

我国高血压患者突破3.3亿

如何读懂高血压?

世界高血压联盟主席、中国医学科学院阜外医院刘力生教授指出:我国高血压患者人数已突破3.3亿,每3名成人中有1人患高血压。目前我国约有1.3亿患者不知道自己患有高血压,即便是在接受治疗的患者中,有高达75%的人没有控制达标。

刘力生介绍说,这一数据出自于中国疾控中心慢病防控中心近期公布的一项横断面研究结果。该项研究同时显示,我国高血压患病正呈现年轻化趋势,25~34岁的年轻男性中,高血压患病率高达20.4%。“然而,现在很多人觉得血压升高没有什么大不了。殊不知高血压正是心肌梗塞和中风等严重心脑血管疾病的导火索,50%~75%的脑卒中(又称脑中风、脑血管意外)和40%~50%的心肌梗塞与血压升高有关,而我们身边每死亡5人中至少有2个与高血压相关。”

高血压与哪些因素有关?



高血压有哪些症状?

高血压初期通常没有明显症状,令患者不易察觉,往往延误治疗。高血压患者会随着年龄的增长而增加;21~40岁有15%高血压患者。40~60岁有38%高血压患者,60岁以上有61%高血压患者。

高血压可引致多种并发症

●眼睛视网膜病变
 病征:视网膜出现轻微血迹或脂肪沉淀物。眼前有块状阴影飘浮。视力范围缩小。
 后果:视网膜模糊不清,视力减退,严重可致失明。

●脑部中风
 病征:四肢及脸部突然短暂衰竭及麻痹。言论不清,说话困难。无头痛、晕眩、昏厥。
 神智不清,性情突然大变。
 后果:半身不遂,大小便失禁,影响语言及思考能力,严重者甚至昏迷或死亡。

●冠心病、心肌梗塞、心脏衰竭
 病征:胸部呈压迫感。气促、晕眩、恶心、作呕、出冷汗、乏力。
 后果:心脏功能减弱,影响身体其他器官,需要接受微创手术,长期服药,严重者甚至死亡。

●肾衰竭
 病征:小便带血及有泡。面部及双脚浮肿。食欲不振,全身倦怠。
 后果:需要长期服药,长期洗肾,严重者需要接受换肾手术。

●血管粥样硬化。
 病征:下肢冰冷麻木。下肢酸痛,使行动不稳。
 后果:肢体溃烂、血管闭塞、血管爆裂。
高血压药如何选择?
 选择降压药物有六大考量因素:是否能有效平稳降压;该药物是否兼具心、脑、肾等靶器官保护作用;是否有很好的安全性,副作用是否影响生活质量,患者是否耐受。

药物	作用器官	作用机制	药理效应
β 受体阻断剂	心脏	降低心肌的收缩速率	心排出量下降
外周抗交感神经药			
利尿药	肾脏	降低血容量	心排出量下降
ACEI			
β 受体阻断剂	血管平滑肌	舒张血管平滑肌	总外周血管阻力下降
外周抗交感神经药			
钙拮抗剂			
钾通道开放药			
口服血管舒张药			
ACEI	中枢神经	降低中枢交感神经张力	心排出量下降,总外周血管阻力下降
中枢抗交感神经药			
β 受体阻断剂			

图为抗高血压药物比较

效平稳降压;该药物是否兼具心、脑、肾等靶器官保护作用;是否有很好的安全性,副作用是否影响生活质量,患者是否耐受。

抗高血压药应用原则

●根据患者的高血压程度选用药物
 轻度高血压患者血压上升不高且未稳定者一般先不用药物治疗,可采取体育活动,控制体重,低盐、低脂肪饮食等措施。经这些措施血压仍未能控制时,一般可选择利尿药(氢氯噻嗪)。中度高血压患者在上述联合药物治疗基础上,改用或加用作用较强的钙拮抗剂或米诺地尔等。高血压危象及高血压脑病宜采用静脉给药的方法,如用硝普钠静脉滴注。

●根据患者的合并症选用药物

高血压合并心力衰竭、心脏扩大者,宜选用氢氯噻嗪、硝苯地平、血管紧张素转化酶抑制剂等。高血压合并肾功能不良者宜用卡托普利、

硝苯地平、甲基多巴。高血压合并支气管哮喘、慢性阻塞性肺疾病患者,不宜用 β 受体。高血压合并糖尿病或痛风者不宜用氢氯噻嗪利尿剂。

●抗高血压药物的联合应用

单独应用一种药物无效,或为了提高疗效、减少不良反应,可采用联合用药。联合用药的原则是将作用机制不同的药物联合应用,如氢氯噻嗪与 β 肾上腺素受体阻断剂或ACEI(血管紧张素转化酶抑制剂)合用,这样可互相弥补缺点和不足,减少不良反应,增加降压效果。

●药物剂量一体化

由于患者的年龄、性别、种族、疾病程度和是否伴有并发症等存在很多差异,针对不同患者或同一患者在不同病程时期所用药物的剂量应有所不同,应调整药物的剂量达到疗效好且不良反应最少的水平。(摘自《医学界》)

“术”是医学职业精神的根基

能为病人解除痛苦的医生才是好医生,才能真正赢得患者的尊重与信赖。担任职业医生,就意味着我们医护人员要在医学知识和科学技术快速发展的时代,时刻保持着一颗求知欲。医学的学习不是一劳永逸的,学校教育只是基础教育,走上工作岗位以后,医疗上要治病救人,人类探索未知领域的程度越深,知识更新的步伐就越快,不学习肯定就要落伍。另外,临床医学是经验的科学,需要长期的积累,必须潜下心来;要保持良好的判断力和质疑精神,善于在临床实践中发现问题,并带着问题认真、扎实钻人文献的瀚海中,然后再回到实践中去。

威廉·奥斯勒讲到知识和智慧时说:“知识是在自家脑海塞进别人的想法,而智慧是在心灵深处聆听自己的脚步。”智慧是升华出来的东西。你可以是一个很好的医生,你也可能仅仅是一个工匠,缺乏其中的智慧。智慧的升华要靠我们的付出,要靠艰苦地劳动,要靠细细地咀嚼、体会……

当然,要成为一名经验丰富、受患者爱戴的医生,要有热爱医学事业,甚至有愿意为其献身的“决心”,这样才能有那么一股主动学习的钻研精神和努力工作的动力,有了这股劲儿自然会觉得累,不会抱怨付出太多而回报太少,因为那是你的热爱和选择!

(作者单位:广东省第二人民医院)

重申医学职业精神 履行医者人道使命

□广州 王玲

2002年,由美国内科学基金、ACP基金和欧洲内科学联盟共同发起和倡议的《新世纪医师职业精神——医师宣言》指出:“目前,医学界面临着科技爆炸、市场力量介入医疗体系、医疗卫生实施中存在的问题、生物恐怖主义以及全球化所带来的压力。结果,医师发现越来越难以承担他们对患者和社会所肩负的责任。在这种情况下,重申医师职业精神根本的、普遍的原则和价值——所有医师追求的理想,变得尤为重要。”现代医学职业精神,可理解为医者在职业活动中应具有的医学科学精神与人文精神的统一。正如我国著名医学家裘法祖的名言:“德不近佛者不可以为医,才不近仙者不可以为医。”这是我们每一个从医者终身追求的境界。

“仁”是医学职业精神的根基

医学是什么?自从有了人类,便有了医学。尽管它的起源是原始的,却充满了温情。没有爱,就不会出现医生、药物或急救设施。因此,丢掉了医学对生命的尊重与敬畏,就是抛弃了医学的本质。中国古代医者留传下来的千年

古训——“大医精诚”、“悬壶济世”,西方医学先祖希波克拉底的神圣誓言,一直是古今许多名医大家的座右铭,是医学生作为医者的职业承诺,是全世界医生的行为准则。它也在时时提醒着我们,医学不仅仅是一门治病救人的学问,医生也不只是一个治病救人的职业,它是一种使命,一种信仰。

医者在进入医学领域的时候就应该知道该行业与其他职业不同,这个职业要求医者除了具备良好的临床技能和知识外,还须具备高尚的道德、人文精神、责任心以及利他精神。“利他”意味着将他人的利益放在自己的利益之前,还意味着时常需要做出巨大的个人牺牲。放弃休息时间去诊疗和抢救病人是医生生活的常态,医护人员还要经常冒着各种生命危险(如地震、洪灾、冰灾等)和感染风险(如肝炎、艾滋病)奔赴在救援一线……一位协和医院的年轻医生写道:“当医生特别吸引我的一点,是因为这个职业能帮助我不断完善自己的人格。做这个工作,我永远都会处在一个帮助别人”只有当一个人对医学职业有了深刻的理解,才能以仁爱之心去对待别人,同时也

使自己赢得快乐。

威廉·奥斯勒(William Osier)说过这样一句话:“医师职业用它非凡的仁慈区别于其他职业。”当你有了这种“非凡的仁慈”,你就能耐心地听取病人的陈述,哪怕那陈述是如此喋喋不休、颠三倒四;你就能在实施各项手术或操作前反复检查、慎重准备,以避免给病人造成不必要的痛苦;你就能根据病人不同的经济条件为其提供最切合实际的治疗意见,而不是完全交给没有医学知识的病人自己选择;你就能在治疗决策时谨小慎微,治疗实施时密切观察反应,及时防止和处理各种突发事件;你就能站在病人的立场上与其真诚沟通,用“爱”来抚慰其烦躁的心境,及时告知有利于帮助其战胜疾病的有益信息;你就能尽量小心地避免各种伤人的语言或行为……

有句话说得好:“医学因离痛苦最近,离脆弱最近,离无助最近,离死亡最近,故而医学离真实最近。”一个人在得病的时候,往往是精神最为敏感、最为脆弱的时候,而我们每天面对这些病人,应该以什么来引导我们的医疗行为呢?——我们内心深处的“仁”!



血压要分级
控制要得宜

分期	项目		治疗建议
	收缩压 mmHg	舒张压 mmHg	
正常	<120	<80	—
高血压前期	120~139	80~89	改变生活形态、饮食习惯等
第一期高血压	140~159	90~99	药物治疗
第二期高血压	≥160	≥100	药物治疗

管理血压三步骤

- 第一步** 知道自己血压控制目标值
 ·良好血压应该在120/80mmHg以下
- 第二步** 知道自己血压控制目标值
 保持良好生活形态
 ·均衡饮食:少油、少盐、少糖、多纤维
 ·戒烟少酒
 ·规律运动
 ·保持理想体重
 ·睡眠充足
 ·纾解压力
- 第三步** 血压值140/90mmHg以上遵医嘱规律服药
 ·定时定量服药
 ·不任意增减药物或停药
 ·服药后身体不适,立即咨询医生,不随意处理

◎流言求真

芥花油吃不得?没那么玄!

□北京 李婧 柳鹏

流言:最近,网络上一个名为“芥花油别再吃了”的帖子被大量转发。该帖子称,根据油脂专家所做的研究及观察,食用芥花油会出现以下症状:视力模糊、听力减退、排尿不畅、呼吸急促、便秘、失眠、疲惫等,所以别再吃芥花油了。

在健康至上的今天,精明的消费者对食用油的诉求已经不再局限于香还是不香,转而关注食用油的营养与健康。在众多食用油中不饱和脂肪酸含量最高的加拿大芥花油被美国食品和药物管理局(以下简称FDA)认证为“可以减少患心脏病的风险”,成为世界心脑血管病和糖尿病患者的最佳食用油之一。而网络传言中所说的芥花油会带来种种问题的说法并不科学。

根据原料来源以及加工工艺的不同,食用油分为植物油和动物油。其中植物油有花生油、大豆油、葵花籽油、玉米油、芝麻油、橄榄油、山茶油、亚麻籽油等。近几年,芥花油作为植物油中的新贵悄然出现,对于它的评价也是褒贬不一。

芥花油中天然维生素E含量高

芥花属于十字花科植物,是20世纪70年代初经油菜子杂交后自然分化得到的产物。芥花油是由芥花子压榨得到的可食用植物油。芥花油最早起源于加拿大,2006年通过FDA的认证进入美国市场。随着各国对芥花油的关注度不断增加,我国也将将其引入。

据相关机构检测,芥花油的脂肪组成比较为理想,其中含有60%左右的单不饱和脂肪酸和30%左右的多不饱和脂肪酸。不饱和脂肪酸能够调节血脂,对维持心脑血管健康有比较积极的作用。而对人体健康可能产生危害的饱和脂肪酸含量不到10%,远低于花生油的19%、大豆油的15%、玉米油的14%。芥花油与菜籽油相比,芥花油不饱和脂肪酸含量不超过3%。

芥花油中维生素E含量较高,含量可达73.8mg/100g。与其他食用油不同的是,芥花油中的维生素E为天然形成,并非加工后添加。维生素E俗称生育酚,是一种脂溶性维生素,是机体最主要的抗氧化剂之一,具有抗衰老、美容、增强免疫力、预防流产等功效。

再好的油也不能一吃到底

芥花油与其它植物油相比有很高的烟点,能够达到242℃,高于玉米油和大豆油等。在高温条件下,芥花油不易被氧化,不会产生致癌物等有害物质,是煎、炒、炸等烹调方式中较为理想的油。同时,芥花油本身色泽鲜亮,气味清淡,用它烹饪出的菜肴口感清爽、不油腻,不会影响食物本身的色泽和味道,因此凉拌也是不错的选择。

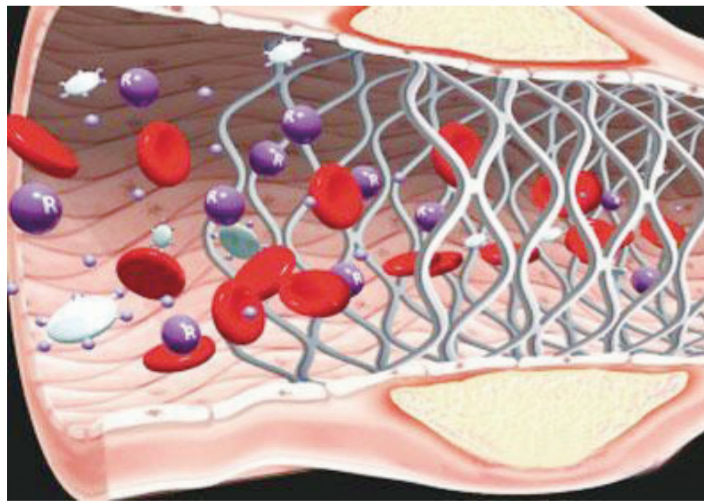
目前,市面上的芥花油多为进口,在选购的时候需要留意标签,看其是否为转基因产品,以便根据自己的需要购买。虽然芥花油集众多优点于一身,但在平日食用时仍然应有多种选择。不同类型的食用油有不同的特色,因此想要获得更加全面的营养需要经常变换油的品种。购买食用油可以选择小瓶装,不仅能够防止油脂氧化,还能频繁更换种类。还可以根据不同食用油脂脂肪酸的含量自己配制,把几种不同的植物油混装在一个油壶中,自制一壶调和油,既方便又健康。我们在选择油的同时,千万不要只注重了食用量的控制,正常成年人每日食用油的用量为25~30g。

(作者单位:北京大学人民医院临床营养科)

◎专家提醒

专家澄清心脏支架手术“四宗罪”

□北京 沈法荣



心脏血管扩张手术。1984年,中国进行了第一例心脏血管扩张手术,1986年才有了第一例心脏血管支架手术,2000年有了药物支架。此后该技术在世界范围广泛使用。心脏支架手术是最近20年来全球普遍实施的,用于改善冠心病引发的心肌供血不足,冠状动脉阻塞导致的心脏病的新技术。目前,心脏支架手术在世界范围广泛使用,美国每年就有100多万例心脏支架手术,国内也有三四十万例。简单地说,心脏支架手术治疗的过程是穿刺外周血管,使导管在血管中前行,到达冠状动脉开口处,用特殊的传送系统将支架输送到需要安放的位置,放置、撤出导管,结束手术。病人在局部麻醉的情况下接受手术,术后即可步行走出手术室,6~24小时即可出院。

二宗罪:价格高昂

网络说法:在中国,做一个支架手术需要3~5万元,而在国外只需要500~800美元。有知情者分析说,在国内安装一个心脏支架,患者要支付比出厂价格高数倍甚至十几倍的钱。

正解:心脏支架手术除了支架器械的价格外,手术的价格也包括在整个费用中。支架手术的总费用与手术过程中使用的支架器械

数量、病人的病情轻重程度、手术难度有关,因人而异。

在西方发达国家,实施一台心脏支架手术,患者需要支付给医生的人工费用高达几万元。国外的支架费可能比较便宜,但人工费相当于国内的10多倍。目前,国内支架手术的人工费平均在2000元左右,国产支架9000元左右,进口支架在15400~16400元。支架手术使用的材料都是国家统一公开招标的。

三宗罪:手术宿命

网络说法:做完了支架手术后,就意味着在身体里埋藏了一颗定时炸弹,而且突然发作起来3分钟内就会死亡,比心肌梗塞的12分钟死亡还快。安装心脏支架并非一劳永逸,支架内还可继续长出动脉粥样硬化斑块。不仅如此,会引发急性血栓、急性血栓或动脉再狭窄,甚至发生更严重的心肌梗塞。

正解:任何手术都有风险,要看风险和获益的比例。放支架处的血管会再次狭窄,形成血栓,一旦形成血栓将有可能致命。但从现有大规模研究结果显示,安装心脏支架后形成血栓的几率只有0.3%左右。

形成血栓还可能因基因遗传导致病人对药物不敏感。支架手术后,病人往往要服用抗血小板的药物,防止血栓形成,但现在发现有少数病人对药物的反应呈现多样化。普通人一颗药吃下去,血小板活性被抑制50%,10%左右的病人却只被抑制不到5%~10%。

另外,病人术后不注意保养等因素也会导

致再狭窄。比如,糖尿病、高血压病人没有控制好病情,吸烟者不戒烟,部分病人排斥吃有副作用的治疗性药物等。

目前国内使用的支架主要是药物洗脱支架,而一种可在3年内完全吸收的支架已在欧洲国家以及中国的香港地区、新加坡上市,国内也已投入到上市前注册研究阶段。

四宗罪:过度医疗

网络说法:一位老者在自己的博客上控诉,他的冠状动脉左前降支狭窄了50%,通过药物治疗就可取得较好效果,可医院却以病情“非常危险”为由,迅速为其安装了两个心脏支架。他在国外学医的儿子事后爆料,该装与该装的,通通装上支架,一些医疗机构为谋利,不惜将病人的血管变成“钢铁长城”。

正解:在正规医院,做任何手术都必须符合手术指征,严格按照治疗《指南》手术,心脏支架手术更是如此。为加强对心脏支架手术的监管,国家对实施该手术的医生实行严格的培训制度,只有通过国家考试,有执照了才能做手术,医疗单位也只有通过卫生厅评估合格后才能开展该项技术。

但是,每位病人的个体情况不同,每位医生的技术水平不同,判断也不尽相同。对于患有急性冠状动脉综合症的病人,医生会根据临床心电图的症状和心电图、造影等检查的结果来判断是否需要安装支架。

(作者单位:中华医学会心电图生理和起搏委员会常委)