



# 新版高血压防治指南“新”在哪儿

● 本报记者 张思玮

近日,《中华高血压杂志》刊发了《中国高血压防治指南》(2024年修订版)(以下简称新版指南)。据悉,这是我国在1999年首版高血压防治指南颁布后的第5版高血压防治指南。

“这是一部兼具中国特色,又在学术层

面与时俱进,兼具实用性和教育性的指导性文件。”新版指南的通讯作者、上海交通大学医学院附属瑞金医院教授王继光表示。

高血压是最常见的心血管疾病。近年来,我国高血压的患病率呈逐渐上升趋势,除了人口预期寿命延长和高盐摄入等传统高血压

发病危险因素外,代谢相关的危险因素(如超重与肥胖)、心理因素等危险因素在高血压的发生和发展中起到越发重要的作用。

“高血压治疗的根本目标就是降低心、脑、肾与血管并发症和死亡的总危险。”王继光说,随着社会发展、科技进步和医保支付

能力的提升,更多的适宜技术在医疗机构推广,基层防治管理水平逐渐提升,在更广泛人群中进行高血压的病因学筛查、心血管危险因素和高血压介导的靶器官损害的检测成为可能。

那么,此次新版指南有哪些“新”的内容?

## 1 我国高血压人群情况如何?

新版指南指出,在未使用降压药的情况下,诊室血压 $\geq 140/90$ mmHg;或家庭血压 $\geq 135/85$ mmHg;或24小时动态血压 $\geq 130/80$ mmHg,白天血压 $\geq 135/85$ mmHg,夜间血压 $\geq 120/70$ mmHg的人群,都属于高血压人群。

最新数据显示,2018年我国年龄 $\geq 18$ 岁的成人高血压加权患病率

为27.5%,并且人群高血压患病率随着年龄增加而显著增高。但近年来中青年人群中高血压患病率上升趋势更明显。

“高血压患病率男性高于女性,北方高南方低的现象仍存在,但城乡分布特征出现转变:一方面,大中型城市高血压患病率较高;另一方面,农村地

区居民的高血压患病率增长速度较城市快。”参与此次新版指南撰写、北京大学人民医院教授孙宁玲表示。

在高血压患者的知晓率、治疗率和控制率(以下简称三率)方面,我国虽有明显改善,但总体仍处于较低的水平,分别达51.6%、45.8%和16.8%。其中,男性、中青年、农村和少数民族人群为加强高血压防控的重点人群。

## 2 高血压的危险因素有哪些?

据孙宁玲介绍,高血压危险因素包括遗传因素、年龄、体重、性别以及多种不良生活方式等多方面。

具体而言,新版指南总结了10方面的危险因素。

**1. 高钠、低钾膳食。**钠摄入量与血压呈正相关,钾的摄入也是影响不同人群血压的重要因素。我国高血压人群调查结果显示,24小时尿钠钾比值每增加1个单位,收缩压/

舒张压就会升高0.46/0.24mmHg。

**2. 超重和肥胖。**体重指数每增加5kg/m<sup>2</sup>,发生高血压的风险增加49%。

**3. 增龄。**在我国第五次高血压调查中,高血压患病率随着年龄的增长而增加,年龄 $\geq 65$ 岁的老年人高血压患病率超过55%,主要表现为收缩压升高和舒张压降低。

**4. 吸烟。**吸烟是公认的心血管疾病及死亡的独立危险因素,且吸烟量越大、时间越长,心血管疾病发病及死亡风险越高。二手烟暴露同样增加冠心病、脑卒中等心血管风险。

**5. 过量饮酒。**长期过量饮酒或偶尔大量饮酒均会严重影响健康。研究显示,男性/女性饮酒者发生高血压的风险分别是不饮酒者的1.24倍、1.41倍。

**6. 心理社会因素。**随着社会经济快速发展,生活节奏不断加快,社会竞争日益激烈,各种因素所致心理压力逐渐增加。高血压患者更容易伴发精神心理问题,为非高血压患者的2.69倍。

**7. 空气污染。**研究证实,空气污染可导致高血压危险增加。除了室外空气污染外,室内空气污染也不容小觑。

**8. 肿瘤治疗。**化疗是高血压的独立危险因素。据报道,在接受抗血管内皮生长因子靶向治疗的患者中,超过一半的患者有高血压。

**9. 高海拔。**我国有超过2.9亿人生活在海拔超过500米的高原地区,约1250万人生活在2500米以上的高海拔地区。低气压(氧条件)、寒冷和昼夜温差大是高海拔地区的典型气候特征,对血压有一定的影响。

**10. 其他危险因素。**除了以上高血压发病危险因素外,其他危险因素还包括高血压家族史、缺乏体力活动、受教育程度低等。随着城市化的快速发展与城市规模日益扩张,不合理的城市设计也给人健康水平带来了负面影响。城市的碎片化、缺乏健康食品供应、人口密度过高、不适宜步行出行、公园或绿地面积不足等都增加了患高血压的风险。

## 3 高血压带来哪些健康风险?

“血压升高可引起动脉血管系统和其供应的器官在结构和功能上的改变,使靶器官受到损害,进而发生心脑血管事件,导致心脏和肾脏等脏器功能衰竭。”参与此次新版指南撰写、北京市心肺血管疾病研究所研究员吴兆苏表示,脑卒中仍是目前我

国高血压人群最主要的并发症,冠心病事件发生率也有明显上升。此外,高血压还可以导致其他并发症,包括心房颤动、心力衰竭、终末期肾病、痴呆等。

一项全球研究发现,诊室收缩压或舒张压与脑卒中、冠心病事件、心血管疾病

## 4 如何正确测量高血压?

血压测量是评估血压水平、诊断高血压以及观察降压疗效的根本手段和方法。

当前,在临床和人群防治工作中,主要采用诊室血压测量和诊室外血压测量两种形式。前者包括由医护人员进行的常

规诊室血压测量以及患者自我操作的自动诊室血压测量。后者包括动态血压监测和家庭血压监测。

诊室血压、家庭血压和动态血压水平均可作为高血压诊断的依据。新版指南推荐使

## 5 高血压分哪几类?

目前,我国采用正常血压、正常高值和高血压进行血压水平分类,并根据诊室血压水平进一步将高血压分为1级、2级和3级。

王继光表示,保留3级高血压,主要原因在于,与高血压控制水平较高的国家和地区相比,我国高血压患者中8%以上为3级高血压,估计

我国3级高血压患者超过2000万人,这部分患者的诊断和干预策略与风险较低的1、2级高血压有着显著不同,需要特别关注这部分患者并进行积极监测与治疗,避免发生靶器官损害及临床并发症。

新版指南还介绍了高血压的特殊表型,

## 6 如何有效治疗高血压?

“高血压患者降压治疗的目的是有效降低血压,控制高血压的疾病进程,预防或延迟脑卒中、心肌梗死、心力衰竭、肾功能不全等并发症发生。”孙宁玲说,降压药物治疗的获益主要在中危及以上的高血压患者和高危及以上的正常高值血压者中得到证实。

至于何时启动降压药物治疗,孙宁玲表示,主要取决于心血管风险,而非血压水平。新版指南建议,血压水平 $\geq 160/100$ mmHg的高血压患者,应立即启动降压药物治疗。血压水平140~159/90~99mmHg的高血压患者,心血管风险为中危及以上者应立即启动降压药

死亡的风险呈连续、独立、直接的正相关关系。收缩压每升高20mmHg或舒张压每升高10mmHg,心脑血管疾病发生的风险倍增。

我国人群队列研究显示,高血压患者合并糖代谢异常、腹型肥胖、血脂异常等心血管代谢性危险因素时,其心血管疾病发病风险是单纯高血压患者的2.2倍。

用经过准确性验证的上臂式电子血压计,不建议使用水银血压计。并且,患者必须保持坐位安静休息至少5分钟后,再测量上臂血压,上臂应置于心脏水平。同时,应尽可能进行诊室外血压测量,确诊高血压,识别白大衣性高血压与隐蔽性高血压,评估降压疗效,诊断难治性高血压。

包括白大衣性高血压、隐蔽性高血压、清晨高血压、夜间高血压、单纯收缩期高血压、单纯舒张期高血压、特别人群的高血压(老年高血压、儿童与青少年高血压、妊娠期高血压疾病)、合并心脑血管疾病等临床情况高血压(高血压合并肾脏疾病、高血压合并糖尿病等)、难治性高血压、继发性高血压、高血压急症和亚急症等。

物治疗。低危者可改善生活方式4~12周,如血压仍不达标,应尽早启动降压药物治疗。血压水平130~139/85~89mmHg的正常高值人群,心血管风险为高危和很高危者应立即启动降压药物治疗;低危和中危者,目前没有证据显示可以从降压药物治疗中获益,此类人群应持续进行生活方式干预。

“所有高血压患者均应进行治疗性生活方式干预。”孙宁玲说。

## 7 如何选择降压药物(器械)治疗?

2018年版中国高血压防治指南推荐的常用降压药包括CCB、ACEI、ARB、噻嗪类利尿剂和 $\beta$ 受体阻滞剂,以及由上述药物组成的SPC。新版指南还补充血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂(ARNI)为新一类常用降压药。因此,以上降压药和SPC均可作为初始和维持治疗的常用药物。

“降压治疗的获益主要源于血压的降低。”王继光表示,临床工作主要根据特殊人群的类型、合并症选择有针对性的药物,进行个体化治疗。不过,我们通常会优先使用长效降压药,以有效控制24

小时血压,更有效预防心脑血管并发症。此外,多数高血压患者需要终生降压治疗,因而应尽量减少患者在降压治疗过程的不良反应。

新版指南还提到了高血压的器械治疗。现有研究结果证明了经肾动脉去肾交感神经(RDN)治疗高血压的有效性与安全性。通常需要在排除继发性高血压后,针对药物难以控制或药物依从性差的高血压患者,在有丰富高血压诊治经验医生的指导下开展RDN治疗。

此外,新版指南还介绍了中医对高血压的认知。

## 8 相关心血管危险因素该如何处理?

新版指南指出,相关心血管危险因素主要包括血糖控制、调脂治疗、抗血小板治疗、心房颤动的抗凝治疗等。

高血压患者的血糖控制应强调通过健康的生活方式和药物对多种代谢性心血管危险因素进行综合控制。血糖控制目标:糖化血红蛋白 $< 7\%$ ;空腹血糖4.4~7.0mmol/L;餐后2小时血糖或高峰值血糖 $< 10.0$ mmol/L。

高血压患者还应积极采取降压联合调脂治疗等措施。低密度脂蛋白胆固醇是调脂治疗首要靶点。

抗血小板治疗在心脑血管疾病二级预防中的作用已被大量临床研究证实,可有效降低心血管事件风险19%~25%,其中非致死

性心肌梗死下降1/3,非致死性脑卒中下降1/4,致死性血管事件下降1/6。

高血压不但是发生房颤的重要危险因素,也是非瓣膜病、脑卒中和体循环栓塞的危险因素之一。

此外,研究证实,静息心率增快很可能是独立的心血管危险因素。多个国家的高血压指南或共识将心率增快定义为 $> 80$ 次/分,建议高血压患者将静息心率控制在60~80次/分。

新版指南还建议,高血压合并高尿酸血症患者应将血尿酸水平长期控制在 $< 360 \mu\text{mol/L}$ ,合并痛风发作患者血尿酸水平应控制在 $< 300 \mu\text{mol/L}$ 。

## 9 如何借助互联网有效管理高血压患者?

高血压的互联网医疗是传统高血压管理方法的补充和发展,也是实现“健康中国2030”高血压规划目标的重要手段。远程血压监测有利于高血压的筛查、诊断,并改善高血压的管理,这种优势在结合多种干预措施时更加突出,包括引入专业医生、护士或者药师,引入高血压患者生活方式与危险因素控制教育以及提供服药建议并监督服药等。

“绝大部分高血压可防可控,却难以治愈。”王继光表示,高血压一旦发生,就需要终生管理。

新版指南建议,将高血压的预防及

治疗纳入当地医疗卫生服务政策。基层医疗卫生服务部门是高血压防治的第一线,必须担负起高血压检测、登记、治疗及长期系统管理的主要责任,并建立统一的电子化的心脑血管疾病管理及专家咨询网络等。

