

2020 健康管理师-国家职业资格三级（考试大纲整理）

第一章 健康监测

第一节 信息采集

1. 卫生服务记录表单的主要内容（熟悉）

卫生服务记录表单是卫生管理部门依据国家法律法规、卫生制度和技术规范的要求，用于记录服务对象的有关基本信息、健康信息以及卫生服务操作过程与结果的医学技术文档，具有医学效力和法律效力。一般包括如下部分：基本信息、儿童保健、妇女保健、疾病控制、疾病管理和医疗服务。

2. 常用健康调查表的种类（掌握）

三类：①健康体检表、②行为危险因素调查表、③相关疾病管理的随访表是最为重要的健康管理信息的来源。
六种：基本信息、儿童保健、妇女保健、疾病控制、疾病管理和医疗服务。

4. 人体体格测量常用指标的种类（掌握）

①体重和身高、②腰围、③血压（④心率）

5. 评价体重状况的表示方法（掌握）

①年龄组别体重 ②身高组别体重 ③理想体重（标准体重） ④体质指数

6. 儿童年龄组别体重的评价方法（熟悉）

主要用于儿童。以实测体重与同年龄组的标准体重进行比较，应在标准体重均值的2个标准范围内（或在第25~75百分位数范围）。

7. 儿童身高组别体重的评价方法（熟悉）

以实测体重与同身高组的标准体重相比较，应在均值的2个标准范围内（或在第25~75百分位数范围）。主要用于儿童，对区分急性营养不良和慢性营养不良有较大意义。

8. 理想体重计算公式（熟悉）

理想体重=身高（cm）-100（身高165cm以下者减105）。

实测体重在理想体重±10%范围为正常，±10%-20%为瘦弱或者超重，超过20%为肥胖，低于20%为严重消瘦。

9. 体质指数计算公式（掌握）

评价18岁以上成人营养状况的常用指标。 $BMI = \text{体重}(\text{kg}) / [\text{身高}(\text{m})]^2$

中国成人标准：BMI<18.5kg/m² 低体重，18.5~23.9kg/m² 正常，24.0~27.9kg/m² 超重，≥28kg/m² 为肥胖。

10. 腰围的评价方法（掌握）

腰围是临床上估计患者腹部脂肪过多的最简单和实用的指标。男性腰围≥85cm、女性腰围≥80cm患肥胖相关疾病的危险性增加。

11. 血压的分类（掌握）

血压有动脉血压、毛细血管压、静脉压。通常说的血压是动脉血压，动脉血压又分为收缩压和舒张压。心脏收缩时，动脉内的压力最高，此时压力称收缩压。心脏舒张时，动脉弹性回缩产生的压力称为舒张压，也称低压。

12. 血压的表示方法（掌握）

血压通常以毫米汞柱（mmHg）表示，也可用千帕（kPa）表示，1mmHg=0.133kPa，也就是7.5 mmHg=1 kPa

13. 中国成年人血压的标准（掌握）

正常血压：收缩压<120mmHg，舒张压<80mmHg

正常高值：收缩压 120~139mmHg，舒张压 80~89mmHg

高血压：收缩压 \geq 140mmHg，舒张压 \geq 90mmHg

第二节 信息管理

1. 信息录入容易产生的错误种类（熟悉）

信息录入错误主要有读不懂手写文字、错误的答案、编码错误、错误的编码位置、遗漏数据、重复录入数据等。

2. 信息整理的常用方法（熟悉）

①通过其他人重新输入数据来检查错误（即双份录入）或是通过专人来检查差错。

②目测检查数据文件中的记录是否存在相同的格式，是否能发现空白数据。

③应用计算机进行查错：a. 在数据库程序设计阶段，确定每一个变量特定范围内的编码来确认其属性，以规定所要接受的合理编码；b. 应用逻辑检查的方法进行差错。

4. 调查问卷的保存原则（熟悉）

保证信息档案的完整、安全、方便查阅。

6. 健康信息安全的构成（了解）

信息安全主要包括五个方面的内容：①保密性 ②真实性 ③完整性 ④未授权拷贝 ⑤所寄生系统的安全性。

7. 加强信息安全的策略（熟悉）

信息安全的策略主要是制定严格的规章制度和严格的安全管理制度。

*健康信息的收集

①收集资料前的准备 ②明确调查对象 ③签署知情同意书 ④开始调查 ⑤记录表的核查 ⑥结束访谈、致谢 ⑦资料的保存。

*人群健康管理的基本步骤和常用服务流程

基本步骤：①收集服务对象的健康信息；②进行健康及疾病风险评估；③进行健康干预

服务流程：①健康体检，调查问卷；②健康评估；③健康咨询与健康教育；④健康管理的后续服务；⑤专项的健康和疾病管理

*问卷调查的主要内容

(1) 个人基本信息：如年龄、性别、种族、婚姻状况、教育程度、职业等

(2) 生活方式信息：烟酒嗜好、体力运动情况、饮食情况、精神压力、休闲方式等

(3) 健康体检信息：体格信息、实验室检查信息等

(4) 现健康状况、既往病史和家族病史：心血管疾病、代谢性疾病、恶性肿瘤、遗传病等

*体检项目的主要内容

(1) 体格检查：身高、体重、血压、腰围和心率等

(2) 实验室检查：常规，血生化、血糖、血脂（总胆固醇、甘油三酯、低密度脂蛋白）等

(3) 辅助检查：X线、超声、心电图等

(4) 其他：还应重点关注慢性非传染性疾病的风险因素情况，特别是用于评估代谢性疾病、心血管疾病和恶性肿瘤发病风险的指标，如口服葡萄糖试验、糖化血红蛋白、肿瘤标记物等

*社区慢性病管理所使用的健康调查表一般包括哪些内容：

①基本信息：工作单位、联系人姓名、民族、血型、文化程度、药物过敏史、既往史和家族史；

②生活方式信息：烟草使用、饮酒情况、膳食状况以及身体活动；

③体检及相关疾病管理的随访情况表等。

*管理已收集的健康信息

①录入员培训；②数据录入，双录入；③录入数据的鉴别和核实；④健康信息的传递和接受；⑤健康信息的保存

*对于已收集的健康相关信息，从哪几方面进行信息管理？

①健康信息的录入，把收集到的信息录入计算机保存，要求调查表按照编码手册中不同变量所规定的编码填入相应的数值。

②健康信息的鉴别与核实，包括检查核实数据编码是否正确、问题到编码的转换是否正确、录入是否正确；

③信息整理：第一步根据信息资料的性质、内容或特征进行分类；第二步进行资料汇编；第三步进行资料分析。

④健康信息的传递和接受：把信息通知给客户，并要有客户的反馈。

⑤健康信息的保存：保证信息的保密性、真实性、完整性、未授权拷贝和所寄生系统的安全性。

⑥信息更新：健康管理的过程具有连续性，需要不断进行更新。

*腰围的测量

测量时两腿直立，两脚分开 30-40 厘米，用一个没有弹性、最小刻度为 1mm 的软尺放在右侧腋中线肋骨上缘与第十二肋骨下缘连线的中点（通常是腰部的天然最窄处），沿水平方向围绕腹部一周，紧贴而不压迫，在正常呼气末测量腰围长度，读数准确至 1mm。

第二章 健康风险评估与分析

学习单元一 健康风险识别

2. 健康风险评估的意义（掌握）

健康风险评估是一种以广大基础的流行病学数据与个人数据比较以推测个人患病或死亡风险的运算过程。健康风险评估是进行有效的健康服务计划和卫生行政管理的重要手段之一，对了解人群健康状况、合理的分配资源将起到很大的作用。

3. 慢性病的主要风险因素（掌握）

慢性病的主要风险因素是不健康的生活习惯，如不健康的饮食、缺乏运动和体力活动、吸烟和无节制的饮酒等。

4. 慢性病的预防方法（了解）

预防慢性病的最好方法是改善生活方式，减少导致这些慢性病的危险因素。

5. 健康危险因素的分类（掌握）

按是否可以纠正分为不可改变的危险因素和可改变的危险因素。

6. 不可改变健康危险因素的种类（熟悉）

不可改变的危险因素主要包括：家族遗传史、老龄化、性别、环境等

7. 可改变的危险因素（掌握）

可改变的危险因素主要包括：心理不健康和（或）健康知识水平偏低、不良生活方式（吸烟、饮酒过多、运动不足、膳食不平衡）导致的腰围/BMI 超标（肥胖或超重）、血脂异常、血糖/血压/尿酸偏高等。

8. 不良生活方式的主要表现（掌握）

①吸烟、②不合理膳食、③缺乏体力活动/运动、④酗酒、⑤压力。

9. 吸烟的危害（熟悉）

吸烟增加罹患心脏病、卒中、癌症、严重肺部疾病和其他慢性病的危险性。戒烟 10-15 年之后，危险性就会降至与非吸烟者几乎相同的水平。

10. 健康饮食的目标（熟悉）

健康饮食的目标是保持恒定理想的体重、预防疾病和摄入充足、平衡的各种营养素。

11. 进行体力活动的意义（熟悉）

①有助于降低胆固醇水平，升高 HDL-C 水平，缓解高血压，降低罹患心脏病的危险，也有助于降低发生其他慢性疾

病；②消耗多余的热量，有助于保持体重；③改善心肺功能。

12. 体检中常用的健康风险评估指标（掌握）

①体重与体质指数(BMI) ②血压 ③总胆固醇，是 LDL、HDL、VLDL 的总和 ④高密度脂蛋白胆固醇和低密度脂蛋白胆固醇 ⑤总胆固醇/HDL 之比 ⑥甘油三酯 ⑦激素替代疗法 ⑧左心室肥大(LVH) ⑨脂蛋白(a) ⑩前列腺抗原(ATG, PSA) ⑪前列腺肥大。

13. 总胆固醇量的意义（熟悉）

总胆固醇在人体代谢中具有重要功能，是 LDL、HDL 和 VLDL 的总和。高胆固醇与心脏病有高度联系。

胆固醇的正常值是 2.3-5.7mmol/L，超过为胆固醇高，胆固醇高的危害主要有：①会加快前列腺癌的生长速度，会引发肾衰竭脂类的肾脏疾病。②会减少人的寿命，尤其是男性的寿命同时和血管有关的中风几率会随着增加。③会阻塞心脏动脉和使其变窄，更容易引发心脏病。④会使骨质疏松症的可能性变高，同时过多摄入胆固醇可导致牙周病、牙和牙隙之间的沟隙会扩大。

14. 高密度脂蛋白胆固醇和低密度脂蛋白胆固醇的意义（熟悉）

HDL-C 正常值 0.8-1.8 mmol/L，是运输内源性胆固醇到肝脏处理的载体，故有抗动脉粥样硬化作用。HDL-C 越低，动脉粥样硬化的危险性越大。降低见于急性感染、糖尿病、慢性肾功能衰竭、肾病综合征。

LDL-C 正常值 1.9-3.3mmol/L，向组织及细胞内运送胆固醇，直接导致动脉粥样硬化，为判断心脏病的良好指标。升高见于高脂饮食、运动少、年龄增大、遗传性高脂蛋白血症、甲减、肾病综合征、慢性肾功能衰竭、梗阻性黄疸、精神紧张等；降低见于 β -脂蛋白血症、甲亢、消化吸收不良、肝硬化、恶性肿瘤。

就妇女而言，偏低的 HDL 水平比偏高的 LDL 水平对预测心脏病发作更有价值。LDL 水平偏高对于预测男性发生心脏病发作极为重要。

15. 总胆固醇/HDL 比值的意义（熟悉）

用于衡量发生心血管疾病的危险性，比值越高，说明罹患心血管疾病的危险性越大。

16. 甘油三酯水平的意义（熟悉）

正常值 0.5-1.7mmol/L，在肝、脂肪组织及小肠合成，主要作用是参与胆固醇及胆固醇酯的合成；为细胞提供和储存能量。升高见于原发性或继发性高脂蛋白血症、动脉粥样硬化、糖尿病、酒精中毒以及妊娠、口服避孕药等，刚进食后血清甘油三酯可大量增加。降低见于甲减、肾上腺皮质功能减退、严重肝衰。

甘油三酯水平高的人罹患心脏病的危险性就大。不过，假如胆固醇水平保持正常，仅是单纯性的甘油三酯升高，则危险性就要低得多。甘油三酯水平升高还与糖尿病有密切关系，尤其是对已经有心脏病的糖尿病患者。

17. 前列腺特异抗原指标的意义（熟悉）

PSA <4 ng/ml，目前多被用来作为前列腺的筛查指标，可检测和早期发现前列腺癌，但正常及良性前列腺增生均可分泌 PSA，因此并不是反映前列腺的理想指标，如过高提示应进行其他更多的分析和检查。

18. 健康风险评估的概念（掌握）

是对个人的健康状况及未来患病和（或）死亡危险性的量化估计。

19. 健康风险评估的目的（掌握）

①研究看起来健康而且没有任何疾病症状的人其可能具有未来发生某种疾病或导致死亡的潜在风险。

②研究如何能够将导致风险的危险因素识别出来。

③研究如何消灭或控制这些能够预防或减弱疾病的致病因素，达到预防疾病或延迟疾病发生的目的。

20. 健康风险评估包括的基本模块（掌握）

健康风险评估包括三个基本模块：问卷、危险度计算、评估报告。

①问卷：包括生理生化指标、生活方式数据、个人或家族健康史、其他危险因素、态度和知识方面的信息。

②危险度计算（相对危险度、绝对危险度）。

③评估报告：包括个人报告和人群报告，评估结果是健康风险评估报告的主要内容。

21. 疾病危险性评价及预测的方法（熟悉）

- ①建立在单一危险因素与发病率的基础上，将这些单一因素与发病率的关系以相对危险性来表示其强度，得出的各相关因素的加权分数即为患病的危险性。是健康管理发展早期的主要危险性评价方法，典型的有美国卡特中心（Carter Center）及美国糖尿病协会（ADA）的评价方法。
- ②建立在多因素数理分析基础上，即采用统计学概率理论的方法得出患病危险性与危险因素之间的关系模型。典型代表是 Framingham 的冠心病模型。

22. 相对危险性的概念（掌握）

与同年龄、同性别的人群平均水平相比，个人患病危险性的高低。反映的是相对于一般人群危险度的增减量，表示风险评估的结果。

23. 绝对危险性的概念（掌握）

按病种的评估方法一般都以发病率来表示，也就是未来若干年患某种疾病的可能性。

24. 个人健康风险评估报告的组成（掌握）

个人健康风险报告包括：健康风险评估的结果和健康教育信息。

25. 人群健康风险评估报告的组成（掌握）

人群健康风险评估报告包括：对受评者群体的人口学特征概述、健康危险因素总结、建议的干预措施和方法等。

学习单元二 健康风险分析

1. 危险度的计算（掌握）

计算一个前期暴露因素与一种健康结果之间的关系，即危险度的计算。

2. 相对危险度的计算（掌握）

相对危险度表示的是与人群平均水平相比，危险度的升高或降低。

相对危险度（RR）是反映暴露与发病关联强度的指标，也叫危险比或率比，是暴露组的率与非暴露组的率之比

3. 理想危险度的计算（掌握）

表示的是健康风险降低的空间。即将所有先兆因素修正到目标水平计算出来的危险度。

4. 评估分值的概念及计算（熟悉）

所有 HRA 报告都包括一份给受评估者个人的报告和一份总结了所有受评估者人群状况的报告。对绝大多数 HRA 报告来说，给受评估者个人的报告有一些共同因素，这就是评估分值。几乎所有的 HRA 都包括一个健康评估的整体分值。该评分通过某种方法从评估危险度计算而来。

5. 目标分值的概念及计算（熟悉）

即假设受评估者成功的实施了所有建议，其改变后得到的分值。

6. 健康年龄的概念及计算（掌握）

概念：健康年龄是指具有相同评估总分值的男性或女性人群的平均年龄。

计算：是通过比较受评估者的评估危险度与同年龄同性别人群的平均危险度而得到的。①若某人的评估危险度与人群平均危险度相等，则他的健康年龄就是其自然年龄；②若某人的评估危险度高于人群平均危险度相等，则他的健康年龄大于其自然年龄；③若某人的评估危险度低于人群平均危险度相等，则他的健康年龄小于其自然年龄。

7. 健康风险评估的主要作用（熟悉）

- ①帮助个体综合认知健康危险因素；②鼓励和帮助人们修正不健康的行为；③制定个体化的健康干预措施；④评价干预措施的有效性；⑤健康管理人群分类；⑥其他应用，如保险业。

8. 个人健康信息汇总报告的内容（熟悉）

①受评者的主要健康信息（个人疾病史、家族史、吸烟、运动情况、膳食情况）；②体检指标的本次汇总；③上次评估所录入的健康信息的前后对比。

9. 疾病风险评估报告的内容（掌握）

报告包括：①疾病风险评估结果 ②危险因素状况 ③可改善的危险因素提示。

10. 疾病风险评估报告的解释（掌握）

疾病风险评估是评估报告的主要部分，包括单病种的评估结果，或者因为某种疾病而导致死亡的评估结果。包括3部分内容：

①疾病风险评估结果：以风险等级（相对危险性）和发病率（绝对危险性）两种方式表达受评估者在未来发生某种疾病的风险大小。

②危险因素状况：以列表形式呈现各疾病相关的危险因素，受评估者前后两次评估中各个危险因素的变化情况以及与参考值的对比。

③可改善的危险因素提示：使受评估者了解可通过控制哪些可改善的危险因素来有效地控制或降低疾病发病风险，同时也为后续个性化干预和健康指导服务提供依据和切入点。

11. 健康生活方式评估报告的内容（掌握）

根据所提供的个人健康信息，对受评估者的整体生活方式及健康年龄进行评价。主要是生活方式评分、健康年龄、评价年龄、理想健康年龄的计算。

12. 健康生活方式评估报告的解释（掌握）

根据所提供的个人健康信息，对受评估者的整体生活方式及健康年龄进行评价。

生活方式评分是对个人的生活方式信息进行全面分析后得到的一个分数值，根据得分不同，评价个人生活方式的健康程度，得分在60分以上可认为拥有良好的生活习惯，80-100分被认为最佳范围。

报告中采用了健康年龄这个指标。健康年龄是指具有相同评估总分值的男性或女性人群的平均年龄，是通过比较受评估者的评估危险度与同年龄同性别人群的平均危险度而得到的。

报告中显示的“评价年龄”和“理想健康年龄”分别表示了根据当前生活方式状况计算出的健康年龄和将所有需要改善的生活方式控制至理想水平是的健康年龄，“评价年龄”和“理想健康年龄”这两者的差距是受评估者的寿命延长空间，也是健康管理可努力的空间。

*健康风险识别一般包括哪两种方法？

问卷调查和健康体检

第三章 健康指导

学习单元一 健康教育

1. 生活方式指导的基本内容（掌握）

对生活方式的管理是健康管理的基本策略和重要方法，生活方式的管理是慢性病预防与健康管理的基木内容。

主要包括：①营养指导 ②体力活动指导 ③控烟指导等。

3. 营养指导的原则（掌握）

营养指导的原则可以简化为“一多三少”，即“摄食种类多、量少、盐少、油少”。

4. 体力活动水平的测量方法（熟悉）

通常用能量消耗量表示。在实际应用中可以是一次运动的身体负荷量，也可以是一段日历时间里，各种强度、持续时间和频度体力活动的加和。

5. 体力活动测量的主要类别（掌握）

体力活动测量的主要类别有：①有氧和耐力运动量的测量 ②肌肉力量和耐力的测量 ③日常体力活动水平的测量

6. 心率的概念及测量方法（了解）

运动时的心率作为训练时运动强度的监测指标，成为目标心率或靶心率。

运动中的心率可以通过颈动脉或四肢动脉触摸直接测量，时间可以为 10 秒，更方便的方法是采用有线和无线仪器设备监测心率。

最大心率按年龄估算为 220-年龄。中等强度的心率一般定义为 60%-80%最大心率

7. 代谢当量的概念及计算（熟悉）

代谢当量 METs，指相对于安静休息时身体活动的能量代谢水平，1METs 相当于每分钟每千克体重消耗 3.5ml 的氧，或每千克体重消耗 1.05kcal 能量的活动强度。

8. 主观用力程度的分级（掌握）

对运动负荷量和主观用力程度的感觉可以反映身体实际承受运动负荷的大小。按照自觉运动强度分级，中等强度的干预通常在 11-14 区间内。

RPE 的关系:

表 3-1 自觉运动强度 (RPE) 分级表

分级	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
RPE	非常轻	很轻	轻	有点累	稍累	累	很累	非常累						

9. 肌肉力量的概念及测量（熟悉）

肌肉力量指肌肉用力的能力。传统上用可重复 3 次以下的负荷测试力量。包括①静力或等长力量：测试限于指定肌群和关节角度，不能全面反映肌肉力量，峰值用力常用最大主动收缩 (MVC) 表示；②动力测试：有控制、良好姿势、全范围关节活动完成的动作所对抗的最大阻力 (1-RM)，测定值为特定肌肉或动作的特异指标。现在也可用多个重复来测量肌肉力量。

10. 肌肉耐力的概念及测量（了解） P61

肌肉耐力指肌肉持续用力或重复用力的能力，传统上用可重复 12 次以上的负荷测试耐力。

肌肉耐力的测试：给定频率、重复抗阻力动作的次数，如蹲起次数。测试中肌肉耐力的度量应能综合阻力（重量）、时间（频率）和重复次数 3 个指标。

11. 日常体力活动水平的概念（掌握）

日常体力活动包括职业活动中的体力活动、业余时间的运动锻炼、出行往来过程中的体力活动和各种家务劳动，因此实际反映总体力活动水平。

12. 日常体力活动水平的常见测量指标（掌握）

常见测量指标包括能量消耗、行为观察、机械和电子装置监测、问卷调查、间接观察（如设备使用率）、职业分类、参与的运动项目等。

14. 活动能量消耗的计算方法（掌握）

以日志的形式记录一天中各种体力活动的情况的时间，综合不同活动形式的强度，根据代谢当量计算能量消耗，可以较为准确地掌握总的体力活动水平。

举例：体重 75kg，每小时 4km 的速度快走 30 分钟 (30/60=0.5 小时(h))，代谢当量=3kcal/(h.kg)，能量消耗为：75×3×30/60=113(kcal)

(计算公式：能量消耗 = 体重(kg) × 代谢当量(kcal/(h.kg)) × 运动时间(h)，本例 75×3×0.5=112.5(kcal))

15. 体力活动干预的目的（熟悉）

体力活动干预的目的在于改变不利于健康的久坐少动的生活方式，减少缺乏运动和运动不足人群的比例，指导合理运动，避免运动伤害，预防和辅助治疗疾病，降低医疗费用，提高生命质量。

16. 体力活动干预的内容（掌握）

①运动训练前常规体格检查 ②有关信息收集 ③运动量的选择 ④运动内容的选择 ⑤运动进度 ⑥意外情况和不适的预防及处理

17. 运动量的选择（掌握）

有氧耐力运动一般强调中等强度，从锻炼心肺功能的角度考虑，应达到相对强度中等以上，推荐每周运动时间累计150-180分钟；从维持体重的角度考虑，建议总的能量消耗达到每周1500-2000kcal。肌肉力量和耐力锻炼的强度应能维持对肌肉的一定刺激，推荐每周2-3天，每次15-20分钟。

18. 运动内容的选择（掌握）

体力活动干预所选择的内容一般包括耐力、肌肉力量、灵活和柔韧性活动：①有氧耐力运动 ②肌肉训练 ③柔韧性练习 ④日常生活中的体力活动。

19. 运动进度的影响因素（熟悉）

运动进度取决于个人的体质、健康情况、年龄和运动训练目标。

20. 体力负荷的影响因素（了解） P63

机体承受体力负荷时，心血管系统、呼吸系统、神经系统、肌肉骨骼关节系统和有关的代谢过程等都会发生反应性的变化，这些变化与体力负荷量、机体对体力负荷的适应程度、身体运动素质、健康和疾病状况等多种因素有关。

21. 机体运动反应的关键环节（掌握）

运动疲劳、恢复和适应是机体运动反应的三个关键环节。

22. 健康状况和运动能力再评估的缘由（熟悉）

随着运动训练的持续，机体的运动能力提高；另一方面，身体的健康和疾病状况也可能发生改变。这些变化会改变机体的运动反应、影响机体的运动耐受力、也会改变机体发生运动有关意外伤害的风险。因此，针对个体的具体情况，需要定期对健康状况和运动能力进行再评估。

24. 运动意外伤害的影响因素（掌握）

大多数与运动有关的意外伤害都受到身体的内在承受能力与外部体力负荷量两方面因素的影响。

25. 预防运动伤害的关键要素（掌握）

把握体力负荷的度是预防运动伤害的关键，这里的“度”包括运动强度、时间、频度和进度的综合考虑。另外，特定运动技能的熟练程度和其他有关情况也是需要考虑的影响因素。

26. 运动处方的概念（掌握）

运动处方是根据个体身体条件制订的运动锻炼强度、时间、频度和进度的计划，以及为了保证锻炼的安全有效，对运动前、中、后作出相应的自助和医学监督的安排和措施。

27. 运动促进健康的效益（熟悉）

适度的体力负荷，通过耐力、肌肉力量、身体平衡协调能力和关节灵活柔韧性的锻炼，增加了身体抵御骨关节系统伤害的能力；合理的运动计划可以改善冠状动脉的功能，降低发生心肌缺血的风险，身体活动和健身锻炼可以更多地降低发生各种心血管意外的长期风险。

28. 成瘾行为的概念（掌握）

成瘾行为（亦称依赖性行为）系指各种生理需要以外的超乎寻常的嗜好。成瘾指养成该嗜好的过程。导致人上瘾的物质称致瘾原，致瘾原能使成瘾者产生强烈的欣快感和满足感。

29. 成瘾行为的特征（掌握）

成瘾行为，指成瘾后表现出的一系列心理、行为表现。它有两个重要的行为特征：①已成为成瘾者生命活动中的必需部分，从健康的三维角度，可以观察到强烈的心理、生理、社会性依赖；②一旦终止成瘾物质的使用，将立即引起戒断症状；一旦恢复成瘾行为，戒断症状将会消失，同时产生欣快感。

30. 成瘾行为的形成过程（掌握）

成瘾行为的形成有四个阶段：①诱导阶段 ②形成阶段 ③巩固阶段 ④衰竭阶段。

31. 成瘾行为的内在影响因素（熟悉）

成瘾行为的内在影响因素为人格特征：①被动依赖 ②过度敏感 ③性格内向 ④高级意向减退或不稳定 ⑤情绪不稳和冲动性。

32. 成瘾行为外在影响因素的种类（熟悉）

成瘾行为的外在影响因素包括：①社会环境因素 ②社会心理因素 ③文化因素 ④传播媒介因素 ⑤团体效应 ⑥家庭影响。

33. 控烟策略（掌握）

控烟的总策略可以按渥太华宪章提出的健康促进五大行动领域来进行设计，即包括①制定公共卫生政策、②建立支持环境、③加强健康教育及社区行动、④发展个人技能、⑤调整卫生服务方向。

34. 健康教育计划设计的原则（掌握）

①目标原则 ②前瞻性原则 ③弹性原则 ④从实际出发原则 ⑤参与性原则

35. 健康教育计划制订的目标（掌握）

健康教育计划制订的目标包括总体目标和具体目标：

①计划的总体目标：是指计划执行后预期达到的最终结果。总体目标是宏观的、长远的，描述总体上的努力方向。

②计划的具体目标：是对总体目标更加具体的描述，用以解释和说明计划总体目标的具体内涵。需要包含具体的、量化的、可测量的指标，应该能够回答4W1H：

Who—对谁？

What—实现什么变化（知识、信念、行为、发病率等）？

When—在多长时间实现这种变化？

Where—在什么范围内实现这种变化？

How much—变化程度多大？

36. 确定健康教育的干预策略（掌握）

健康教育干预策略是实现健康教育目标的措施、途径和方法，是每一项具体干预活动的指导思想。包括①教育策略、②环境策略、③政策策略。

针对群体的健康教育干预策略主要从提高目标人群的认知和技能、改善物质环境、改善社会环境三大方面加以考虑。

针对个体的健康教育主要依靠教育策略，学习健康知识，通过个别咨询有针对性地解决个人的问题，而其他的策略手段是通过群体的教育来影响其中的个体。

学习单元二 跟踪随访

1. 人际沟通技巧的概念（掌握）

人际沟通技巧是指在人际沟通活动中为有效地达到预期目的而采用的语言和非语言的方式方法。

2. 人际传播基本技巧的种类（掌握）

①说话的技巧 ②倾听技巧 ③提问的技巧 ④观察技巧 ⑤反馈技巧 ⑥非语言传播技巧

3. 说话技巧的要点（掌握）

①用听者熟悉、能懂的语言 ②口气和蔼亲切 ③讲话速度适中，避免过快和过慢 ④声音应该有高低起伏，不要平铺直叙 ⑤发音吐词要清晰，要让对方能够听清楚 ⑥讲话的语气要生动 ⑦适当重复重要的和不易被理解的话 ⑧在与对方交谈时说话要有停顿，避免长时间自己一个人说话 ⑨尽量避免使用专业词汇，尽量用通俗语言代替专业术语 ⑩恰当地运用举例引证、示范与演示的技巧。

4. 倾听技巧的要点（掌握）

倾听不仅仅是认真和专心地听，还包括从听到的信息中了解对方的意图和情感，概括所听到和所理解的要点。①尽可能地多听，留意听，努力发现对方对某一问题的了解程度和看法 ②不轻易打断对方的讲话，耐心地等对方讲完 ③始终保持友好和礼貌，利用各种语言和非语言的方式表示在认真听，使对方感到轻松和受到尊重 ④不急于表达自己的观点，不轻易对对方的话作出评论 ⑤不应在听对方讲话时被其他事情干扰，如接电话、看文件、看表等 ⑥对敏感的问题更要善于听出话外音，以捕捉真实的信息。

5. 提问技巧的要点（熟悉）

①提问时要注意对方的表情和感受，应创造轻松愉快的交流气氛，不要一个问题紧接一个问题的问。②要设法使服务对象感到所提问题与自己利益相关，才能吸引对方的注意并促使其回答问题。③对敏感问题的提问形式尤要注意，可以先问一般性问题，再逐步深入询问，不要单刀直入，还要注意选择适宜的交谈环境、时间和地点。④要了解对方的态度、观点等方面的信息，应该使用开放型问题，避免使用封闭型问题。⑤探究型问题时应特别注意口气缓和、态度轻松，不可用质问的语气。⑥要想收集到真实信息，不能用诱导型提问。⑦问题尽量简练、明确，不提复合型问题。

6. 观察技巧的要点（掌握）

观察的技巧主要是细心、全面和敏锐。

7. 反馈技巧的要点（掌握）

在人际交流中对对方传递的信息给予及时的、恰当的反馈，可以促进交流的进行。不能作出及时和恰当的反馈，则往往会影响交流的进行，甚至导致交流失败。

在人际交流中有三种反馈形式：①语言反馈 ②体态语反馈 ③书面反馈。依据反馈性质的不同，又分为：①积极性反馈 ②消极性反馈 ③模糊性反馈。

8. 非语言传播技巧的要点（了解） P79

①动态体态语 ②静态体态语 ③类语言 ④时间语 ⑤空间语

*人际传播的应用：

包括①讲课 ②同伴教育 ③演示与示范

*健康管理师与个体如何进行有效的沟通：

①第1步：事前准备 ②第2步：总结前一段阶段的进展 ③第3步：确认对方目前的需求 ④第4步：达成共识 ⑤第5步：安排下次随访的时间和方式。

***健康相关行为改变的理论模式**

①“知信行”模式 ②健康信念模式 ③自我效能理论 ④行为改变的阶段理论

第四章 健康危险因素干预**第一节 干预方案的实施****2. 高血压的主要危害（熟悉）**

高血压是引起冠心病、脑卒中、心力衰竭、肾衰竭等心脑血管疾病的最重要的危险因素，而高血压长期治疗不当，会发生心、脑、肾等严重并发症，具有极高的致残率和病死率，治疗高血压，特别是其并发症的费用昂贵。

3. 高血压分类（掌握）

原发性高血压、继发性高血压

4. 中国高血压患者的基本特点（熟悉）

- ①时间分布特点：随年龄增加而增加，患病率逐年上升，逐渐年轻化的趋势，有季节差异（冬季高于夏季）。
②空间分布特点：南方地区高于北方地区，东部地区高于西部地区，发达地区高于欠发达地区，城市高于农村。
③人群分布特点：女性患病率在更年期前低于男性，更年期后高于男性，不同职业患病率不同。

5. 高血压干预原则（掌握）

①个体化、②综合性、③连续性、④参与性、⑤及时性

6. 高血压干预的目标人群的主要特征（熟悉）

目标人群有：一般人群、高血压高危人群、高血压患者。

符合下列任意一项者即为高血压高危人群：①收缩压为120-139mmHg和（或）舒张压为80-89mmHg者；②有高血压家族史者；③超重和肥胖者；④长期过量饮酒者；⑤长期高盐膳食者。

7. 高血压的主要干预策略（掌握）

①药物治疗 ②非药物治疗 ③自我管理 ④协调

8. 高血压患者非药物治疗的主要方法（掌握）

①健康饮食 ②戒烟 ③限制饮酒或戒酒 ④增加身体活动 ⑤管理体重 ⑥健康教育 ⑦保持良好心理状态

9. 高血压患者健康饮食的关键要素（掌握）

在做到平衡膳食的基础上，高血压患者的饮食要特别强调限制钠摄入量，增加蔬菜水果和膳食纤维摄入量，减少膳食脂肪摄入量。

①限制钠摄入 ②增加蔬菜水果和膳食纤维摄入量 ③减少膳食脂肪摄入量 ④补充适量优质蛋白

10. 高血压患者饮酒量的控制值（熟悉）

当饮酒量超过40ml/d（或30g/d）时，饮酒会导致血压升高。提倡血压正常者和偏高者最好不饮酒或少饮酒，高血压患者更应该节制饮酒。一般建议男性将饮酒量控制在30ml/d，大约相当于酒精25g，啤酒1瓶（约250-500ml）或者40°的白酒0.5-1.0两。女性则减半，孕妇不饮酒。

11. 高血压患者增加身体活动的方法（掌握）

在医师指导下进行体育锻炼，运动量要逐渐增加，运动强度应从轻度开始，逐渐加大、运动时间也应逐渐延长。运动类型要以有氧运动。注意不要做动作过猛的低头、弯腰动作，不要做屏息时间过长的动作。

①一般高血压患者——适量且规律性运动（慢跑、骑自行车、游泳）；②已患冠心病和卒中的慢性病患者——避免剧烈和在寒冷环境里运动；③医师指导下，运动的量、强度、时间逐渐增加，不勉强；④不拘泥形式、时间；⑤运动类型，有氧为主，如气功、太极拳、医疗体操、步行、健身跑、有氧舞蹈、游泳、娱乐性球类运动、郊游、钓鱼等；⑥注意事项：不要做动作过猛的低头、弯腰动作；不要做体位幅度变化过大的动作；不要做屏息时间过长的动作。

12. 高血压患者健康教育的基本知识（掌握）

通过健康教育，提高人群的高血压预防意识，提高高血压患者自我管理血压的技能和水平，积极改变不良的生活方式。增加管理对象的自我管理能力和水平。

13. 高血压患者保持良好心理状态的方法（掌握）

稳定情绪、保持平和的心态，避免不必要的精神紧张和情绪激动，尽量降低社会环境不良因素造成的恶性刺激。有高血压倾向的人应修身养性，陶冶心情，保持良好的心理状态和情绪，养成良好的生活习惯，多参加体育和文娱活动，丰富业余生活。

14. 高血压患者的自我管理方法（掌握）

内容包括：①对自己血压监测的能力、②对自己血压评估的能力、③对临床用药的作用及其副作用的简单了解、④患者服用药物依从性的提高、⑤患者掌握行为矫正的基本技能、⑥会选择健康合理的食物、⑦能适当运动、⑧戒烟限酒、⑨自己能进行压力管理、⑩寻求健康知识的正常途径、⑪就医能力。

15. 高血压的干预程序（掌握）

①筛查和确诊高血压患者 ②高血压患者的危险分层 ③制定干预计划 ④执行干预计划、定时随访 ⑤评价管理工作和管理效果

16. 高血压患者的筛查方法（熟悉）

①从已建立的健康档案中找出需要管理的高血压患者，进行登记和核实；②常规体检发现属于管理范围的高血压患者；③常规门诊就诊的高血压患者；④其他途径的筛查。

17. 高血压危险程度的分级（掌握）

将高血压危险程度分3级（一般慢性病分3~5层即可）

第一层：高血压1级，低危组，血压水平为140~159/90~99mmHg，且没有其他危险因素，没有靶器官损害，没有相关临床疾患。

第二层：高血压2级，中危组，血压水平为140~159/90~99mmHg，并且伴有1~2个危险因素，或者血压水平为160~179/100~109mmHg，但没有其他情况。

第三层：高血压3级，高危组，血压水平为 $\geq 180/110$ mmHg，或者血压水平为140~179/90~109mmHg，并伴有 ≥ 3 个危险因素，或者血压水平 $\geq 140/90$ mmHg，且具有靶器官损害或临床状况。

18. 高血压患者制定干预计划的原则（熟悉）

针对每个高血压患者的实际情况，在该患者的共同参与下逐步设立小的具体的目标，最终到达总目标。目标设立要具有可行性，要求十分具体、清楚、可操作。一次不要设立太多目标。

19. 高血压管理的主要评价指标（掌握）

(1)高血压（以社区为例）管理的工作指标：

①社区高血压患者建卡情况：建档百分比和建档合格百分比；②高血压随访管理覆盖情况：实际管理百分比、估计管理百分比、规范管理百分比；③高血压患者治疗情况：规范治疗百分比、治疗百分比；④双向转诊执行情况：转出百分比、转回百分比、双向转诊百分比；⑤社区高血压管理开展情况：开展社区高血压防治管理社区百分比、开展首诊测压医院百分比；⑥高血压患者管理满意情况：被管理的高血压患者满意百分比、从事社区高血压管理的社区医师满意百分比、行政部门满意百分比。

(2)高血压管理效果指标：

①高血压及其防治知识知晓情况：社区人群中高血压知晓率、高血压患者中高血压知晓率、首诊测压检出率；②高血压控制情况：高血压控制优良率、高血压控制率；③高血压危险因素流行情况；④高血压并发症的情况：脑卒中发生率、社区高血压患者中脑卒中发生率、管理的高血压患者中脑卒中发生率、急性心肌梗死发生率、社区高血压患者中心肌梗死发生率、管理的高血压患者中心肌梗死发生率。

20. 建档百分比计算公式（掌握）

$$\left(\frac{\text{社区建立高血压患者管理档案的人数}}{\text{社区已知的高血压患者数}} \right) \times 100\%$$

21. 建档合格百分比计算公式（掌握）

$(\text{社区建立高血压患者管理档案合格的人数}) / (\text{社区已建立高血压患者管理档案的人数}) \times 100\%$

22. 高血压实际管理百分比的计算公式（掌握）

$(\text{社区已经管理的高血压患者数}) / (\text{社区发现的高血压患者数}) \times 100\%$

23. 高血压估计管理百分比的计算公式（了解）

$(\text{社区已经管理的高血压患者数}) / (\text{社区估算的总体高血压患者数}) \times 100\%$

24. 高血压患者规范治疗百分比的计算公式（掌握）

$(\text{每年社区能按照医嘱接受规范治疗的高血压患者人数}) / (\text{当年社区中全部高血压患者人数}) \times 100\%$

25. 高血压患者规范管理百分比的计算公式（掌握）

$(\text{遵循高血压患者管理流程的社区患者数}) / (\text{社区实际管理的高血压患者总人数}) \times 100\%$

26. 高血压患者转出百分比的计算公式（了解）

$(\text{社区医院符合转出标准且转出的高血压患者数}) / (\text{社区医院符合转出标准的高血压患者数}) \times 100\%$

27. 高血压患者转回百分比的计算公式（了解）

$(\text{综合医院符合转回标准且转回的高血压患者数}) / (\text{综合医院符合转回标准的高血压患者数}) \times 100\%$

28. 高血压患者双向转诊百分比的计算公式（了解）

$(\text{符合转诊标准且执行转诊的高血压患者数}) / (\text{符合转诊标准的高血压患者总人数}) \times 100\%$

29. 开展社区高血压防治管理社区百分比的计算公式（了解）

$(\text{开展高血压防治管理的社区数}) / (\text{该地区社区总数}) \times 100\%$

30. 开展首诊测量血压医院百分比的计算公式（了解）

$(\text{开展首诊测量血压的医院数}) / (\text{地区同级医院总数}) \times 100\%$

31. 被管理的高血压患者满意百分比计算公式（了解）

$(\text{被管理的高血压患者中感到满意的人数}) / (\text{被管理的总人数}) \times 100\%$

32. 从事社区高血压管理的社区医师满意百分比计算公式（了解）

$(\text{对社区高血压管理感到满意的社区医师数}) / (\text{从事社区高血压管理的社区医师总数}) \times 100\%$

33. 社区人群中高血压防治知识知晓率的计算公式（了解）

$(\text{社区中了解高血压防治知识的被调查人数}) / (\text{社区中被调查的总人数}) \times 100\%$

34. 高血压患者中高血压知晓率的计算公式（了解）

$(\text{被调查者知道自己患高血压的人数}) / (\text{社区中被调查的高血压患者总数}) \times 100\%$

35. 首诊测压检出率的计算公式（了解）

$(\text{某年社区首诊测压检出的新发高血压患者数}) / (\text{某年社区首诊测压总人数}) \times 100\%$

36. 高血压控制优良率的计算公式（了解）

$(\text{社区内血压控制优良的高血压患者人数}) / (\text{社区内高血压患者总数}) \times 100\%$

37. 高血压控制率的计算公式（掌握）

(社区内血压控制优良和尚可的高血压患者人数) / (社区内高血压患者总数) × 100%

38. 脑卒中发生率的计算公式 (了解)

(某年社区发生脑卒中的患者数) / (某年社区总人数) × 100%

39. 社区高血压患者中脑卒中发生率的计算公式 (了解)

(某年社区高血压患者中发生脑卒中的患者数) / (某年社区高血压患者总人数) × 100%

40. 管理的高血压患者中脑卒中发生率的计算公式 (了解)

(某年社区管理高血压患者中发生脑卒中的患者数) / (某年社区管理的高血压患者总人数) × 100%

41. 急性心肌梗死发生率的计算公式 (了解)

(某年社区发生心肌梗死的患者数) / (某年社区总人数) × 100%

42. 社区高血压患者中心肌梗死发生率的计算公式 (了解)

(某年社区高血压患者中发生心肌梗死的患者数) / (某年社区高血压患者总人数) × 100%

43. 管理的高血压患者中心肌梗死发生率的计算方式 (了解)

(某年社区管理高血压患者中发生心肌梗死的患者数) / (某年社区管理的高血压患者总人数) × 100%

44. 个体高血压干预的效果评估的分级 (熟悉)

分为优良、尚可、不良共 3 个等级:

优良: 全年累计有 9 个月以上的时间血压记录在 140/90mmHg 以下。

尚可: 全年有 6-9 个月的时间血压记录在 140/90mmHg 以下。

不良: 全年有不足 6 个月的时间血压记录在 140/90mmHg 以下。

45. 群体高血压干预效果评估的指标构成 (熟悉)

①被管理(如某社区)人群高血压知晓率、高血压防治相关知识的知晓情况。②被管理人群中高血压患者降压达标和未达标比例。③被管理人群心脑血管病发病、致残和死亡信息, 以及卫生经济学评价。

46. 高血压生活方式干预的效果评估方法 (熟悉)

一般以 2 个月为宜, 一方面应询问管理对象生活习惯的改善情况, 另一方面检查其血压、血脂、血糖、体重的变化, 并与第一次相关检查结果进行比较分析, 总结成功的经验和教训, 修正干预计划和指导方法, 继续下一步的健康管理。

48. 糖尿病的主要危害 (了解)

长期的血糖控制不佳的糖尿病患者可伴发各种器官, 尤其是眼、心、血管、肾和神经损害或器官功能不全, 导致残疾或者早亡。

49. 糖尿病的分类 (了解)

①1 型糖尿病 ②2 型糖尿病 ③其他特殊类型糖尿病 ④妊娠期糖尿病

51. 糖尿病的干预原则 (了解)

①个体化 ②综合性 ③参与性 ④及时性 ⑤连续性

52. 糖尿病干预的目标人群的主要特征 (了解) P93-94

目标人群有: 一般人群、糖尿病患者及糖尿病高危人群。

符合下列任意一项者即为糖尿病高危人群: ①糖尿病前期 (IFG 和 IGT)、②有糖尿病家族史、③肥胖和超重者、④妊娠期糖尿病患者或曾经分娩巨大儿的妇女、⑤高血压患者和 (或) 心脑血管病变者、⑥高密度脂蛋白胆固醇降低和 (或) 高甘油三酯者、⑦年龄在 40 岁以上, 且常年身体活动不足者、⑧有一过性类固醇诱导性糖尿病病史者、

⑨BMI \geq 30kg/m²的多囊卵巢综合征患者、⑩严重精神病和（或）长期接受抗抑郁药物治疗者。

53. 糖尿病的主要干预策略（掌握）

糖尿病的干预采用糖尿病教育与自我管理和糖尿病患者的随访管理相结合、药物治疗和非药物治疗相结合的策略。

54. 糖尿病教育的形式（熟悉）

糖尿病教育课堂、小组式教育或个体化的饮食和运动指导

55. 糖尿病自我管理的内容和要求（掌握）

- ①培养和建立糖尿病患者对自己健康负责和糖尿病可防可治的信念。
- ②提高糖尿病患者对治疗和随访管理的依从能力。
- ③了解糖尿病目前的治疗方案和随访计划的内容及重要性
- ④了解糖尿病药物治疗的一般知识，掌握胰岛素注射技能和注意事项。
- ⑤了解糖尿病非药物治疗的一般知识，掌握糖尿病饮食、运动干预的技能和注意事项。
- ⑥了解血糖、血压、血脂、体重、糖化血红蛋白等指标的重要意义。
- ⑦了解就医和寻求帮助渠道，提高就医能力，使患者能够根据病情和需要的具体情况，恰当的选择医疗机构。
- ⑧了解寻求糖尿病防治知识和技能的能力。
- ⑨掌握糖尿病及其并发症的病因、发展过程和危险因素的知识。
- ⑩掌握自我检测血糖、血压的技能和初步自我评估的能力。
- ⑪掌握急性并发症的征兆、学会紧急救护的求助和基本处理方法。

56. 自我血糖监测的概念及检测方法（掌握）

自我血糖监测是指导血糖控制达标的重要措施，也是减少低血糖风险的重要手段。指尖毛细血管血糖检测是最理想的方法，但如条件限制不能查血糖、尿糖的检测，包括定量尿糖检测，也是可以接受。自我血糖监测适用于所有糖尿病患者，但对于注射胰岛素和妊娠期患者，为了严格控制血糖，同时减少低血糖的发生，必须进行自我血糖监测。

57. 自我血糖监测的频率（掌握）

自我血糖监测的频率：取决于治疗的目标和方式

- ①血糖控制差的患者或病情危重者应每天监测 4-7 次，直到病情稳定，血糖得到控制。当病情稳定或已达血糖控制目标时可每周监测 1-2 天
- ②使用胰岛素治疗者在治疗开始阶段每日至少监测血糖 5 次，达到治疗目标后每日监测 2-4 次，使用口服药和实施生活方式干预的患者达标后每周监测血糖 2-4 次。

58. 自我血糖监测的时间（掌握）

- ①餐前血糖：当血糖水平很高时空腹血糖水平是首要关注，有低血糖风险者（老年人，血糖控制较好者）也应测定餐前血糖
- ②餐后 2 小时血糖：适用于空腹血糖控制良好，但仍不达到治疗目标者
- ③睡前血糖：适用于注射胰岛素，特别是注射中长效胰岛素患者
- ④夜间血糖：适用于胰岛素治疗已接近治疗目标而空腹血糖仍高者
- ⑤出现低血糖症状时应及时监测血糖。
- ⑥剧烈运动前后宜监测血糖。

59. 自我血糖监测的指导和质量控制方法（掌握）

- 1) 指导内容：如何测血糖、何时监测、监测频率、如何记录检测结果
- 2) 质量控制：每年应检查 1-2 次患者自我血糖监测技术和校准血糖仪，尤其是自我监测结果与糖化血红蛋白或临床情况不符时。

60. 尿糖自我监测的控制目标及适应症（掌握）

- ①目标：阴性（任何时候）
- ②适应症：受条件限制不能测血糖时
- ③无意义的情况：a. 发现低血糖 b. 肾糖阈增高（如老年人）或降低（妊娠）

61. 糖尿病随访的方式（熟悉）

门诊随访、家庭随访、电话随访、集体随访

62. 糖尿病随访管理的内容（掌握）

①了解与评估 ②非药物治疗 ③药物治疗 ④监测检查指标 ⑤健康教育 ⑥患者自我管理技能指导

63. 糖尿病药物治疗的主要方法（熟悉）

糖尿病的药物治​​疗多基于 2 型糖尿病的两个主要病理生理改变——胰岛素抵抗和胰岛素分泌受损。

胰岛素治​​疗是控制高血糖的重要手段。1 型糖尿病患者必须使用胰岛素控制高血糖。2 型糖尿病患者由于口服降糖药的失效或出现口服药物使用的禁忌症时，仍需要使用胰岛素控制高血糖，以减少糖尿病急慢性并发症发生的危险。

64. 糖尿病非药物治疗的关键内容（掌握）

①指标自我监测 ②合理膳食 ③增加身体活动

65. 糖尿病指标自我监测的内容（掌握）

内容：控制体重、血糖、血压、尿中酮体和戒烟

目标：体重控制在正常范围内（ $18.5\text{kg}/\text{m}^2 \leq \text{体质指数} < 24.0\text{kg}/\text{m}^2$ ）；对于超重和肥胖糖尿病者，体重减少的速度要适当，每年以减轻体重的 5%~10% 年为佳；难以减肥者，至少保持体重不增加。同时患有高血压的糖尿病患者，血压应在患者能耐受的情况下酌情降至 130/80 mmHg 以下为佳。

66. 糖尿病患者合理膳食的关键要素（掌握）

特别强调改变不健康的营养和膳食，控制总能量的摄入、食盐的摄入和脂肪的摄入，尤其是动物性油脂。

膳食平衡指脂肪能量占总能量的 20%~30%，碳水化合物占 55%~65%，蛋白质 $\leq 15\%$ 。少食多餐的清淡饮食，每天食盐不超过 6g，食物多样化、个体化。对于超重和肥胖的糖尿病患者，每天少吃一两主食，每月摄入的食用油 $\leq 500\text{g}$ 。合并高血压的糖尿病患者，每日食盐尽量少。

67. 糖尿病患者增加身体活动的注意事项（掌握）

①进行经常性的中等强度的身体活动；②由于特殊并发症，如糖尿病足等，易在运动中受伤，且伤后伤口不易恢复，故不提倡剧烈运动，应在医务人员指导下进行运动并注意运动安全；③针对个人进行个体化运动处方；④运动时间 150 分钟/周为宜，运动频率 5 次左右/周为佳；⑤运动种类以有氧运动为主；⑥活动能力低下高龄患者，可采用肢体按摩。

68. 预防低血糖的措施（掌握）

①开始参加运动时，应有同伴陪同，并携带糖果备用。②饭后 0.5-1 小时开始运动较为合适。③如果运动量较大，则运动前增加饮食量或者适当减少降糖药物量（包括胰岛素）。④运动不宜在降糖药物作用最强的时间进行。⑤注射胰岛素治疗的患者，不宜清晨空腹，尤其不宜在注射胰岛素后和饭前运动。⑥随着运动量的增加，血糖会有所下降，应酌情调整降糖药物治疗方案。

69. 糖尿病患者的运动禁忌（掌握）

①合并各种急性感染。②近期出现糖尿病酮症酸中毒、糖尿病酮症高渗综合征、乳酸性酸中毒和糖尿病低血糖症等急性并发症。③严重糖尿病肾病。④严重眼底病变。⑤新近发生血栓。⑥血糖未得到较好控制（血糖 $> 14\text{mmol}/\text{L}$ ）或血糖不稳定。⑦血压 $> 180\text{mmHg}$ 。⑧经常有脑供血不足。⑨伴有心功能不全、不稳定型心绞痛、心律失常，且活动后加重。

70. 糖尿病的干预步骤（掌握）

糖尿病的干预步骤包括：筛查和确诊糖尿病患者、糖尿病患者的危险分类、制订干预计划、执行干预计划、定时随访和评价管理工作、评价管理效果。

71. 筛查和确诊糖尿病患者的主要方法（熟悉）

①机会性筛查 ②高危人群筛查 ③从已建立的人群健康档案、流行病学调查和糖尿病筛查时的血糖检测结果中发现需要管理的糖尿病患者 ④从常规体检发现属于管理范围的糖尿病患者 ⑤主动检测 ⑥收集社区内已确诊患者的信息。

72. 糖尿病患者的危险分类（熟悉）

糖尿病常规管理和糖尿病强化管理。

73. 糖尿病常规管理的概念（掌握）

通过常规的治疗方法，包括饮食、运动等生活方式的改变及符合患者病因和临床阶段分型而制定的个体化干预方案，就能有效控制患者的血糖、血脂、血压及糖化血红蛋白等指标在目标范围内的管理。

74. 糖尿病常规管理的适用对象（掌握）

血糖水平比较平稳；无并发症或并发症稳定的患者；不愿参加强化管理的患者

75. 糖尿病常规管理的内容及频度（掌握）

随访内容：①了解患者的病情、治疗和随访管理情况：了解患者的症状、体征、并发症等情况。②了解患者非药物治疗情况：饮食、运动、戒烟、限酒、心理辅导等。③了解患者药物治疗情况：每2个月评估1次，根据病情及时调整治疗方案。④健康教育和患者自我管理培训。⑤临床监测指标：血糖（每2周1次）；糖化血红蛋白（每3个月1次或每12个月1次）；血压（一般每3个月1次，高血压患者每周1次）；其他血脂、尿微量白蛋白、视网膜检测、心电图、神经病变和足部检查均每年1次。

频度：对常规管理的患者，要求每年至少随访6次。

76. 糖尿病强化管理的概念（掌握）

在常规管理的基础上，对患者实行随访内容更深入、随访更频繁、治疗方案调整更及时的管理。

77. 糖尿病强化管理的适用对象（熟悉）

已有早期并发症；自我管理能力强；血糖控制情况差；其它包括妊娠、围术期、1型糖尿病等特殊情况；治疗上有积极要求；相对年轻且病程短。

78. 糖尿病强化管理的内容及频度（熟悉）

内容与常规管理基本相同，但随访频度要求每年至少12次（常规管理为6次）。

79. 糖尿病患者常规管理与强化管理的不同点（熟悉）

(1)健康教育和患者自我管理

①糖尿病及相关并发症防治知识和技能

常规：每年至少6次；强化：每年至少12次。

②增加患者随访管理依从性

常规：侧重提高患者随访和治疗的依从性；强化：在常规管理内容基础上强化规范用药及并发症防治内容。

③患者自我管理知识和技能

常规：强化非药物治疗、提高患者自我管理能力和提高患者自我检测水平。

(2)临床检测指标

①血糖：常规：每2周一次。强化：每周2次，餐后和空腹至少各1次。

②血压：常规：一般每3个月1次，高血压患者每周1次。强化：一般每月1次，高血压患者每周1-2次。

③血脂：常规：至少每年1次。强化：至少每月1次，高血压患者每周1-2次。

④糖化血红蛋白：常规：至少每年1次。强化：每3个月1次。

⑤尿微量白蛋白：常规：至少每年1次。强化：至少每年1次。

⑥心电图、尿常规、神经病变：常规：至少每年1次。强化：至少每年2次。

⑦视网膜检查：常规：至少每年1次。强化：至少每年1-2次。

⑧足部检查：常规：至少每年1次。强化：至少每年2-3次。

⑨其它如血纤维蛋白原、血小板聚集率、颈动脉超声等：常规：选择做。强化：每年1次。

80. 糖尿病干预过程评估的要点（熟悉）

主要评估糖尿病干预方案的执行情况、管理对象认可和满意程度。

81. 糖尿病过程评估的主要分类（熟悉）

主要分为年度评估、阶段性评估（每 3-5 年进行 1 次）

82. 糖尿病干预过程年度评估的要点（熟悉）

糖尿病患者建档动态管理情况、糖尿病管理开展情况、糖尿病患者转入转出执行情况、疾病预防控制机构和综合医院对社区卫生服务机构业务指导和培训情况。

83. 糖尿病干预过程阶段性评估的要点（熟悉）

社区糖尿病及其危险因素流行现状了解的情况、参与工作的人员对该项工作的满意情况，以及社会大众对政府部门工作的满意情况。

84. 糖尿病干预效果评估的要点（熟悉）

主要评估糖尿病干预的近期效果和远期效果。

85. 糖尿病干预效果年度评估的要点（熟悉）

主要包括患者规范管理、规范接受药物治疗、不良生活方式改善、自我监测血糖和血压相关技能的掌握、血糖控制等情况。

86. 糖尿病干预效果阶段性评估的要点（熟悉）

主要包括糖尿病患者（被管理对象）患病知晓率和糖尿病相关知识知晓程度、不良生活方式改善情况以及血糖、血压自我监测技能掌握情况，心脑血管疾病、糖尿病肾病、糖尿病神经病变、糖尿病足、视网膜病变等糖尿病并发症发生、致残和死亡等情况，卫生经济学评价等。

87. 糖尿病干预过程的主要评估指标及计算公式（熟悉）

①糖尿病患者建档情况：糖尿病患者建档率和建档合格率。②糖尿病患者随访管理覆盖情况：开展糖尿病管理社区的百分比、实际糖尿病管理人数和规范管理百分比。③双向转诊执行情况：糖尿病转出百分比、糖尿病转入百分比和糖尿病双向转诊百分比。④医务人员培训情况：医务人员培训百分比和培训合格百分比。⑤高危人群干预情况：高危人群参见血糖筛查的百分比和糖调节受损者干预百分比。⑥糖尿病患者满意度情况：社区行政部门满意度、医务人员满意度和患者满意度。

公式参考本章第 20-32 条。

88. 糖尿病干预效果的主要评估指标及计算公式（熟悉）

糖尿病防治知识知晓率、糖尿病患者知晓率、糖尿病患者行为改变率、高危人群行为改变率、血糖控制率和并发症发生率。（公式参考本章 33-43 条）

①个体糖尿病干预的效果评估 ②群体（社区）糖尿病干预的效果评估。

89. 肥胖的主要危害（了解）

肥胖是 2 型糖尿病、心血管病、高血压、卒中和多种癌症的危险因素。

90. 肥胖的干预原则（熟悉）

①必须坚持预防为主，从儿童、青少年开始，从预防超重入手，并须终生坚持。②采取综合措施预防和控制肥胖，积极改变人们的生活方式。③鼓励摄入低能量、低脂肪、适量蛋白质和碳水化合物、富含微量元素和维生素的膳食。④控制膳食与增加运动相结合，达到更好的减肥效果。⑤应长期坚持减重计划，速度不宜过快，不可急于求成。⑥必须同时防治与肥胖相关的疾病。⑦树立健康体重的概念，防止为美而减肥的误区。

91. 肥胖干预的目标人群（掌握）

包括：一般人群、慢性病人群

92. 肥胖的干预策略（掌握）

①普通人群的群体预防 ②高危人群的选择性干预 ③对肥胖症和伴有并发症患者的针对性干预

93. 普通人群肥胖的群体预防策略（掌握）

把监测和控制超重与预防肥胖发展以降低肥胖症患病率作为预防慢性病的重要措施之一。定期监测抽样人群的体重变化，了解变化趋势。积极做好宣传教育，注意膳食平衡。工作休闲时间，有意识地多进行中低强度体力活动。广为传播健康的生活方式，戒烟、限酒和限盐。预防体重增长过多、过快。要提醒有肥胖倾向的个体（特别是腰围超标者）定期检查与肥胖有关疾病的危险指标，尽早发现高血压、血脂异常、冠心病和糖尿病等隐患，并及时治疗。

94. 高危人群肥胖的选择性干预策略（掌握）

应重点预防其肥胖程度进一步加重，预防出现和肥胖相关的并发症。其措施包括：改变高危人群的知识、观念、态度和行为；应让其了解在大多数情况下，不良环境或生活方式因素对肥胖症的发生可起促进作用并激活这一趋势，而改变膳食、加强体力活动对预防肥胖是有效的。要强调对高危个体监测体重和对肥胖症患者进行管理的重要性和必要性。

95. 对肥胖症和伴有并发症患者的针对性干预（掌握）

①对已有超重和肥胖并伴有肥胖相关疾病的高危个体，主要预防其体重进一步增长，最好使其体重有所降低，并对已出现并发症的患者进行疾病管理，如自我监测体重、制定减重目标，以及指导相应的药物治疗方法。②通过健康教育 a. 提高认识，增强信心 b. 短期内过度限制食物摄入效果暂时，需长期坚持、参加体力活动 c. 座谈会交流经验，讲座讲解危害及方法 d. 争取家属配合，创造减肥氛围 e. 医疗单位配合监测危险因素 f. 引导做好记录、综合干预，定期随访。

96. 肥胖干预的主要措施（掌握）

包括控制总能量摄取、增加身体活动量、行为疗法、必要时使用药物。

①控制总能量的摄取 ②增加身体活动量 ③对于减肥，采用控制饮食热量和增加身体活动相结合的方法效果最好④行为疗法

97. 一般成人每天摄入热能值及三大营养素生热比（熟悉）

一般成人每天摄入热能控制在 1000kcal。

三大营养素的生热比：蛋白质约占食物总热量的 25%，脂肪≤10%，碳水化合物约占 65%。

98. 减肥的主要手段（掌握）

对于减肥，采用控制饮食热量和增加身体活动相结合的方法效果最好

99. 行为疗法的主要方式（熟悉）

建立节食意识，每餐不过饱；尽量减少暴饮暴食的频度和程度。注意挑选脂肪含量低的食物。细嚼慢咽以延长进食时间。进食时使用较小的餐具；也可按计划用餐，餐后加点水果满足进食欲望。制定的减肥目标要具体、可行。

100. 肥胖的干预步骤（熟悉）

肥胖的干预程序包括：筛查和确诊肥胖患者并确定管理级别、制定肥胖干预计划、执行干预计划、定时随访并进行效果评估。

101. 个体肥胖干预的主要评估指标（熟悉）

①是否帮助管理对象认清导致其自身超重或肥胖的原因所在？②是否已列出可以减肥的方法？③是否已经找到一个合适的减肥方法去尝试？④评估已取得的短期减肥效果（1-6 个月内 BMI 或腰围减少绝对值或相对值）。⑤评估已取得的中长期减肥效果（0.5-3 年内血压、血脂等指标的变化以及其他健康收益）。⑥在尝试一个减肥方法失败后能否改行另一个减肥方法？⑦能否综合运用各种措施以达到减肥目的，维持减肥成果？⑧是否能利用管理对象身边的资源进行减肥？

102. 群体肥胖干预的主要评估指标（熟悉）

①被管理（如某社区）人群肥胖知晓率、肥胖防治相关知识的知晓情况。②被管理人群中通过饮食控制、增加身体

活动等方式达到减肥目标的比例。③被管理人群中肥胖者控制体重达标和未达标比例。④被管理人群心脑血管病发病、致残和死亡信息，以及卫生经济学评价。

103. 吸烟的危害（熟悉）

吸烟是心血管病的三大经典危险因素（高血压、血脂异常和吸烟）之一。吸烟可促进动脉粥样硬化，进而明显增加心脑血管病的发病和死亡，此外吸烟也是恶性肿瘤和慢性阻塞性肺部疾病等其它多种慢性病的危险因素，吸烟是哮喘恶化和发作的常见诱因，吸烟至少与 40 种疾病和 20 种癌症有关。

104. 主动吸烟的概念（掌握）

直接从点燃的香烟或其他烟草制品吸入烟雾（主流烟雾）。

105. 被动吸烟的概念（掌握）

不吸烟者暴露于吸烟者的二手烟中。

106. 戒烟的益处（掌握）

戒烟可降低危险性：停止吸烟①20 分钟内：血压、脉搏、手脚温度趋向正常。②8 小时内：体内 CO、O₂ 水平趋向正常。③24 小时内：心脏病发作机会开始减少。④48 小时内：神经末端再生；手脚血液循环得到改善；嗅觉、味觉能力明显改善。⑤72 小时内：呼吸较轻松、肺活量开始增加。⑥1.5-2 周：肺功能改善 30%、心脏病危险降低、循环继续改善。⑦1-9 个月内：a. 咳嗽、鼻塞、疲劳和呼吸困难减少；b. 肺内纤毛重生，控制黏液的能力增加，清理肺部，减少感染；c 总的体能水平增加。⑧5 年后：患癌率降低、患心脏病危险性下降。⑨10 年后：患肺癌几率控制最低、癌前细胞被替代、其他与吸烟有关癌症机会减少。

107. 烟草使用的干预原则（熟悉）

①以个体为中心，强调干预对象的健康责任和作用。②以健康为中心，强调预防为主，烟草使用的干预主要应放在预防不吸烟者开始吸烟。③形式多样，强调综合干预。

108. 群体烟草干预的要点（掌握）

①拒吸第一支烟 ②加强健康教育，普及烟草危害知识 ③限制吸烟和劝阻别人戒烟 ④研究和推广有效的戒烟方法和戒烟产品 ⑤建立行为危险因素监测系统

109. 个体烟草干预的主要措施（掌握）

针对个体的烟草干预措施：①五日戒烟法 ②自我戒烟法 ③5A 戒烟干预模型

110. 5 日戒烟法的要点（掌握）

第一日：做好心理、生理、社会环境的准备，强调全部参加是成功的关键，技能方面：学会记录吸烟日记、深呼吸；
第二日：医学知识、心理支持、采取行动，技能方面：替代疗法、行为指导、吸烟日记、心理支持；
第三日：医学知识、心理支持、社会支持、运动指导、小组讨论。技能方面：克服心理和生理成瘾性的技能、经验交流、吸烟日记。
第四日：医学知识、心理支持、膳食指导。技能方面：膳食、运动技能、小组讨论、经验交流、吸烟日记；
第五日：医学知识、心理支持、环境支持、生活方式指导。技能方面：克服复吸的技巧。

111. 自我戒烟法的主要阶段（熟悉）

第一阶段：准备阶段；第二阶段：行动阶段；第三阶段：维持阶段；第四阶段：随访。

112. 戒烟计划包括的主要内容（熟悉）

告诉家人、朋友或者同事自己准备戒烟；告诉他们自己要从哪天开始戒烟；记录自己 1 周的吸烟习惯，以便戒烟时应对；扔掉所有烟草产品和吸烟用具；开始延迟 5-10 分钟吸第一支烟；多吃水果；进行适当的身体锻炼；减少在可吸烟场所停留的时间；尽量保持忙碌状态；减少与吸烟者的交往，和已经戒烟的人交朋友；复习戒烟资助资料；考虑使用戒烟药物、短信以及热线帮助自己戒烟；回顾以往戒烟失败的经历，汲取经验教训；练习当别人给自己递烟时，如何应答。

113. 戒断症状的应对方法（熟悉）

- ①抑郁：打电话给亲朋好友，和别人一起看电影、逛街或参观展览，默念自己的戒烟决心。
- ②失眠：下午6点以后不喝咖啡，睡前在床上阅读，睡前保持1-15分钟的安静时间。
- ③暴躁、挫折感或愤怒：散步或锻炼身体，停下来闭上眼睛，用鼻孔深深吸气，再用嘴巴呼气（重复几次）。
- ④焦虑：10分钟什么都不做，做些伸展运动，一次只做一件事情。
- ⑤简易四法：出去散散步、刷刷牙、勤做深呼吸、再来洗个澡。
- ⑥注意力难以集中：停下来休息，注意力最难集中时去做些重要的事情，不要在同一个位置坐太久。
- ⑦食欲或体重增加：每天至少吃5种水果和蔬菜，不吃方便食品和油炸食品，多喝水，尽可能每天散步20-30分钟。
- ⑧坐立不安：尝试捏皮球或“减压器”，嚼无糖口香糖、糖果胡萝卜或剔牙，投入到业余爱好中，每次持续一天。
- ⑨告诉自己一些积极的事情。

114. 维持阶段的应对重点（熟悉）

认真对待戒断反应；尽量避免和吸烟的人在一起；减少自己的空闲时间；积极参加体育运动和健康有益的公益活动；多做放松技术；多想自己戒烟的原因；调整膳食，适当多吃碱性食品；多想心理医师或戒烟门诊咨询。防治复吸（超过4周，表明戒烟已经进入维持期）。

115. 随访的主要目的（熟悉）

随访的主要目的是了解吸烟者是否仍然在继续戒烟，对在戒烟过程中所做的各种尝试给予肯定；对戒烟维持着表示祝贺，并鼓励他们继续坚持；帮助复吸者回顾戒烟的好处，并鼓励他们重新开始戒烟，复吸现象很正常。

116. 5A 戒烟干预模型的要点（掌握）

- ①ask—询问（吸烟情况）
- ②advise—建议（戒烟）
- ③assess—评估（戒烟意愿）
- ④assist—帮助（戒烟）
- ⑤arrange—安排随访（防止复吸）

第二节 干预效果监测

1. 糖尿病的常见干预指标（掌握）

- ①空腹血浆葡萄糖水平（FPG）
- ②任意时间血浆葡萄糖水平
- ③餐后2小时血糖值
- ④口服葡萄糖耐量试验（OGTT）
- ⑤糖化血红蛋白

2. 空腹血浆葡萄糖水平的概念及意义（掌握）

概念：空腹（至少8小时内无任何热量摄入）时，用葡萄糖氧化酶法测定的静脉血浆葡萄糖水平。

意义：反映胰岛β细胞的功能，一般代表胰岛素的基础分泌功能。

3. 任意时间血浆葡萄糖水平的概念及意义（掌握）

概念：一天当中任意时间里，采用葡萄糖氧化酶法测定的静脉血浆葡萄糖水平。

意义：与上次进餐时间及食物摄入量无关。

4. 餐后2小时血糖值的概念及意义（掌握）

概念：从进餐的第一口开始计算时间，餐后2小时，用葡萄糖氧化酶法测定的静脉血浆葡萄糖水平。

意义：反映胰岛β细胞储备功能的重要指标，即进食后食物刺激β细胞分泌胰岛素的能力。

（若功能良好，周围组织对胰岛素敏感，无胰岛素抵抗现象，则餐后2小时血糖值下降至4.6-7.8mmol/L。但如果储备功能虽好，却由于周围组织对胰岛素抵抗，或胰岛素抵抗虽不明显，但胰岛β细胞功能已较差，则餐后2小时血糖可明显升高。）

5. 口服葡萄糖耐糖量试验（OGTT）的概念及意义（掌握）

概念：以75g无水葡萄糖为负荷量，溶于200-300ml水内5分钟之内服用。试验前停用可能影响OGTT的药物，如避孕药、利尿剂、苯妥英钠等3-7天。分别在0、0.5、1、2小时测量血糖值。

意义：2小时OGTT血糖敏感性、特异性和准确性好。

6. 糖化血红蛋白的指标分类（掌握）

是反映 2-3 个月血糖控制水平的良好指标。理想 <6.5%；良好 6.5%-7.5%；差 >7.5%

7. 肥胖程度分类标准（掌握）

按体质指数(BMI)分类。

WHO 肥胖程度分类标准：①超重 25.0-29.9kg/m² ②肥胖 ≥30kg/m²（肥胖 1 级 30-34.9kg/m²；肥胖 2 级 35-39.9kg/m²；肥胖 3 级 ≥40kg/m²）。

中国卫生部分类标准：①体重过低 <18.5 ②体重正常 18.5-23.9 ③超重 24-27.9 ④肥胖 ≥28。

8. 腰围的概念及意义（掌握）

概念：人体站立时水平方向的最小腰部周长值。

意义：衡量脂肪在腹部蓄积(即腹型肥胖)程度的最简单、实用的指标。

（与肥胖相关性疾病有更强的关联，腹部脂肪增加的中心性肥胖是心脏病和脑卒中的独立的重要危险因素。（中国成年男性 ≥85cm，女性 ≥80cm 时，患高血压、糖尿病、血脂异常的危险性增加。）

9. 臀围的概念（掌握）

人体站立时水平方向的最大臀部周长值。

10. 腰臀比的计算方法（掌握）

腰臀比=腰围(cm)/臀围(cm)，为最窄部位的腰围除以最宽部位的臀围。腰臀比男性 <1.0，女性 <0.85 为正常。

11. 健康管理过程评价的主要指标（掌握）

①项目活动执行率 ②干预活动覆盖率 ③干预活动暴露率 ④干预活动有效指数 ⑤目标人群满意度

12. 项目活动执行率的计算公式（了解）

$(\text{某时段已执行项目活动数}) / (\text{某时段应执行项目活动数}) \times 100\%$

13. 干预活动覆盖率的计算公式（了解）

$(\text{参与某种干预活动的人数}) / (\text{目标人群总人数}) \times 100\%$

14. 干预活动暴露率的计算公式（了解）

$(\text{实际参与项目干预活动人数}) / (\text{应参与该干预活动的人数}) \times 100\%$

15. 干预活动有效指数的计算公式（了解）

$(\text{干预活动暴露率}) / (\text{预期达到的参与百分比}) \times 100\%$

16. 目标人群满意度包含的内容（了解）

目标人群对健康管理项目执行情况的满意度一般从对干预活动内容的满意度、对干预活动形式的满意度以及对干预活动组织的满意度等几个方面进行评价。

*糖尿病管理要点

①糖尿病教育，定期开设教育课程；②自我管理；③自我血糖监测；④随访管理：门诊随访、家庭随访、电话随访和集体随访；⑤糖尿病药物治疗；⑥糖尿病的非药物治疗：自我监测、合理膳食和增加身体活动。