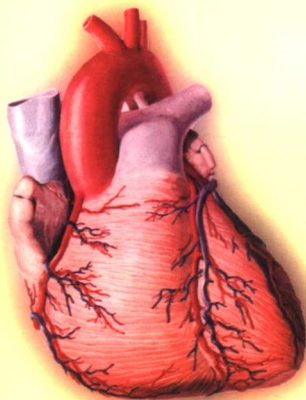


卫生部心血管病防治研究中心
高血压联盟(中国)

高血压 社区防治手册

主审/刘力生

主编/王文 姚崇华



中国协和医科大学出版社

卫生部心血管病防治研究中心
高血压联盟（中国）

高 血 压

社区防治手册

（试行稿）

主 审 刘力生
主 编 王 文 姚崇华
副主编 朱曼路 陈伟伟 王增武

编 委 唐新华 马淑平 晋学庆
张亮清 初少莉 袁 洪
李南方 周晓芳 路方红

中国协和医科大学出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

高血压社区防治手册 / 王文, 姚崇华主编. —北京: 中国协和医科大学出版社, 2007. 1

ISBN 978 - 7 - 81072 - 864 - 5

I. 高… II. ①王… ②姚… III. 高血压 - 防治 - 手册 IV. R544.1 - 62

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2006) 第 147999 号

高血压社区防治手册

主 编: 王 文 姚崇华

责任编辑: 李春宇

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 65260378)

网 址: www.pumcp.com

经 销: 新华书店总店北京发行所

印 刷: 北京丽源印刷厂

开 本: 787 × 1092 毫米 1/32

印 张: 1.5

字 数: 26 千字

版 次: 2007 年 1 月第一版 2007 年 1 月第一次印刷

印 数: 1—10 000

定 价: 5.00 元

ISBN 978 - 7 - 81072 - 864 - 5/R · 857

(凡购本书, 如有缺页、倒页、脱页及其他质量问题, 由本社发行部调换)

主要编撰人员

刘力生	中国医学科学院阜外心血管病医院	教授
	世界高血压联盟代主席, 高血压联盟(中国)	主席
王 文	中国医学科学院阜外心血管病医院	教授
姚崇华	首都医科大学安贞医院	教授
朱曼路	中国医学科学院阜外心血管病医院	教授
陈伟伟	卫生部心血管病防治研究中心	教授
王增武	卫生部心血管病防治研究中心	博士
唐新华	浙江省心脑血管病防治研究中心	教授
马淑平	河北省人民医院	教授
初少莉	上海高血压研究所	教授
晋学庆	福建医科大学附属第一医院	教授
李南方	新疆维吾尔自治区人民医院	教授
袁 洪	中南大学湘雅第三医院	教授
张亮清	山西省心血管病医院	教授
周晓芳	四川省人民医院	教授
路方红	山东省医学科学院心血管病研究所	教授

手 册 要 点

1. 社区健康教育

- (1) 减少高血压的危险因素
- (2) 倡导“合理膳食、戒烟限酒、适量运动、心理平衡”的健康生活方式。

2. 社区高血压的检出和评估

- (1) 血压测量标准化
- (2) 利用各种机会和方式测量血压，收缩压 ≥ 140 和/或舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ ，需进一步检查评估。
- (3) 按危险分层决定治疗措施。

3. 社区高血压的治疗

- (1) 坚持长期非药物治疗，主要是改变不良生活方式。
- (2) 坚持长期规范化药物治疗，常用 5 大类降压药均可选用。
- (3) 高血压治疗根本目的是通过降低血压而最大限度地减少心脑血管疾病的发生危险。

4. 社区高血压的管理和考核

- (1) 高血压分级管理
- (2) 重点提高高血压的管理率及血压控制率。

前 言

据 2002 年全国居民营养和健康状况调查,我国成人高血压患病率为 18.8%,比 1991 年增加 31%,估计全国有高血压病人 1.6 亿人。但人群高血压的知晓率、治疗率和控制率却很低,仅分别为 30%,25% 和 6%。众所周知,高血压是脑卒中、冠心病、心力衰竭及肾脏病的主要危险因素。大量临床研究表明,积极控制高血压,可预防脑卒中及冠心病等事件的发生。

为提高我国人群高血压的治疗率和控制率,进一步遏制脑卒中及心脏病的增长态势,卫生部疾病控制局领导的《全国高血压社区规范化管理》项目,由卫生部心血管病防治研究中心组织实施。计划在 5 年左右时间对全国 100 个县、市、区分期、分批培训 20000 名社区医生,主要进行规范化治疗及管理的培训。受培训医生每人至少管理 50 名社区高血压患者,总计管理 100 万高血压患者。

为促进高血压的社区防治工作,为规范社区医生的高血压防治培训而编写本手册。本手册编写主要依据《中国高血压防治指南》(2005 年修订版)的基本原则和精神,并参考了中国疾病预防控制中心、北京市、浙江省及有关单位的高血压社区管理规范,还征求了有关社区高血压防治专家的意见和建议,是集思广益的结晶。

全书包括高血压的预防、社区健康教育，高血压的检出、诊断、评估、治疗、分级管理、特殊人群的处理、社区高血压防治的考核等内容。此书主要为卫生部《全国高血压社区规范化管理》项目培训的基层医生使用，也可为社区高血压防治提供参考。

我国各地经济发展不平衡，社区卫生设施条件及社区医生水平也不一致，各地应根据当地实际情况，探索切合实际的社区高血压防治管理模式和有效措施。本手册仅起到抛砖引玉的作用。

本手册力求简明扼要，通俗易懂，适用于广大社区医生。但由于时间仓促和编写人员水平有限，书中难免有不足之处，恳请大家批评指正，提出意见或建议，促使本手册能够不断改进和完善。

编者 王文

二〇〇六年十月

注：《高血压社区防治手册》有关解读信息可上网查询：卫生部心血管病防治中心网站：<http://www.healthyheart-china.com>
高血压联盟（中国）网站：www.bhli.org.cn

目 录

一、高血压预防	(1)
二、社区健康教育	(1)
三、高血压的检出	(3)
四、高血压的诊断及临床评估	(5)
五、高血压分级管理	(11)
六、高血压治疗	(14)
七、特殊人群高血压处理	(19)
八、社区高血压患者的双向转诊	(21)
九、社区高血压防治的评估与考核	(22)
十、附件:	
附件 1 不同人群健康教育内容参考表	(24)
附件 2 高血压患者分级管理随访表	(25)
附件 3 高血压分级管理汇总表	(27)
附件 4 社区常用口服抗高血压药物表	(28)
附件 5 高血压社区防治参考方案	(31)

一、高血压预防

一级预防：面对公众，包括针对高血压危险因素开展健康教育、创造支持性环境、改变不良行为和生活习惯，防止高血压发病。面对易发生高血压的高危人群，实施高血压危险因素控制，以及高血压的早期发现、早期诊断、早期治疗。

二级预防：面对高血压患者，包括积极治疗高血压（药物治疗与非药物治疗并举），努力使血压达标，减缓靶器官损害，预防心脑血管并发症的发生，降低致残率及死亡率。

二、社区健康教育

（一）社区健康教育目的

1. 广泛宣传高血压防治知识，提高社区人群自我保健意识，引导社会对高血压防治的关注。

2. 倡导“合理膳食、适量运动、戒烟限酒、心理平衡”的健康生活方式，提高社区人群高血压及其并发症防治的知识和技能，树立高血压及其并发症可以预防和控制信念。

3. 鼓励社区人群改变不良行为 and 生活方式，减少高血压危险因素的流行，预防和控制高血压及相关疾病的发生，改善社区人群生活质量，提高健康水平。

(二) 社区健康教育方法及内容

1. 根据社区人群特点, 利用各种渠道 (如讲座、健康教育画廊、专栏、板报、广播、播放录像、张贴和发放健康教育材料等), 宣传普及健康知识, 提高社区人群对高血压及其危险因素的认识, 提高健康意识。

2. 根据不同场所 (居民社区、机关、企事业单位、学校等) 人群的特点, 利用各种社会资源, 开展生活/工作/学习场所的健康教育活动。

3. 开展社区调查, 发现社区人群的健康问题和主要目标人群; 针对社区人群对高血压的认知程度, 确定相应的健康教育内容; 针对不同目标人群, 制定相应的健康教育策略。

4. 对社区的不同目标人群, 提供相应的健康教育内容和行为指导, 不同人群健康教育内容见“附件1: 不同人群健康教育内容参考表”。

(三) 具有高血压危险因素人群的健康指导与干预

1. 具有高血压危险因素者的确定标准:

(1) 血压高值 (收缩压 130 ~ 139mmHg 和/或舒张压 85 ~ 89mmHg);

(2) 超重或肥胖 ($BMI \geq 24kg/m^2$ 或 $\geq 28kg/m^2$, 和/或腰围男 ≥ 85 厘米, 女 ≥ 80 厘米)。

(3) 高血压家族史 (一、二级亲属)。

(4) 长期过量饮酒 [每日饮白酒 $\geq 100ml$ (2 两)]。

(5) 男性 ≥ 55 岁, 更年期后的女性。

(6) 长期膳食高盐。

2. 高危人群健康指导与干预方式及内容

通过社区宣传相关危险因素，健康促进策略，提高高危人群识别自身危险因素的能力；提高对高血压及危险因素的认识；改变不良行为和生活习惯，提高对定期监测血压重要性的认识。

利用社区卫生服务机构对高危个体进行教育，给予个体化的生活行为指导。

三、高血压的检出

（一）血压测量

1. 血压测量标准方法

（1）选择符合标准的水银柱式血压计或符合国际标准（BHS 和 AAMI）的电子血压计进行测量。

（2）袖带的大小适合患者的上臂臂围，至少覆盖上臂臂围的 2/3。

（3）被测量者测量前一小时内应避免进行剧烈运动、进食、喝含咖啡的饮料、吸烟、服用影响血压的药物；精神放松、排空膀胱；至少安静休息 5 分钟。

（4）被测量者应坐于有靠背的座椅上，裸露右上臂，上臂及血压计与心脏处同一水平。老年人、糖尿病患者及出现体位性低血压情况者，应加测站立位血压。

（5）将袖带紧贴缚在被测者上臂，袖带下缘应在肘弯上 2.5cm。将听诊器胸件置于肘窝肱动脉处。

（6）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）。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。12 岁以下儿

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，以柯氏音第Ⅳ时相（变音）作为舒张压读数。

（7）确定血压读数：所有读数均应以水银柱凸面的顶端为准；读数应取偶数（0、2、4、6、8）。电子血压计以显示数据为准。

（8）应相隔1~2分钟重复测量，取2次读数平均值记录。如果收缩压或舒张压的2次读数相差5mmHg以上应再次测量，以3次读数平均值作为测量结果。

2. 自我测量血压

自我测量血压简称自测血压。是指受测者在诊所外的其他环境所测血压。自测血压可获取日常生活状态下的血压信息。在排除单纯性诊所高血压（即白大衣性高血压）、增强患者诊治的主动参与性、改善患者治疗依从性等方面具有独特的优点。现已作为诊所测量血压的重要补充。但对于精神焦虑或根据血压读数常自行改变治疗方案的患者，不建议自测血压。

推荐使用符合国际标准的（ESH、BHS 和 AAMI）上臂式全自动或半自动电子血压计。一般而言，自测血压值低于诊所血压值。正常上限参考值为135/85 mmHg。医护人员应指导患者自测血压，告诉他们测压的方法和注意事项。

（二）高血压的检出

1. 机会性筛查

（1）全科医生在诊疗过程中发现血压增高者，应进一步检查确诊。

（2）利用各种公共活动场所，如老年活动站、单位医

务室、居委会等，血压测量站等，随时测量血压。如发现血压增高，应建议进一步检查。

• 2. 重点人群筛查

(1) 在各级医疗机构门诊对 35 岁以上的首诊患者应测量血压。

(2) 高危人群筛查。

3. 健康体检筛查

通过各类从业人员体检、单位及个人健康体检等测量血压。如发现血压增高者，应建议进一步检查确诊。

4. 其他

建立健康档案、进行基线调查、高血压筛查、义诊等进行血压测量，发现血压增高者，应进一步检查。

四、高血压的诊断及临床评估

(一) 高血压的定义

在未用抗高血压药的情况下，非同日三次测量，收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 。收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和舒张压 $< 90\text{mmHg}$ 为单纯性收缩期高血压。患者既往有高血压史，目前正在用抗高血压药，血压虽低于 $140/90\text{mmHg}$ ，也应诊为高血压。

(二) 血压水平分级

18 岁以上成人的血压按不同水平分级如表 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	<80
正常高值	120 ~ 139	80 ~ 89
高血压	≥140	≥90
1 级高血压 (轻度)	140 ~ 159	90 ~ 99
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

注：1. 本表摘自 2005《中国高血压防治指南》。

2. 若患者的收缩压与舒张压分属不同级别时，则以较高的分级为准。

3. 单纯收缩期高血压也可按照收缩压水平分为 1、2、3 级。

(三) 按患者的心血管危险绝对水平分层

1. 根据危险因素量化估计预后危险度

对初诊患者通过全面询问病史、体格检查及各项辅助检查（主要包括血钾、血糖、血脂、肌酐、尿酸、尿常规、心电图等），找出心血管事件影响预后因素，根据患者血压水平、现存的危险因素进行危险分层。

进行危险因素分层参照表 2。

表 2 根据危险因素量化估计预后危险度分层表

其他危险因素 和病史	血压 (mmHg)		
	1 级高血压 SBP140 ~ 159 或 DBP90 ~ 99	2 级高血压 SBP160 ~ 179 或 BP100 ~ 109	3 级高血压 SBP ≥ 180 或 DBP ≥ 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 ≥ 3 个危险因素、 靶器官损害或糖尿病	高危	高危	很高危
IV 并存的临床情况	很高危	很高危	很高危

注: SBP 为收缩压, DBP 为舒张压。

2. 影响高血压预后的因素

高血压影响心血管事件预后的因素包括: 心血管病的危险因素、靶器官损害、以及并存临床情况。

高血压患者危险因素的评估应认真询问病史, 进行检查, 综合全面情况做出危险度分层。

进行危险分层可参考对照表 3。

表 3 影响预后因素表

心血管病的危险因素	靶器官的损害(TOD)	糖尿病	并存的临床情况(ACC)
• 收缩压和舒张压水平(1~3级) • 男性 > 55 岁 • 女性 > 65 岁 • 吸烟 • 血脂异常	• 左心室肥厚 • 心电图 • 超声心动图:LVMI • 或 X 线 • 动脉壁增厚	• 空腹血糖 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ • (126mg/dl) • 餐后血糖 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ • (200mg/dl)	• 脑血管病 • 缺血性卒中 • 脑出血 • 短暂性脑缺血发作 • 心脏病 • 心肌梗死史 • 心绞痛 • 冠状动脉血运重建 • 充血性心力衰竭 • 肾脏疾病 • 糖尿病肾病 • 肾功能受损 • 血清肌酐:
TC $\geq 5.7\text{mmol/L}$ (220mg/dl) 或 LDL-C $> 3.6\text{mmol/L}$ (140mg/dl) 或 HDL-C $< 1.0\text{mmol/L}$ (40mg/dl)	颈动脉超声 IMT $\geq 0.9\text{mm}$ 或动脉粥样硬化斑块的超声表现 • 血清肌酐轻度升高 男性 115 ~ 133 $\mu\text{mol/L}$ (1.3 ~ 1.5mg/dl) 女性 107 ~ 124 $\mu\text{mol/L}$ (1.2 ~ 1.4mg/dl)		
• 早发心血管病家族史 一级亲属,			

续表

心血管病的危险因素	靶器官的损害(TOD)	糖尿病	并存的临床情况(ACC)
发病年龄 < 50 岁	• 微量白蛋白尿		男性
• 腹型肥胖或肥胖	尿白蛋白:		> 133 $\mu\text{mol/L}$ (1.5mg/dl)
腹型肥胖	30 ~ 300mg/24h		女性
* WC 男性 $\geq 85\text{cm}$	尿白蛋白/肌酐比:		> 124 $\mu\text{mol/L}$ (1.4mg/dl)
女性 $\geq 80\text{cm}$	男性		蛋白尿
肥胖 BMI $\geq 28\text{kg/m}^2$	$\geq 22\text{mg/g}$ (2.5mg/mmol)		> 300 mg/24h
• 缺乏体力活动	女性		• 外周血管疾病
• 高敏 C 反应蛋白	$\geq 31\text{mg/g}$ (3.5mg/mmol)		• 视网膜病变:
$\geq 3\text{mg/L}$ 或			出血或渗出,
C 反应蛋白 $\geq 10\text{mg/L}$			视乳头水肿

注: 1. 本表摘自 2005《中国高血压防治指南》。

2. TC: 总胆固醇; LDL-C: 低密度脂蛋白胆固醇; HDL-C: 高密度脂蛋白胆固醇; LVMI: 左室质量指数; IMT: 颈动脉内膜中层厚度; BMI: 体重指数; WC: 腰围。

3. * 为中国肥胖工作组标准。