

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。

二、服务内容

(一) 筛查

1. 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（非同日三次测量）。

2. 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，对已确诊的原发性高血压患者纳入高血压患者健康管理。对可疑继发性高血压患者，及时转诊。

3. 如有以下六项指标中的任一项高危因素，建议每半年至少测量 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 $130 \sim 139\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $85 \sim 89\text{mmHg}$ ）；

(2) 超重或肥胖，和（或）腹型肥胖：

超重： $28 \text{ kg/m}^2 > \text{BMI} \geq 24 \text{ kg/m}^2$ ；肥胖： $\text{BMI} \geq 28 \text{ kg/m}^2$

腰围：男 $\geq 90\text{cm}$ （2.7 尺），女 $\geq 85\text{cm}$ （2.6 尺）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。

(1) 测量血压并评估是否存在危急情况，如出现收缩压 $\geq 180\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $\geq 110\text{mmHg}$ ；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、喘憋不能平卧及处于妊娠期或哺乳期同时血压高于正常等危急情况之一，或存在不能处理的其他疾病时，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。

(2) 若不需紧急转诊，询问上次随访到此次随访期间的症状。

(3) 测量体重、心率，计算体质指数（BMI）。

(4) 询问患者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) 了解患者服药情况。

(三) 分类干预

(1) 对血压控制满意（一般高血压患者血压降至 140/90 mmHg 以下； ≥ 65 岁老年高血压患者的血压降至 150/90 mmHg 以下，如果能耐受，可进一步降至 140/90 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 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，预约下一次随访时间。

(2) 对第一次出现血压控制不满意，或出现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 周内随访。

(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。

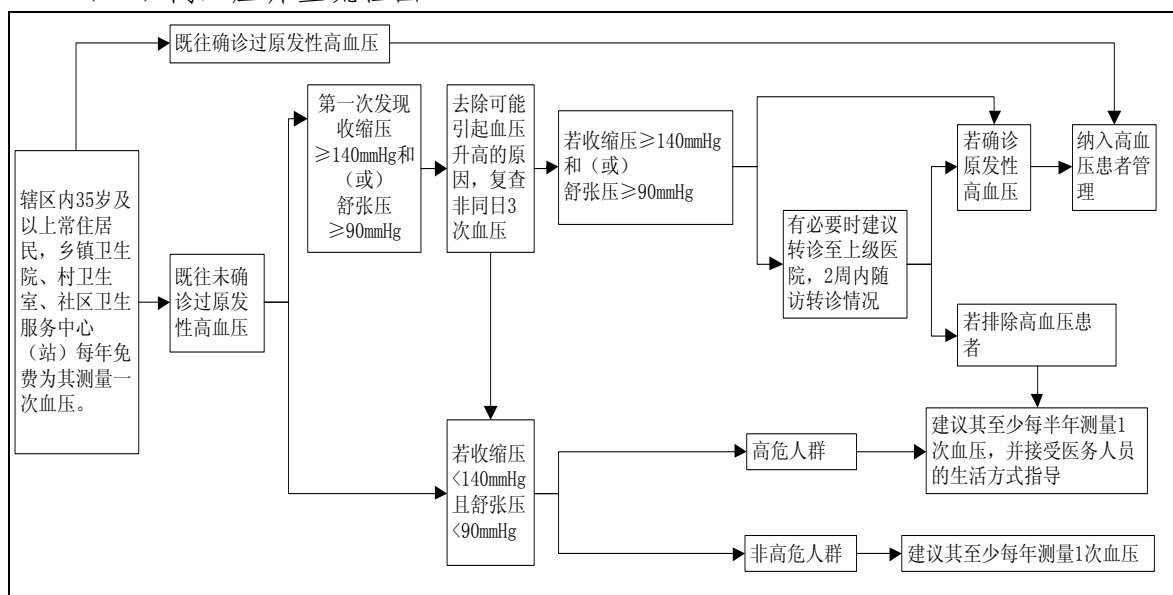
(4) 对所有患者进行有针对性的健康教育，与患者一起制定生活方式改进目标并在下一次随访时评估进展。告诉患者出现哪些异常时应立即就诊。

(四) 健康体检

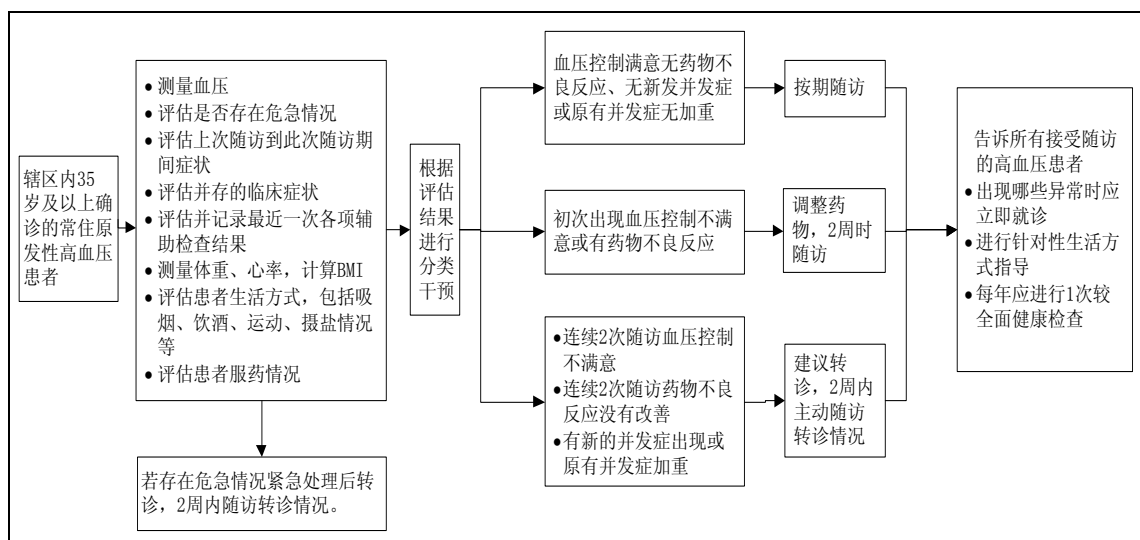
对原发性高血压患者，每年进行 1 次较全面的健康检查，可与随访相结合。内容包括体温、脉搏、呼吸、血压、身高、体重、腰围、皮肤、浅表淋巴结、心脏、肺部、腹部等常规体格检查，并对口腔、视力、听力和运动功能等进行判断。具体内容参照《居民健康档案管理服务规范》健康体检表。

三、服务流程

(一) 高血压筛查流程图



(二) 高血压患者随访流程图



四、服务要求

(一) 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。

(二) 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。

(三) 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。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。

(四) 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。

(五) 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。

(六) 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

(一) 高血压患者规范管理率=按照规范要求进行高血压患者健康管理的人数/年内已管理的高血压患者人数×100%。

(二) 管理人群血压控制率=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×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, 血压控制是指收缩压<140 mmHg 和舒张压<90 mmHg (65岁及以上患者收缩压<150mmHg 和舒张压<90mmHg), 即收缩压和舒张压同时达标。

六、附件

高血压患者随访服务记录表

附件

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 <input type="checkbox"/>	1门诊 2家庭 3电话 <input type="checkbox"/>	1门诊 2家庭 3电话 <input type="checkbox"/>	1门诊 2家庭 3电话 <input type="checkbox"/>		
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	□/□/□/□/□/□/□/□/□ 其他:	□/□/□/□/□/□/□/□/□ 其他:	□/□/□/□/□/□/□/□/□ 其他:	□/□/□/□/□/□/□/□/□ 其他:		
	体 征	血 压 (mmHg)					
		体 重 (kg)	/	/	/	/	
		体质指数 (BMI) (kg/m ²)	/	/	/	/	
		心 率 (次/分钟)					
		其 他					
	生 活 方 式 指 导	日吸烟量 (支)	/	/	/	/	
		日饮酒量 (两)	/	/	/	/	
		运 动	<u> </u> 次/周 <u> </u> 分钟/次 <u> </u> 次/周 <u> </u> 分钟/次	<u> </u> 次/周 <u> </u> 分钟/次 <u> </u> 次/周 <u> </u> 分钟/次	<u> </u> 次/周 <u> </u> 分钟/次 <u> </u> 次/周 <u> </u> 分钟/次	<u> </u> 次/周 <u> </u> 分钟/次 <u> </u> 次/周 <u> </u> 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_____ <input type="checkbox"/>	1无 2有_____ <input type="checkbox"/>	1无 2有_____ <input type="checkbox"/>	1无 2有_____ <input type="checkbox"/>		
此次随访分类		1控制满意 2控制不满意 3不良反应 4并发症 <input type="checkbox"/>	1控制满意 2控制不满意 3不良反应 4并发症 <input type="checkbox"/>	1控制满意 2控制不满意 3不良反应 4并发症 <input type="checkbox"/>	1控制满意 2控制不满意 3不良反应 4并发症 <input type="checkbox"/>		
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
	药物名称 2						
	用法用量	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
	其他药物						
用法用量	每日 次	每次	每日 次	每次	每日 次	每次	
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. 本表为高血压患者在接受随访服务时由医生填写。每年的健康体检后填写健康体检表。若失访,在随访日期处写明失访原因;若死亡,写明死亡日期和死亡原因。

2. 体征: 体质指数(BMI)=体重(kg)/身高的平方(m^2),体重和体质指数斜线前填写目前情况,斜线后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。

3. 生活方式指导:在询问患者生活方式时,同时对患者进行生活方式指导,与患者共同制定下次随访目标。

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”。

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”。(啤酒/10=白酒量,红酒/4=白酒量,黄酒/5=白酒量)。

运动:填写每周几次,每次多少分钟。即“××次/周,××分钟/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。

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。

心理调整:根据医生印象选择对应的选项。

遵医行为:指患者是否遵照医生的指导去改善生活方式。

4. 辅助检查:记录患者上次随访到这次随访之间在各医疗机构进行的辅助检查结果。

5. 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。

6. 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。

7. 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。“控制满意”是指血压控制满意,无其他异常、“控制不满意”是指血压控制不满意,无其他异常、“不良反应”是指存在药物不良反应、“并发症”是指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。

8. 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。同时记录其他医疗卫生机构为其开具的处方药。

9. 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。

10. 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。

11. 随访医生签名:随访完毕,核查无误后随访医生签署其姓名。