

(上接第11版)

专家呼吁：我国高血压实践应以中国指南为依据

也许不再需要高血压指南

▲上海交通大学医学院附属瑞金医院 王继光

面对层出不穷、眼花缭乱的指南，医生当然需要学习、借鉴，但无需不知所措、进退失据。虽然指南还可能越来越多，但也许我们已不再需要高血压指南。

人们或许只需在临床实践中遵循简化的诊治原则，使用各种客观有效的诊治手段，对高血压进行分级、分期与分型

管理。根据血压水平分为1、2、3级，只要准确测量血压即可进行分级；根据有无靶器官损害及严重程度分为无、有、重要靶器官损害3期，可能只需做心电图、测量蛋白尿即可进行准确分期；根据病因及临床特征分为继发性高血压与有、无典型临床特征高血压三型，这需要较高专业判断，但只部

分患者有此需求。一般情况下，应准确测量血压，然后将血压控制至目标，实现降压获益。在条件允许下，特别是专科医生可根据分期与分型对升高血压实施更加有效、针对性治疗，或阶段性对高血压实施对因治疗，实现患者降压获益，控制甚至逆转靶器官损害，避免或延迟并发症。

借鉴方法 慎待推荐

▲阜外心血管病医院 张宇清

JNC 8 仅回答了高血压管理最重要的三个问题，虽然被认为有代表性，但高血压管理涉及面非常广，作为临床指南应是指导具体实践，显然三个回答并不能广泛涵盖。因此涉及其他血压管理问题时，应参考 JNC 7 或美国高血压学会刚发布的社区高血压指南更合适。JNC 8 专家组也指出关于血压分级同意 JNC 7 的建议。

为回答起始降压和降压目标问题，JNC 8 专家组分别提出 13 条和 21 条立场声明。但遗憾的是，在这总共 34 条声明中仅有 14 条声明的证据水平是中至高，其他 20 条声明要么缺乏证据，要么证据水平低，对很多最终推荐意见的提出无法提供证据支持。JNC 8 虽称为以循证为基础，但推荐意见主要还是基于专家共识。

近年讨论火热的降压治疗中的 J 形曲线问题，即降压过低将会使并发症增加，JNC 8 完全没有提及，未提及的重要原因很可能是在此方面缺乏前瞻性研究证据。目前，美国、

欧洲及我国都在开展这方面的前瞻性干预试验。

JNC 8 突出强调基于随机化临床试验证据而制定，对既往研究的深入回顾和分析方法非常值得借鉴。指南声称是要“为忙碌的临床医生提供指导”，但鉴于局限性，其价值非常有限。对于我国高血压患者的管理，仍应坚持 2010 年中国高血压防治指南建议。因为这些建议的提出是基于我国人群广泛的证据基础，同时凝结了我国专家的智慧。

牢记适可而止、过犹不及

▲河北省人民医院 郭艺芳

为确定老年高血压患者的血压控制目标，JNC 8 专家组对符合纳入标准的随机化临床试验进行了分析，认为将老年人血压降至 <150/90 mm Hg 可显著减少卒中、心衰与冠心病。但将其血压进一步降至 <140 mm Hg 并无更多获益。因此专家组认为，JNC 7 所推荐的目标值证据不足，故 JNC8 将 <150/90 mmHg 作为老年高血压患者目标值。

关于糖尿病或慢性肾脏病患者的血压控制目标，JNC 7 建议为 <130/80 mm Hg。专家组认为，在早期所完成的关于糖尿病患者的降压治疗试验中，SHEP、Syst-Eur 以及 UKPDS 研究均证实，将糖尿病患者血压降至 150 mm Hg 以下可显著改善心血管预后，但将血压进一步降至 140 mm Hg 以下能否更多获益尚缺乏证据。ACCORD 试验同样未能证实更为严格的血压控制可使患者获益。因此，JNC 7 指南所推荐的 <130/80 mm Hg 的目标值不合理。实际上，JNC 8 中建议将 <140/90 mm Hg 作为目标值同样存在证据不足的问题，该目标也是基于专家建议。慢性肾脏病患者同样如此。现有证据并不能证实将此类患者血压降至 <130/80 mm Hg 可进一步减少不良事件发生，故也将血压控制目标放宽至 <140/90 mm Hg。

必须指出，指南是针对美国患者而制定，不应直接照搬到我国。我国临床仍应以我国高血压防治指南为依据开展工作。

JNC 8 放宽对特殊人群的血压目标是理性回归。但无论血压管理，还是血糖等危险因素的控制，均应牢记适可而止、过犹不及。过于激进的药物治疗不仅增加医疗经济学负担，还可能给患者带来更多不利影响。

新指南继续强调改善生活方式在降压治疗中的基石地位。强化生活方式干预有助于改善治疗效果、减少降压药物的用药剂量和种类，故应充分重视。

JNC 8 专家组认为，并无可靠证据支持 ACEI 或 ARB 在改善糖尿病患者心血管预后方面显著优于其他类药物。因此建议，噻嗪类利尿剂、ACEI、ARB 或 CCB 均可用于糖尿病患者降压首选。与糖尿病患者不同，专家组认为与其他类降压药物相比，ACEI 和 ARB 能更为有效地减少高血压伴慢性肾脏病患者的肾脏终点事件，因此继续推荐慢性肾脏病患者将 ACEI 和 ARB 作为首选降压药。

推荐 4

≥ 18 岁的慢性肾脏病患者，收缩压 ≥ 140 mm Hg 或舒张压 ≥ 90 mm Hg 时起始药物治疗，将血压降至收缩压 < 140 mm Hg 和舒张压 < 90 mm Hg 的目标值。(专家意见 -E 级)

推荐 5

≥ 18 岁糖尿病患者，收缩压 ≥ 140 mm Hg 或舒张压 ≥ 90 mm Hg 时起始药物治疗，将血压降至收缩压 < 140 mm Hg 和舒张压 < 90 mm Hg 的目标值。(专家意见 -E 级)

推荐 6

对非黑人人种(包括糖尿病患者)，初始降压治疗应包括噻嗪类利尿剂、CCB、ACEI 或 ARB。(中等推荐 -B 级)

推荐 7

对黑人人种(包括糖尿病患者)，初始降压治疗包括噻嗪类利尿剂或 CCB。(一般黑人：中等推荐 -B 级；黑人糖尿病患者：轻度推荐 -C 级)

推荐 8

≥ 18 岁的慢性肾脏病患者，初始(或增加)降压治疗应包括 ACEI 或 ARB，以改善肾脏预后。该推荐适用于所有伴高血压的慢性肾脏病患者，无论人种以及是否伴糖尿病。(中等推荐 -B 级)

推荐 3

< 60 岁一般人群，收缩压 ≥ 140 mm Hg 时起始药物治疗，将血压降至收缩压 < 140 mm Hg 的目标值。(专家意见 -E 级)

推荐 2

< 60 岁一般人群，舒张压 ≥ 90 mm Hg 时起始药物治疗，将血压降至舒张压 < 90 mm Hg 的目标值。(30~59 岁，强烈推荐 -A 级；18~29 岁，专家意见 -E 级)

推荐 1

≥ 60 岁一般人群，收缩压 ≥ 150 mm Hg 或舒张压 ≥ 90 mm Hg 时起始药物治疗，将血压降至收缩压 < 150 mm Hg 和舒张压 < 90 mm Hg 的目标值。(强烈推荐 -A 级)

推荐 9

降压治疗主要目标是达到并维持目标血压值。如治疗 1 个月仍未达目标血压值，应增大初始药物剂量，或加用推荐意见 6 中另一种药物。医生应继续评估血压并调整治疗策略，直至血压达标。如应用 2 种药物血压仍未达标，自推荐药物列表中选择加用第 3 种药物并调整剂量。患者不能同时应用 ACEI 和 ARB。如患者由于存在禁忌证，仅用推荐意见 6 中的药物不能使血压达标，或是须应用超过 3 种药物使血压达标，可选择其他类降压药物。对经上述策略治疗血压仍不能达标的患者，或是需要临床会诊的病情复杂者，可转诊至高血压专科医生。(专家意见 -E 级)

新指南力推“9大策略”

JNC 8 成人高血压指南降压治疗流程推荐

