

# 《中国高血压基层管理指南》(2014年修订版)要点解读

隋 辉, 王 文

(中国医学科学院, 北京协和医学院, 国家心血管病中心, 阜外心血管病医院, 心血管疾病国家重点实验室, 北京 100037)

**摘 要:** 基层是防治高血压的主战场, 基层医生是高血压防治的主力军。高血压基层管理指南对指导基层医生的临床实践, 提高高血压的知晓率、治疗率、控制率具有重要的意义。修订版指南注重指南的可操作性、适用性, 强调降压达标, 简化了操作流程以提高管理效率。以指南为教材在全国范围内开展的第二届“燎原计划”将推动高血压防治政策在基层的有效落实。

**关键词:** 高血压; 指南

**中图分类号:** R544.1 **文献标识码:** A **文章编号:** 1004-583X(2015)07-0721-04

**doi:** 10.3969/j.issn.1004-583X.2015.07.001

## Commentary on chinese guidelines for the management of hypertension in the Community(2014 revised edition)

Sui Hui, Wang Wen

State Key Laboratory of Cardiovascular Disease, Fuwai Hospital, National Center for Cardiovascular Diseases, Chinese Academy of Medical Sciences and Peking Union Medical College, Beijing 100037, China

Corresponding author: Wang Wen, Email: wangwen5588@vip.sina.com

**ABSTRACT:** Community is the main battlefield and primary care physicians are the main force of hypertension prevention and control in China. “Chinese Guidelines for the Management of Hypertension in the Community” will play an important role in increasing the awareness, treatment and control rates of hypertension by improving the clinical practice in primary level. The revised guidelines lay emphasis on the manipulity and applicability, pay attention to achieving blood pressure target and simplifying operation procedure to improve management efficiency. The second “Liaoyuan project” nation-wide will promote the effective implement of hypertension prevention and treatment policy at the primary level by generalizing the guidelines.

**KEY WORDS:** hypertension; guideline



中国医学科学院阜外心血管病医院心内科学教授, 博士生导师, 国家心血管病专家委员会委员, 国家心血管病中心专家, 中国高血压联盟副主席兼秘书长; 北京高血压防治协会会长; 中华高血压杂志副主编, 《中国心血管病报告》副主编。为国家十一五科技支撑计划课题-高血压综合防治研究(CHIEF)负责人和卫生部《全国高血压社区规范化管理》项目执行负责人。为2014年中国高血压基层管理指南编委会主任委员; 为2010年修订版《中国高血压防治指南》、2011年《中国血压测量指南》、2013年《中国高血压患者教育指南》制定的组织者和撰稿人之一, 为以上指南推广执行负责人。发表论文160篇, 出版著作5部。

高血压是常见的慢性病, 是以动脉血压持续升高为特征的“心血管综合征”, 是我国心脑血管病最主要的危险因素, 也是我国心脑血管病死亡的主要原因。控制高血压是预防心脑血管病的切入点和关

键措施。

为适应新医改的需求, 为高血压基层管理提供技术支持, 在国家卫生计生委疾病预防控制局和基层卫生司的支持下, 国家心血管病中心和中国高血压联盟对2009年基层版高血压指南进行修订, 并更名为《中国高血压基层管理指南(2014修订版)》。指南修订根据我国国情和高血压的特点, 坚持预防为主、防治结合的方针, 遵循证据与实践相结合的原则, 力求简明扼要, 便于基层操作。《中国高血压基层管理指南》较2009版更新和强调的要点如下:

### 1 高血压的检出

加强血压测量, 把高血压患者从人群中检测出来, 提高高血压知晓率。

高血压的检出是提高人群高血压知晓率、治疗率和控制率(“三率”)的第一步; 高血压通常无自觉症状, 但可以使患者发生心、脑、肾等器官损害, 导致脑卒中或心肌梗死事件, 甚至死亡, 故俗称“无声杀手”; 只有检出高血压, 早期预防与治疗, 才能保护心

脑肾靶器官,降低心血管事件的发生<sup>[1]</sup>。因此,高血压的检出非常重要。对普通人群,尤其是易患人群应加强高血压筛查。

目前,仍以诊室血压作为高血压诊断的依据<sup>[2]</sup>。有条件的应同时积极采用家庭血压或动态血压诊断高血压。家庭血压 $\geq 135/85$  mmHg;动态血压白天 $\geq 135/85$  mmHg,或24小时平均值 $\geq 130/80$  mmHg为高血压诊断的阈值。因汞会对环境造成污染,故应积极推荐使用经国际标准认证合格的上臂式自动(电子)血压计。

## 2 高血压的治疗

**2.1 高血压是一种心血管综合征,对患者要进行综合评估,根据心血管危险度来决定治疗措施<sup>[3]</sup>。**

对初诊患者通过全面询问病史、体格检查及各项辅助检查,找出影响预后的因素;根据患者血压水平、并存的危险因素、靶器官损害、伴发的临床疾患进行危险分层。在强调降压的同时,考虑患者总体心血管危险,综合干预其他危险因素和临床疾患,尤其对吸烟、高胆固醇血症、肥胖等危险因素进行综合干预;对高血压伴糖尿病、冠心病、脑血管病、肾脏病的患者应进行相关治疗;也要关注高血压患者心率增快对心血管事件的影响。

**2.2 降压目标** 高血压治疗基本目标是血压达标,以最大限度地降低心脑血管病发病及死亡总危险。我国是脑卒中高发区,治疗高血压的主要目标是预防脑卒中。

**2.2.1 目标血压** 一般高血压患者血压降至140/90 mmHg以下<sup>[4-5]</sup>;老年( $\geq 65$ 岁)高血压患者的血压降至150/90 mmHg以下,如果能耐受,可进一步降至140/90 mmHg以下。一般糖尿病或慢性肾脏病患者的血压目标可以再适当降低。

**2.2.2 血压达标的时间** 在患者能耐受的情况下,推荐尽早血压达标,并坚持长期达标。治疗2~4周,评估血压是否达标,如达标,则维持治疗;如未达标,及时调整用药方案。对1~2级高血压患者,用药后4~12周达标,对治疗耐受性差或高龄老年人达标时间可适当延长。

**2.3 非药物治疗** 长期坚持生活方式改善是高血压治疗的基石,合理使用降压药是血压达标的关键,两者缺一不可。高血压确诊后,应长期坚持非药物治疗(生活方式干预),消除不利于心理和身体健康的行为和习惯,达到控制高血压以及减少其他心血管病的发病危险。非药物治疗有明确的轻度降压效果,如肥胖者体质量减轻10 kg收缩压可下降5~20 mmHg<sup>[6,7]</sup>;膳食限盐(食盐 $< 6$  g/d),收缩压可下降

2~8 mmHg;规律运动和限制饮酒均可使血压下降<sup>[8]</sup>。限盐是预防治疗高血压重要而有效的措施。

**2.4 高血压的药物治疗** 高血压初步诊断后,所有患者均立即采取治疗性生活方式干预,根据心血管危险分层选择启动药物治疗的时机。高危患者应立即启动降压药治疗;中危、低危患者可分别随访1个月、3个月,多次测量血压仍 $\geq 140$ 和(或) $\geq 90$  mmHg,启动降压药治疗。根据患者血压水平和危险程度,确定治疗方案。

**2.4.1 用药原则** ①小剂量开始:采用较小的有效剂量以获得疗效而使不良反应最小。对2级以上的高血压患者,起始也可以用常规剂量。②尽量用长效药:长效药的优势在于可减少血压波动,改善患者的依从性,改善清晨血压。为了有效地防止靶器官损害,要求每天24小时内血压稳定于目标范围内,积极推荐使用一天给药一次而药效能持续24小时的长效药物。③联合用药:为使降压效果增大而不增加不良反应,可以采用2种或多种不同作用机制的降压药联合治疗。④个体化治疗:根据患者具体情况选用适合该患者的降压药。

**2.4.2 常用的降压药物** 五大类降压药及复方制剂均可作为高血压初始治疗和维持治疗的选择,医生要掌握药物治疗的禁忌证和强适应证,根据患者的具体情况选药;降低高血压患者血压水平比选择降压药的种类更重要。

常用的降压药物主要有以下5类:钙拮抗剂、血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)、血管紧张素II受体拮抗剂(ARB)、噻嗪类利尿药、 $\beta$ 受体阻滞剂。5类降压药及固定低剂量复方制剂均可作为高血压初始或维持治疗的选择药物<sup>[9]</sup>。如有必要,还可以选择 $\beta$ 受体阻滞剂和其他降压药。根据国家基本药物制度,基层降压药的选择应考虑安全有效、使用方便、价格合理和可持续治疗的原则。

(1)钙拮抗剂:二氢吡啶类钙拮抗剂无绝对禁忌证,降压作用强,对糖脂代谢无不良影响;我国抗高血压临床试验的证据较多<sup>[10-12]</sup>,均证实其可显著减少卒中事件;故推荐基层使用二氢吡啶类钙拮抗剂。适用于大多数类型的高血压,尤对老年高血压、单纯收缩期高血压、稳定性心绞痛、冠状动脉或颈动脉粥样硬化、周围血管病患者适用。可单药或与其他4类药联合应用。对伴有心力衰竭或心动过速者应慎用二氢吡啶类钙拮抗剂,少数患者可有头痛、踝部水肿、牙龈增生等不良反应。

(2)ACEI:降压作用明确,保护靶器官证据较多,对糖脂代谢无不良影响;适用于1~2级高血压,

尤对高血压合并慢性心力衰竭、心肌梗死后、心功能不全、心房颤动预防、糖尿病肾病、非糖尿病肾病、代谢综合征、蛋白尿/微量白蛋白尿患者有益。可与小剂量噻嗪类利尿剂或二氢吡啶类钙拮抗剂合用。对双侧肾动脉狭窄、妊娠、高血钾者禁用；注意咳嗽等不良反应，偶见血管神经性水肿等不良反应。

(3) ARB: 降压作用明确，保护靶器官作用确切，对糖脂代谢无不良影响；适用于1~2级高血压，尤对高血压合并左心室肥厚、心力衰竭、心房颤动预防、糖尿病肾病、代谢综合征、微量白蛋白尿、蛋白尿患者有益，也适用于ACEI引起的咳嗽而不能耐受者。可与小剂量噻嗪类利尿剂或二氢吡啶类钙拮抗剂合用。对双侧肾动脉狭窄、妊娠、高血钾者禁用；偶见血管神经性水肿等不良反应。

(4) 噻嗪类利尿剂: 降压作用明确，小剂量噻嗪类利尿剂适用于1~2级高血压或脑卒中二级预防，也是难治性高血压的基础药物之一<sup>[13]</sup>。利尿剂尤对老年高血压、心力衰竭患者有益，是难治性高血压治疗的基础药物，可与ACEI或ARB、钙拮抗剂合用。小剂量噻嗪类利尿剂基本不影响糖脂代谢。大剂量利尿剂对血钾、尿酸及糖代谢可能有一定影响，要注意定期检查血钾、血糖及尿酸。痛风为禁忌证。

(5)  $\beta$ 受体阻滞剂: 降压作用明确，小剂量适用于高血压伴心肌梗死后、冠心病心绞痛、快速性心律失常、慢性心力衰竭或心率偏快(心率80次/min及以上)的1~2级高血压。对心血管高危患者的猝死有预防作用。可与二氢吡啶类钙拮抗剂合用。对哮喘及II~III度房室传导阻滞患者禁用；慎用于慢性阻塞性肺气肿、糖耐量异常者或运动员。大剂量长期使用对糖脂代谢的影响，高选择性 $\beta$ 受体阻滞剂对糖脂代谢影响不大。注意支气管痉挛、心动过缓等不良反应；不要突然停药，以免发生撤药综合征。

(6) 固定低剂量复方制剂: 为常用的一类高血压治疗药物，其优点是使用方便，可改善治疗的依从性。我国传统固定复方制剂有明确的降压作用且价格低廉，可作为基层(尤其对经济欠发达的农村地区)降压药的一种选择，包括复方制剂有复方利血平(复方降压片)、复方利血平氨苯蝶啶片(降压0号)、珍菊降压片等。使用固定复方制剂时，要掌握其组成成分的禁忌证和可能的不良反应。①建议血压水平 $<160/100$  mmHg，或低危、部分中危患者初始用小剂量单药治疗；②对血压水平 $\geq 160/100$  mmHg，或血压水平高于目标血压20/10 mmHg的高危患者，可起始用小剂量联合治疗或复方制剂。

优先推荐以下前6种联合方案<sup>[14-16]</sup>：①二氢吡

啶钙拮抗剂和ACEI；②二氢吡啶钙拮抗剂和ARB；③ACEI和小剂量噻嗪类利尿剂；④ARB和小剂量噻嗪类利尿剂；⑤二氢吡啶钙拮抗剂和小剂量噻嗪类利尿剂；⑥二氢吡啶钙拮抗剂和小剂量 $\beta$ 受体阻滞剂。

降压药联合是指不同种类药物的组合，避免同种类降压药的联合。推荐的3种药联合方案为：二氢吡啶钙拮抗剂、ACEI(或ARB)和小剂量噻嗪类利尿剂。一般不主张ACEI与ARB联合使用治疗普通高血压。

**2.5 促进血压达标的主要措施** 尽量使用长效药；尽量使用联合治疗或复方制剂；加强随访管理；及时调整治疗措施(加量或加另一种药)。

### 3 随访管理

长期随访，了解降压效果和和不良反应。根据血压是否达标确定随访管理级别，推进社区规范化管理。血压达标者每3个月随访1次，未达标者每2~4周随访1次；血压未达标的，及时调整治疗措施，可增加原用药的剂量，或加用小剂量其他种类降压药，或开始联合治疗或复方制剂。修改的高血压基层管理流程图，既考虑到高血压患者的总心血管风险，有综合评估、综合干预的理念，又考虑到血压达标是治疗的基本目标，简化了随访程序。总体上有利于基层医生对高血压的管理。

### 4 加强高血压患者教育

强调高血压患者的自我管理，鼓励开展家庭自测血压，提高治疗的依从性。对公众、高血压易患人群进行健康教育，预防、延缓高血压的发生。

### 5 长期药物治疗应考虑患者的经济承受力

我国经济发展不平衡，降压药物的应用是长期甚至是终身的，医生要充分考虑到治疗的长期性和患者的经济承受能力。降压药选择的范围很宽，应根据病情、经济状况及患者意愿，选择适合的治疗药物。

总之，高血压防控是社会系统工程，需要政府、学会(专家)、基层共同努力。广大基层是高血压防治的主战场，提高高血压“三率”的关键在基层。指南发布后，主办单位计划2015年在社区和农村开展第2届燎原计划，推广基层管理指南。

### 参考文献：

- [1] 卫生部心血管病防治研究中心. 中国心血管病报告[M]. 中国大百科全书出版社, 2011.
- [2] 中国高血压防治指南修订委员会. 《中国高血压防治指南2010》[J]. 中华高血压杂志, 2011, 19(8): 701-743.
- [3] 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 《中国心血管病预防指南》[J]. 中华心血管病杂志, 2011, 39

(1):3-22.

- [4] Zhang Y, Zhang X, Liu L, et al. Is a systolic blood pressure target <140 mmHg indicated in all hypertensives Subgroup analyses of findings from the randomized FEVER trial[J]. *Eur Heart J*, 2011, 32(12):1500-1508.
- [5] 中华神经病学分会脑血管病学组. 中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南 2010[J]. *中华神经科杂志*, 2010, 43(2):154-160.
- [6] The Trials of Hypertension Prevention Collaborative Research Group. Effects of weight loss and sodium reduction intervention on blood pressure and hypertension incidence in overweight people with high-normal blood pressure. The Trials of Hypertension Prevention, phase II[J]. *Arch Intern Med*, 1997, 157(6): 657-667.
- [7] He J, Whelton PK, Appel LJ, et al. Long-term effects of weight loss and dietary sodium reduction on incidence of hypertension[J]. *Hypertension*, 2000, 35(2): 544-549.
- [8] Xin X, He J, Frontini MG, et al. Effects of alcohol reduction on blood pressure: A meta-analysis of randomized controlled trials[J]. *Hypertension*, 2001, 38(5): 1112-1117.
- [9] 王文, 王继光, 张宇清. 针对中国高血压的特点制定中国高血压防治的策略与方案[J]. *中华高血压杂志*, 2010, 18(10): 904-990.
- [10] Liu L, Wang JG, Gong L, et al. Comparison of active treatment and placebo in older Chinese patients with isolated systolic hypertension. Systolic hypertension in China (Syst-China) collabor Tive group[J]. *J Hypertens*, 1998, 16(12 Pt1):1823-1829.
- [11] Gong LS, Zhang WH, Zhu YJ, et al. Shanghai trial of nifedipine in the elderly (STONE)[J]. *J Hypertens*, 1996, 14(10):1237-1245.
- [12] 王文, 张宇清, 张学中, 等. 高血压患者治疗后平均血压水平与心脑血管事件的关系-非洛地平降低并发症研究(FEVER)分析[J]. *中华高血压杂志*, 2010, 18(5):439-443.
- [13] PATS Collaborating Group. Post-stroke antihypertensive treatment study. A preliminary result[J]. *Chin Med J (Engl)*, 1995, 108(9):710-717.
- [14] Ma L, Wang W, Zhao Y, et al. Combination of amlodipine plus angiotensin receptor blocker or diuretics in high-risk hypertensive patients: a 96-week efficacy and safety study[J]. *Am J Cardiovasc Drugs*, 2012, 12(2):137-142.
- [15] Liu L, Zhang Y, Liu G, et al. The felodipine event reduction (FEVER) study: a randomized long-term placebo-controlled trial in Chinese hypertensive patients[J]. *J hypertens*, 2005, 23(12):2157-2172.
- [16] 王文, 马丽媛, 刘明波, 等. 初始低剂量氨氯地平加替米沙坦或复方阿米洛利联合治疗对高血压患者血压控制率影响的阶段报告[J]. *中华心血管病杂志*, 2009, 37(8):701-707.

收稿日期:2015-05-31 编辑:张卫国