

大高血压学理论视域下解读《中国高血压防治指南（2024 年修订版）》

余振球 李治菁 周 雪

【摘要】 以大高血压学理论为视角，对《中国高血压防治指南（2024 年修订版）》（简称新版指南）进行解读。新版指南对涉及高血压防治的各领域内容均有详细、系统、全面的介绍；对于高血压科疾病（如继发性高血压、其他心血管疾病危险因素、靶器官损害、心血管疾病）等的诊断依据全面，循证医学证据充分，处理原则与措施准确可靠；是指导我国高血压防治的综合性权威性文献和主要依据。强调用新版指南指导实施高血压防治工作，建议注重以下方面：大力开展人才培养，建立高血压防治人才队伍；打造更多的专业高血压机构，完善高血压防治网络和体系建设；在高血压诊疗工作中，及时发现各种继发性高血压原因疾病和各种心血管疾病，让患者及时进入相关诊疗途径，实现继发性高血压精准诊疗，完善心血管疾病规范诊疗。

【关键词】 《中国高血压防治指南（2024 年修订版）》；大高血压学；高血压诊断；高血压治疗；抗高血压药物；继发性高血压诊疗；心血管疾病诊疗

DOI: 10.19542/j.cnki.1006-5180.2411-901

《中国高血压防治指南（2024 年修订版）》（简称新版指南）^[1] 从我国人群高血压流行及防控现状、高血压与心血管风险、血压测量、诊断性评估、高血压治疗、继发性高血压等 15 个方面进行了阐述。新版指南的各项内容是从我国高血压防治的实际出发，各个疾病的诊断、治疗、预防的原则与方法科学、准确、实用，是指导我国各级医疗卫生机构开展高血压防治的综合性权威文献。现从大高血压学理论视角解读新版指南，在实际工作中要坚持按新版指南指导工作，更好地推动我国高血压防治事业的进步。

1 在指导我国开展高血压防治中发挥重要作用

新版指南诊疗内容涵盖了高血压科疾病范围^[2]；全面收集了高血压涉及的各种疾病，并整理当前国内外有关的研究成果、学科著作的精髓、专家学者的实践经验，特别是循证医学证据；同时，对上述内容进行了认真评价、筛选、负责任的推荐；诊断标准与依据、处理原则与方法、预防目标与措施准确可靠。

1.1 体现了高血压学学科理念

高血压是由不同原因和疾病导致的，又作为原因导致心脑肾等重要靶器官损害和心血管疾病。因此，与高血压相关疾病的诊断、治疗与研究涉及医学各领域，并形成一门独立的学科。诊治高血压患者时，要查清高血压原因、患者存在的各种其他心血管疾病危险因素，以及靶器官损害和心血管疾病，这些疾病也称为高血压科疾病。新版指南在高血压诊断性评估中明确表示，“诊

断性评估的目的是做出高血压病因的鉴别诊断和评估患者的心血管疾病风险程度，指导诊断与治疗”。特别是针对高血压患者发生的各种心血管疾病、糖尿病、继发性高血压原因疾病的诊断、处理原则与方法，都进行了认真总结与推荐。

1.1.1 高血压诊断学内容全面

明确诊断高血压科疾病依靠详细的临床资料收集、完善的体格检查、完成高血压各项检查并整合临床证据。检查可分为常规检查与特殊检查。常规检查是每位高血压患者就诊时必须做的检查，如肾素水平、血管紧张素Ⅱ和醛固酮浓度检查。而特殊检查是根据患者在诊断中怀疑某种继发性高血压原因疾病或心血管疾病时，针对具体疾病诊断的流程而进行的检查。新版指南对涉及高血压科各种疾病的检查方法、适应证、结果判断、评价进行了介绍与推荐，并将这些检查分为基本项目、推荐项目和选择项目。

1.1.2 高血压的治疗学内容全面

新版指南提出“高血压治疗应涵盖以下三方面内容：①针对血压升高本身的降压治疗（分级）；②针对合并的危险因素、靶器官损害和临床并发症的治疗（分期）；③针对高血压病因的纠正和治疗（分型）”。新版指南既有详细系统的降压治疗策略、降压治疗方法和中医中药治疗等；又介绍了相关心血管疾病危险因素的处理，如血糖控制、调脂治疗、降尿酸治疗，强调综合干预多重危险因素；特别是重视心脑肾保护药物，如重视

作者单位：550004 贵阳，贵州省高血压诊疗中心；贵阳，贵州医科大学附属医院高血压科

通信作者：余振球，Email: yuzhenqiuz@sina.com

抗血小板药物应用、心房颤动的抗凝治疗、高血压患者心率控制、治疗随访，还提出随访内容与间隔。

1.1.3 涵盖人群广泛

大高血压学理论指出，高血压涉及群体范围广泛，各级医疗卫生机构及家庭要积极开展高血压防治工作。新版指南倡导广大医务人员与患者家属参与高血压防治规范化管理中，还提出高血压的互联网医疗是高血压管理方法的补充和发展，高血压防治服务体系体现在《基本公共卫生服务规范》；系统管理高血压是为所有居民提供公平和持续的筛查、诊断、治疗、转诊等长期随访服务，并针对社区高血压防治策略和高血压患者规范化管理，提出了严格且可操作的措施。另外，新版指南全面、系统介绍了特殊类型高血压、各类人群高血压的诊断与治疗。

1.2 确定了准确的高血压标准

血压对心脑血管的损害和心血管疾病发生的影响，是从 115/75 mmHg 开始的，随着血压水平升高而加剧，从而导致高血压与正常血压的分界线一般难以明确划分；即使在同一水平的血压值，因其他心血管疾病危险因素的不同，对患者危害也有差别。找出单纯血压值对心脑血管影响的高血压标准是高血压诊断、治疗、预防与研究等方面的重要依据。新版指南对高血压标准确定、高血压分级、分类和危险度分层的制定与推荐科学合理。

1.2.1 高血压标准准确可靠

高血压对人类产生危害的分界线逐渐降低，高血压标准值也在降低，直到 140/90 mmHg 作为高血压诊断标准，被世界各国专家所公认。但关于 130 ~ 139/80 ~ 89 mmHg 范围血压的认识，从 2003 年以来，欧美国家高血压处理指南先后提出“正常高值血压”“高血压前期”“高血压标准”，但用 130/80 mmHg 作为高血压标准只得到个别国家少数专家的支持和采用。WHO 各项涉及高血压防治指南始终坚持 140/90 mmHg 作为高血压标准。130 ~ 139/80 ~ 89 mmHg 范围的血压对人类有危害，抗高血压治疗能预防高血压和心血管疾病。但对于无心血管疾病的中度心血管事件风险的血压正常与正常高值人群中进行抗高血压药物治疗研究后发现，并未降低心血管事件风险。CHINOM 是一项以我国正常高值血压人群作为研究对象，以心血管事件作为研究终点，探讨是否应降低高血压降压治疗阈值的多中心随机对照研究，结果显示通过随访各组血压水平，发现降压治疗组和安慰剂组相比，并未降低发生心血管事件的风险^[3]。因此，新版指南坚持将 140/90 mmHg 作为高血压标准非常科学合理。

1.2.2 合理的高血压分级、分类与危险度分层

2017 年美国心脏病学会 (ACC) / 美国心脏协会 (AHA) 高血压防治指南除了将收缩压 130 ~ 139 和 / 或舒张压 80 ~ 89 mmHg 确定为 1 级高血压，还将收缩压 $\geq$ 140 或舒张压 $\geq$ 90 mmHg 确定为 2 级高血压。新版指南

继续保留了《中国高血压防治指南 (2018 年修订版)》坚持的分为 1、2、3 级高血压的观点。血压从 115/75 mmHg 开始，每增加 20/10 mmHg，心血管疾病风险提高 1 倍，按照这个数据差，应用诊室血压水平，不仅分为 1、2、3 级高血压，还提出正常高值血压。这种分级和分类显示，血压水平越高，心脑血管损害和心血管疾病越严重，应引起重视，也好记忆，便于临床医师掌握和实施。新版指南不仅根据血压水平进行分类，包括正常血压、正常高值血压、高血压，还提出单纯收缩期高血压和单纯舒张期高血压。

新版指南对高血压患者的综合情况进行心血管危险度分层，包括血压水平、其他心血管疾病危险因素、靶器官损害、心血管疾病和糖尿病等，对高血压患者进行综合、全面处理，以更好地保护患者。2003 年，欧洲高血压学会 (ESH) / 欧洲心脏病学会 (ESC) 高血压管理指南^[4]对于正常血压、正常高值血压进行了危险度分层。特别是《2013 ESC/ESH 高血压管理指南》^[5]指出，对于 130 ~ 139/85 ~ 89 mmHg 范围的血压，有靶器官损害、心血管疾病或肾脏病者定义为高危度人群，有 1 ~ 3 个心血管危险因素者定义为低 - 中危险度人群。新版指南也是对该范围血压进行了危险度分层。

1.2.3 测量血压的重要作用

众所周知，高血压确定及其分级依靠血压值，血压值要通过测量血压而收集。新版指南明确提出血压测量是评估高血压水平、诊断高血压、观察抗高血压药物疗效的根本手段和方法，还系统介绍了医护人员在场的常规诊室血压测量、患者与家属自我操作的自动诊室血压测量、动态血压监测和家庭血压测量，还有血压亭测量和可穿戴血压测量等，并对这些测压方法进行合理评价，明确各种血压测量的高血压诊断标准。临床医师应重视和准确、全方位地测量血压，选择合适的测量方法。每位高血压患者就诊时尽可能多接受以上测量血压方式，以得出科学、可靠的诊断，及时确定高血压并分级。动态血压测量能确定白大衣性高血压和白大衣效应，发现夜间高血压、清晨高血压、波动大高血压等，减少不必要的检查。在高血压患者首诊时，要求同一部位测四肢血压，以及同一侧肢体侧卧立位血压。

1.3 完善了抗高血压药物治疗

新版指南明确指出，控制血压的目的是控制高血压患者疾病的进程，预防或延缓脑卒中、心肌梗死、心力衰竭、肾功能不全等心血管疾病的发生，并指出降压治疗的获益人群、抗高血压药物治疗的时机、目的与方法等。这些是目前和今后指导我国高血压防治的关键环节，也是抗高血压药物治疗的纲领性文献。

1.3.1 抗高血压药物治疗的证据

新版指南引用了一项大规模荟萃分析，纳入 1966—

2015 年进行的 16 项以高血压患者为研究对象的降压治疗随机对照试验^[6]，结果显示收缩压 / 舒张压每降低 10/5 mmHg，可使卒中相对风险降低 29%，冠心病相对风险降低 20%，主要心血管事件相对风险降低 25%，心血管疾病死亡相对风险降低 21%，支持降低血压治疗。新版指南还确定了获益人群范围，即中危及以上的高血压患者、高危及以上的正常高值血压者，高危及很高危患者、多种合并症和老年患者中降压获益大于风险，说明此时抗高血压药物对患者的总体有利性大于风险性。

1.3.2 抗高血压药物的启动、目标血压与达标时机

高血压是心血管疾病最主要的危险因素，血压越高，心血管疾病就越严重。为了预防心血管疾病，血压控制有严格的标准，即目标血压。新版指南强调，降压治疗的目标不仅在于使血压达到目标范围，更在于确保血压的稳定下降。新版指南广泛吸纳了国内外关于抗高血压药物治疗的临床试验数据，制定出目标血压。建议一般高血压患者推荐诊室血压降至 < 140/90 mmHg，若耐受可进一步降至 < 130/80 mmHg。对于心血管疾病风险高、很高危险度的高血压患者，或有合并症的高血压患者，采取强化干预措施，推荐血压目标降至 < 130/80 mmHg。对于不同年龄段老年人，也提出不同标准。针对不同的测量血压方法，新版指南提出了相关目标血压。

决定启动抗高血压药物治疗的时机时，必须综合评估患者的心血管疾病风险，而不仅是依据血压水平。新版指南建议，中危及以上高血压患者要立即启动抗高血压药物治疗。此举旨在尽早降低患者的心血管风险，预防心血管事件的发生。对于低危高血压患者，建议先行采取生活方式的改善措施 4 ~ 12 周。若此期间仍未能达到目标血压，则应考虑启动抗高血压药物治疗。

1.3.3 抗高血压治疗的方法

在抗高血压治疗方法中新版指南突出生活方式的改善，如减少钠盐摄入、增加钾摄入、合理膳食、控制体重、不吸烟、限制饮酒、运动干预、减轻精神压力、保持健康睡眠等。这些健康干预方式在防治高血压、心血管疾病中起重要作用。

新版指南介绍了各类抗高血压药物作用机制、分类、临床适应证、禁忌证、不良反应，以及相关的大规模临床试验结果，提出抗高血压药物应用的六项基本原则：① 降低风险；② 长效降压药；③ 联合治疗；④ 起始剂量一般采用常规剂量，高龄、老年患者及有心脑血管疾病的很高危者建议小剂量起用；⑤ 一般高血压患者通常在早晨服用抗高血压药物；⑥ 个体化治疗。同时，新版指南推荐联合用药策略旨在提升降压效果，是实现降压目标并减少不良反应的有效治疗方法。重视中医中药治疗在控制高血压、改善患者症状、保护心脑血管、防治心血管疾病有一定的作用。

1.4 推荐了准确可靠的证据资料

新版指南进行了大量的求证和核实工作，使得引用资料准确可靠，如高血压标准是依靠流行病学调查证据与临床实践证据共同确定的。

1.4.1 对心血管疾病一二级预防

以抗血小板治疗为例，新版指南指出抗血小板治疗在心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，致死性心血管事件下降 1/6。新版指南推荐：① 具有动脉粥样硬化性心血管疾病高危且合并至少 1 项风险增强因素，但无高血压、出血风险的 40 ~ 70 岁患者，可考虑应用低剂量阿司匹林，进行动脉粥样硬化性心血管疾病一级预防。② 高血压伴有缺血性心血管疾病患者，推荐进行抗血小板治疗。③ 合并血栓症急性发作，如急性冠脉综合征、缺血性脑卒中或短暂性脑缺血发作、脑缺血、闭塞性周围动脉粥样硬化症时，应按相关指南推荐使用阿司匹林联合一种 P2Y₁₂ 受体拮抗剂。

1.4.2 对其他心血管疾病危险因素的处理

高血压和高胆固醇血症是我国居民缺血性心脏病死亡最重要的 2 个危险因素，所以高血压患者单纯抗高血压药物治疗达标并不能最大限度降低动脉粥样硬化性心血管疾病风险。新版指南强调高血压患者应积极抗高血压联合调脂治疗，低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）是调脂治疗首要靶点，并提出根据动脉粥样硬化性心血管疾病危险度分层确定 LDL-C 目标值。降低 LDL-C 的药物治疗方面，首选他汀类调脂药物，对不能达标患者，可加用胆固醇吸收抑制剂依折麦布或前蛋白转化酶枯草溶菌素 9 抑制剂。

1.4.3 靶器官损害和心血管疾病治疗

新版指南对发生各种心血管疾病患者的降压启动、降压水平及降低血压目标、应用何种抗高血压药物进行了明确推荐，特别是有大量循证医学证据作为支撑。以高血压合并冠心病为例，抗高血压药物治疗可以显著降低冠心病风险，收缩压每降低 10 mmHg，冠心病风险降低 17%。新版指南推荐血压 < 140/90 mmHg 作为合并冠心病的高血压患者的降压目标，强化降压可能有更多获益，若能耐受可降至 < 130/80 mmHg。对于高血压合并稳定型心绞痛患者，钙拮抗剂、肾素 - 血管紧张素 - 醛固酮系统（RAAS）抑制剂、β 受体阻滞剂均有充分的证据可以应用。对于高血压合并心肌梗死患者，β 受体阻滞剂和 RAAS 抑制剂在心肌梗死后长期服用可明显改善远期预后，无禁忌证者应早期使用。

2 做好我国高血压防治工作

为更好地推进健康中国建设，必须抓好高血压、心血管疾病等重大慢性疾病的防治工作。在国家以高危人群为重点，推进健康管理，推动防控关口前移的方针和策略指

引下,结合几代医学科学专家开展高血压防治工作的丰富经验,根据高血压防治实际情况,新版指南提出要抓好我国高血压诊断、治疗、预防的工作。解决高血压防治工作中实际问题,是高血压学学科建设的重要内容。

2.1 抓好人才培养,促进规范诊疗

流行病学调查数据显示,2018 年我国年龄 ≥ 18 岁成人高血压加权患病率为 27.5%,与以往进行的 5 次全国范围内的高血压抽样调查相比,患病率总体呈增高趋势。目前,我国高血压患者知晓率 51.6%,治疗率 45.8%,控制率 16.8%。新版指南对我国高血压防治现状提示,要重视农村青年男性高血压控制率。提高高血压控制率有两个关键环节:提高高血压知晓率和治疗者的控制率。

目前,国家对慢性疾病防治高度重视,媒体宣传力度也在加强,全国各地城乡居民积极参与高血压防治。新版指南推荐了具体方法:全面实施 35 岁以上人群首诊测血压、五月血压测量月项目。今后每位居民每年都有一次及以上血压测量的机会,这样高血压知晓率会明显提高,由此带来的治疗率也会增长。如何提高治疗高血压患者的控制率是重要任务,必须抓好学科建设,找到薄弱环节,从而找出应解决的问题。

2.1.1 强调规范诊疗

对每位高血压患者必须要查清高血压原因,各种其他心血管疾病危险因素、靶器官损害与心血管疾病。很多“原发性高血压”是在未接受正规病史采集和任何检查,或只由基层医疗卫生机构或体检机构医师测量血压,发现高血压后给予的诊断,甚至患者到大中型医院就诊,临床医师也沿用以往诊断进行治疗。这些患者往往血压难以控制,后到专业高血压机构诊治,查出继发性高血压原因疾病并对因治疗,血压得到控制。

2.1.2 加强人才培养和人才队伍建设

各级医疗卫生机构及医院各科临床医师在开展高血压诊疗过程中,必须具备一定的专业高血压诊疗的知识、水平和能力。因此,人才培养和人才队伍建设是做好高血压、心血管疾病防治的关键。在培养过程中,采取理论与实践相结合的方式:按高血压学理论知识讲课,让学员掌握高血压基础和临床基本知识与技能;教学查房、诊疗实践、分管患者等实践教学;召开有针对性的讨论会,参加学习的学员应包括所有临床医师,根据工作内容可分为高血压诊疗骨干(高级)短期进修学习班、乡镇与社区高血压防治骨干短期培训班、医院各科协同诊疗主任研修班等。按照适合各类学员需要的统一标准培养大批针对性强、覆盖面广、品学兼优的高血压专科人才,从而提高各级医疗卫生机构高血压诊疗水平,带动区域内其他医务人员进行高血压规范诊疗。这是提高我国高血压控制率的关键,特别是要培养一批高血压诊疗、预防基础知识扎实,规范诊疗意识强,有实

际工作能力的基层高血压专业医师。同时,建立高血压防治网络和体系,依靠人才队伍和网络体系管好重点人群,防控关口前移^[7]。

2.2 推进分级诊疗与医院各科协同诊疗

2.2.1 推进高血压分级诊疗

高血压患者涉及病种多,有的复杂且严重,仅依靠基层医疗卫生机构难以实现有效诊疗,但集中在大中型医院的专业高血压机构会造成患者群的拥堵。因此,“基层首诊、双向转诊、急慢分治、上下联动”的分级诊疗模式的推进,可解决当前高血压患者诊治需要的实际问题。

2.2.2 加强医院各科高血压协同诊疗

医院各科是高血压防治新力量,积极推进高血压协同诊疗是提高高血压控制率的有效措施,规范合理应用抗高血压药物。目前,抗高血压药物有 10 余类,100 余种,向各级医疗卫生机构临床医师推荐常用药,便于熟练掌握其作用机制、药代动力学、临床应用、适应证、禁忌证、不良反应及处理,以更好地推动高血压分级诊疗和协同诊疗。至于其他类或有分歧的抗高血压药物,应在专业高血压机构使用的专门著作中介绍或更新。在国际医学领域,如 WHO、ESC 等机构发布的高血压处理指南,以及《中国高血压防治指南(2018 年修订版)》均一致认定,目前临床常用的抗高血压药物主要涵盖 5 大类别:钙拮抗剂、 β 受体阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂、血管紧张素 II 受体阻滞剂及利尿剂。

2.3 提高继发性高血压诊疗能力

继发性高血压是由身体的某些特定疾病或外界病因损害机体产生的疾病所引起的血压升高。这两大类疾病则称为继发性高血压原因疾病。继发性高血压的危害除了血压升高导致的心脑肾损害和心血管疾病外,还包括原因疾病对发病器官造成的损害,以及原因疾病过量分泌激素和血管活性物质对身体的损害。新版指南指出,继发性高血压在高血压患者中占 10%,涉及全身各种器官和很多疾病。

新版指南列出了肾实质性高血压、肾血管性高血压、其他血管病引起的高血压、阻塞性睡眠呼吸暂停综合征、药物相关性高血压、原发性醛固酮增多症(简称原醛症)、嗜铬细胞瘤和副神经节瘤等多种继发性高血压原因疾病,并对这些原因疾病的流行病学、临床特征、诊断流程、治疗方法进行了详细介绍。笔者认为,要做好继发性高血压的诊断处理,建议从以下几方面着手:

2.3.1 有继发性高血压诊疗理念

提醒和指导临床医师如何在高血压患者中发现、筛查、确定各种继发性高血压原因疾病。临床医师只有掌握好这些继发性高血压理论知识,才能考虑到继发性高血压的可能,使患者获得诊断机会,从而得到及时、合理的处理。因此,介绍和掌握继发性高血压共同特点与

总的诊断思路非常重要。

2.3.2 有扎实的基本理论知识和临床实践能力

临床医师需掌握各种继发性高血压原因疾病的病因、病理、病理生理、临床表现、常规检查特点及异常结果判断，特别是熟悉继发性高血压的各种定性、定位检查的适应证、禁忌证及结果判断。对重点怀疑为某种继发性高血压原因疾病者，要进行各种临床资料收集，按照确定的筛查对象，筛查、定性、定位、定因判断流程，完成相关辅助检查及诊断流程，最后做好继发性高血压原因疾病的分型、分期诊断。

2.3.3 强调继发性高血压的精准诊疗

同一种继发性高血压原因疾病的病因多，发病范围广，病理类型复杂，治疗方法有严格区别。这就确定了对继发性高血压要进行精准诊疗，以达到最佳效果^[8]。以原醛症为例，分型依据有：①临床资料收集和实验室检查结果应作为原醛症诊断的基石；②肾上腺 CT 检查应作为定位和病因分型诊断的常用方法；③⁶⁸Ga-Pentixafor PET/CT 检查应作为复杂患者定位和病因分型诊断主要检查。原醛症本身的治疗方法有外科手术治疗、药物治疗（醛固酮受体拮抗剂、糖皮质激素）等。醛固酮瘤、原发性肾上腺皮质增生和单侧肾上腺结节样增生可选用手术治疗；分泌醛固酮的肾上腺皮质癌应尽量手术治疗；对于特发性醛固酮增多症，醛固酮受体拮抗剂是首选治疗；对于家族性醛固酮增多症-I 型患者，采用小剂量糖皮质激素治疗。

2.4 提高靶器官和心血管疾病诊疗水平

新版指南明确了高血压患者中会发生哪些靶器官损害和心血管疾病。如何从高血压患者中发现与筛查出靶器官损害和心血管疾病并规范治疗是重点。

2.4.1 了解高血压患者诊疗过程中的心血管疾病特点

大多数心血管疾病患者发病急、病情危重、症状典型，易被发现，常直接送到医院卒中中心、胸痛中心或急诊科等，由心血管内科或神经内科专科医师处理，此不赘述。而很多高血压患者存在早期心血管疾病、无症状或症状不典型心血管疾病，有的心血管疾病以血压波动大为首发症状。这些患者常因高血压到各级医疗卫生机构，特别是基层医疗卫生机构就诊、健康管理、随诊，容易忽略评估心血管疾病，临床医师需注意。

2.4.2 在常规诊疗高血压患者过程中发现心血管疾病

①临床医师有诊疗高血压发现心血管疾病的理念。②做好重点人群筛查，如血压水平高且未得到良好控制、其他心血管疾病危险因素多、新出现症状，甚至患者近期生活规律发生改变。对于新近血压波动大或难以控制者，从高血压患者常规检查或既往检查中发现一些线索。③完成相关检查，找到诊断依据。如怀疑初发劳力性心绞痛者，监测 24 h 动态心电图；怀疑急性脑卒中

者，做磁共振成像、磁共振血管成像。

2.4.3 规范诊疗心血管疾病

对于所有心血管疾病的治疗，既要强调改善症状，更要改善预后，所以需坚持规范和综合治疗的原则。如冠心病二级预防的药物治疗中，改善症状的药物有 β 受体阻滞剂、钙拮抗剂、硝酸酯类药物，改善预后药物有抗血小板药、 β 受体阻滞剂、他汀类调脂药物、RAAS 抑制剂等。明确的各种心血管疾病长期归属于心血管内科、神经内科等科室管理，高血压专业医师在诊治高血压患者发现心血管疾病后，应及时与上述科室联系，危重症患者转诊到相关科室诊治。

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.
- [2] 余振球，牟建军，钟久昌．实用高血压学（第四版）[M]//余振球，万志敏．高血压科疾病范围与分类．北京：科学出版社，2023：49.
- [3] 潘锋．CHINOM 研究填补国内外心血管疾病同类研究空白——正常高值血压人群如无其他严重疾病无需服用降压药[J]．中国医药科学，2022，12（11）：1.
- [4] EUROPEAN SOCIETY OF HYPERTENSION-EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY GUIDELINES C. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension[J]．J Hypertens，2003，21（6）：1011.
- [5] MANCIA G，FAGARD R，NARKIEWICZ K，et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension(ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) [J]．Eur Heart J，2013，31（28）：2159.
- [6] THOMOPOULOS C，PARATI G，ZANCHETTI A. Effects of blood pressure lowering on outcome incidence in hypertension: 7. Effects of more vs. less intensive blood pressure lowering and different achieved blood pressure levels—updated overview and meta-analyses of randomized trials[J]．J Hypertens，2016，34（4）：613.
- [7] 余振球，周雪．抓好重点人群管理与防控关口前移的有效方法[J]．中华高血压杂志（中英文），2024，32（9）：801.
- [8] 余振球，李治菁．继发性高血压的精准诊疗规范[J]．中国乡村医药，2024，31（21）：1.

（收稿：2024-11-19）

（本文编辑：陆 易）