

扬子江专题会——高血压与冠心病

聚焦心血管病两大难题 守护心血管健康

“目前心血管病仍是我国城乡居民死亡的首要原因，心血管人有责任、有义务为呵护好人民群众的心血管健康而努力奋斗！”12月17日，在中华医学会第二十四次全国心血管年会的扬子江专题会——高血压与冠心病，大会主席、中国人民解放军北部战区总医院韩雅玲院士在致辞中表示，国内外临床实践证明，合理及时地对ST段抬高型心梗（STEMI）患者急诊经皮冠脉介入治疗（PCI）中的微循环功能障碍进行评估和防治，可提高STEMI患者的救治效率，减少并发症，改善临床预后。同时，高血压不仅是我国患病人数最多的慢病，也是城乡居民心脑血管病死亡最重要的原因。此次专题会聚焦高血压与冠心病两个常见病，共同探讨心血管领域疾病防治的前沿与热点，以期减少高血压、急性心梗等常见心血管病对人民健康和生命安全造成的危害，管住“三高”等导致心血管病发生发展的危险因素，为人民群众的心血管健康保驾护航。

会议由上海交通大学医学院附属胸科医院何奔教授、北京清华长庚医院张萍教授、中国医科大学附属第一医院孙英贤教授、复旦大学附属华山医院李勇教授主持。

关注微循环保护 最大程度挽救心肌

急诊STEMI的首选再灌注策略是PCI。但是，在开通梗死相关动脉时，5%~50%的患者出现慢血流或无复流等冠脉微循环障碍（CMD）。既往研究显示，CMD是心梗后心衰的独立预测因子，且CMD与STEMI直接PCI术后1年内主要不良心血管事件相关。

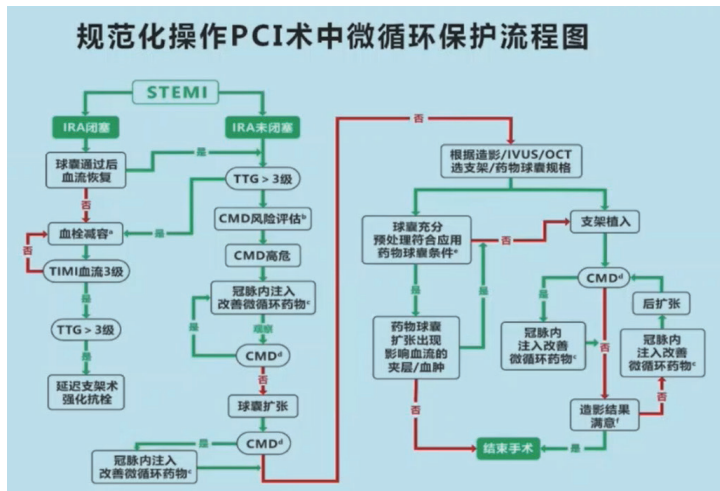
为了提高STEMI诊治能力，更好地降低医源性CMD的发生率、优化急诊PCI操作规范，今年3月，《中华心血管病杂志》发表了《ST段抬高型心肌梗死患者急诊PCI微循环保护策略中国专家共识》，阜外华中心血管病医院李牧蔚教授对该共识进行了解读。

李教授介绍，急诊PCI术中发生CMD的机制较为复杂。与缺血时间长短、再灌注损伤、微循环栓塞及痉挛、个体化差异及手术不良操作等多种因素相关。同时，也受靶病变血管直径的大小、病变复杂程度、侧枝循环的情况及血栓负荷程度等因素的影响。多因素共存时，发生CMD概率更高。术中可以通过心电图ST段回落情况、TIMI血流程度、心肌呈色分级等方法对CMD进

行早期识别和诊断。

对于CMD的防治策略，李教授表示应从以下三方面入手：一是药物防治策略，对CMD发生的高危人群，根据患者的病变及病情，合理应用药物及治疗策略来规避和减少CMD的发生，常用药物包括扩张微循环药物（如尼可地尔等）、抗栓药物（如重组人尿激酶原等）；二是非药物策略，包括血栓抽吸、准分子激光消融术、延迟支架术等，根据血栓负荷的程度，选择不同的方式减少和消除血栓，降低微血管堵塞的发生率；三是优化手术操作流程，规范的手术及技巧可以减少CMD发生，增加心肌的有效灌注量，真正达到急诊介入挽救心肌的目的。

共识强调，对存在CMD的患者应加强围术期管理，实施全流程防控干预及多方面的微循环保护。除术前遵循指南应用双联抗血小板治疗外，术中应用抗栓和扩张微血管药物等相关措施，术后继续应用STEMI二级预防药物及改善微循环的药物。此外，心脏康复、健康教育、心理指导及长期随访也是非常重要的。



高血压联合用药理想方案：A+C 复方制剂

“高血压的治疗目标不仅是降压，保护靶器官，取得最大的心血管获益是关键。”泰达国际心血管病医院李玉明教授介绍，我国CHIEF研究表明，联合治疗可使80%轻中度高血压患者血压达标。国内外多部指南也推荐将单片复方制剂（SPC）用于高血压起始治疗。“从国际高血压指南的变迁中可以看出，使用单片复方联合用药是提高高血压控制率的有效措施。”

早在20世纪60年代，我国专家学者就自行研制了抗高血压的SPC。随着降压药物选择的不断优化，近年来，新型SPC多选用钙通道阻滞剂（CCB）、血管紧张素转换酶

抑制剂（ACEI）、血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂（ARB）、利尿剂和β受体阻滞剂等药物联合。新型SPC具有降压作用更强，器官保护作用更佳，预防心脑血管并发症效果更好，不良反应更少、更轻微等多重优势。

随着循证医学证据的积累，最新的国际高血压指南推荐优选的起始治疗方案为小剂量A+C单片复方制剂。多项研究证实，CCB联合ACEI作用机制优势互补，可发挥强效降压的作用。在中国人群中开展的CCB联合ACEI的SPC降压研究表明，用药4周后，收缩压和舒张压分别降低18.5 mmHg和13.9 mmHg；用药8

周后，收缩压和舒张压分别降低28 mmHg和13 mmHg，降压疗效显著。

百安新是由2.5 mg氨氯地平+10 mg贝那普利组合的SPC，控制率高，安全性好。研究证实，百安新用药8周后，血压控制率达83.8%。ACCOMPLISH研究结果进一步证实，氨氯地平/贝那普利可有效降低高血压合并冠心病、高血压合并糖尿病患者的心血管事件，延缓肾脏疾病进展。

李教授指出，作为小剂量A+C复方制剂的代表，百安新可在平稳降压的基础上增加患者依从性，尤其适合轻中度高血压老年患者长期服用。

老年高血压患者强化降压获益更多

当前我国60岁以上老年人达2.6亿，而其中高血压患病率高达50%~60%，同时老年高血压常伴有多种危险因素和相关疾病，血压管理充满挑战。老年高血压人群治疗策略如何选择？中国医学科学院阜外医院蔡军教授牵头开展的STEP研究回答了这一问题。

STEP研究是一项前瞻性、多中心、随机、对照临床试验，纳入了我国42家中心的8511例患者。结果发现，在我国60~80岁老年高血压患者中，相比标准降压组（130≤收缩压<150 mmHg），强化降压组（110≤收缩压<130 mmHg）复合心血管事件发生率降低了26%，卒中减少了33%，心血管死亡减少了28%，且两组的安全性结局无明显差异。

蔡教授指出，强化收缩压控制在<130 mmHg可为老年高

血压患者提供额外的心血管益处，但不包括年龄大于80岁或有卒中病史的患者，对于这部分人群降压靶标的选择，未来仍需更多循证证据支持。

会上，蔡教授分享了STEP研究的后续分析结果。对于STEP和ACCORD-BP研究患者个体水平数据的汇总分析支持强化降压对于高血压合并糖尿病患者的获益，强化降压不增加新发糖尿病、新发糖耐量异常的风险。

对于动脉硬化和强化降压的进一步分析也提示，在强化降压和标准降压组中，动脉硬化均早于收缩压升高，而无论是动脉硬化人群还是非动脉硬化人群，强化降压带来的心血管获益是相似的。

此外，蔡教授指出，相比于服药<1年，服用ARB/ACEI≥1年可降低心血管事

件风险，而服用β受体阻滞剂≥1年导致心血管事件风险增加。不过，服用CCB和利尿剂的时间长短与心血管预后无显著相关。强化降压组中，基线降压药数量增加不会导致心血管事件风险明显升高，无论基线降压药数量高低，强化降压的心血管获益是相似的。

对于高血压患者药吃多了可能影响认知功能的担心，蔡教授表示，STEP研究的参与者在基线和随访期间进行了认知功能测试，结果表明，强化降压并未导致认知功能测试分数的显著变化。

同时，蔡教授强调，随访前3个月血压达标时间最高组，其主要复合终点事件的发生风险最低，提示早期控制血压时间越长，越有助于改善预后。

最后，蔡教授透露，STEP研究第二阶段将于2023年7月31日随访结束。