国家基本公共卫生服务项目

国家基层高血压防治管理指南

2017

国家心血管病中心

国家基本公共卫生服务项目
基层高血压管理办公室 组织编写

科学技术文献出版社
SCIENTIFIC AND TECHNICAL DOCUMENTATION PRESS
·北京·

图书在版编目（CIP）数据

国家基层高血压防治管理指南. 2017 / 国家基本公共卫生服务项目基层高血压管理办公室组织编写. —北京：科学技术文献出版社，2017. 11
ISBN 978-7-5189-3460-7

Ⅰ. ①国… Ⅱ. ①国… Ⅲ. ①高血压—防治—中国—2017—指南 Ⅳ. ① R544.1-092

中国版本图书馆 CIP 数据核字（2017）第 252662 号

国家基层高血压防治管理指南（2017）

策划编辑：赵春月 责任编辑：巨娟梅 赵春月 责任校对：张吲哚 责任出版：张志平

出 版 者 科学技术文献出版社
地 址 北京市复兴路15号 邮编 100038
编 务 部 （010）58882938，58882087（传真）
发 行 部 （010）58882868，58882874（传真）
邮 购 部 （010）58882873
官方网址 www.stdp.com.cn
发 行 者 科学技术文献出版社发行 全国各地新华书店经销
印 刷 者 北京久佳印刷有限责任公司
版 次 2017 年 11 月第 1 版 2017 年 11 月第 1 次印刷
开 本 787×1092 1/16
字 数 25千
印 张 2
书 号 ISBN 978-7-5189-3460-7
定 价 15.00元

版权所有 违法必究
购买本社图书，凡字迹不清、缺页、倒页、脱页者，本社发行部负责调换

CONTENTS | 目 录

指南制定说明 1

一、制定目的 1

二、制定原则 1

三、制定范畴 2

四、缩略语说明 2

基层高血压管理基本要求 3

一、组建高血压管理团队 3

二、配置基本设备 3

三、保障基本药物 3

基层高血压管理流程 4

高血压诊断 6

一、血压测量 6

二、高血压诊断标准 8

三、评估 9

高血压治疗 10

一、治疗原则 10

二、降压目标 10

三、生活方式干预 10

四、药物治疗 11

转　诊 19
一、初诊转诊 19
二、随访转诊 19
三、急救车转诊 20

高血压长期随访管理 21
一、随访频率 21
二、随访内容 21
三、年度评估 21

附件一　常用降压药物用法、适应证、禁忌证及不良反应 22

附件二　基层高血压管理专家委员会第一届委员名单 25

指南制定说明

一、制定目的

当前，估计我国高血压患病人数已达 2.7 亿。包括脑卒中、冠心病、心力衰竭、肾脏疾病在内的高血压严重并发症致残和致死率高，已成为我国家庭和社会的沉重负担。然而，高血压可防可控。研究表明，降压治疗可降低脑卒中风险 35% ～ 40%，降低心肌梗死风险 20% ～ 25%，降低心力衰竭风险超过 50%。因此，预防和控制高血压，是遏制我国心脑血管疾病流行的核心策略。

基层医疗卫生机构（社区卫生服务中心、社区卫生服务站、乡镇卫生院、村卫生室）是高血压管理的“主战场”，其管理水平的高低将直接影响我国未来心脑血管疾病发展趋势。国家基本公共卫生服务项目中的高血压患者健康管理，旨在通过合理、有效的治疗，提高血压达标率，减少或延缓并发症的发生，以达到降低病死率、提高生活质量的最终目的。为满足广大基层医务工作者的需要，有效支持基层高血压管理，国家卫生计生委基层卫生司委托国家心血管病中心成立的国家基本公共卫生服务项目基层高血压管理办公室（简称高血压办公室），特组织相关专家制定本指南。

二、制定原则

本指南制定的核心是可操作性，同时兼顾管理效果的可追踪、可考核，提供基层医务人员可掌握的简单实用的治疗方案。药物治疗的推荐以具有明确循证医学依据的药物为基础，逐步实现基层医疗卫生机构与上级医院在高血压管

理上的同质化。

三、制定范畴

本指南适用于基层医疗卫生机构医务人员。管理人群涵盖辖区内≥ 18 岁的成年高血压患者。本指南主要内容包括基层高血压管理的基本要求、管理流程、诊断方法、治疗方案及长期管理要求，为确保其可实施性，以直接的操作推荐为主。为提高基层医务人员高血压诊疗水平，将辅以《国家基层高血压防治管理手册》（以下简称《手册》），对指南涉及的推荐内容进行详细说明，提供推荐依据，扩展相关临床知识。

四、缩略语说明

ACEI：Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor，血管紧张素转换酶抑制剂

ARB：Angiotensin Receptor Blocker，血管紧张素 II 受体拮抗剂

CCB：Calcium Channel Blocker，钙通道阻滞剂

BP：Blood Pressure，血压

SBP：Systolic Blood Pressure，收缩压

DBP：Diastolic Blood Pressure，舒张压

TC：Total Cholesterol，总胆固醇

LDL-C：Low-Density Lipoprotein Cholesterol，低密度脂蛋白胆固醇

HDL-C：High-Density Lipoprotein Cholesterol，高密度脂蛋白胆固醇

基层高血压管理基本要求

一、组建高血压管理团队

依托家庭医生制度建设，基层医疗卫生机构成立由医生、护士、公共卫生人员等组成的高血压管理团队，在机构主要负责人的领导下，通过签约服务的方式，按照本指南要求，为辖区内高血压患者提供规范服务，并获得相应报酬。团队中的医生为经国家统一培训合格的医务人员。

二、配置基本设备

血压计：推荐使用经认证的上臂式电子血压计；允许使用传统的台式水银柱血压计。血压计应定期校准。不推荐使用腕式或手指式电子血压计。

其他应配备设备：身高体重计、血常规分析仪、尿常规分析仪、血生化分析仪、心电图机，定期校准。还需准备测量腰围的软尺。

有条件的基层医疗卫生机构可配备动态血压监测仪、心脏超声设备、血管彩色多普勒超声波设备、胸部 X 线检查设备及眼底检查设备等。

三、保障基本药物

基层医疗卫生机构应配备下述五大类降压药，即：

A：ACEI 和 ARB，ACEI 与 ARB 降压作用机制相似，应至少具备 1 种；

B：β 受体阻滞剂；

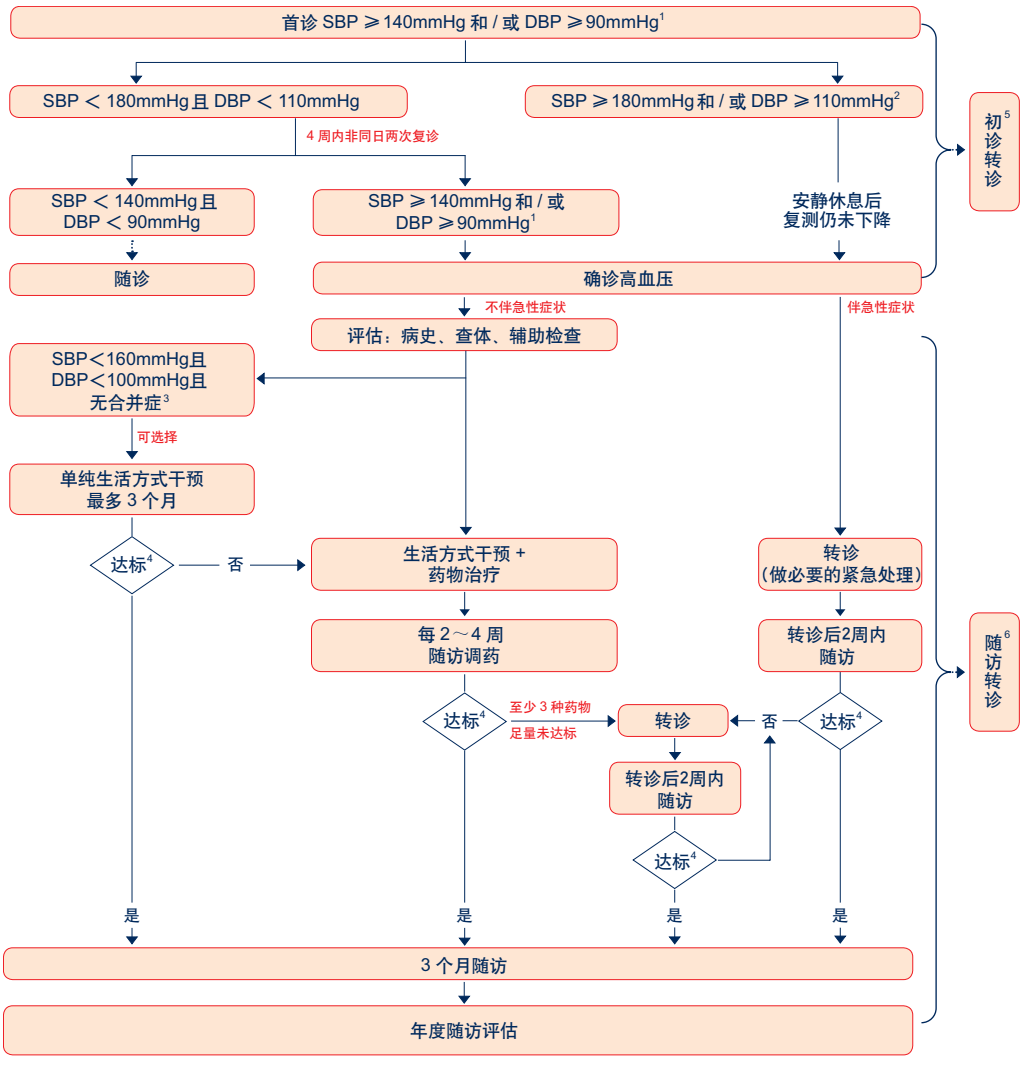
C：CCB，即钙通道阻滞剂，二氢吡啶类钙通道阻滞剂常用于降压；

D：利尿剂，噻嗪类利尿剂常用于降压。

基层高血压管理流程

基层医疗卫生机构应承担原发性高血压的诊断、治疗及长期随访管理工作，识别出不适合在基层诊治的高血压患者并及时转诊。管理目标是降压达标，降低并发症发生风险。

基层高血压管理流程图



注：[1]SBP：收缩压；DBP：舒张压。“和 / 或”包括以下 3 种情况：

①SBP ≥ 140mmHg 且 DBP ≥ 90mmHg；

②SBP ≥ 140mmHg 且 DBP < 90mmHg；

③SBP < 140mmHg 且 DBP ≥ 90mmHg。

[2]“和 / 或”意义同上。

[3]合并症：指冠心病、心力衰竭、脑卒中、慢性肾病、糖尿病或外周动脉粥样硬化病。

[4]4 达标：一般高血压患者，血压降至 140/90mmHg 以下，合并糖尿病或慢性肾脏疾病的患者可在 140/90mmHg 的基础上再适当降低；年龄在 65 ～ 80 岁的患者血压降至 150/90mmHg 以下，如能耐受，可进一步降至 140/90mmHg 以下；80 岁以上患者降至 150/90mmHg 以下。

[5]初诊转诊：见第 19 页。

[6]随访转诊：见第 19 页。

诊疗关键点

1. 血压测量“三要点”：安静放松，位置规范，读数精准。
2. 诊断要点：诊室血压为主，140/90mmHg 为界，非同日 3 次超标确诊。
3. 健康生活方式“六部曲”：限盐减重多运动，戒烟限酒心态平。
4. 治疗“三原则”：达标、平稳、综合管理。
5. 基层高血压转诊四类人群：起病急、症状重、疑继发、难控制。

高血压诊断

一、血压测量

（一）测量方式

1. 诊室血压：基层医疗卫生机构应以诊室血压作为确诊高血压的主要依据。

2. 家庭自测血压：作为患者自我管理的主要手段，也可用于辅助诊断（家庭自测血压方法详见《手册》）。

3. 动态血压监测：有条件的基层医疗卫生机构可采用，作为辅助诊断及调整药物治疗的依据。

（二）测量仪器

1. 选择经认证的上臂式电子血压计或符合标准的台式水银柱血压计，定期校准。

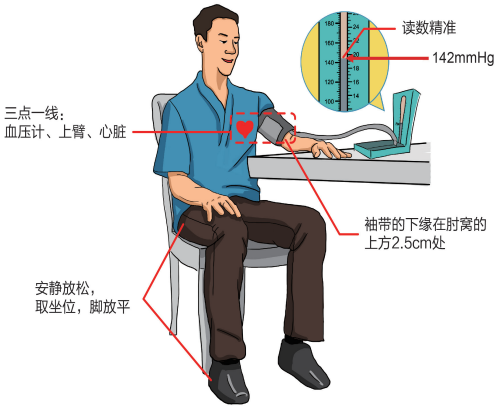
2. 袖带的大小适合患者上臂臂围，袖带气囊至少覆盖 80% 上臂周径，常规袖带长 22 ～ 26cm，宽 12cm，上臂臂围大者应换用大规格袖带。

（三）测量方法

规范测量“三要点”：安静放松，位置规范，读数精准。

1. 安静放松：去除可能有影响的因素（测量前 30 分钟内禁止吸烟、饮咖

啡或茶等，排空膀胱），安静休息至少 5 分钟。测量时取坐位，双脚平放于地面，放松且身体保持不动，不说话。



2. 位置规范：上臂袖带中心与心脏（乳头水平）处于同一水平线上（水银柱血压计也应置于心脏水平）；袖带下缘应在肘窝上 2.5cm（约两横指），松紧合适，可插入 1 ～ 2 指为宜。台式水银柱血压计测量时，听诊器胸件置于肱动脉搏动最明显处，勿绑缚于袖带内。

3. 读数精准：电子血压计直接读取记录所显示的收缩压和舒张压数值；水银柱血压计，放气过程中听到的第 1 音和消失音（若不消失，则取明显减弱的变调音）分别为收缩压和舒张压，眼睛平视水银柱液面，读取水银柱凸面顶端对应的偶数刻度值，即以 0、2、4、6、8 结尾，如 142/94mmHg。避免全部粗略读为尾数 0 或 5 的血压值。

注意：

1. 首诊测量双上臂血压，以后通常测量读数较高的一侧。若双侧测量值差异超过 20mmHg，应转诊除外继发性高血压。

2. 诊断高血压需非同日 3 次测量，要求每次重复测量血压 3 次，每次间隔 1 ～ 2 分钟，取后 2 次中收缩压较低的测量结果记录。

3. 随访管理测量血压，如果血压≥ 140/90mmHg，应间隔 1 ～ 2 分钟重复测量第二次，取收缩压较低的测量结果记录。

二、高血压诊断标准

1. 以诊室血压测量结果为主要诊断依据：

首诊发现收缩压≥ 140mmHg 和 / 或舒张压≥ 90mmHg[1]，建议在 4 周内复查两次，非同日 3 次测量均达到上述诊断界值，即可确诊；

若首诊收缩压≥ 180mmHg 和 / 或舒张压≥ 110mmHg，伴有急性症状者建议立即转诊；无明显症状者，排除其他可能的诱因，并安静休息后复测仍达此标准，即可确诊，建议立即给予药物治疗。

2. 诊断不确定或怀疑“白大衣高血压”，有条件的可结合动态血压监测或家庭自测血压辅助诊断。动态血压和家庭自测血压诊断高血压的标准见表 1，具体参见《手册》；无条件的，建议转诊。

表 1　诊室及诊室外高血压诊断标准

分类	收缩压（mmHg）		舒张压（mmHg）
诊室	≥ 140	和 / 或	≥ 90
动态血压监测			
白天	≥ 135	和 / 或	≥ 85
夜间	≥ 120	和 / 或	≥ 70
24 小时	≥ 130	和 / 或	≥ 80
家庭自测血压	≥ 135	和 / 或	≥ 85

3. 注意鉴别伴有紧急或危重情况、怀疑继发性高血压等需转诊的情况（见下文“转诊”部分）。

[1]　收缩压≥ 140mmHg 和 / 或舒张压≥ 90mmHg：“和 / 或”表示包括 3 种情况，即收缩压≥ 140mmHg 且舒张压≥ 90mmHg、收缩压≥ 140mmHg 且舒张压＜ 90mmHg、收缩压＜ 140mmHg 且舒张压≥ 90mmHg。下文中出现的“和 / 或”意义相同。

4. 特殊定义：

（1）白大衣高血压：反复出现的诊室血压升高，而诊室外的动态血压监测或家庭自测血压正常。

（2）单纯性收缩期高血压：收缩压≥ 140mmHg 和舒张压＜ 90mmHg。

三、评估

目的是评估心血管疾病发病风险、靶器官损害及并存的临床情况。评估是确定高血压治疗策略的基础。初诊时及以后每年建议评估 1 次。

评估内容包括病史、体格检查及辅助检查：

1. 病史：既往是否有糖尿病、脑卒中、冠心病、心力衰竭、肾脏疾病、外周动脉粥样硬化病等合并症；高血压、糖尿病、血脂异常及早发心血管病家族史；吸烟、饮酒史。

2. 体格检查：血压、心率、心律、身高、体重、腰围，确认有无下肢水肿等。

3. 辅助检查：建议做血常规、尿常规、生化检查（肌酐、尿酸、谷丙转氨酶、血钾、血糖、血脂）、心电图（识别有无左心室肥厚、心肌梗死、心律失常如心房颤动等）。有条件者可选做：动态血压监测、超声心动图、颈动脉超声、尿白蛋白 / 肌酐、胸部 X 线片、眼底检查等。

高血压治疗

一、治疗原则

高血压治疗三原则：达标、平稳、综合管理。治疗高血压的主要目的是降低心脑血管并发症的发生和死亡风险，因此：

首先要降压达标。不论采用何种治疗，将血压控制在目标值以下是根本。

其次是平稳降压。告知患者长期坚持生活方式干预和药物治疗，保持血压长期平稳至关重要；此外，长效制剂有利于每日血压的平稳控制，对减少心血管并发症有益，推荐使用。

再次要对高血压患者进行综合干预管理。选择降压药物时应综合考虑其伴随合并症情况；此外，对于已患心血管疾病患者及具有某些危险因素的患者，应考虑给予抗血小板及调脂治疗，以降低心血管疾病再发及死亡风险。

二、降压目标

高血压患者的降压目标：一般高血压患者，血压降至 140/90mmHg 以下，合并糖尿病或慢性肾脏疾病的患者可在 140/90mmHg 的基础上再适当降低；年龄在 65 ～ 80 岁的患者血压降至 150/90mmHg 以下，如能耐受，可进一步降至 140/90mmHg 以下；80 岁以上患者降至 150/90mmHg 以下。

三、生活方式干预

对确诊高血压的患者，应立即启动并长期坚持生活方式干预，即“健康生活方式六部曲”——限盐减重多运动，戒烟限酒心态平。一些生活方式干预方

法，不但可明显降低血压，也可预防心血管疾病，如应大力提倡戒烟、减轻体重、适度运动等。各类生活方式干预目标及降压效果见表 2。

表 2　生活方式干预目标及降压效果

内容	目标	可获得的收缩压下降效果
减少钠盐摄入	每人每日食盐摄入量不超过 6 克（一啤酒瓶盖 *） 注意隐性盐的摄入（咸菜、鸡精、酱油等）	2 ～ 8mmHg
减轻体重	BMI ＜ 24kg/m^2，腰围＜ 90cm（男），＜ 85cm（女）	5 ～ 20mmHg/减重 10kg
规律运动	中等强度运动，每次 30 分钟，每周 5 ～ 7 次	4 ～ 9mmHg
戒烟	科学戒烟，避免被动吸烟	/
限制饮酒	每日饮酒量限制：白酒＜ 50ml（1 两）， 葡萄酒＜ 200ml，啤酒＜ 500ml。	/
心理平衡	减轻精神压力，保持心情愉悦	/

注：* 普通啤酒瓶盖去掉胶皮垫后水平装满可盛 6 克食盐。

根据患者具体情况，与患者共同讨论需要改善的生活方式，制定最终目标，每次随访根据改善情况设定近期的具体目标，为患者提供咨询、鼓励其坚持。为提高可行性，可根据患者意愿，每次有针对性地选择 1 ～ 2 项需改善的生活方式，持续督促、追踪。

四、药物治疗

（一）启动药物治疗时机

所有高血压患者一旦诊断，建议在生活方式干预的同时立即启动药物治疗。仅收缩压＜ 160mmHg 且舒张压＜ 100mmHg 且未合并冠心病、心力衰竭、脑卒中、外周动脉粥样硬化病、肾脏疾病或糖尿病的高血压患者，医生也可根据病

情及患者意愿暂缓给药，采用单纯生活方式干预最多 3 个月，若仍未达标，再启动药物治疗。

（二）降压药物选择

尽量选用证据明确、可改善预后的五大类降压药物，即 ACEI、ARB、β 受体阻滞剂、钙通道阻滞剂和利尿剂，为便于记忆，下文根据英文单词的首字母，分别以 A、B、C、D 简称。

A：ACEI 和 ARB。两类药物降压作用明确，尤其适用于心力衰竭、心肌梗死后、糖尿病、慢性肾病患者，有充足证据证明可改善预后。用于蛋白尿患者，可降低尿蛋白，具有肾脏保护作用，但双侧肾动脉狭窄、肌酐（Cr）≥ 3mg/dl（265μmol/L）的严重肾功能不全及高血钾的患者禁用。妊娠或计划妊娠患者禁用。ACEI 类药物易引起干咳，若无法耐受，可换用 ARB。两类药物均有引起血管神经性水肿的可能，但少见。

B：β 受体阻滞剂。可降低心率，尤其适用于心率偏快的患者，用于合并心肌梗死或心力衰竭的患者，可改善预后；用于冠心病、劳力性心绞痛患者，可减轻心绞痛症状。但注意急性心肌梗死后超早期应慎用，心力衰竭急性期（气短、端坐呼吸、不能平卧）不适合应用，应待病情平稳后使用。心肌梗死或心力衰竭急性期不建议在基层首用 β 受体阻滞剂。以 β 受体阻滞作用为主的 α 和 β 受体阻滞剂，如卡维地洛、阿罗洛尔、拉贝洛尔等，也适用于上述人群。β 受体阻滞剂可降低心率，禁用于严重心动过缓患者，如心率＜ 55 次 / 分、病态窦房结综合征、二度或三度房室传导阻滞。哮喘患者禁用。大剂量应用时对糖脂代谢可能有影响，高心脏选择性 β 受体阻滞剂对糖脂代谢影响不大。

C：CCB。最常用于降压的是二氢吡啶类钙通道阻滞剂，如氨氯地平、硝苯地平缓释片等。此类药物降压作用强，耐受性较好，无绝对禁忌证，适用范围相对广，老年单纯收缩期高血压等更适用。最常见的不良反应是头痛、踝部水肿等。

D：利尿剂。噻嗪类利尿剂较为常用，尤其适用于老年人、单纯收缩期高

血压及合并心力衰竭的患者。噻嗪类利尿剂的主要不良反应是低钾血症，且随着利尿剂使用剂量增加，低钾血症发生率也相应增加，因此建议小剂量使用，如氢氯噻嗪 12.5mg，每日 1 次。利尿剂与 ACEI 或 ARB 类药物合用，可抵消或减轻其低钾的不良反应。痛风患者一般禁用噻嗪类利尿剂。严重心力衰竭或慢性肾功能不全时，可能需要应用袢利尿剂（如呋塞米），同时需补钾，此时建议转诊至上级医院进一步诊治。

近年来由上述五大类药物组合而成的固定剂量复方制剂，由于服用方便，易于长期坚持，已成为高血压治疗的新模式，推荐使用。

其他有明确降压效果的药物，包括复方利血平片、复方利血平氨苯蝶啶片等根据患者情况仍可使用。

基层常用降压药物用法、适应证、禁忌证及不良反应见附件一。

（三）药物治疗方案

根据患者是否存在合并症及血压水平，选择合适的药物，优选长效药物。除心力衰竭及直立性低血压风险较大的高龄初始用药患者建议从小剂量开始外，其他高血压患者可从常用起始剂量开始，具体参见附件一。

1. 无合并症[1]高血压药物治疗方案

第一步：收缩压＜ 160mmHg 且舒张压＜ 100mmHg：单药起始，可选择 C、A、D 或 B。B 尤其适用于心率偏快者。起始剂量观察 2 ～ 4 周，未达标者加量，或更换另一种药物，或直接联合使用两种药物（见联合药物推荐），每调整一次观察 2 ～ 4 周；

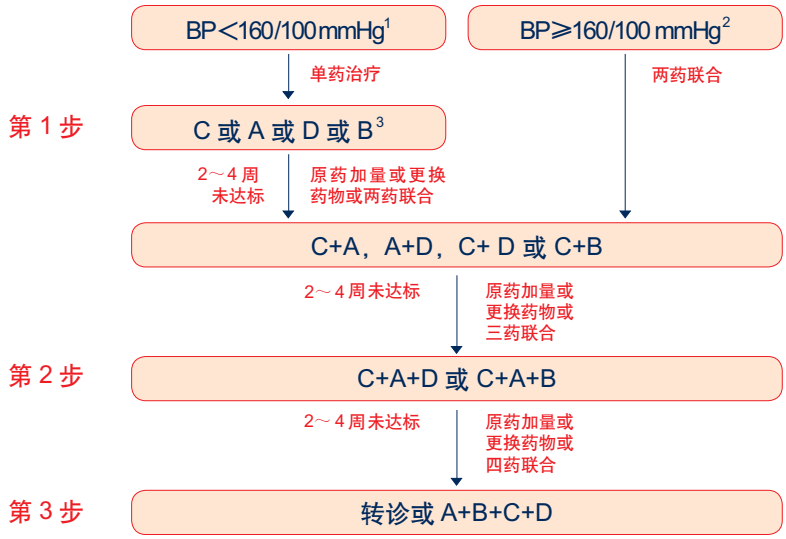
收缩压≥ 160mmHg 和 / 或舒张压≥ 100mmHg：推荐两种药物联合使用，如 C+A，A+D，C+D，或 C+B，或者选用相应的固定剂量复方制剂。未达标则采用如上方法增加剂量或更换方案，每调整一次治疗观察 2 ～ 4 周。

[1] 合并症：指伴随冠心病、心力衰竭、脑卒中、糖尿病、慢性肾病或外周动脉粥样硬化病。

第二步：上述两药联合方案血压仍未达标，加用第三种药物，可选 C+A+D 或 C+A+B。

第三步：三种药物足量，观察 2 ～ 4 周仍未达标，可直接转诊；也可 A、B、C、D 四类药物合用，2 ～ 4 周仍未达标再转诊。

无合并症高血压药物治疗流程图



注：[1]BP < 160/100mmHg：收缩压 < 160mmHg 且舒张压< 100mmHg。

[2]BP ≥ 160/100mmHg：收缩压 ≥ 160mmHg 和 / 或舒张压 ≥ 100mmHg。

[3]B：B 类药物适用于心率偏快者。

每次调整治疗后均需观察 2 ～ 4 周，看达标情况。除非出现不良反应等不耐受或需紧急处理的情况。

A：ACEI/ARB，即血管紧张素转换酶抑制剂 / 血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂；B：β 受体阻滞剂；C：二氢吡啶类钙通道阻滞剂；D：利尿剂，常用噻嗪类利尿剂。

2. 有合并症高血压药物治疗方案[1]

（1）合并心肌梗死：首选 A+B，小剂量联用，避免出现低血压。若未达标可加量，仍未达标加用长效 C 或 D（包括螺内酯）。

[1] 合并症急性期建议转诊治疗。

（2）合并心绞痛：可选择 B 或 A 或 C，可联用，仍未达标加用 D。

（3）合并心力衰竭：A+B，小剂量联用，合并钠水潴留时加用 D，一般选择袢利尿剂，并补钾，可加螺内酯，仍未控制可加 C（限氨氯地平、非洛地平）。合并心力衰竭患者起始联用 A 和 B，主要用于改善预后，应注意血压偏低者起始剂量宜小，缓慢加量。

（4）合并脑卒中：可选择 C、A、D，未达标者可联合使用。

（5）合并糖尿病：首选 A，未达标者加用 C 或 D。

（6）合并慢性肾病：首选 A，未达标者加用 C 或 D。肌酐水平首次超出正常范围，建议降压治疗方案由上级医院决定。

（7）合并外周动脉粥样硬化病：初始选择 C、A、D 或 B 均可，单药未达标可联合用药，同“无合并症高血压药物治疗方案”。但慎用非选择性 β 受体阻滞剂如普萘洛尔。

有合并症高血压治疗方案推荐见表 3。

表 3　有合并症[1]的高血压治疗方案推荐表

患者特征	第一步	第二步	第三步
高血压合并心肌梗死	A+B[2]	A+B+C[3] 或 A+B+D[4]	转诊或 A+B+C[3]+D
高血压合并心绞痛	B 或 A 或 C	B+C 或 B+A 或 A+C	B+C+A 或 B+C+D
高血压合并心力衰竭	A+B[2]	A+B+D[4]	转诊或 A+B+D[4]+C[3]
高血压合并脑卒中	C 或 A 或 D	C+A 或 C+D 或 A+D	C+A+D
高血压合并糖尿病或慢性肾病[5]	A	A+C 或 A+D	A+C+D

注：[1]合并症：指伴随冠心病、心力衰竭、脑卒中、糖尿病、慢性肾病或外周动脉粥样硬化病，且处于稳定期。伴外周动脉粥样硬化病患者的高血压用药同无合并症者，无特殊推荐，故未列入本表。

[2]A+B 两药合用，应从最小剂量起始，避免出现低血压。

[3]C 类用于心肌梗死时，限长效药物。C 类用于心力衰竭时，仅限氨氯地平及非洛地

平两种药。

[4]D 类用于心肌梗死时包括螺内酯；用于心力衰竭时包括袢利尿剂和螺内酯。

[5] 肌酐水平首次超出正常，降压治疗方案建议由上级医院决定。

A：ACEI/ARB，即血管紧张素转换酶抑制剂 / 血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂；B：β 受体阻滞剂；C：二氢吡啶类钙通道阻滞剂；D：噻嗪类利尿剂。

（四）用药注意事项

每次调整药物种类或剂量后建议观察 2 ～ 4 周，评价药物治疗的有效性，避免频繁更换药物，除非出现不良反应等不耐受或需紧急处理的情况。

ACEI 与 ARB 一般不联用。

A 与 B 不作为两药联用的常规推荐，除非针对心肌梗死、心力衰竭患者。

（五）已用药患者的治疗方案调整建议

已达标：无合并症的高血压患者，如已用药达标，可维持原治疗方案；若伴有上述合并症，建议采用上述推荐方案治疗；

未达标：建议采用上述治疗方案调整药物。

因客观原因无法实施推荐方案，则以降压达标为根本，允许使用其他类别降压药物。

已服药达标的患者，出现偶尔的血压波动，应注意排除诱因，避免依据单次血压测量值频繁调整药物。

（六）综合干预管理

高血压患者选择降压药物时应综合考虑伴随的合并症，如上文所述；对于已患心血管疾病患者及具有某些危险因素的患者，应考虑给予阿司匹林及他汀等药物，以降低心血管疾病再发及死亡风险。具体建议如下：

1. 小剂量阿司匹林：已患冠心病、缺血性卒中、外周动脉粥样硬化病的高血压患者，血压稳定控制在 150/90mmHg 以下，建议服用：阿司匹林 75 ～ 100mg，每日 1 次（活动性胃溃疡或消化道出血、过敏者禁用）。

2. 他汀等调脂药物：已患冠心病、缺血性卒中、外周动脉粥样硬化病的高血压患者，应长期服用他汀类药物，必要时加用其他调脂药物，使 LDL-C 降至 1.8mmol/L（70mg/dl）以下；无上述心血管疾病，但合并下述疾病或情况也应服用他汀类等调脂药物：①慢性肾病；②糖尿病；③严重高胆固醇血症：TC ≥ 7.2mmol/L（278mg/dl）或 LDL-C ≥ 4.9mmol/L（190mg/dl）；④至少具有下述 3 项危险因素中的 2 项：a. 吸烟；b. HDL ＜ 1mmol/L（40mg/dl）；c. ≥ 45 岁男性或≥ 55 岁女性。其中高血压合并慢性肾病患者，建议 LDL-C 降至 1.8mmol/L 以下；其他情况建议 LDL-C 降至 2.6mmol/L（100mg/dl）以下。不符合上述情况，但 LDL-C ≥ 3.4mmol/L（130mg/dl）的高血压患者，建议服用他汀类药物将 LDL-C 降至 3.4mmol/L（130mg/dl）以下（表 4）。

表 4　高血压合并相关疾病或情况的调脂目标

高血压合并疾病 / 情况	LDL-C 目标值
冠心病	＜ 1.8mmol/L（70mg/dl）
缺血性卒中	
外周动脉粥样硬化病	
慢性肾病	
糖尿病	＜ 2.6mmol/L（100mg/dl）
TC ≥ 7.2mmol/L（278mg/dl）或 LDL-C ≥ 4.9mmol/L（190mg/dl）	
吸烟 + HDL ＜ 1mmol/L（40mg/dl）	
吸烟 + ≥ 45 岁男性或≥ 55 岁女性；	
HDL-C ＜ 1mmol/L（40mg/dl）+ ≥ 45 岁男性或≥ 55 岁女性	
LDL-C ≥ 3.4mmol/L（130mg/dl）（不符合上述情况）	＜ 3.4mmol/L（130mg/dl）

注：LDL-C：低密度脂蛋白胆固醇；TC：总胆固醇；HDL-C：高密度脂蛋白胆固醇。

具体用药如辛伐他汀 20 ～ 40mg，每晚 1 次；阿托伐他汀 10 ～ 20mg，每日 1 次；瑞舒伐他汀 5 ～ 10mg，每日 1 次。若 LDL-C 不达标可适当增加剂量

或加用其他降低胆固醇药物，如胆固醇吸收抑制剂等。用药观察 3 ～ 6 个月，如果 LDL-C 未能达标，建议转诊治疗。

他汀类药物总体耐受性好，但有导致肌病、横纹肌溶解、转氨酶升高等不良反应的可能，且随剂量增加，风险升高。对初始用药的患者，6 周内应复查血脂、转氨酶和肌酸激酶，无不良反应且 LDL-C 达标后，可调整为 6 ～ 12 个月复查 1 次。他汀类药物具体剂量、降脂效能及使用注意事项见《手册》。

（七）血压≥ 180/110mmHg 的紧急处理

1. 血压≥ 180/110mmHg，不伴心、脑、肾急性并发症[1]的临床症状：

（1）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；

（2）仍≥ 180/110mmHg 或症状明显，建议转诊；

（3）24 ～ 48 小时降至 160/100mmHg 以下，之后调整长期治疗方案；

（4）注意：严禁舌下含服硝苯地平等短效药物快速降压。

2. 血压≥ 180/110mmHg，伴有心、脑、肾急性并发症的临床症状：

（1）立即转诊；

（2）等待转诊过程中，可参照《手册》做简单处理。

[1] 心、脑、肾急性并发症：包括高血压脑病、脑出血、蛛网膜下腔出血、脑梗死、主动脉夹层动脉瘤、急性心力衰竭、肺水肿、不稳定型心绞痛、急性心肌梗死等疾病。

转　诊

需转诊人群主要包括起病急、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。妊娠和哺乳期女性高血压患者不建议基层就诊。转诊后 2 周内基层医务人员应主动随访，了解患者在上级医院的诊断结果或治疗效果，达标者恢复常规随访，预约下次随访时间；如未能确诊或达标，仍建议在上级医院进一步治疗。

一、初诊转诊

（1）血压显著升高≥ 180/110mmHg，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＞ 20mmHg；
（9）因诊断需要到上级医院进一步检查。

二、随访转诊

（1）至少三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、肾损害而难以处理。

三、急救车转诊

下列严重情况建议急救车转诊：

（1）意识丧失或模糊；

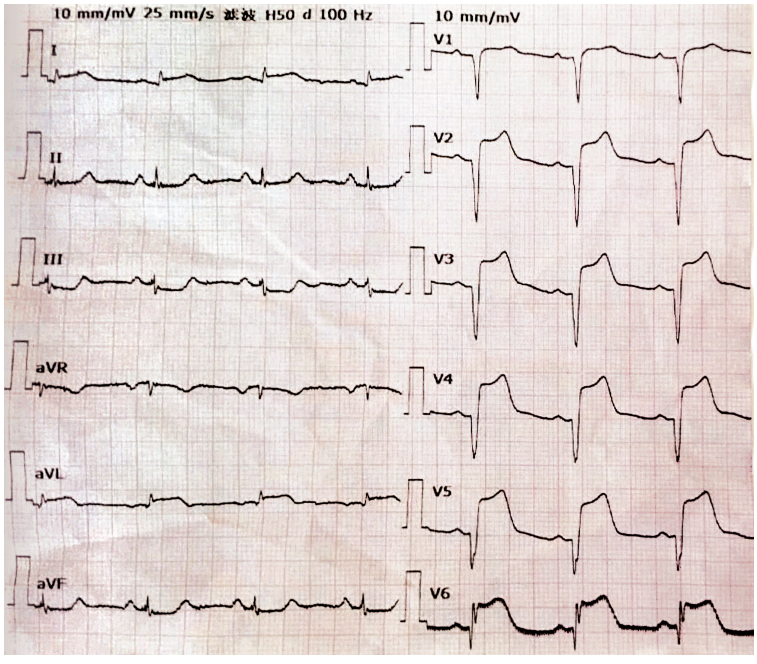
（2）血压≥ 180/110mmHg 伴剧烈头痛、呕吐，或突发言语障碍和 / 或肢体瘫痪；

（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（如图），应以最快速度转诊，考虑溶栓或行急诊冠状动脉介入治疗；

ST 段抬高型心肌梗死心电图示例



（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。

高血压长期随访管理

一、随访频率

常规每 3 个月随访 1 次，血压未达标患者，应 2 周内再次随访，仍未达标建议转诊治疗。转诊后 2 周内随访转诊情况。

二、随访内容

随访时应询问上次随访至今是否有新诊断的合并症，如冠心病、心力衰竭、脑卒中、糖尿病、慢性肾脏疾病或外周动脉粥样硬化病等。每次随访均应查体（检查血压、心率等，超重或肥胖者应监测体重及腰围），生活方式评估及建议，了解服药依从性及不良反应情况，必要时调整治疗。

三、年度评估

所有患者每年应进行 1 次年度评估，可与随访相结合。除了进行常规体格检查外，每年至少测量 1 次体重和腰围。建议每年进行必要的辅助检查，包括血常规、尿常规、生化（肌酐、尿酸、谷丙转氨酶、血钾、血糖、血脂）、心电图。有条件者可选做：动态血压监测、超声心动图、颈动脉超声、尿白蛋白 / 肌酐、胸片、眼底检查等。

附件一

常用降压药物用法、适应证、禁忌证及不良反应[1]

分类	名称	每次剂量	服药（次/天）	推荐常用起始用法[2]	适应证[3]	禁忌证[3]	主要不良反应[3]
A（ACEI）	依那普利	5～20mg	1～2	5mg Bid	心力衰竭；心肌梗死后；左心室肥厚；外周动脉粥样硬化；糖尿病肾病；非糖尿病肾病；蛋白尿；微量蛋白尿；代谢综合征；糖尿病	**绝对禁忌：**妊娠、高血钾；双侧肾动脉狭窄；**相对禁忌：**严重肾功能不全：肌酐＞3mg/dl（265μmol/L）；可能怀孕的女性	咳嗽，血管神经性水肿
	卡托普利	12.5～50mg	2～3	12.5mg Tid			
	培哚普利	4～8mg	1	4mg Qd			
	贝那普利	10～20mg	1～2	10mg Qd			
	雷米普利	1.25～10mg	1	5mg Qd			
	福辛普利	10～40mg	1	10mg Qd			
	赖诺普利	5～80mg	1	10mg Qd			
	咪达普利	2.5～10mg	1	5mg Qd			
A（ARB）	缬沙坦	80～160mg	1	80mg Qd	心力衰竭；左心室肥厚；心肌梗死后；糖尿病肾病；蛋白尿；微量白蛋白尿；代谢综合征；糖尿病；ACEI 引起的咳嗽	同 ACEI	血管神经性水肿
	氯沙坦	25～100mg	1	50mg Qd			
	厄贝沙坦	150～300mg	1	150mg Qd			
	替米沙坦	20～80mg	1	40mg Qd			
	坎地沙坦	4～12mg	1	4mg Qd			
	奥美沙坦酯	20～40mg	1	20mg Qd			
B（β 受体阻滞剂）	阿替洛尔	6.25～25mg	1～2	6.25mg Bid	心绞痛；心肌梗死后；快速性心律失常；心力衰竭；拉贝洛尔适用于妊娠高血压	**绝对禁忌：**二度、三度房室传导阻滞；哮喘**相对禁忌：**慢性阻塞性肺疾病；外周动脉疾病	心动过缓；支气管痉挛
	美托洛尔	12.5～100mg	2	25mg Bid			
	美托洛尔缓释片	23.75～190mg	1	47.5mg Qd			
	比索洛尔	2.5～10mg	1～2	5mg Qd			
B（α 和 β 受体阻滞剂）	卡维地洛	3.125～25mg	2	6.25mg Bid			
	阿罗洛尔	5～10mg	2	5mg Bid			
	拉贝洛尔	100～200mg	2	100mg Bid			

续表

分类	名称	每次剂量	服药（次/天）	推荐常用起始用法[2]	适应证[3]	禁忌证[3]	主要不良反应[3]
C（二氢吡啶类钙通道阻滞剂）	氨氯地平	2.5～10mg	1	5mg Qd	左心室肥厚；老年单纯收缩期高血压；心绞痛；动脉粥样硬化；代谢综合征；动脉粥样硬化	**相对禁忌：**快速心律失常；充血性心力衰竭	头痛，水肿
	左旋氨氯地平	2.5～5mg	1	2.5mg Qd			
	硝苯地平	10～20mg	2～3	5mg Tid			
	硝苯地平缓释片	10～20mg	1～2	20mg Bid			
C（二氢吡啶类钙通道阻滞剂）	硝苯地平控释片	30～60mg	1	30mg Qd	左心室肥厚；老年单纯收缩期高血压；心绞痛；动脉粥样硬化；代谢综合征	**相对禁忌：**快速心律失常；充血性心力衰竭	头痛，水肿
	尼群地平	10～20mg	2	10mg Bid			
	非洛地平缓释片	2.5～10mg	1	5mg Qd			
	拉西地平	2～8mg	1	2mg Qd			
	贝尼地平	2～8mg	1	2mg Qd			
	乐卡地平	10～20mg	1	10mg Qd			
	西尼地平	5～10mg	1	5mg Qd			
D（噻嗪类利尿剂）	氢氯噻嗪	6.25～25mg	1	12.5mg Qd	老年单纯收缩期高血压；心力衰竭	**绝对禁忌：**痛风 **相对禁忌：**妊娠	血钾低
	吲达帕胺	1.25～2.5mg	1	1.25mg Qd			
固定剂量复方制剂	氨氯地平贝那普利	1片	1	1片 Qd	单药未达标或需2种及以上药物治疗的高血压	相应成分的禁忌证	相应成分的不良反应
	贝那普利氢氯噻嗪	1片	1	1片 Qd			
	复方卡托普利	1～2片	2～3	1片 Tid			
	赖诺普利氢氯噻嗪	1片	1	1片 Qd			

续表

分类	名称	每次剂量	服药（次/天）	推荐常用起始用法[2]	适应证[3]	禁忌证[3]	主要不良反应[3]
固定剂量复方制剂	依那普利氢氯噻嗪（II）	1片	1	1片 Qd	单药未达标或需2种及以上药物治疗的高血压	相应成分的禁忌证	相应成分的不良反应
	厄贝沙坦氢氯噻嗪	1片	1	1片 Qd			
	氯沙坦氢氯噻嗪	1片	1	1片 Qd			
	替米沙坦氢氯噻嗪	1片	1	1片 Qd			
	缬沙坦氢氯噻嗪	1～2片	1	1片 Qd			
	缬沙坦氨氯地平	1片	1	1片 Qd			
其他传统复方制剂	复方利血平片	1～3片	2～3	1片 Tid	单药未达标或需2种及以上药物治疗的高血压	相应成分的禁忌证	相应成分的不良反应
	复方利血平氨苯蝶啶片（0号）	1片	1	1片 Qd		活动性溃疡	

注：[1]药物来自《国家基本药物目录（2017年版）》和《国家基本医疗保险、工伤保险和生育保险药品目录（2017年版）》。

[2]推荐常用起始用法适用于一般高血压患者，对于合并心力衰竭或≥80岁易发生直立性低血压的老年患者仍建议从更小剂量开始。Qd：每日1次，Bid：每日2次，Tid：每日3次。

[3]每种药物的适应证、禁忌证及不良反应以说明书为准。

附件二

基层高血压管理专家委员会第一届委员名单

一、主任委员

姓 名	单 位	职务 / 职称
高润霖	国家心血管病中心 阜外医院	院士

二、副主任委员（按姓氏笔画排列）

姓 名	单 位	职务 / 职称
王拥军	首都医科大学附属天坛医院	院长
王继光	上海交通大学医学院附属瑞金医院 上海市高血压研究所	高血压科主任， 所长
孙宁玲	北京大学人民医院	心脏中心副主任，高血压研究室主任
杜雪平	北京市西城区月坛社区卫生服务中心	主任
张 运	山东大学齐鲁医院	院士
张抒扬	北京协和医院	副院长
周颖玲	广东省人民医院	心内科东病区主任
郑 哲	国家心血管病中心 阜外医院	副院长
胡盛寿	国家心血管病中心 阜外医院	院士，院长
顾东风	国家心血管病中心 阜外医院	院士，副院长
崔兆强	上海复旦大学附属中山医院	教授
梁晓峰	中国疾病预防控制中心	副主任
蒋立新	国家心血管病中心 阜外医院	副院长
韩雅玲	沈阳军区总医院	院士，副院长
霍 勇	北京大学第一医院	心脏中心主任

三、常务委员（按姓氏笔画排列）

全国专家

姓 名	单 位	职务 / 职称
于 波	哈尔滨医科大学附属第二医院	心内科主任
马吉祥	中国疾病预防控制中心	慢病中心副主任
马依彤	新疆医科大学第一附属医院	心脏中心主任

孙英贤	中国医科大学附属盛京医院	心内科主任
严晓伟	北京协和医院	心内科副主任
杨新春	首都医科大学附属北京朝阳医院	心脏中心主任
吴以岭	河北省中西医结合医药研究院	院士
赵　冬	北京安贞医院	教授
高传玉	河南省人民医院	教授
惠汝太	国家心血管病中心 阜外医院	教授
蔡　军	国家心血管病中心 阜外医院	高血压中心主任
管仲军	首都医科大学	副校长

基层专家

姓 名	单 位	职务 / 职称
刘建伟	吉林省疾病预防控制中心	副主任
纳木恒	内蒙古自治区卫生计生委	疾控处副处长
董燕敏	天津市社区卫生协会	主任医师
曾　玲	成都市武侯区玉林社区卫生服务中心	主任
谭　伟	湖北省武汉市洪山区 青菱街社区卫生服务中心	主任
赵　辉	天津市北辰区西堤头镇社区卫生服务中心	主任
周　刚	河南省疾病预防控制中心	慢病所所长

四、委员（按姓氏笔画排列）

全国专家

姓 名	单 位	职务 / 职称
王　文	国家心血管病中心 阜外医院	教授
王鸿懿	北京大学人民医院	副主任医师
王增武	国家心血管病中心 阜外医院	社区防治部主任
龙明智	南京医科大学第二附属医院	心内科主任
冯颖青	广东省人民医院	高血压研究室主任
朱　宁	大连医科大学附属第二医院	主任医师
华　琦	首都医科大学宣武医院	教授
牟建军	西安交通大学医学院第一附属医院	陕西省心脑防办主任
李　卫	国家心血管病中心 阜外医院	教授

李小鹰	解放军总医院	老年心内科主任
吴海英	国家心血管病中心 阜外医院	教授
汪道文	华中科技大学同济医院	心内科主任医师
宋　雷	国家心血管病中心 阜外医院	教授
张宇清	国家心血管病中心 阜外医院	教授
陈伟伟	国家心血管病中心 阜外医院	防治资讯部主任
陈晓平	四川大学华西临床医学院	大内科副主任
武阳丰	中国乔治健康研究所 北京大学医学部临床研究所	所长， 常务副所长
赵兴胜	内蒙古自治区人民医院	教授
胡申江	浙江大学医学院附属第一医院	心内科副主任
姜一农	大连医科大学附属第一医院	心内科副主任
祝之明	重庆第三军医大学大坪医院	教授
姚崇华	北京安贞医院	教授
袁如玉	天津医科大学第二医院	心内科副主任
格桑罗布	西藏自治区人民医院	教授
索菲娅·阿布利克木	新疆维吾尔自治区人民医院	高血压诊疗研究中心 副主任
徐新娟	新疆医科大学第一附属医院	高血压中心主任
郭子宏	云南阜外医院	主任医师
郭艺芳	河北省人民医院	老年病科主任
商黔惠	遵义医学院临床医学研究所	副所长
蒋雄京	国家心血管病中心 阜外医院	外周血管中心副主任
谢建洪	浙江省人民医院	干部科副教授
路方红	山东省医学科学院心脑血管病防治研究中心	主任

基层专家

姓　名	单　位	职务 / 职称
王正伟	安徽省肥西县疾病预防控制中心	慢病科科长
田　蕊	湖南省保靖县昂洞卫生院	院长
白国霞	西藏自治区疾病预防控制中心	慢病所所长
任永彪	河北省大名县疾病预防控制中心	主任
任虎林	吉林省延吉市依兰镇卫生院	院长
汤松涛	东莞市寮步镇社区卫生服务中心	主任

杜宝彪	内蒙古自治区疾病预防控制中心	副主任
杨沧江	云南省疾病预防控制中心	慢病所所长
吴先萍	四川省疾病预防控制中心	副主任
吴新建	重庆市云阳红狮镇中心卫生院	副院长
张正清	云南省楚雄彝族自治州禄丰县罗次中心卫生院	全科医师、外科主治医师
赵书行	河北省清河县油坊镇卫生院	公卫科科长
郝　峰	内蒙古和林格尔县城关镇卫生院	院长
施　燕	上海市疾病预防控制中心	慢病所所长
柴永贵	山西省运城市盐湖区席张乡卫生院	院长
高春燕	江苏省常熟市梅李镇社区卫生服务中心	副主任
唐雪峰	四川省疾病预防控制中心	办公室主任
黄　莺	新疆医科大学第一附属医院	副主任医师
黄毓广	广西南宁市邕宁区百济镇屯茶村卫生所	乡村医生
蒋晓霞	杭州市西湖区西溪街道社区卫生服务中心	主任
程应华	江苏省盐城市大丰区三龙中心卫生院	院长

五、秘书长

姓 名	单 位	职务 / 职称
蒋立新	国家心血管病中心 阜外医院	国家心血管病中心主任助理

六、副秘书长（按姓氏笔画排列）

姓 名	单 位	职务 / 职称
王增武	国家心血管病中心 阜外医院	社区防治部主任
蔡　军	国家心血管病中心 阜外医院	高血压中心主任

七、秘书（按姓氏笔画排列）

姓 名	单 位	职务 / 职称
刘佳敏	国家心血管病中心 阜外医院	副研究员
张海波	国家心血管病中心 阜外医院	副研究员