



高血压诊断标准下调引争议 高血压诊断标准不变 符合国情



本报关注

医师报讯(融媒体记者 贾薇薇 黄晶 宋箫)“关于高血压诊断标准,2005年、2010年、2017年国家卫生行政部门发布的宣传教育要点、防治指南、临床路径等均明确:成人高血压的诊断标准为非同日3次血压超过140/90 mmHg。目前,国家未对成人高血压诊断标准进行调整。”11月15日,国家卫健委就“高血压诊断标准是否做了调整”给出了一锤定音的回应,同时强调,国家对于高血压等疾病诊断标准的制发有规范程序要求,由专业机构、行业学协会、个人等自行发布的指南、共识等,为专家的研究成果,不作为国家疾病诊断标准。

11月13日,由多个组织联合制订的《中国高血压临床实践指南》(简称“实践指南”)发布,提出将高血压诊断标准下调至130/80 mmHg,引发学界和公众的广泛讨论。发布会上,实践指南撰写专家表示,下调诊断标准体现了防线前移、加强初始预防的理念。

但也有专家持反对意见,参与国际高血压指南制订并牵头《中国高血压防治指南》制订和4次修订的中国高血压联盟名誉主席刘力生教授表示:“高血压诊断标准目前不能变!”她指出,高血压是目前唯一列入国家管理的心血管慢病防治项目,标准制订不仅是学术争议,也与国家民生息息相关,轻易调整会产生颠覆性影响。高血压诊断标准是否应调整?指南的制定应考虑哪些因素?



起因 130/80 还是 140/90

实践指南发布后,引发广泛关注,第二天就登上了热搜,有人认为实践指南让越来越多的人重视血压管理,是好事!有人认为高血压达标率将出现断崖式下降,新增高血压人群依从性堪忧,也有人质疑背后是否有药企推动。

实践指南发布会上,参与指南制订的专家表示,实践指南的制订严格遵循世界卫生组织指南手册和高质量指南的制订规范,由专业的方法学专家团队提供方法学支持,是一部高质量高水准的临床指南。

实践指南推荐大多数高血压患者应将血压降至<130/80 mmHg,包括无心血管合并症、合并冠心病、慢性心衰、卒中史、慢性肾脏病、糖尿病以及老年高血压患者等,指南制定专家指出,目前已有大量的循证医学证据(如SPRINT研究、STEP研究、BPLTTC、CRHCP研究等)表明,将血压控制得更低一些,能够带来显著的心血管获益。

此外,血压水平在130~139/80~89 mmHg的人群多为中青年,下调诊断标准体现了防线前移、加强初始预防的理念,否则可能将错过减少高血压导致的心血管病和其他疾病危害的关键时机。针对血压130~139/80~89 mmHg人群开展生活方式干预以及非药物治疗无效时启动降压药物治疗就是减少高血压不良后果的重要窗口期。

不过,世界高血压联盟主席张新华教授提出了不同意见,她告诉《医师报》记者,BPLTTC综合分析研究及SPRINT研究中的患者多数都是已伴有心或脑血管病或糖尿病或肾病的高危患者,其基线血压都是治疗中的血压水平,不是未服药的新诊断的无并发症的高血压患者。因此,以上证据不能应用到无并发症的低危人群中。

而CHINOM研究提示,没有发生心脑血管病、糖尿病或肾病且血压在130~139/80~89 mmHg的个体将不会从降压药物治疗中获益,且严重增加医疗负担。

争议 指南制订应平衡多种因素

关于我国高血压诊断标准是否下调的讨论早在2017年美国心脏协会(AHA)公布美国高血压指南时就已开始。香港中文大学公共卫生及基层医疗学院唐金陵教授当时曾撰文指出,高血压的诊断切点不是一个绝对的、客观的、黑白分明的自然现象,而是一个考量证据后的人为规定。

如果将130/80 mmHg这个新切点用于中国,高血压患者大约会增加一倍。即使只是一小部分开始吃药,我们的医保系统是否准备好了?目前我国的社区医疗服务建设还较薄弱,如果再增加3亿患者,我们的社区医疗系统准备好了吗?

而这些问题放在今天,仍值得借鉴。

高血压诊断标准 不仅是学术问题

高血压诊断标准的调整不仅是一个学术问题,有心

血管医生提出疑问,我国标准下调是否考虑了社区慢性病防治压力?是否考虑了医保支付能力及医疗卫生总费用的支出?尽管专家们说早期高血压仅需调整生活方式,但不懂高血压危险分层的患者可以随意到药店买药,而新诊断高血压人群的心理压力或将引发焦虑或抑郁,又该如何处理?

HEARTS项目数据显示,多数卫生院需要长期治疗800~3000例高血压患者。更何况筛查尚未覆盖整个乡镇社区,患者人数还会不断增加。放大到全国2亿多患者,需要多少医疗服务、药品供应、医疗保险和家庭支持?

戴上高血压这顶帽子 慎之又慎

中国医学科学院阜外医院张宇清教授回忆道,上海交通大学医学院附属瑞金医院张维忠教授曾形象地比喻,诊断高血压就如同戴帽

子,这顶帽子就代表着心血管风险。给你戴上了一顶高血压的帽子,就代表了你的健康有风险。

如果这个切点是160/100 mmHg,那么一顶帽子就足够有分量了。而如果切点是130/80 mmHg,这顶帽子的分量很小,所以还要看血脂、血糖是否异常,是否吸烟,戴上多顶帽子才能代表个体的健康状况风险。而将140/90 mmHg作为切点,则相对平衡,不需要太多其他的帽子。

张宇清表示,从医生的角度出发,其实不在乎患者有什么样的帽子,再简化也是要个体化诊疗,再好的指南也不过是参照;而从医疗保障部门考量,如果戴上了这顶帽子,就表示要为公众出钱看病,虽然降压药很便宜,但看病成本需要保险承担,所以改变切点后从付费

方角度影响很大;如果从招工、入学、参军、招飞的角度而言,戴上一顶高血压的帽子,可要慎之又慎。

北京大学人民医院孙宁玲教授也指出,高血压标准涉及一个国家医疗、经济、财政、保险等多个领域,需要沟通、协商。我们不能简单的点赞或否定,要思考再思考,怎样对国家有利,怎样对老百姓有利。

不过,一位实践指南制订委员会核心成员在媒体采访中回应,实践指南有足够的循证医学证据,由百余位临床医生、护师、卫生经济学、流行病学、临床药学专家,以及基层工作者、患者代表等组成的团队对指南细节进行了多次深入的讨论分析,也进行了充分的成本效益换算。同时强调,实践指南用的全部是自有项目的科研经费,没有拿过药企一分钱。

探究 高血压诊断标准并非一成不变

其实,这不是第一次调整高血压诊断标准。70多年前,医学领域对高血压的认知是,随着年龄的增加,血压增高是正常的。因此当时对于70岁以上老年人的高血压,并不采取治疗措施。

直到20世纪60年代,美国研究证实,高血压直接与心梗和卒中相关,而降压治疗可以降低心血管事件风险。此研究结果在中国也得到了刘力生教授领衔的Syst-China研究和龚兰生教授领衔的STONE研究的证实。基于此,降压治疗逐渐引起重视。

而高血压诊断标准也经历了从舒张压超过110 mmHg到降至95 mmHg,以及收缩压超过160 mmHg到降至140 mmHg的过程,最终在1998年HOT研究发表后,国际上高血压诊断标准界定为 $\geq 140/90$ mmHg,并延续至今。

历史的脚步告诉我们,高血压的诊断标准并非一成不变。“调整的适宜时机是关键。”四川大学华西医院老年医学中心、中国高血压联盟常务理事张新军教授撰文指出,目前我国高血压的知晓率仅51.6%,达标率仅

为美国的1/4,许多人一生没有测量过一次血压。我国高血压管理现状存在的关键核心问题究竟是什么?显然不是我们的高血压诊断门槛太高。

张新军认为,相比改变诊断标准,高血压患者的危险分层更应引起重视。《中国高血压防治指南(2018年修订版)》和欧洲指南都将血压130~140/80~90 mmHg的“正常高值”者纳入危险分层,目的也是倡导给予这些人群更多关注,对其中的高危者及早进行生活方式调整和药

物干预。

业内专家指出,不论高血压标准最终是否调整,能够引起社会各界对于以高血压为代表的慢性疾病诊治管理的重视,都是一件好事。中国高血压标准调整取决于更多高质量研究成果,也期待越来越多的高级别证据的出现。



扫一扫
关联阅读全文