

DB11

北 京 市 地 方 标 准

DB11/T 2399—2025

慢性代谢性疾病患者健康管理服务规范

Systematic management service specification for patients with
chronic metabolic disease

2025 - 04 - 01 发布

2025 - 07 - 01 实施

北京市市场监督管理局

发 布

前 言

本文件按照GB/T 1.1—2020《标准化工作导则 第1部分：标准化文件的结构和起草规则》的规定起草。

本文件由北京市卫生健康委员会提出并归口。

本文件由北京市卫生健康委员会组织实施。

本文件起草单位：北京大学第一医院、丰台区疾病预防控制中心、北京正河山标准化咨询事务所（有限合伙）、北京爱和健康科技服务有限公司、医家医云科技（北京）有限公司。

本文件主要起草人：李昂、张俊清、李洁、常丽艳、周鸿峰、魏佳、于水清、钟德君、王若东、许旻。

慢性代谢性疾病患者健康管理服务规范

1 范围

本文件规定了慢性代谢性疾病患者健康管理服务的基本要求、服务内容与要求、服务评价与改进。

本文件适用于医疗卫生机构为慢性代谢性疾病患者提供的健康管理服务，其他健康管理机构可参照使用。

2 规范性引用文件

本文件没有规范性引用文件。

3 术语和定义

本文件没有需要界定的术语和定义。

4 基本要求

4.1 组织和人员要求

4.1.1 应具备为糖尿病（主要是2型糖尿病）、脂代谢紊乱、代谢综合征、高尿酸血症、骨质疏松症等与代谢异常相关的常见慢性代谢性疾病患者提供健康管理服务的团队。

4.1.2 应有相关专科医师或全科医生和护士，可根据需要引入药剂师、营养师、运动康复师、心理咨询师、健康管理师等成员。

4.1.3 应根据工作内容对人员进行培训与考核，考核合格者方能上岗。上岗后定期培训，每两年考核一次。

4.1.4 应建立并实施质量控制、培训考核、服务评价、档案管理等制度。

4.2 设施设备要求

应具备慢性代谢性疾病患者健康管理服务所需的相关设施设备、医疗用品。

4.3 信息要求

4.3.1 应通过信息化管理系统记录慢性代谢性疾病患者健康管理服务的全过程和结果。

4.3.2 患者信息记录宜在医疗卫生机构间进行信息共享和信息互通。

4.3.3 应注重健康数据的信息安全，并保护患者隐私。

5 服务内容与要求

5.1 服务流程

慢性代谢性疾病健康管理服务应包括但不限于以下流程：

- a) 初诊建立健康档案；
- b) 综合评估；
- c) 制定或调整健康管理服务方案；
- d) 实施服务方案；
- e) 更新健康档案。

5.2 初诊建立健康档案

5.2.1 慢性代谢性疾病患者到医疗卫生机构接受服务时，应通过查阅病历、问卷或访谈等方式，了解患者情况，为其建立健康档案。

5.2.2 健康档案内容应包括下列几类：

- a) 患者签署的知情同意书。
- b) 个人基本情况：包括姓名、性别等基础信息和既往史、家族史、吸烟饮酒史等基本健康信息。
- c) 健康管理记录：
 - 1) 疾病病情信息：病程、现病史、过敏情况、用药情况、合并症及并发症等。
 - 2) 医疗指标：血压、体重、体重指数（BMI）、腰/臀围、体成分等身体测量学指标；心肺功能、骨密度、握力、耐力等体质状况指标；糖化血红蛋白、血糖、血脂谱、尿酸、肝功能、肾功能等血液测量指标。
 - 3) 健康状态及自我管理能力：自我监测方法、频率和监测结果，用药依从性，饮食、运动、睡眠，心理状态，突发事件处理等信息。
 - 4) 并发症风险情况和疾病结局：并发症评估和疾病发展的重要事件。

5.3 综合评估

5.3.1 综合评估包括疾病评估、心理评估、行为评估和社会决定因素评估。

5.3.2 疾病评估包括：

- a) 根据患者疾病病情信息、辅助检查指标（如血糖、血压、血脂、尿酸等）等相关信息进行疾病评估；
- b) 患者存在或潜在的危急情况评估，如低血糖、高血糖、急性心肌梗死、急性心功能不全、卒中、急性肾功能不全、营养不良、严重感染、跌倒风险等；
- c) 患者疾病并发症风险评估，如心脑血管动脉粥样硬化性疾病、慢性肾脏病、足病和骨折等；
- d) 根据患者疾病情况进行其他健康评估，如睡眠呼吸暂停、关节活动度、体适能评估等。

5.3.3 心理评估包括：

- a) 评估患者自我管理效能，识别自我管理的重要性、自信程度；
- b) 评估患者的情绪状态，识别抑郁症、焦虑症等心理疾病；
- c) 评估患者对于疾病带来的压力和挑战时的心理应对能力。

5.3.4 行为评估包括：

- a) 评估患者的饮食行为，包括饮食的种类、频率和量；
- b) 评估患者的运动行为，包括运动的类型、频率和强度；
- c) 评估患者的睡眠，包括入睡时间、睡眠时长和质量；
- d) 评估患者的医嘱依从性，包括用药依从性（是否按时按量用药）、治疗依从性（是否遵循康复训练或手术方案）、生活方式依从性（如戒烟、控糖、运动等行为改变）、随访依从性（是否定期复诊及监测指标）等；
- e) 评估患者的疾病自我管理行为，包括日常监测、疾病突发情况的应对措施。

5.3.5 社会决定因素包括：

- a) 评估患者的教育水平；
- b) 评估患者的工作及经济状况；
- c) 评估患者的社会支持因素，包括家庭、朋友和社区资源。

5.4 制定或调整健康管理服务方案

5.4.1 根据患者评估结果制定健康管理服务方案。

5.4.2 制定健康管理服务方案时，应与患者达成一致，并综合考虑下列因素：

- a) 患者综合评估结果；
- b) 可达成的阶段性管理目标；
- c) 患者意愿。

5.4.3 健康管理服务方案包括：

- a) 健康促进措施；
- b) 药物治疗；
- c) 并发症筛查与监测；
- d) 复诊时间；

5.4.4 健康促进措施包括但不限于：

- a) 疾病与用药知识：提供慢性代谢性疾病的基础知识和用药指导；
- b) 健康管理重要性：强调慢性代谢性疾病健康管理的重要性和长期益处；
- c) 情绪心理支持：通过心理咨询、压力管理课程或团体支持活动，缓解患者焦虑、抑郁情绪，提升疾病管理信心；
- d) 自我监测技巧：指导患者如何进行有效的自我监测和数据记录；
- e) 生活方式指导：包括合理膳食、适当运动、改善睡眠、戒烟限酒等基本建议；
- f) 个性化饮食处方：根据患者的营养需求和健康状况，提供个性化的饮食建议；
- g) 个性化运动处方：制定适合患者健康状况的运动计划，包括运动类型、频率、强度和持续时间；
- h) 风险与应急处理：指导患者识别和管理疾病相关风险，以及应对突发情况的方法。

5.4.5 调整健康管理服务方案时，应综合考虑下列因素：

- a) 生活方式改进目标和管理方案达成情况；
- b) 远程管理服务过程中出现的疾病相关问题。

5.5 实施服务方案

5.5.1 执行健康管理服务方案时的信息传递：

- a) 提供支持患者自我管理的清晰、准确的健康信息；
- b) 在健康管理服务团队外，宜考虑家庭、朋友和社区资源等社会支持因素。

5.5.2 实施健康促进措施，可通过远程管理服务提供部分健康促进措施：

- a) 复诊提醒、预约，督促患者定期到医疗卫生机构就诊；
- b) 提示患者完成相关检查；
- c) 患者出现突发或紧急情况时（如高血糖、低血糖、痛风发作等），指导患者进行紧急处理并建议及时就诊；
- d) 并发症筛查过程中出现问题或异常事件时，通过远程管理服务提醒患者及时处理；

5.5.3 药物治疗：

- a) 帮助患者正确理解药物的作用、剂量、服用时间和潜在副作用，并按医嘱正确服用；

- b) 定期检查患者的用药依从性，必要时提供提醒或调整治疗方案。

5.5.4 并发症筛查与监测：

- a) 定期进行并发症的筛查；
- b) 对患者存在的并发症进行定期监测。

5.5.5 告知复诊时间。

5.6 更新健康档案

5.6.1 实施服务方案相关健康管理记录，应归档保存。

5.6.2 健康管理记录：

- a) 疾病病情信息：病程、现病史、过敏情况、用药情况、合并症及并发症等；
- b) 医疗指标：血压、体重、体重指数（BMI）、腰/臀围、体成分等身体测量学指标；心肺功能、骨密度、握力、耐力等体质状况指标；糖化血红蛋白、血糖、血脂谱、尿酸、肝功能、肾功能等血液测量指标；
- c) 健康状态及自我管理能力：自我监测方法、频率和监测结果，用药依从性，饮食、运动、睡眠，心理状态，突发事件处理等信息；
- d) 并发症风险情况和疾病结局：并发症评估和疾病发展的重要事件。

5.6.3 健康档案内容宜包括接诊、转诊、会诊记录等。

6 服务评价与改进

6.1 服务评价

应定期整理、分析患者健康数据，对慢性代谢性疾病患者健康管理服务开展评价，评价内容包括但不限于：

- a) 档案规范率；
- b) 患者规范管理率；
- c) 患者需求响应率；
- d) 患者及家属对服务质量的满意度。

6.2 服务改进

根据服务评价结果对存在的问题进行分析，查找原因，并制定持续改进措施。

参 考 文 献

- [1] DB11/T 2118—2023 社区卫生服务机构老年健康教育服务规范
 - [2] 国家基本公共卫生服务规范（第三版）（国卫基层发〔2017〕13号）
-