



指南写作委员会主席 Paul K. Whelton 教授（左）
副主席 Bob Carey（右）



2017 年美国心脏协会（AHA）发布高血压新指南 130/80? 旧瓶新酒?

▲ 医师报记者 杨进刚 发自阿纳海姆

11月11日~15日，2017年美国心脏协会（AHA）科学年会在美国加州阿纳海姆召开，来自100多个国家的近1.8万余名专家、学者及相关人员共襄盛宴。最受瞩目的是在大会上重磅亮相的美国高血压最新指南。本报记者第一时间从现场发回指南更新要点和指南写作委员会主席 Paul K. Whelton 教授采访内容，并邀请国内专家对指南进行了解读，详见第14~15版。

≥ 130/80 mmHg 即为高血压

高血压被定义为 ≥ 130/80 mmHg。血压 120~129/<80 mmHg 为血压升高。130~139/80~89 mmHg 为 1 级高血压。≥ 140/90 mmHg 为 2 级高血压（图 1）。

之前的高血压前期（120~139/80~89 mmHg）这一定义被删除了。

Whelton 教授认为，这一定义体现了早期干预的重要性，在 130/80 mmHg 就开始干预可预防更多的高血压并发症。

他表示，与正常血压者相比，血压超过 130/80 mmHg，其心血管风险就已加倍。诊断为高血压是“黄牌警告”，但并不意味着一定要吃药，而是可通过生活方式干预降低危险。

他还以中国高血压控制率低举例。认为降低诊断高血压的门槛，可让更多

多人血压得以降低。

指南的这一变化主要影响的是年轻人，估计小于 45 岁的男士诊断为高血压者将增加 2 倍，小于 45 岁的女士被诊断为高血压者将增加 1 倍。

Whelton 教授表示，根据 JNC7 诊断标准，有 31.9% 的美国人高血压，接受药物治疗的患者是 34.3%。而根据新指南，有高血压的人将增至 45.6%，虽然高血压诊断增加了 13.7%，但接受药物治疗的患者仅增至 36.2%。

根据 2017 新指南，有 9.4% 的患者将被建议接受高血压的非药物干预。

但是，新指南公布后，未达标的患者大幅增加。

根据 JNC7，有 39% 患者未达标；而根据新指南，将有 53.4% 患者未达标。

药物治疗新“门槛”

新指南建议，如果有冠心病和脑卒中，或 10 年动脉粥样硬化性心血管疾病风险（ASCVD）≥ 10%，血压 ≥ 130/80 mmHg 时就应该考虑应用降

压药物。

如果无冠心病和脑卒中，且 10 年 ASCVD 风险 < 10%，起始用药的门槛是 ≥ 140/90 mmHg（图 2）。

收缩压		舒张压	JNC 7	2017 ACC/AHA
<120	且	<80	正常血压	正常血压
120~129	且	<80	高血压前期	血压升高
130~139	或	80~89	高血压前期	1 级高血压
140~159	或	90~99	1 级高血压	2 级高血压
≥160	或	≥100	2 级高血压	2 级高血压

图 1 美国 2017 年高血压指南新定义

降压治疗新目标

对于已确诊高血压的人群，如有心血管病或 10 年心血管疾病风险 ≥ 10%，降压目标是 130/80 mmHg；如 10 年心血管疾病风险 < 10%，把血压降至 130/80 mmHg 以下也是合理的。

稳定性冠心病、糖尿病、心衰、慢性肾病和脑卒中（非急性期）患者的降压目标值均为 130/80 mmHg。

推荐的初始药物治疗

包括噻嗪类利尿剂、钙拮抗剂、血管紧张素转化酶抑制剂 / 血管紧张素受体拮抗剂（ACEI/ARB），没有 β 受体阻滞剂。

2 级高血压，如果血压高于目标值 20/10 mmHg（即 ≥ 150/90 mmHg），初始就应使用 2 种一线降压药物或固定剂量复方制剂。1 级高血压起始也可使用单一降压药物。

>65 岁老年人降压目标大翻转

对于 >65 岁老年人，新指南是上一版指南的大翻转。

新指南称，对于能自主活动的 >65 岁老年人降压目标是 130 mmHg，但如果是多种疾病并存和预期寿命有限的 >65 岁老年

人，可根据临床情况决定降压治疗和目标值。

Whelton 教授指出，目前有大量研究纳入了老年人，这些研究发现，强化降压治疗明显降低了心血管病风险，但没有增加跌倒和体位性低血压风险（图 3）。

测量“新方法”

早上服药前和晚餐前应至少测量 2 次血压，间隔 1 min，然后取平均数。

如更换降压药物，应在药物变动 2 周后获取 1 周的血压值，并交给医生评判。

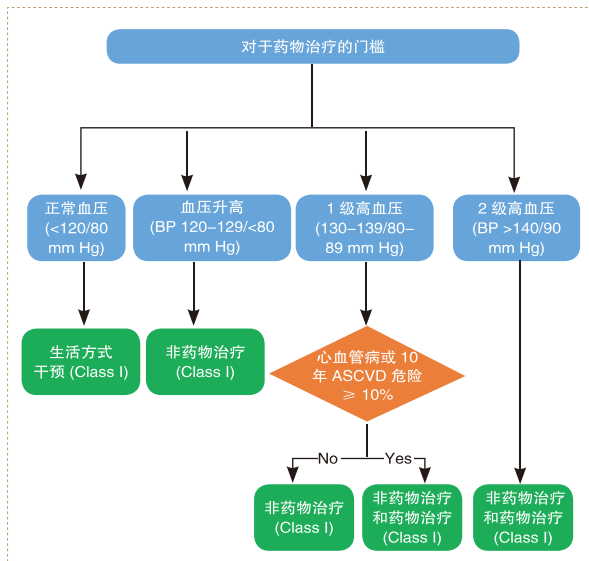


图 2 降压方式选择流程

中国高血压防控瞄准基层主战场 走自己的路 做自己的事

▲ 医师报记者 张广有

实际上，AHA 下调高血压诊断标准和治疗目标的激进做法并非没有先兆，早在 2015 年美国 AHA 年会正式发布 SPRINT 研究结果后，关于是否要进一步强化降压以及调整高血压的诊断标准一直是美国乃至全球争论的热门话题。美国此次对高血压的重大更新，对进一步提高美国高血压患者的治疗率有积极作用，但对于中国来说，并非完全适合。

与美国相比，中国高血压防控的国情有何不同？最大的不同是我们 2.7 亿的高血压患者大多数在基层，就诊于社区卫生服务站和乡村卫生院等基层医院，高血压的知晓率、治疗率和控制率都较低，防治任务十分艰巨。此外，他们不仅有高血压，还面临着糖尿病、高血脂、慢阻肺、肿瘤、肾脏病等多种慢性疾病。我们当下急需实现的小目标是将高血压纳入慢病管理体系中管起来，而不是过分关注所谓的“诊断标准”，不切实际地盲目从强化降压，人为加重患者的经济负担。

因此，与其为美国 AHA 针对美国人推出的高血压诊治新标准而无谓地焦虑，反倒不如踏踏实实践行《中国高血压防治指南》和 11 月 10 日国家卫生计生委发布的《国家基层高血压防治管理指南（2017）》，加强基层医疗卫生机构“主战场”和全科医生“主力军”的服务供给能力。

相比之下，《国家基层高血压防治管理指南（2017）》更符合中

国国情，比如其诊断标准指出，首诊发现收缩压 ≥ 140 mmHg 和（或）舒张压 ≥ 90 mmHg，建议在 4 周内复查两次，非同日 3 次测量均达到上述诊断界值，即可确诊。诊断标准还人性化地根据基层的实际情况做了相应的调整，白天、夜间、24 小时和自测的标准均有细微差异，确保基层医生和患者的可实施性。在高血压治疗方面，强调“达标、平稳、综合管理”的三原则，而不是一味地追求强化降压的目标。

对于高血压患者的降压目标，《中国高血压防治指南》和《国家基层高血压防治管理指南（2017）》依然是：收缩压 < 140 mmHg 且舒张压 < 90 mmHg，这不仅符合我国国情，也与 WHO 推荐的目标保持一致。

由于高血压的诊断标准是人为规定的，它对临床上高血压治疗的指导性也并非一概而论，必须要结合我国国情、高血压患者的个体差异酌情使用。此次美国 AHA 调整高血压诊断标准最大的意义，其实是提高医生及患者对于高血压管理的警惕性。总的来说，我国应坚持走自己的路，贯彻落实已有的高血压防治策略，谨慎参考国际指南的变化，不必朝令夕改，盲目随从。

我们相信，在全面推进“健康中国”战略的过程中，全国的医务工作者一定能管好 2.7 亿高血压患者的健康，未来我们的成就也将让美国乃至世界为之瞩目。

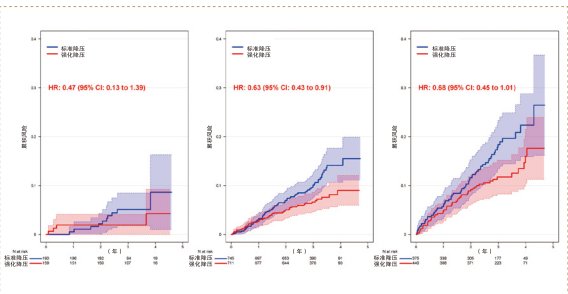


图 3 在 SPRINT 研究中的三种类型患者，强化降压均较常规降压患者获益更大