

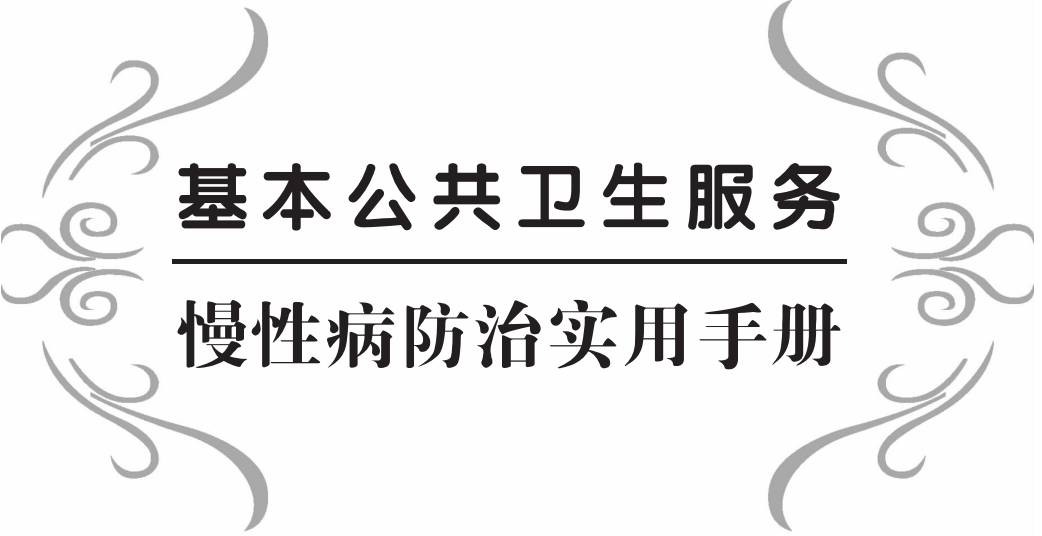
慢性病防治实用手册

王进 张新华



湖北科学技术出版社





基本公共卫生服务 慢性病防治实用手册

—— 主编◎张新华 王 进 ——

湖北科学技术出版社

编 委 会

主 编：张新华 王 进

编 者：望开宇 黄卫东 孙 兵 易丽萍 覃 胜

前 言

基本公共卫生服务均等化是新医改五大任务之一，是我国公共卫生制度建设的重要组成部分。高血压病、2型糖尿病、重性精神病管理服务是国家基本公共卫生服务重要内容。根据《中国慢性病防治工作规划》部署，“十二五”时期是加强高血压病、2型糖尿病、重性精神病等慢性病防治的关键时期。当前，各地高血压病、2型糖尿病、重性精神病等慢性病防治工作正向纵深推进。为了确保《国家基本公共卫生服务规范》能在基层实施，切实为高血压病、2型糖尿病、重性精神病等慢性病患者提供有效的服务，我们组织相关专业人员，依据《国家基本公共卫生服务规范（2011版）》、《中国高血压防治指南（2010版）》、《中国2型糖尿病防治指南》、《中国精神疾病防治指南（实用版）》，编写了《慢性病防治实用手册》（以下称《手册》）。《手册》包括5个方面的内容：慢病概述、高血压、2型糖尿病、精神分裂症及工作中常用表格附录。《手册》编写在遵循《国家基本公共卫生服务规范》的前提下，针对目前基层（乡村）公共卫生人员及兼职人员现状及特点，采用文字、表格并存的形式，力求简捷、通俗、易懂、实用。该手册供基层从事高血压、2型糖尿病、重性精神病等慢性病管理服务医疗卫生技术人员参考。

由于水平有限，时间仓促，内容难免有疏漏之处，请各位读者批评指正。特别要致谢湖北省疾病预防控制中心慢性非传染性疾病防治所张庆军所长在本书编写过程中提供的帮助和指导。

编 者

2013年4月1日

目 录

第一章 慢病概述	1
第二章 高血压	3
一、我国人群高血压流行情况	3
二、高血压与心血管风险	3
三、高血压的诊断与评估	4
四、高血压的分类与分层	7
五、高血压治疗	9
六、特殊人群的高血压处理	26
七、继发性高血压	38
八、高血压防治的对策和策略	44
九、高血压患者服务管理规范	46
第三章 2 型糖尿病	50
一、糖尿病的定义	50
二、我国糖尿病流行情况	50
三、糖尿病的诊断及分型	50
四、糖尿病的三级预防	52
五、糖尿病的健康教育	55
六、2 型糖尿病综合控制目标和高血糖的治疗路径	59
七、2 型糖尿病的饮食治疗	62
八、糖尿病的运动治疗	64

九、戒烟	65
十、糖尿病的药物治疗	65
十一、2 型糖尿病心脑血管疾病防治	70
十二、糖尿病的急性并发症	74
十三、糖尿病的慢性并发症	77
十四、糖尿病的特殊情况	81
十五、代谢综合征	85
十六、2 型糖尿病患者管理服务规范	87
第四章 精神分裂症	91
一、精神分裂症定义	91
二、精神分裂症流行情况	91
三、精神分裂症发病相关因素	92
四、精神分裂症临床表现、病程和预后	94
五、精神分裂症检查	99
六、精神分裂症诊断	104
七、精神分裂症鉴别诊断	105
八、精神分裂症的治疗与康复	106
九、重性精神疾病患者服务管理规范	117
附 录	
1. 高血压分级随访管理的内容（《中国高血压防治指南》）...	121
2. 高血压防治主要的效果评价指标 （《中国高血压防治指南》）	122
3. 口服葡萄糖耐量试验（OGTT）方法	123
4. 高血压患者随访服务记录表	124
5. 2 型糖尿病患者随访服务记录表	126
6. 重性精神病患者随访服务记录表	128
7. 重性精神疾病患者个人信息补充表	130

8. 重性精神病患者管理服务知情同意书	132
9. 高血压社区管理流程（《中国高血压防治指南》）	133
10. 高血压患者规范管理量化标准	134
11. 糖尿病患者规范管理量化标准	135
12. 重性精神病患者规范管理量化标准	136
13. 老年人健康体检表完整率量化标准	138

第一章

慢病概述

慢性非传染性疾病简称慢病，是一类起病隐匿、病程长且迁延不愈、缺乏明确的传染性生物病因证据，病因复杂，且有些尚未完全确认疾病的概括性总称。

影响我国人民群众身体健康的常见慢性病主要有心脑血管疾病（高血压）、糖尿病、恶性肿瘤、慢性呼吸系统疾病、精神心理性疾病等。

慢性病发生和流行与社会经济、生态环境、文化习俗和生活方式等因素密切相关。伴随工业化、城镇化、老龄化进程加快，我国慢性病发病人数快速上升，新近的流行病学调查显示，我国成年人群高血压患病率高达 20%、20 岁以上人群糖尿病的现患率为 9.7%、重性精神疾病现患率占全人群 0.3% 以上，全国目前现有慢性病患者 2.6 亿人。宜昌市夷陵区慢病的流行形势与全国大体一致，夷陵区 2000 年高血压、2 型糖尿病流行病学调查显示，35 岁以上人群高血压的患病率高达 28.65%，正常高值人群达到 30.0%；35 岁以上人群 2 型糖尿病患病率为 4.6%，糖尿病前期占 6.5%。

慢性病病程长、流行广、治疗费用庞大、致残致死率高。目前，慢性病导致的死亡已经占到我国总死亡 85%，若除去慢性非传染性疾病可增寿 13.17 岁，慢性病导致的疾病负担已占总疾病负担的 70%，是群众因病致贫返贫的重要原因，若不及时有效控制，将带来严重的社会经济问题，慢性病已经成为全社会一个重大的公共卫生问题。

国内外实践经验表明，慢性病是可以有效预防和控制疾病，如能控制主要危险因素，80% 心脏病、中风和 2 型糖尿病能够预防，40% 癌症

亦可以防治。因此，做好以高血压、2 型糖尿病、重性精神疾病为代表的慢性病防治，对维护广大居民身体健康，提升全民身体素质，促进社会经济发展，建设文明和谐社会，具有重大而又现实的意义。

第二章

高血压

一、我国人群高血压流行情况

（一）流行情况

我国人群高血压患病率 50 年来呈明显上升趋势。2010 年全国流行病学调查显示，成人患病率为 20.0%，按人口数量与结构推算，目前我国约有 2 亿高血压患者，即每 10 个成年人中有 2 人患有高血压。

我国人群高血压流行特点：高血压患病率随年龄增长而升高；女性在更年期后迅速升高，甚至高于男性；从南方到北方，高血压患病率递增；不同民族之间高血压患病率存在一些差异，北方、高原民族高于其他民族。

（二）危险因素

高钠、低钾膳食是我国大多数高血压患者发病的主要危险因素之一；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；过量饮酒也是高血压发病的危险因素，人群高血压患病率随饮酒量增加而升高；长期精神过度紧张也是高血压发病的危险因素，长期从事高度精神紧张工作的人群高血压患病率增加。

（三）防治现状

目前，我国高血压防治总体呈现“三低”，即知晓率、治疗率和控制率较低，分别低于 50%、40%和 10%。

二、高血压与心血管风险

血压水平与脑卒中、冠心病事件的风险均呈连续、独立、直接的正

相关关系。与舒张压相比，收缩压与心血管风险的关系更为密切。

目前，冠心病事件迅速增加，但脑卒中仍是我国高血压人群最主要的并发症，为冠心病事件发生的 5 倍。

我国人群监测数据显示，心脑血管死亡占总死亡人数的 40% 以上，其中高血压是首位危险因素，每年 300 万心血管死亡者中至少一半与高血压有关。

三、高血压的诊断与评估

（一）高血压定义和诊断

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损害疾病，是最常见的慢性病，是心脑血管疾病发生最主要的危险因素。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 $\geq 90\text{mmHg}$ ，可诊断为高血压。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，目前正在使用降压药物，血压虽然低于 $140/90\text{mmHg}$ ，也可诊断为高血压。

初诊高血压应鉴别继发性高血压，由某些疾病引起的血压增高称为继发性高血压，约占高血压的 5% ~ 10%，如原发性醛固酮增多症、肾血管性高血压等。原因不明的高血压称为原发性高血压，大都需要终身治疗。

（二）诊断性评估

诊断性评估的内容包括以下三方面：确定血压水平及其他心血管危险因素；判断高血压的原因，明确有无继发性高血压；寻找靶器官损害以及相关临床情况。从而作出高血压病因的鉴别诊断和评估患者的心血管风险程度，以指导诊断与治疗。

1. 病史

应全面详细了解患者病史，包括以下内容：家族史、病程、症状及既往史、有无提示继发性高血压的症状、生活方式、药物引起高血压、心理社会因素。

2. 体格检查

包括：正确测量血压和心率；测量体质指数（BMI）、腰围及臀围；观察有无库欣面容、神经纤维瘤性皮肤斑、甲状腺功能亢进性突眼征或下肢水肿；听诊颈动脉、胸主动脉、腹主动脉和股动脉有无杂音；触诊甲状腺；全面的心肺检查；检查腹部有无肾脏增大（多囊肾）或肿块，检查四肢动脉搏动和神经系统体征。

3. 实验室检查（根据患者情况选择性检查）

基本项目：血生化（钾、空腹血糖、血清总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白、低密度脂蛋白和尿酸、肌酐）；全血细胞计数、血红蛋白和血细胞比容；尿液分析（尿蛋白、糖和尿沉渣镜检）；心电图。

推荐项目：24 小时动态血压监测（ABPM）、超声心动图、颈动脉超声、餐后血糖（当空腹血糖 $\geq 6.1\text{mmol/L}$ 时测定）、同型半胱氨酸、尿白蛋白定量（糖尿病患者必查项目）、尿蛋白定量（用于尿常规检查蛋白阳性者）、眼底、胸片、脉搏波传导速度（PWV）以及踝臂血压指数（ABI）等。

选择项目：对怀疑继发性高血压患者，根据需要可以分别选择以下检查项目：血浆肾素活性、血和尿醛固酮、血和尿皮质醇、血游离甲氧基肾上腺素及甲氧基去甲肾上腺素、血和尿儿茶酚胺、动脉造影、肾和肾上腺超声、CT 或 MRI（磁共振）、睡眠呼吸监测等。对有并发症的高血压患者，进行相应的脑功能、心功能和肾功能检查。

4. 血压测量

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。测量要点如下：

- （1）应使用合格的水银柱血压计或符合国际标准的上臂式电子血压计。
- （2）规范血压测量操作程序和如实记录血压数值。
- （3）测压前被测者至少安静休息 5 分钟，被测者取坐位，测压时安静、不讲话、肢体放松。

(4) 袖带大小合适，紧缚上臂，袖带下缘应在肘弯上 2.5cm 处，听诊器探头置于肱动脉搏动处，袖带与心脏处同一水平。

(5) 听诊以柯氏音第 I 音为收缩压，以柯氏音第 V 音（消失音）为舒张压。＜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，可以柯氏音第 IV 时相（变音）为舒张压。两次血压测量间隔时间 1～2 分钟，若两次测量结果差别比较大（5mmHg 以上），应再次测量，取 3 次读数的平均值记录。

(6) 使用水银柱血压计测量，则血压读数取偶数，读数精确到 2mmHg，避免尾数“0”偏好。使用上臂式电子血压计测量时，以显示的血压读数为准。

(7) 首诊时要测量两臂血压，以后通常测量较高读数一侧的上臂血压。

(8) 提倡高血压患者在家庭自测血压，如血压达标且稳定，一般每周自测血压 1 次；血压未达标或不稳定，则增加自测血压次数。

(9) 对疑似有体位性低血压，应测量直立位后血压。

(10) 在测量血压的同时，应测定脉率。

各种血压测量方法评价：①诊室血压目前仍是临床诊断高血压和分级的常用方法；②动态血压监测不仅用于高血压的诊断评估，还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原因、评估血压升高程度、短时变异和昼夜节律；③家庭血压监测不仅可测量长期血压变异，也可避免白大衣效应，是 24 小时动态监测的重要补充，家庭血压测量有利于了解常态下的血压水平，有利于改善高血压患者治疗的依从性及达标率。

5. 靶器官损害症状与体征

高血压患者靶器官损伤（心、脑、肾、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。心悸、胸痛、心脏杂音、下肢水肿。

(2) 脑和眼。头晕、眩晕、视力下降、感觉和运动异常。

(3) 肾脏。多尿、血尿、泡沫尿、腹部有无肿块、腰部及腹部血管

性杂音。微量白蛋白尿，已被证实是心血管事件的独立预测因素。

(4) 周围血管。间歇性跛行、四肢血压、脉搏、血管杂音、足背动脉搏动减弱。

四、高血压的分类与分层

(一) 按血压水平分类

目前我国采用正常血压（收缩压 $<120\text{mmHg}$ 和舒张压 $<80\text{mmHg}$ ）、正常高值（收缩压 $120\sim 139\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $80\sim 89\text{mmHg}$ ）和高血压（收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ ）进行血压水平分类。以上分类适用于18岁以上任何年龄的成人。

将血压水平 $120\sim 139/80\sim 89\text{mmHg}$ 定为正常高值，是根据我国流行病学调查研究数据结果确定的。血压水平 $120\sim 139/80\sim 89\text{mmHg}$ 的人群，10年后心血管风险比血压水平 $110/75\text{mmHg}$ 的人群增加1倍以上；血压 $120\sim 129/80\sim 84\text{mmHg}$ 和 $130\sim 139/85\sim 89\text{mmHg}$ 的中年人群，10年后分别有45%和64%成为高血压患者。

高血压定义：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 $\geq 140\text{mmHg}$ 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。根据血压升高水平，又进一步将高血压分为1级、2级和3级（表2-1）。

表 2-1 血压水平分类和定义

分类	收缩压(SBP)(mmHg)	和	舒张压(DBP)(mmHg)
正常血压	<120		<80
正常高值	$120\sim 139$	和/或	$80\sim 89$
高血压	≥ 140	和/或	≥ 90
1级高血压（轻度）	$140\sim 159$	和/或	$90\sim 99$
2级高血压（中度）	$160\sim 179$	和/或	$100\sim 109$
3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。

由于诊室血压测量的次数较少，血压又具有明显波动性，在不能进行 24 小时动态血压监测时，需要非同日多次测量来判断血压升高情况，尤其对于轻、中度血压升高的患者。如有条件，应进行 24 小时动态血压监测或家庭血压监测。

（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，但是并非唯一决定因素。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，高血压患者的诊断和治疗不能只根据血压水平，必须对患者进行心血管风险的评估并分层。

高血压患者按心血管风险水平分为低危、中危、高危和很高危四个层次，见表 2-2。影响高血压患者心血管预后的重要因素，见表 2-3。

表 2-2 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)		
	1 级高血压 SBP140 ~ 159 或 DBP90 ~ 99	2 级高血压 SBP160 ~ 179 或 DBP100 ~ 109	3 级高血压 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

表 2-3 影响高血压患者心血管预后的重要因素

心血管危险因素	靶器官损害(TOD)	伴临床疾患
●高血压(1~3级) ●男性>55岁;女性>65岁 ●吸烟 ●糖耐量受损(2小时血糖7.8~11.0mmol/L)和/或空腹血糖异常(6.1~6.9mmol/L) ●血脂异常 TC$\geq$5.7mmol/L LDL-C$>$3.3mmol/L 或 HDL-C$<$1.0mmol/L ●早发心血管病家族史 (一级亲属发病年龄$<$50岁) ●腹型肥胖 (腰围:男性$\geq$90cm 女性$\geq$85cm) 或肥胖(BMI$\geq$28kg/m²)	●左心室肥厚 心电图: Sokolow-Lyons$>$38mV 或 Cornell$>$2440mm·mms 超声心动图 LVMI: 男$\geq$125g/m²,女$\geq$120g/m² ●颈动脉超声 IMT$>$0.9mm 或动脉粥样斑块 ●颈-股动脉脉搏波速度$>$12m/s (*选择使用) ●踝/臂血压指数$<$0.9 (*选择使用) ●估算的肾小球滤过率降低 [eGFR$<$60ml/(min·1.73m²)] 或血清肌酐轻度升高: 男性 115~133μmol/L 女性 107~124μmol/L ●微量白蛋白尿: 30~300mg/24h 或 白蛋白/肌酐比: $\geq$30mg/g(3.5mg/mmol)	●脑血管病: 脑出血 缺血性脑卒中 短暂性脑缺血发作 ●心脏疾病: 心肌梗死史;心绞痛; 冠状动脉血运重建史 充血性心力衰竭 ●肾脏疾病: 糖尿病肾病 肾功能受损 ●肌酐: 男性$>$133μmol/L 女性$>$124μmol/L 蛋白尿($>$300mg/24h) ●外周血管疾病 ●视网膜病变: 出血或渗出,视乳头水肿 ●糖尿病: 空腹血糖$\geq$7.0mmol/L 餐后血糖$\geq$11.1mmol/L 糖化血红蛋白(HbA1c) $\geq$6.5%

注: TC: 总胆固醇; LDL-C: 低密度脂蛋白; HDL-C: 高密度脂蛋白; LVMI: 左心室质量指数; IMT: 颈动脉内膜中层厚度; BMI: 体质指数。

五、高血压治疗

(一) 治疗目标

(1) 高血压患者的主要治疗目标是最大程度地降低心血管并发症发生与死亡的总体危险。需要治疗所有可逆性心血管危险因素、亚临床靶

器官损害以及各种并存的临床疾病。

(2) 降压目标。一般高血压患者，应将血压（收缩压 / 舒张压）降至 140/90mmHg 以下；65 岁及以上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；伴有肾脏疾病、糖尿病，或病情稳定的冠心病或脑血管病的高血压患者治疗更宜个体化，一般可以将血压降至 130/80mmHg 以下。伴有严重肾脏疾病、糖尿病或处于急性期的冠心病或脑血管病高血压患者，应按照相关指南进行血压管理。

(3) 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。

(二) 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；规范治疗，改善治疗依从性，尽可能实现降压达标；坚持长期平稳有效地控制血压。

(三) 治疗策略

按低危、中危、高危及很高危分层，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) 很高危病人。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) 高危病人。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) 中危病人。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) 低危病人。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（图 2-1）。