

2014 年中国高血压患者教育指南（简明版）

高血压联盟（中国），国家心血管病中心，中华医学会心血管病学分会，
中国医师协会高血压专业委员会

关键词 高血压；患者教育；指南

1 前言

1.1 制定《指南》是慢性病防治的需要

2011 年 9 月，联合国举行了由国家元首或政府首脑参加的预防和控制慢性非传染性疾病高级别会议，提出加强非传染性疾病（通常指心血管病、癌症、糖尿病、等常见慢性病）的防控任务和要求。2012 年 5 月，原卫生部等 15 个部委联合制定了《中国慢性病防治工作规划 2012~2015 年》，慢性病已成为我国重要的公共卫生问题。

1.2 是提高高血压治疗率和控制率的重要措施

当前我国心血管病死亡占总死亡的 41%，每年死亡 350 万，其中 70% 的脑卒中和 50% 的心肌梗死与高血压有关。降低高血压患者的血压水平可减少 40%~50% 的脑卒中危险和 15%~30% 的心肌梗死危险。因此，控制高血压是心血管病防治的切入点。

估算 2012 年我国有高血压患者 2.66 亿，但治疗率和控制率分别低于 40% 和 10%，原因是多方面的，重要原因之一是患者对高血压的认识不足，治疗的依从性差。调查表明，初诊高血压治疗一年的依从性仅为 30%，严重影响了高血压的治疗率和血压控制率的改善。因此，对高血压患者进行教育，提高患者对高血压的危害及长期治疗重要性的认识很有必要，高血压患者教育指南是将成为提高高血压治疗率和控制率的重要措施和助推器。

1.3 正面宣传科学的健康知识，抵制伪科学，澄清高血压认识的误区

高血压常见的认识误区比比皆是，主要表现为：高血压无不适症状，可以不用降压药；凭感觉用药，头晕吃药，头不晕停药；用食疗或理疗仪器，不服用

降压药；认为是药三分毒，不愿意长期用降压药等。针对以上高血压认识的误区，有必要正面宣传科学的高血压防治知识。

1.4 高血压教育需要规范化，需要权威科学的指导教材

目前我国健康教育的碎片化及不规范性已不能适应高血压防治的新要求。亟需制定国家级权威的、科学的、实用的高血压教育教材和医务人员开展高血压教育的指导性文件——即《中国高血压患者教育指南》。

1.5 指南制定过程

在国家卫生和计划生育委员会疾病预防控制局、中国健康教育中心、中华预防医学会的指导下，高血压联盟（中国）、国家心血管病中心、中华医学会心血管病学分会、中国医师协会高血压专业委员会联合组织制订《指南》。中华医学会全科医学分会、中华医学会老年医学分会、中国营养学会临床营养分会、中国疾病预防控制中心慢病中心等多个组织为合作单位。2012 年 7 月 1 日在西安举行启动会，来自国家卫生和计划生育委员会疾病预防控制局、主办单位和相关学会的领导、专家出席了会议，确定了《指南》的编写框架，20 余位有关领域的专家（临床、营养、运动、健教、社区、管理）撰写了初稿。此后，在上海、杭州、南京、天津、成都、北京召开了多次专家、基层医生、疾控和健教人员参加的意见征集会和高层专家讨论会，对《指南》提出了宝贵的修改意见。2013 年 4 月 19 日举行专家定稿会。6 月 19 日举行基层医生和媒体意见征集会。《指南》的制定发表是指南委员会集体智慧的结晶。

2 医务人员对患者教育的责任与内容

2.1 对高血压患者进行教育是医务人员义不容辞的责任

由于高血压是一种慢性疾病，高血压一旦发生，就需要终身管理。患者除了就诊时与医生有短暂的交流，大部分时间需要进行自我血压监测与管理。加强对高血压患者的健康教育，指导患者逐步掌握高血压的防治知识和技能，促其养成良好的遵医行为，以达到自觉地改变不良生活方式、控制危险因素、提高治疗依从性，提高降压达标率并减少并发症的发生，是医务人员义不容辞的责任。

包括医生、护士、药剂师、营养师、公共卫生人员、健康教育人员在内的各类医务人员，都有责任根据自己的专业知识，因地制宜对患者进行高血压相关知识的讲解教育。大部分高血压患者在基层医疗机构就诊，包括社区卫生服务中心（站）、卫生院、村卫生所、保健院、健康教育所等在内的基层医疗或健康管理机构是健康教育的主战场，基层医务人员是高血压教育的主力军。

2.2 高血压健康教育的内容

健康教育的核心是行为干预：针对不同的目标人群，提供相应的健康教育内容和行为指导。
表 1，2

表 1 对不同人群进行健康教育的内容

一般人群	高血压易患人群	高血压患者
什么是高血压	什么是高血压	什么是高血压
高血压的危害	高血压的危害	高血压的危害
高血压是“不良生活方式”疾病	高血压的危险因素的内容	高血压的危险因素，什么是靶器官损害和临床并发症
哪些人容易得高血压	高血压伴心血管病危险因素的危害	高血压患者为什么要分为低危、中危、高危组进行管理
高血压是可以预防的	如何纠正不良生活方式	高血压的非药物治疗内容：限盐、限酒、控制体重、适度运动、缓解精神压力
什么是健康的生活方式	如何降低心血管病的危险因素	常用抗高血压药物的种类、用法、注意事项、副作用、禁忌证
定期检测血压的意义	要特别关注自己的血压，每个月监测一次血压	积极提倡患者家庭自测血压
关注自己的血压，成人每 2 年测一次血压	鼓励家庭自测血压	配合社区医务人员做好高血压分级管理，定期随访 高血压患者要长期服药治疗，加强自我血压管理，以降低心脑血管病的发生危险

表 2 医务人员不同阶段对高血压患者教育的重点内容

初诊时（诊断评估）	复诊时（明确诊断后）	随访时（长期观察）
高血压的危害	告知个体血压控制目标	坚持定期随访
高血压的危险因素	告知个体危险因素及控制	坚持血压达标
确诊高血压须做哪些检查	所服降压药可能出现的副反应	坚持危险因素控制
家庭血压监测的方法	降压药联合应用的好处	如何进行长期血压监测。
危险因素控制	尽量服用长效降压药	如何观察高血压的并发症
	如何记录家庭血压监测数值	如何进行自我管理

分层目标教育：健康教育计划的总目标可分为不同层次的小目标，将每个层次目标设定为患者可以接受、并通过努力能达到的，而前一层目标达到后一层次目标的必需。

2.3 高血压健康教育的方法

2.3.1 医院健康教育

门诊教育：候诊时，采取口头讲解、宣传栏、

黑板报、小册子、广播、医院视频健康教育联播系统、录像、电子显示屏、电脑触摸屏、多媒体投影等形式开展健康教育。随诊时向患者提供高血压自我保健的健康教育处方。告诉病人看病前应该做什么准备。一分钟教育：大型医疗机构医生的工作繁忙，时间紧张，可针对患者的主要问题进行一分钟重点教育。患者信任医生，能够取

得好的效果。

住院教育：住院治疗期间，可进行较系统的、循序渐进的高血压防治知识、技巧和自我管理的教育。患者出院时应进行出院教育和随访。

教育内容的选择：根据患者病情和学习能力决定教育内容。教育内容应该是简单、重要、有用，并可多次重复，以加深患者的印象或使其熟练掌握某些技能。

重点教育内容：药物应用指导（患者所用药物的用法、剂量、药物不良反应及用药的注意事项等）、生活方式指导（饮食指导，帮助患者建立良好的生活习惯，生活要有规律，适当参加体育活动的时间和内容）、心理指导（介绍疾病的有关知识，增强战胜疾病的信心，解除过多的顾虑，心情舒畅地尽早回归家庭和社会）、功能锻炼指导（制定功能锻炼的计划，并耐心示范锻炼方法）

教育团队的组成：为保证对高血压患者规范的健康教育的开展，宜设立高血压或心血管专业健康教育与咨询岗位，可以请富有临床医护经验的护士担任。

2.3.2 社区和工作场所的健康教育

①开展社区调查，发现社区人群的健康问题和主要目标人群；根据社区人群特点，确定健康教育策略；②根据不同场所人群的特点，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。

2.3.3 社会性宣传教育

利用节假日或专题宣传日（全国高血压日、重阳节等），积极参加或组织社会性宣传教育、咨询活动。组织相关学科医务人员宣传正确的高血压防治知识，解答患者在高血压防治中出现的困惑和治疗问题；发放相关宣传资料，发放防治高血压的自我检测工具（盐匙、油壶；体重计、计步器等）；设置防治技能指导体验区（血压测量、健康膳食、适当运动等），帮助患者掌握高血压防治技能。

2.4 高血压健康教育的技巧

与患者谈话的技巧：站在患者的立场上，耐心倾听患者的叙述，注意观察患者的反应和情绪，采取接纳的态度，即要帮助、指导，不能批评、训诫。与患者谈话时，语气要中肯、主动、热情，态度要和蔼，表达要通俗，使其易于接受。要让患者感觉到教育者的诚意。掌握会谈时间，把握重点。避免不成熟的建议或承诺，以免加重患者心理负担或导致医疗纠纷。

电话随访的技巧：电话随访是一种开放式、延伸式的健康教育形式，其简单易行、成本低，方便有效。提高电话随访效能的技巧：①准备；②询问；③引导；④语言：尽量用通俗易懂的语言；⑤保护：注意自我保护，切忌大包大揽；⑥提醒：预约下次电话随访的时间。

3 高血压的基本知识

3.1 血压是怎样形成的？

心脏的收缩、舒张交替进行，推动血液在心脏和血管组成的密闭循环系统内持续流动。血液在血管内流动时对血管壁造成的压力叫血压。

3.2 什么是高血压？

在未服用降压药的情况下，非同日三次测量上肢血压，收缩压 ≥ 140 mmHg，和（或）舒张压 ≥ 90 mmHg 考虑为高血压。血压水平分级见表 3。

表 3 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
单纯收缩期高血压	≥ 140	和	<90

目前九成以上的高血压原因尚不明确，称为“原发性高血压”。如果血压高是由于某些疾病（如肾脏病、原发性醛固酮增多症、嗜铬细胞瘤等）引起的，称继发性高血压。继发性高血压药物治疗的效果差，应当针对病因治疗，去除病因后血压能有效降低甚至恢复正常。

3.3 高血压的易患对象

高血压的易患对象如下：包括吃盐过多、超重或肥胖、长期过量饮酒、缺乏运动、长期精神压力大等；高血压有遗传性家族史，男性 ≥ 55 岁及更年期后的女性易患高血压。有以上危险因素之一者，建议每 6 个月测量一次血压，改变不良生活方式，预防高血压的发生。

3.4 我国高血压的流行状况

1959 年我国成人高血压患病率仅为 5%，2002 年上升到 19%，估算 2012 年 15 岁以上人群患病率 24%，全国高血压患者约 2.66 亿，估计每年新增加

患者 1 千万例。可见, 伴随人口老龄化、城镇化的进程, 生活方式和饮食结构的改变, 高血压患病率呈增长态势。同时应注意, 现在高血压越来越年轻化, 儿童和中青年高血压的患病率呈持续上升趋势。

我国心脑血管病现患人数 2.9 亿。每年约有 350 万人死于心脑血管疾病, 占总死亡原因的首位 (41%), 平均每 10 秒钟就有 1 人死于此病。心脑血管病死亡的一半以上与高血压有关。

3.5 如何早期发现、确诊高血压?

多数高血压患者通常没有任何不舒服的感觉, 不少患者根本不知道自己血压高, 是体检或偶尔测血压时才发现血压升高, 故高血压被称为“无声杀手”。血压测量是检出高血压的简便易行的手段。正常成人每 2 年至至少测量血压 1 次。持续贯彻执行 35 岁以上人群首诊血压测量制度。

4 高血压发生的危险因素

原发性高血压是一种“生活方式疾病”, 不良生活方式和行为是高血压发生的主要危险因素。70%~80% 的高血压发生与不良生活方式及行为有关。我国高血压发生的主要危险因素包括: 高钠低钾饮食、超重/肥胖、长期过量饮酒、长期精神紧张、体力活动不足等。改变不良生活方式对高血压预防和治疗均有益处。

高血压的危害: 高血压加重动脉硬化的进展, 导致靶心脑血管器官损害; 高血压常见的并发症是脑卒中、心脏病、肾脏病、外周血管病、眼底病。70% 的脑卒中和 50% 的心肌梗死发生与高血压有关。高血压的并发症有“三高”: 发病率高、病死率高、致残率高, 严重影响生活质量和寿命; 中国是脑卒中高发区; 高血压患者发生脑卒中的人数是心肌梗死的 5 倍; 我国治疗高血压的主要目标是预防脑卒中, 而降低血压水平是预防脑卒中的关键。血压越高、病程越长、伴随的危险因素越多, 靶器官损害的程度就越严重, 心血管病的发病风险就越大。

5 高血压的治疗

改变不健康的生活方式和服用降压药是治疗高血压的主要方法, 二者缺一不可。

5.1 长期坚持健康的生活方式

所有的高血压患者, 自始至终都要坚持健康的生活方式, 主要包括合理膳食、控制体重、戒烟限酒、适度运动、心理平衡。

5.1.1 合理膳食

限制钠盐摄入: 高血压饮食疗法最关键是要减盐。中国营养学会推荐健康成人每日钠盐摄入量不宜超过 6 克, 高血压患者不超过 3 克。限制钠盐的摄入是预防和治疗高血压的花费成本最小的有效措施。

避免高盐的措施: ①每人每天摄入盐不超过 6 克 (普通啤酒瓶盖去胶垫后一平盖相当于 6 克); ②尽量避免进食高盐食物和调味品, 如咸菜、腌菜、腌肉等; ③利用蔬菜本身的风味来调味, 例如将青椒、蕃茄、洋葱、香菇等和味道清淡的食物一起烹煮; ④利用醋、柠檬汁、苹果汁、番茄汁等各种酸味调味汁来添增食物味道; ⑤采用富钾低钠盐代替普通钠盐。

限制总热量, 尤其要控制油脂类型和摄入量: ①减少动物食品和动物油摄入: 限制动物内脏、肥肉、蟹黄、鱼子、蛋黄、鱿鱼等富含饱和脂肪和胆固醇的食品摄入量。②减少反式脂肪酸摄入: 限制各类西式糕点、巧克力派、咖啡伴侣、速食食品等摄入量。③适量选用橄榄油等植物油。

营养均衡: ①适量补充蛋白质, ②适量增加新鲜蔬菜和水果, ③增加膳食钙摄入。

高血压患者的食物选择: 高血压患者饮食宜清淡, 低盐、低脂、低糖; 宜高维生素、高纤维素、高钙。

推荐的食物: ①富含钾、钙、维生素和微量元素的食物: 新鲜蔬菜、水果、土豆、蘑菇等; ②食用植物油; ③富含膳食纤维的食物: 燕麦、薯类、粗粮、杂粮等; ④富含优质蛋白、低脂肪、低胆固醇食物: 无脂奶粉、鸡蛋青、鱼类、去皮禽肉、瘦肉、豆制品等。鱼类蛋白是优质蛋白, 鱼油含多不饱和脂肪酸, 应多吃鱼类。

不用或少用的食物: ①高钠食物: 咸菜、榨菜、咸鱼、咸肉、腌制食品、烟熏食品、火腿、含钠高的调味料酱料等; ②高脂肪、高胆固醇食物: 动物内脏、肥肉、禽皮、蛋黄、鱼子、油炸食品。③高反式脂肪酸食物: 人造奶油、富含氢化油、起酥油的糕点和方便食品等; ④糖类、辛辣刺激的调味品、浓咖啡、浓茶等。

5.1.2 控制体重

高血压患者应控制体重, 避免超重和肥胖

体重指数: 采用体重指数 (BMI) 评价体重。计算公式: $BMI = \text{体重 (kg)} \div \text{身高}^2 (\text{m}^2)$ 。中国成人 BMI 的判定标准为: $18.5 \leq BMI < 24.0$ 为正常; $24.0 \leq BMI < 28.0$ 为超重; $BMI \geq 28.0$ 为肥胖。标准体重 (公斤) $= 22 \times \text{身高}^2 (\text{m}^2)$, 或采用简单计算:

标准体重(kg) = 身高(cm) - 105。

体脂: 体脂超标将显著增加高血压发生的风险。目前主张, 成年男性体脂不超过体重的 25%; 女性不超过体重的 30%。

体型: 体型反映身体脂肪的分布。脂肪过多地聚集在上半身或腹部称为“中心型”肥胖(即腹型、内脏脂肪型肥胖)。诊断肥胖分布类型最简便和常用的指标是腰围, 以及由腰围除以臀围计算出的“腰臀比”。成年男性腰围大于 90 cm, 或腰臀比大于 0.9; 成年女性腰围大于 85 cm, 或腰臀比大于 0.85, 为中心型肥胖。

减重的方法: 低能量饮食 + 适量运动, 寻求能量“负平衡”减轻体重有益于高血压的治疗, 可明显降低患者的心血管病风险。减少 10 kg 体重, 收缩压可降低 5~20 mmHg。减重应循序渐进, 通常每周减重 0.5~1 kg, 在 6 个月至 1 年内减轻原体重 5%~10% 为宜。

5.1.3 戒烟限酒

戒烟: 戒烟可以显著降低心血管病、癌症等疾病的风险。戒烟不仅是一种生理矫正, 更是一种行为心理的矫正。合理的戒烟治疗可使戒烟成功率增加, 复吸率降低。戒烟的技巧如下:

戒烟从现在开始, 下决心, 定计划, 并写下来随身携带, 随时提醒和告诫自己。

丢弃所有烟草、烟灰缸、火柴、打火机, 避免一见到这些就“条件反射”地想要吸烟, 并且要避免参与往常习惯吸烟的场所或活动。

坚决拒绝烟草诱惑, 随时不忘提醒自己只要再吸一支就足以令之前所有努力前功尽弃。

烟瘾来时, 做深呼吸活动或咀嚼无糖份口香糖。用餐后吃水果或散步来代替饭后一支烟的习惯。

把要戒烟的想法告诉家人和朋友, 取得他们的鼓励、支持和配合。

为自己安排一些体育活动, 如游泳、跑步、钓鱼、打球等, 一方面可以缓解压力和精神紧张, 一方面还有助于把注意力从吸烟上引开。

戒烟咨询及戒烟热线:。我国的戒烟热线号码为 400 888 5531。

戒烟药物治疗: 一线戒烟药物包括尼古丁替代类药物、盐酸安非他酮缓释片和伐尼克兰。这些药物可单独用, 必要时可联合用药。针灸疗法: 在吸烟者特殊穴位处的皮肤里埋针, 烟瘾发作时自己按摩穴位可刺激神经, 产生戒烟作用, 但其效果因人而异。

限酒: 长期过量饮酒是高血压、心血管病发生

的危险因素, 饮酒还可对抗药物的降压作用使血压不易控制; 戒酒后, 除血压下降外, 患者对药物治疗的效果也大为改善。

高血压患者最好不饮酒。如饮酒, 建议少量。酒精的计算方法大致为: 白酒中所含酒精的比例略低于酒的度数, 如 39° 白酒的酒精含量为 32.5%; 葡萄酒的酒精含量约 13~15%; 啤酒的酒精含量在 4% 左右。按此计算, 男性饮酒的酒精量不超过 25 g, 即葡萄酒小于 100~150 ml (相当于 2~3 两), 或啤酒小于 250~500 ml (半斤~1 斤), 或白酒小于 25~50 ml (半两~1 两); 女性减半, 孕妇不饮酒。

5.1.4 适量运动

运动的方式包括: 有氧运动、力量练习、柔韧性练习、综合功能练习。主要介绍有氧运动。

有氧运动 是高血压患者最基本的健身方式, 常见运动形式有快走、慢跑、骑自行车、秧歌舞、广播体操、有氧健身操、登山、登楼梯。建议每周至少进行 3~5 次、每次 30 分钟以上中等强度的有氧运动, 最好坚持每天都运动。

运动强度 中、低强度的运动较高强度运动在降低血压上更有效、更安全。可选用以下方法评价中等强度:

① 主观感觉: 运动中心跳加快、微微出汗、自我感觉有点累; ② 客观表现: 运动中呼吸频率加快、微微喘, 可以与人交谈, 但是不能唱歌; ③ 步行速度: 每分钟 120 步左右; ④ 运动中的心率 = $170 - \text{年龄}$; ⑤ 在休息后约 10 分钟内, 锻炼所引起的呼吸频率增加应明显缓解, 心率也恢复到正常或接近正常, 否则应考虑运动强度过大。

运动的适宜时间: 高血压患者清晨血压常处于比较高的水平, 最好选择下午或傍晚进行锻炼。

安静时血压未能很好控制或超过 180/110 mmHg 的患者暂时禁止中度及以上的运动。

5.1.5 心理平衡

预防和缓解心理压力是高血压和心血管病防治的重要方面。包括构建和谐社会, 创造良好的心理环境、培养个人健康的社会心理状态; 纠正和治疗病态心理。

5.1.6 关注睡眠

睡眠差者 24 小时动态血压监测发现大多数无昼夜节律, 夜间血压未低于白天, 夜间血压高使全身得不到充分休息, 靶器官易受损。高血压患者失眠后, 次日血压必定升高。良好的睡眠有助于降压, 睡眠差者应找医生帮助调理, 提高睡眠质量。

5.2 高血压药物治疗的常识

“降压是硬道理”：早降压早获益；长期降压长期获益；降压达标将高血压患者的危险程度降到最低，最大获益。

降压治疗的目的是使高血压患者的血压达到目标水平，从而降低脑卒中、急性心肌梗死和肾脏疾病等并发症发生和死亡的危险。降压治疗可减少 40%~50% 的脑卒中发生风险，即服用降压药与不服用降压药者相比，减少一半的脑卒中发病风险；减少 15%~30% 的心肌梗死发病风险；减少 50% 的心力衰竭发生风险。

降压药的用药原则：小剂量开始；优先应用长效制剂；联合用药；个体化。

血压控制的目标：一般高血压的诊室血压 <140/90 mmHg（家庭血压 <135/85 mmHg）；老年高血压 <150/90 mmHg；如能耐受，还可进一步降低。

血压达标时间：一般高血压患者用药后 4~12 周内逐步达标，高龄、冠状动脉或双颈动脉严重狭窄及耐受性差的患者达标时间应适当延长。

5.3 降压药的种类与适应证

常用的降压药有钙拮抗剂（CCB）、血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）、血管紧张素受体拮抗剂（ARB）、利尿剂、 β 受体阻滞剂及固定复方制剂（SPC），均可用于高血压初始和维持治疗，但各有其特点和适应证。

钙拮抗剂：适用于老年高血压、单纯收缩期高血压、颈动脉内中膜增厚或斑块，稳定型心绞痛、脑卒中后以及周围血管病的患者。常用的长效 CCB 有：硝苯地平控释片、硝苯地平缓释片Ⅲ、氨氯地平、左旋氨氯地平、非洛地平、拉西地平。中短效 CCB 有：尼群地平、硝苯地平缓释片、硝苯地平。CCB 的不良反应：个别患者会出现头痛、面部潮红、下肢水肿、心慌等不良反应。短效制剂（如硝苯地平）可引起心动过速。联合小剂量利尿剂或 ACEI/ARB，可以减轻下肢水肿。心力衰竭、基础心率较快的患者或合并房颤或其他类型心律失常的患者，最好不要单独使用二氢吡啶类钙拮抗剂。

血管紧张素转换酶抑制剂：适合于伴有糖尿病、慢性肾脏疾病（需除外严重肾功能不全）、心力衰竭、心肌梗死后伴心功能不全、肥胖以及脑卒中的高血压患者。依那普利、贝那普利、福辛普利、培哚普利、雷米普利等，都是长效的。卡托普利为短效 ACEI。ACEI 最常见的不良反应是干咳，一般可耐受，停药后干咳消失。某些人特别是老年人，第一次服药剂

量过大可能引起“首剂低血压”反应，建议先从小剂量开始。极个别过敏体质的患者服用 ACEI 后会出现嘴肿、喉咙发紧（称之为血管性水肿）。怀孕、伴有高血钾或双肾动脉狭窄以及既往患有血管性水肿的高血压患者，不宜使用 ACEI。服用 ACEI 应定期复查血钾、肌酐。

血管紧张素受体拮抗剂：这类药物的作用以及适宜人群大致同 ACEI 类药物，用于高血压伴代谢异常（糖尿病、微量白蛋白尿等）及不能耐受 ACEI 引起的干咳者。常用的药物：氯沙坦、缬沙坦、厄贝沙坦、替米沙坦、坎地沙坦以及奥美沙坦，对有蛋白尿或伴糖尿病的患者可以增加一倍剂量。ARB 的不良反应较轻，很少咳嗽，适应证或禁忌证与 ACEI 相似。ARB 可能适合房颤的预防。

利尿剂：适用于摄盐较多、老年高血压、单纯收缩期高血压、伴有心力衰竭和下肢水肿的高血压患者，也是顽固性高血压的基础药物之一。常用药物：呋塞米、氢氯噻嗪和吲达帕胺等。噻嗪类利尿剂的副作用是低血钾和高尿酸。常用较小剂量，必要时适当补充钾剂，还可多进食香蕉、柑橘、绿叶蔬菜等含钾较丰富的食物。高尿酸可发展为痛风。应定期复查血钾，肌酐、尿酸。

β 受体阻滞剂： β 受体阻滞剂主要通过减慢心率、降低心肌氧耗量来起到降压及心脏的保护作用。适合于中青年、心率偏快的高血压患者，对伴有冠心病心绞痛、心肌梗死后、慢性心力衰竭的患者更为适用。常用药物：长效药物有比索洛尔、美托洛尔缓释片或普通片、卡维地洛、阿罗洛尔以及阿替洛尔等。 β 受体阻滞剂主要的不良反应为疲乏、肢体冷感、心动过缓等。要注意出现心动过缓不能突然停药，停药后会出现心率明显增快的“反跳”现象；如果既往有冠心病，突然停药会加重冠心病心绞痛，要缓慢、逐渐减少药物剂量而停药。糖脂代谢异常者一般不首选 β 受体阻滞剂，必要时可选用高选择性 β_1 受体阻滞剂。哮喘或高度房室传导阻滞患者禁用 β 受体阻滞剂；慢性阻塞性肺疾病、心率已经低于 60 次/分者慎用。

联合用药与固定复方制剂：优先推荐的两种降压药物联合方案：CCB 和 ACEI 或 ARB；ACEI 或 ARB 和利尿剂；CCB 和 β 受体阻滞剂；CCB 和利尿剂。优先推荐的三种药物联合方案：CCB、ACEI 或 ARB 和利尿剂。SPC：是联合用药的一种方式。

目前常用的固定复方制剂有：

传统固定复方制剂：复方利血平氨苯蝶啶片（北

京降压 0 号)、复方利血平片(复方降压片),价格低,降压疗效明确,为基层用药的选择之一。

新型固定复方制剂:缬沙坦/氨氯地平、氯沙坦/氢氯噻嗪、厄贝沙坦/氢氯噻嗪、缬沙坦/氢氯噻嗪、培哚普利/吲达帕胺等。这些新型的 SPC 由于 ARB 或 ACEI 与低剂量利尿剂或 CCB 的合理搭配,使得疗效更好,副作用更低,目前在我国广泛应用。

多效固定复方制剂:由于高血压往往同时存在多种心血管危险因素,故常需要综合干预。常用有降压、调脂、抗栓等治疗。有报道高同型半胱氨酸血症可能与脑卒中发生有关,补充叶酸可能有助于脑卒中的预防。我国上市的多效 SPC 有氨氯地平/阿托伐他汀、依那普利/叶酸复方片。

5.4 长期治疗和定期随访的重要性

目前还缺乏针对高血压病因的根本性的治疗方法,大多数高血压患者需长期、甚至终生服用降压药。只有通过长期治疗,才可能使血压达到或接近目标血压,预防靶器官损害和并发症的发生,所以要坚持长期治疗。还要定期随访,以便观察降压疗效,及时调整治疗方案;监测各种危险因素,强化健康生活方式。病情较重的患者应每 1~2 个月随访一次,病情较轻者每 3 个月随访一次。

5.5 药物的不良反应

一些高血压患者担心药物的副作用,只要无症状,就不愿意服药,看药品说明书有副作用就不敢服药,出现了不良反应后就自行停药、换药。这些都是不正确的做法。要认识到高血压不控制所带来的危害是严重的,甚至是致命的,降压药的益处是非常明确的,药物的副作用发生率是很低且较轻的。只要在医生的指导下合理用药,一般都是安全的,可长期应用。

5.6 高血压相关危险因素的处理

高血压患者往往同时伴有多个危险因素和临床疾患,如血脂异常、糖代谢异常、肥胖、高尿酸血症、高凝状态等。除降压外,还要治疗这些危险因素,综合达标,才能有效降低心血管病风险。

血脂异常:合并血脂异常的高血压患者选择降压药物可优先选择 ACEI、ARB 或 CCB。对于饮食控制和运动不能达到降脂目标者,可用他汀类降脂药治疗。

肥胖:肥胖患者降压治疗宜应用 ACEI、ARB、CCB,必要时用小剂量利尿剂或选择性高的 β 受体阻滞剂。肥胖者应通过控制饮食调整+运动减轻体重。

高尿酸血症:高尿酸血症的治疗首选改善生活方式,低嘌呤食物为主,严格控制肉类、海鲜和动物内脏等食物的摄入。避免应用使尿酸升高的药物,如利尿剂(尤其噻嗪类)、皮质激素、胰岛素等。必要时服用降低尿酸的药物,如别嘌醇。伴有尿酸升高的高血压患者选用降压药物时优先选用 ARB、ACEI 或 CCB。

抗血小板治疗(高凝状态):对于尚未发生心脑血管疾病的高血压患者(一级预防)。对高血压伴靶器官损害、2 型糖尿病、慢性肾脏病或 10 年缺血性心脏病发生危险 > 10% 的高危患者,建议使用小剂量阿司匹林(75~100 mg/d)进行一级预防。30 岁以下和 80 岁以上者应由医生权衡获益风险比后决定是否使用阿司匹林。注意控制血压水平 <150/100 mmHg 方可使用阿司匹林;有出血性疾病患者禁用阿司匹林。阿司匹林对心血管病二级预防的证据明确。对于高血压合并稳定型冠心病、心肌梗死史、缺血性脑卒中或短暂性脑缺血发作史、以及合并周围动脉硬化疾病的患者:需应用阿司匹林 100 mg/d。

糖代谢异常:①糖代谢异常的标准:空腹血糖受损:空腹血糖 6.1~7.0 mmol/L;糖耐量减低:75 g 葡萄糖负荷后 2 h 血糖 7.8~11.1 mmol/L;糖尿病:任意时间血糖 \geq 11.1 mmol/L,或空腹血糖 \geq 7.0 mmol/L,或 75 g 葡萄糖负荷后 2 h 血糖 \geq 11.1 mmol/L。②高血压患者伴糖尿病的治疗:ACEI 和 ARB 是首选降压药,也可用中长效钙拮抗剂、小剂量噻嗪类利尿剂、高选择性的 β_1 受体阻滞剂。采用生活方式改善和降糖药综合治疗糖尿病。

5.7 高血压伴合并症的处理

伴冠心病:由于冠心病是比高血压风险更大的疾病,首先需保障患者获得适当的冠心病治疗,主要有阿司匹林、 β 受体阻滞剂、他汀类药物等。 β 受体阻滞剂应从小剂量起始,逐渐增加剂量,并要求使安静状态下心率达到 55~60 次/分。对稳定型心绞痛患者可加用长效 CCB,心梗后患者加用 ACEI 或 ARB。对于冠脉严重狭窄的患者要谨慎降压,舒张压一般不低于 60~70 mmHg。

伴脑卒中:病情稳定的脑卒中患者为了防止再次发生脑卒中,需要控制血压、调脂、抗血小板治疗。常用的五类降压药均可用于脑卒中的二级预防,其中利尿剂和钙拮抗剂在中国应用较多,预防脑卒中效果良好。合并脑卒中的患者降压治疗须注意:降压药应从小剂量起始,切忌降压太快太低,以防脑供血不足。伴颅内动脉、双侧颈动脉严重狭窄的

患者, 降压目标应适当放宽。

伴肾脏疾病: 优先考虑应用 ACEI 或 ARB 降压, 血压不能有效控制者, 加用钙拮抗剂或小剂量利尿剂; 如伴白蛋白尿, ACEI 或 ARB 往往要用到较大剂量才能有效。肾功能严重障碍者, 慎用或不用 ACEI/ARB, 可用 CCB、速尿等。

5.8 特殊人群高血压的处理

儿童高血压: 应早发现、早诊断、早治疗。肥胖是儿童高血压的主要危险因素。治疗重在生活方式改善。儿童时期养成的好习惯能终生受益。

老年高血压: 收缩压升高, 舒张压较低是其特点, 降压治疗从小剂量开始, 平稳降压, 避免血压降得过快过低, 用药前后测量坐立位血压, 防止体位性低血压。

阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征: 患者常伴有高血压、肥胖, 应控制体重, 睡眠时用口腔矫治器或无创持续正压通气治疗, 必要时外科手术。

6 高血压患者的自我管理

6.1 高血压患者自我管理的方式和内容

高血压自我管理, 其实质为患者教育项目, 是在医生的指导下, 患者自我管理疾病的方法。遵循“政府主导, 部门合作, 社区参与, 患者互助”的原则运行。通过讲授系列健康教育课程, 针对个人行为危险因素制订方案、实施干预计划等方式, 帮助患者掌握预防和管理自身疾病所需的知识、技能、信心以及与医生交流的技巧, 从而获得医生更有效的支持, 自己解决疾病所带来的躯体和情绪问题。其核心是提高患者自我效能, 最直接的效果是生活行为方式的改善以及血压的控制。

6.1.1 建立健全“家庭医生”队伍是做好高血压患者自我管理的保证

首先, 必须提高社区全科医生的业务水平。三级医院应协助政府部门定期对社区全科医生及防保医生骨干进行各种形式的培训, 把实用的新知识用通俗易懂的方式传递给社区医生, 广泛构建社区卫生服务中心信息化平台, 建立健全各种慢病的健康电子档案, 通过监测实时血压水平, 控制各种危险因素, 强化管理。

6.1.2 高血压患者如何进行自我管理

高血压患者应积极参加自我管理小组, 小组指导医生以《中国高血压患者教育指南》为教材指导小组活动, 让患者学习高血压的基本知识, 认识高血压的危害, 学会监测血压, 学习如何调整饮食, 戒

烟限酒, 适当运动, 保持心情愉快等保健知识, 增强防治高血压的能力及降压治疗的依从性, 提高高血压的控制率。

指导医生要针对患者行动计划的执行情况予以专业性地辅导和点评, 帮助组员总结计划执行经验, 解决计划执行中的问题, 力促个人行动计划执行到位。同时, 为丰富活动内涵与增加活动成效, 倡导各小组在完成规定活动的同时, 开展一些自主性健康活动, 包括健康公益宣传、健康技能展示、核心知识拓展培训, 以及人际健康知识传播活动、知识竞赛活动等。高血压自我管理小组活动集科学性、教育性、娱乐性于一体。保证每年活动次数在 10 次以上。

6.1.3 家庭保健员

家庭保健员是指掌握了较多慢性病防治知识和技能、能够承担起家庭健康教育、健康生活指导以及医患互动联络作用的家庭成员, 能对亲人、朋友进行健康知识宣传、对疾病管理进行指导和监督。

6.2 家庭血压测量

高血压患者应定期进行家庭血压测量, 以了解自己日常生活状态下的血压水平; 还可以鉴别“白大衣高血压”和发现“隐蔽性高血压”。

测量血压方法: 至少安静休息 5 分钟, 患者取坐位, 裸露上臂, 绑好袖带, 袖带应与心脏保持同一水平, 每次测量 3 遍, 每遍间隔 1 分钟。测压时患者保持安静, 不讲话。如实记录血压值。

初诊或血压未达标及血压不稳定的患者, 每日早晚各测 1 次, 每次测量 3 遍; 连续测量 7 天, 取后 6 天血压的平均值作为治疗决策的参考。如血压达标且稳定的患者则每周自测 1 天, 早晚各 1 次。

仪器: 2010 年修改版《中国高血压防治指南》推荐使用经国际标准化(如 AAMI、BHS、ESH)认证的上臂式电子血压计、脉搏波血压计、柯氏音血压计。不推荐腕式或手指式血压计。水银血压计需要听诊技术, 容易发生测量和记录偏差, 且有汞污染的问题, 将逐步被限制、淘汰。血压计认证结果见高血压联盟(中国)网站(<http://www.bhli.org.cn>)和北京高血压防治协会网站(<http://www.chl-bha.org>)。

7 高血压的认识误区

目前患者或公众对高血压有很多认识误区, 干扰了高血压的规范治疗, 必须澄清这些错误观念, 科学、规范地防治高血压。还要识别伪科学, 防止上巫医假药的当。

7.1 高血压常见的认识误区

防控高血压是个人的问题：高血压的发生与生活方式有关，如肥胖、过量饮酒、口味儿较重、体力活动少、吸烟、精神压力大等。个人的生活方式深受家人和周围环境的影响。健康饮食和生活方式也有赖于媒体的支持。家属的作用也不可小视。家人要积极学习高血压防治知识，让家庭的每一位成员都参与生活中各方面的干预，从家开始，建设健康良好的生活环境。

高血压诊断概念不清：有些高血压患者，误以为随着年龄的增长，血压随之增高是一种生理现象，认为年龄越大，高血压的诊断标准相应地越高，这一错误认识在老年人群中尤为突出，有些高血压也因此得不到正确诊断和有效治疗。高血压的诊断标准是：收缩压 ≥ 140 mmHg 和（或）舒张压 ≥ 90 mmHg，高于这个标准都应该治疗。

凭感觉用药，根据症状估计血压情况：有的人认为，只要没有不舒服的感觉，高血压就不需要治疗。这是非常错误的。血压的高低与症状的轻重不一定有关系。大部分高血压患者没有症状，有些人血压明显升高，但仍没有不适的感觉，甚至发生了脑出血，才有了“感觉”。高血压是用血压计量出来的，高血压患者应定期测量血压，不能“跟着感觉走”来估计血压。

不愿意过早服药：很多年轻患者被诊断为高血压后，不愿意服药，担心要一辈子服降压药，降压药会像抗生素一样产生“抗药性”，用得早会导致以后用药无效，趁现在症状不重就不用药。这是非常错误。降压药不会产生耐药。血压控制得越早，能越早地保护血管，预防并发症的发生，降低发病风险，其远期后果越好。

降压治疗，血压正常了就停药：有些患者服药后血压降至正常，就认为高血压已治愈，而自行停药。这是非常有害的做法。高血压不能治愈，只能控制。停药后，血压会再次升高，血压波动过大，对心脑血管器官的损害更严重。正确的做法是，在长期的血压控制达标后，小心地逐渐减少药物的剂量和种类，在减药的过程中，应当监测血压的变化。

单纯依靠药物，忽视生活方式改善：部分高血压病患者认为，得了高血压后只要坚持长期、规律地服药就行了。其实药物治疗必须建立在健康生活方式的基础之上，两者缺一不可。吸烟、过量饮酒、高盐饮食等不良习惯不加以控制，继续损害血管，药物再好也难有良效。正确的做法是除合理用药外，

必须坚持健康的生活方式。

只服药、不看效果：有些人以为只要服药就万事大吉了，不关注自己的血压值，不定期测量血压，这样不能保证血压长期平稳达标。另外，降压原则强调个体化用药，其中一项便是坚持定期测量血压并记录，以便掌握用药与血压变化的关系，了解需要用多大剂量或怎样联合用药才能使血压稳定在理想水平。

自行购药服用：有些人患高血压后，不按医嘱服药，而是按照病友或药店的推荐用药，或者偏信广告中的“好药”；有些人认为价格越贵的药越是“好药”，一味追求那些新药、特药；有些人看别人服用什么降压药有效，就照搬过来为己所用，自行购药服用，这些做法都是盲目性的，有害的，也不安全。

靠输液治疗高血压：有的高血压患者想依靠输几天液降压。除了高血压急症如高血压危象、高血压脑病需要静脉点滴降压药，以快速降压外，一般的高血压不需要输液治疗。

血压降得越快、越低越好：有些人一旦发现自己血压高了，就认为降压应该越快越好、越低越好。其实不然。除非高血压急剧升高导致了危险，如主动脉夹层、高血压危象等须快速降压，一般来讲，降压治疗时必须掌握住缓慢、平稳的原则，用药后 4~12 周达到目标值。血压下降过快、过低，易发生脑中风等缺血性事件，尤其是老年人。

过分关注血压数值而精神紧张：部分患者对自己的血压值过分关注，测血压过频，频繁调整降压药，反而影响降压效果。人 24 小时血压水平是波动的，有峰有谷，不同时间段测量血压，其数值有所不同。而且血压也受气候、心理、身体因素的影响。对此，不能认为是血压不稳而频繁加减药量。

自己在家中测量的血压不准确：有些人认为自己在家中测量的血压不准确。这种认识是片面的。在医院诊室测量的血压只能表示一个偶测的血压值，难以全面地反映血压的状况。自己在家中测量状态放松，不受由医务人员引起的紧张心理的影响，能反映平常状态的血压值，在不同的时间和状态下多次测量自己的血压，能够更全面地了解到自己的血压。

有“灵丹妙药”可根治高血压：不少广告宣称，某种药物、高科技产品、保健食品或保健仪器能根治高血压，不必再吃降压药，这些都是伪科学宣传。目前，全世界尚没有哪一种药物、仪器能够根治高

血压。任何宣传的能根治高血压的“灵丹妙药”，都是虚假宣传，干扰高血压的规范治疗，非常有害，很多人因此而丧命。高血压病一经确诊，绝大多数患者需要长期、终生坚持非药物和药物治疗。

迷信保健品、保健仪器的降压作用：某些人利用患者害怕西药副作用的心理，通过各种渠道，宣传鼓吹某些保健品、保健器具的“降压疗效”，可以摆脱西药副作用的困扰。实际上，保健食品、饮品及降压器具如降压枕头、降压手表、降压项链、降压帽、鞋垫等等，大多不具备明确的降压作用，即使有，降压作用也很轻微，不能达到治疗目标。

过分信任“纯天然药”降压：部分人认为西药副作用大，纯天然药副作用少。某些人就利用患者的心理，鼓吹某些天然药品的疗效，宣传高血压患者通过服用某些天然药降压，可摆脱西药副作用的困扰。其实，大多数纯天然药降压效果尚未肯定，患者不要盲目仅仅使用纯天然药降压。

7.2 识别伪科学

当前，不少人打着科学的旗号宣传和推行伪科学，举着公益的招牌追求个人和集团的不当利益，利用下列各种形式、各种招数做虚假宣传，推销自

己的产品，欺名骗利：①扩大宣传，一分效果说成十分；将保健品、保健仪器夸大宣传成临床治疗药，治疗仪器，作用万能，包治百病，延年益寿；②自称“灵丹妙药”，能根治高血压，免除终生服降压药之苦；③自称纯天然产品，没有任何毒副作用；不用吃西药，能取代降压药；④自称“世界唯一”，“祖传秘方”，“独家所有”；⑤打着高科技旗号，宣扬是“高科技产品”；⑥披着学术的外衣，假冒国家管理部门批准，学会、协会、大医院认证，知名专家推荐。

伪科学干扰和破坏高血压的正常治疗，甚至造成病情恶化，患者为此付出的代价太大了。他们能够得逞的主要原因是公众缺乏科学知识，又存在侥幸心理。尤其是虚假宣传正好契合老年人希望健康长寿的心理，老年人更容易上当受骗。高血压患者和家人要保持清醒的头脑，学习与高血压相关的健康知识，牢记“目前高血压尚不能根治”，澄清认识误区，识别伪科学。坚持到正规医疗机构看病，科学规范地治疗高血压，力争降压达标。

参考文献(略)

(收稿日期:2014-09-10)

(编辑:许菁)