

# 上海市长宁区社区高血压患者治疗状况调查

岳静雯 蒋利金 燕卜军 沈泽宁

doi:10.3969/j.issn.1673-6583.2017.04.014

近年来中国高血压的患病率呈上升趋势,由 2002 年的 27.2% 上升为 2010 年的 33.5%<sup>[1-2]</sup>,高血压治疗率和控制率仍处于较低水平。中国慢性病前瞻性研究显示,中国 10 个地区高血压的治疗率和控制率分别为 36.1% 和 12.4%<sup>[3]</sup>。城市的高血压控制情况要优于全国平均水平,上海的一项研究显示社区老年高血压的控制率为 56.4%<sup>[4]</sup>,武汉的一项社区调查表明高血压的控制率为 33.27%<sup>[5]</sup>。但这些研究评估的是整体高血压患者控制情况,缺少对高血压合并相关疾病的分层分析,也没有评估社区医师的临床能力,本研究采用横断面调查法,了解社区高血压患者的分层治疗和社区医生对高血压的判断情况,探索高血压社区管理的重点。

## 1 对象与方法

### 1.1 研究对象

选择上海市长宁区北新泾、仙霞、新泾 3 个社区的已纳入“长宁健康管理平台”系统中高血压慢病管理的患者,按照数据库入库时间连续入组,并完成基线调查。纳入标准:(1)年龄 35~85 岁;(2)能正确理解调查表含义。排除标准:(1)恶性肿瘤;(2)严重精神疾病;(3)长期卧床或不能独立行走;(4)合并严重肝肾功能损害;(5)本人拒绝随访。所有研究对象都签署知情同意书。

### 1.2 方法

采用调查者与研究对象一对一现场问卷和体格检查的形式收集资料。问卷者为社区全科医生和护士,由上海市同仁医院心内科课题小组制定统一的调查表并对调查者进行培训。调查表包括以下内容。

(1)问卷调查:包括人口学资料(性别、年龄、婚姻状况、文化程度、个人月收入等)和临床资料(是否吸烟,是否伴有糖尿病、慢性肾功能不全、稳定性冠状动脉粥样硬化性心脏病(冠心病)、血脂异常,降压药的使用情况)。(2)体格检查:包括身高、体质量、血压指标,其均为安静时在诊室测量结果。(3)社区全科医生对调查对象血压是否达标做出判断并记录。

慢性肾功能不全的诊断参考 2002 年 KDOQI-CKD 标准,肾小球滤过率 $<60\text{ mL}/(\text{min}\cdot 1.73\text{ m}^2)$ 为慢性肾功能不全<sup>[6]</sup>;稳定性冠心病指除急性冠脉综合征以外的冠心病,包括微血管性心绞痛、变异性心绞痛、稳定性心绞痛和陈旧性心肌梗死<sup>[7]</sup>;血脂异常包括血清总胆固醇 $\geq 5.2\text{ mmol/L}$ 、或低密度脂蛋白胆固醇 $\geq 3.4\text{ mmol/L}$ 、或高密度脂蛋白胆固醇 $<1\text{ mmol/L}$ 、或三酰甘油 $\geq 1.7\text{ mmol/L}$ 及正在服用调脂药者<sup>[8]</sup>;单纯高血压为高血压不伴有糖尿病、稳定性冠心病或慢性肾功能不全。

降压目标:单纯高血压 $\geq 65$ 岁为 $<150/90\text{ mmHg}$ , $<65$ 岁为 $<140/90\text{ mmHg}$ ;高血压伴糖尿病、稳定性冠心病或慢性肾功能不全为 $<130/80\text{ mmHg}$ <sup>[9]</sup>;按照以上标准统计调查对象的血压达标率为实际达标率。

### 1.3 统计学分析

采用 SPSS 17.0 软件进行统计分析。计数资料采用均数 $\pm$ 标准差表示。计数资料以%表示,采用卡方检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 人口基线资料和临床情况

本研究共纳入高血压患者 5 000 例,剔除资料不全者,实际分析样本 4 883 例,合格率 97.7%。男性 2 072 例、女性 2 811 例,男女比例为 0.74:1;平均年龄 $(68.39\pm 8.76)$ 岁。高血压患者女性多于男性。本研究观察的 4 种伴发疾病情况见表 1。

基金项目:上海市科委基金(134119b2200)

作者单位:200127 上海交通大学医学院附属仁济医院心内科(岳静雯,卜军);200336 上海交通大学附属同仁医院心内科(蒋利金,燕,沈泽宁)

通信作者:沈泽宁,Email:szn0136@163.com

表 1 高血压患者临床情况

临床指标	
收缩压/mmHg	134.30±12.15
舒张压/mmHg	79.82±7.46
体质量指数/kg·m <sup>2</sup>	24.66±3.62
伴发疾病/例(%)	
血脂异常	2 103(43.1)
糖尿病	1 609(33.0)
稳定性冠心病	552(11.3)
慢性肾功能不全	181(3.7)
吸烟/例(%)	967(19.8)

表 2 高血压的治疗率和达标率/例(%)

	治疗率	社区医生判断达标率	实际达标率
总体(n=4 883)	4 005(82.0)	3 458(70.8)	1 893(38.8)
单纯高血压(n=2 834)	2 291(80.8)	1 986(70.1)	1 726(60.9)
<65 岁(n=925)	740(80.0)	668(72.2)	517(55.9)
≥65 岁(n=1 909)	1 551(81.2)	1 318(69.0)	1 209(63.3)
伴发疾病(n=2 049)	1 714(83.7)	1 474(71.9)	167(8.2)
合并糖尿病(n=1 609)	1 344(83.5)	1 147(71.2)	119(7.4)
合并稳定性冠心病(n=552)	479(86.8)	423(76.6)	52(9.4)
合并慢性肾功能不全(n=181)	158(87.3)	130(71.8)	18(9.9)

2.3 用药情况

按照降压药种类的使用频次排序,依次为钙离子拮抗剂(CCB)2 252 例(46.5%)、血管紧张素受体拮抗剂(ARB)1 507 例(31.1%)、α/β 受体阻滞剂 353 例(7.3%)、血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)346 例(7.1%)、复方制剂 313 例(6.4%)、利尿剂 75 例(1.6%)。单药治疗 3 037 例(62.2%),联合用药(含复方制剂)968 例(19.8%)。

3 讨论

我国高血压患者众多,大多数患者就诊于社区,因此高血压的防控重点应放在社区。本研究显示,长宁区社区高血压调查对象的治疗率为 82%,血压控制<140/90 mmHg 占 66%,高于国内 33.6%的平均水平<sup>[10]</sup>,也高于美国(54.1%)和意大利(33.5%)的血压控制率<sup>[11-12]</sup>,说明长宁区社区高血压控制较好,这与发达地区经济文化、医疗条件、民众素养较高等有关。

尽管众多的指南均推荐降压目标应结合危险因素、靶器官损害、合并疾病作分层管理,但实际控制情况差距甚远。本研究显示,单纯高血压人群血

2.2 高血压的治疗率和控制率

4 883 例患者中 2 834 例为单纯高血压,2 049 例合并糖尿病、稳定性冠心病、慢性肾功能不全中的至少一种疾病。4 005 例患者使用降压药,药物治疗率 82.0%。按照年龄、伴发疾病分层后的治疗率、社区医生判断血压达标率及实际达标率见表 2。社区医生判断总人群中 70.8%的患者血压达标,实际 66%的患者血压<140/90 mmHg,按照年龄、伴发疾病分层后统计实际达标率仅为 38.8%,社区医生对血压达标率的判断存在高估。

压达标率为 60.9%,而合并糖尿病、稳定性冠心病或慢性肾功能不全的高血压人群血压<130/80 mmHg 达标者仅占 8.2%。主要是社区医师对高血压合并危险因素时血压的控制目标不明确,导致判误。

本调查还发现 CCB 为最常用的降压药,单药治疗比例高。有研究曾对 22 个地区 300 家三甲医院的高血压用药情况进行统计,联合用药的比例为 54.1%<sup>[13]</sup>,明显高于本研究。原因一方面可能为社区高血压患者以轻、中度为主,重度、难治性高血压患者常在上级医院就诊;另一方面社区用药不太规范。

社区高血压达标率不理想可能是由于以下原因:(1)合并糖尿病、稳定性冠心病和慢性肾功能不全的高血压患者较单纯高血压患者管理困难,患者往往需要服用多种药物,故依从性差;(2)以单药治疗为主,联合用药的比例较低;(3)社区医师不清楚不同高血压危险分层患者的血压达标值,导致药物治疗不充分。因此,社区高血压疾病管理重点是:加强社区医师专业培训,强化其血压达标意识;通过全科医护团队,加强患者高血压相关知识科普教育,增强患者依从性。

## 参 考 文 献

- [1] 顾东风, Jiang He, 吴锡桂, 等. 中国成年人高血压患病率、知晓率、治疗和控制状况[J]. 中华预防医学杂志, 2003, 37(2):84-89.
  - [2] 李鑑冲, 王丽敏, 姜 勇, 等. 2010 年中国成年人高血压患病情况[J]. 中华预防医学杂志, 2012, 46(5):409-413.
  - [3] 郭 杰, 余灿清, 吕 筠, 等. 中国 10 个地区人群高血压患病率、知晓率、治疗率和控制情况分析[J]. 中华流行病学杂志, 2016, 37(4):469-474.
  - [4] 翁婷雯, 张 煜, 谈中茹, 等. 上海社区老年人群高血压患病情况及其相关危险因素流行病学基线调查[J]. 老年医学与保健, 2012, 18(5):297-299.
  - [5] 李 芳, 郭 燕, 王 亮, 等. 社区高血压患者血压控制现状及影响因素[J]. 公共卫生与预防医学, 2014, 25(5):100-102.
  - [6] National Kidney Foundation. K/DOQI clinical practice guidelines for chronic kidney disease: evaluation, classification, and stratification[J]. Am J Kidney Dis, 2002, 39(2 Suppl 1):S1-S266.
  - [7] Montalescot G, Sechtem U, Achenbach S, et al. 2013 ESC guidelines on the management of stable coronary artery disease: the Task Force on the management of stable coronary artery disease of the European Society of Cardiology [J]. Eur Heart J, 2013, 34(38):2949-3003.
  - [8] 中国成人血脂异常防治指南修订联合委员会. 中国成人血脂异常防治指南(2016 年修订版)[J]. 中国循环杂志, 2016, 31(10):937-950.
  - [9] 中国高血压防治指南修订委员会. 中国高血压防治指南 2010 [J]. 中华心血管病杂志, 2011, 39(7):579-616.
  - [10] 郭艺芳. 我国高血压防控现状的最新数据与启示[J]. 中华高血压杂志, 2016, 24(6):504-504.
  - [11] Members WG, Mozaffarian D, Benjamin EJ, et al. Heart disease and stroke statistics—2016 update: a report from the American Heart Association[J]. Circulation, 2015, 133(4):e38-e360.
  - [12] Giannattasio C, Cairo M, Cesana F, et al. Blood pressure control in Italian essential hypertensives treated by general practitioners [J]. Am J Hypertens, 2012, 25(11):1182-1187.
  - [13] 胡大一, 刘力生, 余金明, 等. 中国门诊高血压患者治疗现状登记研究[J]. 中华心血管病杂志, 2010, 38(3):230-238.  
(收稿:2017-03-25 修回:2017-06-04)  
(本文编辑:丁媛媛)
- 
- (上接第 244 页)
- [15] San Norberto García EM, Taylor JH, Cenizo N, et al. Beneficial effects of intra-arterial and intravenous prostaglandin E1 in intestinal ischaemia-reperfusion injury [J]. Interact Cardiovasc Thorac Surg, 2014, 18(4):466-474.
  - [16] Hsieh CC, Hsieh SC, Chiu JH, et al. Protective effects of N-acetylcysteine and a prostaglandin E1 analog, alprostadil, against hepatic ischemia: reperfusion injury in rats[J]. J Tradit Complement Med, 2014, 4(1):64-71.
  - [17] Mahmoud IM, Hussein Ael-A, Sarhan ME, et al. Role of combined L-arginine and prostaglandin E1 in renal ischemia-reperfusion injury [J]. Nephron Physiol, 2007, 105(4):57-65.
  - [18] Gibson CM, Murphy SA, Rizzo MJ, et al. Relationship between TIMI frame count and clinical outcomes after thrombolytic administration[J]. Circulation, 1999, 99(15):1945-1950.
  - [19] Shimoni S, Frangogiannis NG, Aggeli CJ, et al. Microvascular structural correlates of myocardial contrast echocardiography in patients with coronary artery disease and left ventricular dysfunction implications for the assessment of myocardial hibernation [J]. Circulation, 2002, 106(8):950-956.
  - [20] Kajander S, Joutsiniemi E, Saraste M, et al. Cardiac positron emission tomography/computed tomography imaging accurately detects anatomically and functionally significant coronary artery disease [J]. Circulation, 2010, 122(6):603-613.  
(收稿:2017-03-30 修回:2017-06-01)  
(本文编辑:丁媛媛)