

高血压预防治疗与保健

Gaoxueya yufang zhiliao yu baojian

主编 李应光 石长胜 王 勇

主审 艾宪淮



中国农业科学技术出版社

高血压预防治疗与保健

李应光 石长胜 王 勇 主编

中国农业科学技术出版社

图书在版编目(CIP)数据

高血压预防治疗与保健/李应光主编. —北京:中国农业科学技术出版社, 2005

ISBN 7-80167-782-X

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

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2005)第 020567 号

责任编辑	李 芸
责任校对	马丽萍
出版发行	(中国农业科学技术出版社 邮编:100081) 电话:(010)68919711;62173607 传真:62189014
经 销	新华书店北京发行所
印 刷	山东农业大学印刷厂
开 本	787mm × 1092mm 1/16 印张:12
印 数	1 ~ 1450 册 字数:280 千字
版 次	2005 年 5 月第一版, 2005 年 5 月第一次印刷
定 价	25.00 元

编委会组成人员

主 编：李应光 石长胜 王 勇

主 审：艾宪淮

副主编：王鲁兵 张新力 谢广宁 张文彬

刘 强 康宝华

编 委：尚玉德 王绪新 李秀昌 张炳荣

巩建厂 李晓平 刘启珍 李雪莹

张光华 李仁贵 王兆国 胡春红

内 容 提 要

高血压是一种严重危害人民身体健康的疾病,是全球范围内的重大公共卫生问题。该病除本身的直接危害外,更主要的是可以导致心、脑、肾等靶器官的损害,进而发生脑卒中、冠心病和肾功能衰竭等严重并发症,使患者生活质量下降、致残和致死。因此高血压防治是慢性非传染性疾病预防控制的重要组成部分,积极开展高血压防治对提高我国居民的整体健康水平有着非常重要的意义。

本书编者参考了近几年国内外高血压研究和防治取得的成果和经验,全面系统地介绍了高血压医学基础、高血压流行病学、慢病预防控制方针策略和高血压治疗的知识和新进展。为了便于开展高血压社区综合防治工作和帮助高血压患者做好预防保健,本书也详细阐述了“健康四大基石”的知识和内容,以及高血压及其并发症的预防、保健、康复知识和常识。

本书注重了科学性、可读性、实用性和普及性。适用于广大中老年人群、心脑血管病患者及患病高危人群阅读和在日常保健中参考;同时对正在积极开展高血压防治的基层医院医护人员、慢病防治专业人员、健康教育工作者以及基层社区卫生服务人员和卫生所(室)人员也有一定的指导意义和重要参考价值。

綜 合 防 治
造 福 人 民

為高血壓預防治療與保健題
二〇〇四年四月 顧英奇



卫生部原副部长顾英奇 题词

序

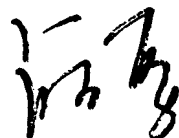
随着我国人民生活水平的提高和人群疾病谱的改变,慢性非传染性疾病(简称慢病)已经成为影响我国社会经济发展和人民生活质量的重大公共卫生问题。在我国,第一次卫生革命尚未成功,以慢病防治为标志的第二次卫生革命接踵而至,做好慢病防治工作成为我国新形势下疾病控制工作面临的新任务和新挑战。

慢病是一组以高血压、糖尿病、肿瘤为代表,主要由不良生活方式和环境变化等引发的难以治愈的终生伴随性疾病。它是一类患病率、死亡率、致残率极高的疾病,也是一类消耗巨大医疗费用和社会资源的疾病。在这类疾病中,患病率最高的是高血压。最近公布的《全国营养与健康综合调查》结果显示,我国高血压病人已达1.6亿,平均不到9个人中就有一名高血压患者。在中年以上人群中,高血压患病率极高。北京、上海对35岁以上人群的体检结果表明,血压正常者不足1/3。高血压除本身的危害外,更主要的是可以导致心、脑、肾等靶器官的损害,进而发生冠心病、脑卒中和肾功能衰竭等严重并发症,使患者生活质量下降、致残和致死。根据该病患病率高、并发症多、后果严重的特点,实施有效的高血压防治策略可以起到事半功倍的效果。为此山东省的慢病防治工作,将高血压作为整个慢病防治的重要内容和突破口之一。

高血压防治是一项庞大的社会系统工程,要做好这项造福人民的工作,必须坚持“卫生部门组织、有关部门配合,疾控机构管理,基层卫生机构实施,群众广泛参与,防治有机结合。”高血压防治的主力军是广大基层医疗护理人员、慢病防治专业人员和健康教育人员。为了使广大基层卫生人员更好地开展社区和临床高血压防治工作,亟待提供内容系统、丰富、新颖,操作性强,指导意义大的专业书籍。但是集高血压治疗、预防、保健、健康教育和康复于一体,适合于指导基层工作的专业书籍,目前国内尚不多见。我高兴地获悉,泰安市的慢病防治专业人员,与省内其他有关专家合作编著了《高血压预防治疗与保健》一书。编者们结合自己从事慢病防治工作的经验和体会,参考《中国高血压防治指南》和《高血压防治基层实用规范》,以及近几年国内外高血压防治的新科技成果和学术书刊,全面系统地介绍了高血压流行病学、防治方针策略和治疗的知识和新进展,同时也详细阐述了“健康四大基石”知识,以及高血压及其并发症的预防、保健、康复知识和常识,值得认真一读。

本书注重了科学性、可读性、实用性和普及性。适用于广大中老年人群、高血压患者及高危人群阅读和在日常保健中参考;同时对基层医护人员、慢病防治专业人员、健康教育人员及基层卫生所(室)人员也有一定的指导意义和重要参考价值。我希望该书的出版发行,能促进泰安市慢病防治工作的深入发展,同时对其他地区的慢病防治工作起到一定的帮助作用。

泰安市卫生局局长



参编人员单位

泰安市卫生局 艾宪淮

泰安市卫生防疫站 李应光 石长胜 张新力 王兆国 胡春红

齐河县卫生防疫站 张文彬 刘 强

诸城市卫生防疫站 张炳荣

肥城市卫生防疫站 王 勇 尚玉德 王绪新 张光华 李仁贵

宁阳县卫生防疫站 谢广宁

肥城矿业集团卫生防疫站 李秀昌

泰山区卫生防疫站 巩建厂

东平县人民医院 王鲁兵

宁阳县人民医院 李晓平

泰安市精神卫生中心 刘启珍

山东省泰安卫生学校 康宝华 李雪莹

目 录

第一章 高血压医学基础知识	1
第一节 高血压病	1
第二节 特殊类型的高血压	10
第三节 高血压的危害	16
第二章 高血压的流行病学	20
第一节 高血压的流行特征和流行概况	20
第二节 高血压及其主要并发症的患病危险因素	26
第三节 认识和了解危险因素新学说,更新心脑血管病和糖尿病防治观念	37
第三章 慢病预防控制方针策略	43
第一节 世界卫生组织(WHO)慢病预防控制方针、策略	43
第二节 中国的慢病预防控制方针、策略	50
第三节 高血压防治策略及社区防治	57
第四章 高血压的治疗	63
第一节 慢病预防诊疗服务	63
第二节 高血压病治疗	65
第三节 高血压的个体化治疗	84
第五章 培养和形成健康生活方式	92
第一节 健康四大基石	92

第二节 合理膳食	93
第三节 适量运动	100
第四节 戒烟限酒	104
第五节 心理平衡	114
 第六章 高血压及并发症的预防、保健与康复	 123
第一节 高血压临床保健	123
第二节 高血压患者的生活保健	131
第三节 冠心病和脑卒中的预防保健与康复	138
附录 1 心脑血管病预防保健要点	155
附录 2 全国社区慢性非传染性疾病综合防治方案(试行)	158
附录 3 美国预防、检测、评估与治疗高血压全国联合委员会第七次报告(JNC7)	 163
附录 4 北京降压 0 号的临床研究	165

第一章 高血压医学基础知识

第一节 高血压病

一、什么是高血压病

(一) 血压的概念

血液在血管内流动,对血管壁产生的侧压力称为血压。人的血管分为动脉和静脉两种,因此,血压也有动脉血压和静脉血压之分。静脉血压因为数值很低,用血压表是测不出来的,所以,我们常说的血压是指动脉血压,用血压计在肱动脉上测得的数值来表示。

动脉血压包含收缩压和舒张压。收缩压是指心脏在收缩时血液对血管壁的侧压力;舒张压是指心脏在舒张时血液对血管壁的侧压力。心脏收缩时,大动脉产生较大压力,此时的压力叫收缩压(平时所指的高压)。心脏舒张时,动脉借助大动脉的弹性回缩产生的压力,推动血流继续向前流动,这时的血压叫舒张压(平时所指的低压)。收缩压与舒张压二者之差叫脉压。

(二) 原发性高血压与继发性高血压

一般来说,循环动脉血压高于正常标准就称为高血压。高血压分为原发性和继发性两类。继发性高血压(Secondary hypertension)也称之为症状性高血压,是指在某些疾病过程中作为症状之一而出现的。该类高血压占高血压患者的5%左右;我们平常所说的高血压是指原发性高血压(Primary hypertension),占高血压患者的95%左右。原发性高血压一般称为高血压病,继发性高血压称为高血压,因此,高血压和高血压病不能说是一回事。

排除症状性高血压是诊断高血压病的前提。对于青年高血压患者或临床上出现高血压病不常见的表现,应注意排除症状性高血压。实验室检查可先作尿常规、血钾血钠、尿3—甲氧基4—羟基苦杏仁酸定性,并观察眼底,X线胸片及心电图。引起症状性高血压的常见疾病包括:慢性肾小球肾炎、慢性肾盂肾炎、肾动脉硬化等肾脏疾病,肾上腺嗜铬细胞瘤、原发性醛固酮增多症、皮质醇增多症、主动脉缩窄、妊娠中毒症、颅脑疾患等,上述疾病血压增高现象在原发疾病治愈后也随之消失。高血压病与症状性高血压的治疗和预后不尽相同,所艺两者必须加以区别。

以下几种患者应警惕继发性高血压的可能:

- ①发病年龄小于30岁;
- ②高血压程度严重(如高血压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;
- ④夜尿增多,尿中泡沫增多或有肾脏疾病史;

- ⑤阵发性血压高,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,腹主动脉、股动脉和其他下肢动脉搏动减弱或不能触及;
- ⑦降压效果差,血压不易控制。

二、高血压的临床评价

(一)对高血压患者的临床评价及实验室检查

要求达到下述四个目的:

- (1)证实患者的血压确系长期增高,并查明其血压水平。
- (2)排除继发性高血压,或找出其病因。
- (3)明确患者有无靶器官损伤及定量估计其程度。
- (4)询问及检查患者有无可能影响预后及治疗的其他心血管病危险因素。

(二)病史

全面的病史采集极为重要,应包括:

- (1)家族史:询问有无高血压、糖尿病、血脂异常、冠心病、脑卒中或肾脏病家族史。
- (2)病程:患高血压的时间、血压水平、是否接受过抗高血压治疗及其疗效和副作用如何。
- (3)症状及过去病史:目前及过去有无冠心病、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、性功能异常和肾脏疾病等的症状或病史及其治疗情况。
- (4)有无提示继发性高血压的症状。
- (5)生活方式:仔细了解膳食中的脂肪、盐、酒摄入量,吸烟支数、体力活动量;询问成年后体重增加情况。
- (6)药物致高血压:详细询问曾否服用可能升高血压的药物如口服避孕药、非固醇类抗炎药、甘草等。
- (7)心理社会因素:详细了解可能影响高血压病程及疗效的个人心理、社会和环境因素,包括家庭情况、工作环境及文化程度。

(三)体格检查

全面的体格检查非常重要,应检查下述诸项内容:

- (1)测量身高体重:计算体重指数(BMI): $BMI = \text{体重(公斤)} / \text{身高(米)}^2$ (Kg/m²)。
- (2)心血管系统检查:特别注意心脏大小、颈动脉、肾动脉、外周动脉病及主动脉缩窄表现及心力衰竭等表现。
- (3)肺部检查:注意有无啰音和支气管痉挛。
- (4)腹部检查:注意有无血管杂音、肾脏增大和其他肿块。
- (5)眼底和神经系统检查:注意有无神经系统损伤。

(四)血压测量

测量血压是高血压诊断及评价其严重程度的主要手段。临床上通常采用间接方法在上臂肱动脉部位测得血压值。如果在其他部位测量血压,需要加以注明。

由于血压的特点是有明显的波动性,需要于非同日的多次反复测量才能判断血压升高是否为持续性。目前使用以下三种方法评价血压水平。

1. 诊所偶测血压

诊所偶测血压,就是在一天之内的任何时间,在门诊或卧位休息 10~15 分钟后所测到的血压。诊所偶测血压仅捕捉到了某一短暂时刻的血压,所以凭一次偶测血压不能确诊为高血压。但重复数次的偶测血压而取其平均值以及间隔数日后重复测定血压,根据多次偶测血压做出的诊断并加以分类是相对正确的,对心血管疾病的预报也是有意义的。因此,诊所偶测血压是目前临床诊断高血压和分级的标准方法,由医护人员在标准条件下按统一的规范进行测量。具体的要求如下:

①被测量者至少安静休息 5 分钟,在测量前 30 分钟内禁止吸烟和饮咖啡,排空膀胱。

②被测量者取坐位,最好坐靠背椅;裸露右上臂,肘部置于与心脏同一水平。若疑有外周血管病,首次就诊时应测双臂血压。特殊情况下测量血压时可以取卧位或站立位;老人、糖尿病人及常出现体位性低血压情况者,应测立位血压。立位血压测量应在卧位改为站立位 2 分钟后。不论被测者体位如何,血压计应放在心脏水平。

③使用大小合适的袖带,袖带气囊至少应包裹 80% 上臂,大多数人的臂围为 25~35cm,宜使用宽 13~15cm、长 30~35cm 规格的气囊袖带,肥胖者或臂围大者应使用大规格袖带,儿童用较小袖带。

④将袖带紧贴缚在被测者上臂,袖带下缘应在肘弯上 2.5cm。将听诊器的探头置于肘窝肱动脉处。

⑤最好选择符合计量标准的水银柱式血压计进行测量。若使用机械式血压表或符合国际标准(BHS 和 AAMI)的电子血压计,需与水银柱式血压计同时测值校正。

⑥测量时快速充气,气囊内压力应达到桡动脉搏动消失并再升高 30mmHg(4.0kPa),然后以恒定速率(2~6mmHg/秒)缓慢放气。心率较慢时放气速率也较慢。获取舒张压读数后快速放气至零。

⑦在放气过程中仔细听取柯氏音,观察柯氏音第 I 时相与第 v 时相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(消失音)。儿童、妊娠妇女、严重贫血、主动脉瓣关闭不全或柯氏音不消失者,以柯氏音第 IV 时相(变音)定为舒张压。

⑧血压单位用毫米汞柱(mmHg),在正式出版物中注明毫米汞柱与千帕斯卡(kPa)的换算关系,1mmHg=0.133kPa。

⑨应相隔 2 分钟重复测量,取 2 次读数的平均值记录。如果 2 次测量的收缩压或舒张压读数相差 >5mmHg,则相隔 2 分钟后再次测量,然后取 3 次读数的平均值。

2. 自我测量血压

自我测量血压是受测者在家中或其他环境里给自己测量血压,简称自测血压。由于有 10%~15% 的病人在医院测血压明显高于家里的自测血压值,所以应鼓励自测血压。自测血压可以提供日常生活状态下有价值的血压信息,在提示单纯性诊所高血压(即病人见到医护人员因紧张而引起的高血压或称白大衣性高血压)、评价降压效应、改善治疗依从性以及增强诊治的主动参与性方面具有独特优点。自测血压在评价血压水平和指导降压治疗上已成为诊所偶测血压的重要补充。

自测血压的独特优点有三条:

(1)提高诊断率:一般人的血压有两个高峰期,即清晨 6~8 时和下午 6~8 时,这两个

高峰期正是人们吃早饭和晚饭的时间,医院门诊也正是未上班和已下班的时间,除非危重和急诊,人们在这两个时期是不去医院看病的,自测血压可以准确掌握这两个血压高峰时间的血压状况,有利于诊断高血压。

(2)提供治疗依据:经常自测血压可以向医生提供准确的血压状况,从而使医生针对实际确定最佳治疗方案。

(3)有利于判断预后:血压在一天内升高的时间越长,或波动范围越大,靶器官损害一般就越严重。患者掌握了准确的血压升降时间和波动情况后,与医生密切合作,可以改善预后。

自测血压的具体方法与诊所偶测血压基本上相同。可以采用水银柱式血压计,但必须培训柯氏音听诊法。一般推荐使用符合国际标准(BHS和AAMI)的上臂式全自动或半自动电子血压计,不推荐使用手腕式和指套式电子血压计。自测血压时,也以2次读数的平均值记录,同时记录测量日期、时间、地点和活动情况。一般而言,自测血压值低于诊所血压值。目前尚无统一的自测血压正常值,推荐135/85mmHg为正常上限参考值。

3. 动态血压监测

动态血压是指在日常生活状态下以及不同体位时,对患者每间隔10~30分钟测定血压一次,一般监测24小时,故常称为24小时血压动态监测。动态血压监测应使用符合国际标准(BHS和AAMI)的监测仪。受测者处在日常生活状态下。测压间隔时间为15~30分钟,白昼与夜间的测压间隔时间尽量相同。一般监测24小时。如果仅作诊断评价,可以只监测白昼血压。推荐以下参考标准正常值:24小时<130/80mmHg,白昼<135/85mmHg,夜间<125/75mmHg。正常情况下,夜间血压均值比白昼血压均值低10%~20%。

动态血压监测提供24小时中白昼与夜间各时间段血压的平均值和离散度,能较敏感地、客观地反映实际血压水平,能观察到血压变异性和血压昼夜变化的节律性,估计靶器官损害以及预后,比诊所偶测血压更为准确,因此,具有潜在的应用前景。临床上可用于诊断单纯性诊所高血压、顽固性高血压、发作性高血压或低血压、血压波动异常(同次或不同次)等患者,并为临床研究(如正常及异常心血管调节机制、血压波动及夜间低血压的临床意义、新抗高血压药或联合用药治疗的降压过程及稳定性等)提供科学的手段。

自测血压和动态血压监测虽有上述优点,但其预后价值是否优于常规的血压测量方法,还未经前瞻性的、设对照的、样本大小适当和以病残率或死亡率为终点的临床试验评价过。因此,目前它们不能取代常规测量方法,只宜作为后者的补充。所用的血压计应定期按标准化方案检测其性能及准确性。

(五) 实验室检查

(1)全血细胞计数。

(2)尿常规:肉眼观察透明度,颜色及有无血尿;测蛋白、糖含量,镜检,测比重、pH值。

(3)血生化:钾、肌酐、空腹血糖、总胆固醇。

(4)心电图。

(5)其他:根据病史、体检及常规实验室检查结果,需要时(据患者的需要和可能)可进一步选择下列检查:高密度脂蛋白胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇、甘油三酯、尿酸、血浆肾素活性、血浆醛固酮、尿儿茶酚胺、胸片。若临床疑及有靶器官损伤,提示左室肥厚或其他

心血管病者,应做超声心动图,因为左室肥厚者心血管病危险增高。掌握这方面情况有助于治疗决策。同样,若疑及主动脉、颈动脉及外周动脉病,应检查血管超声图;若疑及肾脏疾病,应做肾超声图。

三、高血压的定义与分类

(一)按病人的血压水平分类

血压水平与心血管病危险呈连续性相关。以往是按“期”分类,WHO/ISH 指南委员会的专家认为“期”有指病程进展阶段的涵义,而目前仅按血压水平分类,不反映病程,故用“级”而不用“期”。WHO/ISH 指南强调,患者血压增高,决定应否给予降压治疗时,不仅要根据其血压水平,还要根据其危险因素的数量与程度;“轻度高血压”只是与重度高血压升高相对而言,并不意味着预后必然良性。

1999 年发布的《中国高血压防治指南》基本上采用《1999WHO/ISH 高血压治疗指南》的分类标准。该指南将 18 岁以上成人的血压,按不同水平分类,见表 1-1。

表 1-1 血压水平的定义和分类(WHO/ISH)

类别	收缩压(mmHg)	舒张压(mmHg)
理想血压	< 120	< 80
正常血压	< 130	< 85
正常高值	130 ~ 139	85 ~ 89
1 级高血压(“轻度”)	140 ~ 159	90 ~ 99
亚组:临界高血压	140 ~ 149	90 ~ 94
2 级高血压(“中度”)	160 ~ 179	100 ~ 109
3 级高血压(“重度”)	≥ 180	≥ 110
单纯收缩期高血压	≥ 140	< 90
亚组:临界收缩期高血压	140 ~ 149	< 90

患者收缩压与舒张压属不同级别时,应按两者中较高的级别分类。患者既往有高血压史,目前正服抗高血压药,血压虽已低于 140/90mmHg,亦应诊断为高血压。

2003 年 8 月发布的《高血压防治基层实用规范》(简称《规范》),使血压水平分级更为简化,见表 1-2。

表 1-2 成人原发性高血压血压水平分级(≥18 岁,mmHg)

类别	收缩压		舒张压
理想血压	< 120	和	< 80
正常血压	< 130	和	< 85
正常高值	130 ~ 139	或	85 ~ 89
高血压			
1 级高血压	140 ~ 159	或	90 ~ 99
2 级高血压	160 ~ 179	或	100 ~ 109
3 级高血压	≥ 180	或	≥ 110
单纯收缩期高血压	≥ 140	和	< 90

2003 年 6 月发布的欧洲第一个高血压处置指南(简称 ESH/ESC),对 18 岁以上成人原发性高血压的分级标准与《规范》的标准相同。2003 年 5 月发布的美国高血压指南第 7 版(简称 JNC7)的血压分级,分为正常血压(< 120 和 < 80mmHg)、高血压前期(120 ~ 139 或 80 ~ 89mmHg)、1 级高血压(140 ~ 159 或 90 ~ 99mmHg)和 2 级高血压(≥ 160 或 ≥

100mmHg)。

JNC7 在血压分类中的新变化,一是提出了“高血压前期”的概念,二是将 2、3 级合并,使高血压分类更加简化,便于记忆和掌握。笔者认为,JNC7 是面对美国人群,我们仍应执行我国的分类标准,但“高血压前期”概念的引入,对我们有重要借鉴意义。JNC7 提出“高血压前期”是为了警示公众及早预防。因为在血压处于 115/75mmHg 的低水平时,死于心脏病和脑卒中的危险就已开始升高,在此基础上每升高 20/10mmHg,危险就增加一倍。对该期人群如不及时采取预防措施,随着年龄增长,动脉硬化加重及其损伤的存在,就会使高血压越来越难以治疗。约 25%~50% 的美国人属于该期,其中 30% 的人最终转变为高血压。“高血压前期”的概念旨在反映这种危险,希望提醒该人群及早采取预防措施,采取健康生活方式。

北京安贞医院对北京 42 家基层医院 754 名医生进行调查,结果显示血压正确分级率为 64%。作为信息来源丰富,业务素质较高的首都基层医院医生,血压正确分级率仅达 64%,我国其他地区基层医院更可想而知。因此要不断强化血压分级概念,使基层医生尽快全面掌握分级标准。

(二)按病人的心血管危险绝对水平分层

按照危险分层决定治疗方案的思想,是高血压治疗的最新观点和核心思想之一。高血压患者的治疗决策不仅根据其血压水平,还要根据下列诸方面:①其他危险因素的存在情况;②并存的临床情况,如糖尿病、心、脑、肾血管病;③靶器官损害;④患者的个人、医疗等情况。为了便于将危险性分层,WHO/ISH 指南委员会根据“弗明汉心脏研究”观察对象(年龄 45~80 岁,平均 60 岁)的 10 年心血管病死亡、非致死性脑卒中和非致死性心肌梗死的资料,计算出某几项因素合并存在时,对日后心血管事件绝对危险的影响,列于表 1-3、表 1-4。

表 1-4 按危险因素、靶器官损伤及并存临床情况的合并作用,将危险量化为低危、中危、高危、很高危四档。每一档既反映疾病的绝对危险,各档内又因患者的危险因素的数量与严重性还有程度的不同。

1. 低危组

男性年龄 < 55 岁、女性年龄 < 65 岁,高血压 1 级、无其他危险因素者,属低危组。典型情况下,10 年随访中患者发生主要心血管事件的危险 < 15%。临界高血压患者的危险尤低。

2. 中危组

高血压 2 级或 1~2 级同时有 1~2 个危险因素,病人应否给予药物治疗,开始药物治疗前应经多长时间的观察,医生需予十分缜密的判断。典型情况下,该组患者随后 10 年内发生主要心血管事件的危险约 15%~20%,若患者属高血压 1 级,兼有一种危险因素,10 年内发生心血管事件危险约 15%。

3. 高危组

高血压水平属 1 级或 2 级,兼有 3 种或更多危险因素,兼患糖尿病或靶器官损伤患者或高血压水平属 3 级,无其他危险因素患者属高危组。典型情况下,他们随后 10 年间发生主要心血管事件的危险约为 20%~30%。

表 1-3 影响预后的因素

心血管疾病的危险因素	靶器官损害	并存的临床情况
I、用于危险性分层的危险因素 • 收缩压和舒张压的水平(1~3级) • 男性>55岁 • 女性>65岁 • 吸烟 总胆固醇>5.72mmol/L (220mg/dl) • 糖尿病 • 早发心血管疾病家庭史 (发病年龄男<55岁,女<65岁) II、加重预后的其他危险因素 • 高密度脂蛋白胆固醇降低 • 低密度脂蛋白胆固醇升高 • 糖尿病伴微白蛋白尿 • 葡萄糖耐量减低 • 肥胖 • 以静息为主的生活方式 • 血浆纤维蛋白原增高	• 左心室肥厚 (心电图、超声心动图或X线) • 蛋白尿和/或血浆肌酐 浓度轻度升高 106~177 μ mol/L (1.2~2.0mg/dl) • 超声或X线证实有动脉粥样 斑块(颈、髂、股或主动脉) • 视网膜普遍或灶性动脉狭窄	脑血管疾病 • 缺血性卒中 • 脑出血 • 短暂性脑缺血发作(TIA) 心脏疾病 • 心肌梗死 • 心绞痛 • 冠状动脉血运重建 • 充血性心力衰竭 糖尿病 肾脏疾病 • 糖尿病肾病 • 肾功能衰竭(肌酐浓度 >177 μ mol/L或2.0mg/dl) 血管疾病 • 夹层动脉瘤 • 症状性动脉疾病 重度高血压性视网膜病变 • 出血或渗出 • 视乳头水肿

表 1-4 按危险分层,量化地估计预后

其他 CVD 危险 因素和病史	血压(mmHg)		
	1 级 SBP140~159 或 DBP90~99	2 级 SBP160~179 或 DBP100~109	3 级 SBP $\geq$ 180 或 DBP $\geq$ 110
I 无其他危险因素	低危	中危	高危
II 1~2 个危险因素	中危	中危	很高危
III $\geq$ 3 个危险因素 或靶器官损害或糖尿病	高危	高危	很高危
IV 并存临床情况	很高危	很高危	很高危

4. 很高危组

高血压 3 级同时有 1 种以上危险因素或 TOD,或高血压 1~3 级并有临床相关疾病,典型情况下,随后 10 年间发生主要心血管事件的危险最高,达 $\geq 30\%$,应迅速开始最积极的治疗。

低危组首先进行单纯非药物治疗,6~12 个月后视血压水平决定是否开始药物治疗。

中危组中 1 级高血压伴有 1~2 个 CVD 危险因素者,首先进行单纯非药物治疗,3~6 个月后视血压水平决定是否开始药物治疗。

其他中危组及高危、很高危组病人应同时进行非药物和药物治疗。

《规范》中确定的其他心血管疾病危险因素更为简练,更适合基层医生使用,这些危险因素有:

- ① 年龄:男性>55 岁,女性>65 岁。
- ② 男性。
- ③ 吸烟。
- ④ 总胆固醇 ≥ 5.72 mmol/L(220mg/dL)。