

临床医疗护理常规

2012年版

高血压诊疗常规

GAOXUEYA ZHENLIAO CHANGGUI

孙宁玲 吴海英 主编

北京医师协会 组织编写



北京市各级各类医疗机构医务人员日常诊疗护理工作规范

各类专科医师**应知应会**的基本知识与技能

北京市执业医师定期考核**唯一指定**用书

中国医药科技出版社

高血压诊疗常规

孙宁玲 吴海英 主 编
北京医师协会 组织编写

中国医药科技出版社

内 容 提 要

本书是按照北京市卫生局、北京医师协会的要求，由北京医师协会组织全市高血压专科的专家、学科带头人及中青年业务骨干共同编写而成。体例清晰、明确，内容具有基础性、专业性、指导性、可操作性等特点。既是专科医师应知应会的基本知识和技能的指导用书，也是北京市高血压专科领域执业医师“定期考核”业务水平的唯一指定用书。

本书适合广大执业医师、在校师生参考学习。

图书在版编目（CIP）数据

高血压诊疗常规 / 孙宁玲, 吴海英主编. —北京: 中国医药科技出版社, 2015. 1
(临床医疗护理常规)

ISBN 978 - 7 - 5067 - 7104 - 7

I. ①高… II. ①孙… ②吴… III. ①高血压—诊疗 IV. ①R544. 1

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 255153 号

美术编辑 陈君杞

版式设计 郭小平

出版 中国医药科技出版社

地址 北京市海淀区文慧园北路甲 22 号

邮编 100082

电话 发行: 010 - 62227427 邮购: 010 - 62236938

网址 www.cmstp.com

规格 787 × 1092 mm $\frac{1}{16}$

印张 10 $\frac{1}{2}$

字数 214 千字

版次 2015 年 1 月第 1 版

印次 2015 年 1 月第 1 次印刷

印刷 三河市百盛印装有限公司

经销 全国各地新华书店

书号 ISBN 978 - 7 - 5067 - 7104 - 7

定价 48.00 元

本社图书如存在印装质量问题请与本社联系调换

《临床医疗护理常规》

编委会

名誉主任	方来英				
主任	金大鹏				
执行主任	邓开叔				
常务副主任	吕鹏				
副主任	王澍寰	高润霖	邱贵兴	赵玉沛	邱大龙
	项小培	吴少楦			
办公室主任	许朔				
办公室副主任	路明	赵艳华			
办公室成员	陈平	许东雷	李尊	徐殿祥	
编委	(以姓氏笔画排序)				
	马辛	王杉	王茂斌	王宝玺	王保国
	王贵强	王澍寰	邓开叔	申文江	邢小平
	吕鹏	许朔	孙正	李简	李汉忠
	李仲智	李春盛	李淑迦	杨仕明	杨庭树
	吴念	吴永浩	邱大龙	邱贵兴	何权瀛
	应岚	张兆光	张奉春	张国安	陈杰
	林三仁	金大鹏	周纯武	项小培	赵玉沛
	赵艳华	赵家良	赵继宗	胡大一	姜玉新
	高润霖	黄晓军	崔巍	崔丽英	谌贻璞
	路明	魏丽惠			

《高血压诊疗常规》

编委会

主 编 孙宁玲（北京大学人民医院）

吴海英（中国医学科学院阜外心血管病医院）

副主编（按姓氏笔画排序）

华 琦（首都医科大学宣武医院）

严晓伟（中国医学科学院北京协和医院）

陈源源（北京大学人民医院）

范 利（中国人民解放军总医院）

编 委 程 虹 党爱民 丁文惠 付 研

何永洁 惠汝太 李光伟 刘 靖

刘 蔚 刘小慧 龙 梅 马炳辰

马庆春 马志毅 王鸿懿 王鲁雁

王旭东 喜 杨 张莉萍 赵性泉

序 言

我非常高兴地向各位推荐北京医师协会亲力亲为与北京地区35个医学专科的专家们具有历史意义合作的一个象征——北京市《临床医疗护理常规》正式出版。其宗旨仍然是致力于全市医疗质量与患者安全的持续性改进和提高。

提高质量的医疗服务，需要有效的领导，这种领导支持来自于医疗机构的许多方面，包括治理层领导们、临床与管理部門的负责人，以及其他处于领导职位的人的支持；质量与安全更扎根于每位医务人员和其他工作人员的日常工作生活中，当医生与护士评估患者的需要并提供医疗服务的时候，本书的内容毫无疑问有助于帮助他们理解和如何做到切实改进质量，以帮助患者并降低风险。同样，管理者、辅助人员，以及其他人员通过北京市《临床医疗护理常规》的学习并应用于日常工作中，也有助于提高工作效率，改善资源利用率，从而达到质量持续改进与医疗安全的目的。

我们热切地展望未来，与我们的医学同道们一起合作，在朝着医疗护理质量持续改进的历程中互相学习，为首都乃至中国的医药卫生体制改革和促进人民的健康，不失时机地做出我们的努力！

金大鹏
2012年4月

编写说明

10年前，北京医师协会受北京市卫生局委托，组织北京地区几十家医院的数百名医学专家、学科带头人及中青年业务骨干，以现代医学理论为指导，参考国内外相关版本，结合临床实践经验，编写了北京市《临床医疗护理常规》，并于2002年正式出版。

10年来，《临床医疗护理常规》对规范各级各类医院的医疗质量，规范医护人员在医疗护理实践中的诊疗行为，保障患者的健康产生了重要的作用。但是随着医疗卫生改革的深化和临床医学的发展、临床学科的细化，北京市《临床医疗护理常规》已经不能充分体现北京地区的医疗水平。

北京医师协会根据卫生部有关专业分类的规定，组织本协会内34个专科的专家委员会对北京市《临床医疗护理常规》进行修编。在编写过程中，力求体现北京地区的医疗水平，尽量保持原来的体例和风格，经反复修改定稿。

尚需说明：

1. 北京市《临床医疗护理常规》修编是根据卫生部颁布的18个普通专科和16个亚专科分类，加上临床护理专业。18个普通专科是：内科、外科、妇产科、儿科、急诊科、神经内科、皮肤科、眼科、耳鼻咽喉科、精神科、小儿外科、康复医学科、麻醉科、医学检验科、临床病理科、口腔科、全科医学科、医学影像科。16个亚专科是：心血管内科、呼吸内科、消化内科、内分泌科、血液内科、肾脏内科、感染科、风湿免疫科、普通外科、骨科、心血管外科、胸外科、泌尿外科、整形外科、烧伤科、神经外科。

2. 北京市《临床医疗护理常规》的本次修编有较大幅度的调整，由2002版的11个分册调整为现行版的35个分册。其中由于外科与普通外科、儿科与小儿外科相通颇多故各自合并为一个分册，医学影像科以放射科、超声科和放射治疗三个分册分别论述。

3. 为进一步完善我市医师定期考核工作，保证医师定期考核取得实效，2012年，北京市卫生局将根据专科医师发展情况试点开展按专科进行业务水平测试的考核方式。修编后的北京市《临床医疗护理常规》旨在积极配合专科医师制度的建设，各专科分册独立程度高、专科性强，为各专科医师应知应会的基本知识和技能。

《临床医疗护理常规》将成为在各专科领域内执业的临床医师“定期考核”业务水平测试的内容。

4. 北京市《临床医疗护理常规》的修编出版仍然是一项基础性的工作，目的在于为各级医护人员在诊疗护理工作中提供应参照的基本程序和方法，有利于临床路径工作的开展，并不妨碍促进医学进展的学术探讨和技术改选。

5. 本次修编仍不含中医专业。

Preface

前言



高血压是慢性非传染性疾病的一种，是对人类健康危害较重的临床疾病。高血压的发病和患病率有逐年增高的趋势。2002 年的统计数据显示：高血压的患病率已达 20% 以上，但高血压的控制率仅为 6%。因此，规范血压管理，正确诊断以及规范治疗高血压已经迫在眉睫。

本书按照新版《中国高血压防治指南》的标准，参考最新版的高血压专业的进展专著，从高血压的诊断、鉴别诊断、治疗等多方面进行阐述，重点叙述了高血压的临床评估流程。全书共 8 章，内容包括原发性高血压与继发性高血压的鉴别诊断程序和原则等内容。在高血压治疗学方面对特殊高血压人群治疗方案的选择，给予了明确的推荐，特别对难治性高血压这样一种特殊的血压类型，提出了清晰的治疗路径。为了使读者能更好地理解高血压的诊断和治疗，本书附录部分增加了高血压的相关指南，这些内容将会方便读者选择自己的治疗方案。我们的目的是力求使《高血压诊疗常规》成为医生诊断、鉴别和治疗高血压的简明工具书。

本书由北京医师协会高血压专家委员会的全体专家共同撰写而成。在编写过程中，各位专家及协助编写的同道们付出了艰辛的努力，在此深表谢意，对大家的无私奉献表示衷心的感谢。

编 者

2014 年 10 月

第一章 高血压的诊断	(001)
一、高血压定义	(001)
二、血压测量和判断	(001)
第二章 高血压患者接诊程序和注意事项	(004)
一、临床病史采集和家族史	(004)
二、体格检查	(004)
三、实验室检查	(004)
第三章 高血压患者诊断性评估	(006)
一、确定血压水平及心血管危险因素	(006)
二、判断高血压的病因，明确有无继发性高血压	(006)
三、评价靶器官损害及其他相关临床情况	(007)
四、高血压危险分层	(007)
第四章 高血压鉴别诊断程序与原则	(009)
一、继发性高血压筛查人群	(009)
二、常见继发性高血压筛查程序	(009)
第五章 高血压治疗的目标和非药物治疗原则	(019)
一、高血压治疗的目标	(019)
二、不同高血压人群的血压治疗目标	(019)
三、高血压非药物治疗原则	(020)
第六章 高血压药物治疗的选择	(022)
第一节 单一降压药物选择原则和方法	(022)
一、降压治疗的原则	(022)
二、降压药物应用的基本原则	(022)
三、常用降压药物的种类和作用特点	(022)

第二节 联合治疗方案选择	(028)
一、联合治疗的原则	(028)
二、联合治疗的优势	(028)
三、联合治疗方式	(028)
四、联合治疗方案	(029)
五、单片固定复方类型	(029)
六、一些联合方案较适应的降压人群	(029)
 第七章 特殊人群治疗方案选择	(031)
第一节 高血压合并冠心病患者	(031)
一、高血压伴稳定型心绞痛患者	(031)
二、高血压伴不稳定型心绞痛或非 ST 段抬高心肌梗死患者	(031)
三、高血压伴 ST 段抬高心肌梗死患者	(032)
四、相关危险因素的处理	(032)
第二节 高血压合并糖尿病患者	(032)
第三节 高血压合并心力衰竭患者	(034)
第四节 高血压合并脑卒中患者	(035)
第五节 高血压合并肾脏疾病患者	(038)
第六节 老年高血压患者	(039)
第七节 儿童及青少年高血压患者	(040)
第八节 妊娠期高血压疾病患者	(042)
第九节 围手术期高血压患者	(043)
第十节 高血压合并代谢综合征患者	(044)
第十一节 高血压急症与亚急症患者	(046)
第十二节 难治性高血压患者	(048)
 第八章 高血压患者的随访	(051)
一、人群管理	(051)
二、高血压患者随访流程图	(052)
 附录	(053)
附录一 基本的口服抗高血压药物	(053)
附录二 难治性高血压的诊断流程	(057)
附录三 住院高血压患者的诊断治疗流程	(068)
附录四 2010 年版中国高血压防治指南	(069)
附录五 2009 年版基层版高血压防治指南	(127)

第一章 高血压的诊断

一、高血压定义

在未使用降压药物的情况下，非同日3次测量血压，收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 。收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和舒张压 $< 90\text{mmHg}$ 为单纯性收缩期高血压。患者既往有高血压史，目前正在使用降压药物，血压虽然低于 $140/90\text{mmHg}$ ，也诊断为高血压。

二、血压测量和判断

血压测量是评估血压水平、诊断高血压以及观察降压疗效的主要手段，主要采用诊室血压、动态血压以及自测血压三种方法。其中诊室血压与动态血压相比更易实现，与家庭自测血压相比更易控制质量，因此，仍是目前评估血压水平的主要方法。24h动态血压监测和家庭血压测量也是辅助高血压诊断的重要方法。对于一些高血压患者，在某些特殊情况下可能还需要进行体位血压测量。

（一）诊室血压

诊室血压由医护人员在诊室按统一规范进行测量。

1. 测量工具

选择符合计量标准的水银柱血压计或者经过验证的电子血压计。

2. 测定判断方法

（1）使用大小合适的气囊袖带，气囊至少应包裹80%上臂。

（2）测血压前，受试者应至少坐位安静休息5min，30min内禁止吸烟或饮咖啡，排空膀胱。

（3）受试者取坐位，最好坐靠背椅，裸露上臂，上臂与心脏处在同一水平。如果怀疑外周血管病，首次就诊时应测量左、右上臂血压，以后通常测量较高读数一侧的上臂血压。特殊情况下可以取卧位或站立位。

（4）将袖带紧贴缚在被测者的上臂，袖带的下缘应在肘弯上2.5cm。将听诊器探头置于肱动脉搏动处。

（5）使用水银柱血压计测压时，快速充气，使气囊内压力达到桡动脉搏动消失后，再升30mmHg，然后以恒定的速率（2~6mmHg/s）缓慢放气。心率缓慢者，放气速率应更慢些。获得舒张压读数后，快速放气至零。

（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）水银柱凸面的垂直高度。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，可以柯氏音第Ⅳ时相（变音）为舒张压（注意：房颤患者及心律明显不齐者血压值的测定会有偏差，需多次测量）。

(7) 血压单位在临床使用时采用毫米汞柱 (mmHg)。

(8) 应相隔 1~2min 重复测量, 取 2 次读数的平均值记录。如果收缩压或舒张压的 2 次读数相差 5mmHg 以上, 应再次测量, 取 3 次读数的平均值记录。

(9) 使用水银柱血压计测压读取血压数值时, 末位数值只能为 0、2、4、6、8, 不能出现 1、3、5、7、9, 并应注意避免末位数偏好。

3. 正常值和临床意义

诊断标准为收缩压 ≥ 140 mmHg 和 (或) 舒张压 ≥ 90 mmHg。本方法目前仍是评估血压水平和临床诊断高血压并进行分级的最常用方法。

(二) 家庭自测血压

家庭血压监测 (HBPM) 通常由被测量者自我完成, 这时又称自测血压或家庭自测血压, 但也可由家庭成员等协助完成。

1. 测量工具

使用经过验证的上臂式全自动电子血压计。

2. 测定判断方法

目前还没有一致方案。一般情况建议, 每天早晨和晚上测量血压, 每次测 2~3 遍, 取平均值; 血压控制平稳者, 可每周 1 天测量血压。对初诊高血压或血压不稳定的高血压患者, 建议连续家庭测量血压 7 天 (至少 3 天), 每天早、晚各一次, 每次测量 2~3 遍, 取后 6 天血压平均值作为参考值。

家庭自测血压适用于: 一般高血压患者的血压监测; 白大衣高血压及隐匿性高血压的识别; 评价长时血压变异; 辅助降压疗效评价; 预测心血管风险及预后等。应尽可能向医生提供完整的血压记录。未来通过远程控制系统将可实现血压的实时、数字化监测。对于精神高度焦虑患者, 不建议自测血压。

3. 正常值和临床意义

家庭自测血压值一般低于诊室血压值, 高血压的诊断标准为 $\geq 135/85$ mmHg, 与诊室血压的 140/90mmHg 相对应。因为测量在熟悉的家庭环境中进行, 因而, 也可以避免白大衣效应。家庭血压监测还可用于评估数日、数周甚至数月、数年血压的长期变异或降压治疗效果, 而且有助于增强患者的参与意识, 改善患者的治疗依从性。

(三) 动态血压

动态血压监测 (ABPM) 则通常由自动的血压测量仪器完成, 测量次数较多, 无测量者误差, 可避免白大衣效应, 并可测量夜间睡眠期间的血压, 因此, 既可更准确地测量血压, 也可评估血压短时变异和昼夜节律。

1. 测量工具

使用经 BHS、AAMI 和 (或) ESH 方案验证的动态血压监测仪, 并每年至少 1 次与水银柱血压计进行读数校准, 采用 Y 或 T 型管与袖带连通, 两者的血压平均读数应 < 5 mmHg。

2. 测定判断方法

测压间隔时间可选择 15、20 或 30min。通常夜间测压间隔时间可适当延长至 30min。血压读数应达到应测次数的 80% 以上, 最好每小时有至少 1 个血压读数。

3. 正常值和临床意义

目前动态血压监测的常用指标是24h、白天（清醒活动）和夜间（睡眠）的平均收缩压与舒张压水平，夜间血压下降百分率以及清晨时段血压的升高幅度（晨峰）。24h、白天与夜间血压的平均值反映不同时段血压的总体水平，是目前采用24h动态血压诊断高血压的主要依据，其诊断标准包括：24h为130/80mmHg，白天为135/85mmHg，夜间为120/70mmHg。夜间血压下降百分率： $(\text{白天平均值} - \text{夜间平均值}) / \text{白天平均值}$ 。下降10%~20%为杓型；下降<10%为非杓型。收缩压与舒张压不一致时，以收缩压为准。血压晨峰：起床后2h内的收缩压平均值 - 夜间睡眠时的收缩压最低值（包括最低值在内1h的平均值）， $\geq 35\text{mmHg}$ 为晨峰血压增高。此外，通过计算24h监测的收缩压与舒张压之间的关系，可评估大动脉的弹性功能，预测心血管事件特别是脑卒中风险。

动态血压监测也可用于评估降压疗效。主要观察24h、白天和夜间的平均收缩压与舒张压是否达到治疗目标，即24h血压<130/80mmHg，白天血压<135/85mmHg，且夜间血压<120/70mmHg。

动态血压监测可诊断白大衣高血压，发现隐蔽性高血压，检查顽固难治性高血压的原因，评估血压升高程度、短时变异和昼夜节律等。

三种血压测量方法的血压目标值见表1-1。

表1-1 三种血压测量方法的血压目标值

项目	SBP (mmHg)	DBP (mmHg)
诊室血压	<140	或 <90
24h 血压	<130	或 <80
白天	<135	或 <85
夜间	<120	或 <70
家庭自测血压	<135	或 <85

（四）体位血压

一般情况下测量血压时受试者取坐位，特殊情况下可以取卧位或站立位。老年人、糖尿病患者及出现直立性低血压情况者，应加测站立位血压。站立位血压应在卧位改为站立位后1min和5min时测量。

研究发现，坐位舒张压较卧位舒张压高5mmHg，收缩压相差不大。卧位收缩压较直立收缩压高8mmHg。如果安静站立3min，收缩压下降>20mmHg，和（或）舒张压下降>10mmHg，诊断为直立性低血压。

第二章 高血压患者接诊程序和注意事项

一、临床病史采集和家族史

对所有的高血压患者应进行仔细的病史采集。首先应了解患者的病程，患高血压的时间、血压水平，是否接受过抗高血压药物治疗及其疗效和副作用。有无临床伴随症状，如头晕、心悸、后颈部不适等，有无提示继发性高血压的症状（阵发性出汗、头痛、焦虑、阵发性肌无力和痉挛），有无靶器官损害及临床并发症的症状。了解既往有无冠心病、心力衰竭、脑血管病、外周血管病、糖尿病、痛风、血脂异常、睡眠呼吸暂停综合征等病史。了解患者的生活方式，询问饮食习惯和膳食中的脂肪及盐摄入量，体重变化情况，体力活动的量。询问有无饮酒和吸烟史，每日饮酒量和吸烟的支数。了解有无药物致高血压的情况，如详细询问是否服用过可能升高血压的药物，如口服避孕药、非甾体抗炎镇痛药、甘草等。还应了解心理社会因素，有无可能影响高血压病程及疗效的个人心理、社会和环境等因素，包括家庭情况、工作环境及文化程度等。

了解患者有无高血压家族史，询问一级亲属中高血压的患病情况。另外，还要了解有无糖尿病、血脂异常、冠心病、脑卒中或肾脏病等家族史。

二、体格检查

体格检查有助于早期发现靶器官损害的情况。如抬举性心尖冲动提示左心室肥厚；心尖冲动弥散并且心界向左下扩大，提示左心室扩大。部分高血压患者主动脉瓣听诊区第2音亢进，带有金属音调，可能有大动脉硬化或主动脉瓣钙化。体格检查还可发现继发性高血压的表现，如腹部闻及血管杂音，应注意有无肾动脉狭窄。观察有无Cushing面容、水牛背、满月脸、甲状腺功能亢进性突眼征和下肢水肿等，并进行全面的心、肺、腹部和神经系统的检查，对外周动脉如颈动脉、胸主动脉、腹主动脉及股动脉进行听诊，了解有无血管杂音。体格检查除测量双上肢血压外，必要时还应测量双下肢血压，以了解有无主动脉缩窄和下肢血管闭塞。另外，还应测量体重指数（BMI），测量腰围及臀围等。

三、实验室检查

应根据每个高血压患者的具体情况，选择下列实验室检查。

1. 血液生化检查

包括肝功能、血电解质（血钾、血钠）、空腹血糖、血清总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇、尿酸和肌酐。还可检测一些选择性项目，如血浆肾素、血管紧张素Ⅱ、醛固酮（坐位和立位）、同型半胱氨酸水平、C-反应蛋白等。

2. 血常规

全血细胞计数、血红蛋白和血细胞比容。

3. 尿液分析

尿蛋白定性、尿比重测量、尿糖和尿沉渣检查，尿白蛋白肌酐比（白蛋白/肌酐）、24h 尿蛋白定量，必要时检查肾小管 3 项。

4. 计算 eGFR

采用 MDRD 公式： $eGFR = 175 \times [\text{血肌酐 (mg/dl)}]^{-1.234} \times [\text{年龄 (岁)}]^{-0.179} \times (\text{女性} \times 0.79)$ ，计算单位 $\text{ml}/(\text{min} \cdot 1.73\text{m}^2)$ 。

5. 心电图

可了解是否有左心室肥厚、左房负荷过重和各种心律失常，是否有 ST-T 等提示心肌缺血的变化。

6. X 线胸片

可了解心胸比值、心影大小及大动脉的形态。

7. 超声心动图

超声心动图比心电图能更准确地诊断左心室肥厚和心脏扩大，并可了解高血压患者的心脏功能，包括收缩功能和舒张功能。

8. 脉搏波传导速度 (PWV) 和踝臂指数 (ABI)

PWV 的检测可了解大动脉的弹性和僵硬度，早期评估血管损害的风险。通过检测 ABI 可了解下肢动脉硬化的程度，有无血管狭窄。

9. 动态血压监测 (ABPM)

ABPM 可了解高血压患者的血压波动情况、靶器官损害程度并可判断患者的预后，鉴别白大衣高血压和隐蔽性高血压，对于高血压患者的诊断、鉴别诊断和指导合理地选择降压药具有一定的临床意义。

10. 其他检查

包括颈动脉超声、眼底检查和睡眠呼吸监测。如有必要可进行相关动脉造影、肾脏和肾上腺超声、CT 或 MRI。

第三章 高血压患者诊断性评估

临床工作中对高血压患者进行诊断性评估至关重要，正确的治疗策略的制定和具体治疗方案的选择，可影响患者的治疗效果和预后。其内容主要包括三个方面：①确定血压水平及合并的其他心血管危险因素；②判断高血压的病因，明确有无继发性高血压；③评价靶器官损害及其他相关临床情况。根据上述评价结果做出高血压的病因诊断和评估患者的总体心血管风险。

一、确定血压水平及心血管危险因素

1. 确定血压水平

目前临床上主要根据诊室血压评估血压水平和诊断高血压并进行血压分级。依据2010年版的《中国高血压防治指南》，18岁以上的成人按血压水平进行分类如下：正常血压（SBP < 120mmHg 和 DBP < 80mmHg）、正常高值血压 [SBP 120 ~ 139mmHg 和（或）DBP 80 ~ 89mmHg] 和高血压 [SBP ≥ 140mmHg 和（或）DBP ≥ 90mmHg]。高血压患者根据血压升高水平进一步分为1级、2级和3级高血压（表3-1）。

表3-1 血压分类水平和定义

分类	SBP (mmHg)		DBP (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

2. 确定心血管危险因素

根据上述详细的病史、个人史、家族史等情况的询问，细致的系统体格检查及临床实验室检查和辅助检查，明确患者是否合并吸烟、早发心血管病家族史、腹型肥胖、空腹血糖和（或）糖耐量受损、总胆固醇或 LDL-C 升高或 HDL-C 降低、血同型半胱氨酸升高等其他心血管危险因素。

二、判断高血压的病因，明确有无继发性高血压

同样根据上述详细的病史、个人史、家族史等情况的询问，临床实验室检查和辅助检查，必要时进行特殊辅助检查如血浆肾素、血管紧张素醛固酮的测定，肾脏大小、肾动脉的超声、肾上腺区的增强 CT 或 MRI 检查，明确患者是否为继发性高血压或合并继发性高血压，以制定针对性的治疗策略和具体治疗方案。

三、评价靶器官损害及其他相关临床情况

同样根据患者临床情况及各医疗单位条件,对初诊高血压患者进行靶器官结构和功能评价,或定期对已接受治疗的高血压患者进行相应检查,以早期发现靶器官损害及其进展情况,及时给予相应的干预治疗。

1. 心脏

- (1) 心电图检查评价患者是否存在左心室肥厚、缓慢或快速型心律失常;
- (2) 胸部 X 线检查了解心脏轮廓、大动脉及肺循环情况;
- (3) 心脏功能的判断 超声心动图在诊断左心室肥厚方面优于心电图并可辅助诊断舒张期心力衰竭;
- (4) 心脏磁共振血管造影 (MRA) 检查 (必要时可采用);
- (5) 心脏血管病变的判断 计算机断层扫描血管造影 (CTA)、心脏放射性核素显像、运动试验或冠状动脉造影等,以明确患者是否同时存在相应的心血管靶器官损害或临床疾病。

2. 血管

行血管超声检查可明确患者颈动脉内中膜厚度 (IMT) 和是否存在颈动脉粥样斑块,后者可独立于血压水平预测心血管事件。脉搏波传导速度 (PWV) 增快是心血管事件的独立预测因素,有条件的医院可采用 PWV 检查评价患者大动脉僵硬。踝臂血压指数 (ABI) 可用于筛查外周动脉疾病,评估心血管风险。

3. 肾脏

肾脏损害主要根据血清肌酐升高、估算的肾小球滤过率 (eGFR) 降低,尿白蛋白/肌酐比值或尿白蛋白排出量 (UAE) 增加以进行判断。

4. 眼底

视网膜动脉病变可反映小血管病变情况,按 Keith - Wagener 和 Backer 四级分类法,常规眼底镜检查的高血压眼底 3 级或 4 级为高血压的视网膜病变。

5. 脑

病史中 TIA 发作,头颅 MRI、CT 发现缺血性卒中的软化灶或出血灶。MRA、CTA 和经颅多普勒超声有助于诊断脑血管狭窄或闭塞。

四、高血压危险分层

评估高血压患者发生心脑血管事件的风险,对高血压患者进行个体化的分层管理是目前高血压治疗的重要策略。欧美及我国高血压指南均建议根据血压水平及合并的心血管危险因素和临床疾病情况对高血压患者进行危险分层,以此确定启动降压治疗的时机、合适的血压控制目标、优化的个体化降压治疗方案,并实施危险因素的综合管理。

根据《中国高血压防治指南》(2010 年版)将高血压患者按心血管风险水平分为低危、中危、高危和很高危 (表 3-2)。其中影响患者预后的心血管危险因素见表 3-3。上述危险分层标准是目前高血压患者进行分层管理的基础和依据,也是启动高血压治疗的基本条件。