

肥胖诊疗门诊建设专家指导意见（2024年版）



一、门诊设置

二、门诊规范化管理

三、诊疗服务

四、随访

五、治疗

六、多学科团队诊疗

七、联盟提供服务

目录

CONTENTS



前言

- 最新研究显示，2022年我国成年超重 / 肥胖人数达到 5.45亿。肥胖不仅与多种慢性非传染性疾病的发生相关，如2型糖尿病、脑卒中、冠心病等，还引发一系列健康、社会和心理问题。
- 随着肥胖逐渐成为我国重大的公共卫生问题，国家在政策上积极推动肥胖的防控工作，鼓励多学科融合，促进技术创新发展，构建跨学科的肥胖精准诊疗体系。作为国家临床专科能力建设内分泌专科标准化建设重要项目，内分泌代谢科肥胖诊疗联盟（简称 EMAO）于2023年12月正式成立。EMAO将通过整合资源，推动肥胖的规范诊疗。
- 开设肥胖诊疗门诊是为肥胖患者提供了一个更全面、更便捷、更系统、更科学的一站式诊疗平台，同时也是响应国家对慢病防控政策的具体行动。为此，EMAO组织内分泌代谢及相关领域的专家撰写《肥胖诊疗门诊建设专家指导意见》，积极推动肥胖的规范化诊疗。



01

门诊设置





➤一、人员配置

1、专科医师：

- 按照日门诊患者量安排肥胖诊疗门诊医生数量，建议每半日门诊20位患者配备1名具备肥胖与代谢疾病知识的临床医师。采纳轮岗制安排出诊医师，肥胖诊疗门诊轮岗医师总数量依据医院实际情况设定。
- 医生的主要职责包括全方位评估患者病情，明确肥胖及其合并症的诊断；根据患者的具体情况给出综合饮食、运动、行为、药物治疗，手术治疗等要素的综合方案；实时监控和调整，最终达到并保持理想体重。





➤一、人员配置

2、护士：

- 建议有条件的医院在门诊配备专科护士1-2名（根据管理病人数量调整专科护士数量）。固定的护士团队进行规律随访，能够弥补医生团队轮岗制的缺陷。有临床证据显示，规律随访能够对肥胖患者实现个体化的生活方式干预。护士需要具备系统的营养学理论和实践。
- 护士的主要职责包括掌握正确的设备使用方式，如体脂秤、测量尺等工具；负责患者一般临床指标的测定及相关档案填写、体重档案管理、精细化健康教育和科研数据管理、减重知识宣教和专业化的全程随访管理；根据院内实际情况，专科护士团队与医生科学分工，互相协作，在实践中发挥重要作用。

3、营养师（可选）：有条件的医院可配备营养师1名，协助医生做好患者的饮食评估、饮食、运动和生活方式指导。





➤二、功能区域设置和布局

1、诊室：

- 双人诊室不小于12平米，单人诊室不小于8平米。应配有桌椅、电脑、打印机、诊疗床、门帘、听诊器、血压计、体重秤、软尺、身高测量标尺等设备仪器。如有条件专科护士可在专门信息采集区，完成信息采集和体格检查。
- 为了避免患者感受到歧视或诊疗不便，肥胖诊疗门诊可为患者提供特殊定制的基础设施设备，如宽大的无扶手座椅，适用于肥胖患者的检查床等。
- 此外，还可配备额外的减重相关诊疗工具，如适用于肥胖患者的体重秤和人体成分分析仪，尺寸合适的量尺，配备不同尺寸袖带的血压计。





➤二、功能区域设置和布局

2、代谢评估室：配置有智能身高体重仪、生物阻抗人体成分分析仪（如 Inbody 970）、肝脏瞬时弹性检测仪（如 iLivTouch）。

3、宣教室（可选）：包括以下功能单元：

（1）生活方式评估单元（谈话桌椅，问卷评估）；

（2）营养干预指导单元（含肥胖饮食展示架、肥胖食谱阅读架）；

（3）肥胖科普互动单元（互动投影仪、运动等科普壁报）。





➤三、常规实验室和影像检查

| 常规检查项目 | 其他检查项目（必要时可加测） |
|---------------------------------|--|
| 血常规、尿常规 | 胰岛素释放试验（可选） |
| 血糖（空腹及餐后）、糖化血红蛋白、口服葡萄糖耐量试验 | C 肽释放试验（可选） |
| | 维生素（可选） |
| 血脂：甘油三酯、胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇和高密度脂蛋白胆固醇 | 超重或肥胖相关基因（可选） |
| 肝功能、肾功能（血尿酸） | 微量元素（可选） |
| 肝脏 B 超 | 脂肪酸： ω -6 与 ω -3 脂肪酸比例（可选） |
| 内分泌检查：甲状腺功能、皮质醇、性激素 | 炎性指标：Hs-CRP、铁蛋白（可选） |
| 心血管功能：心脏超声 | 睡眠呼吸暂停检查（可选） |





➤四、特殊检查

- **DXA体成分检测（可选）**：配有双能 X 线骨密度仪（例如 Hologic）。
- **多导睡眠监测仪（可选）**：便携式睡眠监测仪或多导 PSG 检测仪。
- 肥胖诊疗门诊还可配备 BMI 图表、患者问卷、数字化工具、计步器等特殊诊疗工具，辅助医生和患者进行体重管理。

| 身高 (cm) \ 体重 (kg) | 40 | 45 | 50 | 55 | 60 | 65 | 70 | 75 | 80 | 85 | 90 | 95 | 100 |
|-------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 150 | 18 | 20 | 22 | 24 | 27 | 29 | 31 | 33 | 36 | 38 | 40 | 42 | 44 |
| 155 | 17 | 19 | 21 | 23 | 25 | 27 | 29 | 31 | 33 | 35 | 37 | 40 | 42 |
| 160 | 16 | 18 | 20 | 21 | 23 | 25 | 27 | 29 | 31 | 33 | 35 | 37 | 39 |
| 165 | 15 | 17 | 18 | 20 | 22 | 24 | 26 | 28 | 29 | 31 | 33 | 35 | 37 |
| 170 | 14 | 16 | 17 | 19 | 21 | 22 | 24 | 26 | 28 | 29 | 31 | 33 | 35 |
| 175 | 13 | 15 | 16 | 18 | 20 | 21 | 23 | 24 | 26 | 28 | 29 | 31 | 33 |
| 180 | 12 | 14 | 15 | 17 | 19 | 20 | 22 | 23 | 25 | 26 | 28 | 29 | 31 |
| 185 | 12 | 13 | 15 | 16 | 18 | 19 | 20 | 22 | 23 | 25 | 26 | 28 | 29 |
| 190 | 11 | 12 | 14 | 15 | 17 | 18 | 19 | 21 | 22 | 24 | 25 | 26 | 28 |
| 195 | 11 | 12 | 13 | 14 | 16 | 17 | 18 | 20 | 21 | 22 | 24 | 25 | 26 |

过轻 健康 超重 肥胖

可在诊疗桌上放置 BMI 图表，供医生快速参考。



02

门诊规范化管理





- 建议开设的肥胖诊疗门诊设定固定出诊时间，使用标准化的电子病历，采集完整的病史信息。
- **应诊时段**：开设肥胖诊疗门诊建议设定固定出诊时间，至少每周开诊一次，每次时间不少于半天，根据实际患者量情况，可适当增加开诊时间。
- **标准化电子病历**：使用门诊电子病历的（机构），应当采用卫生健康行政部门统一的疾病诊断、手术操作编码库，按照《电子病历应用管理规范（试行）》有关规定建立、记录、修改、使用、保存和管理门诊电子病历信息，确保患者诊疗信息完整、连续并可追溯。有临床科研需求的单位，可以通过电子病历系统进行临床资料统计、标本收集及科学研究。



03

诊疗服务





- 建议采用国际上广泛认可的“5A 模型”。
- ✓ **询问 (Ask)** : 体重是一个相对敏感的话题，在和患者讨论体重前需征求患者的同意；理解患者不愿谈论肥胖症的原因，耐心积极地开展对话。
- ✓ **评估 (Assess)** : 在评估患者的过程中了解患者真正关注的基于价值导向的治疗动机，根据初步评估进行肥胖分类，了解患者肥胖相关并发症和体重增加的根本原因，对疾病严重程度进行分级。
- ✓ **建议 (Advice)** : 完成评估后，医护人员可就肥胖的健康风险及适度减肥的好处、制定长期策略的必要性和治疗方案向肥胖患者提供建议。肥胖的干预和治疗手段主要包括生活方式干预、药物干预、中医治疗与减重代谢手术。



以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/506122201143010235>