

# 中国高血压基层管理指南(2014年修订版)

《中国高血压基层管理指南》修订委员会

DOI:10.16439/j.cnki.1673-7245.2015.01.009

## 0 前言

高血压是常见的慢性病,是以动脉血压持续升高为特征的“心血管综合征”,是我国心脑血管病最主要的危险因素,也是我国心脑血管病死亡的主要原因。控制高血压是心脑血管病预防的切入点和关键措施。

为适应新医改的需求,为高血压基层管理提供技术支持,在国家原卫生部疾病预防控制局的主导下,2009年国家心血管病中心和中国高血压联盟组织有关临床、预防、社区防治专家编制了《中国高血压防治指南(2009年基层版)》(《指南》)。随后开展“燎原计划”,积极宣传推广《指南》,免费发放《指南》10万余本,举办了各种类型的培训班和研讨会,受到基层欢迎,对基层高血压防治起到指导作用。

为进一步总结经验,适应高血压基层管理的新需求,在国家卫生和计划生育委员会疾病预防控制局与基层卫生司支持下,国家心血管病中心和中国高血压联盟于2013年10月启动了《指南》的修订,更名为《中国高血压基层管理指南》。经专家讨论,更新或强调的主要内容如下:①加强血压测量,把高血压患者从人群中检测出来,提高高血压知晓率;②鼓励开展家庭血压测量,稳步推广使用经国际标准认证合格的上臂式自动(电子)血压计,逐步代替水银血压计;③对高血压患者进行综合评估,根据心血管危险度(低、中、高危)来决定治疗措施,强调降压的同时,要干预其他危险因素;④长期坚持生活方式改善是高血压治疗的基石,合理使用降压药是血压达标的关键;⑤根据当地实际情况,选用合适的降压药;⑥推荐使用长效降压药、联合治疗或复方制剂,有利于血压达标;⑦随访中根据血压是否达标决定随访频率:血压达标者每3月随访1次,未达标者每2~4周随访1次;⑧对公众、高血压易患人群进行健康教育,预防高血压的发生;对高血压患者进行教育,提高治疗的依从性;⑨强调高血压患者的自我管理;推进社区规范化管理。

《指南》修订根据我国国情和高血压的特点,坚持预防为主、防治结合的方针,遵循证据与实践相结合的原则,经临床、管理、社区防治、公共卫生专家及部分社区医生多次讨论,力求简明扼要、便于基层操作。《中

国高血压基层管理指南》是集体智慧的结晶。建议各级政府主管部门、学会/协会、医疗机构、公共卫生单位积极宣传推广《指南》;媒体、企业和社会予以积极的支持。希望基层卫生服务机构认真学习和掌握《指南》,以应用于高血压防治的实际工作中,指导和促进高血压防治工作。

由于时间仓促和水平有限,难免存在缺点,欢迎批评指正。

《中国高血压基层管理指南》要点

1)定期测量血压,将人群中未知的高血压检测出来,提高人群高血压知晓率。

2)规范测量血压,推荐使用经国际标准认证合格的上臂式自动(电子)血压计。

3)因地制宜检查、评估高血压患者的总体心血管风险,根据总危险决定治疗时机和措施。

4)中国是脑卒中高发区,明确治疗高血压的主要目标是预防脑卒中。降低高血压患者的血压水平是预防脑卒中的关键。

5)长期坚持生活方式改善是高血压治疗的基石,限盐、限酒、减轻体质量有利于高血压的控制。

6)五大类降压药[钙拮抗剂、血管紧张素转换酶抑制剂(angiotensin converting enzyme inhibitors, ACEI)、血管紧张素受体拮抗剂(angiotensin receptor blockers, ARB)、利尿剂、 $\beta$ 受体阻滞剂]及复方制剂均可作为高血压治疗的选择,根据药物的强适应证选择使用。

7)对2级或2级以上高血压或高于目标血压20/10 mm Hg(1 mm Hg=0.133 kPa)的高危患者,可起始用小剂量联合治疗或复方制剂。

8)一般高血压治疗的血压目标是<140/90 mm Hg。

9)血压达标的主要措施:尽量使用长效药;尽量使用联合治疗或复方制剂;加强患者教育和随访管理;及时调整治疗措施(加量或加另一种药)。

10)随访中根据血压是否达标决定随访频率:血压达标者3月随访1次,未达标者2~4周随访1次。

11)强调患者自我管理,积极推荐患者进行家庭血压测量。

12)对公众、高血压易患人群进行健康教育,预防高血压的发生;对高血压患者进行防治教育,改善降压治疗依从性。

通信作者:王文, E-mail: wangwen5588@vip.sina.com(国家心血管病中心,中国医学科学院阜外医院,北京 100037)

汗等;⑧下肢血压明显低于上肢,双侧上肢血压差值 $>20$  mm Hg,股动脉等搏动减弱或不能触及;⑨长期口服避孕药者。

2.5 高血压患者的评估 通过病史采集、体格检查和实验室检查,对高血压患者是否伴有其他心血管危险因素、靶器官损害及相关临床疾患做出评估。

2.5.1 病史采集 ①病史:了解高血压初次发病时间(年龄),血压最高水平和一般水平,伴随症状,降压药使用情况及治疗反应,尤其注意有无继发性高血压症状;②个人史:了解个人生活方式,包括膳食习惯(油脂、盐摄入)和嗜好(酒精摄入量,吸烟情况),体力活动量,体质量变化;女性已婚患者,注意询问月经及避孕药使用情况;③既往史:了解有无冠心病、心力衰竭、脑血管病、周围血管病、糖尿病、痛风、血脂异常、支气管痉挛、睡眠呼吸暂停综合征、肾脏疾病等病史;④家族史:询问高血压、糖尿病、冠心病、脑卒中家族史及其发病年龄;⑤社会心理因素:了解家庭、工作、个人心理及文化程度。

2.5.2 体格检查 ①记录年龄、性别;②测量血压:老年人测坐位、立位血压;③测量身高、体质量,腰围;④其他必要的体检:如心率、心律、大动脉搏动及大血管杂音等。

2.5.3 实验室检查 (1)常规检查:①尿常规(尿蛋白、尿糖和尿沉渣镜检);②血常规(血细胞计数和血红蛋白);③血生化:血钾、空腹血脂[总胆固醇,低密度脂蛋白胆固醇(low density lipoprotein cholesterol, LDL-C),高密度脂蛋白胆固醇(high density lipoprotein cholesterol, HDL-C),三酰甘油]、空腹血糖、血肌酐、尿酸、肝功能;④心电图。(2)选择性检查:有条件的单位可做以下检查:24 h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、餐后血糖、血同型半胱氨酸、脉搏波传导速度等。

2.5.4 评估有无靶器官损害 有以下症状和体征者提示可能有靶器官损害,需要做进一步的相应检查。

2.5.4.1 心脏 心悸、胸痛、心脏杂音、下肢水肿。

2.5.4.2 脑和眼 头晕、眩晕、视力下降、感觉和运动异常。

2.5.4.3 肾脏 眼睑水肿、夜尿增多、血尿、泡沫尿、腹部肿块,腰部及腹部血管性杂音。

2.5.4.4 周围血管 间歇性跛行、四肢血压不对称、脉搏异常、血管杂音、足背动脉搏动减弱。

### 3 高血压的治疗

#### 3.1 高血压治疗的目标

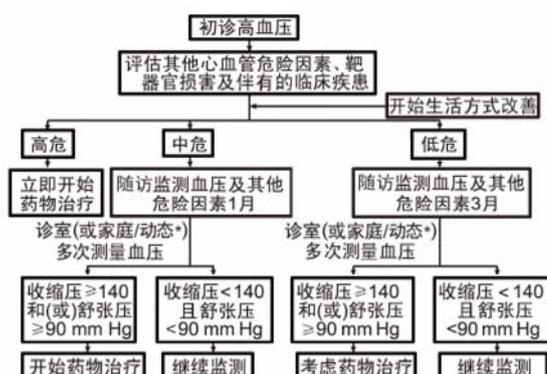
1)高血压治疗的基本目标是血压达标,以期最大限度地降低心脑血管病发病及死亡总危险。我国是脑卒中高发区,治疗高血压的主要目标是预防脑卒中。

2)目标血压:一般高血压患者血压降至 $<140/90$  mm Hg<sup>[6-7]</sup>;老年( $\geq 65$ 岁)高血压患者的血压降至 $<150/90$  mm Hg,如果能耐受,可进一步降至 $<140/90$  mm Hg。一般糖尿病或慢性肾脏病患者的血压目标可以再适当降低。

3)高血压是一种以血压持续升高为特征的“心血管综合征”。在降压治疗的同时,综合干预患者所有并存的危险因素和临床疾患。

4)血压达标的时间:在患者能耐受的情况下,推荐尽早使血压达标,并坚持长期达标。治疗2~4周评估血压是否达标,如达标,则维持治疗;如未达标,及时调整用药方案。对1~2级高血压,一般治疗后4~12周达标;若患者治疗耐受性差或高龄老年人达标时间可适当延长。

3.2 高血压药物治疗的时机 高血压初步诊断后,均立即采取治疗性生活方式干预,启动药物治疗的时机见流程图1。高危患者应立即启动降压药治疗;中危、低危患者可分别随访1月和3月,多次测量血压仍 $\geq 140/90$  mm Hg,推荐或考虑启动降压药治疗。



注: \* 家庭血压平均值或动态血压白天平均值比诊室血压低5 mm Hg,即家庭或动态血压白天135/85 mm Hg相当于诊室血压的140/90 mm Hg。

图1 初诊高血压患者的评估及启动药物治疗流程图

3.3 高血压非药物治疗(生活方式干预) 高血压确诊后,所有患者均应长期坚持非药物治疗(生活方式干预),大多数患者需要长期坚持降压药治疗,前者是高血压治疗的基石,后者是血压达标的关键,二者相辅相成,缺一不可。

1)非药物治疗包括提倡健康生活方式,消除不利于心理和身体健康的行为与习惯,达到控制高血压以及减少其他心血管疾病发病危险的目的。非药物治疗有明确的轻度降压效果,如肥胖者体质量减轻10 kg,收缩压可下降5~20 mm Hg<sup>[8-9]</sup>;膳食限盐(食盐 $<6$  g/d),收缩压可下降2~8 mm Hg;规律运动和限

表 7 基层两种降压药联合治疗参考方案(范例)

方案	价格低廉药物的组合方案		价格中等及偏上药物的组合方案	
C+D;	尼群地平+氢氯噻嗪;	硝苯地平+氢氯噻嗪;	氨氯地平+复方阿米洛利;	非洛地平+氢氯噻嗪;
A+C 或	卡托普利+尼群地平;	依那普利+尼群地平;	替米沙坦+氨氯地平;	培哚普利+氨氯地平;
			卡托普利+非洛地平;	贝那普利+氨氯地平;
				福辛普利+氨氯地平;
C+A;	硝苯地平+卡托普利;	硝苯地平+依那普利;	拉西地平+依那普利;	氨氯地平+缬沙坦;
			左旋氨氯地平+氯沙坦;	硝苯地平控释片+坎地沙坦;
A+D 或	卡托普利+吲达帕胺;	卡托普利+氢氯噻嗪	氯沙坦+氢氯噻嗪;	贝那普利+氢氯噻嗪
			缬沙坦+氢氯噻嗪;	厄贝沙坦+氢氯噻嗪
D+A;			吲达帕胺+依那普利	吲达帕胺+替米沙坦;
C+B;	尼群地平+阿替洛尔;	硝苯地平+美托洛尔	氨氯地平+比索洛尔;	非洛地平+美托洛尔;

注:A:ACEI 或 ARB;B:小剂量  $\beta$  受体阻滞剂;C:钙拮抗剂(二氢吡啶类);D:小剂量利尿剂;ACEI:血管紧张素转换酶抑制剂;ARB:血管紧张素受体拮抗剂;表 7 仅为范例,其他合理组合方案仍可使用。

3.4.6 高血压的综合干预及相关治疗(建议在上级医院取得治疗方案,在基层医疗卫生机构持续治疗与随访) 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。尤其对吸烟、高胆固醇血症、高同型半胱氨酸血症、肥胖等危险因素者进行综合干预;对高血压伴糖尿病、冠心病、脑血管病、肾脏病的患者应进行相关治疗。也要关注高血压患者心率增快对心血管事件的影响。

3.4.6.1 高血压的调脂治疗<sup>[20]</sup> 伴脂代谢异常者,在生活方式干预的基础上,可考虑适度调脂治疗。

①高血压伴血总胆固醇水平持续升高( $\geq 6.2$  mmol/L),考虑予以他汀类调脂治疗,治疗目标是 $< 5.2$  mmol/L。

②高血压伴冠心病、糖尿病、缺血性脑卒中、周围血管病,血总胆固醇 $\geq 5.2$  (LDL-C $\geq 3.4$ ) mmol/L,即开始他汀类调脂治疗,治疗目标总胆固醇 $< 4.1$  (LDL-C $< 2.6$ ) mmol/L。

③高血压伴心肌梗死,血总胆固醇 $\geq 4.1$  (LDL-C $\geq 2.6$ ) mmol/L,即开始他汀类调脂治疗,治疗目标总胆固醇 $< 3.1$  (LDL-C $< 2.1$ ) mmol/L。

使用他汀调脂治疗的患者,应注意肌肉疼痛等不良反应,必要时定期检测血清酶学(丙氨酸氨基转移酶,天冬氨酸氨基转移酶,肌酸肌酶)。参考《中国成人血脂异常防治指南》。

3.4.6.2 高血压的抗血小板治疗<sup>[21]</sup> 阿司匹林心血管病二级预防证据明确。高血压伴缺血性心脑血管疾病(冠心病、缺血性脑卒中、周围血管病),推荐用小剂量(75~100 mg/d)阿司匹林治疗,进行心血管病二级预防。对缺血性心血管病高危者[10 年缺血性心血管病发生风险 $> 10\%$  ( $> 50$  岁高血压患者,伴吸烟、肥胖、血脂异常等其他心血管病危险因素之一)、伴靶器官损害、慢性肾脏病及糖尿病患者,可用小剂量阿司匹

林进行心血管病一级预防。活动性消化性溃疡者不用阿司匹林,对于出血高风险患者,慎用阿司匹林。高血压患者血压水平控制在安全范围(血压 $< 160/100$  mm Hg)后方可用抗血小板治疗,并注意观察出血等不良反应。

3.4.6.3 伴糖尿病患者积极降糖治疗<sup>[22]</sup> 高血压伴 2 型糖尿病患者,建议加强生活方式干预;合理使用降压药,积极控制高血压;规范使用降糖药,血糖控制目标:空腹血糖一般目标为 4.4~7.0 mmol/L;非空腹血糖 $< 10.0$  mmol/L;糖化血红蛋白(hemoglobin A1c, HbA1c) $< 7.0\%$ 。请参考 2013 年版《中国 2 型糖尿病防治指南》。

3.4.7 降压药物的一般用法、维持与调整 长效降压药一般每早服用 1 次,中效降压药或短效降压药一般服用 2~3 次/d,一天多次服用的药物宜全天均衡时间服用。对夜间及凌晨血压增高的患者可调整用药时间或在睡前加用中长效药物;建议尽量选用长效降压药,服用方便,每天一次,有利于改善治疗依从性,有利于稳定控制血压。

血压达标稳定者,且无不良反应的,一般予以长期维持治疗,长期达标,不要随意调换药物。

血压控制不良或不稳定,但无不良反应者,一般原药加至靶剂量,或加另一种类药物,或开始两种药联合治疗或固定复方制剂。尽量使用长效降压药,以提高血压控制率。

出现轻度药物不良反应,可将药物适当减量;如有明显不良反应的则应停用原药,换其他种类降压药。如相应治疗中出现痛风者,停用噻嗪类利尿剂;心率 $< 50$  次/min者, $\beta$  受体阻滞剂逐步减量或至停用;不能耐受的干咳者,停用 ACEI;高血钾者,停用 ACEI 或 ARB。

长期随访中不可随意中断治疗。如出现血压偏低

者,可谨慎减少降压药剂量,观察血压变化。如出现低血压或伴明显头晕者,可减量或暂停用药,并密切监测血压,如血压上升,要调整剂量,继续治疗。

对1~2级高血压患者,在夏季酷暑或冬季严寒时期,可根据血压的情况适度调整降压药物治疗方案。炎热季节血压较低者,可减少药物剂量或暂停联合治疗中的一种药;寒冷季节血压升高者,可增加药物剂量或加另外一种药。

3.4.8 特殊人群高血压处理<sup>[4]</sup> 特殊人群高血压包括:老年高血压,单纯收缩期高血压,高血压合并脑血管病、冠心病、心力衰竭、慢性肾脏病、糖尿病、周围血管病,妊娠高血压,难治性高血压,高血压急症等。高血压特殊人群大多为心血管病发生的高危人群,应根据各自特点,积极稳妥地采取相应的治疗措施。选用合适的降压药,平稳有效地控制血压,同时处理并存的相关情况,以预防心脑血管病的发生。特殊人群高血压处理详见附件6。

1)老年( $\geq 65$ 岁)高血压常伴有多种危险因素、靶器官损害或临床疾患;易发生体位性低血压。根据耐受性逐步降压达标。治疗前后均应测量坐立位血压。降压目标:收缩压 $< 150$  mm Hg,如能耐受,可降至 $< 140$  mm Hg; $\geq 80$ 岁高龄老年人血压目标 $< 150/90$  mm Hg。对老年单纯收缩期高血压应初始用小剂量利尿剂或钙拮抗剂。舒张压 $< 60$  mm Hg,收缩压 $< 150$  mm Hg,可观察;舒张压 $< 60$  mm Hg,收缩压 $\geq 150$  mm Hg,可谨慎用小剂量降压药(如利尿剂、钙拮抗剂、ACEI或ARB)。

2)心力衰竭首选ACEI或ARB、利尿剂(包括醛固酮拮抗剂)、 $\beta$ 受体阻滞剂。

3)糖尿病首选ACEI或ARB,为达到目标血压,常需加钙拮抗剂或小剂量噻嗪类利尿剂或小剂量 $\beta$ 受体阻滞剂,同时要平稳控制血糖。

4)脑血管病后降压治疗常用利尿剂、钙拮抗剂、ACEI或ARB。

5)一般慢性肾脏病首选ACEI或ARB,必要时加袂利尿酸或长效钙拮抗剂。

6)难治性高血压常用长效钙拮抗剂、利尿剂、ARB或ACEI、 $\beta$ 受体阻滞剂等联合治疗,必要时联合螺内酯和(或) $\alpha$ 受体阻滞剂。

7)冠心病心绞痛常用 $\beta$ 受体阻滞剂或长效钙拮抗剂;心肌梗死后首选 $\beta$ 受体阻滞剂、ACEI,或加用醛固酮拮抗剂。对舒张压 $< 60$  mm Hg的冠心病患者,应谨慎降压,避免引发心肌缺血。

8)周围血管病常用钙拮抗剂等。

9)高血压急症应立即呼叫急救电话120,转送上级医院诊治;有条件的单位可做简单的急救后转诊。

3.4.9 高血压社区防治参考方案 高血压治疗既要遵循一般原则,更要个体化治疗。基层高血压治疗药物选用参考方案见表8。

3.4.10 我国高血压临床研究的证据 自20世纪80年代中期以来,我国进行了一系列以心脑血管事件为终点的多中心抗高血压的随机对照临床试验,为高血压的预防治疗提供了良好的证据,为国内外指南制订提供了参考。中国老年收缩期高血压试验(systolic hypertension in China, Syst-China)<sup>[13]</sup>、上海老年高血压治疗试验(Shanghai trial of nifedipine in the elderly, STONE)<sup>[14]</sup>、成都高血压干预研究均表明,二氢吡啶类钙拮抗剂可明显减少高血压患者的脑卒中事件。中国卒中后抗高血压治疗研究(post-stroke antihypertensive treatment study, PATS)证实利尿剂可预防卒中再发事件<sup>[16]</sup>。非洛地平高血压并发症研究(felodipine event reduction study, FEVER)提示在利尿剂治疗基础上,非洛地平较安慰剂降低卒中及心脏事件<sup>[6,18]</sup>。高血压综合防治研究(Chinese hypertension intervention efficacy study, CHIEF)阶段分析提示初始用小剂量降压药联合治疗,可使血压控制率达到85%<sup>[19]</sup>。我国参加的多项国际多中心临床研究也提供了许多有益的证据。中国脑卒中一级预防研究结果表明,与依那普利组比较,依那普利叶酸复方制剂组能更明显地降低高血压患者脑卒中的发生风险。正常高值血压干预研究和卒中后血压目标研究正在进行中。广大基层医生要了解并合理应用中国的治疗高血压有关证据,提高血压控制率,降低心脑血管事件的风险。

## 4 高血压的预防和教育

### 4.1 高血压的预防

1)面对公众,发展政策、创建支持性环境、改变不良行为和生活习惯,针对高血压及其危险因素开展健康教育,防止高血压发生。倡导人人知晓自己的血压。

2)面对高血压易患人群,实施高血压危险因素控制,定期监测血压,以做到高血压的早期发现、早期诊断和早期治疗。高血压是可以预防的,对血压130~139/85~89 mm Hg、超重/肥胖、长期高盐膳食、过量饮酒者进行重点干预,积极控制相关危险因素,预防高血压的发生。

3)面对高血压患者,定期随访并测血压。长期甚至终生治疗高血压(药物治疗与非药物治疗并举),努力使血压达标,控制并存的其他心血管疾病的危险因素,如吸烟、高胆固醇血症、糖尿病等,减缓靶器官损害,预防心脑血管并发症的发生,降低致残率及死亡率。

附件 5 基层常用口服降压药的名称、使用方法、适应证、禁忌证及不良反应见表 4

表 4 基层常用口服降压药的名称、使用方法、适应证、禁忌证及不良反应

分类	名称	每次剂量	服药 (次/d)	适应证	禁忌证	主要不良 反应
钙拮抗剂 (二氢吡啶)	硝苯地平控释片	30~60 mg	1~2	老年高血压;	相对禁忌证:	头痛、水肿
	尼群地平	10~20 mg	2	周围血管病;	快速心律失常;	
	氨氯地平	2.5~10.0 mg	1	单纯收缩期高血压;	充血性心力衰竭。	
	拉西地平	4~8 mg	1	心绞痛;		
	非洛地平缓释片	2.5~10.0 mg	1	颈动脉粥样硬化;		
	硝苯地平	10~20 mg	2~3	冠状动脉粥样硬化。		
	硝苯地平缓释片	10~20 mg	1~2			
	左旋氨氯地平	2.5~5.0 mg	1			
ACEI	依那普利	10~20 mg	1~2	心力衰竭;心肌梗死后;	绝对禁忌证:	咳嗽、血管
	卡托普利	12.5~50.0 mg	2~3	左心室功能不全;	妊娠、高血钾;	神经水肿
	贝那普利	10~40 mg	1~2	颈动脉粥样硬化;	双侧肾动脉狭窄。	
	福辛普利	10~40 mg	1	糖尿病肾病;蛋白尿;微量白蛋白尿;		
	赖诺普利	5~40 mg	1	非糖尿病肾病;代谢综合征。		
ARB	氯沙坦	25~100 mg	1	糖尿病肾病;蛋白尿;微量蛋白尿;	同 ACEI	血管神经性 水肿
	缬沙坦	80~160 mg	1	心力衰竭;左心室肥厚;		
	厄贝沙坦	150~300 mg	1	冠心病;心房颤动预防;		
	替米沙坦	20~80 mg	1	ACEI 引起的咳嗽。		
利尿剂 (噻嗪类)	氢氯噻嗪	6.25~25.00 mg	1	老年、高龄老年高血压;	绝对禁忌证:痛风	血钾低
	吲达帕胺	1.25~2.50 mg	1	单纯收缩期高血压;心力衰竭。	相对禁忌证:妊娠	
β 受体阻滞剂	阿替洛尔	12.5~25.0 mg	1~2	心绞痛;心肌梗死后;	绝对禁忌证:二、三度	心动过缓;
	美托洛尔	25~50 mg	2	快速性心律失常;	房室传导阻滞;哮喘	支气管
	比索洛尔	2.5~10.0 mg	1~2	心力衰竭。	相对禁忌证:慢性 阻塞性肺病	痉挛。
复方制剂	复方利血平片	1~3 片	2~3	1~2 级高血压;	相应成分的禁忌证	相应成分的
	复方利血平氨茶蝶啶片	1~2 片	1	单药控制不佳的	活动性溃疡	不良反应
	尼群地平-阿替洛尔	1~2 片	1~2	高血压。	二、三度房室传导阻滞	
	缬沙坦/氢氯噻嗪	1~2 片	1			
	氯沙坦/氢氯噻嗪	1 片	1			
	卡托普利/氢氯噻嗪	1~2 片	1~2			
	氨氯地平贝那普利片	1 片	1			
	阿米洛利/氢氯噻嗪	1 片	1			
	珍菊降压片	1~2 片	2~3		肾功能衰竭	
	依那普利叶酸片	1~2 片	1~2		同 ACEI	

注:ACEI:血管紧张素转换酶抑制剂;ARB:血管紧张素受体拮抗剂。

附件 6 特殊人群高血压处理(建议在上级医院取得治疗方案或在上级医生指导下治疗)

观察;如收缩压≥150 mm Hg,则谨慎用小剂量利尿剂、ACEI、钙拮抗剂;舒张压<60 mm Hg 时应引起关注。

1 老年人

老年(>65 岁)降压药务必从小剂量开始,根据耐受性逐步降压,应测量用药前后坐位位血压;尤其对体质较弱者更应谨慎。注意原有的以及药物治疗后出现的体位性低血压。老年人有较多危险因素、靶器官损害,合并心血管病、糖尿病等情况也较多,常需多药合用。各年龄段高血压患者应用利尿剂、钙拮抗剂、ACEI 或 ARB 等抗高血压治疗均有益。

≥80 岁的一般体质尚好的高龄老年高血压患者进行适度降压治疗也有好处,当收缩压≥160 mm Hg 者,可用小剂量的利尿剂或钙拮抗剂,必要时加小剂量 ACEI。目标收缩压<150 mm Hg。降压达标时间适当延长。

部分舒张压低的老年单纯收缩期高血压患者的降压治疗有一定难度。舒张压<60 mm Hg,如收缩压<150 mm Hg,则

2 冠心病

稳定型心绞痛时首选 β 受体阻滞剂或长效钙拮抗剂及长效 ACEI;改善冠心病患者心绞痛症状,选用长效钙拮抗剂;急性冠状动脉综合征时选用 β 受体阻滞剂或 ACEI;心肌梗死后患者用 ACEI、β 受体阻滞剂和醛固酮拮抗剂。

3 高血压合并心力衰竭

症状轻者用 ACEI 和 β 受体阻滞剂;症状重的可将 ACEI/ARB、β 受体阻滞剂、醛固酮拮抗剂(或与袢利尿剂)合用。β 受体阻滞剂从小剂量开始,逐渐缓慢加至目标量。

4 高血压合并糖尿病

肾功能允许(肌酐<265 μmol/L)首选 ACEI 或 ARB。