H —8

《2020国际高血压学会全球高血压实践指南》解读

陈晓平1,崔兆强2,林金秀3,卢新政4,李悦5,李玉明6,李建平7代表中国医师协会心血管内科医师分 会高血压学组，孙仰仰7,刘志浩7,刘梦苑7 (1.四川大学华西医院 心内科，成都610041； 2.复旦大

学附属中山医院 心内科，上海200032 ； 3.福建医科大学附属第一医院 心血管内科，福州350005 ； 4. 江苏省人民医院心血管内科，南京210029 ； 5.哈尔滨医科大学附属第一医院心血管内科，哈尔滨 150001 ； 6.泰达国际心血管病医院，天津300457 ； 7.北京大学第一医院 心内科，北京100034)

【摘要】2020年5月6日，国际高血压学会颁布了全球高血压实践指南。为了使指南在高收入国家和地区及中低收入国家和地 区均具有可操作性，指南制定者创新性地提岀两种血压管理标准：“基本标准”适用于资源相对匮乏地区，而“理想标准” 适用于资源充沛地区。指南力争做到简单明了、适用于所有血压管理者。相信这样一版有针对性的高血压实践指南，将会 对降低高血压相关疾病负担产生深远影响。本文将对新指南在高血压诊治方面的要点及其与其他高血压指南的主要差异进 行概述。

【关键词】指南；高血压；国际高血压学会；基本标准；理想标准

**Comment and key-points translation of International Society of Hypertension global hypertension practical guideline**

Chen Xiaoping1, Cui Zhaoqiang2, Lin Jinxiu3, Lu Xinzheng4, Li Yue5, Li Yuming6, Li Jianping7 On behalf of the Chinese College of Cardiovascular Physicians Hypertension Group, Sun Yangyang7, Liu Zhihao7, Liu Mengyuan7 (1. Department of Cardiology, West China Hospital Sichuan University, Chengdu 610041, China; 2. Department of Cardiology, Zhongshan Hospital Affiliated to Fudan University, Shanghai 200032, China; 3. Department of Cardiology, the First Affiliated Hospital of Fujian Medical University, Fuzhou 350005, China; 4. Department of Cardiology, Jiangsu Province Hospital, Nanjing 210029, China; 5. Department of Cardiology, the First Affiliated Hospital of Harbin Medical University, Harbin 150001, China; 6. TEDA International Cardiovascular Hospital, Tianjin 300457, China; 7. Department of Cardiology, Peking University First Hospital, Beijing 100034, China)

Corresponding author: Li Jianping, E-mail: [lijianping03455@pkufh.com](mailto:lijianping03455@pkufh.com)

**[Abstract**] On May the 6th, 2020, International Society of Hypertension (ISH) published the global hypertension practical guideline. In order to make the guideline more practical in both high income countries and areas and low to mid income countries and areas, the ISH committee developed two blood pressure care standards: "essential standards" are recommended to the low resources settings and "optimal standards" are recommended to the high resources settings, in a very practical format. We believe such a tailored blood pressure management approach will ultimately make a profound effect on reducing blood pressure, as well as its related health burden all over the world. The current key-points translation will focus on the distinct feature of this guideline, regarding the diagnoses and treatment of hypertension, and summarize its main differences from the other guideline of hypertension.

【**Key words**] Guideline; Hypertension; International Society of Hypertension; Essential standards; Optimal standards

通信作者：李建平 E-mail : [lijianping03455@pkufh.com](mailto:lijianping03455@pkufh.com)

高血压防治指南是近年来心血管疾病防治领域 更新频率最快的指南。自2017年起，相继颁布了 《2017年美国成人高血压预防、检测、评估及管理 指南》［1］、《2018年欧洲高血压防治指南》［2］、《2018 年加拿大高血压指南：成人和儿童高血压的诊断、 风险评估、预防和治疗》［3］、《中国高血压防治指 南（2018年修订版）》［4］、《2019年日本高血压管理 指南》［5］和《2019年英国国家卫生与临床优化研究 所成人高血压诊断和管理指南》［6］，指南的不断更 新为包括中国在内的全球高血压防治工作提供了重 要参考。

2020年5月6日，国际高血压学会（International Society of Hypertension, ISH）首次独立颁布全球 高血压实践指南（以下简称2020 ISH指南），该指 南吸收各国指南的优点，制定一部不同于以往教科 书式的指南，更像是一部以管理血压为主轴、简明 扼要，指导性很强的高血压管理手册，力求通过 2020 ISH指南的颁布，加强高血压管理力度，降低 高血压带来的巨大的全球疾病负担。本文将对2020 ISH指南的特点、要点及其与其他高血压指南的主 要差异进行概述。

1 2020 ISH指南显著特点

纵观2020 ISH指南，我们认为其具有下述两大 特点：

1. 结合经济发展状况，提出两种血压管理标准 2020 ISH指南的最大亮点是基于近年来全球范围内 高血压流行病学趋势，即中低收入国家日益增长的 高血压相关疾病负担，提出两种血压管理标准：针 对高收入国家和地区的血压管理“理想标准”和针 对中低收入国家和地区的血压管理"基本标准”。 “理想标准”基于高水平循证医学证据，而“基本标 准”往往缺乏证据，部分内容仅基于专家共识。两 种标准的制订体现了指南制定者对于“降压是硬道 理”的追求。
2. 适用于所有高血压管理人员，简单明了、操作 性强①将高血压分级由原来的3级合并为2级，即 原来的1级高血压诊断标准不变，原来的2、3级高血 压合并为2级高血压。如此改动，使高血压分级更加 简单，但并未改变对患者的危险评估和治疗策略, 更易被广大医务工作者接受。②在健康生活方式干 预中，强调减少盐摄入量的重要性，但并未强调具 体标准。③在降压靶标方面，首次提出降压相对值 标准，即首先需将血压降低20/10 mmHg，再逐渐达 到靶标。④在药物选择方面，“基本标准”中明确提 出可以使用任何可及的具有良好特性的降压药物, 即“不管白猫黑猫，抓住老鼠就是好猫”；“理想标 准''中明确提出联合用药"四部曲”（详见2.2.4.2）。

值得一提的是，2020 ISH指南发布于新型冠状 病毒肺炎全球暴发期间，此前，针对使用肾素-血 管紧张素-醛固酮系统（renin angiotensin aldosterone system，RASS）阻滞剂的高血压患者对新型冠状 病毒的易感性和疾病预后的差异，曾是业界讨论的 热点。相信很多人曾经期待，这一在全球抗疫形式 下颁布的指南会针对上述问题发表声明，但2020 ISH指南只字未提新型冠状病毒肺炎，这也从另一 方面反映出对于该问题，目前尚无足够的证据对既 往指南予以修订。

2高血压诊治要点

2.1高血压的定义、诊断与评估

2.1.1高血压的定义与大多数高血压指南一致, 2020 ISH指南将高血压定义为非同日多次重复测量 后，诊室收缩压N 140 mmHg和/或诊室舒张压N 90 mmHg （表1）。该定义适用于所有成年人（年龄〉 18岁）。与2014 ISH指南［10］相比，2020 ISH指南将 正常血压界限调整为130/85 mmHg，与多部指南推 荐的120/80 mmHg相比，进一步放宽了正常血压限 值。2020 ISH指南继续采用高血压2级分类方法, 可操作性更强，有利于使治疗方法与血压水平相匹 配，从而优化治疗策略。

表**1**基于真实血压的高血压分类

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 分类 | SBP (mmHg) | |  | DBP( mmHg) | |
| 正常血压 | V 130 | | 和 | V 85 | |
| 正常高值血压 | 130〜 | -139 | 和/或 | 85〜 | 89 |
| 1级高血压 | 140〜 | -159 | 和/或 | 90〜 | 99 |
| 2级高血压 | *N* 160 | | 和/或 | *N* 100 | |

注：SBP为收缩压；DBP为舒张压

2.1.2血压测量与高血压诊断

2.1.2.1诊室血压测量和诊断

（1） 基本标准：①尽量不要1次就诊即做出诊 断（除外血压N 180/110 mmHg且有罹患心血管疾 病的证据）；②确诊高血压需要测量2〜3次诊室血 压，通常间隔1〜4周；③每次就诊时连续测量3次 血压，每次间隔1 min，结果取后2次测量的平均值; ④如果条件允许，应通过诊室外血压监测来确诊。

（2） 理想标准：①初步评估：测量双臂血压， 如果多次测量后双臂血压差值〉10 mmHg，则采 用较高值；如果双臂血压差值〉20 mmHg，则考 虑进一步评估；②立位血压：患者有体位性低血压 时需评估，老年人或糖尿病患者初次就诊时需评 估；③无人看管的诊室血压：可以提供更标准的评 估，测量结果通常低于一般诊室血压测量值，但对 应的诊断阈值未确定，大多数情况下仍需评估诊室 外血压后再次确认。

（3）诊断：2〜3次诊室血压测量结果均N 140/90 mmHg，提示高血压。

2.1.2.2诊室外血压测量和诊断

（1） 理想标准：①与诊室血压相比，诊室外血 压测量更具重复性，且与高血压导致的靶器官损害 （hypertension mediated organ damages， HMOD） 和 心血管风险事件更相关，可以鉴别白大衣高血压和 隐匿性高血压；②如果患者诊室血压测量结果为正 常高值或1级高血压（收缩压为130〜159 mmHg， 舒张压为85〜99 mmHg），需通过家庭血压监测或 24 h动态血压监测进一步确认血压水平。

（2） 诊断:①家庭血压监测，（去除第1天读数后） 血压平均值N 135/85 mmHg，提示高血压；②24 h 动态血压监测，24 h动态血压N 130/80 mmHg,提示 高血压（主要标准），日间动态血压N 135/85 mmHg 且夜间动态血压N 120/70 mmHg，提示高血压。 2.1.3高血压的诊断检查

2.1.3.1基本标准①病史：血压水平和相关症状、 用药史（降压药物、影响血压的其他药物）、疾病史、 吸烟/饮酒史和家族史；②体格检查：循环系统和 心脏、肾脏和甲状腺（是否增大）、体质指数（body mass index, BMI、和腰围、脂肪沉积和皮肤妊娠纹; ③实验室检查：血钾、钠、血肌酐和估算肾小球滤 过率（estimated glomerular filtration rate，eGFR）, 如 果条件允许，应检测血脂和空腹血糖；④心电图 （electrocardiogram， ECG）:评估是否有心房颤动、 左心室肥厚、缺血性心脏病等。

2.1.3.2理想标准①当怀疑并希望确定是否有高 血压介导的HMO D、合并疾病和/或继发性高血压 时，应进行相关辅助检查；②影像学检查：超声 心动图、颈动脉超声、肾脏/肾动脉和肾上腺成像、 眼底检查、脑计算机断层扫描（computed tomogr­aphy, CT） /磁共振成像 （magnetic resonance ima­ging， MRI）；③实验室检查：血白蛋白/肌酐比、血 尿酸、肝功能、血醛固酮/肾素比、筛查皮质醇过 量的检查等。

2.1.4心血管危险因素超过50%的高血压患者合 并其他心血管危险因素，以代谢综合征、糖尿病、 血脂异常和高尿酸血症最为常见。这些危险因素的 存在使高血压患者罹患心脑血管疾病和肾病的风险 成比例升高，故所有高血压患者均应进行心血管风 险评估。2020 ISH指南基于血压水平和其他危险因 素等，将高血压患者分为低危、中危和高危三类, 并提出高血压患者心血管风险的简化分类（表2）。

表**2**基于其他危险因素、**HMOD**、疾病史评估高血压患者心血管风险的简化分类**-**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 其他危险因素、HMOD或疾病 | 正常高值  SBP 130 〜139 mmHg  DBP 85 〜89 mmHg | 1级高血压  SBP 140 〜159 mmHg  DBP 90 〜99 mmHg | 2级高血压  SBP 已 160 mmHg  DBP 已 100 mmHg |
| 无其他危险因素 | 低危 | 低危 | 中危 |
| 1或2个危险因素 | 低危 | 中危 | 高危 |
| *N* 3个危险因素 | 低危 ■■ 中危 | 高危 | 高危 |
| HMOD、CKD 3期、糖尿病、CVD | 高危 | 高危 | 高危 |

注:HMOD为高血压介导的靶器官损害；SBP为收缩压；DBP为舒张压；CKD为慢性肾脏病；CVD为心血管疾病；以1例60岁男性患者为例； 风险分类会因年龄和性别而异

基本标准，①其他危险因素：年龄（〉65岁）、 性别（男性〉女性）、心率（〉80次/min）、体重增加、 糖尿病、高低密度脂蛋白胆固醇（low density lipo­protein cholesterin, LDL-C） /甘油三酯、心血管疾 病家族史、高血压家族史、早发性更年期、吸烟、 社会心理因素或社会经济因素；②HMOD :左心 室肥厚（有ECG证据）、中重度慢性肾脏病（chronic kidney disease, CKD）［eGFR < 60 ml/（min・1.73m2）］ 以及其他检查方法发现的器官损害；③合并临床疾 病：既往有冠心病、心力衰竭、脑卒中、外周血管 疾病、心房颤动、CKD 3期及以上。

与2014 ISH指南相比，2020 ISH指南采纳了欧 洲心脏病学会/欧洲高血压学会（European Society of Cardiology/European Society of Hypertension， ESC/ESH、指南中的HMO D定义，其是指由血压 升高引起的动脉血管系统和/或其供应器官在结构 和功能方面的改变。HMOD的诊断，一方面可指 导低/中危患者重新评估心血管风险，以决定管理 策略；另一方面，虽然其对高危患者的风险评估改 变不大，但医生可根据降压药物对HMO D的影响， 优先选择靶器官保护性药物。

2.1.5加重或诱发高血压的因素一些药物或物质 可能会引起血压升高，在某些患者中可能会对抗降 压药物的作用，如非甾体抗炎药、口服避孕药和三 环类抗抑郁药等。研究表明，患者服用相关药物时， 平均血压会有不同程度的升高。但这些药物或物质 对血压的影响具有较大的个体差异，故2020 ISH指 南建议，应对所有患者（确诊高血压或有高血压风 险）筛查可能加剧其血压升高或干扰降压药物降压 作用的物质，必要条件下，予以减少或消除应用。

* 1. 高血压的治疗

2.2.1非药物治疗对于所有高血压患者，生活方 式干预均作为一线推荐,包括膳食调整（如减少盐、 饱和脂肪酸、反式脂肪酸等摄入，食用健康食品， 适当饮用健康饮品）、戒烟限酒、规律运动、减轻 压力、控制体重、减少在低温和空气污染环境中的 暴露等。对于缺少循证医学证据的保健品、替代疗 法或中草药需慎用。

2.2.2启动降压药物治疗的时机①对于合并心血 管疾病、CKD、糖尿病或HMOD的1级高血压（血 压为140〜159/90〜99 mmHg）患者，应在确诊 后立即启动药物治疗；②对于2级高血压（血压N 160/100 mmHg ）患者，均应立即启动药物治疗； ③对于不合并心血管疾病、CKD、糖尿病和HMOD 的低至中危的1级高血压患者，如果生活方式干预 3〜6个月后血压仍未得到良好控制，应启动药物 治疗（此条推荐在基本标准为不存在药物紧缺的情 况下的推荐；若存在药物紧缺，则推荐50〜80岁 的患者尽可能启动药物治疗）。

2.2.3血压控制目标 应尽可能在3个月内达到降 压目标。

2.2.3.1 基本标准 血压下降N 20/10 mmHg,最 好应＜ 140/90 mmHg。

2.2.3.2理想标准①年龄＜65岁：目标血压＜ 130/80 mmHg，但应〉120/70 mmHg ；②年龄 N 65岁： 目标血压＜ 140/90 mmHg，应根据患者个体情况 设定个体化血压目标值。

2.2.4 降压药物的选择

2.2.4.1基本标准①使用任何可获得的降压药物； ②若无单片复方制剂或不能负担，可以采用药物自 由联合；③若无噻嗪样利尿剂，可以使用噻嗪型利 尿剂；④若无二氢毗啶类钙通道阻滞剂（calcium channel blocker， CCB）或患者不能耐受，可使用 其他药物代替（如非二氢毗啶类C CB）。

2.2.4.2理想标准

（1） 对于低危的1级高血压、高龄（N 80岁） 或身体虚弱患者，可单药治疗。

（2） 若不符合上述单药治疗条件，可按照下列 步骤选择降压治疗方案：①两种药物小剂量联合 治疗（最大推荐剂量的1/2）,优选RAAS阻滞剂+ CCB ；②两种药物全剂量联合治疗；③三药联合治 疗，优选RAAS阻滞剂+ CCB +利尿剂；④三药 联合+螺内酯或其他药物。

2.2.4.3 6受体阻滞剂的使用对于合并特定适应 证，如心力衰竭、心绞痛、心肌梗死后、心房颤动、 妊娠或有妊娠计划的年轻女性，任何治疗步骤均应 考虑使用6受体阻滞剂。

2.2.4.4存在合并症的高血压患者的药物降压治疗

（1） 高血压合并冠心病：①血压N 140/90 mmHg 应进行降压治疗，目标血压值＜ 130/80 mmHg （老 年患者目标血压值＜ 140/80 mmHg）；②一线治疗 推荐使用RAAS阻滞剂或6受体阻滞剂土 CCB。

（2） 高血压合并脑卒中：①血压N 140/90 mmHg 应进行降压治疗，目标血压值＜ 130/80 mmHg （老 年患者目标血压值＜ 140/80 mmHg）；②一线治疗 推荐使用RAAS阻滞剂、CCB和利尿剂。

（3） 高血压合并心力衰竭：①血压N 140/90 mmHg应进行降压治疗，目标血压值＜ 130/80 mmHg （但应〉120/70 mmHg）；②一线治疗推荐RAAS阻 滞剂、6受体阻滞剂和盐皮质激素，若血压控制不 佳，可使用CCB ；③血管紧张素受体脑啡肽酶抑制 剂（ angiotensin receptor neprilysin inhibitor，ARNI） 可替代RAAS阻滞剂用于射血分数减低的心力衰竭 合并高血压患者的治疗。

（4） 高血压合并CKD :①血压N 140/90 mmHg 应进行降压治疗，目标血压值＜ 130/80 mmHg （老年患 者目标血压值＜ 140/90 mmHg）；②一线推荐RAAS阻滞 剂,可以使用CCB,如eGFR ＜ 30 ml/ （min»1.73m2）, 可使用祥利尿剂。

（5） 高血压合并慢性阻塞性肺疾病：①血压N 140/90 mmHg应进行降压治疗，目标血压值＜ 130/80 mmHg （老年患者目标血压值＜ 140/90 mmHg）； ②6受体阻滞剂应在特定（如冠心病、心力衰竭） 患者中使用。

（6） 高血压合并糖尿病：①血压N 140/90 mmHg 应进行降压治疗，目标血压值＜ 130/80 mmHg （老 年患者目标血压值＜ 140/90 mmHg）；②一线推荐 RAAS阻滞剂，必要时使用CCB或噻嗪样利尿剂。

（7） 高血压合并高脂血症或炎症性风湿病：优 先使用RAAS阻滞剂和C CB。

2.3特殊类型高血压

2.3.1难治性高血压

2.3.1.1定义在应用了最佳剂量或最大耐受剂量 的3种或3种以上降压药物（包括利尿剂），并排除 了假性难治性高血压、药物导致的高血压和继发性 高血压之后，诊室血压仍〉140/90 mmHg。

2.3.1.2治疗建议①健康行为和生活方式改善； ②优化利尿剂的使用；③对于血钾＜ 4.5 mmol/L、 eGFR ＞ 45 ml/ （min・1.73m2）的患者可以考虑使 用螺内酯作为第4种药物；④（理想标准）由专业 人员进行患者管理。

2.3.2 继发性高血压

2.3.2.1定义由特定原因引起的高血压。

2.3.2.2患者筛查①高血压发病年龄＜30岁，无 危险因素；②难治性高血压；③近期突发难以控制 的高血压;④高血压急症;⑤有继发因素的临床线索。 2.3.3妊娠期高血压疾病

2.3.3.1分类 既往高血压；妊娠高血压；子痫前 期；子痫；HELLP综合征。

2.3.3.2血压测量 ①基本标准：诊室血压测量； ②理想标准：动态血压监测或家庭血压监测。

2.3.3.3检查①基本标准：尿液分析、血细胞计 数、肝酶、血细胞比容、血肌酐和血尿酸。妊娠早 期（既往肾脏疾病）和妊娠第二程监测蛋白尿，若〉 1 + ,则检测尿白蛋白/肌酐比值。②理想标准：超 声检查肾脏和肾上腺，血浆游离肾上腺素，子宫多 普勒超声。

2.3.3.4患者管理①轻度高血压：血压持续〉 150/95 mmHg，应行药物治疗；血压持续〉140/90 mmHg，既往高血压合并妊娠高血压、妊娠期间伴 有亚临床靶器官损害的患者均应行药物治疗。首选 甲基多巴、6受体阻滞剂和二氢毗啶类CCB。②重 度高血压：收缩压〉170 mmHg和/或舒张压〉110 mmHg，静脉注射拉贝洛尔，口服甲基多巴或二氢 毗啶类CCB,避免使用硝普钠。③妊娠高血压或子痫 前期患者的分娩：妊娠37周的无症状患者可分娩；若 患者有视觉障碍、凝血功能异常应加快分娩。④产后 高血压：不推荐使用甲基多巴。⑤哺乳期：首选长效 CCB,不推荐使用阿替洛尔、普萘洛尔、硝苯地平。

2.3.4 高血压急症

2.3.4.1定义血压突然和显著升高，同时伴有急 性靶器官损害，一般需要紧急静脉降压治疗。若无 急性靶器官损害，则认为不是高血压急症。

2.3.4.2表现形式 恶性高血压；高血压脑病；高 血压血栓性微血管病；脑卒中、急性冠脉综合征等 其他表现。

2.3.4.3治疗①应尽快降低血压以避免或延缓靶 器官损害的发生；②目前大多数建议均基于专家共 识，缺少强有力的证据；③急性靶器官损害的类型 是首选治疗方案的主要决定因素；④对于所有的高 血压急症，拉贝洛尔和尼卡地平都是安全的。

2.3.5族群、种族与高血压

2.3.5.1非洲人群特点①高血压发病和靶器官损 害发病人群更年轻，难治性高血压、夜间高血压发 生率更高，肾脏疾病、脑卒中、心力衰竭和死亡的 发生风险更高；②生理特点包括RASS被抑制、肾脏 排钠功能改变、心血管反应性增强和血管过早老化。 2.3.5.2非洲人群高血压的管理①18岁以上成年 人每年进行高血压筛查；②调整生活方式；③一 线使用单片复方制剂，如CCB +噻嗪样利尿剂或 CCB +血管紧张素II受体拮抗剂（angiotensin II receptor blocker, ARB） ； RASS阻滞剂首选ARB。

2.3.5.3亚洲人群高血压特点①高血压患者对盐 敏感并伴有轻度肥胖的可能性更大；②更易患脑卒 中和非缺血性心力衰竭；③清晨高血压和夜间高血 压较欧洲人群更常见。

3与其他高血压指南的主要差异

整体而言，2020 ISH指南充分借鉴了既往指南 具有高证据级别的推荐，其与既往高血压指南最大 的区别在于提出了两种血压管理标准和更好的操作 性，主要差异比较见表3。

相信2020年ISH颁布的这一立足当下全球高血 压发病流行病学特征、结合不同国家和地区医疗资 源和条件、强调降压是硬道理的全球高血压实践指 南，会对全球不同地区，包括我国高血压的防治工 作，产生进一步深远影响。

表**3 2020 ISH**全球高血压实践指南与其他高血压指南要点对比

| 要点 | ISH 2020 | ESC/ESH 2018 | CHL 2018 | ACC/AHA 2017 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 目标人群 | 尽可能优化治疗 | 关注优化治疗 | 关注基本治疗 | 关注优化治疗 |
|  | 至少保证基本治疗 |  |  |  |
| 高血压定义和血 | 基于诊室血压 | 基于诊室血压 | 基于诊室血压 | 基于诊室血压 |
| 压分类 | 血压 3 140/90 mmHg ；分 级1〜2级（将ESC指南中 的2级和3级合并） | 血压 3 140/90 mmHg ；  分级1〜3级 | 血压3 140/90 mmHg ；分级  1〜3级 | 血压3 130/80 mmHg （早诊断）  1级高血压：SBP 130〜139 mmHg或 DBP 80 〜89 mmHg ； 2级高血压：SBP  3 140 mmHg或 DBP 3 90 mmHg |
| 高血压诊断 | 理想标准：ABPM或家庭 血压监测确认 | 筛查：诊室血压 | 诊室血压为主 | 多次诊室血压、ABPM或家庭血压监 测用于确认 |
|  | 基本标准：诊室血压，如 有条件则行ABPM或家庭 血压监测用于确认 | 确认：ABPM或家庭血 压监测；多次诊室血压 | 血压1〜2级：多次诊室血 压测量；如可能，行ABPM 或家庭血压监测 |  |
| 药物治疗的血压 阈值 | 理想标准：同ESC指南 | 药物治疗+改善生活方 式用于：2级高血压；1 级高血压+高危；1级 高血压+低危，经过 3〜6个月生活方式干 预血压控制不佳 | 药物治疗+改善生活方式用 于：3级高血压；1〜2级高 血压+高危；1〜2级高血 压+中危，经过几周生活方 式干预血压控制不佳；1 〜 2 级高血压+低危，经过1 〜 3 个月生活方式干预血压控制 不佳 | 药物治疗+改善生活方式用于：2级 高血压；1级高血压合并临床ASCVD 或10年CVD风险3 10% （早治疗） |
|  | 基本标准：有限条件下 重点关注2级高血压和1 级高血压+高危 |  |  |  |
| 生活方式干预 | 同ESC指南 | 戒烟、健康饮食、低盐、 限酒、控制体重、适量 运动 | 戒烟、限钠补钾、健康饮食、 限酒、控制体重、适量运动、 减轻压力 | 减重、健康饮食、限钠补钾、増加活  动、限酒 |
|  | 理想标准：在ESC指南基 础上増加减轻压力；避免 暴露于空气污染环境中 |  |  |  |
| 起始药物治疗 | 理想标准：大部分人单 片复方制剂，A + C ；非 洲裔人群C + D | 使用单片复方制剂，A + C或 A + D | 单药治疗：任何标准剂量的 长效制剂，包括0受体阻滞 剂 | 一线药物：D、C、A  1级高血压、血压目标V 130/80 mmHg 剂量滴定中、顺序加药以使血压达标 时可单药治疗 |
|  | 基本标准：条件允许使 用最佳方案，否则任何 能降低血压的药物均可 | 有特定适应证可使用0 受体阻滞剂或其他药物 | 联合用药：血压高于 160/100 mmHg或高于目标 值 20/10 mmHg，A + C 或 A + D或C + D或C + 0受 体阻滞剂，复方制剂或自由 组合 | 联合用药：2级以上高血压或平均血 压高于目标值20/10 mmHg，A、C、 D中任两种不同种类联用，复方制剂 或自由组合 |
| 进一步药物治疗 | 理想标准：同ESC指南， 三联治疗A + C + D或 A + C + D +螺内酯或 其他药物 | 三联治疗：A + C + D， 最好为单片复方制剂 | 三联治疗：A + C + D或A + C + 0受体阻滞剂 | 非相同机制药物联用；螺内酯作为难 治性高血压常用药物 |
|  | 基本标准：条件允许使 用最佳方案，否则任何 能降低血压的药物均可 | 第四药（难治性高血 压）：螺内酯 |  |  |

参考文献

| 要点 | ISH 2020 | ESC/ESH 2018 | CHL 2018 | ACC/AHA 2017 |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 治疗目标 | 理想标准：V 65岁者， 血压V 130/80 mmHg, 3 65岁者，血压V 140/90 mmHg,老年患者根据自 身情况设定个体化的血压 目标 | 18〜65岁，血压V  140/90 mmHg,如可耐 受降低至130/80 mmHg 以下 | 治疗范围：18〜65岁，血 压 V 140/90 mmHg,如可 耐受降低至130/80 mmHg以 下；65〜79岁，血压V 150/90 mmHg,如可耐受降低至 140/90 mmHg以下；3 80岁， 血压 V 150/90 mmHg | 血压V 130/80 mmHg （包括老年人） |
|  | 基本标准：血压至少降 低20/10 mmHg,最好V 140/90 mmHg,老年患者 根据自身情况设定个体 化的血压目标 | 65岁以上血压V 140/90  mmHg |  |  |
| 治疗监测 | 监测血压，3个月内达标 | 监测血压，3个月内达标 | 血压4〜12周内达标 | 监测血压，1个月内达标（早达标） |
|  | 不良反应监测 | 不良反应监测 | 不良反应监测 | 不良反应监测 |
|  | 长期依从性 | 长期依从性 | 长期依从性 | 长期依从性 |

注：ISH为国际高血压学会；ESC为欧洲心脏病学会；ESH为欧洲高血压学会；CHL为中国高血压联盟；ACC为美国心脏病学会；AHA 为美国心脏协会；ABPM为动态血压监测；SBP为收缩压；DBP为舒张压；ASCVD为动脉粥样硬化性心血管疾病；CVD为心血管疾病；A 为血管紧张素转换酶抑制剂或血管紧张素n受体拮抗剂；c为二氢吡啶类钙通道阻滞剂；d为噻嗪类利尿剂

1. WHELTON P K, CAREY R M, ARONOW W S, 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: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines[J]. Hypertension, 2018, 71(6):1269-1324.
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)[J]. J Hypertens, 2018, 36(10): 1953-2041.
3. NERENBERG K A, ZARNKE K B, LEUNG A A, et al. Hypertension Canada. Hypertension Canada's 2018 Guidelines for Diagnosis, Risk Assessment, Prevention, and Treatment of Hypertension in Adults and Children[J]. Can J Cardiol, 2018, 34(5):506-525.
4. 中国高血压防治指南修订委员会，高血压联盟(中国)，中 华医学会心血管病学分会，等•中国高血压防治指南(2018 年修订版)[J]•中国心血管杂志,2019, 24 (1):24-56.
5. UMEMURA S, ARIMA H, ARIMA S, et al. The Japanese Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension

(JSH 2019)[J]. Hypertens Res, 2019, 42(9):1235-1481.

1. National Institute for Health and Care Excellence. Hypertension in adults: diagnosis and management[EB/OL]. (2019-08­28)[2020-05-07]. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng136/> resources/hypertension-in-adults-diagnosis-and-management- pdf-66141722710213.
2. THOMAS U, CLAUDIO B, FADI C, et al. 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guide- lines[J]. J Hypertens, 2020. [Epub ahead of print]
3. No authors listed. 1999 World Health Organization-Intern­ational Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension[J]. J Hypertens, 1999, 17(2):151-183.
4. WHITWORTH J A, World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group. 2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension[J]. J Hypertens, 2003, 21(11):1983-1992.
5. WEBER M A, SCHIFFRIN E L, WHITE W B, et al. Clinical practice guidelines for the Management of Hypertension in the Community: A statement by the American Society of Hyperension and the International Society of Hypertension[J]. J Hypertens, 2014, 32(1):3-15.

收稿日期:2020-05-07 本文编辑：李佳玉