

再议新版美国高血压指南焦点

欧美专家存争议,中国专家肯定早期预防理念

▲医师报记者 贾薇薇

欧洲 高血压学会 (ESH) 主席 Konstantinos Tsoufis 改变定义带来不确定性

新指南的发布意味着相当数量的人群 (血压水平为 130~139/80~89 mmHg) 将被重新诊断为高血压。因此,高血压患病率增至接近普通人群中正常血压所占的比例,即有高血压与无高血压人群的比例相同,这种流行病学上的扭曲本身就有问题。

将传统的、主观的高血压定义转变为另一种主观的定义是存在风险的,

可能给医务人员造成混乱,也会给高血压患者带来众多不确定性。

尽管新指南认为新定义也是基于通过降压药物治疗来预防心血管病的 RCT 研究,但隐藏的问题是研究是在已接受治疗的患者中进行的,不同证据 (如 HOPE-3 试验的正常血压分组) 提示,基线收缩压 < 140 mmHg 的受试者进行降压治疗无获益。

美国 乔治城大学 Vasilios Papademetriou 简单方式就能挽救生命

新指南不仅重新定义了高血压,同时调整了启动治疗的阈值和合适的治疗目标。

众所周知,收缩压 ≥ 115 mmHg 即存在心血管风险。证据表明,高危患者的目标收缩压 < 130 mmHg,某些患者的收缩压接近 120 mmHg 是有益的。

根据近期估算,如果实施此推荐,可挽救超过 107 000 人的生命,更

不必说卒中和心脏病发作了。

强调正确的血压测量方法是新指南的另一重大贡献,保持简单的方式对于成功治疗大规模人群非常重要。我们需要提醒同道,并指导年轻学员及医疗专业人员,如何正确测量血压。

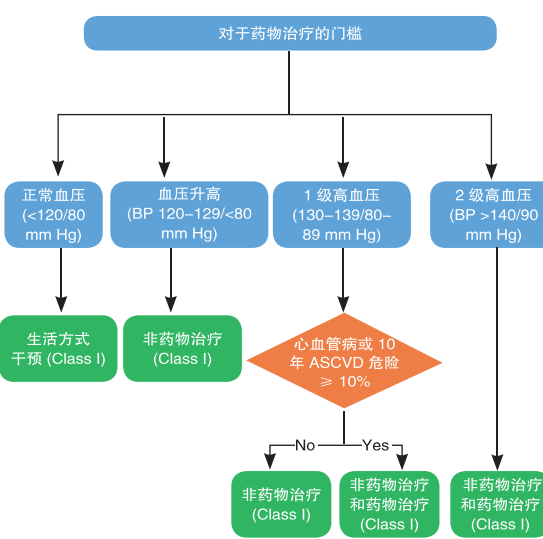
现今,高血压人群明显增多,数量庞大,为了治疗更多患者,需要全球医务工作者共同努力。

近日,在 2017 美国心脏协会 (AHA) 年会上,公布新版美国高血压指南,一石激起千层浪。《医师报》已在新指南发布的第一时间邀请国内专家对其进行解读。

新指南发布至今,对于其的讨论仍不断升温,国内外专家均广泛关注。欧美专家如何看待新指南对于高血压的定义?国内专家如何理解其对于中国高血压防治的意义?

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

美国 2017 年高血压指南新定义



降压方式选择流程

中国 首都医科大学附属北京安贞医院流行病研究室 赵冬教授 重视轻度血压升高的人群 有利于心血管病早期预防

赵冬教授首先分析了新指南更新高血压诊断标准的科学依据和对促进早期预防的影响,继而列举大量中国研究的证据,表明血压轻度升高的危害和积极早期预防的必要性。

她指出,我国人群卒中死亡率高于世界平均水平,缺血性卒中死亡率还在增加。在 G20 国家中,我国卒中提前死亡率排在第三位,远高于发达国家。在人群中有卒中病史的患者中,近 58% 在 65 岁以下。

高血压是导致我国心血管病,特别是卒中负担和提前死亡的第一位

可治疗危险因素,高血压防治应是我国心血管病预防最重要的国策,而中青年应成为高血压防治的重点人群。

研究显示,35~44 岁人群在 15 年间发展为目前中国标准下的高血压的比例为 39%,45~54 岁为 50%,55~64 岁为 57%,而这些发展为稳定高血压的人群,大部分来自血压轻度升高人群;在血压 130/80 mmHg 人群中,73% 在 15 年间发展为目前定义的高血压;而这些血压大于 130/80 mmHg 的人群与血压低于 120/80 mmHg 的人群相比,十年内发生

卒中和心梗的风险增加 70%,终生心血管病风险更是明显增高。

目前,35~64 岁人群中,十年内发生的卒中和心梗,20% 可归因于血压轻度升高。针对此部分血压升高人群,采用更积极的早期干预策略,对我国心血管病防控工作至关重要。

赵教授认为,更改高血压标准,有助于促进原本非治疗范围的人群,更积极的采用生活方式进行早期预防,更早开始保护血管,以免发展为稳定的高血压状态并需长期多重药物治疗,可更积极的降低心血管



赵冬 教授

病发病终生风险。

同时,也应给予生活方式干预无效的高危人群以服药的权利和医生处方的权利。以生活方式为主的、更早期的血压干预,应成为积极引领世界发展的中国所采取的更为主动积极的健康策略。

波兰 格但斯克医科大学 Krzysztof Narkiewicz

毕竟健康比名声重要

Narkiewicz 教授从自身经历说起。

“我的平均血压是 128/82 mmHg。我知道并不‘理想’,但毕竟对于一个将近 55 岁的人来说也不算坏……直到新指南公布,我得知一夜之间我变成高血压患者了。这也许不惊人,但显然是个坏消息!接下来我试着面对新处境:往好的方面想,这只是 1 级高血压。但情况可能会更糟,因为舒张压再增加几个 mmHg 就变成 2 级高血压了。”

“如果总体心血管风险增高的话,我应服用降压药物。那我可能要问:服药有益的证据在哪

里?但我不必问这个问题,我的总体心血管风险较低,无需药物治疗。因此,新指南鼓励我多注意改变生活方式作为唯一的管理选择。”

“我可能要每周运动 15 h 来替代之前的每周 10 h;减少盐摄入量,从 8 g/d 减至 5 g/d;周末少饮几杯酒,将体质指数从 24 kg/m² 减至 22 kg/m²。这有助于我降低舒张压吗?希望如此。如果可再变为正常血压就好了。”

“遗憾的是,即使我的努力成功了,我保持正常血压了,我还是有一段被根据 2017 美国指南诊断为高血压的个人史。”

美国 芝加哥大学医学院 George Bakris

深思熟虑的新指南

新版 AHA/ACC 指南是对 JNC 7 指南的扩展,并且更深入地关注血压测量及过程。采用较低的血压目标是试图识别血压合理但心血管风险较高的人,因此应注重使用动脉粥样硬化性心血管病计算工具。

如果根据指南推荐的

方式测量血压,则血压值将较低,同时,发生白衣高血压的概率降低。此外,除非 10 年心血管风险 > 10%,否则使用药物是不合理的。可见新指南是深思熟虑的,需要更多专业临床医生用时间来正确评估。无论怎样,新指南是一大进步。

中国 北京大学第一医院 霍勇教授 强化降压是积极理念 不必是绝对标准

霍勇教授从三个方面阐释了自己的观点。

降压理念积极 新指南对于高血压的早期管理具有积极意义,对于中国而言也应采取类似理念,防治高血压应尽早。

中国证据是关键 虽然美国的积极理念值得借鉴,但更应结合中国实际情况。目前,中国的证据已有一部分,但客观而言,并不全面。未来应结合更多中国证据,开展涉及高血压干预的获益、药物不良反应、卫生经济学等多个方面的研究,形成连贯的证据链,支持临床实践。



霍勇 教授

血压管理因人而异 每个人都是一个整体,而血压管理即找到每个人适宜的降压范围,其内在规律因人而异。对于临床医生而言,不能仅强调目标值,更应考虑患者实际情况,避免一刀切。