



关于高血压社区防治 人类健康第一杀手新

一、基础知识

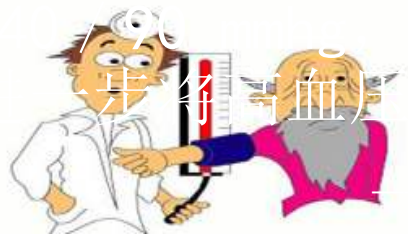
- (一) 高血压定义
- (二) 为什么开展高血压患者健康管理
- (三) 血压分级标准
- (四) 发病危险因素
- (五) 危险度分层
- (六) 高血压防治目标：
基本目标
追加目标
根本目标

(一) 什么是高血压

(一) 高血压诊断标准

高血压，是指在未服抗高血压药物的情况下，经过至少3次不同日血压测量，均达到收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 。

- 当血压 $\geq 140/90$ 毫米汞柱时就诊断为高血压



在使用降压药物，血压仍 $\geq 140/90$ 毫米汞柱时，称为高血压。根据高血压身高2级和3级。

高血压的分类

高血压

原发性高血压
(高血压病)，95%

继发性高血压
(高血压)，5%

药物引起的高血压

妊娠高血压

大动脉疾病

肾脏病

嗜铬细胞瘤

肾动脉狭窄

原发性醛固酮增多症

（二）为什么开展高血压患者健康管理

中国慢性病及其危险因素报告（2007）

- 我国高血压的防治形势非常严峻，我国15-69岁居民高血压患病率为23.2%，且随着年龄在升高。不到1/3的高血压患者知道自己患有高血压。
- 所有高血压患者中只有不到1/4的患者进行药物治疗，只有不到1/10的患者能够控制血压。
- 35岁以上居民有1/3的人从来没有测过血压，农村和男性居民更低。
- 我省心脑血管病排位于疾病谱和死因谱前列，而高血压是心脑血管病最主要的危险因素，并呈上升趋势。

高血压在我国如此横行

三高



2 亿高血压患者



高血压

患病率高

2/3致死
或致残



致残率高

20%的死亡与高血压有关



死亡率高

三低



不知自己得病



知晓率低



治疗

治疗率低



达标

控制率低

高血压的危害

脑：脑卒中



眼底：

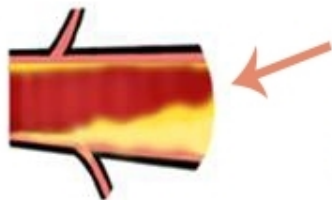
出血，视力减退

80%的脑出血由高血压引起
91%的心力衰竭与高血压相关

血管：

外周血管病变，

下肢疼痛



（三）血压分级标准

1、高血压分级：按表1血压水平的定义和分类标准进行诊断分级。

表1 血压水平的定义和分类(mmHg)

类别	收缩压		舒张压
正常血压	<120	和	<80
正常高值	120~139	或	80~89
高血压	≥ 140	或	≥ 90
1级高血压(轻度)	140~159	或	90~99
2级高血压(中度)	160~179	或	100~109
3级高血压(重度)	≥ 180	或	≥ 110
单纯收缩期高血压	≥ 140	和	<90

若患者的收缩压与舒张压分属不同的级别时，则以较高的分级为准。
单纯收缩期高血压也可按照收缩压水平分为1、2、3级。

(四) 高血压的危险因素

不可改变



年龄增加



高血压家族史

可改变



高钠、低钾饮食



肥胖



饮酒



缺乏体力活动



精神紧张

(五) 原发性高血压危险度的分级

危险因素	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
无其它危险因素	低危	中危	高危
1~2个危险因素	中危	中危	很高危
≥3个危险因素、靶器官损害或糖尿病	高危	高危	很高危
并存的临床疾病	很高危	很高危	很高危

(六) 高血压防治目标



- 基本目标

提高高血压知晓率、治疗率和控制率

- 追加目标

控制高血压同时，减少心血管疾病的其它危险因素。

- 根本目标

- 1、尽快控制不断上升的高血压患病率 
- 2、预防和控制高血压并发症，降低致残率和致死率 
- 3、提高患者生活质量

二、服务对象

- 辖区（或责任区）内35岁及以上**原发性**高血压患者。



战胜高血压 生活更美好

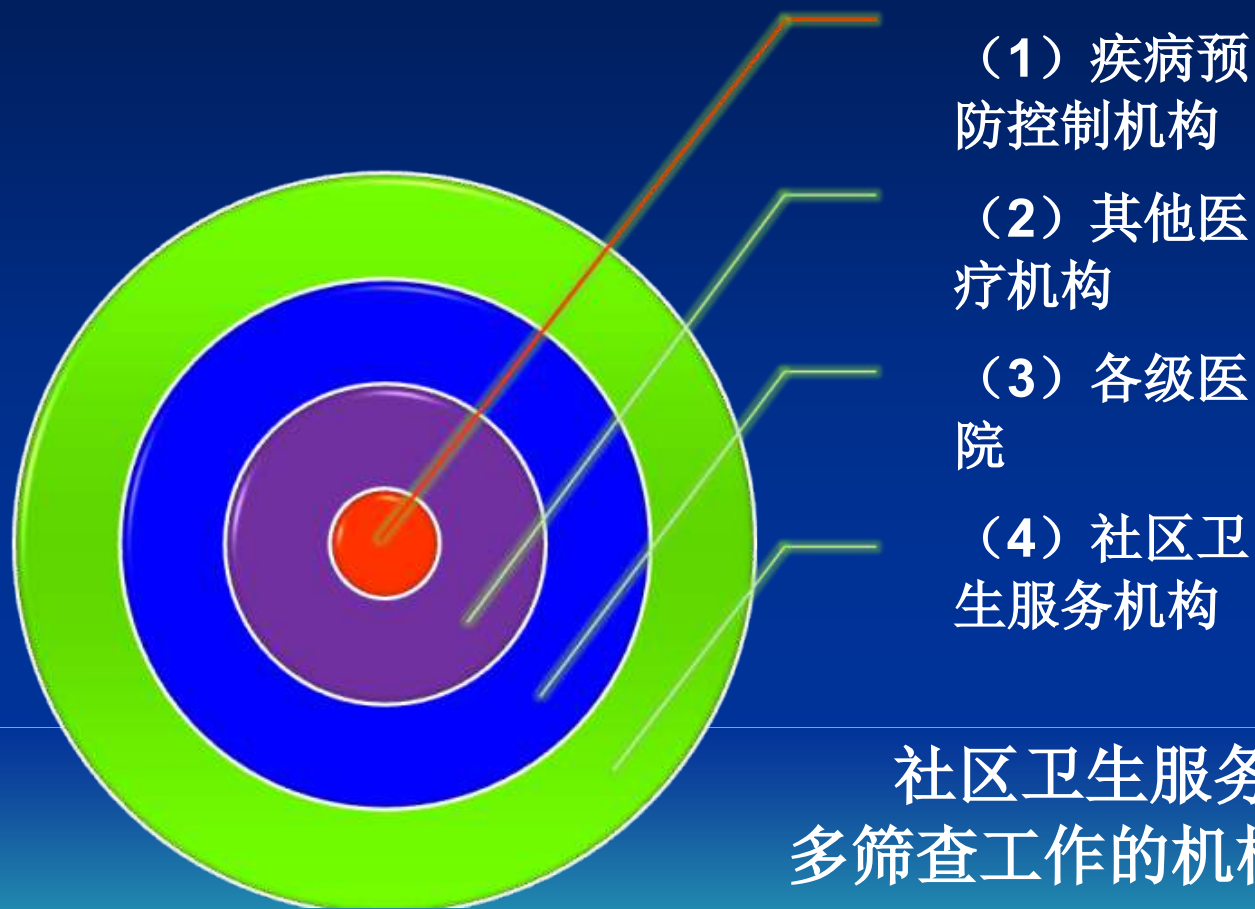


三、服务内容

（一）患者筛查

- 1.对辖区内35岁及以上常住居民，每年在其第一次到乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）就诊时为其测量血压；为居民建立健康档案时发现高血压；居民的周期体检中发现；义诊时发现等等。
- 2.对第一次发现收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 的居民在去除可能引起血压升高的因素后预约其复查，非同日3次血压高于正常，可初步诊断为高血压。如有必要，建议转诊到上级医院确诊，2周内随访转诊结果，对已确诊的原发性高血压患者纳入高血压患者健康管理。对可疑继发性高血压患者，及时转诊。
- 3.建议高危人群每半年至少测量1次血压，并接受医务人员的生活方式指导。

执行高血压筛查工作的机构



社区卫生服务机构是承担最多筛查工作的机构，任重道远！

（二）人群管理

分为一般人群、高血压高危人群与患病人群三类。

不同人群的识别和检出途径

- 1.健康体检

结合社区诊断、基线调查及居民健康体检、就业体检和职工体检等途径，识别高危人群，检出高血压患者，特别是无症状高血压患者。

- 2.机会性筛查

通过日常诊疗、社区血压测量站点、家庭访视等识别高危人群，发现或确诊高血压患者。

- 3.重点人群筛查

通过对**35岁**以上首诊病人测量血压和社区登记高危人群的随访监测，早期发现和确诊高血压患者。

一般人群管理

1. 一般人群判定标准

血压正常($<120/80\text{mmHg}$), 或正常高值血压(收缩压 $120-139\text{ mmHg}$ 和/或舒张压 $80-89\text{ mmHg}$)不伴有任何危险因素者。

2. 一般人群管理与要求

- (1) 年龄35周岁及以上的社区常住居民;
- (2) 组织开展多种形式的健康教育;
- (3) 开展健康档案建档工作, 动态掌握一般人群健康信息, 至少每两年测量1次血压。

高危人群管理

1. 高血压高危人群判定标准

正常高值血压(收缩压120~139mmHg和/或舒张压80~89mmHg),同时伴有下列一项及以上危险因素者:

- (1) 男性>55岁,女性>65岁;
- (2) 超重或肥胖(体重指数BMI \geq 24 kg/m²和/或腰围男性 \geq 85cm,女性 \geq 80cm);
- (3) 高血压家族史(一、二级亲属);
- (4) 吸烟;
- (5) 长期过量饮酒(每日饮白酒 \geq 100ml且每周饮酒 \geq 4次);
- (6) 长期膳食高盐(食盐量 \geq 10克/日);
- (7) 缺乏体力活动;
- (8) 血脂异常:胆固醇 \geq 5.18mmol/L(200mg/dl)或低密度脂蛋白胆固醇 \geq 3.37 mmol/L(130mg/dl)或高密度脂蛋白胆固醇 $<$ 1.04mmol/L(40mg/dl)或甘油三酯 \geq 1.70mmol/L(150mg/dl);

(9) 糖调节异常：空腹血糖 $\geq 6.1\text{mmol/L}$ (110mg/dl)或餐后2小时血糖 $\geq 7.8\text{mmol/L}$ (140mg/dl)。

2. 高危人群健康指导和干预

(1)对检出的高危人群进行登记造册。有条件的地区可建立高危人群信息库，进行定期随访和管理；

(2)利用社区门诊、上门随访等，给予个体化生活方式的指导，开具“高血压健康教育处方”，进行危险因素干预，具体内容见患病人群非药物干预；

(3)每半年至少测量1次血压。

患病人群管理[见服务内容随访评估]

服务内容

（三）随访评估

- 对原发性高血压患者，每年要提供**至少4次面对面的**随访。
- （1）测量血压并评估是否存在危急情况，如出现收缩压 $\geq 180\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $\geq 110\text{mmHg}$ ；意识改变、剧烈头痛或头晕、恶心呕吐、视力模糊、眼痛、心悸、胸闷、喘憋不能平卧及处于妊娠期或哺乳期同时血压高于正常等危急情况之一，或存在不能处理的其他疾病时，须在**处理后紧急转诊**。
- 对于紧急转诊者，乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）应在**2周内主动随访转诊**情况。

服务内容

- (2) 若不需紧急转诊，询问上次随访到此次随访期间的症状。
- (3) 测量体重、心率，计算体质指数（BMI）。
- (4) 询问患者疾病情况和生活方式，包括心脑血管疾病、糖尿病、吸烟、饮酒、运动、摄盐情况等。
- (5) 了解患者服药情况。

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/678117074006006052>