

高血压专病特色科室建设 工作方案及规章制度

XXX 社区卫生服务中心
2022 年 XX 月 XX 日

目 录

1. 高血压专病特色科室工作方案.....	3
附件1 高血压门诊简介.....	5
附件2 高血压门诊服务流程.....	6
2. 科室管理制度.....	7
3. 人员岗位职责.....	9
4. 人员管理制度.....	12
5. 绩效考核制度.....	13
6. 医疗质量管理制度.....	15
7. 设备设施管理制度.....	16
8. 双向转诊制度.....	17
9. 患者健康教育制度.....	19
10. 高血压医疗风险防控预案.....	20
11. 高血压诊疗流程图.....	23
12. 基层高血压技术规范.....	24
13. 高血压患者家医签约服务项目清单（参考版）.....	32

高血压专病特色科室工作方案

高血压是严重威胁人类健康的心血管疾病之一，也是导致脑卒中、冠心病、心力衰竭等疾病的重要危险因素。我中心根据北京市卫生健康委员会提出的在基层医疗卫生机构建设一批具有高血压诊治能力的专病特色科室，开展高血压的早期筛查、诊断、治疗，对高血压的签约居民提供慢病管理长期照护服务，依托医联体（培育基地）畅通患者双向转诊绿色通道，使居民在社区就能享受到高质量的专病诊疗服务。

一、组织机构及分工

中心成立高血压专病特色科室建设领导小组，成员为（需标注具体姓名）

XXX中心主任：统筹协调各种资源，保障专病特色科室建设。

XXX分管主任：落实建设项目要求，督促项目进度及执行情况，采取有效措施，解决建设中的困难和问题。

XXX全科主任：在分管主任领导下，全面负责专病特色科室建设的计划、组织实施、建设标准达标，并通过市级验收评估。

专病特色科室成员：按照建设标准配备符合条件的人员，在科主任的带领下规范的开展各项工作(XXX 全科副主任医师

XXX 医师，李XXX 主管护师，XXX 护士)。

二、设备设施建设

提供独立的业务用房(面积X平方米，配备必要的设备设施，增加与专病相关的辅助检查设备和检查项目，保障业务的顺利开展。

三、专病特色科室宣传

以各种形式加大对专病特色科室的宣传力度，按照北京市要求制作统

一的高血压专病特色科室标牌、科室简介、服务流程（图）及专病宣传板，宣传板定期更换。

四、制定规章制度

规章制度简明扼要、重点突出，便于执行。包括但不限于：①科室管理制度②各岗位人员职责③绩效考核制度④人员培训考核制度⑤设施设备管理制度⑥双向转诊制度⑦健康教育制度⑧家庭医生签约服务制度⑨医疗质量管理制度（处方、病历、量表等）⑩医疗风险防控预案⑪诊疗流程⑫管理规范等。

五、规范工作流程

公示门诊时间，原则上应固定，每周不少于三个半天（视病人情况增加），培育基地医院专家每月不少于4个单元的出诊、查房、带教、授课等任务，形式不限，时间相对固定，特殊原因停诊需提前2周公示告知；公示门诊简介；公示服务流程。

六、明确工作任务

依据2022年北京市高血压专病特色科室建设评估指标，达到相应的工作数量和工作质量。中心应加强日常的检查和考核，年底进行自评，并申请市级达标复核。

七、附件

1. 高血压门诊简介
2. 高血压门诊服务流程

附件 1

高血压门诊简介

高血压是严重威胁人类健康的心血管疾病之一，也是导致脑卒中、冠心病、心力衰竭等疾病的重要危险因素。我中心根据北京市卫生健康委员会提出的在社区卫生服务机构建设一批具有高血压诊治能力的专病特色科室，开展高血压的早期筛查、诊断、治疗，对签订家庭医生服务协议的高血压患者提供慢病管理长期照护服务，依托三级及专科医疗机构培育基地密切协作，畅通患者双向转诊绿色通道，使居民在社区就能享受到高质量的诊疗服务。

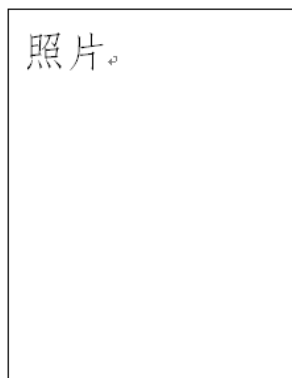
门诊时间：每周 XX、XX、XX

门诊医生：中心 XXX 主任医师带领其专病团队医生、护士定期门诊；
三级医院专家 XXX 主任医师每月 X 次专家门诊（具体时间需要预约）

照片

中心 XXX 主任医师

扫码预约(机构二维码)

照片。

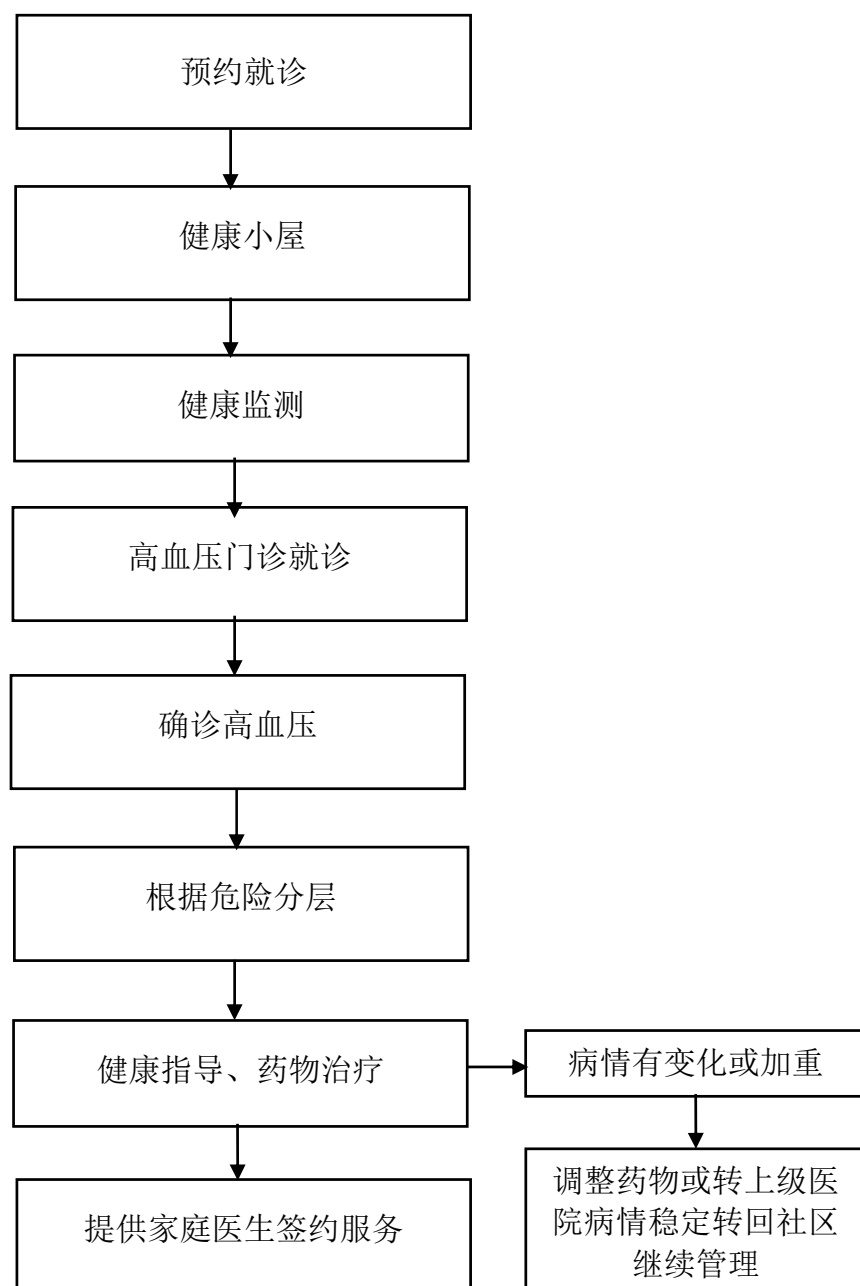
三级医院 XXX 主任医师

预约电话：XXXXXXXXXX

XXX 社区卫生服务中心

附件 2

高血压门诊服务流程



科室管理制度

- 一、科室主要承担高血压患者的诊疗、管理、随访、签约等工作。
- 二、科室应有相对独立的单人诊区,私密性良好的诊疗环境,严格消毒避免交叉感染,保持清洁整齐。
- 三、落实首诊负责制,接诊医师为首诊责任人。首诊医师对病人进行初步诊断,并做出相应处理,不允许任何推诿或变相推诿现象。
- 四、全科医师应对高血压患者的健康状况进行全面整体的检查和评估,并将结果记录健康档案,主动与患者进行家庭医生签约,提供连续性随访管理。
- 五、护士应根据病人具体情况,有针对性地进行高血压饮食、运动、心理等方面的健康指导,发放健康教育处方,并记入健康档案。
- 六、对于连续两次随访血压不达标者,预约医联体专家门诊或转诊至上级医院进一步诊治,对需要转诊患者提供预约转诊服务。对急诊抢救的危重病人,应就地抢救治疗;如设备、条件有限,在应急对症处理的同时,及时联系 120 将患者转运到上级医院。
- 七、认真填写门诊日志及相应信息,按时上报。

人员培训制度

一、科室定期开展《高血压指南》学习、新知识新进展培训及病例讨论等，科内全科医生和护士均应参加学习，不得无故缺席。

二、科室人员必须参加北京市统一规范培训，保证出勤。全科医生、护士均应达到规定学时，并通过培训考核，取得合格证书。

三、申报当年，全科医生和护士均应到三级或专科医疗机构（培育基地）心内科（高血压专科）进修学习，时间不少于一个月。

四、按要求参加北京市社区卫生人员岗位练兵，积极提高高血压的临床诊疗能力。

五、通过过程性评估和操作考核，加强人员培训的效果评估。经过 2-3 年的培训培养，全科医生应能够熟练掌握高血压诊断、治疗、随访和管理。熟练掌握测量血压的技能、24 小时动态血压技能、能分析出现问题的常见原因。护士应能够掌握高血压诊断标准，了解高血压的常用药物，能够配合医生完成高血压患者的筛查、随访、健康教育等综合管理工作。

人员岗位职责

科主任职责：

一、在中心主管主任领导下，负责本科室的医疗、教学、科研、预防及行政管理工作。

二、制定高血压特色科室的工作计划，组织实施，经常督促检查，按期总结汇报。

三、督促本团队成员，认真执行各项规章制度、高血压的诊疗常规和高血压的技术操作常规，保证医疗质量，严防差错事故。

四、带领本团队人员，对高血压患者进行医疗工作，完成医疗任务。

五、参加高血压特色门诊出诊；定期组织有关高血压的病例讨论，研究解决重危疑难病例诊断治疗问题，决定患者的转诊、转院。

六、组织科内人员学习、运用国内外医学先进经验，积极进行科研工作，及时总结经验。

七、组织开展科内人员的业务训练和技术考核，妥善安排进修、实习人员的培训工作。

八、遵照中心规章制度，及时解决科内发现的各种问题，提出调配、奖惩意见，如遇特殊情况，及时上报中心领导。

全科医师职责：

一、开展对高血压高危人群筛查。

二、对高血压患者进行综合管理，以生物-心理-社会医学模式为基础，对患者提供基础性、可及性、连续性、综合性治疗。

三、做好生活方式的指导，以医患共同决策为原则同患者一同制定饮食方案、运动计划、体重管理计划等并督导其执行情况。

四、对于高血压患者多病共患情况，要兼顾其他疾病的管理，关注药物之间的相互作用。

五、评估患者家庭支持情况及心理健康问题。

六、建立并使用居民健康档案，开展对高血压患者与高危人群的健康管理。

七、制定健康教育为手段的健康促进工作方案，并组织实施，完成评估及总结工作。

八、患者在诊断后，主动建立签约关系，纳入高血压规范管理中。

九、高年资医师要带、帮、教低年资医师。

护士职责：

一、在护理部和护士长的领导下，以及学科带头人的业务指导下开展工作，结合本学科的专业特点制定年度学习计划，按要求参加学习。

二、协助医生对高血压病人建立健康档案、针对性的进行健康指导，制定个体化饮食、运动计划等，定期组织高血压患者健康教育讲座等。

三、开展高血压病人的访视，接受咨询工作，并做好高血压人的电话回访，使其治疗及护理有连续性，提高病人依从性。

四、积极协调医生、护士、患者及家属等方面的关系。

医联体（培育基地）专家职责：

一、协助机构建设高血压专病特色科室。

二、积极帮扶科室相关医护人员的诊疗服务能力和管理水平的提升。

三、对专病科室管理的高血压患者连续两次以上血压不达标、出现并发症或全科医生诊治有困难的高血压患者给予积极的诊治处理。

四、协调社区机构与三级医院培育基地高血压专科之间的急危重症及疑难杂症的转诊和诊疗指导。

五、对社区机构组织的高血压相关病例讨论、健康教育讲座等进行指导和参与。

六、指导社区机构积极开展高血压相关临床研究，申报科研课题，开展新技术、新业务，撰写论文等。

人员管理制度

一、科室人员应服从科主任管理，并妥善处理科室与各科工作间的关系。积极参加科内各项工作，按照科内排班保证出勤。

二、科室人员保证服务时间，不迟到、早退，工作中规范着装、佩戴胸卡，热情服务，使用文明用语，避免医患纠纷发生。

三、工作中严格遵循诊疗规范和诊疗流程，分类、分层开展连续性健康管理 and 健康教育，积极与高血压患者签约、主动提供签约服务、主动发放自我管理手册、主动完善健康档案等。

四、认真执行科室的各项绩效考核任务指标，保质保量完成工作数量、工作质量、规范管理率、血压达标率等任务目标。

五、严格遵守国家有关法律、法规、政策，严格遵循医务人员医德规范，展现良好的医德医风，接受政府有关部门的监督管理。

绩效考核制度

为了提高中心高血压特色科室服务能力建设，促进分级诊疗制度，进一步完善和提升基层医生业务能力和水平，按照工作数量、工作质量、满意度三个维度进行考核，总分 100 分。

一、考核对象：高血压特色科室医护人员。

二、考核周期：每季度至少考核一次。

三、工作数量指标

- 1.门诊高血压患者诊疗次数 ≥ 300 人/月；
- 2.开展 24 小时动态血压监测数量月 ≥ 15 例；
- 3.新确诊的高血压患者人数 ≥ 30 例/年；
- 4.专病科室完成本年度分配的高血压患者管理数量。

四、工作质量指标

- 1.患者电子健康档案完整性 $\geq 90\%$ ；
- 2.患者电子健康档案真实性 100%；
- 3.病历书写的规范性 $\geq 80\%$ ；
- 4.高血压患者规范管理率 $\geq 80\%$
- 5.高血压患者血压控制达标率 $\geq 55\%$
- 6.高血压患者家庭医生服务签约率 $\geq 90\%$
- 7.高血压患者预约就诊率（ $\geq 50\%$ ）

五、患者满意度指标

每月（或每季度）进行满意度随访。

针对以上 X 项指标，每项 X 分，每月（或每季度）随机抽查 X 例患者进行电话随访，考核满意度指标。

六、绩效考核指标

1.高血压患者规范管理率 $\geq 80\%$

高血压患者规范化管理率=高血压规范管理的人数/就诊高血压患者人数 $\times 100\%$

2.高血压患者血压控制达标率 $\geq 50\%$

抽查的患者血压控制率=年内最近一次随访血压达标人数/年内已管理的高血压患者人数 $\times 100\%$

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=高血压签约人数/高血压确诊人数 $\times 100\%$

4.高血压患者预约就诊率（ $\geq 50\%$ ）

高血压患者预约就诊率=某时段高血压患者预约就诊人次数/同时段高血压患者就诊总人次 $\times 100\%$

七、科室的综合评定，人员培训进修、开展患者健康教育活动、接诉即办、医德医风等，均参照机构整体绩效考核方案。月（季）绩效考核情况作为年度考核及评选优秀的依据。

医疗质量管理制度

一、科室实行科主任负责制，每个月进行一次质量检查例会，科室人员都应了解存在的问题，提出解决办法，做好问题记录。

二、科室质量考核工作责任到人，医护人员对发现的问题及时上报给科主任。

三、科室由专门医生负责每月对病历、处方、申请单等进行质控检查，检查有记录，发现问题要有处理结果。

四、科室护理人员负责每月院感、血压控制情况、电子档案、签约情况、健康教育手册使用情况进行检查，检查有记录，发现问题要有处理结果。

五、定期组织科室人员参加疑难病例讨论，由科主任把关，要不断学习，保持各类医务人员掌握了解新知识、新技术。

六、每年对科室医生、护理人员进行两次理论考核，要有考核记录。

七、对科室发生的差错要及时向科主任汇报，由科主任向中心领导汇报。

八、对于发现的医疗质量问题，依据情节轻重，按中心规定进行奖惩，与个人奖金挂钩。

九、积极开展高血压的社区医疗、护理服务，开展慢性病的防治管理工作。

设备设施管理制度

一、高血压门诊仪器设备由科内指定专人负责管理，人员变动时做好交接手续。

二、各种医疗设备、办公设备均属固定财产，建立设备档案资料，每年进行一次固定资产清查核对，做到帐、卡、物相符。

三、仪器设备定期检查、保养、维护，使用时应严格执行操作规程，注意安全。实习及进修人员不得单独操作使用。

四、仪器设备出现故障应及时报告设备科，进行维修检测，切忌有故障隐患时仍使用。

五、仪器设备损坏，如需要报损、新购置、更换，执行机构的申报制度。新添置的仪器设备开箱验收须机构设备科、科室负责人及厂家共同验收，保证完好正常运行。

六、未经机构领导（或科主任）同意，不得擅自将相关设备外借出机构。

双向转诊制度

一、中心统一协调和规范管理转诊工作，与上转医院建立转诊绿色通道。

二、转诊医生要熟悉掌握转诊原则、转诊条件、转诊流程，及时将符合条件的患者转往上转医院。

三、高血压患者符合转诊条件的，医生应在病历中进行详细记录，在系统中写明转诊原因并转诊。

四、患者转回复诊时，社区医生应根据病情在病历中记录。

五、团队护士要主动及时追访上转患者的情况，做好转诊患者的跟踪服务，对转回社区的患者要及时提供主动的连续性健康管理和医疗服务。

六、如转出患者未回社区就诊，科室护士负责在一个月后追访，记录追访情况，实施连续性管理。

七、对急危重症患者，按北京市统一要求通过北京急救中心转送。

附：

（一）初诊转诊指征

1. 血压显著升高 $\geq 180/110\text{mmHg}$ ，经短期处理仍无法控制；
2. 怀疑新出现心、脑、肾并发症或其他严重临床情况；
3. 妊娠和哺乳期女性；
4. 发病年龄 < 30 岁；
5. 伴大量蛋白尿或血尿；
6. 非利尿剂引起的低血钾；
7. 阵发性血压升高，伴头痛、心慌、多汗；
8. 双上肢收缩压差异 $> 20\text{mmHg}$ ；
9. 因诊断需要到上级医院进一步检查

（二）随诊转诊指征

1. 至少 3 种降压药物足量使用，血压仍未达标；
2. 血压明显波动并难以控制；
3. 怀疑与降压药物相关且难以处理的不良反应；
4. 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。

（三）急诊转诊指征

1. 意识丧失或模糊；
2. 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；
3. 血压显著升高伴持续性胸背部剧烈疼痛；
4. 血压升高伴下肢水肿、呼吸困难或不能平卧；
5. 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；
6. 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。

（四）下转原则

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。

患者健康教育制度

一、建立社区高血压患者健康教育网络，定期召开讲座，依据高血压患者主要健康问题，制定年度健康教育工作计划。

二、根据健康教育计划，积极开展多种形式的健康教育。

三、针对高血压患者进行合理膳食、运动、药物服用等干预活动；向高血压患者发放健康教育处方，提高患者健康知识知晓率和健康行为形成率。

四、利用社区资源，每季度针对高血压患者进行健康教育知识讲座。

五、利用智能平台，定期为管理的患者推送健康教育知识。

六、免费为辖区内高血压患者建立健康档案，进行分类管理。

七、积极探索远程授课等健康教育形式，提高受众人群覆盖面，提高健康教育效果。

八、定期进行健康教育效果评价，不断改进健康教育的形式，提高科学性和有效性。

九、认真填写并妥善保管各类有关健康教育及管理的各种资料。

高血压医疗风险防控预案

为了进一步维护患者和医务人员的合法权益，保障医疗质量与安全，最大限度地减少医疗差错、事故，防范医疗纠纷，根据国家《医疗事故处理条例》、《医疗机构管理条例》等法律法规，特制定本预案。

一、防范措施

1.高血压专病特色科室，在开展高血压诊疗服务过程中，必须围绕“患者第一、医疗质量第一、医疗安全第一”的宗旨，完善医疗质量保障工作，落实各项规章制度，坚持首诊负责制。

2.各种抢救设备及抢救药品要处于良好齐全状态，保证随时投入使用。根据资源共享、特殊急救设备共用的原则，机构有权根据临床急救需要进行调配。

3.从维护全局出发，各部门、各科室及医务人员之间应相互配合、相互维护；严禁在患者面前谈论病情或贬低他人抬高自己等不符合医疗道德的行为。

4.任何情况下，进修及实习期医师均不得独立进行高血压诊疗工作。

5.加强对下列重点患者的关注与沟通

- (1) 低收入阶层的患者。
- (2) 孤寡老人或虽有子女，但家庭不睦者。
- (3) 在与医务人员接触中已有不满情绪者。
- (4) 已通过手术或其他治疗方法效果不佳者。
- (5) 本人对治疗期望值过高者。
- (6) 对交代病情中表示难以理解者。
- (7) 高血压危象或病情复杂，各种信息表明可能产生纠纷者。
- (8) 自费患者。

(9) 已经产生医疗欠费者。

(10) 特殊身份的患者。

(11) 过敏体质者。

6.对于已经出现的医患纠纷苗头,高血压专病科室主要负责人必须亲自过问和决定下一步诊治措施。安排专人接待患者及家属,其他人员不得随意解释病情。

7.各项检查必须具有严格的针对性,合理安排各项检查的程序及顺序。重视对于疾病的转归及预后有重要指导意义的各项检查及化验,其结果要认真分析,妥善保管。

8.合理使用药物,注意药物配伍禁忌和药物不良反应,特别关注老年人和青少年(原则上不接诊14岁以下儿童)的用药安全,严格掌握药物的适应证,严禁滥用抗高血压药物。

9.病历书写必须严格按照《病历书写规范》《医疗事故处理条例》《中华人民共和国执业医师法》的相关要求进行书写,按时完成,严禁涂改、粘贴、刮擦、伪造、隐匿和销毁。

二、应急预案

1.一旦发生医疗意外、差错事故及突发事件立即启动本预案,当班医务人员需立即通知上级医师和科室主任,同时报告医政科,不得隐瞒。并积极采取补救措施,避免或减轻对患者身体健康的进一步损害,尽一切努力挽救患者生命。

2.由医政科组织科室负责人查找医疗差错、事故原因。必要时组织多学科会诊。

3.全科医疗科主任及医政科主任共同决定接待病人家属的人员,安排专人进行病情解释。确定部门负责人、经治医师和科室负责人为差错、事故或纠纷第一责任人,其他任何医务人员不得擅自解释及处理。

4.结合实际情况,决定是否封存《医疗事故处理条例》中所规定的病历内容。

5.疑似输液、注射、药物引起的不良后果,在医务人员、患者或家属共同在场的情况下,立即对实物进行封存,实物由医政科保管。

6.如患者需转诊治疗,各科室必须竭力协作,顺利完成向上级医疗结构的转诊,转诊医疗机构,首选医联体医疗机构。

7.当事科室须在24小时内就事情经过写书面报告,同时提出初步处理意见,上报医政科。

三、应急转诊指征

1.下列严重情况建议急救车紧急转诊

(1) 意识丧失或模糊;

(2) 血压 $\geq 180/110\text{mmHg}$ 伴剧烈头痛、呕吐,或突发言语障碍和/或肢体瘫痪等;

(3) 血压显著升高伴持续性胸背剧烈疼痛;

(4) 血压升高伴下肢水肿、呼吸困难,或不能平卧;

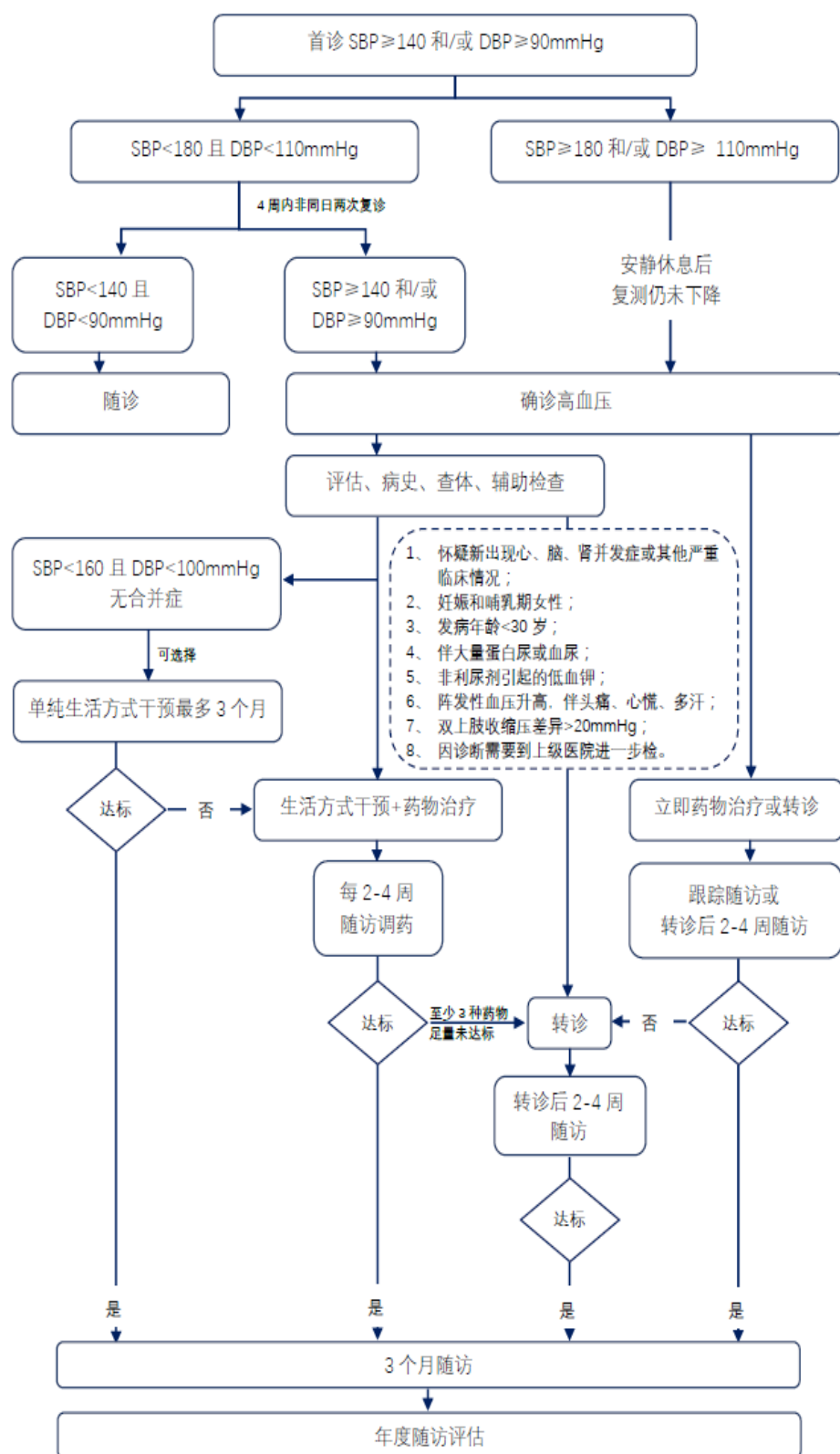
(5) 胸闷、胸痛持续大于 等于 10 分钟,伴大汗,心电图至少两个导联 ST 段抬高,应以最快速度转诊,考虑溶栓或行急诊冠脉介入治疗;

(6) 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。

2.急救车到来前应急处理原则

患者绝对卧床休息,将床头抬高 30 度,保持呼吸道通畅、吸氧,立即报告医生,拨打 120 急救电话——建立静脉输液通道, 心电监护——遵医嘱使用降压药物——将血压降至于 160/100mmHg——观察用药效果和反应——拉起床档,防止坠落床——做好急救准备——密切观察病情并做好记录——安抚病人及家属——等待 120 到来。

高血压诊疗流程图



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。使用标准规格的袖带（气囊长度 22-26 cm、宽度 12 cm），肥胖或臂围大者需使用大规格袖带。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 h、白天（清醒活动）、夜间（睡眠）及清晨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 h 测量 1 次。应确保 24 h 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 10%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 h 内或晚上就寝前测量血压，早晨测量应在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 7 d。血压控制平稳者，建议每周家庭自测血压 1-2 d。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 140/90mmHg，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

130/80mmHg；白天（清醒时期） $\geq 135/85$ mmHg；夜间（睡眠时期） $\geq 120/70$ 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危险。

（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，其中对老年常见收缩性高血压，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，已达到平稳控制血压；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，严禁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 2400 mg/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。二级及以上高血压患者常需要联合治疗。优先使用长效降压药物，如：硝苯地平控释片以有效控制 24 h 血压，更有效预防心脑血管并发症发生。与随机组方的降压联合治疗相比，单片复方制剂的优点是使用方便，可改善治疗的依从性及疗效，是联合治疗的新趋势。

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，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。根据CHA₂DS₂-VASc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NOAC，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使用简单，不需常规监测凝血指标，由于其疗效好、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内容，急诊转诊不同于初诊及随诊转诊，因病情况更紧急，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、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 $\geq 180/110\text{mmHg}$ ，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 $\geq 180/110\text{mmHg}$ ，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 $\geq 180/110\text{mmHg}$ ，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。

高血压患者家医签约服务项目清单（参考版）

专病类别	服务项目	主要服务内容	收费标准
高血压	1.预约服务	预约服务模式：诊室医生 PC 端、电话、手机 APP 等 预约服务项目：挂号、各种检查、疾病诊疗、预防接种、健康管理、出诊、建立家庭病床等。	免费
	2.健康监测	健康小屋提供身高、体重、BMI、血压、血糖、身体成份分析、心电自测等健康检测。	收取家庭医生签约服务费
	3.建立健康档案	为居民建立健康档案，将基本信息和健康监测信息录入，实施动态管理维护；居民档案自助查询	免费
	4.健康信息推送	利用微信、短信、APP 等信息化手段，定期发送随访提醒服务、个性化健康教育等信息。	收取家庭医生签约服务费
	5.签订家庭医生协议	居民选择家庭医生签订协议；医生告知签约服务的具体事项、权益、责任和服务项目、服务周期，可弹性签约、预约转诊、老年人 1+1 医保基金优惠等。	收取家庭医生签约服务费
	6.基本诊疗服务	在完成 1-4 项基础上，提供定向分诊，1 对 1 诊疗服务（一医一患一诊室）问诊、检查、诊断、治疗、用药指导、会诊、转诊、病情告知、健康管理等服务。	执行医保收费标准
	7.转诊会诊服务	通过“基层卫生预约转诊服务平台”预约区域内三级医院预留号源,优先提供专家诊疗，会诊、转诊、点对点咨询及个性化治疗方案等。	执行医保收费标准
	8.长期处方服务	对签约患者符合纳入医保慢性病长期处方管理的病种（1）视病情稳定情况可开具 4-12 周的长期处方（2）指导患者合理用药、注意不良反应、定期监测及药品保存等信息。	收取家庭医生签约服务费
	9.药品需求登记服务	对符合医保和基药规定且在基层医疗机构范围内使用的药品，机构可提供需求登记服务。	收取家庭医生签约服务费

专病类别	服务项目	主要服务内容	收费标准
	10.处方延伸服务	经家庭医生转诊至上级医院的签约居民，再回社区就诊时，可延用上级医院专科医生开具的处方。	收取家庭医生签约服务费
	11.送药上门	对符合条件的签约居民签署“送药上门服务协议书”后，可提供送药上门服务，第三方医药物流服务商可提供慢性病处方药品配送上门服务。	执行医保收费标准
	12.互联网诊疗服务	利用网站、手机应用程序等媒介信息技术提供以下服务：（1）部分常见病、慢性病在线复诊（2）在线提供健康咨询、预约转诊、慢性病随访、健康管理等服务。	免费或执行医保收费标准
	13.中医服务	开展中医体质辨识，制定个性化中医健康调养方案，给予中医调理治疗，提供健康干预服务。	执行医保收费标准
	14.出诊服务	根据病情，提供诊疗、护理、康复治疗、药学、安宁疗护、中医等上门医疗服务。	执行医保收费标准
	15.家庭病床服务	对符合建床条件的患者提供家庭病床服务,签订建床协议,提供适宜在家开展的服务项目,包括：基本诊疗服务、护理服务、检验抽血、家庭康复训练和指导、定期上门查床、病晚期舒缓性照顾、个性化健康指导等。	执行医保收费标准
	16.高血压个性化健康管理	每年提供一次全面的健康状况评估，出具评估报告，制定健康计划，并给予个性化的健康指导。检查项目包括：（1）全面体格检查（2）辅助检查：血、尿常规，肝、肾功能，血脂，心电图，血糖、糖化血红蛋白、尿蛋白定量、尿微量白蛋白或白蛋白/肌酐比（3）相关检查：24小时动态血压、超声心动图、颈动脉超声、眼底检查等。	执行医保收费标准