

居家测血压别只记数值

3种“隐匿波动”更易诱发中风

不少高血压患者居家自测血压时，只会简单记录早晚高压、低压数值，只要读数落在标准区间，就觉得病情控制稳定。而事实是，单一血压数值无法反映真实血管风险，血压变异性（BPV）才是诱发脑卒中、心血管急症的独立高危因素，血压剧烈波动对血管的损伤远高于持续性轻度高血压。

国内外多项队列研究证实，长期大幅波动的血流持续冲击动脉血管内皮，会加速血管硬化、斑块破裂，极易诱发脑梗、脑出血等脑血管意外事件。临床中最容易被患者忽略、却暗藏致命风险的有三类隐匿血压波动，下面结合权威指南、循证数据与居家护理实操方法逐一说明。

清晨高血压： 心脑血管疾病的“魔鬼时段”

血压存在天然昼夜节律，清晨6~10点为生理性高峰。高血压患者交感神经兴奋性偏高，晨起血压上升幅度会远超健康人群，也就是临床所说的“血压晨峰”。

依据《清晨血压临床管理中国专家指导建议》，清晨时段缺血性脑卒中发病率是其他时段的3~4倍，上午7~9点的心血管死亡风险显著升高。流行病学调查显示，约60%诊室血压达标的高血压患者，清晨家庭自测血压仍超标（家庭清

晨血压 $\geq 135/85$ 毫米汞柱即判定清晨高血压)。很多患者忽视了这一高危窗口，直至突发中风才知晓隐患。

规范监测方法：起床后先排空膀胱，未进食、未服用降压药前提下，静坐5分钟再测量，连续监测7天记录数值。若连续多日清晨收缩压 ≥ 135 毫米汞柱，即便日间血压正常，也需及时复诊，调整长效降压药或服药时间，平稳压制晨峰。

餐后低血压： 饭后头晕背后的隐形缺血风险

很多老年人饭后犯困、头重脚轻，大多归因为“吃饱犯困”，实则大概率是餐后低血压。依据《餐后低血压管理的中国专家共识》统一诊断标准：餐后2小时内收缩压下降 ≥ 20 毫米汞柱，或餐前收缩压 ≥ 100 毫米汞柱、餐后降至90毫米汞柱以下，即可确诊。即便血压降幅未达标，但伴随头晕、黑朦、乏力，也属于症状性餐后低血压。

数据显示，老年慢病患者餐后低血压发生率可达59%~80%，这是因为进食后大量血液流向胃肠道消化食物，回心血量下降，老年人自主神经调节能力衰退，叠加餐前服用降压药，血压会快速走低，造成脑部持续性低灌注，长此以往可增加短暂脑缺血、脑

梗死的发病概率。

居家监测与干预技巧：高危人群餐前、餐后每15分钟测一次血压，持续监测2小时；日常少食多餐，减少白粥、精制馒头、糖水等快速升糖主食；降压药物尽量避开餐前空腹服用，降低餐后血压骤降风险。

体位性低血压： 起身瞬间的血压“过山车”

平躺、久坐后突然站起，出现一过性头晕、眼前发黑，是体位性低血压典型表现。《中华高血压杂志》2025年荟萃分析明确统一诊断标准：站立3分钟内收缩压下降 ≥ 20 毫米汞柱，或舒张压下降 ≥ 10 毫米汞柱；纳入多项前瞻性研究随访数据显示，合并体位性低血压人群脑卒中发病风险提升36%，有卒中病史患者复发风险更高。

长期服用多种降压药、糖尿病周围神经病变、高龄体弱、长期卧床人群调节能力差，变换体位时血压落差明显，轻则跌倒骨折，重则诱发脑缺血、晕厥。

居家自测操作：平卧安静休息5分钟测量基础血压，缓慢站立，分别在1分钟、3分钟复测血压，对比收缩压差值。若差值超过20毫米汞柱，日常起身应遵循“三步法”：床上静坐1分钟-床边垂腿坐1分钟-缓慢站立，减少体位快速变



化带来的血压剧烈波动。

遵循指南科学监测， 重点记录波动轨迹

《国家基层高血压防治管理指南2025版》明确家庭血压监测规范：连续监测5~7天，早晚各测量2~3遍，取平均值记录。居家血压记录不能只写高压、低压，建议同步标注测量时段（晨起空腹/餐后/起身站立后）、有无头晕乏力等不适，重点追踪三类异常波动——清晨持续高压、餐后血压大幅下降、体位变换后明显低血压。

高血压管理的核心目标不只是血压数值达标，更要实现24小时平稳控压。单次血压正常不代表血管安全，居家自测时兼顾数值与波动轨迹，早识别、早干预，才能从源头降低中风、心脑血管急症风险，守护老年慢病群体居家健康。

湘潭县易俗河镇卫生院 田琦英

门诊慢病报销政策,带你全方位了解

随着人口老龄化进程加快，高血压、糖尿病、高血脂等慢性疾病的发病率逐年上升，以当前的医疗技术，这些疾病都难以治愈，大多需要长期服药来控制相关指标，预防并发症发生。随着治疗周期延长，医疗费用逐年累积，成为一笔不小的开支，对于个人和家庭而言都是负担。近年来，国家对个体医疗的越加重视，关于门诊慢病，也提出了新的保障机制，旨在减轻个体和家庭负担。那么，关于门诊慢病报销的相关政策有哪些？

哪些人可以享受门诊慢病报销政策

很多人认为只有退休后才能享受慢病报销，或者需要额外缴纳一笔“慢性病保险费”，但事实并非如此。

1. 门诊慢病报销的前提正常参保 要享受门诊慢病报销政策，必须要参加基本医疗保险，且处于正常缴费状态。职工医保为单位和个人共同缴纳，灵活就业人员个人全额缴纳，通常当月缴费成功，次月就可以享受这项待遇。居民医保一般是按年缴费，每年9月开始缴纳次年的保费，次年全年可享受该项

待遇。若中途参保，有等待期，时间为3~6个月不等。

2. 门诊慢病报销政策无需进行额外缴费 慢病报销并不是一项独立的保险项目，无需单独缴费，一般只要个体缴纳基本医疗保险费用，就能够享受这项特殊保障。

3. 门诊慢病报销需要办理相应的手续 不同地区的门诊慢病报销流程有所不同，但要办理相应手续。慢病证是很多地区进行慢病报销的主要依据。

哪些慢病符合报销要求

1. 国家重点推进的5种门诊慢性特病 当前，国家允许跨省直接结算的慢性特病有5种，即高血压、糖尿病、恶性肿瘤门诊放化疗、尿毒症透析、器官移植术后抗排异治疗。

2. 地域差异下的病种扩展 不同地区会根据自己的实际状况，酌情增减。常见的有冠心病、脑卒中后遗症、慢性阻塞性肺疾病、支气管哮喘、类风湿关节炎、系统性红斑狼疮、结核病、慢性病毒性肝炎等。部分发达地区可达到50种以上，但多数地区为20~30种。

门诊慢病报销有没有数额要求

门诊慢病报销要遵循“三个目录”和“两条线”原则。“三个目录”指药品、诊疗项目、服务设施；“两条线”指起付线、封顶线。

1. 报销金额计算

起付线又可以叫做门槛费，即在达到报销门槛前，需要自己支付的费用。职工医保相对较低，一般每年是200~500元，而居民医保稍高或者按照次数计算。在实践中，很多地区对高血压、糖尿病这种覆盖率极高的病种都实施“零门槛报销”。职工医保的报销比例，一般在70%~90%，而退休人员相较于在职人员偏高。居民医保的报销比例，一般在50%~70%之间。

报销金额=(合乎规范的医疗费用-起付标准线)×报销比例。而计算出来的报销金额也不能超过年度最高的支付限额，也就是封顶线。

封顶线则是每年可以报销的最高额度，且受到具体病种的限制。在实践中，不同等级的医院，在报销比例上也会存在限制。且很多城市实施的是“单病种限额”。

2. 两病专项政策

即专门针对高血压、糖尿病所设立的专项保障机制。起付线通常很低或者干脆不设，报销比例高达50%以上。

可见，门诊慢病报销是有一定的条件的，即病种符合、治疗项目符合、使用药物符合，且医疗费用达到对应的金额，才能按照相应比例来报销。

门诊慢病报销的全流程

1. 准备材料 首先要准备身份证明，一般身份证、社保卡均可；其次是二级或者以上公立医院出具的诊断证明书、出院小结、相关查验报告等病历资料，时间要求为近1~2年；再根据地区要求，填写《门诊慢特病种待遇认定申请表》。

2. 提交材料 可直接到医院端办理，也可以前往医保经办大厅或者街道社保所，或线上办理。

3. 审核 除特殊状况外，一般为5~15个工作日。对于一些急危重症，很多地区已经开设“绿色通道”。

4. 生效 审核通过后，医保系统会有备案，此时前往特定的医疗机构或零售药店，都可以购药。

湖南省中生无痛医学研究院有限公司 吴妍斌