

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。**

		BMI 图表												
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>