

新编 心血管临床 合理用药

XINBIAN

XINXUEGUAN LINCHUANG

HELI YONGYAO

谢惠民 胡大一 主编

中国协和医科大学出版社

新编 心血管临床 合理用药

XINBIAN
XINXUEGUAN LINCHUANG
HELI YONGYAO

第1版 (2011年11月)

第1次印刷 (2011年11月)

ISBN 7-309-08111-0

定价: 38.00元

邮购: 39.00元

电话: 021-60762732

网址: www.wj.com.cn

地址: 上海福建中路143号

发行部: 021-60762732

邮购部: 021-60762732

电子邮箱: wj@wiley.com.cn

微信号: wjchina

上海科学技术出版社

上海钦州南路71号 邮编 200230

电话: 021-64616000

新编心血管临床合理用药

谢惠民 胡大一 主编

编者(以姓氏笔画为序)

丰 瑞	王永亮	王吉云	仝其广
田新利	刘梅颜	刘雅莉	吕 强
孙艺红	吴 彦	张 健	李虹伟
李晓波	周其义	胡 荣	赵 红
贾公孚	康俊萍		

中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

新编心血管临床合理用药 / 谢惠民, 胡大一主编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2007. 7

ISBN 978 - 7 - 81072 - 924 - 6

I. 新… II. ①谢… ②…胡 III. 心脏血管疾病 - 用药法 IV. R972

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2007) 第 074965 号

新编心血管临床合理用药

主 编: 谢惠民 胡大一
责任编辑: 李春宇 田 奇

出版发行: 中国协和医科大学出版社
(北京东单三条九号 邮编 100730 电话 65260378)

网 址: www.pumcp.com
经 销: 新华书店总店北京发行所
印 刷: 北京丽源印刷厂

开 本: 787×1092 毫米 1/32 开
印 张: 15.25
彩 图: 1
字 数: 320 千字
版 次: 2008年9月第一版 2008年9月第一次印刷
印 数: 1 — 5 000
定 价: 30.00元

ISBN 978 - 7 - 81072 - 924 - 6/R · 917

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

规范行医，循证用药

(代前言)

1965年当我走进北京医学院（现北京大学医学部）的大门成为一名医学生时，当我1970年毕业到北京医学院第一附属医院（北大医院）做一名内科医生时，直到我1985年去美国作访问学者，在同一所医院成为心内科的主治医师，大约20年的时间，临床上用药主要遵循的是经验医学模式。20世纪60~70年代用于心血管疾病的药物相对很少，并且医生评价药物疗效的标准主要为替代指标，例如治疗心力衰竭时，洋地黄的强心作用，利尿剂利尿减轻肺循环与体循环淤血水肿的作用。之后，当血管扩张剂用于心力衰竭治疗时，大家查房、为学生出试题的热门话题常常是，什么药减轻前负荷，什么药减轻后负荷，什么药对前后负荷都减轻。当时北大医院心内科的诊疗常规中讲，“心痛定”（硝苯地平片）可减轻心脏后负荷，所以推荐用于心力衰竭的治疗。含服“心痛定”快速降血压也经常见于医疗实践。

1985~2005年这20年间，心血管医学临床用药方面最大的变化是从经验医学向循证医学的模式转变。

引起我对循证医学关注和发生浓厚兴趣的是我在美国期间亲自目睹的心律失常抑制试验（cardiac arrhythmia suppression trial, CAST）。该试验曾在我国引起争议，文章发表在《中华心血管病杂志》上。研究入选的是心肌梗死后，有左室射血分数下降和频发室性期前收缩或非持续性室性心

动过速，并且经当时的 Ic 类抗心律失常新药氟卡尼（flecainide）（用于左室功能相对较好的患者）或英卡尼（encainide）（用于左室功能相对较差的患者）后，室性心律失常被显著抑制的患者 1 498 例，被随机双盲分别持续使用 flecainide/encainide 或安慰剂，平均随访 10 个月，持续使用抗心律失常药物的患者的总死亡率和心律失常所致死亡均明显高于安慰剂组。CAST 从根本上挑战了积极使用抗心律失常药物治疗室性期前收缩或非持续性室性心动过速的传统经验医学实践。我是从研究心律失常走入心内科学术殿堂的，CAST 影响了我此后的医疗实践。

经过临床试验的验证，人们寄希望极大的非洋地黄类正性变力性药物纷纷落马，而经过 25 年的漫长循证，有负性变力性作用的 β 受体阻滞剂终于从对慢性心力衰竭的禁忌证转变为适应证。

与经验医学不同，循证医学模式评价药物采用预后终点（outcome endpoint）或硬终点（hard endpoint），而不是经验医学注重的症状、体征、血液动力学等替代终点（surrogate endpoint）。预后终点强调与安慰剂对比或与传统治疗药物对比，新药物能够：①显著降低总死亡率（total mortality）或全因死亡率（all-cause mortality），延长患者生存，例如多种降血脂药物，只有他汀类药物能降低总死亡率；②减少有致残致命后果的临床事件（clinical events），如脑卒中、心肌梗死、心脏骤停（cardiac arrest）；③改善生活质量；④卫生经济学和药品经济学评估，如成本/效益比（cost-effectiveness ratio）。

在循证医学模式下，针对临床上存在的问题，针对研发的新药和对老药再评价，设计和实施临床试验，汇总同类试

验获取证据，对证据的可信可靠性评估，由相关的政府部门或学术机构组织专家委员会，制定指南，指导临床用药和医疗行为。

循证医学并不排斥临床经验，临床试验和指南的原则是针对一类患者的一般性原则，而临床医生面临的每一个患者都不相同，在临床上治疗每一个患者如何用药都必须个体化。

每一项临床试验都有特定的人选标准和诸多明确的除外标准，往往不包括老年患者，肾功能不全的患者，很少包括儿童患者，并且目前国际上大部试验对象为白人，很少有亚裔或华裔。因此，这些试验结果以及据此制定的指南在推广时，其适用范围应慎重。

临床上存在的问题极多，临床试验耗时、耗资，不可能在短期内一一回答，大量的临床问题处于“灰区”，仍主要依靠医生的经验和根据已有研究的专家共识。

循证心血管医学（evidence - based cardiovascular medicine）或循证心脏病学（evidence - based cardiology）是循证医学中最活跃的一个分支。20年来，在心血管疾病防治中，在循证心血管医学模式下获得了充分证据，被指南所明确推荐应用的药物有如下4类：

一、降血压药物

无论是传统降血压药物（噻嗪类利尿剂、 β 受体阻滞剂）或新型降血压药物（钙通道阻滞剂）、血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）、血管紧张素受体阻滞剂（ARB）和 α 受体阻滞剂，都可有效减少脑卒中和在一定程度上减少冠心病死亡和非致命性心肌梗死，减少心力衰竭。改善预后获益主要归因于血压的下降，降血压以外的有益作用至今缺乏直

接的临床试验证据。和安慰剂或不用降血压药物对比，早年的临床试验证实，使用传统降血压药物，只要使收缩压下降 10 ~ 12mmHg 或使舒张压下降 5 ~ 6 mmHg，即可使脑卒中减少 40%，达到预期的程度，使心肌梗死减少 16%（为预期程度的 1/2 左右）。2005 年公布的盎格鲁 - 斯堪地那维亚心脏预后研究（anglo - scandinavian cardiac outcome study, ASCOT）的结果表明，在未患冠心病、有除高血压外其他 3 个或更多危险因素的高血压患者，与以传统降血压药物 β 受体阻滞剂阿替洛尔，必要时联合使用噻嗪类利尿剂苄氟噻嗪的方案对比，使用长效钙通道阻滞剂氨氯地平，必要时联合使用 ACEI 培哚普利的方案能显著降低总死亡率、心血管死亡率、脑卒中和总冠心病事件。

二、他汀降胆固醇预防冠心病

流行病学研究表明，血胆固醇水平每升高 1%，冠心病的患病率或死亡率增加 2%，无论用什么药物或方法，使血胆固醇水平下降 1%，冠心病的患病率或死亡率下降 2%。

但在 1994 年斯堪的纳维亚辛伐他汀存活率研究（scandinavian simvastatin survival study, 4S）结果公布之前，其他类降脂药物和方法与安慰剂对比均未见到总死亡率的下降。4S 首次显示在患有冠心病患者的二级预防中，辛伐他汀显著优于安慰剂，减少总死亡率，减少非致命性心肌梗死，减少对血管重建 [经皮冠状动脉介入（PCI）或冠状动脉旁路移植术（CABG）] 的需要，未增加非心血管死亡（如癌症）。4S 揭开了他汀革命的序幕。随后的一系列临床试验——西苏格兰冠心病预防研究（the west of Scotland coronary prevention study, WOSCOPS）、空军德克萨斯冠状动脉粥样硬化预防研究（the air force Texas coronary atherosclerosis pre-

vention study, AFCAPS/TexCaps)、胆固醇和复发事件 (cholesterol and recurrent events, CARE) 研究和普伐他汀长期干预缺血性心脏病 (long term intervention with pravastatin in ischemic disease, LIPID) 研究的结果一致证明, 在已患有冠心病, 无论有无基线血胆固醇水平明显升高或尚未患冠心病的心血管病高危人群, 使用他汀 (辛伐他汀、普伐他汀和洛伐他汀) 的常用剂量, 可使初发或复发的心肌梗死都减少 30% ~ 40%。这 5 项临床试验提供的证据是当今世界上影响力最大和最权威的血脂异常干预指南——美国成人胆固醇教育计划修订, 推出第三个版本 (ATP3) 的根据。

但上述研究没有入选急性冠状动脉综合征的患者, 他汀干预用于尚未患冠心病的高危人群的一级预防, 而用于已患有冠心病, 如为心肌梗死的患者的二级预防时, 都是发病后 3 ~ 6 个月才开始给药的。

随后针对急性冠状动脉综合征的一系列临床试验——强化降胆固醇减少心肌缺血 (myocardial ischemia reduction with aggressive cholesterol lowering, MIRACAL) 的结果表明, 这些患者发病后及早使用他汀, 早期明显获益, 并且用药安全, 为急性冠状动脉综合征早期他汀强化降脂提供了证据。针对稳定性冠心病的两个重要试验一致支持了强化降脂优于常规剂量他汀的干预。

上述的近期试验表明高危患者强化降脂的时代已经到来。

1. 强化降脂的目标人群——冠心病的高危和极高危患者。

(1) 高危患者——冠心病和冠心病等危症 (包括糖尿病、有症状的颈动脉斑块、下肢动脉斑块粥样硬化、脑卒中

/TIA、腹主动脉瘤、有多重危险因素未来 10 年发生冠心病事件危险超过 20%)。

(2) 极高危患者——已确诊冠心病，同时具有以下任一项：①糖尿病；②仍吸烟，不能戒断；③多重危险因素，如代谢综合征；④急性冠状动脉综合征。

2. 强化降脂的目标值

(1) 高危患者的 LDL - C 降至 $< 100\text{mg/dl}$ 。

(2) 极高危患者的 LDL - C 降至 $< 80\text{mg/dl}$ 。

(3) 高危与极高危患者的 LDL - C 应从基线下降 40%。

3. 强化降脂常用的他汀剂量 在临床试验中，计划在相对较短时间内，与常规剂量（而非安慰剂）对比，强化降脂更大获益，需要使用可能使用的他汀最大剂量（阿托伐他汀 80mg/d 或辛伐他汀 80mg/d ）。同时也非常需要评价在服用最大剂量他汀时的安全性。

但在日常医疗实践中应推行强化降脂达标的策略。实现使 LDL - C 从基线下降 40% 的常用他汀剂量为：阿托伐他汀 $10 \sim 20\text{mg/d}$ ，辛伐他汀 $20 \sim 40\text{mg/d}$ ，普伐他汀 40mg/d 和氟伐他汀 80mg/d 。

4. 强化降脂的安全性 即使用 80mg/d 的阿托伐他汀，肝酶明显增高的危险为 1% 左右，很少发生横纹肌溶解症；不增加癌症和脑出血。在日常临床实践中使用前述的达标剂量范围，他汀强化降脂的安全性很好。

他汀干预预防冠心病，早用药，早获益；强化降脂，更多获益；坚持用药，长期获益。

他汀降脂预防冠心病的临床应用范围在逐渐拓宽：

1. 高龄患者 高龄患者的临床试验，结果证实普伐他汀的应用安全有效，与他汀多项研究的高龄亚组分析结果

一致。

2. 高血压患者 ASCOT 的降脂部分显示，在尚未患心肌梗死的高血压患者中，即使基线血胆固醇无明显增高的情况下，降血压同时，使用阿托伐他汀 10mg/d，平均干预 3.3 年，与安慰剂比，显著减少心肌梗死和脑卒中。这与心脏保护研究（heart protection study, HPS）使用辛伐他汀（40mg/d）的高血压病亚组结果一致。

3. 糖尿病患者 阿托伐他汀糖尿病协作研究（collaborative atorvastatin diabetes study, CARDS）的结果表明，糖尿病患者控制血糖的同时，联合使用阿托伐他汀 10mg/d，与安慰剂比较，可显著减少心肌梗死和脑卒中，与 HPS 中使用辛伐他汀的糖尿病亚组分析一致。

尽管糖尿病和代谢综合征患者脂代谢异常的特征为甘油三酯高，高密度脂蛋白胆固醇低，但预防冠心病的首选干预目标为降 LDL-C 达标，非 LDL-C 为降脂的次要目标。

三、血栓栓塞的防治

动脉系统的动脉粥样硬化血栓形成的启动在血管内皮受损和动脉粥样硬化的易损斑块破裂的基础上，血小板粘附、激活和聚集。因此，抗血小板药物起有关键作用。百年老药阿司匹林，仍是最常用的基本药物。在心血管高危患者的一级预防、冠心病的二级预防、急性冠状动脉综合征的早期干预、PCI 中的应用都积累了大量临床试验证据。不可因对“阿司匹林抵抗”现象的研究兴趣，导致对临床上使用阿司匹林的怀疑或迟疑。

不稳定型心绞痛氯吡格雷预防缺血事件（clopidogrel in unstable angina to prevent recurrent ischemic events, CURE）研究表明，对无 ST 段抬高的急性冠状动脉综合征，无论高、

中、低危，无论是否需要 PCI 干预，都应在使用阿司匹林的基础上联合使用血小板 ADP 受体阻滞剂氯吡格雷。接受 PCI 支架置入治疗的患者，无论是急性冠状动脉综合征，还是稳定型心绞痛都需联合使用阿司匹林和氯吡格雷。对于介入治疗的高危患者，除阿司匹林与氯吡格雷外，还需短期联合使用经静脉的血小板膜糖蛋白 II b/III a 受体阻滞剂。

在 ST 段抬高的急性心肌梗死，在起病后 12 小时内，如能联合使用阿司匹林和静脉溶栓药物，与双安慰剂相比，可使 30 天总死亡率降低。近年来的两项大规模临床试验显示，在 ST 段抬高的急性心肌梗死，未接受 PCI 的患者，联合使用阿司匹林和氯吡格雷与单用阿司匹林对比，显著提高梗死相关的血管开通率，并明显降低总死亡率。

经过 10 年左右的循证探索，在无 ST 段抬高的急性冠状动脉综合征的早期，经皮下注射低分子肝素（根据体重计算剂量，不监测）和传统经静脉使用普通肝素，监测 aPTT 至少等效，甚至疗效更好。在这些患者，低分子肝素基本取代了肝素，成为指南明确推荐使用的药物。

心房颤动的血栓栓塞并发症的预防，至今仍然是华法林时代。在非瓣膜病心房颤动的血栓栓塞预防，抗血小板药物阿司匹林和（或）氯吡格雷预防血栓栓塞的效果不如华法林（监测 INR2.0 ~ 3.0）。新的抗凝药物，如 xemilagrtran 不需监测，使用固定剂量，可能与华法林同样有效，但因其对肝脏的安全性问题已撤市。新的口服抗凝药物（高选择性针对 X a 或 II a）压在研发之中。

在直接 PCI 被广泛应用之前，ST 段抬高的心肌梗死、早期再灌注、限制缩小梗死面积、降低住院总死亡率的金标准治疗是使用纤溶药物经静脉溶栓，联合使用阿司匹林，新

近研究建议再加用氯吡格雷。而在无 ST 段抬高的急性冠状动脉综合征，溶栓不但无益，而且可能有害。

近 10 年来，越来越多的临床试验显示，ST 段抬高的急性心肌梗死，尤其在起病后已超过 3 小时，高龄患者，及早进行直接 PCI，显著优于静脉溶栓治疗。但在无作直接 PCI 条件的医院，患者起病 3 小时内到达，仍应先溶栓。在可作直接 PCI 的医院，易化 PCI (facilitated PCI)，先用溶栓，再作 PCI 未能证实比直接 PCI 有效，反而不如后者。

四、拮抗神经内分泌系统的过度激活

从高血压到心力衰竭，在心血管疾病发生与发展，直到进入疾病终末期，都存在交感神经和肾素 - 血管紧张素 - 醛固系统 (RAAS) 的过度激活。这种过度激活，加速心血管疾病的进展和使预后恶化。大量临床试验证实，拮抗交感神经和 RAAS 的过度激活能够延缓心血管疾病进展和改善患者的预后。

β 受体阻滞剂通过对交感神经过度激活的拮抗，在众多临床试验中显示出改善预后的证据，尤其在心肌梗死二级预防和慢性心力衰竭的治疗中， β 受体阻滞剂与安慰剂比较，显著降低总死亡率和猝死的危险，并且长期使用提高心力衰竭患者的生活质量，减少因心力衰竭恶化所需的住院，从而减少医疗开支。经过 1/4 世纪的探索， β 受体阻滞剂从慢性心力衰竭的禁忌证转为适应证。

和安慰剂对比，血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI) 可使慢性心力衰竭患者的总死亡率下降 20% 左右。对于不能耐受 ACEI 副作用 (如干咳) 的患者，血管紧张素 II 受体阻滞剂——ARB (坎地沙坦、缬沙坦) 可作为替代药物。联合使用以上两类药物可能进一步减少总死亡率和因心力衰竭

恶化的住院。ACEI 或 ARB 在心肌梗死的二级预防中，有同样的意义。

在重度心力衰竭的患者，在使用 β 受体阻滞剂、ACEI 或 ARB 基础上，联合使用醛固酮拮抗剂（螺内酯），可进一步改善预后，使总死亡率进一步下降 30%。选择性醛固酮拮抗剂的不良反应小于螺内酯，用于治疗高血压，并在心肌梗死后有左室收缩功能不良的患者，获得了改善预后的初步证据。在使用醛固酮拮抗剂时，应注意预防和监测高血钾的发生。

在应用循证医学的原则指导临床实践时，应注意：

1. 临床试验的结果是针对特定的患者群，有明确的人选标准和排除标准，不能将其结果不加限制的推广到其他患者。例如，使用 β 受体阻滞剂治疗慢性心力衰竭的试验，没有包括左室舒张功能不全、心瓣膜病、急性或失代偿心力衰竭、右心衰竭、18 岁以下青少年的心力衰竭，入选高龄患者相对较少。由于大多数的临床试验在西方发达国家完成，其他地区、种族的研究对象很少。

2. 每一临床试验所选的研究药物大多仅为一类药物中的一个，因此，研究的结果到底是该具体药物的作用（drug effect），还是一类药的作用（class effect），是人们经常关注和讨论的问题。在临床实践中，应强调在试验中实际选用的每一具体药物的作用，而不宜盲目笼统强调“类作用”。例如，尽管数个他汀（辛伐他汀、阿托伐他汀、普伐他汀、洛伐他汀）等都在大规模前瞻随机双盲试验中显示在冠心病一级和二级预防中获得一致的结果，与安慰剂对比可使初发或复发的冠心病死亡和非致命性心肌梗死显著减少，但西立伐他汀（尤其与吉非罗齐联合用药时）引起的严重不良

事件——致死性横纹肌溶解症明显多于其他上市的他汀类药物。上述临床应用的他汀的降胆固醇强度，对甘油三酯影响的程度，在干预试验中出现作用的快慢也各不相同。 β 受体阻滞剂这一类中的各种药物，有非选择性的 β 受体阻滞剂（普萘洛尔）、选择性的 β_1 受体阻滞剂（比索洛尔、美托洛尔和阿替洛尔）和同时阻滞 β_1 、 β_2 和 α_1 受体的卡维地洛；有水溶性 β 受体阻滞剂（阿替洛尔）和脂溶性 β 受体阻滞剂（普萘洛尔、美托洛尔、比索洛尔等）；还有具有或不具有内源拟交感活性的 β 受体阻滞剂。在预防心脏性猝死方面，仅有脂溶性 β 受体阻滞剂有临床试验证据；在治疗稳定的慢性心力衰竭方面，仅有比索洛尔、美托洛尔（缓释片）和卡维地洛有降低患者总死亡率、改善预后的试验证据，而使用布新洛尔的试验，未能显示它可降低这些患者的总死亡率；阿替洛尔的临床研究主要限于治疗高血压和心绞痛。钙通道阻滞剂中，早期应用短效（胶囊剂型）硝苯地平用于高血压治疗时见到心血管事件危险增加的情况未见于之后一系列使用中、长效钙通道阻滞剂（氨氯地平、硝苯地平控释剂型、尼群地平等）。钙通道阻滞剂中的二氢吡啶类，可使窦性心率反射性加快（长效药物程度轻），对房室传导的影响不大，在抗高血压和治疗心绞痛时，与 β 受体阻滞剂合用，可能在心率的影响方面减少二者各自的副作用；而非二氢吡啶类钙拮抗剂（地尔硫革和维拉帕米）减慢窦性心率，抑制房室传导，一般不宜与 β 受体阻滞剂合用，二者的副作用是叠加的。

3. 有效药物的有效剂量 循证医学模式强调预防和预后改善，评价药物疗效不是针对直观的症状（如心绞痛）或替代终点（如血压、血脂、血糖、心电图显示的期前收

缩或心房颤动等)。因此，不但要在临床实践中选用有试验证据的和指南上明确推荐的药物，也要注意有证据的有效剂量。有些药物的有效剂量是一个范围，例如，用于冠心病预防的阿司匹林剂量为 75 ~ 150mg/d，进一步增大剂量，未见疗效增强，而副作用增多。但在急性冠状动脉综合征早期或接受 PCI 治疗的患者的首次阿司匹林剂量不应小于 150 ~ 300mg/d。用于急性冠状动脉综合征或接受 PCI 患者的氯吡格雷的首次剂量为 300 ~ 600mg/d，之后的维持剂量为 75mg/d。有的药物需根据监测相关指标个体化调整和确定剂量，如经静脉使用肝素在心导管室的 PCI 过程中应监测 ACT，在病房监测 aPTT。低分子量肝素则根据公斤体重计算剂量，一般无需监测。治疗高血压、糖尿病和血脂异常的药物用量是根据临床试验证据和指南建议的血压、血糖和血脂（如低密度脂蛋白胆固醇）的下降标准水平调整。治疗慢性心力衰竭时， β 受体阻滞剂和 ACEI 的剂量是根据临床试验证据和指南推荐的药物目标剂量，根据每个患者的情况，从小剂量开始，逐渐递增至每一个体可耐受的最大剂量。

4. 临床试验和临床实践 临床试验针对的是特定的人群和患者群，临床医生面对的是每一个具体的患者。临床试验结果仅是对一个群体防治干预的总体指导原则与策略，临床医生应自觉贯彻循证医学的原则，坚持使用有科学证据的药物、器具和模式，认真掌握适应证，避免技术的过度使用，甚至滥用；同时要坚持在每一个患者的床旁，在为每一个患者服务的实践中，学习和积累临床经验，临床上患者的情况千变万化，大量问题不是能够从试验与指南中找寻到现成答案的，例如，一个患有不稳定型心绞痛刚接受过冠状动

脉支架治疗的患者，发生了脑出血，应当如何处理？临床的问题千千万，临床试验仅回答了很有限的问题，大量的临床问题属于“灰区”，需根据已有的经验判断，甚至推测，在实践中积累经验。一些少见或罕见疾病，一些危重急症，难以或完全不可能组织临床试验评价。

作为一名临床医生，要注意随访追踪自己诊治过的每一例患者，尤其在首次诊疗过程中诊断未能明确，疗效不满意或出现了药物副作用或操作并发症的患者。注意自己开始是怎么想的，后来是怎么想的，中间发生了哪些变化，变化的根据是什么，从中找出规律性的东西来。

一个医生应坚持循证行医，规范行医，避免医疗行为的趋利性，不恰当或过度使用，甚至滥用高成本或创伤性技术；又要坚持实践，善于从实践中探索防治疾病的规律，不断提高自己为人民服务的本领。

在医药卫生领域坚持科学发展观的一个重要方面是坚持循证医学的原则。循证医学是药物、器具、检查手段（临床检查、影像学等）、生活方式干预措施、医疗服务模式的科学评价系统，这种评价系统结果和所获证据对于重大疾病的防治干预指南制定，政府主管部门的政策制定与投入依据和医疗保险业的服务范围的决策都有重要的指导意义。

（胡大一）