

全民限盐有助高血压防治吗？



限盐干预适用于全人群高血压防治

▲ 昆明医科大学第二附属医院心内科 郭子宏

我国是高血压流行的“重灾区”，高血压人群基数大、高血压控制率低、卒中高发等，因此高血压的控制“迫在眉睫”。笔者认为，限盐干预适用于全人群高血压防治。

低盐饮食对人体健康是有利的。人类进化由低盐环境开始，在进化过程中，人体学会存储盐，巧妙地保留于体液，保钠机制不断得到强化。人类没有足够时间让机体的遗传物质对食用过多的盐起适应性变化。人体对钠的生理需要量仅 8~10 mmol/d (400~500 mg)，过量摄入盐必将导致机体损害。

大量盐与高血压关系的流行病学研究显示，盐的过量摄入与血压升高相关。INTERSALT 研究纳入全球 32 个国家地区 10 079 例观察对象，包括北京、天津、南宁、台湾。仅 4 个地区居民盐摄入量较低，其他地区居民盐摄入量均达 6~12 g/d。结果显示，盐摄入量与血压呈正相关；血压随年龄增长而升高也与盐摄入量呈显著正相关；每天多摄入



郭子宏 教授

6 g 盐，经过 30 年，整个人群收缩压将升高 9 mmHg。

控盐干预研究有效降低血压。20 世纪初就有研究发现，对于高血压患者，限制盐的摄入会显著降低血压。此后有研究证实，适量减少盐的摄入量不仅能降低血压，同样还能预防高血压发病，且可能使患者停药。

因此，很多国家和地区积极倡导和推行“限盐”政策，如纽约于 2010 年 1 月出台限盐目标；泛美卫生组织和世界卫生组织敦促加拿大政府尽快推进限盐运动，提供奖励措施，立法减少食品中盐含量，并教育消费者少吃盐的重要性。葡萄牙议会批准了一项法律，限制加工食品中食盐含量。

正方 反方

有关“盐与高血压”的争论由来已久，争论焦点在于：盐是一种非常重要的饮食成分；盐与高血压的关系与“盐敏感性”有关；减少食盐摄入量对人体是否安全？在 2015 年中国高血压大会上，郭子宏和陈明教授对该话题进行了辩论。

限盐干预仅对高盐摄入且盐敏感性者有意义

▲ 重庆医科大学附属第一医院心内科 陈明



陈明 教授

原发性高血压是遗传与环境因素相互作用的疾病，盐作为重要的环境因素之一，一直是人们关注的焦点。人们围绕盐与血压关系进行了大量研究，20 世纪 70 年代末，Lufi 和 Kawasaki 依据高血压患者对高盐摄入的血压反应及潴钠程度，首先提出盐敏感性概念。

在许多国家，盐摄入量通常为 9~12 g/d。已有研究显示，盐摄入减少至约 5 g/d 对高血压患者有一定 (4~5 mmHg) 降压作用，故高血压指南建议限盐。

但需认识到，“盐”是参与各种生理代谢过程的必要因素，对人体有至关重要的作用。而减少膳食中的盐所引起的轻

度血压降低，是否能转换为心血管保护效应尚不清楚。

限制食盐摄入可产生多种生理学后果，如激活肾素-血管紧张素系统、引起血脂异常等。限钠饮食后，生理习惯可能驱使人们摄入更多食物，从而使肥胖、2 型糖尿病和脂质异常的发病率升高，总体心脏代谢风险升高。

英国学者 Rod S. Taylor 所实施的大型荟萃分析结果显示，限制食盐摄入量虽然可轻度降低血压，但不仅未能显著降低高血压患者的心血管病和总死亡率风险，反而增加慢性心力衰竭患者的死亡风险。因此，限盐干预并不适用于全人群高血压的防治。

对于高盐摄入且盐敏感性高血压患者来说，由于特定的遗传背景及病理生理机制，限制饮食中盐的摄入量可使血压下降程度更明显，从而有望减少降压药物使用数量和剂量。因此，仍建议对高盐摄入且盐敏感性者进行限盐干预。

难治性高血压辨因

难治性高血压：依从性差还是药物选择不当？

提高服药依从性是血压达标关键

▲ 北京医院心内科 刘蔚

对于难治性高血压，提高服药依从性是血压达标的核心。

难治性高血压的原因有很多，如白大衣高血压、不良生活方式、严重靶器官损害、合并继发性高血压等，但患者服药依从性差也是很重要原因之一。研究显示，依从性与血压的达标率密切相关，依从性越好达标率越高。同时，服药依从性差的患者心血管事件发生率也明显增加。

医生在认定高血压患者耐药或难治前，首先要了解患者的依从性。通常女性依从性较男性差，年轻人依从性较老年人差，患有恶性肿瘤、痴呆和抑郁症患者依从性差。另外，依从性也与医生的处方数量呈负相关。

临床上，针对难治性高血压，首先应确定是否为真正的难治性高血压；其次了解难治性高



刘蔚 教授

血压原因，是否有依从性问题。SYMPPLICITY 3 试验未能证明肾动脉外膜消融治疗组较假手术组有更好的降压疗效。该研究中，假手术组患者得到了更严密的血压管理，血压降幅超过预期。说明加强血压管理、提高依从性，可使部分难治性高血压患者的血压达标。国外有研究发现，一半以上难治性高血压患者未按医嘱服药。因此，提高服药依从性是难治性高血压达标的关键措施之一。

难治性高血压是指在改善生活方式的基础上，应用了合理、可耐受的 3 种及以上降压药（包括利尿剂），治疗 1 个月以上，血压仍未达标；或服用了 4 种以上降压药，血压才能有效控制。难治性高血压的原因究竟是什么？刘蔚和陈源源教授分别阐述了其观点。

正确选择药物是血压达标前提

▲ 北京大学人民医院心脏中心 陈源源



陈源源 教授

从难治性高血压的定义可看出，正确选择药物非常重要。当面对难治性高血压患者时，应就其治疗探究三问。

第一，针对此患者选择合理抗高血压药物了吗？选择药物需与患者的高血压特点、血压升高的病理生理特点、靶器官损害及临床疾病特点，以及血压分布节律特点相对应。

第二，针对此患者选择合理联合治疗方案了吗？所谓合

理联合，主要针对药物药理特征，取其降压靶点差异，相互协同降压，且以同时能相互减少不良反应为更好。既能增加疗效，又能增加耐受性，提高患者依从性。

第三，此患者同时服用影响降压药疗效的其他药物了吗？有分析显示，1/3 以上老年高血压患者同时患 2~3 种疾病，同时服用或外用非甾体抗炎药、拟交感类平喘药、糖皮质激素、甘草等多种药物，分别在药物疗效、药代学及药效学方面影响降压药物的作用。

一旦药物方案选择不合理，血压持续升高或波动大，或药物不良反应导致患者不耐受，患者对药物治疗方案的依从性自然就差，治疗方案的执行度差直接导致血压控制不达标。