

全国中医药行业高等教育“十三五”创新教材

慢病管理理论与实践

（供护理学专业用）

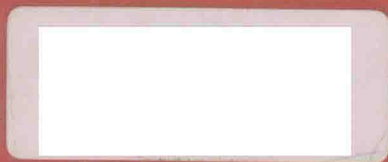
主编◎张广清 黄燕 陈佩仪

中国中医药出版社

中国中医药出版社



责任编辑 刘 喆
封面设计 程 言



读中医药书，走健康之路

扫一扫 关注中国中医药出版社系列微信



服务号
(zgzyycbs)



中医出版



养生正道



悦读中医

(zhongyichuban) (yszhengdao) (ydzhongyi)

ISBN 978-7-5132-3240-1



9 787513 232401 >

定价：35.00 元

全国中医药行业高等教育“十三五”创新教材

慢病管理理论与实践

(供护理学专业用)

主 编 张广清 黄 燕 陈佩仪

副主编 金 真 卢咏梅 魏 琳

编 委 (按姓氏笔画排序)

邓丽丽 邓宝贵 庄 平 刘 惠

李 瑜 杨筱多 吴巧玲 邹 涛

张小培 陈惠超 林小丽 周 坚

赵经营 黄绮华 傅秀珍

主要编写单位 广州中医药大学第二附属医院

广州中医药大学护理学院

广州中医药大学第一附属医院

中国中医药出版社

· 北 京 ·

图书在版编目 (CIP) 数据

慢病管理理论与实践/张广清, 黄燕, 陈佩仪主编. —北京: 中国中医药出版社, 2016. 5
全国中医药行业高等教育“十三五”创新教材
ISBN 978 - 7 - 5132 - 3240 - 1

I. ①慢… II. ①张… ②黄… ③陈… III. ①慢性病 - 防治 - 中医药院校 - 教材 IV. ①R4
中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2016) 第 061733 号

中国中医药出版社出版

北京市朝阳区北三环东路 28 号易亨大厦 16 层

邮政编码 100013

传真 010 64405750

北京鑫正大印刷有限公司印刷

各地新华书店经销

*

开本 787 × 1092 1/16 印张 17.5 字数 347 千字

2016 年 5 月第 1 版 2016 年 5 月第 1 次印刷

书 号 ISBN 978 - 7 - 5132 - 3240 - 1

*

定价 35.00 元

网址 www.cptcm.com

如有印装质量问题请与本社出版部调换

版权专有 侵权必究

社长热线 010 64405720

购书热线 010 64065415 010 64065413

微信服务号 zgzyychs

书店网址 csln.net/qksd/

官方微博 <http://e.weibo.com/cptcm>

淘宝天猫网址 <http://zgzyychs.tmall.com>

主编简介

张广清 主任护师，教授，硕士生导师。现任广东省中医院党委副书记，广州中医药大学护理学院副院长，中华中医药学会护理专业委员会副主任委员，广东省护理学会副理事长，广东省护理学会中西医结合护理专业委员会主任委员，广东省中医药学会护理专业委员会主任委员及《中华护理杂志》《护理学报》等杂志的编委。主持和参与厅局级科研课题40余项，发表学术论文70余篇，主编《中西医结合护理操作学》《临床中西医结合护理全书》《临床常见病中医专科专病护理常规》等著作10余部。

黄燕 教授，博士生导师，广东省名中医。现任广东省中医院副院长、广东省中医院脑病中心主任，兼任中华中医药学会脑病分会主任委员，广东省中医药学会脑病专业委员会主任委员，国家中医药管理局中医脑病重点学科带头人。师从全国著名中医脑病学专家任继学、刘茂才教授，对中医脑病尤其是中风病方面有深入的研究，在国内率先开展中西医结合卒中病房管理及临床路径研究。主持完成“十五”攻关重大课题1项、“十一五”国家科技支撑计划课题1项、国家自然科学基金项目1项，主编专著10余部。

陈佩仪 教授，硕士生导师。现任广州中医药大学护理学院副院长，国家中医管理局中医护理学重点学科带头人。主持省级科研课题5项、厅局级课题2项。其建立课堂-实验室-临床-网络四维一体的中医护理课程改革模式，创立辨证基础理论-辨证护理基础-临床辨证施护的中医护理人才培养模式，培养了一支优秀的中医护理师资队伍。曾获广东省南“粤优秀教师”“新南方优秀教师”等称号。主编教材5部和电子教材2部，参与编写著作多部。

编者的话

慢性非传染性疾病（简称慢性病）是威胁我国居民身体健康的一组疾病，又是常见病、多发病，通常为终身性疾病，病痛和伤残不仅影响劳动能力和生活质量，而且医疗费用昂贵，家庭和社会不堪重负。

普遍存在的慢性病如高血压、糖尿病、脑卒中、冠心病等是目前我国城乡居民死亡主要原因之一。由于人口的老齡化及人群危险因素的上昇，以及国民对慢性病防治知识的知晓率、治疗率和控制率仍处于相对较低水平，慢性病正在吞噬着越来越多人的健康与生命。慢性病管理是当今健康管理的重要策略，大量的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生命的全过程，并针对慢性病发展的不同时期，采取有针对性的分层干预和管理策略。

为了尽快提高慢性病的防治水平，普及慢病管理的知识，我们组织编写了《慢病管理理论与实践》，内容主要包括脑卒中、高血压、高脂血症、糖尿病、恶性肿瘤、慢性肾脏病、冠心病、慢性阻塞性肺疾病、围绝经期综合征、颈椎病、溃疡性结肠炎等常见慢性病的管理。本书的编写遵照卫生部《全国慢性病预防控制工作规范》，参照《常见慢性病社区综合防治管理手册》等书目，以循证医学为依据，从常见症状的管理、常见检查的管理、常用药物的管理、生活方式的管理、管理效果的评价入手，强化慢性病的健康教育、非药物干预措施，着重如何提高患者的自我管理能力和自我管理能力，突出中医药在防治慢性病中的优势，力求所编写的内容更具科学性、实用性、指导性。

本书可供护理学研究生、本科生参考使用，亦可供慢病管理团队及有志于慢病管理研究的社会各界人士参考使用。

《慢病管理理论与实践》编委会

2016年1月

目 录

第一章 绪论	1
第二章 常见慢性病的管理模式与实践	17
第一节 概述	17
第二节 脑卒中的管理模式与实践	19
第三节 高血压的管理模式与实践	43
第四节 高脂血症的管理模式与实践	67
第五节 糖尿病的管理模式与实践	85
第六节 慢性阻塞性肺疾病的管理模式与实践	106
第七节 慢性肾脏病的管理模式与实践	129
第八节 恶性肿瘤的管理模式与实践	148
第九节 冠心病的管理模式与实践	167
第十节 溃疡性结肠炎的管理模式与实践	185
第十一节 颈椎病的管理模式与实践	202
第十二节 围绝经期综合征的管理模式与实践	223
第三章 常见慢性病的随访管理	236
第四章 体质辨识	253
附录：慢病管理常用量表	267
主要参考文献	269

第一章 绪 论

慢性病是慢性非传染性疾病 (noncommunicable chronic disease, NCD) 的简称, 是指一类起病隐匿、病程长且病程迁延不愈, 缺乏明确的生物病因证据, 病因复杂或者是病因尚未完全确认的疾病总称。糖尿病、高血压、脑卒中、冠心病、高脂血症、慢性阻塞性肺疾病等均属于慢性病范畴。目前, 随着人口老龄化和人们生活方式的改变, 人类的疾病谱正在悄然发生变化, 传统的感染性疾病正在减少, 而非传染性疾病, 特别是慢性非传染性疾病逐渐成为影响人类身体健康的主要因素, 亦是 21 世纪危害人类健康的重要公共卫生问题。

中国慢性病 (简称慢病) 报告显示, 慢性病已成为我国人群的主要死亡原因, 死亡率和患病率持续上升。据统计, 我国 20 世纪 90 年代末以慢性病为主的疾病死亡数占总死亡人数的 70%。此外, 慢性病发病的相关危险因素日益严重, 我国超重和肥胖率快速上升, 其中 18 岁以上成年人超重率达 25%。膳食不合理、身体活动不够、吸烟是造成多种慢性病的三大危险因素, 但人们普遍对慢性病缺乏正确认识, 对慢性病的防治重视不够。由于慢性病久治不愈, 对个人、家庭和社会造成沉重的经济负担。预计今后 20 年中, 慢性病将给全球造成 30 万亿美元的损失, 相当于 2010 年世界国内生产总值的 48% (联合国大会非传染性疾病高级别会议的数据)。但在全世界, 现有的卫生服务体系是一种急性保健模式, 即患病就医, 这样的服务体系导致医疗费用不断增加, 社会和个人负担不断加重, 而人群的健康状况得不到根本的改善。目前, 慢性病占全球疾病负担的一半以上, 在未来 10 年间慢性病负担将不断上升, 尤其在发展中国家, 疾病负担的 80% 将来自慢性病。

慢性病管理也称慢病管理, 主要是指从事慢性病治疗与预防的相关人员对慢性病患者提供一个全面、主动、有效的管理, 从而使慢性病患者得到更好的治疗, 以促进其康复, 降低并发症的发生率, 减轻疾病给患者造成的各种负担, 提高生活质量的一种科学管理模式。

一、慢病管理的起源和发展

1976年, Thomas Creer 在他的关于儿童慢性病康复的文章中提出了“自我管理”(self-management)这一概念。Creer 和他的同事认为,“自我管理”强调患者在治疗过程中的积极参与,而不是被动地接受治疗。随后这一概念被广泛应用,转变为慢病管理的理念。例如,美国推行的糖尿病患者自我管理教育已被公认为糖尿病管理中重要的组成部分。英国政府在2001年9月全面推出了以“内行患者:21世纪慢性疾病管理的新策略”为主题的计划,列举了在英国国民卫生服务体系范围内的慢性疾病患者实施自我管理的基本条例。

我国在20世纪90年代开始推行慢性病防治相关政策。1998年,卫生部针对高血压、糖尿病等慢性病提出“六个转变”的策略调整,即慢性病防控要由专家行为向政府行为转变;由医疗、科研向预防转变;由城市向城乡并举转变;由高层向基层转变;由专业向群众转变;由卫生部门向全社会转变。2001年,卫生部又提出“十个转移”,即以疾病为主导转为以健康为主导;以患者为中心转为以人群为中心;以医疗为重点转为以预防保健为重点;以医院为基础转为以社区为基础;以疾病防治转为身心健康和环境的协调统一;从卫生部门转为多部门和社会参与;从专科转为专科与全科的互动;从医生转为医生、护士、公共卫生人员共同参与;从治疗转移到管理;从强调治愈转移到强调医疗照顾。2007年,上海爱卫会在社区逐渐开展“高血压自我管理小组”;2005年1月1日~2009年12月31日,北京市城八区以社区卫生服务站为单位开展“知己健康管理”“知己科学膳食配餐竞赛”等活动。这些活动的举办说明,在我国,社区慢病管理逐渐被重视。2012年,15部委联合发布《中国慢性病防治工作规划(2012~2015年)》,这是我国第一个国家级慢性病综合防治规划。截至2012年底,全国已有30个省份累计创建了140个国家级慢性病综合防控示范区;由卫生计生委和中国疾病预防控制中心联合发起的全民健康生活方式行动已覆盖全国62.6%的县(区)。2015年,卫生计生委办公厅在《关于开展分级诊疗工作的指导意见》中对慢性病的管理、就诊也有了新的要求。

目前,我国大部分医疗机构仅能提供某一个环节中的某项服务,做不到真正意义上的慢病管理。我国慢病管理的发展趋势将会是由医疗机构利用科学的健康评估体系,评估个体慢性病患的相关危险性因素,之后由具有医疗健康专业知识的管理者制定不同个体的慢病管理计划,采取不同方式进行一对一的个性化专业系统干预,以达到降低个体患慢性病的风险概率,改善人群健康状态的目的。

慢性病的健康管理,对于患者来说,可提高治疗效果,促进康复,还能够降低并发症

的发生率,减轻患者和家庭的各种负担,提高患者的生活质量;对于医生与医院来说,可完善医生对疾病的认识,实现对疾病的全程管理,进而提升医院综合服务能力;对社会来说,科学的慢病管理可有效控制慢性病的发生与发展,减少医疗卫生支出,推进“健康中国”建设。

二、慢病管理的组织框架与模式

目前我国已有医生明确诊断的慢性病病例达到 2.6 亿。慢性病的系统管理包括预防、治疗、自我管理及持续维护慢性病患者的健康。有效的慢病管理不仅注重对疾病的管理,还注重对个体的管理。由生物、心理和社会因素组成的综合干预方式,不仅能够减轻患者的症状,控制病情进一步发展,降低医疗费用,还能增加患者的自我满足感,提高患者的生活质量。

Wagner 在 1998 年提出的慢病照护模式 (CCM) 作为慢病管理的组织框架,是建立在患者、卫生保健人员和政策层面共同干预的前提下,一方面有利于卫生保健人员制定计划和团队成员之间相互协调,另一方面可以帮助患者在疾病的自我管理中发挥积极作用,最终达到提高慢病照护的水平,以及个人和整体健康水平的目的。

CCM 的核心是建立一个有充分准备的基本医疗单元,即一个充分准备的积极的实践团队与知情的积极的患者进行有效的互动。该模式中的实践团队运用循证的临床信息,每次访视前都会准备好与患者相关的信息资料,每个团队成员在促进患者的自我照护水平和最佳的效果中都被授权特定的角色和职责。每个患者(包括家人和照护者)都能够理解疾病所处的状态,明白在卫生保健系统中的期望和能够获得的支持,以及在自身疾病的管理中发挥的作用,相信自己具有自我管理的技能。该模式已成功应用于实践,并获得了良好的效果。

(一) 慢病管理的组织框架

1. 组织支持 一个组织或卫生保健系统的结构、目标和价值必须要以慢病照护为中心,保证提供安全的、高质量的照护。领导者的职责就是把提高照护质量放在首位,提供各种资源来支持慢病管理计划的实施。

2. 临床信息系统 电子信息系统可以为团队成员提供高质量的照护指导方针。如果没有整个人群的健康资料,实施后的效果将无法比较。信息系统能够描述个人乃至整个人群的健康水平并且可以提供快速、高效和积极的照护方针。信息系统是实施有效的慢病管理的核心,有利于早期干预策略的落实,为患者及卫生保健人员提供及时的反馈,让患者更多地了解其病情发展情况,进行有效的自我管理。同时有助于卫生保健人员监测干预

效果。

3. 保健系统的设计 该要素重新规范了慢病管理团队成员的组成及功能、随访的组织和管理。在实施高效的照护中，恰当地发挥所有团队成员的角色功能，明确每个成员的具体工作职责，有计划地与患者进行沟通，有规律地进行随访和个案管理等，是系统设计的重要组成部分。如成立自我管理培训小组，为不同文化背景的患者提供不同的照护。

4. 决策的支持 该要素为循证实践提供了照护标准，并能够较容易地应用于日常实践中。决策的支持通过多种方法保证临床照护、科学证据与患者偏好相一致。如为患者提供信息，让患者选择适合自己的方法；鼓励患者进行疾病的自我管理；进行学术讲座和激励性的面谈。

5. 自我管理支持 该要素强调以患者为中心的理念。原则上患者是其疾病的照护者，卫生保健人员通过提供各种支持以帮助患者掌握自我管理的技能和增强自我管理的信心。这些干预主要包括健康教育、技能培训、心理社会支持、与患者共同找出问题、制定目标、确定达到目标的过程中所存在的障碍、制定治疗计划和解决问题等。

6. 社区的资源和政策 该要素确保将患者与社区干预项目和社区服务联系起来，以满足患者的需求。卫生保健人员与各种各样的社区资源，如健康俱乐部、家庭护理机构和饮食项目必须相互联系并协同发挥作用。社区的支持使慢病管理能够成功地应用于实践。

慢病管理组织框架中的每个要素既可以单独应用，也可以作为一个整体模式来应用。

（二）慢病管理的模式

1. 以患者为中心的照护模式 这种模式并不是满足患者一切需求，而是更强调让患者知道他们的不良行为，从而主动参与，改变自己。并为患者提供个体化的医疗服务，尊重患者不同的价值观和文化背景；将患者安全始终放在首位，通过多种新型的门诊方式，如团队门诊、患者授权、门诊查房讨论、患者群体活动、患者参与查房等，建立患者委员会，监督医疗照护。同时可以采用信息系统提醒和报警等方法，保障患者的安全。不仅如此，还要加强慢病防治专业队伍建设，多渠道培养慢病防治专业人才，对原有专业人员进行慢病防治专业知识自学、短期培训、外派进修等多种形式的学习，提高慢病防治专业人员综合素质，更好地照护患者。

2. 患者自我管理模式 始终把授患者以渔（授权）作为工作的重点，利用知识、技巧、激励三位一体的患者授权模式，把患者和家属培养成自我照顾的家庭医生和护士，全民皆“医”。当患者提高了医学知识和护理技巧后，照顾中需要的资源减少了，就可以减

少大量的医疗资源。同时要强调患者的康复,把康复作为疾病的控制目标,增加患者的信心,提高患者的自理能力,实现人文与医疗的有机结合。

3. 慢病综合防治模式 目前我国对于慢性疾病的管理主要是三级预防的防治,慢病防治已成为社区卫生服务中的主要公共卫生职能,社区健康管理是慢病控制的有效手段。健康促进策略应贯穿于社区慢病防治的全过程。相应的对策应包括以社区诊断为依据,以建立健康档案和周期性随访为核心,动态地掌握社区居民的健康状况,控制危险因素,早诊早治。同时应重点关注中老年人群,针对他们不同阶段的健康特点开展个体化健康评估,发挥家庭支持系统的作用,提高居民自我管理能力和改变其知、信、行,实现预防、保健、干预一体化,从而有效地预防和控制慢性病的发生和发展。

4. 社区家庭护理模式 有研究表明,社区护理干预对患者的心理功能和社会功能的改善情况优于住院治疗,社区护理干预有利于老年慢性病患者的心理功能、社会功能的恢复。社区护理环境在患者家里,可更好地满足个体需求;患者可与家人密切接触,并由社区护士联系专家诊治疾病,使患者感到医疗安全得到保障。医护人员在给患者对症处理的同时,还向患者及家属宣教疾病的有关知识,并鼓励患者参加一些有益的社会活动,使患者能保持稳定的情绪,从而以积极的心态面对各种问题。社区家庭护理还可以有效降低患者的医疗费用,解决老百姓看病难题等问题,减轻他们的经济与精神负担。

5. 慢病防治信息网络模式 目前,我国社区居民健康档案没有统一的信息软件,不能实现患者信息共享,对慢性病患者缺少动态管理,阻碍了社区卫生服务的发展。为更好地完成慢病防治工作,社区卫生服务机构必须有健全的慢病监测系统,从而实现信息共享、资源共享和有效利用,推动慢性病的防治进程,为政府制定、实施慢病防治规划提供科学依据。

理想的慢病管理模式是基于一个合作的医疗保健系统,有保险支付体系的配合,通过对患者采取全程管理,反复教育、沟通和引导,提高患者自我管理能力和使其成为“内行患者”,同时在管理过程中充分发挥中医的特色优势。但是,在目前不重视预防的医疗体系中,经济模式很难保证它的可持续发展。不过,相信有力的管理成效会促使我国的慢病管理模式和医改政策不断发展、成熟,使慢性病的发生、发展得到控制,患者的生活质量得到提高,让患者回归社会。这符合我国医疗体制改革的目的——让民众不得病、少得病、看得起病。

三、在慢病管理中发挥中医特色

慢病管理是一个基于合作的医疗保健系统,在该系统中要针对疾病发生、发展的各个阶段采取不同措施,提供不同的服务,对患者的自我保健进行教育、沟通和引导,这当中关键不仅在于关注药物对疾病的治疗,更注重改变患者的不良生活方式,从而减少疾病的危险因素,减少治疗用药,控制医疗保健成本,节约卫生资源。

虽然这种疾病管理模式来自于美、英等西方国家,但事实上中医学在几千年前就已提出了“治未病”的观念,其基本理念是“未病先防,既病防变,瘥后防复”,正如《素问·四气调神大论》中所说:“夫病已成而后药之,乱已成而后治之,譬犹渴而穿井,斗而铸锥,不亦晚乎!”强调处理疾病关键不在于“治疗”,而在于“治理”,慢性病的防治重在“养病”,而非“求医治病”,应当“三分治七分养”。

由此看出,中医学和西医学防治慢性病的观念是一致的,但西医学讲究量化的运动量,讲究营养元素的分解计算,中医学则讲究“天人合一”,以整体观念、辨证论治为指导,系统地认识人体,针对不同机体疾病状态,建立个体化的诊疗方案,使机体逐步恢复健康状态;运用中医“治未病”理念,针对机体危险状态“未病先防”,减少慢性病发病率;针对慢性病常见并发症“瘥后防复”,完善慢性病防治措施,提高生存质量,降低慢性病复发率、病死率。

四、护士在慢病管理中的角色和作用

慢性病不同于急性病治疗一段时间就可以痊愈,其有可能伴随患者的一生。慢性病也可以说是生活方式疾病,需要患者学会一定的知识与技巧或改变已有的生活方式去延缓疾病的发展。而改变患者已有的不良生活方式,鼓励患者有信心去对抗疾病,需要护士站在最前线。因为这种持续性的照护需要更多的耐心与责任心,它不需要更多的医疗手段,只要患者能改变并坚持良好的生活方式,就会有成效。这样的管理模式赋予了护士更多的能力,在医生制定的一定的临床路径和管理流程下,患者能否有效地延缓疾病的进展,与护士的管理与投入有直接的关系。

WHO指出:“护士作为护理的专业工作者,其唯一的任务就是帮助患者恢复健康,帮助患者促进健康。”国际护士会规定护士的权利与义务为:“保持生命,减轻痛苦,促进健康。”100多年的护理专业实践向人们成功展示了护理在健康服务领域中所取得的巨大成就,但是传统的护士是在急性诊疗模式下形成的角色,更多的是执行医生对患者的诊疗方案。而在慢病管理的模式下,护士担任的角色不再是临床护理者,而是信息传递者、健康促进者、患者及家属的知心朋友、管理者和协调者。这就要求护士不仅要尽快转变角色,

而且还要发挥多元化角色的作用。

1. 护士是信息传递者 护士根据患者的具体病情和各期的不同需要,把健康的信息提供给家庭和社会,为患者的康复创造愉悦的环境,培养积极向上的心态,提供健康的娱乐场所,以满足患者康复的生理和心理特点。

2. 护士是健康促进者 护士深入到每个家庭,指导家属并鼓励患者多参与一些活动,如做些简单的家务、散步等;在饮食营养方面,指导家属根据病情需要,以高蛋白、低脂肪、高维生素、易消化的软食或半流质饮食为主,烹调得法,定时定量;在二便管理方面,教会患者按时排便的好习惯和促进肠蠕动的有效方法。

3. 护士是患者和家属的知心朋友 护士应与患者及其家属建立友好的关系,及时了解 and 解决患者及其家属在生活中和康复过程中遇到的各种问题,帮助调整患者的生活行为向健康方式转变,使患者重新适应在家庭、社会中的角色,保持情绪稳定,心态平和。

4. 护士是管理者和协调者 护士应帮助患者认识影响健康的因素,根据患者的具体情况,有针对性地调整患者的照护计划,鼓励患者保持健康的生活方式和行为,提高患者的健康素质。同时通过对患者个人、家庭及社区的全面评估,帮助患者认识其现存的和潜在的健康问题,通过健康教育的实施,为患者提供有关卫生保健的知识和技能,从而增强患者自我保健能力。

护士的角色转变不仅能让其在健康服务领域中处于“前哨阵地”的位置,而且能够发挥护理专业在健康服务领域的主动性,更多地帮助患者恢复健康、促进健康。一旦慢病管理模式下的这种优势被护士所认识并加以发挥,护士势必在恢复健康和促进健康中实实在在地显示出强大实力与独特功能。另外,中医的整体观念和“治未病”理论与方法,尤其是中医养生康复的理念与方法在慢病管理中发挥着重要作用,通过情志、饮食、运动、起居、食药、四季等养生方法可提高慢性病患者人群及慢性病高危人群的生活质量,改善病情。将中医养生康复方法融入慢病管理中,不但丰富了护理工作方法,充实了护理健康教育内容,也降低了医疗成本,丰富了护士的职业内涵。

附表一

中医慢病管理一般信息记录表（首程病历表）

姓名： 诊疗卡号： 填表日期 年 月 日

病历号	诊疗卡号
姓名	性别 ☐ 男 ☐ 女
出生日期	出生地
身高 cm	体重 kg
民族	血型 ☐ A ☐ B ☐ AB ☐ O
身份证号	医保号
家庭电话	手机
住址	邮编
电子邮件	职业
付费方式 ☐ 自费 ☐ 医保 ☐ 公医 ☐ 其他	婚姻状况 ☐ 未婚 ☐ 已婚 ☐ 丧偶 ☐ 其他
是否曾嗜酒 ☐ 是 ☐ 否	现在是否仍嗜酒 ☐ 是，约_____斤/天 ☐ 否
是否曾经吸烟 ☐ 是 ☐ 否	现在是否仍吸烟 ☐ 是，约_____支/天 ☐ 否
教育程度 ☐ 小学 ☐ 中学 ☐ 大专及以下 ☐ 本科及以上	家族病史 ☐ 无 ☐ 有，请填写病名：_____
家属姓名	家属关系
家属电话	家属其他联系电话
家庭每月人均收入 ☐ 500 元以下 ☐ 500 ~ 1000 元 ☐ 1000 ~ 2000 元 ☐ 2000 ~ 4000 元 ☐ 4000 元以上	
工作强度 ☐ 无 ☐ 全职 ☐ 半职	
工作状态 ☐ 退休 ☐ 离休 ☐ 下岗 ☐ 在职 ☐ 无业	
照顾者 ☐ 自己 ☐ 配偶 ☐ 子女 ☐ 保姆 ☐ 其他亲戚	

备注：请在相应“□”里打“√”。

现病史

附表二

中医慢病管理心理评估量表

姓名：诊疗卡号：填表日期 年 月 日

描述（请在右边符合的选项上打勾）	无或偶尔有	有时	经常	持续
1. 我感到情绪沮丧、郁闷				
2. 我感到早晨情绪最好				
3. 我要哭或想哭				
4. 我夜间睡眠不好				
5. 我吃饭像平时一样多				
6. 我的性功能正常				
7. 我感到体重减轻				
8. 我为便秘烦恼				
9. 我的心跳比平时快				
10. 我无故感到疲劳				
11. 我头脑像往常一样清楚				
12. 我做事情像平时一样不感到困难				
13. 我坐卧不安，难以保持平静				
14. 我对未来感到有希望				
15. 我比平时更容易激怒				
16. 我觉得决定事情很容易				
17. 我感到自己是有用的、不可缺少的				
18. 我的生活很有意义				
19. 假若我死了，别人会过得更好				
20. 平时感兴趣的事我仍然感兴趣				
总得分				

