

第二节 高血压患者健康管理服务规范

一、服务对象

辖区内 35 岁及以上常住居民中原发性高血压患者。

【知识链接】

选择原发性高血压患者作为健康管理服务对象

健康管理指以人们健康需要为导向，通过对个体和群体健康状况及各种危险因素的全面监测、分析、评估及预测，向人们提供有针对性的健康咨询和指导服务，通过制定相应的健康管理计划，协调个人、组织和社会行动，对各种健康危险因素进行系统干预和管理。

目前高血压人群中 95% 以上病因不明，为原发性高血压患者，其发病与多种危险因素有关，对这些危险因素进行干预和管理可以很好地防控原发性高血压。高血压人群中少部分继发性高血压患者，是由于其他疾病引起的血压增高的继发现象，病因明确，应及时到医院对其他疾病进行诊治。

二、服务内容

（一）筛查

1. 一般人群筛查 对辖区内 35 岁及以上常住居民，每年为其免费测量一次血压（非同日 3 次测量）。

考点提示：掌握筛查、危险因素的识别和干预

2. 疑似患者筛查及处理

（1）对第一次发现收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 的居民在去除可能引起血压升高的因素后预约其复查，非同日 3 次测量血压均高于正常，可初步诊断为高血压。建议转诊到有条件的上级医院确诊并取得治疗方案，2 周内随访转诊结果。

（2）对已确诊的原发性高血压患者纳入高血压患者健康管理。

（3）对可疑继发性高血压患者，及时转诊。

【知识链接】

疑似继发性高血压患者应该检查的项目

初次怀疑为继发性高血压患者，根据需要可以分别选择以下检查项目：血浆肾素活性、血和尿醛固酮、血和尿皮质醇、血游离甲氧基肾上腺素及甲氧基去甲肾上腺素、血和尿儿茶酚胺、动脉造影、肾和肾上腺超声、CT 或磁共振成像（MRI）、睡眠呼吸监测等。

3. 高危人群筛查及处理 如有以下六项指标中的任一项高危因素，可认为是高血压的高危人群。建议高血压高危人群每半年至少测量 1 次血压，并接受医务人员的生活方式指导。

（1）血压高值（收缩压 130~139mmHg 和/或舒张压 85~89mmHg）。

(2) 超重或肥胖, 和(或)腹型肥胖: 超重: $28\text{kg}/\text{m}^2 > \text{BMI} \geq 24\text{kg}/\text{m}^2$; 肥胖: $\text{BMI} \geq 28\text{kg}/\text{m}^2$; 腰围: 男 $\geq 90\text{cm}$, 女 $\geq 85\text{cm}$ 为腹型肥胖。

(3) 高血压家族史(一、二级亲属)。

(4) 长期膳食高盐。

(5) 长期过量饮酒(每日饮白酒 $\geq 100\text{ml}$)。

(6) 年龄 ≥ 55 岁。

(二) 随访评估

对原发性高血压患者, 每年要提供至少 4 次面对面的随访。随访评估内容如下。

1. 血压测量和评估 测量血压并评估是否存在危急症状, 出现下列情况, 须在处理后紧急转诊。对于紧急转诊者, 乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心(站)应在 2 周内主动随访转诊情况。

(1) 出现收缩压 $\geq 180\text{mmHg}$ 和(或)舒张压 $\geq 110\text{mmHg}$ 。

(2) 出现意识改变、剧烈头痛或头晕、恶心呕吐、视力模糊、眼痛、心悸胸闷、喘憋不能平卧等危急情况之一。

(3) 处于妊娠期或哺乳期, 同时血压高于正常。

(4) 存在不能处理的其他疾病时。

2. 询问症状 若不需紧急转诊, 询问上次随访到此次随访期间的症状。

3. 一般测量 测量体重、心率, 计算体质指数(BMI)。

4. 询问疾病情况和生活方式 包括心脑血管疾病、糖尿病、吸烟、饮酒、运动、摄盐情况等。

5. 询问服药情况 了解患者服药情况。

(三) 分类干预

1. 血压控制满意者 对血压控制满意者(一般高血压患者血压降至 $140/90\text{mmHg}$ 以下; ≥ 65 岁老年高血压患者的血压降至 $150/90\text{mmHg}$ 以下, 如果能耐受, 可进一步降至 $140/90\text{mmHg}$ 以下; 一般糖尿病或慢性肾脏病患者的血压目标可以在 $140/90\text{mmHg}$ 基础上再适当降低)、无药物不良反应、无新发并发症或原有并发症无加重的患者, 预约进行下一次随访时间。

2. 对第一次出现血压控制不满意者 即收缩压 ≥ 140 和(或)舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$, 或药物不良反应的患者, 结合其服药依从性, 必要时增加现用药物剂量、更换或增加不同类的降压药物, 2 周时随访。

3. 对连续两次出现血压控制不满意或药物不良反应难以控制以及出现新的并发症或原有并发症加重的患者 建议其转诊到上级医院, 2 周内主动随访转诊情况。

4. 对所有患者 进行有针对性的健康教育, 与患者一起制定生活方式改进目标并在下一次随访时评估进展。告诉患者出现哪些异常时应立即就诊。

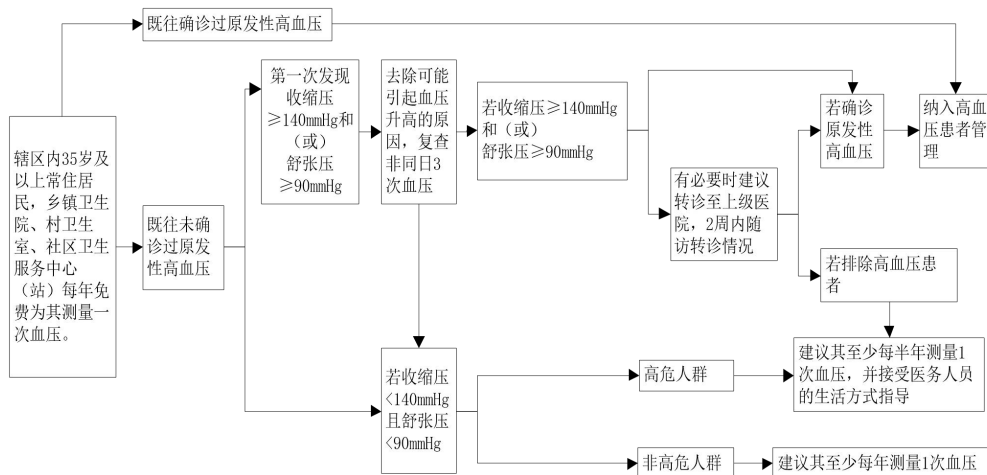
(四) 高血压患者定期健康检查

高血压患者每年应至少进行 1 次较全面健康检查，可与随访相结合。内容包括血压、体重、空腹血糖，一般体格检查和视力、听力、活动能力的一般检查。有条件的地区建议增加血钾浓度、血钠浓度、血常规、尿常规（或尿微量白蛋白）、大便潜血、血脂、眼底、心电图、B 超等检查，老年患者建议进行认知功能和情感状态初筛检查。具体内容参照《城乡居民健康档案管理服务规范》健康体检表。

三、服务流程

1. 高血压筛查流程图

高血压筛查对象为辖区内 35 岁及以上常住居民，乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服



务中心（站）每年为其免费测量一次血压。既往确诊过原发性高血压的，纳入高血压患者管理。既往未确诊过原发性高血压的，根据血压测量值高低，筛检流程有所不同，见图 7-1。

图 7-1 高血压筛查流程图

（引自：国家卫生计生委文件. 国家基本公共卫生服务规范（第三版）. 北京. 2017）

（1）血压测量值 $<140\text{mmHg}/90\text{mmHg}$ ：判断是否为高危人群。①若为高危人群，建议其每半年至少测量 1 次血压，并接受医务人员的生活方式指导；②若非高危人群，建议其每年测量 1 次血压。

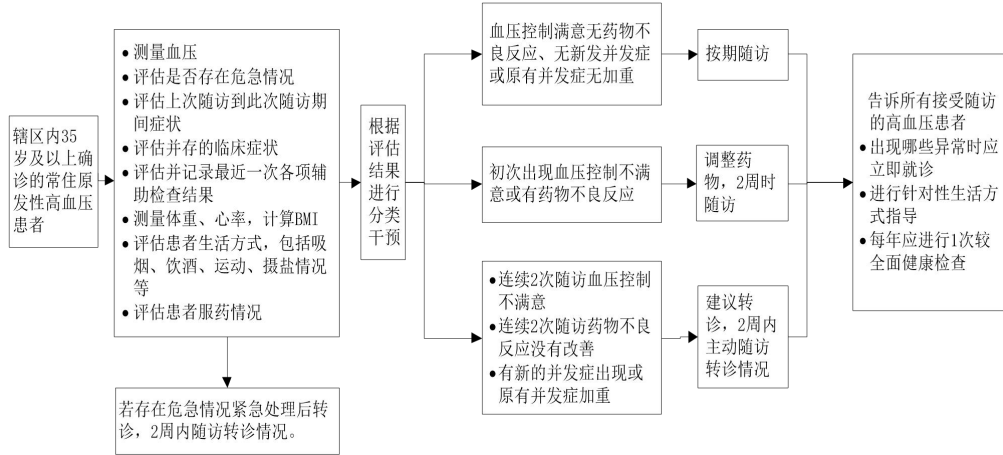
（2）血压测量值收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ ：去除可能引起血压升高的原因，复查非同日 3 次血压，若血压测量值 $<140/90\text{mmHg}$ ，则参照筛检流程（1）进行。

（3）血压测量值收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ ：去除可能引起血压升高的原因，复查非同日 3 次血压，若血压测量值仍为收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 。则有如下两种情况：①若确诊为原发性高血压，则纳入高血压患者管理；②必要时建议转诊到上级医院，两周内随访转诊情况。若上级医院确诊为原发性高血压，则纳入高血压患者管理；若上级医院排除其为高血压患者，则建议其每半年至少测量 1 次血压，并接受医务人员的生活方式指导。

2. 高血压患者随访流程图

高血压患者随访的对象为辖区内 35 岁及以上确诊的原发性高血压患者，随访评估内容如前

所述，若存在危急情况紧急处理后转诊，2 周



内随访就诊情况；如不存在危急情况，根据评估结果进行分类干预。高血压随访流程见图 7-2。

图 7-2 高血压患者随访流程

(引自：国家卫生计生委文件. 国家基本公共卫生服务规范（第三版）. 北京. 2017)

四、服务要求

1. 高血压患者的健康理由医生负责，应与门诊服务相结合，对未能按照管理要求接受随访的患者，乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）医务人员应主动与患者联系，保证管理的连续性。

2. 随访包括预约患者到门诊就诊、电话追踪和家庭访视等方式。

3. 乡镇卫生院、村卫生室、社区卫生服务中心（站）可通过本地区社区卫生诊断和门诊服务等途径筛查和发现高血压患者。对于血压值为 130~139mmHg/85~89mmHg 的正常高值人

考点提示：掌握高血压患者健康管理服务要求

群，建议每半年测量1次血压。有条件的地区，对人员进行规范培训后，可参考《中国高血压防治指南》对高血压患者进行健康管理。

4. 发挥中医药在改善临床症状、提高生活质量、防治并发症中的特色和作用，积极应用中医药方法开展高血压患者健康管理服务。

5. 加强宣传，告知服务内容，使更多的患者和居民愿意接受服务。

6. 每次提供服务后及时将相关信息记入患者的健康档案。

五、工作指标

1. 高血压患者规范管理率=按照要求进行高血压患者管理的人数/年内管理高血压患者人数×100%。

2. 管理人群血压控制率=最近一次随访血压达标人数/已管理的高血压人数×100%。

注：最近一次随访血压指的是按照规范要求最近一次随访的血压，若失访则判断为未达标，血压达标是指收缩压<140mmHg和舒张压<90mmHg（65岁及以上患者收缩压<150mmHg和舒张压<90mmHg）。

六、管理服务规范表格及说明

高血压患者随访服务表，为高血压患者在接受随访服务时由医生填写。若患者失访，在随访日期处写明失访原因，若患者死亡，写明死亡日期和死亡原因。高血压患者随访服务记录表，见表7-1。

表7-1 高血压患者随访服务记录表

姓名：

编号□□-□□□□□□

随访日期		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
随访方式		1 门诊 2 家庭 3 电话 □	1 门诊 2 家庭 3 电话 □	1 门诊 2 家庭 3 电话 □	1 门诊 2 家庭 3 电话 □
症 状	1 无症状	□/□/□/□/□/□/	□/□/□/□/□/□/	□/□/□/□/□/□/	□/□/□/□/□/□/
	2 头痛头晕	□/□	□/□	□/□	□/□
	3 恶心呕吐				
	4 眼花耳鸣				
	5 呼吸困难				
	6 心悸胸闷				
	7 鼻衄出血不止				
	8 四肢发麻				
	9 下肢水肿				
体 征	血压 (mmHg)				
	体重 (kg)	/	/	/	/
	体质指数 (BMI)	/	/	/	/
	心 率 (次/分钟)				
	其 他				
生 活 方 式	日吸烟量 (支)	/	/	/	/
	日饮酒量 (两)	/	/	/	/

	运 动	次/周 分钟/次 次/周 分钟/次	次/周 分钟/次 次/周 分钟/次	次/周 分钟/次 次/周 分钟/次	次/周 分钟/次 次/周 分钟/次
	摄盐情况 (咸淡)	轻/中/重 轻/中/ 重	轻/中/重 轻/中/ 重	轻/中/重 轻/中/ 重	轻/中/重 轻/ 中/重
	心理调整	1良好 2一般 3差 <input type="checkbox"/>	1良好 2一般 3差 <input type="checkbox"/>	1良好 2一般 3 差 <input type="checkbox"/>	1良好 2一般 3 差 <input type="checkbox"/>
	遵医行为	1良好 2一般 3差 <input type="checkbox"/>	1良好 2一般 3差 <input type="checkbox"/>	1良好 2一般 3 差 <input type="checkbox"/>	1良好 2一般 3 差 <input type="checkbox"/>
	辅助检查*				
	服药依从性	1规律2间断3不服 药 <input type="checkbox"/>	1规律2间断3不 服药 <input type="checkbox"/>	1规律2间断3不 服药 <input type="checkbox"/>	1规律2间断3不 服药 <input type="checkbox"/>
	药物不良反应	1无 2有_____	1无 2有_____	1无 2有_____	1无 2有_____
	此次随访分类	1控制满意 2控制 不满意 3不良反应	1控制满意 2控制 不满意 3不良反应	1控制满意 2控制 不满意 3不良反应	1控制满意 2控制 不满意 3不良反应
用 药 情 况	药物名称 1				
	用法用量	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次
	药物名称 2				
	用法用量	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次
	药物名称 3				
	用法用量	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次	每日 次 每次
	其他药物				
转 诊	原 因				
	机构及科别				
	下次随访日期				
	随访医生签名				

填表说明:

1. 姓名为受访者姓名，随访日期即实际随访日期。
2. 随访方式：以门诊或家庭随访为主，条件限制可选择电话随访。一般一次随访选择一种方式，填表时在“□”中填上相应随访方式前面对应的数字。
3. 症状：表中列举了高血压患者常见症状，随访医师根据患者实际症状进行判断，并在“□”中填上相应的数字。若出现表中未列举出的症状可填写在“其他”栏中，多数高血压患者在临床上表现为无症状。
4. 体征：体质指数在测量受访者体重和身高后自行计算；体重和体质指数斜线前填写目前情况，斜线后下填写下次随访时应调整到的目标。如果是超重或是肥胖的高血压患者，要求每次随访时测量体重并指导患者控制体重；正常体重人群可每年测量一次体重及体质指数。如有其他阳性体征，请填写在“其他”一栏。
5. 日吸烟量：斜线前填写目前吸烟量，不吸烟填“0”，吸烟者写出每天的吸烟量“××支”，斜线后填写吸烟者下次随访目标吸烟量“××支”。

6. 日饮酒量：斜线前填写目前饮酒量，不饮酒填“0”，饮酒者写出每天的饮酒量相当于白酒“××两”，斜线后填写饮酒者下次随访目标饮酒量相当于白酒“××两”。白酒 1 两相当于葡萄酒 4 两，黄酒半斤，啤酒 1 瓶，果酒 4 两。

7. 运动：填写每周几次，每次多少 min。即“××次/周，××min/次”。横线上填写目前情况，横线下填写下次随访时应达到的目标。

8. 摄盐情况：斜线前填写目前摄盐的咸淡情况。根据患者饮食的摄盐情况，按咸淡程度在列出的“轻、中、重”之一上划“√”分类，斜线后填写患者下次随访目标摄盐情况。建议每日每人食盐摄入量不超过 6g。

9. 心理调整：根据医生印象选择对应的选项。

10. 遵医行为：指患者是否遵照医生的指导去改善生活方式。

11. 辅助检查：记录患者在上次随访到这次随访之间到各医疗机构进行的辅助检查结果。

12. 服药依从性：“规律”为按医嘱服药；“间断”为未按医嘱服药，频次或数量不足；“不服药”即为医生开了处方，但患者未使用此药。

13. 药物不良反应：如果患者服用的降压药物有明显的药物不良反应，具体描述哪种药物，何种不良反应。

14. 此次随访分类：根据此次随访时的分类结果，由随访医生在 4 种分类结果中选择一项在“□”中填上相应的数字。①“控制满意”意为血压控制满意，无其他异常；②“控制不满意”意为血压控制不满意，无其他异常；③“不良反应”意为存在药物不良反应；④“并发症”意为出现新的并发症或并发症出现异常。如果患者同时并存几种情况，填写最严重的一种情况，同时结合上次随访情况确定患者下次随访时间，并告知患者。

15. 用药情况：根据患者整体情况，为患者开具处方，并填写在表格中，写明用法、用量。

16. 转诊：如果转诊要写明转诊的医疗机构及科室类别，如××市人民医院心内科，并在原因一栏写明转诊原因。

17. 下次随访日期：根据患者此次随访分类，确定下次随访日期，并告知患者。

18. 随访医生签名：随访完毕，核查无误后随访医生签署其姓名。

