

2023年欧洲高血压学会高血压指南更新

高血压定义未变 重在改善心血管结局

1 高血压定义仍为诊室血压 $\geq 140/90$ mmHg

高血压仍定义为诊室血压 $\geq 140/90$ mmHg。不过指南指出,诊室血压超过115/75 mmHg后,血压与心血管/肾脏疾病的发病率或死亡率呈持续线性关系。因此,高血压定义主要是为了简化高血压的诊断和治疗决策。

指南在诊室血压分类的原有基础上增加了“单纯舒张期高血压”,定义为收缩压 < 140 mmHg且舒张压 ≥ 90 mmHg。

指南建议将高血压分为3期:

1期:无并发症的高血压,包括无高血压介导

的器官损害(HMOD)、糖尿病、心血管病和慢性肾脏疾病(CKD)的单纯性高血压;

2期:存在靶器官损害、糖尿病或CKD 3期;

3期:存在动脉粥样硬化性心血管病(ASCVD)或CKD ≥ 4 期。

2 重视动态血压和家庭血压监测 不推荐无袖带血压装置

准确测定血压是诊断和管理高血压的基石,但诊室血压测量存在诸多干扰因素,常导致测量结果与实际不符。指南强调,应重视重复测量血压,除非第一次诊室血压达到了3级($\geq 180/110$ mmHg)或心血管高危或存在靶器

官损害。

指南指出,动态血压监测(ABPM)和家庭血压监测(HBPM)能提供更多信息。ABPM的优势包括:24 h平均血压值的重复性更好、与靶器官损害的关联更紧密、对心血管结局和死亡率的预测更好,以及

能够识别白大衣高血压和隐蔽性高血压,区分假性和真性难治性高血压。而家庭血压应在计划就诊前或怀疑血压变化时测量。

指南也强调,在临床实践中,无袖带血压设备不应用于高血压的评估或管理。

3 更新心血管风险因素和血管风险评估

指南建议对所有高血压患者进行心血管风险分层。风险分层对于正常高值血压或1级高血压的患者尤其重要。

指南也指出,无症状器官损伤可量化心血管风险,一旦发生

HMOD,通常都表明风险很高,因此其评估对管理很重要。

而对于2级和3级高血压患者,无论心血管风险水平如何,都应使用药物治疗。

同时,糖尿病被列为影响心血管风险

的一个独立疾病,与HMOD、心血管病、CKD的合并情况无关。

只有控制良好、疾病持续时间短(< 10 年)、没有HMOD证据且没有其他心血管风险因素的糖尿病患者才被归类为中度风险。

4 生活方式干预不能推迟药物治疗

指南指出,无论潜在的血压遗传风险如何,生活方式健康者血压可降低约4~5 mmHg。同时,健康的生活方式措施也可以增强药物干预的降压效果,并减少降压药物。公认的有效生活方式干预措施包括减肥、DASH饮食、减盐、增加钾的摄入、规律运动等。

但非药物干预的治疗策略的致命弱点是不容易坚持,可能会影响工作或家庭习惯。

此外,指南强调,生活方式的改变绝不应推迟药物治疗的启动,降压药带来的益处,仅依赖生活方式的改变是不可能获得的。

5 血压超140/90 mmHg开始用药

指南对不同年龄阶段的高血压患者启动药物治疗的时机进行了推荐:18~79岁的患者,建议开始药物治疗的诊室血压为140/90 mmHg; ≥ 80 岁的患者,开始药物治疗的诊室收缩压

≥ 160 mmHg,收缩压在140~160 mmHg范围内,可考虑启动降压治疗。对于虚弱患者,开始药物治疗应个体化;对于有心血管病史的成年患者,血压 $> 130/80$ mmHg应启动药物治疗。

6 诊室血压 $< 130/80$ mmHg为多数患者降压目标

对于血压控制目标,指南建议:(1)18~64岁成人,诊室血压控制目标为 $< 130/80$ mmHg。(2)65~79岁老年人,首要目标是 $< 140/90$ mmHg,若耐受良好,可考虑降至 $< 130/80$ mmHg。(3)65~79岁单纯收缩期高血压,首要目标是降

至140~150 mmHg,若耐受良好,可考虑控制在130~139 mmHg,但若舒张压已 < 70 mmHg,则需谨慎。(4) ≥ 80 岁,血压应降至收缩压在140~150 mmHg范围内,且舒张压 < 80 mmHg。若耐受良好,可考虑控制在130~139 mmHg范围内,如果舒张

压已 < 70 mmHg,则需谨慎。(5)对于体弱患者,治疗目标应个体化。(6)在药物治疗期间,勿将诊室血压目标设定低于120/70 mmHg。(7)对于 ≥ 80 岁、收缩压 < 120 mmHg或存在严重直立性低血压或虚弱程度高的患者,可减少治疗。

权威解读

将指南推荐转化为高血压防治标准化路径

在中国高血压联盟候任主席兼秘书长张新华教授看来,此次欧洲高血压管理指南的更新是严谨而理性的。“虽然整体而言没有太大变化。在梳理了最新的高质量证据后,指南对推荐的措施进行了更清楚的解读。”

新指南延续了诊室血压超过140/90 mmHg即启动药物治疗,以及将诊室血压 $< 130/80$ mmHg作为多数患者降压目标的推荐。“启动降压治疗的界值和血压控制目标是两个概念,不能混为一谈。”张教授进一步解释,确定启动药物治疗的界值和血压控制目标需要不同的随机对照临床试验设计——前者在未经治疗的初始血压值相同的患者中,启动药物治疗与安慰剂比较对预防心脑血管事件的影响,后者则比较符合治疗条件的患者设定不同的血压控制目标对终点事件的影响。正如指南所强调的:高血压定义主要是为了简化高血压的诊断和治疗决策。张教授也认为,高血压管理应以减少心脑血管事件为最终目标,并非纠结于血压值。

此外,指南特别强调了诊室外血压测量的重要性,不过张教授指出,诊室外血压测量的价值取决于测量数据的准确性,而使用经过验证的血压测量设备和正确的测量方法是保证准确性的前提。特别是家庭血压监测,需要对患者及家属进行培训和指导。

“由此可见,指南的



张新华教授

价值是值得肯定的,但如何真正落到实处,让更多患者受益才是关键。”作为中国高血压防治项目HEARTS项目的引领者和践行者,张教授在过去6年时间里一直致力于提升基层医疗机构的高血压控制效率和防治心血管病的实力。“HEARTS方案中的测量、诊断、治疗、长期控制措施和指标,及HEARTS项目制定的高血压治疗标准化路径和管理目标与此次指南更新的核心观点不谋而合,而我们已用实际行动验证了其有效性。”

张教授介绍,目前参与HEARTS项目的乡镇社区医疗机构有894个,2019~2022年,HEARTS项目的高血压筛查人数、登记的高血压患者人数、获得降压治疗人数和血压控制达标人数分别增加了4倍、6倍、6.5倍和7.1倍。

“在具体实践中将指南推荐转化为适用于基层医疗机构的简单的标准化路径是提升高血压防治效率,实现指南价值的最佳方案。”张教授强调。

扫一扫
了解指南更新要点扫一扫
关联阅读全文

7 推荐起始药物联合治疗

指南指出,对于需要药物治疗的成人高血压患者,常用五大类药物包括血管紧张素转化酶抑制剂、血管紧张素II受体拮抗剂、 β 受体阻滞剂、钙拮抗剂和利尿剂,均可有效降低血压、减少心血管事件,以上药物的单药或者联合用药被推荐为高血压治疗策略的基础。

指南建议,对于大多数高血压患者,建议起始使用两种药物联合治疗,最常用的两药联合方式为RAAS抑制剂联合CCB或利尿剂。对于有以下情况的患者,可以考虑单药起始疗法:1级高血压和低风险人群;正常高值血压的很高危患者;身体虚弱和(或)高龄。