

血压正常不等于患者安全

●周生来

5月17日是世界高血压日。最新数据显示,我国18岁以上成人高血压患病率已达27.5%,患者总数超过3亿人;知晓率仅为51.6%,治疗率为45.8%,控制率则只有16.8%。

这意味着,我国仍有大量高血压患者长期处于“知道患病却未规范管理”“正在治疗却未真正实现有效控制”的状态之中。由此带来的心肌梗死、脑卒中、肾功能衰竭等严重后果,不仅直接影响患者生命质量,也正在成为沉重的家庭负担和社会负担。

高血压从来不是单纯的“数值疾病”

近年来,随着健康知识的普及,越来越多的人已经认识到,高血压需要长期服药,不能随意停药。很多患者也确实坚持服药,并定期测量血压。当看到血压数值“正常”时,便认为问题已经解决。

然而,现实情况却并非如此。许多患者虽然长期服药,血压看上去也并不高,最终仍然发生了脑卒中、心肌梗死,甚至在无明显症状的情况下肾功能受损。

为什么“血压正常”了,患者仍然会发生严重并发症?问题究竟出在哪里?

当前高血压防治中最大的误区,就是将“血压数值正常”等同于“疾病已经控制”。这种认知偏差,不仅存在于患者群体之中,甚至在部分医务人员中也同样存在。

高血压从来不是单纯的“数值疾病”,而是一种由长期生活方式异常所导致的慢性系统性疾病。降压药物的主要作用,是将血压暂时降至目标范围,但不能自动修复已经受损的血管,更无法替代对不良生活方式的系统性干预。

很多患者认为,只要血压降到140/90毫米汞柱以下,就“安全”了。但事实上,很多患者血压正常,但血管仍持续受损;数值“好看”,但心脑血管事件依然可能发生。这也是我国高血压控制率长期处于较低水平的重要原因——问题并不完全在于药物本身,而在于很多患者只关注“数值”,却忽视“行为”;医生只重视“治病”,却忽视“管人”。



图片来源:视觉中国

事实上,血压的长期波动和隐匿性损伤,往往比单纯的血压升高本身更加危险。那些“按时吃药却依然发生意外”的患者,大多陷入了“数值达标等于疾病痊愈”的认知误区。

慢病不仅要治、要防,更要管

我国高血压防治长期存在三大痛点,即知晓率低、治疗率低和控制率低。但在我看来,很多人其实并没有真正理解这“三率”的内涵。

所谓知晓率低,并不仅仅意味着“不知道自己患病”。现实中,大量患者已经明确知道自己患有高血压,但依然不愿主动改变不良生活方式,饮食、作息和情绪管理依旧放任自流。“知道”并不等于“管住”。

所谓治疗率低,也不仅仅意味着“不吃药”。许多患者将服药视为治疗的全部,却忽视了慢病管理本身是一项长期工程。治疗只是第一步,终身管理才是核心。“吃药”并不等于“治疗完成”。

所谓控制率低,也不仅是药物选择的问题。很多患者虽然血压数字暂时达标,但由于缺乏生活方式干预、缺乏长期随访管理、缺乏风险分层评估,其所谓“控制”往往只是纸面上的“达标”。“数值正常”并不等于真正“控制住了”。

因此,笔者始终强调一句话:“慢病不仅要治、要防,更要管。”

所谓“管”,并不是让患者完全依靠自觉管理自己,而是要建立真正的慢病管理体系。患者应拥有固定的医生团队、长期随访机制以及专业疾病管理人员,对疾病进行持续干预和动态管理。患者忘记复查时,应当有人提醒;患者准备随意停药时,应当有人干预;患者未科学饮食、合理运动时,也应当有专

业人员给予精准指导。

六大非药物处方:这才是真正的“控压”

早在2004年,笔者就提出,高血压患者获得的不应只有药物处方,还应同时拥有“六大非药物处方”。

第一,是个性化疾病教育处方。其核心在于帮助患者真正认识高血压的终身性特点,明确高血压管理的目标并非“短期达标”,而是长期平稳控压和规避靶器官损伤。同时,要纠正“血压降了就停药”“没有症状就不用管”等错误观念,从根本上提升患者依从性。

第二,是营养处方。营养管理绝不仅仅是简单一句“少吃盐”,而是要根据患者体重、肾功能及饮食习惯进行个性化设计,包括每日盐摄入量、钾摄入结构以及具体饮食方案。

第三,是运动处方。运动并非强度越大越好。对于高血压患者而言,运动方式、运动频率和运动强度都应实现个体化。相较于盲目进行高强度运动,温和、规律、长期坚持的运动方式更加重要。

第四,是睡眠处方。长期熬夜、睡眠障碍以及打鼾等问题,均可能诱发夜间高血压,并成为清晨心脑血管事件的重要诱因。因此,规范作息、改善睡眠质量,必要时干预睡眠呼吸暂停综合征,对于稳定血压同样十分关键。

第五,是心理处方。长期焦虑、易怒以及精神压力过大,会导致交感神经持续兴奋,从而引发血压波动。情绪剧烈变化所导致的血压骤升,也是诱发心脑血管意外的重要原因。因此,心理干预同样是慢病管理的重要组成部分。

第六,是中医非药物处方。针灸、

推拿、按摩等中医特色疗法,可以作为综合管理的重要补充,与药物治疗及其他非药物干预共同形成协同作用。

高血压管理真正的难点,在于能否建立长期、持续、个体化的综合干预体系。生活方式干预不能仅依赖公共卫生层面的群体倡导,更需要精准化、个体化的临床干预。简单一句“管住嘴、迈开腿”,并不能真正解决患者的个性化问题。

需要改变的是医疗体系对于慢病管理的理念

目前,我国大量医疗机构仍未真正建立高血压专科管理体系。很多医院对高血压的诊疗,仍停留在“开药即可”的阶段。患者来了,医生开完药,患者离院之后,是否规律服药、是否按时复查、生活方式是否真正改善,往往缺乏持续跟踪。这种模式适合急性病,但并不适合慢病管理。

此外,将慢病管理简单下沉至社区卫生服务中心和乡镇卫生院,也并非完全合理。对于高危高血压患者而言,仅依赖基层管理往往难以满足需求。真正合理的分级管理模式应是:高危患者,由区县及以上医院高血压专科医生直接管理;中低危患者,则在专科医生指导下,由基层医疗机构开展日常随访与健康管理。

因此,未来高血压防治体系建设,应像胸痛中心、卒中中心建设一样,在县区级医院建立标准化高血压专科,把慢病防治真正前移至基层主战场。高血压专科不应只是“一次性看病”,而应建立固定医患关系,实现预约随访、长期跟踪和全病程管理。

世界高血压日再次提醒我们:真正需要改变的,不只是患者的生活方式,更是整个医疗体系对于慢病管理的理念。

血压正常,不等于患者安全。真正的安全,是疾病获得长期稳定控制,是患者真正建立健康的生活方式,是医疗机构能够持续开展规范化管理,也是患者愿意长期主动配合治疗与随访;同时,医院不再只关注“开药”,还关注患者的全病程健康管理。

(作者系中国健康管理协会全民健康管理工程委员会主任委员)