

改善全球肾病预后组织更新慢性肾病血压管理指南 慢性肾病血压应 <120 mmHg

近日，改善全球肾脏病预后组织（KDIGO）发表 2021 年版慢性肾病血压管理指南，将慢性肾病患者的血压控制目标由 <130 mmHg 降至 <120 mmHg。（Kidney International.2021, 99:559）

KDIGO 指出，血压控制目标的改变，主要证据来自于 SPRINT 研究。该研究显示，以 <120 mmHg 为慢性肾病患者的降压目标，有保护心血管、改善生存率以及可能防止认知功能下降等方面的获益，但没有肾脏保护作用。

初始降压首选 ACEI 和 ARB 对于血压高，有中度、中-重度、重度白蛋白尿，无糖尿病的慢性肾脏病患者，指南建议初始用肾素-血管紧张素系统抑制剂降压，包括血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）和血管紧张素 II 受体拮抗剂（ARB）。

慢性肾病患者不论有无糖尿病，应避免联合使用 ACEI、ARB 和直接肾素抑制剂（DRI）。

食盐摄入量 <5 g/d 指南建议，血压高的慢

性肾病患者每日食盐摄入量 <5 g（钠摄入量 <2 g），同时要进行中强度的体力活动，每周累积运动至少 150 min，或运动至心血管和体能耐受的水平。

肾移植患者血压应 <130/80 mmHg 接受肾移植的成年患者血压目标值应 <130/80 mmHg（注意采用标准的诊室血压测量方法）。

强调血压测量标准化 新指南强调，要用标准的血压测量方法测量诊室血压（表 1），即不论采用哪种类型的血压测量仪器，要遵照指南建议，做好测量前准备，采用标准的技术测量血压。

对于诊室外血压的测量，新指南建议采用动态血压监测或家庭血压监测，作为标准诊室血压的补充。

慢性肾病患者的血压管理 对于患有慢性肾病的患儿，指南建议，通过动态血压监测的 24 h 平均动脉压水平应降至 ≤ 同年龄、性别、身高人群血压水平的 50%。

表 1 标准的诊室血压测量清单

血压测量前患者准备	☆患者放松，坐在椅子上（脚放地上，背靠着椅子）至少 5 min； ☆测量血压前至少 30 min，患者应避免喝咖啡、运动、吸烟； ☆确保患者已充分排尿； ☆患者休息或测量血压时，患者和医生都不要说话； ☆绑袖带部位应没有衣服覆盖； ☆患者坐或躺在检查床上测量的血压不满足这些标准。
采用正确的血压测量方法	☆使用经过验证的血压测量仪，并保证定期校准； ☆患者的手臂要有东西支撑（如放在桌上）； ☆将袖带中部绑在患者上臂，位置与右心房（胸骨中点）保持同一水平； ☆使用尺寸合适的袖带，气囊应覆盖上臂的 80%，如果使用大于或小于正常尺寸的袖带，应注明； ☆膜型和钟型听诊器都可用于听诊法血压测量。
诊断和治疗高血压的正确测量方法	☆患者第 1 次就诊时，记录两侧上臂的血压水平。采用血压读数高的一侧上臂进行此后的血压测量； ☆重复测量血压要间隔 1~2 min； ☆用听诊法测量血压时，采用通过触诊法估计的桡动脉压来估计收缩压，将袖带充气至超出这个估算值 20~30 mmHg； ☆用听诊法测量血压时，每秒钟袖带放气 2 mmHg，听柯氏音。
正确记录准确的血压读数	☆记录收缩压和舒张压。如果采用听诊法，分别记录听到首个柯氏音时和所有柯氏音消失时的收缩压和舒张压，取最接近的偶数； ☆记录测量血压前最近 1 次服用降压药物的时间。
血压读数平均值计算	取至少 2 次、≥ 2 个血压读数的平均值，以估计患者的血压水平。
将血压水平告知患者	口头和书面告知患者其收缩压和舒张压水平。

专家解读

严格控制血压势在必行 但并非越低越好

▲河北省人民医院老年病科 郭艺芳



郭艺芳 教授

虽然指南中指出，指南推荐主要受 SPRINT 研究结果的影响，但指南推荐的血压测量方法与 SPRINT 研究并不一样。SPRINT 研究中使用的是全自动血压计，而本指南也可使用汞柱血压计听诊法测量，不同血压测量方法会对血压数值产生一定影响。因此，不能简单地将本指南中的 < 120 mmHg 等同于 SPRINT 研究中的 < 120 mmHg。

无论我国、欧洲还是美国，学者们所拥有的研究证据相差无几，但认知却存在巨大差异。

同样发布于 SPRINT 研究结束后的 2018 欧洲高血压指南对血压控制下限作出了明确规定，18~65

岁患者血压不低于 120/70 mmHg，而慢性肾病患者与老年患者不低于 130/70 mmHg。但本次 KDIGO 指南则将 < 120 mmHg 作为慢性肾病血压控制目标。同样的证据，指南推荐目标值对比却如此鲜明。

此外，每每看到欧洲指南对血压控制目标的推荐，总能感觉到学者与临床医生的思维模式存在一定差异。该指南建议糖尿病患者收缩压控制在 130 mmHg 以下，但不低于 120 mmHg；舒张压控制在 80 mmHg 以下，但不低于 70 mmHg。要知道，血压每天会上下波动 30~40 mmHg 甚至更多，又如何如此精准地控制在上下相差 10 mmHg 范围内？不过也可以理解，制定指南的学者关心的是临床研究证据，而临床医生所面对的却是鲜活的人。

血压管理的大趋势是越来越严格，血压目标值越来越低。笔者赞成更为严格地控制血压，但底线还是要有的，并非“越低越好”。

练肌肉可防心脏病

基于美国健康与营养调查的一项研究表明，不论男性还是女性，如果肌肉较多，心血管死亡风险较低。（JAMA.2 月 23 日在线版）

研究者认为，加强锻炼有重要意义，重点是要练肌肉，提高肌肉质量，而不是聚焦于减肥，对于女性来说尤其如此。

研究还发现，女性肥胖是有益处的。不论女性肌肉多还是少，脂肪较多时，心血管死亡风险均较低。

研究者指出，脂肪质量的多少对男性和女性心血管死亡风险的影响不同，可能与男女脂肪分布不一样有关。

在绝经前女性中，50% 的脂肪分布在腹部，其他主要分布臀部和大腿，这两个部位脂肪带来的代谢效应是有保护作用的。而在男性中，98% 的脂肪分

布在上半身的内脏区域，对代谢不利。

多因素分析显示，以瘦人（肌肉和脂肪均少的人）比较，肌肉和脂肪均多的女性心血管死亡风险降低 42%，但肌肉多、脂肪少的女性心血管死亡风险并未显著降低。而在男性中，肌肉少而脂肪多者心血管死亡风险最高。肌肉多、脂肪少的人心血管死亡风险最低，其次是肌肉和脂肪均多者，分别较瘦人降低 60% 和 26%。

也就是说，女性最好的体型是肌肉和脂肪均较多。而男性最好的体型是肌肉多和脂肪少。

研究纳入 1.1 万余名 ≥ 20 岁的成年人，采用双能 X 线吸收法测定身体肌肉和脂肪质量。身体成分数据来源于 1999~2004 年美国健康与营养调查数据库，心血管死亡数据来源于 1999~2014 年随访结果。

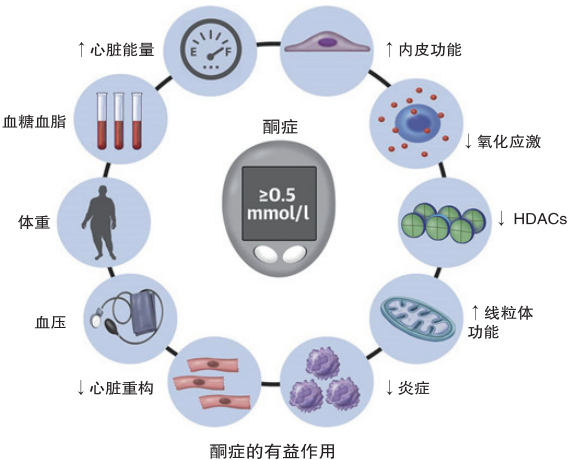
生酮饮食或对心衰患者有益

近日，JACC 焦点研讨会专栏发表的一篇文章指出，酮体对于心血管患者有保护作用，尤其是心衰患者。（JACC.2 月 23 日在线版）

酮体不仅可作为衰竭心脏的辅助燃料，还可能有多种作用，包括改善内皮功能、缓解氧化应激、改善线粒体功能、发挥抗炎作用、减轻心脏重构。除了对心脏的有益作用，酮体还能改善心血管病患者的体重、血压、血糖和血脂。

作者表示，不论是通过生酮饮食还是外源性补充酮来达到酮症状态，酮体都有潜在的临床应用价值，值得进一步探索，包括保护酮症有益作用的新治疗方法。作者认为，未来酮体可能会用于心血管病防治。

酮体在肝脏中产生，长时间禁食、胰岛素剥



夺、极端运动的情况下酮体生成非常明显。由于酮体在转化成 ATP 时需氧量较少，因此是心脏代谢的有效底物。

在结构性心脏病的早期阶段，底物利用由脂肪酸转变为葡萄糖，有氧化代谢减少，心肌缺少能量，从而导致心衰。心衰时，心脏可能重新调整代谢，增加对酮体的利用。

作者指出，目前生酮

饮食越来越流行，生酮饮食是指极低碳水化合物、高脂饮食，迫使机体产生内源性酮。坚持生酮饮食可将血中 β 羟基丁酸酯水平升高至 2~4 mmol/L，其长期并发症较低，主要是胃肠道不适。除了生酮饮食，外源性补充酮可能是提高酮体水平的一种替代方法，包括 1,3- 丁二醇、中链甘油三酯、酮盐、酮酯。

一句话新闻

近日，西安交通大学第一附属医院年建军等发表的一项覆盖 1020 例 18~23 岁的年轻人、最长随访 25 年的研究提示，血压 130~139/80~89 mmHg 者进入中年时，心血管系统出现亚临床病变的风险明显增加。（J Clin Hypertens.2 月 19 日在线版）

一项覆盖韩国 58 万例中青年、中位随访 8.1 年的研究提示，视力受损者死亡风险也高，尤其是心血管死亡风险。（Eur J Prev Cardiol.2 月 22 日在线版）

本版编译
融媒体记者 朱柳媛 贾薇薇