

我国高血压管理与防控： 任重而道远

刘青青¹, 李丽琪², 冯玫²

1. 山西医科大学, 山西 太原 030001; 2. 山西医科大学附属山西大医院全科医学科

DOI:10.16439/j.cnki.1673-7245.2017.08.004

随着人口学的改变、疾病谱的变化,我国已经提前进入老龄化社会,慢性病成为我国疾病的主要死因之一,其中高血压的患病率逐年升高,造成的社会经济负担逐渐加重。我国对高血压等慢性病的管理正在将重点从治疗转向预防,在已经建立的由三甲医院、基层医疗卫生机构、专业公共卫生机构等组成的覆盖城乡的医疗卫生服务体系基础上进一步完善疾病管理体系。

1 我国部分地区高血压管理现状

目前,多数国家的高血压控制率都 $<50\%$ ^[1-2]。中国高血压患病率为25.2%,知晓率为46.5%,治疗率为41.1%,但控制率仅13.8%^[3]。中国台湾地区成年男性高血压患者控制率为21.0%,成年女性高血压控制率为28.5%^[4]。黑龙江省高血压患病率为25.7%,而高血压的知晓率、治疗率、控制率分别为48.9%、25.3%和4.3%^[5]。根据2006年辽宁省数据显示,辽宁省高血压患病率为29.4%^[6]。山东省高血压患病率为23.4%^[7],高血压的总体知晓率34.5%,治疗率为27.5%,总体控制率为14.9%。江苏省的高血压粗患病率为33.8%,标化患病率为25.0%。知晓率、治疗率和控制率分别为42.1%、34.1%和9.3%^[8]。湖南省2009年调查数据显示其高血压患病率为32.3%^[9]。根据2002年中国14省市高血压流行情况调查,河南及湖北地区高血压患病率分别为42.1%和26.0%^[10]。广西省2009年数据显示,广西省6市县高血压患病率为28.7%^[11]。贵州省2014年调查数据显示该省高血压的患病率为27.8%^[12]。可见我国人群高血压整体患病率较高,而知晓率、治疗率和控制率仍较低。

2 政府政策导向对高血压控制的影响

政府对慢性病控制的支持程度从政策导向、财政支持、人员分配等多方面直接影响其控制情况。政府支持力度较大的地区及卫生机构,政策改革趋向于更

适应当地当时的具体情况,财政支持力度大,人员、设备配备更完善。如上海市闵行区卫生局就曾探索过关于政策导向、财政支持对慢性病工作的影响,用直接经济支持鼓励基层医疗卫生服务机构对慢性病的防治,该政策辖区内的基本卫生机构在高血压管理、人员配备完善等方面优于之前^[13],这种项目管理模式将地区卫生局、疾控中心、社区卫生服务机构通过契约形式有机结合在一起,各司其职,社区卫生服务机构负责管理高血压,疾控中心进行项目指标完成的评价与检验,政府根据慢性病控制情况,下拨经费,通过经济杠杆作用,引起社区卫生机构领导对慢性病防控管理的重视,人员分配优化,人员素质增高,群众满意度增加,效果良好。张宇等^[14]研究显示,政府在经费、资源、人力上的投入促进了农村地区三级诊疗的实施与执行;完善的政策优化了患者的就医行为,相关政策间起到相互协同作用,对高血压等慢性病的控制起到多方面的作用。

3 基层全科医生的专业水平对高血压防控的影响

基层全科医生的专业水平中,高血压等慢性病的防治知识是最常用也最专业的专业知识。如上海市徐汇区通过开展全科医生高血压防治指南的培训,增加了社区医生的高血压相关知识,通过上级医院定期对辖区社区卫生机构医务人员的培训,经过专业培训的医务人员,能针对高血压给予规范化管理,高血压相关知识较未经专业培训的医务人员丰富^[15]。基层全科医生对生活行为方式改变的重要性、血压监测必要性的认识及对药物治疗与不良反应的对策均直接影响患者血压控制情况。王增武等^[16]的研究直接制定了“高血压规范化管理操作手册”,经过培训的全科医生在手册指导下管理高血压患者,被管理人群高血压控制率得到明显改善。

4 社区卫生服务方式对高血压防控的影响

高血压管理效果与社区卫生机构发展与服务方式是否完善有明显关系,社区卫生服务发展较好的社区高血压患者的控制率较社区卫生服务发展不完善的地

项目基金:山西省科技攻关项目(2013091003-0103)

通信作者:冯玫, E-mail: tyfengmei@vip.sohu.com

区控制率高。城市社区卫生服务较健全,全科医生可以根据患者疾病—社会—心理学因素制定完善的个体化诊疗方案,并且根据患者病情变化随时调整方案,在对患者进行健康教育、健康管理、血压按时监测、完善随访,以及对不健康行为方式进行干预等诸方面较农村地区全面,居民对高血压知识掌握程度高,依从性较高,控制率高于农村地区^[17]。

在社区卫生管理中,我国已有许多新型管理模式在高血压管理中取得了成果,社区服务站与居民居所邻近,社区全科医生与患者是邻居、朋友关系,更易获得患者的信任,更能从患者病情、并发症、伴发疾病、心理因素、经济情况等多方面给予方便且安全的用药指导。其中团队式管理(即有全科医生、预防保健人员、社区护士组成的综合管理团队)的高血压患者高血压知识掌握程度、高血压控制水平、实验室指标等均较普通管理方式更优^[18],这种团队式管理方式分工明确,团队内部合作密切,有专人负责专项工作,能对患者从高血压的病因、危险因素、靶器官损害、并发症、诊断、预后及治疗等方面进行健康教育,增加患者的知晓率,增强大众对高血压危害的理解,提高治疗及生活行为方式改变的依从性;并能按时通知患者随访或定期入户随访,监测血压,了解患者近期疾病控制情况,同时了解患者近期社会、心理等多方面健康影响因素,及时进行心理干预,避免因自行停药、心理焦虑抑郁等因素导致血压控制不佳。如河北开滦的高血压防治工作团队,由检验、保健、心血管临床科研和实验室组成强大的高血压防治监控团队,高效防治高血压,团队分工明确,提倡规范化治疗的同时,实行个体化管理,被管理人群心脑血管事件发生率降低,收到良好的社会效益^[19]。

健康管理专员的规范化高血压管理模式则更注重患者参与共同管理高血压,如上海市普陀区的健康管理专员对辖区高血压人群进行定期随访,并推广家庭自测血压,健康管理专员对患者在高血压自我健康管理中遇到的问题进行解答和指导,将血压控制不佳及需要进一步诊治的患者情况进一步与更高级别或专科人员进行沟通,及时转诊,这种管理模式提高了高血压的规范化管理率,强调患者自我参与,提高了患者的积极性以及降压治疗的依从性,高血压人群的血压控制情况、危险因素分层、代谢性疾病控制情况取得良好的效果^[20]。

目前,部分地区正在开展三甲医院支撑的社区卫生服务系统高血压健康管理,在三甲医院的指导下,社区全科医生能够更好地掌握最新、最全面的高血压治疗相关知识,能够给予社区居民最前沿的诊治方案,在拥有社区管理高血压优势的同时,将社区卫生服务提

高到更高层次^[1]。如深圳市福田区在深圳市第四人民医院指导下,开展高血压的个体、群体、系统 3 种血压管理模式,通过强化患者健康教育、云平台动态监测血压、各级医院医生联动综合管理高血压,对高血压的知晓率、治疗率、控制率均有积极的影响,这将成为我国分级诊疗、双向转诊的一个雏形^[21]。

5 地区经济水平对高血压防控的影响

经济欠发达地区的高血压治疗率、控制率低于经济发达地区。高收入人群高血压的服药率高于低收入人群^[22]。有研究发现,经济因素对高血压“三率”的影响在世界各国具有同样的规律,即发达国家的高血压知晓率、治疗率、控制率高于次发达国家,而这些国家中的城市地区高血压的知晓率、治疗率、控制率高于农村地区^[23]。这一规律在个人同样适用,社会经济地位会在一定程度上影响高血压的患病率,但是对男性和对女性有不同影响。根据对我国九省的成年居民高血压患病率影响的研究显示,男女性高血压患病率随着年龄增长而逐渐升高;社会经济地位评分与女性高血压患病率呈负相关,而与男性高血压患病率的关系尚需要进一步研究^[24]。在我国,高收入人群社会地位高,来自经济方面的压力较低收入人群低,在患病后,诊断、治疗方面更积极,受经济因素影响较低收入人群小,有更多人趋向于就诊于三甲医院,获得专科医生的管理和膳食、运动指导,相反,低收入人群在患高血压后更易就诊于邻近的社区医院,因为我国目前基层卫生服务水平分布不均匀,社区及个体医务人员水平参差不齐,部分患者不能得到专业的诊治、健康指导,部分地区和农村甚至使用城市地区已经因为不良反应等原因淘汰掉的降压药物,控制效果则不理想。

6 患者受教育程度对高血压防控的影响

研究发现,高血压患者的治疗依从性与患者学历并非直接相关(而依从性直接关系到血压的控制情况),其中中学学历患者依从性较高,小学及本科以上患者治疗依从性较低,考虑与小学学历患者知识及认知水平较低,本科及研究生以上学历自我意识强,但掌握的医学知识并不具有优势,且生活节奏快等方面有关^[25-26]。但总体而言,教育程度高的人群更容易接受健康教育内容,而文化水平相对较高,社会地位高的职业人群,如管理人员和干部对高血压的治疗依从性比工人、农民等更高,考虑职业因素仍与受教育程度及社会经济地位有关^[26]。因此,对不同人群的高血压知识宣教应有不同的侧重点,对受教育程度较低的群众健康教育时,应该使用通俗易懂的语言,多用比喻等手法,使用授课、发宣传单等,使之更易接受。而对受教

育程度较高的群众则可以适当使用术语,此外还可以通过不同媒介如网络、QQ、微信、微博等进行健康教育。

7 患者自我健康管理意识对高血压防控的影响

自我健康管理是在传统健康管理的基础上强调个体参与,通过给患者传授知识和健康促进方法,增强患者的自信心,提升自我管理疾病的积极性和管理能力。高血压患者自我健康管理能力由自我效能、高血压相关知识和对高血压的态度等方面决定^[27]。曾勇军等^[28]研究发现,行为方式与个体人口学特征及健康信念意识密切相关,通过健康教育提高健康信念意识,促其改变不良行为方式是当下预防控制慢性非传染性疾病的重要措施。患者自我效能越高,对自我行为方式的控制能力就越强,能够积极参加各类健康教育活动,对服药依从性更高,并能及时调整自己的心理问题,当血压控制不佳时,能够自觉就诊并遵医嘱调整治疗方案。高血压相关知识掌握越透彻,对高血压的机制、不良后果及进行降压后收益与不良反应越了解,就越能够积极配合医护进行降压治疗,在用药、换药、更改剂量时更愿意与医务人员沟通,共同寻找最佳解决方案。患者对待高血压态度越积极,血压控制水平则越高;相反,对自己病情持悲观、绝望或有抑郁症的患者,会出现治疗依从性下降,抑郁状态与高血压在心理、生理方面相互影响,更易因血压控制不佳出现心脑血管并发症^[29]。研究显示,通过家庭自测血压及通过自己学习到的高血压知识进行药物调整,患者的血压可以控制在更优水平^[30]。

8 总结与展望

目前我国基层医疗服务水平在地区间、城乡间存在很大差距,东部地区社区卫生服务功能比中、西部地区完善^[25]。我国基层卫生服务体系在国家保障制度、政府财政补偿、全科医生培养以及监督机制等多方面亟待发展^[31]。社区卫生服务是一种 WHO 提倡的实现初级卫生保健制度的形式和载体,通过社区卫生服务实施初级卫生保健,把卫生服务的重点从医疗转向预防,提倡早期预防^[32]。未来还需要通过全科师资的培训及对全科研究生及全科医师规范化培训,培养出一批高素质、高质量、合标准的全科医生;通过加快区域性医疗卫生信息平台建设,加快建立居民电子健康档案,推动电子健康档案和电子病历的连续记录和信息共享,逐步推进基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动的制度和机制建设,积极学习现在试行的优秀高血压管理经验,在实践中探索提高我国慢性病管理效率的重要方式。只有真正实现分级诊疗,才能使我国的高血压等慢性病管理工作从基层做好,使广大人民

受益,从而减轻国家的医疗负担。总结和学习高血压管理的成功和优秀模式,从而提高基层高血压管理水平。

参考文献

- [1] Paul A, James MD, Oparil S, et al. 2014 Evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the eighth joint national committee (JNC 8)[J]. JAMA, 2014, 311(5):507-520.
- [2] Ikeda N, Sapienza D, Guerrero R, et al. Control of hypertension with medication: a comparative analysis of national surveys in 20 countries[J]. Bull World Health Organ, 2014, 92(1):10-19C.
- [3] 王文, 隋辉, 陈伟伟, 等. 中国高血压防治工作的进步与展望[J]. 中华高血压杂志, 2016, 24(1):5-6.
- [4] Chiang CE, Wang TD, Li YH, et al. 2015 guidelines of the Taiwan Society of Cardiology and the Taiwan Hypertension Society for the management of hypertension[J]. J Formos Med Assoc, 2010, 109(10):740-773.
- [5] 傅世英, 李为民, 曹雅昊, 等. 黑龙江省高血压流行病学 50 年研究[J]. 中华内科杂志, 2009, 48(5):375-379.
- [6] 李欣, 李峻晶, 金旭伟, 等. 辽宁地区居民高血压流行现状[J]. 中国慢性病预防与控制, 2006, 14(2):94-97.
- [7] 王卉立, 鹿子龙, 郭晓雷, 等. 山东省 2011 年 ≥ 18 岁高血压患者知晓率、治疗率和控制率状况分析[J]. 中华流行病学杂志, 2013, 34(11):1055-1058.
- [8] 潘晓群, 吕淑荣, 向全永, 等. 江苏省居民高血压现状流行病学调查分析[J]. 江苏预防医学, 2010, 21(2):17-19.
- [9] 李光春, 金东晖, 刘加吾, 等. 湖南省人群高血压流行现状与相关因素的 Logistic 回归分析[J]. 实用预防医学, 2009, 16(6):1957-1958.
- [10] 赵秀丽, 陈捷, 崔艳丽, 等. 中国 14 省市高血压现状的流行病学研究[J]. 中华医学杂志, 2006, 86(16):1148-1152.
- [11] 唐振柱, 方志峰, 李忠友, 等. 1991-2009 年广西 6 市县 ≥ 18 岁居民高血压流行趋势分析[J]. 中华高血压杂志, 2015, 23(3):262-266.
- [12] 李凌, 周婕, 徐莉娜, 等. 贵州省城乡高血压病流行现状[J]. 中国健康教育, 2014, 30(5):407-410.
- [13] 苏华林, 许速黄, 倪倪政, 等. 项目管理模式对闵行区慢性病工作的影响分析[J]. 中国初级卫生保健, 2010, 23(10):8-9.
- [14] 张宇, 张鹭鹭, 马玉琴, 等. 基于系统动力学的农村人群就医选择行为模型干预研究[J]. 中国全科医学, 2010, 13(8A):2474-2476.
- [15] 张向杰, 王天浩, 张渊, 等. 上海市徐汇区全科医师开展基层版《中国高血压防治指南》培训的效果评价[J]. 中华全科医师杂志, 2014, 13(4):289-292.
- [16] 王增武, 王文, 王馨, 等. 社区高血压控制:方案及患者基线特点[J]. 中华高血压杂志, 2009, 17(11):921-924.
- [17] 唐雪峰, 关旭静, 吴先萍, 等. 2014 年四川省社区高血压和糖尿病患者健康管理服务现状调查[J]. 中华预防医学杂志, 2015, 49(7):591-594.
- [18] 何志宏, 韩铮铮, 高凤娟, 等. 社区团队式管理模式对高血压患者治疗效果的影响研究[J]. 中国全科医学, 2014, 17(2):192-194.
- [19] 河北开滦高血压防治团队[J]. 中华高血压杂志, 2012, 20(7):622-623.
- [20] 钱岳晟, 张怡, 张瑾, 等. 上海市普陀区高血压社区规范管理的模式和效果探讨[J]. 中华高血压杂志, 2012, 20(1):26-30.

- [21] 贾楠,伍贵富. 深圳市福田区清晨血压管理的社区模式[J]. 中华高血压杂志, 2015, 23(11):1025-1027.
- [22] 戴璟,杨云娟. 地区经济发展不平衡对高血压患病、知晓及治疗的影响研究[J]. 中国卫生经济, 2014, 33(12):70-72.
- [23] Chow CK, Teo KK, Rangarajan S, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in rural and urban communities in high-, middle-, and low-income countries [J]. JAMA, 2013, 310(9):959-968.
- [24] 马玉霞,张兵,姜微波,等. 社会经济地位对中国 9 省(区)成年居民高血压患病率影响的研究[J]. 中华高血压杂志, 2014, 22(8):775-779.
- [25] 杨洪华,师亚,唐懿芳,等. 高血压患者服药依从性的影响因素[J]. 中华高血压杂志, 2015, 23(10):989-991.
- [26] 郇玉珍,程金莲,杨志明,等. 1490 例高血压病人服药依从性的调查分析[J]. 护理研究, 2001, 15(5):256-257.
- [27] 张振香,李艳红,张秋实,等. 中年高血压患者自我管理现状及影响因素分析[J]. 中国全科医学, 2012, 15(2):117-119.
- [28] 曾勇军,郭腾飞,王华军,等. 公众健康信念及生活行为方式现状网络调查[J]. 中华高血压杂志, 2016, 24(6):535-540.
- [29] 吴宪明,孙跃民. 焦虑抑郁与高血压[J]. 中华高血压杂志, 2016, 24(2):188-191.
- [30] Penalzoza-Ramos MC, Jowett S, Mant J, et al. Cost-effectiveness of self-management of blood pressure in hypertensive patients over 70 years with suboptimal control and established cardiovascular disease or additional cardiovascular risk diseases (TASMIN-SR) [J]. Eur J Prev Cardiol, 2016, 23(9):902-912.
- [31] 陈喆. 聚焦我国城市社区卫生服务体系的现状及发展[C]. 2015 创新对接京津体制机制—京津冀协同发展论坛(对接京津与环首都沿渤海第 11 次论坛).
- [32] 刘毅,裴丽昆,何爱民. 从部分国家医疗保障制度模式看中国城市社区卫生服务[J]. 中国全科医学, 2003, 6(11):912-914.

收稿日期:2016-06-19 责任编辑:张刘锋

· 简 讯 ·

血清可替宁检测的无心血管病个体烟草暴露与亚临床心肌损害的关系

刘莉(译),叶鹏(摘、审校)

DOI:10.16439/j.cnki.1673-7245.2017.08.005

目前,包括二手烟在内的烟草暴露是过早死亡的主要可预防原因。血清可替宁是尼古丁在人体内进行初级代谢后的主要产物,是一种对烟草暴露高度敏感和特异的生物标志物,比自我报告的吸烟状况更为准确。虽然烟草暴露对心血管病危险因素(如动脉粥样硬化)或严重的心血管病结局(如心肌梗死)的有害影响已经确定,但其对亚临床心肌损害(subclinical myocardial injury, SMI)的影响尚不清楚,尤其是在非吸烟者中。因此,Ali 等纳入美国第 3 次全国健康与营养调查中 6664 名吸烟者和非吸烟者,测定其 SMI(12 导联心电图心肌梗死/损伤评分 ≥ 10 分)发生风险和血清可替宁水平异常($>15 \mu\text{g/L}$)的关系。结果发现,与血清可替宁水平正常者相比,血清可替宁水平异常者更易发生 SMI(25.9%比 19.6%, $P<0.01$)。调整

年龄、性别、种族、肥胖、糖尿病、高血压和血脂异常后,多因素 Logistic 回归分析结果表明,与血清可替宁水平正常者相比,血清可替宁水平异常与 SMI 风险增加 61%相关[OR(95% CI)=1.61(1.40~1.85), $P<0.01$]。该相关性在吸烟者、女性、非糖尿病和非肥胖者中更强。该研究结果显示,升高的血清可替宁水平与没有心血管病个体的 SMI 风险增加相关,且这种关联在某些人群中更强。这些发现强调了主动和被动烟草暴露对心血管系统均有害,并强调需要考虑在高风险群体中进行个性化风险评估。[Ali M, Li Y, O'Neal WT, Soliman EZ. Tobacco exposure as determined by serum cotinine and subclinical myocardial injury in individuals free of cardiovascular disease. *Am J Cardiol*, 2017 (Epub ahead of print).]