

# 常见慢性病的社区管理 与居家护理

社区护理学教研室  
社区护理学教研室

# 原发性高血压的 社区管理与护理



无声的杀手！

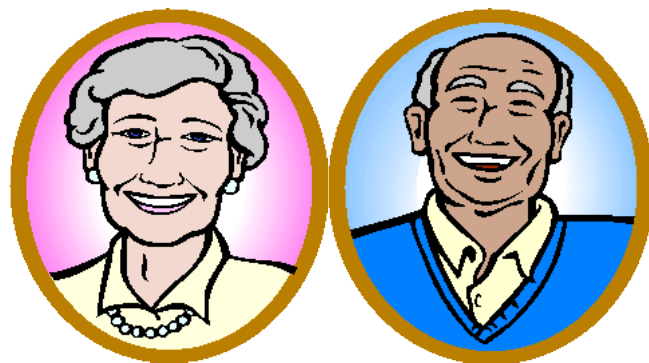
# 教学重点

---

- ❖ 高血压的诊断标准；
- ❖ 原发性高血压一级、二级预防  
社区人群、健康教育对象

---

# 正确认识和管理 高血压



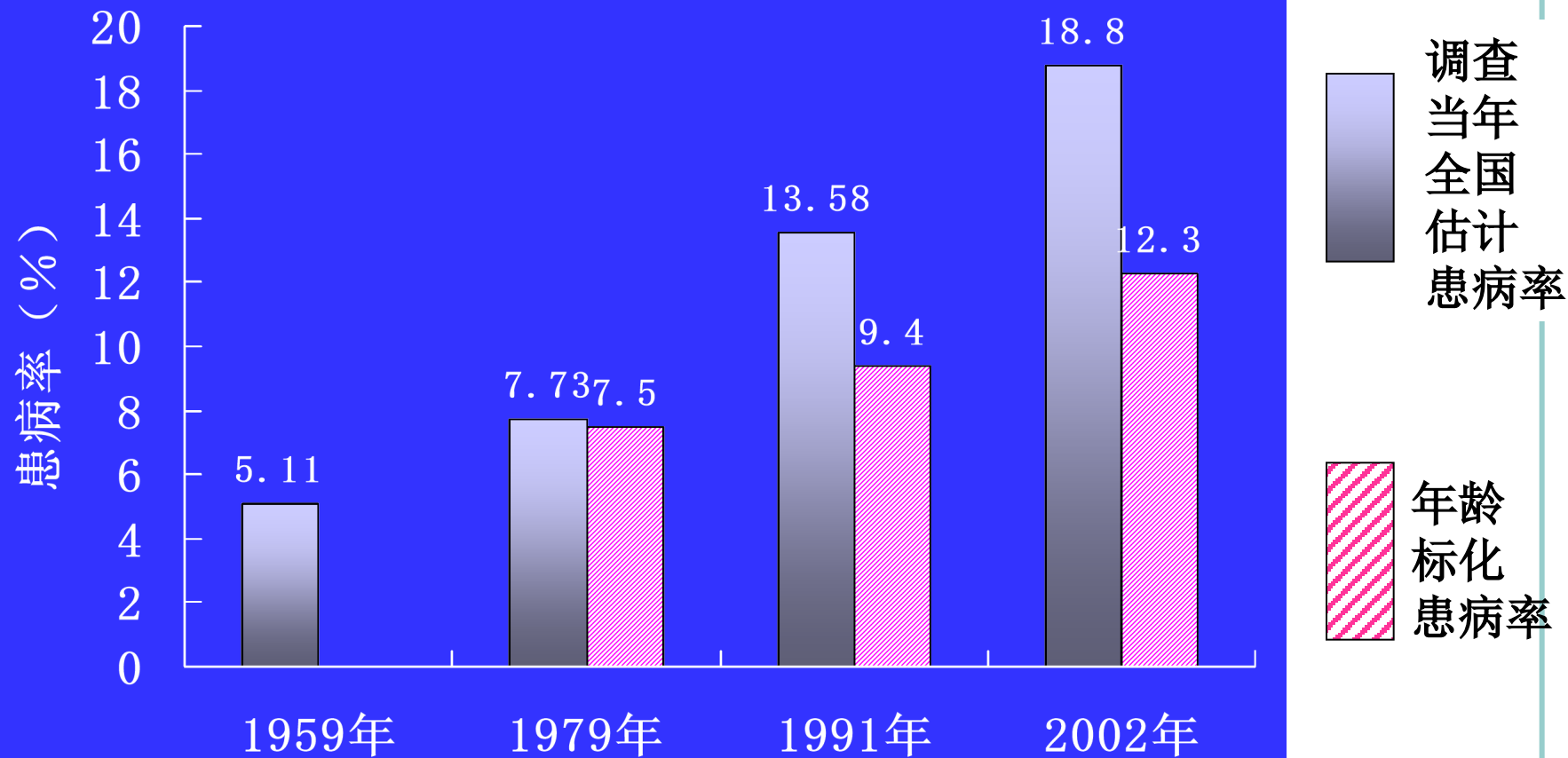
# 群体高血压管理

---



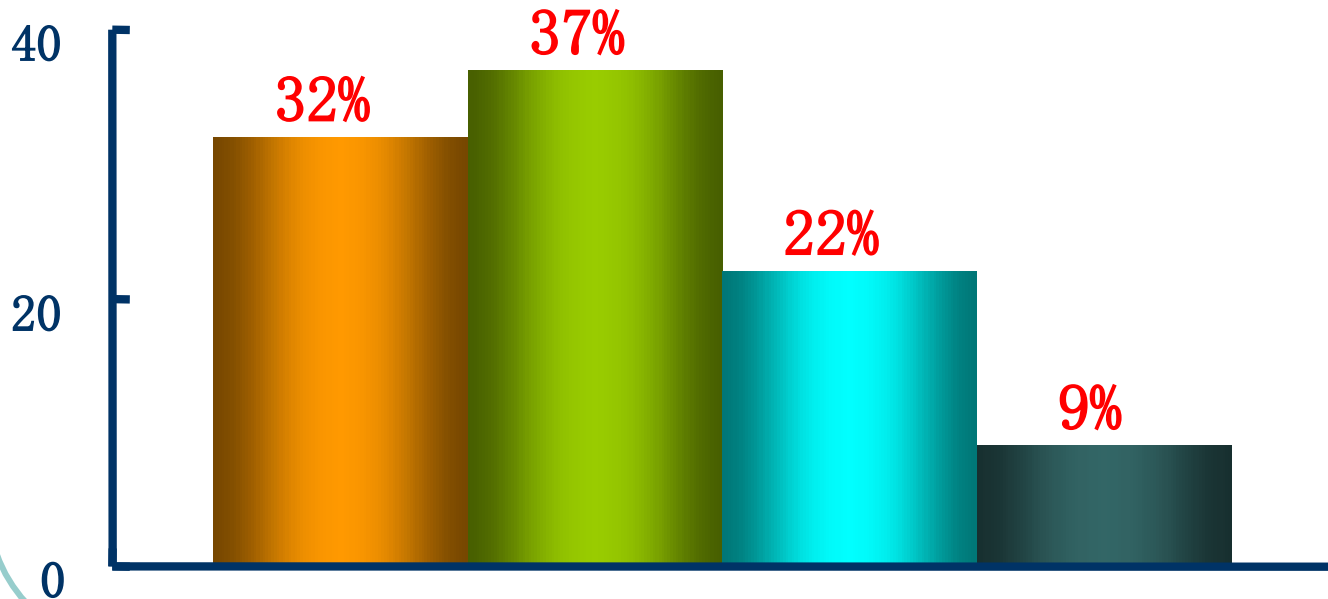
高血压！  
早发现早管理

# 全国四次高血压调查患病率比较



与1991年相比，患病率的相对增长量为30.9%，患病人数的绝对增长量为9千万人。

# 门诊高血压病人血压水平的分布



掌握

# 血压水平的定义和分类

Review

类别	收缩压 (mmHg)	舒张压 (mmHg)
理想血压	<b>&lt;120</b>	<b>&lt;80</b>
正常高限值	<b>120~139</b>	<b>80~89</b>
高血压	<b>≥140</b>	<b>≥90</b>
1级 (轻度)	<b>140~159</b>	<b>90~99</b>
2级 (中度)	<b>160~179</b>	<b>100~109</b>
3级 (重度)	<b>≥180</b>	<b>≥110</b>
单纯收缩期高血压	<b>≥140</b>	<b>&lt;90</b>



# 认识正确测血压的方法

- ④ 血压计的选择
- ④ 正确测量血压的方法  
姿势、部位等



# 正确认识血压的变化

Review

② 血压经常变动，不平稳，经常变化

- 环境、紧张、愤怒使血压上升
- 随着年龄的增长，血压也上升
- 一天内会有**20~30mmHg**的差异

② 未服用降压药物下测量，第一次测得高血压后，两次以上的血压在**140/90 mmHg** 以上时确认为高血压

$\frac{130}{85}$



$\frac{145}{90}$



$\frac{120}{70}$



# 高血压人群的特点

掌握

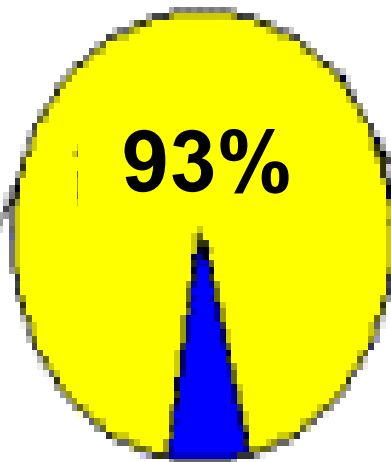
三高

患病率高  
增长趋势高  
危害性高

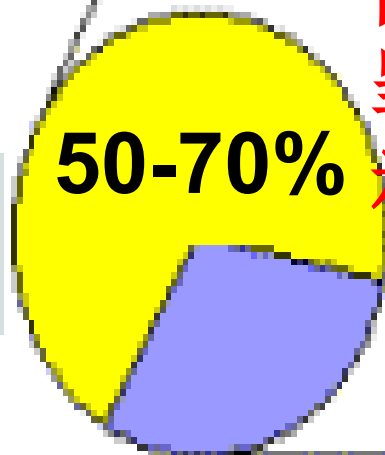
三低

三不

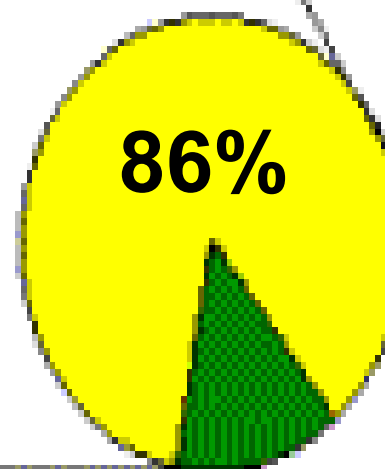
# 脑出血



高血压  
罪魁  
祸首



冠心病



脑中风

# 高血压人群的特点

---

## 三高

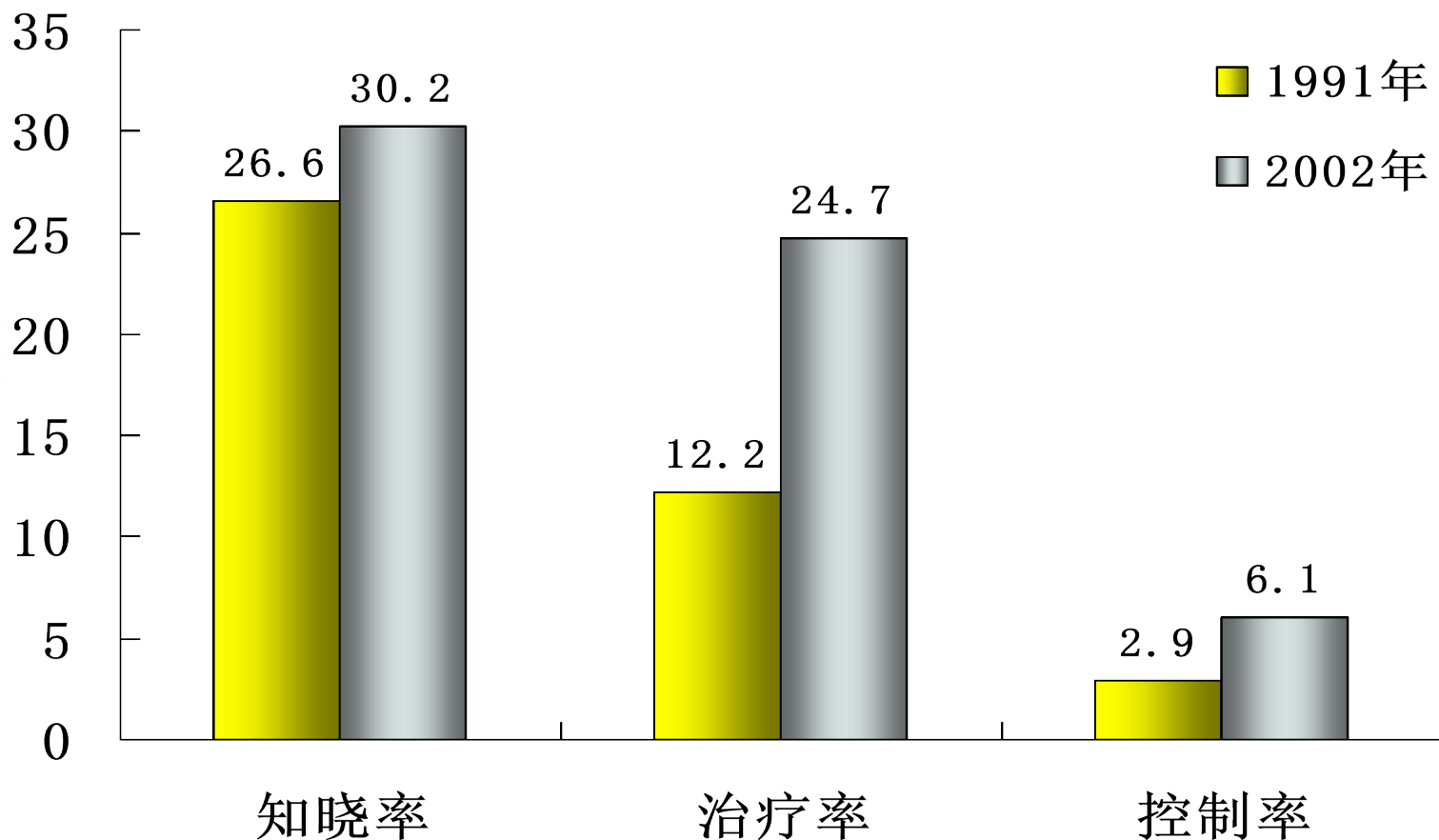
患病率高  
危害性高  
增长趋势高

## 三低

知晓率低  
治疗率低  
控制率低

## 三不

# 高血压知晓率、治疗率及控制率的变化



# 高血压人群的特点

## 三高

患病率高  
危害性高  
增长趋势高

## 三低

知晓率低  
治疗率低  
控制率低

## 三不

不愿吃药  
不难受不吃药  
不按医嘱吃药

# 高血压流行规律

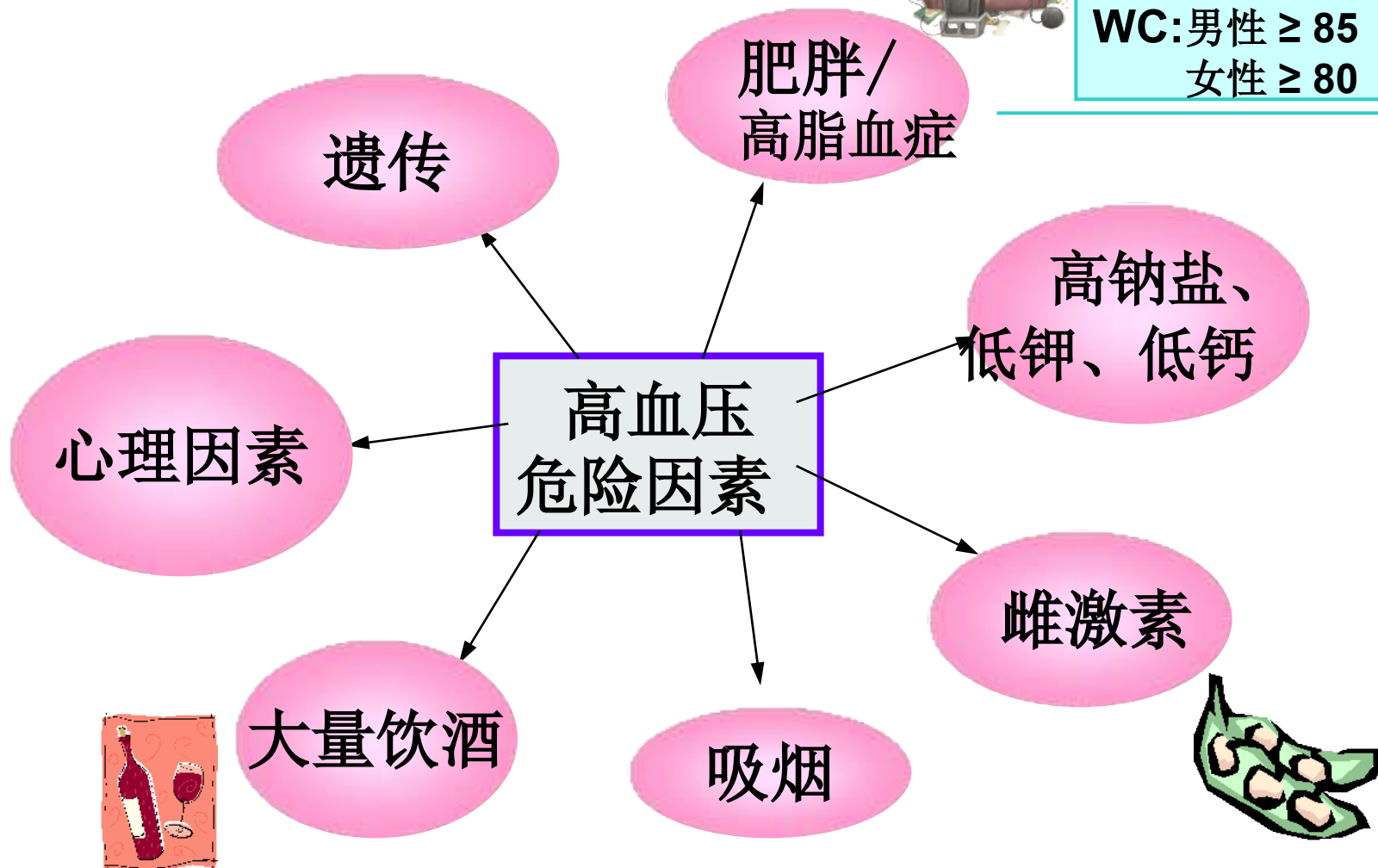
---

- ❖ 患病率与年龄呈正比；
- ❖ 女性围绝经期前患病率低于男性，围绝经期后高于男性；
- ❖ 有地理分布、季节性差异；
- ❖ 患病率与肥胖程度和压力呈正相关，与体力活动水平呈负相关；
- ❖ 高血压有一定的家族聚集性。



# 危险因素

**BMI:**消瘦 < 18.5  
正常 18.5~23.9  
超重 24~27.9  
肥胖 ≥ 28  
**WC:**男性 ≥ 85  
女性 ≥ 80



# 社区管理

高血压的社区管理是通过三级预防，提高知晓率、服药率和控制率，预防和控制高血压并发症，降低致残率和死亡率为目标。

☺ 设立专职管理人员

☺ 设立公开的咨询电话



# 社区管理的对象及来源

---

- 居住在本社区，健康档案登记的高血压病人；
- 通过体检或自测等新发现的本社区高血压病人；
- 经常到社区卫生站就诊的非本社区的高血压病人。

# 社区管理

掌握

一级预防

## 健康教育

一般人群

什么是高血压，高血压的危害

自我监测血压的正确方法

建立健康生活方式

提高自我保健能力，定期监测血压

# 社区管理



## 二级预防

### 管理对象

高危  
人群

高血压  
人群

# 社区管理

## 二级预防

高危人群

进行危险因素筛查

定期血压监测

进行健康教育

提倡家庭自测血压，推荐使用上臂式电子血压计，正常上限参考值：  
**135/85mmHg**

什么是高血压，高血压的危害

健康生活方式，定期监测血压

高血压的危险因素，有针对性的行为纠正和生活方式指导

# 社区管理

## 二级预防

高血压人群

建立健康档案，病人分层管理

# 高血压病人分层管理

其他CVD危险因素 和病史	血压 (mmHg)		
	1级 Sbp140-159 Dbp90-99	2级 Sbp160-179 Dbp100-109	3级 Sbp $\geq$ 180 Dbp $\geq$ 110
I 无其它CVD危险因素	低危 非药物治疗 观察数月	中危 非药物 (+药物)	高危 药物+非药物
II 1-2个CVD危险因素	中危 非药物治疗 观察数周	中危 非药物 (+药物)	很高危 药物+非药物
III $\geq$ 3个危险因素 或存在靶器官损害 或糖尿病	高危 药物+非药物	高危 药物+非药物	很高危 药物+非药物
IV 并存相关合并症	很高危 药物+非药物	很高危 药物+非药物	很高危 药物+非药物



# 高血压病人分层管理

项目	重点管理	一般管理	简单管理
建立健康档案	立即	立即	立即
管理间隔	1次/月	1次/季	1次/年
管理方式	电话和见面	电话	发放宣传材料
指导非药物治疗	每次就诊和随访交流	每次就诊和随访交流	每次就诊和随访交流
药物治疗随访	每次就诊和随访交流	每次就诊和随访交流	每次就诊和随访交流
血压	每次就诊	每次就诊	每次就诊
家庭自测血压	每天	每周	每周

建议病人至少每年检查1次血脂、血糖、肾功能、血常规、尿常规，心电图可选择

## 高血压管理目标

首要目标： 血压 $<140/90\text{mmHg}$

糖尿病： 血压 $<130/80\text{mmHg}$

肾病： 血压 $<130/80\text{mmHg}$

（注：尿蛋白 $>1\text{g}/24\text{h}$ 时，血压 $<125/75\text{mmHg}$ ）

老年人： 收缩压 $<150\text{mmHg}$

（如能耐受，可进一步降低）

# 社区管理

## 二级预防

高血压人群

建立健康档案，病人分层管理

定期随访，动态管理

## 定期随访

### 高血压人群

- ❖ **随访内容**：①密切监测血压及病人的其他危险因素；②监测临床情况的改变以及观察疗效；
- ❖ **随访间隔**：根据病人的总危险分层及血压水平，由医生视具体情况而定，高危组每1-3个月随诊一次，中危及低危组每3-6个月随诊一次；治疗3月后未达到降压目标，应增加随诊次数。

# 社区管理

## 二级预防

高血压人群

建立健康档案，病人分层管理

定期随访

进行健康教育

## 健康教育内容

### 高血压人群

- ❖ 什么是高血压，高血压的危害，高血压危险分层的意义，定期监测血压。
- ❖ 高血压的危险因素，有针对性的行为纠正和生活方式指导。
- ❖ 非药物治疗、长期随访治疗和坚持终身治疗的必要性。
- ❖ 正确认识高血压药物的疗效和副作用；加强病人药物依从性

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/076022144110010142>