

附件 1

银川市居民血脂异常机会性筛查干预管理 技术方案

目 录

前 言.....	3
第一节 筛查人群.....	4
第二节 筛查方法.....	6
第三节 筛查程序.....	7
第四节 血脂异常诊断.....	9
第五节 血脂异常评估.....	11
第六节 血脂异常治疗.....	12
第七节 转 诊.....	211
第八节 血脂异常长期随访管理.....	23
第九节 组织实施.....	255
第十节 数据管理、质量控制、评价指标.....	29
第十一节 筛查用表.....	333
血脂异常机会性筛查高危人群评估调查表.....	33
附 录.....	344
附录1 常用调脂药物的适应症、禁忌症和不良反应错误! 未定义书签。4	
附录2 血脂异常患者健康管理服务规范.....	345

前言

血脂异常是心血管病重大“杀手”。大量研究资料表明，以高胆固醇为主的血脂异常，是冠心病、心肌梗死、心脏性猝死和缺血性脑卒中等心脑血管疾病独立而重要的危险因素！

我国血脂异常患病率从 2002 年的 18.6% 到 2012 年的 40.4%，增长了 117%，高胆固醇血症从 2.9% 增长到 4.9%，增长高达 69%。同时合并血压、血糖、血脂三个危险因素患者的比率也迅速上升，超过 40% 的患者同时合并高血压、糖尿病和血脂异常。血脂异常患者群逐渐年轻化，成为 30 岁～ 50 岁年龄段人群的“第一杀手”。总体上表现为男性高于女性，城市高于农村。研究表明，在 55 岁之前，出现血脂异常患者的年龄愈年轻，发生冠心病的风险愈高，因此对血脂异常患者管理需要贯穿在整个生命周期。

血脂异常机会性筛查是将日常的医疗服务与动脉硬化性心血管疾病患者的筛查和治疗结合起来，在患者就医和体检过程中进行 ASCVD 筛查及治疗的疾病筛查方式，通过开展血脂异常筛查，发现辖区居民中的现患病人和无自觉症状的病人，提高病人发现率，及早将病人纳入管理，有针对性的进行健康教育，生活方式指导和非药物治疗及用药指导，控制病情，减少并发症，提高人群健康水平。

第一节 筛查人群

一、机会性筛查人群选择

来自乡镇/社区、体检机构和医院就诊的20岁及以上人群。

血脂检查的重点对象：

（1）糖耐量受损、代谢综合征、糖尿病、肥胖、高血压、非酒精性脂肪性肝病 (NAFLD) 或非酒精性脂肪性肝炎 (NASH)；

（2）有动脉硬化性心脑血管病（ASCVD）、外周动脉病病史者；

（3）有早发性心血管病家族史者(指男性一级直系亲属在55岁前或女性一级直系亲属在 65 岁前患缺血性心血管病)，或有家族性高脂血症患者；

（4）皮肤或肌腱黄色瘤及跟腱增厚者。

（5）有慢性肾病（CKD）、甲状腺功能减低症、自身免疫性疾病或炎症性疾病（例如，狼疮、类风湿性关节炎、银屑病、牙周病等）、丙型肝炎、胰腺炎病史；

（6）服用改变血脂的药物（例如，雌激素和孕激素、类固醇

醇、维a酸、HIV治疗、抗排斥药物、非典型抗精神病药物、 β 受体阻滞剂和噻嗪类利尿剂）的人群。

（7）吸烟、久坐不动的生活方式和喜食高饱和脂肪饮食人群。

（来源：“美国2020 AACE/ACE共识声明：血脂异常的管理和心血管疾病的预防”）

二、高危人群的评估与识别

机会性筛查的目标人群为医院内就诊的门诊和住院患者、体检人群（医院与体检机构）或乡镇/社区居民。在各种临床诊疗过程中，通过检测血脂在就诊者中发现或诊断血脂异常患者。根据高危人群界定的条件和特点，对符合条件的对象进行血脂筛查。

三、高危人群的判定标准（《中国成人血脂异常防治指南2016版》）

临床上血脂检测的基本项目为TC、TG、LDL-C和HDL-C。其他血脂项目如ApoA1、ApoB和Lp(a)的临床应用价值也日益受到关注。在进行危险评估时，已诊断为动脉粥样硬化性心血管疾病（ASCVD）者直接列为极高危人群；符合如下条件之一者直接列为高危人群：

（1） $LDL-C \geq 4.9 \text{ mmol/L}$ (190 mg/dl)；

(2) 1.8mmol/L (70 mg/dl) $\leq$ LDL-C $< 4.9\text{ mmol/L}$ (190 mg/dl)，且年龄在40岁以上的糖尿病患者。

第二节 筛查方法

一、筛查方法

具有至少一项危险因素的高危人群，应进一步进行空腹血脂筛查。这里的空腹是指隔夜禁食 10h 以上。

具有以下情况者亦需进行血脂筛查：

(1) 如果在未服用调脂药物情况下，血清总胆固醇（TC）、低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）或甘油三酯（TG）升高的患者，符合下列一项或以上者： $\text{TC} \geq 6.2\text{ mmol/L}$ ； $\text{LDL-C} \geq 3.4\text{ mmol/L}$ ； $\text{TG} \geq 2.3\text{ mmol/L}$ ；

(2) 既往有血脂异常史，目前正在服用调脂药物的患者；

(3) 既往无血脂异常疾病史， $\text{LDL-C } 2.6 \sim 3.39\text{ mmol/L}$ ，同时合并有高血压或/和糖尿病或/和心脑血管疾病等病史者。

二、血脂异常的危险分层

对发现血脂异常者结合危险因素及患病情况进行心血管病危险分层（表1）。

表1 心血管病 10 年危险分层简易评估表

合并症和危险因素 ¹ 个数	血清 LDL-C 分层 (mmol/L)				
	< 1.8	1.8~2.59	2.6~3.39	3.4~4.89	≥ 4.9
无高血压和糖尿病	低中危	低中危	低中危	低中危	高危
合并 0-1 个	低中危	低中危	低中危	低中危	高危
高血压 合并 2 个	低中危	低中危	高危	高危	高危
患者 危险因素					
合并 3 个	低中危	高危	高危	高危	高危
危险因素					
糖尿病患者	低中危	高危	高危	高危	高危
ASCVD ² 患者	极高危	极高危	极高危	极高危	极高危

注：1. 因素包括：①吸烟；②低 HDL-C (HDL-C < 1.0 mmol/L)；③男性 ≥ 45 岁或女性 ≥ 55 岁。

2. ASCVD (动脉粥样硬化性心血管疾病) 包括：①冠状动脉粥样硬化性心脏病：急性冠状动脉综合征、稳定性冠心病、血运重建术后、缺血性心肌病；②缺血性脑卒中、短暂性脑缺血发作；③外周动脉粥样硬化病：症状性外周动脉粥样硬化病。

第三节 筛查程序

一、高危人群评估

来自乡镇/社区、体检机构和医院就诊人群接受血脂异常机会性筛查，都必须参加知情同意程序。由经规范培训、考核达标的工作人员向参加筛查的对象介绍筛查的目的、意义，回答对象提出的问题，在自愿的原则下填写高危人群评估调查表（附表1）。

二、血脂检测

（一）测量方式。血脂测量方式主要是肘静脉血测定。

（二）测量方法及仪器

采集患者空腹（要求隔夜禁食10 h 以上）肘静脉血5ml，装于肝素钠抗凝管内，以4℃、3000 r/min 离心 10min，取0.5 ml血清装 EP 管用于检测生化指标，包括总胆固醇（TC）、甘油三酯（TG）、高密度脂蛋白胆固醇（HDL-C）、低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）。

三、登记

对新确诊或各种方式发现的血脂异常者，要登记基本信息（包括性别、年龄、教育程度、职业，吸烟、饮酒、身体活动情况）、既往史及家族史、目前并发症或合并症情况、最近一次检查结果、近三个月治疗情况等。

四、患者临床检查内容和频次

基层医疗卫生机构在对患者的诊疗过程应当按照《血脂异常基层健康管理规范》开展临床检查，具体内容和频次见表2。

表2 血脂异常患者临床检查内容和频次

检查项目	针对的并发症	针对的合并疾病	频率
体重/身高		超重/肥胖	每月一次
腰围		超重/肥胖	每月一次
血压		高血压	每月一次
总胆固醇/高/低密度脂蛋白胆固醇、甘油三酯			每半年一次
空腹/餐后血糖*		糖尿病	每月二次 (一次空腹一次餐后)
糖化血红蛋白**		糖尿病	每半年一次
肝功能		肝功能异常	每年一次
TSH**		甲状腺功能减低	每年一次
心电图	心脏大血管并发症		每年一次
颈动脉超声	心脑血管并发症		每年一次
下肢动脉超声	心脑血管并发症		每年一次

* 如果空腹血糖 $\geq 5.6\text{mmol/L}$ 和/或血糖 $\geq 7.8\text{mmol/L}$ 时建议行OGTT试验。

** 为有条件的医疗机构开展

第四节 血脂异常诊断

参照中国成人血脂异常防治指南制订联合委员会制定的《中国成人血脂异常防治指南（2016年修订版）》，血脂异常诊断有病因分类和临床分类二种方式。

一、病因分类

1. 原发性高脂血症：除了不良生活方式（如高能量、高脂和高糖饮食、过度饮酒等）与血脂异常有关，大部分原发性高脂血症是由于单一基因或多个基因突变所致。由于基因突变所致的高脂血症多具有家族聚集性，有明显的遗传倾向，特别是单一基因突变者，故临床上通常称为家族性高脂血症。如LDL受体基因缺陷所致家族性高胆固醇血症等。

2. 继发性高脂血症：是指由于其他疾病所引起的血脂异常。可引起血脂异常的疾病主要有：肥胖、糖尿病、肾病综合征、甲状腺功能减退症、肾功能衰竭、肝脏疾病、系统性红斑狼疮、糖原累积症、骨髓瘤、脂肪萎缩症、急性卟啉病、多囊卵巢综合征等。此外，某些药物如利尿剂、非心脏选择性 β -受体阻滞剂、糖皮质激素等也可能引起继发性血脂异常。

二、临床分类

从临床应用出发，血脂异常可进行简易临床分类，见表3。

表3 血脂异常的临床分类

类型	TC	TG	HDL-C	对应WHO分类
高胆固醇血症	增高			II a
高TG血症		增高		IV、I
混合性高脂血症	增高	增高		II b、III、IV、V
低HDL-C血症			降低	

注：TC：总胆固醇；TG：甘油三酯；HDL-C：高密度脂蛋白胆固醇

三、血脂异常诊断标准

血脂异常的诊断采用《中国成人血脂异常防治指南（2016年修订版）》关于我国血脂适合水平及异常分层标准，见表4。

表4 血脂异常诊断及分层标准

分层	TC	LDL-C	HDL-C	非HDL-C	TG
理想水平		< 2.6		< 3.4	
合适水平	< 5.2	< 3.4		< 4.1	< 1.7
边缘升高	5.2~6.19	3.4~4.09		4.1~4.89	1.7~2.29
升高	≥ 6.2	≥ 4.1		≥ 4.9	≥ 2.3
降低			< 1.0		

第五节 血脂异常评估

目的是评估血脂异常病情及合并症/并发症发生风险，是确定血脂异常治疗策略的基础。初诊时及以后每年建议评估一次。评估内容包括病史、体格检查及辅助检查等。

一、病史

要详细询问血脂水平、合并症/并发症和伴随疾病的临床症状；了解既往治疗方案和血脂控制情况；了解既往高血压、心脑血管疾病、糖尿病等合并症情况；了解血脂异常家族史情况；了解生活方式，包括吸烟、饮酒、运动、饮食情况等。

二、体格检查

身高、体重、计算体重指数（body mass index,BMI）、腰围、血压、血糖等。

三、辅助检查

甘油三酯、总胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇、肝肾功能、空腹血糖、餐后2h血糖、血压、心电图等相关检查等。

如有条件者推荐做颈动脉超声、下肢动脉超声、HbA1c、促甲状腺激素等。

第六节 血脂异常治疗

一、治疗原则

血脂异常的治疗应遵循综合管理的原则，包括控制高血糖、高血压、血脂异常、高凝等心血管多重危险因素，同时注重生活方式与药物干预并行的综合管理策略，以提高血脂异常患者的生存质量和预期寿命。同时应根据患者的年龄、病程、预期寿命、并发症或合并症病情严重程度等确定个体化的控制目标。

二、治疗目标

血脂异常的综合治疗包括调节血脂、降血糖、降血压、抗血小板、控制体重和改善生活方式等。对合并多种慢性基础疾病健康状态差、预期寿命短的血脂异常患者，可以酌情放宽控制目标。综合控制目标见表5、6，主要ASCVD危险因素见表7。

表5 不同ASCVD危险人群降LDL-C/非HDL-C治疗达标值

危险等级	LDL-C (mmol/L)	非HDL-C (mmol/L)
低危、中危	< 3.4	< 4.1
高危	< 2.6	< 3.4
极高危	< 1.8	< 2.6

表6 ASCVD风险分类和治疗目标

风险类别	危险因素和10年风险	治疗目标 (mmol/L)			
		LDL-C	非-HDL-C	Apo B	TG
低风险	没有危险因素	<3.4	<4.4	NR	<1.7
中等危险	< 2个危险因素和10年风险 < 10%	<2.6	<3.3	<90	<1.7
高危	≥2个危险因素和10年风险10-20% - 无其他风险因素的糖尿病或CKD≥3	<2.6	<3.3	<90	<1.7
很高危	- 确诊为临床ASCVD或近期因ACS、颈动脉或外周血管疾病住院，或10年风险 > 20% - 糖尿病伴≥1个危险因素 - CKD≥3伴白蛋白尿 - 进展性ASCVD，包括不稳定型心绞痛 - 确诊的临床ASCVD加糖尿病或CKD≥3或	<1.8	<2.6	<80	<1.7
极高危	HeFH 早发ASCVD病史 (< 55岁，男性；< 65岁，女性)	<1.4	<2.1	<70	<1.7

来源：“美国2020 AACE/ACE共识声明：血脂异常的管理和心血管疾病的预防”

表7 主要的ASCVD疾病的危险因素

主要危险因素	其他风险因素	非传统风险因素
低危、中危增龄	肥胖、腹型肥胖	脂蛋白
↑总血清胆固醇	高脂血症家族史	凝血因子
↑非HDL-C	↑小而致密的LDL-C ↑	炎症标志物(hsCRP; Lp-PLA2)
↑LDL-C	↑Apo B	同型半胱氨酸水平
低HDL-C	↑LDL颗粒浓度	Apo E亚型
糖尿病	空腹餐后高甘油三酯血症	尿酸
高血压	PCOS	富含TG的残留物
慢性肾病	血脂异常三联征	
吸烟		
ASCVD家族史		

来源：“美国2020 AACE/ACE共识声明：血脂异常的管理和心血管疾病的预防”

三、生活方式干预

对已确诊的糖尿病患者，应立即启动并坚持生活方式干预，各类生活方式干预的内容和目标见表8。

表8 生活方式干预的内容及目标

内容	目标
控制体重	减少每日食物总能量（每日减少300-500kcal），改善饮食结构，增加身体活动，可使超重和肥胖者体重减少10%以上。维持健康体重（BMI：20.0-23.9kg/m ² ），有利于血脂控制。
合理膳食	基本原则是低胆固醇、低脂、低热量、低糖、高纤维素。限制总热量，60岁以上老年人、轻体力劳动者每天总热量应限制在6699-8374kJ为宜。脂肪占总热量20%为宜，并且以含多链不饱和脂肪酸的植物油、鱼油及深海油为主，动物脂肪不应超过总脂量的1/3。胆固醇摄入量每日控制在300mg以下为宜，避免食用高胆

	固醇食品。建议每日摄入碳水化合物占总能量的50%-65%。增加膳食纤维可与胆汁酸结合，增加粪便中胆盐的排泄，有降低血清胆固醇浓度的作用。膳食纤维含量丰富的食物主要是杂粮、米糠、麦麸、干豆类、海带、蔬菜、水果等，每日摄入膳食纤维量25-40g为宜。
适量运动	规律的有氧运动能够增加能量消耗，降低血浆中胆固醇和TG的水平，提高高密度脂蛋白的水平，防止和减缓胆固醇在动脉管壁的沉积。建议每周5-7天、每次30min中等强度代谢运动。可以选择爬山、游泳、慢跑、快走、骑自行车、打羽毛球等有氧运动。
戒烟、限酒	烟草中的主要化合物尼古丁和一氧化碳能影响脂类代谢，完全戒烟和有效避免吸入二手烟，有利于预防ASCVD，并升高HDL-C水平。长期大量饮酒可干扰体内脂质代谢，使TC、TG上升。中等量饮酒（男性每天20-30g乙醇，女性每天10-20g乙醇）能升高HDL-C水平。
保持良好心情	减轻精神压力，保持心情愉悦

四、药物治疗

（一）启动药物治疗的时机。生活方式干预是降血脂的基础治疗措施，应贯穿于治疗血脂异常的始终。对初诊血脂异常患者，医生可根据病情及患者意愿采取单纯生活方式干预。如果单纯生活方式干预不能使血脂控制达标，再开始药物治疗。

（二）药物治疗的注意事项。

1. 在药物治疗前应根据药品说明书进行禁忌证审查。
2. 不同类型的药物可2种或3种联用。同一类药物应避免同时使用。
3. 在使用调脂药物时，应注意检测血脂及药物不良反应。

4. 药物选择时应考虑患者经济能力。

（三）降脂药物的选择。基层医疗机构应根据患者的具体病情制定治疗方案，并指导患者使用药物。具体药物治疗方案参照中华医学分会发布的“血脂异常基层诊疗指南（2019年版）”。具体药物禁忌证以药品说明书为准。

1. 他汀类药物：他汀是血脂异常药物治疗的基石。

（1）他汀的应用：

①ASCVD一级预防：对低中危者首先进行生活方式干预，3~6个月后LDL-C未达标者，启动低、中强度他汀治疗；对高危者生活方式干预的同时应立即启动中等强度他汀治疗。

②ASCVD二级预防：对于临床ASCVD患者，建议立即采用中强度他汀，降低LDL-C达到 $<1.8\text{mmol/L}$ ；LDL-C基线值较高不能达目标值者，LDL-C至少降低50%；极高危患者LDL-C基线在目标值以内者LDL-C仍应降低30%左右。

（2）他汀的安全问题：他汀降脂疗效好和心血管获益明确，已得到反复证实和充分肯定；绝大多数人对他的耐受性良好，但有少数患者在治疗过程中出现与他汀相关的症状，其不良反应多见于接受大剂量他汀治疗者，常见表现如下：

①肝功能异常：主要表现为肝酶升高，发生率约0.5%~3.0%，呈剂量依赖性。美国推荐只在服用他汀前检测肝酶，此后只有当临床需要时才检测；但我国约有2000万人患有慢性乙

型肝炎，他汀的肝脏安全性仍最值得临床医生关注：建议他汀治疗开始后4~8周复查肝功能，如无异常，则可调整为6~12个月复查1次 血清丙氨酸氨基转移酶 (ALT) 和/或天冬氨酸氨基转移酶 (AST) 升高达正常值上限3倍以上，或合并总胆红素升高患者应减量或停药，但仍需每周复查肝功能，直至恢复正常。高危和极高危患者建议重新启用小剂量他汀，必要时可与保肝药合用，轻度的肝酶升高<正常值上限3倍并不是治疗的禁忌证，患者可在原剂量或减量的基础上继续服用他汀，部分患者升高的ALT可能会自行下降。失代偿性肝硬化及急性肝功能衰竭是他汀应用的禁忌证。

②他汀相关肌肉不良反应：包括肌痛、肌炎和横纹肌溶解患者有肌肉不适和/或无力，伴有或不伴有肌酸激酶升高出现肌炎及严重的横纹肌溶解罕见，往往发生于合并多种疾病和/或联合使用多种药物的患者药物相互作用相对较小的他汀可能降低肌病风险。出现他汀相关的肌肉不耐受者可减少他汀剂量，或换用其他种类他汀，或停药单用依折麦布对于ASCVD极高危患者可选择极小剂量长效他汀(瑞舒伐他汀2.5mg/d或阿托伐他汀5mg/d)隔日或每周3次联合依折麦布治疗的方法。

③新发糖尿病：长期服用他汀有增加新发糖尿病的危险，发生率约9%~12%，属他汀类效应：他汀对心血管疾病的总体益处远大于新增糖尿病危险，无论是糖尿病高危人群还是糖尿病

患者，有他汀治疗适应证者都应坚持服用此类药物，特别是合并ASCVD患者。

④认知功能异常：他汀治疗可引起认知功能异常，但多为一过性，发生概率不高，无明确因果关系。

⑤他汀的其他不良反应：还可引起头痛、失眠、抑郁以及消化不良、腹泻、腹痛、恶心等消化道症状。孕妇、哺乳期妇女和计划妊娠妇女不建议使用他汀。

2. 胆固醇吸收抑制剂：他汀与胆固醇吸收抑制剂依折麦布联合应用可产生良好的协同作用。联合治疗可使血清LDL-C在他汀治疗的基础上再下降18%左右，且不增加他汀的不良反应。

3. 贝特类药物：降低血清TG水平和升高HDL-C水平，常用的贝特类药物有非诺贝特、微粒化非诺贝特和苯扎贝特：常见不良反应与他汀类似。贝特类药物的心血管获益主要来自随机对照研究中高TG伴低HDL-C人群的亚组分析。

4. 高纯度鱼油制剂：高纯度鱼油主要成分为n-3脂肪酸，主要用于治疗高TG血症。

5. PCSK9抑制剂：PCSK9抑制剂是近年血脂领域的研究热点。抑制PCSK9可阻止LDL受体降解，促进LDL-C的清除：PCSK9抑制剂具有强大的降胆固醇作用，可降低LDL-C 50%~70%。PCSK9抑制剂依洛尤单抗克隆抗体，在我国获批治疗纯合子型(HoFH)家族性高胆固醇血症。

基层常用调脂药的适应证、常用剂量和常见不良反应，根据具体情况选择合适的药物，见附录1。

（四）药物治疗方案。血脂的治疗应根据病情等综合因素进行个体化处理。生活方式干预是治疗血脂异常的基础治疗措施，应贯穿于治疗的始终。如果单纯生活方式不能使血脂控制达标，应开始单药治疗，首选是他汀类药物。若无禁忌证，二甲双胍应一直保留在糖尿病的治疗方案中。不适合二甲双胍治疗者可选择 α -糖苷酶抑制剂或胰岛素促泌剂。如单独使用二甲双胍治疗血糖仍未达标，则可进行二联治疗，加用胰岛素促泌剂、 α -糖苷酶抑制剂、TZDs、胰岛素等。三联治疗：上述不同机制的降糖药物可以3种药物联合使用。如三联治疗控制血糖仍不达标，则应将治疗方案调整为多次胰岛素治疗。采用多次胰岛素治疗时应停用胰岛素促泌剂。

五、特殊人群血脂异常的管理

1. 糖尿病：年龄 ≥ 40 岁糖尿病患者血清LDL-C水平应控制在2.6mmol/L（100mg/dl）以下，保持HDL-C目标值在1.0mmol/L（40mg/dl）以上。根据血脂异常特点，首选他汀治疗，如合并高TG伴或不伴低HDL-C者，可采用他汀与贝特类药物联合应用。

2. 高TG血症：TG水平以空腹（禁食12h以上） < 1.7 mmol/L为合适水平，TG ≥ 2.3 mmol/L为升高。血清TG > 2.3 mmol/L者患ASCVD风险增加；当TG > 5.6 mmol/L时，除ASCVD风险外，急性胰

腺炎风险明显增高。我国高TG血症患病率高，经他汀治疗后仍有大量的患者TG未达标，治疗尚不充分，需要关注。除强化生活方式干预外，以下情况需启动降TG治疗：

（1） $TG \geq 5.6 \text{ mmol/L}$ 时预防急性胰腺炎。

（2）LDL-C已达标但TG仍 $\geq 2.3 \text{ mmol/L}$ 的心血管疾病高风险患者（如糖尿病患者）的一级预防。

（3）LDL-C已达标但TG仍 $\geq 2.3 \text{ mmol/L}$ 的ASCVD患者的二级预防。降TG药物首选贝特类药物或高纯度鱼油，治疗过程中需注意监测安全性指标，使非HDL-C达标（LDL-C目标值 $+0.8 \text{ mmol/L}$ ）。

3. 高龄老年人：年龄 ≥ 80 岁的高龄老年人常常患有多种慢性疾病，需服用多种药物，且大多有不同程度的肝、肾功能减退，高龄的临床ASCVD患者，在评估过ASCVD风险、不良反应、药物相互作用、患者身体虚弱情况及偏好之后，开始他汀治疗是合理的。调脂药物剂量的选择需要个体化，起始剂量不宜太大，应根据治疗效果调整调脂药物剂量并严密监测肝、肾功能和肌酸激酶。

4. FH: FH突出的临床特征是血清LDL-C水平明显升高和早发冠心病（心肌梗死或心绞痛）：根据显性遗传特点，FH的临床表型分为HoFH和杂合子型（HeFH），按胆固醇水平甄别。HeFH的血清TC水平常 $> 8.5 \text{ mmol/L}$ （328mg/dl），而HoFH的血清TC水平常

$>13.5\text{mmol/L}$ (521mg/dl)。

治疗要点首先是所有FH患者均需采取全面的治疗性生活方式改变；饮食（减少脂肪和胆固醇摄入，全面均衡膳食）、运动和行为习惯（戒烟，减轻体重）；同时强调防治其他并存危险因素，如高血压和糖尿病。其次，FH患者从青少年（年龄 >10 岁）即可以开始他汀治疗，并需长期坚持，以降低ASCVD危险。调脂治疗的目标水平与心血管疾病高危者相同。事实上，FH患者常需要两种或更多种调脂药物联合治疗，首选高强度他汀联合依折麦布，治疗后LDL-C仍未能达标者再联合PCSK9抑制剂，心血管疾病极高危患者，经联合调脂药物治疗，LDL-C水平仍未达到目标水平，尤其是疾病处于进展中的患者。可考虑接受脂蛋白血浆置换作为辅助治疗。

第七节 转 诊

一、转诊类型

（一）上转至二级及以上医院

对于病情控制不好、药物不良反应难以控制、病情反复以及出现新的并发症或原有并发症加重的血脂异常患者基层医疗卫生机构应及时转诊，填写双向转诊上转单并及时录入信息系

统。

对需要到重大疾病定点医疗机构和县域内定点医疗机构进一步住院治疗的建档立卡贫困人口，由签约团队的乡、村两级医务人员帮助联系专家和床位，协助办理转诊手续，并由签约团队的上级专家负责联系协调，做好医疗救治各项准备。

对存在无行动能力、无亲属照护等就医困难的“一人一策”帮扶对象，民政、残联等部门配合签约团队的乡、村两级医务人员开展“送人就医”服务。

（二）转回基层医疗卫生机构

各定点医疗机构应将诊断明确，治疗后病情稳定或需要继续康复治疗的血脂异常患者及时转回基层医疗卫生机构，填写双向转诊下转单并及时录入信息系统，提供后续治疗、康复方案，明确用药名称、用药剂量、用药期限、服药注意事项及并发症预防事项等。签约团队的乡、村两级医务人员要根据上级医院医嘱指导患者规范用药并动态监测药物控制效果；对于控制效果不佳的患者，应及时与上级指导医生联系，做好治疗方案的调整，保证后续治疗康复效果。

二、工作机制

各定点医疗机构要制定具体双向转诊实施方案，指定专人负责双向转诊工作，建立双向转诊绿色通道，及时安排专人将

患者送至病区或门诊，对转入病人提供预约门诊检查、组织会诊及协调处理住院事宜等服务。对转入的住院患者优先就诊、检查、交费、取药，优先安排住院治疗，由专科医生根据患者病情制定治疗方案，进行规范治疗。

三、上转至二级及以上医院的标准

反复调整降脂治疗方案后效果不佳者，建议向综合医院心内科转诊。

四、转回基层医疗卫生机构的标准

（一）初次发现血脂异常，已明确诊断和确定治疗方案且血脂控制比较稳定。

（二）血脂异常合并症治疗后病情稳定。

（三）ASCVD等慢性并发症已确诊、制定了治疗方案和疗效评估，且病情已得到稳定控制。

（四）其他经上级医疗机构医生判定可以转回基层继续治疗管理的患者。

第八节 血脂异常者长期随访管理

一、档案的建立

初诊血脂异常患者由基层医疗机构在建立居民健康档案的基础上，建立血脂异常患者管理档案。血脂异常患者的健康档案至少应包括健康体检、年度评估和随访服务记录。随着信息化系统的不断完善，医疗卫生服务信息的互联互通，患者的就诊记录、转会诊以及住院记录均应纳入健康档案内容。电子档案按照国家相关规定进行管理。纸质档案由责任医务人员或档案管理人员统一汇总、及时归档。

二、健康评估

基层医疗卫生机构应对血脂异常患者进行初诊评估和年度评估，评估主要包括疾病行为危险因素、并发症及并存临床情况、体格检查及实验室检查信息等，同时进行针对性个性化健康指导。

三、随访与管理建议

有条件的地区可开展血脂异常人群的干预管理。基层血脂异常患者随访服务记录表及干预管理内容详见《中国成人血脂异常防治指南（2016年版）》。

基层医疗卫生机构在对血脂异常患者的诊疗过程中应当按照“分级诊疗服务技术方案”（国卫办医函〔2015〕1026号）开展临床检查。详见表9。

表9 血脂异常患者分级管理随访内容和频度表

随访内容	常规管理	强化管理
随访频率	6个月1次	3个月1次
血脂监测频率	<6个月，初始、药物调整 1~2个月复查	<3个月，初始、药物调整 1~2个月复查
了解患者自觉症状	全程	全程
非药物治疗和健康教育	全程	全程
药物治疗指导	全程	全程
自我管理指导	至少6个月1次	至少3个月1次
测量体质量指数、腰围	至少6个月1次	至少3个月1次
检查血压	至少6个月1次	至少3个月1次
检查空腹血糖	1次/年	1次/年
检查肾功能	1次/年	1次/年
检查肝功能、肌酸激酶	稳定期6~12个月复查，有 可疑临床症状随时复查	初始、药物调整1~2个月复 查，有可疑临床症状随时复 查
检查心电图	1次/年	1次/年
检查颈动脉超声	1次/年	1次/年

第九节 组织实施

血脂异常机会性筛查是减缓我市血脂异常患者快速增长趋势，减少或延缓并发症的发生，降低病死率，提高生活质量，全力推进落实健康银川行动总体部署，提高群众健康的重要措施，是政府提供的公共卫生产品。因此，在严格掌握执行技术的同时，各县(市)区还需要整合地方卫生行政管理、医院、疾控以及基层医疗单位等多方面、多部门、多专业的力量，统筹

协调，保证项目长期顺利实施和人群防控效果。

一、主要工作内容

（一）建立筛查工作机制。机会性筛查的目标人群为医院内就诊的门诊和住院患者、体检人群或基层高危人群。开展机会性筛查的单位应确定主管科室和其他应纳入筛查范围的临床科室，建立主管科室牵头，多学科、多科室协调机制，制定工作制度，确定机会性筛查工作流程，明确各科室、岗位的职责任务。

（二）强化技术团队培训。将血脂异常机会性筛查作为项目单位及医共体成员单位培训的重要内容，组织医务人员学习血脂异常防治政策和防治指南等，充分认识开展机会性筛查的重要意义，提高对血脂异常高危人群的识别意识，熟练掌握筛查的目标人群、筛查内容、健康指导要点、医学干预措施等流程和规范，为项目的顺利实施奠定基础。

（三）拓展健康宣教工作。依托各类健康教育资源，有针对性地开展健康宣教，提高糖尿病高危人群的“三早意识”（早发现、早诊断、早治疗）。在项目医院重点科室的门诊候诊区域及住院病区等摆放科普材料，医护人员要向患者及其家属讲解筛查的重要性、检查的目的及注意事项，提高患者对筛查的依从性和配合度。通过健康大讲堂等形式到机关、单位、

乡村社区开展针对性宣传。

（四）规范开展临床筛查。将血脂异常机会性筛查纳入项目医院临床诊疗常规，按照血脂异常机会性筛查技术规范开展筛查。在对目标人群进行健康宣教的基础上，由医务人员指导进行高危因素评估，对符合纳入筛查范围的高危个体提出进一步检查和诊断建议，对同意接受筛查的高危个体实施相应的临床检查。要严格掌握筛查的适应人群和必需的临床检查项目，严禁出现诱导需求和过度医疗等行为。

（五）制定系统干预措施。对完成机会性筛查的应干预的患者，根据患者实际情况制定系统化干预方案，分别实施健康指导、生活方式干预、医学处置等措施。患者所在地的基层医疗卫生机构应在上级医院的指导下，将患者纳入家庭医生签约重点人群范围，对患者进行随访和健康指导。医院积极与基层医疗卫生机构共同探索建立跟踪随访和信息共享机制，为患者提供连续性健康管理服务。

（六）设立双向转诊制度。充分发挥项目医院所在的医联体/医共体作用。基层医疗机构评估出高危人群后，开具筛查转诊单向项目医院转诊。项目医院将高危人群诊断和治疗情况及时反馈基层医疗机构，开展绿色通道双向转诊，实行无缝对接，开展慢病全链条随访管理。

（七）探索费用分担机制。按照整合资金、合理分担的原则，统筹财政补助、基本公共卫生经费，争取医保政策支持，降低自费比例，提高血脂异常机会性筛查依从性，保障项目顺利开展。

二、组织保障

（一）强化组织领导。开展血脂异常机会性筛查是贯彻落实慢性病防控战略，降低发病率血脂异常合并症和/或并发症发生率的重要举措。各县（市）区卫生健康局要高度重视，加强组织领导，建立由卫生健康部门负责，疾控机构、项目医院、基层医疗卫生机构共同参与的工作机制，确保项目顺利开展。要将项目实施与分级诊疗、家庭医生签约服务等工作相结合，统筹实施，创新服务模式，确保患者受益。

（二）明确职责分工。各县（市）区卫生健康局负责项目的统筹协调。疾控机构负责做好人群的健康宣教、高危人群评估以及管理等工作，医院负责做好机会性筛查的具体实施，对基层医疗卫生机构人员进行相应培训，并为其开展签约服务提供技术支持和优先转诊服务。基层医疗卫生机构负责为符合条件的患者及高危人群提供家庭医生签约服务，规范开展随访管理。

（三）加强督导评估。强化早诊断、早治疗，坚持保基

本、强基层、建机制，更好满足人民群众健康需求。将机会性筛查与基本公共卫生考核项目同部署、同推进、同考核，建立科学高效的项目运行机制。落实项目责任制，开展督导检查。

第十节 数据管理、质量控制、评价指标

一、数据采集、管理和安全

（一）数据采集。机会性筛查收集的资料包括筛查医院临床所有初筛检测结果及病例的基本情况、随访和治疗结果及相应图片资料等。筛查医院按数据管理系统提供的导入字段表（表3）从医院信息系统直接批量导出或手工整理完成匹配格式的EXECL文件经质控员检查合格后逐月进行资料上传。

（二）数据管理。在卫生健康行政部门领导下，市、县两级疾控中心负责本地项目数据管理、使用及评价。所有筛查医院必须统一使用重大慢性病机会性筛查数据管理系统，上报筛查数据和图片，并指定专人负责，做好数据管理、上报、整理、分析与利用等工作。

（三）数据使用与发布原则。项目数据使用和对外发布项目统计数据必须遵守《中华人民共和国统计法》及其实施细则和国家统计局的保密规定，按照申报和审批流程进行，各级数据利用与发布需经自治区卫生健康委员会授权同意，逐级负

责，依申请导出，保障数据使用安全。数据导出使用管理遵循谁导出、谁负责和谁使用、谁负责的原则。

（四）数据保密原则。所有与项目有关的文件、报告、方案或信息都要严格保密。未经自治区卫生健康委员会授权，各省级项目支持单位、各项目实施单位和个人不得对外发布，并对信息保密。自治区卫生健康委员会负责数据网络信息相关安全防护工作。

二、质量控制

为保证项目顺利实施并达到预期目标，必须对项目中的每一环节采取严格的质量控制措施，包括筛查阶段的质量控制、人员培训的质量控制、现场工作的质量控制等。

（一）原则和要求。所有参与项目工作的医务人员均须接受培训。培训后由培训单位进行考核，并对考核合格人员颁发合格证书，方可参加筛查工作。培训合格证书存放于医疗机构备查。

（二）筛查阶段。

1. 制定明确的管理方案和技术方案。各县（市）区卫生行政部门和技术管理机构制定详细的项目管理方案和实施方案，做到分工明确、责任到人，保证工作质量。重点做到流程合理、优势互补、职责清楚、合作发展。

2. 人员资质和培训。严格保证各个环节工作人员具备所需的工作资质和工作背景，经过培训合格后方可进行项目工作。各县（区）在全区培训会以后，应对具体工作方案和工作人员开展进一步培训，考核合格后方可开始工作。

3. 现场工作的质量控制。在现场工作的每一个环节设置质控员，以保证工作完成的质量。

（三）随访阶段。加强对随访对象的随访管理，基层医疗卫生机构定期通知随访对象进行随访。随访应严格按照《血脂异常患者健康管理服务规范》进行。

（四）督导和评估。自治区卫生健康委定期对项目参与单位进行项目督导、评估和考核。市级技术管理单位每年对参与单位进行不少于一次的项目督导，并在项目年度工作结束时给予评估和考核。

（五）突发事件的处理。项目实施过程中发生的突发事件由辖区卫生健康部门负责立即采取积极有效措施及时妥善处理，同时应逐级报告自治区卫生健康委和自治区项目负责单位。

三、评价指标

表10 基层血脂异常健康管理评价指标

评价内容	评价指标
组织管理	制定本辖区血脂异常综合防治工作计划；制定相关管理制度，实施内部质量控制
业务培训	工作人员专业知识考核合格率
血脂异常筛查	血脂异常筛查率；血脂异常患者发现率
一般个体管理	一般个体动态管理率
高危个体管理	高危个体健康管理率；高危个体规范管理率
患者管理	患者健康管理率；患者规范管理率
防治效果	血脂异常防治知识知晓率；血脂知晓率；高危个体患者转归率；患者服药率；患者血脂控制率

第十一节 筛查用表

血脂异常机会性筛查高危人群随访表

姓 名：

编号□□□-□□□□□

随访日期		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
随访方式		1门诊2家庭3远程□	1门诊2家庭3远程□	1门诊2家庭3远程□	1门诊2家庭3远程□
危险因素	1超重或肥胖	□ / □ / □ / □ / □	□ / □ / □ / □ / □	□ / □ / □ / □ / □	□ / □ / □ / □ / □
	2高热量或高脂饮食	其他：	其他：	其他：	其他：
	3静坐生活方式				
	4家族性高脂血症				
	5男性≥40周岁或绝经后女性				
体征	血压(mmHg)				
	体重(kg)	/	/	/	/
	身高(cm)				
	体质量指数(kg/m)				
	腰围(cm)	/	/	/	/
	其他				
生活方式指导	日吸烟量(支)	/	/	/	/
	日饮酒量(两)	/	/	/	/
	运动	次/周, __ min/次 次/周, __ min/次	次/周, __ min/次 次/周, __ min/次	次/周, __ min/次 次/周, __ min/次	次/周, __ min/次 次/周, __ min/次
	饮食习惯	1荤素均衡2荤食为主3素食为主□	1荤素均衡2荤食为主3素食为主□	1荤素均衡2荤食为主3素食为主□	1荤素均衡2荤食为主3素食为主□
	食用油摄入情况(g/d)	/	/	/	/
	主食(g/d)	/	/	/	/
	红肉类(g/d)	/	/	/	/
	心理调整	1良好2一般3差□	1良好2一般3差□	1良好2一般3差□	1良好2一般3差□
	遵医行为	1良好2一般3差□	1良好2一般3差□	1良好2一般3差□	1良好2一般3差□
辅助检查	总胆固醇(mmol/L)				
	低密度脂蛋白胆固醇(mmol/L)				
	高密度脂蛋白胆固醇(mmol/L)				
	甘油三酯(mmol/L)				
	空腹血糖(mmol/L)				
	其他检查	谷丙转氨酶(U/L): __ 谷草转氨酶(U/L): __ 肌酸激酶(U/L): __	谷丙转氨酶(U/L): __ 谷草转氨酶(U/L): __ 肌酸激酶(U/L): __	谷丙转氨酶(U/L): __ 谷草转氨酶(U/L): __ 肌酸激酶(U/L): __	谷丙转氨酶(U/L): __ 谷草转氨酶(U/L): __ 肌酸激酶(U/L): __
接受管理程度		1接受2不接受□	1接受2不接受□	1接受2不接受□	1接受2不接受□
此次随访分类		1控制满意 2控制不满意□	1控制满意 2控制不满意□	1控制满意 2控制不满意□	1控制满意 2控制不满意□
转归情况	是否转归	1是2否□	1是2否□	1是2否□	1是2否□
	原因				
	转归类别	1一般人群 2血脂异常患者□	1一般人群 2血脂异常患者□	1一般人群 2血脂异常患者□	1一般人群 2血脂异常患者□
下次随访日期		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
随访医生签名					

注：“/”前编写现况，“/”后填写建议目标

附录

附录1

常用调脂药物的适应症、禁忌症和不良反应

药物名称	推荐剂量	适应症	禁忌症	不良反应
他汀类				
阿托伐他汀	10~20mg/d	高胆固醇血症；混合型高脂血症；ASCVD 患者	胆汁郁积；活动性肝病、失代偿性肝硬化，及不明原因持续性肝功能异常者；妊娠期和哺乳期	肝脏转氨酶升高；肌痛、肌炎、横纹肌溶解；头痛、失眠、抑郁；消化不良、腹泻、腹痛、恶心等消化道症状
瑞舒伐他汀	5~10mg/d			
辛伐他汀	20~40mg/d			
普伐他汀	40mg/d			
氟伐他汀	80mg/d			
血脂康	1.2g/d			
贝特类			活动性肝病，包括原发性胆汁性肝硬化，及不明原因持续性肝功能异常者；胆囊疾病；严重肾功能受损，包括透析患者；妊娠期和哺乳期	
非诺贝特	0.2~0.3g/d	高甘油三酯血症；低高密度脂蛋白血症；以甘油三酯升高为主的混合型高脂血症		肝脏转氨酶升高；肌病；肾毒性
苯扎贝特	0.6~1.2g/d			
吉非贝齐	1.2g/d			
烟酸类		高甘油三酯血症；低高密度脂蛋白血症；以甘油三酯升高为主的混合型高脂血症	严重肝病；严重痛风；溃疡病	颜面潮红；肝脏损害；高血糖；高尿酸血症；上消化道不适
烟酸缓释片	1~2g/d			
胆固醇吸收抑制剂		高胆固醇血症；混合型高脂血症可与他汀类联用	妊娠期和哺乳期	头痛；恶心等消化道症状
依折麦布	10mg/d			
高纯度鱼油制剂		高甘油三酯血症；混合性高脂蛋白血症	鱼油过敏；出血性疾病慎用；I 型高脂蛋白血症、严重糖尿病和肥胖患者不推荐	消化道症状；轻度转氨酶升高；轻度肌酸激酶升高；出血倾向
n-3 脂肪酸	1.5~3.0g/d			
其他		成人或 12 岁以上青少年的纯合子型家族性高胆固醇血症；成人ASCVD 患者	对本药物有严重过敏史	过敏反应、局部注射部位反应、糖尿病、上呼吸道感染、鼻咽炎等
依洛尤单抗（PCSK9 抑制剂）	420mg 皮下注射，1次/月			
脂必泰	0.48~0.96g/d	高胆固醇血症	妊娠期和哺乳期	少见
多廿烷醇	10~20mg/d	高胆固醇血症	对本药物过敏	少见

注：ASCVD：动脉粥样硬化性心血管疾病

附录2

血脂异常患者健康管理服务规范

一、服务对象

辖区内20岁及以上常住居民中血脂异常患者。

二、服务内容

（一）筛查。建议20~40岁成年人至少每5年1次，40岁以上男性和绝经后女性至少每年1次检测血脂；ASCVD及其高危人群，应每3~6个月检测1次。首次发现血脂异常时应在2~4周内复查，若仍异常，即可确立诊断。对工作中发现的血脂异常高危人群进行有针对性的健康教育。

（二）随访评估。

1. 非药物治疗者，开始3~6个月应复查血脂，如达标则继续非药物治疗，但仍需每6~12个月复查1次。

2. 首次服用调脂药物者，应于用药6周后复查血脂、转氨酶和肌酸激酶，如血脂达标且无不良反应，逐步减为每6~12个月复查1次；如血脂未达标且无不良反应，每3个月复查1次。如治疗3~6个月血脂仍未达标，应调整药物剂量或种类，或联合应用不同作用机制的调脂药物。（注：每次调整药物种类或剂量均需在6周内复查血脂、转氨酶和肌酸激酶）

（3）测量体重，计算体质指数（BMI）。

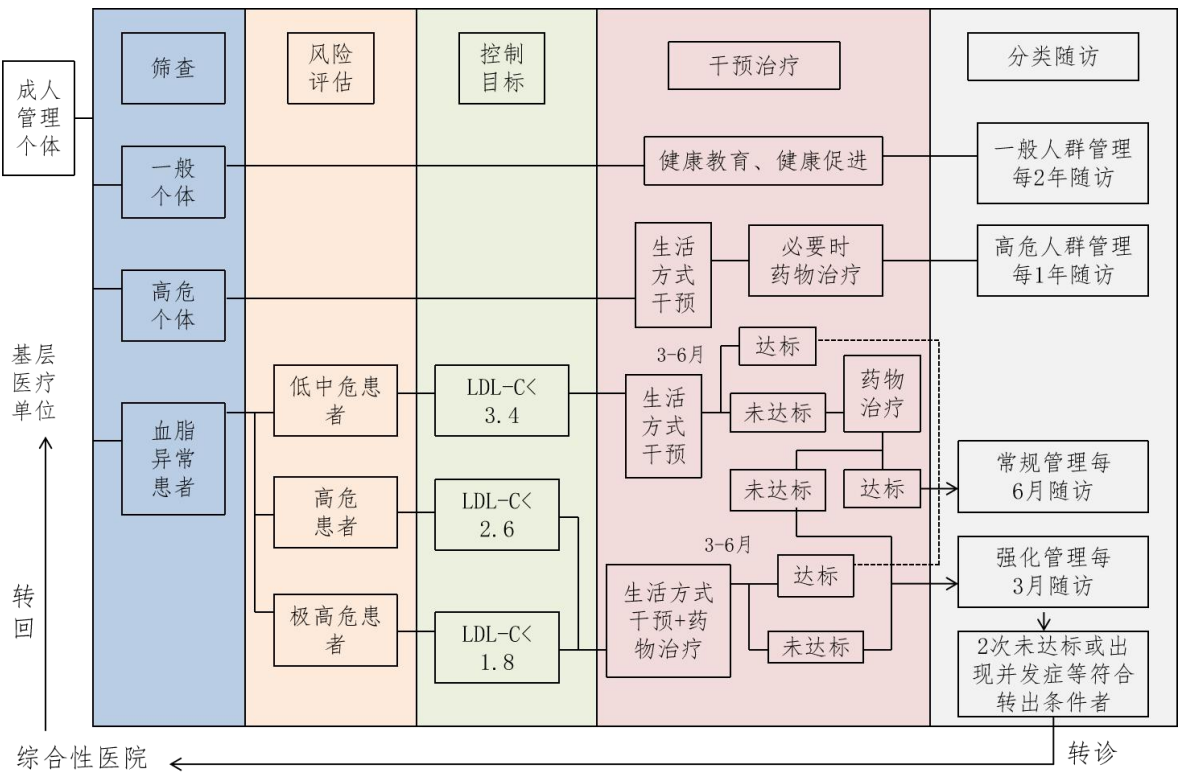
(4) 询问患者疾病情况和生活方式，包括心脑血管疾病、吸烟、饮酒、运动、主食摄入情况等。

(5) 了解患者服药情况。

(三) 健康体检

对确诊的血脂异常患者，每年进行1次较全面的健康体检，体检可与随访相结合。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压、空腹血糖、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、心脏、肺部、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判断。具体内容参照《居民健康档案管理服务规范》健康体检表。

三、服务流程



四、服务要求

（一）血脂异常患者的健康管理由医生负责，应与门诊服务相结合，对未能按照健康管理要求接受随访的患者，乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）应主动与患者联系，保证管理的连续性。

（二）随访包括预约患者到门诊就诊、电话追踪和家庭访视等方式。

（三）乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）要通过本地区社区卫生诊断和门诊服务等途径筛查和发现血脂异常患者，掌握辖区内居民血脂异常的患病情况。

（四）发挥中医药在改善临床症状、提高生活质量、防治并发症中的特色和作用，积极应用中医药方法开展血脂异常患者健康管理服务。

（五）加强宣传，告知服务内容，使更多的患者愿意接受服务。

（六）每次提供服务后及时将相关信息记入患者的健康档案。

五、工作指标

（一）过程性指标

1. 工作人员专业知识考核合格率=专业知识考核合格的工作人员人数÷从事血脂异常防治工作人员参与考核的总人数×

100%;

2. 血脂异常筛查率=辖区年度开展血脂异常检测人数÷辖区应接受血脂筛查的总人数×100%;

3. 血脂异常患者发现率=辖区登记血脂异常患者数÷辖区总人口数×100%;

4. 一般个体动态管理率=辖区一般个体动态管理人数÷辖区应管理总人数×100%;

5. 高危个体健康管理率=当年管理血脂异常高危个体数÷辖区估算血脂异常高危个体总人数×100%;

6. 高危个体规范管理率=当年规范管理血脂异常高危个体数÷当年管理血脂异常高危个体数×100%;

7. 血脂异常患者健康管理率=当年管理血脂异常患者人数÷辖区估算血脂异常患者总人数×100%;

8. 血脂异常患者规范管理率=当年按规范要求进行管理血脂异常患者人数÷当年管理血脂异常患者人数×100%。

(二) 效果性指标

1. 血脂异常防治知识知晓率=了解血脂异常防治基本知识人数/被调查总人数×100%;

2. 血脂知晓率=知晓自己血脂的人数/被调查总人数×100%;

3. 高危个体患者转归率=当年转为患者的高危个体数/当年

管理血脂异常高危个体数 $\times 100\%$;

4. 血脂异常患者服药率=当年采取药物治疗患者数/当年管理血脂异常患者人数 $\times 100\%$;

5. 血脂控制率=当年最近1次随访LDL-C达标患者数 $\div$ 当年管理血脂异常患者人数 $\times 100\%$ 。

六、血脂异常患者随访服务记录表

血脂异常患者随访服务记录表

姓 名：

编号□□□-□□□□□

随访日期		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
随访方式		1门诊2家庭3远程□	1门诊2家庭3远程□	1门诊2家庭3远程□	1门诊2家庭3远程□
症状	1无症状	□/□/□/□/□/□	□/□/□/□/□/□	□/□/□/□/□/□	□/□/□/□/□/□
	2头晕	其他：	其他：	其他：	其他：
	3心悸胸闷				
	4手脚麻木				
	5快走后疼痛				
合并症/ 并发症	1高血压	□/□/□/□/□/□	□/□/□/□/□/□	□/□/□/□/□/□	□/□/□/□/□/□
	2糖尿病	其他：	其他：	其他：	其他：
	3冠心病				
	4缺血性脑卒中				
	5外周动脉粥样硬化				
体能	血压(mmHg)				
	心率(次/cm)				
	体重(kg)	/	/	/	/
	身高(cm)				
	体质量指数(kg/m ²)				
	腰围 (cm)	/	/	/	/
	其他				
生活方式 指导	日吸烟量(支)	/	/	/	/
	日饮酒量(两)	/	/	/	/
	运动	次/周, __min/次	次/周, __min/次	次/周, __min/次	次/周, __min/次
		次/周, __min/次	次/周, __min/次	次/周, __min/次	次/周, __min/次
	饮食习惯	1荤素均衡2荤食为主 3素食为主□	1荤素均衡2荤食为主 3素食为主□	1荤素均衡2荤食为主 3素食为主□	1荤素均衡2荤食为主 3素食为主□
	食用油摄入情况(p/d)	/	/	/	/
	主食(g)	/	/	,	/
	红肉类(g/d)	/	/	/	/
	心理调整	1良好2一般3差□	1良好2一般3差□	1良好2一般3差□	1良好2一般3差□
遵医行为	1良好2一般3差□	1良好2一般3差□	1良好2一般3差□	1良好2一般3差□	
辅助 检查	总胆固醇(mmol/L)				
	低密度脂蛋白胆固醇 (mmol/L)				
	高密度脂蛋白胆固醇 (mmol/L)				
	甘油三酯(mmol/L)				
	空腹血糖(mmol/L)				
	其他检查	谷丙转氨酶(UIL): 谷草转氨酶((UIL): 肌酸激酶(UL):	谷丙转氨酶(UU): 谷草转氨酶(U/L): 肌酸激酶(UL):	谷丙转氨酶(UL): 谷草转氨酶(UIL): 肌酸激酶(UL):	谷丙转氨酶(UIL): 谷草转氨酶((UL): 肌酸激酶(UNL):
服药依从性		1规律2间断3不服药 □	1规律2间断3不服药 □	1规律2间断3不服药 □	1规律2间断3不服药 □
药物不良反应		1无2有□	1无2有□	1无2有□	1无2有□
接受管理程度		1接受2不接受□	1接受2不接受□	1接受2不接受□	1接受2不接受□
此次随访分类		1控制满意2控制不满 意3不良反应4并发症 /合并症□	1控制满意2控制不满 意3不良反应4并发症 /合并症□	1控制满意2控制不满 意3不良反应4并发症 /合并症□	1控制满意2控制不满 意3不良反应4并发症 /合并症□

调整 用药 情况	药物名称1								
	用法用量	每日	次	每次	mg	每日	次	每次	mg
	药物名称2								
	用法用量	每日	次	每次	mg	每日	次	每次	mg
	药物名称3								
	用法用量	每日	次	每次	mg	每日	次	每次	mg
转诊	原因								
	机构及科别								
转诊 回访	日期	年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
	并发症								
	合并症								
	其他								
	未转诊原因								
下次随访日期		年 月 日		年 月 日		年 月 日		年 月 日	
随访医生签名									

注：“/”前编写现况，“/”后填写建议目标