

慢性病患者 自我管理实践

高血压

总主编 / 王临虹 主编 / 董建群



人民卫生出版社

慢性病患者 自我管理实践 高血压

总主编 / 王临虹

主 编 / 董建群

副主编 / 姜莹莹 董文兰

编 者 / (按姓氏笔画排序)

王临虹 王增武 毛 凡

田 雨 吉 宁 张惺惺

姜莹莹 黄砚萍 董文兰

董建群



人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

高血压 / 董建群主编. —北京: 人民卫生出版社, 2015

(慢性病患者自我管理实践)

ISBN 978-7-117-21325-7

I. ①高… II. ①董… III. ①高血压-防治 IV. ①R544.1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 217043 号

人卫社官网 www.pmph.com 出版物查询, 在线购书
人卫医学网 www.ipmph.com 医学考试辅导, 医学数
据库服务, 医学教育资
源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

慢性病患者自我管理实践——高血压

主 编: 董建群

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 北京盛通印刷股份有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 710 × 1000 1/16 印张: 9

字 数: 121 千字

版 次: 2015 年 10 月第 1 版 2015 年 10 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-21325-7/R · 21326

定 价: 50.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)

序

在继《慢性病患者自我管理实践——糖尿病》出版之后，今天又读到了《慢性病患者自我管理实践——高血压》一书，很是欣喜。

高血压是心血管疾病的一个最重要危险因素。目前我国心脑血管病现患人数 2.9 亿，其中一半以上与高血压有关。2012 年我国 18 岁及以上居民高血压患病率达 25.2%，更令人闻之惊心。如果高血压得不到有效控制，一旦发生心、脑、肾等严重的器官损害，轻者致残，重者致死；急性期住院费用至少上万，出院后每年医药费也达数千元；患者丧失劳动力，需要家庭成员长期照顾，势必给个人、家庭和社会带来沉重的经济负担。

2015 年是落实《中国慢性病防治工作规划（2012—2015 年）》的收官之年，也是编写、实施新一轮慢性病防治规划的开局之年。为积极做好我国慢性病控制工作，遏制慢性病快速上升的势头，我国政府先后制定了一系列政策措施。为切实落实慢性病防治政策与策略，各级疾控机构及基层医疗卫生机构要勇于创新、积极探索适合我国国情的防控高血压的有效措施。在我国近几年开展的包括国家慢性病综合防控示范区建设在内的诸多慢性病防控实践中，各地对慢性病患者自我管理这一活动形式反响较好，而且国内外也已有多项研究证实，开展居民喜闻乐见、寓教于乐的社区高血压患者自我管理活动能够有效改善患者的血压控制状况，提高生活质量。

本书的编写是为了更好地满足各地开展社区高血压患者自我管

理工作的实际需求，也是推进规范化开展社区慢性病自我管理工作的
重要一步。本书将公共卫生、临床医学的学科专业知识和技能有
效地结合起来，言简意赅、通俗易懂，并以图文并茂的形式展现了
社区开展高血压患者自我管理活动的规范流程及内容，便于基层操
作和推广。希望该书的出版能为规范全国各地开展社区慢性病患者
自我管理起到一定的指导作用。同时，本书系统、规范的高血
压防治知识也便于患者学习和掌握，是一本不可多得的“枕边书”。

国家卫生和计划生育委员会疾病预防控制局

2015 年 6 月

前言

随着工业化、城镇化、老龄化进程的加快，我国慢性病患者人数快速上升。慢性病病程长、流行广、费用贵、致残致死率高，其导致的死亡已占我国总死亡人数的 85%，导致的疾病负担已占总疾病负担的 70%，给患者及其家庭造成沉重心理、生理以及经济负担，同时也对社会和国民经济产生巨大影响。有资料表明，心脑血管病现患者中有一半以上与高血压有关，作为心血管疾病的一个最重要危险因素，我国 18 岁及以上居民中高血压患病率高达 25.2%。根据《中国心血管病报告 2014》，高血压知晓率、治疗率、控制率仅为 42.6%、34.1% 和 9.3%。据 2010 年全球疾病负担研究（GBD2010）中国部分的结果，我国每年由于血压升高而导致的过早死亡人数达 200 万，每年直接医疗费用达 366 亿元。高血压已成为严重影响我国居民身心健康的一个重要的公共卫生问题。

在我国，医疗卫生资源的相对匮乏决定了庞大的高血压患病人群必须自身承担大部分疾病管理的工作。然而目前这些患者对自身血压异常的情况或者是缺乏足够的认识，或者是缺少必要的知识技能和自信心。同时，医疗卫生资源分配的不均衡在一定程度上也增加了医务工作者的负担，繁重的诊疗工作任务也使临床医生很少有足够的时间去倾听患者的想法、教授其日常生活中必要的控制血压措施和相关技能。

近年来国内外已有大量研究证实：采取以健康教育为主要手段

的综合措施，社区高血压患者自我管理活动能够有效提高患者自我管理能力，激发患者自身的责任和潜能，促使其改变不健康的行为生活方式，帮助其更好地控制血压、预防和控制并发症，从而改善生活质量。

基于我国严峻的高血压防控形势和社区高血压患者自我管理的需要，借鉴国内外经验，我们结合多年来开展社区患者自我管理相关工作相关试点的实践经验，编写了本书。在征询卫生工作者和患者的意见及建议基础上，结合以往工作的实际经验，确定了本书的八次课程活动内容，即：高血压和自我管理概述、高血压的危害、家庭血压测量、合理膳食、健康运动、心理平衡、正确使用高血压药物以及养成良好的生活习惯。同时，在修订和统稿过程中，也得到了临床、疾病控制等相关领域专家学者的指导与完善。

本书可以作为卫生专业人员开展患者自我健康管理小组活动的实用手册，成为指导患者开展“高血压患者自我管理”活动的帮手。同时，本书也可作为一本科普读物，为广大的高血压患者提供防病治病的科学信息。我们希望通过本书所介绍的系统化、规范化的自我管理活动，帮助高血压患者掌握自我健康管理知识和技能，增强患者战胜疾病的自信心，提高生活质量。我们也希望借助此书，促使基层的高血压自我管理活动更加科学、规范，从而推动患者管理工作的开展，逐步缓解我国医疗卫生资源短缺和分配不均衡带来的压力。

限于编者的水平以及知识广度、深度，书中难免存在疏漏，恳请有关的专家和广大读者给予批评指正。

编 者

2015年6月

目录

导读

一、自我管理的相关理论·····	1
二、高血压患者自我管理活动目标和内容·····	4
三、高血压患者自我管理小组活动的组织实施·····	5
四、如何使用本书·····	7

第一次活动 高血压和自我管理概述

目的·····	9
所需物料·····	9
一、组员互相认识·····	9
二、了解高血压相关知识·····	12
三、掌握自我管理知识和技能·····	18
四、学习集思广益、解决问题·····	20
五、学习制定行动计划·····	22
六、总结和预告·····	24

第二次活动 高血压的危害

目的·····	26
---------	----

所需物料	26
一、回顾与本次活动简介	26
二、学习解决问题的步骤	27
三、了解高血压的危害	30
四、学习高血压患者心血管病总体危险评估	32
五、了解高血压患者心血管病总体危险分层的治疗原则	33
六、学习制作急救卡	35
七、总结和预告	35

第三次活动 家庭血压测量

目的	37
所需物料	37
一、回顾与本次活动简介	37
二、学习解决问题的步骤	38
三、了解诊室血压（白大衣血压）和家庭血压	38
四、学习家庭血压测量的方法	39
五、学习制定家庭血压测量计划	42
六、学习应用家庭血压测量结果	43
七、总结和预告	44

第四次活动 合理膳食

目的	46
所需物料	46
一、回顾与本次活动简介	46
二、了解饮食与健康的关系	47
三、掌握高血压患者饮食的原则	49
四、了解日常生活中存在的隐形盐	56

五、了解饮酒与血压的关系·····	59
六、总结和预告·····	59

第五次活动 健康运动

目的·····	61
所需物料·····	61
一、回顾与本次活动简介·····	61
二、了解运动的益处·····	62
三、选择适合自己的运动类型、运动量和运动强度·····	63
四、制定运动计划·····	67
五、科学健步走·····	70
六、总结和预告·····	72

第六次活动 心理平衡

目的·····	74
所需物料·····	74
一、回顾与本次活动简介·····	74
二、了解心理平衡和健康、血压的关系·····	75
三、缓解紧张、释放压力的方法·····	76
四、改善睡眠质量、避免失眠的有效方法·····	81
五、学习沟通、交流的技巧·····	84
六、增加自信心的技巧——自我交谈·····	87
七、总结和预告·····	88

第七次活动 正确使用高血压药物

目的·····	90
---------	----

所需物料.....	90
一、回顾与本次活动简介.....	90
二、了解常用口服降压药.....	91
三、了解高血压药物治疗的常识.....	98
四、认识高血压药物治疗的常见误区.....	100
五、了解患者在药物治疗方面的责任.....	105
六、总结和预告.....	106

第八次活动 养成良好的生活习惯

目的.....	108
所需物料.....	108
一、回顾与本次活动简介.....	108
二、了解行为改变理论.....	109
三、认清烟草危害，远离烟草.....	111
四、控制体重.....	113
五、养成良好的生活习惯.....	114
六、寻找和利用社区资源.....	115
七、分享收获，展望未来.....	116

附录一 挂图 118

附录二 附表 123

参考文献 134

导 读

一 自我管理的相关理论

1. 自我管理的起源

自我管理源自于心理行为治疗领域，心理学家在实践中认识到患者自身可以在改变行为、促进健康的过程中发挥重大作用，从而逐步形成让患者主动进行自我行为管理的趋势。随着时间的推移，人们逐渐认识到患者承担一定的保健任务更有利于疾病控制。目前认为，患者自我管理是指在卫生保健专业人员的协助下，患者承担一定的预防性和治疗性保健任务，在自我管理技能支撑下进行自我保健。

2. 慢性病患者自我管理

慢性病患者自我管理方法起源于 20 世纪五六十年代的美国。随着当时慢性病成为美国主要的健康问题，又由于以急性病或急症处理为目的传统的医疗保健系统和医疗保健服务在解决慢性病问题时作用有限且费用昂贵，人们强烈要求增强现有卫生保健服务提供的效率，从根本上改变卫生保健服务提供的方式。即强调把患者看作是卫生保健服务的主要提供者而不是卫生保健服务的消费者，将一些卫生保健活动转交给患者，并不断增强患者积极参与自身保健活动的的能力。从 20 世纪 60 年代中期，自我管理方法开始运用于哮

喘患者。之后，自我管理的方法被广泛应用，而且主要用于慢性病患者的健康教育项目。

慢性病患者自我管理是指通过系列健康教育课程教给患者自我管理所需知识、技能以及和医生交流的技巧，帮助慢性病患者在得到医生更有效的支持下，主要依靠自己解决慢性病给日常生活带来的各种躯体和情绪方面的问题。因为慢性病患者长期与疾病作斗争，熟悉疾病的诊疗、自我保健等全过程，决定了他们自己才是慢性病控制与管理的最佳人选。

3. 慢性病患者自我管理的理论基础

几乎所有的慢性病患者自我管理健康教育项目都是以社会认知理论（social cognitive theory）和自我效能理论（self-efficacy theory）作为理论基础。

（1）社会认知理论：社会认知理论是从社会学理论发展而来，它解释了人们如何获得和维持一定的行为模式，同时也为干预提供了理论基础。它较好地描述了生理、社会环境、心理、行为因素与健康功能状况的关系，认为个体因素（认知、情绪和生物因素）、环境因素（社会环境和物理环境）和行为三者之间是相互作用、相互影响的。其中，自我效能（self-efficacy）（个体的一个心理认知因素）在决定一个人的健康功能方面最为重要，它通过影响健康行为、情绪和态度来影响人体健康状况和生活质量。

（2）自我效能理论：自我效能理论是从社会认知理论中独立出来的，其核心概念是自我效能。自我效能指个体对自己执行某一特定行为的能力的主观判断，即个体对自己执行某一特定行为并达到预期结果的能力的自信心。自我效能是人类行为动机、健康和个体成就的基础。由于绝大多数慢性病都无法通过临床治疗而治愈，需要患者长期承担对自己所患慢性病的自我管理、自我保健任务。患者要想较好地完成此任务，必须首先掌握自我管理的知识、技能和

信心，三者缺一不可。

4. 慢性病患者自我管理的六大原则

- (1) 了解自己的健康状况；
- (2) 积极地与医护人员规划健康生活计划；
- (3) 按照拟定的计划进行；
- (4) 关注并处理相关症状；
- (5) 面对慢性病给身心和社交带来的影响；
- (6) 实现并保持健康生活习惯。

5. 自我管理的任务

(1) 医疗或行为管理：照顾自己的健康问题。定期服药或医学检查、改变膳食和其他高危行为、使用一些辅助装置等。

(2) 角色管理：建立和保持在社会、工作、家庭和朋友中的新角色，从而继续履行自己的责任和义务，正常参加工作、与家人朋友相处等。

(3) 情绪管理：处理和应对疾病所带来的各种情绪，妥善处理情绪的变化，如抑郁、焦虑以及恐惧等。

6. 自我管理的五项核心技能

(1) 解决问题的技能：在管理疾病的过程中，患者能够认识自身问题所在，能与他人一起找到解决问题的方法，采用适合自己的方法积极尝试解决自身问题并能够帮助他人，并评估该方法是否有效。

(2) 制定决策的技能：学会与医护人员一起制定适合自己的、切实可行的目标、措施和行动计划。

(3) 获取和利用资源的技能：知道如何从医疗机构或社区卫生服务机构、图书馆、互联网、家人朋友等渠道，获取和利用有利于自我管理的支持和帮助。

(4) 与卫生服务提供者建立伙伴关系：学会与卫生服务提供者交流沟通、相互理解和尊重、加强联系，最终建立起伙伴关系，共同管理疾病。

(5) 采取行动的技能：学习如何改变个人的行为，制定行动计划并付诸实施，确保对行动的信心和决心，对采取的行动进行评估，完善自己的行动计划使其更易于实施。

二 高血压患者自我管理活动目标和内容

本书倡导的高血压患者自我管理旨在通过 8 次系统、规范的小组活动，教授高血压患者一系列必要的自我管理知识与技能，提高患者及其家属的自我管理能力，激发高血压患者的主观能动性，使患者从被动接受治疗和护理转变为主动参与，增加其健康意识，促使其改变不健康的生活方式，养成良好的生活习惯，最终实现控制病情，提高患者生活质量的目的。

活动的具体内容主要包括：

- (1) 高血压和自我管理的知识和技能；
- (2) 高血压的危害；
- (3) 家庭血压测量；
- (4) 合理膳食；
- (5) 健康运动；
- (6) 心理平衡；
- (7) 正确使用高血压药物；
- (8) 养成良好的生活习惯。

活动结束后，高血压患者应掌握以下高血压防治知识和自我管理技能：

高血压防治知识

- (1) 高血压的分类标准和危险因素
- (2) 高血压的危害
- (3) 心血管病总体危险分层方法及治疗原则
- (4) 合理膳食
- (5) 健康运动
- (6) 心理平衡
- (7) 高血压药物的治疗常识
- (8) 烟草控制
- (9) 控制体重
- (10) 行为改变理论

自我管理技能

- (1) 制定行动计划
- (2) 反馈 / 解决问题
- (3) 掌握家庭血压测量方法
- (4) 制定和实施饮食计划
- (5) 制定和实施运动计划
- (6) 避免高血压用药误区
- (7) 学会缓解紧张、释放压力的方法
- (8) 掌握与医生沟通的技巧
- (9) 学会自我交谈
- (10) 获取疾病防治和健康资源



三 高血压患者自我管理小组活动的组织实施

1. 小组活动的参与者和人数

高血压患者自我管理小组的参与者包括组长和组员，小组人数以 10~15 人（含两个组长）为宜。组长和组员为社区内的高血压患者，有生活自理能力、病情稳定、无严重的心脑血管疾病，能够独立与人交流，对于参与小组活动有较高的依从性。

2. 小组活动的时间和频率

高血压患者自我管理小组活动共分为 8 次，每次活动的主题内容不同。每次活动用时 1.5~2 个小时，通常包含 5~7 个小活动。组长可视活动进展情况在每次活动的中间安排一次 5~10 分钟的休息。

为保证小组成员的依从性和较高的出勤率，开展小组活动时应根据当地（南、北方）季节、气候、天气等具体特点制定活动计划，

每周或每两周组织开展 1 次。

3. 小组活动的形式

高血压患者自我管理小组活动形式应突出“患者互助”、“共同参与”、“自我管理”的原则。每次小组活动在两名组长的带领下，依次完成各项既定的活动内容。在活动进行过程中，组长应采用多样化的活动组织技巧，调动组员参与的积极性，营造活跃、互动的活动氛围。

另外，组长在帮助患者理解掌握相关知识、技能的同时，应促使其有针对性地制定个人的自我管理目标和行动计划，通过经验分享、集思广益等活动形式帮助小组成员解决问题，使组员共同受益。

4. 相关人员的职责

(1) 高血压患者自我管理小组组长

高血压患者自我管理小组组长应该是高血压患者，每个小组建议设置两名组长。

组长在带领小组活动之前应参加规范的高血压患者自我管理小组组长培训（以本书作为培训教材），熟练掌握高血压患者自我管理小组 8 次活动的具体内容，经试讲合格后方可带领组员开展小组活动。组长的具体职责包括：

- 1) 根据活动要求准备所需物料
- 2) 熟悉活动内容两位组长明确分工
- 3) 负责组员出勤登记

活动前

- 1) 两位组长按照分工互相配合
- 2) 按步骤依次进行活动，按时结束
- 3) 合理分配每个小活动的时间
- 4) 鼓励组员积极参与互动
- 5) 恰当地进行各类示范
- 6) 尊重组员，不对其言行进行评论

活动中

- 1) 收集活动物料并保存
- 2) 完成活动记录表
- 3) 保持与小组内组员的沟通和交流

活动后