

用 ACEI 和 α 受体阻滞剂时扩血管有协同作用的依据。

此外,动物实验证实,SHR 大鼠服多沙吡啶可降低及使总外周阻力降低,但 LVM 不变,肾外周血管阻力下降。而小剂量 ACEI 对 LVM 能逆转,提示两者合用,可能对 SHR 心肾血管有更有益的作用。

近 10 余年出现了许多具有 α 、 β 受体阻滞作用的新型降压药,如:卡维地洛、阿罗洛尔等。日前将其归类于 β 受体阻滞剂中,实际上是一种相对独立的类似于 α 受体阻滞剂与 β 受体阻滞剂联合用的药物。这两类药物合用,即使仅各用半量,比全剂量的 HCT(12.5~25 mg/d)或 ACEI 血压下降更显著。 α 、 β 受体阻滞剂对高血压病人肾交感激活状态可全面阻滞,使肾血流 $\uparrow$,抑制肾小管上皮 α_1 受体使 Na、K-ATP 酶的活性 $\downarrow$,减少肾小管钠重吸收,并

阻断肾球旁细胞 β 受体分泌肾素,抑制肾组织内 RAS,对肾有益作用,与 ACEI 合用可能有协同作用。因此, α 、 β 受体阻滞剂与 ACEI 是更好的保护肾的组合。由于 α 受体阻滞剂阻滞肝内及周围组织的 α_1 受体,从而能维持血糖正常,并能抑制脂蛋白酶活性对 β 受体阻滞后的阻断脂蛋白酶活性的升高及血脂不良反应。因此, α 、 β 受体阻滞剂,中枢 α_2 受体激动剂与 ACEI 合用适用于高血压合并胰岛素抵抗患者或合并肾功能不良患者,对老年患者伴前列腺肥大、高血脂患者均可作为首选联合用药。

总之,就目前循证医学看对降压药物联合使用仅停留在小数量研究或大规模研究中的一些亚组研究所得结果,为指导临床合理用药,尚需进一步较全面的研究。

(收稿日期:2003-11-13)

(本文编辑 张和起)

·专题笔谈·

关于高血压定义与分类的修订建议

陈改玲 刘国仗

自 1999 年高血压防治指南发表以来,在国内和国际的高血压防治领域又陆续发表了许多重要的临床试验结果。有鉴于此,有必要将其补充到新的指南中。目前,我国人群高血压控制率依然处于低水平的状态,基层医务工作者对 1999 年指南的掌握程度不能令人满意,其原因之一可能与该指南不够简明有关。临床医生迫切需要一个清晰、简明、操作性强的新指南。近年心血管流行病学和循证医学方面的进展为高血压防治提供了大量新的证据,我们要在继承原有指南及更新同时,从实际出发,面向广大基层,使中国的新指南符合中国国情。同时新指南还应兼顾美欧的高血压防治指南,以利国际间学术交流。

JNC7 在血压分类上与 JNC6 和 WHO/ISH 相比,变化较大,而 2003 年欧洲高血压治疗指南依然采用 1999 年 WHO/ISH 的血压分类,只是取消了 1999 年

WHO/ISH 的临界高血压亚组。中国 1999 年高血压防治指南是参考 JNC6 和 WHO/ISH 并结合自己国情制定的。建议在新指南修订中血压分类维持原有诊断标准(1999WHO/ISH),即理想血压 $<120/80$ mmHg,正常血压 $120\sim129/80\sim84$ mmHg,正常高值 $130\sim139/85\sim89$ mmHg,1 级高血压 $140\sim159/90\sim99$ mmHg,2 级高血压 $160\sim179/100\sim109$ mmHg,3 级高血压 ≥ 180 mmHg,DBP ≥ 110 mmHg,单纯收缩期高血压 SBP ≥ 140 mmHg,DBP <90 mmHg。

血压是一个连续性的生理变量,在正常血压和高血压之间没有绝对分界线,对高血压进行定义比较困难。由于血压和心血管危险之间存在一种直接相关,随着血压升高,心脑血管事件发生的危险性就增大,因而高血压的定义通常采用检出与治疗利大于弊的血压水平。WHO/ISH 治疗指导委员会于 1998 年 10 月确定,采用 JNC6 所提出的高血压定义和分类方案,把高血压下限定为收缩压 140 mmHg 和舒张压 90 mmHg。将正常血压值确定为 140/90 mmHg,是因为血压超过该水平,心血管危险就

作者单位:100037 北京市,中国医学科学院阜外心血管病医院高血压科

作者简介:陈改玲,女,医学博士,主治医师

通讯作者:刘国仗,电话:010-68314466-8498

大幅增加。我国的流行病学证据亦显示,当血压从120/80 mmHg上升到140/90 mmHg时,心血管病发病将增加2倍以上。

JNC7在血压分类中提出“高血压前期”这一概念,有助于激发及早预防的自觉性,但是如果采用这一标准,人群中“高血压”会大幅度增加,那么针对高血压的健康教育和防治措施将造成巨大的经济负担。同时增加了人群的心理负担,而不良情绪本身就是高血压的危险因素之一,这就可能导致非高血压者变成了真正的高血压患者。假如在我国也用此标准,据我国1991年高血压普查结果,高血压前期患病率为9.5%,我国医疗资源有限,如果将这一部分也纳入高血压防治中,势必影响真正的高血压患者的防治。另外,没有证据证明血压在120~139/80~89 mmHg范围内的人未来一定会发展成高血压。因此,在我国新指南中建议使用“正常血压高值”,不采用JNC7“高血压前期”的提法。

在新指南中,取消了临界高血压亚组分类,因为,在正常高值者中,对高危的人来说,即为高血压,而对低危者则视为尚可。建议用“级”代表血压的程度,不采用“期”。JNC7中将JNC6中的高血压1、2、3级合并为1期、2期,是因为美国血压控制较好,其3级高血压所占比例较小,因此,可将2与3级合并为2期,但我国高血压控制率较低,3级高血压仍占有相当比例,因此,在我国仍应将2与3级分开。鉴于临床降低收缩压更难,而且随着人群的老龄化,单纯收缩期高血压将占越来越大的比例,因此宜将单纯收缩期高血压另列一类。

在高血压治疗中全面评估心血管的总危险是一个科学的治疗观念,对轻、中度高血压尤为重要。在预防心血管病事件方面,对不同危险度的患者治疗干预的相对获益即心血管事件百分数相似,绝对获益即心血管事件数差别较大。危险度越高,心血管事件发生率越高,而治疗干预的获益也越大。因此,从轻度高血压患者中检出高危患者非常重要。同时,这一治疗观念也体现了医学的进步,但危险分层

在临床上可能不太适用。

JNC7以血压水平作为主要决定因素而分类治疗,要求评估危险因素,JNC曾将危险度分为A、B、C三级,但调查结果表明医务工作者对危险度掌握较差。因此,增设了降压药物的强适应证,对强适应证的强调,不但体现了降压药物保护靶器官这一高血压防治核心,而且有了强适应证的患者都属于高危及极高危患者,所以,从很大程度上强适应证反映了靶器官损害与并存的临床情况。因此,可以看出,JNC7并不是不重视对心血管危险的评估,而是从强适应证中体现了评估。

欧洲高血压治疗指南仍保留危险分层,并对1999年WHO/ISH指南用于危险分层的因素作了更新,这样与欧洲经济及其较完善的医疗保健体系更相符。如用超声心动图等检查诊断靶器官损害比较可行,但在发展中国家做这些检查,有一定难度。从治疗方面看,JNC7通过血压水平和强适应证进行治疗更简洁,更易掌握。这两个新指南体现了美国、欧洲各自不同的经济、文化背景。

鉴于心血管总危险的评估在高血压治疗中的重要性,建议我国的新指南仍应加强心血管总危险的评估,可借鉴JNC7,采用类似强适应证的替代方法来体现对心血管总危险的评估。因为心血管危险分层需要较多的生化指标及辅助检查,在我国基层医院很难推广普及。另外,从我国部分城市调查结果来看,医务工作者对心血管危险分层不易掌握。与其制定一个难于掌握而且繁杂的指南,不如加以简化,加强其可操作性。

总之,建议在新指南修订中,血压分类维持原有诊断标准(1999WHO/ISH),在高血压治疗中仍要加强心血管总危险的全面评估,采用类似强适应证的替代方法来体现对心血管总危险的评估。新指南应力求简明,更易于被广大的医务工作者所掌握,使其在高血压防治实践中充分发挥作用。

(收稿日期:2003-11-21)

(本文编辑 张和起)