

高血压专病特色科室建设标准

一、建设目的

近年来，随着经济的快速发展，生活方式的改变，社会老龄化进程加速，高血压等慢性非传染性疾病严重威胁人类的身体健康。一项 meta 分析显示，中国 20 世纪 80 年代高血压患病率为 9.8%，90 年代为 18.5%，21 世纪前 10 年为 30.0%，由此可见我国高血压患病率增长趋势迅猛。

社区是高血压防治的主战场，因此，为进一步贯彻落实党的十九大报告提出的“加强基层医疗卫生服务体系和全科医生队伍建设”，按照北京市卫生健康委员会有关《关于进一步深化社区卫生服务机构专病特色科室建设工作的通知》的文件要求，以基层医疗卫生机构特色科室建设为切入点，充分利用现有卫生资源和特色优势，建立高血压专病特色科室。

二、科室建设条件

（一）人员配置

1. 高血压专病特色科室至少有一名副高级以上职称的全科医师作为学科带头人，至少有 1 名中级、1 名初级及以上职称的具有高血压病防治能力的全科医师。

2. 至少有 2 名注册护师作为专病团队骨干成员。有条件的中心，可进一步增加具有与该岗位匹配知识和工作技能的医务人员或社会工作人员。

（二）设施、设备

1. 设施：具有开展高血压专病特色科室的独立诊室，使用面积不低于 10 m²，统一“高血压门诊”标牌、门诊简介、服务流程、健康教育宣传板。

2. 设备

(1) 诊室必备设备：检查诊床（有拉帘）、听诊器、医疗级电子血压计、身高/体重测量仪、腰围尺、电脑、打印机及网络系统。

(2) 机构应提供的检测设备：24 小时动态血压监测仪、心电图机、血糖仪。

(3) 医联体（培育基地）至少能够提供：踝臂指数、眼底镜、血管超声检测仪、肾上腺、肾动脉超声检测及超声心动图检测设备。

(三) 检测项目

机构应提供血、尿常规（尿微量蛋白、尿微量白蛋白、尿肌酐比）、肝功能（谷丙转氨酶、谷草转氨酶、总胆红素、直接胆红素）、肾功能（尿素氮、肌酐、）尿酸、血糖、血脂（总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白、低密度脂蛋白）、电解质（至少能提供血钾检测）检测。

(四) 药品

应具备血管紧张素转化酶抑制剂、血管紧张素 II 受体拮抗剂、钙离子拮抗剂、 β 受体阻滞剂、利尿剂、 α/β 双受体阻滞剂以上 6 类常用治疗药物中的 4 类以上药物，及至少一种单片固定复方降压药。

(五) 工作方案与规章制度

1. 制定高血压专病特色科室建设工作方案.包括成立专病特色科室创建工作领导小组，明确工作职责，专人负责工作落实，协调相关科室配合开展高血压筛查、诊疗、流程化管理等服务。

2. 制定高血压专病特色科室工作制度，包括科室管理规章制度、服务流程及各岗位职责、人员绩效考核制度、人员培训制度、医疗质量管理制度、高血压诊疗流程、高血压患者健康管理规范、患者健康教育制度、高血压患者家医签约服务项目清单（包）等。

3. 制定医疗风险防控预案：树立医疗风险防范意识，掌握高血压及高血压相关疾病急症和亚急症的识别和处理原则，严格掌握危重及疑难病人转诊指征，制定规范的双向转诊流程及高血压技术规范等。

（六）工作数量

1. 高血压特色科室门诊诊疗人次月 ≥ 300 人
2. 开展 24 小时动态血压监测数量月 ≥ 15 例
3. 新确诊高血压患者人数年 ≥ 30 例
4. 完成本年度分配的高血压患者管理数量

（七）医疗质量管理

1. 建立高血压患者管理数据库

通过北京市基本公卫信息化平台，对本机构就诊的高血压患者建立电子健康档案，进行高血压患者健康管理，内容包括但不限于：患者完整的基本信息、预警监测、诊断治疗、辅助检查、合理用药、健康指导、随访管理、双向转诊等相关信息。

2. 病例质量

建立高血压专病病例全科医生互查及专家点评制度，评估高血压患者的诊断、规范化治疗及健康管理的准确性及合理性。

3. 处方点评制度

建立每月处方点评制度，针对不合理用药，采取加强培训和绩效考核等多种形式提升诊疗能力。

（八）培育基地与专病特色科室联动建设

1. 三级医疗机构或专科医疗机构培育基地专家下沉

建立高血压分级诊疗制度，社区卫生服务机构专病特色科室同三级医疗机构或专科医疗机构培育基地建立联动机制，特别是同高血压病专科门

诊建立密切合作，培育基地专家需完成每月不少于 4 个单元的出诊、查房、带教、授课等任务，形式不限。具备条件的机构可积极开展远程医疗服务，推动社区糖尿病防治水平的提升。

2. 畅通双向转诊绿色通道

建立与三级医疗机构或专科医疗机构培育基地双向转诊通道，为患者提供顺畅转诊和连续诊疗服务，实现慢性病患者用药衔接。转诊情况应记录在健康档案或诊疗病历中。

（九）开展家庭医生签约服务

开展高血压患者家庭医生签约服务并进行规范化管理，制定并提供个性化高血压患者签约服务项目清单（包），全科医生对签约患者应实行连续的、综合的责任制管理，建立健康档案，提供高血压慢病管理的整合性服务。规范化管理包括门诊面对面随访至少每年 4 次，高血压患者每年进行一次较全面的健康体检。

（十）人员培训、进修及考核

1. 人员培训：申报当年专病特色科室的全科医生和护士必须参加北京市统一组织的高血压专病特色科室建设培训。

2. 人员进修：申报当年，专病特色科室工作的全科医生和护士应到三级或专科医疗机构培育基地完成不少于一个月的进修学习。市级评审通过后，每两年到培育基地完成一次进修学习，时间不少于一个月。

3. 人员考核：参加由市级组织的统一培训考核合格；进修结束前，由带教老师进行过程性技能操作考核。

4. 按要求参加北京市社区卫生人员岗位练兵。

（十一）开展健康教育活动

专病特色科室的医护人员应为患者提供有关高血压的防治、并发症的

早期识别、家庭自测血压的方法及频率、健康指导、定期随访相关内容的教育。每年开展高血压健康教育讲座不少于 4 次，每次参与人数 30 人以上，培训形式不限，可采取现场或线上。

（十二）绩效考核指标

高血压专病特色科室绩效考核指标包括：（具体评分标准详见附件 1）。

1. 高血压患者规范管理率 $\geq 80\%$

抽查的规范管理率=抽查的档案中按照规范管理的高血压档案份数/抽查的档案管理的高血压份数 $\times 100\%$

2. 高血压患者血压控制达标率 $\geq 55\%$

抽查的血压达标率=抽查的档案中血压控制达标人数/抽查的档案管理的高血压人数 $\times 100\%$

3. 高血压患者家庭医生服务签约率 $\geq 90\%$

高血压患者家庭医生服务签约率=专病科室高血压患者签约人数/专病科室高血压患者管理人数 $\times 100\%$

4. 高血压患者预约就诊率 $\geq 50\%$

高血压患者预约就诊率=某时段专病特色科室高血压患者预约就诊人次/同时段专病特色科室高血压患者就诊总人次 $\times 100\%$

三、诊疗流程

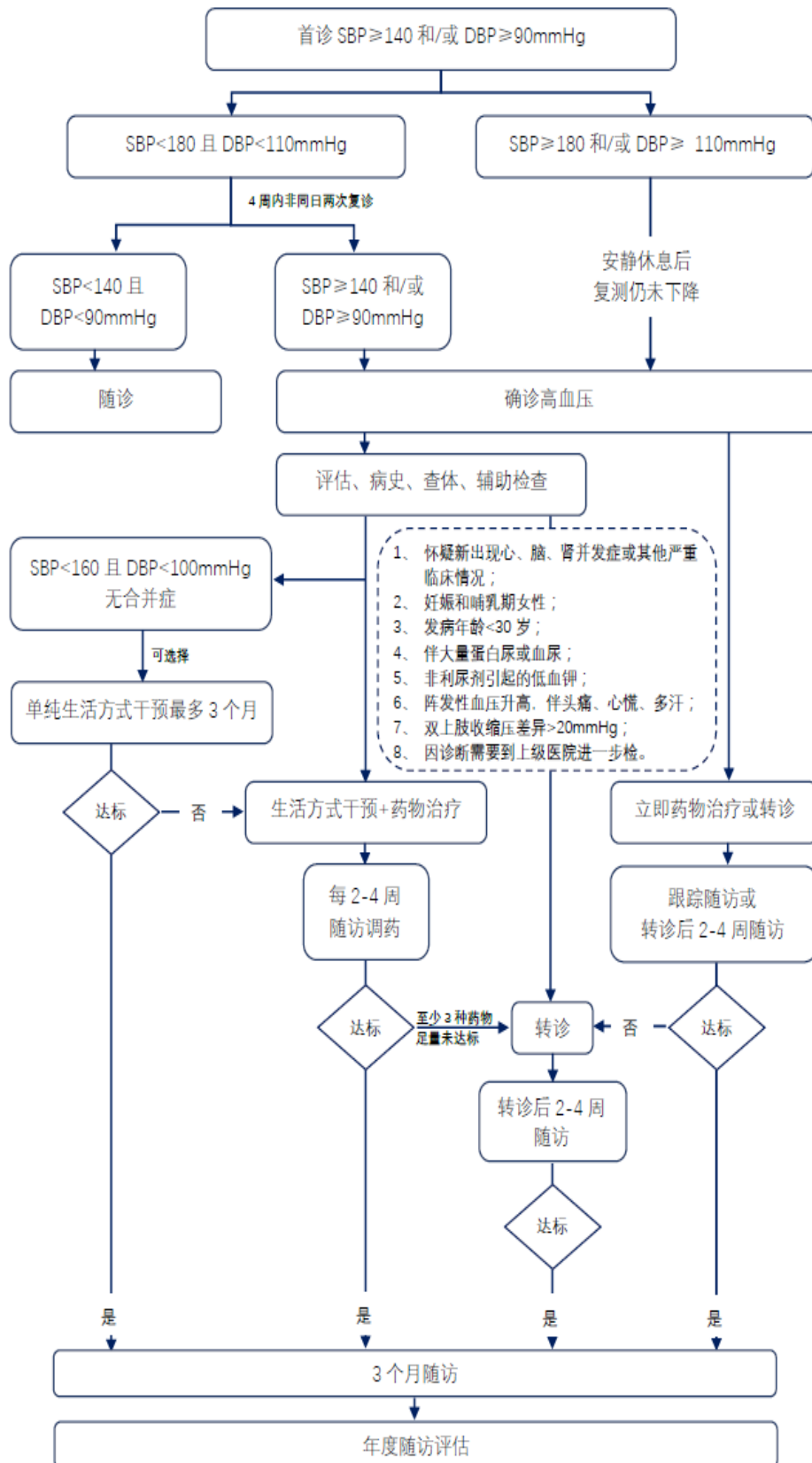
通过对辖区 35 岁以上居民进行首诊血压监测，定期筛查、机会性筛查及高血压易患人群的重点筛查，发现未经诊断的高血压患者。高血压专病科室需对就诊患者是否患有高血压病作出明确诊断。按照高血压诊疗指南，规范血压测量，实施高血压患者常规体检，有条件的可开展并发症筛查，进行高血压危险分层。结合患者个人及家庭实际情况，制定科学、规范、可行，并凸显个体化的治疗方案。签订家庭医生服务协议并勾选高血压管

理服务项目清单，建立电子化的健康档案和专病档案，落实连续、规律的高血压随访管理工作。

对于年轻的中、重度高血压患者、首次测量血压为重度增高（高血压 3 级）并伴有严重的靶器官损害的高血压患者、青少年高血压或妊娠高血压患者、以及疑似为继发性高血压的患者等，应注意识别并及时转诊至上级医院进一步诊治。

高血压患者应长期签约、规范管理，并实现血压值控制达标，减少并发症的发生，降低致残率和死亡率。

基层高血压诊疗流程图



- 附件：1. 高血压专病特色科室建设评估标准
2. 基层高血压技术规范
3. 高血压临床诊疗路径
4. 初诊（或初次建档）高血压患者信息采集表
高血压患者随访信息采集表
高血压患者心血管危险分层表
5. 高血压药物治疗选择策略
6. 高血压管理随访表
7. 高血压管理中的双向转诊指征

附件 1:

高血压专病特色科室建设评估标准

一、必备条件（准入标准）

编号	专病科室 评估指标	场景	评估标准与方法
1-1	人员配置	资料 准备	<ul style="list-style-type: none"> 至少有 1 名副高级以上专业技术职称人员作为学科带头人 至少有 1 名中级、1 名初级及以上专业技术职称的、具有高血压病防治能力的全科医师 至少有 2 名具有高血压病防治能力的护士，掌握血压计使用及血压家庭自测指导技术 申报当年专病特色科室的全科医生和护士必须参加北京市统一组织的规范管理培训 检查方法：相关支持性材料（资质证书、培训通知、培训证书等）
1-2	设施	现场	<ul style="list-style-type: none"> 独立诊室，使用面积$\geq 10\text{ m}^2$ 统一“高血压门诊”标牌、门诊简介、服务流程、健康教育宣传板 安静的一对一高血压健康教育区域 检查方法：现场查看
1-3	诊室检查 设备	现场	<ul style="list-style-type: none"> 专病特色科室至少应配置检查诊床（有拉帘）、听诊器、医疗级电子/水银血压计、身高/体重测量仪、腰围尺、电脑、打印机及网络系统。 检查方法：现场核查，设备清单
1-4	药物配备	现场	<ul style="list-style-type: none"> 必须具备血管紧张素转化酶抑制剂、血管紧张素 II 受体拮抗剂、钙离子拮抗剂、β 受体阻滞剂、利尿剂、α/β 双受体阻滞剂以上 6 类常用治疗药物中的 4 类以上药物，及至少一种单片固定复方降压药。 检查方法：HIS 系统现场检查或医生门诊工作站现场检查

二、评估标准细则

编号	专病科室 评估指标	评估内容	分值
1	人员配备		5
1-1	专病科室医生	<ul style="list-style-type: none"> 至少有1名副高级以上专业技术职称人员作为学科带头人 至少有1名中级、1名初级及以上职称的具有高血压病防治能力的全科医师 	3
1-2	专病科室护士	至少有2名具有高血压病防治能力的护士，掌握血压计使用，可指导家庭自测血压等	2
2	设施、设备		8
2-1	专病科室设施	区域面积 $\geq 10\text{ m}^2$ ；统一“高血压门诊”标牌、门诊简介、服务流程、健康教育宣传板	1
2-2		专病特色科室内外采取平面、立体、自媒体、融媒体等多种形式向社会、服务对象广泛宣传高血压病防治知识	1
2-3		公示高血压患者家医签约服务项目清单（包）	1
2-4	24小时血压动态	ABPM监测设备 >2 台	1
2-5	监测	ABPM监测结果与HIS系统对接	1
2-6	辅助检查设备（* 医联体医院具备）	*眼底镜	1
2-7		*血管超声检测仪	0.5
2-8		生化仪	0.5
2-9		心电图机	0.5
2-10		血糖仪	0.5
3	检测项目		5
3-1	检验、检查项目 （社区机构具备）	血脂四项（总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白、低密度脂蛋白）	0.5
3-2		尿常规（尿微量蛋白、尿微量白蛋白尿肌酐比）	0.5
3-3		血常规	0.5
3-4		肝功能（谷丙转氨酶、谷草转氨酶、总胆红素、直接胆红素）	0.5
3-5		肾功能（尿素氮、肌酐）、尿酸	0.5

编号	专病科室 评估指标	评估内容	分值
3-6		电解质（至少能提供血钾检测）	0.5
3-7		血糖	0.5
3-8		24 小时动态血压监测	0.5
3-9		颈动脉超声检测	0.5
3-10	检验、检测项目 （医联体内具备）	踝臂指数、超声心动图检查、肾、肾上腺、肾动脉 超声检测、血肾素、醛固酮、儿茶酚胺水平检测	0.5
4	配备药品	应配备血管紧张素转化酶抑制剂、血管紧张素 II 受 体拮抗剂、钙离子拮抗剂、 β 受体阻滞剂、利尿剂、 α/β 双受体阻滞剂以上 6 类常用治疗药物中的 4 类 以上药物，及至少一种单片固定复方降压药。	2
5	工作方案及管理 制度		6
5-1	制定工作方案	专病特色科室方案包括：领导小组、组织架构，科 室设置，专病科室建设思路等	1
5-2	制定工作制度	包括科室管理规章制度、服务流程及各岗位职责、 人员绩效考核制度、人员培训制度、医疗质量管理 制度、高血压诊疗流程、高血压患者健康管理规范、 患者健康教育制度、双向转诊制度、高血压家医签 约服务项目清单（包）等。	2
5-3	制定岗位职责	至少包括社区医生、社区护士、公卫人员的岗位职责。	1
5-4	制定医疗风险防 控预案	应包括医疗风险防控预案、高血压急症识别与处理 高血压技术规范等。	2
6	工作数量		16
6-1	门诊诊疗人次	高血压专病门诊诊疗人次月（ ≥ 300 人）	4
6-2	ABPM 检测量	开展 24 小时动态血压监测数量（ ≥ 15 例数/月）	4
6-3	高血压诊断及风 险评估	新增确诊高血压患者人数（ ≥ 30 例数/年）	4
6-4	高血压患者管理 数量	专病科室完成本年度分配的高血压患者管理数量 计算方法：从 HIS 系统中查看特色科室高血压患者 数量。	4

编号	专病科室 评估指标	评估内容	分值
7	医疗质量		8
7-1	建立数据库	建立高血压患者管理数据库	2
7-2	病例质量控制	建立高血压病历质量控制制度（（自查病例有记录/ 现场核查一定数量病例）	4
7-3	处方点评	定期进行处方点评(查看高血压处方合格率)	2
8	三级及专科医疗机 构培育基地建设		4
8-1	与三级及专科医 疗机构培育基地 开展高血压病门 诊带教指导	三级及专科医疗机构培育基地专家定期到社区机构 专病门诊不少于 4 个门诊单元/月，包括出诊、带教、 会诊、指导（带教形式不限，时间相对固定）。	2
8-2	与三级及专科医 疗机构培育基地 开展高血压患者 的双向转诊	与三级及专科医疗机构培育基地开展高血压患者的 双向转诊，有转诊记录（健康档案或诊疗病历有记 录）。	2
9	培训考核		6
9-1	人员培训	申报当年，专病特色科室当年全科医生、护士必须参 加北京市统一组织的专病特色科室建设规范培训。	2
9-2	人员进修	申报当年，专病特色科室工作的全科医生和护士应 到培育基地完成不少于一个月的进修学习， 市级评 审通过后，每两年到培育基地完成一次进修学习， 时间不少于一个月。	2
9-3	人员考核	全科医生、护士参加培训、进修学习后考核合格。	2
10	开展健康教育活动		4
10-1	相关公众健康教 育活动	开展高血压病相关公众健康教育活动（≥4 次/年） 每次参与人数≥30 人	4
11	绩效考核指标		16
11-1	高血压患者规范 管理	高血压患者规范管理率（≥80%）；每季度随访不少 于 1 次	4

编号	专病科室 评估指标	评估内容	分值
		抽查的规范管理率=抽查的档案中按照规范管理的高血压档案份数/抽查的档案管理的高血压份数×100%	
11-2	高血压患者血压控制达标	高血压患者血压控制达标率（≥55%） 抽查的血压达标率=抽查的档案中血压控制达标人数/抽查的档案管理的高血压人数×100%	4
11-3	高血压患者家庭医生签约服务	专病特色科室高血压患者家庭医生服务签约率（≥90%） 高血压患者家庭医生服务签约率=高血压患者签约人数/高血压患者管理人数×100%	4
11-4	高血压患者预约就诊	高血压患者预约就诊率（≥50%） 高血压患者预约就诊率=某时段专病特色科室高血压患者预约就诊人次数/同时段专病特色科室高血压患者就诊总人次×100%	4
12	临床能力考核指标		20
12-1	专病特色科室全科医生	针对高血压病例，现场考核全科医生问诊、查体、辅助检查、诊断和治疗方案等	12
12-2	专病特色科室护士	针对高血压病例，现场考核护士血压测量规范、动态血压监测、BMI 计算和患者健康教育等	8

附件 2:

基层高血压技术规范

一、血压测量规范

(一) 诊室血压

是目前诊断高血压、进行血压水平分级以及观察降压疗效的主要生理指标。使用通过国际/国内标准方案认证的台式血压计或上臂式医用电子血压计，并定期校准。袖带的大小适合患者上臂臂围，袖带气囊至少覆盖 80% 上臂周径，常规袖带长 22 ~ 26 cm，宽 12 cm，上臂臂围大者 (> 32 cm) 应换用大规格袖带。测量环境安静，测量前被测量者安静休息至少 5 min，测量坐位、上臂血压，将捆绑袖带的上臂放在桌子上，与心脏处于同一水平。

首诊时建议测量双上臂血压，取读数较高一侧的血压值。测量血压时，至少测量 2 次，间隔 1-2 min，若差别 ≤ 5 mmHg，则取 2 次测量的平均值；若差别 > 5 mmHg，应再次测量，取后 2 次测量的平均值。

疑诊为体位性低血压患者，应同时测定卧立位血压。卧立位血压，在卧位改为站立后 1 和 3 min 时测量。体位性低血压的诊断标准：从卧位转为立位后 3 min 内收缩压下降 ≥ 20 mmHg 和/或舒张压下降 ≥ 10 mmHg，可伴或不伴有低灌注症状（如头晕、短时间意识丧失等）。

诊室血压的测量频次推荐：健康人群建议每年测量血压 1-2 次。高血压易患人群建议每 3-6 个月测量血压 1 次。高血压患者中血压已达标者建议至少 3 个月测量血压 1 次，未达标者建议 2-4 周测量血压 1 次。

(二) 动态血压监测

动态血压监测可评估 24 h 血压昼夜节律、体位性低血压、餐后低血压

等。应使用经国际/国内标准方案认证的动态血压测量仪，并定期校准。动态血压监测指标包括 24 小时、白天（清醒活动）、夜间（睡眠）收缩压和舒张压平均值。通常白天每 30 min 测量 1 次，晚上睡眠期间每 1 小时测量 1 次。应确保 24 小时期间血压有效监测，每小时至少有 1 个血压读数。有效血压读数应达到总监测次数的 80%以上。

推荐单位高血压管理人群中 20%进行过动态血压监测。如能实现动态血压监测结果，与 HIS 系统对接，可酌情加分。

（三）家庭自测血压

家庭自测血压可辅助调整治疗方案，推荐高血压易患人群及患者长期进行家庭血压监测。推荐使用经过验证的上臂式电子血压计，每年至少校准 1 次。建议早晨起床后 1 小时内或晚上就寝前测量血压，早晨测量应在排尿排便后服降压药物及早餐前、排尿后测量坐位血压。

测量方法同诊室血压。测量血压时，应至少测量 2 次，间隔 1-2 min，若差别 ≤ 5 mmHg，则取 2 次测量的平均值；若差别 > 5 mmHg，应再次测量，取后 2 次测量的平均值。初诊高血压患者或高血压患者调整降压药物期间，建议连续自测家庭血压每周 7 日。血压控制平稳者，建议每周家庭自测血压 1-2 日。精神高度焦虑者，不建议频繁自测血压。鼓励高血压患者记录"血压日记"，进行血压的自我管理。建议记录每次测量血压的日期、时间、收缩压、舒张压和心率。

推荐为高血压患者提供家测血压监测记录本，复诊时携带，并提供给医生进行治疗效果评估的参考。

二、高血压诊断

（一）**高血压诊断标准：**在未使用降压药物的情况下，非同日 3 次测量诊室血压，收缩压 ≥ 140 mmHg 和（或）舒张压 ≥ 90 mmHg。

收缩压 ≥ 140 mmHg 和舒张压 < 90 mmHg 为单纯收缩期高血压。

患者既往有高血压史，目前正在使用降压药物，血压虽然低于 140/90 mmHg，仍应诊断为高血压。

（二）动态血压监测的高血压诊断标准：平均收缩压/舒张压 24 小时 $\geq 130/80$ mmHg；白天 $\geq 135/85$ mmHg；夜间 $\geq 120/70$ mmHg。（检测结果能与 HIS 对接）

（三）家庭血压监测的高血压诊断标准： $\geq 135/85$ mmHg，与诊室血压的 140/90 mmHg 相对应。

三、高血压诊断性评估规范

通过病史采集、体格检查及辅助检查，对高血压患者进行危险分层评估。

高血压临床诊疗路径见附件 3

四、高血压治疗

高血压治疗需采取综合干预策略，包括生活方式干预和药物治疗，使血压持续达标，最终降低发生心、脑、肾及血管并发症和死亡的总风险。

（一）高血压治疗的目标值

一般高血压患者应降至 $< 140/90$ mmHg；能耐受和部分高危及以上的患者可进一步降低至 $< 130/80$ mmHg。

老年高血压：65~79 岁的老年人，首先应降至 $< 150/90$ mmHg，如能耐受，可进一步降至 $< 140/90$ mmHg； ≥ 80 岁的老年人应降至 $< 150/90$ mmHg。

（二）高血压药物治疗策略

除高血压急症和亚急症外，对大多数高血压患者而言，应根据病情，在 4 周内或 12 周内将血压逐渐降至目标水平。年轻、病程较短的高血压患者，降压速度可稍快；老年人、病程较长，有合并症且耐受性差的患者，

降压速度则可稍慢。

应用降压药物应遵循以下原则：一般起始剂量采用常规剂量，老年人及高龄老年人初始治疗时通常应采用较小的有效治疗剂量；优先选择长效降压药物，其中对老年常见单纯收缩期高血压，常选择 CCB 中长效降压药物，如硝苯地平控释片，此类型药物作用时间长，降压作用强，无明显禁忌，耐受性好。如使用中、短效制剂，则需每天 2-3 次给药以达到平稳控制血压；对血压 $\geq 160/100$ mmHg、高于目标血压 20/10 mmHg 的高危/很高危患者，或单药治疗未达标的高血压患者应进行联合降压治疗，包括自由联合或单片复方制剂（SPC）；对血压 $\geq 140/90$ mmHg 的患者，也可起始小剂量联合治疗；如单药治疗不达标，应先联合治疗再考虑增加剂量，不推荐采用不同单药之间转换的序贯治疗；个体化治疗；高血压是终生治疗，需考虑成本/效益。

（三）改善生活方式

1. 减少钠盐摄入，增加钾摄入：为预防高血压和降低高血压患者的血压，钠的摄入量减少至 2400mg/d（6 g 氯化钠）。所有高血压患者均应采取各种措施，限制钠盐摄入量。

2. 合理膳食：建议高血压患者和有进展为高血压风险的正常血压者，饮食以水果、蔬菜、低脂奶制品、富含食用纤维的全谷物、植物来源的蛋白质为主，减少饱和脂肪和反式脂肪酸摄入。

3. 控制体重：推荐将体重维持在健康范围（BMI=18.5-23.9 kg/m²，男性腰围<90 cm，女性<85 cm）。

4. 不吸烟：戒烟的益处十分肯定。医师应强烈建议并督促高血压患者戒烟。必要时，指导患者应用戒烟药物，减轻戒断症状。

5. 限制饮酒：建议高血压患者不饮酒。如饮酒，应少量并选择低度酒，

避免饮用高度烈性酒。每日酒精摄入量男性不超过 25 g，女性不超过 15 g。

6. 增加运动：除日常生活的活动外，每周 4-7 d，每天累计 30-60 min 的中等强度有氧运动（如步行、慢跑、骑自行车、游泳等），可适度安排阻抗和平衡运动。中等强度有氧运动指能达到最大心率[最大心率（次/min）=220-年龄] 的 60%-70%的运动。高危及很高危患者运动前需进行评估。

7. 减轻精神压力，保持心理平衡和良好睡眠：医生应对高血压患者进行压力管理，开展“双心”服务，指导患者进行个体化认知行为干预。

（四）常用降压药物的选择

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。常用降压药物的选择策略见附件 5。

（五）高血压患者合并危险因素的综合管理

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。

1. 调脂治疗：高血压伴血脂异常的患者，应在治疗性生活方式改变的基础上，积极降压治疗以及适度降脂治疗。

2. 抗血小板治疗：高血压伴有缺血性心脑血管病的患者，推荐进行抗血小板治疗。如无禁忌，应长期服用阿司匹林（75mg-100mg）治疗，因存在禁忌或者不耐受而不能服用阿司匹林者，可用氯吡格雷代替，接受 PCI 术者，阿司匹林与氯吡格雷联合用药至少 12 个月。

3. 血糖控制：血糖控制目标为 HbA1c<7%，空腹血糖 4.4-7.0 mmol/L，餐后 2 小时血糖或高峰值血糖<10.0 mmol/L。容易发生低血糖、病程长、老年人、合并症或并发症多的患者，血糖控制目标可以适当放宽。

4. 高血压并发心房颤动（房颤）的治疗：易发生房颤的高血压患者（如

合并左房增大、左心室肥厚、心功能降低），推荐使用肾素-血管紧张素-醛固酮系统（RAS）抑制药物（尤其 ARB），以减少房颤的发生。具有血栓栓塞危险因素的房颤患者，应按照现行指南进行抗凝治疗。非瓣膜性房颤患者，根据 cHA2Ds2VASc 评分系统，如果男性评分 ≥ 2 分、女性评分 ≥ 3 分推荐抗凝治疗，包括华法林和新型口服抗凝药（NOACs），如利伐沙班。NOACs 适用于具有危险因素的非瓣膜病房颤患者。所有 NOACs 颅内出血发生率均低于华法林。NOACs 使用方便，，不需常规监测凝血指标，且具有疗效好、安全性高和使用方便等特点，因此优先推荐 NOAC。

5. 高血压伴多重危险因素的管理：生活方式干预是高血压合并多重危险因素患者心血管疾病预防的基础。建议高血压伴同型半胱氨酸升高的患者适当补充新鲜蔬菜水果，必要时补充叶酸。

五、高血压慢病管理与随访

（一）高血压慢病管理：社区是高血压慢病管理的主战场，重点是做好血压测量和监测、患者筛查、危险分层、随访规范管理。

1. 健康教育：组织辖区群众开展高血压健康教育；
2. 血压监测：协助和指导辖区居民自主测量血压；
3. 筛查：通过门诊、义诊、巡诊、健康体检、家庭医生签约履约等多种形式开展辖区高血压筛查；
4. 规范诊疗：进行疾病临床初步诊断，对新发现和既往确诊的在管高血压患者进行年度风险评估，按照高血压诊疗指南和规范制定个体化、规范化的治疗方案。
5. 随访：参照血压控制情况规范提供随访服务；
6. 转诊：与上级医疗机构建立有效的转诊机制。识别符合转诊标准的患者以及危急症患者及时规范转至上级医院诊疗，对于由上级医疗机构下

转的稳定期或恢复期患者开展康复和随访等诊疗服务。

7. 建立居民健康档案和专病档案，做好信息报告工作

（二）高血压随访

1. 高血压慢病管理的随访表见附件 6

2. 高血压慢病管理中的双向转诊

（1）上转转诊原则：起病急、症状重、怀疑继发性高血压，以及多种药物无法控制的难治性高血压患者需转诊。妊娠和哺乳期女性高血压患者需转诊。

（2）上转转诊：分为初诊转诊、随诊转诊以及急诊转诊。首先要求基层医疗机构的医生能够识别转诊指征，急诊转诊不同于初诊及随诊转诊，因病情更紧急，需用救护车进入绿色通道转诊。

（3）医联体医院下转转诊原则：

- ① 诊断明确的患者；
- ② 治疗方案明确，适合在基层医疗机构诊疗或居家口服药物者；
- ③ 病情稳定，适合在基层医疗机构康复者；
- ④ 伴随并发症治疗后病情稳定者

3. 高血压管理中的双向转诊指征见附件 7

六、防控医疗风险的保障措施

（一）制定医疗风险防控预案

树立医疗风险防范意识，要求社区医师识别和掌握高血压及高血压相关急症的处理原则，严格掌握危重及疑难病人转诊指征，制定完善的医疗风险防控预案，规范患者转诊流程，保障患者及时得到有效地诊治。

（二）高血压急症及亚急症的识别与处理

1. 高血压急症与亚急症的识别

高血压急症是指原发性或继发性高血压患者在某些诱因作用下，血压突然和显著升高（一般SBP \geq 180 mmHg和/或DBP \geq 120 mmHg），同时伴有进行性心、脑、肾等重要靶器官功能不全表现。包括高血压脑病、高血压伴颅内出血（脑出血和蛛网膜下腔出血）、脑梗死、急性心力衰竭、急性冠状动脉综合征（不稳定性心绞痛、急性心肌梗死）、主动脉夹层、嗜铬细胞瘤危象、使用毒品（如安非他明、可卡因、迷幻药等）、围手术期高血压、子痫前期或子痫等。治疗应使用静脉降压药物。

高血压亚急症指血压显著升高，但不伴急性靶器官损害。患者可有血压明显升高所致症状，如头痛、胸闷、鼻出血、烦躁不安等。多数患者服药依从性不好或治疗不足。治疗以口服药物治疗为主。

区别高血压急症与高血压亚急症的唯一标准，并非血压升高程度，而是有无新近发生的急性进行性的靶器官损害。可疑高血压急症患者，应进行详尽评估，以明确是否为高血压急症，但初始治疗不要因对患者整体评价过程而延迟。

2. 高血压急症与亚急症的处理原则

（1）血压 \geq 180/110mmHg，不伴心、脑、肾急性并发症的临床症状：首先口服短效降压药物，如卡托普利 12.5~25mg，或硝苯地平 10mg 或美托洛尔 25mg 口服，1 小时后可重复给药，门诊观察，直至降至 180/110mmHg 以下；

如果血压仍 \geq 180/110mmHg，或症状明显，建议转诊；

如果 24~48h 血压降至 160/100mmHg 以下，可进入高血压慢病管理，调整长期治疗方案；

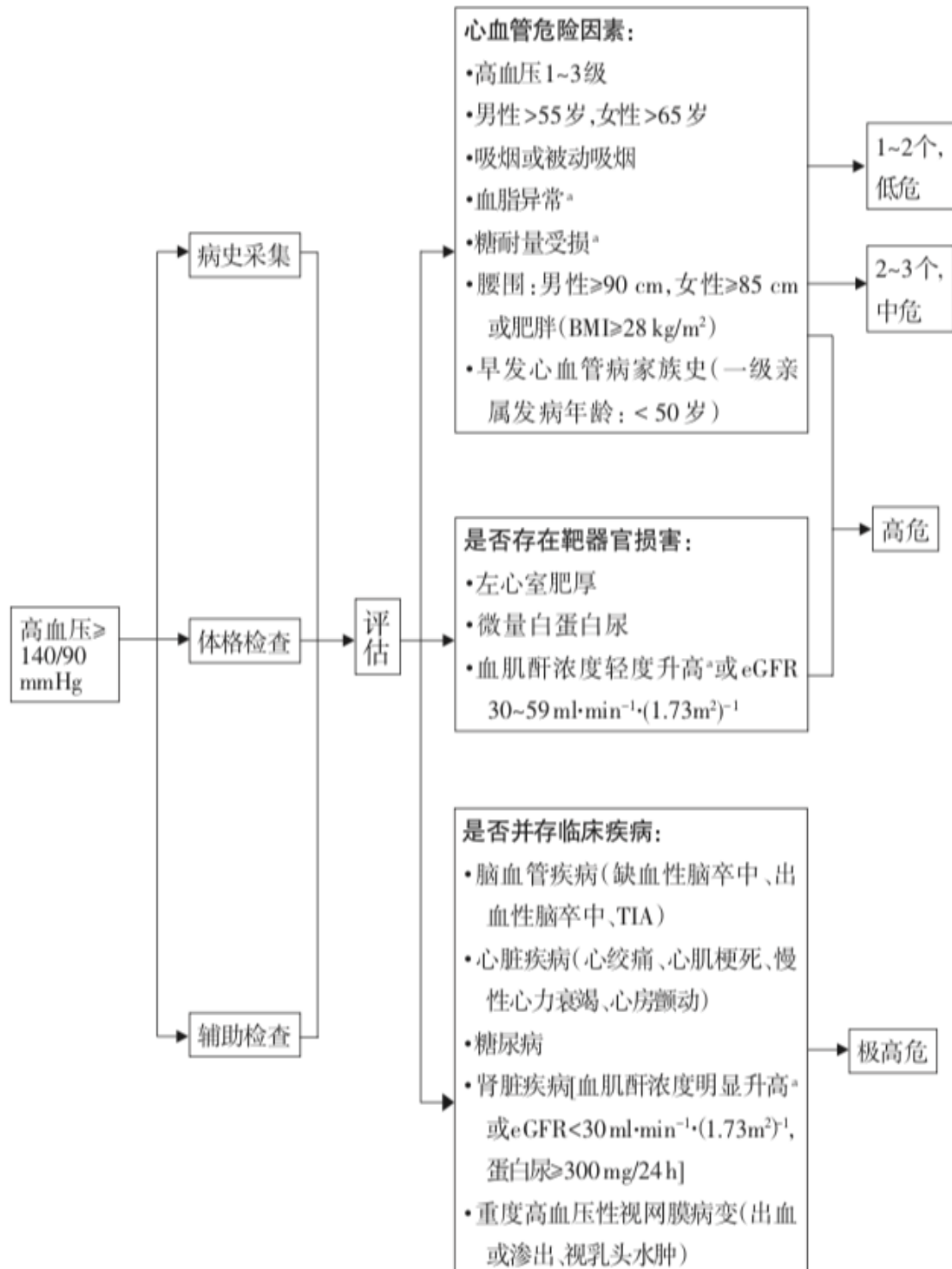
注意：严禁舌下含服硝苯地平等短效药物快速降压。

（2）血压 \geq 180/110mmHg，伴有心、脑、肾急性并发症的临床症状：

应立即转诊；在等待转诊过程中，应持续监测血压及其他生命体征，开通静脉通路，尽快静脉应用合适的降压药控制血压，将升高的血压初步降低或不再进一步升高时转诊。治疗应着重去除或纠正引起血压升高的诱因及病因；酌情使用有效镇静药，消除恐惧心理。

附件 3:

高血压临床诊疗路径



附件 4:

1. 初诊（或初次建档）高血压患者信息采集表

病史采集	
病史	发病年龄，血压最高水平和一般水平，伴随症状，降压药物使用情况及治疗反应。
既往史	有无冠心病、心力衰竭、心律失常、脑血管疾病、外周血管疾病、糖尿病、痛风、血脂异常、支气管哮喘、睡眠呼吸暂停综合征、肾脏疾病、甲状腺疾病等病史。
个人及生活史	生活方式（饮食、饮酒、吸烟等），体力活动，过敏史，已婚女性注意询问避孕药的使用情况及生育计划，月经史等。
家族史	高血压、糖尿病、冠心病、卒中及其发病年龄等家族史。
社会心理因素	了解家庭、工作、个人心理、文化程度等情况。
体格检查	
血压测量	规范多次测量非同日血压。 初诊患者测量双上臂血压，怀疑体位性低血压者应测量卧位和立位血压。
查体	测量身高、体重和腰围、计算 BMI。测量心率、心律、大动脉搏动、血管杂音。
实验室检查	
基本项目	血常规、尿常规、血生化（包括转氨酶、空腹血糖、血脂、血肌酐）、尿酸、心电图。
推荐项目（加分）	餐后 2 h 血糖（空腹血糖升高者）、糖化血红蛋白（合并糖尿病的患者）、尿蛋白定量（尿蛋白定性阳性者）、尿微量白蛋白或尿微量白蛋白/肌酐、24 小时动态血压、超声心动图、颈动脉超声、肾动脉超声、眼底检查、踝臂指数，血钾

2. 高血压患者随访信息采集表

自上次就诊至今的临床情况	
临床症状	头晕头痛、心悸、胸闷胸痛、下肢水肿
服药依从性	自评按时服药情况
药物不良反应	是否有后药物相关不良反应
家庭血压测量	是否进行家庭血压测量
体格检查	
血压测量	诊室血压测量 根据情况加测卧立位血压等
实验室检查	
个体化检查	心电图等
是否变更临床诊断	

3. 高血压患者心血管危险分层表

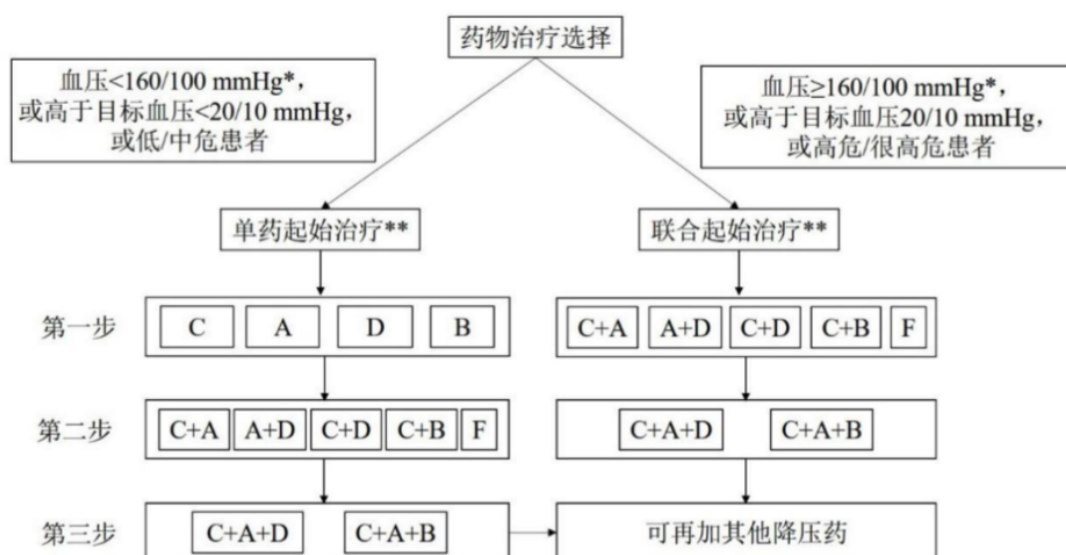
其他心血管危险因素和疾病史	血压 (mmHg)			
	SBP 130 ~ 139 和 (或) DBP 85 ~ 89	SBP 140 ~ 159 和 (或) DBP 90 ~ 99	SBP 160 ~ 179 和 (或) DBP 100 ~ 109	SBP ≥ 180 和 (或) DBP ≥ 110
无		低危	中危	高危
1 ~ 2 个其他危险因素	低危	中危	中/高危	很高危
≥ 3 个其他危险因素, 靶器官损害, 或 CKD 3 期, 无并发症的糖尿病	中/高危	高危	高危	很高危
临床并发症, 或 CKD ≥ 4 期, 有并发症的糖尿病	高/很高危	很高危	很高危	很高危

注: CKD: 慢性肾脏疾病

附件 5:

高血压药物治疗选择策略

1. 高血压药物治疗选择



注：A：ACEI 或 ARB；B：β受体阻滞剂；C：二氢吡啶类钙 CCB；D：噻嗪类利尿剂；F：固定复方制剂。

*对血压≥140/90 mmHg 的高血压患者，也可起始小剂量联合治疗；**包括剂量递增至足剂量。

2. 五大类降压药物的优选推荐

适应证	CCB	ACEI	ARB	利尿剂	B受体阻滞剂
左心室肥厚	+	+	+	±	±
稳定性冠心病	+	+ ^a	+ ^a	-	+
心肌梗死后	- ^b	+	+	+ ^c	+
心力衰竭	- ^c	+	+	+	+
心房颤动预防	-	+	+	-	-
脑血管病	+	+	+	+	±
颈动脉内中膜增厚	+	±	±	-	-
蛋白尿/微量白蛋白尿	-	+	+	-	-
肾功能不全	±	+	+	+ ^d	-
老年	+	+	+	+	±
糖尿病	±	+	+	±	-
血脂异常	±	+	+	-	-

注： CCB：二氢吡啶类钙通道阻滞剂； ACEI：血管紧张素转换酶抑制剂； ARB：血管紧张素 II 受体阻滞剂； +：适用； -：证据不足或不适应； ±：可能适用； a:冠心病二级预防； b: 对伴心肌梗死病史者可用长效 CCB 控制高血压； c: 螺内酯； d: *GFR <30ml/min 时应选用袢利尿剂； e: 氨氯地平和非洛地平可用

附件 6:

高血压管理随访表

随访频率	<ul style="list-style-type: none"> ● 常规，每 3 个月至少 1 次 ● 血压未达标者，每两周随访 1 次 ● 转诊后，2 周内随访转诊情况 	
随访内容	<ul style="list-style-type: none"> ● 查体：血压、心率、体重及腰围（超重/肥胖者） ● 并发症：冠心病、心力衰竭、房颤、卒中、糖尿病、慢性肾病 ● 生活方式评估与建议 ● 服药依从性、不良反应 ● 治疗方案调整 	
年度评估	危险因素监测	<ul style="list-style-type: none"> ● 血常规 ● 尿常规 ● 生化：血脂、血糖、尿酸、血肌酐、谷丙转氨酶
	靶器官损害与并存相关疾病评估	<ul style="list-style-type: none"> ● 心电图 ● 超声心动图 ● 颈动脉超声 ● 胸片 ● 动态血压监测 ● 眼底检查

附件 7:

高血压管理中的双向转诊指征

初诊转诊	<ul style="list-style-type: none"> ● 血压显著升高$\geq 180/110\text{mmHg}$，经短期处理仍无法控制； ● 怀疑新出现心、脑、肾并发症或其他严重临床情况； ● 妊娠和哺乳期女性； ● 发病年龄< 30岁； ● 伴大量蛋白尿或血尿； ● 非利尿剂引起的低血钾； ● 阵发性血压升高，伴头痛、心慌、多汗； ● 双上肢收缩压差异$> 20\text{mmHg}$； ● 因诊断需要到上级医院进一步检查
随诊转诊	<ul style="list-style-type: none"> ● 至少 3 种降压药物足量使用，血压仍未达标； ● 血压明显波动并难以控制； ● 怀疑与降压药物相关且难以处理的不良反应； ● 随访过程中发现严重临床疾病或心、脑、肾、血管、眼底损害而难以处理
急诊转诊	<ul style="list-style-type: none"> ● 意识丧失或模糊； ● 血压$\geq 180/110\text{mmHg}$伴剧烈头痛、呕吐，或突发言语障碍和（或）肢体瘫痪； ● 血压显著升高伴持续性胸背部剧烈疼痛； ● 血压升高伴下肢水肿、呼吸困难或不能平卧； ● 胸闷、胸痛持续至少 10 分钟，伴大汗，心电图示至少 2 个导联 ST 段抬高，应以最快速度转诊，考虑溶栓或行急诊冠状动脉介入治疗； ● 其他影响生命体征的严重情况，如意识淡漠伴血压过低或测不出、心率过慢或过快，突发全身严重过敏反应等
医联体医院下转转诊原则	<ol style="list-style-type: none"> ① 诊断明确的患者； ② 治疗方案明确，适合在基层医疗机构诊疗或居家口服药物者； ③ 病情稳定，适合在基层医疗机构康复者； ④ 伴随并发症治疗后病情稳定者