



# 《2024 ESC 血压升高和高血压管理指南》解读 高血压家族再添新成员 血压升高

8月30日至9月2日,由欧洲心脏病学会(ESC)联合欧洲内分泌学会(ESE)以及欧洲卒中组织(ESO)共同制定的2024 ESC 血压升高和高血压管理指南发布。在中国医师协会高血压专业委员会主任委员、中国医科大学附属第一医院心血管内科主任孙英贤教授的组织下,终身名誉主委赵连友教授、主任委员孙英贤教授、副主任委员蔡军教授和郭艺芳教授进行指南解读,中国医科大学附属第一医院孙国哲教授对专家解读进行了汇总。



关联阅读全文  
 扫一扫



孙英贤 教授

## 01 更新高血压分类

本次指南对于高血压的定义继续沿用了2018年ESC指南,即诊室收缩压 $\geq 140$  mmHg或舒张压 $\geq 90$  mmHg。同时更新了血压的分类,将血压分为非升高血压、升高血压和

高血压(I)。值得注意的是,本次指南将原指南中的“正常”和“正常高值”血压重新归纳为“血压升高”的新类别,定义为诊室收缩压120~139 mmHg或舒张压

70~89 mmHg。虽然高血压诊断阈值保持不变,但新增的血压升高分类使高血压人群的筛查与界定有了更加具体的标准,对于血压升高人群的提早防治以及规范治疗有着重大意义。

## 02 更新降压治疗启动时机

降压治疗时机选择的更新也是新指南一大亮点,新指南有以下推荐。

对于血压升高且低/中度心血管病风险的成人,建议通过干预生活方式措施降低心血管风险(I)。

对于血压升高且心血管病风险足够高的成人,在生活方式干预3个月后,对血压仍在130/80 mmHg以上者建议使用药物治疗来降低血压(I)。

对于确诊血压 $>$

140/90 mmHg的高血压患者,无论心血管病风险如何,都应迅速采取干预生活方式措施和药物降压治疗(I)。

对于超过85岁的患者,如果耐受,也建议终生维持降压药物治疗(I)。

对于症状性直立位低血压、中度至重度虚弱、预期寿命有限、年龄 $>$ 85岁的老年患者,血压 $>$ 140/90 mmHg后再考虑降压药物治疗(II a)。

对于急性脑出血患者,

新指南相较于2018版指南的不同之处在于,建议应考虑立即降压(症状出现后6 h内)并达到收缩压目标值140~160 mmHg,以防止血肿扩张并改善功能预后(I);不建议在开始治疗后1 h内将收缩压从初始水平急性降低 $>$ 70 mmHg(III)。

对于TIA合并有降压指征的患者,新版指南建议不需立刻启动降压治疗,而是在出院前开始降压治疗(I)。

## 05 降压目标值:在合理可行范围内个性化调整降压目标

新指南建议,将所有能耐受的高血压患者的降压目标值控制在120~129/70~79 mmHg。对于那些无法耐受强化降压治疗的患者,如存在直立性低血压、中度至重度虚弱、预期寿命有限或年龄超过85岁的老年患者,指南建

议放宽降压目标值,并遵循“尽可能低”(ALARA原则)原则,在合理可行的范围内个性化调整降压目标。

这一基于证据的建议相比于2017年AHA/ACC指南推荐的 $<$ 130/80 mmHg目标更加具体。近年来,有关强化降压的研究层

出不穷,为高血压患者的强化降压提供了强有力的RCT证据。本次指南将降压目标值设定在120~129/70~79 mmHg这一更加明确的范围,是对既往指南的重要更新。这对临床实践具有较为重要的指导意义。

## 06 高血压管理:增加以患者为中心的照护版块

新指南新增加了以患者为中心的高血压照护版块,该部分指出高血压的照护应以患者为中心,这种方法强调患者作为健康服务的积极参与者,与医疗保健专业人员共同合作。以患者为中心的照护不仅能

提高患者的满意度,还能增强他们对治疗建议和药物的遵从性,尤其在高血压等慢性病的管理中表现突出。

新指南首次强调,高血压的管理需要多学科团队的协作,包括医生、护士、药剂师、营养师和

理疗师等专业人员的共同努力。指南中引用的CRHCP等研究证实,相比只有医生的管理方式,这种团队照护方式,在降低血压和改善患者预后方面具有显著优势(I),可以满足日益增多的高血压管理需求。

### ESC 中国之音

李建平教授 FAIR-pilot 研究发布: FFR $<$ 0.80

## 肾血管高血压患者支架治疗可获益



李建平教授在会议现场做报告

北京大学第一医院副院长、心血管内科教授李建平团队 FAIR-pilot 研究结果在2024年欧洲心脏病学会年会公布。该研究通过压力导丝评估肾动脉血流储备分数(FFR)。研究结果显示,与 FFR $\geq 0.80$ 且未置入支架者相比,仅在 FFR $<$ 0.80并接受支架治疗的患者中,发现肾动脉支架带来日间收缩压和抗高血压药物指数的显著降低,而 FFR $\geq 0.80$ 并接受支架治疗的患者则无差异。



该研究是由全国20余家医疗机构发起的多中心随机对照研究,最终从13家中心随机入选107例肾动脉狭窄高血压患者。英国伦敦大学学院心血管研究权威专家 Bryan Williams 教授对研究给予了高度评价。

在这项平均狭窄度为79.04%的患者的随机对照试验中,与 FFR $\geq 0.80$ 且未进行支架置入(功能学无显著意义组)的患者相比,仅在 FFR $<$ 0.80并接受

支架治疗(功能学有显著意义支架组)的患者中,校正其他相关因素后,发现肾动脉支架带来日间收缩压(平均差异6 mmHg, 95% CI, 1~12)和抗高血压药物指数(平均差异3, 95% CI, 2~5)的显著降低,而 FFR $\geq 0.80$ 并接受支架治疗(功能学无显著意义支架组)的患者则无差异。

该研究证实了通过 FFR 评估的血液动力学功能指标,在识别从肾动脉支架置入中获益患者中具有一定的价值。该研究有望改写相关临床指南,更将为动脉粥样硬化性肾血管高血压患者的治疗提供新的科学依据,开启继发性高血压治疗的新篇章。



关联阅读全文  
 扫一扫

## 03 高血压诊断:强调诊室外血压重要性

在高血压的诊断方面,2024年指南强调了诊室外血压的重要性,推荐将诊室外血压测量用于诊断目的,特别是因为它可以检测白大衣高血压和隐匿性高血压。如果诊室外测量在逻辑和(或)经济上不可行,则推荐使用正确的标准化测量技术通过重复的诊室血压测量来确诊(I)。

2018年指南推荐以诊室血压为主,动态血压监测和家庭血压监测作为替代方案(I)。而2024年指南则对各个血压水平的诊断标准进行了细化:对于血压在140~159/90~99 mmHg的患者,推荐使用动态血压监测或家庭血压监测(I);对于血压在160~179/100~109 mmHg的患者,建议尽快通过家庭

或诊室血压监测确诊;对于血压 $\geq 180/110$  mmHg的患者,首要任务是排除高血压急症的可能性(I)。

对于心血管病风险较高的个体,如果诊室血压在120~139/70~89 mmHg,建议使用动态血压监测和(或)家庭血压监测进行诊室外血压测量,如果不可行,则应在多次就诊时重复测量诊室血压(I)。

## 04 高血压筛查:重视对血压升高和高血压的机会性筛查

相较于2018年ESC指南,2024年指南更加重视对血压升高和高血压的机会性筛查,并增加了具体建议。

对于年龄 $<$ 40岁的成年人,建议至少每3年筛查1次;对于年龄在40岁及以上的成年人,建议至少每年筛查1次(II a)。

对于那些尚未达到降压治疗风险阈值的高血压患者,建议在1年内重复测量血压并重新评估风险(II a)。在筛查形式上,指南还提出应根据不同国家和医疗系统的可行性,考虑其他形式的高血压筛查,如系统筛查、自我筛查和非医生筛查(II b)。

对于难治性高血压患者,指南建议在资源允许的情况下,对患者的依从性进行客观评估(如直接观察治疗或检测血液或尿液中的处方药物,II a)。同时,建议将这些患者转诊至具有高血压管理专业知识的临床中心进行进一步检查(II a)。