

正常高值血压的降压治疗利弊谈

▲上海交通大学医学院附属瑞金医院高血压科 上海市高血压研究所 王继光



王继光教授

对于血压范围为130~139/80~89 mmHg的正常高值的中国人群,降压药治疗并不能降低心血管事件风险,因此不建议对该人群进行降压药治疗。这是今年发布的《中国人群正常高值范围血压无心脑血管疾病、糖尿病、肾病者降压治疗和安慰剂对照临床试验(CHINOM)》所公布的主要研究结果。

CHINOM是目前为止在正常高值血压人群中进行的最大规模的降压药治疗的随机对照试验,为正常高值血压人群的血压管理提供了重要的循证医学证据。尽管降压药治疗可显著降低高血压患者心血管事件风险,但正常高值血压人群并无明显获益。

此前缺乏大样本量的随机对照试验,但在近年发表的几个较大样本量的降压治疗的临床试验中包括了较大数量的正常高值血压人群。

HOPE-3试验结果显示,降压药治疗并未改善心血管结局。进一步亚组分析显示,降压药治疗与基线收缩压水平存在交互作用,收缩压在

高三分位(≥ 143.5 mmHg)时,可显著降低此类患者主要心血管终点事件的风险,但在中间(131.6~143.5 mmHg)和低三分位(≤ 131.5 mmHg)时,降压药治疗并未降低心血管事件风险,反而增加了心血管事件的发生率,尤其在低三分位时。

ROADMAP试验显示,治疗组比安慰剂组平均多

降低了3.1/1.9 mmHg,治疗组显著降低了新发微量白蛋白尿的风险,但未改善心血管结局。实际上,治疗组致死性心血管事件的风险显著高于安慰剂组,尤其是在基线已诊断冠心病或收缩压在最低四分位的患者,或双盲随访期间收缩压下降幅度最高四分位的患者。

正常高值血压研究新进展

正常高值血压 干预有害无益

三个较大样本量的临床试验均采用了安慰剂对照的设计,在很大程度上避免了患者与观察者(医生或护士)偏倚,为降压药治疗提供了重要的循证医学证据。即在现有条件下,包括药物治疗条件、血压与安全性监测条件以及管理者能力,对中低心血管风险的正常高值患者进行降压药治疗并把收缩压降至130 mmHg以下不仅没有获益,反而可能是有害的。

美国心脏病学会/美国心脏协会2017年发布的高血压指南虽然将高血压诊断标准修改为130/80 mmHg,但血压水平在130~139/80~89 mmHg时,只有在10年心血管风险大于10%时才考虑启动降压药治疗;同时,也只是建议将高心血管风险患者的血压降至130/80 mmHg以下,而对于中低风险高血压患者,只是认为降至130/80 mmHg以下“可能

是合理的”,换言之,也可能是合理的。这样的推荐基于证据,是准确的,也是务实的,对此不能有任何误解。

“高心血管风险”不仅可让高血压患者从强化血压管理中受益,实际上也为“高心血管风险”的正常高值血压人群进行降压药治疗提供了指导,不论心力衰竭、冠心病,还是慢性肾脏疾病、糖尿病,都可从强化血压管理中受益。

危险来自于治疗后“低血压”

流行病学研究显示,正常高值血压人群的长期心血管风险高于正常或理想血压人群,那么为什么在降压药治疗试验中并未观察到获益呢?很可能还是与中低风险人群长期降压治疗过程中的“低血压”有直接关系。

“低血压”当然不是130/80 mmHg,也可能不是120/70 mmHg,而是那些发生率较低但危害很大的严重低血压。如果能有效预防低血压发生,不仅可避免个体水平上的伤害,还有可能实现人群水平上的总体获益。这需要我们在三个方面继续努力。

第一,应大力加强诊室外血压监测,包括动态血压监测和家庭血压监测,既可显

著提高血压测量的准确性,又可及时发现并诊断隐匿性高血压,而后者很可能从降压药治疗中获益。

第二,应加强靶器官损害评估,目前危险分层除了血压水平外,主要根据危险因素、合并症和并发症,如此分层有效果,但不充分,心、脑、肾等靶器官损害的患者很可能从降压治疗中获益。

第三,应加强高血压特别是所谓“原发性高血压”的病因学分型,并且在分型的基础上选择降压治疗药物,实现对因治疗和最终的临床获益,比如老年期动脉硬化导致的单纯收缩压升高,此时作用于血管的降压药很可能通过改善大动脉弹性而使患者获益。

致敬第五个中国医师节 “健康中国 你我同行 ‘救’在身边” 北上广杭四城地铁联动主题公益巡展活动·北京专列海报

