附件1

湖南省高血压门诊诊疗规范

一、高血压的诊断与治疗

**（一）高血压诊断。**

诊断标准：在未用抗高血压药的情况下，非同日3次测量，收缩压≥140mmHg和/或舒张压≥90mmHg，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140/90mmHg，也应诊断为高血压。

**（二）高血压治疗。**

高血压治疗的目的是血压达标，以期最大限度地降低心脑血管病发病及死亡总危险。一般高血压患者，宜将血压降至140mmHg/90 mmHg以下；65岁及以上老年人的收缩压宜控制在150mmHg以下，如能够耐受可以降低至140mmHg以下。

**1.药物治疗。**常用降压药物包括钙拮抗剂（CCB）、血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI）、血管紧张素II受体拮抗剂(ARB）、噻嗪类利尿药和β-受体阻滞剂五大类以及由上述药物组成的固定配比复方制剂。

常用五大类降压药均可作为高血压初始或维持治疗的选择药物。二级及以上高血压患者常需要联合治疗。采用单片固定复方制剂可以更好的增加患者的治疗依从性、控制血压、降低治疗费用。

降压治疗药物应用应遵循以下4项原则，即小剂量开始，优先选择长效制剂，联合用药及个体化。以降低血压为目标，依据患者临床情况、药物的适应症和禁忌症、药物的可获得性以及卫生经济学评估等选择适宜的治疗药物。（图1）

**图1 高血压初始药物治疗选择参考图**

B

D

A

C

确诊高血压

（1） 血压<160/100mmHg 或/和

（2） 低危患者

（1） 血压≥160/100mmHg 或/和

（2） 高于目标血压20/10mmHg的高危患者

对象：

第一步

血压未达标

C+B

C+D

A+D

C+A

第二步

血压未达标

可再加其它降压药，如可乐定等

第三步

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Ⅱ受体拮抗剂；F：固定低剂量复方制剂。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。

C+D+A

C+B

C+ D D

A+D

**C+A**

C+A+B

A+D+α

C+A+D

C+A+B

A+D+ααα

F

F

**2.合并危险因素的控制。**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。如针对合并脂代谢异常者进行调脂治疗；合并高同型半胱氨酸者补充叶酸治疗；存在多个心血管危险因素或已有明确缺血性心脑血管疾病的患者进行抗血小板治疗等。

二、高血压患者的管理

**（一）分层分级管理。**

1. 一级管理：男性年龄＜55岁、女性年龄＜65岁，高血压1级，无其它心血管疾病危险因素，按照危险分层属于低危的高血压患者，原则上由基层医疗机构负责管理。

2.二级管理：高血压2级或1-2级同时有1-2个其它心血管疾病危险因素，按照危险分层属于中危的高血压患者，原则上由乡镇中心卫生院、社区卫生服务中心或二级医疗机构负责管理。

3.三级管理：高血压3级或合并3个以上其它心血管疾病危险因素或合并靶器官损害或并存临床情况者，按照危险分层属于高危和很高危的高血压患者，原则上由二级及以上医疗机构负责管理。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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3个月后仍≥140mmHg/90mmHg 即开始 | 可随访1个月后仍≥140mmHg/90mmHg 即开始 | 立即开始药物治疗 |
| 血压未达标随访 | 3周一次 | 2周一次 | 1周一次 |
| 常规随访测血压 | 3个月一次 | 2个月一次 | 至少1个月一次 |
| 测BMI 、腰围 | 2年一次 | 1年一次 | 6月一次 |
| 血生化 | 4年一次 | 2年一次 | 1年一次 |
| 转诊 | 必要时 | 必要时 | 必要时 |

**（二）管理级别调整**

在高血压门诊规范化管理1年后视情况调整；血压连续6个月控制好的，可谨慎降低管理级别。对新发生心脑血管病、肾病、糖尿病的患者及时升级管理。

**（三）管理评估指标**

1.自我调整饮食、戒烟限酒、适当运动等行为干预执行率≥95%；

2.自测血压，血压知晓率100%；

3.血压防治知识知晓率100%；

4.药物的治疗作用及副作用知晓率100%；

5.依从性、医嘱执行率100%；

6.患者血压控制在正常水平比例≥99%；

7.靶器官损害发生率明显降低。

三、并发症及合并疾病检查

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **检查项目** | **针对的并发症** | **针对的****合并疾病** | **频率** | **检查地点** |
| 腰围 |  | 肥胖 | 每3月一次 | 基层医疗机构 |
| 体重指数 |  | 肥胖 | 每3月一次 | 基层医疗机构 |
| 尿常规 | 高血压肾损害 | 糖尿病慢性肾病 | 每年一次 | 基层医疗机构 |
| 血生化（空腹血糖、空腹血脂、血肌酐、尿酸、血钾） | 高脂血症高尿酸血症 | 糖尿病慢性肾病慢性肾病 | 每年一次 | 基层医疗机构 |
| 心电图 | 左心室肥厚 | 心律失常 | 每年一次 | 基层医疗机构 |
| 超声心动图 | 左心室肥厚 | 心力衰竭 | 每3-5年一次（必要时每1-2年一次） | 二级及以上医院 |
| 颈动脉超声 | 颈动脉硬化 | 周围血管病脑血管病 | 每3-5年一次（必要时每1-2年一次） | 二级及以上医院 |
| X线胸片 | 心脏扩大 | 心力衰竭 | 每3-5年一次 | 基层医疗机构 |
| 脉搏波传导速度、踝臂指数 | 动脉硬化 | 周围血管病 | 每3-5年一次 | 二级及以上医院 |
| 血浆同型半胱氨酸 | 高同型半胱氨酸血症 | 脑血管病 | 每年一次 | 二级及以上医院 |
| 餐后2小时血糖（空腹血糖增高者） |  | 糖尿病 | 每年一次 | 基层医疗机构 |
| 尿蛋白定量（尿蛋白定性阳性者） | 高血压肾损害 | 糖尿病慢性肾病 | 每年一次 | 二级及以上医院 |
| 眼底检查 | 高血压视网膜病变 | 眼底病 | 每3-5年一次 | 二级医院 |
| 24小时动态血压 |  |  | 必要时 | 二级及以上医院 |

四、上转标准

**（一）初诊患者上转。**基层医疗机构初诊的高血压患者，如有以下情况之一应上转指定的二级及以上医疗机构，明确诊断和对危险因素、靶器官损害及并存临床疾患的评估。

1.规范多次测量非同日血压，连续3次及以上测量血压水平达到高血压的诊断标准，没有高血压的症状的；

2.测量血压水平在临界值，有头痛、头晕、心悸、胸痛、胸闷等症状，心电图有异常表现的；

3.既往体检或就医过程中，发现有一过性的血压升高，近期测量血压多次达到高血压诊断标准的。

**（二）确诊患者转诊。**基层医疗机构管理的高血压病患者，如有以下情况之一应转二级及以上医疗机构诊治：

1.多次测量血压水平达三级需要进一步评估治疗；

2.合并靶器官损害需要进一步评估治疗；

3.高血压急症；

4.怀疑继发性高血压；

5.妊娠和哺乳期妇女；

6.采用2种以上降压药物规律治疗，血压仍然不达标；

7.血压控制平稳的患者，再度出现血压升高并难以控制；

8.血压波动较大，临床处理有困难；

9.随访过程中出现新的严重临床疾病或原有疾病加重；

10.患者服用降血压药物后出现不能解释或难以处理的不良反应；

11.高血压伴有多重危险因素或靶器官损害而处理困难。