

冯办〔2022〕120号

## 冯瓴镇“医防融合”两慢病管理实施方案

为切实做好冯瓴镇“医防融合”两慢病规范管理项目工作，着力提高高血压、糖尿病两慢病患者的发现率和规范管理率，不断加强对两慢病患者的健康管理和指导，结合当前我镇工作实际，特制定此方案。

一、目标通过实施基本公共卫生服务慢性病管理项目，对居民的慢性病及相关危险因素实施干预措施，减少主要健康危险因素，有效预防和控制高血压、糖尿病等慢性病。2022年完成全部高血压、糖尿病两类人群登记管理率分别达到90%，高血压3378人、糖尿病947人。

二、范围和内容(一)项目范围 镇13个村：三赵郢村、新仓村、龚岗村、冯瓴村、花墙村、柳台村、冯台村、马台村、淠西村、新台村、秦台村、民生村。(二)内容1、高血

压患者管理根据《高血压患者管理服务规范》，对辖区内 18 岁及以上高血压患者进行规范管理。

(1) 高血压患者发现发现途径：开展 35 岁及以上居民每年首诊测血压；居民诊疗过程测量血压；健康体检及高危人群筛查中测量血压；通过宣传教育让患者主动与村卫生室联系；人群居民健康档案建立过程中询问等。对确诊的高血压患者(收缩压在在 140mmHg 以上；舒张压在在 90mmHg 以上；正在服用高血压药，符合其中任一项均可诊断高血压)进行登记管理，对高血压高危人群进行健康指导（限盐、运动、心理、饮食、药物）。（2）对确诊的高血压患者，村卫生室每年要提供至少四次面对面随访，每次随访要询问病情、进行血压测量等检查和评估，对用药、饮食、运动、心理等健康指导。（3）高血压患者每年至少进行一次健康检查，可与随访相结合，内容包括血压、体重、随机血糖测量，一般体格检查和视力、听力、活动能力的一般检查。

2.2 型糖尿病患者管理根据《2 型糖尿病患者管理服务规范》，对辖区内 18 岁及以上 2 型糖尿病患者进行规范管理。（1）2 型糖尿病患者发现发现途径：健康体检及高危人群筛查检测血糖；建议高危人群每年至少测量一次血糖；通过宣传教育让患者主动与村卫生室联系；人群居民健康档案建立过程中询问。（2）对确诊的 2 型糖尿病（高危人群筛查检测血糖空腹在 7.1mmol 以上；餐后 2 小时或随机检测血糖在

11.1mmol 以上；正在进行药物治疗的患者，只要符合其中任一项均可诊断 2 型糖尿病）患者进行登记管理，村卫生室每年要提供至少四次面对面随访，每次随访要询问病情、进行空腹血糖和血压测量等检查和评估、对用药、饮食、运动、心理等健康指导。（3）2 型糖尿病患者每年至少进行一次健康检查，可与随访相结合，内容包括：血压、体重、空腹血糖（指血）测量，一般体格检查和视力、听力、活动能力的一般检查。

### 三、组织形式、职责与任务

冯瓴镇为项目组织实施单位，由何德莉负责项目动员、组织、实施、质量控制、考核工作，指导卫生院、村卫生室开展宣传、实施项目工作，及时将卫生室报送的相关信息录入健康档案。村卫生室负责收集辖区内 2 型糖尿病、高血压患者信息、告知服务内容、预约，提供上门服务；开展健康体检、健康指导、随访等工作，完成 2 型糖尿病、高血压患者管理表的填写及月初报送工作。

四、项目执行时间 2022 年 9 月 1 日至 2023 年 1 月。

### 五、项目督导与评估

#### （一）督导与评估

冯瓴镇“医防融合”两慢病领导组，负责制定印发督导评估及考核标准，组织对各村卫生室定期进行督导评估，每次督导评估后将结果汇总作为奖惩依据。

## (二) 督导与评估内容

冯瓴镇“医防融合”两慢病领导小组负责开展督导与评估工作，主要督导及评估各村2型糖尿病、高血压患者管理服务项目状况、进度与质控、随访表完成率、2型糖尿病、高血压患者管理表的填写报送工作。

## (三) 奖惩措施

对于完成工作量，工作效果的村给予如数下拨工作经费，对未按要求完成工作量及工作效果的村扣拨其工作经费，要求限期完成任务，必要时追究相关责任。

冯瓴镇党委政府办公室

2022年8月30日