

## · 专题笔谈 ·

## 美国预防、检测、评估与治疗高血压全国联合委员会第七次报告(JNC7 简介)

2003 年公布的“美国预防、检测、评估与治疗高血压全国联合委员会第七次报告(JNC7)”是预防和

- 治疗高血压的新指南,主要内容如下。
- >50 岁成人,收缩压(SBP)≥140 mmHg 是比舒张压(DBP)更重要的心血管疾病(CVD)危险因素。
  - 血压从 115/75 mmHg 起,每增加 20/10 mmHg, CVD 的危险性增加 1 倍;55 岁血压正常的人,未来发生高血压的危险为 90%。
  - 收缩压 120~139 mmHg 或舒张压 80~90 mmHg,为高血压前期(prehypertensive),应改善生活方式以预防 CVD。
  - 噻嗪类利尿剂用于大多数无合并症的高血压患者,可单独与其他类型的降压药联合应用。存在高危因素时,应首选其他类型的降压药;血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI),血管紧张素受体拮抗

剂(ARB),β受体阻滞剂,钙拮抗剂(CCB)。

- 大多数高血压患者需要≥2 种的降压药来达到目标血压(<140/90 mmHg,糖尿病或慢性肾病患者<130/80 mmHg)。
- 如血压超过目标血压 20/10 mmHg 以上,应考虑选用 2 种降压药作为初始用药,其中一种通常为噻嗪类利尿剂。
- 只有在患者积极配合的前提下,最细致的临床医师选用最有效的治疗,才能够控制好血压。患者的治疗效果较好并信任医师时,会更好地配合治疗。情感交流可使医师赢得信任,有助于提高疗效。
- 最后,指南委员会指出最重要的仍然是负责医师的判断力。

现将(≥18 岁)血压的分类和治疗,心血管危险因素等列于表 1~5 和图 1。

表 1 (≥18 岁)血压的分类和治疗

| 血压分类   | 收缩压<br>(mmHg) | 舒张压<br>(mmHg) | 生活方式<br>改变 | 初始药物治疗*                                                       |                                                 |
|--------|---------------|---------------|------------|---------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
|        |               |               |            | 无强适应证                                                         | 有强适应证 <sup>+</sup>                              |
| 正常     | <120          | 和<80          | 鼓励         |                                                               |                                                 |
| 高血压前期  | 120~139       | 或 80~89       | 是          | 无使用降压药指征                                                      | 根据强适应证选用药物 <sup>+</sup>                         |
| 1 期高血压 | 140~159       | 或 90~99       | 是          | 多数考虑用噻嗪类利尿剂;可以考虑 ACEI,ARB,β受体阻滞剂 CCB 或联合使用                    | 根据强适应证选用药物,若需要可选用其他降压药(利尿剂,ACEI,ARB,β受体阻滞剂,CCB) |
| 2 期高血压 | ≥160          | 或≥100         | 是          | 多数需 2 种药联合使用(通常为噻嗪类利尿剂+ACEI 或 ARB 或 β受体阻滞剂或 CCB) <sup>§</sup> | 根据强适应证选用药物,若需要可选用其他降压药(利尿剂,ACEI,ARB,β受体阻滞剂,CCB) |

注:ACEI,血管紧张素转换酶抑制剂;ARB,血管紧张素受体拮抗剂;CCB,钙拮抗剂;\* 治疗按照最高血压的分类决定;+ 见表 5;†慢性肾脏疾病或糖尿病的患者目标血压应<130/80 mmHg;§ 有体位性低血压危险的患者初始治疗时慎用联合用药

表 2 心血管危险因素

| 主要危险因素                      | 靶器官损害         |
|-----------------------------|---------------|
| 高血压 <sup>†</sup>            | 心脏            |
| 吸烟                          | • 左室肥厚        |
| 肥胖(BMI≥30) <sup>+</sup>     | • 冠脉重建史       |
| 缺乏体力活动                      | • 心绞痛或心肌梗死后   |
| 血脂紊乱 <sup>+</sup>           | • 心力衰竭        |
| 糖尿病 <sup>†</sup>            | 脑             |
| 微量白蛋白尿或测定(GFR<60 ml/min)    | • 中风或一过性缺血性发作 |
| 年龄(男性>55 岁,女性>65 岁)         | 慢性肾脏疾病        |
| 早发心血管疾病家族史(男性<55 岁,女性<65 岁) | 外周动脉疾病        |
|                             | 视网膜病          |

注:\* BMI,体重指数=体重/身高<sup>2</sup>(kg/m<sup>2</sup>);GFR,肾小球滤过率;+ 代谢综合征

表 3 继发性高血压原因

睡眠呼吸暂停  
药物导致或药物相关  
慢性肾脏疾病  
原发性醛固酮增多症  
肾血管疾病  
长期激素治疗和库欣综合征  
嗜铬细胞瘤  
主动脉缩窄  
甲状腺或甲状旁腺疾病

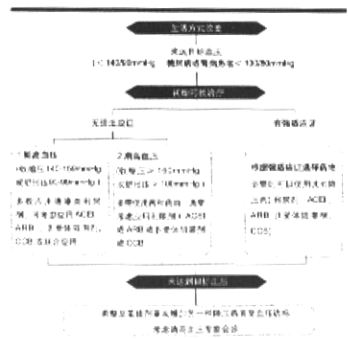


图 1 降压治疗流程

表 4 改变生活方式治疗高血压\*

| 改变生活方式       | 推荐方式                                                                                | 收缩压降低大致范围             |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|
| 减轻体重         | 保持正常体重(BMI, 18.5~24.9)                                                              | 5~20 mmHg/下降 10 kg 体重 |
| 采用 DASH 饮食计划 | 多摄入水果、蔬菜以及低饱和脂肪和总脂肪含量少的低脂奶产品                                                        | 8~14 mmHg             |
| 限制钠的摄入       | 减少每日钠的摄入, ≤100 mEq/L(2.4 g 钠或 6 g 氯化钠)                                              | 2~8 mmHg              |
| 体力活动         | 参加规律的有氧运动如快步走(每周多数天中至少每天 30 min)                                                    | 4~9 mmHg              |
| 限制每日乙醇摄入量    | 多数男性, 每日饮酒≤2 次(1 盎司或 30 ml 的乙醇[如 24 盎司啤酒, 10 盎司葡萄酒, 3 盎司 80 度威士忌]), 女性和低体重者每日饮酒≤1 次 | 2~4 mmHg              |

注: BMI, 体重指数 = 体重/身高<sup>2</sup>(kg/m<sup>2</sup>); DASH, 终止高血压膳食疗法; \* 为降低所有的心血管危险因素, 须停止吸烟。改变生活方式产生的效果与量和时间有关, 某些人的效果更好; 每盎司为 28.35g

表 5 六类抗高血压药物的强适应证(临床试验和指南依据)

| 强适应证*   | 推荐药物 |        |      |     |     |        | 临床试验依据†                                                                        |
|---------|------|--------|------|-----|-----|--------|--------------------------------------------------------------------------------|
|         | 利尿剂  | β受体阻滞剂 | ACEI | ARB | CCB | 醛固酮拮抗剂 |                                                                                |
| 心力衰竭    | •    | •      | ●    | •   |     | •      | ACC/AHA 心衰指南, MERIT-HF, COPERNICUS, CIBIS, SOLVD, AIRE, TRACE, Val-HEFT, RALES |
| 心肌梗死后   |      | •      | ●    |     |     | •      | ACC/AHA 心梗后指南, BHAT, SAVE, CAPRICORN, EPHEBUS                                  |
| 冠心病高危因素 | •    | •      | ●    |     | •   |        | ALLHAT, HOPE, ANBP2, LIFE, CONVINCE                                            |
| 糖尿病     | •    | •      | ●    | •   | •   |        | NKF-ADA 指南, UKPDS, ALLHAT                                                      |
| 慢性肾病    |      |        | ●    | •   |     |        | NKF 指南, 卡托普利试验, RENAAL, IDNT, REIN, AASK                                       |
| 预防中风复发  | •    |        | ●    |     |     |        | PROGRESS                                                                       |

注: AASK, 非洲裔美国人肾病和高血压试点研究; ACC/AHA, 美国心脏病学会/美国心脏协会; ACE, 血管紧张素转换酶; AIRE, 雷米普利治疗急性心肌梗死疗效研究; ALLHAT, 降压和降脂治疗预防心脏病发作试验; ANBP2, 第 2 次澳大利亚国家血压研究; BHAT, β受体阻滞剂心脏病学试验; CIBIS, 比索洛尔治疗心功能不全研究; CONVINCE, 开始应用维拉帕米控制心血管终点事件研究; COPERNICUS, 卡维地洛累积生存前瞻性随机试验; EPHEBUS, 依普利酮治疗急性心肌梗死后心力衰竭疗效和生存研究; HOPE, 心脏预防预防评价研究; IDNT, 伊贝沙坦糖尿病肾病试验; LIFE, 氯沙坦干预减少高血压终点事件研究; MERIT-HF, 美托洛尔控制治疗充血性心力衰竭随机干预试验; NKF-ADA, 国家肾病基金会-美国糖尿病协会; PROGRESS, 培哚普利预防中风复发研究; RALES, 螺内酯评估随机研究; REIN, 雷米普利肾病疗效研究; RENAAL, 血管紧张素受体拮抗剂氯沙坦减少非胰岛素依赖性糖尿病终点事件研究; SAVE, 存活率与心室扩大研究; SOLVD, 左室功能不全研究; TRACE, 群多普利心脏评价研究; UKPDS, 英国前瞻性糖尿病研究; ValHEFT, 缬沙坦心力衰竭试验; \* 根据临床试验的有益结果和现有的指南制定应用于强适应证的抗高血压药物, 治疗强适应证的同时应治疗高血压; † 临床试验证实可从特定种类的抗高血压药物中获益的情况

(本刊编辑部)