



# 2018 欧洲高血压防治指南解读

王鸿懿 (北京大学人民医院 心血管内科, 北京 100044)

**【摘要】** 2018 版欧洲心脏病学会 / 欧洲高血压学会 (European Society of Cardiology/European Society of Hypertension, ESC/ESH) 高血压指南于 8 月 25 日正式发表, 新版指南延续了 2013 版指南严谨沉稳、全面精细的特点, 又在多方面进行了更新, 尤其是降压目标的分层、细化以及起始 A + C 或 A + D 的联合治疗方案成为亮点。此外, 在风险评估与管理、正常高值高危患者的治疗、高血压合并脑卒中、糖尿病、冠心病、慢性肾脏病、心力衰竭等方面均有更新和补充。本文就新版指南的主要内容和更新进行介绍和解读。

**【关键词】** 高血压管理; 欧洲心脏病学会; 欧洲高血压学会; 指南解读

## Interpretation of 2018 ESC/ESH guidelines for the management of arterial hypertension

WANG Hong-yi (Department of Cardiology, People's Hospital Peking University, Beijing 100044, China)

Corresponding author: WANG Hong-yi, E-mail: hyhl1996@163.com

**【Abstract】** The 2018 European Society of Cardiology (ESC) / European Society of Hypertension (ESH) hypertension guidelines was officially published on August 25th. The new guidelines continue the rigorous, steady, comprehensive and refined features of the 2013 edition, but are updated in many ways, especially in the stratification and refinement of the antihypertensive targets and the recommendation of the initiation of A + C or A + D combination therapy. In addition, it is updated and supplemented in many aspects, such as risk assessment and management, treatment of high-risk patients with high-normal BP values, hypertension with stroke, diabetes, coronary heart disease, chronic renal diseases, heart failure, etc. This article introduces and interprets the main contents and updates of the new edition of the guideline.

**【Key words】** Hypertension management; European Society of Cardiology; European Society of Hypertension; Guidelines interpretation

在 2018 年 6 月 9 日欧洲高血压年会上, 欧洲心脏病学会 (European Society of Cardiology, ESC) 和欧洲高血压学会 (European Society of Hypertension, ESH) 发布了 2018 ESC/ESH 高血压指南<sup>[1]</sup> (以下简称 2018 欧洲高血压指南) 的主要内容, 8 月 25 日完整版指南正式发表, 一部严谨而又不乏新意的指南再次展现在我们面前。与国内外众多的高血压指南相比, 欧洲高血压指南历来以严谨客观、内容丰富著称, 2018 版指南仍延续了这一风格, 同时对高血压诊治的多个方面进行了更新和补充。本文就指南的主要内容进行介绍及解读。

## 1 高血压的诊断

2018 欧洲高血压指南中高血压的定义没有改变, 即诊室血压  $\geq 140/90$  mmHg 时诊断为高血压,

相当于家测血压 135/85 mmHg 及动态血压监测的全天平均血压 130/80 mmHg 时诊断为高血压。仍然根据诊室血压分级, 包括理想、正常、正常高值及 1 ~ 3 级高血压 (I c) (表 1)。

表 1 基于诊室血压测量高血压的定义和分级 (mmHg)

分级	SBP	和	DBP
理想	< 120		< 80
正常	120 ~ 129	和 (或)	80 ~ 84
正常高值	130 ~ 139	和 (或)	85 ~ 89
1 级高血压	140 ~ 159	和 (或)	90 ~ 99
2 级高血压	160 ~ 179	和 (或)	100 ~ 109
3 级高血压	$\geq 180$	和 (或)	$\geq 110$
单纯收缩期高血压	$\geq 140$	和	< 90

注: SBP: 收缩压; DBP: 舒张压

与 2013 版高血压指南相同, 2018 欧洲高血压指南仍强调重视诊室外血压的测量, 提出高血压的诊断要重复诊室血压测量, 若条件允许应行动态血压

监测或家测血压以增加诊断的准确性,尤其是在一些情况下更应行动态血压监测或家测血压(表2)。

表2 诊室外血压测量适应证

- 可疑白大衣高血压的情况,如:诊室测量1级高血压;诊室血压显著升高但无靶器官损害
- 可疑隐性高血压的情况,如:诊室血压正常高值、诊室血压正常但伴有靶器官损害或总体心血管风险高
- 体位性低血压或餐后低血压
- 难治性高血压的评估
- 评估降压疗效,尤其是已经治疗的高危患者
- 运动后血压反应强烈
- 诊室血压变异大
- 评估降压治疗过程中低血压相关的症状
- 动态血压优于家测血压的情况:评估夜间血压及血压曲线(可疑夜间高血压,如OSAS、CKD、糖尿病、内分泌性高血压或自主神经功能障碍)

注:OSAS:阻塞型睡眠呼吸暂停低通气综合征;CKD:慢性肾脏病

2018欧洲高血压指南中关于诊室外血压测量的诊断界值也没有改变,即动态血压全天平均收缩压(systolic blood pressure, SBP)  $\geq 130$  mmHg和(或)舒张压(diastolic blood pressure, DBP)  $\geq 80$  mmHg,夜间平均SBP  $\geq 120$  mmHg和(或)DBP  $\geq 70$  mmHg,动态血压白天均值及家测血压SBP  $\geq 135$  mmHg和(或)DBP  $\geq 85$  mmHg。

## 2 采用 SCORE 进行危险分层

高血压患者常合并多种其他危险因素,而多种危险因素合并存在可增加心血管风险。2018欧洲高血压指南的特点是,对于不因为已经存在的临床情况(已经诊断心血管疾病或肾脏病,糖尿病,严重升高的某些指标如胆固醇、左室肥厚)处于高危或极高危的高血压患者,采用系统性心血管风险评估(systematic coronary risk evaluation, SCORE)评估其心血管风险(表3)<sup>[2]</sup>。

影响高血压患者心血管风险的因素包括:男性、年龄、吸烟(包括已戒烟)、总胆固醇及高密度脂蛋白胆固醇、尿酸、糖尿病、超重或肥胖、早发心血管疾病家族史(男性 $< 55$ 岁,女性 $< 60$ 岁)、早发高血压家族史、早发更年期、静坐的生活方式、心理及社会经济因素、心率(静息心率 $> 80$ 次/分),其中尿酸、早发高血压家族史、早发更年期、心理及社会经济因素及心率快是2018欧洲高血压指南增加的危险因素。

高血压介导的器官损害:动脉僵硬度增加[老

表3 SCORE 10年心血管风险评分

级别	评估标准
很高危	已经诊断的心血管疾病(包括临床诊断或明确的影像学证据): <ul style="list-style-type: none"> <li>• 临床心血管疾病:急性心肌梗死、急性冠状动脉综合征、冠状动脉或其他动脉再血管化、脑卒中、短暂性脑缺血发作、主动脉瘤、周围血管病</li> <li>• 明确的影像学证据:造成50%以上狭窄的斑块(不包括颈动脉内中膜增厚)</li> <li>• 伴有靶器官损害的糖尿病:尿白蛋白或合并主要危险因素,如3级高血压、高胆固醇血症</li> <li>• 重度CKD[eGFR <math>&lt; 30</math> ml/(min<math>\cdot 1.73</math>m<sup>2</sup>)]</li> <li>• 计算10年SCORE风险<math>\geq 10\%</math></li> </ul>
高危	显著增高的单个危险因素,尤其是胆固醇水平 $> 8$ mmol/L,如家族性高胆固醇血症、3级高血压 其他糖尿病患者(除外无主要危险因素的年轻1型糖尿病患者为中危) 高血压左室肥厚 中度CKD[eGFR $30 \sim 59$ ml/(min $\cdot 1.73$ m <sup>2</sup> )] 计算10年SCORE风险5%~10%
中危	计算10年SCORE风险1%~5%(不包括5%) 2级高血压 许多中年人
低危	计算10年SCORE风险 $< 1\%$

注:SCORE:系统性心血管风险评估;CKD:慢性肾脏病;eGFR:估算肾小球滤过率

年人脉压 $\geq 60$  mmHg、颈动脉脉搏波速度(pulse wave velocity, PWV) $> 10$  m/s]、心电图左室肥厚、超声心动图左室肥厚、微量白蛋白尿或尿微白蛋白/尿肌酐比值(ACR)增加、中度CKD[eGFR  $30 \sim 59$  ml/(min $\cdot 1.73$ m<sup>2</sup>)]或重度CKD[eGFR  $< 30$  ml/(min $\cdot 1.73$ m<sup>2</sup>)]、踝臂指数(ankle brachial index, ABI) $< 0.9$ 、晚期视网膜病变(出血、渗出或视乳头水肿)。

已诊断的心血管疾病或肾脏疾病:脑血管病[缺血性卒中、脑出血、短暂性脑缺血发作(transient ischemic attack, TIA)]、冠心病(心肌梗死、心绞痛、心肌再血管化)、影像学动脉粥样硬化斑块、心力衰竭(包括左室射血分数保留的心力衰竭)、周围动脉疾病、心房颤动。

对于中高危或已经合并心血管疾病的高血压患者,单纯降压并不能理想地降低心血管疾病发生风险。在血压控制理想后,他汀类药物治疗仍可使患者的心肌梗死风险进一步降低1/3,脑卒中风险降低约1/4。危险分层在低中危患者中也可有同样的获益。推荐低剂量阿司匹林用于高血压患者二级预防,而一级预防不推荐使用阿司匹林(表4)。

## 3 降压治疗更加积极

尽管2018欧洲高血压指南高血压的定义没有

表4 高血压患者危险度分层

高血压分期		血压水平			
		正常高值	1级高血压	2级高血压	3级高血压
1期高血压(无并发症)	无危险因素	低危	低危	中危	高危
	1~2个危险因素	低危	中危	中-高危	高危
	≥3个危险因素	低-中危	中-高危	高危	高危
2期高血压(无症状疾病)	器官损害、3级CKD、无器官损害的糖尿病	中-高危	高危	高危	高危-很高危
3期高血压(症状性疾病)	症状性心血管疾病、4级以上CKD、有器官损害的糖尿病	很高危	很高危	很高危	很高危

注:CKD:慢性肾脏病

改变,但在危险分层、降压药治疗的启动、药物降压治疗策略及降压目标值方面均较2013版指南更加积极,主要体现在下列几方面:

(1)启动药物治疗仍关注血压水平和危险分层:血压正常高值者,若合并心血管疾病,仍需考虑降压药物治疗。2级以上的高血压患者,无需考虑危险分层,应立即启动降压药物治疗(图1)。

(2)老年患者,年龄不再是降压治疗的限制因素。老年患者的降压治疗主要考虑其生物学年龄而非实际年龄,即患者若能够耐受,治疗就不应保守。2013版欧洲高血压指南指出,65~80岁老年患者目标SBP为140~150 mmHg,80岁以上老年患者初始SBP为>160 mmHg,且总体健康状况良好,考虑目标SBP为140~150 mmHg。而2018欧洲高血压指南指出,65岁以上老年人,包括80岁以上老年人,只要能够耐受,均推荐目标SBP为130~139 mmHg。

(3)降压治疗目标值降低,范围缩小:2018欧洲高血压指南对降压目标值进行了更精细的推荐(表5),若能够耐受,一般人群SBP目标值为

120~129 mmHg,DBP目标值为70~79 mmHg。该指南对降压目标值的推荐同样是基于多项荟萃分析的结果<sup>[3,4]</sup>,如两项荟萃分析显示,基线SBP为130~139 mmHg的人群,SBP每降低10 mmHg,相应的心血管事件发生率均有显著下降,包括全因死亡率降低11%;SBP降至130 mmHg以下或DBP降至80 mmHg以下,多种心脑血管事件发生风险均降低。

2018欧洲高血压指南同样也提到,虽然随着靶目标值的降低,降压获益逐渐增多,但需注意的是,降压目标值降低可能伴随严重不良事件发生率和停药率的增加。在老年、糖尿病、CKD及冠心病等重要亚组人群中,强化降压获益的证据并不强。

对于诊室外血压测量,尚无基于事件的随机对照研究证据来指导治疗,动态血压监测和家测血压的目标血压推荐来自于观察性研究的数据。随着血压水平的降低,诊室血压与诊室外血压的差值缩小,诊室SBP 130 mmHg大概相当于诊室外平均SBP 125 mmHg,因此,家测血压SBP靶目标为<130 mmHg。

(4)推荐初始联合治疗策略:初始两药联合可

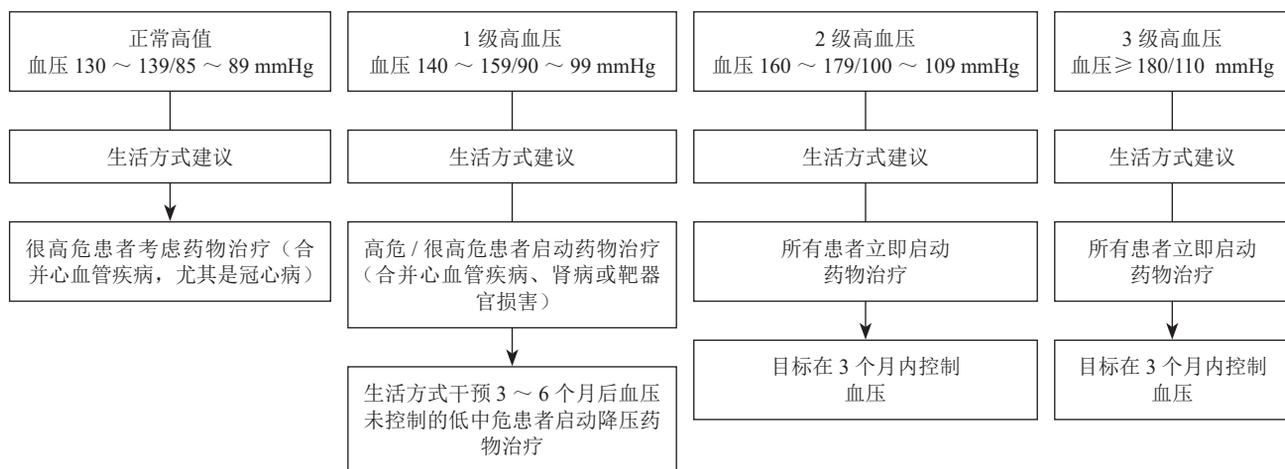


图1 根据初始诊室血压水平启动降压治疗

表5 高血压患者降压治疗诊室血压的靶目标推荐

推荐	靶目标 (mmHg)	推荐级别	证据水平
一般人群降压治疗第一目标	< 140/90	I	A
大多数患者降压目标值 <sup>#</sup>	130/80 或更低	I	A
所有患者 DBP 目标值	< 80	II a	B
< 65 岁患者推荐 SBP 目标值	120 ~ 129	I	A
≥ 65 岁患者推荐 SBP 目标值	130 ~ 139	I	A*
糖尿病患者推荐 SBP 目标值 <sup>#</sup>	130 或更低	I	A
冠心病患者推荐 SBP 目标值 <sup>#</sup>	130 或更低	I	A
CKD 患者推荐 SBP 目标值	130 ~ 139	I	A
脑卒中后或短暂性脑缺血发作患者可以考虑 SBP 目标值	120 ~ 129	II a	B

注：\* 密切监测不良反应；<sup>#</sup> 若可以耐受；DBP：舒张压；SBP：收缩压；CKD：慢性肾脏病

以快速、有效降压，同时患者耐受性良好，依从性也更好。单片固定复方制剂更有助于提高患者的依从性，也可以与其他优势选择的药物联合应用，使患者在减少服药片数的同时治疗更加简单有效，提高降压达标速度。因此，2018 欧洲高血压指南推荐多数高血压患者起始联合治疗，治疗方案优选 A + C 或 A + D 组合。

2018 欧洲高血压指南仍坚持包括 β 受体阻滞剂在内的五大类一线降压药物均可作为高血压治疗的基础用药，但很显然，首选治疗为肾素 - 血管紧

张素系统 (renin angioten sinsystem, RAS) 阻滞剂与钙通道阻滞剂 (calcium channel blockers, CCB) 或利尿剂的组合，而 β 受体阻滞剂仅在有特殊适应证时可以随时选用，即对于无合并症的高血压患者，β 受体阻滞剂的地位实际上是降低了 (表 6、图 2)。

表6 高血压患者的药物治疗策略

推荐	推荐级别	证据水平
ACEI、ARB、β 受体阻滞剂、CCB 及利尿剂均可有效降低血压和减少心血管事件，均可作为高血压治疗的基础用药	I	A
大多数高血压患者推荐起始联合治疗，首选 RAS 阻滞剂与 CCB 或利尿剂联合	I	A
存在特殊临床适应证时，β 受体阻滞剂可以与其他药物联合治疗，如心绞痛、心肌梗死后、心力衰竭或其他需要控制心率的情况	I	A
推荐初始两药联合治疗，除虚弱的老年患者、低危的 I 级高血压 (尤其 SBP < 150 mmHg) 外，优选单片固定复方制剂	I	B
两药联合疗效不佳时，可采用 RAS 阻滞剂 + CCB + 利尿剂三联治疗方案	I	A
对于三联治疗血压仍未控制的患者，应加用螺内酯，不能耐受的患者加用其他利尿剂，如阿米洛利或较高剂量的其他利尿剂、β 或 α 受体阻滞剂	I	B
不应采用两种 RAS 阻滞剂联合治疗	III	A

注：ACEI：血管紧张素转化酶抑制剂；ARB：血管紧张素受体拮抗剂；CCB：钙通道阻滞剂；RAS：肾素 - 血管紧张素系统；SBP：收缩压

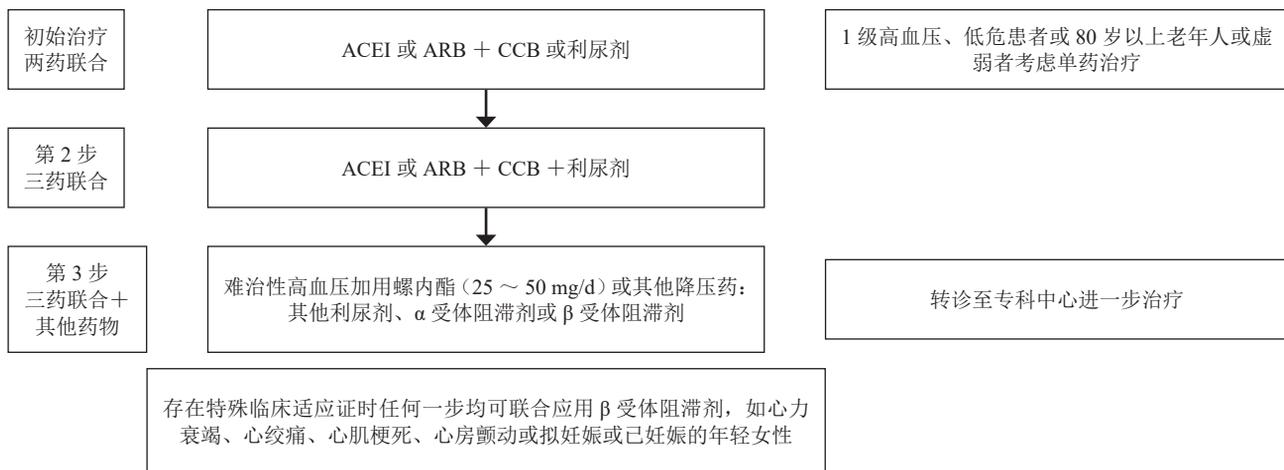


图2 无并发症高血压患者的药物治疗策略

注：ACEI：血管紧张素转化酶抑制剂；ARB：血管紧张素受体拮抗剂；CCB：钙通道阻滞剂

#### 4 特殊人群高血压的治疗

4.1 难治性高血压 2018 版欧洲高血压指南中难治性高血压的定义与 2013 版指南<sup>[5]</sup>相比总体一致，即应用理想的治疗方案，包括 3 ~ 4 种降压药物 (至少一种是利尿剂) 后血压仍 > 140 mmHg 和 (或) 90 mmHg，应采用诊室外血压测量确证患者的血压

水平并评估其治疗依从性，以排除假性难治性高血压。对于难治性高血压，2013 版指南推荐，在没有禁忌证的情况下，考虑使用盐皮质激素受体拮抗剂、阿米洛利及 α 受体阻滞剂多沙唑嗪；但 2018 版欧洲高血压指南推荐，难治性高血压在已有治疗的基础上增加小剂量螺内酯，不能耐受螺内酯者可

表7 难治性高血压的特征、继发性难治性高血压的原因及促进血压升高的因素

难治性高血压的特征	继发性难治性高血压的原因	升高血压的药物或物质
<b>人口学特征</b> • 老年(75岁以上) • 肥胖 • 黑种人 • 高钠摄入 • 基线血压高	<b>常见原因</b> • 原发性醛固酮增多症 • 动脉粥样硬化性肾血管疾病 • 睡眠呼吸暂停 • 慢性肾脏病	<b>处方药</b> • 避孕药 • 拟交感胺药 • 非甾体抗炎药 • 环孢素 • 促红细胞生成素 • 糖皮质激素 • 一些化疗药物
<b>伴发疾病</b> • 高血压介导的器官损害:左室肥厚和(或)慢性肾脏病 • 糖尿病 • 动脉粥样硬化性血管疾病 • 主动脉僵硬增加及单纯收缩期高血压	<b>不常见原因</b> • 嗜铬细胞瘤 • 纤维肌性发育不良 • 主动脉缩窄 • Cushing综合征 • 甲状旁腺功能亢进	<b>非处方药</b> • 娱乐性药物(可卡因、安非他明等) • 酗酒 • 中药(如麻黄)

加用其他利尿剂或比索洛尔、多沙唑嗪。2018版欧洲高血压指南指出,在难治性高血压诊疗过程中,一定要注意评估可能的继发因素。

**4.2 高血压合并糖尿病** 糖尿病患者诊室血压>140/90 mmHg时应启动降压治疗,但治疗前要排除由于合并自主神经病变而导致的体位性低血压。起始通常选择A+C或A+D的两药联合治疗方案,与其他类降压药物相比,ACEI或血管紧张素受体拮抗剂(angiotensin receptor blocker, ARB)可以更有效地降低尿白蛋白或延缓糖尿病肾病进展,但由于ACEI和ARB联合治疗可增加肾脏损害的风险而禁止。新型降糖药钠-葡萄糖协同转运蛋白2(sodium-glucose cotransporter 2, SGLT2)抑制剂能降低诊室或动态血压,从而有助于控制糖尿病患者的血压,延缓CKD的进展。

对于糖尿病患者的降压目标值一直存在争议,2018欧洲高血压指南同样两步推荐,即首先达到<140/80 mmHg,若患者可以耐受,进一步使SBP降至120~130 mmHg,DBP降至70~80 mmHg。既往指南推荐,与一般的高血压患者相比,糖尿病患者DBP目标更低,而2018欧洲高血压指南推荐糖尿病患者与一般高血压患者一致,DBP目标均为70~80 mmHg(表8)。

**4.3 高血压合并CKD** 既往指南推荐,CKD尤其是合并尿白蛋白的患者,目标血压相对更低;而2018欧洲高血压指南指出,与伴发其他合并症的高血压患者相比,CKD患者SBP目标值较高,为130~139 mmHg,这是因为荟萃分析显示,CKD患者降压治疗能够降低全因死亡率,而降低尿白蛋

表8 高血压合并糖尿病的降压治疗策略

推荐	推荐等级	证据级别
诊室血压≥140/90 mmHg时开始降压药物治疗	I	A
降压治疗靶目标		
SBP为130 mmHg,如患者能耐受则可以更低,但不低于120 mmHg	I	A
≥65岁患者SBP降至<140 mmHg,但不低于130 mmHg	I	A
DBP<80 mmHg,但不低于70 mmHg	I	C
初始治疗采用RAS阻滞剂+CCB或利尿剂(噻嗪类或噻嗪样)	I	A
不建议两种RAS阻滞剂联用	III	A

注:SBP:收缩压;DBP:舒张压;RAS:肾素-血管紧张素系统;CCB:钙通道阻滞剂

白水平一直被认为是治疗的靶标。多项随机对照研究显示,降压治疗降低尿白蛋白水平,是心血管事件减少的预测因子;但也有研究显示,若患者尿白蛋白降低效果较弱,心血管事件发生率降低更明显。因此,降低尿白蛋白水平是否可以作为减少心血管事件发生的标志尚存在争议。总之,CKD患者降压目标值的证据比较复杂。一项蛋白尿>1 g/d的非糖尿病CKD患者的荟萃分析显示,SBP为110~119 mmHg时,患者的CKD进展最慢;相反,蛋白尿<1 g/d的CKD患者SBP<140 mmHg时,CKD进展的风险最低(非心血管风险)。另一项非糖尿病肾病患者的荟萃分析也显示,与SBP目标值<140 mmHg相比,血压目标值<130/80 mmHg,并不能进一步改善临床预后。一项纳入398 419例高血压患者的大型回顾性队列分析显示,最低血压为137/71 mmHg时,患者终末期肾病和死亡的发生风险最低,而SBP<120 mmHg时,患者死亡风险明显增加。综合上述证据,2018欧洲高血压指南认为,现有证据支持CKD患者血压应降至

140/90 mmHg 以下, 达到 130/80 mmHg, 若降压达标困难, 限制钠盐的摄入对 CKD 患者的辅助降压有效。由于血压下降会降低肾脏灌注压, 部分患者的 eGFR 可能降至 10% ~ 20%, 因此, 在降压过程中需密切监测患者血浆电解质水平和 eGFR。但临床医生也不必过于担心治疗初期 eGFR 的降低, 通常几周后 eGFR 即趋于稳定, 若 eGFR 持续降低, 需考虑停药并检查是否合并肾血管性疾病(表 9、图 3)。

表 9 高血压合并 CKD 的降压治疗策略

推荐	推荐等级	证据级别
糖尿病或非糖尿病肾病患者, 诊室血压 ≥ 140/90 mmHg 时应调整生活方式及药物治疗	I	A
糖尿病或非糖尿病肾病患者	I	A
• SBP 目标值为 130 ~ 139 mmHg	I	A
• 应根据患者的耐受性、药物对肾功能和电解质的影响给予个体化治疗	II a	C
与其他类降压药相比, RAS 阻滞剂降低尿蛋白水平更明显, 在合并微量尿蛋白及尿蛋白的患者中推荐 RAS 阻滞剂作为治疗方案之一	I	A
推荐 RAS 阻滞剂联合 CCB 或利尿剂作为初始治疗	I	A
不建议两种 RAS 阻滞剂联用	III	A

注: CKD: 慢性肾脏病; SBP: 收缩压; RAS: 肾素-血管紧张素系统; CCB: 钙通道阻滞剂

4.4 高血压合并心脏疾病 合并冠心病的高血压患者降压治疗策略见表 10、图 4, 合并心力衰竭或左心室肥厚的高血压患者治疗策略见表 11。

5 随访

高血压的治疗是一个长期连续的过程, 随访是

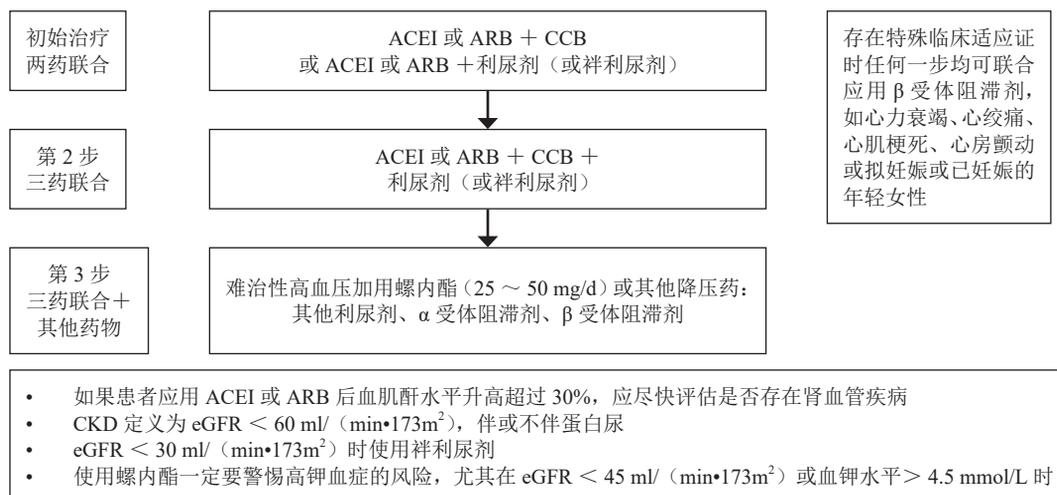


图 3 高血压合并 CKD 的药物治疗策略

注: CKD: 慢性肾脏病; ACEI: 血管紧张素转化酶抑制剂; ARB: 血管紧张素受体拮抗剂; CCB: 钙通道阻滞剂; eGFR: 估算肾小球滤过率

表 10 高血压合并冠心病的降压治疗策略

推荐	推荐等级	证据级别
SBP 目标值为 130 mmHg, 若患者耐受可以更低, 但不低于 120 mmHg	I	A
65 岁以上老年人, SBP 目标 130 ~ 140 mmHg	I	A
DBP 目标值 < 80 mmHg, 但不低于 70 mmHg	I	C
有心肌梗死病史的患者, 治疗方案中应包括 β 受体阻滞剂和 RAS 阻滞剂	I	A
合并症状性心绞痛患者, 推荐应用 β 受体阻滞剂和 (或) CCB	I	A

注: SBP: 收缩压; DBP: 舒张压; RAS: 肾素-血管紧张素系统; CCB: 钙通道阻滞剂

表 11 高血压合并心力衰竭或左室肥厚的治疗策略

推荐	推荐等级	证据级别
高血压合并心力衰竭(射血分数保留或降低), 如血压 ≥ 140/90 mmHg 时应给予降压治疗	II a	B
在射血分数降低的心力衰竭患者中, 降压治疗方案应包括 ACEI、ARB、β 受体阻滞剂及利尿剂, 若需要可加用盐皮质激素受体拮抗剂	I	A
若血压控制不佳可使用二氢吡啶类 CCB	II b	C
射血分数保留的心力衰竭降压治疗的阈值及目标值应与射血分数降低者一致	II a	B
所有降压药物均可使用, 并没有哪一类药物具有更高的优势	I	C
所有合并左室肥厚的患者		
• 推荐使用 RAS 阻滞剂联合 CCB 或利尿剂	I	A
• SBP 应降至 120 ~ 130 mmHg	II a	B

注: ACEI: 血管紧张素转化酶抑制剂; ARB: 血管紧张素受体拮抗剂; CCB: 钙通道阻滞剂; RAS: 肾素-血管紧张素系统; SBP: 收缩压

高血压慢病管理的重要环节, 甚至可以说是关键环节, 尤其是对于治疗依从性的把控。2018 欧洲高血压指南对高血压治疗的随访进行了细致的描述, 主要内容如下:

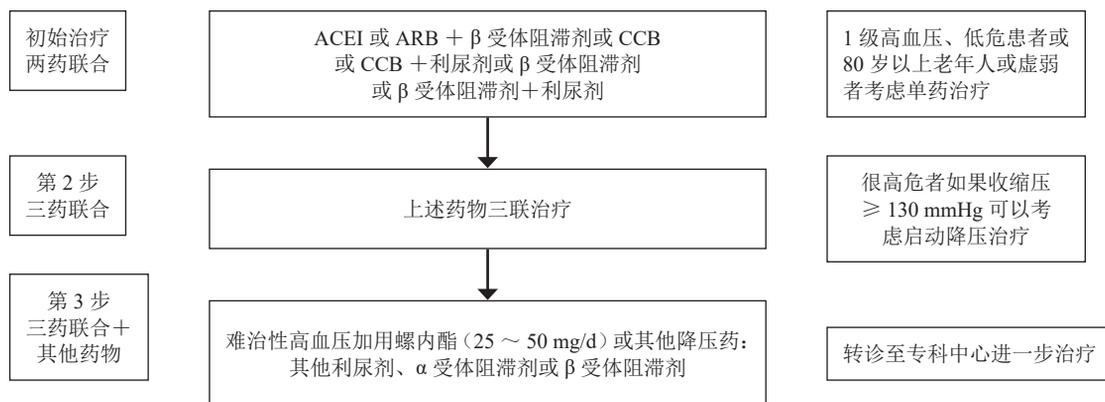


图4 高血压合并冠心病的药物治疗策略

注: ACEI: 血管紧张素转化酶抑制剂; ARB: 血管紧张素受体拮抗剂; CCB: 钙通道阻滞剂

(1) 启动降压药物治疗后2个月内至少进行1次回访, 评估降压疗效及可能的不良反应, 直至血压得到控制。

(2) 单片固定复方制剂应在第1~2周显示降压疗效, 血压在随后的2个月内持续降低。

(3) 在启动降压药物治疗的第3个月和第6个月, 验证血压控制情况。

(4) 每2年评估危险因素和无症状靶器官损害。

(5) 对正常高值血压和白大衣高血压者, 即使未进行治疗, 也应规律随访(至少每年1次), 测量诊室血压和诊室外血压, 检查心血管危险因素, 每年随访时应强调改变生活方式, 这些患者大部分应采取此种治疗方式。

(6) 强调评估患者的治疗依从性: 血压控制不佳的主要原因之一是治疗依从性差。

(7) 高血压长期治疗过程中, 护士和药师发挥关键作用。

综上所述, 2018欧洲高血压指南延续了2013版指南严谨沉稳、全面精细的特点, 同时又充分结合临床试验和实践, 在诸多方面进行了更新和细化。该指南更新和新增内容如下:

(1) 推荐应用诊室外血压测量, 尤其是家测血压, 辅助高血压的诊断, 推荐采用诊室外血压测量辅助诊断白大衣高血压、轻度血压升高。

(2) 心血管风险评估与管理: 使用SCORE系统评估无心血管疾病患者的风险、高血压介导的器官损害在心血管风险评估中的重要性、他汀类药物和阿司匹林在心血管疾病预防中的应用、新增四项

危险因素(高尿酸血症、早发绝经、心理社会经济因素及心率增快)。

(3) 不要因为年龄而采用相对保守的降压治疗策略, 老年人(包括80岁以上老年人)的降压治疗应注重生物学年齡, 而不是实际年龄。重视患者的虚弱程度、自理生活能力及对治疗的耐受性。

(4) 对于血压在正常高值的高危患者, 可以考虑在生活方式调整的基础上给予降压药物治疗。

(5) 推荐大多数高血压患者起始两药联合治疗, 简化药物治疗流程, 推荐RAS阻滞剂+CCB或利尿剂作为核心治疗策略, 有特殊适应证时加用 $\beta$ 受体阻滞剂。推荐优选单片固定复方制剂提高患者治疗依从性, 改善血压控制效果。

(6) 根据患者年龄及合并症情况确定靶目标值, 同时规定降压下限: 推荐大多数患者第一步将血压降至140/90 mmHg以下, 能够耐受者应进一步降至130/80 mmHg或更低。合并糖尿病、冠心病及脑卒中的高血压患者均建议将SBP降至130 mmHg或更低, 但不低于120 mmHg。合并CKD患者SBP降至130~140 mmHg。DBP降至80 mmHg或更低, 但不低于70 mmHg。

(7) 其他新增内容: 何时考虑及如何筛查继发性高血压; 高血压急症的处理; 急性脑卒中患者血压的管理; 女性及妊娠高血压患者血压的管理; 不同种族人群高血压的管理; 海拔高度对血压的影响; 高血压合并OSAS、心房颤动及其他心律失常患者血压的管理; 高血压患者口服抗凝药的应用; 高血压与性功能障碍; 高血压与肿瘤治疗; 围术期高血

压的处理；降糖药物与血压；高血压的随访等。

#### 参考文献

- [1] Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH)[J]. J Hypertens, 2018, 36(10): 1953-2041.
- [2] Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) Developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation (EACPR)[J]. Eur Heart J, 2016, 37(29):2315-2381.
- [3] Ettehad D, Emdin CA, Kiran A, et al. Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: a systematic review and meta-analysis[J]. Lancet, 2016, 387(10022):957-967.
- [4] Thomopoulos C, Parati G, Zanchetti A. Effects of blood pressure lowering on outcome incidence in hypertension: 7. Effects of more vs. less intensive blood pressure lowering and different achieved blood pressure levels—updated overview and meta-analyses of randomized trials[J]. J Hypertens, 2016, 34(4):613-622.
- [5] Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, et al. 2013 ESH/ESC guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)[J]. Eur Heart J, 2013, 34(28): 2159-2219.

收稿日期：2018-09-30

· 信息窗 ·

## 《中国医学前沿杂志(电子版)》征稿启事

《中国医学前沿杂志(电子版)》创刊于2008年9月，由国家卫生和计划生育委员会主管，人民卫生出版社主办，集光盘版、纸版、网络版、手机报、微博、微信等多位一体的出版形式，现为月刊，ISSN1674-7372，CN 11-9298/R，全国公开发行，邮发代号：82-136，光盘定价：20元/期，先后被中国科技核心期刊、《中国学术期刊影响因子年报》统计源期刊、中国核心学术期刊(A-)等收录。

据2017年版《中国科技期刊引证报告》(扩刊版)显示，我刊2016年度扩展影响因子为1.604，位居人民卫生出版社系列期刊第2位，在52种被收录的医学电子期刊中排名第5位；据2017年版《中国科技期刊引证报告》(核心版)显示，我刊2016年度核心影响因子为0.721，位居人民卫生出版社系列期刊第3位，在42种被收录的医学综合类核心期刊中排名第8位；2016年度综合评价总分40.10，位居人民卫生出版社系列期刊第1位，在25种被收录的核心电子期刊中排名第6位。

常设栏目：述评、重点号专题、国际循证指南共识、中国循证指南共识、论著、百家讲坛(视频)等。

主编：霍勇 沈琳

编辑部主任：刘兆平 陆明 白桦

征稿栏目：论著

征稿方向：医学各学科

投稿方式：www.yixueqianyan.cn

微信公众号：yixueqianyan