

我国高血压社区防治进展——技术、策略与实施

陈伟伟

(卫生部心血管病防治研究中心 中国医学科学院 阜外心血管病医院, 北京 100037)

Evolution of Community Prevention and Control of Hypertension in China: Techniques, Strategies and Implementation

CHEN Wei-wei

(National Center for Cardiovascular Diseases, Fuwai Hospital of Chinese Academy of Medical Sciences, Beijing 100037, China)

文章编号: 1004-3934(2010)03-0322-05

中图分类号: R544.1

文献标识码: A

DOI: 10.3969/j.issn.1004-3934.2010.03.002

摘要: 面对严峻的高血压流行现状,我国高血压社区防治工作经过了 40 年的探索与实践,从最早的人群防治首钢模式,到规模化的全国高血压社区规范化管理,各种层面的高血压社区人群防治工作取得明显的试点成效。而且,以《中国高血压防治指南》的制订与推广为标志的高血压防治技术规范日趋成熟。预防为主,防治结合,实现高血压人群防治的战略前移和战线下移策略明确。实现我国高血压的防控,关键是社区人群防治由点及面地在全国层面推广实施。

关键词: 高血压;预防与控制;社区;指南;策略

Abstracts: Facing the crucial situation of epidemiology of hypertension, intervention study of community prevention and control of hypertension in China has been performed in the past 40 years. From the well-known "capital steel corporation mode" in 1969 to large scale "Hypertension Control in Communities (HCC)" in 2009, such study has been proven effective. As a major breakthrough, "the guidelines for prevention and control of hypertension (1999 trial)" signified the maturity of relevant techniques and skills. This model cares for people rather than disease, gives priority to prevention, put prevention and treatment into one system, and combines 'forward movement' and 'downward movement' as brought forward by the policy-makers. As a summary, the community prevention and control in every level of the country is a key to prevent and control hypertension.

Key words: hypertension; prevention and control; community; guidelines; strategy

我国居民高血压患病率持续上升,近年来居民高血压患病人数更是呈“井喷”状快速增长。高血压病已经成为严重威胁国民生命和健康的主要疾病。居民中普遍存在的不良生活方式,体力活动减少和饮食结构不合理,加上老龄化和城市化进程的加快,使我国面临的高血压防控形势显得异常严峻。

四十多年来,我国高血压防治研究和社区人群防治实践证明,高血压是可防可治的疾病,而且防治技术成熟,国家防控策略明确,关键在于有效地实施。开展以基层社区为平台的高血压人群防控,依循防治指南,由点及面地推广高血压规范化管理,能有效地防控高血压及其并发症的严重危害。现就我国高血压防控技术进步、策略选择和防控措施的实施作简要的回顾与展望。

1 我国高血压防治技术日趋成熟

高血压防治技术,最本质的就是《中国高血压防治指南》及其在防治指南指导下的一系列防治规范的建立与实施。我国高血压防治指南制定工作起步早,

在我国高血压防治专家刘力生教授的领导下,组织全国高血压防治专家于 1999 年制订颁布了《中国高血压防治指南》^[1],这是我国第一部权威的高血压防治技术规范,正式启动了我国高血压防治技术规范文件的制订和修订工作。

随着国内外高血压防治技术的进步,指南修订委员会于 2005 年进行了《中国高血压防治指南》的第一次修订^[2]。面对严峻的高血压防治形势,在高血压防治指南的指导下,学术界开展了大量的高血压人群防治大规模临床试验和循证医学研究,新的技术和防治理念推陈出新。尤其是政府高度重视高血压防治这一重大公共卫生问题的有效解决,依托中国高血压联盟和国家心血管病中心的协调作用,计划 2010 年进行《中国高血压防治指南》的第二次修订工作。

防治指南的问世,是基于我国数十年的高血压防治循证医学进展和人群防治工作基础,借鉴国外最新研究成果,立足我国循证医学证据提出的防治技术指南。如中美合作心血管病危险因素对比研究、中国

MONICA 研究、上海硝苯地平降压治疗临床试验 (STONE)、中国老年单纯性收缩期高血压临床试验 (Syst-China)、卒中后降压治疗临床试验 (PATS)、INTERSALT 研究以及首钢人群综合干预等^[3-7]。

我国高血压人群防治研究起步 1969 年,在北京首都钢铁公司社区建立了第一个人群防治基地,开展以职业人群为对象的功能社区高血压人群防治研究,结果显示脑卒中发病率由 1974 年 137.9/10 万下降至 1994 年 89.8/10 万,死亡率则由 69.3/10 万降至 18.4/10 万^[7,8]。鉴于首钢社区取得的良好人群防治效果,世界卫生组织定义为“首钢模式”向全球推荐。

基于“首钢模式”和八九十年代我国心血管流行病学和循证医学的长足进展,为制订我国高血压防治指南奠定了学术基础。第一次在规范文件——指南的制订中就明确指出^[1]:采取全人群和高危人群相结合的防治策略,不仅要有有效控制患者的血压水平,而且包括其它心血管病危险因素在内的综合危险控制的防控理念,以达到最大限度地降低心血管病死亡和病残的总危险。提出了依据血压分级和心血管危险分层的综合评估方法,即依据血压分级、伴随的危险因素水平、靶器官损害和临床情况的评估指标体系,为我国高血压防治做出新的科学指导。

指南始终把握战略高度,提出发展中国家将面临心血管病大流行的预警,预测我国居民非传染性疾病死亡占总死因的比例,将由当时的 58% 上升至 2020 年的 79%,其中心血管病占首位。实际情况看来这个预估的危险已经提前到来,高血压的流行已经形成“井喷”趋势。根据患病率和人口资料统计,我国六七十年代每年约新发生 100 万高血压患者,80 年代增加到 300 万人,上世纪末达到 600 万人,目前则是每年新发生约 1 000 万的高血压患者^[9]。提示我国经济转型时期,居民的疾病谱发生了重大转变,高血压防控工作已经刻不容缓。

指南以较大的篇幅阐述高血压及心血管危险因素问题,明确体重超重、膳食高盐和中度以上饮酒是我国居民高血压流行的三大危险因素。国民的高钠、低钾、低钙及低动物蛋白质的膳食结构是产生我国高血压及卒中危害的突出问题。这为我国高血压防治措施指出了综合干预的方向。为此,在指南的 2005 年修订工作中特别强调了全人群和高危人群防治策略,提出了控制危险因素水平、早诊早治和规范化管理的“三个环节”防控措施,加强对公众的健康教育和高血压社区管理,要以提高高血压的知晓率、治疗率和控制率作为我国高血压防控工作的主要目标。采取政府、学术界和社会各部门共同参与的防控行动,有效预防和控

万方数据

制高血压的危害^[2]。

但是,制订防治指南是一回事,落实指南是另一回事。指南作为防治规范文件,如何为广大基层防治人员所掌握? 是一个值得探索的问题。在 2008 年启动的新一轮指南修订专家研讨会上提出,为适应我国的防治现状和基层工作者的实际需要,建议要有一部适宜基层医生需要的防治技术规范,以推动我国的高血压人群防治工作。在卫生部疾控局的直接领导和策划下,国家心血管病中心和中国高血压联盟组织全国防治专家,在广泛征求基层医务工作者和全科医生意见和建议的基础上,于 2010 年初制订了我国第一部疾病控制基层防治指南:《中国高血压防治指南》(基层版)^[10]。基层指南本着简便实用、廉价有效和科学规范的原则,为广大的基层医务人员、公共卫生人员在开展高血压人群防治工作中参考使用。至此,我国的高血压防治工作形成了立体的科学的防治技术规范体系。

2 我国高血压防治策略明确选择

经过 40 年的不断探索与实践,我国高血压防治策略选择逐渐清晰,就是预防为主、防治结合和实现防治战略前移和战线下移。具体来说,又可以进一步细分为:(1)关口前移策略,有效控制高血压危险因素,预防高血压的发生;(2)战线下移策略,在广大的基层社区平台开展高血压人群综合干预;(3)防治结合策略,开展健康管理与疾病管理,形成以人为本、服务全程的高血压防控服务模式;(4)全人群与高危人群相结合策略,调动和利用各种有利资源,开展不同干预力度和措施的人群综合干预;(5)科学与可行并重策略,以高血压防治指南为规范,推广简便实用的适宜有效技术;(6)多部门协同作战策略,创建合作共赢的氛围,采取政府牵头,多部门分工协作的团队运作;(7)人人参与策略,充分调动居民个人参与的积极性,鼓励采取自我管理 and 团结互助等形式,发挥个人在高血压防控中的主观能动性,采取实际行动有效防控高血压。

降低高血压危险因素水平,预防高血压的发生是高血压防控的根本策略。其中,控盐就是一项有效并且无需特别干预成本的防控措施。中国人群食盐摄入量高于西方国家,我国北方地区居民达 12~18 g/d,南方约为 7~8 g/d,明显超过世界卫生组织推荐 5 g/d 的建议食盐量水平。研究显示膳食钠的摄入量与血压水平有显著相关性。顾东风教授等在 GenSalt 研究中^[11],对入选 676 名血压偏高者(正常高限或 1 级高血压)进行减盐和补钾干预试验。研究分 3 个阶段,每个阶段为期 7 d,第一阶段盐的摄入量为 3 g,第二阶段盐的摄入量为 18 g,第三阶段盐的摄入量仍然为 18

g,并同时补充钾 2.3 g。结果显示,与基线血压相比,低盐摄入期血压明显降低,高盐摄入期血压明显升高,而在高盐摄入同时补充钾盐,也可使血压水平降低,但程度要小于单纯低盐膳食。

战线下移策略是应对我国目前 2 亿高血压患者的必然选择。2 亿高血压患者中,2/3 患者是农村居民,因此,高血压防控必须要在广大的农村基层社区开展工作。在我国,可以说不解决农民的高血压问题,就不能解决高血压的防控问题。另一方面,高血压防控要将重点放在劳动力人群层面,从高血压患病年龄来看,2/3 的高血压患者是 18 ~ 64 岁的职业劳动力人群。作为国家和家庭的财富创造大军,忽视劳动力人群的高血压防控,必将造成国力的下降和生产力的损失。尤其是广大的城镇社区职业居民,高血压防控处于行政地域社区卫生服务管不了,城镇功能社区卫生服务无人管的服务盲区^[12]。实际上,职业人群有更多的可利用资源,包括定期健康体检、集体健康知识培训、职工健康保健、集体食堂膳食改善、工间操活动等健康促进行动。为此,我们呼吁要充分发挥城镇社区职业劳动力人群的“单位人”优势,开展功能社区高血压疾病管理,发挥职业场所的行政和组织协调优势,尤其是定期健康体检的有利资源,变功能社区高血压防治“盲区”为亮点,成为维护职工心血管健康的有利工具。行政地域社区和城镇功能社区采取共同行动,形成纵横交错,条块结合的防治网络体系,开展多部门协作的居民健康血压促进行动。

3 我国 40 年社区防治试点经验卓有成效

从上世纪 60 年代开始,美国重视居民高血压综合干预,开展国民高血压和胆固醇教育计划,至 90 年代,美国心血管病死亡率下降了 50% 以上。日本和其他一些工业化国家如澳大利亚、新西兰和加拿大,也见到类似的防控效果。回顾我国 40 年来高血压防治历程,在国家中长期战略规划指导下,进行了卓有成效的社区防治试点工作,取得了许多成功经验。

1969 年阜外心血管病医院在首都钢铁公司建立了我国第一个高血压人群防治“首钢模式”以来,70 年代 ~ 80 年代全国各地陆续建立了一批开展社区人群高血压防治基地,90 年代初北京、上海、长沙等地进一步开展了以行政地域社区为基础的人群防治综合干预,取得了很好的高血压、脑卒中防治效果。上世纪末,在浙江等省市,则在地区试点基础上在全省市范围推广实施,获得了规模化的人群防治成效。

在这 40 年历程中,我国高血压社区防治工作经历从数百人群到数十万人群的综合管理;从只管理高血压患者到管理社区全人群及多种慢性病管理;从专

家以科研项目为实施手段到以政府为主体的多部门合作的一体化管理。我国高血压社区综合防治工作逐步向规范化、规模化、信息化管理方向发展。从最近连续 4 年来,在卫生部心血管病防治研究中心举办的全国心血管病社区防治工作经验交流会上,每年上百篇交流论文展示来看,正像世界高血压联盟主席刘力生教授多次在大会总结时说的:我们的工作和经验非常具有中国特色,防治工作中政府发挥的作用是其他国家不可比拟的,很多经验不但值得在全国推广,而且在国际上也有很好的借鉴作用。

成功案例介绍:

启动于 1969 年的首都钢铁公司高血压综合干预工作,以高血压患者为核心,建立起从厂区到社区,从工作区到居住区的三级防治管理网络,开展食堂控盐等膳食干预和血压随访控制综合干预,使脑卒中的发病率明显下降(见图 1)。同期死亡率也由 52/10 万下降到 18/10 万。

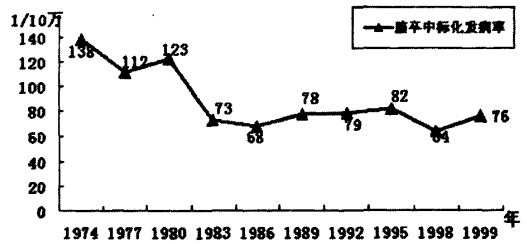


图 1 首钢脑卒中标准化发病率

首钢作为一个城镇功能社区,紧紧抓住职业人群的管理优势,以卫生宣教与健康促进为基础,指导食堂炊事员及采购员对食品的选择与烹调。以高血压综合干预与管理为重点,倡导合理膳食,推广减盐、减重、戒烟及限酒等。结果使干预厂职工的膳食钠盐由 16 g 降至 10.6 g ($P < 0.05$),包括高血压患者在内的干预人群平均收缩压下降 5.3 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 3 kPa),舒张压下降 2.9 mm Hg。干预厂与非干预厂的正常血压人群比较,收缩压净下降 3.4 mm Hg,舒张压净下降 1.9 mm Hg^[7,8]。

“八五”期间,北京市神经外科研究所等承担的国家攻关课题“社区人群心脑血管病综合干预研究”^[13,14],在北京、上海、长沙 3 个城市社区和北京房山区农村设立 429 517 研究人群。采取专业人员技能培训、社区居民健康教育与健康促进相结合的综合干预,对筛查检出的高血压患者实施随访干预措施,取得了高血压患者血压控制率提升(达到 47.5%),降低心

脑血管疾病发病率和死亡率的综合防控效果。

浙江省自 1998 年以来,通过项目研究带动,逐渐发展成为社区人群防治“三化”管理模式取得明显成效,成功地在浙江省内广泛推广实施。这是一项成功探索以城乡社区为基础的高血压控制与人群综合防治管理技术,有效实现了高血压防治关口前移和重心下移的防治结合的防治策略。该模式以嘉兴(农村地区)、绍兴(城市社区)和丽水(城镇社区)三地区共 18 万自然人群为研究对象,每个地区均设有干预社区和对照社区。在干预社区内实施高血压控制和人群防治管理技术。通过“规模化、规范化、信息化”管理方式,建立以社区医院为基地,专业防治机构为指导、三级医院为后盾,专家、社区责任医生、公卫人员及患者共同参与的疾病管理团队;将社区人群分为一般人群、高危人群和高血压现患人群进行分类和流程化规范管理。对一般人群进行健康教育与健康促进,提倡健康生活方式;对高危人群的危险因素进行个体化的强化干预,降低高血压患病风险;对高血压患病人群根据血压分级、危险分层进行分级管理及个体化治疗。同时进行社区人群健康趋势连续监测和社区综合干预效益/效果评估等管理,提升社区卫生服务的专业知识水平和管理能力,提高了社区居民的健康水平,遏制高血压流行,降低高血压及其并发症的发生率和死亡率,减少相关的医疗费用^[15-17]。取得成效后,该项技术成果及时在浙江省广泛推广应用,至 2009 年已覆盖全省 9 个市、16 个区/县、66 个社区、170 万人群,收到规模化的人群防治效果。

4 高血压防治行动由点及面稳步推进

我国高血压防治现状令人堪忧,患病人数呈“井喷”状扩展,高血压防治“三率”处于较低水平。1991 年我国居民的高血压知晓率、治疗率和控制率分别只有 27%、12% 和 3%;即使到了 2002 年也只有 30%、25% 和 6%。与国外发达国家的高血压防治水平相比有着明显的差距,还不及美国 20 世纪 80 年代的水平(人群高血压知晓率 60%,服药率 40%,控制率 25%)。高血压的防治成为心脑血管病防治的重中之重。

为提高高血压防治“三率”水平,我们认为可以从只有 6% 的控制率为切入点,开展基层防治队伍能力建设和高血压患者规范化管理,提升高血压患者治疗依从性,以此带动和提升知晓率和治疗率的提升。为此,2005 年以来,卫生部心血管病防治研究中心在全国开展“全国高血压社区规范化管理”项目,这为我国由点及面地推广高血压防治指南,开展高血压社区规范化管理,推进新医改有关全国高血压健康管理做了

成功的探索^[18]。

该项目于 2005 年首先选择在浙江(发达地区代表)、甘肃(西部地区代表)和大庆(企业功能社区代表)开展试点工作。取得初步成功经验后 2006 年在全国 8 个省市扩大试点,2007 年开始在全国逐步推广实施。到 2009 年底有意向或是参与项目的单位累计达到 32 家,遍及全国 19 个省、市、自治区,全国 1 800 多家社区卫生服务中心参与了高血压社区规范化管理项目。规范管理的高血压患者 1 年时间血压控制达标率从 21.6% 提高到 74.7%^[19]。

各省市在项目实施过程中还结合当地实际,积极宣传和推广此项目,充分发挥了项目的示范带动作用。如浙江省在实施本项目的基础上,将其扩展到全省,总共培训了 2 000 余名社区医生,在全省开展了百万人以上的规模化社区规范化管理行动。河北、江苏、广东等均在省内试点基础上逐渐在全省范围推广实施,取得了很好的高血压规范化管理与心脑血管病人群防治效果。目前,高血压规范化管理工作正借助国家新医改政策的实施,进一步在全国层面普及推广。

由此可见,我国的高血压社区防治工作,技术是成熟的,从全国试点工作情况来看,策略选择完全正确,关键是由点及面的全国层面推广实施。但有一句话一直困扰着全国的高血压防治工作者,就是“试点都成功,推广就失败”。虽然这话有失偏颇,但也揭示了一个现象,就是试点经验与全面推广之间确实存在着障碍。

试点成功的一个关键因素在于投入,这包括专家和技术的投入、运行经费支持和项目各方的积极协调努力。人群防治是一个系统工程,必须有多方的共同参与和大量资源的支持与利用。为此,社区防治工作的大面积推广,必然带来资金及技术能力的不足,要不是推不动,就是难以持续,结果是难以形成全面推广的防治成效。

强化政府在提供公共卫生和基本医疗服务中的责任,建立各级政府间的责任分担与资金投入机制,逐步建立投资主体多元化、投资方式多样化的防治体制和机制是防治技术全面推广的根本保障。其中,重要的是增加政府的卫生投入,落实政府公共卫生服务和社会管理职能。强化各级政府经费保障责任,逐步提高政府卫生支出占财政总支出的比重。从我国政府投入的卫生总费用占国内生产总值的比例来看,建国 60 年来确实从 1952 年的 1.26% 的低比例水平,逐渐提高到 2007 年的 4.52% 水平^[20],但这一投入比例远低于发达国家及大部分发展中国家的水平。值得安慰的是去年 4 月我国推出了“关于深化医药卫生体制改革的

意见”,在医改政策层面保障了今后加大卫生投入机制。

但我们必须清醒的是,国家加大卫生投入是一回事,具体投入到卫生大框中的哪一部分是另一回事。这从美国 40 年来的高血压防治成效可以清晰得到提示(见图 2)。美国卫生投入占比从 1960 年的 5.2% 水

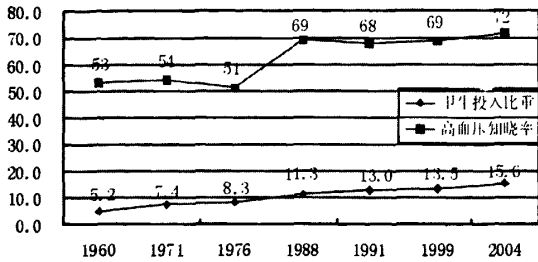


图 2 美国卫生投入比重与高血压知晓率的关系

平持续上升到 2004 年的 15.6% 水平(目前已达 17% 的高水平),但此期间只有在开展国民高血压教育计划的 70 年代~80 年代,高血压防治“三率”水平得到大幅度的提升,并取得了非常好的心脑血管疾病防治效果,心脑血管疾病死亡减少 50% 以上。

为此,在我国新医改政策的推进过程中,我们要向政府和社会各界大声疾呼,公共财政要讲究效率优先原则,将极为有限的资源投入到对国民健康危害大、防控成效比更高的领域中去。选择技术路线明确,防治成本效益高的高血压防控领域,为我国医疗卫生改革和高血压防治作出成效示范,造福于国民的心血管健康。

【参考文献】

[1] 中国高血压防治指南起草委员会. 中国高血压防治指南(试行本)[J]. 高血压杂志, 2000, 8(2): 103-112.

[2] 《中国高血压防治指南》修订委员会. 中国高血压防治指南(2005 修订版)[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2006.

[3] 中国心脏研究协作组(刘力生, 王文, 陶寿淇). 卡托普利对急性心肌梗塞患者早期病死率和并发症影响的多中心临床试验—14 962 例总结[J]. 中华心血管病杂志, 1997, 5(4): 245-251.

[4] 刘静, 赵冬, 王薇, 等. 中国多省市心血管病危险因素队列研究与美国弗莱明翰心脏研究结果的比较[J]. 中华心血管病杂志, 2004, 32(2): 167-172.

[5] Liu J, Hong Y, D'Agostino RB, et al. Predictive value for the Chinese population of the Framingham CHD risk assessment tool compared with the Chinese Multi-provincial Cohort Study[J]. JAMA, 2004, 291: 2591-2599.

[6] 王文, 邓卿, 马丽媛, 等. 降压治疗对卒中再发预防的研究—PROGRESS 和 PATS 试验及其临床意义[J]. 中国医药导报, 2002, 4(5): 382.

[7] 吴锡桂, 曹天秀, 朱燕. 人群膳食结构干预对血压均值的影响[J]. 中华心血管病杂志, 1999, 27(1): 22-25.

[8] 吴锡桂, 顾东风, 武阳丰, 等. 首都钢铁公司人群心血管病 24 年干预效果评价[J]. 中华预防医学杂志, 2003, 37(2): 93-97.

[9] 胡盛寿, 孔灵芝. 中国心血管病报告 2006[M]. 北京: 中国大百科全书出版社, 2008: 1-5.

[10] 《中国高血压防治指南》(基层版)编撰委员会. 2009 基层版中国高血压防治指南[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010.

[11] Gu D, Rice T, Wang S, et al. Heritability of blood pressure responses to dietary sodium and potassium intake in a Chinese population[J]. Hypertension, 2007, 50: 116-122.

[12] 陈伟伟, 朱曼路, 何新叶, 等. 发挥健康体检在功能社区高血压防治中的作用[J]. 中华健康管理学杂志, 2010, 4(2): 1-3.

[13] 李世绅, 王文志, 吴升平, 等. 社区综合性干预对脑卒中发病率和死亡率影响[J]. 中华预防医学杂志, 1998, 32(增刊): 8-11.

[14] 王文志, 李世绅, 吴升平, 等. 社区人群干预前后冠心病发病率和死亡率的变化[J]. 中华预防医学杂志, 1998, 32(增刊): 12-15.

[15] 唐新华, 徐小玲, 金宏义, 等. 浙江省高血压流行趋势及影响因素分析[J]. 中国慢性病预防与控制, 2000, 8(5): 201-203.

[16] 徐小玲, 唐新华, 金宏义, 等. 浙江省三地区人群高血压基本知识、态度和行为水平的干预研究[J]. 中国心血管杂志, 2001, 6(5): 287-289.

[17] 唐新华, 金宏义, 徐小玲, 等. 浙江省社区高血压综合防治研究[J]. 中国慢性病预防与控制, 2004, 12(6): 256-258.

[18] 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(10): 921-924.

[19] 王增武, 王馨, 张林峰, 等. 社区高血压控制: 血压控制效果的评价[J]. 中华流行病学杂志, 2010, 31(1): 1-4.

[20] 杜乐勋, 赵郁馨, 刘国祥. 建国 60 年政府卫生投入和卫生总费用核算的回顾与展望[J]. 中国卫生政策研究, 2009, 2(10): 15-18.

收稿日期: 2010-04-12