

# 2016 高血壓治療指引 民衆版衛教手冊

本手冊依據2015年中華民國心臟學會暨台灣高血壓學會高血壓治療指引編印



社團法人台灣高血壓學會 編印  
財團法人腦血管疾病防治基金會 贊助製作

中華民國心臟學會  
Taiwan Society of Cardiology  
網址：[www.tsoc.org.tw](http://www.tsoc.org.tw)

社團法人台灣高血壓學會  
Taiwan Hypertension Society  
網址：[www.ths.org.tw](http://www.ths.org.tw)

贊助單位：  
財團法人腦血管疾病防治基金會  
Cerebrovascular Diseases Prevention and Treatment Foundation  
臉書網址：<https://www.facebook.com/CVDPTF>

手冊電子檔下載



發行日期：2016年1月

# 目錄

序文 高明見教授 .....	1
前言 吳造中教授 .....	3
一、如何正確測量血壓 .....	4
二、血壓目標值 .....	8
三、改變生活型態 .....	10
四、藥物治療 .....	13
編著者群 .....	17

## 序文

腦中風的確可怕，而且大多數中風也是突發性，但是中風是可以預防，更是可以治療的，因為高血壓就是最常見的中風危險因子，但卻是可以治療的。

根據台灣衛生福利部國民健康署的統計，台灣兩千三百萬人中，約有 24% 的人患有高血壓，尤其是 60 歲以上的老年人，每兩人中就有一人有高血壓問題，而導致每六人中就有一人終其一生會發生中風。台灣近年來已進入高齡化社會，相信高血壓的盛行率將會日趨升高，但是這些高血壓的病人，真正獲得有效控制血壓的人卻不到三成，可見國人對於高血壓的認知與重視，尋求正確醫療與遵循醫囑的問題，急待宣導及加強改進。

眾所周知，高血壓是導致中風，造成殘障甚至死亡的主要危險因子，但是這危險因子也是容易治療控制的，良好的血壓控制，可以明顯且有效降低腦中風及心肌梗塞的風險。

欣悉中華民國心臟學會及台灣高血壓學會，最近參酌美國 2003 年及 2013 年第七版及第八版高血壓治療指

引，並融入台灣本土臨床研究經驗，發表 2015 年本土版高血壓治療指引，而本手冊則是由國內多位有關學者節錄其中重要章節所編著而成，提供民眾參考，期能提升國人高血壓的控制率。

本基金會近年來積極推動並獎勵醫院於黃金三小時內施打血栓溶解劑，黃金六小時內施行動脈內血栓摘除術，治療急性缺血性中風病人，並促進醫院成立中風急救團隊，已獲得相當的成效。

有鑑於高血壓是腦中風的主要危險因子，但是如能好好加以控制，便能有效降低中風的風險。有幸獲得台灣高血壓學會的同意，贊助出版本手冊，提供民眾及基層有關醫護人員參考，以促進國人對高血壓的認知與重視，使民眾能夠及早尋求正確的診治及醫囑，提升高血壓的控制率，減少中風的風險，促進及維護國人的健康。

財團法人腦血管疾病防治基金會  
董事長 高明見 台灣大學名譽教授  
2016 年 1 月 撰於台北

2

## 前言

高血壓不但在台灣極為普遍，還是造成全球疾病最重要的危險因子。根據流行病學資料顯示，在影響全球人類壽命前 25 大危險因子中，高血壓於 1990 年排名第 4，但在 2010 年已上升到第 1 位。另外全球約 54% 的中風和 47% 的冠狀動脈心臟病肇因於高血壓。台灣高血壓的盛行率在男性為 25%，女性為 18%，在 60 歲以上的老人則上升到 47%。近年來由於肥胖和代謝症候群的患病率激增，也使台灣高血壓盛行率有上升趨勢。

儘管高血壓是造成心血管疾病或死亡的主要危險因子，高血壓的控制率在各國均普遍偏低，除了美國，大多數國家通常低於 50%。例如，2009 年英國控制率為 32.0%，日本為 24.8%；2002 年台灣控制率男性只有 21%，女性為 29%。因此醫學界和公衛界皆大力推動高血壓防治，希望提升台灣高血壓控制率及降低高血壓引起的致病、殘障和死亡。

亞洲高血壓病患的特性與歐美大不相同，亞洲心血管疾病以中風為主，高血壓防治更形重要。而歐美心血管疾

3

病則較為冠狀動脈心臟病，主要與膽固醇過高有關。此外，高血壓對於亞洲患者的傷害較高，同樣血壓值增加 15 毫米汞柱，亞洲人罹患中風與冠狀動脈心臟病的機率也遠高於歐美。因此中華民國心臟學會與台灣高血壓學會歷經一年、八次公聽會討論，回顧 450 多篇研究達成一致共識，發表本土版 2015 年高血壓治療指引。本手冊節錄其中重要章節，提供一般民眾參考，冀能提升國人高血壓控制率。

## 一、如何正確測量血壓

高血壓的診斷不是一件困難的事情，但必須先知道如何正確量血壓。全台灣約有四百三十萬高血壓病患，其中卻有一百六十萬人不知道自己患有高血壓，因此增加心血管疾病發生風險。其實只要定期測量血壓，就可以清楚得知自己血壓狀況。高血壓的診斷可以根據三個方式的血壓測量數值來確診病人是否為高血壓：第一方式為診療室血壓測量、第二方式為可攜式二十四小時血壓測量、第三方式為居家血壓測量。以上三個方式所獲得的血壓數值在高血

4

壓診斷上，以可攜式二十四小時血壓測量及居家血壓測量優於診療室血壓測量。

診療室測量血壓的正確方法：測量前病人應預先以下準備，測量血壓前一小時避免進食、喝咖啡、抽煙，前三十分鐘避免做運動。先上完洗手間排空小便同時脫掉上臂袖口厚重衣物以避免干擾壓脈帶使用，並在測量血壓前五分鐘安靜地坐在舒適的環境及有靠背的椅子上，同時雙腿不能交叉且雙腳板自然平放地上。用一個大小適中的壓脈帶環繞於受測者上臂且壓脈帶下緣須距離受測者肘關節線以上二指幅寬，並將壓脈帶置於被測量者心臟同一水平位階。第一次測量血壓左右手都要測量，爾後以較高測量值那側為準。每次量度血壓應測量兩次，間隔一到兩分鐘。針對心房顫動病患若兩次測量值差距較大，可以做第三次測量。

準確度高的血壓計在測量血壓中扮演重要角色。醫護人員常用的水銀血壓計，需要經過專業訓練，使用過程較困難，建議一般民眾還是以上臂式電子血壓計作為家中常備血壓計，且最好經以下國際血壓準確度驗證機構認證：美國醫學儀器協會、英國高血壓學會、及歐洲高血壓學會。

5

可攜式二十四小時血壓測量模式「每十五分鐘至三十分鐘記錄一次血壓值」更可以預測未來病人心血管事件的發生。2001年美國將之納入鑑別真正高血壓病患與白袍高血壓症候群之醫療給付，2011年英國國家健康與卓越照顧機構更將可攜式二十四小時血壓測量用於所有被懷疑有高血壓病人之確診方法，但此方法目前台灣健保署仍未列入醫療給付。

表 1 診療室血壓測量針對高血壓的定義與分類

血壓分類	收縮壓 (mmHg)		舒張壓 (mmHg)
正常	<120	和	<80
高血壓前期	120-139	或	80-90
高血壓第一期	140-159	或	90-99
高血壓第二期	160-179	或	100-109
高血壓第三期	≥180	或	≥110
單獨收縮期高血壓	>140	和	<90

若單獨收縮壓大於 140 毫米汞柱且舒張壓小於 90 毫米汞柱則定義為單獨收縮期高血壓。

6

居家血壓測量對高血壓的定義：收縮壓大於 135 毫米汞柱、舒張壓大於 85 毫米汞柱。最好血壓計是在有效期內且經過國際三家血壓準確度機構任一認證過的自動電子血壓計。一個星期內居家血壓測量至少要有十二至二十五次的血壓測量值，其中最好包含十二次早上血壓測量值及十二次夜間血壓測量值。其優點是：

- 1、預測心臟血管事件優於診療室血壓測量。
- 2、可提供較多的血壓測量數據。
- 3、比起二十四小時可攜式血壓測量可一再重複測量。
- 4、可區別白袍高血壓及隱藏性高血壓。
- 5、除睡眠期間外居家血壓測量可評估白天及夜間降血壓藥物的有效性。
- 6、病人接受程度高。
- 7、相對費用較低。

其缺點是：

- 1、病人需要接受儀器測量血壓的訓練。
- 2、病人可能會用到過期的血壓測量儀器。
- 3、缺乏深夜病人睡眠時的血壓測量值。

7

白袍高血壓的定義是診療室測得的收縮壓大於 140 毫米汞柱、舒張壓大於 90 毫米汞柱，但病人的居家血壓測量收縮壓小於 135 毫米汞柱、舒張壓小於 85 毫米汞柱。其盛行率為 10-15%！我們建議有白袍高血壓的病人應該改變生活型態並規律測量居家血壓。

## 二、血壓目標值

血壓是人體重要的生命徵象之一，為了對應外在環境的變化，血壓亦會隨時適度回應，因此血壓不會是一個固定值，它會隨著時間與季節而有些許變化，它尤其會隨著年齡與罹患的疾病而有不同的標準。

許多研究認為，人類收縮壓由 115 毫米汞柱，舒張壓由 75 毫米汞柱開始上升，其中風及心血管疾病之罹病率或死亡率亦跟著上升。世界衛生組織，美國與歐洲心臟學會及美國國家聯合委員會針對高血壓需要治療的共識是血壓高於 140/90 毫米汞柱。

然而對於年齡及合併其他疾病，血壓控制的目標值，各個研究機構則有不同的看法，我們綜合各學會資料並以

8

中華民國心臟學會與台灣高血壓學會聯合發表之高血壓治療指引為主體，對各類型的高血壓治療目標值做一整合。

- 1、年齡小於 80 歲而無合併冠狀動脈疾病，糖尿病，慢性腎臟病合併蛋白尿，血壓控制標準為低於 140/90 毫米汞柱。
- 2、年齡大於或等於 80 歲，血壓控制標準為低於 150/90 毫米汞柱。
- 3、冠狀動脈疾病，血壓控制標準為低於 130/80 毫米汞柱。
- 4、糖尿病病患，血壓控制標準為低於 130/80 毫米汞柱。
- 5、慢性腎臟病且無蛋白尿併發症，則依正常標準，如果合併蛋白尿則血壓控制應低於 130/80 毫米汞柱。洗腎病患，洗腎前應低於 140/90 毫米汞柱，洗腎後應低於 130/80 毫米汞柱。
- 6、曾經中風病患，血壓目標值應低於 140/90 毫米汞柱，對服用抗血栓藥物預防或治療中風之病患，血壓目標值應低於 130/80 毫米汞柱。

9

雖然高血壓病患在合併不同疾病有不同之治療目標值，但高血壓治療最重要的還是依病患當時所處情況做審慎的治療考量，對於困難處理之病患，尤其要尋求醫療專家協助。

### 三、改變生活型態

改變生活型態是預防及治療高血壓必要的一環。改變生活型態可以降低血壓，因此可以延緩開始使用降血壓藥物的時間，同時也可減少藥物的種類與劑量。改變生活型態包括以下幾種方式：減鈉、限酒、減重、戒菸、節食及運動（表 2）。

**減鈉：**減少鈉的攝取具有降低血壓的效果。對於已經有高血壓的病人或是年長者，減鈉對於降低血壓的效果會更好。減鈉除了可以降低血壓外，還可以減少心血管疾病發生風險。但是也要注意鈉的攝取不要太少，否則反而會增加死亡風險。

**限酒：**過度飲酒會讓血壓增高，因此適當減少酒精攝取能有效降低血壓。

10

**減重：**肥胖會增加心血管疾病死亡率，適當的減重能有效降低血壓。但是要避免太瘦，否則反而會增加死亡風險。

**戒菸：**戒菸目前雖不確定是否能夠降低血壓，但因抽菸的人比較容易發生心肌梗塞及中風，因此戒菸仍是改變生活型態中重要的一環。

**節食：**地中海飲食（多吃蔬果、低脂乳品、全穀類、家禽肉、魚及堅果，少吃甜食、含糖飲料及紅肉）能夠降低血壓，若能合併低鈉飲食則效果更佳。適當的遵循地中海飲食確能有效減少心血管疾病及中風。

**運動：**適量的有氧運動能有效降低血壓。

對您最後的叮嚀：持續遵循生活型態改變，您的血壓就能得到有效控制。

11

表 2 改變生活型態與降低血壓的關係

改變方式	建議	預期降壓 (收縮壓)效果
減鈉*	2.0-4.0 克/天	2.5 毫米汞柱/減鈉 1 克
限酒	男性：小於 30 公克酒精/天 女性：小於 20 公克酒精/天	2-4 毫米汞柱
減重	身體質量指數**：22.5-25.0 (公斤/公尺 <sup>2</sup> )	1 毫米汞柱/減重 1 公斤
戒菸	完全戒除	對血壓影響無確定 效果
節食	地中海飲食：多蔬果 (8-10 份/天)與低脂乳品 (2-3 份/ 天)·少飽和脂肪與膽固醇	10-12 毫米汞柱
運動	有氧·每天至少 40 分鐘·每 週至少 3-4 天	3-7 毫米汞柱

\*1 公克的鈉 = 2.5 公克食鹽(氯化鈉)中的鈉含量。

\*\*身體質量指數 = 體重 (公斤)/身高<sup>2</sup> (公尺<sup>2</sup>)

12

## 四、藥物治療

### 原則

- 1、經過 3 個月飲食與生活型態調整，如果血壓仍高於標準，建議加上藥物治療。
- 2、服用降血壓藥物獲得的好處主要來自血壓下降多寡。
- 3、亞洲人資料顯示 10 毫米汞柱血壓差異可減少百分之 40 的心血管疾病及百分之 30 的中風危險。
- 4、每一顆標準劑量的降血壓藥物約可降 10 毫米汞柱收縮壓及 5 毫米汞柱舒張壓(10/5 原則)。若要降 20 毫米汞柱收縮壓及 10 毫米汞柱舒張壓則必須同時服用兩種不同降血壓機轉的藥物。
- 5、百分之 70 的病人可能須同時使用兩種降血壓藥物才能達標。
- 6、目前有 2 合一及 3 合一的降血壓藥物，可減少病人服用藥物的顆數。
- 7、建議使用的降血壓藥物種類依高血壓病人的臨床情況建議如表 3
- 8、建議您跟醫師討論之前使用藥物的經驗及不適用特定藥物的情形如表 4

13

9、病人要有好的服藥順從性，才能好好控制血壓降低心血管及腎臟疾病。

表 3 建議藥物

臨床情況	藥物
<b>標的器官受損</b>	
左心室肥厚	血管張力素受體阻斷劑
蛋白尿	血管張力素轉化酶抑制劑，血管張力素受體阻斷劑
動脈硬化	鈣離子阻斷劑
<b>合併疾病</b>	
心肌梗塞	乙型交感神經阻斷劑，血管張力素轉化酶抑制劑，血管張力素受體阻斷劑
狹心症	乙型交感神經阻斷劑，血管張力素轉化酶抑制劑，血管張力素受體阻斷劑，長效鈣離子阻斷劑
心臟衰竭	利尿劑，乙型交感神經阻斷劑，血管張力素轉化酶抑制劑，血管張力素受體阻斷劑，醛固酮受體阻斷劑
中風	血管張力素轉化酶抑制劑，血管張力素受體阻斷劑，鈣離子阻斷劑，利尿劑

(續) 表 3 建議藥物

臨床情況	藥物
慢性腎臟病	血管張力素轉化酶抑制劑，血管張力素受體阻斷劑，利尿劑
周邊動脈血管疾病	鈣離子阻斷劑
糖尿病	血管張力素轉化酶抑制劑，血管張力素受體阻斷劑
<b>伴隨情況</b>	
單獨收縮期高血壓	利尿劑，鈣離子阻斷劑，血管張力素受體阻斷劑
代謝症候群	血管張力素轉化酶抑制劑，血管張力素受體阻斷劑
攝護腺肥厚	甲型交感神經阻斷劑

表 4 各類藥物不建議使用的情形

	絕對禁忌	相對禁忌
利尿劑		痛風·低血鉀·代謝症候群·懷孕
乙型交感神經阻斷劑	氣喘·病竇症候群·二或三度房室傳導阻斷	周邊動脈血管疾病·代謝症候群
非 DPH 類鈣離子阻斷劑	病竇症候群·二或三度房室傳導阻斷	收縮不良性心臟衰竭
血管張力素轉化酶抑制劑	雙側腎動脈狹窄·懷孕·血管性水腫	高血鉀
血管張力素受體阻斷劑	雙側腎動脈狹窄·懷孕	高血鉀
腎素阻斷劑	雙側腎動脈狹窄·懷孕	高血鉀
醛固酮受體阻斷劑	高血鉀	
甲型交感神經阻斷劑		收縮不良性心臟衰竭

DPH : dihydropyridine 二氫吡啶

## 編著者群

- 陳文鍾 台灣高血壓學會理事長、羅東博愛醫院院長、台大醫院急診醫學部及心臟內科主治醫師
- 吳造中 台灣高血壓學會教育委員會主任委員、台大醫學院教授、台大醫院心臟內科主治醫師
- 張富全 台灣高血壓學會教育委員會委員、張富全內科診所負責醫師
- 程文俊 台灣高血壓學會教育委員會委員、基隆長庚紀念醫院院長
- 趙嘉倫 台灣高血壓學會教育委員會委員、台大醫院新竹分院副院長
- 林宗憲 台灣高血壓學會教育委員會委員、高雄醫學大學醫學系教授、高醫附醫心臟內科主治醫師
- 王宗道 台灣高血壓學會秘書長、台大醫院心臟內科主治醫師