

岁末高血压指南大戏：“松绑”成主角

JNC8 和 ASH/ISH 相继推出高血压指南,大方向一致但细节存异

岁末的高血压领域可谓热闹非凡。1 周内,美国预防、检测、评估和治疗高血压委员会(JNC)第 8 次报告专家组和美国高血压学会(ASH)/国际高血压学会(ISH)先后公布了高血压指南(JAMA. 2014 年 12 月 18 日在线版; J Hypertens. 2014, 32: 3)。再加上上个月的美国心脏病学学院和美国心脏学会发布的高血压管理科学建议,让人有种“乱花渐欲迷人眼”的感觉。经历漫长的等待期后,各高血压指南仍有较多不同的建议,说明高血压领域部分问题仍存在争议。

ASH/ISH 高血压指南主要作者 Michael Weber 指出, ASH/ISH 高血压指南主要聚焦于“社区高血压管理”。两部指南有部分共同的作者,因此总体上,指南在大方向上一致,都建议给降压目标“松绑”,但在治疗流程中又有差别(图 1, JNC8 指南具体内容和评论见第 11~12 版)。

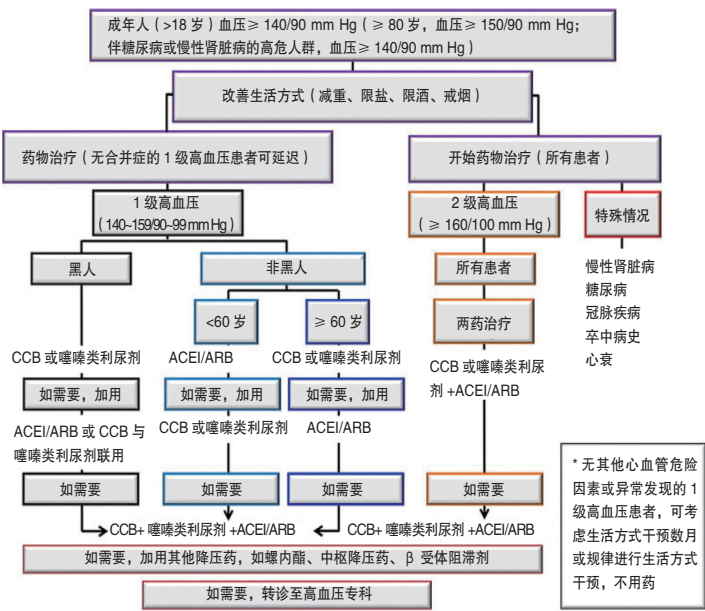
JNC8 指南根据年龄对降压

目标值进行区分: ≥ 60 岁血压目标为 <150/90 mm Hg, <60 岁降压目标为 <140/90 mm Hg。然而,在 ASH/ISH 高血压指南中, 80 岁以上患者降压目标 <150/90 mm Hg。在糖尿病和慢性肾脏病患者的降压目标上, ASH/ISH 高血压指南与 JNC8 指南完全一致, 均建议 <140/90 mm Hg。而于 10 年前公布的 JNC7 指南中, 降压目标相对更严格, 且主要根据合并症情况来区分: 无合并症的高血压患者目标血压 <140/90 mm Hg, 糖尿病和慢性肾脏病等心血管高危人群的目标血压 <130/80 mm Hg。

ASH 主席 William B White 认为, 两部指南最大的不同点在于, JNC8 指南坚持以非常严谨的证据为标准。目前评估 60 岁以上收缩性高血压患者的随机对照研究仅有 SHEP 和 Syst-EUR 研究, 而评估 80 岁以上高血压患者的随机对照研究仅有 HYVET 研究。JNC8 专家组认为, 在 60 岁以

上高血压患者中, 目前无证据表明, 收缩压目标值 <140 mm Hg 比 <150 mm Hg 更有获益。而在 ASH/ISH 高血压指南专家组看来, ALLHAT、ACCOMPLISH 和 VALUE 等研究提示, 对于大多数 60~80 岁高血压患者, 采用 <140/90 mm Hg 的降压目标更适合指导降压治疗; HYVET 研究表明, 80 岁以上患者收缩压 ≥ 160 mm Hg 时开始启动降压治疗, 最终降至 146 mm Hg, 因此专家组建议仅以 <150 mm Hg 作为 80 岁以上患者的收缩压降压目标。归根到底, 老年高血压患者中随机对照研究证据的缺失是两部指南存异的主要原因。

在初始一线降压药物的选择上, 两部指南也存在一定的分歧。对于所有非黑人高血压患者, JNC8 指南建议, ACEI、ARB、钙拮抗剂和噻嗪类利尿剂都可作为一线初始治疗, β 受体阻滞剂退出一线降压行列; ASH/ISH 高血压指南



注：CCB，钙拮抗剂；ACEI，血管紧张素转换酶抑制剂；ARB，血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂。

图 1 ASH/ISH 指南中高血压治疗流程

则推荐 ACEI 或 ARB 作为 60 岁以下患者的首选一线治疗, 钙拮抗剂或噻嗪类利尿剂作为 60 岁以上患者的首选一线治疗。在黑人高血压患者的一线降压

药物上, 两部指南一致推荐钙拮抗剂或噻嗪类利尿剂。对于血压 ≥ 160/100 mm Hg 的患者, ASH/ISH 高血压指南推荐初始两药联合治疗。

房颤患者应用华法林或需过渡策略

房颤患者接受华法林抗凝治疗第一个月卒中风险反升高

一项来自加拿大的回顾性病例对照研究显示, 房颤患者在接受华法林抗凝治疗后, 第一个月内缺血性卒中风险反而升高, 但此后卒中风险逐渐降低至基线水平以下。(Eur Heart J. 2013 年 12 月 18 日在线版)

据研究者介绍, 在著名的 ROCKET AF 和 ARISTOTLE 研究中, 接受新型口服抗凝剂利伐沙班或阿哌沙班治疗的房颤患者在过渡至华法林治疗后, 卒中风险也升高。主要研究者 Laurent Azoulay 认为, “如该研究结果被证实, 用普通肝素或低分子量肝素过渡抗凝治疗可能是将卒中风险最小化的有效途径”。但他强调, “这种过渡抗凝策略需要根据患者

情况个体化实施, 以确保获益总能大于风险。”在过渡治疗后启用华法林最初一段时间内, 需密切观察。

研究者利用英国临床事件研究数据库链, 纳入 70 766 例房颤患者开展巢式病例对照研究, 每例卒中患者最多与 10 例对照受试者随机匹配。平均随访 4 年期间, 5519 例受试者发生缺血性卒中。

研究者发现, 房颤患者在启用华法林治疗第 1 个月内, 卒中风险较未用华法林者增加 71% (RR=1.71, 2.1% 与 1.3%); 但此后卒中风险显著降低: 治疗 31~90 d 内卒中风险降低 50% (0.5% 与 1%, RR=0.50), 治疗 3 个月后卒中风险降低 45% (11.1% 与 18.4%, RR=0.55)。

研究者指出, 在启用华法林治疗首周, 房颤患者的缺血性卒中风险最高, 治疗第 3 d 时卒中风险较对照受试者增加 1.33 倍。

研究者认为, 华法林治疗早期可能会出现短暂的血液高凝状态, 因为华法林在阻断各种血栓因子 (Ⅱ、Ⅶ、Ⅸ和Ⅹ) 的同时也阻断蛋白 C 和蛋白 S 等内源性抗凝蛋白。研究者还猜测, 华法林短期治疗不能达到抗凝效果, 其抗凝作用需过一段时间才能显现。

美国迈阿密大学米勒医学院 Ralph L Sacco 也同意这两种推测。他指出, 华法林需要以小剂量启用, 且高危患者常需同时用其他药物, 因此华法林治疗需要一段时间才能达到抗凝治疗目标范围。

美国近十年心血管病死亡人数下降 31%

近日, 美国心脏协会(AHA) 公布了心血管病和卒中新数据。数据显示, 过去十年内, 美国心血管病死亡率持续下降。2000~2012 年, 美国因心血管病死亡的人数减少 31%, 每年心血管病死亡人数减少 16.7%。2010 年, 1/3 美国成年人死因为心血管病, 即每天约 2150 人死于心血管病, 每 40 秒有 1 人因心血管病死亡。(Circulation. 2013 年 12 月 18 日在线版)

而在中国国家心血管病中心于今年 8 月 9 日发布的《中国心血管病报告 2012》中, 我国每年约有 350 万人死于心血

管病, 占总死亡原因的 41%, 居各种疾病之首, 每 10 秒就有 1 人死于心血管病。

在美国成年人中, 1/6 死因为冠心病, 2010 年约 30 万成年人因冠心病死亡。据估计, 每 34 秒就有 1 人患冠心病, 每 83 秒有 1 人因冠心病死亡。2000~2010 年, 美国卒中死亡率降低 35.8%, 但每年仍有近 80 万例新发卒中或卒中复发病例。2010 年, 每 19 例美国死亡病例中, 就有 1 人死于卒中。总体上, 每 40 秒就有 1 人罹患卒中, 每 4 分钟有 1 人死于卒中。AHA 指出, 高血压控制

率提高对卒中死亡率的下降贡献巨大, 当然在控制糖尿病、高胆固醇血症及戒烟等方面作出的努力也功不可没。

数据显示, 美国成年人中, 高血压、糖尿病、高胆固醇血症患病率分别为 33%、8.3% 和 14%。2012 年, 我国成年人中, 高血压患病率为 24%, 高血压患者为 2.66 亿, 每 5 个成年人中至少有 1 人患高血压; 血脂异常者至少有 2.5 亿; 20 岁~39 岁、40 岁~59 岁和 ≥ 60 岁的人群中, 糖尿病患病率分别是 3.2%、11.5% 和 20.4%, 患者总数超过 1 亿。

急性冠脉综合征患者

输血显著增加心脏缺血事件风险

法国学者 Johanne Silvain 等开展的 TRANSFUSION-2 研究提示, 对于急性冠脉综合征(ACS) 住院患者, 因出血并发症或贫血而输血或血制品显著增加缺血性事件发生风险。(J Am Coll Cardiol. 2013 年 12 月 18 日在线版)

体外实验表明, 输注红细胞后血小板反应性增强, 因此导致缺血性事件风险增加。研究者 Gilles Montalescot 认为, “输注红细胞应被视为 ACS 患者的额外血栓因素。”他指出, 如有冠脉疾病病史, 无症状的贫血患者应谨慎输注血制品。此外, 如果患者应用两种抗血小板药物但需停用其中一种时, 最好停用阿司匹林而保留 P2Y₁₂ 拮抗剂。

述评专家 Sunil V Rao 和 Matthew W Sherwood 指出, 在急性冠脉综合征患者的输血问题上, 由于目前临床研究的设计、受试者和终点事件各不相同, 指南无法给出确切的建议。目前尚无证据明确反对 ACS 患者输注红细胞, 这需要进一步开展随机研究来证实。

该前瞻性研究入选 33 例接受双联抗血小板治疗的可疑 ACS 患者和 28 例仅应用阿司匹林或不用抗血小板药物的其他心脏病患者, 其中 1/5 受试者合并糖尿病, 41% 合并肾功能不全。结果显示, 输注红细胞后, 受试者的平均血小板最大聚集率和平均血小板残余聚集率分别增加 11.6% 和 10.8%。

国人心血管终生风险评估模型出台

首都医科大学附属北京安贞医院赵冬教授等公布的中国多省前瞻性队列研究表明, 高血压、糖尿病、高脂血症等主要心血管病危险因素的整体状态可用于评估心血管病终生风险。在我国 35~84 岁人群中, 80 岁男性心血管病终生风险最高, 为 24.4%; 35 岁女性终生风险最低, 为 20.2%。(Eur J Prev Cardiol. 2013 年 12 月 11 日在线版)

研究者指出, 尽早将心血管病危险因素控制在最佳目标水平应成为未来心血管病预防的首要策略。

该研究纳入我国基线无心血管病、年龄处于 35~84 岁的 21 953 例受试者, 采用改良 Kaplan-Meier 分析法来计算其心血管病终生风险。1992~2010 年, 受试者中 1280 例发生急性心血管事件, 1401 例死亡。80 岁男性和 35 岁女性的心血管病终生风险分别为 24.4% 和 20.2%。心血管病危险因素控制在最佳目标范围者的心血管病终生风险极低, 而在合并 ≥ 2 个危险因素受试者中, 80 岁男性和 35 岁女性的心血管病终生风险则分别增至 51.1% 和 38.6%。