

慢性病健康管理规范 (T/CHAA 007-2019)

中国健康管理协会

通信作者:赵文华, Email: zhaowh@chinacdc.cn

基金项目:国家重点研发计划(2018YFC1311405)

DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2020.01.002

Good health management practice for chronic diseases (T/CHAA 007-2019)

Chinese Health Association

Corresponding author: Zhao Wenhua, Email: zhaowh@chinacdc.cn

Fund program: National Key Research and Development Program of China (2018YFC1311405)

DOI: 10.3760/cma.j.issn.0254-6450.2020.01.002

前 言

本标准按照 GB/T 1.1—2019《标准化工作导则第 1 部分标准的结构和编写》给出的规则起草。

本标准由中国健康管理协会归口。

本标准起草单位:中华预防医学会慢性病预防与控制分会、中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心、解放军总医院健康管理研究院、中华预防医学会健康风险评估与控制专业委员会、中国疾病预防控制中心、中国卫生信息与健康医疗大数据学会慢病防治与管理专业委员会、中国疾病预防控制中心营养与健康所、中国非公医疗机构协会慢性病管理分会、海南博鳌县域医疗发展研究中心、首都医科大学、北京联合大学、宜昌市疾病预防控制中心/宜昌市健康管理中心、北京翼生科技有限公司。

本标准主要起草人:赵文华、周脉耕、李红、武阳丰、王卓群、董文兰、赵艳芳、郑文静、亓晓、王琦琦、霍勇、李星明、米生权、张坚、柳楨、徐勇、郑延松、王维民、杨鹏。

本标准为首次发布。

慢性病健康管理规范

1 范围

本标准规定了主要慢性非传染性疾病(慢性病)健康管理的术语和定义、流程、组成部分、信息系统及服务人群信息汇总、分析与利用。

本标准适用于医疗卫生服务机构、健康体检机构、健康管理相关企业等对个体开展心脑血管疾病、糖尿病、癌症、慢性呼吸系统疾病等主要慢性病的健康管理服务。

2 术语和定义

下列术语和定义适用于本文件。

2.1 慢性病健康管理 health management for chronic diseases

在收集个人健康信息的基础上,对个体未来一定时间内某种慢性病的发生风险进行预测。在风险预测的基础上,针对生活方式和危险因素制定个体化干预和行为校正计划并实施,定期进行跟踪和效果评估。在效果评估的基础上进一步收集信息,进入下一个循环。

在个体健康管理的基础上,也可对服务人群信息进行汇总和分析,并对人群的慢性病预防、治疗和管理工作提出建议、指导和咨询。

2.2 个人慢性病风险预测 individual risk prediction of chronic diseases

基于个人的健康信息,采用特定方法预测个人在特定时间内发生某种慢性病的可能性。

3 慢性病健康管理流程

慢性病健康管理流程见图 1。

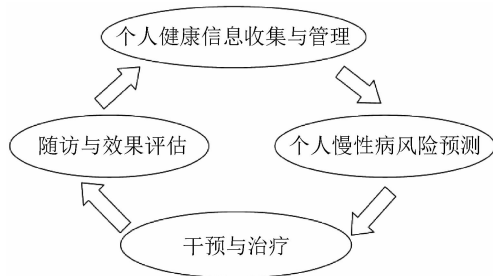


图1 个体化慢性病健康管理流程

4 慢性病健康管理组成部分

4.1 个人健康信息收集与管理

4.1.1 信息收集内容

4.1.1.1 基本信息

包括姓名、性别、身份证号、出生年月、民族、婚姻状况、文化程度、职业、居住地址等。

4.1.1.2 健康信息

4.1.1.2.1 既往病史

包括心脑血管疾病、糖尿病、癌症、慢性呼吸系统疾病等主要慢性病的既往病史。

4.1.1.2.2 家族史

包括(外)祖父、(外)祖母、父亲、母亲、兄弟姐妹、子女等直系亲属的慢性患病情况。

4.1.1.2.3 生活方式及行为危险因素

包括膳食营养、身体活动、烟草使用、酒精使用、睡眠等情况。

4.1.1.2.4 心理因素

包括精神压力和焦虑等。

4.1.1.2.5 体格测量

包括身高、体重、腰围、心率、呼吸频率等指标。

4.1.1.2.6 临床辅助检查

包括血压、心电图、肺功能等指标。

4.1.1.2.7 实验室检测指标

包括血常规、尿常规、空腹血糖、餐后2 h血糖、糖化血红蛋白、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、C-反应蛋白、肝功能、肾功能等。

4.1.2 信息管理

对慢性病健康管理服务中所收集和产生的个人信息进行妥善保管和维护,按级别授权使用。保护个人隐私,保障信息安全。

4.2 慢性病风险预测

在收集个人信息的基础上,采用一定方法对个人未来一定时间内发生某种慢性病的可能性进行预测,也可对个体未来发生慢性病并发症或死亡的风险进行预测。依据风险预测结果和患病状况,将个人划分为慢性病的一般个体、高危个体或患者。常见的慢性病风险预测方法包括指标法和模型法。具体如下:

(1)指标法是以慢性病主要危险因素作为筛查指标,明确各指标的判定标准,满足其中 ≥ 1 种危险因素指标者,即判断为慢性病高危个体。单一慢性病高危个体的判断可在此基础上结合单病特点,增加特异判断指标,并确定是否为单病高危个体。

(2)模型法是采用logistic回归模型、Cox比例风险模型、灰色模型等方法,利用队列研究或横断面调查数据构建预测模型,并计算个体慢性病的发病概率。模型纳入因素通常包括遗传因素、既往病史、生活方式及行为危险因素、体格测量指标、临床辅助检

查指标和实验室检测指标等。

4.3 干预与治疗

4.3.1 一般个体

4.3.1.1 内容

膳食营养、身体活动、烟草使用、酒精使用、心理、睡眠等方面。

4.3.1.2 方法

健康教育和健康促进。

4.3.2 高危个体

4.3.2.1 内容

针对个人的生活方式及行为危险因素,结合个人健康需求及意愿,优先选择 ≥ 1 种危险因素进行干预及行为校正。包括膳食营养、身体活动、烟草使用、酒精使用、心理、睡眠等方面。

4.3.2.2 方法

4.3.2.2.1 健康教育和健康促进。

4.3.2.2.2 由医生及相关专业人员开具个体化营养处方、个体化运动处方、个体化戒烟处方、个体化戒酒处方、个体化心理干预处方等。

4.3.3 慢性病患者

4.3.3.1 内容

主要包括:

(1)针对个人生活方式及行为危险因素进行全面个体化干预及校正,包括膳食营养、身体活动、烟草使用、酒精使用、心理、睡眠等方面;

(2)个体化药物治疗、手术治疗、物理治疗等临床治疗。

4.3.3.2 方法

4.3.3.2.1 个体化生活方式和危险因素干预及行为校正
具体方法参见高危个体。

4.3.3.2.2 临床治疗

对确诊的慢性病患者由医生依据相关的临床规范、指南和路径等开展临床治疗。

4.3.3.2.3 患者自我管理

通过系列健康教育课程教给患者自我管理所需知识、技能、信心及与医生交流的技巧,来帮助慢性病患者在得到医生更有效的支持下,主要依靠患者自己解决慢性病给日常生活带来的各种躯体和情绪方面的问题。形式可以采用“自我管理小组”的方式定期开展活动,小组成员主要由患者组成,按分工可包含组长、副组长和组员,人数以10~15人为宜。

4.3.4 定期随访

4.3.4.1 对象

包括慢性病一般个体、高危个体和患者。

4.3.4.2 内容

收集生活方式及行为危险因素改善情况、再次收集个人健康相关信息,结合个人当前的健康改善情况调整服务内容。

4.3.4.3 方式

面对面访谈、电话、微信、手机APP、网络在线随访等。

4.3.4.4 频率

随访频率为:

- (1)对于一般个体,每年随访≥1次;
- (2)对于高危个体至少每3个月随访1次;
- (3)对于患者根据临床规范进行。

4.4 随访及效果评估

主要包括:

- (1)个人健康知识知晓情况;
- (2)个人行为危险因素改变情况;
- (3)个人体格测量、实验室检测及临床辅助检测指标变化情况;
- (4)个体慢性病发生危险程度变化情况;
- (5)个体慢性病并发症发生情况;
- (6)个体对服务的依从性情况;
- (7)个体对服务的满意度等。

5 信息系统

5.1 组成

信息系统应由信息收集与管理模块、慢性病风险预测模块、干预与治疗支持模块及随访评估模块

4部分组成。

5.2 功能

5.2.1 健康信息与收集管理模块主要功能包括收集、储存个人健康数据,并作为其他模块的信息来源,应具备数据录入、查询、浏览、修改及个人信息汇总等功能,并将个人健康信息以时间序列的形式进行管理,实现对个人健康改善状况进行跟踪及效果评估。

5.2.2 慢性病风险预测模块应能与健康信息收集与管理模块对接,能利用慢性病风险预测相关方法对个人发生心脑血管疾病、糖尿病、慢性呼吸系统疾病和癌症等主要慢性病的可能性进行预测,并提供报告。

5.2.3 干预与治疗支持模块能提供个体化生活方式和危险因素校正处方,能向医生提供服务对象个人信息汇总报告,并可向服务对象提供健康指导。

5.2.4 随访评估模块主要功能包括实现自动提醒、在线随访、跟踪个人健康状况、评估个人健康改善效果等,并与下一循环的服务相衔接。

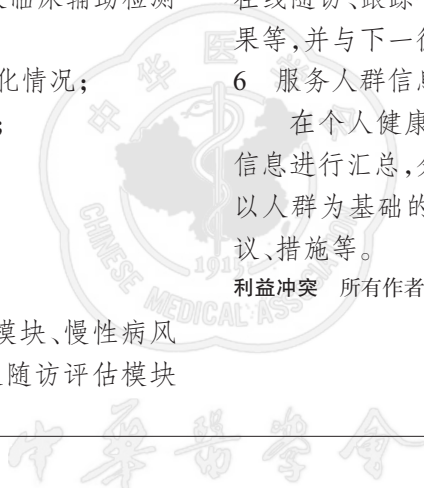
6 服务人群信息汇总、分析与利用

在个人健康管理的基础上,对特定服务人群的信息进行汇总,分析群体水平管理的效果指标,形成以人群为基础的评估报告,并提出慢性病管理的建议、措施等。

利益冲突 所有作者均声明不存在利益冲突

(收稿日期:2019-11-22)

(本文编辑:李银鸽)



· 征订启事 ·

本刊2020年征订启事

《中华流行病学杂志》创刊于1981年,是由中华医学会主办、中国疾病预防控制中心传染病预防控制所承办的流行病学及其相关学科的专业学术期刊,以从事预防医学与公共卫生、基础医学、临床医学的广大工作者为读者对象。报道内容涵盖流行病学及其各分支学科的科研成果,疾病预防控制热点、重点和难点问题,循证和转化医学、健康大数据分析应用,大型队列研究成果、现场流行病学调查、监测、临床流行病学研究成果、分子流行病学、相关实验室研究成果、教育教学方法与实践等。栏目设置包括述评、专家论坛、重点号、大型队列研究、标准方案指南、监测、现场流行病学、实验室研究、临床流行病学、基础理论与方法、系统综述/Meta分析、学习发现交流、系列讲座、流行病学经典案例、教育教学实践、问题与探讨和综述等。

《中华流行病学杂志》被美国医学索引/生物医学检索(Medline/PubMed)、Elsevier全文数据库(Scopus)、美国化学文摘(CA)、欧洲生物医学检索(Europe PMC)、中国科技核心期刊(中国科技论文统计源期刊)、中文核心期刊要目总览(北大核心期刊)、中国科学引文数据库(CSCD)、中国生物医学文献数据库(CBM)等多种国内外知名的检索系统和数据库收录。《中华流行病学杂志》近年来连续荣获“百种中国杰出学术期刊”“中国国际影响力优秀学术期刊”等;2019年入选了“中国科技期刊卓越行动计划”。

《中华流行病学杂志》全年出版12期,每期定价20元,全年240元,由全国各地邮局统一订阅,邮发代号:2-73;可登录中华医学网(<http://medline.org.cn/>)的“商城”(<http://medline.org.cn/mall/index.do>)和微信公众号“中华医学会杂志社会员俱乐部(微信号:cmclub)”的“商城”进行订阅。中华流行病学杂志编辑部地址:北京昌平区昌百路155号传染病所B115室,邮编:102206,电话(传真):010-58900730,Email:zhlx1981@sina.com。欢迎广大读者踊跃投稿(<http://chinaepi.icdc.cn>),积极订阅。