

2018 年欧洲心脏病学会和欧洲高血压学会高血压管理指南解读



扫一扫下载指南原文

诸葛瑞琪 刘梅林

【关键词】 高血压管理指南；欧洲心脏病学会；欧洲高血压学会；指南解读

【中图分类号】 R544.1

高血压是导致心血管疾病和死亡的重要原因^[1]。2018 年 8 月，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）联合发布 2018 年高血压管理指南（以下简称《2018 年指南》），强调在全球范围内，超过 10 亿人患有高血压。随着人口老龄化和久坐不动的生活方式，2025 年高血压患者将增至 15 亿。血压升高是导致过早死亡的首要因素，2015 年导致近 1000 万人死亡，其中 490 万人死于缺血性心脏病、350 万人死于卒中。高血压也是导致心力衰竭、心房颤动、慢性肾病（CKD）、外周血管疾病和认知功能下降的主要危险因素^[2]。本文对《2018 年指南》更新及要点进行简要解读。

1 坚持原有高血压诊断标准，诊室外血压诊断地位提高

《2018 年指南》继续沿用 140/90 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa) 作为高血压的诊断界值，并将血压分为理想血压、正常血压、正常高值和 I ~ III 级高血压（I，C），强调高血压通常缺乏症状，应加强筛查。《2018 年指南》的高血压诊断虽然基于重复测量的诊室血压（I，C），但诊室外血压（I，C）如动态血压监测（ambulatory blood pressure monitoring, ABPM）和（或）家庭

血压监测（home blood pressure monitoring, HBPM）的诊断地位明显提高，24 h 平均血压 ≥ 130/80 mmHg、白天血压 ≥ 135/85 mmHg、夜间血压 ≥ 120/70 mmHg 和家庭血压 ≥ 135/85 mmHg 均作为高血压的诊断标准（表 1）。ABPM 能够提供夜间血压监测、记录日常血压并提供更多信息（如短期的血压波动性）。HBPM 具有费用低、容易操作、易于重复、有助于患者自我管理、可评价长期血压波动性等优点。因为 HBPM 及 ABPM 可避免医疗环境对血压测量结果的干扰，《2018 年指南》特别推荐 ABPM 和 HBPM 用于排除或诊断白大衣高血压、隐匿性高血压（I，A）。

2 强调心血管疾病危险因素评估，重视靶器官损伤（HMOD）检测

心血管疾病危险因素的干预是防治高血压的基石。《2018 年指南》推荐使用系统性冠状动脉风险评估（systematic coronary risk evaluation, SCORE）

表1 不同测量方式下的高血压诊断标准

分类	收缩压 (mmHg)	舒张压 (mmHg)
诊室血压	≥ 140	和 (或) ≥ 90
动态血压		
日间 (或清醒) 平均值	≥ 135	和 (或) ≥ 85
夜间 (或睡眠) 平均值	≥ 120	和 (或) ≥ 70
24 h 平均值	≥ 130	和 (或) ≥ 80
家庭血压平均值	≥ 135	和 (或) ≥ 85

注 : 1 mmHg=0.133 kPa

DOI : 10. 3969/j. issn. 1004-8812. 2018. 09. 002

作者单位 : 100034 北京, 北京大学第一医院老年内科

通信作者 : 刘梅林, Email : liumeilin@hotmail.com

系统对无心血管疾病的中低危患者进行心血管疾病风险评估 (I, B) (表 2)。鉴于评分系统可低估心血管疾病的风险, 强调检测高血压相关 HMOD, 如存在左心室肥厚 (LVH)、CKD 或进展性视网膜病变, 心血管疾病和死亡的风险进一步增加。

SCORE 评分系统新增了社会剥夺、肥胖 (以体重指数衡量) 和向心性肥胖 (以腰围测量)、缺乏体力活动、社会心理压力、早发心血管疾病家族史、自身免疫和其他炎症性疾病、主要精神疾病、心房颤动、LVH、CKD、阻塞性睡眠呼吸暂停综合征等指标。

《2018 年指南》新增的高血压影响因素: 尿酸水平、心率 (> 80 次/min)、早发更年期、久坐不动的生活方式、心理和社会经济因素等。无症状 HMOD, 如动脉硬化 [老年患者脉压 > 60 mmHg、颈-股动脉脉搏波传导速度 (PWV) > 10 m/s], 心电图

(ECG) 诊断 LVH, 超声心动图诊断 LVH (左心室质量指数: 男性 > 50 g/m²、女性 > 47 g/m²), 微量白蛋白尿 (30~300 mg/24 h), 或蛋白肌酐比值升高 (30~300 mg/g 或 4~34 mg/mmol), 中度 CKD 伴估算的肾小球滤过率 (eGFR) 30~59 ml/(min · 1.73 m²) 或严重 CKD eGFR < 30 ml/(min · 1.73 m²), 踝肱指数 < 0.9 , 进展性视网膜病变 (出血或渗出, 乳头水肿)。已确诊的心脑血管疾病或肾疾病, 如脑血管疾病 (缺血性卒中、脑出血、短暂性脑缺血发作), 冠心病 (心肌梗死、心绞痛、心脏再血管化), 影像学存在动脉粥样硬化斑块, 心力衰竭 (包括射血分数正常的心力衰竭), 外周动脉疾病和心房颤动。

3 重视生活方式干预, 药物治疗启动时机前移

《2018 年指南》强调生活方式干预推迟降压药启用时间或增加降压效果。生活方式干预包括: 限制钠盐、酒精摄入、健康饮食、规律锻炼、体重控制和戒烟等。药物治疗启动时机推荐如下: (1) 心血管疾病 (特别是冠心病) 患者, 血压处于正常高值时应考虑启动降压药物治疗 (II b, A); (2) 低中危的 I 级高血压患者, 即使没有高血压相关的 HMOD, 若生活方式调整 3~6 个月后血压不达标, 也应启动药物治疗, 推荐级别由 2013 年 ESH/ESC 高血压灌注指南 (以下简称《2013 年指南》) (II a) 提升为 (I, A); (3) 强调应考虑生物年龄而非年代年龄, 老年患者的虚弱指数和能否耐受降压治疗更为重要。建议年龄 < 80 岁、一般健康状况良好的老年患者, 血压 140~159 mmHg 应启动降压药物治疗, 推荐级别由《2013 年指南》(II a) 提升为 (I, A)。

4 界定靶目标血压范围, 血压控制目标更为积极

《2018 年指南》沿用了《2013 年指南》的降压目标值, 建议所有高血压患者的初始治疗目标 $< 140/90$ mmHg, 若能耐受大部分患者血压应 $< 130/80$ mmHg (I, A)。

《2018 年指南》首次提出“靶目标血压范围” (target BP ranges), 细化了降压目标分类: (1) 年龄 < 65 岁的高血压患者, 收缩压应控制在 120~129 mmHg (需密切监测不良反应) (I, A); (2) 65~80 岁的高血压患者, 收缩压应控制在 130~139 mmHg

表2 10年心血管风险分层 (SCORE系统)

很高危	存在以下任一情况: 已诊断的心血管疾病, 临床诊断或明确的影像学证据 · 临床心血管疾病 包括急性心肌梗死、急性冠状动脉综合征、冠状动脉或其他动脉血管重建、卒中、短暂性脑缺血发作、主动脉瘤、外周动脉疾病 · 明确的影像学证据包括血管造影或超声检查发现的有意义的斑块 (如 $\geq 50\%$ 的狭窄), 不包括颈动脉内中膜增厚 · 合并靶器官损害的糖尿病, 如蛋白尿合并主要危险因素, 如 III 级高血压或高胆固醇血症 · 重度 CKD [eGFR < 30 ml/(min · 1.73m ²)] · 计算 10 年 SCORE 风险 $\geq 10\%$
高危	存在以下任一情况: · 单个危险因素显著增高尤其是胆固醇 > 8 mmol/L (310 mg/dl), 如家族性高胆固醇血症或 III 级高血压 (血压 $\geq 180/110$ mmHg) · 糖尿病其他患者 (排除年轻 1 型糖尿病以及无主要危险因素的患者, 可为中危) 高血压 LVH 中度 CKD [eGFR 30~59 ml/(min · 1.73m ²)] 计算 10 年 SCORE 风险 5%~10%
中危	患者合并: · 计算 10 年 SCORE 风险 1%~5% · II 级高血压 · 多数中年高血压
低危	患者合并: 计算 10 年 SCORE 风险 $< 1\%$

注: LVH, 左心室肥厚; CKD, 慢性肾病; eGFR, 估算的肾小球滤过率; SCORE, 系统性冠状动脉风险评估

(I, A) (《2013 年指南》为 140~150 mmHg); (3) 对于 80 岁以上的高龄患者, 若耐受良好, 收缩压控制目标为 130~139 mmHg [《2013 年指南》为 140~150 mmHg (I, A)]; (4) 无论心血管疾病危险因素如何, 舒张压均应 < 80 mmHg (II, B) (《2013 年指南》建议 < 90 mmHg, 糖尿病患者 < 85 mmHg)。《2018 年指南》改变了以往对于老年患者尤其是高龄群体降压治疗的保守态度, 建议高龄人群也应达到 < 140/90 mmHg 的目标。基于近年来 SPRINT 研究^[3]、HYVET 研究^[4] 随机对照试验的证据, 更强的降压治疗较保守的降压治疗能使老年患者得到更大的心血管获益, 更多降低心血管事件发生率和全因死亡率。推荐糖尿病患者的收缩压目标 < 140 mmHg, 若能耐受, < 130 mmHg 可能进一步降低卒中的风险; CKD 患者收缩压 130~139 mmHg (表 3)。

此外, 《2018 年指南》设置了血压控制的低限, 即一般患者血压不低于 120/70 mmHg, CKD、年龄 > 65 岁高血压患者血压不低于 130/70 mmHg。强调将收缩压降至 120 mmHg 以下不增加高血压患者的获益, 反而可能增加风险^[5]。与 2017 美国心脏协会 (AHA) / 美国心脏病学会 (ACC) 高血压指南^[6] 推荐的简化降压目标值的理念不同, 《2018 年指南》对降压目标分类更精细, 更贴近临床实际工作, 可操作性更强。

5 保持基本降压药物, 推荐优化药物治疗方案

《2018 年指南》继续推荐血管紧张素转换酶抑

制药 (angiotensin-converting enzyme inhibitor, ACEI)、血管紧张素 II 受体拮抗药 (angiotensin receptor blocker, ARB)、 β 阻滞药、钙通道阻滞药 (calcium channel blocker, CCB) 和利尿药 (噻嗪 / 噻嗪样) 均作为高血压治疗的基础用药 (I, A)。《2018 年指南》推荐 β 阻滞药作为心绞痛、心肌梗死后、心力衰竭、心率快以及准备妊娠的高血压患者起始治疗 (I, A)。建议除了高龄、虚弱患者及血压 < 150 mmHg 的低危患者, 初始治疗可直接启动两种药物联合应用, 优先推荐单片复方制剂 (single-pill combination, SPC) (I, B), 推荐肾素-血管紧张素系统 (renin-angiotensin system, RAS) 抑制药与 CCB 或噻嗪类 (噻嗪样) 利尿剂的组合。强调与单药治疗、传统阶梯治疗和序贯治疗相比, SPC 有助于简化用药、增加患者的依从性。建议高龄、虚弱患者, 先从单药开始, 逐渐增加至联合用药方案。

此外, 《2018 年指南》推荐计划妊娠和妊娠的高血压患者使用 α 甲基多巴 (I, B)、拉贝洛尔 (I, C) 或 CCB (I, C), 避免使用 ACEI 或 ARB 和利尿剂。《2018 年指南》更新了难治性高血压的诊断及治疗策略, 提出在原治疗基础上, 优选螺内酯 (I, B), 如不耐受可换用依普利酮或加用其他利尿药、 β 阻滞药、 α 受体阻滞药 (《2013 年指南》建议选用盐皮质激素受体拮抗药、阿米洛利和多沙唑嗪等) (I, B)。

6 重视危险因素综合管理, 不推荐常规器械治疗

《2018 年指南》强调仅采用降低血压治疗难以

表3 诊室血压治疗靶目标范围 (mmHg)

年龄	诊室收缩压治疗靶目标范围					诊室舒张压治疗靶目标范围
	高血压	+ 糖尿病	+CKD	+CAD	卒中 ^a / 短暂性脑缺血发作	
	< 130 (如耐受良好可更低) 不小于 120	< 130 (如耐受良好可更低) 不小于 120	< 130~140 (如耐受良好)	< 130 (如耐受良好可更低) 不小于 120	< 130 (如耐受良好可更低) 不小于 120	
18~65 岁						70~79
65~79 岁 ^b	130~139 (如耐受)	130~139 (如耐受)	130~139 (如耐受)	130~139 (如耐受)	130~139 (如耐受)	70~79
≥ 80 岁 ^b	130~139 (如耐受)	130~139 (如耐受)	130~139 (如耐受)	130~139 (如耐受)	130~139 (如耐受)	70~79
诊室舒张压 治疗靶目标 范围	70~79	70~79	70~79	70~79	70~79	

注: CKD, 慢性肾病 (包括糖尿病相关肾病及非糖尿病相关肾病); CAD, 冠状动脉疾病; a, 特指合并既往卒中史的患者, 并非急性卒中后即刻的血压目标值; b, 对虚弱、不能自理的高龄患者应调整降压治疗方案及降压靶目标值; 1 mmHg=0.133 kPa

达到降低心血管风险的理想状态, 高血压患者从他汀类药物治疗中获益, 推荐使用他汀类药物达到不同危险分层的相应血脂目标。在血压控制良好的基础上, 他汀类药物治疗进一步降低 1/3 的心肌梗死风险和 1/4 的卒中风险。推荐低剂量阿司匹林用于高血压患者二级预防 (I, A), 未合并心血管疾病的高血压患者, 不建议使用阿司匹林进行一级预防 (III, A)。

《2018 年指南》否定了《2013 年指南》对于药物治疗无效者可进行肾去交感神经术或颈动脉窦刺激装置治疗的推荐, 认为这些疗法证据不足, 除了临床研究目的外, 不建议将器械治疗作为高血压的常规治疗方法 (III, B)。不建议对高血压患者进行常规基因检测。

综上所述, 与《2013 年指南》相比, 《2018 年指南》对于高血压的诊断、评估和防控的建议更加详细和严谨, 坚持“做什么和什么不该做”原则。采用最新的高级别临床研究证据, 治疗方案更具科学性和可操作性。由于不同国家地区的疾病流行特征、遗传学背景、医疗经济学状况等存在差异, 在临床实践中应结合我国国情和患者人群自身特点进行血压管理, 更新完善适合我国患者人群的高血压防治指南。

参 考 文 献

- [1] NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Worldwide trends in blood pressure from 1975 to 2015 : a pooled analysis of 1479 population-based measurement studies with 19.1 million participants. *Lancet*, 2017, 389 (10064) :37-55.
- [2] 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). *Eur Heart J*, 2018, 39 (33) : 3021-3104.
- [3] Williamson JD, Supiano MA, Applegate WB, et al. Intensive vs standard blood pressure control and cardiovascular disease outcomes in adults aged ≥ 75 years : a randomized clinical trial. *JAMA*, 2016, 315 (24) : 2673-2682.
- [4] Kjeldsen SE, Lund-Johansen P, Nilsson PM, et al. Unattended Blood Pressure Measurements in the Systolic Blood Pressure Intervention Trial : Implications for Entry and Achieved Blood Pressure Values Compared With Other Trials. *Hypertension*, 2016, 67 (5) :808-812.
- [5] Böhm M, Schumacher H, Teo KK, et al. Achieved blood pressure and cardiovascular outcomes in high-risk patients : results from ONTARGET and TRANSCEND trials. *Lancet*, 2017, 389 (10085) :2226-2237.
- [6] Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults : A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*, 2018, 71 (6) :e13-e115.

(收稿日期 :2018-09-11)