

中华人民共和国卫生和计划生育委员会疾病预防控制局
中华人民共和国卫生和计划生育委员会基层卫生司
国家心血管病中心
高血压联盟（中国）

《中国高血压基层管理指南》修订委员会 / 编著

中国高血压 基层管理指南

2014年修订版

顾问 刘力生 孔灵芝
名誉主任委员 吴兆苏
主任委员 王文
副主任委员 姚崇华 朱鼎良



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

主办单位:中华人民共和国卫生和计划生育委员会疾病预防控制局
中华人民共和国卫生和计划生育委员会基层卫生司
国家心血管病中心
高血压联盟(中国)

合作单位:中国疾病预防控制中心慢病中心
中国医师协会全科医师分会

《中国高血压基层管理指南》修订委员会/编著

中国高血压 基层管理指南

2014年修订版

顾问 刘力生 孔灵芝
名誉主任委员 吴兆苏
主任委员 王文
副主任委员 姚崇华 朱鼎良

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

中国高血压基层管理指南/《中国高血压基层管理指南》修订委员会编著. —北京: 人民卫生出版社, 2015
ISBN 978-7-117-20242-8

I. ①中… II. ①中… III. ①高血压-防治-指南
IV. ①R544.1-62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2015) 第 036422 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!

中国高血压基层管理指南

编 著: 《中国高血压基层管理指南》修订委员会
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: 三河市潮河印业有限公司
经 销: 新华书店
开 本: 787×1092 1/32 印张: 3
字 数: 51 千字
版 次: 2015 年 4 月第 1 版 2015 年 4 月第 1 版第 1 次印刷
标准书号: ISBN 978-7-117-20242-8/R · 20243
定 价: 15.00 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)

《中国高血压基层管理指南》2014年修订版

顾 问 刘力生 孔灵芝
名誉主任委员 吴兆苏
主任委员 王 文
副主任委员 姚崇华 朱鼎良
撰稿委员会 陈鲁原 陈伟伟 初少莉 黄 峻 孔灵芝
李南方 刘力生 路方红 孙宁玲 唐新华
王 文 王增武 吴兆苏 姚崇华 周晓芳
朱鼎良

学术委员会 鄂啟顺 陈鲁原 陈伟伟 初少莉 崔 炜
段 琳 杜雪平 华 琦 顾东风 郭艺芳
韩清华 黄 峻 霍 勇 孔灵芝 雷正龙
李南方 林金秀 林曙光 刘 丽 刘力生
卢新政 路方红 马吉祥 马淑平 宁田海
潘长玉 彭晓玲 孙宁玲 孙 刚 孙英贤
唐海沁 唐新华 王 斌 王临虹 王 浩
王继光 王淑玉 王 文 王增武 吴海英
吴良有 吴寿岭 吴兆苏 谢良地 严晓伟
姚崇华 袁 洪 张亮清 张宇清 赵连友
周晓芳 朱鼎良 朱曼路

咨询委员会 东黎光 董 忠 段英伟 蒋天武 李永锦
李瑞莉 刘云军 王 惠 吴 浩 吴 伟
向全永 于国治 易春涛 张向东 张秀娟

秘 书 隋 辉 何新叶

通讯作者:王 文 wangwen5588@126.com 国家心血管
病中心;中国医学科学院阜外医院,北京 100037

前 言

高血压是常见的慢性病,是以动脉血压持续升高为特征的“心血管综合征”,是我国心脑血管病最主要的危险因素,也是我国心脑血管病死亡的主要原因。控制高血压是心脑血管病预防的切入点和关键措施。

为适应新医改的需求,为高血压基层管理提供技术支持,在国家原卫生部疾病预防控制局的主导下,2009年国家心血管病中心和中国高血压联盟组织有关临床、预防、社区防治专家编制了2009年基层版《中国高血压防治指南》(以下简称《指南》)。随后开展了“燎原计划”,积极宣传推广指南,免费发放指南十余万本,举办了各种类型的培训班和研讨会,受到基层欢迎,对基层高血压防治起到指导作用。

为了进一步总结经验,适应高血压基层管理的新需求,在国家卫生计生委疾病预防控制局和基层卫生司的支持下,国家心血管病中心和中国高血压联盟于2013年10月启动了指南的修订,更名为《中国高血压基层管理指南》。经专家讨论,更新或强调

的主要内容如下:①加强血压测量,把高血压患者从人群中检测出来,提高高血压知晓率。②鼓励开展家庭自测血压,稳步推广使用经国际标准认证的合格的上臂式自动(电子)血压计,逐步代替水银血压计。③对高血压患者进行综合评估,根据心血管危险度(低、中、高危)来决定治疗措施,强调降压的同时,要干预其他危险因素。④长期坚持生活方式改善是高血压治疗的基石,合理使用降压药是血压达标的关键。⑤根据当地的实际情况,选用合适的降压药。⑥推荐使用长效降压药、联合治疗或复方制剂,有利于血压达标。⑦随访中根据血压是否达标决定随访频率:血压达标者每3个月随访1次,未达标者每2~4周随访一次。⑧对公众、高血压易患人群进行健康教育,预防高血压的发生;对高血压患者进行教育,提高治疗的依从性。⑨强调高血压患者的自我管理;推进社区规范化管理。

《指南》修订根据我国国情和高血压的特点,坚持预防为主、防治结合的方针,遵循证据与实践相结合的原则,经临床、管理、社区防治、公共卫生专家及部分社区医生多次讨论,力求简明扼要、便于基层操作。《中国高血压基层管理指南》是集体智慧的结晶。建议各级政府主管部门、学会协会、医疗机构、公共卫生单位积极宣传推广《指南》;媒体、企业和

社会予以积极的支持。希望基层卫生服务机构认真学习和掌握《指南》，以便应用于高血压防治的实际工作中，指导和促进高血压防治工作。

由于时间仓促和水平有限，难免存在不足之处，欢迎批评指正。

《中国高血压基层管理指南》修订委员会

2014年10月

《中国高血压基层管理指南》要点

1. 定期测量血压,将人群中未知的高血压检测出来,提高人群高血压的知晓率。

2. 规范测量血压,推荐使用经国际标准认证合格的上臂式自动(电子)血压计。

3. 因地制宜检查、评估高血压患者的总体心血管风险,根据总危险决定治疗时机和措施。

4. 中国是脑卒中高发区,明确治疗高血压的主要目标是预防脑卒中。降低高血压患者的血压水平是预防脑卒中的关键。

5. 长期坚持生活方式改善是高血压治疗的基石,限盐、限酒、减轻体重有利于高血压的控制。

6. 五大类降压药(CCB、ACEI、ARB、利尿剂、 β 阻滞剂)及复方制剂均可作为高血压治疗的选择,根据药物的强适应证选择使用。

7. 对2级或2级以上高血压或高于目标血压20/10mmHg的高危患者,可起始用小剂量联合治疗或复方制剂。

8. 一般高血压治疗的血压目标是小于140/90mmHg。

9. 血压达标的主要措施:尽量使用长效药;尽量采用联合治疗或复方制剂;加强患者教育和随访管理;及时调整治疗措施(加量或加另一种药)。

10. 随访中根据血压是否达标决定随访频率:血压达标者3个月随访一次,未达标者2~4周随访一次。

11. 强调患者自我管理,积极推荐患者进行家庭血压测量。

12. 对公众、高血压易患人群进行健康教育,预防高血压的发生;对高血压患者进行防治教育,改善降压治疗依从性。

目 录

第一节 高血压的检出	1
一、血压的测量	1
二、高血压的检出	2
第二节 高血压的诊断与评估	4
一、高血压的定义	4
二、血压水平分级	4
三、按患者的心血管绝对危险水平分层	5
四、排除继发性高血压	9
五、高血压患者的评估	9
第三节 高血压的治疗	12
一、高血压治疗的目标	12
二、高血压药物治疗的时机	13
三、高血压的非药物治疗	14
四、高血压的药物治疗	14
第四节 高血压的预防和教育	40
一、高血压的预防	40
二、社区健康教育	40
第五节 高血压的管理	43
一、高血压分级管理内容	43

二、初诊评估及长期随访	45
三、高血压患者自我管理	45
四、职场人群血压管理	47
五、高血压信息化管理	48
第六节 社区高血压患者双向转诊服务	49
一、双向转诊的目的	49
二、双向转诊的条件	49
第七节 基层高血压防治工作效果评估	51
一、评估的实施	51
二、评估指标	51
第八节 农村高血压的管理	55
附件	56
附件 1 血压测量规范	56
附件 2 影响高血压患者预后的因素	60
附件 3 健康教育处方	62
附件 4 我国常用口服抗高血压药物表	68
附件 5 基层常用降压药的名称、使用方法、 适应证、禁忌证及不良反应	73
附件 6 特殊人群高血压处理	78
附件 7 不同人群健康教育内容	83
参考文献	84

第一节 高血压的检出

高血压的检出是提高人群高血压知晓率、治疗率和控制率(“三率”)的第一步;高血压通常无自觉症状,但可以使患者发生心、脑、肾等器官损害,导致脑卒中或心肌梗死事件,甚至死亡,故俗称“无声杀手”;只有检出高血压,早期预防与治疗,才能保护心脑血管靶器官,降低心血管事件的发生^[1]。因此,高血压的检出非常重要。

一、血压的测量^[2]

(一) 血压测量的重要性

血压测量是高血压诊断的基本手段,血压值是诊断与治疗的主要依据,亦是疗效评估及基层医生工作考核的指标。因此,推广规范化的血压测量尤为重要。

(二) 血压测量的规范

1. 血压计的选择

因汞会对环境造成污染,故应积极推荐使用经国际标准认证合格的上臂式自动(电子)血压计,但近期仍可使用台式汞(水银)柱血压计。

2. 血压测量方法

按照 2011 年《中国血压测量指南》要求,规范地

测量血压(附件1)。

二、高血压的检出

(一) 普通人群的高血压筛查

1. 健康成年人每2年至少测量1次血压,最好每年测量1次。

2. 充分利用各种机会性筛查

(1) 单位组织的健康体检或各类从业人员体检;

(2) 计划性的辖区内成人高血压普查或建立健康档案;

(3) 利用特定场所,如老年活动站、单位医务室、居委会、血压测量站等测量血压;亦可利用公共场所放置的公益性血压计测量血压;

(4) 医疗机构对35岁以上患者实行首诊血压测量制度。

(二) 易患人群的高血压筛查

1. 易患人群包括:

(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 ≥ 90cm(2.7尺),女 ≥ 85cm(2.5尺)

(3) 高血压家族史(一、二级亲属)

(4) 长期膳食高盐

(5) 长期过量饮酒〔每日饮白酒 $\geq 100\text{ml}$ (2 两及以上)〕

(6) 年龄 ≥ 55 岁

2. 易患人群一般要求每半年测量血压 1 次。

3. 提倡家庭自测血压。

4. 利用各种机会性筛查测量血压。

(三) 初次血压升高者的处理^[3]

初次血压升高指第一次发现血压达到高血压诊断标准〔即收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和(或)舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 〕。如重度升高〔即收缩压 $\geq 180\text{mmHg}$ 和(或)舒张压 $\geq 110\text{mmHg}$ 〕,排除其他干扰因素,并安静休息后,复测仍重度升高,可诊断为高血压。如轻、中度升高(即收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 而 $< 180\text{mmHg}$; 和(或)舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 而 $< 110\text{mmHg}$)者,建议 4 周内再复测血压 2 次,均达到高血压诊断标准,则诊断为高血压;复测血压未达到高血压诊断标准者,则增加血压测量次数(每 3~6 个月至少测 1 次);对有条件者,进行动态血压或家庭血压测量。

对上述诊断为高血压的患者,应在非药物治疗基础上,给予合理的药物治疗及相应的处理(详见有关治疗章节)。

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3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 $140/90\text{mmHg}$,也诊断为高血压^[4]。

二、血压水平分级

18岁及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
正常高值血压	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

续表

级别	收缩压 (mmHg)	/	舒张压 (mmHg)
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)单纯收缩期高血压也可按照收缩压水平分为1、2、3级。

高血压的诊断依据

目前,仍以诊室血压作为高血压诊断的依据。有条件的应同时积极采用家庭血压或动态血压诊断高血压。家庭血压 $\geq 135/85\text{mmHg}$;动态血压白天 $\geq 135/85\text{mmHg}$,或24小时平均值 $\geq 130/80\text{mmHg}$ 为高血压诊断的阈值。

三、按患者的心血管绝对危险水平分层^[5]

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的临床疾患。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2。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(必做的基本检查项目)

测量血压,分为1、2、3级

肥胖:体重指数 $\geq 28\text{kg}/\text{m}^2$ 或腹型肥胖:腰围男 $\geq 90\text{cm}$,女 $\geq 85\text{cm}$

年龄:男性 > 55 岁,女性 > 65 岁

正在吸烟

已知血脂异常

早发心血管病家族史(一级亲属,男55岁、女65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、心肌梗死、冠脉重建,心力衰竭)病史

周围血管病病史

肾脏病病史

糖尿病

实验室检查(尽可能检查的常规项目及异常标准)

空腹血糖 $\geq 7.0\text{mmol}/\text{L}$

空腹血脂 TC $\geq 5.7\text{mmol}/\text{L}$, LDL-C $\geq 3.3\text{mmol}/\text{L}$; HDL-C $< 1.0\text{mmol}/\text{L}$; TG $\geq 1.7\text{mmol}/\text{L}$

血肌酐:男 $\geq 115\mu\text{mol}/\text{L}$ ($1.3\text{mg}/\text{dL}$);女 $\geq 107\mu\text{mol}/\text{L}$ ($1.2\text{mg}/\text{dL}$)

尿蛋白 $\geq 300\text{mg}/24\text{h}$

尿微量白蛋白 30 ~ 300mg/24h,或白蛋白/肌酐比男 $\geq 22\text{mg}/\text{g}$ ($2.5\text{mg}/\text{mmol}$),女 $\geq 31\text{mg}/\text{g}$ ($3.5\text{mg}/\text{mmol}$)