

# 欧洲高血压学会(ESH)发布血压测量指南 确诊高血压：家庭自测和动态监测是补充

医师报讯（融媒体记者 文韬 贾薇薇）欧洲高血压学会（ESH）近日发布的《2021 ESH 诊室和诊室外血压测量实践指南》指出，诊室血压（OBP）为 130~139/85~89 mmHg 时，隐性高血压的可能性高，强烈建议评估诊室外血压。多数情况下，应通过家庭自测血压（HBPM）或动态血压监测（ABPM）来确认高血压诊断。同时，对于未治疗或用药的患者，若 OBP 为 140~159/90~99 mmHg，也强烈推荐进行 HBPM 或 ABPM。（J Hypertens.3 月 11 日在线版）

## 应使用符合标准的血压计

指南指出，可靠的设备是正确测量血压的必要条件，应使用符合标准且

经过验证的血压计。对于儿童、孕妇、臂围 >42 cm 者以及心律不齐患者等特殊人群，应使用单独验证的血压计（图 1）。

## 诊室外血压有助于确认和随访

根据 OBP 和诊室外血压的测量情况可将血压分为：（1）血压正常：诊室和诊室外血压均未升高；（2）持续性高血压：诊室和诊室外血压均升高；（3）白大衣高血压：OBP 升高，但诊室外血压不高；（4）隐性高血压：诊室外血压升高，但 OBP 不高。

白大衣高血压和隐性高血压的诊断需要测量诊室外血压以明确诊断。在某些特殊情况下，如孕妇、儿童和慢性肾病患者，

诊室外血压监测有助于诊断和随访。

指南建议，白大衣高血压患者应改变生活方式，每年进行随访，心血管病风险高的患者应考虑药物治疗。隐性高血压患者应改变生活方式，并考虑药物治疗。

## 仅凭单次血压不能诊断

对于 OBP 测量，通常需要在 1~4 周内测量 2~3 次，不应仅凭单次血压值作出诊断，除非 OBP  $\geq$  180/110 mmHg，且有靶器官损伤或心血管病的证据。

此外，初次就诊时，需测量双上臂血压。臂间血压差异 >10 mmHg，需重复测量进行确认；在这种情况下，应使用较高血压。臂间血压差

异 >20 mmHg，需筛查动脉疾病。

## 动态血压监测适合初次评估

ABPM 更适合初次评估。24 h ABPM 有助于识别白大衣高血压和隐性高血压，有助于评估抗高血压治疗效果。家庭血压监测更适合长期随访，有助于识别白大衣高血压和隐性高血压（表 1）。

HBPM 应在诊断和每次就诊前，连续测量 7 d（至少 3 d），早晚测量。如果正在接受药物治疗，要在服药前和饭前测量。每次测量两遍，间隔 1 min。HBPM 用于高血压治疗长期随访时，应每周测量 1 次或 2 次，至少每月测量 1 次或 2 次（表 2）。

专家观点

## 张新华：HEARTS 工具包弥补基层高血压防治 4 个“没有”



世界高血压联盟主席  
张新华 教授

ESC 的指南基于现有科研证据和血压控制效益，对于进入诊断和治疗过程的患者或疑似患者而言，可以及时鉴别仅需要生活方式干预或需要加入药物治疗，可以更大发挥血压控制对于降低心脑血管病风险的效益。

而这些指引和世界卫生组织等专业学术机构推

荐的 HEARTS 工具包是一致的。

对于中国人群绝大多数血压升高的个体而言，最大的缺口是不自知、不在乎、不遵医嘱长期治疗；对于广大的基层医疗工作者而言，没有为所有进入门诊的成年人测量血压，没有对所有检出的血压升高者给予及时确诊，没有为确诊的患者及时提供符合指南的处方，没有及时提醒督促患者复诊服药，才是目前我国急需继续加强的地方。

HEARTS 工具包为改善所有这些缺陷提供了系统政策和临床实践的具体措施，应积极推广。

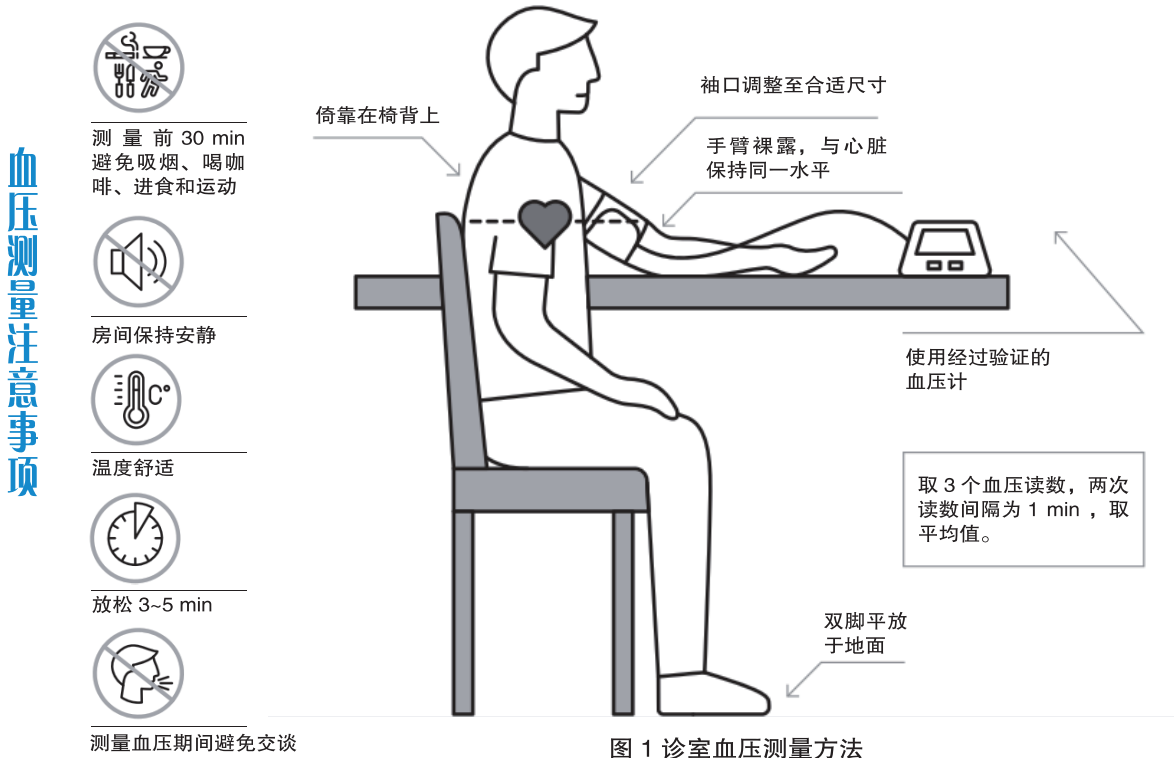


图 1 诊室血压测量方法

表 1 动态血压监测的临床适应证

|         |                                                                                                                      |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 初始诊断    | ☆识别白大衣高血压和隐性高血压；<br>☆识别夜间高血压和非杓型高血压；<br>☆评估自主神经功能衰竭导致的血压变化。                                                          |
| 经治疗的高血压 | ☆识别白大衣高血压和隐性高血压；<br>☆确认未控制和顽固性高血压；<br>☆确保 24 h 血压控制；<br>☆确认过度治疗导致的症状性低血压；<br>☆评估夜间高血压和非杓型高血压；<br>☆ OBP 与 HBPM 诊断不一致。 |
| 何时重复检测  | ☆确保适当的血压控制，尤其是对心血管病风险增加患者，取决于适用性、个人风险和偏好；<br>☆未控制的高血压：可能每 2~3 个月进行 1 次，直到 24 h 血压正常；<br>☆已控制的高血压：可能每年进行 1 次。         |

表 2 家庭血压监测的临床适应证

|         |                                                                                                          |
|---------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 高血压初步诊断 | ☆用于确诊高血压；<br>☆监测白大衣高血压和隐性高血压。                                                                            |
| 确诊诊断    | ☆在所有接受治疗的<br>高血压患者中使用；<br>☆识别白大衣高血压和隐性高血压；<br>☆用于调整降血压药物；<br>☆监测长期血压控制；<br>☆确保严格的血压控制；<br>☆改善患者的长期治疗依从性。 |

## 运动降压

## 欧洲运动降压处方共识发布 不同血压水平 首选运动方式各异

近日，欧洲心脏病预防协会（EAPC）和 ESC 高血压理事会发表了有关预防和治疗高血压的个性化运动处方的共识文件，认为对于高血压患者，运动降压确实有效，并提出根据血压水平，选择不同的运动方式降压。

共识主要分析了有氧运动和力量训练。力量训练分为等张训练（DRT，如哑铃、俯卧撑、下蹲起立、仰卧起坐等）和等长训练（IRT，如平板支撑、靠墙蹲和提踵等）。

## 高血压患者 首选有氧运动

有氧运动应作为高血压患者的一线身体活动方式。平均收缩压可降低 4.9~12.0 mmHg，舒张压降低 3.4~5.8 mmHg。

低中强度力量训练，包括等长训练（收缩期降低 4.3~6.6 mmHg，舒张期降低 4.5~5.5 mmHg）或等张训练（收缩期降低 0.5~6.9 mmHg，舒张期降低 1.0~5.2 mmHg），可作为二线运动治疗。

## 血压正常高值者 首选等张训练

对于血压正常高值者，等张训练是一线推荐身体活动方法，可降低收缩压 1.7~4.7 mmHg，舒张压降低 1.7~3.8 mmHg，血压降幅略大于有氧运动。

有氧运动可降低收缩压 1.7~2.1 mmHg，舒张压降低 1.7 mmHg。

## 血压正常者 首选等长训练

如果血压正常，等长训练应作为一线活动方法，预期收缩压降低 5.4~8.3 mmHg，舒张压降低 1.9~3.1 mmHg。

在有其他心血管危险因素的患者中，等长训练和有氧运动结合可能是合理的。

共识指出，仅通过诊室血压评估可能会低估运动对血压控制的影响。当监测血压 24 h 以上时，心血管调节的改善会更加明显。从这个角度来看，24 h 动态血压监测更适用于评估运动训练后有利的心血管适应对血压的影响。