

# 血压究竟多高算好



血压是指血液在血管里流动时对血管壁的压力，原来只是一项生理学研究的内容。“没有压力便不会进步”，是一句社会学的词语，——在人体生理上倒也适用，因为若无一定的压力，血液便不能在血管中流动。不过这血压的高低却与人体的一些疾病情况相关，严重的甚至危及人的生命。血压过低，不能保证大脑等重要血管的血液供应，人会感到十分衰弱，如若低到不能维持身体各处组织的血液供应，人的生命便不能维持。幸而，这种情况并不多见，仅仅见于大量失血、严重感染或心脏意外等紧急情况。而高血压则十分常见，我国的高血压患者甚至约2亿人。过高的血压不但加重了心脏的负担，还会损害血管，导致动脉粥样硬化，引发心、脑、肾的病变，如冠心病、心肌梗死、脑梗死、脑溢血、肾功能衰竭之类。高血压成了严重危害人们健康的杀手。

#### 诊断标准 140/90mmHg

血压既不能过低，也不能过高。由于身体各部位，各种血管血压不同，为了统一起见，医学上的体外测量以与心脏处在同一水平的手臂上的肱动脉的血压为准。血压的正常标准是收缩压（俗称为高压）不低于90毫米汞柱、舒张压（俗称为低压）不低于60毫米汞柱，写作不低于90/60mmHg，这是正常的极限；而高呢？则不应超过140/90mmHg，超过了，即可称为高血压了。

高血压的标准是人为制定的，其实许多年前并不是这样的。那时医学家们观察到许多老年人，就只单是收缩压高，而舒张压并不高，他们看上去都很好，便认为老年人收缩压高些也许无妨。于是将诊断高血压的标准定为舒张压高于90毫米汞柱，并且收缩压高于140毫米汞柱，但在老年人高血压的诊断标准中，又将收缩压定为“90加年龄”。也就是说一位60岁的老人，他的收缩压要高于150，70岁的老人要高于160，80岁高于170毫米汞柱才算是高血压，而且要舒张压同时也高于90毫米汞柱才能诊断为高血压病。这样的标准曾被医学界应用了数十年，至今还有些老人沿用这个标准，以为人老了，收缩压高点无妨。

多年来，现代医学兴起了一种被称为“循证医学”的研究方法，简而言之，医生给病人诊断、治疗的方法皆应有公认的证据，而不是依据“一向是这样做的”或是“古人是这么说的”。用循证医学的原则来审视高血压的诊断标准，发现问题了。

高血压的危害是导致产生心、脑血管的严重并发症，那么血压在多少以下才不致引发这些心、脑血管病呢？于是研究了大量的心、脑血管病的病人发病时的血压状况，结果发现不论年龄多高，他们的血压不是舒张压高于90毫米汞柱，就是收缩压高于140毫米汞柱，或是两者都高。也就是说他们心、脑

血管病的发生与收缩压高于140和（或）舒张压高于90毫米汞柱有关。既然如此，那么高血压的诊断标准便应确定为高于140/90mmHg，而且不论高寿几何。确实也有些人只是收缩压高而舒张压不高，但可惜他们也未能幸免发生心、脑血管病。所以认为只是收缩压增高的，也应算是高血压，并且用了一个“单纯收缩期高血压”的病名，以强调即使舒张压不高，这种情况也应该诊断为高血压。

#### 理想血压 低于 120/80

随着循证医学研究的发展，人们发现血压高于120/80mmHg的人若不加注意，如继续过多摄入脂肪饮食与盐、缺少运动、体重超标、吸烟等，则血压很容易上升到140/90mmHg以上，而发展为高血压病。故又提出血压在120~139/80~89mmHg者为“高血压前期”或“正常高值”，以告诫血压达到这一水平者，应努力改善自己的生活行为，以预防发展为高血压病。这也是现代医学所表现出的一种防病的概念。

既然高血压的诊断标准是血压高于140/90mmHg，那么高血压的病人将血压降到140/90mmHg以下是不是就万事大吉了呢？不然，大量的循证医学研究表明：高血压病人应将血压降到120/80mmHg以下，方能确保安全。于是将低于120/80mmHg称之为“理想血压”，作为高血压病人治疗的目标。

#### 高龄老人 不强求 140/90

不过近年来的研究却发现对于患高血压病的高龄老人来说，血压却非降得越低越好，因为这些老人多有不同程度的动脉粥样硬化，如若血压过低或许不足以保证心、脑、肾等重要器官的血液供应。故对高龄老人的降压目标可定为150/90mmHg，而不强求达到低于140/90甚至是低于120/80mmHg的“理想血压”。甚至有的研究提到，对有颈动脉粥样硬化而致颈动脉狭窄的老者，若收缩压低于130毫米汞柱时，甚至可能由于血流量减少、血流减缓而易有脑梗塞的风险。当然，也不等于高龄老人皆不需将血压控制得更低些。如今心、脑血管病专家们仍认为合并有糖尿病的、曾有过脑溢血病史的高龄高血压患者，由于更多脑溢血发作的风险，在密切的医学监护，比如经常测量血压、经常有医生随诊的条件下，还是以尽可能地将血压降低些为好。

高血压诊断标准及控制目标的上上下下的变化，“高血压前期”“理想血压”概念的提出，无不反映了人们对高血压病认识的逐步深化。循证医学，一个追求实证的医学研究方法，对此起了促进的作用。准确的诊断标准、合理的控制目标，必将有利于高血压病的防治，从而减少心、脑、肾等严重并发症的发生。

#### （于未）

## 什么是无偿献血

无偿献血是指公民在无报酬的情况下，自愿捐献自身血液的行为，其中，“无偿”和“自愿”是无偿献血的重要特征。按照世界卫生组织的定义，无偿献血是不领取任何报酬的，包括纪念品。在我国，1998年10月1日施行的《中华人民共和国献血法》规定，对献血者，有关单位可以给予适当补贴。因此，我国公民献血后，有的所在单位会对献血者给予金额不等的补贴，安排一定时间休息，血站给献血者一份价值不一的纪念品，也是合法合规的。同时，《中华人民共和国献血法》规定：提倡十八周岁至五十五周岁的健康公民自愿献血；鼓励国家工作人员、现役军人和高等学校在校学生率先献血，为树立社会风尚做表率；动员患者家庭、亲友所在单位互助献血。这也意味着：在当前，我国无偿献血还不是公民的一项强制义务，更需要通过广泛的宣传发动，引导适龄健康公民发扬人道主义精神，自愿献血；发挥公务员、军人、大学生的表率作用，率先献血；动员患者家属、亲友、同事互助献血。此外，无偿献血所捐献的血液包括全血、成分血（如造血干细胞等）和特殊血液成分（如造血干细胞）。

（申飞）

拥有强韧的骨骼，愿望是美好的，过程讲求科学与合理。专家指出，骨质疏松的防治重在规范和适度，其中需要医务人员的专业评估，也应将疾病常识及时向广大女性普及。

乳制品对骨骼非常有利。那是否把它当水喝呢？专家举例说，澳大利亚的乳制品资源充沛，质量有口皆碑，当地人习惯把牛奶保存在冰箱里当水喝。恰恰因为牛奶喝过量反而造成骨流失，澳大利亚的骨松发病率未呈现明显的下降。

有些女性一过50岁进入绝经期就开始补钙。这也不合理。的确，补钙和防治骨质疏松的关系很紧密，补钙是基本治疗之一，但是并不等于完整的骨松治疗。专家认为，钙剂不能盲目乱补，需要去医院进行评估。有些女性长期补钙，却从不检查自己吃得够不够，如果足够了要减量，如果常规剂量不够需加量，这绝对不是1+1等于2这般简单。由于个体差异明显，没有一种钙剂适合所有的中老年女性，则更需要医生的专业评估，让服药的过程更安全、更有效。

专家提醒：有时骨质疏松还会混杂其他疾病，甚至有肿瘤骨转移的患者初诊就来到骨松专病门诊，如果不经过专业检查，断定骨质疏松吃药，很可能耽误医治，所以，骨质疏松千万不要自行服药，确诊后在医生指导下用药。

保持骨骼健康的一大趋势是，注重补钙和维生素D，同时也补充一些微量元素，例如镁、锌、铜和锰等，这些微量元素能促进骨胶原合成，帮助骨骼持久强韧。

## 骨松防治重在规范和适度

# 风湿病长期控制“三字诀”

关节病是我国肢体致残的主要原因之一，类风湿关节炎则是关节病中致残率最高的疾病，强直性脊柱炎是脊柱关节炎中的一种潜在高致残类型。这对风湿免疫科的“难兄难弟”严重侵蚀着患者的生活和工作能力。

日前，专家指出，大部分风湿性疾病患者都有关节软组织疼痛、部分患者发烧以及其他器官发生损伤，出现上述症状，就应该到风湿免疫性疾病专科门诊作相关检查。

风湿性疾病是一个统称，其中包含近200种疾病。针对早期类风关，国际上就有很的规定，总的来说，如果疼痛发生在三个月以内，都算非常早期的。诊断明确后，患者就应在风湿免疫科坚持正规的治疗。

生物制剂的出现是风湿性疾病治疗史上的里程碑，大量临床应用数据显示其疗效强于传统DMARDs（改善病情的抗风湿药物），毒副作用小。生物制剂是针对特定致病性靶分子的拮抗物，通过分子的靶向性来阻断疾



病因子的发生和发展，与传统小分子化合物相比其靶向性高，治疗有明确目标，使治疗效果得到了提高。

为了实现疾病的长期控制，专家建议患者须做到“早、专、长”——

**早：**诊病力求早。在发病12周内，早期类风关主要病变是关节滑膜炎症，强直性脊柱炎以脊柱关节的炎性疼痛为主，也可能累及周围关节，此时的治疗效果较理想。

**专：**治病找专科。类风关是常见病，强直性脊柱炎近来的发病率亦不低，但两者均为免疫性的疑难疾病，就医最好前往正规的综合性医院或专科医院，找有经验的风湿免疫专科医生治疗。

**长：**求稳须长期。类风关和强直性脊柱炎属于自身免疫性疾病，不能完全被治愈，只能控制。擅自停药、换药、漏药会造成疾病的反复，治疗效果功亏一篑，前期治疗费用的浪费，强调坚持长期规范用药。一般情况下，生物制剂的治疗分三个阶段，第一个阶段是几天到一两周，目标是改善病情，肿胀减轻或消失。第二个阶段是3个月到6个月，目标是巩固疗效，病情稳定不反复。再往后是维持期用药，目标是病情得到缓解，甚至可以停药。

（程霜）

（马兴彦）