

王继光和日本学者 Hypertension 杂志发文
美国高血压新定义或更适合亚洲人

如果按 2017 年美国心脏协会 / 美国心脏病学会 (AHA/ACC) 指南对高血压的新定义, 即将 140/90 mmHg 改变为 130/80 mmHg, 亚洲人差不多一半都有高血压。

但近期上海交通大学医学院附属瑞金医院王继光教授和日本自治医科大学 Kazuomi Kario 发表在 Hypertension 上的述评指出, 不论是否采用 130/80 mmHg 这一诊断管理标准, 越早的覆盖 24 h 的血压管理会更好地保护亚洲人群靶器官, 降低心血管事件。

那么, 2017 AHA/ACC 高血压新指南到底是否适合亚洲人群? 王继光 和 Kazuomi Kario 从亚洲人群的高血压控制情况和高血压人群特点对这些疑问进行了阐述。(Hypertension. 2018, 71: 979)

亚洲地区的高血压管理不乐观

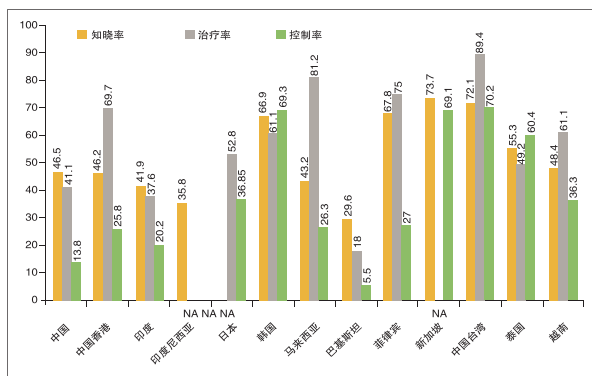


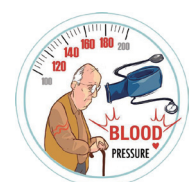
图 1 亚洲不同国家和地区高血压的知晓率、治疗率和控制率

亚洲约有 40 亿人, 大多数国家的高血压知晓率、治疗率和控制率普遍较低, 但各国之间差异较大, 受到地域、经济和文化差异的影响。

比如中国, 高血压知晓率为 47%, 控制率为 14%, 而新加坡的知晓率则为 74%, 控制率为 69%。我国台湾地区高血压防控

工作较出色: 知晓率为 72.1%, 治疗率居全亚洲之首, 高达 89.4%, 控制率为 70.2%。

而上述高血压的知晓率、治疗率和控制率是基于 140/90 mmHg 为标准, 除了患病率会明显上升外, 控制率会大幅降低, 尤其在年轻人群中。

为什么亚洲人
血压控制
不理想?

王继光教授和 Kazuomi Kario 表示, 医保覆盖不够, 医疗可及性不理想, 对降压药物依从性差, 以及服用中草药等, 是亚洲人群高血压诊断和管理中存在的障碍。其结果就是高血压诊断较晚, 即使已确诊, 因为多无症状, 很多患者也意识不到其中危害。

亚洲人群高血压存五大共性

除此之外, 要改善亚洲人群高血压, 就要依据其血压共性, 有的放矢。

第一, 与西方人群相比, 亚洲人群高血压与卒中、心衰等心血管病更为密切, 且更为普遍。

第二, 亚洲人群肥胖对高血压的影响较西方更为显著; 此外钠盐摄入较多, 遗传学上对钠也更敏感。

专家推荐, 盐 < 6 g/d, 体质指数 < 25 kg/m² 是亚洲人管理血压重要指标。

第三, 亚洲人群血压波动幅度更大, 尤其是晨峰血压和夜间高血压。而夜间高血压与高钠盐摄入和盐敏感性以及动脉硬化有关。2017 年 AHA/ACC 新指南对夜间高血压的门槛也进行了调整, 即 110/65 mmHg。该调整同样大幅增加了夜间高血压的未控制率和隐蔽性夜间高血压患病率。

研究者指出, 控制高血压的目标是降低心血管事件, 早诊早治有助于降低心血管事件的发生。而血压管理要兼顾清晨和夜间, 对于亚洲人群, 尤其是高危人群 24 h 全程管理很重要。

第四, 高血压新定义增加的患病率并不一定意味严格用药, 而是更早开展生活方式干预, 限盐、控体重均是一线推荐。

第五, 高血压诊断是基于平均血压水平, 而心血管事件往往被血压波动峰值触发。引起血压波动的因素很多, 年龄相关的动态血压波动峰值将会比平均血压升高得更为显著。可见控制血压平稳的重要性。

考虑到这方面的原因, 130/80 mmHg 这一平均血压的诊断管理目标, 有助于降低血压波动峰值带来的累积风险。

因胸痛或胸部不适来就诊的患者, 发生医疗纠纷的风险会很高, 因为有部分患者是即便发生心梗, 但其早期症状和心电图皆不典型, 而心肌酶或坏死标记物也还没有升高。

胸痛易惹医疗纠纷 检查应该如何做?

不典型心梗发生率高

有的患者因肩痛就诊, 却在排队时猝死; 有的患者因牙痛就诊, 最后被诊断为心梗; 此外, 症状表现为上腹痛的心梗患者, 比例也较高。

中国心梗注册研究发现, 每 40 例心梗就有 1 例表现为

上腹痛, 每 100 例心梗有 1 例表现为牙或下颌疼痛等。

台湾地区曾总结过与心梗有关的医疗纠纷, 共 36 例, 其中 38.9% 是误诊。涉及心脏科和急诊的医生能赢 92.6% 的纠纷, 但其他科医生有 25% 败诉。

进一步无创检测有用吗?

AHA 对这类低危胸痛患者的处置推荐是, 如果心电图、心肌损伤标志物排除了急性心梗, 还需在 72 h 内进行负荷检查, 或者冠脉 CT。

但最近发表在 JAMA 子刊上的 ROMICAT- II 试验, 对美国 9 家医院 1000 例没有明显缺血症状的胸痛患者进行了分析。其中 118 例患者仅临床评估, 882 例患者则进一步接受了负荷试验或冠

脉 CT, 两组患者基线特征相似。

结果就像预料中的那样: 118 例仅临床评估患者, 住院时间短、花费少、冠脉造影比例低 (2% 与 11%)。但在 28 d 内, 两组患者主要心血管不良事件 (MACE) 发生率无差异。

Sandhu 等分析了 92 万无明显缺血胸痛患者, 在 48 h 或 30 d 内做进一步的负荷

试验、血管造影以及血运重建的患者, 1 年内的急性心梗入院率却没有降低。

开展以上两项研究的学者还发表了多篇相关文章, 均提示对低危胸痛患者进一步进行无创检测不但不会降低之后急性心肌梗死或 MACE 事件的发生, 而且还延长了患者入院时间、增加了医疗花费, 并增加了之后侵入性操作的潜在风险。

但《新英格兰杂志》曾刊过一项史上最大的漏诊研究, 入选 10 689 例患者。研究方案是心电图、重复心电图和 12 导联心电图监测; 心肌坏死标记物, 复查心肌坏死标记物, 观察 6~12 h, 未采用负荷试验。结果是漏诊 2.1% 的急性心梗, 漏诊 2.3% 的不稳定心绞痛。

一项进行了 100 例尸检证实的急性心梗的研究中, 约 1/2 的病例为漏诊病例。其中四个关键因素, 包括:

- ★错误应用实验室检查;
 - ★没有注意到有提示的实验室检查结果;
 - ★症状不典型;
 - ★没有考虑到心梗为可能的诊断。
- 另一项入选 3077

漏诊的四大关键因素



例患者的研究证实, 58% 的患者收入院, 26% 确诊为心梗, 总漏诊率 7.3%, 半数漏诊病例可从心电图找到心梗迹象。

现在已经比较清楚, 斑块破裂血栓形成有两个效应, 一个叫局部效应, 局部长了血栓使血管变狭窄。还有一个效应, 叫远端效应, 是比较小的血栓被冲下来, 堵住了远端的血管。

对于远端效应, 由于堵塞心机的面积小, 症状不典型。但问题是血管的近端有斑块破裂在持续不断地形成血栓, 或在酝酿一次新的危机。破裂的斑块就像恐怖分子, 说不清什么时候就会发动恐怖袭击。

研究发现, 胸痛的患者收入院评估的比例越高, 漏诊的比例就越低。鉴于心梗的致命性危险, 以及较高的医疗纠纷比例, 留给医生的考虑似乎不多。

本版编译: 文韬 卢芳