

9月22~24日，2016年中国高血压年会暨第18届国际高血压及相关疾病学术研讨会在广州举行。来自国内外高血压及相关领域的专家代表300余人和医师代表2000余人齐聚美丽的羊城，在白云山下共同分享这场高血压领域的学术盛宴。



北京安贞医院吴兆苏教授、上海交通大学附属瑞金医院朱鼎良教授、南京医科大学附属第一医院黄峻教授获得2016年中国高血压突出贡献奖

2016年中国高血压年会在广州召开

多方共参与 提高血压控制水平

▲ 本报记者 武冬秋

王继光：未来15年的高血压管理

高血压作为一种心血管综合征，需要评估其并发症、亚临床疾病和合并疾病，然后在这些方面进行有针对性的治疗，最终降低高血压风险。

上海交通大学医学院附属瑞金医院王继光教授强调，首先要降压达标，而长期以来，诊室血压测量被认为是高血压诊治的“金标准”，但由于隐匿性高血压、白大衣高血压的存在，诊室血压不能完全反映个体的血压状态。同时，在治疗方面，偶尔进行的诊室血压也无法客观评估药物疗效。

《动态血压监测临床应用中国专家共识》明确提出，四类人群应接受动态血压监测，包括诊室或家庭血压监测发现升高，怀疑高血压者；确诊高血压并已接受两种或两种以上药物足量联合治疗，血压仍未达标者；服用药物使高血压控制达标但发生心脑血管并发症，或出现新的靶器官损伤或靶器官损伤进行性加重的患者；未服用降压药物且诊室血压不高，无糖尿病、血脂异常等其他心血管危险因素，但出现靶器官损害的患者。

目前要在整个人群水平上将高血压防治工作做得更好，需要做两件事情。

第一，尽可能在每个高血压患者血压开始升高时就做出诊断，这就需要对每例患者进行血压监测，而最好

的方式是家庭血压监测。如果每个人都养成习惯，从幼时起就每年测量一次血压，那么就可以在血压升高的一年内做出高血压诊断，这样可以大幅提高知晓率，从而有效提高治疗率，对控制率自然也会有影响。

第二，若患者已经服用了降压药物，但未能实现降压达标，那么很可能无论医生还是患者，观念都需要进一步更新，要使用足够多种类、足够大剂量的降压药物，最终将血压降至目标水平。若低剂量降压药物不能使血压达标，就需要增加至翻倍剂量或最大剂量；若患者服用一种药物不能达标，就要联用两种药物，通过足量药物的联合治疗最终实现更多患者降压达标。

总之，第一要测血压，第二要服用降压药物。如果能够做到定期测量血压，能够做到认真服药，则绝大部分高血压患者都能够将血压控制到我们目前设定的目标水平。

高血压是多种疾病的病因，其临床特征涉及很多常规检查、实验室检测和影像学检查指标。应将高血压看作是危险因素的同时，将其看作是一种临床表现。

在这种临床表现的背后一定存在某种疾病，将这个疾病找出来进行有效的管理和治疗。未来高血压控制强调“全面达标”，即血压能够长期、平稳维持在标准范围内。



王继光 教授



陈鲁原 教授



曾正陪 教授



高平进 教授

陈鲁原：高血压管理如何深入到广泛的基层面临挑战

血压管理是提高高血压控制率的关键，多方共同参与的全方位社会化血压管理是有效提高高血压控制水平的重要途径，目前我国的血压管理已提高到政府层面。

广东省人民医院陈鲁原教授指出，我国高血压患者高达3亿，纳入社区管理的高血压患者已达8600万，血压控制率在27%以上；其他形式的管理，如档案管理、长期随访等，也显著提高了高血压的治疗率和控制率。对于知晓率约50%、治疗率约40%来说，14%~17%的全国高血压控制率已是可观，但与美国（>50%）、加拿大（>

60%）等相比还相差甚远。

目前我国已启动高血压指南的修订，强调管理，并注重高血压的预防和患者教育。我国的血压管理重视宣传，已进行了多个项目来积极推广中国制定的系列高血压指南。如“世界高血压日”“中国高血压日”等，都是很好的宣教活动，这种宣教需要政府、新闻媒体、企业、学术团体、医院和医生本人共同配合进行。但有的部门对此还不够重视，有些企业和媒体对基层指南的宣传教育也不够热心，而且不是所有的医生都能兼顾本职工作和其他

社会活动，这样使得关于高血压的普及面远远不够，很难深入到广泛的基层，这也是面临的困境和挑战。

近期中国的大规模随机对照降压临床试验与注册研究，以及盐与高血压、代谢、肥胖与高血压等研究为我国高血压防治指南的修订提供了中国自己的循证证据。

然而，目前我国高血压的防治面临着一些挑战，主要体现在血压测量方法的研究、诊室外血压评价高而实际应用差的问题、血压测量工具的选择，以及对高血压影响因素深入的研究等。

曾正陪：血醛固酮与肾素活性比值是原醛症筛查指标

北京协和医院曾正陪教授介绍，原醛症是内分泌肾上腺性高血压，过去几十年，原醛症一直被认为是少见病，在高血压人群中不足1%。随着诊断技术的提高，特别是将血浆醛固酮与肾素活性比值（ARR）作为原醛症筛查指标后，使相当一部分血钾正常的原醛症患者得以发现并确诊。

1981年，Hiramatsu等首

次采用ARR作为原醛症筛查指标，成功地从348例高血压患者中筛查出9例醛固酮瘤患者。随后，Gordon等利用ARR对包括正常血钾水平在内的高血压人群进行筛查，结果发现该病的检出率增加了10倍，而且这一方法可以在血醛固酮水平处于正常范围时对原醛症作出早期诊断。因此，推荐将ARR作为原醛症首选筛

查指标。

ARR作为原醛症筛查试验有一定假阳性，必须选择一种或几种确诊试验来避免原醛症被过度诊断。原醛症的定位诊断，首选肾上腺CT，需手术时应鉴别是否为单侧病变时行AVS。

对于原醛症的治疗，醛固酮瘤及单侧肾上腺增生首选腹腔镜手术切除，药物首选螺内酯，依普利酮为选择性用药。

高平进：三成高危人群并存肾动脉狭窄

上海交通大学医学院附属瑞金医院高平进教授指出，肾血管性高血压是指肾缺血引起的高血压，而肾动脉狭窄并非均引起高血压。肾动脉狭窄的常见原因为肾动脉纤维肌性结构不良、大动脉炎和肾动脉粥样硬化，存在年龄、性别和种族差异。肾动脉粥样硬化性狭窄（ARAS）是肾动脉狭窄的重要原因，其次是肾动脉纤维肌性发育不良；过去，大动脉

炎是我国年轻人肾动脉狭窄的主要原因，但随着我国进入老龄化社会，粥样硬化性血管疾病的发病率势必增加。

年龄≥65岁的人群中ARAS总发生率约为6.8%，男性高于女性；ARAS在高危人群中的发生率较高，约30%。ARAS患者心血管事件及死亡明显增高。目前没有资料证实介入治疗的优势，但观察性研究获益仍提示继续开展临床研

究的必要性。

FMD虽然是一种罕见疾病，但与肾动脉粥样硬化性狭窄不同的是，单纯球囊扩张术可以使绝大多数患者获益。欧美正进行大规模人群的注册研究，目前中国尚无相关的研究，但随着认识及筛查手段的提高，FMD的检出率正在增高，因此亟需在国内进行相关的临床研究，尽快建立肾动脉FMD的诊疗规范。