

《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

出版社：中国医药科技出版社

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以及在线试读，请支持正版图书。

更多资源请访问：www.tushu000.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高血压、高血脂、冠心病、脑卒中、糖尿病、肿瘤、慢性阻塞性肺病这些常见慢性病的概念，常见表现，相关危险因素，预防与保健和健康生活方式等做了简明扼要的介绍。

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
- 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

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。（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》

精彩短评

1、一本专业介绍慢性病的小册子，内容比较全面，从慢性病的预防管理到临床治疗都作了介绍，适合患者及家属阅读，对个人保健也有一定帮助。

《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:www.tushu000.com