



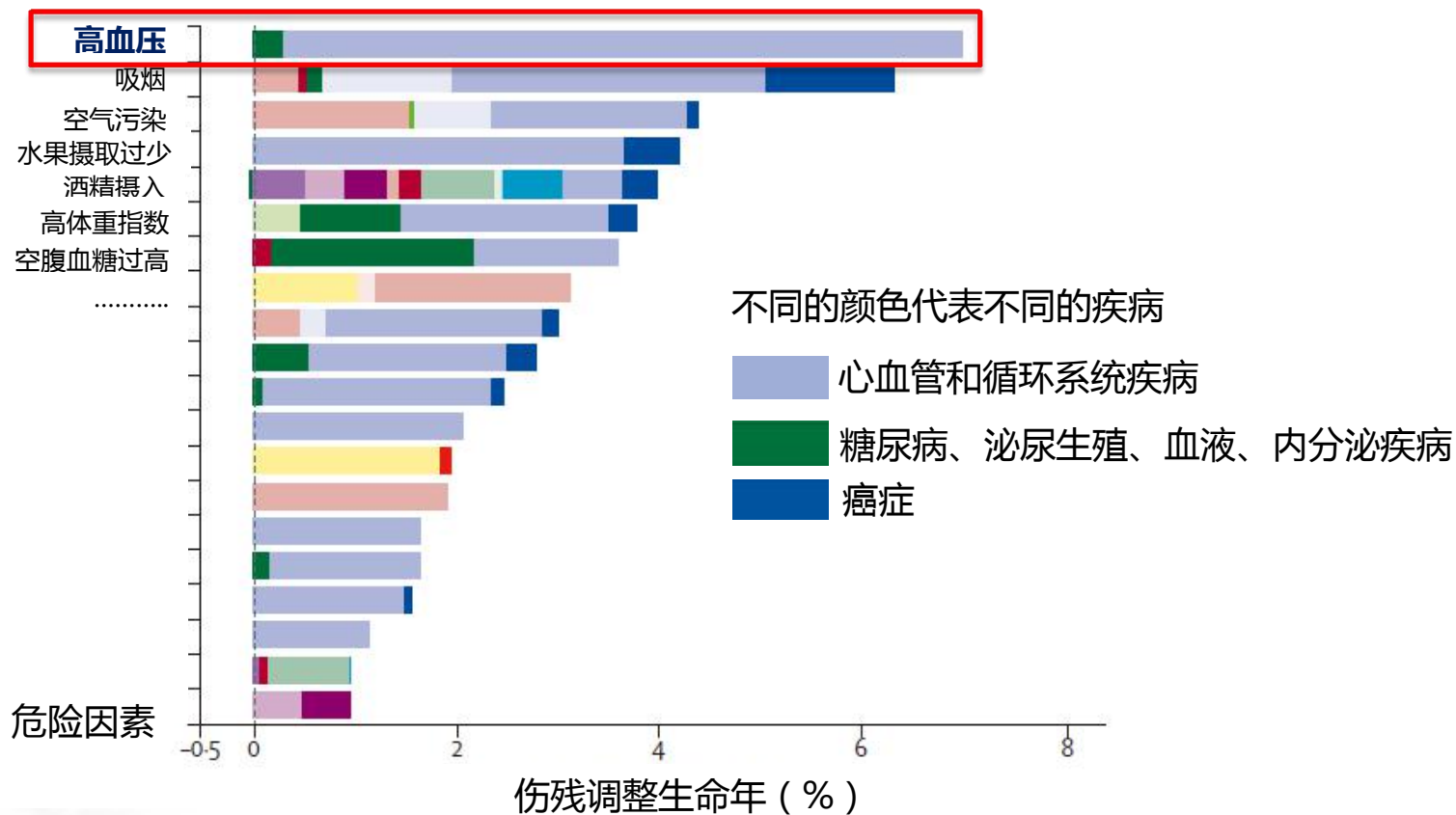
# 高血压防治新进展

心血管一病区 胥勇斌



# 高血压是心脑血管疾病的首要因素

《全球疾病负担》研究的系列报告，对67种危险因素引起的疾病负担进行了比较  
结果发现，高血压位列首位，其次是吸烟





# 我国高血压患病率高，控制率不理想

Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in China: Results From a National Survey

Jinwei Wang,<sup>1,2</sup> Luxia Zhang,<sup>1,2</sup> Fang Wang,<sup>1,2</sup> Lisheng Liu,<sup>3</sup> and Haiyan Wang;<sup>1,2</sup> on behalf of the China National Survey of Chronic Kidney Disease Working Group

**我国最新高血压流行病学研究：**

**患病率高，知晓率、治疗率以及控制率与快速增长的经济不相符**

**患病率  
29.6%**

**知晓率  
42.6%**

**治疗率  
34.1%**

**控制率  
9.3%**



# 控制高血压是防治心脑血管疾病的关键

目前临床研究一致表明，降压治疗可降低

35-40%

卒中

20%~25%

心肌梗死

超过50%

心衰



# 高血压防治

---

高血压的诊断

高血压的治疗

特殊人群高血压处理



# 高血压的诊断标准是什么？

在未使用降压药物的情况下，非同日3次测量血压，收缩压 $\geq 140$ mmHg和/或舒张压 $\geq 90$ mmHg

——诊断为高血压

## 高血压水平的定义和分类

分类*	收缩压 ( mmHg )	舒张压 ( mmHg )
高血压：	$\geq 140$ 和/或	$\geq 90$
1级高血压 ( 轻度 )	140-159 和/或	90-99
2级高血压 ( 中度 )	160-179 和/或	100-109
3级高血压 ( 重度 )	$\geq 180$ 和/或	$\geq 110$
单纯收缩期高血压	$\geq 140$ 和	$< 90$

\*当收缩压和舒张压分属于不同级别时，以较高的分级为准。

- 若新发现患者血压升高且血压介于140-179/90-109mmHg范围，需安排患者重复测量，一般间隔2周左右。  
如非同日三次血压均 $\geq 140/90$ mmHg则诊断为高血压；
- 若患者初诊时血压 $\geq 180/110$ mmHg，应首先进行降压治疗，待血压得到初步控制后再行进一步评估；



# 预防高血压——重视正常高值血压人群

**正常血压**：18岁以上成年人收缩压 $<120\text{mmHg}$ ，且舒张压 $<80\text{mmHg}$ ；

**正常高值血压**：收缩压为 $120-139\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $80-89\text{mmHg}$ ；

## 正常高值血压=高血压前期

- 血压水平在 $120-139\text{mmHg}/80-89\text{mmHg}$ 的人群，10年后心血管风险比血压水平 $110/75\text{mmHg}$ 的人群增加1倍以上；



正常高值血压的人群应该被视为**早期防治高血压的重点人群**

**通过积极有效的改善生活方式可以使多数高血压前期者免于发展为高血压**



# 何为原发性高血压与继发性高血压？

## 原发性高血压

- 又称为高血压病，患者一般无明确病因可查。临床上的高血压患者90%以上均属于原发性高血压
- 目前认为原发性高血压的发病是由遗传因素与环境因素共同导致的，是一种终身性疾病，因而多数患者需要终身治疗

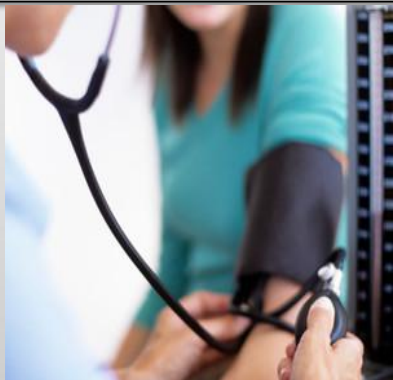
## 继发性高血压

- 有明确致病因素的血压升高，如肾上腺嗜铬细胞瘤、慢性肾炎、原发性醛固酮增多症等
- 这类患者若去除导致血压升高的因素后其血压可以恢复正常
- 经过多种药物充分治疗后血压不能满意控制的难治性高血压患者也需注意筛查是否为继发性高血压



# 血压测量有哪几种方法？

## 诊室血压



由**医护人员**在诊室按统一规范进行测量，**目前尚是评估血压水平和临床诊断高血压并进行分级的标准方法和主要依据**

适用于所有高血压患者的血压监测

## 家庭自测血压



通常由**被测量者自我完成**，因为测量在熟悉的家庭环境中进行

适用于一般高血压患者的血压监测/对于老年人尤为重要  
对于精神高度焦虑患者，不建议自测血压

## 24小时动态血压



通常由**自动的血压测量仪器**完成，有助于全面了解血压波动情况，并发现**隐匿性高血压与诊室高血压**，对于确立或排除高血压的诊断具有重要参照价值

适用于特殊情况下高血压的血压监测及对于老年人尤为重要



# 诊室血压、家庭血压与动态血压的诊断阈值 ( mmHg )

血压状况	诊室血压	家庭血压	动态血压
正常血压	<140/90	<135/85	<130/80 ( 24小时 ) 或 <135/85 ( 白昼 )
高血压	≥140/90	≥135/85	≥130/80 ( 24小时 ) 或 ≥135/85 ( 白昼 )
白大衣性高血压	≥140/90	<135/85	<130/80 ( 24小时 ) 或 <135/85 ( 白昼 )
隐蔽性高血压	<140/90	≥135/85	≥130/80 ( 24小时 ) 或 ≥135/85 ( 白昼 )



# 诊室血压测量规范

受试者坐位安静  
休息5分钟后开始测量

测量坐位时的上臂血压，  
上臂应置于心脏水平

选择校准的水银柱  
血压计或电子血压计**成年人**  
使用气囊长22-26cm、宽  
12cm的标准规格袖带

以柯氏音第**I音**和第**V音**（消失音）确定收缩  
压和舒张压水平。连续  
测量**2次**，每次至少间隔**1-2分钟**，  
若2次测量结果差别比较大（5mmHg以上），  
应再次测量

- **首诊时**要测量**双上臂血压**，以后通常测量较高读数一侧的上臂血压；
- 对疑似有体位性低血压，应测量**直立位后血压**；
- 在测量血压的同时，应**测定脉率**；



# 家庭自测血压测量规范

使用经过验证的**上臂式全自动或半自动电子血压计**

每天**早晨和晚上**测量血压，  
**每次测2-3遍，取平均值**  
血压**控制平稳者**，可每周**只测1天**血压

- 对初诊高血压或血压不稳定的高血压患者，建议**连续家庭测量血压7天**（至少3天），每天**早晚各1次，每次测量2-3遍，取后6天血压平均值**作为参考值；
- 最好能够**详细记录每次测量血压的日期、时间以及所有血压读数**，而不是记录平均值。应尽可能向医生提供完整的血压记录；



# 动态血压监测规范

使用经**BHS、AAMI和/或ESH**  
方案验证的动态血压监测仪

测压间隔时间可选择  
**15、20或30分钟**

- 目前动态血压监测的常用指标是24小时、日间和夜间的平均收缩压与舒张压水平，夜间血压下降百分率以及清晨时段血压的升高幅度；



# 小结

- 正常高值血压——**积极有效改善生活方式**以预防高血压
- 高血压诊断——在未使用降压药物的情况下，非同日3次测量血压，**收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$**
- 三种血压测量方法——各有优势，适用不同人群，根据实际情况酌情选择，规范应用



# 高血压防治

---

高血压的诊断

高血压的治疗

特殊人群高血压处理

# 高血压治疗的基本原则



- 高血压是一种**以动脉血压持续升高为特征的进行性“心血管综合征”**，常伴有其他危险因素、靶器官损害或临床疾患，需要进行综合干预
- 抗高血压治疗包括**非药物治疗和药物**两种方法，大多数患者需长期、甚至终生坚持治疗
- 定期测量血压；规范治疗，**改善治疗依从性**，尽可能实现**降压达标**；**坚持长期平稳有效地控制血压**

## 2010年中国高血压防治指南





# 2010年中国高血压防治指南推荐 降压目标值 < 140/90mmHg



- 一般高血压患者**应在4-12周内**将血压控制在 < **140/90mmHg** ；
- 合并糖尿病、肾病、既往有心肌梗死或脑卒中病史的患者，若其能够耐受应将其血压控制在 < **130/80mmHg** ；
- 年龄 **≥65岁** 的老年高血压患者可将收缩压降至 < **150mmHg** ，如能耐受还可进一步降低。



# 2013年多部高血压指南推荐降压目标值

指南	推荐
美国成人高血压管理指南 ( JNC 8 )	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ ≥60岁的患者的降压目标值为 &lt;150/90mmHg</li><li>➤ &lt;60岁的患者的降压目标值为 &lt;140/90mmHg</li><li>➤ &gt;18岁合并糖尿病和慢性肾病的患者，降压目标值为 &lt;140/90mmHg</li></ul>
ESH/ESC动脉高血压管理指南	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ 在心血管中低危患者统一目标值 &lt;140mm/90mmHg</li><li>➤ 糖尿病患者舒张压 &lt;85mmHg</li></ul>
ASH/ISH美国社区高血压指南	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ 高血压患者治疗的目标值为140/90mmHg</li></ul>
AHA/ACC/CDC美国高血压 管理科学建议	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ 对于绝大多数高血压患者，目标值应为140/90mmHg</li></ul>

James PA, et al. JAMA.2014;311(5):507-20.  
Mancia G, et al. Eur Heart J. 2013;34(28):2159-219.  
Weber MA, et al. J Clin Hypertens (Greenwich).2014;16(1):14-2  
Go AS, et al. Hypertension.2014;63(4):878-85.



博爱众生

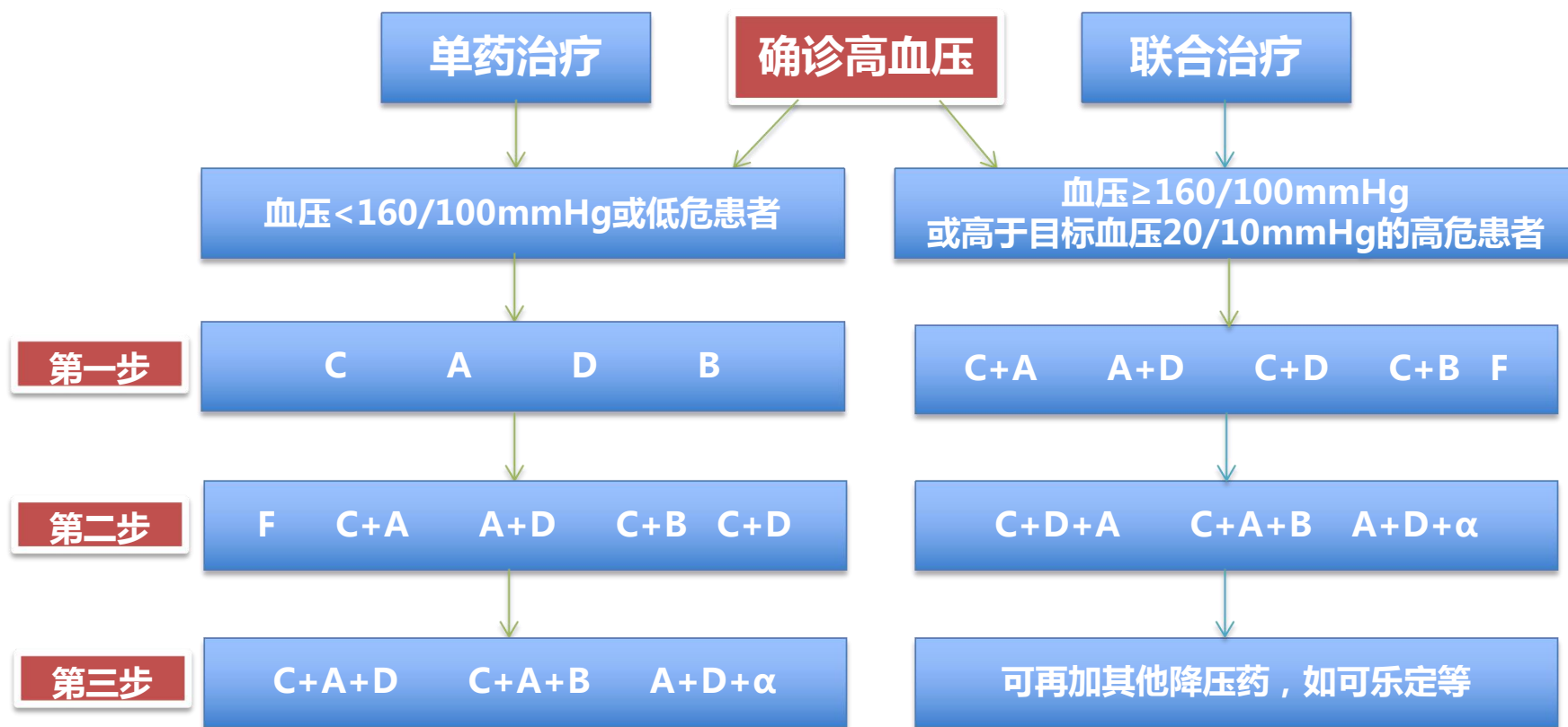


# 高血压的非药物治疗——生活方式干预

内容	目标	SBP下降范围
减少钠盐摄入	每人每日食盐量逐步降至 < 6g	2-8mmHg
规律运动	强度：中等量；每周3-5次；每次持续30分钟左右	4-9mmHg
合理膳食	营养均衡；	8-14 mmHg
控制体重	BMI<24 kg/m <sup>2</sup> ，腰围：男性<90cm，女性<85cm	5-20 mmHg /减重10kg
戒烟	彻底戒烟；避免被动吸烟	---
限制饮酒	每天白酒<50ml、葡萄酒<100ml、啤酒<300ml	2-4 mmHg



# 高血压的药物治疗： 2010年中国高血压防治指南推荐选择单药或联合降压治



注：A：ACEI或ARB；B：β受体阻滞剂；C：二氢吡啶类钙通道阻滞剂；D：噻嗪类利尿剂；α：α受体阻滞剂。ACEI：血管紧张素转换酶抑制剂；ARB：血管紧张素II受体阻滞剂；F：低剂量固定复方制剂。第一步均为小剂量开始，药物治疗后血压未达标者，可使原药基础上加量或另加一种降压药，如血压达标，则维持用药；第二步也是如此。



# 常用降压药的种类及优先选择适应证： RAS抑制剂适于伴多种合并症的高血压患者

适应证	CCB	ACEI	ARB	D	β受体阻滞剂
左心室肥厚	+	+	+	±	±
稳定性冠心病	+	+ <sup>a</sup>	+ <sup>a</sup>	-	+
心肌梗死后	- <sup>b</sup>	+	+	+ <sup>c</sup>	+
心力衰竭	-	+	+	+	+
心房颤动预防	-	+	+	-	-
脑血管病	+	+	+	+	±
颈动脉内中膜增厚	+	±	±	-	-
蛋白尿/微蛋白尿	-	+	+	-	-
肾功能不全	±	+	+	+ <sup>d</sup>	-
老年人	+	+	+	+	±
糖尿病	±	+	+	±	-
血脂异常	±	+	+	-	-

注：CCB：二氢吡啶类钙通道阻滞剂；ACEI：血管紧张素转换酶抑制剂；ARB：血管紧张素Ⅱ受体阻滞剂；D：噻嗪类利尿剂；+：适用；-：证据不足或不适用；±：可能适用；<sup>a</sup>：冠心病二级预防；<sup>b</sup>：对伴心肌梗死病史者可用长效CCB控制高血压；<sup>c</sup>：螺内酯；<sup>d</sup>：襻利尿剂



# 各类常用降压药物的禁忌证

分类	绝对禁忌证	相对禁忌证
CCB(二氢吡啶类)	无	快速型心律失常,心力衰竭
CCB (非二氢吡啶类)	II-III度房室传导阻滞 心力衰竭	
ARB	妊娠 高血钾 双侧肾动脉狭窄	
$\beta$ -受体阻滞剂	II—III度房室阻滞 哮喘	慢性阻塞性肺病 周围血管病 糖耐量减低 运动员
ACEI	妊娠 高血钾 双侧肾动脉狭窄	
噻嗪类利尿剂	痛风	妊娠
襻利尿剂		
利尿剂 (醛固酮拮抗剂)	肾功能衰竭 高血钾	
$\alpha$ -受体阻滞剂	体位性低血压	心力衰竭



# 2010年美国高血压学会立场声明： 至少75%高血压患者血压达标需要联合治疗

Journal of the American Society of Hypertension 4(1) (2010) 42-50

ASH Position Article

## Combination therapy in hypertension

Alan H. Gradman, MD<sup>1,2\*</sup>, Jan N. Basile, MD<sup>3</sup>, Barry L. Carter, PharmD<sup>4</sup>, and George L. Bakris, MD<sup>5</sup>

on behalf of the American Society of Hypertension Writing Group

<sup>1</sup>The Western Pennsylvania Hospital, Pittsburgh, Pennsylvania and Temple University School of Medicine, Philadelphia, PA, USA;

<sup>2</sup>Ralph H. Johnson VA Medical Center, Medical University of South Carolina, Charleston, SC, USA;

<sup>3</sup>Wayne J. and Lucille A. Carter College of Medicine, University of Iowa, Iowa City, IA, USA; and

<sup>4</sup>The University of Chicago Pritzker School of Medicine, Chicago, IL, USA

Manuscript received February 5, 2010 and accepted February 5, 2010

### Abstract

The goal of antihypertensive therapy is to abolish the risks associated with blood pressure (BP) elevation without adversely affecting quality of life. Drug selection is based on efficacy in lowering BP and in reducing cardiovascular (CV) end points including stroke, myocardial infarction, and heart failure. Although the choice of initial drug therapy exerts some effect on long-term outcomes, it is evident that BP reduction per se is the primary determinant of CV risk reduction. Available data suggest that **at least 75% of patients will require combination therapy to achieve contemporary BP targets**, and increasing emphasis is being placed on the practical tasks involved in consistently achieving and maintaining goal BP in clinical practice. It is within this context that the American Society of Hypertension presents this Position Paper on Combination Therapy for Hypertension. It will address the scientific basis of combination therapy, present the pharmacologic rationale for choosing specific drug combinations, and review patient selection criteria for initial and secondary use. The advantages and disadvantages of single pill (fixed) drug combinations, and the implications of recent clinical trials involving specific combination strategies will also be discussed. *J Am Soc Hypertens* 2010;4(1):42-50. © 2010 American Society of Hypertension. All rights reserved.

**Keywords:** Hypertension, combination therapy, drug therapy, angiotensin converting enzyme inhibitor, angiotensin receptor blocker, beta blocker, diuretic, calcium channel blocker

### Introduction

The goal of antihypertensive therapy is to abolish the risks associated with blood pressure (BP) elevation without adversely affecting quality of life. Epidemiologic studies and clinical trials have been used to define individual risk and set appropriate BP targets,<sup>1-3</sup> recognizing that these targets reflect expert consensus on available data and are subject to revision as additional evidence is obtained.<sup>4</sup> Drug selection is based on efficacy in lowering BP and in reducing cardiovascular (CV) end points including stroke, myocardial infarction, and heart failure. Although the choice of initial drug therapy exerts some effect on long-term outcomes, it is evident that BP reduction per se is the primary determinant of CV risk reduction. As a result, there has been

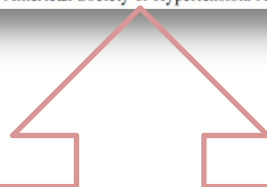
a progressive lowering of BP targets in large segments of the hypertensive population, including diabetic and patients with established renal or vascular disease.<sup>5-10</sup> At the same time, increasing emphasis is being placed on the practical tasks involved in consistently achieving and maintaining goal BP in clinical practice.

It is within this context that the American Society of Hypertension presents this Position Paper on Combination Therapy for Hypertension. It will address the scientific basis of combination therapy, present the pharmacologic rationale for choosing specific drug combinations, and review patient selection criteria for initial and secondary use. The advantages and disadvantages of single pill (fixed) drug combinations (SPC) and the implications of recent clinical trials involving specific combination strategies will also be discussed.

### Combination Therapy: A Practical Necessity

The ability to maintain constant or near-constant BP in response to various stressors is central to homeostasis, and

The goal of antihypertensive therapy is to abolish the risks associated with blood pressure (BP) elevation without adversely affecting quality of life. Drug selection is based on efficacy in lowering BP and in reducing cardiovascular (CV) end points including stroke, myocardial infarction, and heart failure. Although the choice of initial drug therapy exerts some effect on long-term outcomes, it is evident that BP reduction per se is the primary determinant of CV risk reduction. Available data suggest that **at least 75% of patients will require combination therapy to achieve contemporary BP targets**, and increasing emphasis is being placed on the practical tasks involved in consistently achieving and maintaining goal BP in clinical practice. It is within this context that the American Society of Hypertension presents this Position Paper on Combination Therapy for Hypertension. It will address the scientific basis of combination therapy, present the pharmacologic rationale for choosing specific drug combinations, and review patient selection criteria for initial and secondary use. The advantages and disadvantages of single pill (fixed) drug combinations, and the implications of recent clinical trials involving specific combination strategies will also be discussed. *J Am Soc Hypertens* 2010;4(1):42-50. © 2010 American Society of Hypertension. All rights reserved.



**降压治疗的目的是消除血压升高对相关生活质量风险的影响，  
降压药的选择是基于降低血压和减少心血管终点事件，包括  
卒中、心肌梗死、心力衰竭。然而，至少75%高血压患者血  
压达标需要联合治疗，并且在临床实践中越来越重视  
持续达到目标血压**

\*Corresponding author: Dr. Alan H. Gradman, The Western Pennsylvania Hospital, Department of Medicine, 4610 Randolph Avenue, Pittsburgh, PA 15224. Tel: 412-721-14915. E-mail: gradman@wph.com

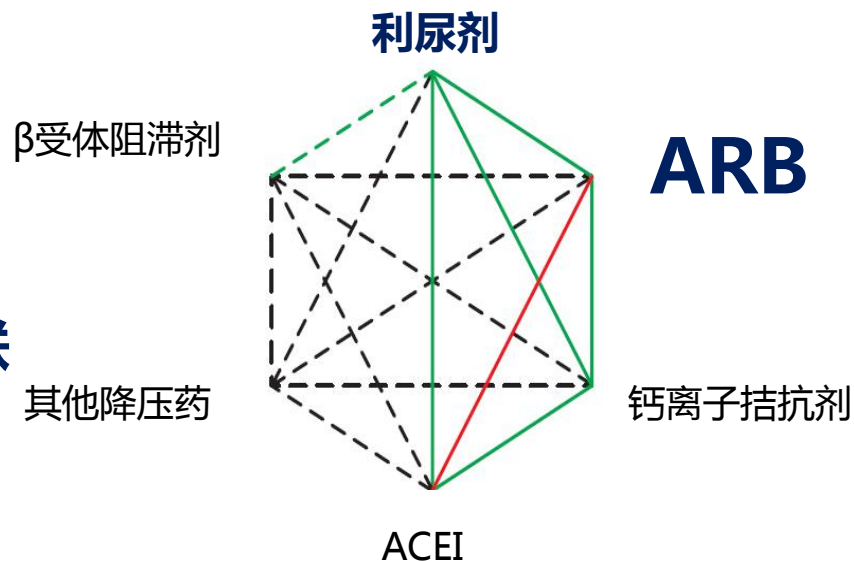
1003-1711/10/01 - see front matter © 2010 American Society of Hypertension. All rights reserved. doi:10.1016/j.jash.2010.02.005

# 联合治疗的启动时机及需遵循的原则

- 若单药治疗2-4周后血压控制不满意，可以考虑联合用药。如果患者血压就诊时明显升高（超过目标值20/10mmHg以上），初始治疗即应选择两种降压药或选用新型固定复方制剂

中国/欧洲高血压指南一致推荐

**ARB/ACEI、利尿剂、CCB，三者中两两联合是优选的联合治疗方案**



绿色实线：表示优选方案；绿色虚线：可用但受限；  
黑色虚线：可能但未被充分证实；红色实线：不推荐





# JNC8指南首次推荐高血压起始治疗使用单片联合制剂

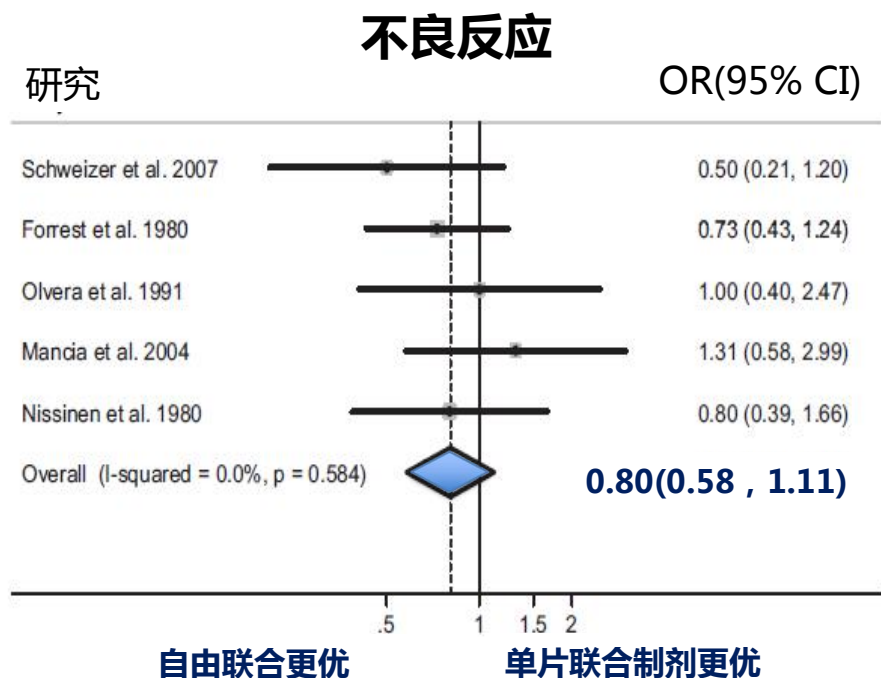
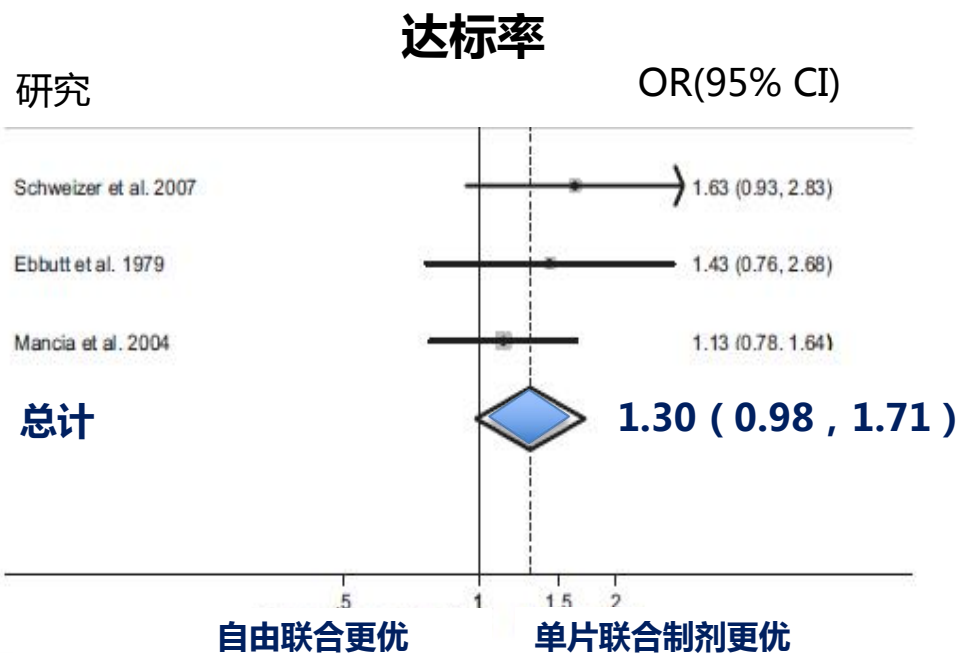
Special Communication

## 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8)

Strategy	Description	Details
A	Start one drug, titrate to maximum dose, and then add a second drug	If goal BP is not achieved with the initial drug, titrate the dose of the initial drug up to the maximum recommended dose to achieve goal BP If goal BP is not achieved with the use of one drug despite titration to the maximum recommended dose, add a second drug from the list (thiazide-type diuretic, CCB, ACEI, or ARB) and titrate up to the maximum recommended dose of the second drug to achieve goal BP If goal BP is not achieved with 2 drugs, select a third drug from the list (thiazide-type diuretic, CCB, ACEI, or ARB), avoiding the combined use of ACEI and ARB. Titrate the third drug up to the maximum recommended dose to achieve goal BP
B	Start one drug and then add a second drug before achieving maximum dose of the initial drug	Start with one drug then add a second drug before achieving the maximum recommended dose of the initial drug, then titrate both drugs up to the maximum recommended doses of both to achieve goal BP If goal BP is not achieved with 2 drugs, select a third drug from the list (thiazide-type diuretic, CCB, ACEI, or ARB), avoiding the combined use of ACEI and ARB. Titrate the third drug up to the maximum recommended dose to achieve goal BP
C	Begin with 2 drugs at the same time, either as 2 separate pills or as a single pill combination	<b>Initiate therapy with 2 drugs simultaneously, either as 2 separate drugs or as a single pill combination.</b> Some committee members recommend starting therapy with $\geq 2$ drugs when SBP is $>160$ mm Hg and/or DBP is $>100$ mm Hg, or if SBP is $>20$ mm Hg above goal and/or DBP is $>10$ mm Hg above goal. If goal BP is not achieved with 2 drugs, select a third drug from the list (thiazide-type diuretic, CCB, ACEI, or ARB), avoiding the combined use of ACEI and ARB. Titrate the third drug up to the maximum recommended dose.



# 单片联合制剂较自由联合 提高30%达标率且具有不良反应少的优势



为评估单片联合制剂与自由联合的血压控制率、依从性和安全性，研究者对15项研究进行了荟萃分析，其中有3项研究涉及血压达标率



# 坚持长期平稳有效地控制血压——长效降压药物优势

- 长效降压药物**作用时间长**，每日一次用药即可保证全天的降压作用
- 有助于减少服药次数、**简化治疗方案**而使患者更易**长期坚持**服药治疗，还有助于避免短效药物所致的血压波动，从而**更好地保护心脑血管等靶器官**



# 小结

- 中外高血压指南对于一般人群推荐：降压目标**<140/90mmHg**
- 中国高血压指南/欧洲高血压指南一致推荐**ARB+利尿剂**是优选的联合治疗方案之一
- 真实世界研究证实ARB+利尿剂联合降压**达标率最高**
- 坚持长期平稳有效地控制血压——长效降压药物优势：降压药物作用**时间长，简化治疗方案，增加依从性**，更好地保护心脑血管等靶器官



# 高血压防治

---

高血压的诊断

高血压的治疗

特殊人群高血压处理

# 老年人高血压特点及诊断

收缩压升高、  
脉压增大

血压波动大，易发生  
体位性低血压

## 临床特点

常见白大衣高血压  
血压昼夜节律异常

常与多种疾病并存，  
并发症多.继发性  
高血压容易漏诊

## 诊断

### 老年高血压

年龄 $\geq 65$ 岁

血压持续升高或3

次以上非同日坐位

**SBP  $\geq 140$ mmHg和**

**(或) DBP $\geq 90$ mmHg**

### 老年单纯收缩期高血压

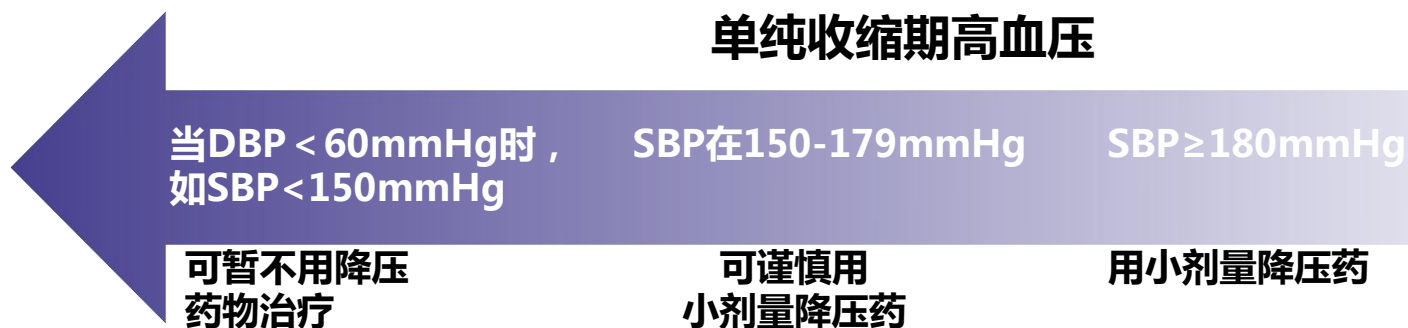
**SBP $\geq 140$ mmHg**

**DBP $< 90$ mmHg**



# 老年人高血压的降压处理

- 应强调收缩压达标，同时避免舒张压过度降低
- 血压控制在 $<150/90\text{mmHg}$ ，如能耐受可降至 $<140/90\text{mmHg}$
- 老年高血压的理想降压药物需符合：平稳、有效、安全、不良反应少、服药简便、依从性好



- 降压药可用小剂量利尿剂、CCB、ACEI或ARB等。用药中密切观察病情变化
- 老年高血压患者应用降压药物治疗时应从较低剂量开始用药，根据其血压水平逐渐缓慢的增加药物剂量



# 妊娠期高血压疾病的降压处理

## 妊娠期高血压

➤ 妊娠20周后首次出现的高血压。这里的高血压是指两次测量收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$ ，且至少相隔6小时

## 妊娠合并慢性高血压

➤ 妊娠20周前（包括未妊娠时）所发生的高血压

降压目标水平在 $130-140/80-89\text{mmHg}$

## 非药物措施：

- 血压轻度升高的孕妇（血压 $< 150/100\text{mmHg}$ ）采用限盐、富钾饮食、适当活动、情绪放松，及密切观察

## 降压治疗：

- 收缩压 $\geq 150\text{mmHg}$ 和（或）舒张压 $\geq 100\text{mmHg}$ 或出现靶器官受损时考虑应用药物治疗





# 高血压伴脑卒中患者的降压处理

## 降压目标

血压控制目标为  
**<140/90mmHg**



## 用药选择

可选择利尿剂、CCB、  
ACEI、ARB  
单用或联合应用

## 高龄患者、双侧颈动脉或颅内动脉严重狭窄患者、严重体位性低血压患者：

- 需谨慎降压治疗，降压药应从小剂量开始，密切观察血压水平与不良反应，根据患者耐受性调整降压药及其剂量。如出现头晕等明显不良反应的，应减少剂量或停用降压药。尽可能将血压控制在安全范围（160/100mmHg以内）



# 高血压伴冠心病的降压处理

## 高血压伴：

稳定性冠心病

不稳定性心绞痛

非ST段抬高和ST段抬高心肌梗死



**降压目标水平**

**<130/80mmHg**

### 疾病

### 用药推荐

伴稳定性心绞痛

$\beta$ -受体阻滞剂是基石用药

ACEI或ARB可改善预后

伴不稳定性心绞痛和非ST段抬高心肌梗死

$\beta$ -受体阻滞剂是基石用药

伴前壁心肌梗死、糖尿病、未控制的高血压或左室收缩功能障碍的患者应加用ACEI或ARB

伴ST段抬高心肌梗死

$\beta$ -受体阻滞剂和ACEI适用于所有无禁忌证的患者

早期应用ACEI或ARB可显著降低发病率和病死率，适用于前壁心肌梗死、伴持久性高血压、左心室功能障碍或糖尿病患者



# 高血压伴心力衰竭的降压处理

既往曾患有心力衰竭或目前仍有  
心力衰竭症状与体征的高血压患者



降压目标水平  
<130/80mmHg

**优化治疗组合：  $\beta$ -受体阻滞剂加ACEI或ARB**

**RASS阻滞剂和 $\beta$ -受体阻滞剂应从极小剂量起始**

- 通常降压治疗剂量为1/8-1/4
- 缓慢增加剂量，直至达到抗心力衰竭治疗所需要的目标剂量或最大耐受剂量



# 高血压伴糖尿病或慢性肾病的降压处理

## 降压目标：

- 血压控制目标为 **<130/80mmHg**

对于高血压伴肾脏病患者，尤其有蛋白尿患者  
对于高血压伴糖尿病，尤其有微量白蛋白尿患者



**首选ACEI 或 ARB**



# 难治性高血压的降压处理

**定义：**  
高血压患者在接受了至少3种降压药物（其中包括一种利尿剂）、足量治疗不少于4周后，  
血压仍高于目标值或者需要至少4种药物才可以控制其血压

## 难治性高血压 原因的筛查

判断是否为假性的难治性  
高血压：测量方法不当，  
单纯性诊室高血压等

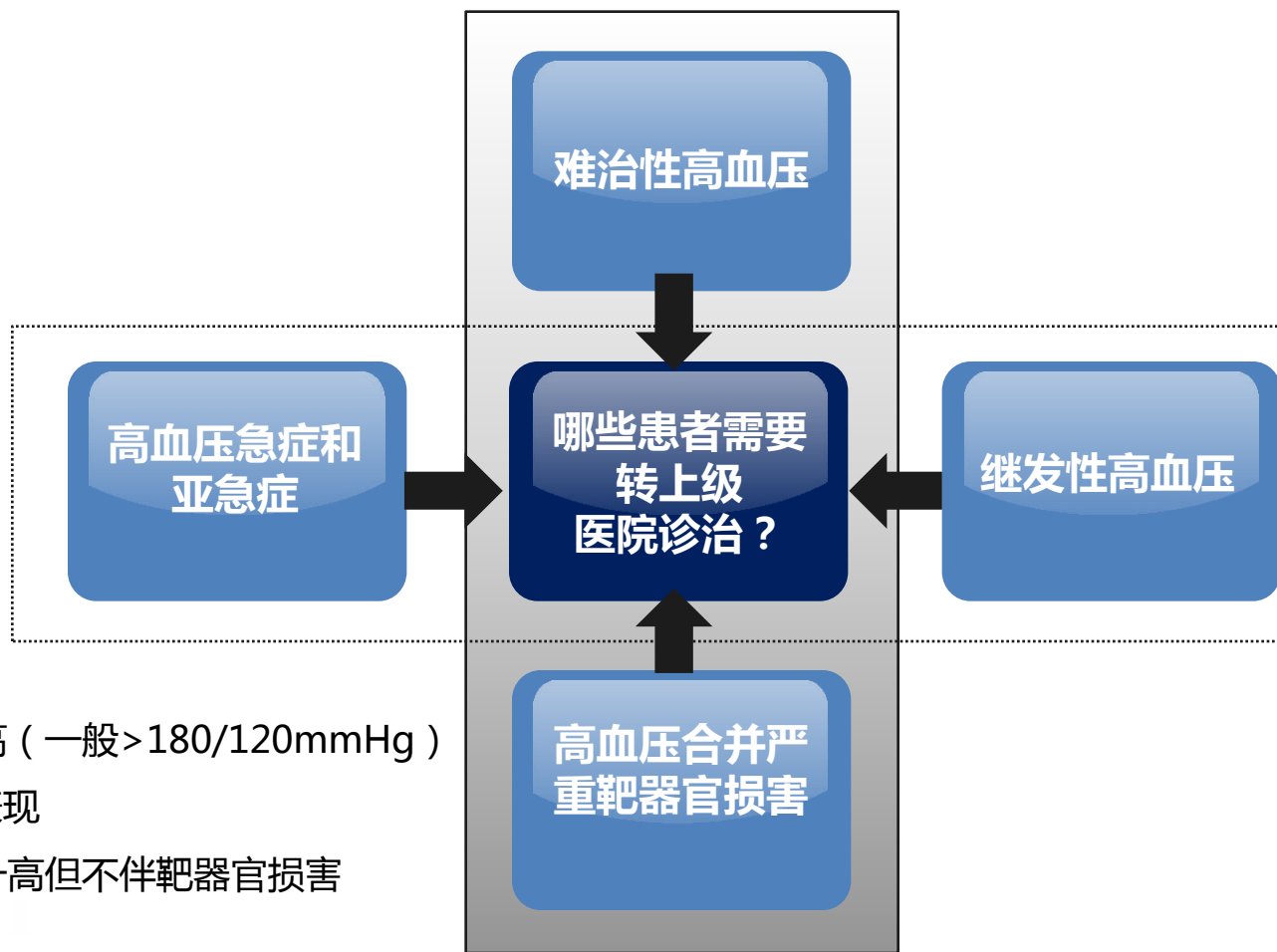
寻找影响高血压的病因和  
并存的疾病因素：与药物  
应用相关的原因

排除前面所述因素后，应  
启动继发性高血压的筛查

## 处理原则：

- 在除外继发性高血压与药物所致的高血压后，则应根据患者情况**重新评估治疗方案**（ACEI或ARB + CCB + 噻嗪类利尿剂，或由扩血管药、减慢心率药和利尿剂组成的3药联合方案）
- **有效的生活方式干预**如减轻体重与限制食盐摄入量
- 经过上述处理后若患者血压**仍不能满意控制**，**应建议患者去上级医院或高血压专科医院进一步诊治**

# 四种类型患者需要转上级医院诊治



- **高血压急症**是指血压严重升高（一般 $>180/120\text{mmHg}$ ）并伴发进行性靶器官损害的表现
- **高血压亚急症**是指血压严重升高但不伴靶器官损害



# 高血压防治——健康教育必不可少

**未患高血压人群**

加强健康教育

自觉采取健康的生活方式

显著降低  
高血压的发病率

**已患高血压人群**

告知患者  
高血压的危害性

长期坚持降压  
治疗的重要性

根据每一位高血压  
患者的具体情况  
制订出改善生活  
方式的具体措施



# 小结

患者类型	降压目标值	用药选择
老年人高血压患者	<150/90mmHg, 如能耐受可降至 <140/90mmHg	利尿剂、CCB、ACEI或ARB等
妊娠期高血压患者	130-140/80-89mmHg	$\beta$ -受体阻滞剂和CCB等
高血压伴脑卒中患者	<140/90mmHg	利尿剂、CCB、ACEI、ARB单用或联合应用
高血压伴冠心病患者	<130/80mmHg	$\beta$ -受体阻滞剂是基石用药
高血压伴心力衰竭患者	<130/80mmHg	$\beta$ -受体阻滞剂加ACEI或ARB
高血压伴糖尿病/慢性肾病尤其有蛋白尿、微量白蛋白尿患者	<130/80mmHg	首选ACEI和ARB





# 总结

- **高血压诊断：**
  - ✓ 收缩压 $\geq 140\text{mmHg}$ 和/或舒张压 $\geq 90\text{mmHg}$
- **高血压治疗：**
  - ✓ 一般人群降压目标： **$<140/90\text{mmHg}$**
  - ✓ RAS抑制剂适于**伴多种合并症**的高血压患者
- **特殊人群高血压处理：**
  - ✓ 不同类型患者，应进行个体化降压治疗



# 谢谢聆听！



# 科室介绍

除对心血管内科疾病的诊治外，开展了新技术：永久性人工起搏器植入、临时起搏器植入、食道电生理检查、动态心电图、动态血压、体外反搏、急性心肌梗死和心力衰竭的床旁检测（BNP、心肌坏死标记物检测）、冠状动脉CTA检查。

