

# 健康管理技术手册丛书： 糖尿病分册

龚洁



湖北科学技术出版社



图书在版编目 (CIP) 数据

健康管理技术手册丛书. 糖尿病分册 / 龚洁等主编;  
王亮分册主编.

—武汉: 湖北科学技术出版社, 2014.10

ISBN 978-7-5352-7089-4

I. ①健… II. ①龚… ②王… III. ①糖尿病—防  
治—手册 IV. ①R-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 229898 号

责任编辑: 陈兰平

封面设计: 戴 旻

出版发行: 湖北科学技术出版社

电 话: 027-87679439

地 址: 武汉市雄楚大街 268 号

邮 编: 430070

(湖北出版文化城 B 座 13-14 层)

网 址: <http://www.hbstp.com.cn>

印 刷: 武汉市金港彩印有限公司

邮 编: 430023

880×1230 1/32

2.5 印张

57 千字

2014 年 10 月第 1 版

2014 年 10 月第 1 次印刷

定 价: 15.00 元

本书如有印装问题, 可找本社市场部更换

## 《健康管理技术手册丛书》

总主审 张红星 (武汉市卫生和计划生育委员会)  
周敦金 (武汉市疾病预防控制中心)  
总主编 龚 洁 (武汉市疾病预防控制中心)  
吴风波 (武汉市卫生和计划生育委员会)

### 《糖尿病分册》编委会

主 审 郑承红 (武汉市第一医院)  
主 编 王 亮 (武汉市疾病预防控制中心)  
副主编 万 俊 (武汉市疾病预防控制中心)  
编 委 朱朝阳 (武汉市疾病预防控制中心)  
严亚琼 (武汉市疾病预防控制中心)  
杨念念 (武汉市疾病预防控制中心)  
李 芳 (武汉市疾病预防控制中心)

# 前言

随着社会经济的发展、人们生活水平的提高，人们的健康观念和 demand 在悄然发生变化。在我国，人们对于健康的需求表现出从单一的治疗型向疾病预防和保健型转变的趋势，患者群体、保健群体、特殊健康消费群体和高端健康消费群体逐步形成并且呈不断增长的趋势。

健康管理是一种对个人和群体的健康状况及健康危险因素进行全面监测、评估、随访干预、健康再评价的活动过程。它是一种为健康群体、亚健康群体以及患者群体服务的、覆盖生命全过程的健康维护管理系统。国内外的实践证明，健康管理在降低慢性疾病、促进人群健康、降低治疗费用等方面具有积极作用和良好效果。近年来，健康管理被逐渐引入我国，且发展迅速。

自 2012 年以来，湖北省在全省范围内开展健康管理试点，从管理体制、运行机制、网络体系、保障体系、专业队伍建设等各方面进行探索。在此背景下，武汉市卫生计生委和武汉市疾病预防控制中心针对专业机构健康管理技术进行了深入探索，组织相关领域从事预防医学、临床医学、中医学、心理学、管理学等方面的专家，在参阅大量国内外权威研究资料和最新研究成果的基础上，结合长期医疗卫生研究和实践，设计和编写了这套《健康管理技术手册丛书》。希望通过此书，帮助基层健康管理工作人员开展相关健康管理工作，同时，使广大读者了解健康管理的相关知识，提高自我管理健康的能力。

《健康管理技术手册丛书》共分九个分册，主要针对人们常见的健康关注热点，包括高血压、糖尿病、血脂异常、体重管理、

戒烟、妇女保健、中医、心理和青少年视力健康管理。每个分册分别从机构设置、工作内容、工作流程、技术方法四个方面进行阐述。并在附录中提供了相关基本知识、评估标准、调查记录表格，以及常用的检测方法。该手册适合从事健康管理工作的专业技术人员和管理人员使用，是一套较为详尽的健康管理入门参考书。同时，本书也可作为广大读者进行自我管理的参考读物。

本丛书在编写过程中，得到了华中科技大学公共卫生学院杜玉开教授、武汉大学公共卫生学院毛宗福教授、湖北省卫生计生委柳东如处长、湖北省疾病预防控制中心黄希宝主任、祝淑珍所长的指导，在此表示衷心感谢。由于时间仓促，而且一些工作尚处于探索阶段，本丛书难免存在疏漏之处，希望广大读者批评指正。

编 者

2014年10月

|                           |    |
|---------------------------|----|
| 一、基本条件 .....              | 2  |
| (一) 诊室用房 .....            | 2  |
| (二) 仪器设备 .....            | 3  |
| (三) 开诊时间 .....            | 3  |
| (四) 健康管理信息系统 .....        | 3  |
| (五) 人员构成及职责 .....         | 4  |
| 二、工作内容 .....              | 5  |
| 三、工作流程 .....              | 6  |
| 四、技术方法 .....              | 7  |
| (一) 登记及健康信息收集 .....       | 7  |
| (二) 建立、补充健康管理档案 .....     | 7  |
| (三) 健康风险评估 .....          | 8  |
| (四) 制定干预计划和方案 .....       | 9  |
| (五) 健康干预实施 .....          | 10 |
| (六) 糖尿病患者的转诊和随访 .....     | 23 |
| (七) 糖尿病患者的自我管理和效果评估 ..... | 24 |
| (八) 自我血糖监测的技术与方法 .....    | 26 |
| 五、附录 .....                | 29 |
| 附录 1 糖尿病基本知识 .....        | 29 |
| 1.1 2 型糖尿病的流行病学 .....     | 29 |

|  |    |
|--|----|
| 1.2 我国糖尿病流行的可能原因 .....                   | 29 |
| 1.3 糖尿病诊断标准 .....                        | 30 |
| 1.4 糖尿病的分型 .....                         | 31 |
| 1.5 糖尿病的慢性并发症 .....                      | 32 |
| 附录2 评估量表 .....                           | 38 |
| 2.1 健康体检表 .....                          | 38 |
| 2.2 糖尿病患者基本情况表 .....                     | 44 |
| 2.3 2型糖尿病患者随访服务记录表 .....                 | 47 |
| 2.4 一般情况与膳食、运动状况调查表 .....                | 50 |
| 2.5 运动能力测试表 .....                        | 54 |
| 2.6 运动禁忌证筛查确认表 .....                     | 55 |
| 2.7 运动干预随访表 .....                        | 56 |
| 2.8 食物交换表 .....                          | 57 |
| 2.9 古丁依赖程度的最通用的定量方法<br>——FTND 量表测试 ..... | 61 |
| 2.10 心理评估量表 .....                        | 62 |
| 附录3 糖尿病药物的种类和用法 .....                    | 67 |
| 3.1 口服降糖药物 .....                         | 67 |
| 3.2 胰岛素 .....                            | 69 |
| 参考文献 .....                               | 73 |



糖尿病是以高血糖为共同表型特征的一组代谢性疾病，糖尿病虽然有好几种不同类型，但都是由遗传因素、环境因素，以及生活方式复杂的相互作用所致。根据病因和引起高血糖的因素不同，糖尿病可分为胰岛素分泌减少、葡萄糖利用降低和葡萄糖产生增加。与糖尿病相关的代谢调节异常可以导致多个器官和系统的继发性病理生理学改变，给糖尿病患者和卫生保健系统增加了沉重的负担。随着全世界范围内发病率的增加，糖尿病在不远的将来可能将是发病和死亡的主要原因，必将对医务人员提出更高的要求。本手册的目的就是为糖尿病健康管理工作的开展提供指导，帮助医务人员提高糖尿病治疗的能力，为糖尿病患者提供切实有效的帮助。并进一步拓展糖尿病管理工作职能，成为本地区的健康教育和技能培训中心，为当地的医务人员，特别是社区卫生服务中

心的全科医生，提供培训实习的机会，帮助他们掌握糖尿病防治技能，为糖尿病患者和民众的健康送去福祉，真正把疾病控制的关口前移，为我国糖尿病防治事业贡献力量。





## 一、基本条件

### (一) 诊室用房

1

独立的诊室，应设立在清洁区、安静区域。

2

糖尿病门诊进出通道应与存在潜在感染危险的部门分开，避免交叉感染。

3

一至两间较为安静的诊室，每间诊室面积不少于 16m<sup>2</sup>。

4

诊室可用一些漂亮的有关糖尿病预防知识的宣传板面装饰。

5

院内应有门诊标志，纳入正规科室指示牌（科室分布图）中。



## （二）仪器设备

门诊需配备电话（预约及随访用）、血压计、体重计、听诊器、血糖检测仪，检测试纸等设备。为做好门诊的管理及患者随访，准备好糖尿病门诊首诊登记表、随访登记表、评估表等。门诊还应该备有一些健康教育材料，如宣传折页、宣传画、挂图等。根据各地的条件，可以增设影像资料（DVD、电视机等），器官模型（如肺脏、心脏、血管等）。

## （三）开诊时间

糖尿病门诊应该有固定的开诊时间，至少每周开诊六次，每次不少于半天。根据工作量，适当增加开诊时间。糖尿病门诊开始开设时，每次可接诊3~5例患者，进行个别治疗，首诊时间一般不低于30分钟，若门诊量大，可酌情处理首诊时间。

## （四）健康管理信息系统

根据省、市、区要求配置健康管理信息系统。





## （五）人员构成及职责

### 1. 糖尿病门诊工作人员基本要求

糖尿病门诊工作人员应具有专业知识、较强的沟通能力及较强的心理知识及心理咨询技能。糖尿病门诊应至少配备2名具有执业医师资格的医师及2名护士或者是社区工作者协助登记及随访。

### 2. 糖尿病门诊服务人员分工

医师：

- ① 对患者进行健康风险评估
- ② 进行行为干预和心理疏导
- ③ 开展糖尿病基础治疗
- ④ 开展糖尿病健康教育

护士：

- ① 对患者及家属进行健康教育
- ② 对患者进行登记，开展问卷调查与相关健康量表测量
- ③ 按医嘱电话随访病人
- ④ 建档和数据录入
- ⑤ 资料档案的收集与管理
- ⑥ 协助对患者开展行为干预、心理疏导与咨询服务





## 二、工作内容

对糖尿病患者进行全面的健康信息收集、健康风险评估。

1

2

为糖尿病患者提供科学的、明确的、有针对性的综合干预及评估，并根据需要进行糖尿病基础治疗。

3

对患者及其家属、社区等开展糖尿病健康教育，提高患者、社区人群的健康意识，普及改善不健康行为的技术，对个体和人群的糖尿病健康管理效果进行评估。

### 三、工作流程

工作流程见图 3-1。

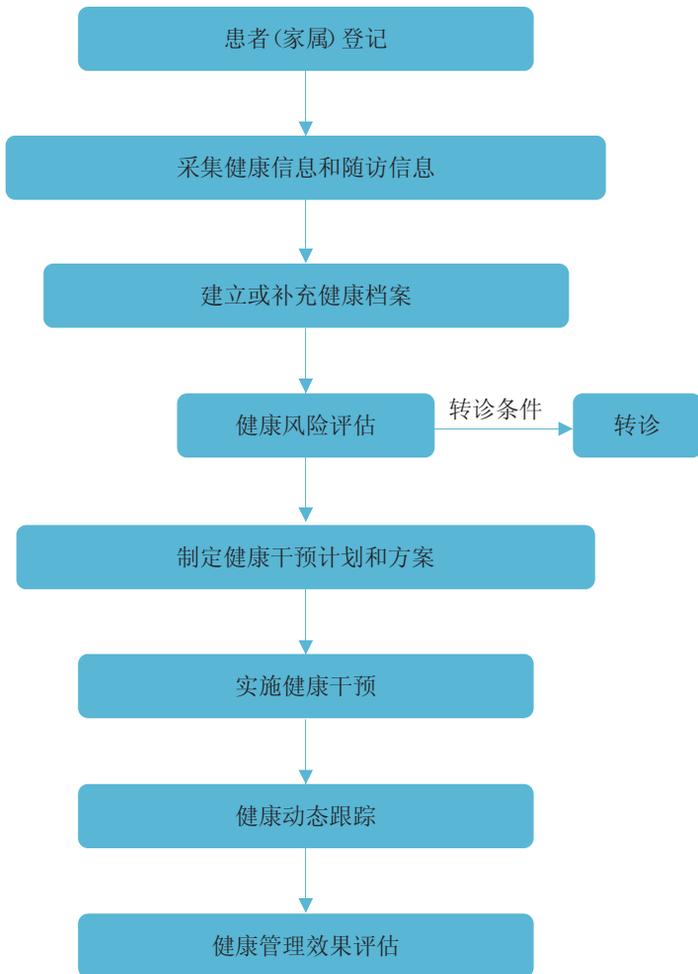


图 3-1 糖尿病患者健康管理流程图



## 四、技术方法

### (一) 登记及健康信息收集

#### 1. 登记

由工作人员将就诊患者基本信息填写在登记本上，包括患者姓名、年龄、性别、联系电话、家庭住址等。



#### 2. 健康信息收集

工作人员通过询问填写糖尿病患者基本情况表（见附录），内容包括糖尿病确诊时间、类型、症状、体征、并存临床情况、生活方式情况、家族史、实验室检查情况、用药情况等。

### (二) 建立、补充健康管理档案

未建立健康管理档案的患者，为患者新建健康管理档案，并



将个人基本信息和健康信息录入健康管理档案。已经建立健康管理档案的患者，将本次就诊信息录入健康管理档案。

## （三）健康风险评估

### 1. 诊断性评估

#### 病史

就诊时要详细询问糖尿病、并发症和伴随疾病的临床症状，了解糖尿病的家庭史。对已在他处诊断的糖尿病患者，了解以往的治疗方案和血糖控制情况。

#### 体格检查

身高、体重、计算 BMI、腰围、血压和足背动脉搏动。

#### 化验检查

FPG、餐后 2 小时血糖、HbA1c、甘油三酯 (TG)、总胆固醇 (TC)、低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇 (HDL-C)、肝肾功能及尿常规。

#### 特殊检查

眼底检查、心电图和神经病变等相关检查。若条件允许，应检测尿白蛋白排出率。



## 2. 心血管病综合危险评估



### 膳食状况评估

详见附录 2.4 膳食、运动状况调查表。



### 运动状况评估

详见附录 2.4 膳食、运动状况调查表，附录 2.5 运动能力测试表、附录 2.6 运动禁忌证筛查确认表。



### 吸烟状况评估

详见附录 2.9 古丁依赖程度 FTND 量表。



### 心理状况评估

详见附录 2.10 心理评估量表。

## （四）制定干预计划和方案

根据健康风险评估存在的健康风险制定其控制目标和降低危险因素干预计划和方案。

### 1. 制定干预计划

要制定干预的目标、方法、时间等。尤其是应确定优先干预解决的健康问题，如亚临床状态的异常指标、生活方式等；制订中期干预解决的健康问题，如单种疾病、生活方式等；制订远期干预解决的健康问题，如多种疾病、生活方式等。

### 2. 制定干预方案

干预方案应包括干预的内容、途径、手段、频率等，如异常指标或单种疾病、多种疾病、生活方式、其他健康问题等；医疗干预



包含门诊、会诊、特诊、监测等；生活方式干预包含膳食干预、运动干预、心理干预、行为干预、环境干预等。

## （五）健康干预实施

### 1. 健康管理目标

糖尿病健康管理的近期目标是通过控制高血糖和相关代谢紊乱来消除糖尿病症状和防止出现急性代谢并发症，远期目标是通过良好的代谢控制达到预防慢性并发症，提高糖尿病患者的生存质量和延长寿命。

综合患者的年龄、心血管疾病史等情况，确定个体化的血糖控制的目标。

糖化血红蛋白（HbA1c）是反映血糖控制水平的主要指标。一般情况下，HbA1c的控制目标应 $<7.0\%$ 。病程较短、预期寿命较长、没有并发症、未合并心血管疾病的2型糖尿病患者，在不发生低血糖的情况下，应使HbA1c水平尽可能接近正常水平（ $<6.0\%$ ）。而儿童、老年人、有频发低血糖倾向、预期寿命较短以及合并心血管疾病或严重的急、慢性疾病等患者，血糖控制目标宜适当放宽。但是应避免因过度放宽控制标准而出现急性高血糖症状或与其相关的并发症。

