

中国医师协会关于我国高血压诊断标准及降压目标科学声明



扫一扫下载指南原文

2017年11月13日,在美国心脏病年会上,美国心脏病学学会(American College of Cardiology, ACC)、美国心脏协会(American Heart Association, AHA)等多家组织联合发布了美国成人高血压预防、检测、评估和管理指南(美国高血压新指南)^[1]。美国高血压新指南首次将高血压定义修改为血压 $\geq 130/80$ mm Hg (1 mm Hg=0.133 kPa),这在国际、国内引起广泛关注。国内出现各种不同的观点,争议较多。

2017年12月11日,中国医师协会组织中国医师协会高血压专业委员会、中国医师协会心血管内科医师分会及相关专家召开研讨会,对美国高血压新指南有关高血压诊断及降压标准等方面问题进行讨论。

参会专家们发表了各自的观点,针对我国是否采用美国高血压新指南的高血压诊断标准的问题存在不同看法。根据我国目前实际情况,经过讨论、研究,最终专家组达成以下共识,并建议我国临床医师可将本声明中建议的标准应用于自己的临床实践中。

1 对美国高血压新指南高血压诊断标准及降压目标值的评价

ACC和AHA在新指南的制定过程中为确保指南没有偏倚或受到不当影响,采取严格的规则和方法。指南撰写委员会由来自不同地域、性别、民族、种族及学科的专家组成,并成立独立的科学证据评估委员会,文献检索的重点是随机对照研究,但也包括注册、非随机对照比较研究和描述性研究、病例分析、队列研究、系统综述和专家观点等,以保证指南的制定以循证医学证据为依据。

在高血压诊断标准方面,引用文献包括一篇纳入61项前瞻性研究的荟萃分析,结果表明血压 $\geq 115/75$ mm Hg的人群心脑血管疾病(cardiovascular diseases, CVD)风险随着血压的增加而增加^[2]。该研究提示,收缩压每增加20或舒张压每增加10 mm Hg,其脑卒中、缺血性心脏病、血管性疾病相关死亡风险增加1倍。另一篇荟萃分析发现,与血压 $< 120/80$ mm Hg的人

群相比,血压 $130\sim 139/85\sim 89$ mm Hg的人群,发生总CVD风险为1.56倍,其中脑卒中风险为1.95倍,心肌梗死风险为1.99倍^[3]。同样,其他荟萃分析也得出相似结果^[4-7]。大量研究证实,血压 $\geq 140/90$ mm Hg的高血压人群,发生CVD的风险显著增加;而血压 $130\sim 139/80\sim 89$ mm Hg的人群,发生CVD的风险也比血压 $< 120/80$ mm Hg的人群明显增高。

在对美国高血压新指南有关高血压诊断标准分析中,专家组一致认为,高血压诊断标准是人为制定的,无论血压标准设定在多少,以上两类人群的CVD发病风险增高都是客观存在的。美国高血压新指南提出高血压诊断标准窗口前移的新观点,其目的是为了加强早期管理、进一步降低CVD发病风险,这是一项具有临床意义的重要举措。但从另一方面看,高血压人数将会明显增加,降压达标率(血压 $< 130/80$ mm Hg标准)将降低;另外,虽然只对新增高血压的高危人群采用药物治疗,但是医疗负担也会有一定程度增加。

新指南在启动药物治疗阈值方面,采用血压水平联合CVD绝对风险综合评估的策略,这较单独使用血压水平作为评估依据,在减少CVD风险方面更加有效,成本效益更优化^[1]。

2 美国高血压新标准对我国的影响及我国高血压防治的主要问题

美国新指南发表同时,Paul Muntner教授在*Circulation*杂志上发文,基于美国现有数据,分析新的高血压标准应用将对美国产生的影响。这项研究发现与美国高血压预防、检测、评价和治疗全国联合委员会第7次报告(the seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure, JNC7)比较,新的标准将导致美国高血压患者数增加13.7个百分点(3110万人),需用降压药物人群增加1.9个百分点(420万人)^[8]。我国目前没有已发表的全人群数据,如果按照2011—2012年中国健康与养老追踪调查(China health and retirement longitudinal study, CHARLS)的数据进行分析,采用新标准后,中国仅45~75岁人群高血压人数就增加8300万,服药人数将增加5530万,这个

通信作者:孙英贤, E-mail: yxsun@cmu.edu.cn

赵连友, E-mail: zhaolyfmmu@126.com

年龄段共有 2.67 亿例高血压患者^[9]。再加上其他年龄段高血压患者,这明显超过我国目前 27.8% 的高血压患病率。

高血压是全球及我国第一大慢性疾病,其 CVD 并发症为我国居民首位死亡原因。最新数据表明,目前我国高血压患病率为 27.8%,控制率仅为 9.7%(血压 <140/90 mm Hg 标准)^[10],另一项研究也提示我国年龄 >35 岁居民高血压控制率仅为 5.7%(血压 <140/90 mm Hg 标准)^[11]。我国目前高血压防治的首要问题是,为减少高血压患者心脑血管并发症的发生,需加快提高以血压 <140/90 mm Hg 为标准的高血压控制率。在此基础上,应进一步关注血压值在 130~139/80~89 mm Hg 范围内人群的管理,尤其是其中的高危人群。

3 中国医师协会专家组对我国高血压诊断标准的建议

3.1 我国高血压诊断标准 专家组在充分分析国际及中国相关证据的基础上,结合中国实际情况,提出高血压诊断标准仍采用收缩压 ≥140 和(或)舒张压 ≥90 mm Hg 的标准,降压目标值为收缩压 <140 和舒张压 <90 mm Hg(血压测量标准参见参考文献[1])。

3.2 对血压值在 130~139/80~89 mm Hg 人群的处理建议 目前,我国对美国高血压新指南争议的焦点为对血压值在 130~139/80~89 mm Hg 的人群该如

何界定和处理。尽管本声明未将这部分人群归为高血压患者,但这部分人群的 CVD 风险仍不容忽视,应该对其做出新的划分。本声明对这部分人群按其风险作以下推荐:

(1)对该人群中无临床 CVD 及 10 年动脉粥样硬化性心血管病(arteriosclerotic cardiovascular disease, ASCVD)风险 <10% 者,推荐改变生活方式,不建议应用降压药物治疗。ASCVD 风险评估可采用我国的标准^[12-13]。

(2)该人群中无临床 CVD 且 10 年 ASCVD 风险 ≥10% 者,推荐改变生活方式,不建议应用降压药物治疗。医生可根据患者具体情况将降压药物干预启动阈值和降压目标值下调至 130/80 mm Hg。

(3)年龄 ≥65 岁老年人,推荐改变生活方式,不建议应用降压药物治疗。医生可根据患者具体情况,将降压药物干预启动阈值和降压目标值下调至 130/80 mm Hg。对不能耐受降压治疗者,也可根据临床情况上调目标值。

(4)合并其他疾病的患者,临床 CVD(不包括近期发生的脑血管疾病)、糖尿病、慢性肾脏病、肾移植后慢性肾脏病、心力衰竭、稳定性缺血性心脏病、外周动脉疾病,推荐启动药物降压阈值为 130/80 mm Hg,降压目标为 130/80 mm Hg。

3.3 降压阈值及降压目标值的选择 见表 1。

表 1 降压阈值及降压目标值的选择

| 临床疾病情况 | 启动药物降压阈值(mm Hg) | 降压目标(mm Hg) | 医生可选择标准(mm Hg) |
|---|-----------------|-------------|-----------------------------|
| 一般情况 | | | |
| 无临床 CVD,10 年 ASCVD 风险 <10% | ≥140/90 | <140/90 | |
| 无临床 CVD,10 年 ASCVD 风险 ≥10% | ≥140/90 | <140/90 | 医生可选择 130/80 作为启动降压阈值和降压目标值 |
| 老年人群(年龄 ≥65 岁) | ≥140/90 | <140/90 | 医生可选择 130/80 作为启动降压阈值和降压目标值 |
| 合并其他疾病 | | | |
| 临床 CVD(不包括近期发生的脑血管疾病)、糖尿病、慢性肾脏病、肾移植后慢性肾脏病、心力衰竭、稳定性缺血性心脏病、外周动脉疾病 | ≥130/80 | <130/80 | |

注:CVD:心脑血管疾病,ASCVD:动脉粥样硬化性心血管病。

3.4 高血压分级 建议对血压 ≥140/90 mm Hg 的高血压患者仍采用分级管理,分级管理对于在高血压控制率低的国家及地区仍有意义。

4 加强我国的循证医学研究

建议在我国开展针对高血压降压阈值和降压目标值的临床多中心研究及社区防控研究,进一步获得我国高血压管理的相关临床证据,为我国高血压防治指南制定提供依据。

志谢 本科学声明的制定,得到了中国医师协会张雁灵会长,杨民副会长,谢启麟副秘书长的大力支持和帮助,在此表示衷心感谢。同时也感谢负责收集文献、整理资料工作的武警后勤学院附属医院杨宁教授,中国医科大学附属盛京医院郑黎强教授,国家心血管病中心合作部路甲鹏博士。

执笔人 孙英贤
专家成员

中国医师协会高血压专业委员会 孙英贤(中国医科大学附属第一医院),赵连友(第四军医大学唐都医院),孙宁玲(北京大

学人民医院),李玉明(中国人民武装警察部队后勤学院),蔡军(中国医学科学院阜外医院),陶军(中山大学附属第一医院),谢良地(福建医科大学附属第一医院)

中国医师协会心血管内科医师分会 韩雅玲(沈阳军区总医院),霍勇(北京大学第一医院),葛均波(复旦大学附属中山医院)

中国医师协会神经内科医师分会 崔丽英(北京协和医院),曾进胜(中山大学附属第一医院)

邀请专家 赵冬(首都医科大学附属北京安贞医院),蒋立新(中国医学科学院阜外医院),陈红(北京大学人民医院),崔兆强(复旦大学附属中山医院)

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]. Hypertension, 2017. doi: https://doi.org/10.1161/HYP.0000000000000065.

[2] Lewington S, Clarke R, Qizilbash N, et al. Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies[J]. Lancet, 2002, 360(9349):1903-1913.

[3] Guo X, Zhang X, Guo L, et al. Association between pre-hypertension and cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies[J]. Curr Hypertens Rep, 2013, 15(6):703-716.

[4] Huang Y, Cai X, Li Y, et al. Prehypertension and the risk of stroke: a meta-analysis[J]. Neurology, 2014, 82(13):1153-1161.

[5] Huang Y, Cai X, Liu C, et al. Prehypertension and the risk of coronary heart disease in Asian and Western populations: a meta-analysis[J]. J Am Heart Assoc, 2015, 4(2):e001519.

[6] Huang Y, Wang S, Cai X, et al. Prehypertension and incidence of cardiovascular disease: a meta-analysis[J]. BMC Medicine, 2013, 11(1):177.

[7] Huang Y, Cai X, Zhang J, et al. Prehypertension and incidence of ESRD: a systematic review and meta-analysis[J]. Am J Kidney Dis, 2014, 63(1):76-83.

[8] Muntner P, Carey RM, Gidding S, et al. Potential U. S. population impact of the 2017 ACC/AHA high blood pressure guideline [J]. Circulation, 2018, 71(2):109-118.

[9] Khera R, Lu Y, Saxena A, et al. The impact of 2017 ACC/AHA guidelines on the prevalence of hypertension and eligibility for anti-hypertensive therapy in the United States and China [J]. BioRxiv, 2017. doi: https://doi.org/10.1101/218859.

[10] Li Y, Yang L, Wang L, et al. Burden of hypertension in China: a nationally representative survey of 174 621 adults [J]. Int J Cardiol, 2017, 227:516-523.

[11] Lu J, Lu Y, Wang X, et al. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in China: data from 1.7 million adults in a population-based screening study (China PEACE million persons project) [J]. Lancet, 2017, 390(10112):2549-2558.

[12] Yang X, Li J, Hu D, et al. Predicting the 10-year risks of atherosclerotic cardiovascular disease in Chinese population: the China-PAR project (prediction for ASCVD risk in China) [J]. Circulation, 2016, 134(19):1430-1440.

[13] 中国心血管病预防指南(2017)写作组,中华心血管病杂志编辑委员会. 中国心血管病预防指南(2017) [J]. 中华心血管病杂志, 2018, 46(1):10-25.

收稿日期:2018-01-22 责任编辑:张刘锋



“学术争鸣”题目预告

- 能否舌下含服硝苯地平控释片用于快速降血压? [2018年5月1日]
- 阿司匹林在高血压患者中的应用,积极还是保守? [2018年6月1日]
- 运动辅助降压:是中等强度还是低强度运动效果好? [2018年7月1日]
- 高血压精准治疗是噱头还是科学? [2018年8月1日]
- 如何使用非同日3次血压数据来诊断高血压? [2018年9月1日]

注:方括号内时间为截稿日期。