



**中国心脏大会 (CHC) 2018**  
暨**国际冠心病大会 (ICC) 2018**  
暨**第三届中国血管大会 (CVC)**  
China Heart Congress (CHC) 2018  
in Conjunction with  
International Coronary Congress (ICC) 2018  
The 3<sup>rd</sup> China Vascular Congress (CVC)



**新时代、心征程**  
创新·转化·合作  
New Era · New Journey  
Innovation, Translation, and Cooperation

**每日会讯**  
DAILY NEWS

国家会议中心 2018年8月2日-5日  
China National Convention Center  
August 2-5, 2018

8月2日

《中华医学信息导报》康讯世纪国际广告(北京)有限公司  
《中国循环杂志》联合制作

**心血管病质控进行时**  
集思广益, 推进国家心血管病医疗  
质控中心建设

有学者曾用“一个国家、四个世界”来描述中国经济发展和资源分配的不均衡状态,而这最终也影响了医疗质量的均一性。低质量卫生服务,是阻碍民众健康改善的“绊脚石”。基于此,在2017年阜外医院接受国家卫计委的工作委托,成立国家心血管病医疗量控制中心,开始承担和开展全国心血管病医疗质量管理与控制相关工作。质控中心基于国家心血管病中心和阜外医院的工作基础,逐渐建立和完善全国心血管病专业质控工作体系,在全国专家委员会的指导下,建立心血管病心外科、冠心病、心力衰竭、心律失常、高血压、血管外科6个质控工作组,以科学拟定我国心血管病专业各病种/技术质控标准和工作计划。

4版

**心血管外科峰会、成人外科专场**



直播时间  
8月3日 08:00-17:30  
8月4日 08:00-17:30

2018 中国心脏大会暨国际冠心病大会暨第三届中国血管大会  
**新时代、心征程 - 创新·转化·合作**

尊敬的各位同道、各位来宾:

我谨代表大会组委会热烈欢迎各位参加2018年8月2日至5日在北京国家会议中心召开的中国心脏大会(CHC)2018暨国际冠心病大会(ICC)2018暨第三届中国血管大会(CVC)。

本届大会由中华医学会、国家心血管病中心、北京楷祺心血管公益基金会三方联合主办。大会主题为“新时代、心征程 - 创新·转化·合作”。

新时代开启新征程,新时代呼唤新作为,新时代承担新使命,新时代交出新答卷。

多年来,在众多伙伴和医界同仁的大力支持和积极参与下,中国心脏大会已经发展成为我国乃至亚太地区心血管界最具影响力的学术盛会。本届大会内容丰富,包括心脏和血管全体大



会、心血管疾病热点峰会、50余个分论坛以及卫星会;对心血管疾病基础研究、流行病学和人群预防、心血管疾病影像和检验、心血管内外科治疗、护理等方面均安排了详尽的讨论。

今年大会还将重点加强心血管大

数据、结构性心脏病、血管疾病、创新技术、基层培训等专题论坛,并将借助阜外医院国际领先的信息化、可视化的多媒体教学系统进一步展示当前国内外心血管疾病精准医学研究的前沿与成果。届时来自我国和世界各国的专家学者将在中国心脏大会上分享最新学术研究成果,讨论实践中的热点问题,交流心血管病医、教、研、防及产业的各种信息,共同应对心血管疾病的国家、地区及全球性挑战。相信本届大会在“创新驱动发展、建设健康中国”的今天,不但能成为我国心血管疾病防治学术交流的重要舞台,也能为国内外同行带来合作的良机。

希望参会代表们能够学有所得,增进友谊,让我们携起手来为推动心血管病学的发展,努力呵护与实现“健康的生命、更好的生活”!

中国心脏大会、国际冠心病大会主席, 中国血管大会名誉主席  
国家心血管病中心主任  
中国医学科学院 阜外医院院长



**国际冠心病大会 2018**  
——冠脉外科的世界最高水准



**大会主席**  
胡盛寿, MD  
中国工程院院士  
国家心血管病中心主任  
中国医学科学院 阜外医院院长



**大会联合主席**  
John D. Puskas, MD  
心脏外科教授  
美国西奈山伊坎医学院



**大会联合主席**  
David P. Taggart, MD  
心脏外科教授  
英国牛津大学 John Radcliffe 医院

2018年8月,国际冠心病大会2018(International Coronary Congress 2018)将与中国心脏大会2018(CHC 2018)和第三届中国血管大会(CVC)在国家会议中心共同拉开帷幕。

ICC2018由5个亚洲心血管外科专业学会联合举办,涵盖世界13个国家的心血管外科,36位国际顶级专家出席,16个会议主题,87场主题演讲,10场外科技术培训。欢迎各位冠脉外科领域的专家和学者的到来!

**8月3日 一层多功能A厅**

SPECIAL Session: Highlights of Congress  
1:45 PM - Quality Control of CABG: How to Improve it in Each Institution?  
Bruce W. Lytle  
2:00 PM - 50 Years of CABG: A History of Quality Improvement Initiatives  
Richard Prager  
2:15 PM - Best Practices for Avoiding and Managing Sternal Wound Infection: AATS Guidelines and Insights from the NIH Cardiothoracic Surgical Trials Network  
Duke E. Cameron  
2:30 PM - Heart Team Strategy for the Management of CAD: The Reality and the Future  
John D. Puskas

2:45 PM - Moderated Discussion and Audience Q & A: Evolving Indications for CABG and the Role of the Heart Team  
3:20 PM - STS Guidelines on Arterial Conduits for Coronary Artery Bypass Grafting  
Stephen Fremes  
3:30 PM - BITA Grafting: ART and the Evidence in 2018  
David P. Taggart  
3:40 PM - Can BITA Adequately Supply the Entire Heart?  
Husam Balkhy  
3:50 PM - BITA Harvest and Preparation with the Harmonic Scalpel: How I do it Quickly and Safely  
Teresa M. Kieser  
4:00 PM - Moderated Panel Discussion: When and How to do BITA Grafting

## 心外科工作组 建立四套质量标准，依托 CCSR，获得全国真实数据

心外科工作组基于中国心脏外科注册登记系统 (CCSR) 框架，开展了一系列针对心外科医疗质量改进和提升的质量改善行动，通过专题培训会议、移动终端检查清单提醒、质量反馈等一系列干预措施促进了我国整体心脏外科单位医疗质量。

目前，已建立冠状动脉旁路移植术、二尖瓣置换术、主动脉瓣置换术和先心病外科手术四套医疗质量评价标准，并以冠状动脉旁路移植术为试点，在全国范围内开展冠状动脉旁路移植术质控工作。

2018年，工作组继续扩大 CCSR 注册登记规模和质控覆盖范围，全面纳入各类水平和规模的心外科诊疗单位，获得具有全国代表性的真实世界数据。依托注册数据库和质控中心数据平台，逐步扩大报告覆盖范围和内容，完善报告反馈体系；通过质控报告和纠偏，锁定心外科核心质量问题，设计、验证并推广质量干预措施，进一步促进中国心外科医疗质量持续改进。



# 心血管病质控进行时

集思广益, 推进国家心血管病医疗质控中心建设

2017年, 受国家卫生健康委委托, 国家心血管病医疗质量控制中心成立, 承担和开展心血管病质控工作。质控中心逐渐建立和完善心血管病质控体系, 在全国专家委员会指导下, 建立了心血管病心外科、冠心病、心力衰竭、心律失常、高血压、血管外科6个质控工作组, 科学拟定我国心血管病专业各病种/技术质控标准和工作计划。

## 心力衰竭工作组

### 以医联体为基础, 构建质控评价体系

国家心血管专业质控中心心力衰竭质控专家工作组于2018年1月成立, 以形成医联体为基础, 对各级医疗机构的医疗质量进行专业质控, 形成心力衰竭质控评价体系。目前国家心力衰竭医联体已覆盖河南、山西、云南、湖北、江苏、北京、重庆、甘肃、内蒙古、湖南等十余个省份。当前工作重点是建立国家心力衰竭数据平台, 在国家心血管病质控中心的指导下实施心力衰竭的质量控制。

质控数据库于2018-03开始筹建, 经过设计、测试、试运行, 5月正式上线运行; 截止到07-26, 共开通账户 (纳入质控) 医院281家。下一步工作计划包括联合上述各医联体医院, 脚踏实地落实质控数据库填报工作; 在各地建立质量考核工作组, 进行质量考核工作; 对各质控单位根据数据填报的数量及质量进行评优, 评选出CEO示范中心及CEO成员单位进行挂牌, 充分调动各医院优质完成质控工作的积极性。



## 房颤质控

### 建立医疗质量评价体系, 评价全国近200家医院诊疗现状

房颤质控数据来源于国家医院质量监测系统、中国心血管病医疗质量改善项目 (CCC项目) 以及对部分医疗单位开展现场调查。医院质量监测系统提取全国房颤患者的基本情况。

CCC项目按地区以及经济分层入选全国150家三级医院以及42家二级医院, 提供全国房颤非介入治疗基本情况。房颤质控工作组在我国七个大区分别选取1-3家区域中心医院, 共17家区域中心医院进行房颤介入治疗现场调查, 对介入操作进行质量分析。

房颤患者的医疗质量评价体系中有6个一级评价指标, 15个二级评价指标。17家区域中心医院2017年共行房颤射频术9039例, 冷冻消融1761例, 左心耳封堵447例。介入并发症发生率低, 总体安全有效。但血栓栓塞以及出血风险评估记录亟待加强, 抗凝比例仍有很大提升空间, 左心耳封堵术存在一定程度超适应症使用, 院间医疗质量差异较大。



## 心外介入质控

### 发布系列技术规范, 培养复合型医生, 完善登记系统

“经外科途径心血管疾病介入诊疗专家工作组”自2012-12成立, 已组建了新一届国家心血管病心外介入专业质控专家委员会并制定、颁布了系列技术规范, 比如发布《常见心血管疾病经外科途径进行介入诊疗的专家共识》、制定《单纯超声心动图引导下经皮介入技术中国专家共识》。

此外, 工作组还建立多种模式的心外介入专业人才培养体系。其中“国家心血管病中心经外科途径心血管疾病介入技术培训基地”于2016年3月正式揭牌, 面向全国培养新型复合型心血管疾病专科医生。首批学员已经全部通过培训考核并顺利毕业。每年5月左右定期召开心外介入质控中心专家委员会及技术培训会议。在培训基地招收1年制学员的基础上, 开展多途径培训方式, 比如完善周末小班培训制度, 利用新媒体传播作用在微创介入俱乐部微信内每月进行典型病例讨论和月总结, 提高对复杂外科介入病例治疗经验。

工作组还逐渐扩大心外介入病例注册登记系统, 并定期向国家卫生健康委员会上报质控情况。心外介入诊疗技术注册登记自2013年开始, CCSR数据库平台登记医院数量已增至45家医院, 登记病例数超万例, 基本涵盖了国内该领域的重点医院病例情况。

国家医疗质控中心将对登记数据进行分析, 为各省质控机构提供各类技术的手术量、并发症、死亡率、各亚组情况等宏观质量指标, 向国家卫生健康委员会提交每年的《国家医疗服务与质量安全报告》, 同时对集中出现的并发症及质控工作问题进行讨论, 并根据讨论结果修订技术规范及管理规范。

## 冠心病质控

### 建立评价体系, 117家医院上报数据

为了加强冠心病诊治质量, 2018-01-23, 冠心病专家工作组会议讨论形成中国急性STEMI质量评价指标集, 并撰写《中国急性ST段抬高型心肌梗死质量评价指标体系的专家共识》。

建立了心肌梗死质控填报网站, 7月5日正式上线。截至2018-07-25下午4时, 17省市117个各级医疗单位注册 (三级: 83; 二级: 34), 112家医疗单位填报了3655例STEMI病例。工作组根据质控指标, 进行现有指标和调查表更新, 提交卫生健康委进行电子化平台建设, 建立数据管理和使用方法初稿。

专门成立了专家学术委员会, 韩雅玲院士任主任委员; 杨跃进、蒋立新、张抒扬、陈绍良等教授任副主任委员。

## 高血压质控

### 建立医联体, 细化质控标准

高血压质控组计划结合高血压专病医联体工作, 逐步推进高血压质控工作, 努力开展同质化培训, 加快各地高血压专科建设, 提高高血压专科质量。

目前, 已完成高血压专科培训统一课程, 完成高血压质控指标细化。其中专业质控共计8大指标, 基层指标共计9大指标。已在云贵两省部分地区试点, 并在向其他省市推广。

截止到2018-07-24, 全国36家省级 (副省级) 中心已经成立30家。预计9月份可完成完成全国高血压专病医联体的全部省级中心启动建设和培训工作。

地市级中心启动建设和培训工作在积极推进中, 部分地区已深入到区县、社区。

## 血管外科质控

### 以多中心主动脉数据库为基础优化规范技术

召开两次质控工作会议, 形成TEVAR、EVAR手术质控指标体系, 发表《胸主动脉腔内修复手术质量评价指标体系的中国专家共识》和《腹主动脉腔内修复手术质量评价指标体系的中国专家共识》。建立多中心主动脉数据库, 综合评价全腔内 (TEVAR/EVAR) 技术的有效性和安全性, 降低死亡率及并发症发生率。收集20余省份, 近百家医院主动脉疾病诊疗数据, 为下半年中国心血管病医疗安全白皮书发布打下基础。下一步工作将起草、修订或审定血管外科领域有关技术规范或技术指南, 并协助NCCQI开展全国质控工作。

#### 指南与共识

#### 胸主动脉腔内修复手术质量评价指标

国家心血管病专业质控中心专家委员会血管外科专家工作组

- 前言
 

目前中国高血压患病人数高达2.7亿<sup>[1]</sup>, 加之人口老龄化进程的加剧, 使得动脉粥样硬化的发病率和检出率均有增高趋势, 患者群体较为庞大。过去十年间, 随着主动脉腔内微创技术的不断发展, 新型器械和术式的不断涌现, 胸主动脉腔内修复 (thoracic endovascular aortic repair, TEVAR) 手术
- 手术规范化、标准化和同质化。
- 质量评价指标的设置
- 2.1 候选指标的筛选
 

候选指标是经过文献检索获取的指标初步方案, 主要来源于临床指南高度推荐、有高质量证据支持、和患者预后有明显因果关系或相关性的指标, 发达国家和地区体系建设的指标, 权威专家意见

CHC 2018 大会优秀论文

## 中国心衰外科注册研究凸显地区差异

94家医院,13665例心衰外科手术,华北地区标化死亡率最低,西北地区最高

阜外医院唐汉韩等基于中国急性慢性心衰外科注册研究系统数据指出,当前中国心衰外科救治数量相对较少,救治效果地区间差异显著,围术期体外生命支持设备运用较少,术后药物治疗指南依从性不高。

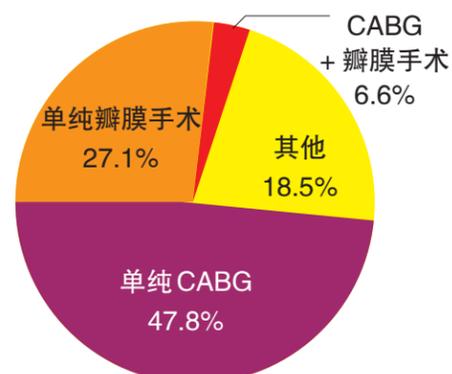
研究分析了2012-01至2017-06期间我国94家医院13665例心衰外科手术。单纯冠脉旁路移植术(CABG)占47.8%,单纯瓣膜手术占27.1%,CABG合并瓣膜手术占6.6%,患者的

总体住院时间23(17~32)天。

术后主要并发症(包括再次气管插管、心包填塞、术后心肌梗死、胸部切口感染、脑卒中、肾功能衰竭、房颤和多器官功能衰竭)发生率10.2%,院内死亡率4.1%。围术期主动脉内球囊反搏使用率6.9%,体外膜肺氧合使用率0.3%。术后β受体阻滞剂使用率为44.4%,血管紧张素转换酶抑制剂/血管紧张素II受体拮抗剂使用率28.2%。

通过广义线性模型计算各地区风险标化死亡率(RSMR)与风险标化并发症率(RSMCR),华北地区RSMR最低,为2.56%(95%CI:2.49~2.63%),西北地区最高,为8.30%(95%CI:7.98~8.63%);华南地区RSMCR最高,为12.09%(95%CI:11.89~12.30%),西南地区最低为8.77%(95%CI:8.65~8.89)。

研究者表示,我国心衰外科治疗仍有较大医疗质量改进空间。



## 整合医学有助实现防、治、康、养一体化管理

中国医学科学院阜外医院 孙兴国



孙兴国 教授

根据新理论体系建立慢病有效诊疗、预防和管理整体方案刻不容缓,其规范化的落地模式探索和推广应用也显得更加重要。我们创新性地提出“整体整合生理学医学”新理论体系,它是整体整合医学的重要组成部分和理论基础。整体整合生理学是综合了时间和空间因素,认为正常人呼吸是生命活动的表征,

血液循环是呼吸存在的基础,代谢是呼吸和循环存在的前提;人体以呼吸、循环、血液、消化、吸收、代谢为主轴,在神经体液统一整体调控下,在其他功能系统的配合和辅助之下,所有功能系统共同参与的、以维持人体功能连续动态趋向于平衡、而永远达不到真正平衡的生命活动状态。

据此对慢病发生的病理生理学进行探讨,分析血糖、血脂、血压、尿酸及体重等指标异常的机制,继之探索其发生、发展、纠正、转归和预后规律,进而对慢病进行预防、评估、诊断、治疗和康复,提出创新可行的整体防-治-康-养一体化全方案,这构成了整体整合医学的核心。

整体论认为“各种慢病基本上属于热量过剩型细胞营养不良”综合征,我国慢病发病率、死亡率高最根本的病因是现代入长期高热量摄取和运动过少,过度紧张疲劳,造成人体整体功能的异常改变,所以有效治疗需要改变理念,探索可适用的长时程、全方位、全生命周期、有效的整

体管理和预防方案及其实施模式。

在全新理论的指导下,在心肺运动客观定量精准评估患者整体功能状态后,制定个体化精准适度强度运动为核心的整体方案,根据整体论客观定量解读心肺运动试验数据后,指导安全有效的适度运动强度;在逐搏血压、血糖、血脂等功能性连续监测指导下,设定每天的运动频次(每几个小时重复运动),以及进行两种以上辅助运动(肌肉群的抗阻运动、呼吸训练、柔韧性、平衡锻炼、弹力带、太极拳、气功、八段锦、瑜伽等)。整体方案包括精神心理、睡眠管理、劳逸结合、戒烟限酒、健康营养和饮食、睡眠呼吸管理、睡眠血压管理与药物器械手术等在优化管理,首先在较短时间(90~100天)内强化管理血糖、血脂、血压、尿酸及体重等指标异常,实现有效地管控,进行药物减量甚至停药仍然维持指标正常,随后依赖正确的生活方式,回归社区和家庭,维持终生,真正实现慢病有效预防和管理,逐步完善规范化操作并推广实施。

## 陈玉国谈心肺复苏在中国:“全民参与”是终极策略

近日中美等均发布相关文件,宗旨就有一个:心肺复苏是生活必备技能,让更多人掌握心肺复苏。心肺复苏在中国情况如何?请聆听中华医学会急诊医学分会主任委员、山东大学齐鲁医院陈玉国教授将进行报告。

在2017年,陈玉国等在JAMA子刊发文称,我国院外猝死者不足1%,远远低于美国的12%。主要原因是我国旁观者心肺复苏的实施率远低于欧美国家,并且实施质量堪忧。

据悉,我国每年心源性猝死者高达55万,平均每天1500人以上。而国内大、中型城市中心心肺复苏实施率平均仅为4.5%,在北京为11.4%,上海为4.2%,而这一指标在美国为46.1%,加

拿大为29%,瑞典为46%~73%,日本为32.2%,澳大利亚为21.2%。值得注意的是,即使实施了旁观者心肺复苏,心源性猝死患者的生存率较未实施者并无显著改善。

陈玉国等认为,除了法律、文化、舆论宣传等因素外,我国公众缺乏心肺复苏相关培训是造成旁观者心肺复苏实施率低的重要原因之一;而一次培训后缺乏定期的技能巩固培训,则是旁观者心肺复苏质量低下的重要原因。

据不完全统计,迄今为止我国所有经历过心肺复苏培训合格的公众仅有1000万,不到全国人口的1%,而美国这一数据为33%,法国为40%。仅在2012年,美国便有1310万人接受了心

肺复苏培训。为了提高我国心肺复苏水平,日前中国急救领域专家推出《2018中国心肺复苏培训专家共识》,并指出“全民参与”才是提升我国心肺复苏培训普及率的终极策略。

共识还基于中国的国情提出了“心肺复苏培训三角”的概念,强调系统(培)、培训(训)和人(者)是“培训三角”的基础,心肺复苏科学是“培训三角”的核心。此外,共识指出,要保证心肺复苏培训的效果,营造科学、优秀的心肺复苏抢救文化,必须建立起长期、有效的心肺复苏培训评价和质量控制体系。

CHC 2018

论坛推荐

扬科学风帆  
弘学术精魂欢迎参加个体化精准  
运动整体慢病有效管  
理实施与操作论坛

本届大会上,个体化精准运动整体慢病有效管理实施与操作论坛将探讨整体观指导下的心肺运动、心脏康复与慢病有效诊疗相关技术的实操。

随着还原论简化论历史潮流,注重了局部而忽视了整体,虽然医学和科学技术的不断提高,针对整体人的医疗指南以疾病为核心进行治疗。我们提出了整体整合生理学医学为指导,运用心肺运动试验、个体化精准运动、睡眠呼吸监测、连续动态功能指标监测等创新技术,在连续功能监控下安全有效地实施个体化精准运动为核心的整体方案,从医院到家庭一体化全方位、全时程、远程、全生命周期的慢病治疗与康复,实现对现代医学无法治愈的慢病异常指标的自然健康转归和有效管控。这在慢病防治管理中具有重要的科学价值和现实意义。

本次论坛立于学术前沿,引领学术思潮,由中国医学科学院阜外医院惠汝太教授、北京大学人民医院何权瀛教授为代表的数十名专家共聚一堂分享理论与临床实践,论坛主席孙兴国教授带领团队现场展示慢病有效诊疗相关技术的实操。

(王若兰)

8月2日 8:00~12:00

四层 407 会议室

CHC 2018

8月3日 8:30~9:30  
402AB 会议室

CHC 2018

## 《中国高血压防治指南 2018 年版》修订研讨要点

## 预防为主，防治结合，重心下沉

中国医学科学院阜外医院 王文

中国高血压防治指南是制定高血压临床防治方案的重要参考。《中国高血压防治指南 2018 年版》修订的指导思想是：执行国家“预防为主，防治结合，重心下沉”的方针。本次指南修订中的研讨热点有以下几方面。

## 重视中国证据，明确我国高血压治疗主要是预防脑卒中

我国高血压患者发生脑卒中：心梗的概率约是 5:1，确定我国治疗高血压的主要目标是预防脑卒中。本次指南修订重视中国高血压研究新证据，包括 CHIEF、CSPPT、CHINOM、FEVER、CNIT、STONE、Syst-China、HOT-CHINA、PATS 等研究，其中 CSPPT 研究发现，补充叶酸可以预防脑卒中。

## 高血压降压治疗的血压目标

一般高血压患者应降至 <140/90



王文 教授

mmHg ( I, A)，能耐受和部分高危及以上的患者可进一步降低至 <130/80 mmHg ( I, A)。65~79 岁老年人首先应降至 <150/90 mmHg，如耐受可进一步降至 <140/90 mmHg ( II a,

B)；≥ 80 岁老年人应降至 <150/90 mmHg ( II a, B)。一般糖尿病患者的血压目标为 <130/80 mmHg；老年糖尿病患者降至 <140/90 mmHg；慢性肾脏病 (CKD) 患者降至 <140/90 mmHg，伴蛋白尿的患者应降至 <130/80 mmHg；冠心病患者降压目标为 <140/90 mmHg；脑血管病患者应降至 <140/90 mmHg；心力衰竭患者降压目标一般为 <140/90 mmHg。

## 强化降压理念与措施

对心血管高危患者，血压降至 130/80 mmHg 也有益；对血压 ≥ 150/95 mmHg 者，可开始联合治疗；对一般高血压患者初始用常规剂量降压药，降压目标 < 140/90 mmHg，能耐受的部分患者可降至 130/80 mmHg 左右；积极联合治疗。

## 分层指标变化

(1) 增加 130~139/85~89 mmHg 范围；(2) 将心血管危险因素中高同型半胱氨酸血症诊断标准改为 ≥ 15 μmol/L，高同型半胱氨酸血症是脑卒中发病危险因素；(3) 将房颤列入伴随心脏疾病；(4) 将糖尿病分为新诊断与已治疗但未控制两种情况，分别根据血糖 (空腹与餐后) 与糖化血红蛋白水平诊断；(5) CKD 3 期为靶器官损害；CKD 4 期为临床并发症 (很高危)。

## 血压测量方法评价

诊室血压是临床诊断高血压和分

级的常用方法，推荐使用经过国际标准认证的上臂式医用电子血压计。有条件者应进行诊室外血压测量，用于诊断白大衣性高血压及隐匿性高血压，评估降压治疗的疗效，辅助难治性高血压的诊治。动态血压监测还可评估 24 h 血压昼夜节律、体位性低血压、餐后低血压等。家庭血压监测还可辅助调整治疗方案，基于互联网的远程实时血压监测是血压管理的新模式；精神高度焦虑的患者，不建议频繁自测血压。

## 降压治疗策略

对大多数高血压患者应根据病情，在 4~12 周内将血压逐渐降至目标水平 ( I, C)。降压药物治疗的时机也做出明确规定，即在改善生活方式的基础上，血压仍 ≥ 140/90 mmHg 和 (或) 高于目标血压的患者应启动药物治疗 ( I, A)。降压药应用的基本原则方面，一般患者采用常规剂量，老年人及高龄老年人初始治疗时通常采用较小的有效治疗剂量。根据需要，可考虑逐渐增加至足剂量。优先使用长效降压药物，以有效控制 24 h 血压，更有效预防心脑血管并发症发生。对血压 ≥ 160/100 mmHg ( I, C)、高于目标血压 20/10 mmHg 的高危患者 ( I, C)，或单药治疗未达标的高血压患者应进行联合降压治疗，包括自由联合或单片复方制剂。对血压 ≥ 140/90 mmHg 的患者，也可起始小剂量联合治疗 ( II a, B)。

## 降压治疗的几个小技巧

河北省人民医院 郭艺芳

每例高血压患者都有各自的特点，因此降压治疗需要个体化，这种个体化还包括几种特殊情况下的降压治疗。

## 老年人严重清晨高血压

很多老年人早晨血压明显升高。这种情况下，早晨清醒后应床上缓慢肢体活动一刻钟左右再起床；起床后活动不宜剧烈，适当推迟晨练时间；开始晨练前 30 min~1 h 服降压药；严重晨峰者应下午或晚上锻炼；根据血压节律确定用药时间。若夜间高血压，可选择睡前服用长效降压药。

## 老年人体位性低血压

这种情况下应停用可能的药物 (硝酸酯类药物、三环类抗抑郁药、神经松弛剂和 α 受体阻滞剂等)；血容量减少者适量增加盐与液体摄入；防止静脉淤血；穿紧身裤和弹力袜；睡眠时头位稍高；坚持体育运动；由卧位转为坐位或立位时动作要缓慢；基础血压不太高的患者可考虑减量服用降压药；严重体位性低血压者可短期试用氟氢可的松、米多君、吡哆美辛等。

## 餐后低血压

若饭后出现头晕、乏力、困倦等低血压症状，要警惕餐后低血压。该类患者首先要治疗基础疾病 (高血压、糖尿病、帕金森病、瘫痪和肾病等)；高血压患者可改在两餐之间服降压药；低碳水化合物饮食；少食多餐，避免食物过热；适当增加钠盐和水分摄入；限酒或戒酒；餐后休息 10~20 min 后再起立活动，起立前活动四肢；肥胖或糖尿病患者可试用阿卡波糖；严重病例可试用米多君。



郭艺芳 教授

## 顽固性高血压

除外继发性高血压、诊室高血压、假性高血压，确认患者坚持治疗；强化生活方式干预，特别是限盐、限酒、减轻体重、缓解紧张焦虑情绪；至少 3 种作用机制不同药物联合；冠心病或心衰患者可首选 β 受体阻滞剂 ACEI/ARB 与 CCB 等联用；若无冠心病或慢性心衰，可优选 ACEI/ARB+CCB+利尿剂；常规剂量不达标且能耐受时，各种药物可用至说明书推荐的最大剂量；利尿剂与螺内酯或是制胜法宝，应积极应用；尝试加 β 受体阻滞剂或 α 受体阻滞剂。

## 减轻体重的益处

体重下降 10 kg，收缩压降低 10~20 mmHg，胆固醇降低 10%~20%，血糖降低 1~2 mmol，心脏负荷降低 20%，10 年内心血管风险下降 35%！轻度的高血压、糖尿病、高血脂通过减重就可以达到治疗目的。

## CHC 2018 论坛预告

时间：8月2日 地点：三层 307AB 会议室

## 基层高血压管理

## 第一场：全球及国内优秀慢病防控模式介绍

- |             |                                  |
|-------------|----------------------------------|
| 8:15-9:15   | 基层高血压管理办公室工作介绍 蒋立新               |
| 9:15-9:45   | 基层高血压管理质量管理及考核体系介绍 蒋立新           |
| 10:00-10:20 | 云南省基层高血压管理工作经验介绍 许勇刚             |
| 10:20-10:40 | 青海省基层高血压管理工作经验介绍 李萍              |
| 10:40-11:30 | 全球慢病管理模式 / 经验介绍 Cherian Varghese |
| 11:30-12:00 | 社区高血压防控策略的探索 李创                  |

## 第二场：基层常见心血管疾病诊治知识培训

- |             |                        |
|-------------|------------------------|
| 13:30-14:00 | 《国家基层高血压防治管理指南》概述 张海波  |
| 14:00-14:40 | 继发性高血压诊断及治疗 蔡军         |
| 14:40-15:15 | 老年高血压的诊断及治疗 郭子宏        |
| 15:30-16:10 | 从证据到获益 - 高血压的实施科学研究 郑昕 |
| 16:10-16:50 | 糖尿病诊断及治疗 巩秋红           |
| 16:50-17:30 | 他汀类药物的应用及注意事项 郭远林      |