

· 现场调查 ·

北京市 42 家社区医院血脂异常防治能力的评价研究

王文化 赵冬 曾哲淳 贾妍娜 刘颖 朱秀萍

【摘要】 目的 了解北京市 42 家社区医院血脂相关辅助检查和调脂药物的配备情况以及社区医生血脂异常的诊治水平。**方法** 于 2003 年 7-10 月采用面访和问卷调查的方法,访问北京市海淀区和朝阳区 42 家二级医院和一级医院主管业务的院长、检验科和药房负责人等,了解各医院血脂辅助检查的条件和药房调脂药物的配备情况,同时采用闭卷考试的方法对 42 家医院内科系统的 632 名医生进行了血脂异常临床有关知识及病例诊治水平的问卷调查。**结果** 100% 的社区医院可以检查血清总胆固醇和甘油三酯,87.5% 和 72.5% 的医院有他汀类和贝特类调脂药物,100% 的医院可以检测谷丙转氨酶和 40.0% 的医院可以检测血清肌酸激酶。社区医生正确回答血脂异常临床分型的比例为 5.2%; 为高胆固醇血症病例选择治疗方案的正确率为 53.7%, 制订降脂目标的正确率为 17.6%。**结论** 北京市社区医院的硬件条件基本上可以满足血脂异常防治的需求,要全面开展血脂异常的防治工作亟需提高社区医生的诊治能力。

【关键词】 社区医生; 血脂异常; 评价

A study on the capability of dyslipidemia diagnosis and treatment among 42 community hospitals in Beijing WANG Wen-hua*, ZHAO Dong, ZENG Zhe-chun, JIA Yan-na, LIU Ying, ZHU Xiu-ping. *Beijing Institute of Heart, Lung and Blood Vessel Diseases, Beijing 100029, China

【Abstract】 Objective To understand the use of lipidemia related assistant examinations and lipid-lowering agents, the clinical ability among physicians in district and community hospitals in Beijing, and to evaluate the capability of dislipidemia diagnosis and treatment in these hospitals. **Methods** A survey was carried out in 42 hospitals in Chaoyang and Haidian district, including 9 district level hospitals, and the rest were at the community level. Questionnaire survey and in-depth interview were used to collect information from the leaders of related departments in those hospitals. A total number of 632 physicians in those hospitals were investigated, using a close book examination. **Results** 100% of the hospitals could perform TC and TG tests; 87.5% and 72.5% of the hospitals had medications as statins and bile acid, respectively; 100% of the hospitals could test ALT and 40.0% of the hospitals could test CK. The correct rates of selecting treatment strategy and determining the appropriate treatment goals were 53.7% and 17.6%, respectively. **Conclusion** The hardware condition of community hospitals seem to have satisfied the implicit requirements of dyslipidemia evaluation and treatment but it was essential to improve the knowledge and ability among physicians in community hospitals.

【Key words】 Physicians in district and community hospitals; Dislipidemia; Evaluative

近二十年来人群平均血清胆固醇(TC)和甘油三酯(TG)的水平、血脂异常的患病率均明显增加^[1]。血脂异常患者需要到医院接受正规的治疗。根据我国正在逐步推行的“大病进医院、小病在社区”的就医模式,社区医院要承担血脂异常等慢性疾

病的检出和治疗的重任。所以,社区医院的硬件条件能否满足血脂异常防治的需求以及社区医生能否为就诊患者正确诊断和合理治疗是至关重要的。本研究系统的了解北京市社区医院血脂异常诊治相关辅助检查以及调脂药物的拥有情况,并对社区医生的知识和病例诊治水平进行了问卷调查,以期评估社区医院开展血脂异常防治工作的能力。

对象与方法

1. 研究对象:选择北京市近郊的海淀区和朝阳

基金项目:国家“十五”科技攻关课题资助项目(2001BA703B02)

作者单位:100029 首都医科大学附属北京安贞医院 北京市心肺血管疾病研究所流行病学研究室(王文化、赵冬、曾哲淳、贾妍娜);北京市海淀区卫生局医管中心(刘颖);北京市朝阳区医学会(朱秀萍)

区中由区卫生局主管的综合性一、二级医院进行调
查(不包括专科医院和中医医院)。在海淀区调查对
象为所有满足条件的医院,在朝阳区随机抽取与海
淀区医院级别基本匹配的医院。总共 42 家医院接
受了调查,其中二级医院 9 家(海淀区 5 家,占符合
条件医院的 100%;朝阳区 4 家,占符合条件医院的
100%),一级医院 33 家(海淀区 17 家,占符合条件
医院的 81%;朝阳区 16 家,占符合条件医院的
42%)。对参加调查的医院且调查日当班的所有内
科系列(包括心血管内科、神经内科、内分泌科、普内
科、中医科和全科)的医生均进行了问卷调查,共调
查医生 632 人(其中二级医院 253 人,一级医院 379
人),占样本医院所有内科系列医生的 77%。

2. 研究方法和内容:

(1)医院调查:2003 年 7-9 月采用面访和问卷
调查的方式,访问被调查医院的业务院长、检验科和
药房的负责人,了解各医院的血脂检查项目、调脂药
物副作用监测的项目和药房调脂药物的拥有情况等
内容,并填写调查问卷。共有 40 家医院完成了本项
调查,占样本医院的 95.2%。

(2)医生调查:采用不记名闭卷笔试的方法,在
海淀区卫生局医管中心和朝阳区医学会的协助下,
每家被调查医院指定专人负责,按规定安排调查(考
试)时间,本项目的研究人员分别对上述医院的医生
进行调查,要求在规定时间内完成答题任务,调查问
卷当场收回。

根据我国“血脂异常防治建议”的内容采用模拟
临床常见病例和知识测试相结合的方法设计调查问
卷^[2],聘请相关专家讨论和修改,并在北京市 2 家三
级医院和 2 家二级医院进行了预调查。主要内容有:
①被调查医生的一般情况;②血脂异常临床分类
和非药物治疗的相关知识;③血脂异常病例的处理:
问卷设计了 5 个临床常见的、不同情况的血脂异常
病例,要求医生为每个患者选择治疗方案,并写出降
脂治疗的目标值。

3. 资料整理和统计学分析:使用 Microsoft
Access XP 进行数据库设计和数据录入。根据中国
“血脂异常防治建议”的内容做出标准答案,对问卷
中的相关问题进行正确和错误的判断。同时对每份
问卷进行总分的计算,每份问卷的满分为 100 分,问
卷中总共有 16 个试题,每题按相同的权重计算分
数,正确得分,错误不得分;用总分作为评价医生血
脂异常诊治水平的综合指标。使用 SPSS 9.0 软件

进行统计分析,组间率的比较用 χ^2 检验,总分间的
比较用方差分析。

结 果

1. 社区医院的硬件条件:在被调查的 9 家二级
医院和 31 家一级医院共 40 家医院中,所有的医院
均能检查 TC 和 TG,87.5%和82.5%的医院可以检
查高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)和低密度脂蛋白胆
固醇(LDL-C)。所有医院均能对血脂异常患者伴有
的其他主要心血管病危险因素(如高血压、肥胖和糖
尿病)进行检查。有87.5%的医院拥有他汀类(包括
血脂康)调脂药物,72.5%的医院拥有贝特类调脂药
物。所有的医院均可以检查谷丙转氨酶,85.0%的
医院可以检查尿素氮,77.5%的医院可以检查血浆
肌酐浓度,40%的医院可以检查血清肌酸激酶;其中
二级医院可以检查血清肌酸激酶的比例明显高于一
级医院($P < 0.01$)(表 1)。

表1 北京市 40 家社区医院血脂异常防治的硬件条件状况

检查项目	二级医院	一级医院	合计	χ^2 值	P 值
血脂					
TC	9(100.0)	31(100.0)	40(100.0)	-	-
TG	9(100.0)	31(100.0)	40(100.0)	-	-
HDL-C	9(100.0)	26(83.8)	35(87.5)	1.659	0.258
LDL-C	9(100.0)	24(77.4)	33(82.5)	2.463	0.175
危险因素					
高血压	9(100.0)	31(100.0)	40(100.0)	-	-
肥胖	9(100.0)	31(100.0)	40(100.0)	-	-
糖尿病	9(100.0)	31(100.0)	40(100.0)	-	-
调脂药物					
他汀类	9(100.0)	26(83.9)	35(87.5)	1.660	0.198
贝特类	8(88.9)	21(67.7)	29(72.5)	1.564	0.399
烟酸类	9(100.0)	25(80.7)	34(85.0)	2.049	0.306
安全指标监测					
谷丙转氨酶	9(100.0)	31(100.0)	40(100.0)	-	-
血清肌酸激酶	8(88.9)	8(25.8)	16(40.0)	11.565	0.001
尿素氮	9(100.0)	25(80.6)	34(85.0)	2.049	0.306
血浆肌酐	9(100.0)	22(71.0)	31(77.5)	3.371	0.090

注:括号外数据为医院数,括号内数据为百分比(%)

2. 社区医生的状况:

(1)社区医生的一般情况:共有 632 名社区医生
参加了本调查,平均年龄 40 岁,24%为男性,76%为
女性;其中 42%的医生有本科及以上学历,32%
是大专学历,26%是中专学历;被调查医生中 15%
是高级职称,33%是中级职称,初级职称者占 52%;
二级医院高学历和高职称医生的比例明显高于一级
医院($P < 0.001$)(表 2)。

(2)社区医生血脂异常的知识及病例诊治水平:

根据我国“血脂异常防治建议”，血脂异常可分为四种类型，只有 5.2% 的医生能将四种类型均正确写出，而 44.8% 的医生完全不知道或回答错误。二级医院医生对血脂异常临床分型的回答情况优于一级医院 ($P < 0.001$) (表 3)。

表2 北京市 40 家社区医院医生的一般情况

状况	二级医院	一级医院	合计	χ^2 值	P 值
性别				0.153	0.775
男性	58(23)	92(24)	150(24)		
女性	195(77)	287(76)	482(76)		
学历				134.789	<0.001
本科及以上	177(70)	90(24)	267(42)		
大专	48(19)	151(40)	199(32)		
中专	28(11)	138(36)	166(26)		
职称				26.944	<0.001
高级	60(24)	37(10)	97(15)		
中级	86(34)	121(32)	207(33)		
初级	107(42)	221(58)	328(52)		

注：括号外数据为人数，括号内数据为百分比(%)

在对非药物治疗知识的选择上不同级别医院之间的比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。制订降脂治疗目标的正确率仅有 17.6%，选择治疗方法的正确率为 53.7%；二级医院医生制订降脂目标和选择治疗方案的正确率高于一级医院 ($P < 0.01$) (表 3)。

表3 医生回答关于血脂异常的知识及病例处理的正确数和正确率

处理分类	二级医院	一级医院	合计	χ^2 值	P 值
临床分型					
高胆固醇血症	152(60.1)	186(49.1)	338(53.5)	7.382	0.007
高甘油三酯血症	153(60.5)	180(47.5)	333(52.7)	10.256	0.002
低高密度脂蛋白血症	56(22.1)	66(17.4)	122(19.3)	2.170	0.151
混合型血脂异常	80(31.6)	73(19.3)	153(24.2)	12.631	<0.001
完全正确	15(5.9)	18(4.7)	33(5.2)	18.008	<0.001
完全错误	96(37.9)	187(49.3)	283(44.8)		
非药物治疗					
脂肪在总热能中的比例	80(31.6)	103(27.2)	183(29.0)	1.456	0.245
每日胆固醇摄入量	32(12.6)	41(10.8)	73(11.6)	0.497	0.526
病例处理					
病例处理数	1265	1895	3160		
降脂目标	253(20.0)	304(16.0)	557(17.6)	8.187	0.004
治疗方案	794(62.8)	904(47.7)	1698(53.7)	69.234	<0.001

注：括号外数据为回答正确人数，括号内数据为回答正确率(%)

表4 北京市 40 家医院不同学历和职称的医生血脂异常诊治知识的比较

诊治知识	学 历					职 称				
	中专	大专	本科	χ^2 值	P 值	初级	中级	高级	χ^2 值	P 值
临床分型完全正确率(%)	2.4	3.0	8.6	10.820	0.004	3.7	4.8	11.3	9.021	0.011
选择非药物治疗正确率(%)										
脂肪在总热能中的比例	24.7	25.1	34.5	6.809	0.033	28.0	27.1	36.1	2.890	0.236
每日胆固醇摄入量	12.0	11.6	11.2	0.066	0.967	12.5	11.1	9.3	0.819	0.664
病例处理正确率(%)										
降脂目标	9.3	16.6	18.0	12.593	0.002	11.3	18.8	21.1	17.312	<0.001
治疗方案	41.4	56.4	64.7	67.758	<0.001	50.8	59.9	64.9	24.046	<0.001
平均总分	25.3	33.5	42.9	39.278	<0.001	31.0	37.9	44.5	21.011	<0.001

(3) 医生的学历和职称对血脂异常诊治知识水平的影响：社区医生对血脂异常临床分型的正确率、制订降脂目标的正确率、选择治疗方案的正确率和平均总分随着学历的增加和职称的提高而增加。选择非药物治疗知识的正确率不同学历和职称之间未见有统计学差异 ($P > 0.05$) (表 4)。

讨 论

降脂治疗在心血管病一级预防和二级预防中的作用在 20 世纪 90 年代已经被许多大型的临床试验所证实。2001 年我国的一项全国调查显示，35~74 岁人群高胆固醇血症的治疗率仅为 11.6%~14.0%，控制率仅为 9.5%~11.3%，处于较低的水平^[3]。影响患者治疗率和控制率的因素主要包括：患者的依从性(如经济状况、对疾病的认识和担心药物的副作用等)和医院对疾病的防治能力。本研究是从血脂异常防治的硬件条件和社区医生对血脂异常的诊治水平两方面评价了社区医院血脂异常的防治能力。结果显示大部分社区医院的硬件条件基本上可以满足血脂异常患者的诊断、药物治疗和副作用的监测，而社区医生血脂异常的相关知识和对病例的诊治能力却存在较多的问题。

治疗性膳食改变在血脂异常的治疗中占有重要地位,以往的研究显示合理的膳食调整可以使大约 1/3 的高胆固醇血症患者血清胆固醇水平降至 220 mg/dl 以下^[4]。本研究显示社区医生对膳食治疗最主要的两个指标“脂肪在总热能中的比例”和“每日胆固醇摄入量”选择的正确率仅为 29.0% 和 11.6%。膳食治疗是血脂异常治疗的基础并且要贯穿于整个治疗过程中,但是要给患者科学的膳食指导却是一个非常复杂的过程。因此除了提高社区医生膳食治疗的知识外,为社区医生研制可操作性的膳食指导工具也是十分重要的。不同临床情况的高胆固醇血症患者(有无心血管病危险因素和冠心病及其危症等)十年内发生冠心病的绝对危险不同,据此,ATP III 和我国的“血脂异常防治建议”据患者的临床情况制定了不同的降脂治疗目标值^[5]。社区医生在为不同临床情况的高胆固醇血症患者制订降脂目标的正确率仅有 17.6%,因此,大多数患者即使进行合理的治疗也不可能获得最大的益处,更何况为患者选择治疗方法的正确率也仅有 53.7%。

虽然高学历和高职称的医生血脂异常的诊治水平明显优于低学历和低职称的医生,但也都存在着诸多问题。目前,社区医院低学历和低职称者所占

的比例较高,尤其是一级医院,36% 的医生仅有中专学历,58% 的医生是初级职称。这也是我国的实际情况,并且这一状况在短期内仍无法得到根本的解决。我国正在逐步实行的住院医师规范化培训、提高医生资格准入标准和增加医学院本科生的招生比例等措施,会逐渐提高社区医生的诊治水平。但目前的当务之急是应该通过继续医学教育提高医生的诊治能力,尤其是对低学历和低职称的社区医生,要探索符合他们实际情况的能有效提高其诊治能力的继续教育培训模式。

参 考 文 献

- 1 吴桂贤,吴兆苏,王薇,等. 1992-2002 年北京一组队列人群心血管病危险因素变化趋势研究. 中华心血管病杂志,2005,33:748-753.
- 2 中华心血管病杂志编委会血脂异常防治对策专题组. 血脂异常防治建议. 中华心血管病杂志,1997,25:169-175.
- 3 Jiang He, Dongfeng Gu, Kristi Reynolds, et al. Serum total and lipoprotein cholesterol levels and awareness, treatment, and control of hypercholesterolemia in China. Circulation,2004,110:405-411.
- 4 王文化,赵冬,刘斌,等. 高脂血症患者膳食干预效果评价. 中华心血管病杂志,2001,29:372-375.
- 5 Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. Executive summary of the third report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults (adult treatment panel III). JAMA,2001,285:2486-2496.

(收稿日期:2006-03-31)

(本文编辑:尹廉)

· 消息 ·

融百年成就 创无限未来——诺华疫苗公司进军疫苗市场

2006 年 7 月 11 日,主题为“融百年科技,创无限未来”的诺华流感疫苗发展战略会分别在北京、上海和广州市举行。会上诺华疫苗宣布成立并正式进军疫苗市场,同时发布了诺华疫苗在流感疫苗领域的发展战略。

诺华公司以其敏锐的眼光洞察到疫苗行业的市场前景,同时也深感作为全球知名制药厂商的义务与责任,2006 年 4 月 20 日诺华公司对具有尖端科技创新产品的疫苗厂商凯荣公司成功并购,成立了诺华疫苗。

诺华疫苗从诞生之日起就致力于提供创新优质的产品和服务,其优势来自于三个方面:首先,诺华疫苗的前身——凯荣是一家技术型公司,具有创新的疫苗领先技术、拥有百年的研发历史是其核心优势;第二,诺华公司作为生命科学行业的领导者之一,拥有成功的运营经验和完善的管理体系,能够为用户提供最为专业的服务;第三,诺华疫苗成立后产品营销模式将从以往凯荣“以产品为导向”转向诺华“以客户和市场为导向”的营销模式。融汇了凯荣百年研发实力和技术与诺华公司强大的资源及全球业务基础,新成立的诺华疫苗集先进产品与卓越营销,完备体系与专业服务于一身,面对全球流感暴发的潜在威胁时,诺华疫苗通过对技能和资源进行整合,增强了疫苗生产的可靠性和生产能力,以保证为消费者和患者提供安全高效的疫苗供应,包括季节性流感疫苗及可预防诸如 H5N1 等病毒引起的禽流感的疫苗。

诺华疫苗发布了诺华流感疫苗在中国的发展战略:在未来,将不断加大在疫苗研究和生产领域的资金、技术投入,力求通过引进更多、更新、更纯、更安全的尖端产品,与中国人民共同面对流感病毒的挑战。目前,诺华疫苗已经推出了拥有第三代技术的亚单位流感疫苗代表产品——爱阁力保®(Agrippal®)。作为第三代亚单位疫苗的代表,爱阁力保®无内抗原,无硫柳汞,有效减少了因上述元素积累可能导致的儿童神经系统发育紊乱等疾病的发生,具有高度的安全性,适用于各类体质及年龄段人群,在目前中国疫苗市场上为原装进口的流感疫苗。从 2007 年起,诺华疫苗将陆续向中国引入适用于老年人及高危人群的高效佐剂流感疫苗、最新的细胞组织培养流感疫苗,以及人用 H5N1 禽流感疫苗等新产品。同时,诺华疫苗建立了直接服务于中国市场和客户的营销团队,除了加强对疫苗市场和诺华产品使用者的服务之外,还将与中国疾病预防控制体系充分合作,开展流感疫苗接种的临床有效性、安全性和社会效益研究,为控制流感的流行提供决策依据。

作为全球生命科学行业的领导者,诺华公司秉承“承诺中华”的主旨,通过不断创新的产品与专业服务,致力于中国人民健康水平和生活质量的提高。诺华疫苗成立后,将能为中国疫苗市场提供更专业的服务,更充足的产品供应。同时诺华疫苗还将向中国市场引进更先进的疫苗产品,以更专业的服务、更创新的技术,为中国的疾病预防控制事业做出贡献。