

香港高血壓參考概覽- 成年高血壓患者在基層醫療的護理

2021年修訂版

編制： 基層醫療概念模式及預防工作常規專責小組， 基層醫療工作小組， 醫務衛生局
Task Force on Conceptual Model and Preventive Protocols， Working Group on Primary Care， Health Bureau

專業意見提供：  衛生署
Department of Health  醫院管理局
HOSPITAL AUTHORITY

支持機構：
 香港醫學專科學院
Hong Kong Academy of Medicine
 香港社會醫學學院
Hong Kong College of Community Medicine
 香港家庭醫學學院
The Hong Kong College of Family Physicians
 香港中文大學醫學院
Faculty of Medicine, The Chinese University of Hong Kong
 THE UNIVERSITY OF HONG KONG
LI KA SHING FACULTY OF MEDICINE
香港大學李嘉誠醫學院
香港大學李嘉誠醫學院
Li Ka Shing Faculty of Medicine, The University of Hong Kong

 HONG KONG DOCTORS UNION
香港西醫工會
Hong Kong Doctors Union

 香港醫務委員會執照醫生協會
The Association of Licentiates of Medical Council of Hong Kong

 香港醫學會
The Hong Kong Medical Association

 香港糖尿聯會
Diabetes Hongkong

 香港心臟專科學院
Hong Kong College of Cardiology

 Hong Kong Society of Endocrinology,
Metabolism and Reproduction
香港內分泌學會
Hong Kong Society of Endocrinology,
Metabolism and Reproduction



基層醫療
PRIMARY CARE

首次出版年份：2010
最後更新日期：2021

目錄

初版前言	3
證據陳述及建議級別的註解	5
意向聲明	7
第1章 流行病學	8
第2章 人群為本的介入措施及貫穿人生歷程的方針	9
第3章 基層醫療在治理高血壓方面所擔當的角色	10
第4章 病人教育	11
第5章 參考概覽的目的	11
第6章 項目1：預防高血壓 – 採取健康的生活模式	12
第7章 項目2：及早識別高血壓患者	13
第8章 項目3：成年高血壓患者的臨床護理	15
8.1 對高血壓患者的初步評估和檢驗	15
8.2 成年高血壓患者的治療	16
8.3 理想血壓水平	21
8.4 覆診和監察	24
8.5 轉介	25
第9章 項目4：病人自強	26
第10章 未來方向	27
附錄 1 戒煙服務	28
鳴謝	29
參考資料	37

初版前言

加強基層醫療服務是醫療改革諮詢文件《掌握健康 掌握人生》提出的建議之一，於二零零八年進行第一階段公眾諮詢時，獲得市民廣泛支持。鑒於有關建議獲得廣泛支持，健康與醫療發展諮詢委員會重新成立基層醫療工作小組（工作小組），並由食物及衛生局局長擔任主席，以探討加強和發展本港基層醫療策略的建議。

工作小組現已成立四個專責小組，負責研究醫療改革諮詢文件所載列的具體建議，其中之一是基層醫療概念模式及預防工作常規專責小組（專責小組）。專責小組負責就以實證為本的概念模式，向工作小組提供建議，並提供在本地基層醫療環境下使用的相關參考概覽。專責小組亦負責發佈、修訂、及建議策略以推廣所採用的模式及概覽。

與持份者多番討論後，專責小組已制訂出一套適用於治理慢性疾病的基本概念模式。這套模式以全民為本，貫穿各個人生歷程，並以一個共識作為基礎，就是我們需要一套切合個人需要及處理個人風險，全面而持續的醫療方針。此參考概覽涵蓋範圍廣濶，包括第一層預防及生活模式轉變、高危群體評估、及早偵測及治理疾病，以及確保患上較複雜病症或傷殘人士在社區內所得到醫療服務的質素。此參考概覽亦重點提及有需要協調跨專業團隊的意見、推動病人參與，以及與社區及其他界別連繫。

迄今為止，專責小組已制訂兩份參考概覽，分別關於糖尿病及高血壓。這些參考概覽包括一份核心文件，輔以一系列針對各方面疾病治理的不同單元，旨在：

1. 提供通用參考，指導及協調本港不同界別的醫護專業人員，從而在社區內為糖尿及高血壓病人提供持續、全面和以實證為本的治理；
2. 提升病人和照顧者的能力；及
3. 讓市民大眾更清楚知道預防及正確地治理這兩種主要慢性疾病的重要性。

這些概覽借鑒國際經驗及最佳實證，為基層醫療環境下執業提供整體參考，及支

援在本港推廣基層醫療服務的政策。然而，鑒於臨床實踐及病人參與須與科學進步的步伐一致，為確保概覽反映最新醫學發展及實證，藉以為最佳實踐提供參考，專責小組成立了兩個臨床諮詢小組，定期檢討及更新參考概覽。臨床諮詢小組由來自學術界、專業團體、公私營基層醫療界別的專家及病人組織組成，他們以個人名義擔任小組成員，而並非以所屬的機構作為代表。

本港不同界別專業醫護人員的支援及認可，對推廣採納此參考概覽起著重要作用。我們希望參考概覽有助促進醫療服務的協調、加強治理的持續性、推廣以實證為本的實踐、提升病人及照顧者的能力，以及加強社區內市民大眾對預防及治理這兩種主要慢性疾病的意識。

葛菲雪教授



基層醫療概念模式及
預防工作常規專責小組召集人

證據陳述及建議級別的註解[#]

證據級別

1++	高質素的隨機對照試驗統合分析、系統綜述，或偏頗風險極低的隨機對照試驗
1+	嚴謹的隨機對照試驗統合分析、系統綜述，或偏頗風險偏低的隨機對照試驗
1-	隨機對照試驗統合分析、系統綜述，或偏頗風險偏高的隨機對照試驗
2++	高質素的病例對照研究或隊列研究系統綜述 高質素的病例對照研究或隊列研究，因干擾、偏差或偶發機會而得出結果的風險極低，因果關係屬高概率
2+	嚴謹的病例對照研究或隊列研究，因干擾、偏差或偶發機會而得出結果的風險偏低，因果關係屬中概率
2-	干擾、偏差或偶發機會風險偏高的病例對照研究或分組研究，有很大機會屬非因果關係
3	非分析研究，例如病例報告、病例系列
4	專家意見

[#] 根據 Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) 分級

建議的級別

甲級	進行至少一次統合分析、系統綜述，或隨機對照試驗評級為 1++，並直接適用於目標人口；或 隨機對照試驗的系統綜述或包含大量主要評級為 1+ 的研究的大量證據，直接適用於目標人口，以及顯示結果的整體一致性
乙級	包含大量評級為 2++ 的研究證據，直接適用於目標人口，以及顯示結果的整體一致性；或 評級為 1++ 或 1 的研究所得出的推斷證據
丙級	包含大量評級為 2+ 的研究證據，直接適用於目標人口，以及顯示結果的整體一致性；或 評級為 2++ 的研究所得出的推斷證據
丁級	證據級別 3 或 4；或 評級為 2+ 的研究所得出的推斷證據

意向聲明

本概覽是根據全球最佳實證編制而成。與所有概覽一樣，本概覽旨在支援疾病治理的決定，並肯定所有病人都是獨一無二的個體，擁有他們本身的需要。專責小組致力提供準確及最新的資訊。由於概覽只是支援疾病治理的決定，因此並非強制執行。概覽亦不應詮釋為有任何法律效力的文件，而是應當詮釋為專業實務參考。個別病人的治療標準須依據具體個案所涉及的所有事實及實際情況而釐定。隨著科學知識及技術日益進步，醫療方式亦不斷發展，有關標準亦可能會轉變。疾病治理須由負責就具體治療程序或醫療計劃作臨床決定的適當基層醫療人員進行。負責的基層醫療人員須與病人討論可行的診斷及治療方案之後，以定訂具體的治療程序或醫療計劃。

第 1 章 流行病學

高血壓是指血管壁所受到的壓力高於正常水平，如收縮壓 ≥ 140 毫米水銀柱 (mmHg) 或舒張壓 ≥ 90 mmHg 則被視為高血壓¹。如未能有效控制高血壓，會增加患上心臟衰竭、冠心病、腎衰竭及中風的風險。

高血壓在香港是相當普遍的疾病。衛生署在二零一四至二零一五年間所進行的人口健康調查結果顯示，年齡在 15 歲或以上的人口中，約 27% 血壓偏高²。患病情況隨着年齡增長而提高，15 至 24 歲人士為 4.5%，65 至 84 歲人士則提高至 64.8% (表 1)。此外，在血壓偏高的 27% 人口中，接近半數人士 (13.2%) 並不察覺本身的情況，而是透過該次調查才發現自己血壓偏高。

表 1：按年齡組別劃分本港的高血壓患病情況²

年齡組別 (年齡)	自我申報，經醫生診斷為患有高血壓 (%)	沒有被診斷但在調查中驗出血壓偏高 (%)	合計 (%)
15-24	1.0	3.4	4.5
25-34	0.4	5.2	5.6
35-44	3.9	11.3	15.2
45-54	10.5	16.2	26.7
55-64	27.0	19.4	46.4
65-84	43.8	20.9	64.8
所有年齡組別	14.6	13.2	27.7

第 2 章 人群為本的介入措施及 貫穿人生歷程的方針

一如其他慢性疾病，高血壓對醫護服務系統帶來重大的考驗。為急性疾病患者所提供的傳統護理服務，已不足以應付患上如高血壓等慢性疾病患者的需要。我們需要一個更有系統的模式以提供護理服務予患有慢性疾病的人士。根據臨床試驗和許多實際環境報告，跨專業團隊的護理服務模式能夠有效地控制高血壓的病情。近年來，在控制及治理慢性疾病方面，人口為本的模式受到重視。此模式旨在涵蓋問題的整體層面，由健康推廣、疾病預防及治療以至康復。為達到此總體目標，當局採取積極主動方式，其中包括第一級、第二級及第三級的預防，即推廣健康行為以減低疾病風險、及早偵測疾病，以及優質治理，最終目標是減少出現併發症及降低相關發病率和死亡率。

在人生歷程中不同階段出現的因素可影響患上慢性疾病包括高血壓和心血管疾病等的風險。這些可以改善的風險因素對身體的影響，會隨著年齡漸長而增加，而對體質欠佳人士的影響尤為顯著。主要的慢性疾病通常都有共通的風險因素，例如環境情況欠佳、缺乏社會照顧、不健康的飲食習慣、缺乏運動、酗酒和吸煙。因此，採取貫穿人生歷程的方針，再按照不同人口組別的需要和風險來防止發病及減慢病情惡化的速度，在預防及控制慢性疾病方面是有必要及有利的。

第3章 基層醫療在治理高血壓方面所擔當的角色

基層醫療是醫療制度中的第一個接觸點，大多數市民均可享用有關服務。已獲支援及接受培訓的基層醫療服務提供者能在社區內為高血壓患者（特別是病情穩定的病人）提供協調護理，並且可以識別高危人士以便轉介給其他專科跟進。基層醫療專業人員會運用家庭醫學原則，考慮個別病人的需要及感受，並與其他醫護專業人員例如營養師、護士、職業治療師、視光師、藥劑師及物理治療師的緊密合作，以便提供以病人為中心、持續而全面的醫護服務。

在治理高血壓等慢性疾病時，基層醫療專業人員宜持續教育病人有關疾病知識，以減低患病風險、及早診斷疾病、評估病人需要、監察治療反應及對治療方案的依從性、找出治療障礙，例如病人關注的問題及存有的誤解。此外，他們可提供全人護理，即治療病人的疾病同時，也能關顧病人的心理社交問題、提升病人改變行為的能力及應付特別情況的技能，例如處理結婚、懷孕、旅遊及患病等情況。由於高血壓及其併發症的第一級、第二級及第三級預防涉及不同的服務，因此基層醫療專業人員需要與不同界別的人士協調。由此可見，基層醫療團隊與專科及醫院團隊有必要有更緊密的合作和協調。

第 4 章 病人教育

病人教育是治理高血壓的基石，病人（及其照顧者）可以透過教育掌握面對疾病的適當知識和技巧。高血壓病人必須認識有關疾病性質、後果及治療的基本知識，以及需要了解接受治療、依從建議治療方案及自我管理的權利及責任。基層醫療人員及其他醫療專業人士應協助病人消除誤解，處理病人對疾病及治療的憂慮（例如害怕長期服藥），並應提高患者的風險意識、協助他們培養健康生活習慣及鼓勵患者進行定期檢測³。

第 5 章 參考概覽的目的

制訂此「高血壓參考概覽 - 成年高血壓患者在基層醫療的護理」的目的是為了提供最新的實證醫學資料，並建議治療大綱作為參考，希望藉此減少併發症（包括心血管疾病）所造成的醫療負擔。此外，本參考概覽亦希望向患有或有機會患上高血壓的成年人提供參考，以提升他們的自我管理能力及使他們更積極主動地控制自身的疾病。

本參考概覽採用了 Scottish Intercollegiate Guidelines Network(SIGN) 所建議的證據及建議級別。一般來說，甲級建議由第 1 級證據支持，至於第 2 及 3 級證據則被視為公正的證據。

第 6 章 項目 1：預防高血壓— 採取健康的生活模式

要減低人口中高血壓的發病率，有以下兩個相輔相成的方法：

- “以人群為本”，目的是減低整體人口患上高血壓的平均風險水平。須採取的介入措施包括：
 - » 增加運動量
 - » 改善飲食和營養
 - » 避免在飲食中攝取過多鹽分及
 - » 預防和治療超重和肥胖
- “以個人 / 高危人士為本”，目的是確定那些是患上高血壓的高風險人士，並向他們提供適當意見及幫助他們減輕體重和增加運動量，以減低他們患上高血壓的風險，亦應抓緊機會為有多項高血壓風險因素的人士提供意見和支援，及早把風險減至最低。

建議

建議高風險人士和高血壓患者保持理想的體重，減低在飲食中攝取的鹽分，戒煙和實踐健康生活模式。

甲

支持證據

血壓高於正常的人士，包括第 I 期高血壓患者 (參看表 1)，可以改變生活模式，例如減輕體重、減低鈉的攝取量、增加運動量和調節飲食，以降低血壓和減低患心血管疾病的風險⁴。

1+

第 7 章 項目 2：及早識別高血壓患者

例行量度血壓有助發現高血壓，也可為血壓正常的病人提供有用的基線血壓記錄。有關血壓分類和血壓檢查次數的建議見表 2。

建議

最少每兩年一次為所有 18 歲或以上成人量度血壓⁵。

甲

表2. 診間血壓分類^{註1}〔根據世界衛生組織(WHO)的聲明^{1a}及歐洲心臟病學會(ESC)和歐洲高血壓學會(ESH)聯合制定的指南^{1b}編寫而成〕和相應的覆診相隔時間及行動的建議

血壓分類	血壓水平(mmHg) ^{註2註4}		建議覆診相隔時間 ^{註3}	行動
	收縮壓	舒張壓		
理想血壓	<120	<80	兩年內再次檢查	鼓勵實行健康生活模式
正常血壓	120-129	80-84	每年檢查一次	改善生活模式
正常高值血壓	130-139	85-89	六個月檢查一次	改善生活模式
高血壓一級	140-159	90-99	兩個月內確定是否患上高血壓	改善生活模式
高血壓二級	160-179	100-109	一個月內再作評估	<ul style="list-style-type: none"> 一個月內接受治療^{註5} 改善生活模式
高血壓三級	≥180	≥110	一星期內作進一步評估和治療	<ul style="list-style-type: none"> 如確定屬高血壓，應開始藥物治療 如病人出現惡性高血壓的特徵(參閱資料匣2)，應立即轉介至醫院跟進 改善生活模式

- 註1. 血壓的分類是基於坐著量度的診間血壓。如收縮壓和舒張壓水平在不同的分類，類別較高的分類應被使用為血壓水平的分類。應該紀錄三次坐著量度的診間血壓，每次量度應相隔 1-2 分鐘，並且僅當頭兩次的血壓讀數相差 >10 mmHg 時才進行額外第三次的量度。血壓的記錄為最後兩次血壓讀數的平均值。高血壓的診斷不應基於單次就診時的一組血壓讀數，除非血壓顯著升高（例如高血壓三級），並且有明確證據表明有高血壓已造成的器官損傷。^{1b} 使用由兩次或以上的不同情況獲得的兩次或以上的血壓讀數平均值來估計個人的血壓水平。⁶
- 註2. 如收縮壓和舒張壓的分類有別，可按較短的覆診相隔時間覆檢血壓。
- 註3. 調整覆診相隔時間可根據有關過往血壓度數、有否其他心血管疾病風險因素或有否目標器官疾病等而定。
- 註4. 當考慮診斷為高血壓時，應分別於雙臂量度血壓⁷
- 若量得雙臂的血壓讀數相差多於15毫米水銀柱(mmHg)，需再次量度雙臂血壓。
 - 若第二次量度雙臂的血壓讀數仍然相差超過 15 毫米水銀柱(mmHg)，以後應量度較高血壓讀數的手臂。
 - 雙臂的血壓讀數相差15毫米水銀柱(mmHg)或以上，可以識別為有高風險患有無症狀的周邊血管疾病（例如鎖骨下動脈狹窄）和死亡的患者，這些患者可能會從進一步評估中受益。^{7a}
- 註5. 對於高血壓三級，如果明確證據表明有高血壓已造成的器官損傷（例如有滲出液和出血的高血壓性視網膜疾病、左心室肥厚或有血管或腎功能損害），則在單次就診時即可確診為高血壓。^{1b}

第 8 章 項目 3：成年高血壓患者的臨床護理

有效的高血壓治療，可預防或延緩多種高血壓併發症的出現，特別是心血管疾病和腎臟併發症。以藥物控制血壓也可發揮重要作用。不過，治理高血壓更取決於病人積極參與及自我管理的決心，實踐健康生活模式，還有及早發現和治療新出現的心血管風險因素及併發症，也是治療高血壓的重要元素。

8.1 對高血壓患者作初步評估和檢驗

在確診後，基層醫療專業人員應為病人進行全面的檢查以評估是否存在心血管疾病危險因素或其他問題，因為這些因素或會影響診斷結果和治療方法（資料匣 1）。

資料匣 1 心血管疾病的危險因素¹

- 吸煙
- 肥胖
- 缺乏運動
- 血脂異常
- 糖尿病
- 微蛋白尿或腎小球濾過率估計 (estimated GFR) 每分鐘低於 60 毫升
- 年齡 (55 歲以上的男性和 65 歲以上的女性)
- 家族成員曾患原發性高血壓及早發性心血管疾病 (男性 55 歲以下或女性 65 歲以下)

8.2 成年高血壓患者的治療

治療目的是盡量減低整體心血管疾病的風險，要求如下：

- 改善風險因素，例如改變生活習慣、戒煙
- 保持理想血壓控制及
- 監察患者可能出現的併發症，如出現有關徵狀，應及早轉介予專科以接受治療

8.2.1 改變生活模式

對所有人來說，奉行健康的生活方式是預防高血壓的良方，而對高血壓患者來說，健康的生活方式更是治療方案中不可或缺的一環⁸。改變生活模式如注意日常飲食健康，減少高鹽食物，定時運動及保持心境輕鬆能使血壓下降，加強降血壓藥的效用，以及減低心血管疾病的風險。

8.2.1.1 控制體重

建議

鼓勵超重和肥胖^a的高血壓患者減輕體重。

甲

支持證據

- 一項研究顯示，當一組超重的成人減去 9.5 磅 (4.3 公斤)，6 個月後，他們的收縮壓即下降 3.7mmHg，舒張壓則下降 2.7mmHg⁹。另一項研究亦表明，一項為期 18 個月的減輕體重介入項目能長遠減低血壓在正常偏高範圍的人士的高血壓發病率達 77%¹⁰。

1+

^a 根據衛生署所採用的華裔成年人體重指標分類，體重指標達 23.0 kg/m² 至少於 25.0 kg/m² 即屬超重，而體重指標達 25.0 kg/m² 或以上即屬肥胖。

8.2.1.2 健康飲食

建議

每日進食 5 份的水果和蔬菜，並減少總脂肪和飽和脂肪的攝取量。

甲

支持證據

- 研究顯示，高血壓患者因實行防治高血壓的膳食計劃 (Dietary Approaches to Stop Hypertension)¹¹ 而受益。這膳食計劃含大量蔬果及低脂奶類製品，而食物膽固醇、飽和脂肪及總脂肪的成分亦較低。

1+

8.2.1.3 低鈉飲食

建議

鼓勵所有高血壓患者把鈉攝取量減至每天少於 5 克 (約 1 茶匙食鹽)。

甲

支持證據

- 當一組血壓超過 120/80mmHg 的成年人，每天食物鹽分攝取量由 9 克減至 3 克，他們的收縮壓和舒張壓可分別下降 6.7mmHg 和 3.5mmHg^{11,12,13}。

1+

8.2.1.4 增加運動量

建議

建議高血壓病人增加身體活動量，並盡可能定期運動。

甲

支持證據

- 高血壓人士如定期進行帶氧運動，收縮壓可下降 4.94mmHg，舒張壓則下降 3.73mmHg¹⁴。

1+

8.2.1.5 減少飲酒

建議

高血壓患者應減少飲酒，男性每天不多於 2 個標準酒量^b，女性則不多於 1 個標準酒量。

甲

支持證據

- 減少飲酒能顯著減低收縮壓和舒張壓的平均值，平均血壓值的下降與減少飲酒的份量有著劑量反應關係¹⁵。 1++
- 在以人口為本的大型調查中，每天飲超過 3 個標準酒量的男士，其高血壓的病發率會有所增加，這種增加可以是以直線的劑量關係，或以一種門檻的型式，即飲酒的份量減少，其高血壓的病發率會適度減少。每天飲酒超過 2 個標準酒量的女士及每天飲酒超過 3 個標準酒量的男士，長遠而言，其高血壓的病發率會有所增加^{16,17}。酗酒的人士如能戒酒，其血壓則會顯著下降¹⁸。 1++

有關飲酒的篩查、介入及酒精相關害處的資訊，請參閱衛生署網頁 www.change4health.gov.hk/tc/alcoholfails/

^b 每一標準酒量含 10 克純酒精。一個標準酒量單位相等於約 250 毫升含 5% 酒精的啤酒、一小杯 (100 毫升) 含 12% 酒精的葡萄酒、或一杯酒吧標準容器 (30 毫升) 含 40% 酒精的烈酒。

8.2.1.6 戒煙

建議

鼓勵所有高血壓患者戒煙。

甲

支持證據

- 戒煙是最直接及有效的方法去減低患上心血管疾病的風險。吸煙所引致的高血壓是間接令吸煙人士患上中風及心血管疾病，亦明顯會妨礙高血壓的治療^{19,20}。 1++
- 吸煙會導致血壓上升²¹。就算使用無煙的煙草及雪茄也會引致血壓上升²²。戒煙可減低整體心血管疾病風險，每天吸煙的數量與誘發冠心病和中風的風險，有著明顯的劑量反應關係²³。 1++
2++

如需要戒煙協助，請參閱附錄 1 以獲取更多關於戒煙的資料。

有關協助病人戒煙的實用方法及詳情，請參閱戒煙單元
https://www.healthbureau.gov.hk/pho/rfs/tc_chi/pdf_viewer.html?file=download66&title=string81&titletext=string53&htmltext=string53&resources=11_en_Module_on_Smoking_Cessation

8.2.2 藥物治療

高血壓治療以改善生活習慣開始，如未能因此而達至理想的血壓水平，則必須考慮加上藥物治療。在選擇藥物治療時，應考慮病人對個別藥物的適應性及禁忌症。

建議

如高血壓患者在改變生活習慣 6 個月後，其收縮壓仍持續在或高於 140mmHg 或舒張壓持續在或高於 90mmHg，或如已出現目標器官的損害，應考慮給予此類高血壓患者藥物治療。

甲

支持證據

- 最理想高血壓治療對照實驗 (Hypertension Optional Treatment) 發現，積極降低高血壓患者的血壓能減少心血管疾病²⁴。

1++

8.3. 理想血壓水平

高血壓與心血管疾病的風險，這兩者有著持續的關係。總的來說，有高風險心血管疾病的人士，應更積極地降低其血壓水平。

8.3.1 沒有併發症的高血壓患者

建議

沒有併發症的高血壓患者的初期目標血壓水平應低於 140/90mmHg；而對於耐受性良好的病人，其目標血壓應定為 130/80mmHg 或以下。^c

甲

支持證據

將收縮壓控制於 140mmHg 以下，能減低所有主要的心血管結果 (包括死亡) 的相對風險；而將收縮壓控制於 130mmHg 以下亦能達到相似的效益。後者在比較組別的收縮壓為 130-139mmHg 時亦然。另外，相對於較高的舒張壓數值，將舒張壓控制於 89-80mmHg 或低於 80mmHg 能減低所有主要的心血管結果。^{24a}

1++

8.3.2 高血壓及糖尿病患者

建議

高血壓及糖尿病患者目標血壓水平應低於 130/80mmHg。

甲

支持證據

- 相較沒有嚴格控制血壓的高血壓及二型糖尿病患者組別，有較嚴格控制血壓的組別錄得較少的心血管疾病次數²⁵。
- 糖尿病患者如編入控制血壓較嚴緊的組別 (如舒張壓低於 80mmHg)，是最有效減低心血管疾病病發的次數²⁵。血壓更低對數糖尿病人更有益處。

1++

1++

^c 若高血壓患者屬年輕、超重/肥胖、吸煙或有其他心血管病風險因素，建議將血壓控制於較低水平。

8.3.3 高血壓及慢性腎病患者

建議

高血壓及慢性腎病患者目標血壓水平應低於 130/80mmHg。

甲

支持證據

- 相較目標血壓為低的慢性腎病患者，目標血壓為高的患者有較顯著的腎功能退化²⁶。 1++
- 目標血壓為低的慢性腎病患者組別，其患上腎衰竭及死亡的風險較目標血壓為高的組別低²⁷。 1++
- 蛋白尿多於每天 1 克的慢性腎病患者，其腎病惡化的風險是與收縮壓的水平相關連。例如：收縮壓範圍在110-129mmHg的患者，患上腎病的風險則是最低²⁸。 1++

8.4 覆診和監察

展開抗高血壓藥物治療後，大多數病人應大約二星期內再次覆診，直至達到理想血壓。收縮壓 $\geq 160\text{mmHg}$ 或舒張壓 $\geq 100\text{mmHg}$ 或出現併發症的病人，則需要更頻密的覆診。

一旦達至理想血壓水平，視乎病人情況和醫生評估，可延長覆診期至 6 至 12 個星期。

為監察病人進度，建議設立臨床數據庫，以收集下列資料：

- 血壓；
- 各項風險因素現況及趨勢；
- 藥物療程；
- 按照指示服藥；
- 副作用；
- 目標器官評估結果；以及
- 專科護理等。

除例行覆診外，建議為所有接受抗高血壓治療的病人每年進行評估。

8.5 轉介

基層醫療專業人員能治理大多數沒有併發症的高血壓患者。不過，如出現以下情況，便須轉介專科醫生作評估。

資料匣 2. 轉介專科醫生

立即轉介至醫院
<ul style="list-style-type: none"> ● 惡性高血壓 <ul style="list-style-type: none"> » 舒張壓 >130mmHg » 嚴重尿蛋白 » 視神經乳頭水腫 » 腦病 ● 急進性高血壓：舒張壓 >130mmHg 及視網膜出血 ● 經休息或藥物治療後，血壓仍然持續超過 220/120mmHg ● 懷孕期間： <ul style="list-style-type: none"> » 妊娠期超過 20 周而血壓 \geq140/90mmHg » 呈現先兆子癇的病徵及病狀（例如頭痛、尿蛋白、水腫）
考慮轉介專科醫生
<ul style="list-style-type: none"> ● 懷疑患上繼發性高血壓 ● 年齡為 30 歲或以下 ● 妊娠期不足 20 周的孕婦並患有高血壓但並無先兆子癇的病徵及病狀 ● 出現漸進性併發症（例如目標器官受損）的病人 ● 藥物問題，例如： <ul style="list-style-type: none"> » 嚴重藥物反應 » 抗藥性 » 多種藥物不耐性 » 多種藥物禁忌症 ● 懷孕

第9章 項目4：病人自強

病人自強是加強他們對自我照顧的認知及怎樣預防疾病的了解，例如採納更健康的生活模式、定期做身體檢查和自我監察；並跟家庭醫生合作以管理好如糖尿病、高血壓的慢性疾病。醫護專業人員亦需要與病人建立夥伴關係，以提升他們的自我照顧及自我管理能力。

病人應該認識高血壓的性質、明白有需要長期服藥和維持健康生活模式、知道血壓控制不善的後果和治療選擇等。他們也應了解藥物可能出現的副作用等。教育病人的目的，是提升病人的知識和技能，使他們能夠掌控他們本身的健康，奉行健康生活模式，及遵從治療方案（資料匣3）。

應給予病人資料單張，例如健康飲食、量度血壓技巧的單張。

資料匣3. 病人知識、技能和行為清單

高血壓患者應知道和實行下列各項：

- 認識高血壓的性質
- 明白高血壓可以毫無病徵
- 了解出現併發症的風險及監察血壓的重要性
- 訂定個人治療目標
- 認識對個人生活模式的要求
- 了解運動對治療的重要性，並恆常實踐
- 掌握自我監察血壓和了解血壓讀數的意思，以及在不同的情況下需要採取什麼行動
- 了解藥物的副作用及如出現副作用時應盡快徵詢醫生的意見
- 定期覆診

第 10 章 未來方向

透過制訂及推廣各個參考概覽，同時配合基層醫療服務模式的其他體制上的改革，我們希望能造就更強調預防護理的範式轉移。

本參考概覽將會與時並進，逐步擴展及更新。本參考概覽的應用性取決於能否契合本地的社會結構、環境及需求。若要達到最有效地提供預防護理的目的，需要基層醫療的所有持份者同心協力，透過跨專業合作，建立涵蓋第一層、第二層及第三層預防護理的全面而更積極主動的系統。藉各參考概覽，我們希望能夠：

- 一) 推廣家庭醫生的概念，強調持續、全人及以病人為本的護理工作。
- 二) 提升大眾對疾病預防的重視。
- 三) 促進基層醫療的專業醫護人員與其他專業人士攜手合作，提供協調的服務。
- 四) 透過一個整合的系統，令社區各服務提供者相互交流合作。

附錄 1. 戒煙服務

服務	機構	電話號碼
衛生署綜合戒煙熱線	衛生署	1833 183 (按 1 字)
醫院管理局無煙熱線	醫院管理局	1833 183 (按 3 字), 2300 7272
香港大學青少年戒煙熱線	香港大學	1833 183 (按 5 字), 2855 9557
東華三院戒煙熱線	東華三院	1833 183 (按 2 字), 2332 8977
博愛中醫戒煙服務	博愛醫院	1833 183 (按 4 字), 2607 1222

鳴謝

基層醫療工作小組感謝基層醫療概念模式及預防工作常規專責小組及臨床諮詢小組的成員，對「香港高血壓參考概覽 - 成年高血壓患者在基層醫療的護理」的製作和審閱所作出的寶貴貢獻。

健康與醫生發展諮詢委員會基層醫生工作小組成員名單 (2010 年)

主席：	
周一嶽醫生	食物及衛生局局長
候補主席：	
梁卓偉教授	食物及衛生局副局長
食物及衛生局	
李淑儀女士	食物及衛生局常任秘書長 (衛生)
成員：	
陳秀荷女士	美國友邦保險 (百慕達) 有限公司康護服務部、團體保險及信貸壽險副總裁
陳慧敏醫生	衛生署助理署長 (家庭及長者健康服務)
陳煥堂醫生	養和醫院副院長婦女健康及產科部主管
徐旺仁醫生	卓健亞洲有限公司行政總裁
陳崇一醫生	香港浸信會醫院行政總監
張德喜先生	病人互助組織聯盟外務副主席
朱亮榮醫生	醫院管理局瑪麗醫院及葛量洪醫院老人科主任及顧問醫生
朱偉星醫生	醫院管理局家庭醫學及基層醫療服務主管及統籌兼港島東聯網社區服務副總監
鍾慧儀女士	醫院管理局總行政經理 (專職醫療)
馮玉娟女士	醫院管理局總護理行政經理
葛菲雪教授	香港中文大學公共衛生及基層醫療學院院長及公共衛生講座教授
何錦霞女士	匯豐保險 (亞洲) 有限公司醫療及團體人壽總經理

鳴謝

許家驊醫生	康健國際控股有限公司財務總裁兼執行董事
林露娟教授	香港大學家庭及基層醫療學系主任及教授
劉燕卿女士	消費者委員會總幹事
李弘逸醫生	聖保祿醫院家庭醫學專科醫生
梁世民醫生	香港牙醫學會會長
李國棟醫生	家庭醫學專科醫生 智經研究中心理事
劉良教授	香港浸會大學中醫藥學院院長
羅思偉醫生	醫院管理局策略發展總監
史泰祖醫生	皮膚科及性病科專科醫生
謝鴻興醫生	香港醫學會前任會長
蔡惠宏醫生	香港家庭醫學學院前任院長
黃自傑醫生	Head- Corporate Medical Scheme Services 韋予力醫生醫務所
汪國成教授	香港理工大學副校長 (管理)
胡志城教授	香港理工大學醫療及社會科學院院長
楊超發醫生	西醫工會會長

基層醫療概念模式及預防工作常規專責小組的成員名單 (2010 年)

召集人：	
葛菲雪教授	香港中文大學公共衛生及基層醫療學院院長及公共衛生講座教授
成員：	
區仕仁醫生	醫院管理局新界西聯網服務總監 (社區醫療)
陳麗雲博士	香港大學思源基金健康及社會工作學教授、行為健康教研中心總監、社會工作及社會行政系教授
陳慧敏醫生	衛生署助理署長 (家庭及長者健康服務)
陳煥堂醫生	養和醫院副院長、婦女健康及產科部主管
徐旺仁醫生	卓健亞洲有限公司行政總裁
張德喜先生	病人互助組織聯盟外務前任主席及副主席
程卓端醫生	衛生署助理署長 (健康促進)
朱亮榮醫生	醫院管理局瑪麗醫院及葛量洪醫院老人科主任及顧問醫生
朱偉星醫生	醫院管理局家庭醫學及基層醫療服務主管及統籌兼港島東聯網社區服務副總監
鍾慧儀女士	醫院管理局總行政經理 (專職醫療)
馮玉娟女士	醫院管理局總護理行政經理
許家驊醫生	康健國際控股有限公司財務總裁兼執行董事
林露娟教授	香港大學家庭醫學及基層醫療學系主任及教授
林璨醫生	醫院管理局新界東聯網家庭醫學部門主管、新界東聯網社區協作服務統籌及家庭醫學統籌
梁世民醫生	香港牙醫學會會長
梁士莉醫生	衛生署首席醫生 (家庭健康服務)
梁挺雄醫生	衛生署衛生防護中心監測及流行病學處主任

鳴謝

李國棟醫生	家庭醫學專科醫生 智經研究中心理事
劉良教授	香港浸會大學中醫藥學院院長
羅思偉醫生	醫院管理局策略發展總監
史泰祖醫生	皮膚科及性病科專科醫生
謝鴻興醫生	香港醫學會前任會長
蔡惠宏醫生	香港家庭醫學學院前任院長
汪國成教授	香港理工大學副校長(管理)
黃望斯醫生	醫院管理局港島東聯網家庭醫學及基層醫療服務副顧問醫生
胡志城教授	香港理工大學醫療及社會科學院院長
楊超發醫生	西醫工會會長
楊允賢醫生	醫院管理局港島東聯網兒童及青少年科部門主管、東區尤德夫人那打素醫院兒童及青少年科部門主管

高血壓參考概覽臨床諮詢小組成員名單 (2010 年)

召集人：	
葛菲雪教授	香港中文大學公共衛生及基層醫療學院院長及公共衛生講座教授
成員：	
陳潔玲醫生	私人執業醫生
張德喜先生	病人互助組織聯盟外務副主席
潘國範先生	新健社 (中風患者及家屬互助社) 主席
趙慧卿女士	醫院管理局港島東聯網家庭醫學及普通科門診粉嶺家庭醫學中心病房經理
蔡堅醫生	香港醫學會會長
朱偉星醫生	醫院管理局家庭醫學及基層醫療服務主管及統籌兼港島東聯網社區服務副總監
許家驊醫生	康健國際控股有限公司財務總裁兼執行董事
許燕芬醫生	衛生署長者健康服務顧問醫生
林露娟教授	香港大學家庭醫學及基層醫療學系主任及教授
劉柱柏醫生	心臟專科醫生
劉雪婷醫生	Co-Chairperson, Central Committee on Cardiac Service, Hospital Authority 瑪嘉烈醫院內科及老人科顧問醫生
李錦滔教授	香港中文大學內科及藥物治療部腎科主任
李深和醫生	香港醫務委員會執照醫生協會前會長

鳴謝

曾昭義醫生	衛生署家庭醫學顧問醫生
謝鴻發教授	香港大學內科學系心臟科教授
黃品立醫生	心臟專科醫生
黃至生教授	香港中文大學公共衛生及基層醫療學院副教授
王國耀醫生	香港心臟專科學院候任院長
黃敏瑩醫生	醫院管理局港島東聯網家庭醫學及基層醫療服務副顧問醫生
王壽鵬醫生	心臟專科醫生
楊超發醫生	西醫工會會長
余卓文教授	香港中文大學內科及藥物治療學講座教授

香港參考概覽專家小組在2021至2023年期間，支援此參考概覽的更新及發展工作。醫務衛生局衷心感謝專家小組成員的寶貴貢獻。

香港參考概覽專家小組成員(2021-2023年)

香港中文大學家庭醫學範疇之代表	黃至生教授 (召集人)
香港大學骨範疇之代表	忻振凱醫生 林楚賢醫生(自 2021 年 5 月起) (召集人)
香港大學心臟範疇之代表	謝鴻發教授
香港大學內分泌及糖尿範疇之代表	李智豪醫生
香港大學家庭醫學範疇之代表	林大邦醫生
香港大學老人範疇之代表	阮君毓醫生
香港中文大學心臟範疇之代表	甄秉言教授
香港中文大學內分泌及糖尿範疇之代表	馬青雲教授
香港中文大學老人範疇之代表	郭志銳教授
香港中文大學老人精神範疇之代表	林翠華教授
香港中文大學骨範疇之代表	容樹恒教授
醫院管理局心臟範疇之代表	余朝燊醫生
醫院管理局內分泌及糖尿範疇之代表	梁彥欣醫生
醫院管理局家庭醫學範疇之代表	陸雲醫生
醫院管理局老人範疇之代表	康佩玲醫生
醫院管理局骨範疇之代表	李威儀醫生
醫院管理局兒童範疇之代表	高步雲醫生
香港家庭醫學學院代表	劉浩濂醫生
香港社會醫學學院代表	江永明醫生
香港心臟專科學院代表	陳藝賢醫生
香港內科醫學院內分泌及糖尿範疇之代表	江碧珊教授

鳴謝

香港內科醫學院老人範疇之代表	佘國耀醫生
香港兒科醫學院代表	梁卓華醫生
香港骨科醫學院代表	丘偉鵬醫生
香港醫學會代表	蔡堅醫生
香港西醫工會代表	江炎輝醫生 陸偉亮醫生(自 2021 年 8 月起)
香港醫務委員會執照醫生協會代表	張漢明醫生
香港護理專科學院代表	曾家傑博士
香港物理治療學會代表	黃宇樂博士
香港職業治療學會代表	鄭慧慈女士
香港營養師協會代表	林思為女士 莫穎嫻女士(自 2022 年 1 月起)
衛生署學生健康服務代表	鍾偉雄醫生
衛生署老人健康服務代表	李兆妍醫生
衛生署家庭健康服務代表	盧艷莊醫生
衛生署專業發展及質素保證代表	潘明慧醫生

參考資料

1. U.S. Department of Health and Human Services. The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. [Internet]. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services; c2004. Available from: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.pdf>
- 1a. Whitworth JA; World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group. 2003 World Health Organization (WHO)/ International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension. *J Hypertens*. 2003 Nov;21(11):1983-92.
- 1b. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. *J Hypertens*. 2018 Oct;36(10):1953-2041.
2. Department of Health. Report on Population Health Survey 2014/15. Hong Kong SAR: Department of Health; 2017.
3. Nolte E, McKee M. Caring for people with chronic conditions – A health system perspective. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Berkshire: Open University Press 2008.
4. Writing Group of the PREMIER Collaborative Research Group. Effects of comprehensive lifestyle modifications on blood pressure control: main results of the PREMIER clinical trial. *JAMA*. 2003; 289: 2083-2093.
5. The Royal Australian College of General Practitioners. Guidelines for preventive activities in general practice (the red book) 8th edition. [Internet]. South Melbourne (Australia): The Royal Australian College Of General Practitioners; c2012. Available from: <http://www.racgp.org.au/your-practice/guidelines/redbook/>
6. Kaplan N, Victor R. Kaplan's clinical hypertension. 10th ed: Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
7. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Hypertension in adults: diagnosis and management (NG136) [Internet]. London (UK): NICE; Aug 2019 [cited 8 Apr 2021]. Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng136>.
- 7a. Clark CE, Taylor RS, Shore AC, Ukoumunne OC, Campbell JL. Association of a difference in systolic blood pressure between arms with vascular disease and mortality: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2012;379:905–914.
8. Whelton PK, He J, Appel LJ, Cutler JA, Havas S, Kotchen TA, et al. Primary prevention of hypertension: clinical and public health advisory from The National High Blood Pressure Education Program. *JAMA*. 2002; 288:1882-8.

9. The Trials of Hypertension Prevention Collaborative Research Group. Effects of weight loss and sodium reduction intervention on blood pressure and hypertension incidence in overweight people with high-normal blood pressure. The Trials of Hypertension Prevention, phase II. *Arch Intern Med.* 1997;157:657-67.
10. He J, Whelton PK, Appel LJ, Charleston J, Klag MJ. Long-term effects of weight loss and dietary sodium reduction on incidence of hypertension. *Hypertension.* 2000; 35:544-9.
11. Sacks FM, Svetkey LP, Vollmer WM, Appel LJ, Bray GA, Harsha D, et al. Effects on blood pressure of reduced dietary sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) diet. DASH-Sodium Collaborative Research Group. *N Engl J Med.* 2001;344 :3-10.
12. Vollmer WM, Sacks FM, Ard J, Appel LJ, Bray GA, Simons-Morton DG, et al. Effects of diet and sodium intake on blood pressure: subgroup analysis of the DASH-sodium trial. *Ann Intern Med.* 2001;135:1019-28.
13. Chobanian AV, Hill M. National Heart, Lung, and Blood Institute Workshop on Sodium and Blood Pressure: A critical review of current scientific evidence. *Hypertension.* 2000; 35:858-63.
14. Kelley GA, Kelley KS. Progressive resistance exercise and resting blood pressure: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension.* 2000; 35:838-43.
15. Xin X, He J, Frontini MG, Ogden LG, Motsamai OI, Whelton PK. Effects of alcohol reduction on blood pressure: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Hypertension* 2001;38:1112-7.
16. Fuchs FD, Chambless LE, Whelton PK, Nieto J, Heiss G. Alcohol consumption and the incidence of hypertension: the Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Hypertension* 2001;37:1242-1250.
17. Thadhani R, Camargo CA, Jr, Stampfer MJ, Curhan GC, Willett WC, Rimm EB. Prospective study of moderate alcohol consumption and risk of hypertension in young women. *Arch Intern Med* 2002;162:569-574.
18. Anguiera MT, de la Sierra A, Coca A, Estruch R, Fernandez-Sola J, Urbano-Marquez A. Effect of alcohol abstinence on blood pressure: assessment by 24-hour ambulatory blood pressure monitoring. *Hypertension* 1999;33:653- 657.
19. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ* 2004;328:1519-1533.
20. Kawachi I, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC, Manson JE, Rosner B, et al. Smoking cessation and time course of decreased risks of coronary heart disease in middle-aged women. *Arch Intern Med* 1994;154:169-175.

21. Oncken CA, White WB, Cooney JL, Van Kirk JR, Ahluwalia JS, Giacco S. Impact of smoking cessation on ambulatory blood pressure and heart rate in postmenopausal women. *Am J Hypertens* 2001;14:942-949.
22. Bolinder G, de Faire U. Ambulatory 24-h blood pressure monitoring in healthy, middle-aged smokeless tobacco users, smokers, and nontobacco smokers. *Am J Hypertens* 1998;11:1153-1163.
23. Asia Pacific Cohort Studies Collaboration. Smoking, quitting, and the risk of cardiovascular disease among women and men in the Asia-Pacific region. *Int J Epidemiol* 2005;34:1036-45.
24. Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, Dahlöf B, Elmfeldt D, Julius S, et al. Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. HOT Study Group. *Lancet* 1998;351:1755-62.
- 24a. Thomopoulos C, Parati G, Zanchetti A. Effects of blood pressure lowering on outcome incidence in hypertension: 7. Effects of more vs. less intensive blood pressure lowering and different achieved blood pressure levels - updated overview and meta-analyses of randomized trials. *J Hypertens* 2016;34:613– 622.
25. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UKPDSA 38. UK Prospective Diabetes Study Group. *BMJ* 1998;317:703-13.
26. Peterson JC, Adler S, Burkart JM, Greene T, Hebert LA, Hunsicker LG, et al. Blood pressure control, proteinuria, and the progression of renal disease. The Modification of Diet in Renal Disease Study. *Ann Intern Med* 1995;123:754.
27. Sarnak MJ, Greene T, Wang X, Beck G, Kusek JW, Collins AJ, et al. The effect of a lower target blood pressure on the progression of kidney disease: Long-term follow-up of the modification of diet in renal disease study. *Ann Intern Med* 2005;142:342-51.
28. Jafar TH, Stark PC, Schmid CH, Landa M, Mascho G, de Jong PE, et al. Progression of chronic kidney disease: The role of blood pressure control, proteinuria, and angiotensin-converting enzyme inhibition:

