

主编 程晓曙 张 伟 邱永杰

农村常见病防治一体化

# 医生手册

Nongcun Changjianbing Fangzhi Yitihua  
YISHENG SHOUCHE



科技惠民计划 人口健康领域项目  
(批准文号: 2013GS360101)

# 农村常见病防治一体化

# 医生手册

Nongcun Changjianbing Fangzhi Yitihua  
YISHENG SHOUCHE

主编 程晓曙 张 伟 邱永杰

## 图书在版编目(CIP)数据

农村常见病防治一体化医生手册 / 程晓曙, 张伟,

邱永杰主编. —南昌: 江西人民出版社, 2015.9

ISBN 978-7-210-07725-1

I. ①农… II. ①程… ②张… ③邱… III. ①常见病  
—防治—手册 IV. ①R4-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2015)第 203957 号

## 农村常见病防治一体化医生手册

程晓曙 张 伟 邱永杰 主编

责任编辑:何 方

出 版:江西人民出版社

发 行:各地新华书店

地 址:江西省南昌市三经路 47 号附 1 号

总编室电话:0791-86898846

发行部电话:0791-86898815

邮 编:330006

网 址:www.jxpph.com

2015 年 9 月第 1 版 2015 年 9 月第 1 次印刷

开 本:787 毫米×1092 毫米 1/16

印 张:20.25

字 数:450 千字

ISBN 978-7-210-07725-1

赣版权登字-01-2015-544

版权所有 侵权必究

定 价:68.00 元

赣人版图书凡属印刷、装订错误,请随时向承印厂调换

# 序

我国在制定《国家中长期科学和技术发展规划纲要(2006-2020年)》中,提出了加快科学技术成果的转化应用,发挥科技进步在改善民生和促进社会发展中的支撑和引领作用,这无疑是国家科技部深化改革的一大举措,即在实施“十一五”国家科技支撑计划重大项目的基础上,2012年与财政部又正式启动科技惠民计划,该计划坚持政府引导、协同推进、面向基层、惠及民生等指导原则和实施机制,受到全国各地尤其是基层的高度关注和踊跃参与。我省科技厅抓住这一机遇,先后出台了科技惠民计划试点工作思路、管理规定及通知等一系列文件,并积极组织部分县市(如赣南等原中央苏区)进行项目申报,2012年和2013年永新县、兴国县连续获得“人口健康领域”的项目立项。

中标项目的实施周期一般为3年,对研究任务、目标、实施和预期成果及管理等方面均有明确要求。作为中标县之一的兴国,县委县政府给予了高度重视,且县相关职能部门和人民医院,根据科技部和省科技厅计划安排,于2014年3月,在合作单位——南昌大学的专家指导下,按照惠民计划方案,针对该县高血压、乙型病毒性肝炎、糖尿病、慢性阻塞性肺病、泌尿系结石、宫颈癌六种常见病、多发病开展防治一体化推广试点工作,即从疾病预防、诊疗、康复、保健、健康教育以及信息化管理多个维度上制定了针对性的工作实施细则,创造性地提出了六种疾病基层防治一体化的对策与措施。从专家遴选、疾病防治技术引进与综合集成、培训教材编写、实施培训、现场应用及推广示范等将进行摸索,在不断总结经验的基础上,创新示范模式。

本手册的编写是上述工作的一个理性概括,体现国家科技惠民计划的精神,把重在解决基层医疗卫生中的实际问题放在首位。编写中以全科医学为指导、围绕防治一体化模式,集众家之长,特色突出,内容新颖,重点明确,文字简练,适用性强,易学易懂易操作。

辛洪波

2015年5月

# 前 言

长期以来,我国党和政府对赣南苏区人民的健康给予了高度的关注,在“十二五”期间(2013年),国家科技部批准了著名苏区县《兴国县常见病多发病防治一体化和远程医疗技术应用示范》项目立项。这对改善包括该县在内的赣南苏区广大人民群众的健康状况和提高其医务工作者的服务能力和水平无疑是一个巨大的动力。我们作为江西的医疗卫生专家感到欣慰。

为了更好地帮助实施好该项惠民工程,充分体现医疗卫生工作面向基层、面向农村、面向苏区人民,我们编写组按照项目的具体要求,组织了南昌大学第一附属医院、第二附属医院、公共卫生学院,江西省疾病预防控制中心,兴国县人民医院以及梅窖等六个试点乡镇的有关专家和专业技术人员,针对性地编写了《农村常见病防治一体化医生手册》,以提供基层医务工作者学习和实践指导,并通过学习和实践,树立高血压、糖尿病等常见病、多发病防治的全科医学理念,即在临床工作中做到防治结合、重在预防。根据世界医学发展态势和已有的实践表明,人们的健康观念随着时代的改变正在发生革命性地变化,全科医学实践成为全球卫生发展的一大重要走向,在欧盟、美国、日本以及我国北京、上海、深圳等地的社区医疗卫生服务中,已从以病人为中心、治疗为目的转变到以健康为中心、预防为目的的战略上来,这种应运而生的实践模式已得到广泛的认可。据世界卫生组织报道,人类65%~70%的慢病是由于不良的生活行为方式所造成的,而不良的生活行为方式是可以有效预防和健康教育等措施改变的。如高血压、糖尿病在进行药物治疗的同时,改变饮食方式、纠正不良生活习惯对提高其疗效是不可小视的。就宫颈癌而言,通过我国二十多年来不断加强妇幼保健工作,定期开展该病的筛查,做到早发现、早诊断、早治疗,不仅获得了良好的临床疗效,而且从整个人群来看,该疾病的流行率呈下降趋势。这一切卓有成效的实践,我国卫生职能部门给予了高度肯定,并且已从每年的卫生经费预算中给予了更多比例的经费用于疾病预防和社区卫生服务,从而不断促进了预防、诊疗、保健、康复、健康教育工作的协同开展和质量提升,本手册正是基于这一前提编写的。

该手册以疾病为导向、全科医学为理念、防治一体化技术为核心、基层医疗卫生服务应用为特色、地方常见病种为内容、惠民为根本作为编写的总基调,编写中集聚了省、县、乡各级医疗机构专家,预防、诊疗、保健、康复、健教各领域的知识,从提高患者和服务对象的知识素质和能力方面针对性设计了健康教育处方和知识问答;本手册的编写具有一定

的创新性。全书共分四个部分,第一部分是赣南地区常见、多发的6种疾病防治一体化技术,第二部分是健康教育处方,第三部分是知识问答,第四部分是疾病防治一体化的病历。

值得一提的是,本手册在编写时尽管兼顾了多方面知识,并进行有机整合,无疑是一种新的尝试,但由于作者们所处的工作环境和知识背景不同,难免在内容和形式的衔接方面等存在不足,敬请读者批评指正。

程晓曙 张 伟 邱永杰

2015年5月

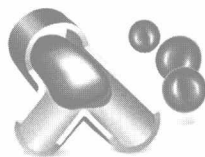
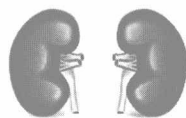
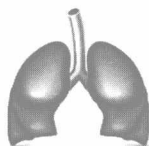
<b>前言</b>	—1
<b>一 疾病防治一体化技术</b>	—1
<b>高血压防治一体化技术</b>	—3
第一章 高血压的流行态势与防治一体化	—3
第二章 高血压的主要危险因素及三级预防	—8
第三章 高血压的诊断与治疗	—15
第四章 高血压康复治疗	—28
第五章 高血压防治一体化管理及效果评价	—36
<b>糖尿病防治一体化技术</b>	—44
第一章 糖尿病的流行态势与防治一体化	—44
第二章 糖尿病的主要危险因素及三级预防	—47
第三章 糖尿病的诊断与治疗	—55
第四章 糖尿病的康复治疗	—94
第五章 糖尿病防治一体化的管理及效果评价	—98
<b>慢性阻塞性肺病防治一体化技术</b>	—107
第一章 慢性阻塞性肺疾病的流行态势与防治一体化	—107
第二章 慢性阻塞性肺疾病的预防	—111
第三章 慢性阻塞性肺疾病的诊断与治疗	—115
第四章 慢性阻塞性肺疾病人群的健康教育	—129
第五章 慢性阻塞性肺疾病防治一体化管理及效果的评价	—130
<b>泌尿系结石防治一体化技术</b>	—137
第一章 泌尿系结石的流行态势与防治一体化	—137
第二章 泌尿系结石的预防	—141
第三章 泌尿系结石的诊断与治疗	—144

第四章	泌尿系结石的健康教育	—160
第五章	泌尿系结石防治一体化管理及效果评价	—164
	<b>乙型病毒性肝炎防治一体化技术</b>	—170
第一章	乙型肝炎的流行态势与防治一体化	—170
第二章	乙型肝炎的预防	—174
第三章	乙型病毒性肝炎的诊断和治疗	—177
第四章	乙型肝炎患者健康教育	—201
第五章	乙型肝炎防治一体化管理及效果评价	—206
	<b>宫颈癌防治一体化技术</b>	—212
第一章	宫颈癌的流行态势及防治新趋势	—212
第二章	宫颈癌的主要危险因素及三级预防	—215
第三章	宫颈癌的诊断与治疗	—221
第四章	宫颈癌防治一体化的管理及效果的评价	—228
<b>二</b>	<b>健康教育知识问答</b>	—235
	<b>高血压健康教育知识问答</b>	—237
第一章	高血压病的预防	—237
第二章	高血压病的诊疗	—241
第三章	高血压的康复治疗	—243
	<b>糖尿病健康教育知识问答</b>	—245
第一章	糖尿病定义及其诊断标准	—245
第二章	糖尿病的预防	—247
第三章	糖尿病的治疗	—249
第四章	糖尿病急性并发症识别、处理和预防	—261
第五章	糖尿病慢性并发症识别、处理和预防	—262
第六章	关于糖尿病的疑惑	—267
	<b>慢性阻塞性肺疾病健康教育知识问答</b>	—269
第一章	慢性阻塞性肺疾病	—269
第二章	慢性阻塞性肺疾病的治疗	—270
第三章	慢性阻塞性肺疾病的预防	—271
	<b>泌尿系结石健康教育知识问答</b>	—273
第一章	泌尿系结石概述	—273



第二章 泌尿系结石的治疗	—274
第三章 泌尿系结石的预防	—275
乙型肝炎健康教育知识问答	—276
宫颈癌健康教育知识问答	—278
第一章 宫颈癌的诊疗	—278
第二章 宫颈癌的预防及随访	—281
<b>三 健康教育处方</b>	—283
高血压健康教育处方	—285
糖尿病健康教育处方	—288
慢性阻塞性肺疾病健康教育处方	—291
泌尿系结石健康教育处方	—293
乙型肝炎健康教育处方	—295
宫颈癌健康教育处方	—297
<b>四 防治一体化病历</b>	—299
<b>后记</b>	—306

# 疾病防治一体化技术





# 高血压防治一体化技术

## 第一章 高血压的流行态势与防治一体化

高血压(Hypertension)是指动脉收缩压或舒张压持续升高的一组临床症候群。高血压是最常见的慢性病,也是心脑血管病最主要的危险因素,其脑卒中、心肌梗死、心力衰竭及慢性肾脏病等主要并发症,也称原发性高血压,不仅致残、致死率高,而且严重消耗医疗和社会资源,给家庭、社会和国家造成沉重负担。国内外的实践证明,高血压是可以预防和控制的疾病,降低高血压患者的血压水平,可明显减少脑卒中及心脏病事件,显著改善患者的生存质量,有效降低疾病负担。

### 第一节 高血压的流行特点与防控现状

#### 一、我国人群高血压患病率及其变化趋势

全球约有 10 亿人患有高血压,其中全球成人患病率高达 31.3%,每年造成 710 万患者因心血管疾病死亡,已成为危害人类健康的主要疾病之一。我国高血压患病率的人群抽样调查显示,1991 年、2002 年、2012 年人群高血压患病率分别为 13.58%、17.65%和 24.00%,呈明显上升趋势(见图 1)。

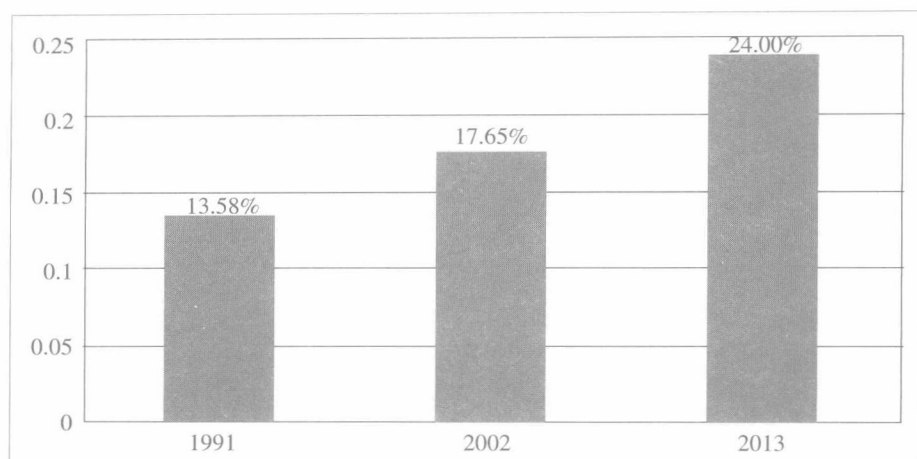


图1 1991—2012年我国人群高血压患病率

在我国高血压人群中,虽然绝大多数是轻、中度高血压占90%,轻度高血压占60%以上。但因为该病具有“三高”,即患病率高、死亡率高、致残率高的特点,按现有人口的数量和结构估算,目前我国约有2.9亿高血压患者,约占全球高血压总人数的1/5,每10个成年人中就有2人患高血压,且发病人数仍在持续增加。由于患者基数大,在我国,高血压已位居引起死亡的十大危险因素之首,其并发症冠心病、脑卒中、肾功能衰竭等具有高致残率和致死率。

## 二、我国人群高血压流行的一般规律

总体而言,我国人群高血压患病率随年龄增长而升高;女性更年期前患病率低于男性,更年期后高于男性;各地区高血压患病率差别较大,一般北方高于南方,且有自北向南逐渐减低的趋势;城市高于农村,但农村有快速上升趋势。高纬度寒冷地区发病率高于低纬度地区,高海拔地区高于低海拔地区;经济发达地区高于不发达地区;季节分布则呈现冬季患病率高于夏季的特点;不同民族之间因为地理环境、生活方式等因素,其高血压患病率也存在一定差异,如藏族、蒙古族和朝鲜族等患病率较高,而壮族、苗族和彝族等患病率则较低。未发现各民族间有明显的遗传背景差异。

## 三、我国高血压的防控现状

近20年来,我国高血压患者的检出、治疗和控制虽取得一定成效,如高血压知晓率由1991年的26.30%提高到2013年的42.60%,治疗率由12.10%提高到34.10%,控制率由2.8%提高到9.80%(见图2);但与发达国家比(如美国人群2000年的知晓率已为70%,治疗率为59%,控制率为34%),我国高血压患者总体的知晓率、治疗率和控制率仍非常低。地区差异较明显,城市高于乡村,男性低于女性;经济欠发达地区低于较发达地区,低年龄组低于高年龄组,特别是经济文化发展水平较低的农村或边远地区情况则更为



严重。2014年兴国县的基线调查数据显示,居民高血压的知晓率、治疗率和控制率分别为27.35%、18.90%和4.30%。其中原因之一是病人不知道自己的血压水平;而已知高血压的患者则多凭感觉用药。相当多的人从未测过血压,而到医院就诊时才发现高血压,甚至有的发生了脑出血才被发现。目前我国约有1.2亿高血压患者不知道自己患有高血压,患有高血压的人群中,约有5000万没有治疗;在接受降压治疗的患者中,有75%患者的血压没有达到控制目标,我们面临的高血压防治任务仍十分艰巨。

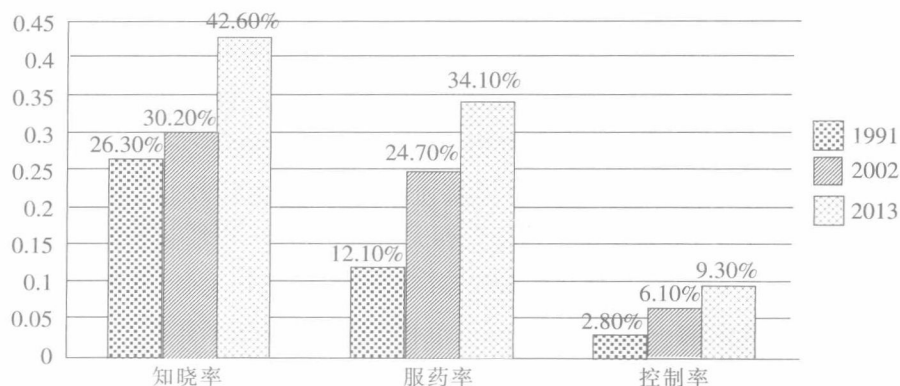


图2 1991—2013年我国人群高血压知晓率、服药率和控制率变化

## 第二节 高血压防治一体化模式在基层的应用与发展

### 一、基层高血压防治面临的主要问题

由于目前高血压的患病率不断增加,开展全社会的疾病预防工作十分必要。绝大部分高血压可以预防、可以控制,但却难以治愈,因此预防高血压的发生、系统管理及治疗高血压患者是一项涉及全社会的工程。高血压防治已由专家行为上升为政府行为,“新医改”已将高血压、糖尿病等纳入社区公共卫生服务范畴,成为基层医务工作者的重要工作内容之一。全国各地结合自身的实际情况,在基层高血压的防治和管理中做了许多有益的探索,但仍存在一些问题,主要表现在:

①医疗和预防保健工作明显脱节,在基层医疗机构(乡镇卫生院和村卫生所)仅从临床医师角度对患者进行临床治疗,而防疫部门则从公卫医师角度对易感者进行健康教育,造成了防治队伍、防治对象、防治目的分离。

②社区尤其是基层社区缺乏医疗和公共卫生相结合的复合型人才及其队伍总体素质有待提高。

③基层医疗机构与上级医疗机构和疾病预防控制机构尚未建立起通畅、有效、互补的协作关系。

这些现象和矛盾在基层医疗服务中则显得尤为突出,受医疗和疾病预防控制体系长



期分割的影响,一方面,高危人群既得不到医疗体系的关注,也不能从疾控体系得到应有的个性化服务,处于“两不管”的境地;另一方面,对于已患病者的生存和生活质量有重要意义的二级预防工作,在原有的只治不防的应急性医疗体系下也不可能得到根本的落实,这在很大程度上影响了基层高血压的防治工作。

鉴于上述原因,高血压防治的一体化势在必行。基层医疗服务应该是集基本医疗和公共卫生于一体的综合性卫生服务体系,是“保障健康”和提供“连续性”服务的最佳场所。探索高血压管理的有效模式,规范高血压的管理,有效预防慢性病的发展,是基层医疗服务的重要工作之一。因此,深入开展高血压的综合防治与管理;在借鉴国内外经验的基础上,根据科学性、可接受性、有效性和持续性的原则,建立一种集随访、管理、治疗于一体的,适合基层实际的高血压防治与管理模式,让高血压等慢性病得到有效的管理,是当前医疗卫生领域的重要课题之一,也是提高高血压等慢性病防治效果,达到防治工作规划目标的重要保障。同时,对基层医疗机构工作人员进行培训,培养出对个人、家庭和社区提供优质、方便、经济有效的、一体化的基层医疗保健服务,进行生命、健康与疾病的全过程、全方位管理的高素质的一体化技术应用示范和医疗服务队伍同样非常必要。

## 二、高血压防治新趋势——防治一体化

高血压防治一体化即针对某一人群,从预防、治疗、康复、保健及健康教育等方面提出完整的技术措施,并进行整合,在形式上实行一体化运作和管理,做到无病早防、有病早治,病而不残、残而不废;具体表现为,形成在政府的领导下,疾病预防控制中心,综合医院,社区(乡镇卫生院、村卫生所)合作,集成预防、诊疗、康复、保健、健康教育和信息化管理为一个系统的一体化防治体系。

一体化模式在我国一些地区已经有了初步的发展,2004年9月,卫生部与阜外医院联合打造了一个体现防治一体构想的国家级心血管疾病防治和研究工作的“领头羊”——卫生部心血管防治研究中心。王建等在浙江省绍兴市马山社区也探讨了高血压社区防治一体化对于提高社区高血压的知晓率、服药率、控制率以及减少发病率的作用。李俭等在上海市嘉定区黄渡社区的研究结果表明,实施镇村一体化管理模式在社区防治高血压方面起到了积极作用。而且,防治一体化模式在其他疾病中也有一定的发展,如糖尿病、精神病、慢性肾病等慢性疾病,如葛军等数年前已对糖尿病防治一体化进行探索,上海交大六院更是推出了糖尿病健康乐园、社区健康小屋等健康教育新模式,均收到较好的效果。

江西省兴国县医疗资源相对贫乏,探索一种经济、易行、方便群众且有效的高血压防治模式势在必行,而高血压一体化防治模式不失为一种很好的方法。

## 三、基层高血压防治一体化模式和实施手段

国内外经验表明,控制高血压的有效手段是基层社区(乡镇卫生院、村卫生所)防治。按照国家科技惠民计划的实施精神和我省试点工作思路——《赣南等原中央苏区农村常



见病多发病防治一体化技术推广应用示范》，兴国县项目组结合当地实际，提出针对高血压等常见病的集“预防—诊疗—康复—保健—健康教育—管理”六维一体的防治模式（详见第六章）。该模式强调了疾病预防控制机构和基层医疗卫生机构在高血压防控工作之中的协调、分工与配合；突出了疾病防控工作内容的-体化，按照全科医学的理念，将疾病的预防、治疗、保健、康复和健康教育有机结合，互为促进，以期获得最佳效果；同时对疾病防控效果进行及时、动态的评估，针对不同环节分别采用不同指标体系，并区别近期和远期效果，根据指标的变化情况进行信息反馈，调整防治工作思路。具体（工作）实施流程是：

①对试点乡（镇）的居民进行高血压的健康教育、自我保健指导、环境改善和监测等，普及高血压防治知识，提高村民的健康意识，对其行为危险因素进行干预，保护目标人群减少或免于发病。

②对居民进行高血压分级评估，建立和完善居民健康档案，信息入库，以便随访和监测。

③对已患疾病的人群，县、乡、村各级医疗机构对其进行综合治疗的同时，加强随访管理及其与家属的健康教育干预。

④对确诊的高血压患者按照项目实施要求进行规范化的药物或非药物的个体化治疗。

⑤对高血压并发症者，定期开展康复治疗，以防止其病情恶化和残疾，提高生活质量。

⑥对项目实施期内每年两次对目标人群的“知—信—行”情况进行调查和效果评估，根据评估的结果实时调整策略。实施流程各环节的具体实施部门和责任分工。

#### 四、个体化治疗在高血压防治一体化中的体现

高血压防治一体化是建立在个体化基础之上的。所谓个体化是指在重视个体差异，采取不同的用药方案和生活行为指导（详见第二、三章相关内容）。医务工作者在全面了解患者（或干预对象）基本情况和病情的基础上，确定个体化治疗方案，并将治疗方案（包括非药物治疗与药物治疗方案）和血压控制目标告诉患者，以取得患者的积极配合，提高其治疗依从性，增加治疗效果。高血压的社区防治既要一体化，又要个体化，一体化的核心是强调系统功能，而个体化是强调了具体操作；防治一体化要通过个体化来实施，而个体化实施要体现一体化，二者有机结合，相辅相成，使高血压防治达到最大效益。

（吴磊 刘伟新 周璇）





## 第二章 高血压的主要危险因素及三级预防

### 第一节 高血压主要危险因素

目前研究认为,高血压发病是生物遗传、不良生活行为习惯和环境因素相互影响的结果。主要包括以下因素:

#### 一、生物遗传因素

##### 1. 年龄

高血压与年龄的关系密切。随着年龄的增长,体内多种生理因素变化和致病因素长期互相作用下,直至中年才逐渐出现临床症状。40岁以后患病率明显上升。

##### 2. 超重和肥胖

身体脂肪的含量、分布均与高血压发生有关。人群的体重指数(BMI)与血压水平呈正相关,BMI $\geq 24$  kg/m<sup>2</sup>者发生高血压的风险是正常体重者的3~4倍;腹部脂肪越多,血压水平就越高。腰围男性 $\geq 90$  cm或女性 $\geq 85$  cm,发生高血压的风险是腰围正常者的4倍以上。

##### 3. 遗传因素

高血压有明显的家族遗传倾向,调查表明,父母双方高血压者,其子女发生该病的概率明显加大。

##### 4. 精神紧张

生活节奏加快,竞争激烈都能成为发病诱因,紧张可引起血压上升、心跳加快、头部和肌肉血液供应增加、内脏血液供应减少,若过于强烈持久或反复发作,可导致心血管系统的功能性和器质性病理改变。

#### 二、不良生活行为习惯

##### 1. 食盐摄入量过多

人群平均血压水平与食盐摄入量有关。钠盐摄入过多或者说口味偏重是促使血压升高的因素之一。中国营养学会推荐每人每天食盐摄入量应该不超过6g,人群的人均食盐摄入量越多,高血压的发病危险也越高。

##### 2. 饮酒

过量饮酒使高血压发病危险升高,这可能与饮酒促使皮质激素、儿茶酚胺水平升高有关。如果每天饮白酒量在100 ml或100 ml以上就属于过量饮酒。男性持续饮酒与不饮