

## 健康管理师资格考试【考官指导手册】

### 考试介绍

#### 一、职业背景

健康管理师是劳动和社会保障部在 2005 年底公布的第四批新职业之一,它是指从事对人群或个人健康和疾病的监测、分析、评估以及健康维护和健康促进的专业人员。

健康管理师主要从事的工作内容包括:采集和管理个人或群体的健康信息;评估个人或群体的健康和疾病危险性;进行个人或群体的健康咨询与指导;制定个人或群体的健康促进计划;对个人或群体进行健康维护;对个人或群体进行健康教育和推广;进行健康管理技术的研究与开发;进行健康管理技术应用的成效评估。

#### 二、考试背景

健康管理师共设 3 个等级,分别为:助理健康管理师(国家职业资格三级)、健康管理师(国家职业资格二级)以及高级健康管理师(国家职业资格一级)。(国家目前只有对三级的考核)2018 年开始,权威规范的健康管理师资格证由我国卫健委鉴定并颁发。

#### 三、报考条件

符合以下条件之一者,可报名参加健康管理师(三级)培训和考试:

(一)具有医药卫生专业大学专科以上学历证书

(二)具有非医药卫生专业大学专科以上学历证书,连续本职业或相关执业工作 2 年以上

(三)具有医药卫生专业中等专科以上学历证书,连续从事本职业或相关职业工作 3 年以上

#### 四、报名所需材料

- (一) 学历证明。
- (二) 身份证复印件。
- (三) 《卫生行业职业技能鉴定个人申请表》1份。
- (四) 从事本职业年限单位证明（无法开证明者详细咨询报考老师）。
- (五) 近期个人2寸免冠彩色照片2张。

#### 四、考情考务分析

##### (一) 考试时间及形式

分为理论考试和专业能力考核。理论知识考试采用闭卷方式；专业能力考核采用现场实际操作方式或闭卷笔试方式。笔试考核均采用机上作答。理论知识考试和专业能力考核均采用百分制，两科成绩皆达60分及以上者为合格。考试时间为每年4月、6月、9月及11月第三个周末（具体考试时间见表1），全年共四次考试，未通过考试者需要重新提交审核材料重新报名参加考核。

健康管理师考情（全国统一机考）每年4月、6月、9月及11月第三个周末			
考试内容	考试时间	题型分值	分数线
理论知识	9:00—11:00	单选题 70x1 70分	60分
		多选题 30x1 30分	
操作技能	14:00—16:00	单选题 60x1 60分	60分
		多选题 40x1 60分	

表1

##### (二) 考核内容占比

###### 1. 理论知识

项目	健康管理师三级 (%)
基本要求	5

	基础知识	50
相关知识	健康监测	15
	健康风险评估和分析	10
	健康指导	10
	健康危险因素干扰	10
	指导、培训与研究	-
	合计	100

## 2. 专业能力

	项目	健康管理师三级 (%)
基本要求	健康监测	60
	健康风险评估和分析	10
相关知识	健康指导	15
	健康危险因素干扰	15
	指导、培训与研究	-
	合计	100

# 福利时刻

扫码客服老师微信领取福利



福利内容：

- 1、每日健康管理师知识点资料免费发送。
- 2、专业老师解答，贴心督学服务。
- 3、最新考情、政策更新第一时间解读发送。

更多福利关注公众号获取



## 高频考点展示

### 一、基础知识部分

#### 【健康管理概论】

1. 健康管理师的职业功能：(1) 健康监测；(2) 健康风险评估和分析；(3) 健康指导；(4) 健康危险因素干预；(5) 指导、培训与研究（1-4 项为三级健康管理师具备的职业功能；具除“研究”外的所有 5 项为二级健康管理师具备的职业功能；一级健康管理师具上述所有功能）。

2. 健康管理的宗旨是：调动个体和群体及整个社会的积极性，有效地利用有限的资源来达到最大的健康效果。

3. 健康的定义（三层）：第一身体健康；第二心理健康，又称精神健康；第三是社会适应能力良好。

4. 健康管理的目标：(1) 完善健康和福利；(2) 减少健康危险因素；(3) 预防疾病高危人群患病；(4) 易化疾病的早期诊断；(5) 增加临床效用、效率；(6) 避免可预防的疾病相关并发症的发生；(7) 消除或减少无效或不必要的医疗服务；(8) 对疾病结局作出度量并提供持续的评估和改进。

5. 健康管理的基本步骤：(1) 了解和掌握健康，开展健康信息收集和健康检查；(2) 关心和评价健康，开展健康风险评价和健康评估；(3) 干预和促进健康，开展健康风险干预和健康促进。

6. 健康管理的业务流程：(1) 健康调查与健康体检；(2) 健康评估；(3) 个人健康咨询；(4) 个人健康管理后续服务；(5) 专项的健康及疾病管理服务。

7. 健康管理的基本策略（六种）：生活方式管理，需求管理，疾病管理，灾难性病伤管理，残疾管理和综合的群体健康管理。其中生活方式管理最有应用价值。

8. 生活方式管理的特点：（三个）：(1) 以个体为中心，强调个体的健康责任和作用；(2) 以预防为主，有效整合三级预防；(3) 通常与其他健康管理策略联

合进行。

9. 健康的生活方式（五项）：饮食合理、不吸烟、适量饮酒、保持健康体重和定期运动。

10. 影响需求管理的主要因素（四种）：（1）患病率；（2）感知到的需要；（3）病人偏好；（4）健康因素以外的动机。

11. 需求管理的主要工具与实施策略：24 小时电话就诊和健康咨询、转诊服务、基于互联网的卫生信息数据库、健康课堂、服务预约等。

12. 疾病管理的主要特点（三个）：（1）目标人群是患有特定疾病的个体；（2）不以单个病例和/或单次就诊事件为中心，而是关注个体或群体连续性的健康状况和生活质量；（3）医疗卫生服务及干预措施的综合协调至关重要。

13. 威胁我国居民健康的主要因素是慢性病。

14. 多种慢性病的三大行为危险因素：膳食不合理、身体活动不足及吸烟。

15. 基本卫生保健工作的四个方面：（1）促进健康；（2）预防保健；（3）合理治疗；（4）社区康复。

16. 基本卫生保健工作的八项内容：（1）对当前主要卫生问题及其预防和控制方法的健康教育；（2）改善食品供应和合理营养；（3）供应足够的安全卫生水和基本环境卫生设施；（4）妇幼保健和计划生育；（5）主要传染病的预防接种；（6）预防和控制地方病；（7）常见病和外伤的合理治疗；（8）提供基本药物。

17. 基本卫生保健具有社会性、群众性、艰巨性和长期性等特点。

### 【临床医学基础知识】

1. 问诊内容主要包括：（1）患者一般情况；（2）主诉：患者感受最主要的痛苦或最明显的症状，也就是本次就诊最主要的原因及其持续时间；（3）现病史：此次患病后的全过程；（4）既往史：包括患者既往的健康状况和过去曾经患过的疾病（包括各种传染病）、外伤手术、预防注射、过敏，特别是与目前所患疾病有密切关系的情况；（5）个人史和家族史，女性还应包括月经史和生育史。

2. 体格检查的基本方法包括：视诊、触诊、叩诊、听诊。

3. 超声图像特点

类型	临床意义	二维超声表现
----	------	--------



无回声型	尿、胆汁、血液、胸水、腹水及心包积液、羊水等	液性暗区
低回声型	肝、脾、心肌	均匀细小中等强度的光点
强回声型	心内膜、心瓣膜、肾包膜、胆囊壁等	较强的密集光点回声
含气型	肺、胃肠道等	强反射，界面后方的组织结构不能显示

4. 在诊断上，内镜应用最广者是消化道和支气管的检查。

5. 合理用药：(1) 明确疾病的诊断，有选择性地用药；(2) 在初步确定使用哪一类药物后，要根据所选药物的药效动力学和药代动力学的特点制订合适的剂量、给药途径、疗程等；(3) 要考虑可能出现的药物不良反应，最好达到个体化给药。

6. 影响药物分布的因素：(1) 药物本身的物理化学性质；(2) 药物与血浆蛋白结合率；(3) 组织器官的屏障作用（如血脑屏障、胎盘屏障）；(4) 细胞膜两侧体液的 PH 值。

7. 药源性疾病为在治疗或诊断的过程中，由于使用药物而产生不利于患者的不良反应，称为药源性疾病。

8. 药物不良反应的类型：第一类反应：与药物的药理特性和剂量有关；第二类反应：是极少数具有过敏体质或特异体质的病人，在使用常用量或低于常用量药物时发生的过敏反应；第三类反应：是药物治疗后的继发反应（如继发感染）；第四类反应：药物相互作用引起。

9. 长期应用地西洋类镇静催眠药者，停药后可出现焦虑；抗高血压药物可乐定突然停用，可出现血压升高。

10. 细菌对抗生素的耐药机制：(1) 产生灭活酶使抗生素失活；(2) 改变靶物质产生耐药性；(3) 降低抗生素在菌体内的积聚。

11. 抗生素的使用原则：合理使用抗生素包括合理选药和合理给药两方面。先分析可能的致病菌并据此来选用敏感的抗生素，一般应用药物敏感试验来筛选抗生素。当病情危重时则应根据患者的感染部位、可能感染的菌群来选用抗菌谱

---

较广的药物。

12. 放射治疗的全身反应：(1) 血液系统主要表现为白细胞、血小板降低；(2) 胃肠系统表现为食欲缺乏、厌食、恶心、呕吐等；(3) 神经系统症状为乏力、嗜睡或失眠等。

13. 健康管理与临床医学的相互关系：(1) 临床医学是健康管理的学科基础；(2) 健康管理是临床医学的学科延伸；(3) 健康管理与临床医学的融合并存。

14. 健康管理与临床医学的区别

(1) 服务目的不同：健康管理以人的健康为中心，以健康风险因素检测预防或“零级预防”为重点，将预防的关口前移，以维护和促进个体或群体身心健康为目的，而临床医学是以病人为中心，以研究疾病的病因、诊断、治疗和预后为重点，以提高治疗水平、缓解病人痛苦、促进疾病治愈或病情稳定为目的；

(2) 服务对象不同：健康管理服务的对象是健康人群、亚健康人群、慢性病风险人群和慢性病早期康复人群，而临床医学服务的对象为患有各种疾病的人群；

(3) 服务模式不同 健康管理服务的主要模式是全面检测、风险评估、有效干预和连续跟踪，而临床医学服务的主要模式是通过病史采集、体格检查和辅助检查确定诊断后，采用药物、手术、介入、放射和物理疗法等技术和手段实施治疗。

### 【预防医学基础知识】

1. 预防医学体系可分为流行病学、医学统计学、环境卫生科学、社会与行为科学以及卫生管理学 5 大学科。

2. 影响健康的因素主要包括 (1) 环境因素：社会经济环境+物质环境；(2) 行为与生活方式因素；(3) 生物遗传因素；(4) 卫生服务。

3. 三级预防策略

(1) 第一级预防：又称病因预防。在第一级预防中，如果在疾病的因子还没有进入环境之前就采取预防性措施，则称为根本性预防；

(2) 第二级预防 在疾病的临床前期做好早期发现、早期诊断、早期治疗



的“三早”预防工作，以控制疾病的发展和恶化；

(3) 第三级预防 对已患某些疾病的人，采取及时的、有效的治疗措施，防止病情恶化，预防并发症和伤残；对已丧失劳动力或残疾者，主要促使功能恢复、心理康复，进行家庭护理指导，使患者尽量恢复生活和劳动能力，能参加社会活动并延长寿命。

4. 临床预防服务的内容：求医者的健康咨询、筛检、化学预防和预防接种。

5. 筛检早期疾病：

(1) 血压：社区医生对辖区内 35 岁及以上常住居民，每年免费测量一次血压（非同日 3 次测量）。如有六项指标（血压高值、超重或肥胖、高血压家族史、长期膳食高盐、长期每日饮白酒 $\geq 100\text{ml}$ ；年龄 $\geq 55$  岁）中任意一项高危因素，建议每半年至少测量 1 次血压，并接受医务人员的生活方式指导。

(2) 体重：建议成年人每 2 年至少测量 1 次身高、体重和腰围。

(3) 血脂：建议 20~40 岁成年人至少每 5 年测量 1 次血脂（包括 TC、LDL-C、HDL-C 和 TG）；建议 40 岁以上男性和绝经期后女性每年检测血脂；动脉粥样硬化性心血管疾病（ASCVD）患者及其高危人群，应每 3-6 个月测定 1 次血脂。因 ASCVD 住院患者，应在入院时或入院 24h 内检测血脂。

(4) 视敏度筛检：建议对 3-4 岁幼儿进行 1 次弱视和斜视检查，对 65 岁以上老年人进行青光眼筛检，具体筛检间隔由临床预防专业人员决定。

(5) 子宫颈癌筛检：建议有 3 年左右性生活（不晚于 21 岁）至 70 岁且保留宫颈的妇女，应每年进行 1 次巴氏涂片筛检，或每 2 年 1 次液基细胞学筛检；30 岁及以上妇女，连续 3 年以上正常（或阴性）的宫颈细胞学检查，且没有任何异常（或阳性）细胞学发现的妇女，可以 2-3 年筛检 1 次（除非有宫内已烯雌酚暴露史，HIV 阳性或免疫受损）。联合应用高危型 HPV DNA 检测者，可每 3 年行 1 次巴氏涂片和液基细胞学筛检。60~70 岁妇女，宫颈细胞学检查连续 3 次以上正常（或阴性）且没有异常（或阳性）细胞学发现的，细胞学和 HPV DNA 联合检测的频率，不应多于每 3 年 1 次。

(6) 乳腺癌筛检：建议 40~45 岁女性进行每年 1 次乳腺 x 线检查；46~69

岁女性每 1-2 年 1 次乳腺 x 线检查；70 岁或以上女性每 2 年 1 次乳腺 X 线检查；对乳腺癌高危人群（直系亲属中有绝经前患乳腺癌史，既往有乳腺导管或小叶不典型增生或小叶原位癌的患者，既往行胸部放疗者），建议在 40 岁前应接受一般人群乳腺 X 线检查之外，还可以应用 MRI 等影像学手段筛检，推荐每年 1 次。

(7) 结肠、直肠癌筛检：建议所有人群从 50 岁开始进行一次粪便潜血或 DNA 的检查；有结直肠癌家族史的人群推荐从 40 岁开始或比家族中最早确诊结直肠癌的年龄提前 10 年开始，每 5 年 1 次结肠镜检查。

6. 预防干预活动一般包括：健康咨询指导、疾病的早期筛检、现患管理和随访等。

7. 促进社区全体居民健康的实践中应遵循的原则：(1) 以健康为中心；(2) 以人群为对象；(3) 以需求为导向；(4) 多部门合作；(5) 人人参与。

8. 发现甲类传染病和乙类传染病中的肺炭疽、传染性非典型肺炎、埃博拉出血热、人感染禽流感寨卡病毒病、黄热病、拉沙热、列谷热、西尼罗病毒等新发输入传染病患者和疑似患者，或发现其他传染病、不明原因疾病暴发和突发公共卫生事件相关信息时，应按有关要求于 2 小时内报告。发现其他乙、丙类传染病患者、疑似患者和规定报告的传染病病原携带者，应于 24 小时内报告。

9. 我国的职业病分为 10 大类 132 个病种，包括：(1) 职业性尘肺病及其他呼吸系统疾病：尘肺病 13 种；其他呼吸系统疾病 6 种；(2) 职业性皮肤病 9 种；(3) 职业性眼病 3 种；(4) 职业性耳鼻喉口腔疾病 4 种；(5) 职业性化学中毒 60 种；(6) 物理因素所致职业病 7 种；(7) 职业性放射性疾病 11 种；(8) 职业性传染病 5 种；(9) 职业性肿瘤 11 种；(10) 其他职业病 3 种，包括金属烟热、滑囊炎（限于井下工人）和股静脉血栓综合征、股动脉闭塞症或淋巴管闭塞症（限于刮研作业人员）。

10. 职业病具有下列五个特点：(1) 病因为职业性有害因素；(2) 病因与疾病之间一般存在接触水平（剂量）—效应（反应）关系；(3) 群体发病；(4) 早期诊断、及时合理处理，预后康复效果较好；(5) 重在预防，除职业性传染病外，治疗个体无助于控制人群发病。

## 【常见慢性病】

1. 慢性非传染性疾病的特点：(1) 是常见病，多发病；(2) 发病隐匿，潜伏期长；(3) 多种因素共同致病，一果多因，个人生活方式对发病有重要影响；(4) 一因多果，相互联系，一体多病；(5) 增长速度快，发病呈年轻化趋势是所谓“三无产品”，即无声无息地来，无处不损害，无法治愈

2. 慢性非传染病类型：(1) 心脑血管疾病：高血压、血脂紊乱、心脏病和脑血管病；(2) 肿瘤疾病：肺癌、肝癌、胃癌、食管癌、结肠癌等；(3) 代谢性疾病：糖尿病、肥胖；(4) 精神疾病：精神分裂症、神经症（焦虑、强迫、抑郁）和老年痴呆；(5) 口腔疾病：龋齿、牙周炎。

3. ICD-10 是系统的分类，每种疾病有统一的国际编号，适合疾病的统计工作，它讲疾病分为七类：(1) 精神和行为障碍 老年痴呆、精神分裂症、神经衰弱、神经症等；(2) 呼吸系统疾病 慢性支气管炎、肺气肿、慢性阻塞性肺部疾病等；(3) 循环系统疾病 高血压、动脉粥样硬化、冠心病、心肌梗死等；(4) 消化系统疾病 慢性胃炎、消化性胃溃疡、胰腺炎、胆石症等；(5) 内分泌、营养代谢疾病 血脂紊乱、痛风、糖尿病、肥胖、营养缺乏等；(6) 肌肉骨骼系统和结缔组织疾病 骨关节病、骨质疏松症等；(7) 恶性肿瘤 肺癌、肝癌、胃癌、食管癌、结肠癌等

4. 目前我国主要的慢病有：高血压、脑卒中、冠心病、糖尿病、超重和肥胖、肿瘤、慢性阻塞性肺部疾病等。

5. 原发性高血压不可改变的影响因素：年龄、性别、遗传因素

6. 高血压防治现状（三个太低）：知晓率太低、服药率太低、控制率太低。

7. 诊断标准：(1) 在未用抗高血压药情况下，非同日测量三次，收缩压 $\geq 140$ mmHg 和/或舒张压 $\geq 90$ mmHg；(2) 患者既往有高血压史，目前正在用高血压药，血压虽低于 140/90 mmHg，亦应诊断为高血压。

8. 高血压分类：按血压水平将高血压分为 1（轻度）、2（中度）、3 级（重度）；单纯性收缩期高血压：将收缩压 $\geq 140$ mmHg 和舒张压 $< 90$ mmHg。

张压	类别	收缩压	舒张压
<80	正常血压	< 120	和
80~90	正常高值	120 ~ 139	或
90	高血压	≥140	或 ≥
99	1级高血压(轻度)	140~159	或 90~
100~109	2级高血压(中度)	160 ~ 179	或
110	3级高血压(重度)	≥180	或 ≥
<90	单纯收缩期高血压	≥ 140	和

9. 防治策略：预防为主，三级预防并重；以健康促进为手段，社区综合防治为原则，将高血压与其他慢病防治相结合。

10. 高血压的防治措施：一级预防：针对一般人群，目的是减少危险因素流行率，降低高血压水平；二级预防：针对高危人群，早发现，早诊断，早治疗，以延缓疾病发展；三级预防：针对患者进行规范化治疗和随访，同时加强高血压患者的自我管理。

11. 减少高血压危险因素的措施：戒烟、限盐、控制体重、经常进行体力活动、多吃蔬菜水果、减少脂肪摄入、保持心理健康等。

12. 高血压高危人群确定标准：

具有以下 1 项及以上的危险因素，即可视为高危人群：

- (1) 收缩压介于 120~139mmHg 之间和/或舒张压介于 80~89mmHg 之间
- (2) 超重或肥胖 (BMI $\geq$ 24)。
- (3) 高血压家庭史 (一、二级亲属)
- (4) 长期过量饮酒 (每日饮白酒 $\geq$ 100ml，且每周在 4 次以上)。
- (5) 长期膳食高盐。

13.2 型糖尿病主要的危险因素：(1) 遗传因素；(2) 超重或肥胖；(3) 体力活动不足；(4) 膳食不平衡 (目前认为：摄取高热量、高脂肪、高蛋白、高碳水化合物和缺乏维生素的膳食易发生 2 型糖尿病)。

14. 糖尿病的分型 (4 种类型)：(1) 1 型糖尿病：占 5% 左右，多发儿童和青少年 (胰腺不能正常分泌胰岛素)；(2) 2 型糖尿病：占糖尿病患者总数的 90% 左右，多见于成人 (由于人体对于胰岛素的作用不能给予正常的反应而发病)；(3) 妊娠糖尿病；(4) 其他糖尿病：指除以上 3 种类型 以外的糖尿病，较少见。

15. 糖尿病的 1999 年 WHO 新的诊断标准：

符合下述标准之一，在次日复诊仍符合三条标准之一者，诊断为糖尿病：

(1) 有糖尿病症状 (多尿、烦渴和无其他诱因的体重下降)，并且任意时间血浆葡萄糖水平 $\geq$ 11.1mmol/L (200mg/dl)；

(2) 空腹血浆葡萄糖 (PFG) 水平 $\geq$ 7mmol/L (140mg/dl)。

(3) 口服葡萄糖耐量试验 (OGTT) 中，2 小时血糖 (PG) 水平 $\geq$ 11.1mmol/L (200mg/dl)。

16. IGT (糖耐量损伤) 的诊断标准：OGTT 时 2 小时血糖 $\geq$ 7.8 mmol/L (140 mg/dl)，但 $<$ 11.1mmol/L (200mg/dl)。

17. 超重和肥胖的行为危险因素：进食过量、体力活动过少。

18. 评论肥胖程度最实用的人体测量学指标是体重指数 (BMI) 和腰围 (WC)。

(1) WHO 肥胖程度分类标准是：BMI 在 25~29.9 为超重；在 $\geq$ 30 为肥胖。



(2) 亚太地区分类标准：BMI 在 23.0~24.9 为超重； $\geq 25$  为肥胖。

(3) 中国分类标准：BMI $< 18.5$  为体重过低；BMI=18.5~23.9 为体重正常；BMI=24~27.9 为超重；BMI $\geq 28$  为肥胖。

19. 腰围 (WC)：中国成年人男性腰围 $\geq 85$ cm，女性 $\geq 80$ cm 时，则高血压、糖尿、血脂异常的危险性就增加。

20. 冠心病相关的危险因素：高血脂、高血压、低运动水平、吸烟、糖尿病、体质指数与腰围、饮食因素、紧张的生活方式、性别、年龄、家族史。

21. 我国城市前 5 位癌症死亡率依次为：支气管肺癌、肝癌、胃癌、食管癌和结肠癌。

22. 肿瘤的危险因素：吸烟；不健康饮食和体力活动过少；生物感染因素；遗传因素；职业危害；环境因素；精神因素；其他。

23. 流行特点：农村发病率及死亡率明显高于城市；地处寒冷的东北、西北、华北、西南、及中南地区、河南等地区的 COPD 及肺心病患病率明显高于华东、华南等地；新疆、青海、西藏等地区因寒冷日气温变化大，其 COPD 与肺心病患病率亦较高。

24. 慢性阻塞性肺部疾病 (COPD) 的危险因素：吸烟与被动吸烟；二氧化硫、二氧化氮等大气环境污染；吸烟、被动吸烟及家用炉灶造成的居室空气污染；职业性污染；儿童时期呼吸道感染等。

25. 慢性阻塞性肺部疾病的防治策略：坚持三级预防策略。

(1) 一级预防是病因预防，开展禁烟和戒烟活动，进行空气环境综合整治；

(2) 二级预防是“三早”，即早发现、早诊断、早治疗；

(3) 三级预防为临床预防，对症治疗，预防并发症发生与伤残，开展康复工作等。

26. 慢性阻塞性肺部疾病的防治措施：

(1) 一级预防是：健康宣教、控烟、环境综合治理、控制减少职业性危害；

(2) 二级预防的主要措施是：在 COPD 高危人群中定期进行普查、筛查。COPD

的高危人群包括长期吸烟者、职业性暴露人群、有家庭史的人群、有慢性咳嗽咳痰者；

(3) 三级预防：继续做好健康宣教工作、规范化管理与治疗、戒烟、康复锻炼、家庭氧疗、避免呼吸道感染

### 【流行病学和医学统计学基本知识】

1. 流行病学的落脚点是预防和控制疾病、促进健康提供科学的决策依据。

2. 流行病学的任务（3个阶段）：第一阶段为“揭示现象”，即揭示流行或分布的现象；第二阶段为“找出原因或影响因素”，即从分析现象入手找出流行与分布的规律、原因或影响因素；第三阶段为“提供措施”，即合理利用前两阶段的结果，找出预防或处理的策略与措施。依序完成上述3个阶段的任务，才算是完整的流行病学工作。

3. 流行病学的研究方法：观察性研究、实验性研究和理论性研究三种。

4. 发病率指一定时期内特定人群中某病新病例出现的频率；患病率指特定时间内一定人群中某病新旧病例数所占的比例。患病率=发病率×病程，即  $P = I \times D$

5. 患病率对于病程长的一些慢性病的流行状况能提供有价值的信息，可反映某地区人群对某疾病的疾病负担程度。

6. 病死率表示一定时期内患某病的全部病人因该病而死亡的比例；粗死亡率为死于所有原因的死亡率，是一种未经调整的死亡率；按疾病的种类、年龄、性别、职业、各族等分类计算的死亡率称为死亡专率；累积死亡率指一定时期内死亡人数占某确定人群中的比例。

7. 相对危险度（RR）指暴露组的发病率（ $I_e$ ）与非暴露组发病率（ $I_o$ ）之比，它反映了暴露与疾病的相关强度。（ $RR = I_e / I_o$ ）； $RR = 1$ ，说明暴露与疾病无联系； $RR < 1$ ，说明暴露与疾病存在负联系（提示暴露是保护因子）； $RR > 1$ ，说明两者存在正联系（提示暴露就是危险因子）；比值越大，联系越强。

8. 比值比（OR）指病例组中暴露人数与非暴露人数之比值除以对照组中暴露人数与非暴露人数的比值。与RR相同，OR反映暴露者患某种疾病的危险性较非

暴露者高的程度。

9. 流行病学常用的研究方法 (1) 现况调查; (2) 队列研究; (3) 病例对照研究; (4) 实验性研究; (5) 诊断试验的评价研究。

10. 队列研究的类型: (1) 前瞻性队列研究; (2) 历史性队列研究; (3) 双向性队列研究。

11. 队列研究的特点

(1) 在时序上是由前向后的, 在疾病发生前开始进行, 故属于前瞻性研究; (2) 属于观察性对比研究, 暴露与否是自然存在于研究人群, 而不是人为给予的; (3) 研究对象根据暴露与否分组, 这与实验性研究的随机随机分组不同; (4) 是从“因”到“果”的研究; (5) 追踪观察的是两组间的发病或死亡率差异, 如 RR。

12. 病例对照研究的特点

(1) 疾病发生后进行, 研究开始时已有一批可供选择的病例; (2) 研究对象按发病与否分成病例组与对照组; (3) 被研究因素的暴露状况是通过回顾获得的; (4) 若按因果关系进行分析, 结果已发生, 由果推因; (5) 经两组暴露率或暴露水平的比较, 分析暴露与疾病的联系。

13. 实验性研究的主要研究类型: 临床实验、现场试验、社区试验和类实验。

14. 诊断指标分类: 客观指标; 主观指标; 半客观指标。

15. 诊断实验评价的指标有: 真实性; 可靠性; 收益。

16. 评价诊断试验的真实性指标: 灵敏度、特异度、假阴性率、假阳性率。

17. 诊断实验的可靠性评价指标: (1) 变异系数 (CV): 即所测平均数的标准差与测定的均数之比; (2) 比值越小, 可靠性越好; (3) 符合率: 又称准确度; 诊断试验的一致性分析。

18. 提高诊断质量的方法: (1) 联合试验: 主要包括平行 (并联) 实验和系列 (串联) 实验; (2) 选择患病率高的人群。

19. 医学统计学的主要内容: 统计设计、统计描述、统计推断。

20. 医学统计资料的类型: (1) 计量资料 也称数值变量, 为定量测量的结果, 通常有专用的仪器测量, 并有计量单位, 如身高 (cm)、体重 (kg) 等。计量资

料有连续性的特点；(2) 计数资料、为定性观察的结果。有二分类和多分类两种情况。二分类：观察结果只有两种相互对立的属性，如“阳性”或“阴性”；“正常”或“异常”等；(3) 等级资料：介于定量测量和定性观察之间的半定性观察结果。通常有两个以上等级，如阴性、阳性、强阳性；治愈、好转、有效、无效等。

21. 医学统计工作的基本步骤：研究设计、收集资料、整理资料和分析资料。

22. 参数：指总体指标，如总体均数，总体率，总体标准差；统计量：指样本指标，如样本均数，样本率，样本标准差。一般情况下，参数是未知的，需要用统计量去估计。

23. 概率指某随机事件发生的可能性大小的数值，常用符号  $P$  来表示，是对总体而言， $P$  越接近 1，表明某事件发生的可能性越大， $P$  值越接近 0，表明某事件发生的可能性越小；一般常将  $P \leq 0.05$  或  $P \leq 0.01$  称为小概率事件，表示某事件发生的可能性很少。

24. 频率指一次实验结果计算得到的样本率，是对样本而言的。

25. 描述集中趋势的指标：算术均数；中位数；几何均数。

26. 描述离散趋势的指标：方差和标准差；极差（全距）；百分位数；变异系数（CV）。

27. 分类资料的统计描述包括频数表和相对数。

28. 相对数包括：比、比例、率。

29. 统计推断的核心就是假设检验，亦称为显著性检验。

30. 假设检验是通过计算样本统计量判断抽到目前样本的可能性是否为小概率事件，若为小概率事件，则拒绝  $H_0$ ；否则，不拒绝  $H_0$ 。

31. 假设检验的基本步骤：(1) 建立检验假设，确立检验标准（检验水准，符号为  $\alpha$ ，通常把  $\alpha$  取为小概率事件值，如  $\alpha=0.05$  或  $\alpha=0.01$ ）；(2) 选定检验方法；(3) 确定  $P$  值，当  $P \leq \alpha$  时，按所取检验水准  $\alpha$ ，拒绝  $H_0$ ，接受  $H_1$ ，可以认为差别有统计学意义，两总体均数不相等；当  $P > \alpha$  时，按所取检验水准  $\alpha$ ，不拒绝  $H_0$ ，



差别无统计学意义,即不能认为两总体均数不相等。

32. 假设检验的注意事项: (1) 两类错误; (2) 变量变换; (3) 检验方法的正确选择; (4) 结果的解释。

33. 假设检验中  $P \leq 0.05$ , 称为差别有统计学意义;  $P \leq 0.01$ , 称为差别有高度统计学意义。

### 【健康教育学】

1. 健康教育的目的和重点是改变不良行为,减少或减轻影响健康的危险因素,从而预防疾病的发生,促进健康水平和生活质量的提高。

2. 健康教育的实质是一种有计划、有组织、有评价的干预活动与过程。

3. 教育的核心是通过教育帮助人们形成有利于健康的行为和生活方式。

4. 健康教育的具体目标一般就分为:教育目标、行为目标和健康目标 3 个方面。

5. 教育目标包括:知识方面、信念方面、态度方面、价值方面和技巧方面

6. 健康促进的基本内涵包含了个人行为改变、政府行为(社会环境)改变两个方面,并重视发挥个人、家庭、社会的健康潜能。

7. 健康促进的基本特征: (1) 对行为的改变作用较持久,有时带有一定的约束性; (2) 涉及整个人群和人们社会生活的各个方面; (3) 疾病的三级预防中更注重一级预防,甚至更早阶段; (4) 健康教育是健康促进的先导和基础; (5) 与健康教育相比,健康促进融客观的支持与主观的参与于一体。

8. 健康促进的三大基本策略是:倡导、赋权、协调。

9. 健康促进的核心策略是:社会动员(也是最基本的策略)。

10. 21 世纪健康促进的重点: (1) 提高社会对健康的责任感; (2) 增加健康发展的投资; (3) 巩固、扩大有利于健康的伙伴关系; (4) 保证健康促进的基础设施; (5) 行动起来。

11. 在健康信念模式中,是否采纳有利于健康的行为的相关因素: (1) 感知疾病的威胁(疾病的易感性和严重性); (2) 感知健康行为的益处和障碍; (3) 自我效能(是个体对自己能力的评论和判断); (4) 社会人口学因素; (5) 是提



示因素（指诱发健康行为发生的因素）。

12. 传播分为：人际传播、大众传播、组织传播、自我传播。

13. 传播的基本特征包括：社会性、普遍性、符号性、互动性、共享性

14. 传播的基本社会功能有探测、协调、教导、娱乐。

15. 拉斯韦尔五因素传播模式：

传播者 → 信息 → 媒介 → 受传者 → 效果

16. 人际传播的形式：二人传播（咨询、访谈）、公众传播（讲演、讲课）、小群体传播（小级讨论、自我导向学习、同伴教育等）。

17. 传播媒介的选择原则：保证效果原则、针对性原则、速度快原则、可及性原则、经济性原则。

18. 健康传播的效果按可达到的难度由低向高依次为以下 4 个层次：一是知晓信息，二是信念认同，三是态度向着有利于健康转变，四是采取健康的行为和生活方式

19. 健康传播的影响因素：（1）健康传播者方面；（2）健康信息方面；（3）媒介渠道方面；（4）受传者方面；（5）环境方面。

20. 健康教育与健康促进计划设计的基本步骤：根据格林模式的程序将计划分成社会诊断、流行病学诊断、行为与环境诊断、教育与组织诊断、管理与政策诊断以及评价阶段 6 个基本步骤。（除评价阶段外，其余 5 个步骤实际上为社区需求评估的内容。）

21. 健康教育与健康促进计划设计的步骤：（1）社区需求评估；（2）确定优先项目；3）确定总体目标和具体目标；（4）制定干预策略；（5）制定计划实施方案；（6）制定计划评价方案。

22. 健康教育与健康促进计划的具体目标是为实现总体目标而设计的具体的、量化的指标。

其要求可归纳为 SMART 5 个英文字母。具体地说，计划必须回答 4 个“W”和 2 个“H”：Who——对谁；What——实现什么变化（知、信、行、发病率等）；When——在多长时间实现这种变化；Where——在什么范围内实现这种变化；How

much——变化程度多大；How to measure——如何测量这种变化。

23. 健康教育与健康促进计划评价的种类分为：形成评价、过程评价、效应评价、结局评价、总结评价

24. 形成评价的具体内容：(1) 了解目标人群的各种基本特征；(2) 了解目标人群对各种干预措施的看法；(3) 了解教育资料的发放系统，包括生产、贮存、批发、零售以及发放渠道；(4) 对问卷进行预调查及修改；(5) 了解哪些健康教育干预策略适用于目标人群，健康教育资料预试验，以确定其适用性；(6) 针对计划执行初期阶段出现的新问题、新情况对计划进行适度调整。

25. 健康教育与健康促进计划的结局评价内容包括：健康状况（生理指标、疾病与死亡指标）、生活质量。

26. 影响（健康教育与健康促进计划）评价结果的因素：(1) 时间因素；(2) 测试或观察因素；(3) 回归因素；(4) 选择因素；(5) 失访。

### 【营养与食品安全】

1.  $1 \text{ kJ} = 0.239 \text{ kcal}$

2. 成年人能量消耗主要用于维持基础代谢、体力活动和食物的生热效应；儿童的能量消耗还包括生长发育的能量需要。

3. 组成人体和食物蛋白的氨基酸约有 20 种，其中有 9 种是人体不能合成或合成速度不能满足需要，必须由食物供给的，称为必需氨基酸，它们是色氨酸、赖氨酸、苯丙氨酸、蛋氨酸、苏氨酸、亮氨酸、异亮氨酸、缬氨酸、组氨酸。（记忆口诀：租借一两本淡色书来）

4. 蛋白质互补作用应遵循的原则：食物的生物学种属愈远愈好；搭配的种类愈多愈好；食用时间愈近愈好，同时食用最好。

5. 脂类的分类：(1) 脂肪 甘油三酯；(2) 类脂 包括磷脂、糖脂、类固醇和固醇等。

6. 脂肪酸分类：饱和脂肪酸、单不饱和脂肪酸、多不饱和脂肪酸和必需脂肪酸。

7. 碳水化合物分类

分类（糖分子）	亚组	组成
糖 (1-2)	单糖 双糖 糖醇	葡萄糖，半乳糖，果糖等 蔗糖，乳糖，麦芽糖，海藻糖等 山梨醇，甘露醇、木糖醇等
寡糖 (3-9)	异麦芽低聚寡糖 其他寡糖	麦芽糊精 棉子糖，水苏糖，低聚果糖等
多糖 (≥10)	淀粉 非淀粉多糖	直链淀粉，支链淀粉，变性淀粉，抗性淀粉 纤维素，半纤维素，果胶，亲水胶质物

8. 常量元素：钠、钾、镁、氯、磷、硫、钙（7个）；微量元素：铁、锌、铜、碘、钴、铬、钼、硒（8个）。

9. 平衡膳食应该包括：（1）人体需要的营养素与从膳食中获得的营养素之间要平衡；（2）各类食物的搭配要平衡；（3）能量摄入与能量消耗要平衡。

10. 预防高血压，每日膳食中的食盐宜减少到 6g 以下，也就是三口之家每月食盐消费在 1 斤左右；

男性饮酒每日不超过 40g 酒精；另外补充钙和钾有利于高血压的控制。

11. 糖尿病患者的饮食安排：（1）合理节制饮食，以达到理想的体重；（2）膳食中必须包含适量的碳水化合物（占总能量的 50%~65%）；（3）膳食中应有一定量的膳食纤维，每日膳食纤维量为 20~30 克左右为宜。

12. 肥胖症的饮食应采用总能量控制的平衡膳食。蛋白质、脂肪和碳水化合物的供能比例可分别达到 15%~20%、25%左右、和 55%~60%。膳食中要有一定量的膳食纤维，并保证维生素及矿物质的供应。

13. 食物中毒的特点：（1）发病与食物有关；（2）发病潜伏期短，来势急剧，呈爆发性；（3）同批中毒病人的临床表现基本相同（以消化道症状最常见）；（4）发生食物中毒的病人对健康人无传染性。

14. 常见的食物中毒分类：（1）细菌性食物中毒；（2）动植物特性食物中毒；（3）化学性食物中毒；（4）原因不明的食物中毒。

15. 食品污染的分类：（1）生物性污染；（2）化学性污染；（3）物理性污染。

16. 生物性污染主要包括：微生物（细菌、酵母菌、霉菌）、病毒、寄生虫等。其中以微生物污染更常见。

17. 我国的保健食品主要分为：营养素补充剂、声称具有特定保健功能的食品两类。

### 【身体活动基本知识】

1. 身体活动按生理功能的分类：(1) 耐力（有氧）运动：如步行、慢跑、骑自行车、5kg 哑铃；(2) 无氧运动：如举重、短跑；(3) 抗阻力运动：哑铃、上楼；(4) 灵活性和柔韧性（关节、动作）锻炼：锻炼关节的灵活性和柔韧性。

2. 体质测量指标：(1) 身体形态和发育水平；(2) 身体功能：常用指标包括心率、血压、肺活量、台阶试验、最大心率、最大摄氧量；(3) 身体素质：包括力量、耐力、灵敏性柔韧性、协调能力等。

3. 国民体质调查方法中成人采用的指标包括：坐位体前屈、握力、纵跳、闭眼单足立、俯卧撑、一分钟仰卧起坐、反应时、10×4 往返跑。

4. 抗阻力运动的特征常用肌肉力量和肌肉耐力两个指标反映。

5. 与从事规律的中等强度以上身体活动的人群相比，缺乏身体活动人群发生各种致命性和非致命性冠心病事件危险度高 1.5~2 倍。

6. 身体活动干预原则：从健康教育开始，落实在行为矫正。

(1) 健康状况筛查；(2) 身体活动水平调查；(3) 运动能力评价；(4) 运动意外的评估；(5) 结合个人兴趣和生活环境；(6) 动员、指导和督促相结合。

7. 耐力运动可分为：开始阶段、适应阶段和维持阶段。

8. 老年人的运动锻炼时应注意

(1) 老年人的运动方式应多样化；(2) 宜参加个人熟悉和有兴趣的运动项目；(3) 应保证老年人在健身运动中的安全，运动身位不宜变抽换太快，以免发生直立性低血压；(4) 运动进展速度要缓慢，延长准备和整理活动时间；(5) 不宜做高冲击的活动，如跳绳、跳高和举重等运动；(6) 老年人在服用某些药物时，如倍他乐克、氨酰心安等，不能用心率来测定运动强度。

9. 老年人运动可采用自觉强度。即感觉稍累即可，一般不应超过这一强度。

### 【心理健康】

1. 健康心理的标准：(1) 有充分的适应能力；(2) 充分了解自己，并对自己



的能力作恰当的估计；(3) 生活目标能切合实际；(4) 与现实环境保持接触；(5) 能保持人格的完整和谐；(6) 有从经验中学习的能力；(7) 能保持良好的人际关系；(8) 适度的情绪发泄与控制；(9) 在不违背集体意志的前提下，有限度地发挥个性；(10) 在不违背社会规范的情况下，个人基本需求能恰当满足。

2. 心身疾病是指心理社会因素作为重要原因参与发病的躯体疾病。广义的心身疾病包括具有明显的躯体症状的器官性神经症或心理生理障碍。

3. 心身疾病的心理社会影响因素：情绪因素、人格特点、社会环境因素、身体器官的脆弱性

4 各种人格特征的特点：(1)“A 型行为类型”——认为这种人格类型与冠心病有密切联系，故又称为“冠心病易患模式”，表现为表现：为取得成就而努力奋斗、有竞争性、很易引起不耐烦、有时间紧迫感、言语和举止粗鲁、对工作和职务过度地提出保证、有旺盛的精力和过度的敌意。

5. A 型行为类型不是冠心病的结果，而是起因；A 型行为类型是引起冠心病的主要危险因素之一。

6. “B 型行为类型”特点为心境平静、随遇而安、不争强好胜、做事不慌不忙、不经常看手表。

7. “C 型行为类型”为癌症人格。

8. 心理评估的基本程序：(1) 确定评估的目的，明确评估希望达到的目标；(2) 详细了解被评估者当前心理问题，了解问题的起因及发展、可能的影响因素、早年生活经历、家庭背景、当前的人际交往等。在这个过程中，主要是调查法、会谈法和观察法；(3) 要对被评估者的重点总是深入了解和评估；(4) 将评估获得的资料进行分析、处理，得出评估结论，并对有关人员解释评估结果。

9. 心理评估常用的方法：调查法、观察法、会谈法、作品分析法、心理测验法。

10. 心理测试的主要形式是量表。

11. 心理测验的分类：(1) 按测验的目的分类：智力测验、人格测验、特殊



能力测验、诊断性测验；(2)按测验材料的性质分类：文字测验、非文字测验；  
(3)按测验方法分类：问卷法、操作法、投射法；(4)按测验的组织方法分类：  
个别测验、团体测验。

12. 应用心理测验的一般原则：标准化原则；保密原则；客观性原则。

13. 心理咨询的方式：门诊心理咨询；信函咨询；电话心理咨询；专题心理  
咨询。

14. 心理咨询的手段：渲泄、领悟、强化自我控制、增强自信心。

15. 心理咨询的基本过程：问题探索阶段、分析认识阶段、治疗行动阶段、  
结束巩固阶段。

### 【中医养生学基础知识】

1. 中医学的基本特点：整体观念和辨证论治。

2. “五行”就是自然界中“木、火、土、金、水”这5类物质的运动。

3. 五脏即心肝脾肺肾；六腑即胆、胃、大肠、小肠、膀胱和三焦。

4. 四诊：望、闻、问、切四种诊察疾病的方法。

5. 中医将疾病症状归纳为表、里、寒、热、虚、实、阴、阳八类证候，称为  
八纲，是中医辨证的基本方法，各种辨证的总纳。

6. 四气：即寒热温凉四种药性。

7. 五味：指药物和食物的真实滋味。五味包括：酸、苦、甘、辛、咸，还有  
淡味、涩味。

8. 中医食养的主要方法具体来说包括食宜清淡、食戒偏嗜。

9. 中医的精神养生包括清心静神、怡养情志。

10. 四季养生法，就是按照时令节气的阴阳变化规律，运用相应的养生手段  
保证健康长寿的方法。

春夏两季，是人体阳气生长之时，故应以调养阳气为主；秋冬两季，是人体  
阳气收敛，阴精潜藏于内之时，故应以保养阴精为主。所以，春夏养阳，秋冬养  
阴，寓防于养，是四季养生法最根本的原则。

11. 药膳是指具有保健医疗功效的菜肴类食品，以中医理论为指导，采用一

定的中药与相应的食物搭配调制而成的保健食品。

12. 中药用药禁忌：（1）配伍禁忌：有“十八反”、“十九畏”；（2）服药饮食禁忌（忌口）：一般而言应忌食生冷、辛热、油腻、腥膻、有刺激性的食物。

### 【康复医学基础知识】

#### 1. 三级康复网络服务理念

（1）早期康复：以国家级、省级大型康复中心或有条件的综合医院为主，立足于疾病急性期的早期康复介入，与相关临床专科互相配合，提供及时有效、高水平的康复治疗，并承担人才培养（培训）任务；

（2）后期康复：以区域性康复中心或专科医院及综合医院康复医学科为主，为疾病恢复期患者提供专科化、专业化、系统的康复治疗；

（3）社区康复：以社区康复机构或社区卫生服务机构为主，为疾病稳定期患者提供基本康复服务或家庭化的康复服务指导

2. 国内康复资源有中国残联系统建立的各级康复中心；三级综合医院康复医学科、二级医院开展的部分康复项目，一级医院基本上缺少康复资源。

3. 康复包括：医学康复、教育康复、职业康复、社会康复和康复工程。

4. 康复医学包括：康复基础学、康复评定学、康复治疗学、康复临床学和社区康复学等。

5. 人类医学模式发展大致经历了三个阶段，即从自然哲学医学模式，到生物医学模式，再到生物—心理—社会康复模式。

6. 康复医学的服务对象：残疾人、老年人、慢性病患者、疾病和损伤的急性期和恢复期患者、亚健康人群。

7. 亚健康即指非病非健康状态，这是一类次等健康状态（亚即次等之意），是介于健康与疾病之间的状态。

8. 根据残疾的性质和特点可以分为：视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾、精神残疾和多重残疾。多重残疾是指有两种及两种以上的残疾。

9. 按残疾程度分为四级，残疾一级为极重度，残疾二级为重度，残疾三级为中度，残疾四级为轻度。

---

10. 康复医学的工作内容包括康复预防、康复功能评定和康复治疗三部分。

11. 疾病预防分为三级：

(1) 一级预防：预防可能导致残疾的各种损伤和疾病，避免发生原发性残疾的过程。

主要措施包括免疫接种、预防性咨询及指导、预防性保健、避免引发残疾的危险因素、实行健康的生活方式、提倡合理行为及精神卫生；安全防护预防职业性工伤事故；加强学校、家庭、社会的宣传教育及交通安全教育，减少各种意外事故造成的残疾等。

(2) 二级预防：疾病或损伤发生之后，采取积极主动的措施限制或逆转由损伤造成的残疾，

主要措施有：通过残疾早期筛查、定期健康检查、控制危险因素、改变不良生活方式、早期医疗干预、早期康复治疗、必要的药物治疗、必要的手术、及时提供系统的康复治疗等措施防止损伤后出现残疾。

(3) 三级预防：残疾已经发生时，采取各种积极措施防止残疾恶化的过程，以减少残疾残障给个人、家庭和社会所造成的影响。其措施包括：防止残疾变成残障或降低残障影响的各种措施，如通过各种康复治疗、安装假肢、训练等，对残疾者直接干预，以改善或提高躯体和心理功能；通过职业咨询和训练，提高生活自理能力，恢复或增强工作和学习能力；通过改变雇主和社会公众的态度和行为、保险等，促使残疾者重返家庭和社会。

12. 康复评定的内容包括：躯体功能评定、精神功能评定、言语功能评定、社会功能评定。

13. 康复治疗的特点：(1) 强调“以患者功能为中心”的战略；(2) 强调患者主动参与；(3) 康复团队模式；(4) 终身康复治疗。

14. 康复治疗的作用包括：(1) 预防或矫正继发性功能障碍；(2) 强化肢体的代偿功能；(3) 利用代偿方法提高疾患系统的功能；(4) 利用矫形器具 / 适应性器械装置增进功能；(5) 调整患者生活和职业环境；(6) 应用心理疗法改善患者行为表现以提高患者的学习效果。

### 15. 最常用的康复治疗手段

(1) 物理疗法：包括运动疗法和物理因子疗法；(2) 作业疗法：作业疗法是指针对病、伤、残者的功能障碍，指导患者参与选择性、功能性活动的治疗方法；(3) 言语治疗；(4) 心理治疗；(5) 康复护理；(6) 康复工程；(7) 中国传统康复治疗；(8) 社会工作。

16. 增强肌力是指通过训练加强肌肉进行最大力量收缩的能力；肌肉耐力的训练是指肌肉持续地维持一定强度的等长收缩，或做多次一定强度的等张（速）收缩的能力。

17. 康复治疗时，按照不同肌力大小可分为：辅助训练、主动训练、抗阻训练、渐进抗阻训练等运动方法，1-3级肌力时，可采用辅助训练；3级以上肌力，可行主动训练；4-5级肌力时，可行抗阻训练。

18. 康复治疗时，按照不同肌肉收缩的方式可分为等长训练、等张训练及等速训练。

19. 步行训练指恢复独立或者辅助步行能力的训练方法。其基本原则应以步态分析为依据，将患者异常步态的关键环节作为训练重点，同时注重下肢关节、肌肉、平衡能力等训练，在训练中，适当使用矫形器和步行辅助具。

20. 增强心肺功能指的是加强人体的摄氧能力和转化氧气成为能量的能力，其目的是预防心脏病的发生，主要以身体大肌群参与、较低强度、持续较长时间、有规律运动形式为主的运动最有效；有氧耐力训练是提高机体心肺功能的重要手段。

### 【健康信息学】

1. 健康信息的来源主要包括卫生服务过程中的各种服务记录；定期或不定期的健康体检记录；专题健康或疾病调查记录

2. 信息收集原则包括：计划性、系统性、针对性、及时性、完整性、真实性。

3. 信息收集方法包括：访谈法、实地观察法、问卷法。

4. 信息整理时，资料整理一般可分为三步：进行信息分类→进行资料汇编→进行资料分析。



---

5. 建立健康档案的基本要求包括资料的真实性、科学性、完整性、连续性、可用性。

6. 个人健康档案包括 3 类表格：居民基本情况表、健康体检表、服务记录表。

7. 个人基础资料、问题描述、健康问题随访记录、转会诊记录构成了以问题为导向记录方式的基本要素。

8. SOAP 记录形式中：s 代表服务对象主观资料；O 代表客观资料；A 代表对健康问题评估；P 代表对问题的处理计划。

9. 全科医生常用的预防医学服务包括预防接种、健康体检、危险因素筛查及评价等。

10. 家庭健康档案内容包括家庭的基本资料、家系图、家庭评估资料、家庭主要问题目录、问题描述、家庭各成员的个人健康记录和家庭生活周期健康维护记录。

11. 健康数据从概念上来说，主要包括三个部分：面向医院的电子医疗档案 (EMR)、面向区域卫生的电子健康档案 (EHR) 和面向个人的个人健康档案 (PHR)。

12. 个体健康管理按照基本步骤大致可以分为三个阶段，第一步是了解和掌握个体健康现状，开展健康状况检测和信息收集；第二步是评价个体健康，开展健康风险评估和健康评价；第三步是改善和促进个体健康，开展健康危险干预和健康促进，三个步骤循环往复，开展干预后，及时更新个体健康信息。

### 【医学伦理与职业道德】

1. 医学伦理的基本原则内容是防病治病，救死扶伤，实行医学人道主义，全心全意为人民健康服务。

2. 健康管理中的伦理原则是：以人为本、以健康为中心的原则；公平、合理的原则；保守秘密的原则；有利和主体原则；优质服务的原则。

3. 健康管理提供者应遵守的规范：以人为本、文明管理；增进责任、积极主动；尊重个性、保护隐私；加强修养、提高水平；健全机制、规范制度；有效评价、完善监督；服务社会、保障健康。

4. 服务对象应遵守的规范：与时俱进、科学理念；重视权利、履行义务；配



合管理、体现主体；彰显责任、实践健康。

5. 健康管理提供者与服务对象应共同遵守的规范：双方平等、互相尊重；遵守法律、实践规范；相互信任、相互依托；良好合作、健康和谐。

6. 健康管理相关的身份权有亲属权、配偶权、监护权。

7. 职业道德是职业活动自身的一种必要的生存与发展条件。

8. 职业道德的基本要求包括：爱岗敬业、诚实守信、办事公道、服务群众、奉献社会。

### 【健康保险与健康管理】

1. 1883年，德国颁布了全世界第一个社会保险法《企业工人疾病保险法》

2. 健康保险的分类可分为社会医疗保险和商业健康保险。

3. 商业健康保险可分为疾病保险、医疗保险、失能收入损失保险和护理保险。

4. 商业保险的精算工作可分为费率制定、赔付率计算、准备金提取。

5. 社会医疗保险的特点：（1）遵循社会保险的一般原则，即“强制性、互济性、补偿性”；（2）资金一般都是来自专项保险费收入；（3）强调权利和义务相对应；（4）与就业和收入相关联；（5）依法设立社会化管理的医疗保险机构作为“第三方支付”组织；（6）其待遇水平根据医疗保险基金的支付能力确定。

6. 社会医疗保险的主要政策包括参保范围、资金来源、待遇标准、医疗费用的支付方式及管理 and 经办等方面。

7. 我国商业健康保险的现状是（1）业务规模和覆盖人群少；（2）专业化程度不高；（3）专业人才缺乏；（4）缺乏系统的健康保险经营体系；（5）商业健康保险发展的社会环境尚待改善。

8. 我国商业健康保险的发展趋势包括：（1）商业健康保险走向专业化经营；（2）商业健康保险经营主体是益增多，竞争激烈；（3）健康管理服务和技术应用以及医保合作关系深化促进了商业健康保险市场的发展；（4）宏观环境向着有利于健康保险发展的方向转变。

9. 我国社会医疗保险的现状为：（1）城镇职工基本医疗保险；（2）补充医疗

保险；(3) 社会医疗救助；(4) 农村合作医疗。

10. 我国基本医疗保险的发展趋势为：(1) 逐步扩大社会医疗保险的覆盖范围；(2) 合理调整社会医疗保险的缴费比例；(3) 完善统筹基金的支付政策；(4) 扩展个人医疗帐户的使用范围。

11. 健康保险行业中健康管理的分类

(1) 健康指导类  
健康咨询—建立健康档案、提供专业性信息服务入手  
健康维护—健康评估和健康指导入手

(2) 诊疗干预类

12. 健康保险对健康管理的意义：(1) 促进健康管理的资源配置和整合；(2) 作为健康管理战略性市场渠道；(3) 能够监督健康管理业的成熟发展；(4) 能加强健康管理的良好认同度。

13. 健康保险与健康管理的合作模式：(1) 服务完全外包模式；(2) 自行提供服务模式；(3) 共同投资模式。

### 【健康管理服务营销】

1. 服务营销的特殊问题：

(1) 三方的责任；(2) 客户的不确定性；(3) 经验的关键作用；(4) 有限的差异化程度；(5) 维持质量管理；(6) 让医师也成为销售者；(7) 专业服务人士要分配出时间做市场营销；(8) 处理紧急问题的压力；(9) 对广告的意见冲突；(10) 有限的市场营销知识背景。

2. 健康管理服务的特征：(1) 健康服务是具备专业资格的服务者提供的能解决问题的指导性意见，它也包括为客户提供的日常服务；(2) 健康管理师都需要定期通过一定的资格考试，遵守本行业的传统与道德规范；(3) 健康管理服务具有高度的专业水平；(4) 健康服务的提供者通常有很强的与客户面对面的交际能力，这对质量和服务的定义有很重要的作用。

3. 进行有效健康服务营销的 12 大要点

(1) 质量高于一切；(2) 建立市场营销组织；(3) 知识就是力量；(4) 制定营销计划；(5) 企业不可能是万能的；(6) 提供客户无法拒绝的服务；(7) 成

功的定价；(8) 接触，接触，再接触；(9) 你不能不沟通；(10) 乘上互联网时代的列车；(11) 建立有意义的关系；(12) 未来就是现在。

### 【健康管理相关法律、法规知识】

1. 劳动合同应当具备以下条款：(1) 用人单位的名称、住所和法定代表人或者主要负责人；(2) 劳动者的姓名、住址和居民身份证或者其他有效身份证件号码；(3) 劳动合同期限；(4) 工作内容和工作地点；(5) 工作时间和休息休假；(6) 劳动报酬；(7) 社会保险；(8) 劳动保护、劳动条件和职业危害防护；(9) 法律、法规规定应当纳入劳动合同的其他事项。

2. 下列劳动合同无效或者部分无效：(1) 以欺诈、胁迫的手段或者乘人之危，使对方在违背真实意思的情况下订立或者变更劳动合同的；(2) 用人单位免除自己的法定责任、排除劳动者权利的；(3) 违反法律、行政法规强制性规定的。

3. 消费者和经营者发生消费者权益争议的，可以通过下列途径解决：(1) 与经营者协商和解；(2) 请求消费者协会调解；(3) 向有关行政部门申诉；(4) 根据与经营者达成的仲裁协议提请仲裁机构仲裁；(5) 向人民法院提起诉讼。

4. 《中华人民共和国执业医师法》的适用范围：依法取得执业医师资格或者执业助理医师资格，经注册在医疗、预防、保健机构中执业的专业医务人员，适用本法。本法所称医师，包括执业医师和执业助理医师。

5. 《中华人民共和国食品安全法》的适用范围：(1) 食品生产和加工（以下称食品生产），食品流通和餐饮服务（以下称食品经营）；(2) 食品添加剂的生产经营；(3) 用于食品的包装材料、容器、洗涤剂、消毒剂和用于食品生产经营的工具、设备（以下称食品相关产品）的生产经营；(4) 食品生产经营者使用食品添加剂、食品相关产品；(5) 食品的储存和运输；(6) 对食品、食品添加剂和食品相关产品的安全管理。

6. 食品安全标准应当包括下列内容：(1) 食品、食品相关产品中的致病性微生物、农药残留、兽药残留、重金属、污染物质以及其他危害人体健康物质的限量规定；(2) 食品添加剂的品种、使用范围、用量；(3) 专供婴幼儿和其他特定人群的主辅食品的营养成分要求；(4) 对与食品安全、营养有关的标签、标志、

说明书的要求；(5) 食品生产经营过程的卫生要求；(6) 与食品安全有关的质量要求；(7) 食品检验方法与规程；(8) 其他需要制定为食品安全标准的内容。

7. 《中华人民共和国食品安全法》(2015年修订版)主要修订内容包括：(1) 禁止剧毒高毒农药用于果蔬茶叶；(2) 保健食品标签不得涉防病治疗功能；(3) 婴幼儿配方食品生产全程质量控制；(4) 网购食品纳入监管范围；(5) 生产经营转基因食品应按规定标示。

8. 《中华人民共和国中医药法》的立法宗旨：继承和弘扬中医药，保障和促进中医药事业发展，保护人民健康。

9. 《中华人民共和国中医药法》的立法亮点：(1) 明确了中医药事业的重要地位和发展方针；(2) 建立符合中医药特点的管理制度；(3) 加大对中医药事业的扶持力度；(4) 坚持扶持与规范并重，加强对中医药的监管；(5) 加大对中医药违法行为的处罚力度。

## 二、职业技能部分

### (一) 健康监测

#### 【信息采集·健康调查表选用及健康信息收集】

1. 健康管理的一个关键步骤是健康信息的采集，健康调查表则是健康信息采集的工具。

2. 在繁多的健康相关记录表中，目前的健康体检表、行为危险因素调查表和相关疾病管理的随访表是最为重要的健康管理信息的来源。

3. 填表基本要求：

(1) 健康信息记录表填写一律用钢笔或水笔，不得用圆珠笔、铅笔或红色笔书写。字迹要清楚，字体要工整。数字或代码一律用阿拉伯数字书写。数字和编码不要填出格外，如果数字填错，用双横线将整笔数码划去，并在原数码上方工整填写正确的数码，切勿在原数码上涂改。

(2) 在各种记录表中，凡有备选答案的项目，应在该项目栏的“口”内填写与相应答案选项编号对应的数字，对于选择备选答案中“其他”或者“异常”这一



选项者，应在该选项留出的空白处用文字填写相应内容，并在项目栏的“口”内填写与“其他”或者“异常”选项编号对应的数字。对各类表单中没有备选答案的项目，用文字或数据在相应的横线上或方框内据实填写。

(3) 健康信息记录表个人编码：编码的目的是为了有效识别和便于查找所收集资料的个体。因此，编码的每一位数字都应该有具体的含义。

(4) 各类健康记录表中涉及的日期类项目，按照年（4位）、月（2位）、日（2位）顺序填写。

4. 调查表的选择方法：据健康管理的个体需求选用合适的健康调查表（健康信息记录表）。如果个体只是要求体检，则使用健康体检表；在此基础上，如果个体同意接受以后的健康管理，则需收集行为危险因素相关的信息；如果发现个体有某种慢性病，如高血压、糖尿病等，则结合疾病管理选用疾病管理随访表。

5. 健康信息的收集步骤：

(1) 收集资料前的准备：熟悉所要使用的健康信息记录表的每一项内容，并接受调查员培训，同时使用该记录表进行预调查。

(2) 明确调查对象。

(3) 签署知情同意书：知情同意书要由被调查对象自主、自愿签署，调查员不得诱导和胁迫。

(4) 开始调查：通常以面对面直接询问的方式进行调查。按问卷各项目的顺序逐一询问和记录。

1) 填写个人基本信息表收集基本信息，内容包括：工作单位、联系人姓名、民族、血型、文化程度、药物过敏史、既往史、家族史：

2) 使用生活方式信息记录表收集信息，相关内容包括烟草使用、饮酒情况、膳食情况以及身体活动，供读者参考。读者可根据实际情况进行相应的修改、删减或补充。询问问题的序号可删改成指定表格的序号。

3) 健康体检信息的收集：对接受健康体检的客户，健康管理师根据健康体检基本项目目录开展健康体检服务，包括“必选项目”和“备选项目”。



“必选项目”是开展健康体检服务的基本检测项目，也是形成健康体检报告及个人健康管理档案的必需项目，内容包括健康体检自测问卷、体格检查、实验室检查、辅助检查、体检首页等五部分。

“备选项目”是个体化深度体检项目，主要针对不同年龄、性别及慢性病风险个体提供的专业化筛检项目。

(5) 记录表的核查：完成询问后初步核对所调查的结果，看是否有漏问、漏填的项目，以及填写位置是否正确等，并及时改正。

(6) 结束访谈，致谢：调查员签名、填写调查日期和联系电话等。

(7) 资料的保存：当日收集的调查表做好当日记录后上交管理者或保存在规定的地方。

### 【信息采集·体格测量】

1. 人体体格测量是评价营养状况的综合观察指标。常用指标有体重、身高、皮褶厚度及上臂围等，其中以体重、身高最为重要。

2. 体重反映的是体内蛋白质、矿物质、水分、脂肪与碳水化合物的总和。在水分恒定不变的情况下，体重可反映身体营养水平，尤其反映与蛋白质和脂肪有关的能量水平。体重由脂肪体重和去脂体重构成，是客观评价。

3. 评价体重状况的方法

(1) 年龄组别体重：主要用于 0-6 岁儿童。以实测体重与同年龄组的标准体重进行比较，应在标准体重均值的 2 个标准范围内（或在第 25—75 百分位数范围）。

(2) 身高别体重：主要用于 0-6 岁儿童。以实测体重与同身高组的标准体重相比较，也应在均值的 2 个标准差范围内（或在第 25—75 百分位数范围）。如达不到标准，则表示为消瘦，反映近期营养不佳。此指标对区分急性营养不良和慢性营养不良有较大意义。

(3) 体质指数：中国成人判断超重和肥胖程度的界限值为： $BMI < 18.5 \text{ kg/m}^2$  为体重过低， $18.5 \leq BMI < 24 \text{ kg/m}^2$  为正常体重范围， $24 \leq BMI < 28 \text{ kg/m}^2$ ：为超重， $BMI$

$\geq 28\text{kg}/\text{m}^2$  为肥胖。

4. 腰围是临床上估计患者腹部脂肪过多的最简单和实用的指标，不仅可用于对肥胖者的最初评价，在治疗过程中也是判断减肥效果的良好指标。（男性腰围 $\geq 90\text{cm}$ 、女性 $\geq 85\text{cm}$  患肥胖相关疾病的危险性增加。）

5. 我国成人血压的标准是：(1) 正常血压：收缩压 $<120\text{mmHg}$  和舒张压 $<80\text{mmHg}$ ；(2) 正常高值： $120\text{mmHg}\leq$ 收缩压 $<140\text{mmHg}$  和 / 或  $80\text{mmHg}\leq$ 舒张压 $<90\text{mmHg}$ ；(3) 高血压：收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$  和 / 或舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 。

6. 身高测量方法：受试者应当空腹、脱鞋、只穿轻薄的衣服。测量身高的量尺(最小刻度为  $1\text{mm}$ )应与地面垂直固定或贴在墙上。受试者直立、两脚后跟并拢靠近量尺，并将两肩及臀部也贴近量尺。测量人员用一个直角尺放在受试者的头顶，使直角的两个边一边靠紧量尺，另一边接近受试者的头皮，读取量尺上的读数，准确至  $1\text{mm}$ 。每次测量身高最好连续测 2 次，间隔 30 秒。两次测量的结果应大致相同。身高计的误差不得超过  $0.5\text{cm}$ 。

7. 体重测量的注意事项：测量秤台要水平放置，避免撞击、受潮。受试者宜排空大小便，不要大量喝水，也不要进行剧烈的体力活动。称量时穿薄衣服、赤足，轻立在秤台中央，保持身体平稳，严禁晃动。上下体重计时，动作要轻缓。电子秤秤台平面上空载时，若显示屏显示读数不为  $0.0$ ，按一下“启动”键即可清“ $0$ ”。每天使用杠杆秤前，均需进行校正。检测人员每次读数前都要校对砝码重量，避免差错。

8. 腰围的测量方法受试者直立，两脚分开  $30-40\text{cm}$ ，用一个没有弹性、最小刻度为  $1\text{mm}$  的软尺放在右侧腋中线髂骨上缘与第十二肋骨下缘连线的中点(通常是腰部的天然最窄部位)，沿水平方向围绕腹部一周，紧贴而不压迫皮肤，在正常呼气末测量腰围的长度，读数准确至  $1\text{mm}$ 。

4. 血压一般使用血压计测量，血压计以大气压为基数。由于环境、情绪、药物、体位等对血压都有影响。所以在测量时要排除这些因素的干扰以得到真实的

---

血压数据。

### 【信息管理】

1. 信息录入是整个研究过程最枯燥的一步，并且也是发生错误较多的一个环节。错误主要有读不懂手写文字、错误的答案、编码错误、错误的编码位置、遗漏数据、重复录入数据等。

2. 信息清理的方法主要包括如下三种：

(1) 双录入法：通过其他人重新输入数据库来检查错误的方法。当出现前后两次录入的数据不符的情况时，应重新参考源文件及调查问卷，直至找到错误并更正为止。

(2) 直接审阅数据库文件：通过专人目测检查数据库文件中的记录是否存在相同的格式，是否有空白数据。

(3) 计算机查错：包括数据库设计合理编码和逻辑查错两个部分。

3. 健康信息的保存包括计算录入后的数据库文件的存档和调查问卷文件的保管和存放。

4. 数据库文件在录入和清理完成后要进行双备份，分别保存在不同的计算机相应文件夹里。

5. 保存原则要保证信息档案的完整、安全、方便查阅。

6. 数据保存的具体措施包括：(1) 应安排一定的空间和购置必需的档案保管设施设备，保证这些存档的文件能防盗、防晒、防高温、防火、防潮、防尘、防鼠和防虫；(2) 要指定专职人员进行管理；(3) 在放置调查问卷等纸质文件时，要考虑到便于使用，如可按编号摆放、建立目录卡、并留有空间以备扩充。

7. 信息安全的内容主要包括五个方面：保证信息保密性、真实性、完整性、拷贝的安全性（未经授权不得拷贝）和所寄生系统的安全性。

8. 信息安全策略 主要是制订严格的规章制度和严格的安全管理制度。

### (二) 健康风险评估和分析

1. 风险的分类：

(1) 纯粹风险：当损失是否发生存在不确定性时，既为纯粹风险。无任何

收益只有损失的可能性。

(2) 投机风险：既可能产生收益，也可能赞成损失的事件存在不确定时。

(3) 静态风险和动态风险

(4) 主观风险：无法精确衡量

(5) 客观风险：对风险的衡量方面的认识主要集中在如何衡量客观风险。

某种情况下，客观风险存在的程度，即实际损失与预期损失的变化程度，称为风险度。（客观风险=实际损失与期望损失的可能偏差/期望损失）

2. 识别风险的目的是为了管理风险。

3. 风险的管理步骤：

(1) 识别风险，掌握风险识别的标准和技术是风险识别的关键；(2) 评估风险；(3) 选择风险管理方法；(4) 实施与反馈。

4. 风险的管理方法：风险规避、损失控制、风险自留、风险转移。

5. 风险是客观存在，是不可避免的。

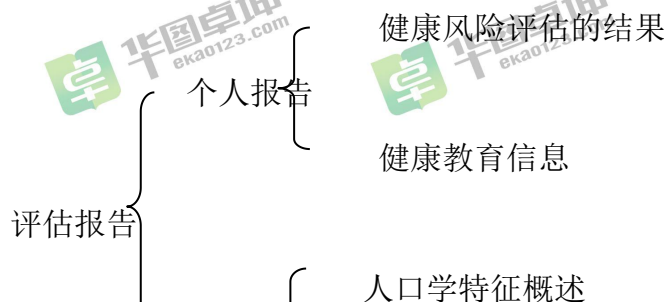
6. 健康风险评估（HRA）是一种方法或工具，用来描述或估计某一未来患某种特定疾病或因某一特定疾病导致死亡的可能性。是对个人的健康状况及未来患病和/或死亡危险性的量化评估。

7. 常见的 HRA 结果指标有患病危险性、健康年龄和健康分值。

患病危险性可用患病的概率值作为结果（一个介于 0 和 1 之间的小数，典型的例子就是死亡危险性，0=永生，1=死亡）。也可用某一个体在其所在的人群中根据危险性的高低排序而得到的序位情况来表示。

8. 健康风险评估包括 3 个基本模块：问卷、危险度计算、评估报告。

9. 评估报告的内容（其评估结果是健康风险评估报告的主要内容）



人群报告 健康危险因素总结  
建议的干预措施和方法

## 10. HRA 的种类和方法

- (1) 按应用领域区分
- 临床评估
  - 健康过程及结果评估
  - 生活方式及健康行为评估
- (2) 按评估功能的角度
- 公共卫生监测及人群健康评估
  - 一般健康风险评估
  - 疾病风险评估

11. 疾病风险评估的步骤：(1) 选择要预测的疾病（病种）；(2) 不断地发现处确定与该疾病有关的危险因素；(3) 应用适当的预测方法建立疾病风险预测模型；(4) 验证评估模型的正确性和准确性。

12. 患病危险性的表示方法：(1) 未来若干年内患某种疾病的可能性（概率值）；(2) 与同龄、同性别的人群平均水平相比，个人患病危险性的高低（在人群中的百分位数）来进行。

13. 健康风险评估的主要目的：(1) 帮助个体综合认识健康危险因素；(2) 鼓励和帮助个体修正不健康的行为 健康教育的核心任务就是促使个体或群体改变不健康的行为和生活方式；(3) 制定个体化的健康干预措施；(4) 评价干预措施的有效性；(5) 健康管理人群分类 健康风险评估的一个重要用途就是根据评估结果将人群进行分类。分类的标准主要有两类：健康风险的高低、医疗花费的高低。

### (三) 健康指导

#### 【健康教育】

1. 对生活方式的管理是健康管理的基本策略和重要方法。
2. 生活方式的管理包括：营养指导、身体活动指导、控烟指导。
3. 健康教育计划的设计原则：(1) 目标原则：计划设计必须自始至终坚持以正确的目标为指向，使计划活动紧紧围绕目标开展，以保证计划目标的实现；(2)



前瞻性原则：一切计划都是面向未来的，要预测未来、把握未来。计划的制订和执行要考虑长远的发展和要求；(3)弹性原则：在制订计划时要尽可能预计到在实施过程中可能发生的变故，要留有余地并预先制订应变对策，以确保计划的顺利实施；(4)参与性原则：健康教育计划应该是健康管理师与服务对象共同制订的，也就是说，在计划的制订过程中要求服务对象（包括个体和群体）的积极参与。

#### 4. 健康教育计划的制订目标：

(1) 计划的总体目标：计划的总体目标是指计划执行后预期达到的最终结果。

(2) 计划的具体目标：计划的具体目标是对总体目标更加具体的描述，用以解释和说明计划总体目标的具体内涵。

#### 5. 健康教育干预策略包括教育策略、环境策略、政策策略。

### 【跟踪随访·基本技巧】

#### 1. 说话的技巧：

(1) 用听者熟悉、能懂的语言。

(2) 口气和蔼亲切。

(3) 讲话速度适中，避免过快和过慢。

(4) 声音应该有高低起伏，不要平铺直叙。

(5) 发音吐词要清晰，要让对方能够听清楚。

(6) 讲话的语气要生动。

(7) 适当重复重要的和不易被理解的话。

(8) 在与对方交谈时说话要有停顿，避免长时间自己一个人说话。

(9) 尽量避免使用专业词汇，尽量用通俗语言代替专业术语。

(10) 恰当地运用举例引证、示范与演示的技巧。

#### 2. 倾听技巧：

(1) 尽可能地多听，留意听，努力发现对方对某一问题的了解程度和看法。

(2) 不轻易打断对方的讲话，耐心地等对方讲完。

(3) 始终保持友好和礼貌，利用各种语言和非语言的方式表示在认真听，使

---

对方感到轻松和受到尊重。如用目光注视对方的眼睛，用视线进行交流，或点头，或作出简单应答，鼓励对方说话。

(4) 不急于表达自己的观点，不轻易对对方的话作出评论。

(5) 不应在听对方讲话时被其他事情干扰，如接电话、看文件、看表等。

(6) 对敏感的问题更要善于听出话外音，以捕捉真实的信息。

### 3. 提问的技巧

(1) 提问时要注意对方的表情和感受，应创造轻松愉快的交流气氛，不要一个问题紧接一个问题地问。

(2) 要设法使服务对象感到所提问题与自己利益相关，才能吸引对方的注意并促使其回答问题。

(3) 对敏感问题的提问形式尤要注意，可以先问一般性问题，再逐步深入询问，不要单刀直入，还要注意选择适宜的交谈环境、时间和地点。也可以采用试探型提问方式。

(4) 要了解对方的态度、观点等方面的信息，应该使用开放型问题，避免使用封闭型问题。

(5) 探究型问题时应特别注意口气缓和、态度轻松，不可用质问的语气。

(6) 要想收集到真实信息，不能用诱导型提问。

(7) 问题尽量简练、明确，不提复合型问题。

4. 观察技巧主要是细心、全面和敏锐。

5. 反馈技巧：在人际交流中有 3 种反馈形式：语言反馈、体语反馈和书面反馈。

(1) 在听对方的陈述时，要集中注意力，并随时用表情、体语来表示自己对对方谈话的兴趣，如微笑、点头等，以支持对方把交流进行下去（运用积极性反馈技巧）。

(2) 恰当运用体语，比如点头、摇头、伸大拇指等（运用积极性、消极性反馈技巧）。

(3) 支持对方的正确观点和行为要态度鲜明（积极性反馈技巧）。

(4)纠正对方错误观点和行为要和缓、婉转、耐心（消极性反馈技巧）。

(5)对有些敏感问题和难于回答的问题可以暂时回避，不作正面解答（运用模糊性反馈技巧）。

(6)对于知识性问题或决策性问题，不要给对方似是而非、含糊不清的回答；搞清对方问题的核心，不要答非所问；了解对方的意图，针对问题的实质给予解答。

(7)对于不同人提出的同样的问题，回答可以因人而异。根据当事人的背景、性别、年龄、文化程度、宗教信仰、性格等情况给予恰当的回答。

6. 非语言传播技巧 运用身体语言、类语言和时空语言的传播技巧，即借助视、听、触觉等感官分享信息，增进交流效果的一些技巧。

(1)动态体语：以点头表示肯定，以摇头表示否定；微笑、握手表示友好；用亲切的目光注视对方表示尊重。

(2)静态体语：服饰整洁，仪表端庄。

(3)类语言：改变声调节奏，合理运用笑声，可以起到调节气氛的效果。

(4)时间语：如提前到达会场或约会地点、准时赴约，可以给人以信赖感。

(5)空间语：如安静整洁的环境，给人以安全和轻松感。与谈话者之间不要有大的障碍物，双方置身于有利交流的空间位置和距离，有利于增进交流。

#### （四）健康危险因素干预

##### 【高血压的干预】

1. 干预原则：个体化、综合性、连续性、参与性、及时性。

2. 高血压干预的目标人群：一般人群、高血压高危人群（表 4-1）、高血压患者。

3. 干预策略：

(1) 药物治疗。

(2) 非药物治疗：1) 提倡健康饮食，（高血压疾病敢于中健康成年人一天食盐（包括酱油和其他食物中的食盐量）摄入量不超过 6g）。

； 2) 戒烟； 3) 限制饮酒和戒酒； 4) 增加身体活动； 5) 管理体重：高血压患者应

---

将体重控制在正常范围( $18.5\text{kg}/\text{m}^2 \leq \text{BMI} < 24\text{kg}/\text{m}^2$ ), 男性腰围应控制在90cm之内, 女性应控制在85cm之内; 6) 高血压健康教育; 7) 保持良好的心理状态;

(3) 高血压患者的自我管理

(4) 协调为患者建立转诊和急诊通道。

4. 高血压的干预程序: (1) 筛查和确诊高血压患者; (2) 高血压患者的危险度分层; (3) 制订干预计划; (4) 执行干预计划、定时随访。

5. 个体高血压干预的效果评估

(1) 优良: 全年累计有9个月以上的时间血压记录在140/90mmHg以下。

(2) 尚可: 全年有6-9个月的时间血压记录在140/90mmHg以下。

(3) 不良: 全年有不足6个月的时间血压记录在140/90mmHg以下。

6. 群体高血压干预的效果评估

(1) 被管理(如某社区)人群高血压知晓率、高血压防治相关知识的知晓情况。

(2) 被管理人群中高血压患者降压达标和未达标比例。

(3) 被管理人群心脑血管病发病、致残和死亡信息, 以及卫生经济学评价。

7. 高血压生活方式干预的效果评估

一般以干预之后的2个月为宜, 询问管理对象生活习惯的改善情况, 另一方面检查其血压、血脂、血糖、体重的变化, 并与第一次相关检查结果进行比较分析, 总结成功的经验和教训, 修正干预计划和指导方法。

### 【糖尿病的干预】

1. 干预原则: 个体化、综合性、连续性、参与性、及时性。

2. 干预的目标人群: (1) 一般人群、糖尿病患者; (2) 糖尿病高危人群符合下列任意一项者即为糖尿病高危人群

◆ 糖尿病前期(IFG 和 IGT)

◆ 有糖尿病家族史(双亲或同胞患有糖尿病)

◆ 肥胖和超重者( $\text{BMI} \geq 24\text{kg}/\text{m}^2$ ), 男性腰围 $\geq 90\text{cm}$ , 女性腰围 $\geq 85\text{cm}$

◆ 妊娠糖尿病患者或曾经分娩巨大儿(出生体重 $\geq 4\text{kg}$ )的妇女

◆高血压患者(血压 $\geq 140/90$ mmHg)和(或)心脑血管病变者

◆高密度脂蛋白胆固醇降低[ $\leq 0.9$ mmol/L(35mg/dl)]和(或)高甘油三酯[ $\geq 2.2$ mmol/L(200mg/dl)]者

◆年龄在40岁以上,且常年身体活动不足者

◆有一过性类固醇诱导性糖尿病病史者

◆BMI $\geq 30$ kg/m<sup>2</sup>的多囊卵巢综合征患者

◆严重精神病和(或)长期接受抗抑郁药物治疗者

3. 对高危人群每年检测1次空腹血糖和(或)进行口服葡萄糖耐量试验(OGTT);高血压患者每年检测1次空腹血糖和(或)进行OGTT;45岁以上血糖控制正常者3年后复查。

4. 糖尿病前期人群是最重要的2型糖尿病高危人群,每年约有1.5%-10%的IGT患者进展为2型糖尿病。

5. 糖尿病的干预策略:采用糖尿病教育与自我管理和糖尿病患者的随访管理相结合、药物治疗和非药物治疗相结合的策略。

6. 自我血糖监测的频率:

◆血糖控制差的患者或病情危重者应每天监测4-7次,直到病情稳定,血糖得到控制。当病情稳定或已达血糖控制目标时可每周监测1-2天。

◆使用胰岛素治疗者在治疗开始阶段每日至少监测血糖5次,达到治疗目标后每日监测2-4次;使用口服药和实施生活方式干预的患者达标后每周监测血糖2-4次。

7. 血糖监测时间:

◆餐前血糖检测:当血糖水平很高时空腹血糖水平是首先要关注的,有低血糖风险者(老年人、血糖控制较好者)也应测定餐前血糖。

◆餐后2小时血糖监测:适用于空腹血糖已获良好控制,但仍不能达到治疗目标者。

◆睡前血糖监测:适用于注射胰岛素的患者,特别是注射中长效胰岛素的患



者。

- ◆夜间血糖监测：适用于胰岛素治疗已接近治疗目标而空腹血糖仍高者。
- ◆出现低血糖症状时应及时监测血糖。
- ◆剧烈运动前后宜监测血糖。

8. 随访管理的方式包括门诊随访、家庭随访、电话随访和集体随访。

9. 规范的糖尿病患者随访管理内容应包括：（1）了解与评估；（2）非药物治疗；（3）药物治疗；（4）监测检查指标；（5）健康教育；（6）患者自我管理技能指导。

10. 膳食干预应参照《中国糖尿病膳食指南》（2017）

推荐一：吃、动平衡，合理用药，控制血糖，达到或维持健康体重；

推荐二：主食定量，粗细搭配，全谷物、杂豆类占1/3；

推荐三：多吃蔬菜、水果适量，种类、颜色要多样；

推荐四：常吃鱼禽，蛋类和畜肉适量，限制加工肉类；

推荐五：奶类豆类天天有，零食加餐合理选择；

推荐六：清淡饮食，足量饮水，限制饮酒；

推荐七：定时定量，细嚼慢咽；注意进餐顺序；

推荐八：注重自我管理，定期接受个体化营养指导。

11. 糖尿病人运动前的胰岛素应避免注射于运动肌肉，最好选择腹部；血糖 $>16.7\text{mmol/L}$ 应禁忌大强度耐力运动。出现严重或增生性视网膜病变时，应避免大强度耐力活动、中高负荷抗阻力运动、冲击用力和暴发用力。出现足部破溃、感染时，应避免下肢运动等。

12. 糖尿病的干预步骤包括：筛查和确诊糖尿病患者、糖尿病患者的危险分类、制订干预计划、执行干预计划、定时随访和评价管理工作、评价管理效果。

13. 糖尿病干预的效果评估指标包括：糖尿病防治知识知晓率、糖尿病患者知晓率、糖尿病患者行为改变率、高危人群行为改变率、血糖控制率和并发症发生率。

## 14. 中国 2 型糖尿病的控制目标

指标	目标值
血糖 (mmol/L) *	空腹 4.4~7.0
HhA1c(%)	非空腹 <10.0 <7.0
血压(mmHg)	<130/80
HDL-C(mmol/L)	男性>1.0 (40mg/dl)
TG (mmol/L)	女性>1.3 (50mg/dl)
LDL-C( mmol/L)未合并冠心病	<1.7 (150mg/dl)
合并冠心病	<2.6 (100mg/dl)
体质指数 (BMI, kg/m <sup>2</sup> )	<1.8 (70mg/dl)
尿白蛋白 / 肌酐比值(mg/mmol)	<24
尿白蛋白排泄率	男性<2.5 (22mg/g)
主动有氧活动 (分 / 周)	女性<3.5 (31mg/g)
	<20μg/min (30mg/d)
	≥150

**【肥胖的干预】**

## 1. 肥胖具体干预原则包括：

(1) 坚持预防为主，从儿童、青少年开始，从预防超重入手，并须终生坚持。

(2) 采取综合措施预防和控制肥胖，积极改变人们的生活方式，包括改变

---

膳食、增加身体活动、矫正引起过度进食或活动不足的行为和习惯。

(3) 鼓励摄入低能量、低脂肪、适量蛋白质和碳水化合物、富含微量元素和维生素的膳食。

(4) 控制膳食与增加运动相结合。

(5) 减重速度不宜过快，不可急于求成。

(6) 同时防治与肥胖相关的疾病，将防治肥胖作为防治相关慢性病的重要环节。

(7) 树立健康体重的概念，防止为美而减肥的误区。

2. 肥胖干预的目标人群包括一般人群和慢性病人群。

3. 肥胖的干预策略是针对不同的目标人群采取不同的预防和控制措施。

(1) 针对普通人群应把监测和控制超重与预防肥胖发展以降低肥胖症患病率作为预防慢性病的重要措施之一，定期监测抽样人群的体重变化，了解其变化趋势，做到心中有数。

(2) 针对高危人群应重点预防其肥胖程度进一步加重，预防出现与肥胖相关的并发症。

(3) 对肥胖症和伴有并发症的患者应主要预防其体重进一步增长，最好使其体重有所降低，并对已出现并发症的患者进行疾病管理，如自我监测体重、制订减重目标，以及指导相应的药物治疗方法。

4. 肥胖干预措施包括控制总能量摄取、增加身体活动量、行为疗法、必要时使用药物。

5. 从事正常的活动为原则，一般成人每天摄入能量控制在 1200—1300kcal。在平衡膳食中，蛋白质、碳水化合物和脂肪提供的能量比，应分别占总能量的 10%—15%、50%—65%和 20%—30%左右。

6. 肥胖的干预程序包括：筛查和确诊肥胖患者并确定管理级别、制订肥胖干预计划、执行干预计划、定时随访并进行效果评价。

7. 个体肥胖干预的评估

- (1) 是否帮助管理对象认清导致其自身超重或肥胖的原因。
- (2) 是否已列出可以减肥的方法。
- (3) 是否已经找到一个合适的减肥方法去尝试。
- (4) 评估已取得的短期减肥效果。
- (5) 评估已取得的中长期减肥效果。
- (6) 是否在尝试一个减肥方法失败后能否改行另一个减肥方法。
- (7) 能否综合运用各种措施以达到减肥目的，维持减肥成果。
- (8) 是否能利用管理对象身边的资源进行减肥？

#### 8. 群体肥胖干预的评估

- (1) 被管理（如某社区）人群肥胖知晓率、肥胖防治相关知识的知晓情况。
- (2) 被管理人群中通过饮食控制、增加身体活动等方式达到减肥目标的比例。
- (3) 被管理人群中肥胖者控制体重达标和未达标比例。
- (4) 被管理人群心脑血管病发病、致残和死亡信息，以及卫生经济学评价。

#### 【烟草使用的干预】

1. 烟草使用的干预侧重于生活方式管理的策略，具体干预原则包括：
  - (1) 以个体为中心，强调干预对象的健康责任和作用。
  - (2) 以健康为中心，强调预防为主，烟草使用的干预主要应放在预防不吸烟者开始吸烟。
  - (3) 形式多样，强调综合干预。
2. 干预的目标人群是一般人群、青少年、妇女、医师、老师、领导、吸烟

---

者、不吸烟者。

3. 戒烟通常包括药物干预和行为干预。WHO 推荐的一线戒烟药物主要包括非处方药，如尼古丁替代制品，处方药，如安非他酮和伐尼克兰，这些药物的使用均应该始终与行为改变相结合；健康管理师通常的作用是激励和支持个人戒烟。

4. 针对群体的烟草干预措施：（1）拒吸第一支烟；（2）加强健康教育，普及烟草危害知识；（3）限制吸烟和劝阻别人吸烟；（4）研究和推广有效的戒烟方法和戒烟产品；（5）建立行为危险因素监测系统

5. 针对个体的烟草干预措施包括五日戒烟法和自我戒烟法。

6. 五日戒烟法步骤：

第 1 日：做好心理、生理、社会环境的准备，强调全部参加是成功的关键，技能方面：学会记录吸烟日记、深呼吸。

第 2 日：医学知识、心理支持（制订口号、小组讨论）、采取行动。技能方面：替代疗法、行为指导、吸烟日记、心理支持。

第 3 日：医学知识、心理支持、社会支持、运动指导、小组讨论。技能方面：克服心理和生理成瘾性的技能、经验交流、吸烟日记。

第 4 日：医学知识、心理支持、膳食指导。技能方面：膳食、运动技能、小组讨论、经验交流、吸烟日记。

第 5 日：医学知识、心理支持、环境支持、生活方式指导。技能方面：克服复吸的技巧。

6. 自我戒烟法可大致分为以下几个阶段：第一阶段：准备阶段；第二阶段：行动阶段；第三阶段：维持阶段；第四阶段：随访。





# 福利时刻

扫码客服老师微信领取福利



福利内容：

- 1、每日健康管理师知识点资料免费发送
- 2、专业老师解答，贴心督学服务
- 3、最新考情、政策更新第一时间解读发送

更多福利关注公众号获取



