



“十二五”普通高等教育本科国家级规划教材

卫生部“十二五”规划教材

全国高等医药教材建设研究会“十二五”规划教材

全国高等学校教材

供基础、临床、预防、口腔医学类专业用

内 科 学

Internal Medicine

第8版

主 审 陈灏珠 钟南山 陆再英

主 编 葛均波 徐永健

副主编 梅长林 唐承薇 王 辰 周 晋



表 3-5-2 高血压患者心血管危险分层标准

其他危险因素和病史	高血压		
	1 级	2 级	3 级
无	低危	中危	高危
1~2 个其他危险因素	中危	中危	很高危
≥3 个其他危险因素或靶器官损害	高危	高危	很高危
临床并发症或合并糖尿病	很高危	很高危	很高危

表 3-5-3 影响高血压患者心血管预后的重要因素

心血管危险因素	靶器官损害	伴随临床疾患
<ul style="list-style-type: none"> • 高血压(1~3 级) • 年龄>55(男性),>65(女性) • 吸烟 • 糖耐量受损和(或)空腹血糖受损 • 血脂异常 TC ≥ 5.7mmol/L (220mg/dl) 或 LDL-C > 3.3mmol/L (130mg/dl) 或 HDL-C < 1.0mmol/L (40mg/dl) • 早发心血管病家族史(一级亲属发病年龄男性<55 岁,女性<65 岁) • 腹型肥胖(腰围男性≥90cm,女性≥85cm 或肥胖(BMI ≥ 28kg/m²)) • 血同型半胱氨酸升高(≥ 10μmol/L) 	<ul style="list-style-type: none"> • 左心室肥厚 心电图: Sokolow (SV₁ + RV₅) > 38mm 或 Cornell (RaVL + SV₃) > 2440mm · ms 超声心动 LVMI 男性 ≥ 125g/m², 女性 ≥ 120g/m² • 颈动脉超声 IMT ≥ 0.9mm 或动脉粥样硬化斑块 • 颈股动脉 PWV ≥ 12m/s • ABI < 0.9 • eGFR < 60ml/(min · 1.73m²) 或血肌酐轻度升高 115 ~ 133μmol/L (1.3 ~ 1.5mg/dl, 男性) 107 ~ 124μmol/L (1.2 ~ 1.4mg/dl, 女性) • 尿微量白蛋白 30 ~ 300mg/24h 或白蛋白/肌酐 ≥ 30mg/g 	<ul style="list-style-type: none"> • 脑血管病 脑出血, 缺血性脑卒中, 短暂性脑缺血发作 • 心脏疾病 心肌梗死, 心绞痛, 冠状动脉血运重建, 慢性心力衰竭 • 肾脏疾病 糖尿病肾病, 肾功能受损, 肌酐 ≥ 133μmol/L (1.5mg/dl, 男性), ≥ 124μmol/L (1.4mg/dl, 女性) 尿蛋白 ≥ 300mg/24h • 周围血管病 • 视网膜病变 出血或渗出, 视盘水肿 • 糖尿病

注: TC: 总胆固醇; LDL-C: 低密度脂蛋白胆固醇; HDL-C: 高密度脂蛋白胆固醇; BMI: 体重指数; LVMI: 左心室质量指数; IMT: 内膜中层厚度; ABI: 踝臂指数; PWV: 脉搏波传导速度; eGFR: 估测的肾小球滤过率

力衰竭减少 50% 以上, 高危患者获益更为明显。降压治疗的最终目的是减少高血压患者心、脑血管病的发生率和死亡率。

高血压治疗原则如下:

1. 治疗性生活方式干预 适用于所有高血压患者。①减轻体重: 将 BMI 尽可能控制在 < 24kg/m²; 体重降低对改善胰岛素抵抗、糖尿病、血脂异常和左心室肥厚均有益; ②减少钠盐摄入: 膳食中约 80% 钠盐来自烹调用盐和各种腌制品, 所以应减少烹调用盐, 每人每日食盐量以不超过 6g 为宜; ③补充钾盐: 每日吃新鲜蔬菜和水果; ④减少脂肪摄入: 减少食用油摄入, 少吃或不吃肥肉和动物内脏; ⑤戒烟限酒; ⑥增加运动: 运动有利于减轻体重和改善胰岛素抵抗, 提高心血管调节适应能力, 稳定血压水平; ⑦减轻精神压力, 保持心态平衡; ⑧必要时补充叶酸制剂。

2. 降压药物治疗对象 ①高血压 2 级或以上患者; ②高血压合并糖尿病, 或者已经有心、脑、肾靶器官损害或并发症患者; ③凡血压持续升高, 改善生活方式后血压仍未获得有效控制者。从心血管危险分层的角度, 高危和很高危患者必须使用降压药物强化治疗。

3. 血压控制目标值 目前一般主张血压控制目标值应 < 140/90mmHg。糖尿病、慢性肾脏

