

医学信息速递

Medical Information Express



传递最有价值的医学信息

2024年高血压指南和专家共识盘点

产品战略&医学与信息部

2024-8



传递最有价值的医学信息

2024发布的高血压指南/专家共识

01

- 《欧洲高血压学会(ESH)高血压指南》

02

- 《中国高血压防治指南》

03

- 《中国卒中患者高血压管理专家共识》
- 《难治性高血压血压管理中国专家共识》
- 《高血压精准化诊疗中国专家共识》
- 《成人高血压合并2型糖尿病和血脂异常基层防治中国专家共识》
- 《中国肾脏移植受者高血压临床诊疗指南》

04

- 《阿齐沙坦高质量血压管理证据》



2024发布的高血压指南/专家共识

1

- 欧洲高血压学会高血压指南

2

- 中国高血压防治指南

3

- 中国卒中患者高血压管理专家共识
- 难治性高血压血压管理中国专家共识
- 高血压精准化诊疗中国专家共识
- 成人高血压合并2型糖尿病和血脂异常基层防治中国专家共识
- 中国肾脏移植受者高血压临床诊疗指南

4

- 阿齐沙坦高质量血压管理证据



2024ESH (欧洲高血压学会) 高血压指南

每日服药
(最好选择早晨服药)

在任何步骤中
优选SPC

在多数患者中采取双药起始联合

符合以下条件的患者可采用起始单药治疗:

- 低危+BP<150/95 mmHg
- 正常高值血压+很高危
- 身体虚弱和/或高龄

Step 1
双药联合

ACEi 或 ARB + CCB 或_{T/TL}利尿剂^a
如果耐受良好, 则逐步增大至足剂量
→高达60%的患者血压可得到控制

β受体阻滞剂^b

可作为单药治疗
也可用于联合治疗的任何
步骤

Step 2
三药联合

ACEi 或 ARB + CCB 或_{T/TL}利尿剂^a
如果耐受良好, 则逐步增大至足剂量
→高达90%的患者血压可得到控制^c

Step 3
增加更多药物

顽固性高血压^d
→约5%的患者

若血压仍未控制
则考虑咨询高血压专家

- 推荐五大类药物作为治疗高血压的一线药物, 即ACEi、ARB、CCBs、噻嗪类/噻嗪样利尿剂和β受体阻滞剂 (BBs)。
- **如果没有禁忌症, RAS抑制剂 (ACEi或ARB) 的使用被认为是一般联合治疗策略的常见组成部分。**
- β受体阻滞剂作为指南指导的药物用于相应的适应症情况下。
- ARNI沙库巴曲缬沙坦钠用于合并心力衰竭的患者中。

2024发布的高血压指南/专家共识

1

- 欧洲高血压学会高血压指南

2

- 中国高血压防治指南

3

- 中国卒中患者高血压管理专家共识
- 难治性高血压血压管理中国专家共识
- 高血压精准化诊疗中国专家共识
- 成人高血压合并2型糖尿病和血脂异常基层防治中国专家共识
- 中国肾脏移植受者高血压临床诊疗指南

4

- 阿齐沙坦高质量血压管理证据



2024 《中国高血压防治指南》



注: A 为血管紧张素转换酶抑制药(ACEI)或血管紧张素受体阻滞药(ARB)或血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂(ARNI); B 为 β 受体阻滞剂; C 为钙通道阻滞药; D 为利尿剂; F2 为 2 种药物的单片复方制剂; F3 为 3 种药物的单片复方制剂。

中华高血压杂志(中英文).204,32(7):603-700.



2024 《中国高血压防治指南》

2024 《中国高血压防治指南》新增新型ARB—阿齐沙坦!

ARB具有良好的耐受性而使用广泛。ARB能有效地减少高血压患者的主要心血管事件和死亡率。ARB和ACEI均可预防新发的糖尿病和心房颤动；比其他降压药更能减少蛋白尿，并能延缓糖尿病肾病的进展。**ARB尤其适用于伴LVH、HFpEF、冠心病、心肌梗死后、心功能不全、糖尿病肾病、蛋白尿、代谢综合征以及不能耐受ACEI的患者。**

表 15 常用的各种降压药

口服降压药	消除半衰期 (h)	剂量(起始剂量~足量) (mg/d)	每天服药次数
ARB			
氯沙坦钾	6~9	25~100	1
缬沙坦	9	80~160	1
厄贝沙坦	11~15	150~300	1
替米沙坦	24	20~80	1
坎地沙坦酯	9.5~11.2	4~32	1
奥美沙坦酯	13	20~40	1
阿利沙坦酯	10	240	1
美阿沙坦钾	11	40~80	1
阿齐沙坦	12.8~13.2	20~40	1



2024发布的高血压指南/专家共识

1

- 欧洲高血压学会高血压指南

2

- 中国高血压防治指南

3

- 中国卒中患者高血压管理专家共识
- 难治性高血压血压管理中国专家共识
- 高血压精准化诊疗中国专家共识
- 成人高血压合并2型糖尿病和血脂异常基层防治中国专家共识
- 中国肾脏移植受者高血压临床诊疗指南

4

- 阿齐沙坦高质量血压管理证据



《中国卒中患者高血压管理专家共识》

卒中患者高血压的药物治疗



脑出血

- 推荐静脉使用降压药物。
- 根据患者病情变化，待血压控制至目标水平时，适当改为口服药物，可选用钙通道阻滞剂、**血管紧张素受体拮抗剂**、 β 1受体阻滞剂等。



急性缺血性卒中

- 对于急性缺血性卒中病情稳定或发病72h后的血压管理，首先推荐静脉用药，待控制至目标血压后，无禁忌证者可恢复使用发病前的降压药物或开始启动口服降压治疗。
- 建议从小剂量开始，逐步加量，长期维持使血压达标。



高血压药物治疗

- 既往未接受降压治疗的缺血性卒中或TIA患者，发病数天且病情稳定后若收缩压 ≥ 140 mmHg和（或）舒张压 ≥ 90 mmHg，如无绝对禁忌，可启动降压治疗（IA类）。
- 既往有高血压病史且长期服药的缺血性卒中或TIA患者，如无绝对禁忌，发病数天且病情稳定后可以重新启动降压治疗（IA类）；
- 对于降压目标，如患者能耐受，推荐收缩压降至 < 130 mmHg，舒张压降至 < 80 mmHg（IB类）。



《难治性高血压血压管理中国专家共识》

难治性高血压 (RH)



定义

- 在改善生活方式的基础上应用了可耐受的足够剂量且合理的3种降压药(包括一种噻嗪类利尿剂)至少治疗4周后,诊室和诊室外(包括家庭血压监测和/或动态血压监测)血压值仍在目标水平之上,或至少需要4种药物才能使血压达标,在排除继发性高血压后,可称为RH。



药物选择

- 在优化评估后应联合3种或以上不同降压机制的药物,以**肾素-血管紧张素系统抑制剂**(RASi,A)+钙通道阻滞剂(CCB,C)+噻嗪类利尿剂(D)(A+C+D)作为基本方案。
- 选择足量、长程血压控制的药物或SPC以减少给药次数和片数,提高依从性。
- 可以选择机制不同的SPC联合治疗以提高依从性和达标率。
- 依据患者血压特点选择每天用药1次或多次不同时间服药,以控制全天血压。



药物联合方案

- 以 A+C+D 三联方案为主
- 第4种降压药的选择: 盐皮质激素受体拮抗剂; β 受体阻滞剂; α 受体阻滞剂, 等等。



《中国肾脏移植受者高血压临床诊疗指南》

肾脏移植受者高血压



流行病学

- 高血压是肾脏移植术后常见并发症，其发生率高达85%，是导致移植肾功能丧失和受者预后不良的重要原因。
- 肾脏移植术后高血压受者的血压可分为4种情况：
 1. 持续性高血压
 2. 移植前有高血压，移植后高血压恢复
 3. 移植后新出现的高血压
 4. 持续正常血压，其中以持续性高血压最多见。



治疗原则

- 推荐根据血压水平和心血管风险分层选择初始单药或选择联合治疗（推荐强度A，证据等级1a）。
- 推荐优先使用长效降压药物（推荐强度A，证据等级1a）。
- 推荐根据患者合并症的不同、药物疗效及耐受性，以及患者个人意愿或长期承受能力，个体化选择适合患者的降压药物。
- 推荐降压药物从标准剂量起始（推荐强度A，证据等级1a）



药物推荐

- 推荐肾脏移植术后高血压患者使用二氢吡啶类钙通道阻滞药（CCB）作为一线降压药物（推荐强度A，证据等级1b）。
- 如果单药血压未能控制，则推荐使用血管紧张素转化酶抑制药（ACEI）/血管紧张素II受体拮抗药（ARB）与CCB两药联合（推荐强度A，证据等级1b）。



《高血压精准化诊疗中国专家共识》

原发性高血压

- 青年人高血压往往伴有交感神经兴奋性增高,以舒张压升高为主,所以要抑制交感神经活性,同时控制好心率, β 受体阻滞剂恰好具备上述功能;
- 对于**糖尿病合并蛋白尿**患者,大剂量的血管紧张素转换酶抑制药(ACEI)或**血管紧张素受体阻滞药(ARB)**在发挥降血压作用的同时可降低患者的蛋白尿,保护肾功能。
- 老年人多合并动脉硬化,使用长效钙通道阻滞剂(CCB)在稳定降低收缩压的同时,对动脉硬化有一定的改善作用。
- 联合用药在提高降压效果的同时,提高了患者依从性、减少了药物不良反应。

血压目标值

合并症	推荐目标值
高血压合并冠心病	如能耐受,血压可降至<130/80 mmHg,但舒张压不应低于 60 mmHg
高血压合并心力衰竭	<130/80 mmHg
高血压合并心房颤动	<130/80 mmHg
高血压合并糖尿病	<130/80 mmHg
高血压合并肾脏病	<140/90 mmHg,有白蛋白 <130/80 mmHg
高血压合并脑卒中(包括缺血性及出血性)	急性期:监测血压,避免血压波动,根据患者情况降压 稳定期:<130/80 mmHg



《成人高血压合并2型糖尿病和血脂异常基层防治中国专家共识》

“三高”



流行病学

- 我国18岁及以上人口的高血压、糖尿病、血脂异常患病率分别为27.8%、12.4%、33.8%。我国60岁及以上老年人的“三高”患病率达10.0%。



治疗原则

- 根据“三高”的达标情况及并发症、合并症等情况选择不同的药物；
- 考虑各种药物之间的相互作用、配伍禁忌、相关并发症对药物的影响及治疗获益；
- 结合药物价格、患者意愿和经济状况、当地医保政策，选择安全、有效、适宜的药物。



药物推荐

- 降压药物**优先选用ACEI/ARB**，降压效果不佳酌情加用CCB、利尿剂、 β -受体阻滞剂、 α -受体阻滞剂等药物，依据不同并发症等病情及时调整用药。（1A）
- 一般采用常规剂量；老年人初始治疗时通常应采用较小的有效治疗剂量；根据需要，可考虑逐渐增加至足剂量。
- 应优先使用长效降压药物；对血压 $\geq 160/100\text{mmHg}$ 、高于目标血压 $20/10\text{mmHg}$ 或单药治疗未达标的患者应联合降压治疗，包括联合用药或单片复方制剂。（1A）



2024发布的高血压指南/专家共识

1

- 欧洲高血压学会高血压指南

2

- 中国高血压防治指南

3

- 中国卒中患者高血压管理专家共识
- 难治性高血压血压管理中国专家共识
- 高血压精准化诊疗中国专家共识
- 成人高血压合并2型糖尿病和血脂异常基层防治中国专家共识
- 中国肾脏移植受者高血压临床诊疗指南

4

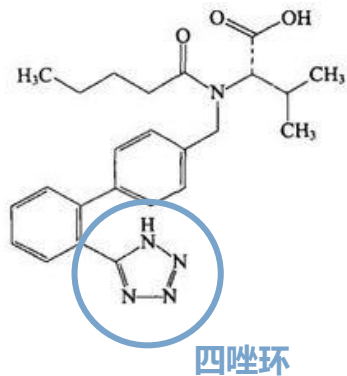
- 阿齐沙坦高质量血压管理证据



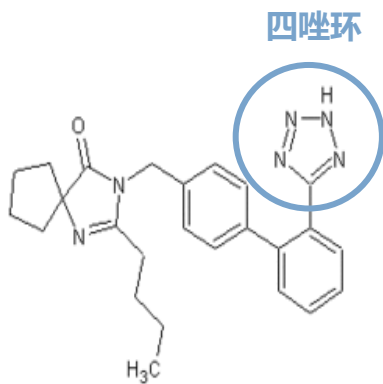
新一代ARB — 阿齐沙坦作用机制

- 阿齐沙坦是新一代ARB类降压药物，以**噁二唑环**代替大多数ARB类药物的**四唑环**，独特的分子结构使其对AT1受体有着更高的选择性和亲和性，**AT1受体连接更强、更紧密、更持久**，解离更缓慢具有更强的AT1受体抑制作用，从而发挥**更强效持久的降压疗效**。
- ARB类药物主要的杂质是因其结构中的四唑环含氮，在化学反应中极易生成亚硝酸胺类，尤其是二甲亚硝酸胺是致癌物质，必须引起警惕。阿齐沙坦独特的噁二唑环替代了传统的四唑环。**这种分子结构的优化，能避免亚硝酸胺杂质、叠氮等毒性及致癌杂质的产生。**

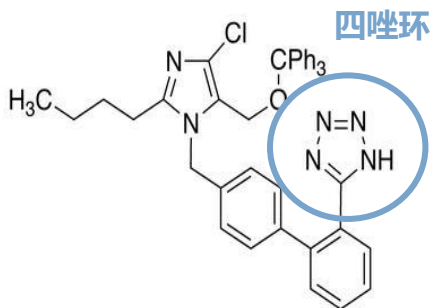
缬沙坦 (3个点位)



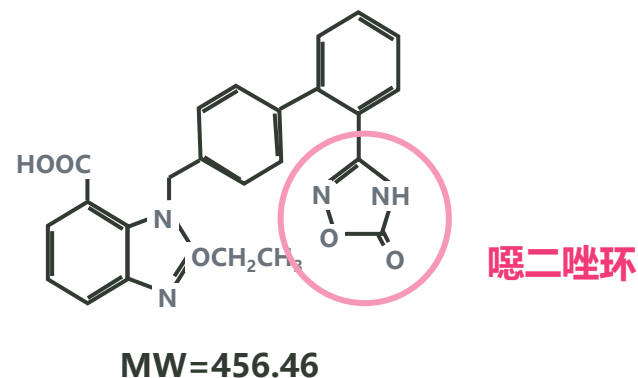
厄贝沙坦



氯沙坦 (2个点位)

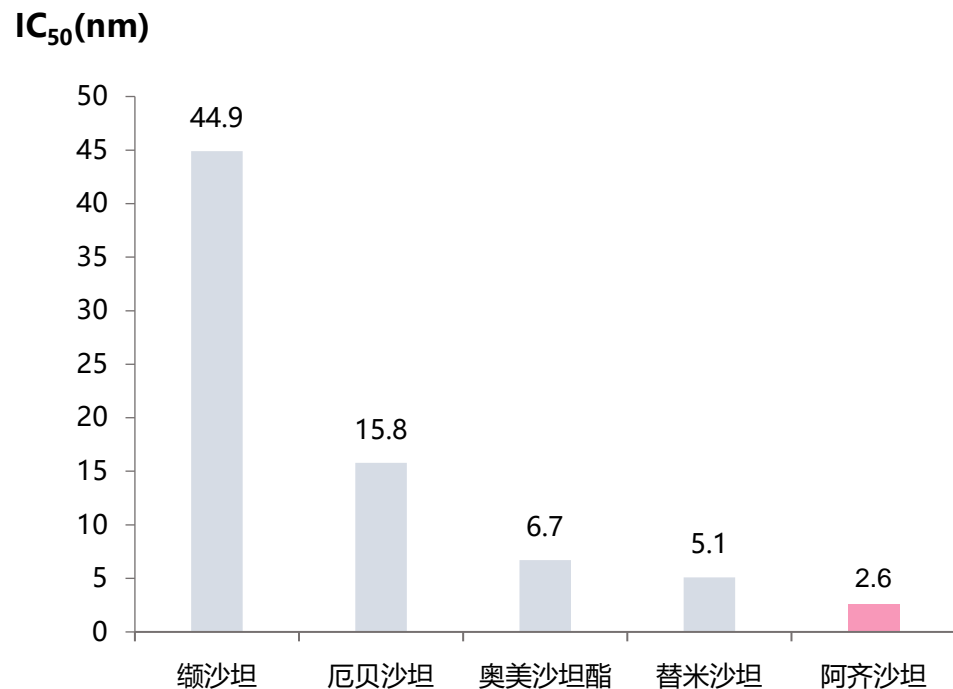


阿齐沙坦 (与AT1受体结合有4个点位)

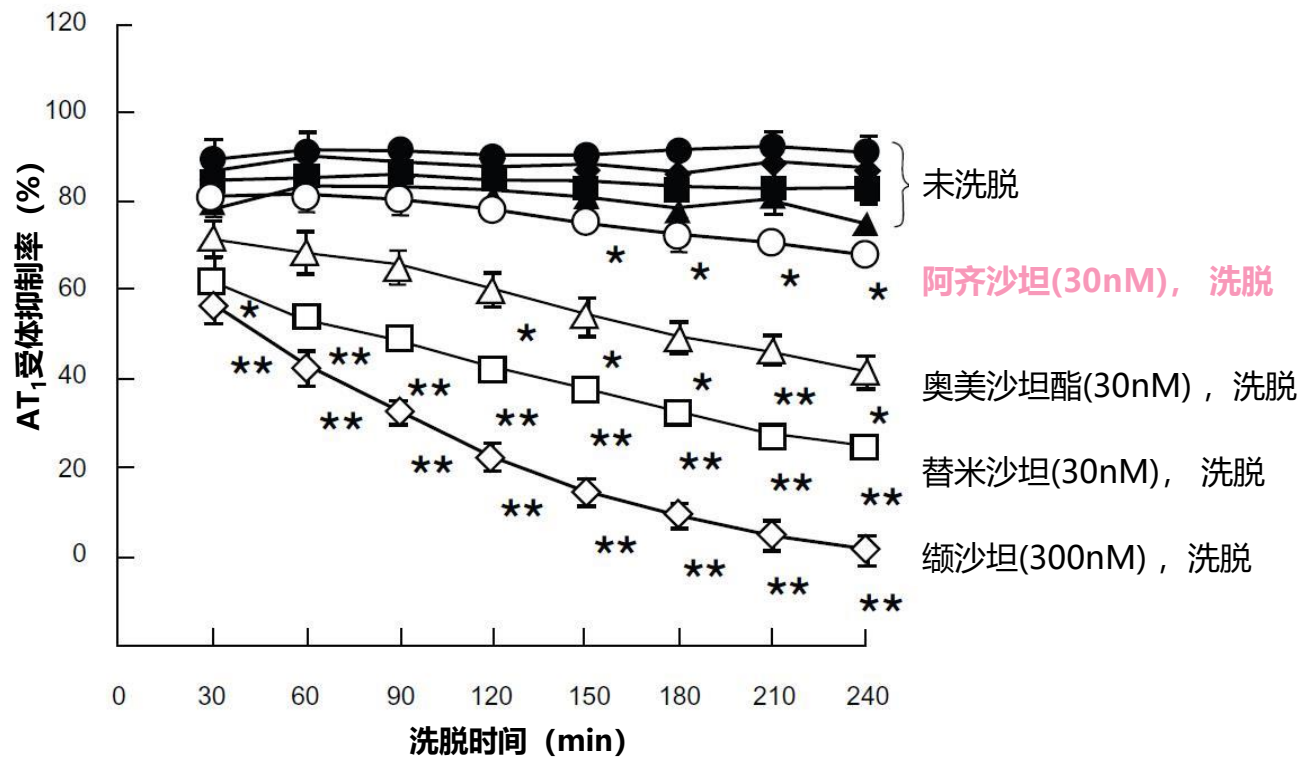


阿齐沙坦对AT1受体抑制作用最强、稳定性最高

1 不同ARBs与AT1受体特异性结合后的抑制作用



2 不同ARBs抑制AT1受体的稳定性 (体外)

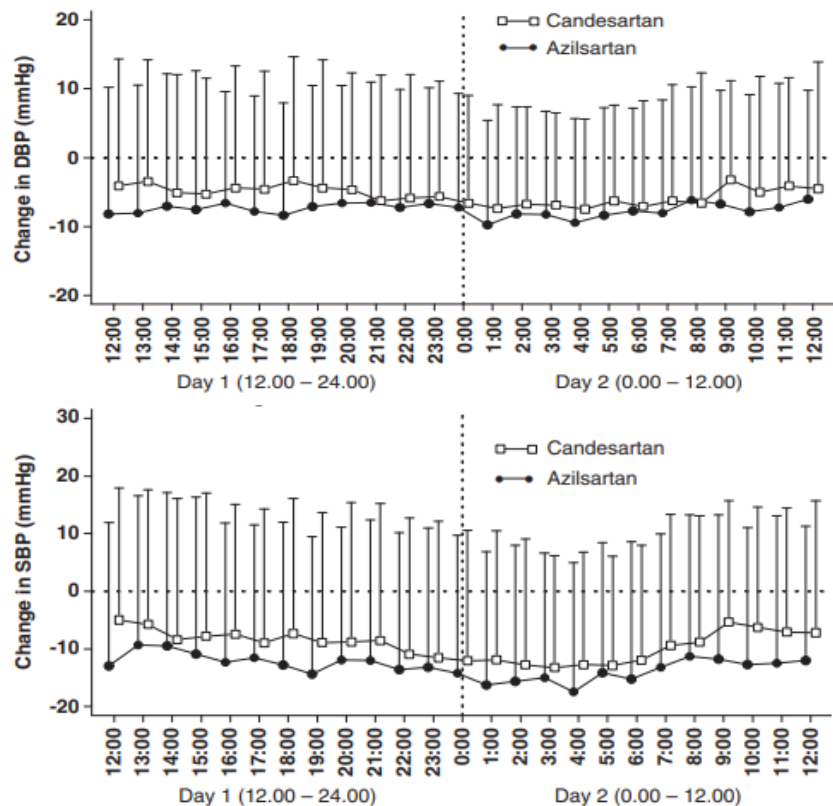


- 在各类ARB中，阿齐沙坦对AT1受体亲和力最高，抑制作用最强，稳定性最高，洗脱后阿齐沙坦的抑制作用持续存在；
- 以上结果表明，与其他ARBs相比，阿齐沙坦是一种高效的、缓慢解离的AT1受体拮抗剂，其紧密的受体结合力产生有效和持久的抗高血压作用。



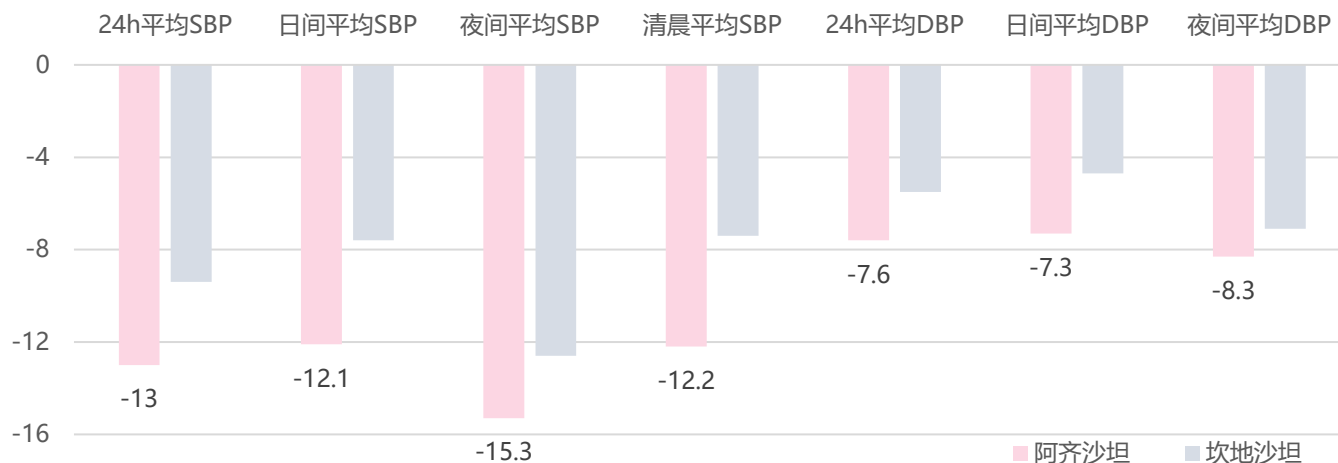
阿齐沙坦每天一次24小时持续降压，平稳降压

1 治疗14周平均SBP和DBP动态血压自基线的变化



ABPM显示，治疗14周阿齐沙坦组的平均舒张压和收缩压自基线的降压幅度比坎地沙坦组更大。

2 治疗14周24小时、白天和夜间平均血压自基线的变化



阿齐沙坦组从基线到第14周的24小时、白天和夜间平均舒张压和收缩压的平均降低均显著高于坎地沙坦组。

3 降压谷峰比

	阿齐沙坦(N = 311)	坎地沙坦(N = 309)
DBP	0.97	0.75
SBP	0.95	0.82

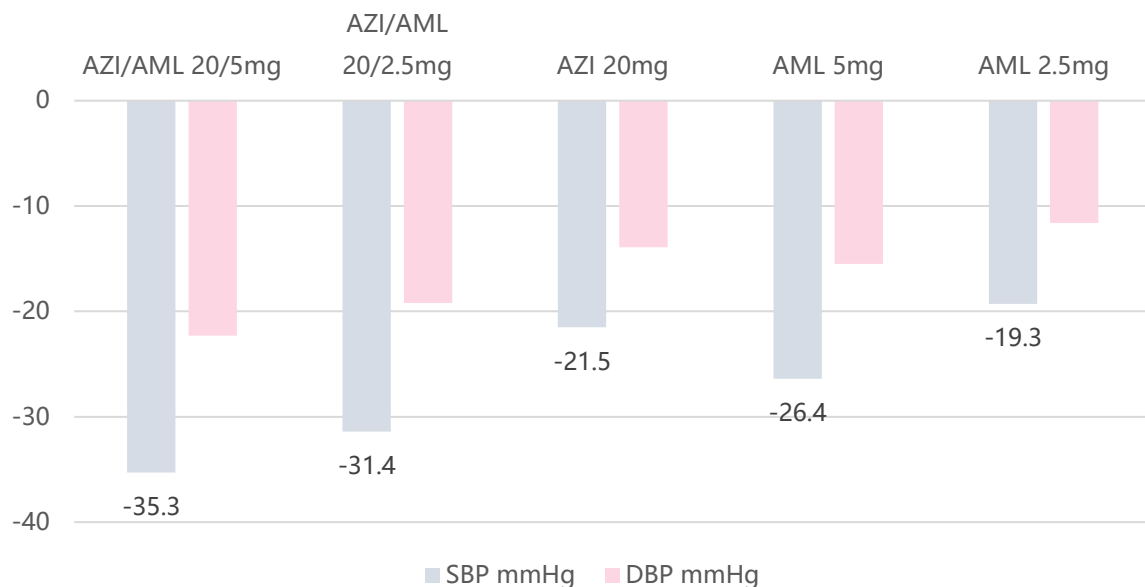
阿齐沙坦的降压谷峰比接近100%。



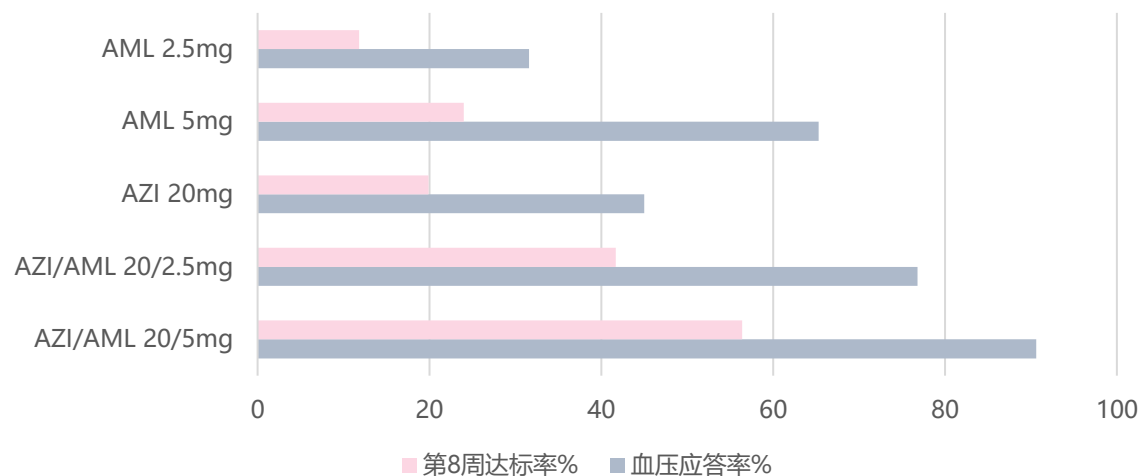
与单药治疗相比，AZI/AML 20/5mg和20/2.5mg的FDC表现出更大的降压作用

- 一项多中心、随机、双盲、平行组研究
- 以单盲方式在接受安慰剂的4周导入期后，患者随机接受以下5种治疗中的1种，共8周：AZI 20mg和AML5mg (AZI/AML 20/5mg)，AZI 20mg和AML 2.5mg (AZI/AML 20/2.5mg)，AZI 20mg, AML 5mg或AML 2.5mg，每天一次。 (AML=氨氯地平；AZI=阿齐沙坦)

1 第8周 (LOCF) 的坐位血压自基线的均值变化



2 应答率与第8周血压控制良好的比例



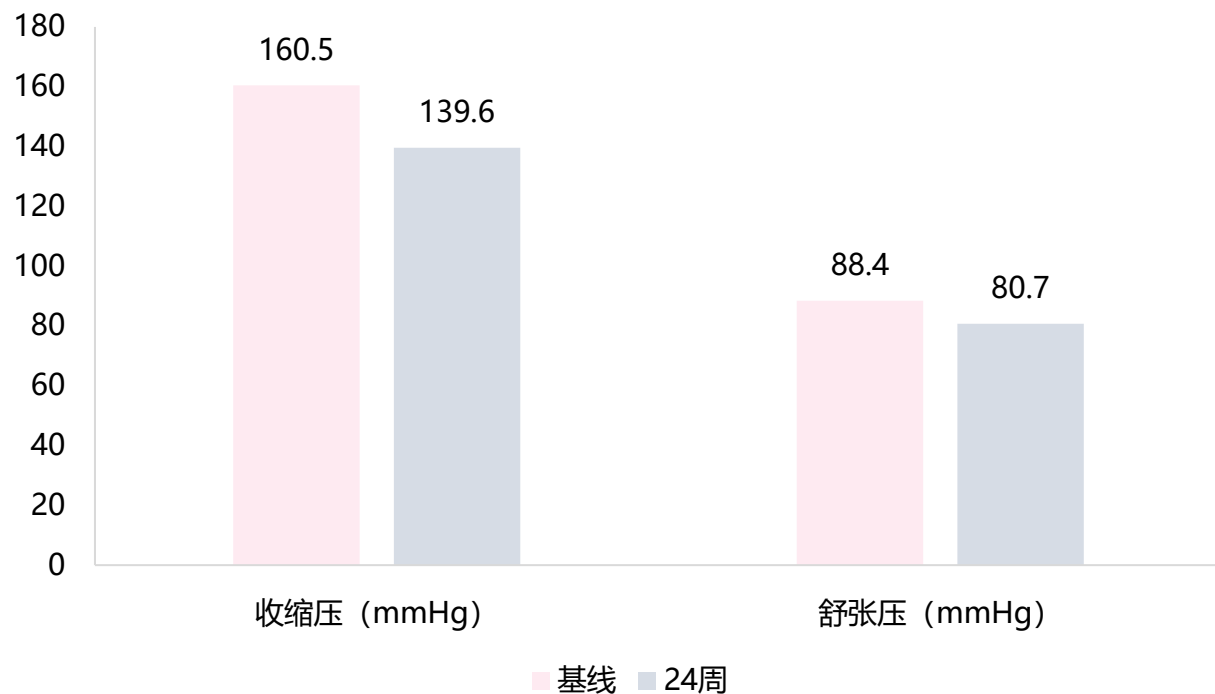
- ✓ 收缩压降低 ≥ 20 mmHg，舒张压降低 ≥ 10 mmHg或收缩压 < 130 mmHg，舒张压 < 85 mmHg的患者。
- ✓ 舒张压 < 85 mmHg，收缩压 < 130 mmHg的患者。

本研究发现，与单药治疗相比，AZI/AML 20/5mg和20/2.5mg的FDC表现出更大的降压作用。AZI/AML联合治疗与每一种单药治疗具有相似的安全性，并且对日本1至2级原发性高血压患者耐受。



阿齐沙坦比其他ARBs更能降低血压、蛋白尿，具有抑制和肾保护作用

- 一项研究纳入常规ARBs（不包括阿齐沙坦和奥美沙坦）治疗8周以上的未控制高血压患者
- 我们将患者之前的ARBs随机转换为阿齐沙坦 (20mg/天)或奥美沙坦，并随访24周。

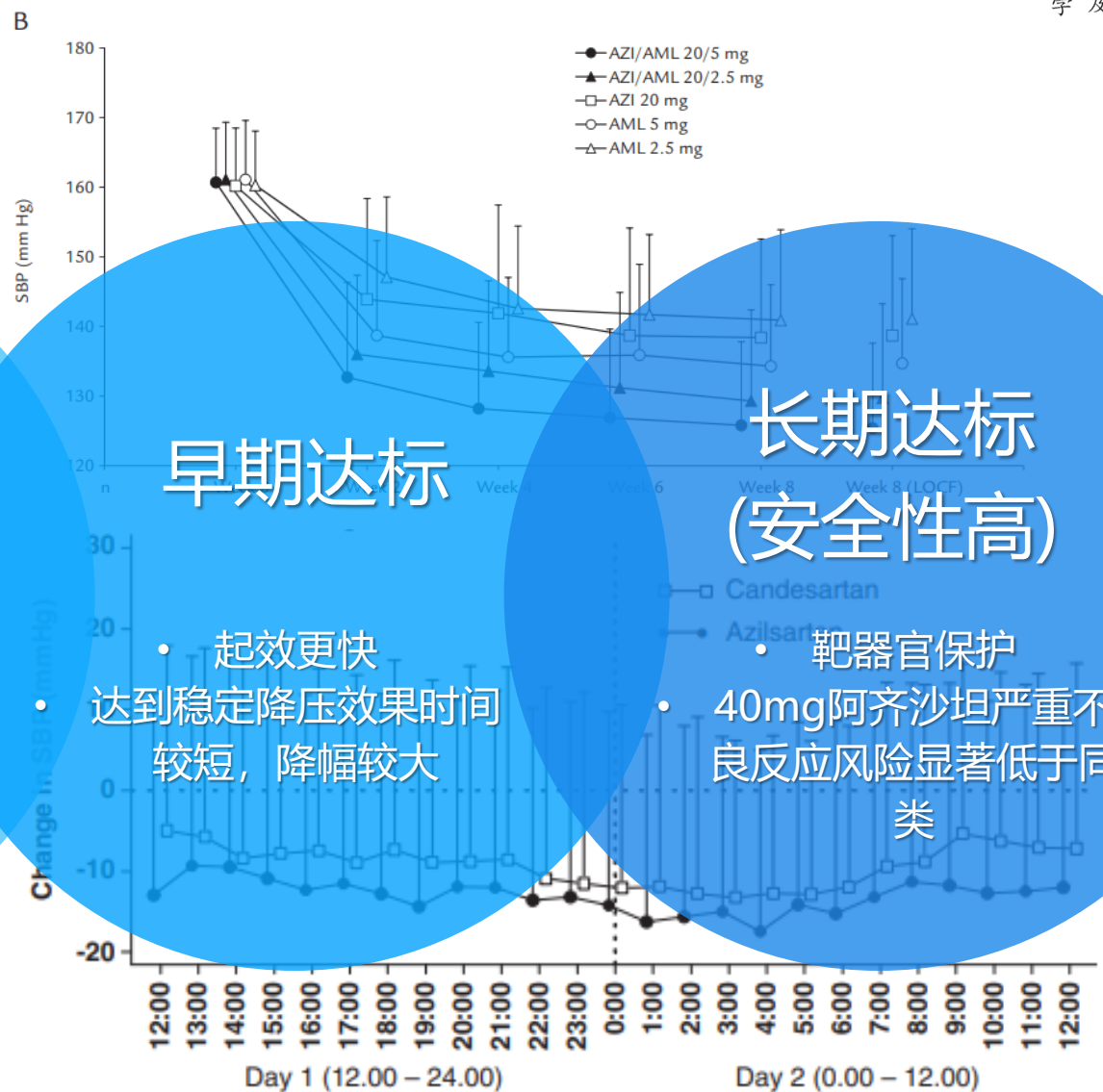
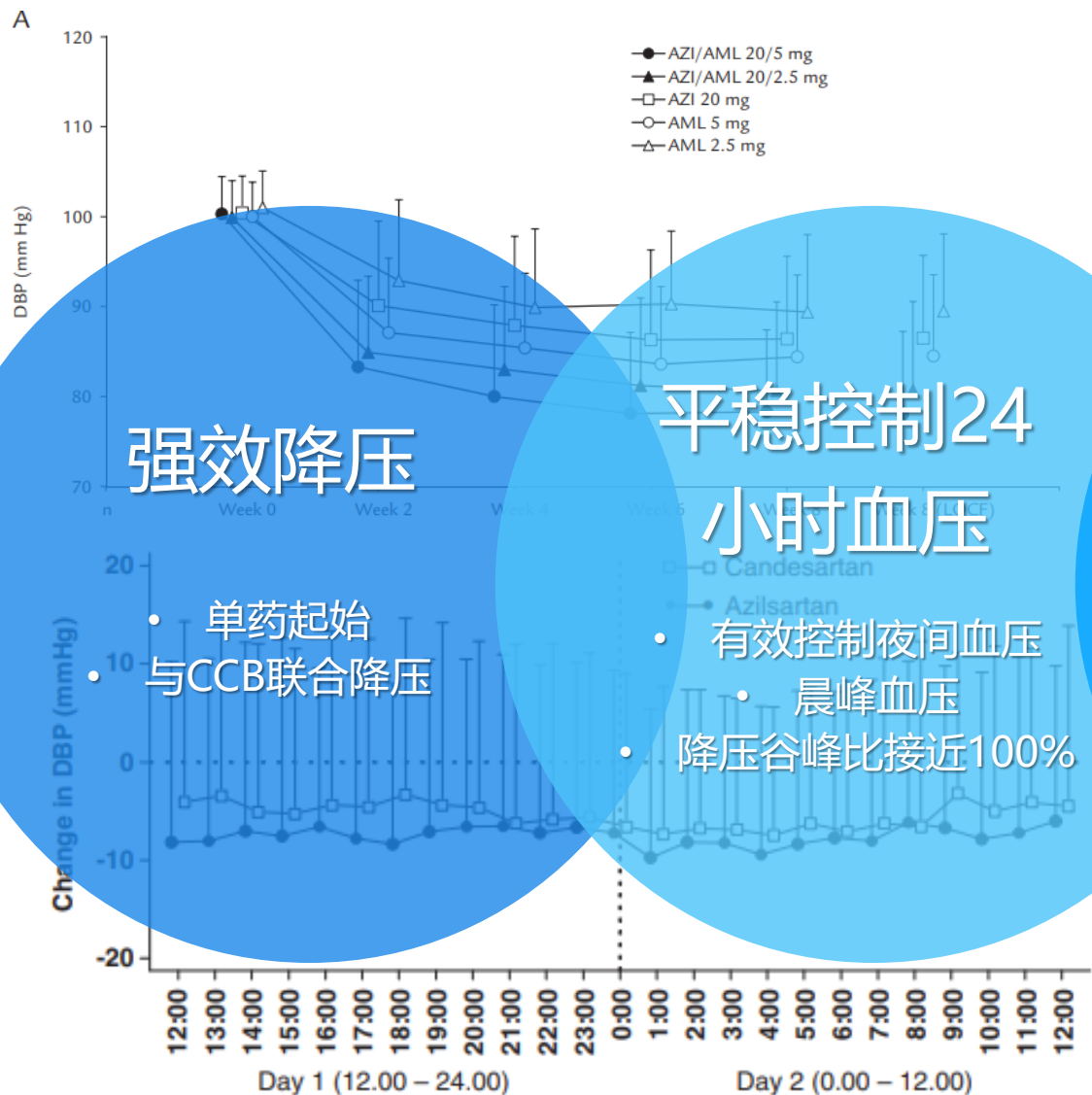


	UACR < 30 mg/g Cre (N = 16)	UACR ≥ 30 mg/g Cre (N = 8)	P值
ΔUACR	0.27 (-3.2/1.7)	-39.4 (-52.3/-15.4)	0.0024
Δu-AGT	-0.61 (-3.3/3.8)	-11.9 (-39.1/-0.5)	0.0235

结果：24周时收缩压(SBP)、舒张压(DBP)和中心收缩压(cSBP)显著降低。微量白蛋白尿患者 (UACR≥30mg/g Cre) 的ΔUACR和Δu-AGT显著高于无微量白蛋白尿的患者。u-AGT的变化与UACR的变化显著相关。



憩晏平®独特的分子结构及其更优的降压疗效



谢谢关注!

thanks for your attention.



传递最有价值的医学信息