各种健康主题日或针对辖区重点健康问题，开展健康咨询活动并发放宣传资料
举办健康知识讲座	乡镇卫生院和社区卫生服务中心 每月至少1次 ；村卫生室和社区卫生服务站 每两个月至少1次	定期举办，引导居民学习、掌握健康知识及必要的健康技能
开展个体化健康教育	——	医务人员在提供门诊医疗、上门访视等医疗卫生服务时，开展有针对性的个体化健康知识和健康技能教育

四、服务要求要点

乡镇卫生院和社区卫生服务中心应配备专（兼）职人员开展健康教育工作，**每年接受健康教育专业知识和技能培训不少于8学时**；树立全员提供健康教育服务的观念。

具备开展健康教育的场地、设施、设备，并保证设施设备完好、正常使用。

制定健康教育年度工作计划，保证其可操作性和可实施性；健康教育内容要通俗易懂，并确保其**科学性、时效性**。

有完整的健康教育活动记录和资料（文字、图片、影音文件等）并存档保存；每年做好年度健康教育工作的总结评价。

运用中医理论知识，在饮食起居、情志调摄、食疗药膳、运动锻炼等方面，对居民开展养生保健知识宣教等中医健康教育；在印刷资料、音像资料的种类与数量、宣传栏更新次数以及讲座、咨询活动次数等方面，**应有一定比例的中医药内容**。

第四部分 老年人健康管理服务规范

一、服务对象与频次

辖区内 **65 岁及以上常住居民**：每年提供 **1 次**健康管理服务。

二、服务内容四个环节

环节	具体内容
生活方式和健康状况评估	通过问诊及老年人健康状态自评，了解其基本健康状况、体育锻炼、饮食、吸烟、饮酒、慢性疾病常见症状、既往所患疾病、治疗及目前用药和生活自理能力等情况
体格检查	体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、肺部、心脏、腹部等常规体格检查，并对口腔、视力、听力和运动功能等进行粗测判断
辅助检查	血常规、尿常规、肝功能（血清谷草转氨酶、血清谷丙转氨酶和总胆红素）、肾功能、空腹血糖、血脂（总胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇）、心电图和腹部 B 超 （肝胆胰脾）检查
健康指导	告知评价结果并进行相应健康指导（见下方五条）

健康指导五条：

1. 对发现已确诊的原发性高血压和 2 型糖尿病等患者，同时开展相应的慢性病患者健康管理。
2. 对患有其他疾病（非高血压或糖尿病）的，应及时治疗或转诊。
3. 对发现有异常的老年人，建议定期复查或向上级医疗机构转诊。
4. 进行健康生活方式以及**疫苗接种、骨质疏松预防、防跌倒措施、意外伤害预防和自救、认知和情感**等健康指导。
5. 告知或预约下一次健康管理服务的时间。

四、重点科普①：骨质疏松预防

规范把“骨质疏松预防”与“防跌倒措施”并列为老年人健康指导的核心内容，两者互为因果，必须放在一起讲。

为什么重要？骨质疏松会改变骨骼力学结构，进而影响平衡功能、肌肉力量和稳定性，本身就增加跌倒风险；而一旦跌倒，骨质疏松患者发生骨折的风险显著升高，尤其是**髋部骨折**——临床上常被称为“人生最后一次骨折”。髋部骨折后老人往往长期卧床、无法坐起站立，随之出现肺部感染、心脏功能衰退、尿路感染等并发症，严重时危及生命。也就是说，骨质疏松把“跌倒”这件看似的小事，放大成了可能改变老人余生状态的事件。

怎么做？

- **营养是基础：**保证优质蛋白质、钙、低盐饮食，优先选择奶制品、豆制品、坚果、蛋类、瘦肉等；远离吸烟、酗酒等不良习惯。

- **维生素 D 与钙**：每天晒太阳 10～15 分钟，帮助钙质吸收；必要时在医生指导下补充钙剂、维生素 D。
- **骨密度筛查**：建议老年人每年进行骨密度检查，明确是否存在骨质疏松及严重程度，同时化验骨代谢相关指标，由医生指导维生素 D 和钙剂的剂量。
- **负重运动**：适当运动在增加肌肉强度的同时可预防骨质流失，同时避免久坐。多晒太阳、适当运动、避免久坐，是老年人预防骨质疏松最经济有效的方法。

五、重点科普②：防跌倒措施

为什么重要？

跌倒是我国伤害死亡的第四位原因，而在 65 岁以上老年人中则位居首位，且死亡率随年龄增加急剧上升。关键认知是：**老年人跌倒并不是一种纯粹的意外**，而是存在明确、可识别的危险因素，因此**可以预防和控制**。

老年人跌倒的主要危险因素：

类别	主要因素
生理因素	步态稳定性下降、平衡功能受损；视力、听觉、触觉、前庭及本体感觉减退；中枢神经系统退变导致反应能力下降、反应时间延长；骨骼肌肉系统退化（如股四头肌力量减弱）、骨质疏松
病理因素	痴呆、抑郁症等心理及认知问题；昏厥、眩晕、惊厥、偏瘫、足部疾病及足或脚趾畸形；感染、肺炎、血氧不足、贫血、脱水及电解质平衡紊乱；泌尿系统疾病所致尿频、尿急、尿失禁及排尿性晕厥等
药物因素	精神类药物（抗抑郁药、抗焦虑药、催眠药、抗惊厥药、安定药）；心血管药物（抗高血压药、利尿剂、血管扩张药）；降糖药、非甾体类抗炎药、镇痛剂、多巴胺类药物、抗帕金森病药等
心理因素	沮丧、抑郁、焦虑、情绪不佳及其导致的社会隔离，削弱注意力与对危险的感知反应能力；“害怕跌倒”反过来限制活动，影响步态与平衡，进一步增加风险
环境因素	昏暗的灯光、湿滑不平坦的路面、步行途中的障碍物、不合适的家具高度与摆放位置、楼梯台阶、卫生间无扶栏把手；不合适的鞋子和行走辅助工具；室外台阶与人行道缺乏修缮、雨雪天气、拥挤等
社会因素	教育与收入水平、卫生保健水平、享受社会服务和卫生服务的途径、室外环境的安全设计，以及老年人是否独居、与社会的交往和联系程度

怎么做？

- **合理膳食**：保证营养均衡与充足的优质蛋白质摄入，这是肌肉健康的重要基础；优先选择富含优质蛋白质、钙、低盐的食物，如奶制品、豆制品、坚果、蛋类、瘦肉；远离吸烟、酗酒。
- **科学运动**：避免久坐，选择散步、太极拳、广场舞等适合自己的运动，提高肌肉力量、改善平衡功能；遵循“循序渐进、量力而行”，不盲目追求强度。一些简单的坐位重复起立动作，每天几组，可有效提高下肢肌肉力量。
- **强化慢病管理**：管理好“三高”，规范用药与监测，避免血糖、血压波动引起头晕、乏力；多种心脏、神经系统慢性疾病及其治疗药物都是跌倒的危险因素，对老年人每一个新药都应慎重处方、小量起始，尽可能避免不良反应。

- **优化居家环境：**地面选防滑材质并保持清洁干燥，卫生间、厨房铺防滑垫，去除门槛，通道无高差、无杂物、线路靠墙；淋浴间、坐便器、床边安装牢固扶手；照明充足柔和，卧室到卫生间的过道安装感应夜灯；家具摆放合理、减少不必要的家具，常用物品放在不需抬脚或登高即可取到的位置；电话放在触手可及处。

- **衣着与辅助工具：**衣着轻便、合身、保暖，鞋底防滑、花纹清晰，鞋袜合脚；助行器具确保稳定防滑，止滑橡皮头磨损后及时更换，并调整到合适高度。

- **养成安全习惯：**放慢动作，不快速转身、不弯腰捡物；不轻易走陡楼梯、坡道，雨雪天减少外出，避开人多拥挤、地面湿滑的场所；牢记起床“三步曲”——醒后先躺 30 秒，再床边坐 30 秒，最后站定 30 秒，确认无头晕、乏力等不适后再行走。

- **跌倒后的处理：**切勿立即扶起。应先冷静观察、初步识别伤情，尤其判断有无骨折；怀疑骨折应让老人原地躺下并固定伤处；意识不清需立即呼救并保持呼吸道通畅；若能排除骨折且老人意识清醒，可协助其缓慢站起；同时正确呼叫 120，提供准确的伤情信息与事发地址。老人跌倒后均应到医院诊治，查找跌倒危险因素、评估跌倒风险并制定防范方案。

第五部分 高血压患者健康管理服务规范

一、服务对象

辖区内 **35 岁及以上**常住居民中**原发性高血压**患者。

概念辨析：什么是“原发性”？

高血压按病因分为两大类。

原发性高血压（即高血压病）是一种以动脉血压升高为主要表现的全身性疾病，由遗传和环境因素相互作用引起，目前发病机制尚不完全清楚，占全部高血压的 **90%左右**，病程较长，尚无根治疗法，治疗以控制血压为主。

继发性高血压是指继发于其他疾病的血压升高，即由某些确定的疾病或病因引起，如肾实质性高血压、肾血管性高血压（如肾动脉狭窄）、原发性醛固酮增多症、嗜铬细胞瘤、皮质醇增多症等内分泌性高血压，以及睡眠呼吸暂停综合征、药物等；它是这些疾病的一个症状，所以又称“症状性高血压”，去除病因后血压可自然痊愈或显著改善。规范明确本项服务针对的是**原发性高血压患者**；对可疑继发性高血压患者，**应及时转诊**。

二、筛查

1. 对辖区内 **35 岁及以上**常住居民，**每年为其免费测量一次血压**（非同日三次测量）。

2. 对第一次发现**收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$** 的居民，在去除可能引起血压升高的因素后预约其复查；**非同日 3 次测量血压均高于正常，可初步诊断为高血压**。建议转诊到有条件的上级医院确诊并取得治疗方案，**2 周内随访转诊结果**；对已确诊的原发性高血压患者纳入高血压患者健康管理；对可疑继发性高血压患者及时转诊。



三、六项高危因素：建议每半年至少测量 1 次血压

如有以下六项指标中的任一项高危因素，建议每半年至少测量 1 次血压，并接受医务人员的生活方式指导。

序号	高危因素	关键数值（重点记忆）
1	血压高值	收缩压 130~139mmHg 和/或 舒张压 85~89mmHg
2	超重或肥胖 和（或）腹型肥胖	超重： $28\text{ kg/m}^2 > \text{BMI} \geq 24\text{ kg/m}^2$ ； 肥胖： $\text{BMI} \geq 28\text{ kg/m}^2$ 。 腰围：男 $\geq 90\text{cm}$ （2.7 尺）， 女 $\geq 85\text{cm}$ （2.6 尺）为腹型肥胖
3	高血压家族史	一、二级亲属
4	长期膳食高盐	——
5	长期过量饮酒	每日饮白酒 $\geq 100\text{ml}$
6	年龄	≥ 55 岁

重点标注：腰围。腹型肥胖以腰围为准——男性 $\geq 90\text{cm}$ （2.7 尺）、女性 $\geq 85\text{cm}$ （2.6 尺）。这是六项高危因素中最容易被忽略、也最便于现场测量与宣教的指标。

四、随访评估

对原发性高血压患者，**每年要提供至少 4 次面对面的随访。**

1. **测量血压并评估是否存在危急情况。**如出现收缩压 $\geq 180\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $\geq 110\text{mmHg}$ ；意识改变、剧烈头痛或头晕、恶心呕吐、视力模糊、眼痛、心悸、胸闷、喘憋不能平卧及处于妊娠期或哺乳期同时血压高于正常等危急情况之一，或存在不能处理的其他疾病时，须在**处理后紧急转诊**。对于紧急转诊者，乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）应在**2 周内主动随访转诊情况**。若不需紧急转诊，询问上次随访到此次随访期间的症状。

2. 测量体重、心率，计算体质指数（BMI）。询问患者疾病情况和生活方式，包括心脑血管疾病、糖尿病、吸烟、饮酒、运动、摄盐情况等。

3. 了解患者服药情况。

五、分类干预与血压控制目标

情形	处理方式
血压控制满意、无药物不良反应、无新发并发症或原有并发症无加重	预约下一次随访时间
第一次出现血压控制不满意，或出现药物不良反应	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
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	建议其转诊到上级医院， 2 周内主动随访转诊情况
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；告诉患者出现哪些异常时应立即就诊

血压控制满意（达标）标准：

人群	目标血压
一般高血压患者	降至 140/90 mmHg 以下
≥65 岁老年高血压患者	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	可以在 140/90 mmHg 基础上再适当降低

为什么老年人的血压标准可以放宽？

老年人（尤其是高龄老人）大动脉弹性下降、动脉僵硬度增加，压力感受器反射敏感性和β肾上腺素系统反应性均降低，肾脏维持离子平衡的能力下降，血压、神经、体液调节能力下降。这使老年高血压呈现单纯收缩压升高、脉压增大、异常血压波动、多种疾病共存等特点，且易发生体位性低血压、常合并餐后低血压。同时，长期血压控制不佳的老年人已适应较高血压水平，血压降低时可能出现重要器官（尤其脑）供血不足。

因此，“放宽”并不是为了更好地保护器官，而是对动脉硬化严重者、在控制获益与灌注风险之间作出的不得已选择。这也决定了老年人降压必须小剂量起始、缓慢降压，并关注有无头晕、眼花、站立行走不稳等脑低灌注症状——对老年人而言，一次跌倒的后果有时比血压偏高更严重。

第六部分 高血压患者健康管理服务规范

一、服务对象

辖区内 35 岁及以上常住居民中 2 型糖尿病患者。

二、筛查

对工作中发现的 2 型糖尿病高危人群进行有针对性的健康教育，建议其每年至少测量 1 次空腹血糖，并接受医务人员的健康指导。

三、随访评估

对确诊 2 型糖尿病患者，每年提供 4 次免费空腹血糖检测，至少进行 4 次面对面随访。

1. 测量空腹血糖和血压，并评估是否存在危急情况（详见下表）。出现任一危险情况，或存在不能处理的其他疾病时，须在处理后紧急转诊；对于紧急转诊者，基层医疗卫生机构应在 2 周内主动随访转诊情况。若不需紧急转诊，询问上次随访到此次随访期间的症状。

2. 测量体重，计算体质指数（BMI），检查足背动脉搏动。询问患者疾病情况和生活方式，包括心脑血管疾病、吸烟、饮酒、运动、主食摄入情况等。

3. 了解患者服药情况。

四、必须记住的危急情况清单

类别	具体指标/表现
血糖	血糖 $\geq 16.7\text{mmol/L}$ 或血糖 $\leq 3.9\text{mmol/L}$
血压	收缩压 $\geq 180\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $\geq 110\text{mmHg}$
意识与呼吸	意识或行为改变； 呼气有烂苹果样丙酮味 ；有深大呼吸
循环与消化	心悸、出汗、食欲减退、恶心、呕吐、多饮、多尿、腹痛； 持续性心动过速（ 心率超过 100 次/分钟 ）
其他	体温超过 39 摄氏度 ；或其他的突发异常情况， 如视力突然骤降、妊娠期及哺乳期血糖高于正常值等
处理原则	出现上述危险情况之一，或存在不能处理的其他疾病时， 须在 处理后紧急转诊 ；对于紧急转诊者，应在 2 周内主动随访转诊情况

为什么要强调“烂苹果味”？

这里的“烂苹果味”是**糖尿病酮症酸中毒**的典型体征。当胰岛素严重缺乏时，葡萄糖无法被细胞利用，机体只能分解脂肪供能，脂肪不完全氧化会产生酮体；酮体中的**丙酮**具有挥发性，随肺部呼吸排出体外，闻起来像烂苹果。酮体是酸性物质，在血液中大量堆积会导致代谢性酸中毒，发病急、进展快，若及时发现和治疗可危及生命。因此“呼气有烂苹果味”不是普通症状，而是**需要立即处置并紧急转诊的红色警报**。

除烂苹果味外，酮症酸中毒还常表现为“三多一少”加重、恶心呕吐、剧烈腹痛（易被误判为肠胃病）、精神萎靡嗜睡，重症可出现呼吸深快、严重脱水（尿量减少、皮肤干燥、眼球凹陷、四肢发凉），甚至意识模糊、昏迷。

第七部分 中医药健康管理服务规范

一、老年人中医药健康管理服务

服务对象：辖区内 **65 岁及以上**常住居民。

服务频次：**每年 1 次**。

服务内容：中医体质辨识 + 中医药保健指导。

● **中医体质辨识：**按照老年人中医药健康管理服务记录表**前 33 项问题**采集信息，根据体质判定标准进行体质辨识，并将辨识结果告知**服务对象**。

● **中医药保健指导：**根据不同体质，从**情志调摄、饮食调养、起居调摄、运动保健、穴位保健**等方面进行相应的中医药保健指导。

二、九种体质类型

体质辨识结果分为九种类型，其中**平和质**为正常体质，其余八种为**偏颇体质**；辨识结论分“是”“倾向是”“基本是”三档。

类别	体质类型
平和质	平和质
偏颇体质	气虚质、阳虚质、阴虚质、痰湿质、湿热质、血瘀质、气郁质、特禀质

八种偏颇体质记忆口诀：气（气虚质）阳（阳虚质）阴（阴虚质）痰（痰湿质）湿（湿热质）瘀（血瘀质）郁（气郁质）禀（特禀质）。

三、老年人中医药健康管理服务记录表问题部分展示

以下摘录记录表的问题条目，用于了解其问询口径。

题号	问题（括号内为原表的口语化解释）
1	您精力充沛吗？（指精神头足，乐于做事）
2	您容易疲乏吗？（指体力如何，是否稍微活动一下或做一点家务劳动就感到累）
3	您容易气短，呼吸短促，接不上气吗？
4	您说话声音低弱无力吗？（指说话没有力气）
5	您感到闷闷不乐、情绪低沉吗？（指心情不愉快，情绪低落）
6	您容易精神紧张、焦虑不安吗？（指遇事是否心情紧张）
7	您因为生活状态改变而感到孤独、失落吗？
8	您容易感到害怕或受到惊吓吗？
9	您感到身体超重不轻松吗？（感觉身体沉重）
10	您眼睛干涩吗？
11	您手脚发凉吗？（不包含因周围温度低或穿的少导致的手脚发冷）
12	您胃腕部、背部或腰膝部怕冷吗？（有一处或多处怕冷）
13	您比一般人耐受不了寒冷吗？（指比别人容易害怕冬天或是夏天的冷空调等）
14	您容易患感冒吗？（指每年感冒的次数）
15	您没有感冒时也会鼻塞、流鼻涕吗？
16	您有口粘口腻，或睡眠打鼾吗？
17	您容易过敏吗？（对药物、食物、气味、花粉或在季节交替、气候变化时）
18	您的皮肤容易起荨麻疹吗？（包括风团、风疹块、风疙瘩）
19	您的皮肤在不知不觉中会出现青紫瘀斑、皮下出血吗？
20	您的皮肤一抓就红，并出现抓痕吗？
21	您皮肤或口唇干吗？
22	您有肢体麻木或固定部位疼痛的感觉吗？
23	您面部或鼻部有油腻感或者油亮发光吗？
24	您面色或目眶晦黯，或出现褐色斑块/斑点吗？
25	您有皮肤湿疹、疮疖吗？
26	您感到口干咽燥、总想喝水吗？
27	您感到口苦或嘴里有异味吗？
28	您腹部肥大吗？（指腹部脂肪肥厚）
29	您吃（喝）凉的东西会感到不舒服或者怕吃（喝）凉的东西吗？
30	您有大便黏滞不爽、解不尽的感觉吗？（大便容易粘在马桶或便坑壁上）
31	您容易大便干燥吗？
32	您舌苔厚腻或有舌苔厚厚的感觉吗？（自我感觉不清楚可由调查员观察后填写）
33	您舌下静脉瘀紫或增粗吗？（可由调查员辅助观察后填写）

第八部分 卫生计生监督协管服务规范

服务内容（部分展示）

1. **食源性疾病及相关信息报告**：发现或怀疑有食源性疾病、食品污染等对人体健康造成危害或可能造成危害的线索和事件，及时报告。

2. **非法行医和非法采供血信息报告**：协助定期对辖区内非法行医、非法采供血开展巡访，发现相关信息及时向卫生计生监督执法机构报告。

本次重点：“非法行医和非法采供血信息报告”——协助定期对辖区内非法行医、非法采供血开展巡访，发现相关信息及时向卫生计生监督执法机构报告。

第九部分 关键数值速记表

以下数值是本规范中最常被引用、也最容易在现场交流中被问到的内容。

主题	关键数值
常住居民认定	居住半年以上的户籍及非户籍居民
高血压 / 2 型糖尿病管理对象年龄	35 岁及以上常住居民
高血压初步诊断	非同日 3 次测量，收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$
血压高值（高危因素）	收缩压 130~139mmHg 和/或 舒张压 85~89mmHg
超重 / 肥胖	超重：28 kg/m ² > BMI ≥ 24 kg/m ² ；肥胖：BMI ≥ 28 kg/m ²
腹型肥胖腰围	男 $\geq 90\text{cm}$ （2.7 尺）；女 $\geq 85\text{cm}$ （2.6 尺）
测压频次	一般居民每年 1 次免费测量；高危人群每半年至少 1 次
高血压随访	每年至少 4 次面对面随访
高血压危急值	收缩压 $\geq 180\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $\geq 110\text{mmHg}$
血压控制目标	一般 $< 140/90\text{mmHg}$ ； ≥ 65 岁 $< 150/90\text{mmHg}$
糖尿病随访与检测	每年 4 次免费空腹血糖检测，至少 4 次面对面随访
糖尿病危急值	血糖 $\geq 16.7\text{mmol/L}$ 或 $\leq 3.9\text{mmol/L}$ ；心率超过 100 次/分钟；体温超过 39℃
血糖控制满意	空腹血糖 $< 7.0\text{mmol/L}$
健康教育印刷资料	每年不少于 12 种内容
健康教育音像资料	每年不少于 6 种
公众健康咨询活动	每个乡镇卫生院、社区卫生服务中心每年至少 9 次
健康知识讲座	乡镇卫生院、社区卫生服务中心每月至少 1 次；村卫生室、社区卫生服务站每两个月至少 1 次
老年人健康管理	65 岁及以上，每年 1 次
老年人中医药健康管理	65 岁及以上，每年 1 次；服务记录表前 33 项问题
体质辨识	九种体质（平和质 + 八种偏颇体质）

十、赴社区卫生服务中心学习观察清单

本次培训后，赴社区卫生服务中心现场学习时，建议围绕以下问题重点观察与提问，把“纸面规范”落到“实际行动”上。

1. **建档链条：**居民档案是怎么建起来的？入户服务、疾病筛查、健康体检各自承担什么角色？
2. **档案动态记录：**一年内哪些服务记录会被计入“动态记录”？复诊、随访、体检如何回写档案？多病共存时如何避免重复询问与录入？
3. **健康教育落地：**12种印刷资料、6种音像资料、宣传栏更换、9次咨询活动、讲座频次是怎么排布与留痕的？中医药内容占比如何体现？
4. **老年人健康管理：**骨质疏松预防与防跌倒指导以什么形式开展？
5. **高血压管理：**35岁及以上居民的血压筛查怎么组织？六项高危因素如何识别与纳入管理？每年4次面对面随访如何排期？
6. **中医药健康管理：**33项问题由谁问、怎么问？体质辨识结果如何告知服务对象？

参考依据与说明

1. 本材料主体内容严格依据《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》（国家卫生计生委，2017年2月）编写，涵盖居民健康档案管理、健康教育、老年人健康管理、慢性病患者健康管理（高血压患者健康管理、2型糖尿病患者健康管理）、中医药健康管理、卫生计生监督协管等服务规范。

2. 文中“骨质疏松预防”“防跌倒措施”“原发性高血压概念”“老年人血压控制目标放宽的原因”“糖尿病酮症酸中毒与烂苹果味”等说明性内容，系对规范相应条款的延伸解读，依据国家卫生健康行政部门发布的老年人跌倒干预技术指南、老年人防跌倒科普要点、《中国高血压防治指南》及国家疾控机构公开科普资料整理，供内部学习与现场沟通使用；临床判断以最新指南与接诊医生意见为准。

3. 本材料为内部培训学习资料，不作为对外宣传口径，也不替代规范原文。正式对外引用或业务使用，请以《国家基本公共卫生服务规范（第三版）》原文及当地卫生健康行政部门要求为准。