

ICS 11.020

CCS C05

团体标准

T/BRACDCHE 005-2026

眼科慢性病基层健康管理指南

Guidelines for primary health management of chronic ophthalmic
disease

2026-3-18 发布

2026-3-18 实施

北京慢性病防治与健康教育研究会

发布

目 次

前 言.....	II
引 言.....	III
1 范围.....	1
2 规范性引用文件.....	1
3 术语和定义.....	1
4 眼科慢性病健康管理流程.....	2
5 眼科慢性病健康管理组成部分.....	3
6 信息系统.....	6
7 服务人群信息汇总、分析与利用.....	6
参考文献.....	8

前 言

本文件参照GB/T1.1—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。

请注意本文件的某些内容可能涉及专利。本文件的发布机构不承担识别专利的责任。

本文件由首都医科大学附属北京同仁医院提出。

本文件由北京慢性病防治与健康教育研究会归口。

本文件起草单位：首都医科大学附属北京同仁医院、北京大学公共卫生学院、首都医科大学附属北京安贞医院、安阳眼科医院、首都儿科研究所附属儿童医院、北京爱诺斯科技有限公司。

本文件主要起草人：李仕明。

本文件其他起草人（按姓氏笔画排序）：王宁利、王胜锋、李自羽、李翥、杨宙、高新晓、詹思延、康梦田、谢媛、魏士飞、谭国凯。

引 言

随着现代生活节奏的加快和人口老龄化趋势的加剧，眼科慢性病如白内障、青光眼、糖尿病视网膜病变等的发病率逐年上升，已成为影响国民健康的重要问题。当前眼科慢性病管理存在诊疗流程不规范、患者教育不到位、健康管理缺失等。这些问题不仅影响了患者的治疗效果和生活质量，也给医疗系统带来了沉重的负担。目前尚无眼科慢性疾病管理相关标准规范，因此，制定一套系统的眼科慢性病规范具有迫切的必要性，以解决当前管理中的问题，提升眼科慢性病管理的整体水平，为患者提供更加优质、高效的医疗服务。

当今信息时代下，电子产品的普及，以及社会老龄化的加快各种眼科疾病发病率也呈现逐年上升的发展趋势。研究发现，我国近视患者约7亿人，干眼症患者超过3亿人，青光眼患者超过2千万人，患病群体从幼儿到青年、中年、老年等各年龄段都有，且很多确诊眼科疾病患者因为对眼科疾病认知不足，治疗护理依从性也相对较差，难以遵从医嘱按时用药和定期复查，致使最终预后、疗效很难达到预期要求，继而造成眼科疾病防治管理实效性大打折扣的状况发生，患者生理健康、生活质量也会因此受到较大影响。

目前，我国眼科医疗资源分布不均，基层眼科诊疗能力有限，缺乏规范化的分级诊疗体系和统一的管理标准。本文件参照《国家基本公共卫生服务规范》的慢性病管理框架，结合眼科专科特点，提出适用于基层医疗卫生机构的眼科慢性病健康管理规范，以促进基层首诊、双向转诊、急慢分治机制的有效运行。

眼科慢性病基层健康管理指南

1 范围

本文件明确了基层医疗机构医疗从业人员对眼科常见慢性病（涵盖糖尿病性视网膜病变、屈光不正、青光眼、年龄相关性黄斑变性、干眼等）的健康管理规范，详细阐述了眼科常见慢性病的危险因素干预、筛查、分级管理及随访等内容。

本文件适用于基层医疗卫生机构（社区卫生服务中心/站、乡镇卫生院、村卫生室）以及一、二级县区级医院的医务人员。

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

下列术语和定义适用于本文件。

3.1

糖尿病 Diabetes mellitus, DM

一组由多病因引起的以慢性高血糖为特征的代谢性疾病，是由于胰岛素分泌和（或）利用缺陷所引起。

3.2

糖尿病性视网膜病变 Diabetes retinopathy, DR

由于长期高血糖以及与糖尿病有关的其他异常所引起的以视网膜微血管损害为特征的慢性、进行性视力损害的眼病。

注：根据是否出现视网膜新生血管，将其分为非增殖期和增殖期糖尿病性视网膜病变。

3.3

屈光不正 Refractive error

当眼调节放松时，平行光线通过眼的屈光系统进入眼内后不能聚焦在视网膜上。

3.4

近视 Myopia

在调节放松状态下，平行光线经眼屈光系统后聚焦在视网膜前。

3.5

远视 Hyperopia

在调节放松状态下，平行光线经眼屈光系统后聚焦在视网膜后。

3.6

散光 Astigmatism

由于眼球在不同子午线上屈光力不同，平行光线经眼屈光系统后不能形成焦点的屈光状态。

3.7

青光眼 Glaucoma

以特征性视神经萎缩和视野缺损为共同特征的疾病。

注：病理性眼压增高是其主要危险因素。

3.8

年龄相关性黄斑变性 Age-related macular degeneration, AMD

一组主要见于50岁以上人群的退行性、致盲性、累及黄斑区的疾病谱。

注：其眼底可见以下一种或多种表现：存在至少中等大小的玻璃膜疣（直径 ≥ 63 微米），网状假性玻璃膜疣，视网膜色素上皮（RPE）异常改变（如色素减退或色素沉着），RPE萎缩（地图样萎缩），黄斑新生血管（包括脉络膜新生血管和视网膜血管瘤样增生）。

3.9

干眼 Dry eye

任何原因引起的泪液质或量异常，或动力学异常导致的泪膜稳定性下降，并伴有眼部不适和（或）眼表组织损害为特征的多种疾病的总称。

3.10

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矫正计划并实施，定期进行跟踪和效果评价。

3.11

高血压性视网膜病变 Hypertensive retinopathy

由系统性高血压（原发性或继发性）引起的视网膜血管特异性损害。

注：其特征为视网膜动脉痉挛、硬化、渗出、出血及视神经乳头水肿等病理性改变。

4 眼科慢性病健康管理流程

4.1 患者筛查与登记

4.1.1 筛查对象

针对眼科慢性病高危患者和可疑患者进行识别和筛查。

4.1.2 筛查方式

由专业医生实施，主要包括视力检查、眼底照相等检查方法。

4.1.3 信息登记

通过注册登记系统进行患者信息采集，采用身份证号码与卫健委登记系统进行关联，建立标准化电子档案。基层医疗机构重点关注糖尿病视网膜病变等眼科慢性病的发病时间记录和管理情况。

4.2 患者分级分类及转诊

4.2.1 通过患者信息采集系统例如二维码扫描填报，结合预测模型对患者进行风险分级：

- a) 高危人群：由社区医院医生重点管理，建立专门档案。
- b) 一般风险人群：进行健康教育和定期随访。
- c) 低危人群：定期健康检查。

4.2.2 转诊管理：明确转诊标准，建立双向转诊机制，确保患者诊疗信息及时回传至基层医疗机构。

4.3 诊疗方案管理

4.3.1 眼科专科医生或上级医院眼科医生依据患者的眼科检查结果、全身病史及危险因素，制定包含光学矫正、药物治疗、手术或激光治疗、随访频次等要素的个性化诊疗方案，并反馈至基层医疗机构执行。

4.3.2 基层医疗机构宜利用信息系统对眼科慢性病患者的诊疗方案执行情况进行全程记录，包括用药情况、视力变化趋势、眼底照相或OCT随访结果等关键指标，并依据动态变化及时提示复诊或转诊。

4.3.3 依据眼科慢性病的病情严重程度和诊疗需求，实施分级管理：稳定期患者宜在基层医疗机构随访管理；病情复杂或需要手术、激光等专科干预者，宜及时转诊至上级眼科专科医院；上级机构完成专科诊疗后，宜将患者信息及诊疗方案回传至基层，实现双向转诊闭环管理。

4.4 随访与复查管理

4.4.1 建立患者复查提醒系统，确保患者按时复查。

4.4.2 通过信息系统记录随访结果，及时调整治疗方案。

4.4.3 对确诊患者实施全程管理，记录治疗效果。

4.5 健康教育服务

4.5.1 针对不同风险等级人群开展分层健康教育。

4.5.2 通过多种形式普及眼科慢性病防治知识。

4.5.3 宜对患者开展眼科慢性病专病健康教育，内容宜涵盖：疾病特点与危险因素、用眼行为规范、按时用药与定期复查的重要性、病情变化的自我识别及就诊时机判断等。宜建立患者随访档案，记录健康教育实施情况及患者依从性，并据此调整管理策略。

5 眼科慢性病健康管理组成部分

5.1 个人健康信息收集与管理

5.1.1 信息收集内容

信息收集内容包括如下信息：

- a)基本信息：包括姓名、性别、年龄、身份证号、民族、教育程度等。
- b)既往病史：包括神经系统疾病、免疫系统疾病、心脑血管疾病、糖尿病、肿瘤、慢性呼吸系统疾病等主要慢性病的既往病史及用药史。眼科慢性病家族史，包括直系亲属的眼科慢性病比如青光眼、糖尿病视网膜病变和屈光不正等患病情况及用药史。
- c)用眼行为方式、生活方式及行为危险因素，包括日间户外活动时间、看近距离和时长、读书学习娱乐媒介方式、睡眠、每日饮食等情况。
- d)心理因素，包括精神压力和焦虑等。
- e)基本体格测量和眼科专病检查数据，包括身高、体重、裸眼和矫正视力、近期睫状肌麻痹验光度数、眼压、眼前节裂隙灯检查、房角检查、眼底检查、视野等。
- f)临床辅助检查和实验室检测指标，包括血压、空腹血糖、餐后2h血糖、糖化血红蛋白、血常规、C反应蛋白、肝功能、肾功能等。

5.1.2 信息管理

对眼科慢性病健康管理服务中所收集和产生的个人信息需保护个人隐私，保障信息安全。

5.2 眼科慢性病风险预测

在收集个人信息的基础上，宜采用一定方法对个体未来发生眼科慢性病及相关并发症的风险进行预测。依据风险预测结果和患病状况，可将个人划分为眼科慢性病的一般个体、高危个体或患者。常见的眼科慢性病风险预测方法包括指标法、大数据技术和人工智能模型法。具体如下：

- a)指标法：以眼科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，满足其中一种及以上危险因素指标者，可判断为眼科慢性病高危个体。
- b)大数据技术：收集相关的临床数据和眼科慢性病患者的主要危险因素和生活方式，应用机器学习算法如支持向量机和随机森林，建立眼科慢性病风险预测模型，并计算个体眼科慢性病的发病概率。模型纳入因素通常包括遗传因素、家族史、生活方式及行为危险因素、临床检查指标和实验室检测指标等。
- c)人工智能模型法：收集质量合格的眼底彩照、OCT等图像数据，将图像传输至基于人工智能模型开发的软件，评估软件输出某种眼科慢性病的发病风险等。

5.3 病情评估

5.3.1 全身危险因素评估

评估临床辅助检查和实验室检测指标结果（血压、空腹血糖、餐后2h血糖、糖化血红蛋白、血常规、C反应蛋白、肝功能、肾功能等）及全身病史（年龄、糖尿病病程等）。

5.3.2 眼科专科检查评估

5.3.2.1 糖尿病性视网膜病变

宜依据眼底检查结果评估病情，可分为两大类：

非增殖期糖尿病视网膜病变：根据微动脉瘤、渗出等分类；

增殖期糖尿病视网膜病变：根据新生血管、玻璃体积血、纤维膜增生或视网膜脱离等分类。

5.3.2.2 屈光不正

宜依据视力、近期睫状肌麻痹验光度数和眼底检查等结果评估病情，可按屈光度数分为低度、中度和高度等。

5.3.2.3 青光眼

宜依据眼压测量、前房检查和眼底检查等结果，通过裂隙灯显微镜观察眼前段、使用前房角镜评估房角状态、用眼底镜检查视神经，结合光学相干断层扫描（OCT）等，判断青光眼的类型和病情发展阶段。

5.3.2.4 年龄相关性黄斑变性

宜依据视力下降、视物变形时间、严重程度以及视物变形、中心暗点的范围，结合眼底检查和光学相干断层扫描（OCT）等明确诊断和病情评估。

5.3.2.5 干眼

宜依据泪液分泌试验和泪膜破裂时间等检查，结合存在眼睛干涩、异物感等典型症状，评估干眼的严重程度。

5.4 干预与治疗

5.4.1 一般个体

5.4.1.1 内容

包括户外活动、近距离用眼、电子产品使用、睡眠、膳食营养、体育锻炼、情绪、光线照明、生活规律、烟草使用、酒精使用等方面。

5.4.1.2 方法

包括科学普及、健康教育和健康促进。

5.4.2 高危个体

5.4.2.1 内容

宜采取个性化的方法，充分考虑每个人的具体情况和需求，针对个人的行为危险因素和生活方式，对几种危险因素实施干预及行为调整，包括户外活动、近距离用眼、电子产品使用、睡眠、膳食营养、体育锻炼、情绪、光线照明、生活规律、烟草使用、酒精使用等方面。

5.4.2.2 方法

a)科学普及、健康教育和健康促进；

b)由医生及相关专业人员指导个性化的用眼行为干预处方、光线照明处方、运动处方、饮食处方、戒烟处方、戒酒处方、心理干预处方等。

5.4.3 眼科慢性病患者

5.4.3.1 内容

眼科慢性病患者健康管理的内容包括：

a)针对每个个体的生活方式及其潜在的行为危险因素，宜采取全方位且个性化的策略来进行干预与校正，包括户外活动、近距离用眼、电子产品使用、睡眠、膳食营养、体育锻炼、情绪、光线照明、生活规律、烟草使用、酒精使用等方面。

b)个性化的光学手段干预、药物干预、手术治疗等临床治疗。

5.4.3.2 方法

眼科慢性病患者健康管理的方法包括：

a)宜对每个个体的生活方式和行为危险因素进行干预及矫正，包括用眼行为干预处方、光线照明处方、运动处方、饮食处方、戒烟处方、戒酒处方、心理干预处方等。

b)临床干预和治疗，对确诊的眼科慢性病患者由医生依据相关的临床诊疗规范、共识和指南等开展临床干预和治疗。

c)患者自我管理，通过一系列针对设计的健康教育课程，增强患者的自我管理能力和自我管理能力，传授给患者管理眼科慢性病所需的知识与实用技能，培养患者的自信心以及与医疗专业人员有效沟通的技巧。

d)宜辅助眼科慢性病患者，在获得医生更为精准和高效的指导与支持下，实现更高质量的自我照顾与生活管理。

e)对于缺乏个人管理能力的人群，宜记录其健康监护人的信息并对监护人进行必要的培训。

5.4.4 定期随访。

5.4.4.1 对象

包括眼科慢性病一般个体、高危个体和患者。

5.4.4.2 内容

收集用眼行为方式、生活方式及危险因素改善情况，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改善干预内容。

5.4.4.3 方式

包括面对面、电话、短信、微信、手机APP、网络在线等随访方式。

5.4.4.4 随访频率

①对于一般个体，至少每年随访1次；②对于高危个体，至少每3个月随访1次；③对于患者，根据临床规范定期随访。

5.5 随访及效果评估

评估体系要涵盖多个维度，首先是个人健康知识的了解程度，这直接关系到个体的健康素养；其次，关注用眼行为方式、生活方式及危险因素的改善情况，衡量健康促进措施的有效性；同时，通过实验室检测及临床辅助检测指标的变化，全面记录个体的生理健康状况。此外，还需评估个体眼科慢性病发生风险的变化趋势，以及眼科慢性病并发症的发生情况，评估个体对眼睛健康管理服务的依从性，是否按照建议执行健康行为；最后，收集个体对服务满意度的反馈，持续改进服务以满足患者的需求。

6 信息系统

6.1 组成模块

信息系统组成宜至少包括患者信息采集模块、电子病历管理模块、患者随访管理模块、眼科慢性病风险预测模块、患者健康干预模块、双向转诊模块、远程会诊模块、业务培训模块。

6.2 功能要求

6.2.1 患者信息采集模块应具备入校筛查信息采集、社区筛查信息采集、村民筛查信息采集、院内建档检查信息采集等多渠道、多方式信息采集手段，宜支持新增、查看、修改、删除患

者信息。有条件地区可采用智能筛查设备，实现患者信息自动传输，提高基层工作效率。有条件的地区宜逐步实现不同级别医疗机构间信息系统互联互通，通过识别患者身份信息，实现患者诊疗信息的相互调阅、查看。

6.2.2 电子病历管理模块宜包括患者列表、患者历史病历查询、新病历填写、修改、删除等功能。患者历史病历应包括分析曲线、趋势预测预警，协助基层医生准确评估患者健康发展情况，是否需要向上转诊。

6.2.3 患者随访管理模块宜包括新建随访任务、根据患者病情自动触发随访的功能，宜具备查询随访记录、自动随访任务执行情况。

6.2.4 眼科慢性病风险预测模块宜具备利用AI大数据分析、算法模型、深度学习等技术，对患者健康检查结果进行眼科慢性病风险预测的能力，宜具备设置风险等级，根据不同风险等级提示患者及医生的功能。

6.2.5 患者健康干预模块应包括患者健康筛查与检查结果解读与自动生成健康干预方案与建议的功能，辅助医生对患者进行周期性健康干预。

6.2.6 双向转诊模块应包括基层医疗机构将患者基本信息及初步检查结果生成转诊单并同步至上级医院的功能，上级医院应包括查询转诊单并接收转诊患者的功能。患者在上级医院完成诊疗后，应包括将患者及其检查结果向下转诊至基层医疗机构的功能。

6.2.7 远程会诊模块应包括查询专家会诊时间、发起远程会诊请求、专家远程接诊、远程查阅电子病历的功能。

6.2.8 业务培训模块应包括中心医院上传培训文章、图片、视频的功能，应包括各级医疗机构在线查看业务培训资料的功能，应包括线上课程预约与学习的功能。

7 服务人群信息汇总、分析与利用

对确诊的患者进行定期的更新汇总，包括疾病最新进程、治疗方案等。同时宜对有患病风险的人群进行筛查跟进，如糖尿病患者定期眼底追踪、屈光不正儿童定期视力筛查等。定期更新群体组成，分析各病群体水平管理的效果，形成评估报告，根据报告结果提出眼科慢性病管理的建议、措施等。

参考文献

1. 李姝,徐妍,方芳,等. 亟待探索和建立眼底病慢性病管理模式[J]. 中华眼底病杂志,2023,39(2):181-183. DOI:10.3760/cma.j.cn511434-20211021-00594.
2. 朱敏. 紫外线气候下中国居民白内障的疾病负担及白内障患者生命质量研究[D]. 辽宁:中国医科大学,2013.
3. 沈胤忱,马宇航,王育璠,等. 重视糖尿病性视网膜病变的全病程综合管理[J]. 中华预防医学杂志,2022,56(12):1889-1892. DOI:10.3760/cma.j.cn112150-20220222-00164.
4. 杨晓慧,崔彤彤,梁庆丰,等. 北京农村居民白内障筛查流程的探讨[J]. 眼科,2009,18(2):80-83.
5. 孙兴怀¹,吴继红¹,陈君毅¹,等. 青光眼诊治康复精准模式的建立及应用[Z]. 复旦大学附属眼耳鼻喉科医院. 2019.
6. 刘玉琦,张毅俊,陈凤新,等. 眼科慢性病健康管理智能化软件系统的研发及应用[J]. 护理学报,2019,26(5):72-74. DOI:10.16460/j.issn1008-9969.2019.05.072.
7. 王媛卓,鲁海,康煜炜,等. 阎莉运用"眼病特效组方"治疗眼科慢性病临证经验摘要[J]. 中国中医眼科杂志,2020,30(10):728-731. DOI:10.13444/j.cnki.zgzyykzz.2020.10.009.
8. 李波,陈玉兰. 慢性病自我管理指导纸质视力表标准化自我视力监测的研究[J]. 国际眼科杂志,2013(12):2543-2544. DOI:10.3980/j.issn.1672-5123.2013.12.56.
9. 罗继红,李杜军,许海,等. 基于慢性病管理模型的眼黄斑变性干预研究[J]. 世界中西医结合杂志,2020,15(11):2094-2097,2101. DOI:10.13935/j.cnki.sjzx.201127.
10. 路晓力. 白银市平川区宝积路社区卫生服务中心 2010—2012 年慢性病患者眼部疾病调查结果分析 [J]. 医学理论与实践 ,2016,29(14):1964-1966. DOI:10.19381/j.issn.1001-7585.2016.14.086.
11. 中华医学会眼科学分会眼底病学组,中国医师协会眼科医师分会眼底病学组. 我国主要眼底病慢病管理专家共识 [J]. 中华眼底病杂志 ,2024,40(4):253-263. DOI:10.3760/cma.j.cn511434-20240220-00076.
12. 曾志童,王朝昕,王慧,等. 基于国内外最新指南的慢性病个体化、精细化健康管理服务分析及我国发展前景——以糖尿病为例[J]. 中国全科医学, 2021,24(9):1037-1044. DOI: 10.12114/j.issn.1007-9572.2021.00.158 .
13. Sheppard J, Shen Lee B, Periman LM. Dry eye disease: identification and therapeutic strategies for primary care clinicians and clinical specialists. *Ann Med.* 2023 Dec;55(1):241-252. doi: 10.1080/07853890.2022.2157477. PMID: 36576348;
14. Gupta N, Kocur I. Chronic eye disease and the WHO Universal Eye Health Global Action Plan 2014-2019. *Can J Ophthalmol.* 2014 Oct;49(5):403-5. English, French. doi: 10.1016/j.jcjo.2014.08.014.

15. Greig EC, Gonzalez-Colaso R, Nwyanwu K. Racial, Ethnic, and Socioeconomic Disparities Drive Appointment No-Show in Patients with Chronic Eye Disease. *J Racial Ethn Health Disparities*. 2023 Aug;10(4):1790-1797. DOI: 10.1007/s40615-022-01363-x.

全国团体标准信息平台