

当前高血压指南及专家建议，在诊室血压测量后，最好采用家庭或动态血压监测进一步明确血压状态，筛查白大衣性或隐匿性高血压，但到底应优先采用家庭血压还是动态血压监测来诊断高血压，目前仍不清楚。上海市高血压研究所、上海交通大学医学院附属瑞金医院李燕教授等近期研究显示，24 h 动态血压监测是诊室外血压测量的金标准，应被推荐为诊断高血压和启动高血压药物治疗的首选方式（Hypertension. 2015 年 4 月 13 日在线版）。

24 h 动态血压监测： 诊室外血压测量金标准

▲ 上海市高血压研究所 上海交通大学医学院附属瑞金医院 张璐 郭芊卉 李燕



李燕 教授

背景

探求准确评估与 诊断高血压策略

高血压药物治疗的启动依赖于对血压水平的准确评估。根据诊室和诊室外血压测量，患者可分为 4 组：正常血压（诊室和诊室外血压均正常）、白大衣性高血压（诊室高血压而诊室外血压正常）、隐匿性高血压（患者诊室血压正常，但诊室外血压升高）和持续性高血压（诊室和诊室外测量均为高血压）。隐匿性和持续性高血压伴随着较高的心血管风险，而白大衣高血压的风险则较低。

对于隐匿性高血压和持续性高血压患者而言，及时启动药物治疗是非常必要的，但对白大衣高血压患者的管理可能局限于随访和生活方式改善等保健措施。因此，一些高血压指南及专家建议，在诊室血压测量后，最好采用家庭或动态血压监测进一步明确明确血压状态，筛查白大衣性或隐匿性高血压，但到底应优先采用家庭血压还是动态血压监测来诊断高血压，目前仍不清楚。

因此，作者团队最近研究比较了家庭血压和动态血压监测诊断高血压的一致性，目的是要提出一个能准确评估血压，可靠地诊断高血压的血压测量策略。

结果 诊室血压联合家庭血压 低估四分之一患者心血管风险

该研究从上海市瑞金医院高血压门诊连续招募 831 例未治疗的门诊患者（平均年龄 50.6 岁，女性占 49.8%），邀请其进行诊室血压（间隔 1 周的 3 次访视）、家庭血压（连续测量 7 d）和 24 h 动态血压监测。

根据诊室和家庭血压测量，白大衣高血压、隐匿性高血压和持续性高血压的人数（患病率）分别为 61 例（10.3%）、166 例（20.0%）、162 例（19.5%）。如果采用 8AM~6PM 的日间血压进行分组：家庭血压诊断的血压正常组 442 例中有 179 例被重新定义为隐匿性高血压组；白大衣高血压组有 44 例被重新划分为持续性高血压组；隐匿

性高血压患者中有 24 例被重新定义为正常血压；持续性高血压组有 9 例重新定义为白大衣性高血压组（图 1）。就整个研究人群而言，使用动态血压进行重新分组后，33 例（4.0%）患者心血管风险降低，但 223 例（26.8%）患者进入了风险更高的高血压类别。

多元校正分析显示，在被重新分类入更高风险组的患者中，尿白蛋白 / 肌酐比值（+20.6%）和主动脉脉搏波传导速度（+0.30 m/s）明显增高。这两个反映靶器官损伤的参数以及中心动脉反射波增强指数均与被重新分类为高风险的高血压类别成正相关（ $P \leq 0.048$ ）。

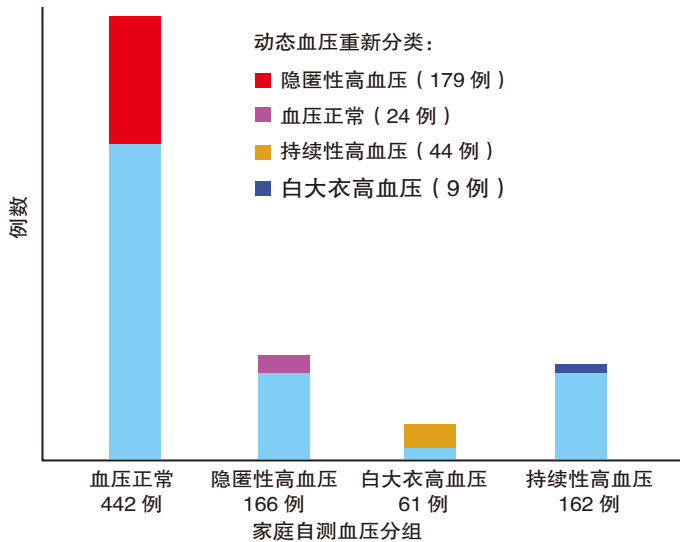


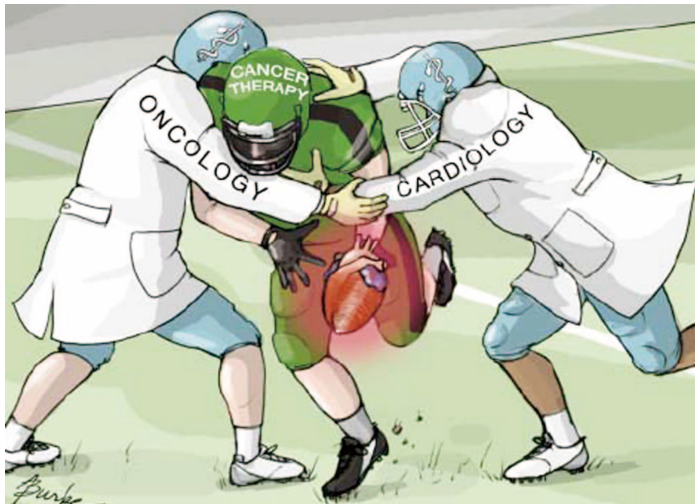
图 1 不同家庭自测血压分组诊断患者中，采用日间动态血压测量时被重新分类的情况

意义 24 h 动态血压监测 应为诊断高血压和启动药物治疗首选

总之，24 h 动态血压监测是诊室外血压测量的金标准。该研究表明，与根据诊室血压联合日间或 24 h 动态血压进行高血压分组诊断相比，诊室血压联合家庭自测血压会低估超过 25% 患者的心血管风险，主要原因是漏诊一些隐匿性高血压。同时，这些被低估了心血管风险的患者呈现出尿白蛋白 / 肌酐比值升高、主动脉脉搏波传导速度增快和中心动脉反射

波增强指数增加等靶器官损伤。

该研究提示，24 h 动态血压监测，而非家庭自测血压，应被推荐为诊断高血压和启动高血压药物治疗的首选方式。当然，家庭自测血压能提高患者的治疗依从性、减少不适感，因此，其可能更适于长期降压治疗疗效评价。而且，在 24 h 动态血压监测尚未普及的卫生资源相对落后的地区，家庭血压监测可能仍是必要的选择。



霍奇金淋巴瘤患者的 10 年生存率 >80%。然而，4 月 27 日在线发表于《美国医学会杂志》的一项研究长期随访发现，放化疗使这些患者的心血管病风险大幅增加。为提高医生对肿瘤患者心血管病风险的关注，本报继上期邀请淋巴瘤诊治专家作解读和述评之后（总第 403 期第 13 版），再次邀请心脏病专家进行阐述。

才出虎穴又入狼窝？ 痊愈的肿瘤患者又面临心脏病威胁

▲ 首都医科大学附属北京安贞医院心内科 胡荣



胡荣 教授

5 年前，《新英格兰医学杂志》曾介绍过 1 例 56 岁的患者，突发休克，经过 5 小时积极抢救仍不幸去世。令人惊讶的是患者的死因：尸检报告显示，该患不是死于简单的急性心肌梗死，而是死于她 16 岁时已经治愈的霍奇金淋巴瘤所伴随的放射性损伤。也就是说，患者虽然在 40 年前被成功的治愈了肿瘤，但治疗肿瘤时的放射性损伤引起其 40 年后心肌梗死和心脏的多个瓣膜病变，并最终造成其死亡。

已有多项研究显示，霍奇金淋巴瘤临床治愈患者存较高心脏病风险。近期荷兰学者对 1965-1995 年 2524 例霍奇金淋巴瘤患者进行了回顾性研究（JAMA Intern Med. 2015 年 4 月 27 日在线版）。患者平均诊断年龄为 27.3 岁，均采用纵膈放疗和蒽环类药物化疗，诊断后生存时间 >5 年。中位随访 20 年发现，其中 797 例肿瘤患者共发生 1713 例心脏事件，比对照组增加了 4~6 倍。这种风险在 25 岁之前诊断的患者中更高，研究显示，25 岁之前进行放化疗的霍奇金淋巴瘤患者在其 60 岁之后发生首次冠心病、瓣膜病和心衰的风险高达 20%、31% 和 11%。纵膈放疗可使冠心病、瓣膜病和心衰的风险分别增加

2.7 倍、6.6 倍和 2.7 倍，蒽环类药物化疗也使瓣膜病和心衰风险分别增加 1.5 倍和 3 倍。因此正像文章开始所举的病例一样，肿瘤治愈后患者可能并不能一劳永逸。肿瘤治疗中所应用的放化疗手段虽治愈了肿瘤，但不能忽视其短期和长期不良反应——心脏毒性。这种不良反应导致的心脏疾病甚至最终成为夺去患者生命的杀手。

早在 20 世纪 60 年代，就有学者定义了“放射诱发心脏病（RIHD）”。RIHD 属于晚期并发症，一般在放疗 10~20 年后出现，可表现为心肌病、心脏瓣膜病、传导异常和冠状动脉狭窄等，年轻时接受放疗的肿瘤患者中尤为明显。蒽环类药物是一类对造血系统肿瘤和实体肿瘤具有高效作用的抗癌药物，包括阿霉素、表柔比星、阿克拉霉素、柔红霉素、米托蒽醌等。蒽环类药物心脏毒性影响患者的生活质量，严重者甚至危及患者的生命，其心脏毒性呈进展性、不可逆性，因此早期监测和早期预防蒽环类药物心脏毒性显得尤为重要。

随着肿瘤和心血管病诊治水平的不断提高，越来越多的肿瘤患者得以长期生存。心脏毒性是最威胁患者生命的不良作用之一，如何对放化疗相关的心脏毒性进行早期诊断和治疗，并尽可能地降低心脏毒性损伤的风险和程度，以最终改善患者预后已成了肿瘤医师和心血管医师共同关注的重要课题。肿瘤科医师应与心脏专科医师密切合作，创建一个新的学科——肿瘤心脏学，增进肿瘤医师与心脏医师之间的交流，共同面对和战胜肿瘤，真正改善肿瘤患者的预后。