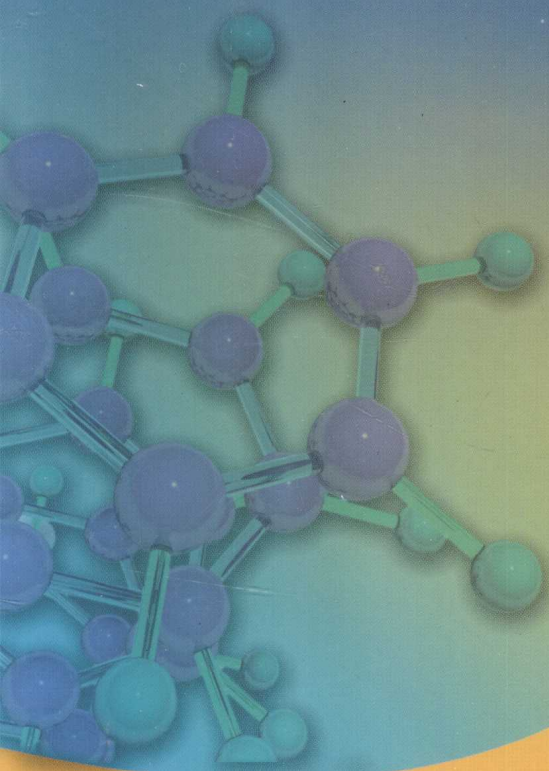


农村卫生适宜技术推广应用培训教材

农村卫生适宜技术应用 及基层医生合理用药指南

主编 戴秀英 崔学光



农村卫生适宜技术推广应用培训教材

农村卫生适宜技术应用 及基层医生合理用药指南

主 编 戴秀英 崔学光

副主编 张文胜 张学平 孙维红

人民卫生出版社

图书在版编目(CIP)数据

农村卫生适宜技术应用及基层医生合理用药指南/
戴秀英等主编. —北京:人民卫生出版社,2010.8
ISBN 978-7-117-13207-7

I. ①农… II. ①戴… III. ①农村卫生-指南②用
药法-指南 IV. ①R127-62②R452-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 124526 号

门户网: www.pmph.com 出版物查询、网上书店
卫人网: www.ipmph.com 护士、医师、药师、中医师、卫生资格考试培训

版权所有，侵权必究！

农村卫生适宜技术应用及基层医生合理用药指南

主 编: 戴秀英 崔学光

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

010-59787586 010-59787592

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 787×1092 1/16 印张: 25.5

字 数: 621 千字

版 次: 2010 年 8 月第 1 版 2010 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-13207-7/R·13208

定 价: 49.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社销售中心联系退换)

编 委 会

主 任 张新君
副主任 戴秀英 崔学光
编 委 张 儒 吕书群 王忠和 张 涛 俞大鸿 成 蕾
赵银艳 刘 瑛 王孟妍 张文霞 赵云成 王秀莲
谭淑华 李 勇 李天军 张建华 徐绍斌 雷学礼
孙兴平 李 斌 岑今山 王凤兰 张银强 姜继琴
宋建宁 马瑞娟 李林贵 严彦彪 张国瑛

主 编 戴秀英 崔学光
副主编 张文胜 张学平 孙维红
编 者 田杨顺 刘建一 赵德禄 李愈元 孙文善 赵 英
石学敏 张 佐 张 庆 陆 彪 杨立山 陈育智
聂玉强 刘 瑛 杨 文 赵自强 胡尚平 赵伟明
王文远 吴焕淦 刘柄权 董清平 鄢 燕 田 彤
胡雨华 杨丽美 白铁玲 侯凤霞 王颖丽

前 言

《农村卫生适宜技术应用及基层医生合理用药指南》是邀请全国部分著名的临床和药学专家,针对农村常见病、多发病,专门为广大农村基层卫生人员编写的一本临床治疗安全有效、操作方法简单易行、技术成熟、价格低廉的医疗卫生、中医药、计划生育适宜技术指南。本书旨在提高农村卫生技术人员处理常见病、多发病的技能和农村卫生机构技术服务水平,改善农民看病难、看病贵的现状。

本书内容包括两个部分:第一部分介绍了西医、中医与计划生育 24 项适宜技术。这些技术大部分是从卫生部“十年百项计划”推广技术中优化筛选出的具有安全、有效、经济的治疗技术。第二部分介绍基层医生临床合理用药必备常识。包括合理用药基本知识、特殊人群的用药指导、抗生素、激素、麻醉药、神经系统疾病药物、抗精神疾病药物、心血管系统药物、消化系统药物以及疫苗的合理使用原则与方法。

该书力求做到简明扼要,通俗易懂,方法简便,实用性强,可供广大基层医务人员使用。

编 者

2010.4

目 录

第一篇 农村卫生适宜技术应用

第一章 NAH 个体化治疗方案与微机软件系统的临床应用技术	1
第一节 概述	2
第二节 NAH 个体化治疗方案与微机软件系统的临床应用	6
第二章 幽门螺杆菌根除最佳方案	9
第一节 幽门螺杆菌与上消化道疾病的关系	9
第二节 幽门螺杆菌感染的检测方法	11
第三节 幽门螺杆菌感染的治疗进展	14
第三章 中国农村癫痫防治管理技术	22
第一节 癫痫概述	22
第二节 癫痫的临床诊断	24
第三节 癫痫的治疗	26
第四节 癫痫的预防保健	29
第五节 农村癫痫的防治管理	30
第六节 癫痫患者的自我管理	38
第四章 西部地区儿童营养不良的防治技术	40
第一节 生命必需的营养素	40
第二节 健康人群的营养	45
第三节 中国居民膳食指南	51
第四节 食品安全	68
第五章 牙颌套加脱敏凝胶体治疗牙齿敏感症技术	73
第一节 牙齿敏感症概述	73
第二节 牙颌套加脱敏凝胶体治疗牙齿敏感症技术的应用	76

第六章 气囊仿生助产术	78
第一节 自然分娩	78
第二节 开展气囊仿生助产,促进自然分娩	79
第七章 儿童哮喘早期诊断及规范化治疗技术	84
第一节 概述	84
第二节 儿童哮喘的早期诊断	86
第三节 儿童哮喘的规范化治疗方案	87
第四节 哮喘患者的管理和教育	91
第五节 支气管哮喘的食疗	91
第八章 慢性疼痛的神经阻滞治疗技术	93
第一节 疼痛的概述	93
第二节 慢性疼痛的药物治疗	95
第三节 神经阻滞在慢性疼痛中的应用	105
第四节 慢性疼痛的其他治疗方法	112
第九章 有机磷农药中毒的防治	115
第一节 有机磷农药中毒概述	115
第二节 有机磷农药中毒抗毒药毒理与药理	115
第三节 急性有机磷农药中毒的急救治疗	121
第四节 全血乙酰胆碱酯酶(AChE)活力测定简介	128
第十章 微创埋线技术与临床治疗应用	130
第一节 概述	130
第二节 微创埋线疗法治疗原则与方案	136
第三节 微创埋线疗法的临床应用	142
第十一章 天灸防治支气管哮喘技术	174
第一节 支气管哮喘概述	174
第二节 天灸疗法的历史与临床应用	177
第三节 天灸防治支气管哮喘技术	180
第十二章 平衡针灸针刺肩痛穴治疗肩痛技术	184
第一节 肩痛穴治疗肩痛技术概论	184
第二节 平衡针灸治疗肩痛技术	189
第十三章 石氏脑卒中单元疗法治疗脑卒中技术	194
第一节 脑卒中治疗概述	194

第二节	脑卒中的诊断标准与临床观察·····	200
第三节	石氏脑卒中单元疗法治疗脑卒中技术·····	203
第十四章	隔药灸治疗慢性溃疡性结肠炎技术·····	207
第一节	慢性溃疡性结肠炎概述·····	207
第二节	慢性溃疡性结肠炎的诊断及疗效标准·····	212
第三节	隔药灸治疗慢性溃疡性结肠炎技术·····	213
第十五章	董氏手法治疗腰椎间盘突出症技术·····	217
第一节	腰椎间盘突出症概述·····	217
第二节	腰椎间盘突出症的董氏手法治疗技术·····	221
第十六章	寻常痤疮的围刺结合耳穴贴压治疗技术·····	226
第一节	寻常痤疮的概述·····	226
第二节	寻常型痤疮围刺结合耳穴贴压治疗技术·····	232
第三节	散刺法配合中药内服治疗寻常痤疮的临床应用·····	234
第十七章	仰卧拔伸手法治疗神经根型颈椎病技术·····	236
第一节	颈椎病概述·····	236
第二节	颈椎病诊断标准·····	248
第三节	仰卧拔伸整复手法治疗颈椎病技术·····	252
第十八章	其他中医适宜技术·····	256
第一节	石学敏“醒脑开窍针刺法”治疗脑血管病技术·····	256
第二节	针刺、刺络拔罐缓解支气管哮喘急性发作期喘息气急技术·····	257
第三节	针刺止痛治疗牙痛技术·····	259
第四节	针刺治疗落枕技术·····	260
第五节	针刺止痛治疗急性胆囊炎疼痛技术·····	262
第六节	针刺止痛治疗慢性胆囊炎急性发作疼痛技术·····	263
第七节	针灸止痛治疗痛经技术·····	265
第八节	针刺治疗坐骨神经痛技术·····	267
第九节	刺络拔罐治疗带状疱疹疼痛技术·····	269
第十节	中药治疗小儿呼吸系统疾病引起发热和咳痰难出技术·····	270
第十一节	推拿治疗腰骶痛技术·····	274
第十二节	简易预防和治疗痔疮技术·····	276
第十九章	针灸推拿刮痧治疗临床常见病适宜技术·····	279
第一节	内科常见病的诊断与治疗·····	279
第二节	外科常见病的诊断与治疗·····	281

第三节	妇、儿科常见病的诊断与治疗	284
第二十章	中医常用操作方法介绍	286
第一节	常用针刺方法	286
第二节	推拿手法	291
第三节	刮痧技术	296
第四节	常用灸法	297
第二十一章	紧急避孕技术	300
第二十二章	元宫型宫内节育器的应用技术	304
第二十三章	女性节育技术	308
第二十四章	臭氧妇科治疗仪治疗生殖道感染技术	317

第二篇 基层医生临床合理用药基本知识

第二十五章	临床合理用药基本知识	323
第一节	合理用药概述	323
第二节	临床不合理用药表现	324
第三节	临床合理用药对策	326
第二十六章	合理用药指导	328
第一节	药物的用法及用量	328
第二节	药物服用时间	329
第三节	药物相互作用	331
第四节	老年人用药	333
第五节	小儿用药	334
第六节	妊娠期与哺乳期用药	335
第七节	高血压患者的合理用药	337
第八节	糖尿病患者的合理用药	338
第九节	肝、肾功能不全患者用药	341
第二十七章	药品的储存和保管	343
第二十八章	抗菌药物的合理使用	345
第一节	抗菌药物治疗性应用原则	345
第二节	抗菌药物的预防应用原则	346
第三节	抗菌药物在特殊人群中的应用	347
第四节	抗结核药的使用原则	350

第二十九章 麻醉药的合理使用..... 352

 第一节 局部麻醉药..... 352

 第二节 全身麻醉药..... 353

第三十章 解热、镇痛、抗炎、抗风湿、抗痛风药物的合理使用..... 354

 第一节 镇痛药的临床应用原则..... 354

 第二节 非甾体抗炎药的合理使用..... 355

 第三节 抗痛风药的合理使用..... 356

第三十一章 神经系统药物的合理使用..... 358

 第一节 抗癫痫药物..... 358

 第二节 镇静催眠药..... 359

 第三节 中枢神经兴奋药..... 359

 第四节 降颅压药..... 360

第三十二章 抗精神障碍药物的合理使用..... 361

第三十三章 心血管系统药物的合理使用..... 362

 第一节 抗心绞痛药..... 362

 第二节 抗心律失常药..... 364

 第三节 抗心力衰竭药..... 364

 第四节 降血脂药..... 365

第三十四章 呼吸系统药物的合理使用..... 366

 第一节 镇咳药..... 366

 第二节 祛痰药..... 366

 第三节 平喘药..... 367

第三十五章 消化系统药物的合理使用..... 369

 第一节 抗消化性溃疡药..... 369

 第二节 助消化药..... 370

 第三节 止吐药..... 371

 第四节 泻药与止泻药..... 371

第三十六章 泌尿系统药物的合理使用..... 373

第三十七章 血液系统药物的合理使用..... 374

 第一节 抗贫血药..... 374

 第二节 止血药..... 375

 第三节 抗凝剂..... 375

第三十八章 激素类药物的合理使用	377
第一节 糖皮质激素	377
第二节 性激素	377
第三节 避孕药	378
第三十九章 变态反应药物的合理使用	380
第四十章 免疫系统药物的合理使用	381
第四十一章 维生素、矿物质类、调节水、电解质平衡药物的合理使用	382
第一节 维生素	382
第二节 电解质	383
第四十二章 解毒药物的合理使用	384
第一节 氰化物中毒解毒剂	384
第二节 有机磷农药中毒解毒剂	384
第三节 亚硝酸盐中毒解毒剂	385
第四节 鼠药解毒药	385
第五节 其他	386
第四十三章 皮肤科药物的合理使用	387
第四十四章 专科药物的合理使用	389
第一节 五官科	389
第二节 妇产科	390
第四十五章 疫苗的合理使用	391
第一节 卡介苗	391
第二节 百白破	392
第三节 小儿麻痹糖丸	392
第四节 乙型脑炎疫苗	392
第五节 麻疹疫苗	393
第六节 甲肝疫苗	393
参考文献	394

第一篇

农村卫生适宜技术应用

“农村卫生适宜技术及产品研究与应用”项目,是“十五”和“十一五”期间国家科技部会同卫生部、国家中医药管理局、国家人口和计划生育委员会、有关地方政府共同组织实施的重大项目。该项目紧密结合我国农村地区卫生、计划生育服务的实际需求,筛选一批农村卫生适宜技术,开发一批适宜农村的小型可移动的检验、治疗设备产品,优化筛选符合地区需求、疗效肯定、价格便宜、群众反应良好、社会效益突出的技术进行示范应用研究。旨在切实加强农村卫生适宜技术和产品的研究、开发、推广、应用,为广大农村地区筛选提供一批成熟的卫生、中医和计划生育方面的适宜技术和产品,并建立有效的推广应用模式,本书所选的34项适宜技术大多都是在17个项目省农村卫生机构和计划生育机构经过大量临床验证,非常适合在广大农村和基层推广应用的成熟技术;目的是为了提高农村卫生机构及卫生技术人员的服务能力和技术水平,为解决我国农村地区看病难、看病贵问题,提高广大农民健康水平,促进社会主义新农村建设,探索一条新的科技支撑之路。

第一章

NAH个体化治疗方案与微机软件系统的临床应用技术

近年来,由于社会经济的快速发展和人们生活方式的变化,我国的心血管病发病率及相关危险因素均有增长的趋势。2002年全国居民营养与健康状况调查资料显示,我国成人高血压患病率为18.8%,全国有高血压患者约1.6亿。但高血压的知晓率、治疗率及控制率均较低,因此,我国的高血压防治任务非常艰巨。

《中国高血压防治指南》修订版从我国高血压流行状况和防治实际出发,提出了高血压防治必须采取全人群、高危人群和患者相结合的防治策略,从控制危险因素水平、早诊早治和患者的规范化管理三个环节入手,构筑高血压防治的全面战线,努力提高高血压的知晓率、治疗率和控制率,而以上目标的实现必须依靠观念的转变和战略的转移。从以疾病为主导转向以健康为主导;从以患者为中心转向以人群为中心,将工作的重心前移,普遍提高人

群的保健意识和健康水平;从以医疗为重点转向以预防保健为重点,综合控制各种危险因素;从以专科医生为主转向全科医生、护士、预防保健、检验、公共卫生等人员共同参与的团队管理;从以大医院为中心转向以社区为中心,将高血压防治的政策、措施、成果和经验变成社区实践;从卫生部门转向社会共同参与,充分发挥政府各相应部门、专业团体、企业、新闻媒体及社会各界的作用,建立广泛的高血压防治联盟和统一战线。为我国 21 世纪的高血压预防工作和临床实践指明了方向。

第一节 概 述

高血压病是一种最常见的心血管疾病,不仅患病率高,而且可以引起严重的心、脑、肾并发症,是脑卒中、冠心病的主要危险因素。

高血压是一种古老的疾病,一百多年前 Riva-Rocci 发明了袖带血压计后医学界才对高血压的生理和病理意义有了一定的认识。20 世纪 50~60 年代开展了大量流行病学和临床研究,证实了高血压是引起心血管病的主要危险因素。研究高血压的流行特征,首先要解决的问题是高血压诊断标准的确定。经过多年争论和研究后,现在比较一致的意见是同时采用收缩压和舒张压两个指标。因此“收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和(或)舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ ”被国际上公认为高血压的诊断标准。

一、高血压发病的危险因素

国际公认的高血压发病危险因素是:超重、高盐膳食及中度以上饮酒。

(一) 体重超重和肥胖或腹型肥胖

中国成人正常体重指数(BMI: kg/m^2)为 19~24,体重指数 ≥ 24 为超重, ≥ 28 为肥胖。人群体重指数的差别对人群的血压水平和高血压患病率有显著影响。我国人群血压水平和高血压患病率北方高于南方,与人群体重指数差异相平行。基线体重指数每增加 3,4 年内发生高血压的危险女性增加 57%,男性增加 50%。

腹型肥胖:中国成人“代谢综合征”腰围切点的研究表明,我国中年人随着腰围增大,“代谢综合征”成分聚集的比值比(OR 值)显著增高;腹部脂肪聚集和危险因素的增加有密切关系。以男性腰围 $\geq 85\text{cm}$ 、女性 $\geq 80\text{cm}$ 为切点,检出“代谢综合征”的假阳性率和假阴性率相对较低。

我国 24 万成人数据汇总分析表明,BMI $\geq 24\text{kg}/\text{m}^2$ 者患高血压的危险是体重正常者的 3~4 倍,患糖尿病的危险是体重正常者的 2~3 倍,具有 2 项及 2 项以上危险因素的高血压及糖尿病危险是体重正常者的 3~4 倍。BMI $\geq 28\text{kg}/\text{m}^2$ 的肥胖者中 90%以上患上述疾病或有危险因素聚集。男性腰围 $\geq 85\text{cm}$ 、女性 $\geq 80\text{cm}$ 者高血压的危险为腰围低于此界限者的 3.5 倍,其患糖尿病的危险为 2.5 倍,其中有 2 项及 2 项以上危险因素聚集者的高血压及糖尿病危险为正常体重的 4 倍以上。

最近,国际糖尿病联盟公布的“代谢综合征”有关腹型肥胖的标准是中国人腰围男性 $\geq 90\text{cm}$ 、女性 $\geq 80\text{cm}$ 。有关腹部肥胖的腰围目前暂用中国肥胖工作组建议的标准,但在不同的研究中可同时参考国际糖尿病联盟的标准。有关中国腹部肥胖的腰围标准仍需进一步研究。(见表 1-1)

表 1-1 中国成人超重和肥胖的体重指数和腰围界限值与相关疾病* 危险的关系

分类	体重指数(BMI)(kg/m ²)	腰围(cm)		
		男:<85	85~94	≥95
		女:<80	80~89	≥90
体重过低**	<18.5	—	—	—
体重正常	18.5~23.9	—	增加	高
超重	24.0~27.9	增加	高	极高
肥胖	≥28	高	极高	极高

* 相关疾病指高血压,糖尿病,血脂异常和危险因素聚集;** 体重过低可能预示有其他健康问题
(中国肥胖工作组,中华流行病学杂志 2002 年 23 期)

注:为了与国际数据可比,在进行 BMI 数据统计时,应计算 BMI≥25 及≥30 的数据。为了全面评估,也可计算腰围男≥95cm 及女≥90cm 的数据。

(二) 饮酒

按每周至少饮酒一次为饮酒计算,我国中年男性人群饮酒率约 30%~66%,女性为 2%~7%。男性持续饮酒者比不饮酒者 4 年内高血压发生危险增加 40%。

(三) 膳食高钠盐

我国人群食盐摄入量高于西方国家。北方人群食盐摄入量每人每天约 12~18g,南方为 7~8g。膳食钠摄入量与血压水平呈显著相关性,北方人群血压水平高于南方。在控制了总热量后,膳食钠与收缩压及舒张压的相关系数分别达到 0.63 及 0.58。人群平均每人每天摄入食盐增加 2g,则收缩压和舒张压分别升高 2.0mmHg 及 1.2mmHg。

二、高血压流行的一般规律

经过多年的流行病学研究,现在对高血压在人群中的流行特征和规律有了比较清楚的认识。高血压流行的一般规律是:

1. 高血压患病率与年龄成正比。
2. 女性更年期前患病率低于男性,更年期后高于男性。
3. 有地理分布差异。一般规律是高纬度(寒冷)地区高于低纬度(温暖)地区。高海拔地区高于低海拔地区。
4. 同一人群有季节差异,冬季患病率高于夏季。
5. 与饮食习惯有关。人均盐和饱和脂肪摄入越高,平均血压水平越高。经常大量饮酒者血压水平高于不饮或少饮者。
6. 与经济文化发展水平呈正相关。经济文化落后的未“开化”地区很少有高血压,经济文化越发达,人均血压水平越高。
7. 患病率与人群肥胖程度和精神压力呈正相关,与体力活动水平呈负相关。
8. 高血压有一定的遗传基础。直系亲属(尤其是父母及亲生子女之间)血压有明显相关。不同种族和民族之间血压有一定的群体差异。

三、我国人群高血压患病率及其变化趋势

我国曾进行过三次大规模高血压人群抽样调查。1958~1959 年第一次调查(部分省

市),共调查 15 岁以上人群约 50 万。当时各地采用的诊断标准不一致,加上统计技术落后,故未能得到精确的患病率数据。粗略地计算,平均患病粗率为 5.1%。1979~1980 年第二次全国抽样调查,共查 15 岁以上人群约 400 多万。采用了当时的世界卫生组织标准($\geq 160/95\text{mmHg}$ 为确诊高血压,140/90mmHg 和 160/95mmHg 之间的为临界高血压)。由于当时理解有误,没有把血压值是 140/90 的人诊断为高血压。根据当时的标准(收缩压 $\geq 141\text{mmHg}$ 和(或)舒张压 $\geq 91\text{mmHg}$),总的临界以上高血压患病粗率为 7.73%。1991 年第三次全国抽样调查,共查 15 岁以上人群 90 多万。完全采用了当时的国际标准(收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和(或)舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 或两周内服降压药者),结果总的患病粗率为 13.58%。如按第二次调查采用的标准(收缩压 $\geq 141\text{mmHg}$ 和(或)舒张压 $\geq 91\text{mmHg}$)计算,患病粗率为 11.88%。

由此可见,由于历史的原因,不太可能根据上述三次调查结果精确地估计高血压患病率的变化趋势。但这些资料明显地反映了我国人群高血压患病率的上升趋势。特别是第二次和第三次调查,采用了同样的年龄组和血压测量方法。在采用了同一标准(第二次调查的标准)后数据完全可比。结果显示,1980~1991 年的 10 年间,我国人群高血压患病率上升了 4.15 个百分点,绝对值增长了 54%。

我国人群流行病学调查表明,脑卒中是威胁我国人民健康的重大疾病。有研究提示脑卒中发病率约 250/10 万人,而冠心病发病率约 50/10 万人。脑卒中发病率是冠心病的 5 倍。因此,我国心血管病防治的重点是预防脑卒中。脑卒中的主要危险因素是高血压,积极控制高血压是预防脑卒中的重要措施。

我国人群血压水平从 110/75mmHg 开始,随着血压水平升高而心血管发病危险持续增加,与血压 $< 110/75\text{mmHg}$ 比较,血压 120~129/80~84mmHg 时,心血管发病危险增加 1 倍,血压 140~149/90~94mmHg,心血管发病危险增加 2 倍,血压 $> 180/110\text{mmHg}$ 时,心血管发病危险增加 10 倍。

近年来,由于社会变革和人们生活方式的变化,我国心血管病发病率及相关危险因素均有增加趋势。据 2002 年卫生部组织的全国居民 27 万人营养与健康状况调查资料显示,我国居民膳食质量明显提高,但城市居民膳食结构不尽合理。畜肉类及油脂类消费过多,慢性非传染性疾病患病率上升迅速。我国 18 岁及以上居民高血压患病率为 18.8%,估计全国患者数 1.6 亿多。与 1991 年比较,患病率上升 31%。我国人群高血压知晓率为 30.2%,治疗率为 24.7%,控制率为 6.1%,与 1991 年比有所提高,但仍处于较差水平。我国 18 岁及以上居民糖尿病患病率为 2.6%,空腹血糖受损率为 1.9%。估计全国糖尿病现患人数 2000 多万,另有近 2000 万人空腹血糖受损。与 1996 年比较,大城市 20 岁以上糖尿病患病率由 4.6%上升到 6.4%,增加 39%。我国成人血脂异常患病率为 18.6%,估计全国血脂异常现患人数 1.6 亿,其中高胆固醇血症 2.9%,高甘油三酯血症 11.9%,低高密度脂蛋白血症 7.4%。我国成人超重率为 22.8%,肥胖率为 7.1%,估计全国超重人数 2.0 亿,肥胖人数 6000 多万。儿童肥胖率已达 8%,应予以重视。与 1992 年比较,成人超重率上升 39%,肥胖率上升 97%。调查表明,膳食高能量、高脂肪和少体力活动与超重、肥胖、糖尿病和血脂异常的发生密切相关,高盐饮食与高血压患病密切相关,饮酒与高血压和血脂异常的患病密切相关,脂肪摄入多且体力活动少的人,患上上述慢性疾病的几率多。

四、我国人群高血压病患者的高血压知晓率、治疗率和控制率

高血压知晓率、治疗率和控制率是高血压流行病学和防治研究的重要参数。1991年全国血压抽样调查收集了有关人群高血压知晓率、治疗率和控制率的数据(表1-2中1991年资料,引自中国高血压杂志1995年增刊,第17页)。

表1-2 1991年我国人群高血压患者知晓率、治疗率和控制率

1991年	高血压人数	知晓率*(%)	治疗率*(%)	控制率*(%)
城市				
男	37820	32.1	14.7	3.3
女	35752	39.4	19.7	4.9
合计	73572	35.6	17.1	4.1
农村				
男	26816	11.7	4.4	1.0
女	28651	15.9	6.4	1.4
合计	55467	13.9	5.4	1.2
总计	129039	26.3	12.1	2.8

*2002年的定义,知晓率为可被诊断为高血压的调查对象在调查前就知道自己患有高血压者的比例;治疗率为可被诊断为高血压的调查对象中近2周内服降压药者的比例;控制率为可被诊断为高血压的调查对象中目前通过治疗血压在140/90mmHg以下者的比例。

表2的数据表明,目前我国人群高血压患者的高血压知晓率、治疗(服药)率和控制率都很低。此外,农村的相应各率明显低于城市,男性低于女性。美国20世纪80年代的资料显示,人群高血压患者知晓率为60%,服药率为40%,控制率达25%;2000年以上三率分别达70%,59%和34%。

以上流行病学资料显示,近半个世纪来我国人群高血压患病率上升很快。其他研究资料还表明,心血管病的其他危险因素(血脂异常、肥胖、糖尿病、吸烟等)也呈明显上升趋势,加快了高血压的致病过程。导致高血压和其他危险因素上升的主要原因是由于我国经济发展,人民生活改善和生活节奏的加快带来的一系列不健康生活方式所致。其中最重要的是膳食不平衡,吸烟和过量饮酒,缺乏体力活动和心理压力增加。这些不良趋势,以及很低的人群高血压控制率,是对我国人群高血压防治的一个严重的挑战,也是一个机遇。每一名医务工作者对我国高血压的流行态势及其将导致的后果必须要有清醒的认识,保持高度的警觉,并采取有力的防治措施。

五、心脑血管病成为中国人首位死因,高血压是第一危险因素

最近发表的我国≥40岁17万人群8年(1239191人/年)随访结果表明,总死亡20033人,总死亡率为1345.2/(10万人·年)。前三位死亡的原因及死亡率/(10万人·年)分别为心脏病(296.3)、恶性肿瘤(293.3)、脑血管病(276.9)。总死亡的危险因素第一位是高血压(相对危险:RR=1.48),此后是吸烟(RR=1.23)和缺乏体力活动(RR=1.20)。心脏病占总死亡的23.1%,恶性肿瘤占22.3%,脑血管病占21.3%。心脑血管病合并占总死亡

的 44.4%。

高血压及相关疾病的负担是巨大的,据 2003 年统计我国高血压直接医疗费为 300 亿元人民币,脑血管病为 263 亿元,心脏病为 288 亿元。据估计我国心脑血管病每年耗费(直接医疗费和间接耗费)3000 亿元人民币。

第二节 NAH 个体化治疗方案与 微机软件系统的临床应用

NAH 个体化治疗高血压方案是对高血压患者采用硝苯地平(N)、阿替洛尔(A)、双氢克尿塞(H)、卡托普利(C)四种降压药物分成不同的阶梯剂量,根据患者就诊时的血压、脉搏、症状、体征及辅助检查情况调整各种药物的剂量,从而将血压维持在正常水平范围的治疗方法。该项技术 2003 年列入卫生部第二轮面向农村和基层推广适宜技术十年百项计划第三批项目目录。

一、项目背景

2003 年美国在国际上率先提出高血压要小剂量联合用药,而这一理念在我国阶梯剂量联合用药的 NAH 适宜技术中早已领先应用了十余年。由于采用了阶梯剂量和微机程序化管理使这项技术在国际上高血压人群防治领域中一直处于领先地位并在全中国大范围推广应用,形成了国际上最大的高血压人群防治微机网络。

阶梯剂量联合用药的 NAHC 降压治疗方案是根据每位患者病情调整各种药物剂量改进了传统的临床用药模式,减少了药物的剂量和副作用,使高血压防治工作更加人性化,提高了患者的依从性。患者的血压越高降压的效果越明显是本方案的特点,而且该方案避免了血压的大幅度波动,达到 24 小时平稳降压。

高血压防治微机管理适宜技术是河北省唯一纳入国家卫生部“十年百项”计划的推广项目《中华人民共和国卫生部通告》(2003 年卫通字 17 号),各省市自治区卫生厅、疾病预防控制中心对本项适宜技术采用卫星传输、视频讲座、现场培训的方式进行推广,使 NAH 高血压防治微机网络建设不断提速,目前,已在全国范围内建立了 1100 个高血压防治微机网点,覆盖了一亿人口的社区。

无论药物的种类、费用如何,同一组或同一规格的药物不可能将高肾素组、低肾素组、正常肾素组水平的中国两亿高血压患者血压水平全部控制在理想水平,所以强调因人而异的个体化用药并实现人群高血压防治现代化宏观管理是本项目的目的。

二、项目介绍

“NAH 个体化治疗方案及微机软件系统在人群高血压防治中的推广应用”的主要技术是在社区人群高血压防治领域中采用国际通用的《中国高血压防治指南》中推荐使用的钙离子拮抗剂、 β_1 受体阻滞剂、利尿剂、血管紧张素转换酶抑制剂等基本降压药物小剂量、阶梯式、联合用药、微机管理。

(一) NAHC 方案

根据每位患者不同的情况,在面对面健康教育的基础上,采用硝苯地平、阿替洛尔、氢氯