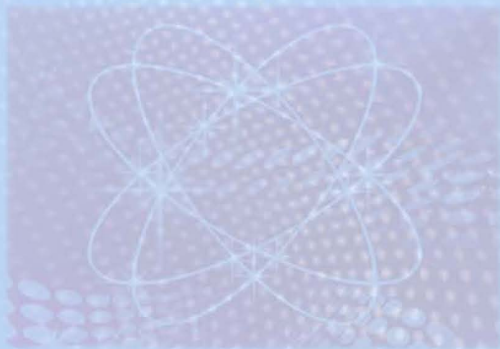


社区医生 慢性非传染性疾病综合防治 理论与管理

主 编 王光荣 武桂英
副主编 李 哲 赵新平



复旦大学出版社

社区医生 慢性非传染性疾病综合防治 理论与管理

主 编 王光荣 武桂英
副主编 李 哲 赵新平

復旦大學出版社

审 阅

龚幼龙 傅 华

编写人员(按姓氏笔画排序)

王光荣	上海市闸北区卫生局
田国栋	上海市闸北区疾病预防控制中心
李 哲	上海市闸北区卫生局
张 烨	复旦大学华东医院
武桂英	复旦大学公共卫生学院
赵新平	复旦大学公共卫生学院
姚有华	上海市临汾路街道社区卫生服务中心
郭红卫	复旦大学公共卫生学院
熊建菁	上海市闸北区疾病预防控制中心

序

慢性非传染性疾病(non-communicable disease, NCD)是指相对于传染性疾病和急性疾病提出的一组疾病总称。全国疾病监测系统资料表明,中国慢性病死亡人数占总死亡人数的比例,已从1991年的73.8%上升到2000年的80.9%,慢性病已成为居民头号杀手。2005年,世界卫生组织(WHO)在发表“预防慢性病:一项至关重要的投资”的报告中,估计中国2005~2015年慢性病损失累计将达5580亿美元。

我国政府意识到慢性病对居民健康的危害性和加强社区慢性病管理的紧迫性,把城市NCD防治工作承载主体下沉到社区卫生服务中心,采取全社区人群策略和高危人群控制相结合的方法综合地开展慢性病的防治工作。目的是通过社区卫生服务中心服务性质与功能,提高社区居民对慢性病防治的意识,建立健康的生活方式,预防慢性病的发生,对慢性病患者实施综合防治指导,控制疾病的发展,防范慢性病患者出现并发病。

该书为社区卫生服务中心医生提供NCD综合防治的方法与步骤,将控制疾病危险因素作为防治疾病的关键问题,对患者进行个性化综合干预,将NCD一级与二级预防策略整合到临床医疗行为中,使社区临床医生从“一维诊

断”向“三维诊断”转变,使社区慢性病患者能够用全方位的视角改变自己的不良生活行为,达到控制疾病的目的。

该书提供了 NCD 共同不良因素对人体影响的知识,掌握不同慢性病的综合干预方法和措施,了解慢性病与营养问题、慢性病与运动问题、慢性病与心理问题和慢性病实施干预措施与方法等知识,对推动社区慢性病患者实施综合防治具有积极作用。

该书阐述了高血压病、糖尿病、慢性阻塞性肺病、骨质疏松症和骨关节炎 5 种社区常见慢性病综合防治的理论知识。编者以慢性病综合防治理论知识先行,依托社区卫生服务中心临床医生进行 NCD 关键危险因素的综合防治干预,这种慢性病防治模式目前尚无经验可借鉴,值得探索。该书每章首页用图示形式勾勒出各章的主要思路与内容,使人耳目一新,可以让读者掌握学习要领和方向。希望社区卫生服务中心临床医生通过本书理论知识的学习,发挥社区临床一线工作优势,为城市社区慢性病综合防治探索新路径,提高慢性病综合防治的效果。

上海市政府参事

顾锦华

2008 年 10 月

前 言

慢性非传染性疾病(NCD)对城市社区公共健康已构成了重大威胁,不仅给国民经济带来巨大的损失,而且给患者带来巨大的精神压力和造成生命质量的下降,并给患者家庭生活带来精神与经济的双重负担。

世界卫生组织(WHO)对造成慢性非传染性疾病最主要危险因素已有明确的认定:不健康饮食、不锻炼身体和使用烟草。如果加强对居民不健康生活行为的干预,就可以减少人群中 NCD 的发生。至关重要的第一步,就是要把 NCD 预防和控制的最准确的知识和信息传授给一线卫生专业人员和社区居民。

城市社区卫生服务中心(站)是开展 NCD 综合防治的重要工作平台,是临床与预防的结合点。但是,城市社区卫生服务中心医务人员受到生物医学模式思维的影响,目前不少社区卫生服务中心实施 NCD 综合防治工作仍沿着疾病治疗和预防两条平行线,临床医生相对缺乏 NCD 预防控制的理论知识与实践锻炼。

社区卫生服务中心开展 NCD 综合防治工作,临床医生理应承担主要职责,不仅能开“药物处方”,而且也能开疾病综合控制的“非药物治疗处方”,这样才能有效地开展 NCD 的综合防治工作。临床医生依靠自己丰富的临床知识与经

验,便于向社区 NCD 患者进行健康的生活方式、膳食营养、健康心理和适宜运动知识的个性化指导,促进社区 NCD 的预防与控制。

本书为社区卫生服务中心医生提供高血压病、糖尿病、慢性阻塞性肺疾病、骨质疏松症和骨关节炎 5 种 NCD 综合防治理论知识与指导方法,使社区医生能初步掌握和谐的医患关系,与患者语言沟通技巧,疏导 NCD 患者不良心理技术,膳食与运动治疗方法与技能对 NCD 控制的影响。社区医生通过自身对 NCD 综合防治理论知识的理解与掌握,在社区 NCD 综合防治的实际工作中,把疾病控制的健康知识传播给患者,指导患者实施有效的健康生活行为,达到 NCD 的预防与控制。

城市社区卫生服务中心开展 NCD 患者个性化综合治疗对社区医生而言是一项全新的工作任务,除医学知识外更需要有营养、运动、心理等社会医学知识的参与。本书为社区卫生服务中心(站)医生提供了 NCD 综合防治的基本理论知识和指导框架,便于社区医生在 NCD 综合防治工作中参考。

由于编者对 NCD 综合防治研究有限,本书编写存在不足之处,希望社区医生能够提出宝贵的意见,便于编者对社区卫生服务中心开展 NCD 综合防治业务能力的提高,为社区开展 NCD 综合防治而共同努力。

编 者

2008 年 10 月

目 录

第一章 慢性病综合防治指导原则与要求	1
第一节 社区卫生服务模式与慢性病综合防治的关系	2
第二节 慢性病综合防治指导原则与方法	4
第三节 运用正确的思维方法实施慢性病综合防治管理	8
第四节 做好慢性病综合防治过程记录与效果总结	15
第五节 帮助患者树立正确的健康投资理念	19
 第二章 社区医生综合能力与慢性非传染性疾病的控制关系	31
第一节 社区医生社会责任与慢性非传染性疾病控制关系	32
第二节 社区医生职业道德与慢性非传染性疾病控制关系	35
第三节 社区医生管理能力与慢性非传染性疾病控制关系	38
第四节 社区医生专业技能与慢性非传染性疾病控制关系	44

第三章 社区医生综合技能与患者健康行为形成的关系	54
第一节 医患认知互动行为对患者健康行为形成的影响	55
第二节 医疗和预防技能对患者健康行为形成的影响	57
第三节 个人行为对患者健康行为形成的影响	60
第四章 社区医生对慢性病患者的心理指导	62
第一节 社区医生对慢性病患者的心理咨询指导	62
第二节 社区医生对慢性病患者的心理治疗指导	83
第三节 社区医生对慢性病患者心理指导的常用技巧	94
第五章 社区医生对慢性病患者的饮食指导	107
第一节 人体膳食营养与生理作用	108
第二节 膳食营养能量单位和机体耗能计算方法	117
第三节 居民膳食营养平衡目标与要求	122
第四节 膳食营养与肿瘤防治	125
第六章 社区医生对慢性病患者的健康教育指导	130
第一节 健康教育改变行为的理论知识	131
第二节 影响慢性病患者行为的基本需要	134
第三节 控制慢性病并发症的重要举措	137
第四节 社区医生慢性病防治知识积累与传播技巧	139
第五节 慢性病防治的健康教育要求与设计	143

第七章 社区医生对慢性病患者的运动指导	152
第一节 运动对慢性病的作用.....	153
第二节 适合慢性病患者的运动项目.....	154
第三节 慢性病患者运动处方的制订.....	161
 第八章 社区医生对 5 种慢性病患者的综合防治指导	166
第一节 社区医生对糖尿病患者综合防治指导.....	167
第二节 社区医生对高血压病患者综合防治指导.....	179
第三节 社区医生对慢性阻塞性肺病患者综合 防治指导.....	185
第四节 社区医生对骨质疏松症患者综合防治指导.....	194
第五节 社区医生对骨关节炎患者综合防治指导.....	200
 主要参考文献	208

第一章

慢性病综合防治指导原则与要求

“元气已虚,而血肉未溃,饮食起居不甚觉也。一旦外物袭之,溘然死。不怕千日怕一日,一旦者千日之积也。千日可为,一日不可为也。故慎于千日,正以防其一旦也。”

社区医生实施慢性非传染性疾病(NCD)综合防治指导的目的是:通过自身对慢性病综合防治知识和综合防治干预技术的掌握,帮助慢性病患者树立战胜疾病的信心,获得家庭、社会等全方位的精神与物质支持,促进病情得到控制,使慢性病患者逐渐恢复健康。社区医生要根据慢性病综合防治指导原则与要求,在干预的不同时段,掌握慢性病的综合控制情况,了解慢性病患者个人的心理与行为变化,了解家庭对患者实施疾病综合干预的支持情况,以提高慢性病的综合防治效果(图 1-1)。

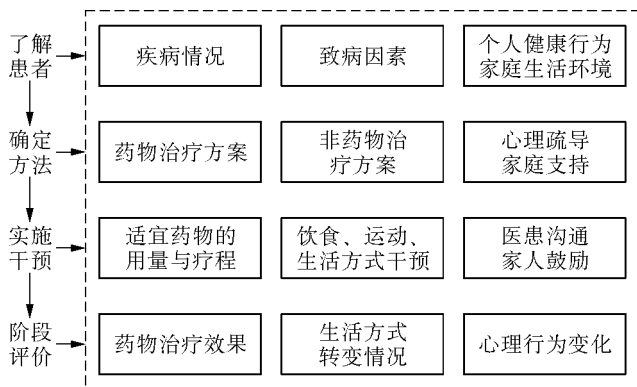


图 1-1 慢性病综合干预过程

第一节 社区卫生服务模式与慢性病综合防治的关系

一、社区卫生服务发展政策为社区居民健康服务提供保障

《国务院关于发展城市社区卫生服务的指导意见》第一段就指出“社区卫生服务是城市卫生工作的重要组成部分，是实现人人享有初级卫生保健目标的基础环节。大力发展社区卫生服务，构建以社区卫生服务为基础、社区卫生服务机构与医院和预防保健机构分工合理、协作密切的新型城市卫生服务体系，对于坚持预防为主，防治结合的方针，优化城市卫生服务结构，方便群众就医，减轻费用负担，建立和谐医患关系，具有重要意义”。社区卫生服务机构肩负着

政府关注民众健康及职责的重任,社区医生是执行政策的具体施行者,为社区居民提供综合健康服务。

二、社区卫生服务特点为慢性病患者个体化服务提供保障

社区卫生服务方式是一种社区定向服务,它是以行政区域管辖内的社区居民作为服务对象,以社区人群健康作为工作目标。社区医生的职责是:为社区居民提供一体化的医疗、卫生、保健服务。社区医生在慢性病综合防治服务过程中的主要特性表现在以下 3 个方面。

1. 人性化服务 社区医生在为慢性病患者提供个体服务过程中,重视患者胜于重视疾病。他们从全科医学角度考虑,把患者看成是有个性和有感情的人,而不是一个疾病的载体。社区医生能够从慢性病患者的角度和观点来观察患者存在的问题,并从患者生理、心理、社会中寻找各种影响患者健康的因素考虑解决患者的问题,从各个方面了解自己服务的对象,熟悉患者的个性、情绪、生活与工作环境和疾病严重程度,为服务对象提供个性化疾病康复服务。

2. 综合性服务 社区医生为慢性病患者提供的服务内容包包括医疗、预防、康复和健康促进等。从服务广度来看,社区医生需要从患者的生理、心理、社会等各个方面,为患者提供医疗、健康检查、心理咨询、健康教育、家庭生活方式指导、疾病康复家庭指导等综合性服务。从服务的深度来看,社区医生还需要根据慢性病患者的个体情况制订综合防治服务方案,对慢性病患者进行干预,监测患者的病情变化,不断调整适合的治疗方案,在一段时间后,还需对患者

的治疗效果进行评估。

3. 持续性服务 社区医生对社区慢性病患者实施综合防治指导管理是呈持续性的服务。对患者机体出现功能失调、疾病发生、疾病发展、疾病演变、康复等各个阶段负有监督管理等责任,不间断地维护社区慢性病患者身体健康。

第二节 慢性病综合防治 指导原则与方法

一、慢性病病因与综合防治的关系

1. 慢性病发生的多因素性 慢性病的病因和发病机制非常复杂。一种慢性病发生会涉及多个脏器和系统,是多种外因和内因相互作用的结果。目前医学专家将慢性病病因大致分为四大类型:生活方式与行为,环境因素,人类生物学因素及卫生保健因素。其中生活方式与行为是造成慢性病发生的首要因素。不良的生活方式与行为包括吸烟、酗酒、营养失调、缺少运动、紧张和不良个性等,这些因素是造成多种慢性病发生的重要因素。

2. 慢性病综合防治的必要性 大部分慢性病患者的疾病不易得到根治,慢性病造成的身体伤害也不会在一二年内结束。慢性病患者一旦得病往往会终身带病。如果疾病未得到及时的综合防治干预,机体病情将不断演变,最终造成身体内组织系统的损害和并发症的发生,降低慢性病患者的生活质量。所以慢性病防治所需的服务特点是:在服务时间上需要长期而连续;在服务内容上需要生物、心理和

社会环境等全方位兼顾;在服务类型上需要实施治疗、护理、康复、健康教育、健康生活与咨询的综合防治干预;在服务地点上需要就近,方便患者就医,必要时需要医务人员上门服务;在服务方式上需要医生、患者及家人共同参与,共同帮助慢性病患者提高疾病防治的主动性与自觉性。

3. 慢性病综合防治三级预防管理步骤和目标 社区医生对慢性病居民实施综合防治三级预防监测管理步骤与目标是通过社区医生三级预防监测管理社区慢性病患者,使慢性病预防与控制达到良性循环,最终提高慢性病患者的生命质量与生活质量(表 1-1)。

表 1-1 社区医生对社区慢性病三级预防的管理步骤与管理目标

管理级别	管理步骤	管理目标
一级预防	1. 从社区门诊工作中发现需要纳入管理的慢性病患者; 2. 对慢性病患者实施个性化综合防治和管理;	疾病:早发现
二级预防	3. 定时观察患者综合防治情况,发现问题及时提供帮助; 4. 与患者家庭成员沟通,促进家庭健康生活行为的形成;	疾病:防治与控制
三级预防	5. 患者对自己所患疾病的防治知识能够了解与掌握; 6. 患者能正确执行疾病综合防治的各项干预措施; 7. 疾病相关实验室指标转归与控制,临床症状缓解或转归。	疾病:控制并发病

二、慢性病综合防治管理的要求、原则与方法

1. 对社区医生的素质要求 社区医生在管理慢性病患者之前要考虑3个问题,如果这3个问题对自己不是难题,而且自己完全能够做到,就可以胜任为慢性病患者提供综合防治管理的任务。

(1) 你是否是一位可靠的“监护人”,知道用最适合的综合防治方法来促进慢性病患者身体康复,使受管理的患者无需过多解释就能够忠诚地依从你的指导。

(2) 你是否是一位出色的“教练”,能够教会慢性病患者如何调整和改善自己不利于健康的状况,学会新的疾病控制方法。

(3) 你是否是一位权威的“专家”,能够科学讲述某种慢性病的治疗、饮食和运动方法的优缺点,并允许患者有一定的余地选择适合自己疾病康复的防治方案。

2. 社区医生慢性病综合防治管理原则

(1) 如实告知原则:慢性病诊断明确后,要酌情向患者或家属说明疾病严重程度、综合防治内容以及疾病预期后果,并综合考虑患者个性和生活方式,制订适当的综合防治指导。

(2) 经济适度原则:慢性病药物治疗要考虑药物不良反应和费用,以及患者医疗费用付费方式和经济条件。在治疗用药时要选择有效、不良反应小、价格比较便宜的药物,并且要总结与评价药物效果。

(3) 综合治疗原则:要加强对慢性病患者进行健康生活方式、康复方法、营养方法、运动方法以及心理调节方法指导。鼓励慢性病患者在康复过程中采用非药物疗法,以利

于疾病的恢复。

(4) 鼓励为主原则:通过经常鼓励慢性病患者,让他们树立战胜疾病的信心,提高慢性病患者和家庭成员的自我保健意识;坚持科学治疗,自我管理,养成健康的生活方式,使患者认识到控制疾病是自己的责任。

(5) 共同参与原则:在实施慢性病综合防治时要充分利用社区和家庭资源,帮助慢性病患者共同管理疾病,为他们营造良好的生活氛围。

3. 社区医生对慢性病综合防治管理方法 为使慢性病患者能够得到通俗易懂的疾病综合防治知识和疾病控制指导,编著了5本图文并茂、通俗易懂、内容丰富的社区糖尿病、高血压病、骨质疏松症、骨关节炎与慢性阻塞性肺病患者自我预防与控制管理手册(简称《手册》)及《社区医生慢性非传染性疾病综合防治理论与管理》读本,可以与服务对象之间实现互动。

1) 互动条件

(1) 社区医生:对慢性病患者的管理一般实施长期管理,因此要求社区医生具有恒心,要有不怕累、不怕苦的精神;具有同情心,善于用语言鼓励患者战胜疾病;具有良好的医术,能够为患者制订科学的防治方案;具有一定的科研能力,不仅善于发现患者的不良生活行为,而且有改变不良生活行为的措施与方法,并且善于评价疗效,总结存在的问题与不足。

(2) 慢性病患者:社区慢性病患者得到社区医生给予的《手册》,说明该患者能够接受社区医生长达几年的慢性病综合指导,能够做到有什么问题及时与社区医生进行沟通,而且愿意与社区医生和家庭成员进行沟通。

2) 社区医生使用《社区医生慢性非传染性疾病综合防