



全科医师岗位培训教材

(按卫生部颁布大纲编写)

总主编 迟达明 李春昌 杨明信

副总主编 李嘉纯 王占民 杨德信

临床常见问题及处理

· 第四版 ·

主 编 叶舜宾 王占民

副主编 杨德信 成学恭

吉林科学技术出版社

全科医师岗位培训教材
临床常见问题及处理(第四版)

叶舜宾 王占民 主编

责任编辑:单书健

封面设计:杨玉中

出版 吉林科学技术出版社 787×1092 毫米 16 开本 1100,000 字 44 印张
发行 2000 年 2 月第 4 版 2000 年 2 月第 1 次印刷

印刷 金城印刷厂 ISBN 7-5384-2225-0/R·421 定价:63.00 元

地址 长春市人民大街 124 号 邮编 130021 电话 5635177 传真 5635185

电子信箱 JLKJCBS@public.cc.jl.cn

全科医师岗位培训教材
(按卫生部颁布大纲编写)

临床常见问题及处理

第四版

主 编 叶舜宾 王占民
副主编 杨德信 成学恭

编 者 (以姓氏笔画为序)

马中良	内蒙古医学院	马忠森	白求恩医科大学
王育珊	白求恩医科大学	王占民	山东医科大学
尤其邑	南通医学院	方承康	江西医学院
叶舜宾	白求恩医科大学	田万里	哈尔滨医科大学
李 晰	山东医科大学	李淑梅	白求恩医科大学
李东复	白求恩医科大学	李春昌	白求恩医科大学
李福秋	白求恩医科大学	成学恭	山西医科大学
刘 斌	徐州医学院	许溥宇	白求恩医科大学
宋 跃	白求恩医科大学	金学洙	白求恩医科大学
吴小鹏	山东医科大学	陈强谱	滨州医学院
林树青	白求恩医科大学	苗立宁	白求恩医
赵吉光	白求恩医科大学	夏大文	白求恩医
原天岗	山西医科大学	陶天遵	哈尔滨医
蔡家骏	白求恩医科大学	杨德信	白求恩医科大学四平分校
杨隆艳	白求恩医科大学	楚建军	上海第一医科大学

吉林科学技术出版社

全科医师岗位培训教材编辑委员会

主任委员 迟达明

副主任委员 刘万车 徐 科 杨明信 李嘉纯

李春昌 王占民 单书健

编 委 (以姓氏笔划为序)

王占民 王怀良 王志良 乐 杰

石志超 叶舜宾 任 苒 刘万车

刘继文 许舒野 李春昌 李嘉纯

林树青 杨明信 杨德信 陈绍福

胡学强 徐 科 郭世平 章锁江

盖国忠 潘祥林

前 言

(第四版)

为了深化医疗卫生工作改革,促进医疗卫生服务工作模式的转变,为社区卫生工作培养合格的全科医生,自1996年下半年开始,我们着手于培养全科医生的准备工作。1997年1月15日,中共中央、国务院颁布了“关于卫生改革与发展的决定”,增强了我们加速培养全科医生的信心和工作进程。

我们认为,全科医生培训与全科医学发展的关键在于建立一系列配套政策;建立起教学基地;建成一支观念更新、对全科医学有较深认识 and 理解的教师队伍,构建具有中国特色的全科医生培养体系和成套教材。上述几项工作是相辅相成、互为影响的一个整体的不同侧面。其中,以教材编写为着力点,带动其他工作的全面开展,是一条较为可行的发展途径。编委会根据全科医学的特点以及全科医生的知识能力结构编写了教材大纲,并要求教材一定要打破传统的生物医学模式——以学科为单位的教学模式;要体现“全科”即生物医学、医学心理、社会医学整合;个人、家庭、社会兼顾;综合内、外、妇、儿、眼科、耳鼻咽喉科、皮肤科等整体性服务;要体现防治、保健、康复、健康教育、计划生育为一体的卫生服务;在专家、学者的共同努力下,在吉林科学技术出版社的大力支持下,终于在1997年8月完成了全科医学系统教材出版工作,为以后开展全科医学教育奠定了重要的基础。

于1997年启动的吉林省全科医学教育以岗位培训为主。卫生厅先后举办三次全科医学教育师资培训班。全省乡村医生、城市社区医生接受全科医生岗位培训已达两万余人,极大地提高了社区和农村卫生服务的水平,推动了吉林省卫生事业改革。

全科医生教材也在全科医生岗位培训中得到完善:1998年8月修订版出版;1999年5月吉林省卫生厅和吉林科学技术出版社又组织国内近20所医学院校的专家、学者对教材进行了第二次修订,1999年9月完成了第三版教材的修订工作。

1999年12月29日,卫生部召开全科医学教育工作会议,张文康部长做了重要讲话,卫生部出台了“关于发展全科医学教育的意见”重要文件。这标志着全科医学教育将全面启动,全科医学教育的春天已经到来。

我们立即组织了国内一些医学教育专家和教授,学习张文康部长讲话及“关于发展全科医学教育的意见”,认真研究了“全科医师规范化培训大纲”及“全科医师岗位培训大纲”,大家一致认识到当前应抓住重点,发挥我们已完第三版全科医学教材修订的优势,按照卫生部颁布的全科医师岗位培训大纲,重新编写了全科医师岗位培训教材。

由于时间紧迫,学习和领会的还不深透,编写过程中难免有误,热切希望同道不吝指导,谨致谢忱。

全科医师岗位培训教材编写委员会

2000年1月30日

编写说明

(第四版)

《临床常见问题及处理》的编写,是根据卫生部新近召开的全科医学教育工作会议的精神,对第三版教材《社区健康问题与常见病》进行了适当的调整。为了帮助读者树立社会-心理-生物医学模式的观念,强化疾病防治结合和康复保健的工作,本书增加了相应的内容。根据我国国情和社区卫生工作的需要,介绍了中西医结合的诊疗经验,尤其是对常见疾病介绍了治疗方案的优化选择,有利于读者日后开展工作。另一方面,按照全科医学教育的整套教材计划,本书并未阐述全部临床常见病症的知识,如妇产科、儿科等的内容均另有教材安排,请读者注意阅读。

由于编者对全科医学教育的经验有限,本书内容难免有不当之处,恳切希望批评指正。

编 者

2000年1月20日

目 录

第一章 内科疾病	1
第一节 高血压	1
高血压脑病	12
第二节 冠心病	13
心绞痛	14
心肌梗塞	21
心脏血管神经官能症	42
第三节 充血性心力衰竭	44
第四节 心律失常	51
快速性心律失常	52
窦性心动过速	52
过早搏动	53
阵发性心动过速	53
心房扑动	54
心房颤动	54
心室扑动和心室颤动	55
预激综合征并发的快速心律失常	55
慢性心律失常	55
窦性心动过缓	55
病态窦房结综合征	56
房室传导阻滞	56
第五节 脑梗塞	61
脑栓塞	62
脑血栓形成	64
腔隙性梗塞	72
脑血管病的康复治疗	72
第六节 慢性支气管炎、阻塞性肺气肿和慢性肺源性心脏病	76
慢性支气管炎	76
慢性阻塞性肺气肿	82
慢性肺源性心脏病	84
第七节 肺 炎	96
第八节 支气管哮喘	99
第九节 胃炎和消化性溃疡	107
急性胃炎	107

慢性胃炎	110
消化性溃疡	112
附 胃肠道功能紊乱	123
第十节 脂肪肝	126
第十一节 肝硬化	127
第十二节 泌尿系统感染	138
第十三节 肾小球肾炎	144
急性肾小球肾炎	144
慢性肾小球肾炎	150
第十四节 糖尿病	154
糖尿病酮症酸中毒	167
高渗性非酮症糖尿病昏迷	170
第十五节 高脂血症和高脂蛋白血症	173
附 肥胖症	180
第十六节 甲状腺机能亢进	183
第十七节 类风湿性关节炎	188
第十八节 贫 血	194
缺铁性贫血	195
再生障碍性贫血	200
第十九节 精神疾病概述	204
精神障碍病因与分类	204
精神障碍的症状学	205
精神分裂症	212
情感性精神障碍	216
第二十节 临床心电图基础	219
正常心电图	236
心电图的临床应用	239
第二章 外科疾病	265
第一节 无菌术	265
无菌消毒的基本方法	266
常用备品的消毒灭菌	268
简易手术室及其无菌术	269
手术人员和病人的准备	271
手术中的无菌原则	273
敷料交换的无菌术	274
第二节 局部麻醉术	275
第三节 外科感染	277
疖	277
痈	278
急性蜂窝织炎	278

丹 毒	279
脓 肿	279
脓性指头炎	280
破伤风	280
气性坏疽	282
附 抗生素合理使用	283
第四节 急腹症	286
总 论	286
急性腹膜炎	289
急性阑尾炎	292
急性肠梗阻	294
粘连性肠梗阻	297
肠蛔虫堵塞	298
肠扭转	299
肠套叠	299
溃疡病穿孔	300
胆道蛔虫病	303
急性胆囊炎	304
急性梗阻性化脓性胆管炎	305
胆石症	306
急性胰腺炎	314
第五节 颈部肿块	321
单纯性甲状腺肿	322
甲状腺炎	323
甲状腺腺瘤	325
第六节 乳房疾病	326
乳房肿块	326
乳房疼痛	327
乳头溢液	329
急性乳腺炎	331
乳房良性肿瘤	332
乳 癌	333
第七节 急性尿潴留	336
第八节 尿石症	337
肾、输尿管结石	337
膀胱结石	339
尿道结石	340
第九节 前列腺增生（见《社区重点人群保健》）	340
第十节 颈肩、腰腿痛	340
颈肩痛	340

颈椎病	343
腰腿痛	349
腰椎间盘突出症	351
附 骨、关节疼痛与运动障碍的诊断思路	356
第十一节 原发性支气管肺癌	358
第十二节 胃 癌	362
第十三节 原发性肝癌	364
第十四节 常见肿瘤的流行病学	366
肿瘤危险因素	369
肿瘤的预防策略和措施	371
第十五节 胸部损伤	374
肋骨骨折	374
气 胸	376
血 胸	377
第十六节 颅脑损伤	379
头皮损伤	379
颅骨损伤	380
闭合性脑损伤	381
开放性颅脑损伤	383
第十七节 腹部损伤	385
脾破裂	386
肝破裂	386
小肠损伤	387
结肠损伤	387
第十八节 骨折与脱位	388
常见四肢骨折	391
脊柱骨折	398
骨盆骨折	399
第十九节 手术后康复指导	401
腹部手术后的康复	401
骨折后的康复	401
第二十节 烧 伤	403
化学烧伤	409
第三章 口腔科疾病	411
第一节 牙 痛	411
龋 病	411
牙髓炎	414
根尖周病	415
牙龈病与牙周病	416
智齿冠周炎	418

第二节 牙颌畸形	420
第三节 口腔溃疡	421
疱疹性口炎	421
复发性口疮	422
口腔扁平苔藓	424
念珠菌性口炎	425
第四章 眼科疾病	427
第一节 眼解剖结构	427
眼球、视路的解剖与生理	427
眼附属器的解剖与生理	430
眼的血液供应与神经支配	432
第二节 眼科常用检查法	433
第三节 麦粒肿	435
第四节 霰粒肿	435
第五节 结膜炎	436
第六节 沙 眼	438
第七节 角膜炎	441
第八节 急性虹膜睫状体炎	443
第九节 急性充血性青光眼	445
第十节 白内障	447
第十一节 眼的屈光不正和调节及斜视	450
远视眼	450
近视眼	451
散 光	453
老 视	457
斜 视	457
弱 视	458
第十二节 眼外伤	458
眼球表面异物伤	459
眼睑外伤	460
眼挫伤	460
眼球贯通伤	462
眼化学伤	463
电光性眼炎	465
第十三节 全身疾病眼部病症	465
高血压性视网膜病变	466
糖尿病性视网膜病变	467
第五章 耳鼻咽喉疾病	469
第一节 耳、鼻、咽、喉检查方法	469
基本设备与检查体位	469

鼻部检查法	469
咽部检查法	471
喉部检查法	472
耳部检查法	474
第二节 鼻 塞	476
鼻 炎	476
鼻窦炎	482
第三节 鼻出血	487
第四节 鼻咽癌	490
第五节 咽喉疼痛	491
慢性咽炎	491
急性扁桃体炎	492
慢性扁桃体炎	493
扁桃体周围脓肿	495
第六节 喉 炎	496
急性喉炎	496
慢性喉炎	497
第七节 中耳炎	499
分泌性中耳炎	499
急性化脓性中耳炎	501
附 婴幼儿急性化脓性中耳炎	503
慢性化脓性中耳炎	504
化脓性中耳炎及乳突炎的并发症	506
第八节 鼻外伤	511
第九节 喉外伤	513
第六章 皮肤科疾病	515
第一节 接触性皮炎	515
第二节 湿 疹	516
第三节 荨麻疹	517
第四节 丘疹性荨麻疹	519
第五节 寻常性痤疮	520
第六节 药 疹	521
第七节 银屑病	523
第八节 红斑狼疮	525
第九节 真菌引起的疾病	529
头 癣	529
体癣和股癣	530
手癣和足癣	531
甲 癣	532
念珠菌病	533

第十节 带状疱疹	534
第十一节 寻常性脓疱疮	535
第十二节 性传播疾病	536
性传播疾病流行因素	539
艾滋病流行性特征	540
淋病	541
梅毒	543
尖锐湿疣	545
性传播疾病的预防	546
第十三节 外用药物治疗法	548
第七章 传染病	552
第一节 流行性出血热	552
第二节 病毒性肝炎	556
第三节 艾滋病	570
第四节 流行性脑脊髓膜炎	571
第五节 细菌性痢疾	574
第六节 肺结核	579
第七节 伤寒	589
第八节 阿米巴病	595
第九节 霍乱	601
第十节 传染病防治法律制度与法定传染病、性病报告卡的填写	607
第八章 急症急救	614
第一节 昏迷	614
第二节 脑出血	615
第三节 咯血	620
第四节 呕血	622
第五节 呼吸困难	625
第六节 急性心力衰竭	628
第七节 急性呼吸衰竭	630
第八节 急性呼吸窘迫综合征	632
第九节 自发性气胸	633
第十节 心绞痛(见第一章内科疾病)	636
第十一节 急性心肌梗塞(见第一章内科疾病)	636
第十二节 心肺复苏	636
第十三节 休克	644
失血性休克	650
创伤性休克	651
感染性休克	652
心源性休克	652
过敏性休克	653

第十四节 急性肾功能衰竭	654
第十五节 癫痫持续状态	658
第十六节 中毒	662
急性一氧化碳中毒	665
急性有机磷农药中毒	667
急性镇静催眠药物中毒	669
急性除草剂中毒	671
急性灭鼠剂中毒	672
急性毒蕈中毒	674
急性细菌性食物中毒	675
第十七节 创伤（见第二章外科疾病）	677
第十八节 烧伤（见第二章外科疾病）	677
附录一：临床检验正常值	678
《临床常见问题及处理》教学大纲	684

第一章 内科疾病

第一节 高 血 压

原发性高血压亦称为高血压病，其病因尚不完全明确，高血压病主要病理变化是全身细小动脉初期痉挛，而后期发生硬化，并合并心、脑、肾的损害；临床上以血压增高为主要表现的全身疾病。

血压判断的标准：①成年人正常动脉收缩压（SBP） $\leq 18.6\text{kPa}$ （140mmHg），舒张压（DBP） $\leq 12.0\text{kPa}$ （90mmHg）；②成年人高血压的诊断标准是：收缩压 $\geq 21.3\text{kPa}$ （160mmHg）和（或）舒张压 $\geq 12.6\text{kPa}$ （95mmHg）；③临界高血压：收缩压在 21.2 ~ 18.8 kPa（159 ~ 141mmHg）；舒张压在 12.5 ~ 12.1kPa（94 ~ 91mmHg）。

高血压的病因不明者，称为原发性高血压，占高血压的 95%。有 5% 的高血压是某些疾病的一种表现，称为继发性高血压，又称症状性高血压。

高血压病是我国最常见的心血管疾病，也是最大的流行病，根据 1979 ~ 1980 年高血压的抽样调查结果，高血压的患病率为 4.85%，临界高血压的患病率为 2.88%，总患病率为 7.73%；1991 年抽样调查结果，高血压的患病率为 11.8%，其中已确诊的 6.62%，临界高血压为 5.26%，可见我国患病率有逐年增加趋势，但仍然低于欧美国家（>20%）。高血压病流行病学调查显示有如下特点：①城市发病率高于农村，据统计约差 2.5 倍；②北方地区发病率高于南方地区；③东部地区高于西部地区；④患病率有随年龄增高的趋势；⑤女性在绝经期前患病率低于男性；绝经期后高于男性；⑥高血压病还与下列因素有关：嗜盐、肥胖、吸烟、职业与环境因素有关。

【病因】

高血压病的病因尚未完全明确，可能与下列因素有关：①生物学因素：如遗传因素，有高血压病家族史者的发病率明显高于无高血压家族史者，因此，要详细调查家庭疾病谱；②社会因素：包括环境因素，如自然环境的污染；社会政治环境的动乱、战争，高血压病的发病率明显增高；社会经济环境的衰败，经济危急、失业等都导致高血压病的发病率增高；家庭环境因素，随着家庭类型的不同或家庭的不同阶段，会出现各种矛盾，如家庭成员之间关系紧张、丧偶、离婚等刺激，易引起高血压病；③职业与行为与生活方式因素：如脑力劳动患病率明显高于体力劳动者，尤其是长期从事较紧张、精力高度集中而又缺少体力活动的久坐职业，如司机、电报员、高空作业、会计发病率明显增高；不良的个人行为，如吸烟、酗酒，还有嗜盐、高脂饮食、营养过剩引起的肥胖以及起居无规律，夜生活过久，不按时起床，又缺乏晨间体育锻炼等不良的生活方式；④心理因素：如性格急躁、进取心和竞争性强、自己为成就而奋斗的 A 型性格，频繁的生活事件刺激（失业、丧偶、离婚、严重创伤等）、应激能力差、适应能力不强，以及人际关系的紧张均可引起长期焦虑、忧郁或恐怖可引起高血压。

【发病机理】

高血压病的发病机理至今尚不十分清楚，目前认为是在各种因素影响下，致使血压的调节功能失调而产生。其主要学说有：①肾源学说：即肾素-血管紧张素系统，当肾灌注减少，或肾小管钠浓度降低时引起肾素的释放，促使肝脏产生的血管紧张素原变成血管紧张素Ⅰ，在肺转化酶作用下，变为血管紧张素Ⅱ使小动脉平滑肌收缩；并使交感神经冲动发出增加，同时使醛固酮分泌增加，使钠水潴留血压升高。引起肾素分泌和释放的因素还有运动、低钠摄入、直立位、血容量减低、失钠、低钾、利尿剂等。可临床实践证实只有15%的高血压病者肾素活性增高；因此，近年研究认为除循环系统的肾素-血管紧张素系统外，组织局部也有分泌肾素作用，使心血管系统中的血管平滑肌细胞增殖、心肌细胞肥厚，引起血管壁增厚，血管阻力加大，左室肥厚。在高血压病的发生和发展中占有十分重要地位；②精神神经学说：反复过度紧张、精神刺激、焦急、忧虑等情绪波动，致使大脑皮层兴奋与抑制失调，皮层下血管舒缩中枢功能失调，肾上腺能神经性兴奋增强，释放去甲肾上腺素，使外周血管阻力增高和血压上升，在此过程中肾上腺髓质释放肾上腺素增多，促使血压进一步升高；③血管内皮功能失调 内皮细胞生成舒张物质（前列环素、内皮依赖舒张因子），同时也生成收缩物质（内皮素、血管收缩因子、血管紧张素Ⅱ），在正常情况下，舒张因子与收缩因子作用保持一定的平衡。近年来大量研究证实，内皮依赖舒张因子实际上为一氧化氮（NO），NO可激活平滑肌细胞内的鸟苷酸环化酶，使环化鸟苷酸增加，引起平滑肌舒张。缓激肽可使内皮细胞释放NO增加，用肺转化酶抑制剂不仅使血管紧张素Ⅱ减少，还使缓激肽灭活减少，从而增加NO的生成，可增强扩血管效应。内皮素的3种异构体中，内皮素-I是内皮细胞生成的惟一内皮素，内皮素-I的生成受到一些物质的调控，其中前列环素和NO可减少内皮素-I的生成，正常情况下血循环中内皮素-I的浓度很低。高血压时，NO生成减少，而内皮素-I增加，血管平滑肌细胞对舒张因子的反应减弱而对收缩因子反应增加；④胰岛素抵抗：临床上发现高血压常与向心性肥胖、血脂异常（血甘油三酯、LDL-胆固醇增高、HDL-胆固醇降低）、葡萄糖代谢异常（糖耐量减低、非胰岛素依赖型糖尿病）并存，患者空腹和（或）葡萄糖负荷时血胰岛素浓度增高，这些征象被称为“X综合征”或“胰岛素抵抗综合征”，胰岛素抵抗是该综合征的共同基础，是由遗传因素和环境因素（热量摄入过多）造成。它使外周组织（骨骼肌）的葡萄糖摄取受阻，影响糖原合成，引起胰岛素代偿性分泌增多，导致胰岛素浓度增高。高胰岛素血症引起高血压的机制：肾小管钠再吸收增加，交感神经活性增高，调节离子转运的 $\text{Na}^+ - \text{K}^+ - \text{ATP}$ 酶活性降低、 $\text{Ca}^{2+} - \text{ATP}$ 酶活性降低、生长因子作用等。

高血压病的病理改变有：①早期全身细、小动脉痉挛；②进展期：痉挛日久管壁缺氧，呈透明样变性。小动脉压力持续增高时，内膜纤维组织和弹力纤维增生，管腔变窄，加重缺血，进而细小动脉硬化和血压升高；③各脏器继发性改变：小动脉硬化和血压增高后左室负荷加重，心肌肥厚与扩大，还可出现心力衰竭，持久的高血压可合并冠状动脉粥样硬化。脑小动脉硬化常见。脑血管痉挛或血栓形成，造成脑软化，痉挛处远端血管壁可发生营养性坏死而形成微动脉瘤，易破裂出血。普遍而急剧的脑小动脉痉挛与硬化使毛细血管壁缺血、通透性增高，致急性脑水肿。肾细小动脉硬化，可引起肾单位萎缩、消失，还可引起肾功能衰竭。

【临床表现】

（一）症状不明显期（早期）

原发性高血压起病缓慢，早期多无症状，此期全科医生的工作重点是全面掌握完整背景、社区内高血压病的发病率以及危险因素（肥胖、少运动、高血脂、糖尿病、高盐饮食、吸烟、酗酒、社会心理因素等）的评价，对高危人群实施有计划的监测血压，以便早期发现。

(二) 症状明显期

1. 症状 头晕、头痛、眼花、耳鸣、失眠、乏力，有时心前区不适，甚至绞痛，或因早搏引起心悸。症状与血压水平未必一致。

2. 体征 主动脉瓣第二音亢进，年龄大者可呈金属音，可有第四心音，主动脉瓣收缩早期喷射音。心左侧浊音第四、五肋间向左下扩大（左室肥厚）。

(三) 并发症

随病程进展，血压持久升高，有心、脑、肾等器官损害的表现，主要分为血压升高的直接作用和加速的动脉粥样硬化有关的表现，见表 1-1。

表 1-1 高血压病的并发症

靶器官	与高血压直接作用有关	与加速的动脉粥样硬化有关
心脏	心力衰竭	心绞痛、心肌梗塞
脑	脑溢血	短暂性缺血发作
脑血栓形成		脑病
肾	肾细小动脉硬化	肾血管病
	肾功能衰竭	(加重高血压)
动脉	主动脉夹层分离	阻塞性病变

其中在我国以心脑血管并发症最为常见，是心肌梗塞的 5 倍左右。眼底改变可以反映高血压的严重程度。眼底分级法：① I 级，视网膜动脉变细；② II 级，视网膜动脉狭窄，动静脉交叉压迫；③ III 级，眼底出血或渗出；④ IV 级，出血或渗出伴视神经乳头水肿。

(四) 分类、分期

1. 按血压水平分类 过去是按舒张压水平分类，目前已注意到收缩压升高的重要性。提出纯收缩期性高血压，即收缩压升高而舒张压低于 12.0kPa (90mmHg)。将临界高血压和临界收缩期性高血压分别列为轻度高血压和纯收缩期性高血压亚型。轻度高血压占高血压患者总数 70%。具体分类为：

(1) 轻度高血压 包括：①收缩压 18.7 ~ 24kPa (140 ~ 180mmHg)，和（或）舒张压 12.0 ~ 14.0kPa (90 ~ 105mmHg)。②轻度高血压的亚型：临界高血压，其收缩压在 21.2 ~ 18.8kPa (159 ~ 141mmHg) 和（或）舒张压在 12.5 ~ 12.1kPa (94 ~ 91mmHg)；纯收缩期高血压，其收缩压 $\geq$ 21.3kPa (160mmHg) 和舒张压 < 12.0kPa (90mmHg)；临界收缩期高血压，其收缩压在 18.7 ~ 21.3kPa (140 ~ 160mmHg) 和舒张压 < 12.0kPa (90mmHg)。

(2) 中重度高血压 其收缩压 $\geq$ 24kPa (180mmHg) 和（或）舒张压 $\geq$ 14kPa (105mmHg)。

2. 按靶器官损害程度分为 3 期 分期与既往不同，新的分期中列出了超声技术或 X 线检出的动脉粥样硬化斑块，特别是颈动脉处的斑块，可预测患者较容易发生脑卒中同时有冠状动脉病变的可能性也较大。具体分期方法是：

(1) 一期 无心、脑、肾、血管受损的客观表现。

(2) 二期 至少有一项器官损害表现：①左心室肥厚（X 线、心电图、超声）；②视网膜动脉变窄；③尿蛋白和（或）血肌酐轻度升高（106 ~ 177mmol/L）；④超声或 X 线有动脉