

高血压防治指南基层版发布

社区开展高血压防治工作有了统一的技术规范和培训教材。1月8日,卫生部疾病预防控制局、国家心血管病中心、中国高血压联盟联合发布2009年基层版《中国高血压防治指南》,同时启动“燎原计划—中国高血压基层指南万里行”活动,1月中旬将相继以上海、广州为主会场,同步辐射全国30个城市,力争在3年内对全国30个城市社区和乡村卫生服务机构进行高血压防治和指南应用有关培训。

卫生部疾病预防控制局副局长孔灵芝指出,当前,中国高血压防治的首要任务是提高人群高血压防治的知晓率、治疗率和控制率,而大部分高血压患者就诊于城镇社区和乡村医疗卫生服务机构,提高高血压“三率”的关键是在基层高血压的检出、诊断评估、治疗和管理。孔灵芝介绍,基层医生尤其是乡村医生对于高血压防治知识和技能掌握不足、缺乏统一的培训教材等问题,造成高血压基层防治工作混乱。“基层指南”为深入医改提供了技术支持,从科学防控角度提出基本规范和流程,可帮助基层医生实施规范化管理。世界高血压联盟主席刘力生教授表示,为了解决上述问题,此次基层版指南删减了传统指南里罗列的最新循证医学证据、流行病学研究等内容,凸显了高血压检出、诊断评估、治疗和管理能力的重要性。

中国高血压联盟秘书长、中国医学科学院阜外心血管病医院内科王文教授介绍,基层版指南中首次提出针对不同危险分层高血压患者的分级管理方案、针对低收入患者制订价格低廉的药物组合方案、高血压合并糖尿病等具体疾病的药物治疗参考方案等多项内容。特别是针对76%的基层卫生人员反映高血压危险分层复杂的问题,基层版指南将高血压危险分层简化为低危、中危、高危三层。王文教授解释说,将传统指南中的高危和极高危合并为高危,是为了方便基层卫生人员记忆,但并不影响最终治疗方案的制订。

基层版高血压防治指南解读

阜外医院王文教授就其中的要点进行了如下解读:

1. 指南简化了危险分层。即将原来的高危与极高危合并为高危。低危:高血压1级,无其他危险因素;中危:高血压2级,或高血压1级伴1~2个危险因素;高危:高血压3级,或高血压1~2级伴≥3个危险因素,或伴靶器官损害的任何一项,或伴临床疾患任何一项。

2. 分档次进行化验检查。危险分层的检查评估指标分两个档次:基本要求和常规要求。基本要求适用于部分条件差的社区卫生服务站和乡村卫生站,应当完成血压测量、身高体重/腰围测量,询问年龄、吸烟状况、血脂情况、体力活动情况、早发家族史、心脑血管病病史、糖尿病等。常规要求,即在有条件的医疗机构还应当完成的有关化验检查指标,如空腹血糖、血脂、肌酐、血常规、尿常规、心电图、X胸片、超声检查,尽可能完成尿微量白蛋白、眼底、动脉僵硬度等检查。

3. 强调药物联合治疗。基层指南推荐了降压药联合治疗参考方案。药物治疗原则:①初始小剂量单药或小剂量两种药联合治疗;②常用降压药,如钙拮抗药、ACEI、ARB、利尿药、β阻滞药;③降压药的选择要根据病情和患者意愿结合经济承受能力选择适合的药物,并掌握药物治疗的禁忌证和适应证;④传统固定复方制剂的联合治疗方案,虽然存在争议,但因其有明确的降压作用,且价格低廉,仍可作为基层降压药。

4. 及时发现高血压患者。①患者的检出,建议正常成人每2年至少测量血压1次,并利用各种机会筛查,35岁以上人群首诊测血压;高血压易患人群建议每半年测血压1次。②诊断与评估,非同日3次测量血压,血压≥140mmHg和/或≥90mmHg可诊断为高血压;非同日3次,一般指间隔2周测量1次。③初诊高血压的评估,3级高血压或伴发心脑血管病等高危患者,立即开始药物治疗;1~2级高血压患者伴头晕等不适症状的,考虑小剂量药物治疗。

5. 降压达标最关键。老年高血压降压治疗的收缩压目标<150mmHg,一般高血压降压治疗的血压目标为<140mmHg和/或<90mmHg。糖尿病、脑血管病、稳定性冠心病、慢性肾脏病患者(均为高危)血压降至130/80mmHg以下。基层指南强调如能耐受,以上全部患者血压水平还可进一步降低,建议尽可能降至120/80mmHg以下。关于血压达标时间,基层指南建议:一般情况下,1~2级高血压争取在用药4~12周血压逐渐达标,并坚持长期达标,但患者耐受性差或老年人血压达标时间可适当延长。

摘自《健康报》