

高血压的护理评估

一、疾病概述

（一）概念和特点

高血压是一种常见病、多发病，是心、脑血管病的重要病因和危险因素。根据病因常分为原发性高血压和继发性高血压，95%以上的高血压病人属于原发性高血压，通常将原发性高血压简称为高血压。原发性高血压是以血压升高为主要临床表现伴或不伴有多种心血管危险因素的综合征。

高血压的标准是根据临床及流行病学资料界定的，目前我国高血压定义为收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 根据血压升高水平，又进一步将高血压分为1~3级。

高血压在世界各国都是常见病，其患病率与工业化程度、地区和种族有关。根据我国4次大规模高血压患病率的人群抽样调查结果显示我国人群50年以来高血压患病率明显上升。2002年我国18岁以上成人高血压患病率为18.8%，按我国人口的数量和结构估算，目前我国约有2亿高血压病人，即每10个成年人中就有2个患高血压，约占全球高血压总人数的1/5。然而，我国高血压的总体情况是患病率高，知晓率、治疗率和控制率较低，其流行病学有两个显著特点，即从南方到北方高血压患病率递增，不同民族之间高血压患病率存在一些差异。

（二）相关病理生理

高血压的发病机制目前尚未形成统一认识，但其血流动力学特征主要是总外周血管阻力相对或绝对增高，从这一点考虑，高血压的发病机制主要存在于五个环节，即交感神经系统活性亢进、肾性水钠潴留、肾素-血管紧张素-醛固酮系统（RAAS）激活、细胞膜离子转运异常以及胰岛素抵抗。

相关病理改变主要集中在对心、脑、肾、视网膜的变化：

1. 心

左心室肥厚和扩张。

2. 脑

脑血管缺血与变性、粥样硬化，形成微动脉瘤或闭塞性病变，从而引发脑出血、脑血栓、腔隙性脑梗死。

3. 肾

肾小球纤维化、萎缩、肾动脉硬化，引起肾实质缺血和肾单位不断减少，导致肾功能衰竭。

4. 视网膜

视网膜小动脉痉挛、硬化，甚至可能引起视网膜渗血和出血。

（三）主要病因与诱因

高血压的病因为多因素，主要包括遗传和环境因素两个方面，两

者互为结果。

1. 遗传因素

高血压具有明显的家庭聚集性，基因对血压的控制是肯定的，这些与高血压产生有关的基因被称为原发性高血压相关基因。在遗传表型上，不仅血压升高发生率体现遗传性，在血压高度、并发症发生以及其他相关因素方面，如肥胖等也具有遗传性。

2. 环境因素

(1) 饮食：

血压水平和高血压的患病率与钠盐平均摄入量显著相关，摄盐越多，血压水平和患病率越高。摄盐过多导致血压升高主要见于对盐敏感的人群。另外，膳食中充足的钾、钙、镁和优质蛋白可防止血压升高，素食为主者血压常低于肉食者。长期饮咖啡、大量饮酒、饮食中缺钙、饱和脂肪酸过多，不饱和脂肪酸与饱和脂肪酸比值降低等均可引起血压升高。

(2) 精神心理：

社会因素包括职业、经济、劳动种类、文化程度、人际关系等，对血压的影响主要是通过精神和心理因素起作用。因此脑力劳动者高血压发病率高于体力劳动者，从事精神紧张度高的职业和长期生活在噪音环境者高血压也较多。

3. 其他因素

肥胖者高血压患病率是体重正常者 2~3 倍，超重是血压升高的重要独立危险因素。一般采用体重指数（BMI）来衡量肥胖程度，腰围反映向心性肥胖程度，血压与 BMI 呈显著正相关，腹型肥胖者容易发生高血压。服用避孕药的妇女血压升高发生率及程度与服用药物时间长短有关，但这种高血压一般较轻，且停药后可逆转。睡眠呼吸暂停低通气综合征的病人 50% 有高血压，且血压的高度与睡眠呼吸暂停低通气综合征的病程有关。

（四）临床表现

大多数起病缓慢、渐进，缺乏特殊的临床表现。血压随着季节、昼夜、情绪等因素有较大波动。

1. 一般表现

（1）症状：

头痛是最常见的症状，较常见的还有头晕、头胀、耳鸣眼花、疲劳、注意力不集中、失眠等。这些症状在紧张或劳累后加重，典型的高血压头痛在血压下降后即可消失。

（2）体征：

高血压的体征较少，血压升高时可闻及主动脉瓣区第二心音亢进及收缩期杂音。皮肤黏膜、四肢血压、周围血管搏动、血管杂音检查有助于持续性高血压的病因判断。

2. 高血压急症和亚急症

高血压急症是指高血压病人在某些诱因作用下，血压急剧升高（一般超过 180/120mmHg），同时伴有进行性心、脑、肾等重要靶器官功能不全的表现。高血压急症的病人如不能及时降低血压，预后很差，常死于肾衰竭、脑卒中或心力衰竭。高血压亚急症是指血压显著升高但不伴靶器官损害，病人常有血压升高引起的症状。

（五）辅助检查

1. 常规检查

尿常规、血糖、血脂、肾功能、血清电解质、心电图和 X 线胸片等检查，有助于发现相关危险因素和靶器官损害。必要时行超声心动图、眼底检查等。

2. 特殊检查

为进一步了解病人血压节律和靶器官损害情况，可有选择地进行一些特殊检查。如 24 小时动态血压监测（ABPM，踝/臂血压比值，心率变异，颈动脉内膜中层厚度（IMT），动脉弹性功能测定，血浆肾素活性（PRA）等。

（六）治疗原则

1. 治疗目标

高血压是一种以动脉血压持续升高为特征的进行性“心血管综合征”，常伴有其他危险因素、靶器官损害或临床疾患，需要进行综合干预。常常采用药物治疗与非药物治疗，以及防治各种心血管病危险

因素等相结合。因此，高血压的治疗目标是尽可能地降低心血管事件的发生率和病死率。

2. 非药物治疗

(1) 合理膳食：

低盐饮食，限制钠盐摄入；限制酒精摄入量。

(2) 控制体重：

体重指数如超过 24 则需要限制热量摄入和增加体力活动。

(3) 适宜运动：

增加有氧运动。

(4) 其他

定期测量血压，规范治疗，改善治疗依从性，尽可能实现降压达标，坚持长期平稳有效地控制血压。保持健康心态，减少精神压力，戒烟等。

治疗时根据年龄、病程、血压水平、心血管病危险因素、靶器官损害程度、血流动力学状态以及并发症等来选择合适药物。

3. 药物治疗

降压药物的选择一般应从一线药物、单一药物开始，疗效不佳时，才联合用药。若非血压较高，或高血压急症，降压时用药以小剂量开始，逐渐加量，使血压逐渐下降，老年病人更需如此。

(1) 利尿剂：

通过利钠排水、降低细胞外高血容量、减轻外周血管阻力发挥降压作用。作用较平稳、缓慢，持续时间相对较长，作用持久服药 2~3 周后作用达高峰，能增强其他降压的疗效，适用于轻、中度高血压。有噻嗪类、袂利尿剂和保钾利尿剂三类，以噻嗪类使用最多。

(2) β 受体阻滞剂：

通过抑制过度激活的交感神经活性、抑制心肌收缩力、减轻心率发挥降压作用。降压作用较迅速、强力，适用于不同严重程度的高血压，尤其是心率较快的中、青年病人或合并心绞痛的病人，对老年高血压疗效相对较差。II、III度心脏传导阻滞和哮喘病人禁用，慢性阻塞性肺病、运动员、周围血管病或糖耐量异常者慎用。有选择性（ β_1 ）、非选择性（ β_1 和 β_2 ）和兼有 α 受体阻滞三类，常用的有美托洛尔、阿替洛尔、比索洛尔、普萘洛尔等。

(3) 钙通道阻滞剂：

通过阻断血管平滑肌细胞上的钙离子通道，扩张血管降低血压。降压效果起效迅速，降压幅度相对较强，剂量和疗效呈正相关，除心力衰竭病人外较少有治疗禁忌证。分为二氢吡啶类和非二氢吡啶类，前者以硝苯地平为代表，后者有维拉帕米和地尔硫。

(4) 血管紧张素转换酶抑制剂：

通过抑制血管紧张素转换酶阻断肾素血管紧张素系统，从而达到

降压作用。降压起效缓慢，逐渐增强，在3~4周时达最大作用，限制摄入或联合使用利尿剂可使起效迅速和作用增强。常用的有卡托普利、依那普利、贝那普利等。

(5) 血管紧张素 II 受体阻滞剂：

通过阻断血管紧张素 II 受体发挥降压作用。起效缓慢，但持久而平稳，一般在6~8周达到最大作用，持续时间达24小时以上。常用的药物有氯沙坦、缬沙坦、厄贝沙坦、替米沙坦等。

(6) α 受体阻滞剂：

不作为一般高血压的首选药，适用于高血压伴前列腺增生病人，也用于难治性高血压的治疗。如哌唑嗪。

二、护理评估

(一) 一般评估

1. 生命体征

体温、脉搏、呼吸可正常，但血压测量值升高。必要时可测量立、卧位血压和四肢血压，监测24小时血压以判断血压节律变化情况。高血压诊断的主要依据是病人在静息状态下，坐位时上臂肱动脉部位血压的测量值。但必须是在未服用降压药的情况下，非同日3次测量血压，若收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和(或)舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 则诊断为高血压。病人既往有高血压史，目前正在使用降压药，血压虽然低于 $140/90\text{mmHg}$ 也诊断为高血压。

2. 病史和病程

询问病人有无高血压、糖尿病、血脂异常、冠心病、脑卒中或肾脏病的家庭史；患高血压的时间，血压最高水平，是否接受过降压治疗及其疗效与不良反应；有无合并其他相关疾病；是否服用引起血压升高的药物，如口服避孕药、甘珀酸、麻黄碱滴鼻药、可卡因、类固醇等。

3. 生活方式

膳食脂肪、盐、酒摄入量，吸烟支数，体力活动量以及体重变化等情况。

4. 病人的主诉

约 1/5 病人无症状，常见的主诉有头痛、头晕、疲劳、心悸、耳鸣等症状，疲劳、激动或紧张、失眠时可加剧，休息后多可缓解。也可出现视力模糊、鼻出血等较重症状，病人主诉症状严重程度与血压水平有一定关联。有脏器受累的病人还会有胸闷、气短、心绞痛、多尿等主诉。

5. 相关记录

身高、体重、腰围、臀围、饮食（摄盐量和饮酒量）、活动量、血压等记录结果。评估超重和肥胖最简便和常用的指标是体重指数（BMI）和腰围。BMI反映全身肥胖程度，腰围反映中心型肥胖的程度。BMI的计算公式为： $BMI = \text{体重 (kg)} / \text{身高 (m)}^2$ ，成年人正常

为 18.5~23.9kg /m², 超重者 BMI为 24~27.9kg/m², 肥胖者 BMI \geq 28kg/m²。成年人正常腰围<90/84cm (男/女), 如腰围 \geq 90/85cm (男/女), 提示需要控制体重。

(二) 身体评估

1. 头颈部

部分病人有甲亢突眼征, 颈部可听诊到血管杂音提示颈部血管狭窄、不完全性阻塞或代偿性血流量增多、加快。

2. 胸背部

结合 X线结果综合考虑心界有无扩大, 心脏听诊可在主动脉瓣区闻及第二心音亢进、收缩期杂音或收缩早期喀喇音。

3. 腹部和腰背部

背部两侧肋脊角、上腹部脐两侧、腰部肋脊处有血管杂音, 提示存在血管狭窄。肾动脉狭窄的血管杂音常向腹两侧传导, 大多具有舒张期成分。

4. 四肢和其他

观察有无神经纤维瘤性皮肤斑, **Cushing** 综合征时可有向心性肥胖、紫纹与多毛的现象, 下肢可见凹陷性水肿, 观察四肢动脉搏动情况。

(三) 心理-社会评估

人在疾病治疗过程中的心理反应与需求，家庭及社会支持情况，引导病人正确配合疾病的治疗与护理。

（四）辅助检查结果评估

1. 常规检查

有无血液生化（钾、空腹血糖、总胆固醇、甘油三酯、高密度脂蛋白胆固醇、低密度脂蛋白胆固醇和尿酸、肌酐）、全血细胞计数、血红蛋白和血细胞比容、尿蛋白、尿糖的异常；心电图检查有无异常；24小时动脉血压监测检查24小时血压情况及其节律变化。

2. 推荐检查

超声心动图和颈动脉超声、餐后血糖、尿蛋白定量、眼底、胸部X线检查、脉搏波传导速度以及踝臂血压指数等可帮助判断是否存在脏器受累。

3. 选择检查项目

对怀疑持续性高血压病人可根据需要选择进行相应的脑功能、心功能和肾功能检查。

（五）血压水平分类和心血管风险分层评估

1. 按血压水平分类

据血压升高水平，可将血压分为正常血压、正常高值、高血压（分为1级、2级和3级）和单纯收缩期高血压（表1-1）。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：<https://d.book118.com/348062045014006040>