



中华高血压杂志(中英文)
Chinese Journal of Hypertension
ISSN 1673-7245,CN 11-5540/R

《中华高血压杂志(中英文)》网络首发论文

题目：2024 年中欧高血压指南精要对比
作者：要攀彪，孔维娜，李刚
收稿日期：2024-09-29
网络首发日期：2025-01-07
引用格式：要攀彪，孔维娜，李刚. 2024 年中欧高血压指南精要对比[J/OL]. 中华高血压杂志(中英文). <https://link.cnki.net/urlid/11.5540.R.20250107.1121.004>



网络首发：在编辑部工作流程中，稿件从录用到出版要经历录用定稿、排版定稿、整期汇编定稿等阶段。录用定稿指内容已经确定，且通过同行评议、主编终审同意刊用的稿件。排版定稿指录用定稿按照期刊特定版式（包括网络呈现版式）排版后的稿件，可暂不确定出版年、卷、期和页码。整期汇编定稿指出版年、卷、期、页码均已确定的印刷或数字出版的整期汇编稿件。录用定稿网络首发稿件内容必须符合《出版管理条例》和《期刊出版管理规定》的有关规定；学术研究成果具有创新性、科学性和先进性，符合编辑部对刊文的录用要求，不存在学术不端行为及其他侵权行为；稿件内容应基本符合国家有关书刊编辑、出版的技术标准，正确使用和统一规范语言文字、符号、数字、外文字母、法定计量单位及地图标注等。为确保录用定稿网络首发的严肃性，录用定稿一经发布，不得修改论文题目、作者、机构名称和学术内容，只可基于编辑规范进行少量文字的修改。

出版确认：纸质期刊编辑部通过与《中国学术期刊（光盘版）》电子杂志社有限公司签约，在《中国学术期刊（网络版）》出版传播平台上创办与纸质期刊内容一致的网络版，以单篇或整期出版形式，在印刷出版之前刊发论文的录用定稿、排版定稿、整期汇编定稿。因为《中国学术期刊（网络版）》是国家新闻出版广电总局批准的网络连续型出版物（ISSN 2096-4188，CN 11-6037/Z），所以签约期刊的网络版上网络首发论文视为正式出版。

2024 年中欧高血压指南精要对比

要攀彪^{1,2}, 孔维娜^{1,2}, 李刚²

1. 河北北方学院, 河北 张家口 075000; 2. 河北省人民医院老年心血管科

中国高血压防治指南修订委员会根据国内外高血压及相关疾病领域的最新进展, 历时 3 年讨论和修改, 于 2024 年 7 月颁布《中国高血压防治指南(2024 年修订版)》^[1] (2024 版中国防治指南)。2024 年 8 月 30 日, 欧洲心脏病学会(European Society of Cardiology, ESC)联合欧洲内分泌学会(European Society of Endocrinology, ESE)以及欧洲卒中组织(European Stroke Organization, ESO)等学术机构正式发布了《2024 ESC 血压升高和高血压管理指南》(2024 ESC guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension)^[2] (2024 版欧洲指南)。2024 年 9 月, 中华医学会心血管病学分会等学术机构正式发表《中国高血压临床实践指南》^[3] (中国实践指南)。鉴于欧洲指南在国际上有着广泛的影响力, 而我国防治指南和实践指南又具有地域性和实用性, 所以在我国高血压预防管理方面这三部指南都具有重要参考价值。本文将就以上三部指南的主要特点加以阐述和对比剖析。希望有助于我国高血压防治工作的发展。

1 高血压的定义

高血压的定义在三部指南中有一致性, 即仍用诊室收缩压 ≥ 140 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa) 和/或舒张压 ≥ 90 mmHg 作为诊断标准。不同于美国指南将高血压诊断标准定为血压 $\geq 130/80$ mmHg, 这一界定的依据包括多个因素: 首先, 通过对随机试验进行荟萃分析, 发现血压高于这一阈值的患者在接受降压治疗后能够显著获益; 其次, 大多数收缩压或舒张压超过此阈值的成年人患心血管疾病的风险相对较高, 估计 10 年内发生致命和非致命心血管事件的风险不低于 10%; 最后, 这一诊断标准已被政策制定者广泛用于定义疾病状态, 因此维持这一血压阈值 (而非更低阈值) 来定义高血压, 有助于避免将大多数成年人标记为一种疾病的状态。

2 血压的分类与分级

2024 版欧洲指南新增了一个“血压升高”的类别, 重新划分了处于临界水平血压的分类, 新增后的血压分类为: 非血压升高 ($< 120/70$ mmHg)、血压升高 ($120\sim 139/70\sim 89$ mmHg) 和高血压 ($\geq 140/90$ mmHg), 并着重强调了“血压升高”这一类别的重要性。新增的血压升高分类有助于更早识别潜在的高血压患者, 促使其关注自身的健康状态, 从而减少与高血压相关的潜在不良事件发生的风险, 包括卒中、冠心病、心肌梗死、心力衰竭和心房颤动等。与 2024 版中国防治指南不同, 2024 版欧洲指南并没有将高血压进一步分级。

2024 版中国防治指南中, 血压分类和高血压分级标准则继续沿用了《中国高血压防治指南(2018 年修订版)》(2018 版中国防治指南)的标准, 即采用正常血压、正常高值和高血压进行血压分类, 将血压水平 $120\sim 139/80\sim 89$ mmHg 定为正常高值血压, 并根据诊室血压升高水平将高血压分为 1 级、2 级和 3 级。保留 3 级高血压是因为我国 3 级高血压患者超过 2 000 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。同时还新增了“单纯舒张期高血压”。

中国实践指南采用了“高血压前期” ($130\sim 139/80\sim 89$ mmHg) 的概念, 指出该范围内的个体面临较高的健康风险, 并强调需要积极干预。这一分类强调了对高风险人群的识别与管理, 意在提升公众对高血压前期现象的重视。在新的分类指导下, 虽然高血压的诊断阈值并未发生改变, 但它为高血压的筛查和界定提供了更新的标准。这一变化有助于促进高血压早期防治以及规范治疗策略, 从而有助于提升整体公共健康水平。

综上所述, 2024 版欧洲指南通过引入“血压升高”的新分类, 积极推动高血压的早期防控。这一措施不仅有助于提高公众的健康意识, 也为医疗行业提供了更清晰的指导方针。而 2024 版中国防治指南和中国实践指南则更为关注那些更需要药物干预的个体, 充分体现了及时干预的重要性。

3 高血压的诊断及血压测量

2024 版欧洲指南强调,在高血压的诊断过程中,诊室外血压测量的重要性不可忽视。通过这一方法,能够有效检测出白大衣性高血压及隐匿性高血压两种常见情况。如果诊室外血压测量无法实施,建议使用标准化重复的诊室血压测量来确认诊断结果。此外,根据血压水平的不同,指南推荐了相应的监测方式。对于血压在 140~159/90~99 mmHg 范围内的患者,建议进行动态血压监测(ambulatory blood pressure monitoring, ABPM)或家庭血压监测(home blood pressure monitoring, HBPM);而对于血压在 160~179/100~109 mmHg 的患者,应尽快确诊,可以选择 HBPM 或诊室血压测量(office blood pressure measurement, OBPM);对于血压达到或超过 180/110 mmHg 的患者,则需要排除高血压急症的可能性。

在 2024 版中国防治指南及中国实践指南中,都首次提出诊室血压、家庭血压及动态血压可作为高血压诊断的依据,因 ABPM 的稳定性和重复性较好,两部指南均优先推荐使用 24 h ABPM。对于高血压的管理,推荐将 HBPM 作为首要选择。在资源或条件受限的情况下,可以结合使用 OBPM(由医护人员在医疗环境中进行)和 24 h ABPM 来进行管理。通过以上方法的综合应用,可以显著提高高血压诊断和管理的精确度。在不同血压水平的情况下,应采取相应的监测措施,以实现更有效的高血压管理。

4 心血管危险分层

对高血压及血压升高患者进行危险分层是启动药物治疗及评估心血管疾病预后的重要环节。在危险分层的原则上,三部指南展现出了一定的相似性。2024 版欧洲指南明确指出了一些特定的高危患者群体,包括合并中重度慢性肾脏病患者、已有心血管疾病患者、存在高血压相关靶器官损害的患者、糖尿病患者以及高胆固醇血症患者。这些群体的风险等级需要特别关注。此外,对于血压处于升高状态(即 120~139/70~89 mmHg)的患者,如果他们的 10 年心血管疾病风险评分[系统性冠状动脉风险评估 2(systematic coronary risk estimation 2, SCORE2)或系统性冠状动脉风险评估 2-老年人(systematic coronary risk estimation 2-older persons, SCORE2-OP)]达到或超过 10%,则被认定为心血管疾病的高危患者。同时,指南还引入了“风险增强因子”概念,这些因子包括但不限于:①女性孕期并发症,如妊娠期高血压疾病史、妊娠期糖尿病史、早产史、先兆子痫、反复流产等;②南亚人种、动脉粥样硬化性心血管疾病早发家族史、社会及经济地位低下、自身免疫性疾病、艾滋病和严重精神疾

病。指南推荐,血压升高且 SCORE2 或 SCORE2-OP 心血管风险在临界增高(5%~10%)者,若存在上述风险增强因子,需将其风险等级上调。这种风险分层方法更加精确,能够帮助临床医生更精确地判断患者的心血管风险,但在实际操作中可能存在一定的困难。

2024 版中国防治指南继续沿用了 2018 版中国防治指南中的分层原则及核心内容,即依据多个关键因素(包括血压水平、心血管危险因素的存在、靶器官是否受损、临床并发症的出现,以及是否伴有糖尿病和慢性肾脏病等合并症)来全面评估并进行心血管危险分层,划分为低危、中危、高危和很高危四个层次。根据以往我国高血压防治指南实施情况和有关研究进展,对心血管危险分层内容进行了部分修改,即血压在 130~139/85~89 mmHg 范围内且无心血管危险因素和疾病史的患者,划分为低危。此外,2024 版中国防治指南较 2018 版中国防治指南增加了一些新的危险因素,如高尿酸血症和心率增快(静息心率>80 次/min);靶器官损害中增加了肱-踝动脉脉搏波传导速度(brachial-ankle pulse wave velocity, baPWV),颈-股动脉脉搏波传导速度(carotid-femoral pulse wave velocity, cfPWV)的界值由 ≥ 12 m/s 修改为 ≥ 10 m/s;超声心动图评估左心室肥厚的左室质量指数(left ventricular mass index, LVMI)界值更改为男性 ≥ 109 g/m²和女性 ≥ 105 g/m²。2024 版中国防治指南中继续把高同型半胱氨酸血症列为心血管疾病危险因素,但未给出具体切点值。2024 版中国防治指南更加强调整全面评估高血压患者的靶器官损害状况,尤其是低危或中危患者应根据新发现的靶器官损害重新评估心血管风险,以决定管理策略。

中国实践指南则简化了心血管风险评估方案,针对高血压前期及高血压患者,将其心血管风险分层为高危和非高危两类。高危患者的标准包括:①收缩压 ≥ 140 mmHg 或舒张压 ≥ 90 mmHg;②收缩压在 130~139 mmHg 之间且舒张压在 80~89 mmHg 之间,同时伴有临床合并症、靶器官损害或者至少 3 种心血管危险因素的情况。与之相反,非高危患者的定义则是收缩压在 130~139 mmHg 之间或舒张压在 80~89 mmHg 之间,但未满足上述高危标准。这样的分层方法具有很好的可操作性,表现出更加实用的特点。

5 降压药启动时机提前

三部指南在启动降压药治疗的时机上推荐意见基本一致。根据 2024 版欧洲指南的主要推荐,对于血压 $\geq 140/90$ mmHg 的患者,无论心血管风险水平如何,均应启动降压药治疗,同于予以生活方式干预。对

于血压升高(120~139/70~89 mmHg)者,需要进行心血管风险分层并以此作为是否启动降压药治疗的依据。对于收缩压130~139 mmHg且心血管风险为高危者(确诊冠心病、糖尿病、慢性肾脏病、家族性高胆固醇血症以及高血压介导的靶器官损害),收缩压130~139 mmHg且10年心血管风险 $\geq 10\%$ 者,收缩压130~139 mmHg且10年心血管风险5%~10%并且存在风险增强因素者,经过3月生活方式干预后血压不能达标即启动降压药治疗。此外,指南特别强调启动降压药治疗的血压界限是 $\geq 130/80$ mmHg,而非降压目标值的120~129/70~79 mmHg。这是因为现有关于降压目标的随机对照试验显示,入选患者的基线收缩压均高于130 mmHg,因此该指南推荐的启动药物治疗的收缩压界值设定为130 mmHg以上。这不仅强调了早期干预高血压的重要性,也反映出对高血压管理的一种更为积极的态度。由此可见,2024版欧洲指南在高血压治疗策略上的更新,意在提升整体患者的健康水平,降低心血管事件的风险。

2024版中国防治指南提出了更多维度的高血压治疗评估理念,即分级、分期、分型管理。主要包括三个方面:①针对血压升高本身进行降压治疗(分级);②考虑合并的危险因素、靶器官损害和临床并发症进行治疗(分期);③针对高血压的具体病因进行纠正和治疗(分型)。重要的是,指南强调启动降压药治疗的时机应主要基于患者的心血管风险,而不仅仅依赖于血压水平的高低。这一理念确保了治疗的针对性和有效性。对于启动降压药治疗的时机,2024版中国防治指南仍采用比较保守的策略。对于血压水平140~159/90~99 mmHg的心血管低危高血压患者,先采取4~12周的生活方式改善策略,如仍不达标则应启动降压药治疗。但对于如下情况需立即启动降压药治疗:①血压水平 $\geq 160/100$ mmHg的高血压患者;②血压水平140~159/90~99 mmHg,心血管风险为中危及以上的高血压患者;③血压水平130~139/85~89 mmHg的正常高值人群,心血管风险为高危和很高危者。

中国实践指南建议对心血管危险分层为高危的患者应立即开始降压药治疗,具体包括以下三种情况:①当收缩压 ≥ 140 mmHg和/或舒张压 ≥ 90 mmHg时,强烈推荐立即使用降压药;②若收缩压在130~139 mmHg和/或舒张压在80~89 mmHg之间,并伴有临床合并症,同样建议开始降压药治疗;③对于收缩压在130~139 mmHg和/或舒张压在80~89 mmHg之间,同时存在靶器官损害或 ≥ 3 个心血管危险因素的患者,也可以考虑启动降压药治疗。而心血管危险分层为非高危患者,即收缩压在130~139 mmHg之

间和/或舒张压在80~89 mmHg之间,并伴有0~2个心血管危险因素,则可以进行为期3~6月的生活方式干预。如果在此期间收缩压仍然 ≥ 130 mmHg和/或舒张压 ≥ 80 mmHg,则应考虑启动降压药治疗。

值得一提的是,2024版欧洲指南中的随机对照试验证据中包含了相当比例的中国人,因此在对血压升高患者进行心血管危险评估和药物治疗时机的建议上,中欧指南的相关部分显示出一致性。不难发现,新版指南对于确诊为高血压($\geq 140/90$ mmHg)的患者一致推荐立即启动降压药治疗及生活方式同步干预,而低危患者则建议首先进行心血管危险因素的评估。这表明启动降压药治疗的时机主要取决于心血管风险,而非仅依据血压水平。这一建议是基于大量临床研究证据,旨在及时控制血压,降低心血管事件风险。而对于血压水平140~159/90~99 mmHg的心血管低危高血压患者,可先采取4~12周的生活方式改善策略,如仍不达标则应启动降压药治疗。这是因为在这类患者中,生活方式干预(如饮食调整、增加运动等)可能在一定程度上控制血压,而药物治疗的潜在副作用可能大于其带来的益处,这一变化体现了早期干预的理念。然而,这并不意味着更早启动药物治疗会忽视生活方式干预的重要性。

6 一线降压药选择

在高血压的治疗中,当前的中欧指南一致推荐将血管紧张素转换酶抑制剂(angiotensin converting enzyme inhibitor, ACEI)、血管紧张素受体阻滞药(angiotensin receptor blocker, ARB)、二氢吡啶类钙通道阻滞药(calcium channel blocker, CCB)以及噻嗪类利尿剂作为大多数高血压患者的一线降压药。这些药物被认为具有良好的降压效果和安全性,适合大多数患者的血压控制。在上述药物的基础上,2024版中国防治指南补充了血管紧张素受体-脑啡肽酶抑制剂(angiotensin receptor-nepriylsin inhibitor, ARNI)作为新的一类常用降压药,并建议以上降压药均可作为初始和维持治疗的常用药物。同时,近年来新型降压药的研究进展也值得关注,例如新型醛固酮合成酶抑制剂baxdrostat和lorundrostat,这些药物在II期临床研究中显示出显著的降压效果,为高血压的治疗提供了更多的选择。同时,中国实践指南建议针对血压 $\geq 140/90$ mmHg的患者,初始治疗时建议采取联合用药。优先推荐使用单片复方制剂,重点推荐肾素-血管紧张素系统抑制剂(renin-angiotensin system inhibitor, RASI)与CCB或RASI与利尿剂的组合方案。

对于 β 受体阻滞剂,中欧指南有不同的建议。2024版中国防治指南认为 β 受体阻滞剂在预防主要

心血管事件方面与其他降压药相比是相当的,依然是治疗高血压的常用药物之一。有临床研究和实践表明, β 受体阻滞剂的降压疗效在中青年人群相对更好,且尤其适用于合并冠心病、既往心肌梗死病史、慢性心力衰竭、主动脉夹层、伴快速性心律失常、交感神经活性增高(例如静息心率 ≥ 80 次/min)以及高动力状态患者,也是慢性肾脏病、围手术期的主要降压药。2024版欧洲指南则更强调 β 受体阻滞剂在特殊合并症患者中的应用价值,例如心绞痛、心力衰竭、心肌梗死后或用于控制心率。但其预防卒中的效果不如ACEI/ARB、CCB及利尿剂,常因副作用导致较高停药率,与利尿剂联合使用时增加易感患者新发糖尿病的风险,预防高血压靶器官损害进展的作用也不如RAS和CCB。因此,虽然 β 受体阻滞剂的降压效果并不逊色(尤其是具有血管扩张作用的 β 受体阻滞剂),但它们通常不推荐作为一线治疗药物。

2024版中国防治指南补充ARNI作为新一类常用降压药,这得益于在中国人群中相关临床研究证据的不断积累,以及ARNI类药物在中国患者中的疗效和安全性的有效验证,特别是在降低血压和改善心血管预后方面。然而,ARNI在2024版欧洲指南中并未得到补充,究其原因可能是ARNI的疗效和安全性研究在不同地区存在差异,欧洲指南可能基于欧洲人群的研究数据做出推荐,这就需要更多的时间和证据来确保推荐的准确性和全面性。令人鼓舞的是,欧洲指南虽然未明确提及ARNI,但对ARNI在高血压合并心力衰竭患者中的应用给予了重视。相信随着更多研究的进行和证据的积累,ARNI类药物在高血压治疗中的地位和应用可能会得到进一步的明确和优化。

在目前的降压治疗中,主要的降压药仍是上述几大类,其单药治疗效果相对接近。在标准剂量下,这些药物能够有效降低患者的诊室血压,平均降幅可达到9/5 mmHg,而通过ABPM进行的评估则显示,降幅相对较小,约为5/3 mmHg。然而,研究表明,降压效果随时间推移可能会有所减弱。为应对这一情况,短期的联合治疗有助于使诊室血压的降低幅度显著增加,甚至可达到20/11 mmHg。值得注意的是,降低收缩压10 mmHg和舒张压5 mmHg对心血管事件的风险降低有着积极的影响。每种降压药的效果与其剂量密切相关,尽管这种关系并非完全线性。同时,个体之间对每种药物的反应可能会存在差异,因此有时需要根据患者的具体情况来个性化选择最佳的治疗方案。

7 关于血压控制目标

目前的高血压管理指南一致建议,多数80岁以下

成年高血压患者的血压控制目标应设定为 $< 130/80$ mmHg。传统的 $< 140/90$ mmHg的降压目标值不能使高血压患者的获益最大化,将血压控制在 $< 130/80$ mmHg可以更显著地减少高血压介导的靶器官损害与不良事件的发生。因此,新的推荐标准强调了对血压的进一步严格控制,以期显著改善患者的健康状况。在这一背景下,2024版欧洲指南提出对所有成年人施行的治疗目标为 $120\sim 129/70\sim 79$ mmHg,且在制定这一目标时充分考虑了治疗的耐受性。对于那些难以承受强化降压治疗的患者,例如治疗前有直立性低血压、中重度衰弱、预期寿命有限(如少于3年)或年龄超过85岁的老年患者,建议适当放宽血压控制目标,并遵循“尽可能低”的原则,从而确保治疗的个体化和灵活性。

与2024版欧洲指南相比,2024版中国防治指南及实践指南在降压目标设定方面存在一些差异。中国实践指南根据不同年龄段的患者特点,推荐了相应的血压控制目标:年龄 < 65 岁高血压患者血压控制目标值为 $< 130/80$ mmHg;65~79岁高血压患者血压控制目标值为 $< 130/80$ mmHg;年龄 ≥ 80 岁高血压患者,如耐受性良好,可以考虑将诊室收缩压降至 $130\sim 139$ mmHg,以确保治疗效果的最大化和患者的安全性。而2024版中国防治指南则基于患者耐受性的原则采用分步走的策略,一般高血压患者推荐诊室血压降至 $< 140/90$ mmHg,如能耐受,应进一步降至 $< 130/80$ mmHg;心血管风险高危/很高危的高血压患者以及有合并症的高血压患者,在可耐受的条件下,推荐诊室血压目标为 $< 130/80$ mmHg;对于老年高血压患者,65~79岁的老年人推荐的降压目标是 $< 140/90$ mmHg,如果患者身体状况允许可耐受,可进一步降至 $< 130/80$ mmHg,以获取更好的健康效益,对于80岁及以上的高龄老年患者,降压目标则调整为 $< 150/90$ mmHg,同样,如果患者能够耐受,也可以尝试降至 $< 140/90$ mmHg,以促进血压的稳定和控制。

8 中医药的应用

在2024版中国防治指南中,首次纳入和推荐了中医药治疗高血压。指南强调了中医药在高血压治疗中的应用价值,特别是在高血压的预防、治疗、康复等不同阶段,可以通过调节阴阳平衡发挥作用。与西药相比,中医药降压作用相对缓和,但长期效果稳定,有助于减少血压波动,降低心脑血管事件的风险。对于需要药物治疗的高血压患者,特别是1级高血压患者,指南推荐可以考虑应用具有平肝潜阳等作用的中成药(如天麻钩藤颗粒、松龄血脉康胶囊等),能起到辅助降压和改善症状的作用。通过中西药合用,可以发挥两

者的优势互补作用,提高降压效果,减少不良反应。

9 去肾神经术(renal denervation,RDN)的适用人群

尽管药物治疗仍然是高血压患者的首选方案,但实际上不少患者在实际治疗中面临着药物不耐受和依从性差等问题。这些问题使得部分高血压患者难以通过常规的药物来有效控制血压。因此,对于RDN在降压治疗中的应用,中欧指南都做出了较为明确、积极但又不失稳妥的推荐建议。新的研究证据表明,RDN无论是单独使用还是与降压药联用,都能显著降低患者的血压,特别是在特定患者群体中。对于那些药物治疗不耐受且符合特定临床特征的高血压患者,RDN可以被考虑作为一种替代治疗手段。这一方法为那些在药物治疗中效果欠佳的患者提供了新的治疗选择。然而,当前仍然需要更多的长期研究数据来证明RDN在广泛临床应用中的安全性和有效性。

10 高血压的特殊表型

基于高血压的临床表现特征,可以将其细分为多种类型,例如白大衣性高血压、隐匿性高血压、夜间高血压、清晨高血压、单纯收缩期高血压以及单纯舒张期高血压等。简而言之,结合OBPM、ABPM以及HBPM的方法,可以全面评估患者是否属于上述任何一种高血压类型。在老年人群中,单纯收缩期高血压较为常见;而在中青年人群中,单纯舒张期高血压则更为普遍。针对这些特殊类型的高血压,2024版中国防治指南特别以“高血压特殊表型”的名义进行了单独阐述。与以往相比,现有的监测手段更为丰富和先进,能够更加精确和准确地识别高血压患者的具体表型。通过识别这些特殊表型,临床医生能够更有效地筛查患者并实施个性化的管理措施,这正体现了高血压领域

精准医疗的核心理念。高血压管理的终极目标在于降低患者发生心脑血管事件的风险,从而改善患者的生活质量和预后,因此,在管理患有特殊表型的高血压患者时,应当根据患者具体的高血压表型和心血管风险,结合患者的实际情况和相关的临床研究证据,采取措施最大限度地控制血压及相关危险因素,以最大程度地降低心脑血管事件风险。这便是特殊表型高血压患者管理的总体思路和策略。

11 小结

综上,2024版欧洲指南、2024版中国防治指南及中国实践指南尽管在细节上存在差异,但整体目标和核心理念是一致的。三大指南均充分考虑了近年来新的高质量临床研究证据,为高血压防治注入了新理念,充分体现了前移干预时机、持续强化降压、降低总体心血管风险的原则,代表了当前高血压防控的主流趋势。这将对未来全球及我国高血压患者的精准管理提供示范作用,具有广泛的临床意义和实用价值。

参考文献

- [1] 中国高血压防治指南修订委员会,高血压联盟(中国),中国医疗保健国际交流促进会高血压病学分会,等. 中国高血压防治指南(2024年修订版)[J]. 中华高血压杂志(中英文),2024,32(7):603-700.
- [2] McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, et al. 2024 ESC guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension[J]. Eur Heart J,2024,45(38):3912-4018.
- [3] 中华医学会心血管病学分会,海峡两岸医药卫生交流协会高血压专业委员会,中国康复医学会心血管疾病预防与康复专业委员会. 中国高血压临床实践指南[J]. 中华心血管病杂志,2024(9):985-1032.

收稿日期:2024-09-29 责任编辑:张刘锋