



内科护理

第三章 循环系统疾病病人的护理





第三章 循环系统疾病病人的护理

第四节

原发性高血压病人的护理

主讲人：XXX



胡先生，41岁，工程师。有高血压病史8年余。平时工作压力大，喜熬夜。血压未予重视也未测量，服药较规律，但经常因为熬夜工作出现头晕头痛现象。近两年来头痛头晕症状频繁发生，现以“头痛、头晕加重2天”入院。

护理体检：T 36.3℃，P 82次/分，R 17次/分，BP 195/98mmHg，意识清楚，双肺呼吸音清，心脏及腹部无明显体征，双下肢无水肿。

临床诊断：原发性高血压

- 1.列出该病人的主要护理诊断/问题。
- 2.说出病人的护理措施。
- 3.简述对该病人实施的主要健康指导。



知识目标:

- 1.掌握原发性高血压病人的护理评估和护理措施。
- 2.熟悉原发性高血压水平的定义和分类、治疗要点和病人常见的护理诊断/问题。
- 3.了解原发性高血压病人的病因，护理目标、护理评价。

能力目标:

- 1.能根据原发性高血压病人的案例列出其护理诊断/问题。
- 2.能为原发性高血压病人实施正确的护理措施。

素质目标:

具有有效的沟通能力，耐心、细心地进行解释和说明，理解和关爱病人。



重点

- 原发性高血压水平的定义和分类、治疗要点和病人常见的护理问题和护理措施。

难点

- 心力衰竭病人的治疗要点。



高血压是以**体循环动脉压升高**为主要临床表现的心血管综合征，可分为原发性高血压(primary hypertension)和继发性高血压(secondary hypertension)。

- **原发性高血压**又称高血压病，简称高血压，是指**原因未明**的血压升高。
- **继发性高血压**是由**某些确定疾病或病因**引起的血压升高，约占5%。





概念



高血压的定义：安静休息、坐位、非降压药物状态下，非同日3次测量
血压收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ 。既往有高血压病史，
正在使用降压药物，血压虽然正常，也诊断为高血压。

分类	收缩压		舒张压
正常血压	< 120	和	< 80
正常高值	$120 \sim 139$	和/或	$80 \sim 89$
高血压	≥ 140	和/或	≥ 90
1级高血压（轻度）	$140 \sim 159$	和/或	$90 \sim 99$
2级高血压（中度）	$160 \sim 179$	和/或	$100 \sim 109$
3级高血压（重度）	≥ 180	和/或	≥ 110
单纯收缩期高血压	≥ 140	和	< 90

注：当收缩压和舒张压分属于不同级别时，以较高的分级为准。以上标准适用于 ≥ 18 岁成人。



遗传因素

原发性高血压有明显的**家族聚集性**，约60%高血压病人有高血压家族史。并且在血压升高程度、并发症发生以及其他有关因素(如肥胖)方面，也有遗传性。

环境因素

- (1) 饮食因素：高钠低钾膳食是我国人群重要的高血压发病危险因素。
- (2) 精神应激。
- (3) 吸烟：可使交感神经末梢释放去甲肾上腺素增加，还可引发氧化应激致血压升高。

其他因素

超重和肥胖，睡眠呼吸暂停低通气综合征（SAHS），药物等。

(一) 健康史

- 询问有无高血压家族**遗传史**；
- 了解病人的**生活方式**：盐、酒及脂肪的摄入量，吸烟状况、体力活动量、体重变化、睡眠习惯等情况；
- 了解病人确诊高血压的时间、既往血压控制情况及血压最高水平；**（高血压发生情况）**
- 是否接受降压药治疗，其降压药物的种类、剂量、疗效及有无不良反应；**（用药情况）**
- 是否遵从医嘱治疗，对不遵从医嘱者，进一步评估不遵从的原因。**（遵医嘱情况）**



(二) 身体状况

1. 临床症状与体征



症状

起病缓慢，**早期一般无症状**，仅测量血压时，发现血压升高。少数病人发生心、脑、肾并发症时才被发现。常见症状有**头晕、头痛、眩晕、疲劳、心悸、耳鸣**等，也可出现**视物模糊、鼻出血**等比较严重症状。



体征

血压随季节、昼夜、情绪等因素有较大波动。**冬季血压高，夏季较低**；夜间血压较低，清晨起床后血压迅速升高，形成**清晨血压高峰**。高血压病者体征一般较少，应重点检查周围血管搏动、血管杂音、心脏杂音等项目。

(二) 身体状况

2. 高血压急症和亚急症

是一组以短时间内血压严重升高（收缩压 $> 180\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $> 120\text{mmHg}$ ），同时伴有心、脑、肾、视网膜等重要靶器官功能损害的一种严重危及生命的临床综合征。需强调的是，若收缩压 $\geq 220\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $\geq 140\text{mmHg}$ ，无论有无症状都应视为高血压急症。



高血压急症

是指血压显著升高但不伴急性靶器官损害。病人可以有血压升高导致的症状，如头痛、胸闷、鼻出血、烦躁不安等。

高血压亚急症



(二) 身体状况

3.并发症





(二) 身体状况

4.心血管危险分层 高血压病人的诊断和治疗不能只根据血压水平，必须对病人进行心血管综合风险的评估并分层。

表3-4-2 高血压病人心血管风险水平分层（中国高血压防治指南 2018）

其他心血管危险因素和疾病史	血压（mmHg）			
	SBP 130 ~ 139和（或） DBP 85 ~ 89	1级高血压	2级高血压	3级高血压
无		低危	中危	高危
1 ~ 2个其他危险因素	低危	中危	中/高危	很高危
≥3个其他危险因素，靶器官损害，或CKD 3期，无并发症的糖尿病	中/高危	高危	高危	很高危
临床并发症，或CKD≥4期，有并发症的糖尿病	高/很高危	很高危	很高危	很高危





(三)心理-社会状况

评估病人的性格特点、文化程度、工作环境及社会支持情况。高血压病人常因需终身用药且药物并发症多且严重而产生紧张、烦躁、焦虑、抑郁等不良情绪。



(四) 辅助检查

实验室检查

血生化(血钾、钠、空腹血糖、血胆固醇、低密度脂蛋白、高密度脂蛋白、尿酸和肌酐)、血常规、尿液分析(尿蛋白、尿糖和尿沉渣镜检)、餐后2小时血糖、血同型半胱氨酸检测等。

影像学检查

24小时动态血压监测、超声心动图、颈动脉超声、眼底、胸部X线摄片、脉搏波传导速度以及踝臂血压指数等。

其他检查

对怀疑继发性高血压病人,可以根据需要选择以下检查,如血浆肾素活性或肾素浓度、血和尿醛固酮、血和尿皮质醇、血或尿儿茶酚胺、肾动脉超声和造影、肾和肾上腺超声、CT或MRI以及睡眠呼吸监测等。





(五) 治疗要点

1. 非药物治疗 主要指生活方式的干预

减少钠
盐摄入

减少脂
肪摄入

控制体
重

规律运
动

戒烟限
酒

减轻精
神压力，
保持心
理平衡

必要时
补充叶
酸制剂

01

02

03

04

05

06

07



(五) 治疗要点

2. 药物治疗

降压药因遵循的原则包括：①小剂量开始；②优先选择长效制剂；③联合用药；④个性化用药，选择适合病人的降压药物。





(五) 治疗要点

2.药物治疗 常用降压药物、作用机制、主要不良反应

类别	作用机制	常用药物	主要不良反应
利尿剂	通过利钠排尿、降低容量负荷而发挥降压作用	噻嗪类：氢氯噻嗪 达帕胺 袢利尿剂：呋塞米 托拉塞米 保钾利尿剂：螺内酯 氨苯喋啶	低血钾，影响血脂、血糖、血尿酸代谢；痛风病人禁用低血钾， 电解质紊乱和高尿酸血症 ，长期应用需补充钾盐 血钾增高 ，不宜与ACEI、ARB合用，肾功能不全和高钾血症者禁用
血管紧张素转化酶抑制剂（ACEI）	抑制血管紧张素转换酶，使血管紧张素Ⅱ生成减少，抑制激肽酶的降解而发挥降压作用	卡托普利 依那普利 贝那普利	最常见不良反应为 刺激性干咳 ，其次还有低血钾、皮疹，偶见血管神经性水肿及 味觉障碍 ，长期应用可能导致血钾升高
血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂（ARB）	通过阻断血管紧张素Ⅱ受体发挥降压作用	氯沙坦 缬沙坦 厄贝沙坦 替米沙坦	不良反应少见，偶有腹泻，长期应用可 升高血钾 ，应注意监测血钾及肌酐水平变化。 使用时从小剂量开始，逐渐增量



(五) 治疗要点

2. 药物治疗 常用降压药物、作用机制、主要不良反应

类别	作用机制	常用药物	主要不良反应
β 受体拮抗剂	通过抑制过度激活的交感神经活性、抑制心肌收缩力、减慢心率发挥降压作用	普萘洛尔美托洛尔阿替洛尔比索洛尔	常见的不良反应有疲乏、胃肠不适、皮疹、晕厥等。长期服药者避免突然停药，突然停药可出现血压反跳性升高，伴头痛、焦虑。 严重房室传导阻滞、支气管哮喘、阻塞性肺气肿病人禁用。
钙通道阻滞剂 (CCB)	通过阻断血管平滑肌细胞上的钙离子通道发挥扩张血管降低血压的作用	二氢吡啶：尼群地平 硝苯地平非二氢吡啶：维拉帕米	常见不良反应有头痛、 面部潮红 、心悸、眩晕、胃肠道反应等。长期使用硝苯地平会导致 胫前水肿 。房室传导阻滞、低血压、心力衰竭者禁用维拉帕米。
α 受体阻滞剂	对抗去甲肾上腺素的动静脉收缩作用，使血管扩张	哌唑嗪特拉唑嗪	常见胃肠道症状，如恶心、呕吐、腹痛等，还可引起 直立性低血压 。首剂宜睡前服用。有变态反应者禁用

(五) 治疗要点

3.高血压急症的治疗 原则是短时间内迅速缓解病情，预防靶器官损害，降低死亡率。

及时降压

选择有效的降压药物，静脉给药，同时监测血压。✦

选择合适的降压药

常用降压药有硝普钠、硝酸甘油、尼卡地平及拉贝洛尔等，其中硝普钠为首选药。✦

01

02

03

04

初始阶段(1小时内)血压控制的目标为平均动脉压的降低幅度不超过治疗前水平的25%。2~6小时内将血压降至较安全水平，160/100 mmHg左右。24~48小时逐步将血压降至正常水平。

避免使用的药物：
如利血平等

避免使用的药物

控制性降压



(五) 治疗要点

4. 高血压亚急症的治疗

在24~48小时将血压缓慢降至160/100 mmHg。可通过口服降压药控制。



- 1.疼痛：头痛 与血压升高有关。
- 2.有受伤的危险 与头晕、视物模糊、意识改变或发生直立性低血压有关。
- 3.知识缺乏：缺乏疾病预防、保健知识和高血压用药知识。
- 4.焦虑 与交感神经活性亢进、血压控制不理想或出现并发症等有关。
- 5.潜在并发症：高血压急症、脑血管意外、心功能衰竭、肾功能衰竭等。



- 1.病人头痛等躯体不适感减轻或消失，血压控制在正常范围内。
- 2.病人及其家属能说出预防受伤的护理措施，住院期间无受伤情况出现。
- 3.病人能描述高血压预防、保健知识，坚持合理用药。
- 4.病人焦虑的情绪得到有效缓解。
- 5.病人能自觉避免高血压急症的诱发因素，一旦出现高血压急症，能够得到及时有效的救治。

(一) 一般护理

饮食护理 01

低盐低脂饮食，每日食盐 $< 6\text{g}$ ，中国居民膳食指南（2022年版）建议每日食盐量控制在 5g 以下，肾实质高血压每日食盐 $< 3\text{g}$ ；少量多餐，多吃蔬菜、水果，少食或不食各种腌制食品，补充适量优质蛋白质，避免食用刺激性饮料，如咖啡、浓茶、可乐等，戒烟限酒。

02 安全护理

定时测量病人血压并做好记录。病人有头晕、眼花、耳鸣、视力模糊等症状时，应嘱病人卧床休息。卧床休息时拉起床挡，避免迅速改变体位。为预防直立性低血压，严格遵循起床三部曲，即醒后30秒，再坐起；坐30秒，再站起；站30秒，再行走。夜间留一盏夜灯，保持适度的照明。活动场所应设有相关安全设施。

(二) 病情观察

头晕、头痛

减少引起或加重头痛的因素。护士操作应相对集中，动作轻巧。头痛时嘱病人卧床休息，抬高床头，改变体位时动作要慢。避免劳累、情绪激动、精神紧张等因素。适当做些放松运动分散注意力。

直立性低血压

在联合用药、服首剂药物或加量时应警惕直立性低血压的临床表现。改变姿势，特别是从卧位、坐位起立时动作宜缓慢，选择在平静休息时服药，且服药后应休息一段时间再进行活动。避免用过热的水洗澡或洗蒸汽浴。一旦发生直立性低血压，应**立即平卧，且下肢取抬高位**，以促进下肢血液回流。

高血压急症

定期监测血压，一旦发现病人血压急剧升高、剧烈头痛、呕吐、大汗等症状，立即通知医生。**急症时病人应绝对卧床休息**，避免一切不良刺激和不必要的活动，协助生活护理给予持续低浓度吸氧。**对昏迷或抽搐的病人应加强护理，保持呼吸道通畅**。安抚病人情绪，必要时应用镇静药。进行生命体征监测。迅速建立静脉通路，遵医嘱尽早应用降压药物。



(三) 用药护理

- 治疗指导 嘱病人遵医嘱应用降压药，强调长期药物治疗的重要性，用药期间监测血压变化以判断疗效。须告知有关降压药的名称、剂量、用法、作用及不良反应。
- 注意用药的不良反应及注意事项。



(四) 运动康复护理

运动可以改善血压水平，因此，除日常生活的活动外，每周均需进行规律运动。

运动方式

以有氧运动为主，如太极、游泳、跑步等。

运动时间

因高血压病人清晨血压较高，最好选择下午或傍晚进行运动。

运动频率

每周4~7次，每次30~60分钟。

运动强度

推荐中等强度的运动，是指能达到的最大心率 $= [220 - \text{年龄}]$ 的60%~70%。

症状监测

血压未能很好控制及病情不稳定者，暂时禁忌运动。运动时出现心悸、胸闷、胸痛等不适症状时，须立刻停止，必要时紧急就诊。



(四) 心理护理

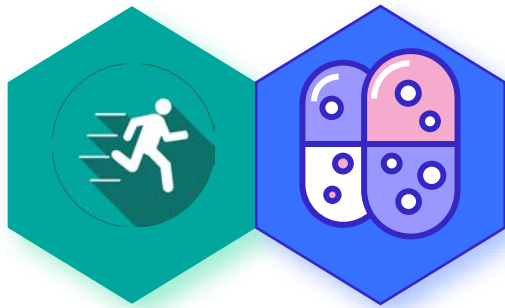
嘱病人保持情绪稳定，良好心态。必要时予以心理评估，并根据评估结果采取相应的心理干预。





(五) 健康教育

生活指导



疾病知识
指导



- 病人头痛等躯体不适感有无减轻；
- 血压是否控制在正常范围内；
- 住院期间有无受伤情况出现；
- 病人能否说出高血压预防、保健知识；
- 病人焦虑情绪是否得到缓解。



小结





谢谢观看

