



常见慢性病社区综合防治管理手册

Handbooks of Integrated Community-based Management of Common Chronic Diseases

疾病责任管理 指导分册

Direction of Disease Duty Management

北京市卫生局 编



人民卫生出版社

常见慢性病社区综合防治管理手册

疾病责任管理指导分册

主 审 刘力生

主 编 姚崇华

编写人员 (按姓氏笔画排序)

王文化 左惠娟 刘姝倩

杨晓辉 姚崇华

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

常见慢性病社区综合防治管理手册 疾病
责任管理指导分册/姚崇华主编. —北京:
人民卫生出版社, 2007. 3

ISBN 978-7-117-08520-5

I. 常… II. 姚… III. 常见病: 慢性病—防治—手册
IV. R4-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 023445 号

常见慢性病社区综合防治管理手册 疾病责任管理指导分册

主 编: 姚崇华

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 850×1168 1/32 印张: 3.5

字 数: 86 千字

版 次: 2007 年 3 月第 1 版 2007 年 3 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-08520-5/R · 8521

定 价: 10.80 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

常见慢性病社区综合防治管理手册

编写委员会

主任委员:金大鹏 梁万年

顾问:刘力生 向红丁 王忠诚 罗毅
洪昭光 乌正赉 李长明

委员:(按姓氏笔画排序)

王培玉	刘泽军	吴永浩	陈博文	杜雪平
李玉杰	杨金奎	杨晓辉	肖珣	周海虹
周维金	金松龄	姚崇华	胡长梅	胡英英
赵涛	郝东升	钮文异	侯也芝	黄光民

秘书:肖珣 吴永浩



出版说明

高血压、糖尿病、脑卒中、冠心病是我国当前疾病死亡的主要因素。随着人口的老龄化及人群危险因素水平的上升,慢性病防治知识的知晓率、治疗率和控制率仍处于较低水平,慢性病正在吞噬越来越多人的健康与生命。

世界卫生组织在全球慢性病报告中指出:如果立即行动起来对慢性病实施干预,在未来 10 年内,每年将减少 2% 的慢性病发病,至少可以挽回 3600 万人早逝的生命。基于大量慢性病防治实践证明,慢性病防治的关键点是“3 个环节”和“3 个人群”。“3 个环节”即控制危险因素、早诊早治、规范管理。“3 个人群”即一般人群、高危人群、患病人群。慢性病防治需要贯穿于生命的全过程,针对慢性病发展的不同时期,采取有针对性的分层干预与管理策略。国际上有关疾病管理的成熟经验表明,建立和发展一体化保健与费用支付体系相结合的疾病管理模式,以提高全人群的卫生保健水平和降低医疗费用,最大限度地发挥社区慢性病管理的团队作用是解决这一矛盾的有效措施。

为了贯彻落实《国务院关于发展城市社区卫生服务的指导意见》精神,北京市下发了《中共北京市委、北京市人民政府关于

加快发展社区卫生服务的意见》，充分体现社区卫生首善之区的优势，发挥社区卫生服务网络在疾病管理中的重要作用，北京市政府于 2006 年确定了针对高血压、糖尿病、脑卒中、冠心病的管理及费用控制的试点暨“社区常见慢性病管理与费用控制”项目（即市政府 2006 年为民办实事第 118 项折子工程）。

为了尽快提高社区医生慢性病的防治水平，使高血压等四种最主要的慢性病人在社区得到有效的规范管理，北京市卫生局在组织实施第 118 项折子工程过程中，聘请我市和国内著名的临床医学、预防医学和社区卫生技术与管理专家共同编写了《常见慢性病社区综合防治管理手册》，包括高血压、糖尿病、脑卒中、冠心病管理分册、各种非药物干预指导分册、康复指导分册、疾病责任管理指导分册、健康教育指导分册等共计 11 本指导书，以供社区健康管理团队在慢性病管理中使用。

《常见慢性病社区综合防治管理手册》的编写坚持预防为主、防治结合的方针，以循证医学为依据，从如何控制危险因素、早诊早治和病人的规范化管理入手，强化社区的健康教育及慢性病的非药物干预措施，并增加了各种慢性病的诊疗管理流程图及常用工具表，力求使所编写的内容具有科学性，并对社区医生的慢性病防治工作有一定的实用性和指导性。

我们在该书的编写过程中，充分听取了社区医生的意见并经过了专家们的多次论证。《常见慢性病社区综合防治管理手册》将作为北京市社区慢性病综合防治工作的管理工具书，作为社区慢性病规范管理的重要考核依据，希望以此推动北京市社区慢性病综合防治工作科学、规范、可持续性地全面发展，在提高人民的健康水平工作中发挥积极的作用。



前言

疾病管理是社区卫生服务的重要内容，通过疾病管理的方法为慢性病患者提供保健，可为人群提供最好的卫生保健的实践经验，并将大大节省卫生经费。社区慢性疾病管理需要社区卫生保健团队，包括全科医生、营养师、药剂师、疾病管理责任师等共同来完成。北京市心血管病防治办公室组织编写的《常见慢性病社区综合防治管理手册—疾病责任管理指导分册》一书，参考英、美等国的经验，结合我国社区卫生服务的实际情况，以高血压、糖尿病为例，内容含疾病管理的概论，并对疾病管理责任师应如何在社区范围内开展对病人的健康教育、为病人设立自我保健的目标、电话随访管理、以及如何与其他团队成员合作等问题做了详尽的阐述，适合广大社区医务人员阅读参考。该书的编写汇集了众多知名专家和社区全科医生的知识、经验与体会，在此，谨向他们表示崇高的敬意，向该书所有的作者、编审和顾问表示深切感谢。今年世界高血压联盟、世界心脏联盟发起一项全球健康管理专业人员的主要行动，即通过病人、健康管理人员、企业、媒体、政府各方面的协作提高高血压的控制率，从而大幅度地降低全球的心血管病

前 言

负担。在这项行动中，疾病管理师无疑将扮演重要角色，此书的出版恰逢其时。希望广大社区全科医生和其他读者能在阅读后有所收益，并提出宝贵的意见。

刘力生



目录

第一章	疾病管理概论	1
第二章	疾病管理的策略与过程	5
第一节	疾病管理病种的确定	5
第二节	疾病管理责任师岗位	6
第三节	疾病管理的过程	7
第三章	行为改变	13
第四章	运动指导	18
第五章	戒烟指导	24
第六章	压力管理	37
第七章	遵医嘱服药	55
第八章	高血压病的管理	58
第九章	糖尿病的管理	70
附件 1	糖尿病管理流程	78

目 录

附件 2	胰岛素注射引起的常见问题及解决方法	79
附件 3	胰岛素注射步骤	81
附件 4	优伴使用说明	85
附件 5	糖尿病患者膳食指导（食物交换份）	89
附件 6	戒烟常见问题咨询	97

第一章

疾病管理概论

健康管理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险因素进行干预的全过程。健康管理的目标人群从广义上来说包括健康、亚健康、高危和患有疾病的人群,而疾病管理的目标人群主要是针对患病的人群,本手册重点介绍的是疾病管理师如何开展疾病管理。

一、疾病管理和以系统为基础的疾病管理

疾病管理是以疾病发展的自然过程为基础的综合的、一体化的保健和费用支付体系。其特点是以人群为基础,重视疾病发生发展的全过程(高危的管理,患病后的临床诊治、保健康复,并发症的预防与治疗等),强调预防、保健、医疗等多学科的合作,提倡资源的早利用,减少非必需的发病之后的医疗花费,提高的卫生资源和资金的使用效率。

疾病管理是一种方法,应用这种方法可以为人群提供最好的个体对个体的卫生保健实践。疾病管理的目的包括两点:

①提高病人的健康状况;②减少不必要的医疗费用。

疾病管理是产业。大多数国家疾病管理是提供服务的产业。疾病管理又是不同于其他医学专业的实践,即通过确定目标人群,以循证医学为基础,进行临床综合分析,提供保健服务,协调保健服务,提供医疗的支持。

二、疾病管理的发展背景

20 世纪 60 年代 Dr. Kerr White 发表文章阐述危险人群对医疗服务的利用是可以预测的。这就引起了医药公司和疾病管理组织的重视。医药公司开展了一些项目通过邮寄或电话的方式推广药物。疾病管理组织开始尝试与病人共担风险而获得利益。

80 年代到 90 年代医疗保险工业开始感兴趣,即将健康人群的保险金用于患病的人群上。但是由于卫生保健费用的迅速增长,打破了保险业的预算。为了控制费用,引入了两个管理系统。一是病例管理,主要包括针对病情严重的患者制定保健计划和协调保健服务,以提高保健服务质量,减少不必要的经费。一是利用管理,即根据预先确定的临床标准,减少不必要的医疗过程或住院。

90 年代初,以医药公司为基础的疾病管理蓬勃发展,直至 1996 年,疾病管理公司开始成立,最早管理的疾病为哮喘、糖尿病、心衰等。疾病管理者作为最先的探索者开始工作,工作的内容包括疾病管理设计、临床和执行,集全部工作于一身。疾病管理发展到今天已经标准化。

今天,疾病管理跨越很多部门,整合许多条件。技术的进步和资料收集与处理能力的发展提高了疾病管理的能力。远程家庭监测、家访服务、网上服务和电话监测技术是目前常用的技术。疾病管理培训也有了很大的改进,现已有资格认证。

将来,疾病管理可能在3个领域发展。①先进技术;②疾病管理专业;③项目经费节约模式。

将来疾病管理系统要和危险分析工具连接,将病人分层,明确最高危最需要照顾的人群。临床信息系统会联通个人的邮箱,远程病人监测会到达家庭检查站。

三、发展疾病管理体系的要素

1. 建立各部门的协作 疾病管理不是一个独立项目或相互无联系的干预措施,而是一个一体化的干预、测量和持续改进的系统。而建立一个从分离的到整合的卫生保健体系是需要时间及观念的转变,需要经验和组织机构的逐步改变。疾病管理是跨部门的,合作是成功的要素。合作的部门包括政府、卫生保健工业(付费者、卫生医疗机构、医药公司、顾问等)均要共享风险、共享收益和共享信息。

而各医疗机构内部如社区卫生服务站、社区卫生服务中心、三级医院、康复中心等之间也应密切协作,共享信息,建立转诊关系;应强调患者整体保健结果,预防疾病,尽量减少并发症。且应建立能实施的激励机制才能实现一体化的卫生保健体系。

2. 机构与管理体系

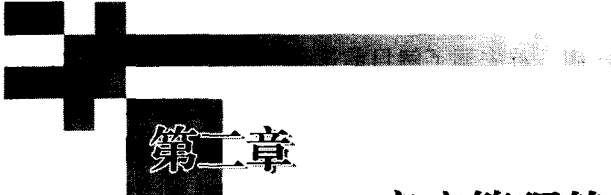
(1) 医疗保险:医疗保险的支付方式导致卫生保健提供的方式越来越转向疾病管理的方式。最早的医疗保险支付方式是按服务项目收费(fee-for-service),是低水平的危险转移。按人头支付的方法是将患者的健康危险分担在患者和医生双方,通常是将经费付给医务人员或其所在的单位,医生的考核指标包括医疗经费和质量两方面,因此医生要考虑患者整体的健康水平,必然十分重视预防和健康教育。

(2) 建立信息系统：信息系统包括资料库的建立、资料收集、资料整合和资料管理。资料收集的内容：患者的一般情况（性别、年龄、个人史、家族史、有关健康的行为等）；临床结果包括诊断（ICD-9）编码、各项临床检查指标、并发症、存活与否、生活质量、转诊情况；经费及卫生资源利用情况如基线经费资料和以后疾病控制的卫生经费（包括药费、治疗费、检查费等）以及住院、急诊、专科、专家门诊就诊情况等；行为指标包括患者和保健提供者的依从性，患者的自我管理，患者行为的改变情况；健康教育如健康教育指导等。

所有患者资料以计算机输入，应能跨越不同的医疗机构而被共享，以利于持续的保健，并应用专家系统技术提高诊断和治疗水平。

信息系统应以患者为中心，累积患者各方面的资料并进行分析，且能进行人群水平的分析，以评价疾病管理的效果并不断提高保健的质量。

(3) 持续的质量改进系统：持续的质量改进系统有 3 个重要的组成部分：患者、医务人员和信息系统。如高血压患者经过管理后，治疗率、控制率、并发症发生率、转诊情况、个案分析等信息均需有持续的监测，且结果将及时反馈给质量改进系统，找出不足的环节，以提高疾病管理过程。



第二章

疾病管理的策略 与过程

第一节 疾病管理病种的确定

疾病管理病种的选择标准一是高医疗花费，二是通过健康教育和临床治疗能够减少总医疗经费，减少并发症和死亡率，提高患者的生活质量。所以首先要了解疾病的自然发展过程，疾病的原因和症状，疾病的主要经费特点和医疗质量结果及疾病的变化过程；还要了解疾病的患病率、发病率、住院频率等。有的疾病虽然患病率不高，但是人群影响大，如 HIV 感染，也可考虑选择。

1. 选择高医疗费用的疾病 这可通过分析住院患者和门诊患者的费用作参考。例如，1991 年全国高血压抽样调查结果显示我国约有一亿的高血压患者，而高血压长期治疗不当，会发生心、脑、肾等严重的并发症，但治疗高血压特别是其并发症的费用昂贵，甚至超过长期的保健费用。2001 年中国卫生统计摘要也指出我国城市住院病种第 1 位是脑血管疾病，第

3位是高血压,脑血管病和高血压共占住院病例数的12%。因此高血压是适合选择开展疾病管理的病种。

2. 选择通过教育和临床治疗能提高患者的生活质量和健康水平的疾病。首先要了解目前这种疾病的保健过程和实践方式、疾病管理上的障碍,分析治疗和其他干预方式采用后的收益。如我国和国外一些试点经验均已证明通过加强干预和系统管理,高血压患者的生活质量可以大大提高。

第二节 疾病管理责任师岗位

一、为什么要设立疾病管理责任师的岗位?

社区卫生服务是需要团队的工作来完成的,可以说没有团队就没有疾病管理。疾病管理是以社区人群为基础的,要提供持续的卫生保健服务包括疾病的早期发现、早期诊断、早期治疗、生活方式干预和协调卫生保健服务。因此需要团队管理,全科医生主要负责疾病的诊疗,疾病管理责任师通常受雇于保险公司或医院系统主要负责病人的整个疾病管理过程。

二、疾病管理责任师应具备的技能和职责

1. 疾病管理责任师应具备的技能 美国90%的疾病管理责任师是注册护士,10%是营养师、药师、呼吸治疗师和健康教育工作者。疾病管理责任师主要应具备以下技能:

- 疾病管理的知识和原则
- 有关疾病的基本知识
- 对成人开展健康教育的经验
- 沟通能力(与全科医生、病人家属等)

- 计算机使用技能，可利用临床信息系统
- 对多变的环境的适应能力
- 2. 疾病管理责任师的职责
- 3. 制定病人的保健计划
- 4. 提供最新的循证医学信息
- 5. 对病人及家人提供干预
- 6. 指导临床评价
- 7. 与保健队伍其他人员沟通，协调保健服务
- 8. 建立保健服务通道，如转诊通道、急诊通道

第三节 疾病管理的过程

目的：

了解疾病管理的模式和策略

学习评价病人、激励病人和与病人交流的技巧

学习如何与病人一起设立目标和制定保健计划

一、疾病管理的执行模式

1. 初级疾病管理模式 这种模式是一个病人被分配给一个疾病管理者的一对一的关系，适用于需要加强干预和持续照顾的病人，因此适于极高危的个体管理。但这种模式费用较高，通常是团队疾病管理模式的4~6倍；从效率上来说也不如团队管理模式。

2. 团队疾病管理模式 这种模式是许多个病人被分配给一个疾病管理者，是常用的一种模式。因为①费用低，经验表明对于不是很重的病人效果上没有明显的差异。②由于是团队