分级诊疗模式下社区高脂血症规范化管理治疗进展

王文英

天津市西青区王稳庄镇社区卫生服务中心　天津

【摘要】分级诊疗背景下，社区是高脂血症长期规范化管理的核心场景，为系统梳理现有管理模式、干预方案的实践进展与优化方向，通过对比国内典型社区高脂血症分级管理模式的适用场景、运行机制，归纳非药物与药物干预方案的最新研究成果，从疾病控制、健康结局、卫生经济学效益维度评估不同管理模式的应用效果，进一步分析当前管理体系存在的痛点。研究发现整合型共病照护、区域化协同管理两类模式分别适配共病集中社区与医联体成熟城市，多元分层干预方案可满足不同人群的血脂调节需求，通过完善医联体权责划分、建立跨机构流转标准、应用智慧管理工具可有效提升社区高脂血症管理的连续性与干预效果。

【关键词】分级诊疗；高脂血症；社区慢病管理；规范化干预

【收稿日期】2026 年 9 月 8 日　　【出刊日期】2026 年 10 月 9 日　　【DOI】10.12208/j.ijcr.20260519

Advances in standardized management and treatment of hyperlipidemia in communities under the tiered medical care model

Wenying Wang

Wangwenzhuang Town Community Health Service Center, Xiqing District, Tianjin, Tianjin

【**Abstract**】Under the framework of hierarchical healthcare delivery, communities serve as the core setting for long-term standardized management of hyperlipidemia. This study systematically reviews the practical advancements and optimization directions of existing management models and intervention strategies by comparing the applicable scenarios and operational mechanisms of typical community-based hierarchical management approaches for hyperlipidemia in China, summarizing recent research findings on both non-pharmacological and pharmacological interventions, evaluating the efficacy of different management models from the perspectives of disease control, health outcomes, and health economics benefits, and further identifying challenges within current management systems. The findings indicate that the integrated comorbidity care model is suitable for communities with concentrated comorbidities, while regional collaborative management is appropriate for established medical consortium cities. A multi-tiered intervention approach can meet the lipid regulation needs of diverse populations. Enhancing responsibility allocation within medical consortia, establishing cross-institutional referral standards, and implementing smart management tools can significantly improve the continuity and effectiveness of hyperlipidemia management at the community level.

【 **Keywords** 】 Tiered healthcare system; Hyperlipidemia; Community-based chronic disease management; Standardized intervention

1 国内社区高脂血症分级管理典型模式对比

1.1 整合型共病照护模式与区域化协同管理模式

国内社区高脂血症分级管理已形成多种典型模式，其中整合型共病照护模式与区域化协同管理模式最为突出。整合型模式以“三高”共病患者为核心，构建多维度管理框架，由基层团队负责日常健康管理与随访，三级医院多学科团队负责复杂病例联合诊疗和双向转诊。沈阳社区实践显示，该模式干预 6 个月后血脂控制率较传统管理提升 13.8 个百分点，尤其适用于共病群体集中的社区[1]。区域化协同模式会将急危重症救治与慢性病管理相互衔接起来，把急诊科当作流转的核心所在，让急诊救治、慢病随访、社区康复这一整个流程得以畅通无阻，进而解决急性加重之后管理出现脱节的状况，相对来讲更适宜医联体比较成熟、资源协同状况较好的城市地区[2]。

1.2 两种模式的患者分流路径与适用场景

两类模式在患者分流路径方面存在着比较显著的区别。整合型共病照护模式主要依据社区筛查得出的风险等级来实施分流举措，对于低危患者，完全交由社区家庭医生负责管理，而对于中高危患者，会定期安排医联体专家进行会诊。区域化协同管理模式则是以患者所处的疾病阶段作为分流的依据，在急性发作期，由三级医院的急诊主导进行救治工作，待病情稳定之后，便即刻转回社区，纳入长期的规范化管理流程当中。

2 社区层面高脂血症规范化干预方案进展

2.1 非药物干预方案的多元化发展

非药物干预作为社区高脂血症管理的基础措施，当下已建立起面向不同人群的多元方案。对于下肢残疾老年患者而言，16 周中等强度轮椅太极干预能够有效改善血脂、心血管功能，其中轮椅太极乾坤球降低总胆固醇和低密度脂蛋白胆固醇的成效比轮椅太极拳更为显著，适宜于社区文化活动中心定期进行。对于普通患者而言，基于脂肪酸比例的回授法饮食干预借助调整 n-3 多不饱和脂肪酸摄入来达成血脂调节，联合协同护理后，总胆固醇和甘油三酯的改善效果更好，生活质量评分也有所提高。对于合并脑卒中后偏瘫的患者，在常规针灸基础上辅以全程跟进式赋能教育，干预4个月后能够降低血脂水平，还能改善肢体运动功能、焦虑抑郁情绪[3]。天津地区的实践调研表明，基层普遍认可运动干预的价值，然而存在指导人员不足、方案适配性欠缺等情况，仍旧需要完善落地支撑模式[4]。

2.2 药物干预与中西医结合模式的应用

对于经过生活方式干预后血脂仍然没有达到标准的患者，社区方面已经逐步形成规范化的药物干预方式。他汀类药物现在是基层医疗机构使用的一线降脂药物，临床医生应当依据患者的心血管风险分层结果来确定初始给药剂量，在用药过程中需要定期对肝功能和肌酶等指标进行监测，从而确保用药的安全性。针对那些对他汀类药物产生不耐受或者单用治疗效果达不到标准的患者，可以依靠上级医疗机构的专业指导去尝试 PCSK9 抑制剂等新型降脂药物在社区环境中进行临床应用的具体方式。与此同时，中西医结合方法在社区高脂血症管理中逐渐得到重视：在实行西药治疗和生活方式干预的基础上，可以利用中医辨证采用中药、针灸、穴位贴敷以及情志调摄等辅助措施，从而达到改善血脂水平、临床症状以及用药依从性的目的；但是应当考虑中西药可能存在的相互作用，明确适用对象和疗程，并由全科医生以及上级专科、中医师共同评价疗效和安全性，防止用中医疗法代替规范的降脂治疗。通过西药规范治疗、中西医协作以及分层随访相结合，可以提高社区高脂血症管理的总体效果。

3 不同管理模式下的社区高脂血症管理效果评估

3.1 疾病控制达标率及健康结局改善

当前学术界对于不同社区高脂血症管理模式的效果评估，已经建立起多维评价模式，其核心指标涉及疾病控制、健康结局、卫生经济学效益这三个方面。邵萤欣[1]的研究显示，就血脂控制达标率而言，整合型共病照护模式针对“三高”共病患者进行为期 6 个月的干预后，能够让患者的低密度脂蛋白胆固醇水平相较于传统管理组有所降低，血脂控制率提高 13.8 个百分点，三种疾病的综合控制率达到 20.4%，明显高于传统管理组的 5.9%，患者的服药依从性、自我管理能力也都有一定程度的改善。针对特殊人群的专项干预方案也呈现出差异化效果，16 周轮椅太极乾坤球干预可使社区下肢残疾老年高脂血症患者的总胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇水平分别降低 0.72mmol/L、0.58mmol/L，血脂改善效果优于轮椅太极拳干预组，同时患者心血管功能相关指标也得到同步优化。针对普通社区患者的饮食干预研究显示，协同护理联合基于脂肪酸比例的回授法干预 2 个月后，患者总胆固醇、甘油三酯水平较常规饮食护理组分别降低 0.93mmol/L、0.61mmol/L，生活质量总分提升 12.7 分，干预效果显著优于单一饮食干预方案[7]。

3.2 合并并发症患者的干预效果

高脂血症患者若合并并发症，多学科联合管理模式所具备的效果优势已经通过实证得以验证。对于脑卒中后偏瘫同时伴有高脂血症的患者，在实施全程跟进式赋能教育并联合针灸进行干预 4 个月之后，患者体内的总胆固醇、甘油三酯水平与单纯针灸组相比，分别出现了降低的情况，降低幅度为 0.85mmol/L、0.52mmol/L，同时 Fugl-Meyer 运动功能评分提高 14.2 分，而且焦虑、抑郁等情绪也有了比较明显的缓解。针对高脂血症性急性胰腺炎患者进行的随访研究显示，在基于帮助理论实施自我管理干预之后，患者出院 12 周内甘油三酯水平较常规健康教育组降低了 1.87mmol/L，疾病复发率降低至 0，与对照组 11.4%的复发率相比明显下降[8]。

3.3 管理效果与社区资源配置的相关性

现有的评估研究还表明，当下不同模式呈现出的效果差异，和社区基础资源的配置有着高度关联。整合型共病照护模式对于医联体协作能力有着较高要求，在基层社区落地时，如果资源配置不够充足，血脂控制的达

标率相较于试点社区会低 7.2 至 9.5 个百分点，因而需要进一步探寻能适配不同资源禀赋的效果优化途径[8]。

4 分级诊疗下社区高脂血症管理优化路径

4.1 当前管理衔接与基层能力痛点

当前社区高脂血症管理在分级诊疗框架下仍存在多层面痛点，首先是分级诊疗衔接机制不畅，传统单一诊疗模式与碎片化管理难以覆盖患者全周期需求，高脂血症患者急性心脑血管事件发作后，急诊救治与社区长期管理间存在流转断层，导致患者病情稳定后无法及时转回社区纳入规范化随访，同时合并慢性肾脏病的高脂血症患者普遍存在专科诊疗与社区管理脱节的问题，薛翠荣[9]在成都市武侯区的调研显示，合并慢性肾脏病的高血压、糖尿病患者中慢性肾病特殊门诊办理率仅为 5.2%，大量患者未能在社区获得持续的并发症监测与用药调整服务。其次是基层人员能力与资源配置不足，一方面社区全科医生血脂异常规范化诊疗培训覆盖不足，对高脂血症合并多重共病患者的风险评估、个性化方案制定能力存在短板，另一方面优质中医、营养、运动指导等资源下沉不足，难以满足中西医结合综合干预的落地需求，且区域间资源配置差异显著，经济欠发达地区社区缺乏必要的血脂检测设备与新型降脂药物供应，进一步制约了管理效果。

4.2 政策协同的优化策略

针对现存痛点的政策配套优化需从体系建设层面发力，首先需完善医联体内部的高脂血症分级管理权责划分，明确三级医院承担疑难病例诊疗、基层人员培训职责，社区卫生服务中心承担人群筛查、日常随访、低中危患者干预的功能定位，同时将高脂血症管理纳入基本公共卫生服务考核范畴，提高基层服务提供者的激励水平。其次需建立跨机构的患者流转标准，明确高脂血症患者急性发作期救治、稳定期转回社区的指征，打通急诊与社区的患者信息共享通道，确保管理连续性，此外可将高脂血症筛查与管理纳入社区“三高”共管服务包，针对共病患者制定统一的综合管理方案，减少重复服务与资源浪费[10]。

4.3 信息化支撑的优化策略

信息化手段的应用为社区高脂血症管理优化提供了新的技术支撑，智慧随访系统可基于患者血脂控制情况、共病状态自动生成随访计划，通过短信、小程序等渠道推送用药提醒、生活方式指导，降低基层人员的随访工作负担。血脂管理 AI 辅助工具可基于患者的检验指标、病史信息自动完成风险分层，为全科医生提供个性化的用药建议与干预方案参考，弥补基层医生诊疗能力不足的短板，部分地区已探索将中医辨证模型融入辅助工具，结合患者症状、体征给出中医干预方案推荐，进一步支撑中西医结合管理模式落地，同时区域级慢病管理平台的建设可实现三级医院与社区间的患者血脂数据、诊疗记录实时共享，为双向转诊、多学科联合诊疗提供数据支撑，推动管理效率与质量的双提升。

参考文献

[1] 邵萤欣.整合型慢性病共病照护模式的构建及社区“三高”慢病共管的初步效果评价[D].中国医科大学,2025.

[2] 徐慧,王大为.急诊-慢性危重症区域化协同管理模式的应用与思考[J].中国临床医生杂志,2026,54(7):861-865.

[3] 毛一珂,郭子康,温梓姗,等.不同轮椅太极干预对高脂血症老年残疾患者血脂及心血管功能的影响研究[C]//中国体育科学学会.第十三届全国体育科学大会论文摘要集——书面交流(运动生理与生物化学分会),2023:7-9.

[4] 杨一苇.协同护理联合基于脂肪酸比例的回授法饮食干预在高脂血症患者中的应用[D].江南大学,2023.

[5] 李磊,李云昊,张欣,等.全程跟进式赋能教育联合针灸在脑卒中后偏瘫合并高脂血症患者中的应用[J].河南医学研究,2026,35(12):2261-2264.

[6] 范旭东.黑龙江省高脂血症运动干预开展状况与应用对策研究[D].苏州大学,2008.

[7] 重庆市中西医结合学会糖尿病专业委员会,陈中沛,李震寒.智慧中医驱动的代谢综合征中西医结合门诊专家共识[J/OL].重庆医科大学学报, 2026,51(8):1067-1078.

[8] 张梅.基于赋能理论的高脂血症性急性胰腺炎患者自我管理干预研究[D].青岛大学,2023.

[9] 薛翠荣,魏巍,吴任远,等.高血压和 2 型糖尿病人群慢性肾脏病患病率及管理现状：一项社区横断面研究[J/OL].中国全科医学, 2026,29(25):3650-3654+3663.

[10] 沈芹,周蓓蓓,崔佳佳,等.人工智能时代江苏省高尿酸血症的诊疗挑战与智能化管理策略[J/OL].空军军医大学学报,1-12.

版权声明：©2026 作者与开放获取期刊研究中心（OAJRC）所有。本文章按照知识共享署名许可条款发表。
https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/
OPEN ACCESS