

·专题笔谈·

2003年欧洲高血压指南——科学、实用、平衡的指导文献

张廷杰

继2003年5月美国JNC7公布后,欧洲高血压协会(ESH)及欧洲心血管协会(ESC)于同年6月公布了欧洲高血压指南,该指南受到全球心血管领域科学工作者的关注与欢迎,因这是高血压防治继往开来的又一里程碑。它对中国有高度借鉴价值。本文简评其背景与特点、重点内容及与JNC7的异同。

1 背景与特点

(1)欧洲高血压指南是首次由ESH/ESC联合制定,并受到了ISH(国际高血压协会)的支持。以往ESH/ESC未制定特殊高血压指南,基本采用及支持WHO/ISH的指南,并配合后一指南,联合提出欧洲预防冠心病建议。(2)在1999 WHO/ISH发布指南后的几年中,积累了大量新的研究结果。欧洲各国具有类似的经济、文化、医疗的人群与社会背景(较长寿,而心血管发病率高,并积极防治),WHO/ISH指南面向全球,但国与国之间医疗资源差异很大,因而制定了着眼于欧洲的指南。(3)着眼于教导,而非僵硬教条,有利于面对具不同文化、医疗及个人特点的患者,作出更适宜的判断。(4)基于上述两点判断,指南所有的关键建议均采用了有关的最佳证据,包括大型随机试验,汇总分析,大型观察研究等,并对有关主题补充了实施建议。(5)指南编写成员及写作组来自ESH/ESC,写作组经费全部来自ESH,根据所有文献,独立得出科学与可行的结论,并确信结果判断不受政府或个体赞助者的影响。(6)前述背景保证了欧洲高血压指南具有更科学、更公正、更实用、更平衡的特色,而非指令性的僵化教条,对中国也更具借鉴价值。

2 主要内容及其与JNC7异同

2.1 高血压的定义、分类 (1)基于1990年以来的大量证据,JNC7为纠正过去仅重视DBP的不足,强

调SBP在高血压治疗与预后的重要性,尤其>50岁患者。根据来自61组研究约100万人汇总资料的分析,欧洲高血压指南提出采用SBP、DBP以及脉压作为高血压防治与预后指针仍是最简单的方法。(2)欧洲高血压指南基本仍沿用1999 WHO/ISH血压分类,但删除临界高血压及临界ISH,未采用JNC7的“高血压前期”。(3)欧洲高血压指南,不仅保留心血管(CV)总体危险评估,并进一步充实及修改了有关危险因素(RF),靶器官损害(TOD),及相关临床情况(ACC,即脑、心、肾、眼底疾病)内容,将糖尿病单列,与RF、TOD、ACC并行,作为单列的情况与危险分层因素。(4)其他改变包括:腹部肥胖,微蛋白尿及轻度肌酐增加作为TOD依据,CRP>1mg归入RF,而将视网膜动脉狭窄从TOD删除。(5)为促进临床准确危险分层及评估高血压,指南详细讨论了TOD的心脏、血管、肾脏、眼底、脑的改变,及各种类型的继发高血压如肾实质与肾血管,嗜铬细胞瘤,原醛,库欣征,药物性高血压等。

2.2 治疗方法 (1)结合血压及危险分层决定开始降压治疗时间。(2)治疗目的是最大程度降低CVD患病与死亡率,血压至少<140/90 mmHg或更低,糖尿病患者应<130/80 mmHg。(3)改善生活方式。(4)药物治疗。指南详细评述了基于预后及中间终点的安慰剂或药物对照研究,讨论了随机试验的意义与不足,并客观指出ALLHAT的缺陷。(5)由于降压效益来自降压本身,目前几类药物均可降压,故指南提出均可用于降压治疗,并可适当联合用药,指南强调决定药物选择取决于6种因素,而不只是经济因素。(6)指南分类列出不同药物的适应证、禁忌证与可能禁忌证,而不采用JNC7单纯强调所谓“强适应证”。(7)较细致讨论了各种高血压的特殊情况的治疗,如老年高血压、糖尿病、并存的脑血管病、冠心病、心衰、肾功能障碍,及妊娠高血压、顽固高血压,并存危险因素等。

3 欧洲指南的借鉴价值

欧洲指南与JNC7均是在近年医学进展的基础

作者单位:610016 成都市,成都市一医院心研室

作者简介:张廷杰,男,医学本科,主任医师,中国高血压联盟常务理事

通讯作者:张廷杰,电话:028-86672467

上,旨在更好地指导实践,提高高血压防治水平而制定的重要文献,但由于二者背景、面对人群、制定的指导思想不同,从而在分类、药物治疗及撰写方法等方面均有较大差异。

(1)欧洲高血压指南是在继承 1999 WHO/ISH 基础上,保留原有指南的总的精神,引进新的进展,并注意了避免药厂、政府或个人干扰,基于客观证据,以教育为目的,指导一线医师工作,而非指令,因而能更科学、实用、平衡、循证。(2)在血压分类方面,近似 1999 WHO/ISH 指南,纠正过去单纯以 DBP 为依据,结合 SBP 与 DBP,去除临界高血压,未采用 JNC7 之高血压前期概念,但分类仍稍显繁冗。(3)基于研究证实的降压效益主要来自降压本身,及目前几类药物均可有效降压,主张各类药物均可选

用,避免主观、人为渲染某类药物。(4)基于不同药物的不同药理,更适于某些情况,而药物均有一定副作用,不适于某些情况,按药物分类,分别列出适应证、禁忌证及可能有害,避免随意、片面强调所谓“强制”指征。(5)从客观实际出发,全面考虑患者对药物的个体反应、治疗效果、经济状况、并存疾病及并用药物,选择具体药物,避免单纯从经济角度出发,体现以人为本的人道主义精神。(6)为便于一线医师独立评估诊断治疗,较系统全面地评述了不同类型的重要证据,并对关键论题均作简要陈述,使一线医师见木识林,达到教育效果。(7)由于上述优点,欧洲指南对中国及世界高血压防治均有高度借鉴价值。

(收稿日期:2003-10-21)

(本文编辑 张和起)

· 专题笔谈 ·

从国际高血压指南看钙离子拮抗剂在高血压治疗中的作用

孙宁玲

1 钙拮抗剂的发展^[1]

钙拮抗剂(calcium antagonist)是选择性地阻滞钙离子经钙通道进入细胞内,从而使细胞内钙离子浓度降低的一类药物。从作用机制上来看,应称作钙通道阻滞剂(calcium channel blocker,CCB),早在上世纪 60 年代就发现,具有钙通道拮抗作用的药物主要是阻滞心肌钙依赖性的兴奋-收缩偶联。此后发现钙离子拮抗剂能在离子通道水平选择性阻滞钙离子进入平滑肌细胞内,从而减少细胞内的钙离子浓度,选择性扩张小动脉并影响平滑肌细胞的功能^[2]。它是一种重要的心血管治疗药物,现已被广泛用于治疗心绞痛、高血压、心律失常等心血管疾病。目前用于高血压治疗的钙离子拮抗剂均以长效、副作用低、服用方便且能 24 h 覆盖而广泛的用于临床。如氨氯地平、非洛地平缓释剂、硝苯地平控释剂及拉西地平等则是这一类降压效果较好的长效钙离子拮抗剂。

2 L 通道的钙拮抗剂的分类^[3]

随着钙拮抗剂新品种的不断涌现,目前临床所应用的钙拮抗剂主要为作用于 L 型钙通道的。根据结构可分为双氢吡啶与非双氢吡啶两大类。根据药物受体结合特性、组织选择性和药代动力学特点等决定的临床作用,分为第一代、第二代和第三代(表 1)。

根据此分类,第一代钙拮抗剂均为短效。特点是:①量效关系难以预测。这是因为生物利用度低、波动大,造成个体内和个体间的药物血浆浓度波动大。②由于快速的血管扩张和交感神经系统激活引起反射性心动过速、心悸和头痛,尤其以硝苯地平最为明显,这是因为此药的达峰时间较短(1 h)。③作用持续时间短。半衰期短、清除率高,使高血压患者的血压和心绞痛患者的心肌缺血的控制很难实现 24 h 的有效覆盖,在清晨的血压和缺血高峰期患者不能得到保护。④血管选择性差,如维拉帕米和地尔硫草具有明显心脏作用,包括负性变时、负性传导和负性变力作用。第一代钙拮抗剂对充血性心力衰

作者单位:100044 北京市,北京大学人民医院心内科

作者简介:孙宁玲,女,医学学士,主任医师,博士生导师

通讯作者:孙宁玲,电话:010-68314422-5552