

慢病社区综合防治系列丛书



高血压社区综合防治方案

中国疾病预防控制中心
慢性非传染性疾病预防控制中心 编

中国协和医科大学出版社

慢病社区综合防治系列丛书

高血压社区综合防治方案

中国疾病预防控制中心
慢性非传染性疾病预防控制中心 编

中国协和医科大学出版社

图书在版编目(CIP)数据

慢病社区综合防治系列丛书——高血压社区综合防治方案/中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心编

—北京:中国协和医科大学出版社, 2006. 3

ISBN 7-81072-777-X

I. 慢… II. 中… III. 高血压—防治

IV. R442.9

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2006)第 045652 号

慢病社区综合防治系列丛书 高血压社区综合防治方案

编 者: 中国疾病预防控制中心
慢性非传染性疾病预防控制中心

责任编辑: 胡永洁 段江娟

封面设计: 七星工作室

版式设计: 吴 华

出版发行: 中国协和医科大学出版社

(北京东单三条九号 邮编 100730) 电话 62560378

经 销: 新华书店总店北京发行所

印 刷: 廊坊市海图印刷厂

开 本: 787mm×1092mm 1/16 开

印 张: 4.5

字 数: 49 千字

版 次: 2006 年 5 月第 1 版 2006 年 5 月第 1 次印刷

印 数: 1—5000

定 价: 10.00 元

ISBN 7-81072-777-X/R·770

编委名单

顾 问:

- 孔灵芝 卫生部疾病预防控制局
姚崇华 首都医科大学附属北京安贞医院
郭冀珍 上海交通大学医学院附属瑞金医院

主 编:

- 吴 凡 中国疾病预防控制中心
慢性非传染性疾病预防控制中心

副 主 编:

- 卢 伟 上海市疾病预防控制中心
王文绢 中国疾病预防控制中心
慢性非传染性疾病预防控制中心

编 委:

- 李新建 上海市疾病预防控制中心
白雅敏 中国疾病预防控制中心
慢性非传染性疾病预防控制中心
陈 波 中国疾病预防控制中心
慢性非传染性疾病预防控制中心
马吉祥 山东省疾病预防控制中心

前言

随着我国疾病谱和死亡谱的变化、人口老龄化、生活行为的改变,慢性非传染性疾病迅速上升,已成为我国重要的公共卫生问题,其中高血压、糖尿病等慢性非传染性疾病已经成为影响我国居民健康的重大疾病之一。

2002年中国居民营养与健康状况调查显示,18岁以上居民高血压患病率为18.8%、糖尿病患病率为2.60%,与1991年相比,15岁以上人群高血压患病率增长了31%,大城市20岁以上人群糖尿病患病率由1996年的4.58%上升到6.37%,中小城市由3.37%上升到3.89%。目前我国有高血压患者1.6亿,糖尿病患者2000万,糖耐量受损者2000万。与此同时,高血压的知晓率为30.2%、治疗率为24.7%、控制率为6.1%,糖尿病的情况与此相似,处于较低水平,由此导致严重的心脑血管、肾、眼、血管、神经病变等并发症、伤残和死亡。然而,国内外成功经验表明,控制血压可以降低和延缓心肌梗死、脑卒中等心脑血管疾病的发生,控制血糖可以降低和延缓糖尿病肾病、眼病和死亡,是重要的有效防治手段。

从1997年开始,我国逐步开展了以高血压、糖尿病为主的慢病社区综合防治探索工作,并取得了不少成绩。实践证明,开展社区人群综合防治是符合我国国情、具有较好成本效益的防治策略。但我国以往制

定的相关防治指南主要以临床应用为主,缺少适合社区应用的针对性强、操作性好的社区防治方案和技术指南类技术文件。

因此,中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心计划通过几年的努力,结合我国慢病社区综合防治实践的需要,组织专家撰写并出版《慢病社区综合防治系列丛书》,内容包括高血压社区综合防治方案、糖尿病社区综合防治方案、慢病社区综合防治分类指导工作要求、患者自我管理手册,以及相关培训教材等。丛书的使用对象是社区卫生服务机构、疾病预防控制机构、综合医院从事慢病社区综合防治的医务人员及卫生行政部门的管理人员,希望丛书的出版能够为开展相应工作提供参考。

为了规范开展高血压社区综合防治实践,为社区高血压防治人员提供指导和参考,2004年6月,我们组织上海、山东等开展社区高血压防治有一定工作经验的省市疾病预防控制机构专家,讨论并编写出《慢病社区综合防治示范点高血压防治方案》的大纲及初稿,在此基础上,经过多轮专家论证、修改和完善,并吸纳了全国范围内各级疾控中心和部分慢病综合防治示范点的意见,完成了《慢病社区综合防治系列丛书——高血压社区综合防治方案》(简称《高血压社区综合防治方案》)。

《高血压社区综合防治方案》的编写立足于既能兼顾全国不同地区需要,又能符合社区卫生服务机构基本服务的特点,并对社区开展高血压综合防治提出了基本工作目标。

《高血压社区综合防治方案》的编写得到了卫生部疾控司(现为卫生部疾控局)领导的大力支持和上海市疾控中心的通力合作,在此表示感谢;同时感谢深圳市慢性病防治院彭绩主任医师和广东省疾控中心张玉润副主任给我们提供的宝贵经验。上海瑞金医院高血压研究所唐树德教授、王崇行教授,湖北省疾控中心慢病所李阳科长,杭州市疾控中心慢病所刘庆敏所长,北京市西城区疾控中心冯春荣科长等同志在论证时提出了宝贵建议,贵州省疾控中心李凌同志和

上海市闸北区疾控中心熊建菁同志在《高血压社区综合防治方案》排版过程中付出了辛勤劳动,在此一并表示由衷的感谢!

由于我们经验有限,《高血压社区综合防治方案》难免存在不足和缺点,敬请各方面专家、医务人员和疾控工作者在使用过程中及时反馈大家的意见和建议,以便我们及时组织修订,使《高血压社区综合防治方案》不断得到完善。

编 者

二〇〇六年一月

目 录

第一章	目的和目标	1
第二章	组织机构与职责	3
第三章	患者的发现和登记	6
第四章	患者的随访管理和转诊	8
第五章	高血压诊断、分级和危险分层	14
第六章	非药物干预	17
第七章	药物治疗	20
第八章	患者的自我管理及其支持	22
第九章	社区人群健康教育	25
第十章	高危人群健康指导与干预	27
第十一章	培训	29
第十二章	督导与考核	31
第十三章	评估	34

附 录

1. 社区高血压患者管理卡(首页)	36
2. 社区高血压患者管理卡(随访记录单)	38
3. 按危险分层量化估计预后	39
4. 社区高血压患者转诊单	

(社区→综合医院)	40
5. 综合医院高血压患者转诊单	
(综合医院→社区)	42
6. 血压测量标准方法	43
7. 高血压患者预后的影响因素表	46
8. 主要降压药物选用的临床参考	47
9. 高血压常用降压药物	48
10. 特殊人群的高血压治疗	51
11. 高血压患者自我管理记录表	54
12. 评价指标及其计算公式	56
13. 社区高血压患者管理流程图	59
14. 不同身高、体重者 BMI 值及超重和肥胖	
分类图(按推荐的我国标准)	60
15. 高血压患者管理常用指标	62

第一章 目的和目标

高血压社区综合防治工作应该在当地政府领导下,由卫生行政部门组织协调,各级疾病预防控制机构实施管理和评价,综合医院、健康教育机构提供技术指导和培训,社区卫生服务机构(乡镇卫生院)充分利用社区资源,掌握社区高血压及其相关危险因素流行情况,按照本方案的技术要求,落实社区高血压预防和控制工作。

一、目的

1. 加强社区高血压的三级预防工作,提高人群健康意识,改变不健康生活方式,降低危险因素水平,创造社区支持性环境。

2. 通过明确高血压社区综合防治的具体措施,规范社区高血压防治工作,为社区人群提供连续、综合、价格低廉、方便可及的高血压防治服务,降低医疗费用上升的趋势,评价防治效果。

3. 探索以社区卫生服务为基础,从群体防治着眼,个体服务入手,采取社区一般人群健康教育、个体化患者管理和高危人群健康生活指导与干预为主要手段的高血压防治模式,建立科学、规范、系统的高血压防治体系。

4. 建立当地政府和卫生行政部门领导,卫生行政部门组织协调;疾病预防控制机构管理与评价;综合医院协助确诊、制定个体化治疗方案,提供技术支持;社区卫生服务机构实施干预与随访管理,形成社区卫生服务机构与综合医院一体化管理的高血压防治机制。

5. 健全社区高血压防治队伍,规范综合医院、社区卫生服务机构、疾病预防控制机构医务人员高血压防治行为,加强能力建设,提高我国高血压防治水平,预防和控制高血压及其并发症,提

高社区高血压患者生活质量。

二、目标

1. 加强社区健康教育和健康促进,普及全人群高血压的防治知识,提高人群的健康意识,控制行为危险因素。

2. 利用各种方式,早期发现高血压患者,提高高血压的早诊早治率。

3. 加强社区高血压患者的随访管理,提高高血压患者的规范管理率和控制率,提高高血压患者自我管理的知识和技能,减少或延缓心血管事件等并发症的发生。

4. 识别高血压高危人群,针对其危险因素进行健康指导与干预,减少或延缓高血压的发生。

5. 加强社区高血压预防控制的能力建设,提高医务人员高血压防治的理论和技能,完善高血压社区综合防治的模式。

第二章 组织机构与职责

在全国高血压社区综合防治实践中,强化政府在社区卫生服务中的职责,由当地政府领导,卫生行政部门组织协调,疾病预防控制机构实施管理和评价,与医疗机构联合社保、民政、教育、新闻媒体等相关部门共同参与与协作。

一、卫生行政部门

领导、组织和协调社区高血压的防治工作,发展和制定有效的政策,积极开展多部门的合作,落实相关资源的保障措施。将高血压防治工作纳入社区卫生服务工作的考核内容,评价和发布高血压防治的工作计划和技术方案。

二、疾病预防控制机构

(一)省疾病预防控制机构

1. 组织制定本省高血压社区综合防治工作计划和技术方案。
2. 对市(地区)疾病预防控制机构进行业务指导和培训。
3. 在卫生行政部门的组织领导下,负责组织全省社区高血压防治工作的实施,并进行质量控制、督导、考核及评估。
4. 及时收集、整理、分析本省高血压防治工作实施情况,研究防治策略,为制定相关政策提供依据。

(二)市(地区)疾病预防控制机构

1. 负责本市(地区)的高血压社区综合防治工作,根据全省计划安排,制定本市(地区)年度工作计划并组织实施。
2. 对区(县)疾病预防控制机构进行业务指导和培训。
3. 负责全市(地区)高血压社区综合防治工作的实施,并进行质量控制、督导、考核及评估。

4. 及时收集、整理、分析本市(地区)高血压防治工作实施情况,研究防治策略,为制定相关政策提供依据。

(三)区(县)疾病预防控制机构

1. 负责本区(县)的高血压社区综合防治工作,根据全市计划安排,制定本区(县)年度工作计划并组织实施。

2. 对社区卫生服务机构(乡镇卫生院)进行业务指导和培训,为社区提供适宜的防治方法和技术。

3. 掌握社区高血压及相关疾病、危险因素分布状况及趋势,及时与相关部门进行信息沟通,制定或调整高血压防治策略。

4. 对辖区内社区高血压防治工作进行质量控制、督导、考核及评估。

5. 收集、整理和分析本区(县)高血压防治工作实施情况,发现问题及时反馈,及时调整防治方案,协调解决防治方案执行过程中的具体问题。

三、社区卫生服务机构(乡镇卫生院)

负责组织实施社区高血压患者的筛查、诊断、登记、治疗、随访管理和转诊等。

1. 掌握社区高血压及相关疾病、危险因素分布的基本情况,根据全区(县)计划安排,制定并落实本社区高血压防治的实施方案。

2. 开展社区人群健康教育,为社区人群提供控制高血压危险因素的知识 and 技能,促进社区人群普遍掌握高血压防治知识、转变对高血压防治的态度和形成良好的行为习惯。

3. 通过对 35 岁以上首诊患者测量血压、建立居民健康档案和组织社区居民健康检查等方式检出社区高血压患者。

4. 建立高血压患者管理信息库,对高血压患者进行分级和危险因素分层,同时对病情及管理效果进行评估。

5. 对高血压患者实施分级分层随访管理,并为患者开具健康

处方。

6. 督促高血压患者规律服药及采取合理膳食、运动等非药物治疗措施,密切注意患者病情发展和药物治疗可能出现的副作用,发现异常情况及时向患者预警,督促患者到医院进一步治疗。

7. 早期发现高血压患者的危急和疑难情况,并及时转到上级医院进行救治。

8. 对社区高血压防治工作进行质量控制和效果评价。

四、综合医院

1. 贯彻 35 岁以上人群首诊测血压制度,加强医疗机构机会性筛查的管理,为检出的高血压患者制定个体化的治疗方案。

2. 接受社区卫生服务机构(乡镇卫生院)转来的急症或疑难重症的高血压患者的诊断和救治,并将已确诊和病情平稳的患者转回到社区,进行规范化的社区管理。

3. 为社区卫生服务机构(乡镇卫生院)提供医务人员的技术指导与培训。

4. 与疾病预防控制机构和社区卫生服务机构协调开展工作。

五、健康教育部门

1. 为开展社区高血压防治的组织机构及人员提供健康教育和健康促进理论、技能的培训与技术指导。

2. 探索社区高血压防治健康教育的方法,并研究、开发及制作健康教育材料。

3. 组织开展高血压防治的健康教育与健康促进活动。

4. 为社区人群提供高血压防治知识和技能的指导。

第三章 患者的发现和登记

一、目的

早诊断、早治疗和及早管理高血压患者,尽早通过行为干预及药物治疗预防和控制高血压,最大限度地减少或延缓高血压并发症的发生,降低高血压的危害程度。

二、发现渠道

(一)机会性筛查

1. 就医 医生在诊疗过程中,通过血压测量发现或确诊高血压患者。

2. 社区血压测量点 如在药店、医院、社区居委会等场所设置血压测量点,提供环境支持,增加检出的机会。

(二)重点人群筛查

1. 35 岁以上患者首诊测量血压 各医疗机构(包括社区卫生服务机构)门诊对首次就诊的 35 岁以上患者测量血压,以早期发现高血压患者。

2. 高危人群筛查 除非有条件开展进一步的高血压患者干预和管理,否则不提倡单纯为获得高血压患病率而进行高危人群筛查。建议有条件的社区,可选择在 35 岁以上成人中开展筛查,对于检出的高血压患者应进行登记和随访。

(三)人群健康档案的建立

通过建立人群健康档案时的血压测量和询问,发现高血压患者。

(四)健康体检

定期或不定期的从业人员健康体检,单位组织健康检查时检

出高血压患者,特别是无症状高血压患者。

(五)收集社区内已确诊患者信息

利用家庭访视等机会,收集不在社区卫生服务机构确诊的高血压患者信息。

三、登记

(一)对象

对确诊的高血压患者,应及时建立“社区高血压患者管理卡(首页)”(附录1)。有条件的地区建立高血压计算机数据库。

(二)内容(可选择)

1. 基本信息 姓名、性别、年龄、婚姻等一般人口学特征;联系方式和主要医疗费用支付方式等。

2. 病史 现病史、家族史、既往史、用药情况、生活行为(饮食、运动、吸烟、饮酒等)等。

3. 体检 测量身高、体重、腰围、臀围;心血管系统检查:血压、心率、心脏大小、有无杂音及外周动脉情况;肺部检查:肺部干湿啰音;腹部检查:腹部血管杂音、肿块及肝脏增大;神经系统检查:神经系统损害等。

4. 辅助检查 血脂、空腹血糖、血常规、尿常规、心电图、超声心动图、眼底检查、肝、肾功能等(也可从患者最近病史记录中摘录信息)。

5. 诊断和治疗情况 诊断和高血压分级,饮食、运动、药物处方和随访管理计划。

第四章 患者的随访管理和转诊

一、目的

1. 监测血压、其他危险因素以及并存相关疾病的变化。
2. 评估治疗效果,及时调整治疗方案,规范治疗,提高患者对治疗的依从性,使血压稳定维持在目标水平以下。
3. 有效控制血压水平,减少或延缓并发症的发生,降低高血压及其并发症的发病率、致残率和死亡率,提高患者生命质量,延长寿命。
4. 合理利用卫生资源,充分发挥各级综合性医院和社区卫生服务机构各自的优势,使不同情况的高血压患者既可得到有效的治疗和照顾,又能减轻就医负担。

二、患者随访管理

(一)原则

1. 社区医师在首次随访时,应根据患者血压级别和其他危险因素对患者进行危险分层。
2. 根据高血压患者危险分层情况,实行分级随访和管理;如果由于条件限制或信息缺乏而不能实施危险分层,可按照血压情况分级。
3. 社区医师在首次随访时,应根据患者的临床评估和管理级别,为高血压患者制定个体化随访管理方案。
4. 对于每一例登记管理的高血压患者,应建立“社区高血压患者管理卡(首页)”(附录1),由社区医师在首次随访患者时负责认真填写。
5. 社区医师在随访时,应监测患者的血压、各种危险因素和