

1994年第1期

世界卫生组织通报

(选译)

世界卫生组织

日内瓦

世界卫生组织科学杂志

(京)新登字 081 号

世界卫生组织通报 (选译)

1994 年第 1 期

世界卫生组织 编

人 民 卫 生 出 版 社 出 版
(北京市崇文区大柵西里 10 号)

人民卫生出版社印刷厂印刷

787×1092 毫米 16 开本 $7\frac{1}{2}$ 印张 194 千字

1994 年 8 月第 1 版 1994 年 8 月第 1 版第 1 次印刷

ISBN 7-117-02138-1/R • 2139

XAN144/22

最新资料

全球性疟疾控制*

世界卫生组织疟疾科¹

本文描述了全球性疟疾控制对策的四个基本要素。此对策的目的在于通过不断改进和加强地方和国家力量,以防止死亡以及减低发病率和疟疾导致的社会和经济损失。该对策不主张用单一方法解决问题,而是提供可达到一个共同目标的多种途径。有关国家可以根据各自的卫生体制和现有的控制措施,他们的资源以及对控制的需要和危险因素的实际评估而采取适当的措施。

引言

重新向疟疾发起一次进攻的时机已经来到。每一年,疟疾引起的病人(往往很严重)超过1亿例,其中死亡者在100万以上。疟疾威胁着22亿人,约占世界人口的40%,使妇女和家庭的健康和幸福受损,危及孩子们的生存,减弱壮劳力的体质以及消耗国家和人民珍贵的资源。

然而,疟疾是一种可以治愈的疾病,而不是一种不可避免的负担。近年来有关疾病及其控制的知识的明显增长,为开展一次新的全球性疟疾控制提供了基础。像有些国家所表明的那样,地方卫生系统应用现有的方法是能制服疟疾的。

在大多数流行国家内,疟疾控制的目标应是预防疟疾的死亡和减低发病率及由疾病引起的社会经济损失。而非疟疾区的目标则是保持没有疟疾的状况。

要成功地达到这些目标,取决于最高层次在政治上的支持。同样也有赖于把重点从高度集中而集中的控制方案,转变为适合当

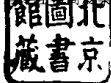
地情况、并符合当地在评价疟疾疫情和选择合适控制措施所具备的能力的灵活机动、讲究实效和能够承受的方案,以减低或防止社区的疟疾问题,而不是像以往经常做的那样,专门注重于降低寄生虫检出率。

有些国家,已开始制订针对疾病的疟疾控制方案;但在其他国家几乎还尚未开展,或疟疾控制方案仍停留在效率很低根除疟疾的原则基础上。因为,对绝大多数的国家来说,根除疟疾是一个不合实际的目标。

疟疾控制不仅仅是卫生工作者应关心的事,而是一件与每一个人都有关的事情,人人都应作出贡献。它需要社区成员和从事教育、一般环境、供水,特别是环境卫生和社区发展人

* 本文是根据1992年10月26~27日在阿姆斯特丹召开的疟疾部长会议而准备的文件(CTD/MAI/EXP/92.3,未发表)撰写的。需要文件全文者可按以下地址索取: Malaria Unit, Division of Control of Tropical Diseases, World Health Organization, 1211, Geneva 27, Switzerland. 本书的法文本将刊载于下期通报上。

¹ 索取复印件请与 Malaria Unit, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland 联系。



C

139207

员的积极参予。疟疾控制必须是国家卫生发展工作的一个组成部分,而一般来说,卫生事业又应该是国家发展规划的一个组成部分。

这种以社区为基础的活动,应在监测、培训和教育,以及应用性和基础性研究方面,在地区、国家和国际水平上得到各部门间长期协作性支持。局部的评估和活动需要全球性的支持。现在迫切需要政府和国际社会承诺通过投入人力和所需的资源和必要时重订方案,寻求一种既有成效又能长期坚持的控制疟疾的方法。预期这一全球性的对策,将加速达到目标的进程。一旦这一对策得到贯彻执行,现有资源就能得到更好和更有效地利用。在这期间,人们将能看到达到疟疾控制的最终目的:即防止死亡和减少疟疾病人。

控制对策

由于世界各国的疟疾情况不尽相同的,因此,不能对所有国家的疟疾控制做出单一的规定。相反,每个国家都应根据各自的情况制定切实可行的,旨在搞清当地的问题和工作重点以及设计和贯彻执行合适的干预措施的方案。关键在于各地方当局的工作能力。

疟疾控制的目的是通过不断改进和加强地方和国家的能力,来防止死亡和降低发病率及社会和经济损失。

该对策的四个基本技术要素为:

- 提高早期诊断和及时治疗。
- 制订和执行经选择的和能持续的预防措施,包括对传播媒介的控制;
- 发现早期流行,并加以限制和防止其流行;和
- 增强地方上的基础性和应用性研究实力,以便能够 and 加强对国家的疟疾疫情定期进行评价,特别是对于与疾病有关的生态学、社会和经济方面的决定因素。

为有效地贯彻执行这一全球性的对策,必须:

- 有来自各级政府 and 部门的长期的政治承诺;
- 将疟疾控制成为整个卫生工作的一部分,并与非卫生部门的发展规划相协作;

在疟疾控制活动中,将社区作为主要合作者;和

—动员足够的人力和财力资源。

鉴于第一类^{*}国家资源匮乏,这些地区现在的工作重点应放在对疟疾病的良好管理上,以便通过一般性的卫生服务,将此成为制订疟疾控制规划的基础。

在第二类^{*}国家中,包括控制传播媒介在内的疾病预防工作,需要更好地针对为人民提供有效的、持久的保护措施。这些规划的大多数迫切需要重新制定和调整;必须重新强调疾病管理的重要性,并将此成为一般卫生服务工作的一个组成部分。

在这两类国家中,都有一些特殊危险的情况存在,有时危及一些特殊的人群,有时则引起流行。这些要特别加以注意。

现将加强疟疾控制规划的要点对概括在表1内。

附件

控制疟疾的世界宣言

于1992年10月27日在阿姆斯特丹举行部长级疟疾会议,

认为急需所有的政府,所有卫生和发展人员,和世界社区承担疟疾控制的义务,

因此作如下宣言:

1

会议认识到,疟疾已成为健康的一个主要

^{*} 当今世界上遭受疟疾危害的国家可以按疟疾控制工作的重点分为两大类:即那些不包括在通过全球性根除疟疾规划以终止感染传播的国家(第一类国家),和那些包括在全球性根除疟疾规划之内,并于50年代或60年代以来一直采用大规模室内喷洒农药的国家(第二类)。

大多数第一类国家在非洲撒哈拉以南。在这些国家的5亿总人口中,有2.75亿人受感染,每年的总病例数超过1亿,其中有100万以上死亡。上述数字占全世界疟疾病人的80%。最近一些特别严重的疟疾流行都发生在非洲的高原地区,最严重的一次是1988年发生在马达加斯加的流行,夺走了25 000人的生命。

威胁，并阻碍了个人、社会和国家的经济发展。世界上几乎有一半人口受到该病的危害，致使

每年产生 1 亿以上临床病例和 100 万以上人的死亡。

表 1 加强疟疾控制规划的要点

内容	第一类国家	第二类国家
资金	需要显著增加，但限于整个卫生计划内。	少量投入可以产生更好的成效和长期的节省。
与一般卫生机构的合作	主要通过一般性机构实施。疾病的管理可能需要延伸到现有的正式卫生机构范围之外。	规划的实质应用在加强一般卫生机构，由这些机构负责全面疾病管理。
流行病信息系统	必须加强，开始时可使用医院和疫情报告的资料。需要由一般卫生机构来分析当地的资料。	必须以一般卫生机构的资料为基础。必须不断地用于制订干预对策。
控制传播媒介的特殊设施	有些有流行危险的国家可能需要建立。如果使用浸药网(帐)，则需要技术、管理和后勤方面的专门支持。	需要调整和进一步加强管理。针对活动的需要改进目标。在有些地区，应采用药网代替室内喷洒。
部门间的合作	需要在技术上加强控制措施，有关部门参与计划的制订，各部门间增加了解和来自高层的政治承诺。	
工作人员	增加人员。进行流行病学、管理和操作方面的培训。	增加高级技术人员对中级和低级人员的比例。

I

尽管 80% 以上的疟疾病人和死亡者都发生在非洲，但疟疾仍然是世界上每一地区都存在的普遍问题。疟疾危及年轻人和老人。疟疾特别危及儿童，是热带非洲儿童的主要致死原因之一；在 5 岁以下的儿童中，每 20 个就有 1 个死于疟疾。该病还引起儿童和孕妇贫血，增加了他们对其他疾病的感染性。疟疾对穷人和平民百姓危害最深，降低了他们的劳动力和引起慢性疾患。疟疾对社会和经济的影响是惊人的。

II

社会、政治和经济的改变，对疟疾问题的恶化都起着作用。特别是由于人群的迁移和生态的破坏。尤免疫力的人们进入疟疾流行区从事经济开发，但由于患病和丧失劳动能力，而正在付出高昂的代价。

IV

因社会发展而带来的建设和环境的变化，

常常为疟疾的传播创造有利环境，从而恶化了现有的问题，并为从前无疟疾地区大规模流行开辟了道路，进而导致很多人的死亡和社区的极度穷困。

V

药物抗性的扩大正在使疟疾的治疗日趋困难，常常需要比氯喹更贵、更具毒性的较新的药物。这些特征促使把重点放在个人和社区的防蚊活动上，这样做实际上降低了疟疾药物预防的效果。

VI

尽管有这些问题，但用现有的办法是能够 and 一定会控制当前的局势的。我们知道，成功的关键是在正确的地点、正确的时间采取正确的对策以及长期坚持采用合适的对策。对于大多数流行国家，其目标应是通过不断改进和加强地方和国家的能力，以防止疟疾的死亡和降低发病率及因疾病所致的社会和经济损失。这对极不发达的国家将是极大的挑战，因为那里需要国际间团结一致和持续不断的支持。

在认识到上述情况后，我们：

- 赞同全球性疟疾控制对策，承认需要集中加强地方和国家的能力，并使之适合各国的国情；

- 支持本对策的四个技术要点：

—提供早期诊断和及时治疗；

—制订和执行经选择的和能持续的预防措施，包括对传播媒介的控制；

发现早期流行，并加以阻止其流行；和增强地方上的基础性和应用性研究实力，以便能够和对国家的疟疾疫情定期进行评价，特别是对于与疾病有关的生态学、社会和经济方面的决定因素；

- 支持规划结构的地方化，以便使问题最大的地区合理地使用现有的资源；

- 承认国家核心专家小组在确定和制订国家的对策，以及在有效地实施有他们参与的培训、监督和健康教育体系方面，起着决定性的作用。这些体系可保证不断地得到的新知识特别是来自实际研究和常规监测及评价方面的新知识，并能提供给最合适的人员使用；

- 认识到疟疾的问题将不断产生，也认识到疟疾的控制对策也必须不断发展。我们支持继续研究和发展的需要这包括以研制更好的疟疾控制方法的基础性研究和能在明显不同的疟疾流行情况下，最佳地使用现有资源的应用性研究。我们认识到在社会各部门的服务中，需要更广泛地支持科学，以保证其为全人类服务。

VII

我们保证自己和各自的国家进行疟疾的控制，和

- 将重新审查我们的现行工作，承认更好地使用现有资源是可能的，并且查清那些需要还未满足，以便为扩大现行的工作调动所需的额外资源；

- 将把疟疾控制列作卫生发展的一个重要内容

和把卫生发展工作作为国家发展规划的一个重要部分。我们知道，国家发展规划可能促使疟疾和其他热带病的传播，其潜在力量可能要大大超过卫生和社会各部门采取补救活动的的能力。如果卫生措施对有关社区的社会和经济发展能作出很好的贡献，那么就必須把它纳入这类发展规划中去；

- 将把社区以及教育、水资源、环境卫生、农业和发展等有关部门作为我们的工作伙伴；

- 将在初级卫生保健工作中实施疟疾控制计划，并把它看作是加强卫生和社会的基层组织以及促进所有遭受疟疾危害的人们获得早期诊断和适当治疗的一种机会。

IX

在认识到发病国家在采取必要行动以控制疟疾的主要职责的同时，我们注意到最少采取措施的国家或地区，常常问题也最大。同样也认识到外界的支持在时间上总是有限的，而其目的则是在一段时间后建立自力更生的系统。我们呼吁包括联合国系统、双边机构和非政府组织等国际发展伙伴，增加他们对疟疾控制工作的支持，将他们的资源投于加强与全球对策相一致的持久性国家疟疾控制计划和增加支持包括疫苗在内的疟疾控制新方法的研究。我们的呼吁是建立在社会正义和公道的基础上的；因此，我们深信这种支持对社会和经济的发展以及缓解世界的贫困，将有其特殊的贡献。

X

我们呼吁世界卫生组织，履行其规定的作为国际卫生工作协调权威的功能，在为各国实施这一全球性对策提供支持方面起到领导作用。

Pascal Lissouba 教授，刚果共和国总统，部长级疟疾会议主席

Eusebio del Cid 博士，危地马拉卫生部长，部长级疟疾会议副主席

M. Adhyatma 博士，印度尼西亚卫生部长，部长级疟疾会议副主席

Ali Bin Mohamed Bin Moosa 博士,阿曼卫生部
长, 部长级疟疾会议副主席

Hilda Lini 夫人,瓦努阿图卫生部长,部长级疟
疾会议副主席

〔原载: Bulletin of the WHO, Vol. 71, No. 3/4, pp. 281~284, 1993 吴维纯 译〕

备忘录

立克次体病的全球监测 一次世界卫生组织会议的备忘录*

立克次体病广泛分布于全世界,特别流行于发展中国家。已建立了一种间接免疫荧光抗体试验及其应用的标准步骤,并传授至37个国家的实验室。本备忘录包括1991年9月10日在奥斯陆召开的世界卫生组织立克次体病全球监测会议参加者所总结的实验结果以及得出的结论和建议。

引言

人类的立克次体病广泛地分布于全世界,尽管在地区分布方面并不平均。这类疾病包括斑疹伤寒热、斑疹热(蜱传斑疹伤寒)、丛林斑疹伤寒、急性和慢性Q热、罗克立马体感染以及艾希体病。已有的证据强烈提示这些严重的和致残性疾病在很多人群中占很大一部分,特别在发展中国家,而且往往尚未被认识。然而,对这些病可采用简单而有效地治疗来明显降低死亡率,减少发病率,使病人迅速恢复生命活力。发病率和死亡率的下降可以减少医疗资源的不必要地消费;对其中的一些病也有迫切需要改善立克次体病的全球监测,必须对这些病的患病情况进行评估,支持病人的诊断和特殊治疗,促使这些病的预防和控制措施的制订和实施,并提出成熟的和可靠的基本资料,以取得资助机构的支持。

1987年在巴勒莫召开的世界卫生组织立克次体病的实验室诊断咨询会议上,世界卫生组织立克次体病参加及研究合作中心主任与其他感兴趣的参加者,提出了立克次体病全球监测措施。*其近期目标包括确定和描述来自世界各地的立克次体病原菌株的特性,并为发展中国家的实验室提供现有的诊断技术。已开发

出一种诊断试剂盒,由合作中心生产试剂,并分发至需为病人做血清学试验的实验室。已被广泛应用于现场试验的间接荧光抗体方法(IFA),由于其灵敏、特异及价格低廉和适用于发展中国家,而被选择作为优选的诊断方法。已提出了该诊断方法的标准步骤。已将下列物品发至各实验室:部分纯化的康诺尔立克次体及普氏立克次体抗原试剂的混悬液;已知为阳性和阴性的对照血清;用于IFA试验的荧光素标记的抗球蛋白;特氟隆包被的玻片。并在孟加拉国、巴西、印度、尼泊尔及泰国举办了“传授”学习班,使当地实验室熟悉这些试剂和它们的用法。

*本备忘录是根据1991年9月10日在奥斯陆召开的一次世界卫生组织会议的报告编写的。会议的参加者有:斯洛伐克共和国、布拉迪斯拉法市的J. Kazar博士;美国乔治亚州、亚特兰大市的J. G. Olson博士(指定的报告起草人);法国马赛市的D. Raoult博士;美国乔治亚州亚特兰大市的R. Regnery博士;西班牙萨瓦德尔市的F. Segura-Porta博士;俄罗斯联邦、莫斯科的I. Tarashevich博士;法国巴黎的M. Thibon博士。世界卫生组织秘书处:Y. Pervukov博士,传染病处。

可按以下地址索取复印件:Microbiology and Immunology Support Services, Division of Communicable Diseases, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland 本文的法文译文将刊登在下期通报上。

*见立克次体病的实验室诊断。世界卫生组织通报,66:403-104(1988)。

本研究

37个国家的实验室同意参加监测,并测试来源不明的热病病人的配对血清。要求这些实验室列表记录病人的姓名、年龄及性别、疾病首发时间、血清样本收集日期及接触立克次体病毒的可能地区。滴度 ≥ 64 即为阳性。以下介绍某些参与监测的实验室的研究情况,这些资料是由世界卫生组织提供的。

结果

美洲地区

在巴西的贝洛奥里藏特,报道了主要来至米纳斯吉拉斯州的试验人群,在93名病人中有13人(13.9%)证明患斑疹热感染;相反的,在圣保罗市的Adolfo Lutz研究所取自试验人群的82份样本中未发现而立克次体抗体存在。取自秘鲁利马市的5份样品也没有检出立克次体抗体。然而,在萨尔瓦多,40份样本中有8份(20%)是斑疹伤寒群立克次体阳性反应,另外13份(32.5%)是斑疹热群立克次体阳性反应。

东南亚地区

印度、蒙古、尼泊尔和泰国报道了斑疹伤寒和/或斑疹热群感染的血清学证据。在蒙古的几个省报道了立克次体感染证据,在1229份样本中有48份(3.9%)带有明显的斑疹热群立克次体滴度,有117份(9.5%)样本有明显的Q热抗体。在印度德里的国家传染病研究所检测的92份样本中,有7份(7.6%)有斑疹伤寒立克次体族抗体,4份(4.3%)带斑疹热群立克次体抗体;浦那市的国家病毒学研究所报道,在12份样本中有2份(16.6%)带有明显滴度的斑疹热群立克次体抗体。在尼泊尔,19份样本中有4份(2.1%)表明有斑疹热群立克次体的感染,1份(5.3%)感染丛林斑疹伤寒。在泰国暖武里市的卫生科学研究所发现,在100份样本中有25份(25%)是斑疹热群立克次体阳性,23份(23%)呈斑疹伤寒群立克次

体阳性,7份(7%)呈丛林斑疹伤寒立克次体抗体阳性。

西太平洋区

中国的山东省有8例患者,济南市有9例患者对丛林斑疹伤寒立克次体滴度呈阳性反应。

非洲地区

埃塞俄比亚的斯亚贝巴市的国家卫生研究所报道,183人中有31人(16.8%)具有可诊断水平的斑疹伤寒群立克次体抗体。在象牙海岸亚拜然市的细菌学-病毒学实验室检测的94人中有16(17%)呈斑疹热群立克次体血清阳性反应,1人(1%)只有斑疹伤寒立克次体诊断滴度。几内亚比绍的40份样本中有3份(7.5%)有斑疹伤寒抗体。8份(20%)含斑疹热群立克次体抗体。来自佛得角的40份样本中有3份呈斑疹伤寒抗体阳性,4份(10%)为斑疹热群立克次体抗体阳性。

东地中海地区

叙利亚阿拉伯共和国拉塔基亚市的国家医院,检查了11人的血清,未发现斑疹热或斑疹伤寒群立克次体抗体。然而,在突尼斯及巴基斯坦均有立克次体病的证据。突尼西亚的一个地区实验室发现,在受试的69人中有12人(17.4%)具有斑疹伤寒群立克次体诊断滴度,27人(39.1%)具有斑疹热群立克次体滴度。来自巴基斯坦白夏瓦地区的开依尔医学院的结果表明,100人中有18人(18%)呈明显的斑疹伤寒立克次体滴度,13人呈明显的斑疹伤寒热群立克次体滴度。伊朗的40份样本中,6份(15.0%)呈斑疹伤寒群立克次体阳性,11份(27.5%)呈斑疹热群立克次体阳性。

结论和建议

很遗憾,那些参与实验室只提供了有限的人口统计学资料。得到的有关立克次体病地理分布的新信息也不多,因为立克次体病在那些

国家有发病和流行。不过,象牙海岸报道的斑疹热和斑疹伤寒群感染资料是相当有意义的,因为他证明了以往的发现。巴西的 Adol phol Lutz 研究所从一位圣保罗热的病人中分离出立克次体,经美国疾病控制中心鉴定分子特性表明是一种能引起洛机山斑疹热的洛机山热立克次体。

表1 原因不明热病患者的立克次体抗体血清学检测结果

地区	试验 样本数	斑疹伤寒	阳性数 SFG ^a	从林斑 疹伤寒
西太平洋				
中国	—	—	—	17
东南亚				
印度	104	7(7.6) ^b	6(5.7)	
蒙古	1229	—	48(3.9)	
尼泊尔	19	—	4(21.1)	1(5.3)
泰国	100	23(23.0)	25(25.0)	7(7.0)
美洲				
巴西	93	0	13(13.9)	
米纳斯吉拉 斯州				
圣保罗	82	0	0	
萨尔瓦多	40	8(20.0)	13(32.5)	
秘鲁	5	0	0	
东地中海				
伊朗	10	6(15.0)	11(27.5)	
巴基斯坦	100	18(18.0)	13(13.0)	
叙利亚	11	0	0	
突尼斯	69	12(17.1)	27(39.1)	
非洲				
佛得角	40	3(7.5)	4(10.0)	—
象牙海岸	91	1(1.1)	16(17.0)	—
埃塞俄比亚	181	31(16.8)	—	—
几内亚-比绍	10	3(7.5)	8(20.0)	—

^aSFG=斑疹-热群

^b括号内数字为百分数

在美国,洛机山热是一种法定报告疾病,每年平均有600~650病例的报道。大多数病例发生于东南和中西南部,在5~8月间发病。54.2%的病人主诉症状在14天内曾被蜱咬,以5~9岁儿童的发病率最高。总的病死率为3.2%,不过年龄>40岁者死亡最多。

Ehrlichia chaffeensis 是在美国已证明与人类疾病有关的新种;资料证明人约有300名

患者是由 *E. chaffeensis* 引起的。在葡萄牙和马里也确诊了一些病例。已经从一名免疫缺陷病毒(HIV)血清阳性的热病病人中分离出一种新的 *Rochalimaea henselae* 立克次体。根据大量的流行病学和实验室证据,包括分离,聚合酶链反应(PCR)及血清学,确定了 *R. henselae* 是引起杆菌性血管瘤病,肝性紫癜,免疫受损病人的菌血症及其正常免疫力人类的猫抓疾病的原因。

在俄罗斯联邦,每年由中部和东部西伯利亚报道蜱传斑疹伤寒大约有1500病例。同样,在1989~1991年间报道的Q热超过1800例。其间复燃性虱媒斑疹伤寒病逐年稳步下降,但虱病仍在流行。100 000人中有0.5~0.7人受到传染。在蒙古,已经确定有些地区的西伯利亚立克次体和伯氏立克次体抗体的阳性率出人预料。

虽然这些发现不确定发生了新的立克次体病的发病区,但是表明了有些国家开始确定某些地区验明立克次体病的流行区。监测实验室网络的建立可推进在国家或地区级具备合适的诊断技术。增加对立克次体病的知识可促进地方医生考虑立克次体病的诊断,并迅速开始用抗菌素治疗。这样可以降低该病的发病率和死亡率。组织需要做相当大的努力来发挥此监测系统的效力;从其所得到的效益来看,作出努力是划得来的。

与会者提出的建议要点如下:

- 继续供应康诺尔立克次体,普氏立克次体及伯纳特立克次体的抗原以及荧光素标记的抗人免疫球蛋白。应制备恙虫病立克次体的抗原以便有的实验室需要时可以提供。
- 应采取行动为那些没有免疫荧光技术设备的实验室开发出适合于他们使用的简单的诊断试验。
- 为了促进质量控制,应鼓励实验室之间进行血清样本(阳性和阴性的)和信息交换。应定期将血清送至参比实验室以保持诊断质量。
- 应鼓励所有参加实验室作进一步培训。这对缺乏免疫荧光技术经验的实验室特别重要。

●世界卫生组织应负责收集和传播全世界立克次体病的信息。

致谢

对 J. E. McDade 博士 (美国乔治亚州亚特兰大市疾病控制中心) 在世界卫生组织立克次体病的全球监测项目中作出的贡献表示感谢。

附件

1990~1991 年为立克次体病提供信息的参加实验室及负责人员

Dr Charnchudhi Chanyasanha
Faculty of Public Health, Mahidol University, 420/1
Rajvithi Road, Phayathai, Bangkok 10400, Thailand.

Dr V.S. Padbidri
National Institute of Virology, 20-A Dr Ambedkar
Road, P.O. Box 11, Pune - 411001, India.

Dr Saraljit Sehgal
National Institute of Communicable Diseases, 22,
Shamnath Marg, Post Box 1492, Delhi-110054,
India.

Dr J. Olson
WHO Collaborating Centre for Rickettsial Reference
and Research, Viral and Rickettsial Zoonoses
Branch, Centers for Disease Control, Division of
Viral and Rickettsial Diseases, Atlanta, GA, USA.

Dr D. Raoult
WHO Collaborating Centre for Rickettsial Reference
and Research, Unité des Rickettsies, C.H.U. La
Timone, Marseilles, France.

Dr I.V. Taraskevich
WHO Collaborating Centre for Rickettsial Reference
and Research, Laboratory of Rickettsial Ecology,
Gamaleya Research Institute of Epidemiology and
Microbiology, Gamaleya St. 18, Moscow 123098,
Russian Federation.

Dr H.H. Barbosa Melles
Instituto Adolfo Lutz, São Paulo, Brazil.

Dr Márcio Antonio M. Galvão
Fundação Ezequiel Dias, Belo Horizonte, Brazil.

Director
Instituto-Nacional de Salud, Lima, Peru.

Dr L. Jemni
Laboratoire Régional de la Santé Publique de Sous-
se, 5, Rue de Kairouan, BP 312, Sousse 4002, Tunisia.

Dr T.B. Uppal
Department of Pathology, Khyber Medical College,
Peshawar 21520, Pakistan.

Dr T. Messele
National Research Institute of Health, Virology and
Rickettsiology Division, P.O. Box 1242, Addis
Ababa, Ethiopia.

Dr M. Dosso
Laboratoire de Bactériologie-Virologie, Faculté de
Médecine, C.H.U. de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire.

Dr Chen Xiangrui
Institute of Microbiology and Epidemiology, 23 (A)
Qilizhuang Road, Fengtai District, Beijing 100071,
China.

Dr M. Zarour
Department of National Hospital of Lattakia, Lattakia,
Syrian Arab Republic.

Director
Central Health Laboratory, Kathmandu, Nepal

Dr J. Kazar
WHO Collaborating Centre on Rickettsial Reference
and Research, Institute of Virology, Dubravská Cesta
9, Bratislava 842 46, Slovak Republic.

Dr W. Sixl
University of Graz, Graz, Austria.

参加世界卫生组织立克次体病全球监测项目 的国家:

African Region. Cape Verde, Côte d'Ivoire, Ethiopia,
Gabon, Guinea-Bissau.

Region of the Americas. Bolivia, Brazil, Colombia,
Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Mexi-
co, Peru, Uruguay, USA.

South-East Asia Region. Bangladesh, India, Indone-
sia, Mongolia, Myanmar, Nepal, Sri Lanka, Thai-
land.

European Region. Former Czechoslovakia, France,
Greece, Italy, Russian Federation, Switzerland.

Eastern Mediterranean Region. Egypt, Iran, Iraq,
Pakistan, Syrian Arab Republic, Tunisia.

Western Pacific Region. China.

[原载: Bulletin of the WHO, Vol. 71, No. 3/1, pp. 293-296, 1993 贺锡雯 译]

1993 年轻度高血压处理准则： 一次 WHO/ISH 会议的备忘录*

本准则是由世界卫生组织 (WHO) 与国际高血压学会 (ISH) 轻度高血压联络委员会的准则分委会^a拟订的。本准则是 WHO/ISH 轻度高血压处理准则的第 3 版，经 1993 年 3 月 28~31 日第 6 次 WHO/ISH 轻度高血压会议 (法国的高蒂伊) 讨论后定稿。新准则讨论了高血压患者的心血管疾病危险性、轻度高血压的定义和分类、药物治疗 (包括老年人) 与非药物治疗措施、成本-效益以及更深入的研究。

引言

高血压患者，甚至只是血压轻度升高者，无论有无症状，患心血管疾病的风险都会增加。在大多数国家，普查时都可发现多达 15%~25% 的成年人血压偏高；其中约有 2/3 血压为轻度升高。不过，并不是所有人的血压都持续升高，也不是所有的都需要用降压药治疗。

在制订本准则时，WHO/ISH 分委会清楚地认识到，在同样水平的高血压患者之间存在明显差异，这对作出治疗决定具有重要意义。高血压患者在年龄、血压升高程度、器官损害以及伴随的危险因素和疾病方面有所不同。另外，他们所生活的社会的心血管危险因素和经济资源也存在很大差异。因此，本准则并不是要强制医生作出某种治疗决定，而是为医生提供有关各种诊断和治疗措施利弊方面的广泛、重要和平衡的信息，以便医生对具体病例进行最仔细的判断。尽管最可靠的资料都是通过大规模的随机化试验获得的，但是这些资料仍然有其本身的局限性，并且并不是高血压处理的各个方面问题都可由随机试验结果所确定。现有资料的科学的、可靠的解释和合理的外推也可用来影响临床诊断和治疗的决定。

心血管疾病的危险因素

高血压患者的评估

血压的水平与心血管疾病的危险性呈定量关系，即血压越高，发生脑卒中和冠心病的危险越大⁽¹⁾。“正常血压”与“高血压”的分界线是主观的。本文所用的定义是，这种分界线是血压超过此水平后采取干预措施可降低患心血管疾病的风险⁽²⁾。业已证明，降低只是轻度升高的血压也会使心血管疾病的患病率和死亡率下降。不过，作出采取干预的决定不应仅仅取决于血压。

实际上，有轻度高血压者是否有患严重的心血管疾病的危险，除了血压水平外，还取决于许多其他因素。这些因素包括 (见表 1) 年龄增长、男性、心血管疾病史、靶器官损害 (如

* 前一版的 WHO/ISH 准则曾发表于 the Bulletin of the World Health Organization, 87: 689~693 (1989)。1993 年轻度高血压处理准则将同时发表在 Clinical and experimental hypertension 上。索要本文复制件可按下址联系: Chief, Cardiovascular Diseases, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland。

^a 准则分委会: A. Zanchetti (主席), J. Chalmers (会议召集人), K. Arakawa, I. Gyrfas, P. Homel, L. Hansson, S. Julius, S. MacMahon, G. Mancini, J. Menard, T. Omiec, J. Reid 和 M. Safar。

1993 年准则的重要章节

新增章节:

- 收缩期高血压
- 一老年性高血压
- 心血管疾病危险性的评估
- 成本-效益
- 需要进一步深入研究的问题

修订章节:

- 一血压的测量
- 一诊断性评价
- 一治疗目标
- 一非药物措施
- 一首选药物
- 其他主要危险因素的纠正

左心室肥大或肾病)、吸烟、糖尿病、血脂异常(总胆固醇高、LDL-胆固醇高,而HDL-胆固醇低)、腹部肥胖以及久坐式生活方式^[3]。有一种或一种以上上述因素的存在,很可能是比血压轻度上升更为重要的决定性危险因素。由于降压治疗的绝对益处取决于心血管疾病的绝对危险(即高危人群的治疗益处较大),所以作出治疗决定之前应对上述各种因素都做一番评价。

轻度高血压者患严重心血管疾病的绝对危险差异很大。一个极端的例子是,在有既往心血管病史的老年患者中,每年至少会有3%~5%发生更严重的心血管疾病发作^[4~7]。另一个极端的例子是,除轻度高血压外,无其他危险因素的年轻人中,每年只有不到十分之一的人会患严重心血管疾病^[8,9]。尽管降压治疗会减少上述两种患者患严重心血管疾病的危险,但是在低危的年轻患者中可能会需要经过数十年才能见到明显的临床效益。

轻度高血压的心血管疾病的绝对危险也可能有很大的地区差异。有些脑卒中和冠心病的地区差异可能是由于上述危险因素发生情况的地地区差异造成的,但是也有证据表明,有些地区差异不能归结于这些已知的危险因素。特别值得注意的是中国和俄国的脑卒中发病率很

高,是美国和西欧的4倍,但是人群平均血压却差别不大。因此,对中、俄人群中的轻度高血压进行治疗可能会获得较大的绝对效益。

定义与分类

血压的测量

一般使用汞血压计间接测量血压。

在测量开始前患者应在安静的室内静坐几分钟;坐椅应有舒适的靠背。臂肌应放松,前臂以肘支撑相当于心脏水平(第4肋骨位置)。

表1 有提示需要进行治疗的心血管疾病危险因素

年龄*
性别*
早发心血管疾病的家族史*
收缩期血压升高
舒张期血压升高
吸烟
总胆固醇高和 LDL-胆固醇高
HDL-胆固醇低
左心室肥大
既往心血管疾病发作*
既往脑血管疾病发作*
糖尿病
肾脏病
微蛋白尿
肥胖
久坐式生活方式

* 不可改变的。

也可以取仰卧或站立姿势测量血压,但胳膊应处于心脏水平。将大小适合的橡皮气袋平展地裹住赤裸的上臂,应小心不要裹得太紧。许多国家现有的“标准橡皮气袋”可能太小。用于成人的橡皮气袋应为13~15cm宽、30~35cm长,以便将一般的胳膊裹包住。肥胖的胳膊需要更大的橡皮气袋,而儿童则需要较小的。裹好后迅速将气袋充气,使血压计读数约达到(超过脉搏消失后)30mmHg,随即慢慢放气使读数约以每秒2mmHg的速度下降。在此过程中可通过放在肱动脉上的听诊器听科罗特科夫

氏音

第1次所听声音时的血压为收缩压,声音消失时的血压为舒张压(第5期)。大多数研究都使用后者即声音消失;使用心音减弱(第4期心音)会得到明显较高的舒张压,应避免使用。测量收缩压和舒张压应在间隔3分钟以上至少测量两次,两次都应记录,使用两次的平均值。还有人建议初诊时应测量双臂的血压。如系体位性低血压或测量对象是体位性低血压可能比较常见的老年人,还应测量立位血压。

“白大衣性高血压”或“白大衣效应”是一种医生在场血压即升高,而脱离医疗环境后血压即降下来的现象。由护士或经过训练的非医务人员测量血压可能会减少,但未必能消除这种“白大衣”效应^[10]。不过,对于如何准确确定“白大衣”效应仍有争议。根据在医生办公室测量的血压与在家里或日间动态血压之间的差异进行估算(见下)是值得怀疑的,因为这种差异可能取决于许多其他因素,而不仅仅是戒备反应。“白大衣”效应是否是一种无害现象,尚且不明。确实有人提出,上述差异明显者可能患心血管疾病的危险较大;至少他们往往有其他伴随的危险因素^[11]。但是,认识这种现象是很重要的,因为可以避免对许多有此情况者进行不必要的治疗。

现已有在家里测血压以及长时间(≥ 24 h)动态监测血压用的半自动或自动装置^[12]。应强调指出,对于这些装置的精确性和可靠性应按严格的方案与标准方法进行比较^[13]。对移动式装置应在动态条件下进行测试。在家里测量血压能比在医生办公室测量血压提供更多安静环境下的读数。动态血压监测是一种很有意义的研究方法,可用来观察血压的变动性、行为对动脉血压的影响以及降压治疗作用的时程效应,还可以象家庭用血压计一样用来提供诊断和治疗所需的补充资料^[12]。但是家里测量与动态测量的血压值不能取代医生或护士在诊所用常规方法得到的读数。最近的一项人群调查^[14]提供了这种证据,即在家里测量的血压值和动态测量的血压值(24h的平均值)要比诊所测量

的数值低若干mmHg。有关需要进行治疗的血压水平的预后标准是根据研究平时或临床血压与患病率和死亡率关系的前瞻性研究制定的。目前还没有能提供家庭或动态血压预后标准的前瞻性研究。因此,很可能根据临床血压作出的治疗决定不同于根据在家里或动态测量的血压作出的治疗决定^[15]。目前后一种测量结果只限于少数病例作为医生测量结果的补充。

根据舒张压制定的轻度高血压的定义

一般都用舒张压确定轻度高血压。这种选择有点主观,不过得到以下事实的支持,即舒张压曾作为大多数随机治疗试验(包括轻度高血压随机治疗试验的指标^[16])。

轻度高血压的定义为舒张压(第5期)在休息状态下持续在90~105mmHg水平。“临界”高血压(舒张压为90~95mmHg)约占轻度高血压患者的一半。社区筛检结果表明,在 ≥ 50 岁的人群中有高达20%的人在检查时的舒张压在轻度高血压范围之内^[17]。在3~6个月之内重复测量,近半数轻度高血压范围的受检者的舒张压下降到此范围以下^[18,19]。

重复测量后休息状态的舒张压仍然持续保持在90mmHg或以上者,患心血管疾病或因此而死亡的危险性较高,而且这种危险性会随舒张压升高而明显增加。在这种患者中会有12%~15%在3~5年内发展成中度或重度高血压^[19],预后很差;而其余患者则停留在轻度高血压范围之内。轻度高血压患者患脑卒中的危险性增加,业已证明药物治疗可使这种危险性下降35%~40%^[20]。在血脂高的人群中,局部缺血性心脏病往往是轻度高血压患者易患的心血管疾病或因此而死亡的主要原因。用药物降血压还会使非致死性心肌梗塞和因局部缺血性心脏病死亡的危险性约下降15%~20%。不过,迄今在有对照的临床治疗试验中所得的结果表明,其效益似乎稍低于长期降压的预期效益^[20]。

实际上当初诊的舒张压平均在90~105mmHg时,在以后的4周内应至少于不同

时间重复测量2次。在重复测量后,收缩压和舒张压往往明显下降。因此在将受测对象定为高血压与决定对他们进行治疗之前,需要先确定那些持续高血压或血压不再升高的患者。

对所有患者都应提出改变生活方式的忠告,例如戒烟、减肥、限制饮酒量和膳食饱和脂肪,以及从事有规律的轻度体育活动。这些忠告应是降低血压和改善心血管健康对策中很

重要的组成部分。减少食盐摄入量也有助于降低血压。在与病人及其家庭进行讨论和指出各种干预措施的利弊后再决定处理方案^[21]。

定义

舒张期血压 (DBP) 和/或 $90 \sim 105 \text{ mmHg}$
收缩期血压 (SBP) $140 \sim 180 \text{ mmHg}$

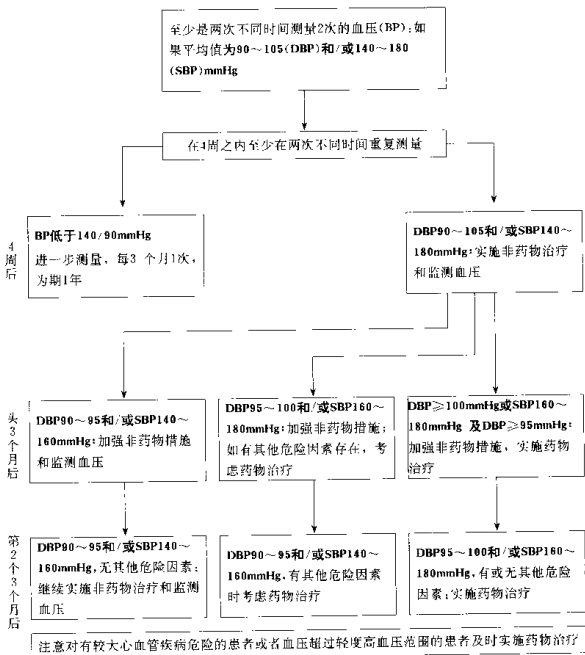


图1 轻度高血压的定义和处理

●初诊测量后的头4周

(1) 4周内舒张压降到90mmHg以下的患者,每3个月测量1次血压,为期1年。

(2) 如果舒张压保持在90~105mmHg,应对所有患者采取适宜的非药物治疗(见下文),并且在随后3个月内测量血压若干次。

●头3个月之后

(3) 如果舒张压 ≥ 100 mmHg,应实施药物治疗。

(4) 如果舒张压为95~100mmHg,应加强非药物措施。此外,在有其他心血管疾病危险因素存在时,可考虑药物治疗。

(5) 如果舒张压保持在90~95mmHg,应加强非药物措施,并且继续对患者进行长期观察。

●第2个3个月之后

(6) 如果在第2个3个月末期舒张压 ≥ 95 mmHg,即使没有其他心血管疾病危险因素存在,也应实施药物治疗。

(7) 长期观察后舒张压仍保持在90~95mmHg之间的患者患心血管疾病的危险也增加,尤其是在收缩压也升高时更为明显。在老年人、吸烟者、糖尿病患者、血脂升高者或左心室肥大者以及有心血管疾病家族史者危险性也增加。对这种具有较高危险的患者应考虑实施药物治疗。对于低危者,如果不实施药物治疗,则应每隔约3个月测量1次血压,并保持或加强适宜的非药物措施。

根据收缩压确定的轻度高血压定义

虽然大多数轻度高血压的随机治疗试验都只是依据舒张压确定和治疗患者,但是有越来越多的证据表明,在确定和处理轻度高血压方面也应考虑收缩压的情况。的确,心血管疾病的危险与收缩压的关系同与舒张压的一样强,尚无证据证明有一种阈限值,在此阈限值以下降低收缩压不使危险下降^[22]。另外,有些轻度高血压的干预研究提示,心血管疾病发作与达到的收缩压数值的关系比与舒张压的更为密切^[6]。

从脑卒中 and 冠心病发病率的流行病学资料来看,与90~105mmHg舒张压(即确定舒张压型轻度高血压的范围)相对应的收缩压范围大约为140~180mmHg^[22],干预试验表明,当 ≥ 160 mmHg的收缩压被降下来时呈现出治疗效益。^[5,7]

如果根据收缩压来确定轻度高血压,那么其处理也应遵循前面所述的舒张压型高血压的那些实用准则。图1概括了根据收缩压以及舒张压的决策流程图。总之,当至少在4周内重复测得收缩压为140~180mmHg(有或无90~105mmHg的舒张压存在),则可诊断为收缩压型轻度高血压,此时建议只实施非药物干预措施。再观察3个月后,如果收缩压为160~180mmHg和舒张压至少为95mmHg,或者舒张压低于95mmHg但还有其他心血管疾病危险因素存在,则应实施药物治疗。在第2个3个月,即使舒张压低于95mmHg,并且无其他危险因素存在,也应对160~180mmHg的持久性收缩压实施药物治疗,此刻即使收缩压为140~160mmHg,只要有明显的危险因素存在,就需要实施药物治疗。

在大多数病人中,收缩压和舒张压都在各自的轻度高血压范围内,但是在其他病例中,则是单纯的舒张期轻度高血压或单纯的收缩期轻度高血压。单纯收缩期高血压可发生于青壮年,但特别常见于老年人(在最近的一次人群调查中有6%~10%的65~74岁者有单纯收缩期高血压^[24])。青壮年的单纯收缩期高血压的发生机制不同于老年人的。除了劝其改变生活方式外,还没有证据证明应对青壮年的单纯收缩期高血压进行治疗。另一方面,老年人的单纯收缩期高血压(往往超出轻度高血压范围)不仅会带来额外危险^[27],而且最近还证明可从用药物降低升高的收缩压中明显受益(见下文)。在60岁以下的成年人中,虽然几乎没有治疗单纯收缩期高血压(这种类型的高血压在这种年龄很少见)而受益的直接证据,但是,如果收缩压持久地 ≥ 160 mmHg,尤其是有其他危险因素存在时,即使舒张压低于90mmHg,也应考

虑采用药物治疗。

高血压的分类

正如在本备忘录开始提到的,与升高的血压有关的危险在血压升高的整个过程中不断增加^[1]。“正常血压”和“高血压”的分界线是主观决定的。但是,上述的讨论使我们能对高血压进行比较实际的分类。这种分类概括于表2,可作为轻度高血压处理的实用指南。正如前面已提到的,“轻度高血压”指的是舒张压为90~105mmHg或者收缩压为140~180mmHg。“临界高血压”一词用于舒张压在90~95mmHg或者收缩压在140~160mmHg的轻度高血压。“轻度”一词用来表达血压轻度上升,但这并不意味着心血管疾病的绝对危险总是轻度增加。例如,对于一个有高度脑卒中或心肌梗塞危险的人来说,轻度高血压可能明显加剧这种危险,而即使是使轻度高血压有所降低,也会产生很大的益处。同样的考虑也适用于糖尿病型肾病。此外,轻度高血压非常普遍,给许多人造成沉重的负担。

表2 以血压水平为标准的高血压分类

	收缩压 (mmHg)	和	舒张压 (mmHg)
正常血压	<140	和	<90
轻度高血压	140~180	和/或	90~105
亚组:临界高血压	140~160	和/或	90~95
中度和严重高血压 ^a	≥180	和/或	≥105
单纯收缩期高血压 (ISH)	≥140	和	<90
亚组:临界ISH	140~160	和	<90

^a以报告的收缩压和舒张压实际数值表示危险度。

单纯的收缩期高血压是一个综合名词,指收缩压≥140mmHg和舒张压低于90mmHg的所有患者。迄今已证明,收缩压≥160mmHg的人可因治疗而受益;收缩压为140~160mmHg及舒张压低于90mmHg者属于“临界”的单纯收缩期高血压。将舒张压为85~89mmHg或收缩压为130~139mmHg者分类为“高正常血压”者^[2]目前看来是不恰当的,会将一大批人戴上危险的标志。

正如心血管疾病危险与血压水平的关系是连续性的,在超出轻度高血压范围之外,用报告收缩压和舒张压的实际数值来表示高血压的危险度,似乎是合理的。正如在1978年世界卫生组织专家委员会的报告^[25]中提议的,“期”这一名词最好用来表示有无并发症或并发症的严重程度,而不是将血压分成不同的水平(表3)

表3 以器官损害程度为
标准的高血压分类

I期:无器官病变的客观体征
II期:至少有下述一种器官病变的客观体征
·左心室肥大(X-线、心电图、回声心动描记)
·视网膜动脉普遍或局灶性狭窄
·蛋白尿和/或血浆肌酐浓度轻度升高(1.2~2.0mg/dl)
·超声波或放射线检查有动脉硬化斑块(颈动脉、主动脉、髂动脉和股动脉)
III期:由于器官损害而同时出现症状和体征,包括:
·心脏:心绞痛、心肌梗塞、心力衰竭
·脑:一过性局部缺血发作、卒中、高血压性脑病
·眼底:视网膜出血和渗出,有或无视神经乳头水肿
·肾脏:血浆肌酐浓度超过2.0mg/dl,肾衰竭
·血管:壁间动脉瘤,症状性动脉阻塞病

评价

完整的病史和体检是必要的。具有意义的因素包括高血压、糖尿病、血脂血症、局部缺血性心脏病或脑卒中的家族史;提示局部缺血性心脏病、心衰或一过性脑局部缺血病的个人疾病史;肾病、糖尿病或气管痉挛的历史;过去的血压测量值;以及生活方式、受教育水平、社会经济因素的详细情况。应仔细定量吸烟和饮酒量。自青年时期起的体重增加可作为脂质过多的有用指标。应询问患者有关促高血压药物的使用情况,尤其是口服避孕药、非类固醇类消炎药、甘草、可卡因等。还应注意是否因治疗伴存病而服用红细胞生成素、环孢素或类