

乡村医生 The Village Doctor

岗位培训教程

第六册

北京市卫生局
北京医学教育协会 编
好医生医学教育中心

 北京科学技术出版社

乡村医生岗位培训教程

(第六册)

北京市卫生局
北京医学教育协会 主编
好医生医学教育中心

 北京科学技术出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

乡村医生岗位培训教程. 第六册/北京市卫生局, 北京医学教育协会, 好医生医学教育中心主编. —北京: 北京科学技术出版社, 2012. 8

ISBN 978 - 7 - 5304 - 6036 - 8

I. ①乡… II. ①北… ②北… ③好… III. ①乡村医生 - 技术培训 - 手册 IV. ①R71 - 62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2012) 第 180766 号

乡村医生岗位培训教程 (第六册)

主 编: 北京市卫生局 北京医学教育协会 好医生医学教育中心

责任编辑: 王 藏 王云飞

封面设计: 曾万红 张 茜

出 版 人: 张敬德

出版发行: 北京科学技术出版社

社 址: 北京西直门南大街 16 号

邮政编码: 100035

电话传真: 0086-10-66161951 (总编室)

0086-10-66113227 (发行部)

0086-10-66161952 (发行部传真)

电子信箱: bjkjpress@163.com

网 址: www.bkjpress.com

经 销: 新华书店

印 刷: 三河国新印装有限公司

开 本: 787mm × 1092mm 1/16

字 数: 307 千

印 张: 12

版 次: 2012 年 8 月第 1 版

印 次: 2012 年 8 月第 1 次印刷

ISBN 978 - 7 - 5304 - 6036 - 8/R · 1517

定 价: 36.00 元



京科版图书, 版权所有, 侵权必究。

京科版图书, 印装差错, 负责退换。

编委会

主 编	方来英	金大鹏	王松灵	
副 主 编	宋 玫	贾明艳	许俊峰	
委 员	(按姓氏笔画排序)			
	马 欣	许 越	米树华	刘晓红
	李玉凤	李伟生	李瑞杰	陈志海
	杨萍芬	赵兴山	郑淑美	崔 海
	楼滨城	熊国星		

前言

根据《北京市乡村医生教育培训规划（2011-2015年）》和《北京市乡村医生2012年岗位培训大纲》，我们组织编写了第六册乡村医生岗位培训教材。为使教材名称更符合实际，将原《乡村医生岗位培训学员手册》更名为《乡村医生岗位培训教程》。

本册教材内容分为理论知识和技能操作两部分。第一篇为理论知识，重点阐述所学知识的临床应用，培养乡村医生诊治疾病的科学思维方法和处理问题的能力。本篇共五章：第一章四大慢性病（高血压、糖尿病、脑血管疾病、冠心病）的防治；第二章常见病症（胸痛、腹痛、发热、咳嗽、腰痛）的诊断思路与处理；第三章儿科常见病（上呼吸道感染、腹泻）的诊治；第四章应时传染病（手足口病、甲型H1N1流感）的防治；第五章乡村医生如何避免医患纠纷。第二篇为技能操作部分，重点讲授乡村医生岗位所必需的基本技能操作。其中急诊急救技术中气道管理、体外心脏电击除颤术为选修内容。本篇共3章：第一章体格检查（心肺听诊）；第二章中医适宜技术治疗常见病（中风、头痛、痹证、腰痛、肘劳、肩凝、扭伤）；第三章急诊急救技术（气道管理、体外心脏电击除颤术）。

为了提高教材质量，我们组织专家、顾问对教材各个章节进行逐一审校，力求内容实用、深入浅出，语言准确、简洁、通俗易懂。

希望广大乡村医生结合视频教学的进度认真学习，特别要注重技能操作的训练，使自己的理论知识和实践能力进一步提高，为农民群众提供安全、有效的医疗保健服务。

教材中不当、不足之处，恳请提出意见，以便今后修改和完善。

编委会

2012年6月30日

目 录

第一篇 理论知识

第一章 四大慢性病的防治	3
第一节 高血压的诊断与治疗	3
第二节 糖尿病的诊断与治疗	13
第三节 脑血管病的诊断思路与处理	24
第四节 冠心病的诊断思路与处理	35
第二章 常见病症的诊断思路与处理（一）	50
第一节 胸痛的诊断思路与处理	50
第二节 急性腹痛的临床思路与初步处理	61
附 各种急性腹痛的疾病	72
第三节 成人急性发热的诊断思路与处理	85
第四节 咳嗽的诊断思路与处理	94
第五节 腰痛的诊断思路与处理	103
第三章 儿科常见病的诊治（一）	111
第一节 小儿上呼吸道感染的诊治	111
第二节 小儿腹泻的诊治	117
第四章 应时传染病的防治	129
第一节 手足口病	129
第二节 甲型 H1N1 流感	132



第五章 乡村医生如何避免医患纠纷	137
第一节 导致医患纠纷的原因	137
第二节 医患纠纷的防范原则	140

第二篇 技能操作部分

第一章 体格检查（心肺听诊）	149
第一节 心脏听诊	149
第二节 肺部听诊	155
第二章 中医适宜技术治疗常见病	157
第一节 中风	157
第二节 头痛	161
第三节 痹证	164
第四节 腰痛	166
第五节 肘劳	169
第六节 肩凝	170
第七节 扭伤	173
附 颈椎病推拿手法治疗	174
第三章 急诊急救技术	176
第一节 气道管理（选修）	176
第二节 体外心脏电击除颤术（选修）	179
参考文献	184

第一篇

理论知识

「第一章」 四大慢性病的防治

第一节 高血压的诊断与治疗

【学习目标】

1. 掌握正确的血压测量方法，高血压的诊断方法。
2. 掌握高血压治疗的原则、目标及常用药物的使用。
3. 掌握社区高血压管理方法。
4. 了解高血压的危险因素。

2010 年发布了新版《中国高血压防治指南》，以该指南为基础并结合我国基层的实际特点，现对适宜我国基层医疗机构的高血压的诊断与治疗方法进行介绍。

一、我国人群高血压发病的重要危险因素

（一）高钠、低钾膳食

人群中，钠盐（氯化钠）摄入量与血压水平和高血压患病率呈正相关，而钾盐摄入量与血压水平呈负相关。膳食钠/钾比值与血压的相关性甚至更强。在我国大部分地区，人均每天盐摄入量 12 ~ 15g 以上。高钠、低钾膳食是我国大多数高血压患者发病最主要的危险因素。

（二）超重和肥胖

身体脂肪含量与血压水平呈正相关。人群中身体质量指数（BMI）与血压水平呈正相关，BMI 每增加 3 kg/m^2 ，4 年内发生高血压的风险男性增加 50%、女性增加 57%。身体脂肪的分布与高血压发生也有关。腹部脂肪聚集越多，血压水平就越高。腰围男性 $\geq 90\text{cm}$ 或女性 $\geq 85\text{cm}$ ，发生高血压的风险是腰围正常者的 4 倍以上。随着我国社会经济发展和人们生活水平的提高，人群中超重和肥胖的比例与人数均明显增加。超重和肥胖将成为我国高血压患病率增长的又一重要危险因素。

（三）其他危险因素

高血压发病的其他危险因素还包括过量饮酒、长期精神过度紧张、年龄、高血压家族史、缺乏体力活动等。除了高血压外，心血管病危险因素还包括吸烟、血脂异常、糖尿病、肥胖等。



二、血压测量

(一) 血压测量的方法

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。目前，在临床和人群防治工作中，主要采用诊室血压、动态血压以及家庭血压三种方法。

1. **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，目前仍是评估血压水平和临床诊断高血压并进行分级的标准方法和主要依据。具体方法和要求如下：

(1) 选择符合计量标准的水银柱血压计，或者经过验证（BHS 和 AAMI、ESH）的电子血压计。

(2) 使用大小合适的气囊袖带，气囊至少应包裹上臂 80%。

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

(4) 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。

(5) 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。

(6) 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，再升高 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。

(7) 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。小于 12 岁的儿童、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。

(8) 血压单位在临床使用时采用毫米汞柱（mmHg），在我国正式出版物中注明毫米汞柱与千帕斯卡（kPa）的换算关系： $1\text{mmHg}=0.133\text{kPa}$ 。

(9) 应相隔 1~2 分钟重复测量，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。

(10) 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。

2. **动态血压** 动态血压监测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，也可评估血压升高程度、短时变异和昼夜节律。目前，动态血压监测的常用指标是 24 小时、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）。

24 小时、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 24 小时动态血压诊断高血压的主要依据，其诊断标准包括：24 小时 $\geq 130/80\text{mmHg}$ ，白天 $\geq 135/85\text{mmHg}$ ，夜间 $\geq 120/70\text{mmHg}$ 。

动态血压监测也可用于评估降压疗效，可诊断白大衣性高血压，发现隐蔽性高血压，检查顽固难治性高血压的病因等。

3. 家庭血压 家庭血压监测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，也可由家庭成员等协助完成。因为测量在熟悉的家庭环境中进行，因而可以避免白大衣效应。家庭血压监测是24小时动态血压监测的重要补充。有利于了解常态下的血压水平；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应，而且有助于增强患者的参与意识，改善患者的治疗依从性及达标率。家庭血压监测需要选择合适的血压测量仪器，并进行血压测量知识与技能培训。

(1) 使用经过验证的上臂式全自动或半自动电子血压计（BHS和AAMI、ESH）。

(2) 家庭血压值一般低于诊室血压值，高血压的诊断标准为 $\geq 135/85\text{mmHg}$ ，与诊室血压的 $140/90\text{mmHg}$ 相对应。

(3) 测量方案：目前还没有统一方案。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。

(4) 最好能够详细记录每次测量血压的日期、时间以及所有血压读数，而不是只记录平均值。应尽可能向医生提供完整的血压记录。

家庭血压适用于：一般高血压患者的血压监测，白大衣高血压的识别，难治性高血压的鉴别，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。

未来通过无线通信与互联网为基础的远程控制系统将可实现血压的实时、数字化监测。

（二）评估靶器官损害

高血压患者靶器官损伤（心、脑、肾或血管等）的识别，对于评估患者心血管风险、早期积极治疗具有重要意义。

1. 心脏 心电图检查可以发现左心室肥厚、心肌缺血、心脏传导阻滞或心律失常。胸部X线片检查，可以了解心脏轮廓、大动脉及肺循环情况。超声心动图，在诊断左心室肥厚和舒张期心力衰竭方面优于心电图。必要时采用其他诊断方法：心脏核磁共振成像（MRI）和核磁共振血管造影（MRA），计算机断层扫描冠状动脉造影（CTA），心脏同位素显像，运动试验或冠状动脉造影等。

2. 血管 颈动脉内膜中层厚度（IMT）和粥样斑块可独立于血压水平预测心血管事件。大动脉硬度增加预测并评估心血管风险的证据日益增多。脉搏波传导速度（PWV）增快是心血管事件的独立预测因素。踝/臂血压指数（ABI），能有效筛查外周动脉疾病，评估心血管风险。

3. 肾脏 肾脏损害的主要根据是血清肌酐升高、估算的肾小球滤过率（eGFR）降低或尿白蛋白排出量（UAE）增加。微量白蛋白尿已被证实是心血管事件的独立预测因素。高血压患者尤其是合并糖尿病时应定期检查尿白蛋白排泄量，24小时尿白蛋白排泄量或晨尿白蛋白/肌酐比值为最佳。

4. 眼底 视网膜动脉病变可反映小血管病变情况。常规眼底镜检查的高血压眼底改变，按Keith-Wagener和Backer 4级分类法，3级或4级高血压眼底对判断预后有价值。



高分辨率眼底成像系统有望成为检查眼底小血管病变的工具。

5. 脑 头颅 MRA 或 CTA 有助于发现腔隙性病灶或脑血管狭窄、钙化和斑块病变。经颅多普勒超声 (TCD) 对诊断脑血管痉挛、狭窄或闭塞有一定帮助。

三、高血压分类与分级

(一) 按血压水平分类与分级

高血压: 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 $\geq 140\text{mmHg}$ 且舒张压 $< 90\text{mmHg}$ 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。根据血压升高的水平, 对于 18 岁以上患者, 又进一步将高血压分为一级、二级和三级 (表 1-1-1)。

表 1-1-1 血压水平分类和定义

分类	收缩压 (mmHg)		舒张压 (mmHg)
正常血压	< 120	和	< 80
正常高值	$120 \sim 139$	和 (或)	$80 \sim 89$
高血压	≥ 140	和 (或)	≥ 90
一级高血压 (轻度)	$140 \sim 159$	和 (或)	$90 \sim 99$
二级高血压 (中度)	$160 \sim 179$	和 (或)	$100 \sim 109$
三级高血压 (重度)	≥ 180	和 (或)	≥ 110
单纯收缩期高血压	≥ 140	和	< 90

注: 当收缩压和舒张压分属于不同级别时, 以较高的分级为准。

(二) 按心血管风险分层

高血压及血压水平是影响心血管事件发生和预后的独立危险因素, 但并非唯一决定因素。大部分高血压患者还有血压升高以外的心血管危险因素。因此, 心血管风险分层根据血压水平、心血管危险因素、靶器官损害、临床并发症和糖尿病, 分为低危、中危、高危和很高危四个层次 (表 1-1-2)。

表 1-1-2 高血压患者心血管风险水平分层

其他危险因素 和病史	血压 (mmHg)		
	一级高血压	二级高血压	三级高血压
	SBP $140 \sim 159$ 或 DBP $90 \sim 99$	SBP $160 \sim 179$ 或 DBP $100 \sim 109$	SBP ≥ 180 或 DBP ≥ 110
无	低危	中危	高危
1~2 个其他危险因素	中危	中危	很高危
≥ 3 个其他危险因素, 或靶器官损害	高危	高危	很高危
临床并发症或合并糖尿病	很高危	很高危	很高危

高血压患者的心血管风险分层,有利于确定启动降压治疗的时机,有利于采用优化的降压治疗方案,有利于确立合适的血压控制目标,有利于实施危险因素的综合管理。

其中,影响高血压患者心血管预后的重要因素有:

1. **心血管危险因素** ①高血压(1~3级);②男性>55岁;女性>65岁;③吸烟;④糖耐量受损和(或)空腹血糖异常;⑤血脂异常:总胆固醇 $\geq 5.7\text{mmol/L}$ (220mg/dl)或低密度脂蛋白胆固醇 $> 3.3\text{mmol/L}$ (130mg/dl)或高密度脂蛋白胆固醇 $< 1.0\text{mmol/L}$ (40mg/dl);⑥早发心血管病家族史(一级亲属发病年龄 < 50 岁);⑦腹型肥胖(腰围:男性 $\geq 90\text{cm}$,女性 $\geq 85\text{cm}$)或肥胖(体质指数 $\geq 28\text{kg/m}^2$);⑧高同型半胱氨酸 $\geq 10\text{mmol/L}$ 。

2. **靶器官损害(TOD)** ①左心室肥厚;②颈动脉超声:颈动脉内膜中层厚度 $> 0.9\text{mm}$ 或动脉粥样斑块;③颈一股动脉脉搏速度 $> 12\text{m/s}$ (选择使用);④踝/臂血压指数 < 0.9 (选择使用);⑤估算的肾小球滤过率降低 $\text{eGFR} < 60\text{ml}/(\text{min} \cdot 1.73\text{m}^2)$ 或血清肌酐轻度升高;⑥微量白蛋白尿(30~300mg/d)或白蛋白/肌酐比 $\geq 30\text{mg/g}$ (3.5mg/mmol)。

3. **伴临床疾患** ①脑血管病:脑出血、缺血性脑卒中、短暂性脑缺血发作;②心脏疾病:心肌梗死史、心绞痛、冠状动脉血运重建史、充血性心力衰竭;③肾脏疾病:糖尿病肾病、肾功能受损、血肌酐男性 $> 133\text{mmol/L}$ (1.5mg/dl)或女性 $> 124\text{mmol/L}$ (1.4mg/dl)、蛋白尿 $> 300\text{mg/d}$;④外周血管疾病;⑤视网膜病变:出血或渗出、视盘水肿;⑥糖尿病:空腹血糖 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ (126mg/dl);餐后血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ (200mg/dl);糖化血红蛋白(HbA1c) $\geq 6.5\%$ 。

四、高血压的治疗

(一) 治疗目标

目前,全国统一的医疗服务与保障体系尚未完全建成,而各省(市、自治区)之间的经济与社会发展水平又存在很大差异,因此,《中国高血压指南(2010版)》设定了标准目标与基本目标两个治疗目标。

1. **标准目标** 对检出的高血压患者,在非药物治疗的基础上,使用本指南推荐的起始与维持抗高血压药物,特别是那些每日1次使用能够控制24小时血压的降压药物,使血压达到治疗目标。同时,控制其他的可逆性危险因素,并对检出的亚临床靶器官损害和临床疾病进行有效干预。

2. **基本目标** 对检出的高血压患者,在非药物治疗的基础上,使用国家食品与药品监督管理局审核批准的任何安全有效的抗高血压药物,包括短效药物每日使用2~3次,使血压达到治疗目标,同时,尽可能控制其他的可逆性危险因素,并对检出的亚临床靶器官损害和临床疾病进行有效干预。

(二) 基本原则

高血压治疗的基本原则:①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综合征,常伴有其他危险因素、靶器官损害或临床疾患,需要进行综合干预;②抗高血压



治疗包括非药物和药物治疗两种方法，大多数患者需长期甚至终身坚持治疗；③定期测量血压；④规范治疗，改善治疗依从性，尽可能实现降压达标；⑤坚持长期平稳有效地控制血压。

（三）降压目标

高血压患者的降压目标：①一般高血压患者，应将血压降至 140/90mmHg 以下；②65 岁及以上的老年人的收缩压应控制在 150mmHg 以下，如能耐受还可进一步降低；③伴有肾脏疾病、糖尿病或病情稳定的冠心病的高血压患者治疗更宜个体化，一般应将血压降至 130/80mmHg 以下，脑卒中后的高血压患者一般降压目标为 <140/90mmHg；④处于急性期的冠心病或脑卒中患者，应按照相关指南进行血压管理。舒张压低于 60mmHg 的冠心病患者，应在密切监测血压的情况下逐渐实现降压达标。

（四）治疗策略

应全面评估患者的总体危险，并在危险分层的基础上作出治疗决策。

1. **很高危患者** 立即开始对高血压及并存的危险因素和临床情况进行综合治疗。
2. **高危患者** 立即开始对高血压及并存的危险因素和临床情况进行药物治疗。
3. **中危患者** 先对患者的血压及其他危险因素进行为期数周的观察，评估靶器官损害情况，然后决定是否以及何时开始药物治疗。
4. **低危患者** 对患者进行较长时间的观察，反复测量血压，尽可能进行 24 小时动态血压监测，评估靶器官损害情况，然后决定是否以及何时开始药物治疗。

（五）非药物治疗（生活方式干预）

在新指南中，非药物治疗主要指生活方式干预，即去除不利于身体和心理健康的行为和习惯。它不仅可预防或延迟高血压的发生，还可以降低血压，提高降压药物的疗效，从而降低心血管风险。健康的生活方式，在任何时候，对任何高血压患者（包括正常高值血压）都是有效的治疗方法，可降低血压、控制其他危险因素和临床状况。生活方式干预降低血压和心血管风险的作用肯定，所有患者都应采用，主要措施包括：减少钠盐摄入、控制体重、不吸烟、限制饮酒、定期体育运动、减轻精神压力、保持心理平衡等。

（六）高血压的药物治疗

1. **降压的目的和平稳达标** 对高血压患者实施降压药物治疗的目的，是通过降低血压，有效预防或延迟脑卒中、心肌梗死、心力衰竭、肾功能不全等心脑血管并发症的发生；有效控制高血压的疾病进程，预防高血压急症、亚急症等重症高血压发生。

将血压降低到目标水平（140/90mmHg 以下；高风险患者 130/80mmHg 以下；老年人收缩压 150mmHg 以下），可以显著降低心脑血管并发症的风险。

应及时将血压降到上述目标血压水平，但并非越快越好。大多数高血压患者，应根据病情在数周至数月内（而非数天）将血压逐渐降至目标水平。年轻、病程较短的高血压患者，降压速度可以快一点；老年人、病程较长或已有靶器官损害或并发症的患者，降压速度则应慢一点。

降压药物治疗的时机：高危、很高危或三级高血压患者，应立即开始用降压药物进行治疗。确诊的二级高血压患者，应考虑开始药物治疗；一级高血压患者，经过生活方式干预数周后，血压仍 $\geq 140/90$ mmHg 时，再开始用降压药物进行治疗。

2. 降压药物应用的基本原则 降压治疗药物应用应遵循4项原则,即小剂量开始、优先选择长效制剂、联合应用及个体化。

(1) 小剂量:初始治疗时通常应采用较小的有效治疗剂量,并根据需要,逐步增加剂量。降压药物需要长期或终身应用,药物的安全性和患者的耐受性对于高血压治疗的重要性不亚于甚至更胜过药物。

(2) 尽量应用长效制剂:尽可能使用一天1次给药而有持续24小时降压作用的长效药物,以有效控制夜间血压与晨峰血压,更有效预防心脑血管并发症的发生。如使用中、短效制剂,则需每天2~3次用药,以达到平稳控制血压。

(3) 联合用药:以增加降压效果又不增加不良反应,在低剂量单药治疗疗效不满意时,可以采用两种或多种降压药物联合治疗。事实上,二级以上高血压为达到目标血压常需联合治疗。对血压 $\geq 160/100\text{mmHg}$ 或中危及以上患者,开始即可采用两种药小剂量联合治疗,或用小剂量固定复方制剂。

(4) 个体化:根据患者具体情况和耐受性及个人意愿或长期承受能力,选择适合患者的降压药物。

3. 常用降压药物的种类 常用降压药物包括钙通道阻滞剂(CCB)、血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)、血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂(ARB)、利尿剂和 β 受体阻滞剂五类,以及由上述药物组成的固定配比复方制剂。此外, β 受体阻滞剂或其他种类降压药有时亦可应用于某些高血压人群。

CCB、ACEI、ARB、利尿剂和 β 受体阻滞剂及其低剂量固定复方制剂,均可作为降压治疗的初始用药或长期维持用药,单药或联合治疗。新指南建议五大类降压药物均可作为初始和维持用药,但应根据患者的危险因素、亚临床靶器官损害以及合并临床疾病情况,合理使用药物,优先选择某类降压药物,有时又可将这些临床情况称为强适应证(表1-1-3)。

表 1-1-3 常用降压药的临床选择

分类	适应证	禁忌证	
		绝对禁忌证	相对禁忌证
钙通道阻滞剂(二氢吡啶类)	老年高血压 周围血管病 单纯收缩期高血压 稳定型心绞痛 颈动脉粥样硬化 冠状动脉粥样硬化	无	快速型心律失常,心力衰竭
钙通道阻滞剂 (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	心力衰竭



续表

分类	适应证	禁忌证	
		绝对禁忌证	相对禁忌证
血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI)	心力衰竭	妊娠	
	心肌梗死	高钾血症	
	左室肥厚	双侧肾动脉狭窄	
	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		
	代谢综合征		
血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂 (ARB)	糖尿病肾病	妊娠	
	蛋白尿/微量白蛋白尿	高钾血症	
	心力衰竭	双侧肾动脉狭窄	
	左室肥厚		
	心房纤颤预防		
	ACEI引起的咳嗽		
	代谢综合征		
噻嗪类利尿剂	心力衰竭	痛风	妊娠
	老年高血压		
	高龄老年高血压		
	单纯收缩期高血压		
襻利尿剂	肾功能不全		
	心力衰竭		
利尿剂(醛固酮拮抗剂)	心力衰竭	肾衰竭	
	心肌梗死后	高钾血症	
β 受体阻滞剂	心绞痛	Ⅱ~Ⅲ度房室传导阻滞	慢性阻塞性肺病
	心肌梗死后	哮喘	周围血管病
	快速性心律失常		糖耐量减低
	稳定型充血性心力衰竭		运动员
α 受体阻滞剂	前列腺增生	体位性低血压	心力衰竭
	高脂血症		

4. 降压药的联合应用

(1) 联合用药的意义: 联合应用降压药物已成为降压治疗的基本方法。许多高血压患者为了达到目标血压水平, 需要应用两种以上种降压药物。

(2) 联合用药的适应证: 二级高血压和(或)伴有多种危险因素、靶器官损害或临床疾患的高危人群, 往往初始治疗即需要应用两种小剂量降压药物, 如仍不能达到目标水平, 可在原药基础上加量或可能需要3种, 甚至4种以上降压药物。

(3) 联合用药的方法: 二药联合时, 降压作用机制应具有互补性, 因此, 具有相加的