

健康管理师 技能知识点（三级）

【知识点1】卫生服务记录表单

包括：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。

【知识点2】“饮酒量的评判标准”

1标准杯等于半两白酒（40%），或1两低度白酒，或1两半黄酒，或3两葡萄酒，或1易拉罐啤酒。

【知识点3】人体体格测量

是评价营养状况的综合观察指标。常用指标有体重、身高、皮褶厚度及上臂围等，其中以体重、身高最为重要。

【知识点4】评价体重状况的方法

（1）年龄组别体重 主要用于0~6岁儿童。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）。

（2）身高别体重 主要用于0~6岁儿童。以实测体重与同身高组的标准体重相比较，也应在均值的2个标准差范围内（或在第25~75百分位数范围）。如达不到标准，则表示为消瘦，反映近期营养不佳。此指标对区分急性营养不良和慢性营养不良有较大意义。

（3）体质指数 体质指数（BMI）一种计算身高别体重的指数。BMI计算公式为： $BMI = \text{体重}(\text{kg}) / [\text{身高}(\text{m})]^2$ 。

中国成人判断超重和肥胖程度的界限值为： $BMI < 18.5 \text{kg}/\text{m}^2$ 为体重过低， $18.5 \leq BMI < 24 \text{kg}/\text{m}^2$ 为正常体重范围， $24 \leq BMI < 28 \text{kg}/\text{m}^2$ 为超重， $BMI \geq 28 \text{kg}/\text{m}^2$ 为肥胖。

【知识点5】我国成人血压的标准

（1）正常血压：收缩压 $< 120 \text{mmHg}$ 和舒张压 $< 80 \text{mmHg}$ 。

（2）正常高值： $120 \text{mmHg} \leq \text{收缩压} < 140 \text{mmHg}$ 和/或 $80 \text{mmHg} \leq \text{舒张压} < 90 \text{mmHg}$ 。

（3）高血压：收缩压 $\geq 140 \text{mmHg}$ 和/或舒张压 $\geq 90 \text{mmHg}$ 。

【知识点6】身高测量方法

受试者应当空腹、脱鞋、只穿轻薄的衣服。测量身高的量尺（最小刻度为1mm）应与地面垂直固定或贴在墙上。受试者直立、两脚后跟并拢靠近量尺，并将两肩及臀部也贴近量尺。测量人员用一个直角尺放在受试者的头顶，使直角的两个边一边靠紧量尺，另一边接近受试

者的头皮，读取量尺上的读数，准确至 1mm。每次测量身高最好连续测 2 次，间隔 30 秒。两次测量的结果应大致相同。身高计的误差不得超过 0.5cm。

【知识点 7】体重测量方法

电子体重计：根据使用说明，用前检验其工作状态、准确度和灵敏度。打开电源开关；按下“启动”按键，显示屏上显示 2 次“8888”后，显示 0.0，进入工作状态。受检者穿薄衣服、赤足，全身放松，自然站立在体重计量盘的中央，保持身体平稳。待显示屏显示的数值稳定后，测量人员记录显示的数值。记录以千克（kg）为单位，精确到小数点后 1 位。测量误差不得超过 0.1kg。

【知识点 8】腰围的测量方法

腰围的测量方法是让受试者直立，两脚分开 30~40cm，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部位），沿水平方向围绕腹部一周，紧贴而不压迫皮肤，在正常呼气末测量腰围的长度，读数准确至 1mm。

【知识点 9】不合逻辑健康信息记录的识别

是应用一般常识和医学常识，对所收集的健康信息进行判断，看是否有违背常识的数据。如所确定的调查对象年龄范围在 25-64 岁，但某一调查表中的年龄却出现 12 岁；某一调查表记录性别为女性，但在疾病史中却记录有前列腺疾病；如正常心率范围一般在 60-120 次/分，但某一调查表中所记录的心率在 1200 次/分等。

【知识点 10】不合逻辑健康信息记录识别的方法

- （1）直接审阅所收集的健康记录表。
- （2）在建立计算机数据库结构时对相应变量进行逻辑设计，包括设置合理的数据范围【设定范围（如年龄范围提定在 ≥ 25 和 ≤ 64 之间）和合法输入值（如性别只能录入 1 或 2）】、逻辑跳转（如性别为女性时，记录表中前列腺疾病等男性独有问题自动跳过）、自动编码、输入警告提示等。
- （3）在数据录入完成后应用计算机进行逻辑差错识别。可通过编写简单的计算机程序找出不合逻辑的变量值。

【知识点 11】鉴别和核实健康信息的原则

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。

【知识点 12】信息清理的方法

(1) 双录入法：通过其他人重新输入数据库来检查错误的方法。当出现前后两次录入的数据不符的情况时，应重新参考源文件及调查问卷，直至找到错误并更正为止。

(2) 直接审阅数据库文件：通过专人目测检查数据库文件中的记录是否存在相同的格式，是否有空白数据。如果应用固定栏目格式，只要出现任何缩写形式的目录就会发现错误位置栏而发生的编码错误。出现这种情况就应该重新输入正确的数据。同时，对数据中的缺失值已经进行过编码(如缺失值编码为 777)。如出现空白栏，则提示错误存在。

(3) 计算机查错：①数据库设计合理编码：在健康信息录入前的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。在录入数据时，数据库程序会自动检查编码的正确性。如果发生录入错误，就会发出“嘟嘟”的响声来提示录入员及时更正。②逻辑查错：在数据录入完成后，应用逻辑检查的方法进行查错。它是在计算机上通过应用反证法的程序，检查对特定问题和其他问题的回答是否存在逻辑上的合理性。如前列腺癌的患者应该是男性，如果是女性，就有逻辑上的错误。

【知识点 13】录入与培训内容

数据库结构、调查表的编码、逻辑差错的设置要求、数据库文件的保存等。

【知识点 14】数据录入的计算机软件

Excel 等，也可以用 EpiData、SAS、SPSS、Systat 等。

【知识点 15】信息录入的方法

- ①将所有的调查数据直接输入电子数据表。最好是采用双份独立录入校对的方法。
- ②应用如 PAD 这样的电脑终端在调查时就将数据送入计算机主机。

【知识点 16】健康信息的传递方法

- (1) 通知客户到健康管理中心。
- (2) 将打印的结果通过邮寄方式寄给客户。
- (3) 以电子邮件的形式将结果发送给客户。
- (4) 电话通知客户。
- (5) 短信通知客户。

【知识点 17】健康信息保存

- (1) 数据库文件的存档；
- (2) 调查问卷文件的保管和存放。

【知识点 18】两种健康信息具体保存要求

(1) 数据库文件保存：数据库文件在录入和清理完成后要进行双备份，分别保存在不同的计算机相应文件夹里。

(2) 调查问卷的保存：保存原则要保证信息档案的完整、安全、方便查阅。具体措施包括：①应安排一定的空间和购置必需的档案保管设施设备，保证这些存档的文件能防盗、防晒、防高温、防火、防潮、防尘、防鼠和防虫。②要指定专职人员进行管理。③在放置调查问卷等纸质文件时，要考虑到便于使用，如可按编号摆放、建立目录卡、并留有空间以备扩充。

【知识点 19】信息安全的内容

保证信息保密性、真实性、完整性、拷贝的安全性（未经授权不得拷贝）和所寄生系统的安全性。

【知识点 20】健康风险评估（HRA）

健康风险评估（HRA）是一种分析方法或工具，用于描述和估计某一个体未来可能发生的某种特定疾病或因为某种特定疾病导致死亡的可能性。

这种分析的目的在于估计特定事件发生的可能性，而不在于做出明确的诊断。

健康风险评估，就是根据个人的生活方式、生理特点、心理素质、社会环境、遗传因素与健康状况，来预测个人的寿命与其慢性病、常见病的发生率或死亡率，并通过数理模式，对上述可变因素作出定量调整，而重新估测人的寿命与发病率。

因此，健康风险评估可以定义为：“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。”健康风险评估的目的是作为健康促进的工具和效果考核目标。

【知识点 21】慢性病的主要风险因素

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。

【知识点 22】慢性病的三大行为危险因素

吸烟、膳食不合理和身体活动不足。

【知识点 23】吸烟的危害

吸烟增加罹患严重肺部疾患、癌症、心脏病、脑卒中、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。

【知识点 24】健康风险评估的研究目的

(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致病因素，达到预防疾病或延迟疾病发生的作用。

【知识点 25】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。

【知识点 26】问卷的主要组成

①生理、生化数据，如身高、体重、血压、血脂等；②生活方式数据，如吸烟、膳食与运动习惯等；③个人或家族健康史；④其他危险因素，如精神压力；⑤态度和知识方面的信息（有时候需要）。

【知识点 27】疾病危险性评价及预测的方法

第一种方法是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。

第二种方法是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来得出患病危险性与危险因素之间的关系模型。所采取数理手段，除常见的多元回归外，还有基于模糊神经网络的神经网络方法及基于 Monte Carlo 的模型等。

【知识点 28】前期暴露因素

指的是行为生活方式危险因素（如吸烟），临床检验值（如胆固醇值），遗传因素（如乳腺癌的家旅史）等。

【知识点 29】相对危险性、绝对危险性

相对危险性反映的是相对于一般人群危险度的增减量。

如果把一般人群的相对危险性定成 1，被评估者的相对危险性就是大于 1 或小于 1 的值。个人的相对危险性乘以一般人群的死亡率就是若干年后死于发生某种疾病的概率。

绝对危险性是以发病率的方式来表示未来若干年内发生某种疾病的可能性。

【知识点 30】健康风险评估报告

个人报告一般包括健康风险评估的结果和健康教育信息。

人群报告则一般包括对受评估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。

【知识点 31】健康风险评估结果

它是健康风险评估报告的主要内容，其表达方式可是多种多样。但应该包含个人患病风险（绝对风险）、人群风险（相对风险），以及个人可降低风险。

【知识点 32】健康风险评估的步骤

- (1) 采集个人健康信息、进行有关医学检查；
- (2) 信息录入及报告打印；
- (3) 跟踪指导；
- (4) 随访（再次评价）：对高度危险的服务对象的随访时间一般为每三个月一次，中度危险的服务对象的随访时间为每六个月一次，低度危险服务对象的随访时间为每年一次；
- (5) 效果考核与评价。

【知识点 33】平均危险

是指同年龄所有人的平均发病危险。

【知识点 34】理想危险度

表示的是健康风险降低的空间。

【知识点 35】健康风险的表示方法

死亡率和发病率、危险度（相对危险度、理想危险度）、评估分值和健康年龄

【知识点 36】评估分值

危险度有时也称为评估分值，两者的意义相同，都是用于表承个人的风险的高低。

【知识点 37】目标分值

将可改变的危险因素改变和降低后达到的新的危险度也称为目标分值，目标分值：报告评估分值时所使用的计分机制也常常被用于计算目标分值，即假设受评估者成功地实现了所有建议其做的改变后而得到的分值。

【知识点 38】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。

如果某个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。如果某人的评估危险度高于人群平均危险度，则他的健康年龄大于其自然年龄；反之，若评估危险度低于人群平均危险度，则其健康年龄小于自然年龄。

【知识点 39】理想健康年龄

如果每个人暴露的改变危险因素越多，其改变的空间也越大，其理想危险度也就越小。如果将前期暴露的危险因素修正到一个目标水平，就可以计算出理想的健康年龄。

理想健康年龄表示的是该个体可以修正的危险度与人群平均危险度之间的差距。评估得到的健康年龄和理想健康年龄之间的差距，反映了某人可能争取的空间。

【知识点 40】健康风险评估的主要作用：

- (1) 帮助个体综合认识健康危险因素；
- (2) 鼓励和帮助人们修正不健康的行为；
- (3) 制订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：如评估数据被广泛地应用在保险的核保及服务管理中，根据评估数据进行健康保险费率的计算，以使保费的收取更加合理化便是一个典型的例子。另外，将健康评估数据与健康费用支出相联系，还可进行健康保险费用的预测，帮助保险公司量化回报效果。

【知识点 41】常见健康风险评估报告内容：

- (1) 个人健康信息汇总报告；
- (2) 疾病风险评估报告（评估报告的主要部分）：报告包括疾病风险评估结果、危险因素状况、可改善的危险因素提示三部分内容；
- (3) 健康促进与指导信息：健康生活方式评估报告、危险因素重点提示、膳食处方和运动处方。

【知识点 42】当前风险、理想风险

“当前风险”风险等级表示根据目前的危险因素状况所评估出的风险等级；

“理想风险”风险等级表示控制各项可改善的危险因素后风险等级可能达到的理想状

况。

“当前风险”所对应的发病率表示根据当前的危险因素状况计算出未来若干年内发生某种疾病的可能性大小；

“理想风险”所对应的发病率表示控制各项可改变的危险因素后，未来若干年内发生某种疾病的可能性大小。

“当前风险”和“理想风险”之间的差值，即是受评估者的健康改善空间。

【知识点 43】生活方式评分

得分在 60 分以上可认为拥有良好的生活习惯，得分在 80~100 分被认为是最佳范围。

【知识点 44】《中国居民膳食指南》（2016）

- ①食物多样，谷类为主；
- ②吃动平衡，健康体重；
- ③多吃蔬果、奶类、大豆；
- ④适量吃鱼、禽、蛋、瘦肉；
- ⑤少盐少油，控糖限酒；
- ⑥杜绝浪费，新兴时尚。

【知识点 45】营养指导的原则

- ①食物多样化，以谷类为主；
- ②多吃蔬菜、水果、奶类、大豆；
- ③适量吃优质蛋白质；
- ④少盐少油，控糖限酒；
- ⑤珍惜食物，按需备餐，提倡分餐不浪费；
- ⑥吃动平衡，保持健康体重。

【知识点 46】运动强度的测量

心率：最大心率 $HR_{max}=220-\text{年龄}(\text{岁})$ 。中等强度的心率一般定义在最大心率的 60%~75%。

代谢当量（梅脱，METs）： $\geq 6\text{METs}$ 为高强度活动； $3\sim 5.9\text{METs}$ 为中等强度活动； $1.6\sim$

2. 9METs 为低强度活动；1.0~1.5METs 为坐、躺姿势阅读、看电视、或使用手机、电脑等电子产品的活动等静态行为活动。

自我感知运动强度（RPE）分级：具体方法：将主观的疲劳程度“6”为最低水平（最大程度的轻松感，无任何负荷感），“20”作为最高水平（极度疲劳感），然后针对所进行的具体活动（如跑步）的疲劳感进行主观估计个体的疲劳级别，不同个体的感觉可能存在明显差异。

【知识点 47】健康体适能的内容

主要包括心肺耐力素质、肌肉力量和耐力素质、柔韧性素质和身体成分。

【知识点 48】运动锻炼的医学监督内容

体力负荷与运动反应、运动计划的调整和健康状况和运动能力的再评估。

【知识点 49】运动进度

取决于个体的体质、健康情况、年龄和运动训练目标。

【知识点 50】机体运动反应的三个关键环节

运动疲劳、恢复和适应。

【知识点 51】成瘾行为的特征

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。

【知识点 52】成瘾行为的形成过程

①诱导阶段；②形成阶段；③巩固阶段；④衰竭阶段。

【知识点 53】成瘾行为的内、外影响因素

①人格特征；②社会环境因素；③社会心理因素；④文化因素；⑤传播媒介因素；⑥团体效应；⑦家庭影响。

【知识点 54】控烟的总策略

制定公共卫生政策、建立支持环境、加强健康教育及社区行动、发展个人技能及调整卫生服务方向。

【知识点 55】健康教育计划设计原则

(1) 目标原则；(2) 前瞻性原则；(3) 弹性原则；(4) 参与性原则。

【知识点 56】健康教育计划的总体目标

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。例如“在某社区的居民或某企业的员工中开展高血压教育，以提高其健康水平”。

【知识点 57】健康教育计划的具体目标

需要包含具体的、量化的、可测量的指标，应该能够对以下问题作出回答：

who——对谁？可以是个体，也可以是群体。

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？如果是针对个体的目标，可以忽略此项。

How much——变化程度多大？

【知识点 58】健康教育干预策略

(1) 教育策略：教育策略的核心是教育人们形成有益于健康的认知和技能。在教育策略下，常用的健康教育活动很多，包括：①通过电子媒介开展的大众传媒活动：电视节目、广播节目、公益广告、网络信息等，同时这些节目还可以制成录像带、录音带、光碟等在人群中反复使用；②通过印刷媒介开展的活动：手册、小折页、挂图、招贴画、日历、卡片、传单等；③人际传播活动：讲座/讲课、小组讨论、个别咨询、示范、入户指导、观摩学习、同伴教育等；④因地制宜的社区活动：墙体标语、板报、墙报、展览、义诊、评选示范户、知识竞赛、患者俱乐部等；⑤民俗、文体活动：相声、戏曲、民歌、庙会、赶集等。

(2) 环境策略：环境策略的作用对象是物质环境、条件，其目的是使人们采纳健康行为的意愿得以实现。如在某企业职工预防心脑血管病的健康教育中食堂提供低脂、低盐的食物，在工作场所为职工提供一些锻炼设施等，均属于环境策略，上述活动使得目标人群能更加便捷地采纳健康行为。

(3) 政策策略：政策策略从两方面作用于人群的健康行为：①政策可以支持并促使这些行为得以实现。例如，某企业创立无烟单位，规定全企业办公区一律禁止吸烟，此规定在很大程度上限制了员工的吸烟行为。②政策策略可以通过影响资源配置、环境改善，从而促进健康行为甚至健康。例如在企业开展预防心脑血管病的健康教育项目中，有了职工运动健身的愿望，有了必要的设施和场地，如果没有调整工作时间的政策支持，人们依然难以真正

去运动，因此，需要制订有关工间操制度、轮班制度，确保员工有时间做运动。

【知识点 59】健康教育计划书的内容

通常包括摘要、前言、总体目标和具体目标、方法（整个计划的核心）、评价、经费预算以及参考资料等。

【知识点 60】认知目标、行为目标、健康目标

例如：一项针对某社区人群的健康教育，经过信息收集和健康风险评估后，确定心脑血管病是影响社区居民生活质量的主要健康问题，重点干预的行为包括改变高盐、高脂饮食，定期测量血压、血脂，以及高血压患者；遵从医嘱服药。其具体目标可以包括：

1) 认知目标：在项目执行 3 年后

- 使项目地区 85%的成年人了解正常的血压水平和血脂水平。
- 使项目地区 85%的成年人相信改变高危行为有助于控制血压。
- 使项目地区 80%的成年人掌握测量血压的技术。

2) 行为目标：在项目执行 3 年后

- 使项目地区 75%的成年人能做到每年测量 1 次血压。
- 使项目地区 90%的高血压患者能遵从医嘱服药。

3) 健康目标：在项目执行 3 年后，使项目地区成高血压患者的血压控制率达到 80%。

【知识点 61】健康教育计划书评价内容的 3 个层次

1) 过程评价：包括计划实施活动的内容、指标的监测，其中有组织领导落实情况、教育方法、传播渠道、宣传资料的设计和选择及预实验等方面的质量和效果，以及每次活动群众参与的数量和接受程度等。

2) 效应评价：主要评定知、信、行的改变及政策和法规的制定，应有明确的内容和指标。中期效果评价主要评定行为和环境改变。

3) 结局评价：主要评定有关发病率、死亡率的下降，生活质量的提高及经济效益与社会效益。

【知识点 62】针对个体的传播材料

传单、折页、手册。

【知识点 63】针对群体的传播材料

宣传栏、招贴画/海报、标语/横幅、DVD。

【知识点 64】健康管理师在人际沟通中需要掌握的技巧

说话的技巧、倾听的技巧、提问的技巧、观察的技巧、反馈的技巧和非语言传播的技巧。

【知识点 65】反馈

在人际交流中有 3 种反馈形式：语言反馈、体语反馈和书面反馈。

依据性质的不同, 反馈也可分为 3 种:

①积极性反馈: 作出理解、赞同、支持的反应, 是一种积极性反馈, 如“我认为你说得对。”“好!”“对”等; 或以点头、伸大拇指等体语来表达。

②消极性反馈: 作出不赞同、不拥护、不支持或反对的反应, 是一种消极性反馈, 如说“不行”“不对”“我不同意”等, 或以摇头、皱眉等表情或动作来表示。

③模糊性反馈: 作出没有明确态度和立场的反应, 如“哦!”“是吗?”以及不置可否的表情等。

【知识点 66】非语言传播技巧

(1) 动态体语: 以点头表示肯定, 以摇头表示否定; 微笑、握手表示友好; 用亲切的目光注视对方表示尊重。

(2) 静态体语: 服饰整洁, 仪表端庄。

(3) 类语言: 改变声调节奏, 合理运用笑声, 可以起到调节气氛的效果。

(4) 时间语: 如提前到达会场或约会地点、准时赴约, 可以给人以信赖感。

(5) 空间语: 如安静整洁的环境, 给人以安全和轻松感。与谈话者之间不要有大的障碍物, 双方置身于有利交流的空间位置和距离, 有利于增进交流。

【知识点 67】高血压的具体干预原则

个体化、综合性、连续性、连续性、参与性和及时性。

【知识点 68】高血压干预的目标人群

一般人群、高血压高危人群、高血压患者。

表 4-1 符合下列任意一项者即为高血压高危人群

- ◆ 收缩压为 120~139mmHg 和(或)舒张压为 80~89mmHg 者
- ◆ 有高血压家族史者(双亲、同胞、祖父母、外祖父母、叔伯姑、舅姨等患有高血压)
- ◆ 超重和肥胖者[体质指数(BMI) $\geq 24\text{kg}/\text{m}^2$]
- ◆ 长期过量饮酒者(每日饮酒量 $\geq 100\text{ml}$, 且每周饮酒在 4 次以上)
- ◆ 长期高盐膳食者

注:选自慢性病社区综合防治系列丛书《高血压社区综合防治方案》

【知识点 69】高血压的干预策略

非药物治疗(健康生活方式调整)和药物治疗相结合。

【知识点 70】降压治疗药物应用原则

即小剂量开始原则, 优先选择长效制剂原则, 联合应用药物原则及个体化原则。

【知识点 71】高血压非药物治疗

- (1) 提倡健康饮食。
- (2) 戒烟。
- (3) 限制饮酒和戒酒: 男性每天酒精摄入量不超过 25g, 女性不超过 15g。
- (4) 增加身体活动。
- (5) 管理体重: 高血压患者应将体重控制在正常范围($18.5\text{kg}/\text{m}^2 \leq \text{BMI} < 24\text{kg}/\text{m}^2$), 男性腰围应控制在 90cm 之内, 女性应控制在 85cm 之内。

减重目标的设计应切合实际, 推荐 3~6 个月内减重 5%~10%, 大约每月 1~2kg 为宜。

- (6) 高血压健康教育。
- (7) 保持良好的心理状态。

【知识点 72】减少钠盐摄入的主要措施

健康成年人一天食盐(包括酱油和其他食物中的食盐量)摄入量不超过 6g。

- 1) 纠正过咸口味, 可以使用醋、柠檬汁、香料、姜等调味品, 提高菜肴鲜味。减少味精、酱油等含钠盐的调味品的用量。
- 2) 采取总量控制, 使用限盐勺, 按量放入菜肴。
- 3) 使用低钠盐、低钠酱油或限盐酱油, 少放味精。
- 4) 少吃酱菜、腌制食品及其他过咸食品。

5) 少吃零食，学会看食品标签，拒绝高盐食品。

6) 肾功能良好者使用含钾的烹调用盐。

【知识点 73】高血压的干预程序

筛查和确诊高血压患者、高血压患者的危险分层、制订干预计划、执行干预计划、定时随访、评价管理工作和评价管理效果。

【知识点 74】筛查高血压患者的方法

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，最好是将健康档案与社区常规的诊疗信息系统连接起来，以便开展持续的管理服务；

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，如流行病学调查发现的高血压患者。

【知识点 75】高血压患者的危险度分层的目的

确定随访的频率、干预的方式和干预的强度，将人力、物力用在危险度高、自我管理意识差的人群上。

【知识点 76】常见的干预方法

电话咨询指导、邮寄健康教育资料或上网阅读或上门家访。

【知识点 77】高血压管理的评价指标

(1) 高血压（以社区为例）管理的工作指标

1) 社区高血压患者建档情况

建档百分比 = (社区建立高血压患者管理档案的人数) / (社区已知的高血压患者数) × 100%

2) 高血压随访管理覆盖情况

管理百分比 = (遵循高血压患者管理流程的患者数) / (社区实际高血压患者总人数) × 100%

3) 高血压患者治疗情况

治疗百分比 = (每年在社区接受治疗的高血压患者人数) / (当年社区中全部高血压患者

人数) × 100%

规范治疗百分比 = (每年社区能按照医嘱接受规范治疗的高血压患者人数) / (当年社区中全部高血压患者人数) × 100%

4) 双向转诊执行情况

转出百分比 = (社区医院符合转出标准且转出的高血压患者数) / (社区医院符合转出标准的高血压患者数) × 100%

转回百分比 = (综合医院符合转回标准且转回的高血压患者数) / (综合医院符合转回标准的高血压患者数) × 100%

(2) 高血压管理的效果指标

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 = (社区中了解高血压防治知识的被调查人数) / (社区中被调查的总人数) × 100%

高血压患者中高血压知晓率 = (被调查者知道自己患高血压的人数) / (社区中被调查的高血压患者总数) × 100%

2) 高血压控制情况

高血压控制率 = (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%

【知识点 78】血压控制等级

按照患者全年血压控制情况，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。

【知识点 79】群体高血压干预的效果评估

(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。

【知识点 80】糖尿病的具体干预原则

个体化、综合性、连续性、参与性和及时性。

【知识点 81】糖尿病干预的目标人群

一般人群、糖尿病患者及糖尿病高危人群。

表 4-3 符合下列任意一项者即为糖尿病高危人群

- ◆ 糖尿病前期(IFG 和 IGT)
- ◆ 有糖尿病家族史(双亲或同胞患有糖尿病)
- ◆ 肥胖和超重者($BMI \geq 24\text{kg/m}^2$),男性腰围 $\geq 90\text{cm}$,女性腰围 $\geq 85\text{cm}$
- ◆ 妊娠糖尿病患者或曾经分娩巨大儿(出生体重 $\geq 4\text{kg}$)的妇女
- ◆ 高血压患者(血压 $\geq 140/90\text{mmHg}$)和(或)心脑血管病变者
- ◆ 高密度脂蛋白胆固醇降低[$\leq 0.9\text{mmol/L}$ (35mg/dl)]和(或)高甘油三酯[$\geq 2.22\text{mmol/L}$ (200mg/dl)]者
- ◆ 年龄在 40 岁以上,且常年身体活动不足者
- ◆ 有一过性类固醇诱导性糖尿病病史者
- ◆ $BMI \geq 30\text{kg/m}^2$ 的多囊卵巢综合征患者
- ◆ 严重精神病和(或)长期接受抗抑郁药物治疗者

注:选自慢性病社区综合防治系列丛书《糖尿病社区综合防治方案》

【知识点 82】血糖监测

建议对高危人群每年检测 1 次空腹血糖和(或)进行口服葡萄糖耐量试验(OGTT);高血压患者每年检测 1 次空腹血糖和(或)进行 OGTT;45 岁以上血糖控制正常者 3 年后复查。

【知识点 83】糖尿病的干预策略

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。

【知识点 84】糖尿病自我管理的内容和要求

- ◆ 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。
- ◆ 提高糖尿病患者对治疗和随访管理的依从能力。
- ◆ 了解糖尿病目前的治疗方案和随访计划的内容及重要性。
- ◆ 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。
- ◆ 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。

◆了解血糖、血压、血脂、体重、糖化血红蛋白等指标的重要意义。

◆了解就医和寻求帮助的渠道，提高就医能力，使患者能够根据病情和需求的具体情况，恰当选择医疗机构。

◆了解寻求糖原病防治知识和技能的能力。

◆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。

◆掌握自我监测血糖、血压的技能和初步自我评估的能力。

◆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。

【知识点 85】糖尿病患者自我血糖监测的频率

取决于治疗的目标和方式。

◆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。

◆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。

【知识点 86】血糖监测时间

◆餐前血糖检测：当血糖水平很高时空腹血糖水平是首先要关注的，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。

◆餐后 2 小时血糖监测：适用于空腹血糖已获良好控制，但仍不能达到治疗目标者。

◆睡前血糖监测：适用于注射胰岛素的患者，特别是注射中长效胰岛素的患者。

◆夜间血糖监测：适用于胰岛素治疗已接近治疗目标而空腹血糖仍高者。

◆出现低血糖症状时应及时监测血糖。

◆剧烈运动前后宜监测血糖。

【知识点 87】糖尿病随访管理方式

门诊随访、家庭随访、电话随访和集体随访。

【知识点 88】糖尿病患者的减重和血压

对于超重和肥胖的糖尿病患者，体重减少的速度要适当，每年以减轻体重的 5%~10%为佳，不提倡短期内大幅度降低体重。

对于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 130/80mmHg 以下为佳。

【知识点 89】糖尿病患者的饮食

要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。建议糖尿病病人的脂肪能量占总能量的 20%~30%，碳水化合物占 45%~60%，蛋白质占 15%~20%；采用少食多餐的清淡饮食，每天食盐不超过 6g。

【知识点 90】糖尿病患者参加运动的注意事项

应注意循序渐进，逐渐达标。须预防低血糖、注意足部保护。如：运动前的胰岛素应避免注射于运动肌肉，最好选择腹部；血糖>16.7mmol/L 应禁忌大强度耐力运动。出现严重或增生性视网膜病变时，应避免大强度耐力活动、中高负荷抗阻力运动、冲击用力和暴发用力。出现足部破溃、感染时，应避免下肢运动等。

【知识点 91】糖尿病患者低血糖的预防措施

可以预防低血糖的措施

- ◆开始参加运动时，应有同伴陪同，并携带糖果备用。
- ◆饭后 0.5~1 小时开始运动较为合适。
- ◆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）。
- ◆运动不宜在降糖药物作用最强的时间进行。
- ◆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。
- ◆随着运动量的增加，血糖会有所下降，应酌情调整降糖治疗方案。

【知识点 92】糖尿病患者的运动禁忌

◆ 合并各种急性感染。

◆ 近期出现糖尿病酮症酸中毒、糖尿病非酮症性高渗综合征、乳酸性酸中毒和糖尿病低血糖症等急性并发症。

◆ 严重糖尿病肾病。

◆ 严重眼底病变。

◆ 新近发生血栓。

◆ 血糖未得到较好控制（血糖 $>14\text{mmol/L}$ ）或血糖不稳定。

◆ 血压 $>180\text{mmHg}$ 。

◆ 经常有脑供血不足。

◆ 伴有心功能不全、不稳定型心绞痛、心律失常，且活动后加重。

【知识点 93】糖尿病常规管理与强化管理的区别

表 4-5 糖尿病患者常规管理与强化管理的不同点

		常规管理	强化管理
健康教育 和患者自我管理	糖尿病及相关并发症防治知识和技能 增加患者随访管理依从性	每年至少 6 次 侧重提高患者随访和治疗的依从性	每年至少 12 次 在常规管理内容基础上强化规范用药及并发症防治内容
	患者自我管理知识和技能	强化非药物治疗	
		提高患者自我管理能力和提高患者自我监测水平	
临床监测指标	血糖	每 2 周 1 次	每周 2 次,餐后和空腹至少各 1 次
	血压	一般每 3 个月 1 次,高血压患者每周 1 次	一般每月 1 次,高血压患者每周 1-2 次
	血脂	至少每年 1 次	至少每年 1 次,血脂异常者每 6 个月 1 次
	糖化血红蛋白	至少每年 1 次	每 3 个月 1 次
	尿微量白蛋白	至少每年 1 次	至少每年 1 次
	心电图	至少每年 1 次	至少每年 2 次
	尿常规	至少每年 1 次	至少每年 2 次
	神经病变	至少每年 1 次	至少每年 2 次
	视网膜检查	每年 1 次	至少每年 1-2 次
	足部检查	每年 1 次	至少每年 2-3 次
其他,如血纤维蛋白原、血小板聚集率、颈动脉超声等	选择做	每年 1 次	

注:选自慢性病社区综合防治系列丛书《糖尿病社区综合防治方案》

【知识点 94】中国 2 型糖尿病的控制目标

表 4-6 中国 2 型糖尿病的控制目标

指标	目标值
血糖 (mmol/L)*	空腹 4.4~7.0 非空腹 <10.0
HbA _{1c} (%)	<7.0
血压 (mmHg)	<130/80
HDL-C (mmol/L)	男性 >1.0 (40mg/dl) 女性 >1.3 (50mg/dl)
TG (mmol/L)	<1.7 (150mg/dl)
LDL-C (mmol/L) 未合并冠心病	<2.6 (100mg/dl)
合并冠心病	<1.8 (70mg/dl)
体质指数 (BMI, kg/m ²)	<24
尿白蛋白 / 肌酐比值 (mg/mmol)	男性 <2.5 (22mg/g) 女性 <3.5 (31mg/g)
尿白蛋白排泄率	<20μg/min (30mg/d)
主动有氧活动 (分 / 周)	≥150

注：*，毛细血管血糖

本表选自《中国 2 型糖尿病防治指南 2017》

【知识点 95】肥胖干预的目标人群

一般人群、慢性病人群。

【知识点 96】肥胖干预措施

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。在平衡膳食中，蛋白质、碳水化合物和脂肪提供的能量比，应分别占总能量的 10%~15%、50%~65%和 20%~30%左右。

【知识点 97】肥胖的干预程序

筛查和确诊肥胖患者并确定管理级别、制订肥胖干预计划、执行干预计划、定时随访并进行效果评价。

【知识点 98】吸烟的影响因素

吸烟是一种典型的成瘾行为，又称依赖性行为，是依赖综合征中的一种行为表现，由物质使用障碍所致。这种成瘾行为的影响因素包括社会环境因素、社会心理因素、文化因素、传播媒介因素、团体因素和家庭因素。

【知识点 99】烟草使用的具体干预原则

- (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。

【知识点 100】烟草干预的目标人群

一般人群、青少年、妇女、医师、老师、领导、吸烟者、不吸烟者。