

中国采用高血压诊断“美国标准”行吗？

▲ 河北省人民医院老年病科 郭艺芳

2017年美国ACC/AHA等学术机构发布的高血压指南中，将高血压的诊断界值下调至 $\geq 130/80$ mmHg。该指南发表后在国际范围内迅即引起强烈反响，支持与反对的声音皆有之，我国反对的声音占据上风。



郭艺芳教授

这是很复杂的问题，又是必须面对的问题。

< 130/80 mmHg 有获益是共识

近年来，随着更多研究证据的不断发表，由美国官方资助的SPRINT研究结论不再是强化血压管理的孤立证据。特别是新近以我国人群为基础的STEP研究以及最新BPLTTC荟萃分析的发表，为强化降压理念提供了强有力的支撑。至此，更为严格的管控血压已经成为较为广泛的共识，将 $< 130/80$ mmHg作为多数高血压患者的血压控制目

标正在得到越来越多的学者的认同。

在此背景下，是否下调高血压的诊断标准再次引起我国学者的关注。可以预测，在随后几年内更新的国际高血压指南中，将会有一些国家仿效美国的做法。这是有科学依据的，对于更好的管控血压、进一步降低血压增高相关性靶器官损害风险将发挥积极促进作用。

单纯从学术角度来讲，我个人完全支持这种做法。下调高血压的诊断标准对于提升我国医务人员以及普通居民对高血压危害性的认识、提高控制血压的主观意识、改善血压的控制率大有裨益。

然而，临床医学并不仅仅是一个学术与专业问题，也是社会问题与哲学问题。脱离社会背景的医疗决策无异于空中楼阁。美国下调高血压诊断标准是基于该国高血压防控现状所做出的。美国高血压的“三率”已经处于较高水平，其防控工作已经处

于高位“瓶颈”，下调高血压的诊断标准有助于进一步提高全社会对血压升高相关危害性的认识，助力动脉粥样硬化性心血管病的防治。

实际上，对于这个问题，美国学者的观点也不一致。例如在国际上具有重要影响力的糖尿病防治指南——2022版美国糖尿病学会诊疗标准虽然得到了美国心脏病学会的背书，但仍然坚持将 $\geq 140/90$ mmHg作为高血压的诊断界值，彰显出心内科与内分泌科对这个问题的不同看法。

目前我国高血压防控仍处于较低水平，高血压的“三率”仍然很低，因此当

前的主要任务仍应是让更多的高血压患者得到诊断与初步治疗，并着力提高治疗率与控制率。更为重要的是，下调诊断界值还会带来一系列社会问题，特别是对医保系统形成巨大压力。根据孙英贤教授团队的研究数据，若将 $\geq 130/80$ mmHg作为高血压诊断标准，我国18岁及以上成年人中高血压的患病率将高达58%，患病人数超过6.1亿。霍勇教授团队的研究也得到相似结果：高血压患病率高达60.1%，预估患病人数达到6.6亿。

如果社会中半数以上人口处于“患病”状态，疾病诊断标

准的合理性便值得商榷了。更多的年轻人被诊断高血压后，对招聘、就业、参军与商业保险等也将产生非常复杂的影响。出于上述考虑，笔者认为目前下调高血压诊断标准的时机尚未成熟。为了避免一系列的不可预测的社会影响，并且减少高血压的相关危害，我们可以采取诊断标准与血压控制目标分离的策略，这是一种更为可行并且务实的解决方案。

建议：继续沿用 $\geq 140/90$ mmHg的高血压诊断标准，但将 $< 130/80$ mmHg作为大多数高血压患者的控制目标。

术中低血压谜团：疾病的标志 还是血压的变化

▲ 广东省人民医院心内科 陈鲁原



陈鲁原教授

非心脏大手术的患者也需要关注血压问题，血液动力学不稳定在手术中很常见。越来越多的证据表明，术中低血压与心脏、肾脏和大脑等重要脏器损伤发生率增加以及高危患者死亡率升高有关。然而，术中低血压目前仍没有普遍被接受的标准。

术中低血压没有普遍接受的定义

对于术中或术后低血压还没有明确或达成共识的定义。最常见的是收缩压相对基线降低了20%，或收缩压下降到90 mmHg以下即为低血压。

据Brady等研究建议，心脏手术最佳平均动脉压(MAP)为(78 $\pm$ 11) mmHg；而非心脏手术MAP下限为65~70 mmHg。因此，临床中常用MAP < 65

mmHg来定义术中低血压。

虽然术中MAP $< 60\sim 70$ mmHg与心肌损伤、急性肾损伤以及围术期死亡相关，但是并无单一麻醉状态下血压的阈值来定义所

有患者的围术期低血压，因为基线血压值和自动调节的下限阈值在个体之间差异很大。低血压定义的不统一或会影响对其造成术后并发症的解读。

为什么与之前的试验结果不一致

INPRESS是此前唯一一项针对高危非心脏手术患者的随机试验，结果显示，使用个体化血压管理策略与标准相比，术后器官功能障碍复合主要结局的相对风险降低了27%。

INPRESS研究存在一定的局限性，只研究了腹部手术，采用了非常具体的、目标明确的方案，并将收缩压控制在患者正常静息值的10%以内，并要求术后血流动力学治疗持续4 h。

新近发表的研究采用了一种可推广的术中血压管理方法，手术类型以血管手术为主(67%)，但也包括骨科、泌尿科和妇科手术。值得注意的是，主要复合终点中的97%有AKI(其中2/3是AKI-1期)，40%有心肌损伤。在从主要复合终点中排除AKI的敏感性分析，发现在随机分配到MAP 75 mmHg组的患者的主要复合终点发生率比对照组低20%。

“该研究主要基于

1期AKI，约1/3的1期AKI在1~2年后病情会进展，但AKI不会在短期内直接导致死亡，而心肌损伤可以。”俄亥俄州兰克利夫兰诊所的Sessler指出，该研究的把握度不足，但20%的减少有临床意义，我们不应将其解释为“证明无效”，而是需要更大的试验进一步验证。

万纳表示，越来越多的数据表明术后血压管理很重要，甚至可能比术中更重要，有很多患者可能没有被发现术后存在低血压、低氧症、贫血症等，这是未来必须关注的问题。

在《美国心脏病学会杂志》同期社论中，Sessler和新西兰奥克兰大学的Timothy G. Short医学博士强调了两个正在进行的随机试验，它们应该提供关于低血压和主要器官损伤之间的因果关系的程度和阈值的“有力信息”。

万纳也强调，需要明确这些关联中有多少是合并症的标志，有多少是由低血压本身引起的。

干预术中低血压能改善术后不良心血管结局吗？

术中低血压与术后不良心血管结局之间存在密切联系。研究表明，在MAP < 65 mmHg时，非心脏手术后器官损伤的风险开始迅速上升。

在BBB研究中，将458例45岁以上心血管风险高的成年人平均随机分配到目标MAP下限为75 mmHg或MAP下限为60 mmHg两个组。术后第0~3 d和(或)30 d的

主要结局事件由主要不良心血管事件(MACE)/急性肾损伤(AKI)的高敏感性心肌肌钙蛋白I组成。研究结果显示，48%发生在MAP 75 mmHg组，52%发生在对照组(P=0.2)；急性心肌损伤在MAP 75 mmHg组为15%，对照组为19%；两组的MACE/AKI分别为45%和46%，无显著差异。如以新发或进行

性慢性肾病代替AKI，随访1年时的MACE在MAP 75 mmHg组有39例，对照组33例。

值得注意的是，MAP 75 mmHg组在手术期间花费的累积时间明显少于MAP 65 mmHg的对照组(中位数为9 min与23 min)。

“MAP < 65 mmHg的低血压时间与短期或长期的不良心血管结果无任

何显著差异。这表明仅维持所有患者的术中相对较高的血压，可能不会改善术后结局。”该研究的主要作者、瑞士圣加仑州医院的万纳博士指出，大量数据表明术中低血压确实会导致围术期器官损伤，但寄希望于血压控制来改变30 d的死亡率或MACE并不现实，需要更多关注不同患者需要不同的血压阈值。