ICS号 01.120

中国标准文献分类号 C 50

 中国健康管理协会 发布

XXXX-XX-XX实施

XXXX-XX-XX发布

慢性病健康管理规范

中国健康管理协会团体标准

T/CHAA XXX—XXXX

Standard of Health Management for Chronic and Noncommunicable Disease

目 次

[前言 3](#_Toc18661676)

[1 范围 4](#_Toc18661677)

[2 规范性引用文件 4](#_Toc18661678)

[3 术语和定义 5](#_Toc18661679)

[3.1健康管理( health management) 5](#_Toc18661680)

[3.2慢性病健康管理（Health Management for Chronic and noncommunicable Diseases） 5](#_Toc18661681)

[3.3个人慢性病风险评估(Individual risk assessment of Chronic and noncommunicable Diseases) 6](#_Toc18661682)

[4 慢性病健康管理流程 6](#_Toc18661683)

[5 慢性病健康管理组成部分 7](#_Toc18661684)

[5.1个人健康信息收集 7](#_Toc18661685)

[5.1.1个人基本信息 7](#_Toc18661686)

[5.1.2 个人健康信息 7](#_Toc18661687)

[5.2个人慢性病风险评估 8](#_Toc18661688)

[5.3分类与管理 8](#_Toc18661689)

[5.4慢性病健康管理效果评估 10](#_Toc18661690)

[6.慢性病健康管理信息系统 10](#_Toc18661691)

[附录 12](#_Toc18661692)

# 前言

本标准按照GB/T1.1给出的规则起草。

本标准由中国健康管理协会归口。

本标准主要起草单位：中华预防医学会慢性病预防与控制分会、中国疾控中心慢病中心、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、中国疾控中心营养与健康所、中国非公医疗机构协会慢性病管理分会、博鳌县域医疗发展研究中心、中国健康管理协会、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和北京翼生科技有限公司。

本标准主要起草人：

赵文华 中国疾控中心营养与健康所/中华预防医学会慢性病预防与控制分会

周脉耕 中国疾控中心慢病中心/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

武阳丰 中华预防医学会健康风险评估与控制专业委员会/中国非公医疗机构协会慢性病管理分会

王卓群 中国疾控中心慢病中心/中华预防医学会慢性病预防与控制分会

董文兰 中国疾控中心慢病中心

赵艳芳 中国疾控中心慢病中心

郑文静 中国疾控中心

亓 晓 中国疾控中心

王琦琦 中国疾控中心

霍 勇 博鳌县域医疗发展研究中心

李 明 中国健康管理协会

李星明 首都医科大学

米生权 北京联合大学

徐 勇 宜昌市疾病预防控制中心/宜昌市健康管理中心

杨 鹏 北京翼生科技有限公司

慢性病健康管理规范

## 范围

本标准规定了一般人群、慢性病高危个体和患者健康管理规范流程及相关支持内容。

本标准适用于医疗机构、健康体检机构、健康管理企业及其他相关机构开展心脑血管疾病、糖尿病、癌症、慢性呼吸系统疾病等主要慢性病以及适用于本规范管理的其他慢性病健康管理服务工作。

## 规范性引用文件

 下列文件对于本文件的应用是必不可少的。凡是注日期的引用文件，仅注日期的版本适用于本文件。凡是不注日期的引用文件，其最新版本（包括所有的修改单）适用于本文件。

陈君石，黄建始主编《健康管理师》[M].北京：中国协和医科大学出版社, 2007.

WS/T 428-2013 成人体重判定

T/CHAA 001-2018 超重或肥胖人群体重管理规范

陈春明，孔灵芝.中国成人超重和肥胖症预防与控制指南[M].北京：人民卫生出版社，2006.

赵文华. 中国成人身体活动指南[M].北京：人民卫生出版社，2011.

中国高血压防治指南修订委员会.中国高血压防治指南(2018年修订版)[J]. 中国心血管杂志, 2019(1):24-56.

中华医学会糖尿病学分会. 中国2型糖尿病防治指南(2017年版)[J]. 中国实用内科杂志, 2018, v.38(04):34-86.

诸骏仁, 高润霖, 赵水平,等. 中国成人血脂异常防治指南(2016年修订版)[J]. 中国循环杂志, 2016, 16(10):7-28.

## 术语和定义

### 3.1健康管理( health management)

是对个体或群体的健康进行全面监测、分析、评估、提供健康咨询和指导以及对健康危害因素进行干预的全过程。健康管理的宗旨是调动个体和群体及整个社会的积极性，有效地利用有限的资源达到最大的健康效果。健康管理的具体做法就是为个体和群体（包括政府）提供有针对性的科学健康信息并创造条件采取行动来改善健康。

### 3.2慢性病健康管理（Health Management for Chronic and noncommunicable Diseases）

是对个体或群体的慢性病及其危险因素进行全面监测、分析、评估、提供健康咨询和指导以及对慢性病危险因素进行干预的全过程。

### 3.3个人慢性病风险评估(Individual risk assessment of Chronic and noncommunicable Diseases)

 是基于个人的健康信息和健康特征评估在一定时间内发生某种慢性病的可能性，包括慢性病患病风险评估、发病风险预测、死亡风险预测等。常见的评估方法包括指标法和模型法。

## 慢性病健康管理流程

**健康信息利用**

**确定重点目标人群**

**随访与指导**

**连续收集管理信息**

**一般人群**

**高危个体**

**慢性病患者**

**图1 慢性病健康管理流程**

## 慢性病健康管理组成部分

### 5.1个人健康信息收集

#### 5.1.1个人基本信息

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、居住地址等个人基本信息。

#### 5.1.2 个人健康信息

（1）个人既往病史

包括心脑血管疾病、癌症、慢性呼吸系统疾病、糖尿病及其他慢性病的诊断、治疗和管理等既往病史情况。

（2）家族史

包括（外）祖父、（外）祖母、父亲、母亲、兄弟/姐妹等直系亲属的慢性病患病情况。

（3）个人生活方式及行为危险因素信息

包括膳食、身体活动、吸烟、饮酒等情况。

（4）心理因素

包括精神压力和焦虑等因素。

（5）体格测量指标

包括身高、体重、腰围、心率、呼吸频率、血压等指标。

（6）实验室检测指标

包括血常规、尿常规、空腹血糖、餐后2小时血糖、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、肝肾功能等生化指标。

### 5.2个人慢性病风险评估

可采用指标法和模型法等慢性病健康风险评估方法评价个体及人群的慢性病发病、患病等发生风险、危险程度及发展趋势。

### 5.3分类与管理

#### 5.3.1人群分类

依据一定时间内个人的慢性病发生风险开展人群分类，将个体分为一般人群、慢性病高危个体和患者，针对不同人群开展分类管理。

#### 5.3.2一般人群

针对一般人群开展群体生活方式管理。

（1）管理内容：合理膳食、促进身体活动、戒烟限酒、心理平衡等方面。

（2）管理方式：健康教育和健康促进。

#### 5.3.3慢性病高危个体

（1）群体生活方式管理

 参照一般人群的群体生活方式管理。

（2）个体化生活方式管理与行为危险因素校正

（1）管理内容

针对个体的生活方式及行为危险因素，结合个体健康需求及意愿的基础上，优先选择的一种或几种生活方式及行为危险因素的干预手段进行个体化生活方式管理，如营养、运动、戒烟、限酒和心理等方面的指导及干预，帮助慢性病高危个体改善行为生活方式，控制危险因素。

（2）管理方式

由医生及相关专业人员开具个体营养处方、运动处方，并给予戒烟指导、限酒指导和心理指导等。

（3）定期随访管理

慢性病高危个体的健康管理应依据个体患病及危险因素情况定期开展随访。

随访内容包括收集生活方式及行为危险因素改善情况、再次收集个人健康信息和管理信息，结合个体当前的健康与管理信息提供膳食、身体活动、戒烟、限酒等生活方式指导。

随访方式包括面对面随访、电话随访、网络在线随访等多种方式。

#### 5.3.3慢性病患者

（1）个体化的生活方式管理及行为危险因素校正

请参照慢性病高危个体管理部分。

（2）药物治疗

对确诊的慢性病患者由医生依据相关的临床规范、指南和路径等开展药物治疗。

（3）慢性病患者自我管理

管理内容：医疗或行为管理、角色管理、情绪管理。

管理方式：以自我管理小组的方式定期开展活动。自我管理小组由患有相同或相似慢性病的患者组成，小组包含组长、副组长和组员，人数以10-15人为宜。

### 5.4慢性病健康管理效果评估

（1）健康知识知晓情况

（2）行为改变情况（如，不健康饮食、吸烟、饮酒等）

（3）健康指标改善情况（如体重、血压、血糖、血脂等）

（4）自我管理能力变化情况

（5）慢性病发生风险变化情况

### 6.慢性病健康管理信息系统

**（1）组成部分**

慢性病健康管理信息系统应包括健康信息管理模块、疾病危险性评价模块和健康改善评估模块三个组成部分。

**（2）主要功能**

健康信息管理模块管理收集的所有信息(数据)，并作为其它模块的信息来源。具备数据录入、查询、浏览、修改及汇总等功能。最终产生“个人健康信息清单”。将个人健康资料以时间序列的形式进行管理，以实现对个人健康状况进行比较及跟踪。

疾病危险性评价模块与信息管理模块接口，利用本系统的疾病危险性评价模型，对服务对象患2型糖尿病、冠心病、中风等慢性病的危险性进行定量评价，并提供“疾病危险性评价报告”。

健康改善评估模块根据个人健康信息及疾病危险性评价结果，向服务对象提供个人健康管理处方；通过信息系统向服务对象提供健康指导；向服务医生提供个人信息汇总报告；能够实现跟踪危险因素的变化，并对健康促进的效果进行评估。

# 附录

(资料性附录)

1. **个人慢性病风险评估的方法**

基于个人的健康信息和健康特征评估在一定时间内发生某种慢性病的可能性，包括慢性病患病风险评估、发病风险预测、死亡风险预测等。常见的评估方法包括指标法和模型法。

指标法是依据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，满足其中任何一种及以上危险因素指标者，即判断为慢性病高危人群。专病高危人群的判断还需在此基础上结合各专病特点依据2-3个诊断学指标，进入专病高危人群筛查，确定是否为专病高危人群。

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，以计算具有某类特征的个体发生该慢性病的发病概率。模型纳入因素通常包括社会经济因素、遗传因素、既往病史、生活方式、体格测量指标和实验室检测指标。

1. **一般人群**
个体体重、血压、血糖、血脂等各项指标均处于正常水平、不吸烟、且根据相关标准未被明确诊断为慢性病高危个体或患者的健康人群。
2. **慢性病高危个体**

慢性病高危个体为具有一种或多种明确的慢性病危险因素，发生慢性病风险较高的个体。常用的慢性病高危人群筛查标准为具有下列特征之一者：

1. 超重加中心型肥胖:体重指数（BMI）≥24Kg/m2且男性腰围≥90cm，女性腰围≥85cm；
2. 正常高值血压：血压水平收缩压在120-139mmHg和（或）舒张压在80-89mmHg之间（1mmHg-0.133kPa）；
3. 血脂异常：血清总胆固醇（TC）≥6.2mmol/L或甘油三酯≥2.3mmol/L;
4. 空腹血糖受损：空腹血糖（FBG）在6.1-7.0mmol/L之间；
5. 现在吸烟者。
6. **慢性病患者**根据相关标准可被明确诊断的高血压、缺血性心脏病等心脑血管疾病、糖尿病、癌症、慢性呼吸系统疾病等主要慢性病以及适用于本规范管理的其他慢性病。
7. **体重指数**

体重指数,也称为体质指数（Body weight Index, BMI）是一种计算身高别体重的指数，是反映机体肥胖程度的指标之一。计算方法是体重（Kg）与身高（m）的平方的比值。

1. **成人体重分类标准**

表1 成人体重分类

|  |  |
| --- | --- |
| 分类 | BMI值kg/m2 |
| 肥胖 | BMI≥28.0 |
| 超重 | 24.0≤BMI＜28.0 |
| 体重正常 | 18.5≤BMI＜24 |
| 体重过低 | BMI＜18.5 |

1. **中心性肥胖的判定标准**

中心型肥胖可以腰围直接判定，判定标准见下表：

表2 成人中心性肥胖分类及判断标准

|  |  |
| --- | --- |
| 分类 | 腰围值 cm |
| 中心型肥胖前期 | 85≤男性腰围＜9080≤女性腰围＜85 |
| 中心型肥胖 | 男性腰围≥90女性腰围≥85 |

1. **高血压诊断标准**

高血压：未使用降压药物的情况下，非同日3次测量诊室血压，收缩压(SBP) ≥140 mmHg 和(或) 舒张压(DBP)≥90 mmHg。患者既往有高血压史，目前正在使用降压药物，血压虽然低于140 /90 mmHg，仍应诊断为高血压。

1. **血压水平分类和判定标准**

表3 血压水平分类及判断标准

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 分类 | SBP(mmHg) | DBP(mmHg) |
| 正常血压 | <120和 | <80 |
| 正常高值血压 | 120-139和(或) | 80-89 |
| 高血压 | ≥140和(或) | ≥90 |
| 1级高血压（轻度） | 140-159和(或) | 90-99 |
| 2级高血压（中度） | 160-179和(或) | 100-109 |
| 3级高血压（重度） | ≥180和(或) | ≥110 |
| 单纯收缩期高血压 | ≥140和 | <90 |

注：当SBP和DBP分属于不同级别时，以较高的分级为准

1. **高血压分层标准**

根据血压升高水平，将高血压分为 1 级、2 级和 3 级。根据血压水平、心血管危险因素、靶器官损害、临床并发症和糖尿病进行心血管风险分层，分为低危、中危、高危和很高危 4 个层次。

表4 血压升高患者心血管风险水平分层

|  |  |
| --- | --- |
| 其他心血管危险因素和疾病史 | 血压（mmHg） |
| SBP130-139和（或）DBP85-89 | SBP140-159和（或）DBP90-99 | SBP160-179和（或）DBP100-109 | SBP≥180和（或）DBP≥110 |
| 无 |  | 低危 | 中危 | 高危 |
| 1-2个其他危险因素 | 低危 | 中危 | 中/高危 | 很高危 |
| ≥3个其他危险因素，靶器官损害，或CKD 3期，无并发症的糖尿病 | 中/高危 | 高危 | 高危 | 很高危 |
| 临床并发症，或CKD≥4期，有并发症的糖尿病 | 高/很高危 | 很高危 | 很高危 | 很高危 |

注：CKD:慢性肾脏疾病

1. **血糖水平分类及判定标准**

表5 血糖水平分类及判定标准

|  |  |
| --- | --- |
| 糖代谢分类 | 静脉血浆葡萄糖水平（mmol/L） |
| 空腹血糖（FPG） | 负荷后2小时血糖（2hPPG） |
| 正常血糖 | <6.1 | <7.8 |
| 空腹血糖受损（IFG）  | ≥6.1,<7.0 | <7.8 |
| 糖耐量减低（IGT） | <7.0 | ≥7.8,<11.1 |
| 糖尿病 |  ≥7.0 | ≥11.1 |

注：IFG和IGT统称为糖调节受损（IGR），也称糖尿病前期

1. **适用于ASCVD一级预防的目标人群血脂水平分类及判定标准**

表6 中国ASCVD一级预防人群血脂合适水平和异常分层标准[mmol/L(mg/dl)]

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 分层 | TC | LDL-C | HDL-C | 非HDL-C | TG |
| 理想水平 |  | ＜2.6（100） | ＜3.4（130） |  |
| 合适水平 | ＜5.2（200） | ＜3.4（130） | ＜4.1（160） | ＜1.7 |
| 边缘身高 | ≥5.2（200）且＜6.2（240） | ≥3.4（130）且＜4.1（160） | ≥4.1（160）且＜4.9（190） | ≥1.7（150）且＜2.3（200） |
| 升高 | ≥6.2（240） | ≥4.1（160） | ≥4.9（190） | ≥2.3（200） |
| 降低 |  |  | ＜1.0（40） |  |  |

1. **血脂异常的临床分类**

表7 血脂异常的临床分类

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 分型 | TC | TG | HDL-C | 相当于WHO表型 |
| 高胆固醇血症 | 增高 |  |  | Ⅱa |
| 高TG血症 |  | 增高 |  | Ⅳ、Ⅰ |
| 混合型高脂血症 | 增高 | 增高 |  | Ⅱb、III、Ⅳ、V |
| 低HDL-C血症 |  |  | 降低 |  |

1. **慢性病患者自我管理**

慢性病患者自我管理是指通过系列健康教育课程教给病人自我管理所需知识、技能以及和医生交流的技巧，帮助慢性病患者在得到医生更有效的支持下，主要依靠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。