



**作者简介:**胡立群,主任医师,教授,硕士生导师。中国科技大学附属第一医院(安徽省立医院)老年心内科主任,中国医师学会心力衰竭专业委员会委员,中国老年学会心脑血管专业委员会委员。从事心血管病专业30余年,对顽固性心力衰竭、复杂心律失常及难治性高血压病的诊治有较深的造诣。参编《心电学进展》《心律学进展》等专著。《中国临床保健杂志》编委、《临床心电学杂志》常务编委兼编辑部主任。Email:hlqae3005@126.com

## 2017年高血压领域的争鸣与共识

胡立群,李红旗

[中国科技大学附属第一医院(安徽省立医院)老年心血管内科,安徽省心血管病研究所,合肥 230001]

中图分类号:R544.1

文献标识码:A

DOI:10.3969/J.issn.1672-6790.2018.01.002

2017年,随着国内外进行的一系列大型临床试验、流行病学调查以及新近发表的高血压治疗指南,使学界对高血压及其相关疾病有了更加深入、具体和系统化的认识。有关高血压治疗的最新进展争议甚多,如何借鉴国际指南的合理规范观点,在扬弃中升华,制定适合中国国情的高血压防治临床规范,这是高血压病学界迫切需要解决的关键问题之一。本文将对2017年的热点做一回顾和评述。

### 1 血压新定义

目前全世界权威指南的高血压定义均为收缩压 $\geq 140$  mmHg和(或)舒张压 $\geq 90$  mmHg,最新颁布的2017年AHA/ACC新指南首次将高血压定义修改为 $\geq 130/80$  mmHg。同时取消高血压前期的类别<sup>[1]</sup>。这主要是基于美国联邦卫生协会(NIH)主导的收缩压干预试验(SPRINT)研究以及一些重要的荟萃分析<sup>[2]</sup>。而在美国新高血压指南发布的同一天,美国医学会杂志-内科学分刊(JAMA Internal Medicine)发表了Brunstrom研究组的一篇系统综述<sup>[3]</sup>,该研究总结了目前所有74项临床试验(共含306 273患者)的结果发现:在血压130/80~140/90 mmHg的人群中,没有证据支持降压可以降低心脑血管病(CVD)发病和死亡的风险,不支持将高血压

切点下移到130/80 mmHg的建议。

在2015年SPRINT研究的发表,就引发了全球学者的争议<sup>[4-6]</sup>。SPRINT试验中患者的平均年龄是68岁,平均收缩压为140 mmHg,其中33%的患者收缩压在145 mmHg以上,50%的患者收缩压在140 mmHg以上,其10年CVD风险为21.9%<sup>[2]</sup>。这提示试验中患者为CVD风险很高的人群,而不是单纯的血压为130/80~140/90 mmHg的人群。新版高血压诊断标准的改变影响主要在年轻人群,故该研究的结果是否能直接外推到血压在(130/80)~(140/90) mmHg之间的中青年人群仍值得商榷。

在指南公布的同时,指南编写委员会主席Paul Munter和同事们在《Circulation》杂志上刊发一篇文章<sup>[7]</sup>,该文章指出:在JNC7的诊断标准之下,美国高血压的患病率为31.9%,而按照新指南的诊断标准,患病率会增至45.6%。其中36.2%美国成年人(8190万)需要接受药物治疗,将有(2100万)成年人接受非药物治疗。接受药物治疗的人数将增加420万。并且有一部分正在接受降压药物治疗的患者血压值将不再达标,其比例将由39%增至53.4%。此外,新指南采纳了2013年胆固醇管理指南中的主要指标来评估心血管危险因素,部分收缩

压在 130 ~ 139 mm Hg 或者舒张压在 80 ~ 90 mm Hg 区间的人,会因为具有心血管危险因素而被新增诊断为高血压。对于具有心血管高危因素和年龄大于 65 岁的患者,需要采用药物治疗。心血管危险因素评判标准的加入,不局限于以往单纯的数值判定,是高血压综合管理理念的一次尝试。

根据该指南,中国高血压患病人数将增加 1.8 亿左右,达到 4.5 亿,患病率由 28.9% 增加到 66%。我国不可能照搬美国指南,但要理解美国指南理念的巨大改变。新版高血压指南的定义体现了早期干预的重要性,我国一般高血压人群的靶目标是 <140/90 mm Hg,临床工作重点就是血压 140/90 mm Hg 以上的人群,忽略了对 (130 ~ 139)/(80 ~ 89) mm Hg 血压人群的教育和干预,若重视这一人群,强化生活方式干预,可有望减少未来 140/90 mm Hg 以上的人群数量。对 (130 ~ 139)/(80 ~ 89) mm Hg 血压人群要提高医疗团队及大众的关注度,重视减重、调整饮食、增加运动、限盐等生活方式干预,重视动脉粥样硬化性心血管疾病 (ASCVD) 预防<sup>[8-11]</sup>,将可变危险因素 [如血压 (130 ~ 139)/(80 ~ 89) mm Hg、血脂异常、糖尿病前期] 控制到达标水平。

## 2 降压目标值

近年来,多个国家或地区制定的高血压指南均将 <140/90 mmHg 作为多数高血压患者的降压目标值。JNC8 指南对各类高血压患者的血压控制目标更为宽松化,建议  $\geq 60$  岁的患者血压目标值为 <150/90 mm Hg, <60 岁者 ( $\geq 18$  岁) 的目标值为 <140/90 mm Hg,糖尿病和慢性肾病患者的降压目标值同样为 <140/90 mm Hg<sup>[12]</sup>。2015 年 SPRINT 研究结果的公布,对高血压防治领域产生巨大冲击,很多学者趋于更为严格的血压管理。2017 年起加拿大更新的指南已经将部分高危患者的降压治疗目标下调为 <120/80 mm Hg,标志着 SPRINT 研究结论对该指南发挥了明显影响<sup>[8]</sup>。而新版指南对于稳定性冠心病、糖尿病、心力衰竭、慢性肾病和脑卒中 (非急性期) 患者的降压靶目标值全部为 130/80 mm Hg<sup>[1]</sup>。对于能自己活动的 >65 岁老年人降压目标是 130 mm Hg,如果是有多种疾病并存和预期寿命有限的 >65 岁老年人,可根据临床情况决定降压治疗和目标值。

回顾指南,JNC 8 对  $\geq 60$  岁的患者推荐血压目标收缩压与 ACC/AHA 指南相差达 20 mm Hg<sup>[12]</sup>。

老年高血压的临床特点中包括收缩压增高、脉压增大、血压波动大、容易发生直立性低血压、血液昼夜节律异常以及多种疾病共存等,个体情况比较复杂,需要个体化治疗方案<sup>[13]</sup>,而 SPRINT 研究是基于无糖尿病、无卒中、无需他人照顾生活的中危老年患者;在血压测量方法上采用无人值守的自动化诊室血压测量 (AOBP) 方法<sup>[2]</sup>,也备受争议,并且新指南也并未强调这一检测方法。

中国指南的更新需要中国证据的支持。首先需要了解中国处于 (130 ~ 139)/(80 ~ 89) mm Hg 血压水平的人群数量,才能考虑更低的血压目标值是否可行。对不同经济水平地区的人群分层进行数据分析,有望为指南制定提供更多证据,最终促进分层管理的实施。目前我个人并不主张采用药物治疗将血压降至 130/80 mm Hg 以下,因为中国即使在城市以 140/90 mm Hg 为目标值,也仅有约 30% 的患者达标,虽然不妨碍推崇强化降压至 130/80 mm Hg 以下的理念,但我国指南的目标值可能仍会是 140/90 mm Hg,能够耐受且经济条件允许的患者可以考虑继续降至 <130/80 mm Hg。而对于老年高血压患者,在 2017 年 12 月 25 日《老年高血压的诊断与治疗中国专家共识 2017》中推荐<sup>[14]</sup>:  $\geq 65$  岁的患者血压目标值为 <150/90 mm Hg,若能够耐受可降低至 140/90 mm Hg 以下。对于收缩压 140 ~ 149 mm Hg 的老年患者,可考虑使用降压药物治疗,且在治疗过程中需监测血压变化以及是否有心、脑、肾灌注不足的表现。

## 3 高血压的药物治疗

$\beta$  受体阻滞剂能否作为 5 类降压药物中的一线药物? 2011 年英国高血压指南<sup>[15]</sup> 以及美国 JNC 8<sup>[13]</sup> 将  $\beta$  受体阻滞剂作为 4 线降压药物,而中国<sup>[16]</sup> 和日本高血压指南<sup>[17]</sup> 仍将其作为 5 类降压药物中的一线药物。该问题在 2017 年仍是争议热点。原因在于,不同药物特别是  $\beta$  受体阻滞剂之间,对总体心血管事件的影响差别并不大,而对于无合并症的高血压患者, $\beta$  受体阻滞剂减少脑卒中的效果不如其他抗高血压药物<sup>[18-19]</sup>,这是  $\beta$  受体阻滞剂未被英国指南、加拿大指南,以及美国的 JNC8 以及 ACC 指南作为初始治疗药物选择的一个重要原因。但是对那些高交感的人群,冠心病、心力衰竭、快速心律失常的人群,需要应用  $\beta$  受体阻滞剂的人群来说, $\beta$  受体阻滞剂显然是一种不可或缺的药物,因此中国指南和欧洲指南都强调将其作为一种常用药

物,而淡化其是否作为一线或二线治疗药物的分类。作为唯一一个可以减少猝死的一类降压药,选择是否应用 $\beta$ 受体阻滞剂不仅要考量禁忌证,还要考虑除了高血压以外,有没有 $\beta$ 受体阻滞剂使用的其他适应证。

#### 4 总结

他山之石,可以攻玉。美国 ACC/AHA 新指南的制定,提升了危险因素防控在高血压管理中的地位。将高血压干预的切入点进一步前移。需要指出的是,我国和国外高血压流行病学特点和防控现状不同。因此,针对美国新指南,我们不可盲从,不可照搬,亦不可排斥。以开放的心态,在借鉴美国新指南的同时,依据中国高血压特性,积极开展国内大规模循证医学研究,制定适合中国国情的高血压防治策略。

#### 参考文献

- [1] WHELTON PK, CAREY RM, ARONOW WS, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults; a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines[J]. J Am Coll Cardiol, 2017; 24430.
- [2] SPRINT RESEARCH GROUP, WRIGHT JT JR, WILLIAMSON JD, et al. A Randomized trial of intensive versus standard blood-pressure control[J]. N Engl J Med, 2015, 373(22): 2103.
- [3] BRUNSTRÖM M, CARLBERG B. Association of blood pressure lowering with mortality and cardiovascular disease across blood pressure levels: A systematic review and meta-analysis [J]. JAMA Intern Med, 2017, 53(6): 1299.
- [4] MESSERLI FH, BANGALORE S, RIMOLDI SF. More SPRINT controversy [J/OL]. J Intern Med, 2017 [2017-11-10]. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/joim.12712/abstract>.
- [5] DRAWZ PE, PAJEWSKI NM, BATES JT, 等. 诊室强化与标准降压治疗对动态血压的影响: 收缩压干预试验的动态血压研究结果[J]. 中华高血压杂志, 2016, 24(11): 1099.
- [6] 郭艺芳. 心血管病高危患者需要更为激进的降压治疗吗? ——对最新研究证据的解析[J]. 中华高血压杂志, 2016, 24(2): 119-120.
- [7] MUNTNER P, CAREY RM, GIDDING S, et al. Potential U. S. Population impact of the 2017 american college of cardiology/American heart association high blood pressure guideline[J]. Circulation, 2017, 137(2): 109-118.
- [8] LEUNG AA, DASKALOPOULOU SS, DASGUPTA K, et al. Hypertension canada's 2017 guidelines for diagnosis, risk assessment, prevention, and treatment of hypertension in adults[J]. Can J Cardiol, 2017, 33(5): 557-576.
- [9] 王文, 隋辉, 陈伟伟, 等. 中国高血压防治工作的进步与展望[J]. 中华高血压杂志, 2016, 24(1): 5-6.
- [10] 胡大一. 抓好高血压防治, 实现 25/25 目标[J]. 中华高血压杂志, 2016, 24(1): 1.
- [11] 范芳芳, 霍勇. 高血压疾病防治的中国特点[J]. 中国实用内科杂志, 2015, 35(4): 276-278.
- [12] JAMES PA, OPARIL S, CARTER BL, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults; report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8) [J]. JAMA, 2014, 311(5): 507-520.
- [13] 苏镇培. 老年单纯收缩期高血压个体化诊治 兼评“老年高血压特点与临床诊治流程专家建议”[J]. 中华高血压杂志, 2015, 23(6): 518-521.
- [14] 中国老年学和老年医学会心脑血管病专业委员会, 中国医师协会心内科分会. 老年高血压的诊断与治疗中国专家共识[J]. 中华内科杂志, 2017, 56(11): 885-888.
- [15] RITCHIE LD, CAMPBELL NC, MURCHIE P. New NICE guidelines for hypertension [J]. BMJ, 2011, 343: d5644.
- [16] 黄峻, 金振刚, 李国臣, 等. 从新版高血压指南论降压药物的合理选择[J]. 中华高血压杂志, 2011, 21(8): 753-757.
- [17] OGIHARA T, KIKUCHI K, MATSUOKA H, et al. The Japanese Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension (JSH 2009) [J]. Hypertens Res, 2009, 32(1): 3.
- [18] DE RAEDT S, HAENTJENS P, DE SMEDT A, et al. Pre-stroke use of beta-blockers does not affect ischaemic stroke severity and outcome [J]. Eur J Neurol, 2012, 19(2): 234.
- [19] ROTHWELL PM, HOWARD SC, DOLAN E, et al. Effects of beta blockers and calcium-channel blockers on within-individual variability in blood pressure and risk of stroke. [J]. Lancet Neurology, 2010, 9(5): 469.

(收稿日期: 2018-01-10)