

现、早隔离。③ 卫生保健老师认真做好儿童预防接种证的查验,及时补种漏种疫苗,做好计划外免疫的宣传工作。④ 培养儿童良好的卫生习惯,养成勤洗手,正确洗手的良好习惯,严防病从口入,冬春季少去公共场所。⑤ 保健老师要加强对托幼机构保育员,营养员等消毒隔离工作的指导,规范操作,做好托幼机构预防性消毒工作。

4 参考文献

[1] 张颖,曾光. 2004 年全国学校突发公共卫生事件分析[J]. 中国学校卫生,2007,28(1):81-82.

[2] 罗引珍. 托幼机构传染病发病情况与影响因素调查[J]. 现代预防医学,2007,34(11):2171-2172.

[3] 罗引珍. 上海市托幼机构常见传染病与消毒质量监测报告[J]. 中国消毒学杂志,2006,23(23):252-254.

(收稿日期:2013-08-12)

文章编号:1004-9231(2014)02-0086-03

· 慢性病防治 ·

某地农村高血压规范化管理效果评价

张晓燕 (浙江省磐安县疾病预防控制中心, 浙江 金华 322300)

2010 年,磐安县作为中英 GTF 合作项目“改善中国城乡贫困人群的就医环境”试点单位之一,开始实施循证医学管理项目。鉴于农村高血压病是慢性病管理的主战场,高血压作为各个项目县应用循证医学必选的病种并要求重点管理。该项目引入国际循证医学理念与方法,在乡镇、社区实施高血压病的临床诊疗规范与社区综合管理。本研究于 2013 年 6 月,通过对磐安县项目试点单位荷塘社区以循证医学理念实施高血压规范化管理前后 3 年持续观察,对农村高血压规范化管理效果进行评价。

1 对象与方法

1.1 对象

该社区户籍人口约 5 400 余人,对首次发现收缩压(SBP)≥140 mmHg 和/或舒张压(DBP)≥90 mmHg,去除可能引起血压升高的因素后,非同日复查 3 次血压高于正常值,即初步诊断为高血压。将新发现的高血压患者以及已经管理的高血压患者,全部纳入高血压社区管理。2010 年规范化管理前检出并纳入社区管理高血压患者 152 人,2011—2012 年检出并纳入社区管理高血压患者 410 人。

1.2 管理方法

1.2.1 循证管理培训 根据中英 GTF 合作项目社区循证医学项目方案和《中国高血压防治指南》,以及《浙江省高血压社区综合防治规范》的要求,首先对基层医务人员进行社区临床诊疗规范培训。使基

层医务人员熟悉循证医学理念,掌握规范要点、操作方法、实施路径,形成有章可循的管理思路,并转化为行动上的合作,最终落实在临床实践中。

1.2.2 多途径筛选 从全社区 60 岁以上的老年人逐步扩大到常住居民进行高血压筛选,结合参加新型农村合作医疗农民体检及 35 岁以上居民首诊测血压等多途径,提高高血压的检出率。

1.2.3 强化自我管理 通过健康教育资料入户,在本地电视台开辟《健康大讲坛》专栏与广播同步播出,组建健康教育巡讲团,巡回开设健康知识讲座等各种途径,广泛宣传高血压防治相关知识,提高居民高血压知识知晓率。责任医师利用建立家庭健康档案、上门访视、体格检查等机会,对高血压患者进行健康教育和一对一干预,加强自我管理,保持良好的生活方式和饮食习惯。

1.2.4 分级动态管理 为每位高血压患者建立专项管理档案,患者管理采用分级分层管理策略,根据患者血压水平、危险因素、靶器官损害及并存相关疾病等因素进行临床评估,把患者划分低危、中危、高危和很高危;然后分别采取一级、二级、三级动态管理^[1]。通过各种医疗活动,开展相应的诊疗指导措施。指导他们消除错误理念,合理而科学用药。

1.2.5 资料收集 由经过统一培训的社区责任医师,按照《浙江省高血压社区综合防治工作规范(试行)》的《高血压患者建档表》、《高血压患者随访服务记录表》,逐项询问登记基线资料(主要包括人口学信息、并发症/合并症情况、家族史、行为和生活方式、目前药物治疗情况、体格检查、生活自理能力、初步危

作者简介:张晓燕(1975—),女,主管医师。

险分层等)和随访资料(主要包括常规检查、生活方式调查与指导、用药情况及服药依从性、不良反应、转诊治疗等)^[1]。

1.2.6 评价方法 主要采用自身对照的方法,对规范化管理前即2010年年末前和规范化管理后即2011年至2012年年末的高血压患者,进行相关指标的对比分析。临床诊断及临床评估、分级管理方法、药物治疗方法、健康教育方法按《中国高血压防治指南(2010年修订版)》^[2]和《高血压社区防治手册》^[1]施行。

1.3 统计学处理

将所有数据使用 Epi Data 软件录入,用 SPSS

13.0统计软件包建立数据库并进行资料统计分析。

2 结果

2.1 高血压患者发现率、规律服药率、血压控制率情况

实施规范化管理后高血压患者发现率、规律服药

率和高血压有效控制率(普通高血压患者血压控制在140/90 mmHg以下;老年高血压患者收缩压控制在150 mmHg以下;合并糖尿病、脑血管病、冠心病或慢性肾脏病患者血压控制在130/80 mmHg以下^[1])都有大幅度提高(表1)。

表1 规范化管理前后高血压患者发现率、治疗率、血压控制率(%)

时间	检出人数	发现率	规律服药		高血压有效控制	
			人数	治疗率	人数	控制率
管理前	152	2.86	26	17.11	6	3.95
管理后	410	7.70	352	85.85	323	78.78

2.2 高血压相关知识知晓率与行为改变情况

规范化管理后,高血压患者对高血压诊断标准、危险因素、并发症、治疗方法等知识的知晓率和控盐、戒烟、限酒、规律运动等健康行为形成率也有明显上升(表2、表3)。

表2 规范化管理前后高血压防治知识知晓率(%)

时间	例数	高血压诊断标准		高血压危险因素		高血压并发症		高血压治疗方法	
		人数	知晓率	人数	知晓率	人数	知晓率	人数	知晓率
管理前	152	104	68.4	101	66.4	81	53.3	74	48.7
管理后	410	390	95.1	355	86.6	341	83.2	367	89.5

表3 规范化管理前后高血压相关健康行为形成百分率(%)

时间	例数	盐≤6 g		不吸烟(或戒烟)		不饮酒(或偶尔饮酒)		运动≥5次/周	
		人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率	人数	百分率
管理前	152	46	30.3	100	65.8	69	45.4	66	43.4
管理后	410	174	42.4	304	74.1	229	55.9	217	52.9

2.3 3级高血压管理患者血压值变化情况

规范化管理后各级高血压管理患者平均收缩压、舒张压都有不同程度的下降。血压分级越高,规范化管理后血压下降的幅度越大(表4)。

表4 规范化管理前后高血压患者血压变化情况($\bar{x} \pm s$, mmHg)

分级		管理前	管理后	均数差
1级	SPB	147.3 ± 6.5	134.8 ± 9.6	12.5
	DBP	88.6 ± 6.7	82.9 ± 8.4	5.7
2级	SPB	159.7 ± 9.5	136.3 ± 12.4	23.4
	DBP	96.9 ± 7.3	86.1 ± 8.7	10.8
3级	SBP	179.4 ± 16.5	143.1 ± 15.6	36.3
	DBP	108.6 ± 10.8	84.6 ± 8.9	24.0
合计	SBP	158.7 ± 15.2	135.6 ± 11.3	23.1
	DBP	96.4 ± 9.4	85.9 ± 7.7	10.5

3 讨论

高血压是心脑血管病最主要的危险因素,已日渐

成为重要的公共卫生问题。我国人群正常血压(<120/80 mmHg)所占比例不到1/2^[3]。高血压发病和死亡是多种社会因素综合作用的结果,高血压仅靠医院诊疗和预防远远不够,必须重视并加强社区人群防治和对患者的管理。中英GTF合作项目引入国际循证医学成熟经验,针对基层医务人员知识基础薄弱,技术水平差距较大且能力有限等问题,推行循证实践要求的一些适宜技术和手段,运用于规范医疗服务与健康管理的整个过程。在社区推广科学有效的健康教育技术和模式,以及科学规范的疾病预防知识,使农村医务人员从接受循证医学过程中,逐步学会以更宽的视野审视自身服务实践活动^[4]。在对高血压人群健康管理过程中,应发挥医护人员的教育主体作用,提高医护人员自身素养,促进农村居民知识向健康行为转化^[5],这对提高农村高血压的诊疗效果和健康管理服务效果明显。本研究结果表明,

实施规范化管理后,高血压患者发现率从2.86%提高到7.70%,高血压患者的高血压知识知晓率、治疗率和血压控制率,以及服药依从性、健康生活方式、自我管理行为等均有明显提高或改变。高血压患者平均收缩压和舒张压分别降低23.1 mmHg和10.5 mmHg,并且管理前血压分级越高高血压下降幅度越大。

磐安是一个经济欠发达的山区小县,当地居民在日常生活劳作中形成固定的生活方式与观念,吃盐偏多,吸烟偏多,饮酒过多等问题根深蒂固,并且健康知识缺乏,自我管理意识不强。因此,做好临界高血压甚至血压正常人群的社区预防与高血压患者的健康管理两者同样重要。运用循证理念,在农村实施并推广高血压规范化管理,对提高农村高血压患者发现率以及对高血压患者的有效健康管理成效明显。

4 参考文献

[1] 王文,姚崇华. 高血压社区防治手册[M]. 北京:中国协和医科大学出版社,2007:1-38.

[2] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南[S]. 2011.

[3] 胡大一. 遵循《中国高血压防治指南》(2009年基层版)的社会实践意义[J]. 中华高血压杂志,2010(18):1-9.

[4] 毛荣宗,金大兴,郑燕娜,等. 在农村基层传播推行循证医学的尝试与思考[J]. 中国初级卫生保健,2011(25):5-3.

[5] 李益民,陆骏,宁丽,等. 应用知信行模式提高高血压患者治疗依从性的研究[J]. 中国农村卫生事业管理,2010(30):174.

(收稿日期:2013-10-15)

文章编号:1004-9231(2014)02-0088-02

· 妇幼卫生 ·

某院近三年剖宫产现状分析

曹敏,毛红芳,王海鸣(上海市嘉定区妇幼保健院,上海201821)

剖宫产是解决难产和某些产科合并症、挽救产妇及围产儿生命的有效手段。近年来一些非必须行剖宫产的产妇也因各种原因加入剖宫产队伍,使剖宫产率呈逐年增加的趋势,引起了社会的关注。我们统计2010—2012年在我院住院分娩的所有剖宫产产妇,对剖宫产率及剖宫产指征进行回顾性分析,探讨剖宫产率上升的原因,寻求相应的干预措施。

1 资料与方法

1.1 资料来源

2010年1月—2012年12月,在本区妇幼保健院住院分娩的产妇共计23 009例,剖宫产数10 408例,剖宫产率为45.23%。

1.2 方法

采用回顾性分析的方法,比较3年中剖宫产率及剖宫产指征的变化,当一产妇同时有几个指征时,以第一指征为主进行统计分析。

2 结果

2.1 3年分娩数与剖宫产率

剖宫产率由2010年的43.30%上升至2012年的48.21%,剖宫产率呈上升趋势(表1)。

表1 2010—2012年剖宫产率(%)

年份	分娩产妇数	剖宫产数	剖宫产率(%)
2010	7288	3156	43.30
2011	7615	3344	43.91
2012	8106	3908	48.21
合计	23009	10408	45.23

2.2 剖宫产指征

剖宫产指征分为10大类及其他,其他包括高龄初产、过期妊娠等。2010年剖宫产指征前3位依次为社会因素(33.79%)、胎儿窘迫(22.61%)、瘢痕子宫(17.85%);2011年前3位指征排序与2010年相同,构成比分别为33.58%、22.93%、19.07%;2012年前3位依次为社会因素(34.22%)、瘢痕子宫(21.66%)、胎儿窘迫(19.41%)。瘢痕子宫指征构成比呈逐年增高趋势(表2)。

基金项目:嘉定区卫生系统第三批学科(项目)
妇女与儿童保健学(ZD04)

作者简介:曹敏(1965—),女,主治医师。