

طرح ملی کنترل فشارخون – بایدها و نبایدها

ناهد ازدکی^۱، طوبی کاظمی^{۲،۳}

^۱ مرکز تحقیقات بیماری‌های قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
^۲ واحد توسعه تحقیقات بالینی بیمارستان رازی، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
^۳ نویسنده مسؤول؛ مرکز تحقیقات بیماری‌های قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی بیرجند، بیرجند، ایران
آدرس: بیرجند- خیابان غفاری- بیمارستان رازی- مرکز تحقیقات قلب و عروق
تلفن: ۵۶۳۳۸۱۲۰۱ پست الکترونیکی: drtooba.kazemi@gmail.com



Citation Azdaki N, Kazemi T. [National project of blood pressure control: Do's and don't's]. J Birjand Univ Med Sci. 2019; 26(2): 95-7. [Persian]

DOI <http://doi.org/10.32592/JBirjandUnivMedSci.2019.26.2.100>

Received: 2019 June 15

Accepted: 2019 June 18

مقدمه

افزایش است (۵). برآورد می‌شود که در کشورهای در حال توسعه به‌خصوص آسیا و خاورمیانه، بیشترین افزایش در فشارخون بالا وجود داشته باشد که مربوط به سبک زندگی به‌ویژه رژیم غذایی پرکالری و استفاده از غذاهای آماده و شور می‌باشد (۶).

شیوع هیپرتانسیون در ایران و در بیرجند:

بر اساس پیمایش ملی عوامل خطر بیماری‌های غیرواگیر در سال ۲۰۱۶، حدود ۳۰ درصد جمعیت بالای ۳۰ سال ایران مبتلا به هیپرتانسیون هستند که بالغ بر ۱۵ میلیون نفر می‌باشد. نکته قابل تأمل این است که از این تعداد فقط ۶۰ درصد از بیماری خود اطلاع دارند؛ نیمی از بیماران دارو دریافت می‌کنند و فقط فشار خون در ۱۹ درصد از این بیماران کنترل شده است (۷).

در سال ۲۰۱۴ مطالعه‌ای مقطعی بر روی ۱۲۸۶ نفر (۶۲۷ مرد و ۶۵۹ زن) بین سنین ۱۵ تا ۷۰ سال انجام شد. شیوع کلی فشارخون بالا در افراد مورد مطالعه، ۲۰/۱ درصد بود.

هیپرتانسیون یکی از مهمترین عوامل خطر بیماری‌های قلبی- عروقی (CVD)^۱ است. مهمترین مشخصه هیپرتانسیون، بی‌علامتی آن است که به آن قاتل خاموش می‌گویند (۱)؛ از طرفی برای تشخیص آن، نیازی به تجهیزات پیشرفته نبوده و کنترل آن نیز با تغییراتی در شیوه زندگی و درمان دارویی به‌راحتی میسر است (۲).

در صورت عدم کنترل فشارخون، حدود ۵۰ درصد بیماران مبتلا به پرفشاری خون، در اثر بیماری‌های عروق قلبی (نارسایی قلبی، انفارکتوس قلبی، آنوریسم آئورت، بیماری عروق محیطی)، حدود ۳۳ درصد در اثر سکته مغزی (استروک ایسکمیک یا هموراژیک) و حدود ۱۰ تا ۱۵ درصد در اثر نارسایی کلیه فوت می‌کنند (۳). اگرچه هیپرتانسیون به‌عنوان مهم‌ترین عامل خطر قابل تعدیل برای CVD شناخته شده است (۴)؛ اما شیوع آن در بیشتر مناطق جهان همچنان رو به

¹ Cardiovascular disease

شیوع هیپرتانسیون در بیماران با انفارکتوس حاد قلبی:

در یک مطالعه مورد-شاهدی در سال‌های ۲۰۰۵ تا ۲۰۰۷ میلادی در شهر بیرجند بر روی ۹۸ بیمار مبتلا به انفارکتوس حاد قلبی زیر ۵۰ سال و ۹۸ فرد سالم، عوامل خطر ساز آترواسکلروز بررسی و بین دو گروه مقایسه شد. بر طبق نتایج این مطالعه، شایع‌ترین فاکتورهای خطر قابل کنترل شامل: سیگار ($OR=۶/۴$)، هایپرتانسیون ($OR=۳/۱$)، دیس‌لیپیدمی ($OR=۲/۸$) و دیابت ($OR=۲/۵$) معرفی شدند (۱۴).

شیوع هیپرتانسیون در بیماران با استروک:

در مطالعه‌ای بین سال‌ها ۲۰۰۲-۲۰۰۸ در شهر بیرجند که بر روی ۱۲۱۹ بیمار با استروک انجام شد، شایع‌ترین عوامل خطر شامل: فشار خون بالا ($۵۴/۷\%$)، دیابت ($۱۴/۹\%$)، دیس‌لیپیدمی ($۱۲/۲\%$) و سیگار (۹%) گزارش شدند (۱۵).

بسیج ملی کنترل فشار خون:

به نظر می‌رسد اولین و مهم‌ترین اقدام، اطلاع‌رسانی کافی به مردم برای مراجعه به مراکز بهداشتی و درمانی به‌منظور اندازه‌گیری فشار خون و اطلاع از وضعیت فشار خون خود است که بر همین اساس، بسیج ملی کنترل فشارخون «بدانیم و اقدام کنیم» توسط وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی انتخاب گردیده است. موفقیت اجرای برنامه‌ی اشاره‌شده نیازمند اطلاع‌رسانی، و مشارکت و همکاری تمامی سازمان‌ها و ادارات و نیز مردم برای شرکت در این طرح است؛ اما متأسفانه با وجود تشکیل کارگروه ساغ (سلامت امنیت و غذا) در استان‌ها و شهرستان‌ها و برگزاری جلسات مکرر، باز هم در مرحله عملیاتی‌شدن فعالیت‌های سلامت، مسئولیت بیان‌شده فقط بر دوش دانشگاه‌های علوم پزشکی گذاشته شد. قابل ذکر است که در مرحله دوم برای شناسایی افراد مبتلا به هیپرتانسیون، لازم است گرفتن فشار خون توسط افراد آموزش‌دیده، در محیطی آرام، پس از حداقل ده دقیقه استراحت، با فشار سنج استاندارد، در صورت لزوم اندازه‌گیری مجدد فشار خون و سپس ارجاع به سطوح بالاتر نظام سلامت

میانگین فشارخون سیستولی $۱۱۶/۰ \pm ۰/۴$ میلی‌متر جیوه و فشار خون دیاستولی $۷۲/۶ \pm ۰/۳$ میلی‌متر جیوه در افراد مورد مطالعه بود. میانگین فشارخون سیستولی و دیاستولی در مردان از زنان بیشتر بود (فشار خون سیستولی $۱۱۹/۴ \pm ۰/۶$ در مردان و $۱۱۲/۸ \pm ۰/۶$ در زنان و فشار خون دیاستولی $۷۴/۴ \pm ۰/۴$ در مردان و $۷۰/۶ \pm ۰/۴$ در زنان، $P < ۰/۰۰۱$). همچنین افراد مسن‌تر، دیابتی و چاق میانگین فشارخون سیستولی بالاتری داشتند و در افراد دیس‌لیپیدمیک، میانگین فشارخون دیاستولی بالاتر بود. $۶۱/۱۹\%$ درصد افراد مورد مطالعه از فشار خون خود اطلاع داشتند یا به عبارتی دیگر $۳۸/۸\%$ درصد موارد جدید پرفشاری خون بودند (۸).

شیوع پره‌هیپرتانسیون (فشارخون سیستولی بین $۱۳۹-۱۲۰$ میلی‌متر جیوه و دیاستولی بین $۸۹-۸۰$ میلی‌متر جیوه)، در همین افراد بررسی شد که $۲۱/۴\%$ درصد آنها پره‌هیپرتانسیون داشتند و شیوع آن در مردان به‌طور معنی‌داری بالاتر از زنان بود ($۲۸/۸\%$ در مردان و $۱۴/۵\%$ در زنان، $P < ۰/۰۰۱$). مردان نسبت به زنان $۲/۹$ برابر و نیز افراد دارای اضافه وزن و چاقی $۳/۷$ برابر نسبت به افراد با وزن طبیعی، در معرض خطر پره‌هیپرتانسیون بودند (۹).

تعریف هیپرتانسیون بر اساس جدیدترین گایدلاین:

در تقسیم‌بندی جدید هیپرتانسیون سال ۲۰۱۷ توسط انجمن قلب آمریکا، تغییراتی در طبقه‌بندی صورت گرفته که در جدول یک آمده است (۱۰). بر اساس تغییرات جدید در تعریف هیپرتانسیون، شیوع آن به‌طور قابل ملاحظه‌ای افزایش خواهد یافت.

جدول ۱- طبقه‌بندی هیپرتانسیون انجمن قلب آمریکا

فشار خون سیستولیک	فشار خون دیاستولیک	طبقه‌بندی هیپرتانسیون
< ۱۲۰	< ۸۰	فشار خون نرمال
$۱۲۰-۱۲۹$	< ۸۰	مرحله قبل از هیپرتانسیون
$۱۳۰-۱۳۹$	$۸۰-۸۹$	هیپرتانسیون مرحله اول
≥ ۱۴۰	≥ ۹۰	هیپرتانسیون مرحله دوم

صورت گیرد. رعایت موارد بیان شده باعث جلوگیری از تشخیص فشار خون روپوش سفید (white coat HTN) خواهد شد. پیشنهاد می‌گردد مراکز خدمات جامع سلامت به‌عنوان خط مقدم پیشگیری از بیماری‌های غیر واگیر، آمادگی لازم برای کنترل فشار خون تمام افراد جامعه را داشته و مراحل اولیه درمان، پیگیری و فالوآپ افراد را انجام دهند. همچنین پیشنهاد می‌گردد در مراکز درمانی مانند بیمارستان‌ها، درمانگاه‌های فشار خون با امکانات کافی و پرسنل و متخصصین مجرب، راه‌اندازی گردد تا در صورت عدم کنترل فشار خون، بیماران از مراکز جامع سلامت برای کنترل دقیق فشار خون به این درمانگاه‌ها ارجاع گردند.

منابع:

- 1- Dokunmu TM, Yakubu OF, Adebayo AH, Olasehinde GI, Chinedu SN. Cardiovascular Risk Factors in a Suburban Community in Nigeria. *Int J Hypertens*. 2018; 2018: 6898527. doi: 10.1155/2018/6898527.
- 2- Cheraghi P, Mihandost Yeganeh Z, Dosti Irani A, Sangestani M, Cheraghi Z, Khezeli M. Study on the prevalence of hypertension and its associated factors in the elderly population. *J Geriatr Nurs*. 2015; 1(3): 73-86. [Persian]
- 3- Vakili M, Hosseini N, Farzaneh Z, Falahati Aghda M, Fazelpour V, Hosseini A, et al. Factor associated with Hypertension of over 30 years old rural population in Eslamabad Gharb – 2013. *Toloo-e-behdasht*. 2016; 14(6): 119-25. [Persian]
- 4- Akbarpour S, Lotfalian M, Mozafary A, Rajab Boloukat R, Azizi F, Karimian SM. 10-year incidence of cardiovascular disease and death in middle-aged and older people in Tehran-Impact of different group of hypertension. *Research in Medicine*. 2015; 39(2): 60-8. [Persian]
- 5- Alawwa I, Dagash R, Saleh A, Ahmad A. Dietary salt consumption and the knowledge, attitudes and behavior of healthy adults: a cross-sectional study from Jordan. *Libyan J Med*. 2018; 13(1): 1479602. doi: 10.1080/19932820.2018.1479602.
- 6- Danaei G, Finucane MM, Lin JK, Singh GM, Paciorek CJ, Cowan MJ, et al. National, regional, and global trends in systolic blood pressure since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 786 country-years and 5•4 million participants. *Lancet*. 2011; 377(9765): 568-77. doi: 10.1016/S0140-6736(10)62036-3.
- 7- Djalalinia Sh, Kasaeian A, Peykari N, Modirian M, Ghajarieh Sepanlou S, Ghasemian A, et al. The Challenges and Lessons Learned Experiences of Six Round STEPs Surveys in Iran. *J Health Syst Res (Hakim)*. 2017; 20(3): 186-94. [Persian]
- 8- Kazemi T, Hajihosseini M, Mashreghimoghadam H, Azdaki N, Ziaee M. Prevalence and determinants of hypertension among Iranian adults, Birjand, Iran. *Int J Prev Med*. 2017; 8: 36. doi: 10.4103/ijpvm.IJPVM_103_16
- 9- Kazemi T, Tavakoli T, Hajihosseini M, Yari E. Prevalence of Pre-hypertension and Risk Factors in an Iranian Population: East of Iran. *Int Cardiovasc Res J*. 2018; 12(1): 34-7.
- 10- Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE Jr, Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*. 2018; 71(6): 1269-324. doi: 10.1161/HYP.0000000000000066.
- 11- Kazemi T, Sharifzadeh GR, Zarban A, Fesharakinia A, Rezvani MR, Moezy SA. Risk factors for premature myocardial infarction: a matched case-control study. *J Res Health Sci*. 2011; 11(2): 77-82.
- 12- Dehghani Firoozabadi M, Kazemi T, Sharifzadeh G, Dadbeh S, Dehghan P. Stroke in birjand, Iran: a hospital-based study of acute stroke. *Iran Red Crescent Med J*. 2013; 15(3): 264-8. doi:10.5812/ircmj.4282.