

新版中国高血压防治指南发布 简单路径 打通高血压指南实施最后一公里

▲《医师报》融媒体记者 贾薇薇

“

近日，《中国高血压防治指南（2018年修订版）》发布（中国心血管杂志.2019;24:1），从我国人群高血压流行特点、高血压与心血管风险的关联、诊断评估、治疗手段、防治策略、社区规范化管理等多个方面进行了详细而科学的阐述，为我国高血压规范化管理指明方向。

领衔者说



刘力生教授

新指南制定领衔者、世界高血压联盟前任主席刘力生教授指出，新指南并未改变高血压定义，仍建议按危险分层进行患者管理，初始即可使用单片复方制剂或联合治疗。

此外，指南中对于降压目标的要求也较为灵活，并非一味强调追求更低的目标值。在患者耐受范围内，可进一步在合理范围内降低。

“指南并非法律，主要作用是供临床参考。因此应易于掌握，给基层医生‘相对自由’，也可使临床工作更为从容。”刘教授表示。

刘教授强调，新指南反映了近年来国内外高血压领域的重要进展，也是今后一段时间内指导我国高血压防控的纲领性文件。希望能够以简单路径实现指南落实的最后一公里，助力实现“健康中国2030”！

要点4

高血压定义不变 3级分级与4层次风险分层仍延续

高血压定义为在未使用降压药物的情况下，诊室收缩压（SBP） ≥ 140 mmHg 和（或）舒张压

（DBP） ≥ 90 mmHg。

根据血压升高水平，将高血压分为1级、2级和3级。根据血压水平、心血管危险

因素、靶器官损害、临床并发症和糖尿病进行心血管风险分层，分为低危、中危、高危和很高危4个层次。

要点5

初始即可使用单片复方或联合治疗

治疗目标 高血压治疗的根本目标是降低发生心脑血管及血管并发症和死亡的总危险。降压治疗的获益主要来自血压降低本身。

降压策略 一般高血压患者应降至 $<140/90$ mmHg（Ⅰ，A）；能耐受者和部分高危及以上的患者可进一步降至 $<130/80$

mmHg（Ⅰ，A）。降压达标的方式除高血压急症和亚急症外，对大多数高血压患者而言，应根据病情，在4周内或12周内将血压逐渐降至目标水平（Ⅰ，C）。

药物治疗 常用的五大类降压药物均可作为初始治疗用药，建议根据特

殊人群的类型、合并症选择针对性的药物，进行个体化治疗。应根据血压水平和心血管风险选择初始单药或联合治疗。一般患者采用常规剂量；老年人及高龄老年人初始治疗时通常应采用较小的有效治疗剂量。根据需要，可考虑逐渐增加至足剂量。

要点7

高血压防治应全人群与高危人群结合

应将高血压防治纳入当地医疗卫生服务系统中并制定相应政策，包括监督考核制度、资源分配与人事安排方案等。社区高血压防治应采用“全人群”和“高危人群”相结合的策略。高血压需要终生管理。有条件的地方应采用现代信息技术（互联网+及电子数字技术）辅助疾病管理及专家咨询。

要点8

血压管理融入日常

将高血压的管理融入全科医生的日常医疗工作中，建立以全科医生为主体的高血压分级诊治体系并保持双向转诊通畅。有条件的地方应逐步建立网络化的信息管理系统。采用多种方式提高患者的防病知识和自我保健意识，正确推广使用家庭血压测量技术。

要点9

关注继发性高血压

新诊断高血压患者应进行常见的继发性高血压筛查。难治性高血压应考虑继发性高血压的可能性，必要时建议到相关专科就诊。

要点10

高血压临床新证将陆续出炉

目前我国正在进行多项高血压重要研究，包括CHINOM、SHOT、STEP、Syst-China-2、IPAD、CSPT-2等。国家新药创制科技重大专项LEADER研究正在总结报告中，届时将发布重要结果供临床参考。CHIEF研究也将陆续总结研究心血管事件的数据。

要点1

两大显著特点：民族与地区间存差异

我国人群高血压患病率仍呈升高趋势，且具有2个比较显著的特点：从南方到北方，高血压患病率递增；不同民族之间高血压患病率存在差异。我国高血压

患者的知晓率、治疗率和控制率近年来有明显提高，但总体仍处于较低水平。

高钠、低钾膳食，超重和肥胖是我国人群重要的高血压危险因素。

要点2

卒中仍是最主要并发症

血压水平与心血管风险呈连续、独立、直接的正相关关系。卒中仍是目前我国高血压人群最

主要的并发症，冠心病事件也有明显上升，其他并发症包括心衰、左心室肥厚、房颤、终末期肾病。

要点3

诊室血压最常用

诊室血压是我国目前诊断高血压、进行血压水平分级以及观察降压疗效的常用方法。有条件者应进行诊室外血压测量，用于诊断白大衣高血压及隐蔽性高血压，评估降压治疗的疗效，辅助难治性高血压的诊治。动态血

压监测可评估24 h血压昼夜节律、体位性低血压、餐后低血压等。家庭血压监测可辅助调整治疗方案。基于互联网的远程实时血压监测是血压管理的新模式。精神高度焦虑的患者，不建议频繁自测血压。

要点6

特殊人群的特殊高血压处理策略

老年高血压 65~79岁的普通老年人，血压 $\geq 150/90$ mmHg时推荐开始药物治疗（Ⅰ，A）， $\geq 140/90$ mmHg时可考虑药物治疗（Ⅱa，B）； ≥ 80 岁的老年人，SBP ≥ 160 mmHg时开始药物治疗（Ⅱa，B）。

65~79岁的老年人，首先应降至 $<150/90$ mmHg；如能耐受，可进一步降至 $<140/90$ mmHg（Ⅱa，B）。 ≥ 80 岁的老年人应降至 $<150/90$ mmHg（Ⅱa，B）。

妊娠高血压 对于妊娠高血压患者，推荐血压 $\geq 150/100$ mmHg时启动药物治疗，治疗目标为150/100 mmHg以下（Ⅱb，C）。如无蛋白尿及其他靶器官损伤存在，也可考虑 $\geq 160/110$ mmHg时启动药物治疗（Ⅰ，C）。妊娠合并轻度高血压时，强调非药物治疗，并积极监测血压、定期复查尿常规等相关检查。

高血压伴卒中 病情稳定的卒中患者，血压 $\geq 140/90$ mmHg时应启动降压治疗，降压目标为 $<140/90$ mmHg（Ⅱa，B）。

急性缺血性卒中 并准备溶栓者的血压应控制在 $<180/110$ mmHg。急性性脑出血的降压治疗，当SBP >220 mmHg时，应积极使用静脉降压药物降低血压。患者SBP >180 mmHg时，可使用静脉降压药物控制血压，160/90 mmHg可作为参考的降压目标值（Ⅱb，B）。

高血压伴冠心病 推荐 $<140/90$ mmHg作为合并冠心病的高血压患者的降压目标（Ⅰ，A），如能耐受，可降至 $<130/80$ mmHg（Ⅱa，B），应注意DBP不宜降得过低（Ⅱb，C）。

高血压合并心衰 对于高血压合并心衰的患者，推荐的降压目标为 $<130/80$ mmHg（Ⅰ，C）。高血压合并慢性射血分数降低的心衰（HFrEF）首先推荐应用ACEI（不能耐受者可使用ARB）、 β 受体阻滞剂和醛固酮拮抗剂（Ⅰ，A）。

高血压伴肾脏疾病 慢性肾脏病（CKD）患者的降压目标：无蛋白尿者为 $<140/90$ mmHg（Ⅰ，A），

有白蛋白尿者为 $<130/80$ mmHg（Ⅱa，B）。建议18~60岁的CKD合并高血压患者在 $\geq 140/90$ mmHg时启动药物降压治疗（Ⅰ，A）。CKD合并高血压患者的初始降压治疗应包括一种ACEI（Ⅱa）或ARB（Ⅱb），单独或联合其他降压药，但不建议ACEI和ARB两药联合应用（Ⅰ，A）。

高血压合并糖尿病 建议糖尿病患者降压目标为 $<130/80$ mmHg（Ⅱa，B）。SBP在130~139 mmHg或者DBP在80~89 mmHg的糖尿病患者，可进行不超过3个月的非药物治疗。如血压不能达标，应采用药物治疗。血压 $\geq 140/90$ mmHg的患者，应在非药物治疗基础上立即开始药物治疗。伴微量蛋白尿的患者应立即使用药物治疗（Ⅰ，A）。



关联阅读全文
 扫一扫