《中国医学前沿杂志（电子版）》2010 年 第 2 卷 第 1 期

2009年基层版《中国高血压防治指南》（摘录）

刘力生，王文，姚崇华，代表《中国高血压防治指南》（基层版）编撰委员会，
中华人民共和国卫生部疾病预防控制局，卫生部心血管病防治研究中心，高血压联盟（中国）

高血压是导致心脏病、脑血管病、肾脏病发生和死亡的最重要的危险因素，是全球人类最常见的慢性病。我国居民高血压患病率持续增长，估计现患高血压2亿人。每10个成人中就有2人是高血压。心脑血管病死亡居我国居民死亡原因首位，已成为威胁我国居民健康的重大疾病。心脑血管病的发生和死亡1/2以上与高血压有关，控制高血压是防治心脑血管病的关键。

高血压是可以控制的，大多数患者需要长期治疗。降压治疗的好处得到公认，降低高血压患者的血压水平，可明显减少脑卒中风险及心脏病风险。当前，我国高血压防治的首要任务是提高人群高血压的知晓率、治疗率和控制率。超重/肥胖或腹型肥胖，高盐饮食，长期过量饮酒，长期精神过度紧张是高血压发病的可改变的危险因素。高血压的防治是一项社会工程，需要政府主导、部门协调、专家培训指导、媒体宣传教育、企业支持参与、社区具体实施。大部分的高血压患者就诊于城镇社区和乡村卫生服务机构，基层是防治高血压的主战场，基层医生是高血压防治的主力军。因此，基层高血压的检出、诊断评估、治疗和管理工作至关重要。

中国高血压防治指南（基层版）主要面向基层（城镇社区和乡村）医生，也适用于部分医院内科、老年科、其他专业的医务人员、疾病预防控制人员、卫生管理者、医学教育者及其他卫生人员。本指南作为基层医生培训教材和基层高血压防治的指导参考。

1 高血压的检出

高血压通常无自觉症状，俗称“无声杀手”。建议正常成年人至少每2年测量1次血压；利用各种机会将高血压检测出来。

1.1 血压测量

1.1.1 血压测量的重要性 血压值是高血压诊断和疗效评估及考核的主要指标，因此测量的血压值应当准确。

1.1.2 血压测量要点 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。规范血压测量操作程序和如实记录血压数值。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。袖带大小合适，紧缚上臂，袖带与心脏处同一水平。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。2次血压测量间隔时间为1～2分钟。使用水银柱血压计测量，则血压读数取偶数，读数精确到2 mm Hg，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。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。

1.2 有计划地测量成人血压 有计划地测量辖区全部成年人的血压，建议正常成人至少每2年测量血压1次。

1.3 机会性筛查 在日常诊疗过程中检测发现血压异常升高者；利用各种公共活动场所，如老年活动站、单位医务室、居委会、血压测量站等测

量血压；通过各类从业人员体检、健康体检、建立健康档案、进行基线调查等机会筛查血压；在各种公共场所安放半自动或自动电子血压计，方便公众自测血压。

1.4 重点人群筛查 在各级医疗机构门诊对35岁以上的首诊患者应测量血压；高血压易患人群（如血压130～139/85～89 mm Hg、肥胖等）筛查，建议每半年测量血压1次。

1.5 初次发现血压增高的评估 对首次发现收缩压≥140 mm Hg和（或）舒张压≥90 mm Hg者应进行评估处理，如收缩压≥180 mm Hg和（或）舒张压≥110 mm Hg者，立即考虑药物治疗并建议加强随访监测血压，应在2周内多次测量血压；如可疑高血压急症，立即转上级医院。如收缩压140～179 mm Hg和（或）舒张压90～109 mm Hg者，建议随访观察，至少4周内隔周测量血压2次。

2 高血压的诊断与评估

2.1 高血压的定义 在未用抗高血压药的情况下，非同日3次测量，收缩压≥140 mm Hg和（或）舒张压≥90 mm Hg，可诊断为高血压。患者既往有高血压史，目前正在服用抗高血压药，血压虽低于140/90 mm Hg，也应诊断为高血压。

收缩压≥140 mm Hg和舒张压≥90 mm Hg的为收缩期和舒张期（双期）高血压；收缩压≥140 mm Hg而舒张压＜90 mm Hg为单纯收缩期高血压（ISH）；收缩压＜140 mm Hg而舒张压≥90 mm Hg的为单纯舒张期高血压。

2.2 血压水平分级 18岁以上成人的血压按不同水平定义和分级见表1。

2.3 按患者的心血管绝对危险水平分层

2.3.1 影响预后的因素 影响高血压患者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。

对初诊患者通过全面询问病史、体格检查及各项辅助检查，找出影响预后的因素。

各地在评估影响预后的危险因素时可根据实际情况将其分为“基本”要求和“常规”要求2个档次（表2）。

2.3.2 根据心血管总体危险量化估计预后 根据患者血压水平、现存的危险因素、靶器官损害、伴发临床疾患进行危险分层。将患者分为低危、中危、高危3层（表3～表5）。低危、中危、高危分层的主要内容：低危：1级高血压，且无其他危险因素；中危：2级高血压；1级高血压并伴1～2个危险因素；高危：3级高血压；高血压1级或2级伴≥3个危险因素；高血压（任何级别）伴任何一项靶器官损害（左心室肥厚、颈动脉内膜增厚、肾功能受损）；高血压（任何级别）并存任何一项临床疾患（心脏病、脑血管病、肾病、周围血管病、糖尿病等）。

2.4 排除继发性高血压 常见继发性高血压有肾脏病、肾动脉狭窄、原发性醛固酮增多症、嗜铬细胞瘤、皮质醇增多症、大动脉疾病、睡眠呼吸暂停综合征、药物引起的高血压等。

以下几种情况应警惕继发性高血压的可能，应及时转上级医院进一步检查确诊；发病年龄＜30岁；重度高血压（高血压3级以上）；血压升高伴肢体肌无力或麻痹，常呈周期性发作，或伴自发

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	和	＜80
正常高值	120～139	和（或）	80～89
高血压	≥140	和（或）	≥90
1级高血压（轻度）	140～159	和（或）	90～99
2级高血压（中度）	160～179	和（或）	100～109
3级高血压（重度）	≥180	和（或）	≥110
ISH	≥140	和	＜90

注：ISH：单纯收缩期高血压。若患者的收缩压与舒张压分属不同级别时，则以较高的级别为准；ISH也可按照收缩压水平分为1级、2级、3级

表 2　高血压患者危险分层的检查评估指标

检查	项目	基本要求	常规要求
询问病史和简单体检	测量血压，分为1、2、3级	＋	＋
	肥胖：体重指数≥28 kg/m^{2}或腰围男≥90 cm，女≥85 cm	＋	＋
	年龄＞55岁	＋	＋
	正在吸烟	＋	＋
	已知血脂异常	＋	＋
	缺乏体力活动	＋	＋
	早发心血管病家族史（一级亲属，50岁以前发病）	＋	＋
	脑血管病（脑卒中、短暂脑缺血发作）病史	＋	＋
	心脏病（冠心病：心绞痛、心肌梗死、冠状动脉重建，心力衰竭）病史	＋	＋
	周围血管病	＋	＋
	肾脏病	＋	＋
	糖尿病	＋	＋
实验室检查	空腹血糖≥7.0 mmol/L	－	＋
	心电图（左心室肥厚）	－	＋
	空腹血脂：TC≥5.7 mmol/L，LDL-L≥3.6 mmol/L；HDL-C＜1.0 mmol/L；TG≥1.7 mmol/L	－	＋
	血肌酐：男≥115 μmol/L（≥1.3 mg/dl）；女≥107 μmol/L（≥1.2 mg/dl）	－	＋
	尿蛋白	－	＋
	尿微量白蛋白30～300 mg/24 h，或白蛋白/肌酐比：男≥22 mg/g，女≥31 mg/g	－	＋
	眼底（视乳头水肿、眼底出血）	－	＋
	X线胸片（左室扩大）	－	＋
	超声（颈动脉内膜增厚或斑块， 心脏左心室肥厚）	－	＋
	动脉僵硬度（PWV＞12 m/s）	－	＋
	其他必要检查	－	＋

注：BMI：体质量指数；TC：血总胆固醇；LDL-C：低密度脂蛋白胆固醇；HDL-C：高密度脂蛋白胆固醇；PWV：脉搏波传导速度；TG：三酰甘油；－：选择性检查的项目；＋：要求完成的检查项目。按“基本要求”检查评估的项目较少，可能低估了患者心血管病发生的危险；有条件的地区应按常规要求完成全部项目的检查评估

表3　简化危险分层表

分层	主要内容
低危	（1）高血压1级且无其他危险因素
中危	（1）高血压2级或（2）高血压1级伴危险因素1～2个
高危	（1）高血压3级或（2）高血压1或2级伴危险因素≥3个 或（3）靶器官损害或（4）临床疾患

表4　简化危险分层项目内容

项目	具体内容
高血压分级	1级：140～159/90～99 mm Hg；2级：160～179/100～109 mm Hg；3级：≥180/110 mm Hg
危险因素	年龄≥55岁；吸烟；血脂异常；早发心血管病家族史；肥胖；缺乏体力活动
靶器官损害	左心室肥厚；颈动脉内膜增厚，斑块；肾功能受损
临床疾患	脑血管病；心脏病；肾脏病；周围血管病；视网膜病变；糖尿病

表5 根据心血管总体危险量化估计预后危险度分层表

其他危险因素、靶器官损害和疾病史	血压（mmHg）		
	1级高血压 收缩压140～159 或舒张压90～99	2级高血压 收缩压160～179 或舒张压100～109	3级高血压 收缩压≥180 或舒张压≥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	高危
Ⅲ：≥3个危险因素	高危	高危	高危
靶器官损害 并存临床疾患			

注：本基层指南将《中国高血压指南》（2005年修订版）的高危和很高危分层合并为高危。危险因素指：高血压，年龄≥55岁，吸烟，血脂异常，早发心血管病家族史，肥胖，缺乏体力活动；靶器官损害指：左心室肥厚，颈动脉内膜增厚或斑块，肾功能受损；临床疾患指：脑血管病，心脏病，肾脏病，周围血管病，视网膜病变，糖尿病

性低血钾；夜尿增多，血尿、泡沫尿或有肾脏疾病史；阵发性高血压，发作时伴头痛、心悸、皮肤苍白或多汗等；下肢血压明显低于上肢，双侧上肢血压相差20 mm Hg以上、股动脉等搏动减弱或不能触及；夜间睡眠时打鼾并出现呼吸暂停；长期口服避孕药者；降压效果差，不易控制。

2.5 高血压初诊患者诊断与评估程序

2.5.1 初诊高血压的检查评估项目

（1）病史采集：了解高血压发病时间（年龄）、血压最高水平和一般水平、伴随症状、降压药使用情况及治疗反应；尤其注意有无继发性高血压症状；个人史：了解个人生活方式，包括饮食习惯（油脂，盐摄入）和嗜好（酒精摄入量，吸烟情况）、体力活动量、体质量变化；女性已婚患者，注意询问月经及避孕药使用情况。

了解有无冠状动脉性心脏病（冠心病）、心力衰竭、脑血管病、外周血管病、糖尿病、痛风、血脂异常、支气管痉挛、睡眠呼吸暂停综合征、肾脏疾病等病史。

询问高血压、糖尿病、冠心病、脑卒中家族史及其发病年龄等家族史。

了解家庭、工作、个人心理及文化程度等社会心理因素。

（2）体格检查：记录年龄、性别；多次规范测量非同日血压；老年人测坐位、立位血压；测量身高、体质量，腰围；其他必要的体检：如心率、心律、大动脉搏动及大血管杂音等。

（3）实验室检查：基本检查：尿常规（尿蛋白、尿糖、比重）；血钾；血红蛋白；常规检查：血肌酐；空腹血脂（总胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇、高密度脂蛋白胆固醇、三酰甘油）；血尿酸；空腹血糖；心电图；眼底；超声心动图。必要时可检查颈动脉超声、尿蛋白、尿微量白蛋白、胸片、动脉僵硬度等。

（4）靶器官损害症状和体征：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；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。

2.5.2 高血压的诊断及临床评估内容 根据高血压患者的病史、家族史、体格检查、实验室检查及治疗情况作出诊断性评估，便于高血压的鉴别诊断、心血管病发生危险度的量化评估，指导确定诊治措施及判断预后。

初次发现高血压，尚不能排除继发性高血压，可诊断为“高血压（原因待查）”。基本上已排除继发性高血压，可诊断为原发性高血压。按血压增高水平高血压分为1、2、3级。按危险程度简化高血压危险度分为低危、中危、高危3层。

2.5.3 高血压评估书写格式 写明诊断及血压级别，对危险分层是否表述不做规定。范例：某患者，男性，55岁，吸烟。2月前发现血压增高为146/92 mm Hg，1月前测量为156/98 mm Hg，此次

就诊血压为152/96 mm Hg。诊断为高血压1级（1级高血压并伴2个危险因素，危险分层为中危）。

3 高血压的治疗

3.1 治疗目标　高血压治疗的主要目标是血压达标，以期最大限度地降低心脑血管病发病及死亡总危险。

普通高血压患者血压降至140/90 mm Hg以下；老年（≥65岁）高血压患者的血压降至150/90 mm Hg以下；年轻人或糖尿病、脑血管病、稳定性冠心病、慢性肾病患者血压降至130/80 mm Hg以下；如能耐受，以上全部患者的血压水平还可进一步降低，建议尽可能降至120/80 mm Hg以下。降压治疗的血压低限值尚未确定，但冠心病或高龄患者舒张压低于60 mm Hg时应予以关注。

在治疗高血压的同时，干预患者的所有危险因素，并适当处理患者同时存在的各种临床疾患。

一般情况下，1～2级高血压争取在4～12周内血压逐渐达标，并坚持长期达标；若患者治疗耐受性差或老年人达标时间可适当延长。

根据患者心血管总体危险程度和具体情况决定治疗措施。

3.2 高血压药物治疗的时机　高血压初步诊断后，均立即采取治疗性生活方式干预。3级高血压或伴发心脑血管病、糖尿病、肾脏病等高危患者，立即开始并长期药物治疗。1～2级高血压患者伴头晕等不适症状的，考虑小剂量药物治疗；如无症状，则仔细评估有关危险因素、靶器官损害及伴发临床疾患，危险分层属高危的，立即药物治疗；属中危的，则随访1月内，2次测量血压，如平均血压≥140/90 mm Hg者，则开始药物治疗；如血压＜140/90 mm Hg的继续监测血压；属低危的，则随访3月内，多次测量血压，如平均血压≥140/90 mm Hg者，考虑开始药物治疗；如血压＜140/90 mm Hg的继续监测血压。

提倡高血压患者使用上臂式电子血压计进行家庭自测血压以协助评估，自测血压平均值≥135/85 mm Hg者考虑高血压。注意鉴别初诊的1～2级高血压中的“白大衣高血压”。

经随访观察后，一般高血压患者的血压水平≥140/90 mm Hg、高危患者血压水平≥ 130/85 mm Hg即开始药物治疗。初诊高血压的评估干预流程见图1。

3.3 高血压非药物治疗（生活方式干预）　非药物治疗包括提倡健康生活方式，消除不利于心理

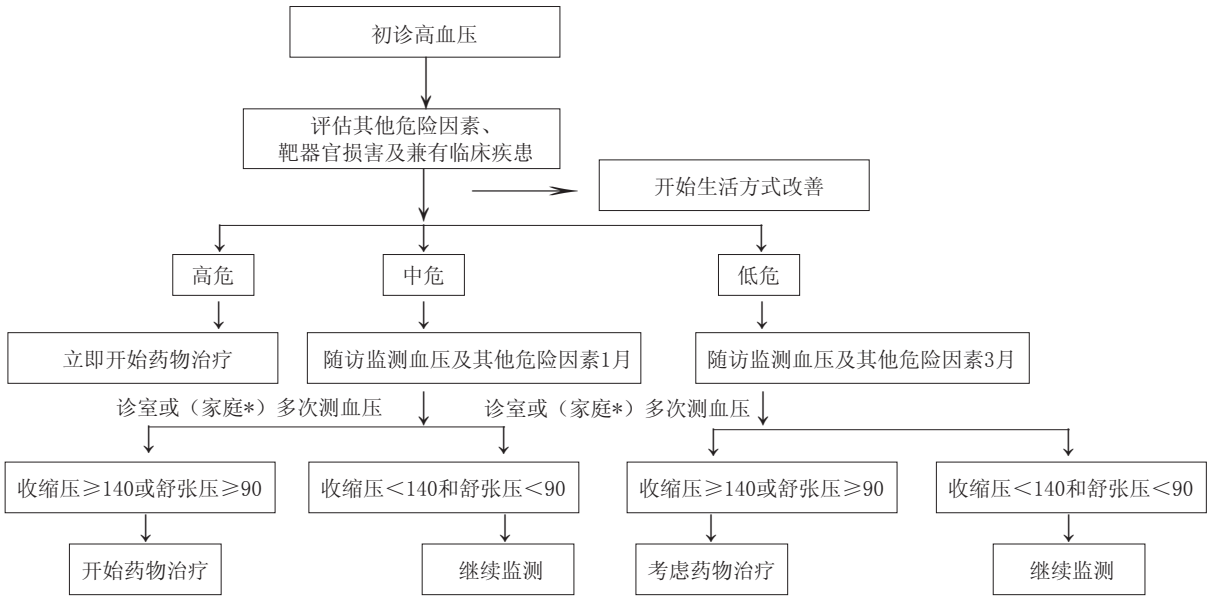


图 1　初诊高血压病人的评估及干预流程

注：*：家庭自测血压平均值比诊室血压低5 mm Hg（即家庭135/85 mm Hg相当于诊室的140/90 mm Hg）。血压单位为“mmHg”（1 mm Hg=0.133 kPa）

和身体健康的行为和习惯，达到控制高血压以及减少其他心血管疾病的发病危险。非药物治疗有明确的降压效果，如肥胖者体质量减轻10 kg收缩压可下降5～20 mm Hg，膳食限盐（食盐＜6 g），收缩压可下降2～8 mm Hg。规律运动和限制饮酒均可使血压下降。对于高血压患者及易患人群，不论是否已接受药物治疗，均需进行非药物治疗，并持之以恒。

非药物治疗目标及措施见表6。

3.4 高血压的药物治疗

3.4.1 治疗原则 采用较小的有效剂量以获得疗效而使不良反应最小，逐渐增加剂量或联合用药，争取3月内血压达标。

为了有效地防止靶器官损害，要求24小时内血压稳定于目标范围内，积极推荐使用给药1次/天而药效能持续24小时的长效药物。若使用中效或短效药，须用药2～3次/天。

为使降压效果增大而不增加不良反应，可以采用2种或多种不同作用机制的降压药联合治疗。实际治疗过程中2级以上高血压或高危患者要达到目标血压，常需要降压药联合治疗。

根据患者具体情况选用更适合该患者的降压药进行个体化治疗。

3.4.2 常用降压药的种类 当前常用于降压的

表6 非药物治疗目标及措施

内容	目标	措施
减少钠盐摄入	每人食盐量逐步降至6 g/d	1. 日常生活中食盐主要来源为烹饪用盐以及腌制、卤制、泡制的食品，应尽量少用上述高盐食品 2. 建议在烹调时尽可能用量具称量加用的食盐量，如特制的盐勺，如普通啤酒瓶盖去掉胶皮垫后水平装满可盛6 g食盐。 3. 用替代产品，如代用盐，食醋等 4. 宣传高盐饮食的危害，高盐饮食易患高血压
合理饮食	减少膳食脂肪	1. 总脂肪占总热量的＜30%，饱和脂肪＜10%，食油＜25 g/d；瘦肉类50～100 g/d，鱼虾类50 g/d 2. 新鲜蔬菜400～500 g/d，水果100 g/d 3. 蛋类3～4个/周，奶类250 g/d，少吃糖类和甜食
规律运动	强度：中等量； 频次：3～5次/周 持续时间：持续30 min/次左右	1. 运动的形式可以根据自己的爱好灵活选择 2. 步行、快走、慢跑、游泳、气功、太极拳等项目均可 3. 运动的强度可通过心率来反映，运动时上限心率=170-年龄 4. 对象为没有严重心血管病的患者 5. 应注意量力而行，循序渐进
控制体质量	BMI＜24 kg/m^2 腰围：＜90 cm（男）； ＜85 cm（女）	1. 减少油脂性食物摄入，不吃肥肉及动物内脏 2. 减少总的食物摄入量 3. 增加新鲜蔬菜和水果的摄入 4. 增加足够的活动量，至少保证每天摄入能量与消耗能量的平衡 5. 肥胖者若非药物治疗效果不理想，可考虑辅助用减肥药物 6. 宣传肥胖的危害，肥胖者易患高血压和糖尿病
戒烟	坚决放弃吸烟，提倡科学戒烟	1. 宣传吸烟危害，吸烟有害健康，让患者产生戒烟愿望 2. 采取突然戒烟法，一次性完全戒烟；对烟瘾大者逐步减少吸烟量 3. 戒断症状明显的可用尼古丁贴片或安非他酮 4. 避免吸二手烟 5. 告诫患者克服依赖吸烟的心理，及惧怕戒烟不被理解的心理 6. 家人及周围同事应给予理解、关心和支持 7. 采取放松、运动锻炼等方法改变生活方式，辅助防止复吸
限制饮酒	不饮酒；如饮酒，则少量； 白酒＜50 ml/d、 葡萄酒＜100 ml/d、 啤酒＜250 ml/d、	1. 宣传过量饮酒的危害；过量饮酒易患高血压。如饮酒，则少量 2. 不提倡高血压患者饮酒，鼓励限酒或戒酒 3. 酗酒者逐渐减量；酒瘾严重者，可借助药物戒酒 4. 家庭成员应帮助患者解除心理症结，使之感受到家庭的温暖 5. 成立各种戒酒协会，进行自我教育及互相约束
心理平衡	减轻精神压力，保持平衡心理	保持乐观情绪、减轻心理负担、克服多疑心理、纠正不良性格、抵御不良社会因素、进行心理咨询、音乐疗法及自律训练或气功等

注：BMI：体质量指数

药物主要有以下5类，即：钙拮抗剂、血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）、血管紧张素受体拮抗剂（ARB）、利尿药（噻嗪类）、β受体阻滞剂（βB）。以上5类降压药及固定低剂量复方制剂均可作为高血压初始或维持治疗的选择药物。此外还有α受体阻滞剂和其他降压药。根据国家基本药制度，基层降压药的选择应考虑安全有效、使用方便、价格合理和可持续利用的原则；考虑降低高血压患者血压水平比选择降压药的种类更重要。在国家基本药目录基础上，适当增加其他基层常用降压药。

3.4.3 降压药物的选择 医生应对每一位患者进行个体化治疗，根据其具体情况选择初始治疗和维持治疗药物。首先要掌握药物治疗的禁忌证和适应证，根据病情和患者意愿选择适合该患者的药物；治疗中应定期随访患者，了解降压效果和不良反应。

（1）钙拮抗剂：二氢吡啶类钙拮抗剂无绝对禁忌证，降压作用强，对糖脂代谢无不良影响；我国抗高血压临床试验的证据较多，均证实其可显著减少脑卒中事件；故推荐基层使用二氢吡啶类钙拮抗剂。适用于大多类型高血压，尤对老年高血压、ISH、稳定型心绞痛、冠状或颈动脉粥样硬化、周围血管病患者适用。可单药或与其他4类药联合应用。对伴有心力衰竭或心动过速者应慎用二氢吡啶类钙拮抗剂，对不稳定心绞痛患者不用硝苯地平。少数患者可有头痛、踝部水肿、牙龈增生等不良反应。

（2）ACEI：降压作用明确，保护靶器官证据较多，对糖脂代谢无不良影响；适用于1～2级高血压，尤对高血压合并慢性心力衰竭、心肌梗死后、心功能不全、糖尿病肾病、非糖尿病肾病、代谢综合征、蛋白尿/微量白蛋白尿患者有益。可与小剂量噻嗪类利尿剂或二氢吡啶类钙拮抗剂合用。对双侧肾动脉狭窄、妊娠、高血钾者禁用；注意咳嗽等不良反应，偶见血管神经性水肿。

（3）ARB：降压作用明确，保护靶器官作用确切，对糖脂代谢无不良影响；适用于1～2级高血压，尤对高血压合并左心室肥厚、心力衰竭、心房纤颤预防、糖尿病肾病、代谢综合征、微量白蛋白尿、蛋白尿患者有益，也适用于ACEI引起的咳嗽。可与小剂量噻嗪类利尿剂或二氢吡啶类钙拮抗剂合用。对双侧肾动脉狭窄、高血钾者禁用；偶见血管神经性水肿等不良反应。

（4）利尿剂：降压作用明确，小剂量噻嗪类利尿剂适用于1～2级高血压或脑卒中二级预防，也是难治性高血压的基础药物之一。利尿剂尤对老年高血压、心力衰竭患者有益。可与ACEI/ARB、钙拮抗剂合用，但与βB联合时注意对糖脂代谢的影响。慎用于有糖脂代谢异常者。大剂量利尿剂对血钾、尿酸及糖代谢有一定影响，要注意检查血钾、血糖及尿酸。

（5）βB：降压作用明确，小剂量适用于伴心肌梗死后、冠心病心绞痛或心率偏快的1～2级高血压。对心血管高危患者的猝死有预防作用。可与二氢吡啶类钙拮抗剂合用。对哮喘、慢性阻塞性肺气肿、严重窦性心动过缓及房室传导阻滞患者禁用；慎用于糖耐量异常者或运动员。注意支气管痉挛、心动过缓等不良反应；长期使用注意对糖脂代谢的影响。

（6）α受体阻滞剂：适用于高血压伴前列腺增生患者，但体位性低血压者禁用，心力衰竭者慎用。开始用药应在入睡前，以防体位性低血压发生。使用中注意测量坐立位血压。

（7）固定复方制剂：为常用的一类高血压药物，其优点是使用方便，可改善治疗的依从性，应用时注意其相应组成成分的禁忌证或不良反应。

降压药物选择的原则可参考表7。

3.4.4 降压药物的联合应用

（1）降压药组合方案（图2）：降压药组合方案见图2。推荐以下4种组合方案，必要时或慎用后2种组合方案：①钙拮抗剂和ACEI或ARB；②ACEI或ARB和小剂量利尿剂；③钙拮抗剂（二氢吡啶类）和小剂量βB；④钙拮抗剂和小剂量利尿剂；⑤小剂量利尿剂和小剂量βB；⑥α受体阻滞剂和βB（心功能不全者慎用α受体阻滞剂）。

表7 主要降压药种类选用参考

分类	适应证	禁忌证	
		强制性	可能
钙拮抗剂（二氢吡啶类）	老年高血压 周围血管病 ISH 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 充血性心力衰竭
钙拮抗剂（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	充血性心力衰竭
ACEI	充血性心力衰竭 心肌梗死后 左心室肥厚 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	妊娠 高血钾 双侧肾 动脉狭窄	
ARB	糖尿病肾病 蛋白尿/微量白蛋白尿 心力衰竭 左心室肥厚 心房纤颤预防 ACEI引起的咳嗽	妊娠 高血钾 双侧肾 动脉狭窄	
利尿剂（噻嗪类）	充血性心力衰竭 老年高血压 老老年高血压 ISH	痛风	妊娠
利尿剂（袢利尿剂）	肾功能不全 充血性心力衰竭		
利尿剂（抗醛固酮药）	充血性心力衰竭 心肌梗死后	肾功能衰竭 高血钾	
β受体阻滞剂	心绞痛 心肌梗死后 快速心律失常 稳定型充血性心力衰竭	Ⅱ～Ⅲ度房室传导阻滞 哮喘；慢性阻塞性肺病	周围血管病糖耐量减低 运动员
α受体阻滞剂	前列腺增生 高血脂	体位性 低血压	充血性 心力衰竭

注：ACEI：血管紧张素转换酶抑制剂；ARB：血管紧张素受体拮抗剂

近期临床试验证实较好的降压治疗组合是：非洛地平降低心脑血管事件研究（FEVER）的非洛地平缓释片和氢氯噻嗪联合；盎格鲁斯堪的纳维亚心脏终点研究（ASCOT）的氨氯地平和培哚普利联合；收缩期高血压患者联合疗法防止心血管事件研究（ACCOMPLISH）的贝那普利和氨氯地平组

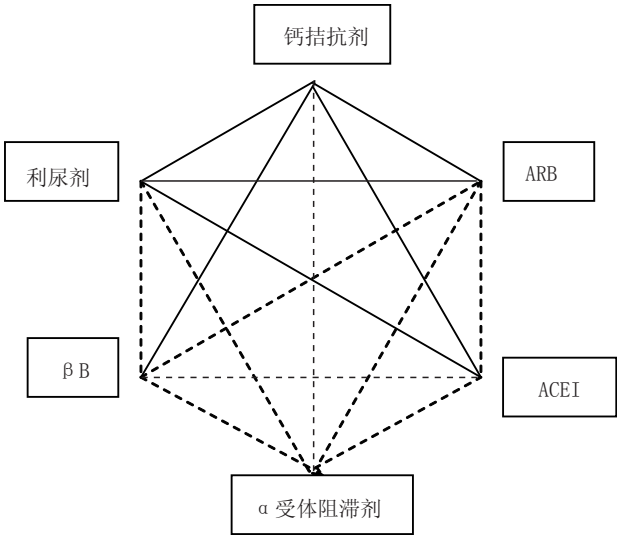


图2　两种降压药的联合方案

ARB：血管紧张素受体拮抗剂；βB：β受体阻滞剂；ACEI：血管紧张素转换酶抑制剂。图中实线示有临床试验证据，推荐使用；虚线示临床试验证据不足或必要时应慎用的组合

合；高血压综合防治研究（CHIEF）的氨氯地平和替米沙坦联合；强化降压和强化降糖治疗对2型糖尿病高危患者血管疾病预防作用的析因随机研究（ADVANCE）的培哚普利和吲达帕胺组合。根据替米沙坦单用或与雷米普利联用全球终点研究（ONTARGET）结果，应慎重ACEI和ARB联合用于某些心血管病高危患者。

必要时也可用其他组合，包括α受体阻滞剂、中枢作用药（如α2受体激动剂：可乐定）、咪哒唑啉受体调节剂、血管扩张剂组合。在许多病例中常需要联用3至4种药物。降压药组合是不同种类药物的组合，避免同种类降压药的组合。

（2）联合用药方式：①采取各药的按需剂量配比处方，其优点是可以根据临床需要调整品种和剂量；②采用固定配比复方，其优点是使用方便，有利于提高患者治疗依从性。

（3）基层两种降压药联合治疗参考方案（表8）

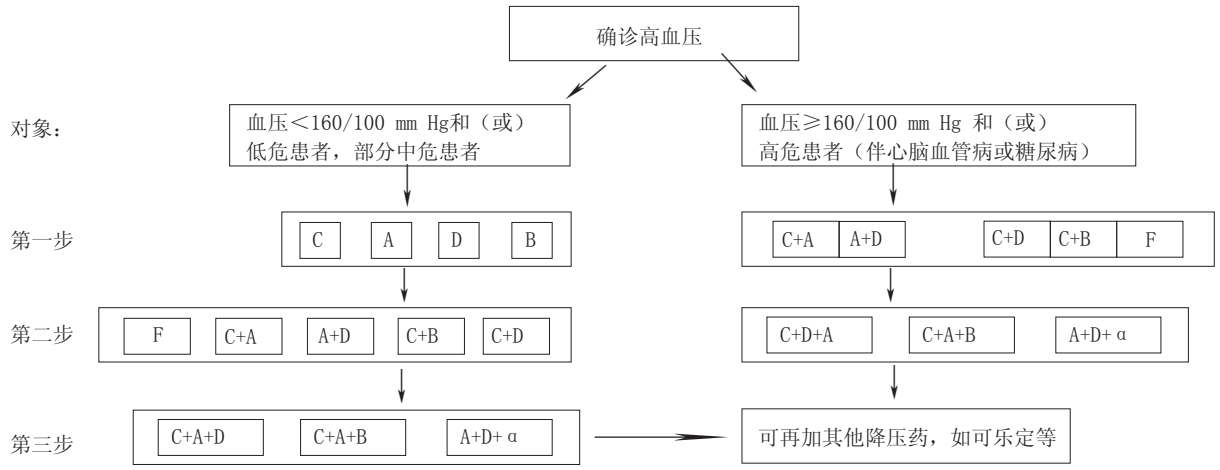
（4）初始小剂量单药或小剂量联合治疗的方案：大多数患者需要2种或2种以上降压药联合治疗血压才能达标。根据患者血压水平和危险程度，提出初始治疗用小剂量单药或小剂量2种药联合治疗的方案。建议血压水平＜160/100 mm Hg，或低危、部分中危患者初始用小剂量单药治疗；对血压水平≥160/100 mm Hg，或高危患者初始用小剂量2种药联合治疗。治疗中血压未达标的，可增加原用药的剂量或加用小剂量其他种类降压药。对部分轻中度高血压患者，视病情初始可用固定低剂量复方制剂。初始小剂量是指常规量的1/4至1/2，如氢氯噻嗪的常规量是25 mg/d，小剂量是指6.25 mg/d及12.5 mg/d。高血压初始小剂量单药或小剂量2种药联合治疗选择流程见图3。

（5）我国常用固定复方制剂：我国常用的传统复方制剂有复方利血平（复方降压片）、复方利血平氨苯蝶啶片（降压0号）、珍菊降压片等，尽管我国的某些固定复方制剂组成成分的合理性有些争议，但其有明确的降压作用且价格低廉，仍可作为基层（尤其对经济欠发达的农村地区）降压药的一种选择。我国是脑卒中高发地区，预

表8　基层两种降压药联合治疗参考方案（范例）

方案	价格低廉药物的组合方案	价格中等及偏上药物的组合方案
C+D方案	尼群地平+氢氯噻嗪；硝苯地平+氢氯噻嗪	氨氯地平+复方阿米洛利；非洛地平+氢氯噻嗪
A+C或C+A方案	卡托普利+尼群地平；尼群地平+依那普利	氨氯地平+替米沙坦；氢氯地平+培哚普利
		非洛地平+卡托普利；贝那普利+氨氯地平
	硝苯地平+卡托普利；依那普利+硝苯地平	拉西地平+依那普利；缬沙坦+氨氯地平
		左旋氨氯地平+氯沙坦；氨氯地平+依那普利
C+B方案	尼群地平+阿替洛尔；硝苯地平+美托洛尔	氨氯地平+比索洛尔；非洛地平+美托洛尔
A+D或D+A方案	吲达帕胺+卡托普利；卡托普利+氢氯噻嗪	氯沙坦+氢氯噻嗪；贝那普利+氢氯噻嗪
		缬沙坦+氢氯噻嗪；厄贝沙坦+氢氯噻嗪
		吲达帕胺+依那普利；吲达帕胺+替米沙坦

注：A：ACEI或ARB；B：小剂量β阻滞剂；C：钙拮抗剂（二氢吡啶类）；D：小剂量利尿剂；ACEI：血管紧张素转换酶抑制剂；ARB：血管紧张素受体拮抗剂；此表仅为范例，其他合理组合方案仍可使用



注：A：ACEI或ARB；B：小剂量β受体阻滞剂；C：钙拮抗剂（二氢吡啶类）；D：小剂量噻嗪类利尿剂；α：α受体阻滞剂。ACEI：血管紧张素转换酶抑制剂；ARB：血管紧张素受体拮抗剂；F：固定复方制剂。第一步药物治疗后血压未达标者，可使原药基础上加量或另加一种降压药，如血压达标，则维持用药；第二步也是如此

图 3　高血压初始小剂量单药或小剂量两种药联合治疗选用流程参考图

防脑卒中是治疗高血压的主要目标。降低高血压患者血压水平是预防脑卒中的根本。

使用固定复方制剂时，要掌握其组成成分的禁忌证和可能的不良反应。复方利血平片主要成分是利血平0.032 mg、氢氯噻嗪3.1 mg、盐酸异丙嗪2.1 mg、硫酸双肼屈嗪4.2 mg。复方利血平氨苯蝶啶片主要成分是利血平0.1 mg、氨苯蝶啶12.5 mg、氢氯噻嗪12.5 mg、硫酸双肼屈嗪12.5 mg。珍菊降压片主要成分是可乐定0.03 mg、氢氯噻嗪5 mg。

3.4.5　长期药物治疗应考虑患者的经济承受力　我国经济发展不平衡，降压药物的应用是长期甚至是终身的，医生要充分考虑到治疗的长期性和基层患者的经济承受力。降压药选择的范围很宽，应根据病情、经济状况及患者意愿，选择适合的治疗药物。降压疗效明确且价格低廉的国产降压药，如尼群地平、氢氯噻嗪、硝苯地平、复方利血平片、美托洛尔、卡托普利、依那普利等；低中价格的药品，如氨氯地平，非洛地平缓释片、贝那普利、拉西地平、硝苯地平缓释片、吲达帕胺、复方阿米洛利、复方利血平氨苯蝶啶片、替米沙坦、氯沙坦、缬沙坦、厄贝沙坦、比索洛尔等；也有中上价格的但临床研究证据多的钙拮抗剂、ACEI或ARB及固定复方制剂等。

3.4.6　高血压的相关治疗（建议在上级医院取得治疗方案，并在上级医生指导下基层持续治疗与随访）　高血压常伴有多种危险因素，或并存临床疾患。在积极治疗高血压的同时，应考虑患者总体心血管危险，进行综合干预，干预有关危险因素，处理并存临床疾患。尤对高血压伴高胆固醇血症、冠心病、脑血管病、糖尿病患者应进行相关治疗。

（1）高血压的调脂治疗：对伴脂代谢异常者，在生活方式干预的基础上，可考虑适度调脂治疗。①高血压伴血总胆固醇水平持续升高（总胆固醇≥6.2 mmol/L），考虑予以他汀类调脂治疗，治疗目标是总胆固醇＜5.2 mmol/L。②高血压伴冠心病、糖尿病、缺血性卒中、周围血管病，血总胆固醇≥5.2 mmol/ L，即开始他汀类调脂治疗，治疗目标总胆固醇＜4.1 mmol/L。③高血压伴心肌梗死，缺血性心血管病+糖尿病的，血总胆固醇≥4.1 mmol/L，即开始他汀类调脂治疗，治疗目标总胆固醇＜3.1 mmol/L。

使用他汀类调脂治疗的患者，应注意肌肉疼痛等不良反应，必要时定期检测血清酶学[丙氨酸氨基转移酶（ALT）、天冬氨酸氨基转移酶（AST）、肌酸磷酸激酶（CK）]。请参考2007年版《中国成人血脂异常防治指南》。

（2）高血压的抗血小板治疗：高血压伴缺血

性心脑血管疾病（冠心病、缺血性卒中）、糖尿病患者，建议用75～100 mg/d阿司匹林治疗。高血压患者血压水平控制在安全范围（血压＜160/100 mm Hg）后方可使用抗血小板治疗，并注意出血等不良反应。

（3）高血压的降糖治疗：高血压伴2型糖尿病患者，建议加强生活方式的干预；严格控制血压，血压目标＜130/80 mm Hg。合理使用降糖药，血糖控制目标：空腹血糖一般目标为≤7.0 mmol/L；糖化血红蛋白（HbA1c）6.5％～7.5％。请参考2007年版《中国2型糖尿病防治指南》。

3.4.7　降压药物的一般用法、维持与调整　长效降压药一般每早服用1次，中效降压药或短效降压药一般用2～3次/天，一天多次服用的药物宜全天均衡时间服用。对夜间及凌晨血压增高的患者可调整用药时间或晚间谨慎加服药物；建议尽量选用长效降压药，服用方便，1次/天，有利于改善治疗依从性，有利于稳定控制血压。

血压达标稳定者，且无不良反应的，一般予以长期维持治疗，长期达标，不要随意调换药物。

血压控制不良或不稳定，但无不良反应者，一般原药加至靶剂量，或加另一种类药物。尽量使用长效降压药，以提高血压控制率。

出现轻度药物不良反应，可将药物适当减量；如有明显不良反应的则应停用原药，换其他种类降压药。如治疗中出现痛风者，停用噻嗪类利尿剂；心率＜50次/分钟者，停用βB；不能耐受的干咳者，停用ACEI。

如出现血压偏低者，可谨慎减少剂量，观察血压变化。如出现低血压或伴明显头晕者，可减量或暂停用药，并密切监测血压变化；待血压恢复后，用小剂量开始继续药物治疗。长期随访中不可随意中断治疗。长期血压不稳定，可造成靶器官损害。

对1～2级高血压患者，在夏季酷暑或冬季严寒时期，可根据血压的情况适度调整药物的治疗方案。

3.4.8　特殊人群高血压处理　特殊人群高血压包括：老年高血压；ISH；高血压合并脑血管病、冠心病、心力衰竭、慢性肾脏病、糖尿病、周围血管病、妊娠高血压、难治性高血压、高血压急症等。高血压特殊人群大多为心血管病发生的高危人群，应根据各自特点，积极稳妥地采取相应的治疗措施。选用合适的降压药，平稳有效地控制血压，同时处理并存的相关情况，以预防心脑血管病的发生。如对＞65岁的老年人或ISH应初始用小剂量利尿剂或钙拮抗剂，收缩压目标＜150 mm Hg；心力衰竭首选ACEI/ARB、利尿剂、βB；糖尿病首选ACEI或ARB，目标血压＜130/80 mm Hg，常需加钙拮抗剂或小剂量噻嗪类利尿剂，同时要平稳控制血糖；脑血管病常用利尿剂、钙拮抗剂、ACEI/ARB；慢性肾脏病首选ACEI或ARB，必要时加袢利尿剂或长效钙拮抗剂；难治性高血压常用长效钙拮抗剂、利尿剂、ARB或ACEI等联合治疗；冠心病心绞痛常用βB或长效钙拮抗剂；心肌梗死后可用ACEI或醛固酮拮抗剂；周围血管病常用钙拮抗剂等。发现高血压急诊应立即呼叫急救电话120，及时转送上级医院诊治；有条件的单位可做简单的必要的急救后转诊。

3.4.9　高血压社区防治参考方案　高血压治疗既要遵循一般原则，更要个体化治疗。基层高血压药物选用参考方案见表9。

4　高血压的预防和教育

4.1　高血压的预防　面对公众，包括针对高血压危险因素开展健康教育、创建支持性环境、改变不良行为和生活习惯，防止高血压发生。

面对易发高血压的危险人群，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。高血压是可以预防的，对血压130～139/85～89 mm Hg、超重/肥胖、长期高盐饮食、过量饮酒者进行重点干预，积极控制相关危险因素，预防高血压的发生。

面对高血压患者，包括定期随访和测量血压。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，预防心脑肾并发症的发生，降低致残率及死亡率。

4.2　社区健康教育

表9　基层高血压降压药物选用参考方案（范例）

对象	第一套选用方案	第二套选用方案
1级高血压（低危）	1.尼群地平10 mg，2次/天 2.依那普利10 mg，1次/天 3.硝苯地平10～20 mg ，2～3次/天 4.复方降压片1～2片，2～3次/天 5.珍菊降压片1～2片，2～3次/天 6.卡托普利12.5～25.0 mg，2～3次/天 7.降压0号1片，1次/天 8.氢氯噻嗪12.5 mg，每早1次 9.吲达帕胺1.25～2.50 mg，1次/天 10.美托洛尔12.5～25.0 mg，1～2次/天 11.复方卡托普利1～2片，2次/天	1.氨氯地平2.5～5.0 mg，每早1次 2. 非洛地平缓释片5 mg，每早1次 3.贝那普利10～20 mg，1～2次/天 4.拉西地平4 mg，1次/天 5.硝苯地平缓释片20 mg，1～2次/天 6.氯沙坦50～100 mg，1次/天 7.缬沙坦80～160 mg，1次/天 8.替米沙坦40～80 mg，1次/天 9.比索洛尔2.5～5.0 mg，1次/天 10.左旋氨氯地平2.5 mg，每早1次 11.硝苯地平控释片30 mg，1次/天
2级高血压（中危）	1.尼群地平10～20 mg，2次/天 2.依那普利20 mg，2次/天 3.氨氯地平5 mg，每早1次 4.非洛地平缓释片5～10 mg，每早1次 5.左旋氨氯地平2.5～5.0 mg，每早1次 6.降压0号1～2片，1次/天 7.贝那普利20 mg，1～2次/天 8.硝苯地平缓释片20 mg，2次/天 9.替米沙坦80 mg，每早1次 10.缬沙坦160 mg，每早1次 11.氯沙坦100 mg，1次/天 12.拉西地平4～8 mg，1次/天 13.硝苯地平控释片30～60 mg，1次/天 14.比索洛尔5～10 mg，1次/天	1.氨氯地平2.5～5.0 mg +替米沙坦40 mg，每早1次 2.非洛地平缓释片5 mg+氢氯噻嗪12.5 mg，1次/天 3.贝那普利10 mg +氢氯噻嗪12.5 mg，每早1次 4.拉西地平4 mg +美托洛尔12.5～25.0 mg，1次/天 5.氨氯地平2.5～5.0 mg +复方阿米洛利半片，每早1次 6.尼群地平20 mg +卡托普利25 mg，1～2次/天 7.氯沙坦50 mg +氢氯噻嗪12.5 mg，每早1次 8.缬沙坦80 mg +氢氯噻嗪12.5 mg，每早1次 9.厄贝沙坦150 mg +氢氯噻嗪12.5 mg，每早1次 10.左旋氨氯地平5 mg +卡托普利25 mg，1次/天 11.比索洛尔2.5 mg +氨氯地平5 mg，每早1次 12.培哚普利4 mg +吲达帕胺1.25 mg，每早1次 13.缬沙坦80 mg +氨氯地平5 mg，每早1次 14.非洛地平缓释片5 mg +依那普利10 mg，1次/天
3级高血压（高危）	1.氨氯地平5 mg +替米沙坦80 mg，每早1次 2.贝那普利10 mg +氨氯地平5 mg，1次/天 3.非洛地平缓释片5～10 mg +氢氯噻嗪12.5 mg，1次/天 4.硝苯地平控释片30 mg+依那普利10 mg，1次/天 5.氨氯地平5 mg+复方阿米洛利1片，每早1次 6.拉西地平4 mg+依那普利20 mg，1次/天	1.非洛地平缓释片5～10 mg +美托洛尔12.5 mg，每早1次 2.缬沙坦160 mg+氨氯地平5 mg，1次/天 3.氨氯地平5 mg+培哚普利4 mg，每早1次 4.比索洛尔5 mg+氨氯地平5 mg，1次/天 5.左旋氨氯地平5 mg+氢氯噻嗪12.5 mg，每早1次 6.氯沙坦100 mg+氨氯地平5 mg，1次/天

注：以上药物治疗方案仅为范例，药物、剂量及用法仅供参考；在无相应禁忌证的情况下，可选择其中一个适合的治疗方案，其他合理的治疗方案仍可应用。本表2套方案设计主要考虑降压效果、我国经济发展不平衡及患者长期经济承受能力，第1套方案药品价格相对低，适用于低收入患者。建议因地制宜选用适合患者的降压药。如面对一位低收入农村低危患者，建议从第1套方案选用降压药

4.2.1　社区健康教育目的　广泛宣传高血压防治知识，提高社区人群自我保健知识，引导社会对高血压防治的关注；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知识和技能，树立高血压及其并发症可以预防和控制的信念；鼓励社区居民改善不良行为和生活方式，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，改善社区居民生活质量，提高健康水平。

4.2.2　社区健康教育方法及内容　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，提供社区人群对高血压及其危险

因素的认识，提高健康意识；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，开展健康教育活动；开展调查，对社区的不同人群，提供相应的健康教育内容和行为指导。

4.2.3 高血压易患人群的健康指导与干预

（1）高血压易患人群：血压高值[收缩压130～139 mm Hg和（或）舒张压85～89 mm Hg]；超重（BMI 24～27.9 kg/m^2）或肥胖（BMI≥28 kg/m^2），和（或）腹型肥胖：腰围为男≥90 cm（2.7尺），女≥85 cm（2.5尺）；高血压家族史（一、二级亲属）；长期过量饮酒[饮白酒≥100 ml/d；（2两/天）]年龄≥55岁；长期膳食高盐。

（2）高血压易患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，提高高血压易患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知，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，建议每6月至少测量血压1次；积极干预相关危险因素（见高血压非药物疗法）；利用社区卫生服务机构对高血压易患个体进行教育，给予个体化的生活行为指导。

4.2.4 对高血压患者的教育 教育患者正确认识高血压的危害，规范治疗以预防心脑血管病的发生；教育患者要坚持非药物疗法，改变不良生活方式；教育患者要坚持规范化药物治疗；降压治疗要达标；教育患者要定期在家或到诊室测量血压。

5 高血压的管理

5.1 高血压分级管理内容 基层医师对辖区内高血压患者进行临床评估，根据危险分层纳入不同的管理级别。将低危、中危、高危患者分为一、二、三级管理。根据不同级别，定期进行随访和监测，随访主要指标是血压，基本目标是血压达标。根据血压水平和心血管危险控制情况调整治疗措施。根据需要来确定实验室辅助检测的频率：如心肌缺血、血脂异常、糖尿病或肾病者，可根据病情增加相应指标检测次数；患者使用噻嗪类利尿剂应检查血钾；使用ACEI或ARB应检查血钾、肌酐等；必要时检测肝功能。分级管理可有效的利用现有资源，重点管理高危患者，提高血压控制率，降低心脑血管病发生和死亡风险。

分级管理内容见表10。

5.2 管理级别的确定与调整

5.2.1 首次评估与确定管理级别 患者因高血压首次在社区卫生服务机构就诊时，根据血压高低、危险因素、靶器官损害、伴临床疾患及治疗情况进行临床评估，确定管理级别，进行相应级别管理。对定级有困难的患者，应请专科医生会诊，协助确定其管理级别。

5.2.2 年度评估与管理级别的调整 社区对管理的患者进行年度评估、汇总。社区卫生服务机构医师（全科医师、责任医师）应每年对分级管理的患者进行年度评估。根据随访记录情况（全年血压记录、危险因素变化）确定新的管理级别。在社区卫生服务机构管理的高血压患者，出现病情变化、发生高血压相关疾病时。应及时对患者进行临床评估，重新确定管理级别，并按照新的级别管理要求进行随访管理。一般情况下，伴心脑肾疾病、糖尿病者而归为高危的，管理级别长期不变；伴有靶器官损害而分级管理者，一般不作变动；对仅根据血压水平和（或）1～2个可改变的危险因素而分为中危或少数高危的分级管理者，在管理1年后视实际情况而调整管理级别；对血压长期（连续6月）控制好的，可谨慎降低管理级别；对新发生心脑血管病或肾病及糖尿病者，及时升高管理级别。

5.3 高血压患者自我管理 提倡高血压患者自我管理，在专业人员的指导下，可以社区居委会为单位组织或患者自发组织管理小组，学习健康知识和防治知识，交流经验，提高高血压的管理效果。

5.4 高血压信息化管理 利用电脑网络（如互联网）开展高血压信息化管理是做好社区慢性病防治工作的必要条件；在居民健康档案的基础上建立规范化高血压病历档案，利用计算机进行高血压患者的随访数据管理、工作量统计及考核指标

表10 高血压分级管理内容

项目	一级管理	二级管理	三级管理
管理对象	低危患者	中危患者	高危患者
建立健康档案	立即	立即	立即
非药物治疗	立即开始	立即开始	立即开始
药物治疗（初诊者）	可随访观察3月 仍≥140/90 mm Hg即开始	可随访观察1月 仍≥140/90 mm Hg即开始	立即开始 药物治疗
血压未达标或不稳定，监测血压	3周1次	2周1次	1周1次
血压达标稳定后，常规随访测血压	3月1次	2月1次	1月1次
测身高、体质量、腰围	2年1次	1年1次	6月1次
检测血脂	4年1次	2年1次	1年1次
检测血糖	4年1次	2年1次	1年1次
检测尿常规	4年1次	2年1次	1年1次
检测肾功能	4年1次	2年1次	1年1次
心电图检查	4年1次	2年1次	1年1次
眼底检查	选做	选做	选做
超声心动图检查	选做	选做	选做
转诊	必要时	必要时	必要时

注：随访监测记录说明：①血压监测：医院、社区站（中心）测量或患者自测血压均可；血压不稳定的增加随访和测血压次数；鼓励患者自测血压。②其他检测项目：社区站（中心）或医院检测均可。③辅助检测的频率为基本要求，可根据需要而增加监测次数

的提取。有关数据及时上网输入，有利于促进规范化管理；有利于基层医生方便操作（如危险分层由计算机程序操作）；有利于提高血压规范管理率；有利于社区、管理部门及专家随时了解工作进度和质量。建议各地因地制宜，积极创造条件，尽早实现包括高血压在内的慢性病信息化管理。

6 社区高血压患者的双向转诊

6.1 双向转诊原则 确保患者的安全和有效治疗；减轻患者经济负担；最大限度的发挥基层医生和专科医生各自的优势和协同作用。

6.2 双向转诊的条件与内容

6.2.1 社区初诊高血压转出条件 合并严重的临床情况或靶器官的损害；患者年轻且血压水平达3级；怀疑继发性高血压的患者；妊娠和哺乳期妇女；可能有白大衣高血压存在，需明确诊断者；因诊断需要到上级医院进一步检查。

6.2.2 社区随诊高血压转出条件 按治疗方案用药2～3月，血压不达标者；血压控制平稳的患者，再度出现血压升高并难以控制者；血压波动较大，临床处理有困难者；随访过程中出现新的严重临床疾患；患者服降压药后出现不能解释或难以处理的不良反应；高血压伴发多重危险因素或靶器官损害而处理困难者。

6.2.3 上级医院转回社区条件 高血压的诊断已明确；治疗方案已确定；血压及伴随临床情况已控制稳定。

7 基层高血压防治工作考核评估

7.1 考核评估的实施 主要由卫生行政主管部门组织开展年度考核评估；按照分级管理要求，对高血压患者与群体进行相关指标的考核评估；考核评估可分层次进行；省市级/区县级/城镇社区

医疗卫生服务站（村卫生室）/责任医师均可在相应范围进行考核评估。

7.2　考核评估指标　考核评估指标众多，本指南提出3个基本考核指标。各地可以根据自身工作需要增加考核指标，建议将高血压防治“三率”水平纳入社区高血压防治考核评价指标体系。考核评估工作至少每年进行1次。

7.2.1　基本指标

（1）管理率：指基层社区卫生服务机构管理的高血压患者人数占辖区高血压患病总人数的比例。计算公式：

管理率=已管理高血压人数/辖区高血压患病总人数×100%。

辖区高血压患病总人数估算：

辖区常住成年人口总数×成年人高血压患病率

[通过当地居民普查、抽样调查获得或是选用本省（全国）近期高血压患病率指标]

（2）规范管理率：指实施分级规范管理的高血压患者（进行药物及非药物治疗并定期随访的患者）人数占年度登记管理的高血压患者人数的比例。1年中坚持治疗并完成规范要求的随访次数达70%以上的，即视为规范管理。计算公式：

规范管理率=规范管理高血压患者人数/年度管理高血压患者人数×100%

（3）管理人群血压控制率：指接受管理的高血压患者中血压达标的人数占管理高血压患者人数的比例。计算公式：

管理人群血压控制率=血压达标人数/管理的高血压人数×100%

高血压的血压控制率是指收缩压＜140 mm Hg和舒张压＜90 mm Hg，即收缩压和舒张压同时达标。血压达标可分为时点达标和时期达标2种评估方法：时点达标：指高血压患者最近一次血压控制在140/90 mm Hg以下；时期达标：指选定时期（一般选用1年）不同时段测量的血压值，同一患者70%以上血压值控制在140/90 mm Hg以下。

7.2.2　人群高血压防治“三率”指标

（1）高血压知晓率：指社区辖区居民诊断为高血压的患者中知晓自己患高血压者的比率。计算公式：

高血压知晓率=知道自己患高血压的人数/被诊断的患高血压的总人数×100%

（2）高血压治疗率：指高血压患者中近2周在服药的人数占整个辖区高血压患者总人数的比例。计算公式：

高血压治疗率=近2周在服用高血压药物的人数/被调查者中患高血压的总人数×100%

（3）高血压控制率：指血压控制达标的高血压患者人数占整个辖区高血压患者的总人数的比例。计算公式：

高血压控制率=血压已经达标的人数/被调查者中患高血压的总人数×100%

范例：某社区医疗卫生服务中心辖区内共有成年居民1万人，全面普查体检查出高血压（包括正在服用抗高血压药物者）2000例，其中1000人在检查时知道自己患高血压，500人在2周内正在服用抗高血压药物治疗，高血压患者检查时测量血压在140/90 mm Hg以下者有400人。计算该社区人群高血压知晓率为50%（1000/2000）；高血压服药率25%（500/2000）；高血压控制率20%（400/2000）。

该社区全部高血压患者中600人已经接受高血压管理，管理人群中全年坚持治疗并完成规定随访次数70%以上的有400人，管理高血压患者中300人血压达标（＜140/90 mm Hg）。那么计算得出该社区高血压管理率为30%（600/2000），规范管理率67%（400/600），管理人群血压控制率50%（300/600）。

本文摘自刘力生、王文、姚崇华等教授主编的2009年基层版《中国高血压防治指南》，已由人民卫生出版社出版。