

<<慢性病防治一本通>>

图书基本信息

书名：<<慢性病防治一本通>>

13位ISBN编号：9787506751858

10位ISBN编号：7506751852

出版时间：2011-10

出版时间：中国医药科技出版社

作者：闫春梅，高玉骞 主编

页数：106

版权说明：本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问：<http://www.tushu007.com>

<<慢性病防治一本通>>

内容概要

《慢性病防治一本通》由闫春梅、高玉骞主编，主要针对慢性病的现状和发展趋势、潜在危险因素和危害以及常见慢性病的概念、常见的表现、相关危险因素、预防与保健和健康生活方式等做了介绍，可供广大城镇居民和农牧民阅读，同时，可供各地基层医疗卫生服务机构在开展社区慢性病管理时选用。

<<慢性病防治一本通>>

书籍目录

第一章 慢性病的现状和发展趋势

- 一、初识慢性病
- 二、慢性病的现状
- 三、慢性病的三级预防
- 四、慢性病预防控制中的误区
- 五、慢性病的主要心理表现
- 六、慢性病的社区防治

第二章 慢性病的潜在威胁与危害

- 一、慢性病的发生和发展
- 二、慢性病潜在的危险因素
- 三、慢性病的危害

第三章 健康生活方式

- 一、健康生活方式的概念
- 二、生活方式对人类健康的影响
- 三、我国民众生活方式现状
- 四、亚健康
- 五、倡导健康的生活方式

第四章 心脑血管疾病

第一节 高血压

- 一、高血压的概念
- 二、高血压的分类
- 三、高血压的主要病因
- 四、高血压的常见表现
- 五、高血压的确诊
- 六、易患高血压的因素
- 七、高血压的主要危害
- 八、高血压的预防
- 九、高血压患者的保健与养生
- 十、高血压患者的运动
- 十一、高血压急症急救法
- 十二、社区高血压健康管理服务规范

第二节 高脂血症

- 一、高脂血症的概念
- 二、高脂血症的分类
- 三、高脂血症的易患人群
- 四、高脂血症的表现
- 五、高脂血症的危害
- 六、高脂血症的三级预防
- 七、高脂血症的保健疗法
- 八、高脂血症认识的误区

第三节 冠心病

- 一、冠心病的概念
- 二、冠心病的分型
- 三、冠心病的主要表现
- 四、冠心病的易患人群和发病情况

<<慢性病防治一本通>>

五、冠心病的并发症与发展

六、冠心病的主要危害

七、冠心病的养生疗法

八、冠心病的预防保健

九、冠心病防治注意事项

第四节 脑卒中

一、脑卒中的概念

二、脑卒中的主要发病原因

三、预防脑卒中的综合措施

四、脑卒中的三级预防

五、引起脑卒中的常见危险因素

第五章 糖尿病

一、糖尿病的概念

二、糖尿病的发病趋势

三、糖尿病的分类

四、糖尿病的主要表现

五、糖尿病发病的相关因素

六、糖尿病的并发症

七、糖尿病的治疗方法

八、糖尿病的急症及急救

九、糖尿病的认识误区

十、生活中的注意事项

十一、运动降血糖的学问

十二、糖尿病患者的饮食

十三、糖尿病的昏迷识别

十四、2型糖尿病患者健康管理服务规范

第六章 肿瘤

一、肿瘤的概念

二、肿瘤的主要表现

三、肿瘤对机体的危害

四、常见肿瘤的预警

五、肿瘤患者不同阶段的心理特点

六、肿瘤防治的方法

七、中医在肿瘤治疗的作用

八、肿瘤的预防

第七章 慢性阻塞性肺部疾病

一、慢阻肺的概念

二、慢阻肺的危险因素

三、慢阻肺的主要表现

四、慢阻肺的预防保健

五、慢阻肺患者的饮食

六、慢阻肺治疗方案

<<慢性病防治一本通>>

章节摘录

版权页： .了解患者和高危个体实现目标面临的最大挑战。

.了解其克服困难曾经采取的措施。

.制定书面的行为干预计划，方便患者对照实施。

.为患者和高危个体实现既定目标，提供社区咨询、指导、服务和运动场所等社区支持性环境。

(5) 随访 (arrange) 制定随访计划，通过家庭访视、电话随访、信函通知和门诊等方式进行随访管理和进一步的干预。

3.随访管理和转诊 慢性病随访的内容包括：了解患者病情，评估治疗情况；了解慢性病治疗的效果，包括非药物治疗和药物治疗的执行情况；相关指标的检查 and 监测；健康教育和患者自我管理指导；高危人群定期体检，及早发现患者。

随访复查计划应根据患者病情个体化，同时要取得亲属及家庭的支持与配合。

慢性病随访应由全科医生、社区护士以及健康管理专业人员组成服务团队，进行分工负责，以利于随访计划的落实。

具体随访方式可采取门诊预约、电话联系、家庭访视、集体座谈等多种形式，保证个体化随访的及时性和连续性。

慢性病随访是对慢性病进行动态管理，根据内容可分为疾病随访和功能随访。

疾病随访主要内容是观察慢性病患者的临床表现、治疗措施及效果、预测并发症等。

功能随访的主要内容是慢性病患者功能的综合评价。

功能是一个多维的概念，包括躯体、情感、认知和社会适应等四个方面。

对慢性病患者而言，还包括疾病带来的病痛和对躯体健康的满意程度。

例如：在慢性病随访中，可以发现不同的人患同一类型的疾病，严重程度、治疗方法、控制措施和并发症都相同，但却可能出现完全不同的功能状况。

其中有一些人适应良好，并适当调整工作和生活方式，仍能带病工作；而另一些人因疾病而苦恼不已，不能正常地工作和生活。

慢性病患者的功能状况需要通过随访进行评价，为进一步改进康复、医疗、护理措施提供依据，以改善不良的功能状况。

在慢性病随访中应根据患者的情况及时做好转诊，对慢性病患者中出现下述情况的及时转到相应的上级医疗机构： 需要获得专科、专用设备的诊断治疗； 并发症的出现使诊断和治疗变得复杂化，需要进一步明确诊断和确定治疗方案； 缺乏相应治疗药物； 缺乏实验室或仪器设备检查； 出于患者或家属的焦虑或压力，到相应专家处证实全科医生的诊断和治疗方案； 借专家之口向不遵医嘱的患者施加权威影响，使其配合治疗。

(三) 社区全人群健康教育 社区全人群健康教育是利用各种渠道(如健康教育画廊、专栏、板报、广播等)在社区全体人群中广泛宣传慢性病防治知识，提高社区广大人群自我保健意识，倡导健康生活方式，旨在预防和控制慢性病的各种危险因素，改变个体和群体的行为、生活方式，降低社区慢性病的发病率和死亡率，提高居民的健康水平和生活质量。

1.分析社区人群特点、需求和社区资源 通过社区调查摸清本社区疾病的基本情况、人群的特点和社区资源，找出本社区的主要公共卫生问题及其影响因素，需重点干预的目标人群等。

2.针对社区人群认知程度，确定健康教育内容，制定社区综合干预计划 通过有计划、有组织、有系统的健康教育，提高居民对慢性病的认识，自愿地采用有利于健康的行为和生活方式。

通过改善不良的生活方式和行为，降低疾病危险因素水平，减少慢性疾病的发病率和死亡率，提高居民生活质量。

以社区为基础的健康教育是慢性病社区管理必不可少的环节，也是一级预防的有效措施。

健康教育不等同于健康信息的传播和卫生宣传，它必须着眼于家庭、社区和政府部门，以保证获得有效支持，从而促进个体、群体和全社会的行为改善。

3.根据不同人群特点开展分类健康指导和个性化防治策略 (1) 青少年培养良好的行为习惯，全面素质教育，特别是健康心理的培养，性知识教育，合理营养，加强体育锻炼等。

<<慢性病防治一本通>>

(2) 青壮年以保护第一生产力要素为出发点, 控制环境和行为危险因素, 控烟戒烟限酒, 减少食盐摄入量, 合理膳食, 适量运动, 消除紧张, 避免过度劳累, 实施必要的健康监护和健康风险评估。

(3) 老年人及时发现高危人群, 加强医学监护, 控制吸烟、酗酒, 高血压, 膳食结构不合理, 肥胖等心血管糖尿病高发的危险因素; 定期体检、进行防癌普查。

<<慢性病防治一本通>>

版权说明

本站所提供下载的PDF图书仅提供预览和简介，请支持正版图书。

更多资源请访问:<http://www.tushu007.com>