

2009 年基层版
中国高血压防治指南

《中国高血压防治指南》（基层版）编撰委员会

主任委员	刘力生					
副主任委员	王文	姚崇华				
委	员 马淑平	孔灵芝	王家骥	王淑玉	王增武	
	向全永	孙刚	孙宁玲	孙英贤	朱曼路	
	朱鼎良	初少莉	吴可贵	吴兆苏	陈伟伟	
	杜雪平	李南方	张亮清	张廷杰	周晓芳	
	唐新华	袁洪	顾东风	路方红	雷正龙	
秘书	王馨	何新叶				

（按姓氏笔划顺序排列）

指南推广及意见反馈联络人：王文 Email: wangfw@yahoo.cn

卫生部疾病预防控制局
国家心血管病中心
高血压联盟（中国）
二零零九年十二月

目 录

序言

前言

第一节、高血压的检出

第二节、高血压的诊断与评估

第三节、高血压的治疗

第四节、高血压预防和教育

第五节、高血压的管理

第六节、高血压患者的双向转诊

第七节、基层高血压防治工作考核及评估

附件：

附件 1 高血压基本概念

附件 2 血压测量规范

附件 3 影响预后的因素

附件 4 我国常用口服抗高血压药物表

附件 5 基层常用降压药的使用方法

附件 6 特殊人群高血压处理

附件 7 高血压社区防治参考方案

附件 8 不同人群健康教育内容参考表

附件 9 高血压患者分级管理随访表

附件 10 高血压分级管理汇总表

附件 11 基层高血压防治管理流程图

基层指南要点

1. 高血压的检出

- (1) 血压测量规范化;
- (2) 建议正常成人每 2 年测量血压 1 次;
- (3) 利用各种机会性筛查测量血压, 收缩压 ≥ 140 和/或舒张压 ≥ 90 mmHg, 需进一步检查。

2. 高血压的诊断与评估

- (1) 非同日三次测量血压, 收缩压 ≥ 140 和/或舒张压 ≥ 90 mmHg, 初步诊断为高血压;
- (2) 根据心血管疾病总体危险进行简化危险分层: 低危、中危、高危;
- (3) 按危险分层和患者实际情况决定治疗措施, 对高危患者立即药物治疗。

3. 高血压的治疗

- (1) 坚持长期非药物治疗, 主要是改变不良生活方式;
- (2) 坚持长期规范化药物治疗, 常用 5 大类降压药及固定复方制剂均可选用;
- (3) 高血压治疗的目标是血压达标; 根本目的是最大限度地减少心脑血管疾病的发生和死亡危险;
- (4) 联合治疗是血压达标的关键, 对血压 $\geq 160/100$ mmHg 或高危患者可初始小剂量两种药联合治疗。

4. 高血压的预防及教育

- (1) 通过危险因素的干预, 减少高血压的发生;
- (2) 倡导“合理膳食、戒烟限酒、适量运动、心理平衡”的健康生活方式;
- (3) 开展各种形式的健康教育, 提高对高血压的认识, 减少高血压的危险因素;
- (4) 重点干预 35 岁以上的正常高值血压、超重/肥胖人群, 以推迟或预防高血压的发生。

5. 高血压的管理和考核

- (1) 高血压患者根据危险分层实行分级管理: 一、二、三级管理分别每 3、2、1 个月各常规随访一次;
- (2) 管理随访主要指标是血压, 基本目标是血压达标;
- (3) 考核重点是提高高血压的管理率、治疗率及血压控制率。

序 言

2002年全国居民营养和健康状况调查显示,我国成人高血压患病率达18.8%,比1991年增加31%。按现有人口估算,全国高血压现患人数多达2亿。随着我国人口基数的增加和人口老龄化的加速,高血压患者还会不断增多,并出现年轻化趋势,极大危害劳动力人口的健康。高血压防治工作已迫在眉睫,刻不容缓。

高血压是脑卒中、冠心病、心功能和肾功能衰竭的主要危险因素,积极控制高血压,可预防并发症的发生,保持良好的生活质量,减少医疗费用支出,对个人、家庭和国家都有极大的益处。

做好高血压人群防治工作,关键是提升人群高血压的“三率”(知晓率、治疗率和控制率)水平。目前,我国居民高血压的“三率”还处于较低水平,对高血压防治工作提出了严峻的挑战。提高高血压“三率”的关键在基层,通过基层医疗卫生机构对居民开展健康教育,指导健康生活方式,提供便民测量血压服务,对高危人群开展针对性干预,指导患者规范化治疗、定期随访咨询指导等,可有效提高高血压的知晓率、治疗率和控制率,是防治高血压有效、经济、方便、可行的措施,也是实现基本公共卫生服务均等化的有效途径,是预防措施关口前移,重心下移的具体体现。

《中共中央国务院关于深化医药卫生体制改革的意见》提出:明确国家基本公共卫生服务项目,逐步增加服务内容。鼓励地方政府根据当地经济发展水平和突出的公共卫生问题,在中央规定服务项目的基础上增加公共卫生服务内容。《国务院关于医药卫生体制改革近期重点实施方案(2009-2011年)》规定,从2009年开始,为高血压、糖尿病患者群提供防治指导服务。“医改”为全面推进我国高血压防治工作提供了政策保障和经费保障,一方面促使那些以前没有开展或没条件开展的地区,行动起来,普遍开展高血压、糖尿病患者群防治工作;另一方面对那些高血压、糖尿病防治工作已经较为深入的地区,提供进一步发展的空间。高血压、糖尿病患者群防治将作为政府推动的工作,列入绩效考核的范围。

为落实“医改”精神,指导基层医疗卫生机构做好高血压人群防治工作,切实提高高血压防治“三率”水平,我们组织高血压防治临床和疾病预防控制专家以及基层医务人员,根据《中国高血压防治指南》的基本原则和精神,结合基层的实际情况,本着实用、方便、有效、价廉、科学、规范的原则,编写了2009年基层版《中国高血压防治指南》(简称基层指南),为广大基层医务人员、公共卫生人员,在开展高血压人群防治工作中参考使用,并作为各地卫生行政部门组织开展对基层卫生人员培训的教材。希望各地积极推广基层指南,有计划的分期分批培训基层医生。各级医疗机构积极参加对基层医生的培训和指导工作。

我国各地社会经济发展不平衡,高血压人群防治基础也不一样,医疗卫生资源及基层队伍高血压防治技能均存在差异。各地应结合当地实际情况,依据基层指南的精神和基本要求,探索切合实际的高血压防治管理模式和有效措施,开展以高血压防治为切入点的人群防治工作,有效遏制心脑血管疾病的危害,维护人民的身体健康。

卫生部疾病预防控制局

二〇〇九年十二月

前 言

高血压是最常见的慢性病，是我国心脑血管病最主要的危险因素。控制高血压是预防心脑血管病的关键。2009 年国家发布新医改方案，将高血压管理纳入社区卫生服务工作内容。但基层医生尤其是乡村医生的高血压的防治知识和技能不足；加之缺乏统一的培训教材，时常出现不规范的自编教材，造成理念和防治工作的混乱。我国急需一部权威的科学的实用的简明的符合中国特点的高血压防治培训教材。

为了适应我国高血压防治的需求和新的情况，在卫生部疾病预防控制局领导下，国家心血管病中心（原名：卫生部心血管病防治研究中心）和中国高血压联盟组织专家编撰我国基层高血压防治的统一教材：2009 年基层版《中国高血压防治指南》（简称基层指南）。

近几年来，为促进高血压的社区防治工作，组织实施“全国高血压社区规范化管理”项目，编写《高血压社区防治手册》作为项目培训教材。在甘肃、浙江、江苏、河北、广东、山东、北京、天津、江西、湖北、安徽、山西、青海、内蒙古、福建等省市自治区的 20 个地区约 2000 家社区（乡村）医疗卫生服务机构，培训 30000 名基层医生，管理高血压患者 30 万人，纳入规范管理满 1 年以上的高血压患者的血压治疗控制率达 60%-70%。该项目基本上达到使社区医生技能提升、患者健康受益、当地政府满意的效果。2009 年 3 月，国家心血管病中心和高血压联盟组织有关国内高血压专家、社区防治专家、管理专家和部分社区医生代表参加的基层指南编写讨论会。在总结“全国高血压社区规范化管理”前段工作经验的基础上，根据我国高血压防治的现状和国情，提出编写具有实用性和可操作性的通俗易懂的基层指南。编委会委托王文、陈伟伟、王增武等教授分工撰稿，随后又组织专家进行了反复讨论和认真修订。世界高血压联盟主席刘力生教授自始至终主持和参加了修订工作。2009 年 9 月《中国高血压防治指南》（基层版）定稿。

全文包括高血压的检出、诊断、评估、治疗、预防、管理、社区高血压防治的考核与评估等内容；还包括了高血压基本概念、血压测量规范、常用降压药等 11 个附件，供大家参考。我国人群高血压的知晓率、治疗率、控制率处于较低水平，防治任务十分艰巨。高血压防治的主要任务是提高“三率”水平。利用各种机会测量血压，将高血压患者检测出来是防治工作的基础，本指南强调了检出的重要性。鉴于基层的实际条件，本指南将过去危险分层的高危和很高危合并为高危，危险分层将以往的四层简化为低危、中危、高危三层，便于基层实施；强调高血压进行非药物和药物治疗的重要性，指出大多患者需要长期治疗，明确降压治疗要长期达标，血压达标有利于减少心脑血管事件；管理级别根据危险分层进行三级管理。对诊断检查项目和危险评估项目实行“基本”要求和“常规”要求。基本要求是指最低的要求，常规要求是指标准要求。我国各地经济发展不平衡，基层社区设施条件及基层医生水平也不一致，各地应根据当地实际情况，探索或采用切合实际的基层高血压防治管理模式和有效措施。

基层指南的落实很重要，建议政府主管部门、学术团体、媒体和各级医疗机构及企业共同担负起对基层医生的培训任务；发挥中高级职称医师对基层高血压防治的指导作用。本指南对基层（包括城镇社区和乡村）高血压的防治管理起指导作用。

基层指南力求简明扼要，通俗易懂，着重实用性，可操作性，试图做到一看即懂，懂了就会做。适用于全国各地广大基层医生和卫生人员。但由于时间仓促和编写人员水平有限，书中难免有不足之处，恳请大家批评指正，提出意见或建议，我们将不断改进和完善。

基层指南编撰委员会

二零零九年十二月

高血压是导致心脏病、脑血管病、肾脏病发生和死亡的最主要的危险因素，是全球人类最常见的慢性病。我国居民高血压患病率持续增长，估计现患高血压 2 亿人。每 10 个成人中就有 2 人是高血压。心脑血管病死亡居我国居民死亡原因首位，已成为威胁我国居民健康的重大疾病。心脑血管病的发生和死亡一半以上与高血压有关，控制高血压是防治心脑血管病的关键。

高血压是可以控制的，大多数患者需要长期治疗。降压治疗的好处得到公认，降低高血压患者的血压水平，可明显减少脑卒中风险及心脏病风险。当前，我国高血压防治的首要任务是提高人群高血压的知晓率、治疗率和控制率。超重/肥胖或腹型肥胖，高盐饮食，长期过量饮酒，长期精神过度紧张是高血压发病的可改变的危险因素。高血压的防治是一项社会工程，需要政府主导、部门协调、专家培训指导、媒体宣传教育、企业支持参与、社区具体实施。大部分的高血压患者就诊于城镇社区和乡村医疗卫生服务机构，基层是防治高血压的主战场，基层医生是高血压防治的主力军。因此，基层高血压的检出、诊断评估、治疗和管理工作至关重要。

中国高血压防治指南（基层版）主要面向基层（城镇社区和乡村）医生，也适用于部分医院内科、老年科、其它专业的医务人员、疾病预防控制人员、卫生管理者、医学教育者及其它卫生人员。本指南作为基层医生培训教材和基层高血压防治的指导参考（高血压基本概念见**附件 1**）。

第一节、 高血压的检出

高血压通常无自觉症状，俗称“无声杀手”。建议正常成年人至少每 2 年测量 1 次血压；利用各种机会将高血压检测出来。

一. 血压测量

1. 血压测量的重要性

血压值是高血压诊断和疗效评估及考核的主要指标，因此测量的血压值应当准确。血压测量规范详见**附件 2**。

2. 血压测量要点

- (1) 应使用合格的水银柱血压计或符合国际标准的上臂式电子血压计；
- (2) 规范血压测量操作程序，如实记录血压数值；
- (3) 测压前被测者至少安静休息 5 分钟，被测者取坐位，测压时安静、不讲话、肢体放松；
- (4) 袖带大小合适，紧缚上臂，袖带与心脏处同一水平；
- (5) 听诊以柯氏音第一音为收缩压，以柯氏音第五音（消失音）为舒张压；
- (6) 两次血压测量间隔时间 1-2 分钟；
- (7) 使用水银柱血压计测量，则血压读数取偶数，读数精确到 2mmHg，避免尾数“0”偏好；使用上臂式电子血压计测量时，以显示的血压读数为准。
- (8) 提倡高血压患者在家庭自测血压，如血压达标且稳定，一般每周自测血压 1 次；血压未达标或不稳定，则增加自测血压次数。

二. 有计划地测量成人血压

有计划地测量辖区全部成年人的血压，建议正常成人至少每 2 年测量血压 1 次。

三. 机会性筛查

- (1) 在日常诊疗过程中检测发现血压异常升高者；
- (2) 利用各种公共活动场所，如老年活动站、单位医务室、居委会、血压测量站等测量血压；
- (3) 通过各类从业人员体检、健康体检、建立健康档案、进行基线调查等机会筛查血压；
- (4) 利用各种公共场所按放半自动或自动电子血压计，方便公众自测血压。

四. 重点人群筛查

(1) 在各级医疗机构门诊对 35 岁以上的首诊患者应测量血压;

(2) 高血压易患人群 (如血压 130-139/85-89mmHg、肥胖等) 筛查, 建议每半年测量血压 1 次。

五 初次发现血压增高的评估

对首次发现收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 者应进行评估处理, 如收缩压 $\geq 180\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $\geq 110\text{mmHg}$ 者, 立即考虑药物治疗并建议加强随访监测血压, 应在 2 周内多次测量血压; 如怀疑高血压急症, 立即转上级医院。如收缩压 140-179mmHg 和/或舒张压 90-109mmHg 者, 建议随访观察, 至少 4 周内隔周测量血压 2 次。

第二节、高血压的诊断与评估

一. 高血压的定义

在未用抗高血压药的情况下, 非同日三次测量, 收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$, 可诊断为高血压。患者既往有高血压史, 目前正在服用抗高血压药, 血压虽低于140/90mmHg, 也应诊断为高血压。

收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 的为收缩期和舒张期 (双期) 高血压; 收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 而舒张压 $< 90\text{mmHg}$ 为单纯收缩期高血压; 收缩压 $< 140\text{mmHg}$ 而舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 的为单纯舒张期高血压。

二、血压水平分级

18岁以上成人的血压按不同水平定义和分级见表1。

表1 血压水平的定义和分级

级 别	收 缩 压 (mmHg)	/	舒 张 压 (mmHg)
正常血压	< 120	和	< 80
正常高值	120~139	和/或	80~89
高血压	≥ 140	和/或	≥ 90
1 级高血压 (轻度)	140~159	和/或	90~99
2 级高血压 (中度)	160~179	和/或	100~109
3 级高血压 (重度)	≥ 180	和/或	≥ 110
单纯收缩期高血压	≥ 140	和	< 90

注: (1)、若患者的收缩压与舒张压分属不同级别时, 则以较高的级别为准; (2)、单纯收缩期高血压可按照收缩压水平分为1、2、3级。

三、按患者的心血管绝对危险水平分层

1 影响预后的因素

影响高血压患者预后的因素包括: 心血管病的危险因素、靶器官损害以及并存临床疾患。

对初诊患者通过全面询问病史、体格检查及各项辅助检查, 找出影响预后的因素。

影响预后的因素可参考附件 3。各地在评估影响预后的危险因素时可根据实际情况将其分为“基本”要求和“常规”要求两个档次 (见表 2)。

表2 高血压患者危险分层的检查评估指标

询问病史和简单体检:	基本要求	常规要求
测量血压, 分为1、2、3级	+	+
肥胖: 体重指数 $\geq 28\text{Kg/m}^2$ 或腰围男 $\geq 90\text{cm}$, 女 $\geq 85\text{cm}$	+	+
年龄 > 55 岁	+	+
正在吸烟	+	+
已知血脂异常	+	+
缺乏体力活动	+	+
早发心血管病家族史(一级亲属, 50岁以前发病)	+	+
脑血管病(脑卒中、短暂脑缺血发作)病史	+	+
心脏病(冠心病: 心绞痛、心梗、冠脉重建, 心衰)病史	+	+
周围血管病	+	+
肾脏病	+	+
糖尿病	+	+
实验室检查:		
空腹血糖 $\geq 7.0\text{mmol/L}$	-	+
心电图(左室肥厚)	-	+
空腹血脂: TC $\geq 5.7\text{mmol/L}$, LDL-C $\geq 3.6\text{mmol/L}$; HDL-C $< 1.0\text{mmol/L}$; TG $\geq 1.7\text{mmol/L}$	-	+
血肌酐: 男 $\geq 115\mu\text{mol/L}$ ($\geq 1.3\text{mg/dL}$); 女 $\geq 107\mu\text{mol/L}$ ($\geq 1.2\text{mg/dL}$)	-	+
尿蛋白	-	+
尿微量白蛋白 30-300mg/24h, 或白蛋白/肌酐比:男 $\geq 22\text{mg/g}$, 女 $\geq 31\text{mg/g}$	-	+
眼底(视乳头水肿、眼底出血)	-	+
X线胸片(左室扩大)	-	+
超声(颈动脉内膜增厚或斑块, 心脏左室肥厚)	-	+
动脉僵硬度(PWV $> 12\text{m/s}$)	-	+
其它必要检查	-	+

注明:按“基本要求”检查评估的项目较少,可能低估了患者心血管病发生的危险;有条件的地区应按常规要求完成全部项目的检查评估。TC: 血总胆固醇; LDL-C: 低密度脂蛋白胆固醇; HDL-C: 高密度脂蛋白胆固醇; TG: 甘油三酯;
-: 选择性检查的项目; +: 要求完成的检查项目; 基本要求是指在基层卫生服务站和乡村卫生站完成的最简单的检查; 常规要求是指在完成基本要求检查基础上应当全面完成的检查。

2、根据心血管总体危险量化估计预后

根据患者血压水平、现存的危险因素、靶器官损害、伴发临床疾患进行危险分层。将患者分为低危、中危、高危三层(表3, 表4)。低危、中危、高危分层的主要内容如下:

低危: 1级高血压, 且无其它危险因素;

中危: 2级高血压; 1级高血压并伴1-2个危险因素;

高危: 3级高血压; 高血压1或2级伴 ≥ 3 个危险因素; 高血压(任何级别)伴任何一项靶器官损害(左室肥厚、颈动脉内膜增厚、肾功能受损); 高血压(任何级别)并存任何一项临床疾患(心脏病、脑血管病、肾病、周围血管病、糖尿病等)。

表 3-1 简化危险分层表

分层	低危	中危	高危
分层项目	(1) 高血压 1 级 且无其它危险因素	(1) 高血压 2 级 或 (2) 高血压 1 级 伴危险因素 1-2 个	(1) 高血压 3 级 或 (2) 高血压 1 或 2 级 伴危险因素≥3 个 或 (3) 靶器官损害 或 (4) 临床疾患

表 3-2 简化危险分层项目内容:

项目	高血压分级	危险因素	靶器官损害	临床疾患
分层项目 的内容	1 级: 140-159/90-99	·年龄≥55 岁	·左室肥厚	·脑血管病
	2 级: 160-179/100-109	·吸烟	·颈动脉内膜增厚, 斑块	·心脏病
	3 级: ≥180/110	·血脂异常	·肾功能受损	·肾脏病
		·早发心血管病家族史 ·肥胖 ·缺乏体力活动		·周围血管病 ·视网膜病变 ·糖尿病

表 4 根据心血管总体危险量化估计预后危险度分层表

其它危险因素、靶器官损害和疾病史	血压 (mmHg)		
	1 级高血压 SBP140~159 或 DBP90~99	2 级高血压 SBP160~179 或 BP100~109	3 级高血压 SBP≥180 或 DBP≥110
I: 无其它危险因素	低危	中危	高危
II: 1~2 个危险因素	中危	中危	高危
III: ≥3 个危险因素、 靶器官损害 并存的临床疾患	高危	高危	高危

注: SBP 为收缩压, DBP 为舒张压; 本基层指南将《中国高血压指南》(2005 年修订版) 的高危和很高危分层合并为高危。

注: 危险因素指: 高血压, 年龄≥55 岁, 吸烟, 血脂异常, 早发心血管病家族史, 肥胖, 缺乏体力活动;

靶器官损害指: (1) 左室肥厚, (2) 颈动脉内膜增厚或斑块, (3) 肾功能受损

临床疾患指: (1) 脑血管病, (2) 心脏病, (3) 肾脏病, (4) 周围血管病, (5) 视网膜病变, (6) 糖尿病

四、排除继发性高血压

1、常见继发性高血压有: 肾脏病、肾动脉狭窄、原发性醛固酮增多症、嗜铬细胞瘤、皮质醇增多症、大动脉疾病、睡眠呼吸暂停综合征、药物引起的高血压等。

2、以下几种情况应警惕继发性高血压的可能, 应及时转上级医院进一步检查确诊:

- (1) 发病年龄小于 30 岁;
- (2) 重度高血压 (高血压 3 级以上);
- (3) 血压升高伴肢体肌无力或麻痹, 常呈周期性发作, 或伴自发性低血钾;
- (4) 夜尿增多, 血尿、泡沫尿或有肾脏疾病史;
- (5) 阵发性高血压, 发作时伴头痛、心悸、皮肤苍白及多汗等;
- (6) 下肢血压明显低于上肢, 双侧上肢血压相差 20mmHg 以上、股动脉等搏动减弱或不能触及;

- (7) 夜间睡眠时打鼾并出现呼吸暂停；
- (8) 长期口服避孕药者；
- (9) 降压效果差，不易控制。

五、高血压初诊患者诊断与评估程序

1 初诊高血压的检查评估项目：

(1) 病史采集

- ① 病史：了解高血压发病时间（年龄），血压最高水平和一般水平，伴随症状，降压药使用情况及治疗反应；尤其注意有无继发性高血压症状；
- ② 个人史：了解个人生活方式，包括饮食习惯（油脂、盐摄入）和嗜好（酒精摄入量，吸烟情况），体力活动量，体重变化；女性已婚患者，注意询问月经及避孕药使用情况；
- ③ 既往史：了解有无冠心病、心力衰竭、脑血管病、外周血管病、糖尿病、痛风、血脂异常、支气管痉挛、睡眠呼吸暂停综合征、肾脏疾病等病史；
- ④ 家族史：询问高血压、糖尿病、冠心病、脑卒中家族史及其发病年龄；
- ⑤ 社会心理因素：了解家庭、工作、个人心理及文化程度。

(2) 体格检查

- ① 记录年龄、性别；
- ② 测量血压：多次规范测量非同日血压；老年人测坐位、立位血压；
- ③ 测量身高、体重，腰围；
- ④ 其它必要的体检：如心率、心律、大动脉搏动及大血管杂音等；

(3) 实验室检查

A: 基本要求：

- ① 尿常规（尿蛋白、尿糖、比重）
- ② 血钾
- ③ 血红蛋白

B: 常规要求（在完成基本要求检查基础上）：

- ① 血肌酐
- ② 空腹血脂（总胆固醇，低密度脂蛋白胆固醇，高密度脂蛋白胆固醇，甘油三酯）
- ③ 血尿酸
- ④ 空腹血糖
- ⑤ 心电图
- ⑥ 眼底
- ⑦ 超声心动图

C: 必要时检查：

必要时可检查颈动脉超声、尿蛋白、尿微量白蛋白、胸片、动脉僵硬度等。

(4) 靶器官损害症状和体征

- ① 心脏：心悸、胸痛、心脏杂音、下肢水肿；
- ② 脑和眼：头晕、眩晕、视力下降、感觉和运动异常；
- ③ 肾脏：多尿、血尿、泡沫尿、腹部有无肿块，腰部及腹部血管性杂音；
- ④ 周围血管：间歇性跛行，四肢血压，脉搏，血管杂音，足背动脉搏动减弱。

2、高血压的诊断及临床评估内容：

根据高血压患者的病史、家族史、体格检查、实验室检查及治疗情况作出诊断性评估，便于高血压的鉴别诊断、心血管病发生危险度的量化评估，指导确定诊治措施及判断预后。

(1) 高血压的诊断：初次发现高血压，尚不能排除继发性高血压，可诊断为“高血压（原因待查）”。基本上已排除继发性高血压，可诊断为原发性高血压或高血压病；

(2) 高血压分级：按血压增高水平分为 1、2、3 级；

(3) 高血压危险度分层：按危险程度简化分为三层：低危、中危、高危。

3、高血压评估的书写格式：

写明诊断及血压级别，对危险分层是否表述不做规定。范例：某患，男性，55 岁，吸烟。2 月前发现血压增高为 146/92mmHg，1 月前测量为 156/98mmHg，此次就诊血压为 152/96 mmHg。诊断为高血压 1 级（1 级高血压并伴 2 个危险因素，危险分层为中危）。

第三节、高血压的治疗

一、治疗目标：

1、高血压治疗主要目标是血压达标，以期最大限度地降低心脑血管病发病及死亡总危险。

2、目标血压：

普通高血压患者血压降至 140/90 mmHg 以下；

老年（≥65 岁）高血压患者的血压降至 150/90 mmHg 以下；

年轻人或糖尿病、脑血管病、稳定型冠心病、慢性肾病患者血压降至 130/80 mmHg 以下。

如能耐受，以上全部患者的血压水平还可进一步降低，建议尽可能降至 120/80mmHg 以下。降压治疗的血压低限值尚未确定，但冠心病或高龄患者舒张压低于 60mmHg 时应予以关注。

3、在治疗高血压的同时，干预患者的所有危险因素，并适当处理患者同时存在的各种临床疾患。

4、高血压治疗血压达标的时间：一般情况下，1-2 级高血压争取在 4-12 周内血压逐渐达标，并坚持长期达标；若患者治疗耐受性差或老年人达标时间可适当延长。

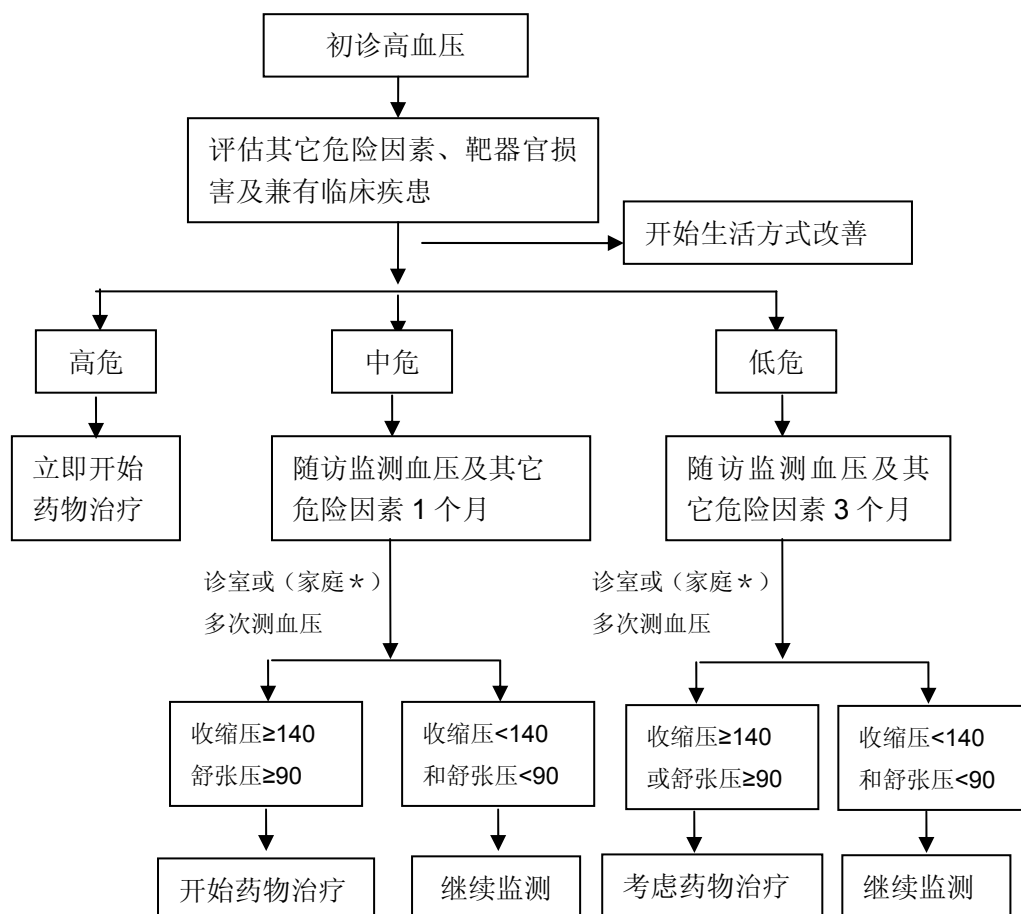
5、根据患者心血管总体危险程度和具体情况决定治疗措施。

二、高血压药物治疗的时机

高血压初步诊断后，均立即采取治疗性生活方式干预。3 级高血压或伴发心脑血管病、糖尿病、肾脏病等高危患者，立即开始并长期药物治疗。1-2 级高血压患者伴头晕等不适症状的，考虑小剂量药物治疗；如无症状，则仔细评估有关危险因素、靶器官损害及伴发临床疾患，危险分层属高危的，立即药物治疗；属中危的，则随访 1 个月内，2 次测量血压，如平均血压≥140/90mmHg 者，则开始药物治疗；如血压<140/90mmHg 的继续监测血压；属低危的，则随访 3 个月内，多次测量血压，如平均血压≥140/90mmHg 者，考虑开始药物治疗；如血压<140/90mmHg 的继续监测血压。

提倡高血压患者使用上臂式电子血压计进行家庭自测血压以协助评估，自测血压平均值≥135/85mmHg 者考虑高血压。注意鉴别初诊的 1-2 级高血压患者中的“白大衣高血压”。

经随访观察后，一般高血压患者血压水平≥140/90mmHg、高危患者血压水平≥130/85mmHg 即开始药物治疗。初诊高血压的评估干预流程见图 1。



注明：*家庭自测血压平均值比诊室低 5mmHg(即家庭 135/85 mmHg 相当于诊室的 149/90mmHg)；

图 1 初诊高血压患者的评估及干预流程

三、高血压非药物治疗（生活方式干预）

1、非药物治疗包括提倡健康生活方式，消除不利于心理和身体健康的行为和习惯，达到控制高血压以及减少其它心血管疾病的发病危险。非药物治疗有明显的降压效果，如肥胖者体重减轻 10kg 收缩压可下降 5-20mmHg，膳食限盐（食盐 <6 克），收缩压可下降 2-8mmHg。规律运动和限制饮酒均可使血压下降。对于高血压患者及易患人群，不论是否已接受药物治疗，均需进行非药物治疗，并持之以恒。

2、非药物治疗目标及措施（表 5）

表 5 非药物治疗目标及措施

内容	目标	措施
减少钠盐摄入	每人每日食盐量逐步降至6克	<ol style="list-style-type: none"> 1. 日常生活中食盐主要来源为烹调用盐以及腌制、卤制、泡制的食品，应尽量少用上述高盐食品。 2. 建议在烹调时尽可能用量具称量加用的食盐量，如特制的盐勺；如普通啤酒瓶盖去掉胶皮垫后水平装满可盛6克食盐。 3. 用替代产品，如代用盐、食醋等。 4. 宣传高盐饮食的危害，高盐饮食易患高血压。
合理饮食	减少膳食脂肪	<ol style="list-style-type: none"> 1 总脂肪占总热量的<30%，饱和脂肪<10%，每日食油<25g；每日瘦肉类50-100g，鱼虾类 50g； 2 新鲜蔬菜每日 400-500g，水果 100g， 3 蛋类每周 3-4 个，奶类每日 250g，少吃糖类和甜食。
规律运动	强度：中等量； 频次：每周3~5次； 持续时间：每次持续30分钟左右。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 运动的形式可以根据自己的爱好灵活选择。 2. 步行、快走、慢跑、游泳、气功、太极拳等项目均可。 3. 运动的强度可通过心率来反映，运动时上限心率=170-年龄。 4. 对象为没有严重心血管病的患者。 5. 应注意量力而行，循序渐进。
控制体重	BMI (kg/m ²) <24。 腰围：男性<90cm； 女性<85cm。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 减少油脂性食物摄入，不吃肥肉及动物内脏。 2. 减少总的食物摄入量。 3. 增加新鲜蔬菜和水果的摄入。 4. 增加足够的活动量，至少保证每天摄入能量与消耗能量的平衡。 5. 肥胖者若非药物治疗效果不理想，可考虑辅助用减肥药物。 6. 宣传肥胖的危害，肥胖者易患高血压和糖尿病。
戒烟	坚决放弃吸烟，提倡科学戒烟	<ol style="list-style-type: none"> 1. 宣传吸烟危害，吸烟有害健康，让患者产生戒烟愿望。 2. 采取突然戒烟法，一次性完全戒烟；对烟瘾大者逐步减少吸烟量。 3. 戒断症状明显的可用尼古丁贴片或安非他酮。 4. 避免吸二手烟。 5. 告诫患者克服依赖吸烟的心理，及惧怕戒烟不被理解的心理。 6. 家人及周围同事应给予理解、关心和支持。 7. 采用放松、运动锻炼等方法改变生活方式，辅助防止复吸。
限制饮酒	不饮酒；如饮酒，则少量：白酒<1两/日、葡萄酒<2两/日、啤酒<5两/日。	<ol style="list-style-type: none"> 1. 宣传过量饮酒的危害；过量饮酒易患高血压。如饮酒，则少量。 2. 不提倡高血压患者饮酒，鼓励限酒或戒酒。 3. 酗酒者逐渐减量；酒瘾严重者，可借助药物戒酒。 4. 家庭成员应帮助患者解除心理症结，使之感受到家庭的温暖。 5. 成立各种戒酒协会，进行自我教育及互相约束。
心理平衡	减轻精神压力，保持平衡心理。	保持乐观情绪、减轻心理负担、克服多疑心理、纠正不良性格、抵御不良社会因素、进行心理咨询、音乐疗法及自律训练或气功等。

四、高血压的药物治疗

1、治疗原则

(1) 采用较小的有效剂量以获得疗效而使不良反应最小，逐渐增加剂量或联合用药，争取3个月内血压达标。

(2) 为了有效地防止靶器官损害，要求每天24小时内血压稳定于目标范围内，积极推荐使用一天给药一次而药效能持续24小时的长效药物。若使用中效或短效药，每天须用药2-3次。

(3) 为使降压效果增大而不增加不良反应，可以采用两种或多种不同作用机制的降压药联合治疗。实际治疗过程中2级以上高血压或高危患者要达到目标血压，常需要降压药联合治疗。

(4) 个体化治疗。根据患者具体情况选用更适合该患者的降压药。

2、常用降压药的种类

当前常用于降压的药物主要有以下五类，即：钙拮抗剂、血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)、血管紧张素II受体拮抗剂(ARB)、利尿药（噻嗪类）、 β -受体阻滞剂。以上5类降压药及固定低剂量复方制剂均可作为高血压初始或维持治疗的选择药物。此外还有 α -受体阻滞剂和其它降压药。根据国家基本药制度，基层降压药的选择应考虑安全有效、使用方便、价格合理和可持续利用的原则；考虑降低高血压患者血压水平比选择降压药的种类更重要。我国常用口服降压药物参见附件4。在国家基本药目录基础上，适当增加其它基层常用降压药。基层常用降压药及使用方法参考附件5。

3、降压药物的选择

医生应对每一位患者进行个体化治疗，根据其具体情况选择初始治疗和维持治疗药物。首先要掌握药物治疗的禁忌症和适应症，根据病情和患者意愿选择适合该患者的药物；治疗中应定期随访患者，了解降压效果和不良反应。

(1) 钙拮抗剂：二氢吡啶类钙拮抗剂无绝对禁忌症，降压作用强，对糖脂代谢无不良影响；我国抗高血压临床试验的证据较多，均证实其可显著减少脑卒中事件；故推荐基层使用二氢吡啶类钙拮抗剂。适用于大多类型高血压，尤对老年高血压、单纯收缩期高血压、稳定性心绞痛、冠状或颈动脉粥样硬化、周围血管病患者适用。可单药或与其它4类药联合应用。对伴有心力衰竭或心动过速者应慎用二氢吡啶类钙拮抗剂，对不稳定心绞痛者不用硝苯地平。少数患者可有头痛、踝部水肿、牙龈增生等副作用。

(2) 血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)：降压作用明确，保护靶器官证据较多，对糖脂代谢无不良影响；适用于1-2级高血压，尤对高血压合并慢性心力衰竭、心肌梗死后、心功能不全、糖尿病肾病、非糖尿病肾病、代谢综合征、蛋白尿/微量白蛋白尿患者有益。可与小剂量噻嗪类利尿剂或二氢吡啶类钙拮抗剂合用。对双侧肾动脉狭窄、妊娠、高血钾者禁用；注意咳嗽等副作用，偶见血管神经性水肿。

(3) 血管紧张素II受体拮抗剂(ARB)：降压作用明确，保护靶器官作用确切，对糖脂代谢无不良影响；适用于1-2级高血压，尤对高血压合并左室肥厚、心力衰竭、心房颤动预防、糖尿病肾病、代谢综合征、微量白蛋白尿、蛋白尿患者有益，也适用于ACEI引起的咳嗽患者。可与小剂量噻嗪类利尿剂或二氢吡啶类钙拮抗剂合用。对双侧肾动脉狭窄、妊娠、高血钾者禁用；偶见血管神经性水肿等不良反应。

(4) 利尿剂：降压作用明确，小剂量噻嗪类利尿剂适用于1级高血压，常规剂量噻嗪类利尿剂适用于1-2级高血压或脑卒中二级预防，也是难治性高血压的基础药物之一。利尿剂尤对老年高血压、心力衰竭患者有益。可与ACEI/ARB、钙拮抗剂合用，但与 β 受体阻滞剂联合时注意对糖脂代谢的影响。慎用于有糖脂代谢异常者。大剂量利尿剂对血钾、尿酸及糖代谢可能有一定影响，要注意检查血钾、血糖及尿酸。

(5) β -受体阻滞剂：降压作用明确，小剂量适用于伴心梗后、冠心病心绞痛或心率偏快的1-2级高血压。对心血管高危患者的猝死有预防作用。可与二氢吡啶类钙拮抗剂合用。对哮喘、慢性阻塞性肺气肿、严重窦性心动过缓及房室传导阻滞患者禁用；慎用于糖耐量异常者或运动员。注意支气管痉挛、心动过缓等副作用；长期使用注意对糖脂代谢的影响。

(6) α -受体阻滞剂：适用高血压伴前列腺增生患者，但体位性低血压者禁用，心力衰竭者慎用。开始用药应在入睡前，以防体位性低血压发生。使用中注意测量坐立位血压。

(7) 固定复方制剂：为常用的一类高血压治疗药物，其优点是使用方便，可改善治疗的依从性，应用时注意其相应组成成分的禁忌症或副作用。

降压药物选择的原则可参考表6。

表 6 主要降压药种类选用参考

分 类	适 应 症	禁忌症	
		强 制 性	可 能
钙拮抗剂(二氢吡啶类)	老年高血压 周围血管病 单纯收缩期高血压 心绞痛 颈动脉粥样硬化 冠状动脉粥样硬化	无	快速型心律失常 充血性心力衰竭
钙拮抗剂 (非二氢吡啶类)	心绞痛 颈动脉粥样硬化 室上性心动过速	II-III度房室传导阻滞	充血性心力衰竭
血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI)	充血性心力衰竭 心肌梗死后 左室肥厚 左室功能不全 颈动脉粥样硬化 非糖尿病肾病 糖尿病肾病 蛋白尿/ 微量白蛋白尿	妊娠 高血钾 双侧肾动脉狭窄	
血管紧张素 II 受体拮抗剂 (ARB)	糖尿病肾病 蛋白尿/ 微量白蛋白尿 心力衰竭 左室肥厚 心房纤颤预防 ACEI 引起的咳嗽	妊娠 高血钾 双侧肾动脉狭窄	
利尿剂 (噻嗪类)	充血性心力衰竭 老年高血压 老老年高血压 单纯收缩期高血压	痛风	妊娠
利尿剂 (袢利尿剂)	肾功能不全 充血性心力衰竭		
利尿剂 (抗醛固酮药)	充血性心力衰竭 心肌梗死后	肾功能衰竭 高血钾	
β 受体阻滞剂	心绞痛 心肌梗死后 快速心律失常 稳定性充血性心力衰竭	II—III度房室传导阻滞 哮喘 慢性阻塞性肺病	周围血管病 糖耐量低减 运动员
α -受体阻滞剂	前列腺增生 高血脂	体位性低血压	充血性心力衰竭

4、降压药的联合应用

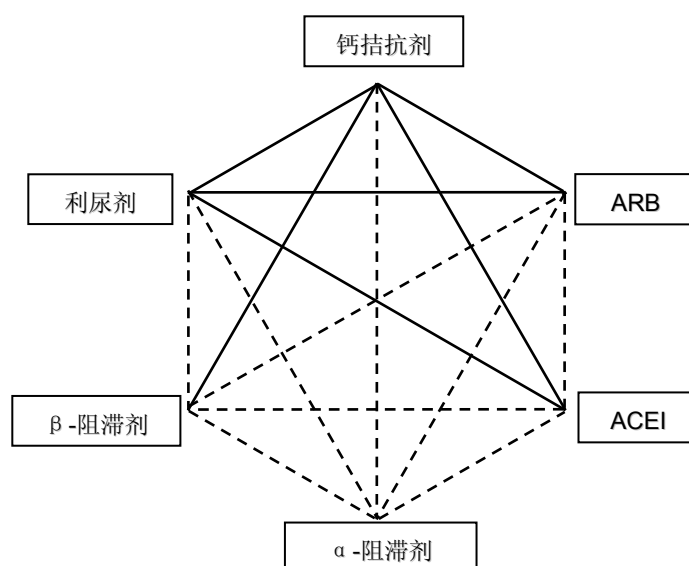
(1) 降压药组合方案

降压药组合方案如下（图2）。推荐以下前4种组合方案，必要时或慎用后2种组合方案：

- ① 钙拮抗剂和 ACEI 或 ARB；
- ② ACEI或ARB和小剂量利尿剂；
- ③ 钙拮抗剂（二氢吡啶类）和小剂量 β 受体阻滞剂；
- ④ 钙拮抗剂和小剂量利尿剂；
- ⑤ 小剂量利尿剂和小剂量 β 受体阻滞剂；
- ⑥ α 受体阻滞剂和 β 受体阻滞剂（心功能不全者慎用 α 受体阻滞剂）。

近期临床试验证实较好的降压治疗组合是：FEVER试验的非洛地平缓释片和氢氯噻嗪联合；ASCOT试验的氨氯地平和培哌普利联合；ACCOMPLISH试验的贝那普利和氨氯地平组合；CHIEF试验的氨氯地平和替米沙坦联合；ADVANCE的培哌普利和吲哚帕胺组合。根据ONTARGET试验结果，应慎重ACEI和ARB联合用于某些心血管病高危患者。

必要时也可用其它组合，包括 α 受体阻滞剂、中枢作用药（如 α_2 受体激动剂：可乐定）、咪唑啉受体调节剂、血管扩张剂组合。在部分病例中常需要联用3至4种药物。降压药组合是不同种类药物的组合，避免同种类降压药的组合。



（注：图中实线示有临床试验证据，推荐使用；虚线示临床试验证据不足或必要时应慎用的组合）

图2 两种降压药的联合方案

(2) 联合用药方式：

- ① 采取各药的按需剂量配处方，其优点是可以根据临床需要调整品种和剂量；
- ② 采用固定配比方，其优点是使用方便，有利于提高患者治疗依从性。

(3) 基层两种降压药联合治疗参考方案（表7）

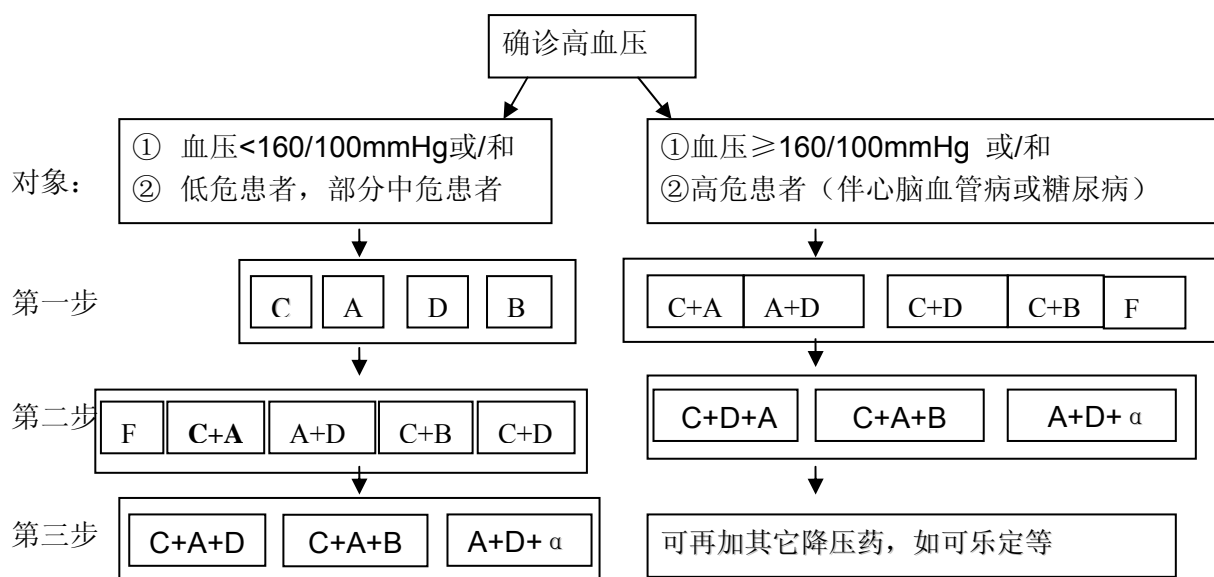
表7 基层两种降压药联合治疗参考方案（范例）

方案	价格低廉药物的组合方案		价格中等及偏上药物的组合方案	
C+D 方案:	尼群地平+氢氯噻嗪;	硝苯地平+氢氯噻嗪	氨氯地平+复方阿米洛利;	非洛地平+氢氯噻嗪;
A+C 或	卡托普利+尼群地平;	尼群地平+依那普利;	氨氯地平+替米沙坦;	氨氯地平+培哚普利;
C+A 方案:	硝苯地平+卡托普利;	依那普利+硝苯地平;	非洛地平+卡托普利;	贝那普利+氨氯地平;
C+B 方案:	尼群地平+阿替洛尔;	硝苯地平+美托洛尔	拉西地平+依那普利;	缬沙坦+氨氯地平;
A+D 或	吲达帕胺+卡托普利;	卡托普利+氢氯噻嗪	左旋氨氯地平+氯沙坦;	氨氯地平+依那普利;
D+A 方案:			氨氯地平+比索洛尔;	非洛地平+美托洛尔;
			氯沙坦+氢氯噻嗪;	贝那普利+氢氯噻嗪
			缬沙坦+氢氯噻嗪;	厄贝沙坦+氢氯噻嗪
			吲达帕胺+依那普利	吲达帕胺+替米沙坦;

注：A：ACEI或ARB；B：小剂量β阻滞剂；C：钙拮抗剂（二氢吡啶类）；D：小剂量利尿剂；ACEI：血管紧张素转换酶抑制剂；ARB：血管紧张素II受体拮抗剂；此表7仅为范例，其它合理组合方案仍可使用。

(4) 初始小剂量单药或小剂量联合治疗的方案：

大多数患者需要两种或两种以上降压药联合治疗血压才能达标。根据患者血压水平和危险程度，提出初始治疗用小剂量单药或小剂量两种药联合治疗的方案。建议血压水平<160/100mmHg，或低危、部分中危患者初始用小剂量单药治疗；对血压水平≥160/100mmHg，或高危患者初始用小剂量两种药联合治疗。治疗中血压未达标的，可增加原用药的剂量或加用小剂量其它种类降压药。对部分轻中度高血压患者，视病情初始可用固定低剂量复方制剂。初始小剂量是指常规量的1/4至1/2，如氢氯噻嗪的常规量是每日25mg，小剂量是指6.25mg及12.5mg。高血压初始小剂量单药或小剂量两种药联合治疗选择流程见图3。



注：A：ACEI或ARB；B：小剂量β阻滞剂；C：钙拮抗剂（二氢吡啶类）；D：小剂量噻嗪类利尿剂；α：α受体阻滞剂。ACEI：血管紧张素转换酶抑制剂；ARB：血管紧张素II受体拮抗剂；F：固定复方制剂。第一步药物治疗后血压未达标者，可使原药基础上加量或另加一种降压药，如血压达标，则维持用药；第二步也是如此。

图3、高血压初始小剂量单药或小剂量两种药联合治疗选用流程参考图

(5) 我国常用固定复方制剂

我国常用的传统复方制剂有复方利血平（复方降压片）复方利血平氨苯蝶啶片（降压0号）、珍菊降压片等，尽管我国的某些固定复方制剂组成成分的合理性有些争议，但其有明确的降压作用且价格低廉，仍可作为基层（尤其对经济欠发达的农村地区）降压药的一种选择。我国是脑卒中高发地区，预防脑卒中是治疗高血压的主要目标。降低高血压患者血压水平是预防脑卒中的根本。

使用固定复方制剂时，要掌握其组成成分的禁忌症和可能的不良反应。复方利血平片主要成分是利血平 0.032mg、氢氯噻嗪 3.1mg、盐酸异丙嗪 2.1mg、硫酸双肼屈嗪 4.2mg、氯化钾 30mg。复方利血平氨苯蝶啶片主要成分是利血平 0.1mg、氨苯蝶啶 12.5mg、氢氯噻嗪 12.5mg、硫酸双肼屈嗪 12.5mg、氯氮卓 3mg。珍菊降压片主要成分是可乐定 0.03mg、氢氯噻嗪 5mg。

5. 长期药物治疗应考虑患者的经济承受力

我国经济发展不平衡，降压药物的应用是长期甚至是终身的，医生要充分考虑到治疗的长期性和基层患者的经济承受能力。降压药选择的范围很宽，应根据病情、经济状况及患者意愿，选择适合的治疗药物。有降压疗效明确且价格低廉的国产降压药，如尼群地平、氢氯噻嗪、硝苯地平、复方利血平片、美托洛尔、卡托普利、依那普利等；低中价格的药品，如氨氯地平，非洛地平缓释片、贝那普利、拉西地平、硝苯地平缓释片、吲达帕胺、复方阿米洛利、复方利血平氨苯蝶啶片、替米沙坦、氯沙坦、缬沙坦、厄贝沙坦、比索洛尔等；也有中上价格的但临床研究证据多的钙拮抗剂、ACEI或ARB及固定复方制剂等。

6. 高血压的相关治疗（建议在上级医院取得治疗方案，并在上级医生指导下基层持续治疗与随访）

高血压常伴有多种危险因素，或并存临床疾患。在积极治疗高血压的同时，应考虑患者总体心血管危险，进行综合干预，干预有关危险因素，处理并存临床疾患。尤对高血压伴高胆固醇血症、冠心病、脑血管病、糖尿病患者应进行相关治疗。

(1) 高血压的调脂治疗：对伴脂代谢异常者，在生活方式干预的基础上，可考虑适度调脂治疗。

① 高血压伴血总胆固醇（TC）水平持续升高（ $TC \geq 6.2 \text{ mmol/L}$ ），考虑予以他汀类调脂治疗，治疗目标是 $TC < 5.2 \text{ mmol/L}$ 。

② 高血压伴冠心病、糖尿病、缺血性卒中、周围血管病，血 $TC \geq 5.2 \text{ mmol/L}$ ，即开始他汀类调脂治疗，治疗目标 $TC < 4.1 \text{ mmol/L}$ 。

③ 高血压伴心肌梗死，缺血性心血管病+糖尿病的，血 $TC \geq 4.1 \text{ mmol/L}$ ，即开始他汀类调脂治疗，治疗目标 $TC < 3.1 \text{ mmol/L}$ 。

使用他汀调脂治疗的患者，应注意肌肉疼痛等不良反应，必要时定期检测血清酶学（ALT，AST，CK）。请参考 2007 年版《中国成人血脂异常防治指南》。

(2) 高血压的抗血小板治疗：

高血压伴缺血性心脑血管疾病（冠心病，缺血性卒中）、糖尿病患者，建议用 75-100mg/日阿司匹林治疗。高血压患者血压水平控制在安全范围（血压 $<160/100 \text{ mmHg}$ ）后方可使用抗血小板治疗。并注意出血等不良反应。

(3) 高血压的降糖治疗：

高血压伴 2 型糖尿病患者，建议加强生活方式的干预；严格控制血压，血压目标 $<130/80 \text{ mmHg}$ 。合理使用降糖药，血糖控制目标：空腹血糖一般目标为 $\leq 7.0 \text{ mmol/L}$ ；HbA1c 6.5%~7.5%。请参考 2007 年版《中国 2 型糖尿病防治指南》。

7 降压药物的一般用法、维持与调整

(1) 长效降压药一般每早服用 1 次，中效降压药或短效降压药一般每天用 2-3 次，一天多次服用的药物宜全天均衡时间服用。对夜间及凌晨血压增高的患者可调整用药时间或晚间谨慎加服药物；建议尽量选用长效降压药，服用方便，每天 1 次，有利于改善治疗依从性，有利于稳定控制血压。

(2) 血压达标稳定者，且无不良反应的，一般予以长期维持治疗，长期达标，不要随意调换药物。

(3) 血压控制不良或不稳定，但无不良反应者，一般原药加至靶剂量，或加另一种类药物。尽量使用长效降压药，以提高血压控制率。

(4) 出现轻度药物不良反应，可将药物适当减量；如有明显不良反应的则应停用原药，换其它种类降压药。如治疗中出现痛风者，停用噻嗪类利尿剂；心率 <50 次/分者，停用 β 阻滞剂；不能耐受的干咳者，停用ACEI。

(5) 如出现血压偏低者，可谨慎减少剂量，观察血压变化。如出现低血压或伴明显头晕者，可减量或暂停用药，并密切监测血压变化；待血压恢复后，用小剂量开始继续药物治疗。长期随访中不可随意中断治疗。长期血压不稳定，可造成靶器官损害。

(6) 对1-2级高血压患者，在夏季酷暑或冬季严寒时期，可根据血压的情况适度调整药物治疗方案。

8 特殊人群高血压处理

特殊人群高血压包括：老年高血压；单纯性收缩期高血压；高血压合并脑血管病、冠心病、心力衰竭、慢性肾脏病、糖尿病、周围血管病、妊娠高血压、难治性高血压、高血压急症等。高血压特殊人群大多为心血管病发生的高危人群，应根据各自特点，积极稳妥地采取相应的治疗措施。选用合适的降压药，平稳有效地控制血压，同时处理并存的相关情况，以预防心脑血管病的发生。如对 >65 岁的单纯性收缩期高血压应初始用小剂量利尿剂或钙拮抗剂，收缩压目标 <150 mmHg；心力衰竭首选ACEI/ARB、利尿剂、 β 阻滞剂；糖尿病首选ACEI或ARB，目标血压 $<130/80$ mmHg，常需加钙拮抗剂或小剂量噻嗪类利尿剂，同时要平稳控制血糖；脑血管病常用利尿剂、钙拮抗剂、ACEI/ARB；慢性肾脏病首选ACEI或ARB，必要时加袪利尿剂或长效钙拮抗剂；难治性高血压常用长效钙拮抗剂、利尿剂、ARB或ACEI等联合治疗；冠心病心绞痛常用 β 阻滞剂，或长效钙拮抗剂；心肌梗死后可用ACEI，或醛固酮拮抗剂；周围血管病常用钙拮抗剂等。发现高血压急症应立即呼叫急救电话120，及时转送上级医院诊治；有条件的单位可做简单的必要的急救后转诊。特殊人群高血压处理详见附件6。

9 高血压社区防治参考方案

高血压治疗既要遵循一般原则，更要个体化治疗。基层高血压药物选用参考方案见表8。附件7提供的社区高血压防治参考方案仅供基层医生参考使用。

表8 基层高血压降压药物选用参考方案（范例）

对象	第一套选用方案	第二套选用方案
1级高血压： (低危)	① 尼群地平 10mg，每日2次 ② 依那普利 10mg，每日1次 ③ 硝苯地平 10~20mg，每日2~3次 ④ 复方降压片 1~2片，每日2~3次 ⑤ 珍菊降压片 1~2片，每日2~3次 ⑥ 卡托普利 12.5~25mg，每日2~3次 ⑦ 降压0号 1片，每日1次 ⑧ 氢氯噻嗪 12.5mg，每早1次 ⑨ 吲达帕胺 1.25~2.5mg 每日1次 ⑩ 美托洛尔 12.5~25mg，每日1~2次 ⑪ 复方卡托普利 1~2片，每日2次 ⑨ ⑫ 阿替洛尔 12.5~25mg，每日1~2次	① 氨氯地平 2.5~5mg，每早1次 ② 非洛地平缓释片 5mg，每早1次 ③ 贝那普利 10~20mg，每日1~2次 ④ 拉西地平 4mg，每日1次 ⑤ 硝苯地平缓释片 10~20mg 每日1~2次 ⑥ 氯沙坦 50~100mg，每日1次 ⑦ 缬沙坦 80~160mg，每日1次 ⑧ 替米沙坦 40~80mg，每日1次 ⑨ 比索洛尔 2.5~5mg，每日1次 ⑩ 左旋氨氯地平 2.5mg，每早1次 ⑪ 硝苯地平控释片 30mg，每日1次 ⑫ 厄贝沙坦 150mg，每日1次
2级高血压：	① 尼群地平 10~20mg，每日2次	① 氨氯地平 2.5~5mg+替米沙坦 40mg，每早1次

(中危)	② 依那普利 20mg, 每日 2 次	② 非洛地平缓释片 5mg+氢氯噻嗪 12.5mg 每日 1 次
	③ 氨氯地平 5mg, 每早 1 次	③ 贝那普利 10mg+氢氯噻嗪 12.5mg, 每早 1 次
	④ 非洛地平缓释片 5~10 mg, 每早 1 次	④ 拉西地平 4mg+美托洛尔 12.5~25mg, 每日 1 次
	⑤ 左旋氨氯地平 2.5~5mg, 每早 1 次	⑤ 氨氯地平 2.5~5mg+复方阿米洛利半片,每早 1 次
	⑥ 降压 0 号 1~2 片, 每日 1 次	⑥ 尼群地平 20mg +卡托普利 25mg 每日 1~2 次
	⑦ 贝那普利 20mg, 每日 1~2 次	⑦ 氯沙坦 50mg+氢氯噻嗪 12.5mg, 每早 1 次
	⑧ 硝苯地平缓释片 20mg, 每日 2 次	⑧ 缬沙坦 80mg+氢氯噻嗪 12.5mg, 每早 1 次
	⑨ 替米沙坦 80mg, 每早 1 次	⑨ 厄贝沙坦 150 mg+氢氯噻嗪 12.5mg, 每早 1 次
	⑩ 缬沙坦 160 mg, 每早 1 次	⑩ 左旋氨氯地平 5mg+卡托普利 25mg, 每日 1 次
	(11) 氯沙坦 100mg, 每日 1 次	(11) 比索洛尔 2.5mg+氨氯地平 5mg, 每早 1 次
	(12) 拉西地平 4~8mg, 每日 1 次	(12) 培哌普利 4mg+吲达帕胺 1.25mg 每早 1 次
	(13) 硝苯地平控释片 30~60mg, 每日 1 次	(13) 缬沙坦 80mg+氨氯地平 5mg, 每早 1 次
	(14) 比索洛尔 5~10mg, 每日 1 次	(14) 非洛地平缓释片 5mg+依那普利 10mg, 每日 1 次
	(15) 厄贝沙坦 150~300mg, 每日 1 次	(15) 尼群地平 20mg +.美托洛尔 12.5mg 每日 1 次
	(16) 尼群地平 20mg +氢氯噻嗪 12.5mg 每日 1 次	
	(17) 硝苯地平缓释片 20mg+氢氯噻嗪 12.5mg 每日 1 次	
3 级高血压:	① 氨氯地平 5mg +替米沙坦 80mg, 每早 1 次	① 非洛地平缓释片 5~10mg+美托洛尔 12.5mg, 每早 1 次
(高危)	② 贝那普利 10mg+氨氯地平 5mg, 每日 1 次	② 缬沙坦 160mg+氨氯地平 5mg, 每日 1 次
	③非洛地平缓释片 5~10mg+氢氯噻嗪 12.5mg, 每日 1 次	③ 氨氯地平 5mg +培哌普利 4mg, 每早 1 次
	④ 硝苯地平控释片 30mg+依那普利 10mg, 每日 1 次	④ 比索洛尔 5mg+氨氯地平 5mg, 每日 1 次
	⑤ 氨氯地平 5mg+复方阿米洛利 1 片, 每早 1 次	⑤ 左旋氨氯地平 5mg+氢氯噻嗪 12.5mg, 每早 1 次
	⑥ 拉西地平 4mg+依那普利 20mg, 每日 1 次	⑥ 氯沙坦 100mg+氨氯地平 5mg, 每日 1 次

注明：以上药物治疗方案仅为范例，药物、剂量及用法仅供参考；在无相应禁忌症的情况下，可选择其中一个适合的治疗方案。其它合理的治疗方案仍可应用。本表两套方案设计主要考虑降压效果、我国经济发展不平衡及患者长期经济承受能力，第一套方案药品价格相对低，适用于低收入患者。建议因地制宜选用适合患者的降压药。如面对一位低收入农村低危患者，建议从第一套方案中选用降压药。

第四节. 高血压的预防和教育

一. 高血压的预防

(1) 面对公众，包括针对高血压危险因素开展健康教育、创建支持性环境、改变不良行为和生活习惯，防止高血压发生。

(2) 面对易发生高血压的危险人群，实施高血压危险因素控制，以及高血压的早期发现、早期诊断、早期治疗。高血压是可以预防的，对血压 130-139/85-89mmHg、超重/肥胖、长期高盐饮食、过量饮酒者进行重点干预，积极控制相关危险因素，预防高血压的发生。

(3) 面对高血压患者，包括定期随访和测量血压。积极治疗高血压（药物治疗与非药物治疗并举），努力使血压达标，减缓靶器官损害，预防心脑血管并发症的发生，降低致残率及死亡率。

二、社区健康教育

1 社区健康教育目的

(1) 广泛宣传高血压防治知识，提高社区人群自我保健知识，引导社会对高血压防治的关注；

- (2) 倡导“合理膳食、适量运动、戒烟限酒、心理平衡”的健康生活方式，提高社区人群高血压及其并发症防治的知识和技能，树立高血压及其并发症可以预防和控制信念；
- (3) 鼓励社区居民改变不良行为和生活方式，减少高血压危险因素的流行，预防和控制高血压及相关疾病的发生，改善社区居民生活质量，提高健康水平。

2 社区健康教育方法及内容

- (1) 利用各种渠道（如讲座、健康教育画廊、专栏、板报、广播、播放录像、张贴和发放健康教育材料等），宣传普及健康知识，提高社区人群对高血压及其危险因素的认识，提高健康意识；
- (2) 根据不同场所（居民社区、机关、企事业单位、学校等）人群的特点，开展健康教育活动；
- (3) 开展调查，对社区的不同人群，提供相应的健康教育内容（见附件 8）和行为指导。

3 高血压易患人群的健康指导与干预

3.1 高血压易患人群如下：

- (1) 血压高值（收缩压 130-139mmHg 和/或舒张压 85-89mmHg）；
- (2) 超重（BMI 24-27.9kg/m²）或肥胖（BMI≥28kg/m²），
和/或腹型肥胖：腰围男≥90 厘米（2.7 尺），女≥85 厘米（2.5 尺）；
- (3) 高血压家族史（一、二级亲属）；
- (4) 长期过量饮酒（每日饮白酒≥100ml（2 两））；
- (5) 年龄≥55 岁；
- (6) 长期膳食高盐。

3.2 高血压易患人群健康指导与干预方式及内容

- (1) 通过社区宣传相关危险因素，提高高血压易患人群识别自身危险因素的能力；
- (2) 提高对高血压及危险因素的认知，改变不良行为和生活方式；
- (3) 提高对定期监测血压重要性的认识，建议每 6 个月至少测量血压 1 次；
- (4) 积极干预相关危险因素（见高血压非药物治疗）；
- (5) 利用社区卫生服务机构对高血压易患个体进行教育，给予个体化的生活行为指导。

4 对高血压患者的教育

- (1) 教育患者正确认识高血压的危害，规范治疗以预防心脑血管病的发生；
- (2) 教育患者要坚持非药物治疗，改变不良生活方式；
- (3) 教育患者要坚持规范化药物治疗；降压治疗要达标；
- (4) 教育患者要定期在家庭或到诊室测量血压。

第五节、高血压的管理

一. 高血压分级管理内容

基层医师对辖区内高血压患者进行临床评估，根据危险分层纳入不同的管理级别。将低危、中危、高危患者分为一、二、三级管理。根据不同级别，定期进行随访和监测，随访主要指标是血压，基本目标是血压达标。根据血压水平和心血管危险控制情况调整治疗措施。根据需要来确定实验室辅助检测的频率：如心肌缺血、血脂异常、糖尿病或肾病者，可根据病情增加相应指标检测次数；患者使用噻嗪类利尿剂应检查血钾；使用 ACEI 或 ARB 应检查血钾、肌酐等；必要时检测肝功能。分级管理可有效的利

用现有资源，重点管理高危患者，提高血压控制率，降低心脑血管病发生和死亡风险。

随访记录及汇总见附件9、附件10。社区高血压评估随访流程图见附件11。分级管理内容见表9。

表9 高血压分级管理内容

项目	一级管理	二级管理	三级管理
管理对象	低危患者	中危患者	高危患者
建立健康档案	立即	立即	立即
非药物治疗	立即开始	立即开始	立即开始
药物治疗（初诊者）	可随访观察3个月，仍 ≥140/90 mmHg 即开始	可随访观察1个月，仍 ≥140/90mmHg 即开始	立即开始药物治疗
血压未达标或不稳定，监测血压	3周1次	2周1次	1周1次
血压达标且稳定后，常规随访测血压	3月1次	2月1次	1月1次
测身高、体重、腰围	2年1次	1年1次	6月1次
检测血脂	4年1次	2年1次	1年1次
检测血糖	4年1次	2年1次	1年1次
检测尿常规	4年1次	2年1次	1年1次
检测肾功能	4年1次	2年1次	1年1次
心电图检查	4年1次	2年1次	1年1次
眼底检查	选做	选做	选做
超声心动图检查	选做	选做	选做
转诊	必要时	必要时	必要时

注：随访监测记录说明：① 血压监测：医院、社区站（中心）测量或患者自测血压均可；血压不稳定的增加随访和测血压次数；鼓励患者自测血压。② 其它检测项目：社区站（中心）或医院检测均可。③ 辅助检测的频率为基本要求，可根据需要而增加检测次数。

二. 管理级别的确定与调整

1、首次评估与确定管理级别

患者因高血压首次在社区卫生服务机构就诊时，根据血压高低、危险因素、靶器官损害、伴随临床疾患及治疗情况进行临床评估，确定管理级别，进行相应级别管理。对定级有困难的患者，应请专科医生会诊，协助确定其管理级别。

2、年度评估与管理级别的调整

社区对管理的患者进行年度评估、汇总。社区卫生服务机构医师（全科医师、责任医师）应每年对分级管理的患者进行年度评估。根据随访记录情况（全年血压记录、危险因素变化）确定新的管理级别。在社区卫生服务机构管理的高血压患者，出现病情变化、发生高血压相关疾病时，应及时对患者进行临床评估，重新确定管理级别，并按照新的级别管理要求进行随访管理。一般情况下，伴心脑血管疾病，糖尿病患者而归为高危的，管理级别长期不变；伴有靶器官损害而分级管理者，一般不作变动；对仅根据血压水平或/和1-2个可改变的危险因素而分为中危或少数高危的分级管理者，在管理1年后视实际情况而调整管理级别；对血压长期（连续6个月）控制好的，可谨慎降低管理级别；对新发生心脑血管病或肾病及糖尿病者，及时升高管理级别。

三. 高血压患者自我管理

提倡高血压患者自我管理，在专业人员的指导下，可以社区居委会为单位组织或患者自发组织管理小组，学习健康知识和防治知识，交流经验，提高高血压的管理效果。

四、高血压信息化管理

利用电脑网络（如互联网）开展高血压信息化管理是做好社区慢性病防治工作的必要条件；在居民

健康档案的基础上建立规范化高血压病历档案，利用计算机进行高血压患者的随访数据管理、工作量统计及考核指标的提取。有关数据及时上网输入，有利于促进规范化管理；有利于基层医生方便操作（如危险分层由计算机程序操作）；有利于提高血压规范管理率；有利于社区、管理部门及专家随时了解工作进度和质量。建议各地因地制宜，积极创造条件，尽早实现包括高血压在内的慢性病信息化管理。

第六节. 高血压患者的双向转诊

一、双向转诊目的：确保患者的安全和有效治疗；减轻患者经济负担；最大限度地发挥基层医生和专科医生各自的优势和协同作用。

二、双向转诊的条件与内容

1、社区初诊高血压转出条件：

- (1) 合并严重的临床情况或靶器官的损害；
- (2) 患者年轻且血压水平达3级；
- (3) 怀疑继发性高血压的患者；
- (4) 妊娠和哺乳期妇女；
- (5) 可能有白大衣高血压存在，需明确诊断者；
- (6) 因诊断需要到上级医院进一步检查。

2、社区随诊高血压转出条件：

- (1) 按治疗方案用药2-3个月，血压不达标者；
- (2) 血压控制平稳的患者，再度出现血压升高并难以控制者；
- (3) 血压波动较大，临床处理有困难者；
- (4) 随访过程中出现新的严重临床疾患；
- (5) 患者服降压药后出现不能解释或难以处理的不良反应；
- (6) 高血压伴发多重危险因素或靶器官损害而处理困难者。

3、上级医院转回社区条件：

- (1) 高血压的诊断已明确；
- (2) 治疗方案已确定；
- (3) 血压及伴随临床情况已控制稳定。

第七节、高血压防治工作考核评估

一. 考核评估的实施

- 1、主要由卫生行政主管部门组织开展年度考核评估；
- 2、按照分级管理要求，对高血压患者与群体进行相关指标的考核评估；
- 3、考核评估可分层次进行：省市级/区县级/城镇社区卫生服务中心（乡镇卫生院）/城镇社区卫生服务站（村卫生室）/责任医师均可在相应范围进行考核评估。

二. 考核评估指标

考核评估指标众多，本指南提出三个基本考核指标。各地可以根据自身工作需要增加考核指标，建议将高血压防治“三率”水平纳入社区高血压防治考核评价指标体系。考核评估工作至少每年进行1次。

1、基本指标：

(1) 管理率

是指基层社区卫生服务机构管理的高血压患者人数占辖区高血压患病总人数的比例。

计算公式：管理率=已管理高血压人数/辖区高血压患病总人数×100%

辖区高血压患病总人数估算：辖区常住成年人口总数×成年人高血压患病率（通过当地居民普查、抽样调查获得或是选用本省（全国）近期高血压患病率指标）。

(2) 规范管理率

是指实施分级规范管理的高血压患者（进行药物及非药物治疗并定期随访的患者）人数占年度登记管理的高血压患者人数的比例。1年中坚持治疗并完成规范要求的随访次数达70%以上的，即视为规范管理。

计算公式：规范管理率=规范管理高血压患者人数/年度管理高血压患者人数×100%

(3) 管理人群血压控制率

是指接受管理的高血压患者中血压达标的人数占管理高血压患者人数的比例。

计算公式：管理人群血压控制率=血压达标人数/管理的高血压人数×100%

高血压的血压控制是指收缩压<140和舒张压<90mmHg，即收缩压和舒张压同时达标。

血压达标可分为时点达标和时期达标二种评估方法：

时点达标：指高血压患者最近一次血压控制在140/90mmHg以下；

时期达标：指选定时期（一般选用1年）不同时段测量的血压值，同一患者70%以上血压值控制在140/90mmHg以下。

2、人群高血压防治“三率”指标：

(1) 高血压知晓率

是指社区（辖区）居民诊断为高血压的患者中知道自己患高血压者的比率。

计算公式：高血压知晓率=知道自己患高血压的人数/被诊断的患高血压的总人数×100%

(2) 高血压治疗率

是指高血压患者中近二周在服药的人数占整个辖区高血压患者总人数的比例。

计算公式：高血压治疗率=近二周在服用高血压药物的人数/被调查者中患高血压的总人数×100%

(3) 高血压控制率

是指血压控制达标的高血压患者人数占整个辖区高血压患者总人数的比例。

计算公式：高血压控制率=血压已经达标的人数/被调查者中患高血压的总人数×100%

范例：某社区医疗卫生服务中心辖区内共有成年居民1万人，全面普查体检查出高血压（包括正在服用抗高血压药物者）2000例，其中1000人在检查时知道自己患高血压，500人在二周内正在服用抗高血压药物治疗，高血压患者检查时测量血压在140/90mmHg以下者有400人。计算该社区人群高血压知晓率为50%（1000/2000）；高血压服药率25%（500/2000）；高血压控制率20%（400/2000）。

该社区全部高血压患者中600人已经接受高血压管理，管理人群中全年坚持治疗并完成规定随访次数70%以上的有400人，管理高血压患者中300人血压达标（<140/90mmHg）。那么计算得出该社区高血压管理率为30%（600/2000），规范管理率67%（400/600），管理人群血压控制率50%（300/600）。

第八节 附件：

附件 1 高血压基本概念

1. 高血压的定义

高血压是一种以动脉血压持续升高为特征的进行性心血管损害的疾病。是全球人类最常见的慢性病，是心脏病、脑血管病、肾脏病发生和死亡的最主要的危险因素。经非同日三次测量血压，收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ ，可考虑诊断为高血压。

初诊高血压应鉴别继发性高血压，由某些疾病引起的血压增高称为继发性高血压，约占高血压的5%-10%，如原发性醛固酮增多症、肾血管性高血压等，通过手术等治疗可痊愈。原因不明的高血压称为原发性高血压，大都需要终身治疗。

白大衣高血压是指患者到医疗机构测量血压高于 140/90mmHg，但动态血压 24 小时平均值小于 130/80mmHg 或家庭自测血压值小于 135/85mmHg。隐蔽性高血压是指患者到医疗机构测量血压小于 140/90mmHg，但动态血压 24 小时平均值高于 130/80 mmHg 或家庭自测血压值高于 135/85mmHg。

2. 高血压发病的危险因素：

高血压的发病机制尚未明确，现有研究认为与遗传和环境因素有关。大部分高血压发生与环境因素有关，环境因素主要指不良生活方式。高血压的危险因素较多，比较明确的是超重/肥胖或腹型肥胖，高盐饮食，长期过量饮酒，长期精神过度紧张。以上为可改变的危险因素，而性别、年龄和家族史是不可改变的危险因素。

3. 高血压的流行趋势及危害

解放以来，我国人群高血压患病率逐渐增加，1959 年 15 岁以上患病率为 5.1%，1980 年为 7.7%，1991 年为 13.6%；2002 年成人患病率为 18.8%。2002 年比 1991 年增加 31%。2002 年高血压人群的知晓率、治疗率和控制率分别为 30%、25%和 6%。经过努力，近几年有所提高，但与发达国家相比，仍有差距。我国每年新增高血压患者 1000 万。估计现患高血压 2 亿人。高血压的常见并发症是脑卒中、心肌梗死、心力衰竭、慢性肾脏病；我国心脑血管病发生和死亡者，一半以上与高血压有关。如果不采取有效防治措施，我国高血压患病率将持续上升，心脑血管病发生和死亡居高不下的状况就难以遏制。

4. 高血压防治的主要任务

目前，我国高血压防治的主要任务是通过广泛的宣传教育和有效的防治措施，提高高血压人群的知晓率、治疗率和控制率，进而遏制心脑血管病发生和死亡的增长态势。这是一项巨大的社会工程，需要政府主导，制定积极的防治政策和可行的推广措施；媒体积极宣传健康知识和高血压防治知识，倡导健康生活方式；各级专家在制定防治指南或规范和培训指导方面发挥重要作用；企业应积极支持高血压防治研究工作和培训教育工作；基层医生积极努力做好高血压的防治工作。基层（社区、乡村）是高血压防治的主战场，基层医生是高血压防治工作的主力军；全社会均应积极参与高血压的防治工作。

研究表明低危、中危、高危患者 10 年内心血管病发生危险分别为 $<15\%$ 、 $15-20\%$ 、 $\geq 20\%$ 。降压治疗对高血压低危、中危、高危患者均有益，但对高危患者益处更大；在降压幅度均为 10/5mmHg 时，预防脑卒中的效益高危患者比低危患者大 1 倍，所以对高危患者要加强管理和积极治疗。根据总体心血管病危险程度进行危险分层，对低危、中危、高危进行分级管理，有利于科学防治，提高效果。血压达标后分别每 3，2，1 个月各随访一次，也有利于合理使用医疗资源，重点管理好高危患者。

5 我国高血压临床研究的证据

近年来，国内外进行了一系列大规模随机对照的高血压治疗试验，为高血压治疗提供了证据。治疗时须考虑循证医学的证据并结合实际情况，选用适合该患者的降压药物，优先选用高血压临床研究证实安全有效且价格合理的药物。我国完成的老年收缩期高血压试验（Syst-China）、上海老年高血压研究（STONE）、降低高血压并发症研究（FEVER）、卒中后降压治疗研究（PATS）得到以下证据：尼群地平、硝苯地平、非洛地平缓释片（康宝德维），吲达帕胺（寿比山）均可显著降低患者血压水平，明显降低脑卒中事件。目前进行的高血压综合防治研究（CHIEF）阶段报告表明初始用小剂量苯磺酸氨氯地平（安

内真)与替米沙坦(安内强)或复方阿米洛利(安利亚)联合治疗,可明显降低高血压患者血压水平,提高血压控制率。老老年高血压治疗研究(HYVET)包含中国 2/5 的病例,结果表明 80 岁及以上高血压患者小剂量缓释吲达帕胺治疗,可减少脑卒中发生及死亡风险。

国内外研究均表明,降低高血压患者的血压水平是减少心脑血管事件的根本。降压治疗的效果是明确的,收缩压下降 20mmHg 或舒张压下降 10mmHg,脑卒中风险降低 40%-50%;冠心病风险降低 15%-30%。

附件 2 血压测量规范

1、血压测量标准方法:

(1) 选择符合标准的水银柱式血压计或符合国际标准(欧洲高血压学会:ESH;英国高血压学会:BHS 和美国仪器协会:AAMI)及中国高血压联盟(CHL)认证的电子血压计进行测量。一般不提倡使用腕式或手指式电子血压计。

(2) 袖带的大小适合患者的上臂臂围,至少覆盖上臂臂围的 2/3。

(3) 被测量者测量前一小时内应避免进行剧烈运动、进食、喝含咖啡的饮料、吸烟、服用影响血压的药物;精神放松、排空膀胱;至少安静休息 5 分钟。

(4) 被测量者应坐于有靠背的座椅上,裸露右上臂,上臂及血压计与心脏处同一水平。老年人、糖尿病患者及出现体位性低血压情况者,应加测站立位血压。

(5) 将袖带紧贴缚在被测者上臂,袖带下缘应在肘弯上 2.5cm。用水银柱式血压计时将听诊器胸件置于肘窝肱动脉搏动明显处。

(6) 在放气过程中仔细听取柯氏音,观察柯氏音第 I 时相(第一音)和第 V 时相(消失音)。收缩压读数取柯氏音第 I 时相,舒张压读数取柯氏音第 V 时相。12 岁以下儿童、妊娠妇女、严重贫血、甲状腺功能亢进、主动脉瓣关闭不全及柯氏音不消失者,以柯氏音第 IV 时相(变音)作为舒张压读数。

(7) 确定血压读数:所有读数均应以水银柱凸面的顶端为准;读数应取偶数(0、2、4、6、8),医疗记录中血压尾数 0, 2, 4, 6, 8 的分布应均匀,建议分别占 $20 \pm 10\%$ 以内,切不可仅记录尾数为 0 的血压数值(0 偏好)。电子血压计以显示血压数据为准。

(8) 应间隔 1-2 分钟重复测量,取 2 次读数平均值记录。如果收缩压或舒张压的 2 次读数相差 5mmHg 以上应再次测量,以 3 次读数平均值作为测量结果。

血压测量有三种方式,即诊室血压、自测血压、动态血压。一般讲,诊室血压水平高于自测血压和动态血压 24 小时平均水平。自测血压水平接近动态血压 24 小时平均水平。

2、诊室血压

诊室血压是指患者在医疗单位由医护人员测量的血压。目前主要用水银血压计。诊室血压测量方法见血压测量标准方法。目前,高血压诊断一般以诊室血压为准。

3. 自测血压

家庭自我测量血压简称自测血压。是指受测者在诊室外的其它环境所测量的血压,一般指家庭自测血压。自测血压可获取日常生活状态下的血压信息。可帮助排除白大衣性高血压、检出隐蔽性高血压,对增强患者诊治的主动参与性、改善患者治疗依从性等方面具有优点。现已作为测量血压的方式之一。但对于精神焦虑或根据血压读数常自行改变治疗方案的患者,不建议自测血压。对新诊断的高血压,建议家庭自测血压连续 7 天,每天早晚各一次,每次测量 3 遍;去掉第一天血压值,仅计算后 6 天血压值,根据后 6 天血压平均值,为治疗决定提供参考。血压稳定后,建议每周固定一天自测血压,于早上起床后 1 小时,服降压药前测坐位血压。血压不稳定或未达标的,建议增加自测血压的频率。

推荐使用符合国际标准的(ESH、BHS 和 AAMI)上臂式全自动或半自动电子血压计。一般而言,自测血压值低于诊室血压值。正常上限参考值为 135/85 mmHg。医护人员应指导患者自测血压,培训居民测压的方法和注意事项。

3、动态血压

动态血压是指患者配戴动态血压监测仪记录的 24 小时血压。动态血压测量应使用符合国际标准（BHS, ESH 和 AAMI）的监测仪。动态血压的正常值推荐以下国内参考标准：24 小时平均值 <130/80mmHg，白昼平均值<135/85mmHg，夜间平均值<125/75mmHg。正常情况下，夜间血压均值比白昼血压值低 10%-15%。

动态血压监测在临床上可用于诊断白大衣性高血压、隐蔽性高血压、难治性高血压、发作性高血压或低血压，评估血压升高严重程度，但是目前主要仍用于临床研究，如评估预后、新药或治疗方案疗效等，不能取代诊室血压测量。动态血压测量时应注意以下问题：测量时间间隔应设定白天一般为每 30 分钟一次，夜间为 60 分钟一次。可根据需要而设定所需的时间间隔。指导患者日常活动，避免剧烈运动。测血压时患者上臂要保持伸展和静止状态。若首次检查由于伪迹较多而使读数小于 80%的预期值，应再次测量。可根据 24 小时平均血压，日间血压或夜间血压进行临床决策参考，但倾向于应用 24 小时平均血压。一般情况是诊室所测血压水平高于自测血压和动态血压 24 小时平均水平；自测血压水平接近动态血压 24 小时平均水平。

附件 3 影响预后的因素（见附表 1）

附表 1、影响预后的因素

心血管病的危险因素	靶器官损害	并存临床疾患（ACC）
·收缩压和舒张压水平（1~3 级）	·左心室肥厚	·脑血管病
·年龄>55 岁	心电图	缺血性卒中
·吸烟	超声心动图：LVMI	脑出血
·血脂异常	或 X 线	短暂性脑缺血发作
TC≥5.7mmol/L (220mg/dL)	·动脉壁增厚	·心脏疾病
或 LDL-C>3.6mmol/L (140mg/dL)	颈动脉超声 IMT≥0.9mm	心肌梗死史
或 HDL-C<1.0mmol/L (40mg/dL)	或动脉粥样硬化性斑块的超声表现	心绞痛
·早发心血管病家族史	·血清肌酐轻度升高	冠状动脉血运重建
一级亲属，发病年龄<50 岁	男性 115~133μmol/L	充血性心力衰竭
·腹型肥胖或肥胖	(1.3~1.5mg/dL)	·肾脏疾病
腹型肥胖 WC 男性≥90cm	女性 107~124μmol/L	糖尿病肾病
女性≥85cm	(1.2~1.4mg/dL)	肾功能受损（血肌酐）
肥胖 BMI≥28kg/m ²	·微量白蛋白尿	男性>133μmol/L; (1.5mg/dL)
·缺乏体力活动	尿白蛋白 30~300mg/24h	女性>124μmol/L; (1.4mg/dL)
·动脉僵硬度（PWV）	白蛋白/肌酐比：	蛋白尿 (>300mg/24h)
	男性≥22mg/g	·外周血管疾病：
	(2.5mg/mmol)	足背动脉搏动减弱
	女性≥31mg/g	·视网膜病变：
	(3.5mg/mmol)	出血或渗出，视乳头水肿
		·糖尿病：
		空腹血糖 ≥7.0mmol/L
		(126mg/dL)
		餐后血糖≥11.1mmol/L
		(200mg/dL)

注：TC：总胆固醇；LDC-C：低密度脂蛋白胆固醇；HDL-C：高密度脂蛋白胆固醇；LVMI：左室质量指数；IMT：颈动脉内膜中层厚度；BMI：体重指数；WC：腰围。

附件 4: 我国常用口服抗高血压药物表 (见附表 2)

附表2、我国常用口服抗高血压药物表

分 类	名 称	参考剂量范围 (日)	分服次 数(日)	主要不良反应		
钙拮抗剂 (CCB):	二氢吡啶	尼群地平	10~30 mg	2	水肿、头痛、潮红	
		非洛地平缓释片	2.5~20 mg	1	水肿、头痛、潮红	
		硝苯地平	10~30 mg	2-3	水肿、头痛、潮红	
		硝苯地平控释片	30~60 mg	1-2	水肿、头痛、潮红	
		硝苯地平缓释片	10~20 mg	2	水肿、头痛、潮红	
		拉西地平	4~8 mg	1	水肿、头痛、潮红	
		氨氯地平	2.5~10 mg	1	水肿、头痛、潮红	
		左旋氨氯地平	2.5~5 mg	1	水肿、头痛、潮红	
	非二氢吡啶	地尔硫卓	90~360 mg	1-2	抑制心脏传导及心功能	
		维拉帕米	80~240 mg	2-3	抑制心脏传导及心功能	
		血管紧张素转换酶 抑制剂 (ACEI)	卡托普利	25~100 mg	2-3	血钾高、血管神经性水肿
			依那普利	5~40 mg	1-2	血钾高、血管神经性水肿
			贝那普利	5~40 mg	1-2	血钾高、血管神经性水肿
			雷米普利	1.25~20 mg	1	血钾高、血管神经性水肿
培哌普利	4~8 mg		1	血钾高、血管神经性水肿		
福辛普利	10 mg		1	血钾高、血管神经性水肿		
赖诺普利	5~40 mg		1	血钾高、血管神经性水肿		
血管紧张素 II 受体 拮抗剂 (ARB)	氯沙坦	25~100 mg	1	血钾高、血管神经性水肿		
	缬沙坦	80~160 mg	1	血钾高、血管神经性水肿		
	替米沙坦	20~80 mg	1	血钾高、血管神经性水肿		
	厄贝沙坦	150~300 mg	1	血钾高、血管神经性水肿		
	坎地沙坦	8~32mg	1	血钾高、血管神经性水肿		
利尿剂 (噻嗪)	氢氯噻嗪	6.5~25 mg	1	低血钾、尿酸升高		
利尿剂 (类噻嗪)	呋噻帕胺	0.625~2.5 mg	1	低血钾		
祥利尿剂	呋塞米	20~80 mg	1-2	低血钾		
保钾利尿剂	氨苯蝶啶	50~100 mg	1-2	高血钾		
	盐酸阿米洛利	5~10 mg	1-2	高血钾		
醛固酮拮抗剂	螺内酯	20~40 mg	1-2	高血钾、男性乳房发育		
β 受体阻滞剂	阿替洛尔	12.5~50 mg	1-2	支气管痉挛、心功能抑制		
	美托洛尔	50~100 mg	1-2	支气管痉挛、心功能抑制		
	比索洛尔	2.5~10 mg	1	支气管痉挛、心功能抑制		
	倍他洛尔	5~20 mg	2	支气管痉挛、心功能抑制		
	普萘洛尔	30~90 mg	2	支气管痉挛、心功能抑制		
α_1 受体阻滞剂	哌唑嗪	2~20 mg	2-3	体位性低血压		
	多沙唑嗪	2~4 mg	1-2	体位性低血压		
	特拉唑嗪	1~20 mg	1-2	体位性低血压		
β 受体+ α_1	卡维地洛	12.5~50 mg	2	支气管痉挛、		

受体阻滞剂	拉贝洛尔	200~400 mg	2	支气管痉挛、体位性低血压
中枢 α_2 受体	可乐定	0.1~0.8 mg	2	口干、嗜睡、水钠潴留
激动剂	可乐定贴剂	0.25 mg	1/周	口干、皮肤过敏
血管扩张剂	胍屈嗪	25~100mg	2	狼疮综合征

药物使用说明：如卡托普利每日25-100mg，分2-3次口服；（而不是每日25-100mg，每日口服2-3次）。

附件 5：基层常用降压药的名称、使用方法、适应症、禁忌症及不良反应（见附表 3）

附表 3、基层常用口服降压药的名称、使用方法、适应症、禁忌症及不良反应

通用名	每次剂量	每日次	适应症	禁忌症	主要不良反应
一、钙拮抗剂 (二氢吡啶)			老年高血压 周围血管病 收缩期高血压 心绞痛 颈动脉粥样硬化 冠状动脉粥样硬化	相对禁忌症： 快速心律失常 充血性心衰	头痛，水肿
尼群地平	10~30mg	2			
氨氯地平	2.5~10mg	1			
拉西地平	4~8mg	1			
非洛地平缓释片	2.5~10mg	1			
硝苯地平	10~20mg	2~3			
硝苯地平缓释片	20mg	1~2			
左旋氨氯地平	2.5~5mg	1			
二、ACEI			充血性心衰；心梗后； 左室功能不全； 糖尿病肾病；蛋白尿；微 蛋白尿；非糖尿病肾病	绝对禁忌症： 妊娠 高血钾 双侧肾动脉狭窄	咳嗽，血管神经水肿
依那普利	10~20mg	1-2			
卡托普利	12.5~50mg	2~3			
贝那普利	10~40mg	1~2			
三、ARB			糖尿病肾病 蛋白尿；微蛋白尿； 心力衰竭；左室肥厚； 心房纤颤预防； ACEI 引起的咳嗽	同 ACEI	血管神经水肿
氯沙坦	25~100mg	1			
缬沙坦	80~160mg	1			
厄贝沙坦	150~300mg	1			
替米沙坦	20~80mg	1			
四、利尿剂 (噻嗪类)			老年高血压 老老年高血压 收缩期高血压 心力衰竭	绝对禁忌症： 痛风	低血钾
氢氯噻嗪	6.25-25mg	1			
呋塞米	1.25-2.5mg	1			
五、β 阻滞剂			心绞痛 心梗后 快速性心律失常 充血性心衰	2-3 度传导阻滞 哮喘 慢性阻塞肺病	心动过缓 支气管痉挛
阿替洛尔	12.5~25mg	1~2			
美托洛尔	25~50mg	2			
比索洛尔	2.5~10mg	1~2			
六、复方制剂			1-2 级高血压 单药控制不佳的高血压；	相关成分禁忌症	相应成分的副作用
复方利血平片	1~3 片	2~3			
复方利血平氨苯蝶定片	1~2 片	1			
珍菊降压片	1~2 片	2~3			
缬沙坦/氢氯噻嗪	1~2 片	1			
氯沙坦/氢氯噻嗪	1 片	1			
厄贝沙坦/氢氯噻嗪	1 片	1			
卡托普利/氢氯噻嗪	1-2 片	1~2			
阿米洛利/氢氯噻嗪	1 片	1			
贝那普利+氢氯噻嗪	1 片	1			

ACEI：血管紧张素转换酶抑制剂；ARB：血管紧张素 II 受体拮抗剂；

附件6 特殊人群高血压处理（建议在上级医院取得治疗方案或在上级医生指导下治疗）

（一）**老年人**：老年（>65岁）高血压患者降压治疗同样受益。降压药务必从小剂量开始，根据耐受性逐步降压，应测量用药前后坐立位血压；尤其对体质较弱者更应谨慎。注意原有的以及药物治疗后出现的体位性低血压。老年人有较多危险因素、靶器官损害，合并心血管病、糖尿病等情况也较多，常需多药合用。各年龄段高血压患者应用利尿剂、钙拮抗剂、ACEI或ARB等抗高血压治疗均有益。

80岁及以上的一般体质尚好的高龄高血压患者进行适度降压治疗也有好处，当收缩压 ≥ 160 mmHg者，可用小剂量的利尿剂，必要时加小剂量ACEI。目标收缩压 < 150 mmHg。降压达标时间适当延长。

部分舒张压低的老年收缩期高血压患者的降压治疗有一定难度。舒张压 < 70 mmHg，如收缩压 < 150 mmHg，则观察；如收缩压 ≥ 150 mmHg，则谨慎用小剂量利尿剂、ACEI、钙拮抗剂；舒张压低于60mmHg时应引起关注。

（二）**冠心病**：稳定性心绞痛时首选 β 受体阻滞剂或长效钙拮抗剂及长效ACEI；急性冠状动脉综合征时选用 β 受体阻滞剂或ACEI；心肌梗死后患者用ACEI、 β 受体阻滞剂和醛固酮拮抗剂。冠状动脉严重狭窄患者，舒张压不宜降得过低。

（三）**高血压合并心力衰竭**：症状少者用ACEI和 β 受体阻滞剂；症状多的可将ACEI或ARB、 β 受体阻滞剂、ARB和醛固酮拮抗剂，或与袢利尿剂合用。 β 受体阻滞剂从小剂量开始，逐渐缓慢加至目标量。左心衰竭者的血压目标 $< 120/80$ mmHg。

（四）**高血压合并糖尿病**：高血压伴糖尿病常需要严格控制血压，一般ACEI、ARB为首选。要求将血压目标降至 $130/80$ mmHg以下，因此常联合用钙拮抗剂、小剂量噻嗪类利尿剂或 β 受体阻滞剂。要重视糖尿病的降糖和降压治疗，降压治疗减少血管疾病的净效益更好。

（五）**慢性肾脏疾病**：血压应严格控制在 $130/80$ mmHg以下，尿白蛋白大于 1g/d 时血压应控制在 $125/75$ mmHg以下，首选ACEI、ARB，有利于防止肾病进展，重度患者须合用袢利尿剂。但要注意监测肾功能，如用ACEI/ARB后，血肌酐较基础升高 $< 30\%$ ，则可谨慎使用或减量；如升高 $> 30\%$ ，可考虑停药。血压不达标者应积极联合长效钙拮抗剂。

（六）**脑血管病后**：急性脑卒中降压治疗有争议。如血压 $\geq 220/120$ mmHg的，可考虑适度降压治疗，但应缓慢降压和密切观察患者反应。有短暂性脑缺血发作或脑卒中史(非急性期)者，进行适度的降压治疗均能减少卒中的再发。噻嗪类利尿剂、ACEI与利尿剂合用、钙拮抗剂及ARB等有利于减少卒中中再发事件。降压后头晕加重者，应注意有无颈动脉狭窄问题。如双侧颈动脉严重狭窄，则谨慎或缓慢降压。

（七）妊娠高血压

（1）**诊断依据**：妊娠高血压是指妊娠后20周，孕妇发生高血压（BP $\geq 140/90$ mmHg）；或血压较孕前或孕早期升高 $\geq 30/15$ mmHg；至少测量两次血压，应间隔6小时。

妊娠高血压综合征：妊娠高血压同时伴蛋白尿和/或水肿；

子痫：妊娠高血压综合征的患者发生抽搐。

（2）**处理原则**：及时转上级医院治疗；必要时用甲基多巴、胍苯吡嗪、拉贝洛尔、硫酸镁等；分娩后继续监测血压。

（八）难治性高血压

（1）**定义**：应用非药物治疗以及包括利尿剂在内的至少3种药物治疗数周仍不能将血压控制在目标水平称为难治性高血压。

（2）**原因**：难治性高血压有真性与假性之分，应注意区别。

假性难治性高血压多为白大衣高血压，以及患者上臂较粗、使用的袖带不合适，应注意避免。真性难治性高血压原因可见于未发现的继发性高血压，治疗依从性较差，应用有升压作用的药物，体重增加，酗酒，利尿剂治疗不充分，进展性肾功能不全，高盐摄入等情况。应认真分析原因和处理。

（3）**防治措施**：规范血压测量方法，正确使用降压药物。明确诊断，找出原因，对症治疗。及时请专科医生会诊或转院诊治。加用安体舒通对部分患者可能有效；可用利尿剂+长效钙拮抗剂+ACEI 或ARB联合治疗。

9、高血压急症

（1）高血压急症的诊断

原发性和继发性高血压在疾病发展过程中，在某些诱因作用下，血压急剧升高，病情急剧恶化，称为高血压急症。收缩压 > 220 mmHg和/或舒张压 > 130 mmHg无论有无临床症状都应视为高血压急诊。常见高血

压急症包括以下情况：高血压伴有急性脑卒中、高血压脑病、急性心肌梗死、急性左室衰竭伴肺水肿、不稳定性心绞痛、主动脉夹层动脉瘤等。

(2) 高血压急症的处理原则：不论是何种类型的高血压急症均应立即处理，在紧急处理的同时立即呼叫“120”，联系尽快转诊。对于急性脑卒中、高血压脑病，应慎重降压，注意降压的速度和幅度；对于急性心肌梗死、急性左室衰竭伴肺水肿、不稳定性心绞痛、主动脉夹层动脉瘤等，应立即降压至安全范围。视病情考虑口服短效降压药，如卡托普利、拉贝洛尔、乌拉地尔、可乐定等；主动脉夹层动脉瘤血压降至正常范围，必要时也可用口服硝苯地平等。在密切监测血压的情况下，有条件的可缓慢静脉滴注硝普钠、硝酸甘油、艾司洛尔；或静脉注射尼卡地平、乌拉地尔。应注意降压的速度和程度，最初可使血压在原血压水平的基础上下降20%~25%或降至160/100mmHg。慎用或不用舌下含服硝苯地平。不推荐短效二氢吡啶类钙拮抗剂用于急性冠脉综合症或心力衰竭。

附件7：高血压基层防治参考方案（仅供基层医生参考）（见附表4）

附表4 高血压基层防治参考方案表

方案编号 危险分组	适用范围	防治措施	控制目标
方案0号 正常高值组	血压正常高值 SBP120-139 DBP80-89 无危险因素	非药物治疗 积极干预相关危险因素（限盐、限酒、减重、运动） 监测血压和危险因素 每半年随访1次	BP<120/80 无新增危险因素
方案 01 低危组	高血压1级 SBP 140~159 DBP 90~99 无危险因素	非药物治疗； ●小剂量或常规量利尿剂，或钙拮抗剂，或ACEI/ARB；或β-阻滞剂； ●未达标，小剂量利尿剂+小剂量钙拮抗剂，或ACEI； 3个月随诊1次； 监测血压、危险因素。	BP<140/90 无新增危险因素
方案 02 中危组	高血压1级+危险因素1-2个； 高血压2级： SBP 160~179 DBP 100~109 无危险因素	非药物治疗； ●常规量利尿剂，或常规量钙拮抗剂，或常规量ACEI/ARB；或常规量β阻滞剂 ●小剂量利尿剂+小剂量钙拮抗剂，或+ACEI/ARB； ●适量二氢吡啶钙拮抗剂+ACEI或ARB，或+小量β阻滞剂； 2个月随诊1次； 监测血压、危险因素。	BP<140/90 危险因素得到控制 无新增危险因素
方案 03 高危组	高血压3级 SBP ≥180 DBP ≥110 无危险因素	非药物治疗； ●利尿剂+钙拮抗剂，或+ACEI，或+ARB； ●二氢吡啶钙拮抗剂+ACEI，或+β阻滞剂 ●小剂量利尿剂+钙拮抗剂 +ACEI或ARB 1-2周随诊1次；病情恶化及时随诊 监测血压、危险因素；	BP<140/90 无新增危险因素
方案 04 高危组	高血压1~2级 +危险因素≥3 或 TOD SBP 140~179 DBP 90~109	非药物治疗； ●适量钙拮抗剂，或ACEI，或ARB，或利尿剂，或β阻滞剂； ●小剂量利尿剂+钙拮抗剂，或ACEI/ARB； ●钙拮抗剂 +ACEI/ARB，或+β阻滞剂；	BP<140/90 危险因素得到控制 无新增危险因素

		<p>监测血压、危险因素；</p> <p>1个月随诊1次；</p> <p>监测血压（血脂）；干预危险因素。</p>	
方案 05 高危组	<p>高血压 1、2 级 SBP140-179 DBP 100-109 颈动脉壁增厚或斑块</p>	<p>非药物治疗</p> <ul style="list-style-type: none"> ●常规量钙拮抗剂，或 ACEI/ARB；或利尿剂，或β阻滞剂 ●小剂量利尿剂+钙拮抗剂，或+ ACEI/ARB ●加用阿司匹林 ●必要时加用调脂药 <p>●2个月随诊1次，颈超可2年复查一次</p>	<p>BP<140/90</p> <p>无新增危险因素</p>
方案 06 高危组	<p>高血压 合并 2型糖尿病</p>	<p>非药物治疗；</p> <ul style="list-style-type: none"> ●降压治疗首选ACEI 或ARB； ●必要时加用钙拮抗剂，或小剂量噻嗪类利尿剂，或小量β阻滞剂； ●如血脂异常，加用调脂药； ●1个月随诊1次； ●监测血压、血糖和干预危险因素； ●治疗糖尿病： <p>健康的生活方式：合理饮食、适当运动、控制体重、严格戒烟，限酒； 降糖可用双胍类、磺脲类等； 小剂量阿司匹林（75-100mg/日）。</p>	<p>BP<130/80</p> <p>空腹血糖： <7 mmol/L</p> <p>糖化血红蛋白： 6.5~7.5%</p> <p>总胆固醇： <4.5mmol/L</p> <p>高密度脂蛋白： >1.0mmol/L</p> <p>甘油三酯： <1.5mmol/L</p>
方案 07 高危组	<p>高血压 合并左室肥厚</p>	<p>非药物治疗；</p> <ul style="list-style-type: none"> ●适量ACEI，或ARB，或钙拮抗剂，或利尿剂，或β-阻滞剂； ●ACEI/ARB+钙拮抗剂，或+小量利尿剂； ●钙拮抗剂+小量利尿剂，或+β-阻滞剂； <p>1个月随诊1次，监测血压。</p>	<p>BP<140/90</p> <p>无心功能不全</p>
方案 08 高危组	<p>高血压 合并肥胖</p>	<p>非药物治疗；</p> <p>合理饮食，积极运动，严格控制体重；3-6月减重2.5-5公斤</p> <ul style="list-style-type: none"> ●适量ACEI或ARB，或利尿剂，或钙拮抗剂 ●小剂量吲达帕胺+ACEI/ARB，或+钙拮抗剂； ●ACEI/ARB+钙拮抗剂； <p>1个月随诊1次； 监测血压、体重指数、腰围。</p>	<p>BP<140/90</p> <p>体重指数：<24 kg/m²</p> <p>腰围： 男性<90cm 女性<85cm</p>
方案 09 高危组	<p>高血压 合并血脂异常</p>	<p>非药物治疗；</p> <p>合理饮食：减少脂肪、酒精的摄入；加强运动，控制体重；</p> <ul style="list-style-type: none"> ●适量ACEI，或ARB，或钙拮抗剂； 必要时加小量利尿剂； ●适量ACEI/ARB+钙拮抗剂； <p>应用调脂药；如他汀类</p> <p>1个月随诊1次； 监测血压、血脂。</p>	<p>BP<140/90</p> <p>总胆固醇： <4.5 mmol/L</p> <p>高密度脂蛋白： >1.1 mmol/L</p> <p>甘油三酯： <1.5 mmol/L</p>
方案 10 高危组	<p>高血压 合并 有脑血管病史(非急性期)者</p>	<p>非药物治疗；</p> <ul style="list-style-type: none"> ●常规量利尿剂； ●小剂量利尿剂+ACEI； 	<p>BP<130/80</p> <p>老年人SBP<150</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • 钙拮抗剂或ARB • 脑血管病其它常规治疗；病情恶化随时请会诊或转诊；每半个月随诊1次；监测血压和干预危险因素。 	
方案 11 高危组	高血压 合并 冠心病	<p>非药物治疗；</p> <ul style="list-style-type: none"> • 稳定性心绞痛时首选β阻滞剂或长效钙拮抗剂； • 急性冠脉综合征用β阻滞剂和ACEI； • 心肌梗死后患者用ACEI、β阻滞剂或醛固酮拮抗剂； • 冠心病其它常规治疗； <p>病情恶化随时请会诊或转诊； 每半个月随诊1次； 监测血压、血脂；常合用阿司匹林； 干预危险因素。</p>	BP<130/80 控制心绞痛发作 避免心肌梗塞
方案 12 高危组	高血压合并 慢性心力衰竭	<p>非药物治疗；</p> <ul style="list-style-type: none"> • 症状少者用ACEI和β阻滞剂； • 症状多的可用ACEI、β阻滞剂、ARB或醛固酮拮抗剂，常与袢利尿剂合用； • 慢性心力衰竭其它常规治疗； <p>病情恶化随时请会诊或转诊； 控制体重及限盐； 每半个月随诊1次； 监测血压、心功能。</p>	BP<130/80 心衰基本平稳
方案 13 高危组	高血压合并 慢性肾脏病	<p>非药物治疗；</p> <ul style="list-style-type: none"> • 首选ACEI或ARB； • 常加钙拮抗剂；常与袢利尿剂合用； • 慢性肾脏病其它常规治疗； <p>病情恶化随时请会诊或转诊； 限制盐摄入量； 每半个月随诊1次； 监测血压、肾功能。 双侧肾动脉狭窄、妊娠及血肌酐 > 265umol/L的不宜用ACEI或ARB</p>	BP<130/80 肾功能稳定 尿蛋白>1克/日： BP<125/75
方案 14 高危组	难治性高血压	<p>非药物治疗；</p> <ul style="list-style-type: none"> • 鉴别假性或真性难治性高血压 • 排除继发性高血压或其它原因 • 长效钙拮抗剂+噻嗪类利尿剂+ARB或ACEI • 长效钙拮抗剂+醛固酮拮抗剂+其它降压药 • 其它常规治疗； <p>建议请会诊或转诊； 每半个月随诊1次； 监测血压、肾功能。</p>	BP<140/90 老年SBP<150

注：表内血压以mmHg为单位；TOD:靶器官损害；利尿剂为噻嗪类；
以上方案主要考虑高血压的治疗，仅为参考治疗方案，社区医生应根据具体情况决定个体患者的治疗措施。

附件 8：不同人群健康教育内容（见附表 5）

（见附表 5）不同人群健康教育内容

正常人群	高血压易患人群	已确诊的高血压患者
什么是高血压； 高血压的危害； 高血压是不良生活方式疾病； 高血压是可以预防的； 那些人容易得高血压； 什么是健康生活方式； 定期检测血压的意义； 要注意监测自己的血压，成人每年测一次血压。	同左侧内容； 哪些人是高血压的易患人群； 什么是高血压的血管危险因素； 高血压伴血管危险因素的危害； 如何纠正不良生活方式或习惯； 如何降低心血管疾病的危险因素； 要特别关注自己的血压，至少 6 个月监测一次血压； 鼓励家庭自测血压。	同左侧内容； 高血压是如何分级的； 什么是靶器官损害和并存的临床情况； 高血压患者为什么分为低危、中危、高危层进行管理； 高血压的非药物治疗内容； 常用抗高血压药物种类、用法、注意事项、副作用、禁忌症； 为什么高血压患者要终身服药； 如何配合社区医务人员做好高血压分级管理，定期随访；如何正确测量血压； 至少每 2 个月监测一次血压； 积极提倡患者自测血压。

附件 9：高血压患者分级管理随访记录表（见附表 6）

（见附表 6）高血压患者分级管理随访记录表 （20 年度）

姓名： 性别： 年龄： 档案号：

高血压管理分级：一级管理 二级管理 三级管理

项目		日期											
定期测量血压 (平均值 mmHg)													
本次血压值 (mmHg)													
体征	脉搏 (次/分)												
	BMI (Kg/m ²)												
	其它												
辅助检查	尿												
	血												
	心电图												
	其它												
非药物治疗	膳食低盐												
	运动治疗												
	饮食治疗												
	其它												
药物治疗	种类及服药次数/日												
	不良反应												
接诊医师													

年度评估及分级管理变更情况	责任医师:
---------------	-------

附件 10: 高血压分级管理汇总表 (见附表 7)

(见附表 7) 高血压分级管理汇总表 20 年 月

序号	项目		总 数	男	率 (%)	女	率 (%)
1	居 民 人 数						
2	登 记 患 者 数						
3	本 年 度 新 发 现 患 者 数						
4	管 理 人 数		一 级 管 理				
			二 级 管 理				
			三 级 管 理				
			合 计				
5	管 理 效 果	一 级 管 理	达 标 率				
		二 级 管 理	达 标 率				
		三 级 管 理	达 标 率				
		合 计	达 标 率				
6	管 理 失 访		搬 迁				
			死 亡				
			其 它				
7	管 理 覆 盖 率						
8	规 范 管 理 率						
9	心 脑 血 管 事 件 率						

填表单位:

填表人:

填表日期:

附图 8、基层高血压防治管理流程图

