

国际高血压学会首次单独发布《ISH2020 国际高血压实践指南》
两套标准 因地制宜 各取所需

▲ 中国医学科学院阜外医院 张宇清



5月6日，由国际高血压学会（ISH）历时两年撰写完成的《ISH2020 国际高血压实践指南》发布。首版全球指南发布，由上海交通大学医学院附属瑞金医院王继光教授、中国医学科学院阜外医院张宇清教授等众多国内外高血压领域的专家，共同完成中英双语同步在线直播。

2018年北京举办的第27届国际高血压学会（ISH）年会上，ISH理事会决定制订适合世界范围内应用的高血压指南，并于2020年正式发布。这是继1999年和2003年与世界卫生组织（WHO）联合发布高血压指南以来，ISH首次单独发布国际高血压指南。

追溯 ISH 高血压指南

1999年ISH和WHO共同发布的高血压指南，对当时的高血压管理产生了重要且深远的影响，尤其对欧洲和亚洲的高血压防治策略的影响更为明显。中国高血压联盟于1999年10月在当时的卫生部疾控局的支持下发布了《中国高血压防治指南》（试行本），除了流行病学内容以外，在心血管风险分层、诊断评估及治疗方面，主要参照了1999年ISH/

WHO高血压指南的内容，强调风险分层的理念。

2003年欧洲高血压学会（ESH）和欧洲心脏病学会（ESC）共同发布的第一部欧洲高血压指南的整体架构也受到1999年ISH/WHO指南的影响。虽然2003年发布的美国JNC7的架构和内容较以往指南有很大的改变，但中国和欧洲的指南迄今为止的核心理念仍一直保持，并为临床一线医生所接受。

两套标准 择适者从之

为了践行“改善血压升高带来的全球负担”这一使命，ISH制定了供全球范围内使用且面向18岁及以上成人高血压管理的实践指南。ISH指南委员会参照近期发布且经过严格审核的、最新的相关指南，凝练出了有循证支持的具体内容，并以实用的形式定制了“基本标准”和“最佳标准”两种管理标准，以便在资源匮乏或资源充足的情况下，临床医生、护理人员和社会健康工作者均可采用。

最佳标准是指近期指南中阐明并在本文概述基于证据的管理标准，基本标准的设定是考虑到最佳标准并非一直可行。因此，基本标准实为最低标准。由于并非总能够区分最佳标准和基本标准，因此本指南只在最实用和最关注的部分对两种标准进行了区分。

为何推荐单片复方制剂？

新指南建议，只要有可能，起始治疗就应该使用SPC，如果没有SPC或负担不起，再考虑采用药物自由联合。SPC凭借机制互补、服用方便、依从性高、降压效果强等特点，得到指南优先推荐。

单片复方为何优选A+C而不是A+D？

ISH指南并没有给出明确的解释，今天的讨论中专家提出主要基于ACCOMPLISH研究均显示ACEI+CCB的联合相比对照治疗均可明显降低心血管事件和死亡风险。

另外一个原因是对于D类利尿剂尤其是氢氯噻嗪对代谢影响的顾虑，这从ISH指南在选择利尿剂时优先推荐噻嗪样利尿剂吲达帕胺而不是氢氯噻嗪等噻嗪型利尿剂中可见一斑。

A+C的组合中A选ACEI还是ARB？

ISH指南是这样说的：“在不同患者人群中，ACEI和ARB在RCT研究中的受益，并不总是相同。两种类型的RAS阻断剂之间的选择取决于患者的特征、药物可及性、费用和耐受性”。2019年底，Stefano Taddei教授发

表了一篇综述，首次全面、深入探讨了哪一种RAASi和CCB联合治疗更适合作为高血压一线治疗方案。

该文章指出，ACEI和ARB虽然同属肾素-血管紧张素-醛固酮系统抑制剂，但二者的作用机制及对临床终点的改善不尽相同。ACEI可以降低AngII，升高缓激肽至正常水平，同时升高Ang1-7水平，而ARB则主要阻滞AT1受体。近年来，诸多荟萃分析一致证实了ACEI在降低心肌梗死和全因死亡方面的显著优势，而ARB在降低心肌梗死和全因死亡方面均无类似证据。

ACEI+CCB 联合治疗

同时，ACEI+CCB联合治疗在降低心血管终点事件方面具有充分的证据，而目前ARB+CCB联合治疗能降低心血管事件和死亡风险的证据尚缺乏。该文章也对ACEI+CCB具体应该选择什么样的分子组合进行了讨论，因为尽管属于同一大类药物，不同的ACEI和CCB在半衰期、降压疗效和循证证据方面存在较大的差异，临床应选择能强效、长效降压且在降低心血管事件和死亡风险方面具有丰富循证的药物组合。

简化再简化 可操作性强

ISH 2020 高血压指南是一部简单易用的指南。虽然目前的高血压指南普遍做证据评估，ISH 2020 高血压指南未再做证据评估，而是主要撷取各国和各地区循证指南的精华部分，提出相应的推荐意见，因而具有简明扼要，易于使用的特点。

简化血压分级：取消3级高血压

与大多数主流指南一致，新指南将高血压定义为多次重复测量后诊室收缩压 ≥ 140 mmHg和（或）诊室舒张压 ≥ 90 mmHg（表1）。

简化危险分层：高危与很高危合并

所有高血压患者都应进行心血管风险评估，使用基于血压水平和其他危险因素的分层表，可以根据ESC/ESH指南提出

的方法进行简化（表2）。

简化血压目标：最佳目标130/80 mmHg

基本目标（最低标准）：是血压下降20/10 mmHg，最好是 $<140/90$ mmHg。

最佳目标：年龄 < 65 岁者，目标血压值应为 $130/80$ mmHg； > 65 岁者，如能耐受，目标血压为 $<140/90$ mmHg。但应根据虚弱情况、独立生活能力和可耐受情况，考虑设定个体化血压目标。

简化药物治疗策略：使用SPC起始，优选A+C

新指南提出了简化易行的高血压核心药物治疗策略，最佳标准直接推荐起始治疗就使用SPC，优先选择A+C，第2步是把A+C增加到全剂量，第3步才是A+C+D，最后加用螺内酯（图1）。

表1 基于诊室血压的高血压分类

分类	收缩压 (mmHg)	舒张压 (mmHg)
正常血压	< 130	和 < 85
正常高值血压	130~139	和（或）85~89
1级高血压	140~159	和（或）90~99
2级高血压	≥ 160	和（或） ≥ 100

表2 基于其他因素、HMOD、疾病史评估高血压患者心血管风险的简化分类

其他危险因素、HMOD或疾病	正常高值 收缩压 130~139 舒张压 85~89	1级高血压 收缩压 140~159 舒张压 90~99	2级高血压 收缩压 ≥ 160 舒张压 ≥ 100
无其他危险因素	低危	低危	中危
1或2个危险因素	低危	中危	高危
≥ 3 个危险因素	低危	中危	高危
HMOD、CKD3期、糖尿病、CVD	高危	高危	高危

以一名60岁男性患者为例，风险类别会因年龄和性别而升。

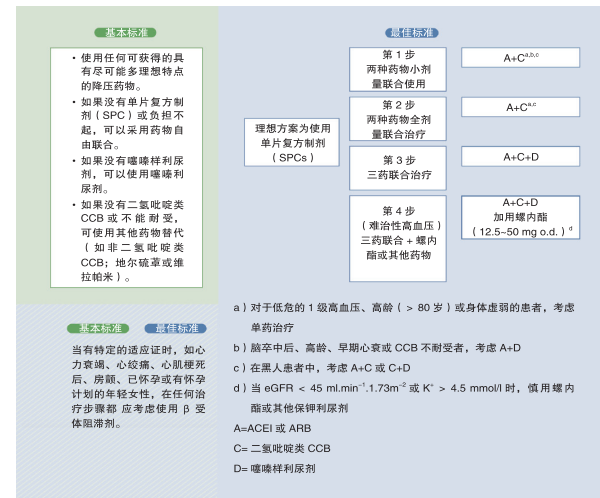


图1 核心药物治疗策略



扫一扫，阅读更多精彩内容