

心血管 热点荟萃

2014 Cardiovascular Hot Topics Highlights

主编 杨水祥 胡大一



人民卫生出版社
PEOPLE'S MEDICAL PUBLISHING HOUSE

心血管 热点荟萃

2014 Cardiovascular Hot
Topics Highlights

主编 杨水祥 胡大一

人民卫生出版社

图书在版编目 (CIP) 数据

心血管热点荟萃 . 2014 / 杨水祥, 胡大一主编. —北京:
人民卫生出版社, 2014

ISBN 978-7-117-18778-7

I. ①心… II. ①杨… ②胡… III. ①心脏血管疾病-诊疗
IV. ①R54

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (2014) 第 056869 号

人卫社官网	www.pmph.com	出版物查询, 在线购书
人卫医学网	www.ipmph.com	医学考试辅导, 医学数 据库服务, 医学教育资 源, 大众健康资讯

版权所有, 侵权必究!

心血管热点荟萃 2014

主 编: 杨水祥 胡大一

出版发行: 人民卫生出版社 (中继线 010-59780011)

地 址: 北京市朝阳区潘家园南里 19 号

邮 编: 100021

E - mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-59787592 010-59787584 010-65264830

印 刷: 三河市宏达印刷有限公司

经 销: 新华书店

开 本: 787 × 1092 1/16 印张: 35 插页: 1

字 数: 896 千字

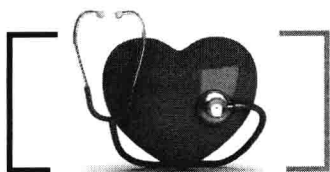
版 次: 2014 年 4 月第 1 版 2014 年 4 月第 1 版第 1 次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-18778-7/R · 18779

定 价: 88.00 元

打击盗版举报电话: 010-59787491 E-mail: WQ@pmph.com

(凡属印装质量问题请与本社市场营销中心联系退换)



主要编者

(以姓氏笔画为序)

丁 超 (解放军白求恩国际和平医院)

丁荣晶 (北京大学人民医院)

万 峰 (北京大学第三医院)

马长生 (首都医科大学附属安贞医院)

马依彤 (新疆医科大学第一附属医院)

马爱群 (西安交通大学医学院第一附属医院)

王 勇 (北京中日友好医院)

王 磊 (广东省中医院)

王建安 (浙江大学医学院附属第二医院)

王海昌 (陕西西安市西京医院)

王景峰 (中山大学孙逸仙纪念医院)

牛国栋 (中国医学科学院阜外心血管病医院)

卢成志 (天津市第一中心医院)

叶 平 (中国人民解放军总医院)

田 野 (哈尔滨医科大学附属第一医院)

朱 俊 (中国医学科学院阜外心血管病医院)

朱文玲 (北京协和医院)

朱建华 (浙江大学医学院附属第一医院)

华 伟 (中国医学科学院阜外心血管病医院)

刘 彤 (天津医科大学第二附属医院)

刘 健 (北京大学人民医院)

刘 强 (广东深圳市孙逸仙心血管医院)

刘兴鹏 (首都医科大学附属朝阳医院)

刘红旭 (首都医科大学附属中医医院)

刘志华 (苏州大学附属第一医院)

刘梅林 (北京大学第一医院)

许 静 (天津市胸科医院)

许俊堂 (北京大学人民医院)

孙宁玲 (北京大学人民医院)

孙英贤 (中国医科大学附属第一医院)

牟建军 (西安交通大学医学院第一附属医院)

严 激 (安徽省立医院)

杜志民 (中山大学附属第一医院)

李 妍 (陕西西安市西京医院)

李 勇 (复旦大学附属华山医院)

李 萍 (南昌大学第二附属医院)

李广平 (天津医科大学第二附属医院)

李为民 (哈尔滨医科大学附属第一医院)



- 李南方(新疆维吾尔自治区人民医院)
李新立(南京医科大学第一附属医院)
杨 萍(吉林大学中日联谊医院)
杨天伦(中南大学湘雅医院)
杨水祥(首都医科大学附属世纪坛医院)
杨东辉(吉林大学第二医院)
杨向军(苏州大学附属第一医院)
杨丽霞(成都军区昆明总医院)
杨杰孚(卫生部北京医院)
杨艳敏(中国医学科学院阜外心血管病医院)
杨新春(首都医科大学附属北京朝阳医院)
吴平生(南方医科大学南方医院)
吴永健(中国医学科学院阜外心血管病医院)
邱春光(郑州大学第一附属医院)
何 青(卫生部北京医院)
邹云增(复旦大学附属中山医院)
汪道武(南京医科大学第一附属医院)
张 运(山东大学齐鲁医院)
张 澍(中国医学科学院阜外心血管病医院)
张冬颖(重庆医科大学附属第一医院)
张永珍(北京大学第三医院)
张宇清(中国医学科学院阜外心血管病医院)
张守彦(郑州大学附属洛阳中心医院)
张承宗(天津医科大学第二附属医院)
张树龙(大连医科大学附属第一医院)
张海波(首都医科大学附属安贞医院)
张海澄(北京大学人民医院)
陈 灿(广东医学院附属医院)
陈玉国(山东大学齐鲁医院)
陈柯萍(中国医学科学院阜外心血管病医院)
陈琦玲(北京大学人民医院)
陈鲁原(广东省人民医院)
陈韵岱(解放军总医院)
郁胜强(第二军医大学附属长征医院)
金志宏(内蒙古医科大学附属医院)
周玉杰(首都医科大学附属安贞医院)
周京敏(复旦大学附属中山医院)
郑 刚(天津市第三医院)
郑强荪(第四军医大学唐都医院)
赵连友(第四军医大学唐都医院)
郝玉明(河北医科大学第二医院)
荆志成(中国医学科学院阜外心血管病医院)
胡 荣(首都医科大学附属安贞医院)
胡大一(北京大学人民医院)
钟久昌(上海交通大学医学院附属瑞金医院)
侯静波(哈尔滨医科大学附属第二医院)
施仲伟(上海交通大学医学院附属瑞金医院)
姚 远(首都医科大学平谷教学医院)
秦明照(首都医科大学附属安贞医院)
袁如玉(天津医科大学第二附属医院)
贾 楠(上海交通大学医学院附属瑞金医院)
贾大林(中国医科大学附属第一医院)
夏云龙(大连医科大学附属第一医院)
党爱民(中国医学科学院阜外心血管病医院)
徐 伟(江苏省南京市鼓楼医院)
徐 标(江苏省南京市鼓楼医院)
徐 耕(浙江大学医学院附属第二医院)
徐新娟(新疆医科大学第一附属医院)
高 炜(北京大学第三医院)
高润霖(中国医学科学院阜外心血管病医院)
郭丽君(北京大学第三医院)
陶 军(中山大学附属第一医院)



黄 峻 (江苏省人民医院)

黄卫斌 (厦门大学附属中山医院)

黄伟强 (广西医科大学第一附属医院)

崔连群 (山东省立医院)

康俊萍 (首都医科大学附属安贞医院)

鹿庆华 (山东大学第二医院)

梁 春 (第二军医大学附属长征医院)

梁 峰 (首都医科大学大兴医院)

葛均波 (复旦大学附属中山医院)

董少红 (广东深圳市人民医院)

董吁钢 (中山大学附属第一医院)

覃 数 (重庆医科大学附属第一医院)

程晓曙 (南昌大学第二附属医院)

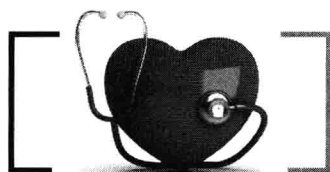
储慧民 (浙江省宁波市第一医院)

曾春雨 (第三军医大学大坪医院)

蔡尚郎 (青岛大学医学院附属医院)

薛玉梅 (广东省人民医院)

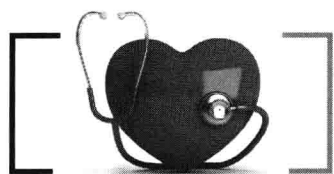
霍 勇 (北京大学第一医院)



编 者

(以姓氏笔画为序)

马 为 王 宁 王 昭 王文娟 王时俊 王忠振 王静方 玉 强 尹先东 石 亮
石首军 乔 宇 乔 青 乔 岩 闫贤良 刘 兵 孙 明 孙国哲 苏 迎 杜贝贝
李 龙 李 旻 李 建 李 萍 李江冰 李晓波 何晓全 余诗雯 邹 彤 张 力
张其同 张国刚 张晓伟 张海涛 林 欢 周 虹 周益峰 郑 晶 钟剑锋 贺文艳
莫 龙 夏 珂 顾 凯 徐晓红 郭雪原 郭瑞威 黄元铸 黄伟强 崔永强 崔涓夏
焦占全 魏峰涛



前 言

《心血管热点荟萃》系列丛书每年出版一本,与国际心血管热点论坛及心脏交叉学科论坛相伴而生。转眼间《心血管热点荟萃》迎来了它的第六个春秋。历经几年的学术会议交流和出版物的发行传播,使《心血管热点荟萃》一书已成为许多医生争相传阅的案头必备。《心血管热点荟萃 2014》力求把最新的学术动态和进展、最新的技术进步和治疗前沿呈现给大家,力求让读者一书在手,便晓动态,便领风骚。

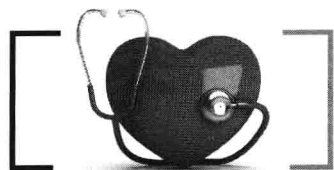
本丛书在紧跟主流学术观点步伐的同时,更注重交叉学科进展。交叉学科的发展,是与心脑血管病、高血压、高血脂和糖尿病等慢性病的发展与要求相辅相成的。利用多学科交叉的综合性、整体性优化效能和方案,积极开展慢性病早防、早诊和规范化治疗,努力推动医疗模式转变。服务临床,奉献社会,是现代医学关注的重点,也是我们每个医生所面临的具体实践和要求。因此,努力夯实基础,提高广大年轻医师综合分析和解决问题的能力,应对慢性病的发展与挑战,也是本丛书所关注的重点。同时,本丛书开拓视野,汇聚热点,力求创新,精益求精,并将实践与理论结合、临床与基础结合,不失为一本启迪思想、引领潮流的学术著作。

“路漫漫其修远兮,吾将上下而求索”,本丛书在多年的探索中,已形成了自己的特色,并将继续在探索中不断完善自己。在此我们向每一位支持该系列丛书的专家致以衷心的感谢!同时也向每一位关心和期待该系列丛书的读者致以最衷心的感谢,感谢你们的支持!

由于编者水平有限,疏漏之处在所难免,欢迎广大读者给予批评指正。

杨水祥 胡大一

2014 年 3 月



目 录

第一章 高血压	1
第一节 2013 年 ESH/ESC 高血压指南深度解读:领悟精髓择善而从	1
第二节 与时俱进迈入血压管理新时代——《2013 ESH/ESC 高血压管理指南》 三大亮点	6
第三节 2013 年法国高血压学会成人高血压治疗指南解读	9
第四节 中国高血压防控的现状与进展	14
第五节 难治性高血压诊断治疗中国专家共识	16
第六节 从 2013 ESH 高血压指南修订看 LIFE 研究十年	22
第七节 高血压诊治的盲区与对策	25
第八节 高血压合并心律失常诊疗策略	28
第九节 白大衣高血压	32
第十节 高血压导致舒张性心力衰竭的诊治进展	36
第十一节 血压异常的现代概念	40
第十二节 糖尿病患者血压控制目标的争论	42
第十三节 降压达标不能懈怠,钙拮抗剂堪当重任	45
第十四节 老年高血压的现实和对策	47
第十五节 肾动脉交感神经消融术治疗顽固性高血压:过去、现在和未来	51
第十六节 高血压患者心率与尿微量蛋白	56
第十七节 老年高血压的管理	59
第十八节 2013 ERS/ESH 阻塞性睡眠呼吸暂停综合征与高血压患者管理建议 介绍	61
第十九节 降压治疗新理念——重视血压变异性	64
第二十节 处理难治性高血压:降压方案之外的考虑	67
第二十一节 中医药在高血压防治领域的研究进展与展望	69
第二十二节 CKD 合并冠心病患者降压治疗策略	71

第二十三节	动态血压技术检测血压波动性的临床价值	75
第二十四节	高血压治疗药物新进展	78
第二十五节	顽固性高血压病因之一——睡眠呼吸暂停综合征	82
第二十六节	顽固性高血压病的微创治疗现状及前景	89
第二十七节	高血压合并糖尿病患者的血压管理	92
第二十八节	去肾交感神经治疗顽固性高血压的当前适应证	94
第二十九节	血管紧张素受体拮抗剂与高血压血管保护	96
第三十节	从机制到临床 - 降压药的转化医学之旅	100
第三十一节	高血压治疗必须降压和降脂双重达标	103
第三十二节	利尿剂在高盐 - 盐敏感性高血压降压治疗中的地位	108
第三十三节	肥胖型难治性高血压的治疗策略	111
第二章	冠心病	115
第一节	心血管介入医学创新——2013 最新进展	115
第二节	2013 ESC 介入心脏病领域研究精粹	116
第三节	2012 年美国心脏病学院基金会关于肌钙蛋白升高对缺血性心脏病的 专家共识	120
第四节	IVUS 在左主干介入治疗中的应用	126
第五节	冠状动脉血运重建:冠状动脉流量储备分数功能评价更重要	128
第六节	血流储备分数在冠脉分叉病变 PCI 中的应用	131
第七节	腔内影像学技术指导冠脉介入治疗的优越性	135
第八节	掌握冠脉旋磨术,学会处理并发症	138
第九节	冠状动脉旋磨术的临床应用	142
第十节	缺血性心脏病发病机制的“太阳系”新概念	146
第十一节	急性冠脉综合征药物治疗进展	151
第十二节	女性冠状动脉微血管病变的诊断和治疗	155
第十三节	ICD 在心肌梗死后患者中的应用	159
第十四节	冠心病 PCI 术后抗栓治疗策略——关于双联抗血小板最佳时程的 探讨	161
第十五节	合并慢性肾脏疾病急性冠脉综合征的研究进展	163
第十六节	药物洗脱球囊现状与展望:希望与挑战并存	166
第十七节	冠心病心电图诊断的常见误区与最新进展	169
第十八节	急性再灌注损伤与心律失常	171
第十九节	准确评估慢性闭塞患者的存活心肌——优化血运重建策略	174
第二十节	力感应技术在导管消融中的应用	176
第二十一节	关注血栓负荷,提高急性心肌梗死生存率	177
第二十二节	急性冠脉综合征合并房颤如何调整抗栓治疗	179
第二十三节	他汀在非 ST 段抬高急性冠脉综合征的早期处理中有何价值	181
第二十四节	具有独特双重作用机制的抗心绞痛新药:尼可地尔	182
第二十五节	心血管介入医生棘手的问题——PCI 术后消化道出血的防治策略	186



第二十六节	肱动脉途径在冠脉介入诊疗中的应用及展望	189
第二十七节	急性冠脉综合征合并糖尿病	190
第二十八节	动脉粥样硬化斑块的检测:血管内超声光学相干断层成像的不同	192
第二十九节	急性 ST 段抬高心肌梗死的早期灌注治疗策略	194
第三十节	冠心病血运重建术后中医干预研究进展	197
第三十一节	抗栓治疗的基础与抗凝治疗	199
第三章	心力衰竭	203
第一节	2013 美国心脏病学院 / 美国心脏协会关于心力衰竭的治疗指南概要	203
第二节	2013 ACCF/AHA 心衰指南药物治疗相关内容解读	212
第三节	中国心衰指南与实践 2013	217
第四节	ACEI 在心力衰竭治疗中的应用	219
第五节	心脏再同步化治疗最新进展	225
第六节	慢性房颤合并心力衰竭的治疗	228
第七节	迷走神经刺激与慢性心力衰竭——转化医学的成功典范	232
第八节	新型抗心衰治疗药物厚积薄发	236
第九节	老年高血压合并舒张功能衰竭诊治研究趋势	239
第十节	慢性心力衰竭的 CRT 治疗:左束支阻滞——唯一的 I 类适应证	244
第十一节	心力衰竭合并心房颤动再同步治疗新视点	246
第十二节	慢性心力衰竭治疗中的心率管理策略	250
第十三节	优化心脏再同步化治疗的分析及策略	254
第十四节	心力衰竭药物治疗进展	258
第十五节	心电图预警心衰风险	261
第十六节	生物标志物对心力衰竭诊疗价值的现状:来自最新临床研究的 证据	264
第十七节	心脏再同步治疗的现状与未来	267
第十八节	从心力衰竭进展历程看中西医学的契合与差异	271
第十九节	慢性心力衰竭与心率	274
第二十节	心力衰竭中低钠血症的处理原则	277
第二十一节	慢性心衰患者植入器械的诊断信息预测心衰再住院	279
第二十二节	左室减容在心力衰竭中的应用	280
第二十三节	心力衰竭合并房性快速性心律失常的治疗	282
第二十四节	心力衰竭合并室性心律失常治疗进展	284
第二十五节	利钠肽在 AHA/ACC 新版心衰指南中的推荐及其在心衰指导治疗中的 进展	285
第二十六节	轻中度心衰患者的 CRT 治疗	286
第二十七节	器械治疗与右心衰竭	287
第二十八节	左室射血分数保留心力衰竭的诊疗进展	288
第二十九节	欧洲药监局批准伊伐布雷定心衰新适应证——优化稳定性冠心病和 心衰治疗的新选择	289



第三十节 ACEI 在心力衰竭治疗中的应用	292
第三十一节 迷走神经刺激治疗慢性心衰的机制探索	297
第三十二节 心脏性猝死的二级预防:首选单腔 ICD 还是双腔 ICD	300
第四章 心律失常	304
第一节 《心律失常紧急处理专家共识》解读	304
第二节 心律失常器械治疗的研究热点——2013 HRS 最新研究综述	308
第三节 急诊心律失常诊治进展	309
第四节 急诊心律失常的心脏电复律和电除颤	312
第五节 妊娠心律失常的急症处理	317
第六节 导管射频消融严重并发症的识别、处理及预防	320
第七节 别了,阿司匹林! ——房颤抗栓治疗的新时代	323
第八节 心房颤动抗心律失常药物研发的前景方向	326
第九节 Brugada 综合征之药物治疗	330
第十节 胺碘酮的正确应用	333
第十一节 自主神经系统与心律失常	334
第十二节 肾动脉去神经化治疗对于房颤消融预后的改善作用	335
第十三节 如何把握房颤药物复律和电复律的适应证	339
第十四节 窄 QRS 型心动过速的鉴别	340
第十五节 房颤伴急性冠脉综合征患者的抗栓治疗	343
第十六节 短 QT 综合征:因为鲜见,更需认知	345
第十七节 2012 年美国心脏病学院基金会 / 美国心脏协会 / 美国心脏节律协会 关于心脏起搏器置入治疗指南的更新	346
第十八节 2012 年美国心脏病学院基金会 / 美国心脏协会 / 美国心脏节律协会 (ACCF/AHA/HRS) 关于置入型心脏转复除颤器 (ICD) 的治疗指南	353
第十九节 心脏磁共振在室性心动过速及心脏再同步化治疗中的作用	357
第二十节 新型口服抗凝药物在非瓣膜性心房颤动中的应用进展	361
第二十一节 持续性房颤的治疗——未来谁主沉浮	364
第二十二节 心室电风暴的诊断与治疗新进展	367
第二十三节 应用三维标测系统近零射线导管消融复杂室上性心动过速	371
第二十四节 心房颤动导管消融策略评价	373
第二十五节 心房颤动导管射频消融严重并发症和识别、处理及预防	378
第二十六节 体表心电图快速判断房性心动过速起源的流程	381
第二十七节 早期复极综合征与特发性室颤:已知、新知和未知	385
第二十八节 心房颤动导管消融围术期的抗凝治疗	386
第二十九节 抗栓治疗的基础与抗凝治疗	389
第三十节 心电重构的影响及意义进展	392
第五章 学科交叉	398
第一节 院内心脏骤停治疗美国专家共识解读	398

第二节	千举万变,其道一也——从血脂管理指南更新历程看 2013 AHA/AC 新指南	401
第三节	心血管疾病的早期决定因子	404
第四节	双心医学研究进展	410
第五节	心衰导致心律失常的机制与进展	414
第六节	糖尿病心房重构的研究进展	420
第七节	关注低 T_3 综合征与心力衰竭	423
第八节	甲状腺功能异常与冠心病	425
第九节	糖尿病患者经皮冠状动脉介入治疗进展	428
第十节	个体化心脏康复标准促进心脏康复 / 二级预防落实	430
第十一节	信息化建设在胸痛中心建设中的地位	435
第十二节	多囊肾病患者的血压控制	438
第十三节	高血压合并糖尿病的综合管理要点	440
第十四节	急性 PCI 再灌注心律失常的发生机制及防治进展	442
第十五节	女性高血压与心理障碍	444
第十六节	女性血脂异常与心血管疾病	447
第十七节	妊娠合并慢性高血压的治疗	450
第十八节	如何处理心脏外科手术后的房颤?	452
第十九节	特殊类型心肌病的诊断与治疗	454
第二十节	体外循环与非体外循环冠状动脉旁路移植术之优劣——无冕的 王者之争,最终的胜利属谁?	456
第二十一节	心房颤动与睡眠呼吸暂停低通气综合征	458
第二十二节	心血管疾病个体化医学展望	462
第二十三节	ADVANCE 研究简介	466
第二十四节	CRT/CRTD 治疗扩张性心肌病的研究进展	467
第二十五节	心源性猝死高危人群筛查——证据回顾	471
第二十六节	胸主动脉夹层动脉瘤与急性心肌梗死的鉴别诊断	475
第二十七节	晕厥:不容小觑的疾病	478
第六章	基础研究	479
第一节	microRNAs 转录与表观遗传调控	479
第二节	BNP/NT-proBNP 在心血管一级预防人群中的预测作用	484
第三节	RELAXIN2:急性心力衰竭治疗新希望	485
第四节	PCSK9 单克隆抗体降低 LDL-c 的临床研究	488
第五节	炎症因子及应激因素在高血压左室肥厚发生中的作用	491
第六节	心房颤动的冷冻球囊消融	495
第七节	生化标志物在高血压发病预测中的作用	498
第八节	鱼和熊掌兼得——伊伐布雷定改善心衰患者生活质量及预后	501
第九节	内皮微颗粒——高血压血管内皮损伤新指标	503
第十节	STREAM 试验:早期溶栓疗效等同于直接 PCI 术	504

第十一节	高血压血管重构“outside-in”学说——关注血管外膜研究	505
第十二节	内皮微颗粒:囊泡转运与血管功能调控	507
第十三节	兴奋收缩耦联和心力衰竭	511
第十四节	心脏的再生治疗研究进展	514
第十五节	缝隙连接重塑和心律失常的研究进展	516
第十六节	抗血小板药物的个体化应用	519
第十七节	左主干病变的影像学:IVUS、OCT 及 FFR 的应用价值	520
第十八节	系统生物学——将心律失常研究引向深入	524
第十九节	基因检测在遗传性心律失常诊疗中的应用	527
第二十节	心血管病一级预防他汀时代或将来临	531
第二十一节	miRNA 与心律失常	532
第二十二节	新型口服抗凝药物相关性出血的处理策略现状	538
第二十三节	抗氧化剂防治心房颤动	540

年后的参考文献约占三分之二,这充分体现出指南的制定反映了最新的研究进展。

2 流行病学

新版指南中增加了近年来关于欧洲高血压及相关疾病流行病学趋势的数据,特别强调在西欧致死性脑卒中的发生率已显著降低,而东欧某些国家的致死性脑卒中还有所增多。同时指出,冠心病预防更应强调根据总体心血管风险进行综合干预,主要原因在于大多数高血压患者常合并多重心血管危险因素。以上内容构成了新版指南中诊断评估、治疗干预建议的基本理论和实践基础。

3 诊断

3.1 定义不变,诊室外血压受关注

新版指南一方面仍坚持诊室血压与心、脑、肾、血管并发症的发生呈独立连续性相关,另一方面也强调诊室外血压测量(家庭自测血压和动态血压)同样与上述并发症间存在这样的关联性。

根据诊室血压和诊室外血压方法定义的成人血压水平和高血压诊断标准与2007年版指南相同,未做更改。这充分反映出经过多年临床干预及流行病学研究,高血压的定义不太可能再有颠覆性的改变。

3.2 风险分层趋于细化和合理化

新版指南重点参考了欧洲的系统性冠心病风险评估(SCORE)模型对总体风险评估更新,这与2012年ESC在《心血管疾病预防指南》中提出的风险评估方法结果较吻合。此次修订更细化了其中内容,对慢性肾脏病不同阶段以及合并或不合并其他危险因素的糖尿病患者进行了区分,不再将代谢综合征列入危险分层(表1-1-1)。就此,专家委员会指出,代谢综合征的定义和诊断标准有多个,目前表格中列出的3个危险因素与90%以上的代谢综合征重叠,因此风险分层表中未再列入代谢综合征。总体看来,这样的细化分层更加合理,细致分类也很有必要,但对一般临床医生,掌握起来可能会更加困难。

表 1-1-1 关于心血管危险分层的推荐

其他危险因素、无症状的 器官损害或疾病	血压(mmHg)			
	正常高值	1级高血压	2级高血压	3级高血压
	收缩压 130~139 或舒张压 85~89	收缩压 140~159 或舒张压 90~99	收缩压 160~179 或舒张压 100~109	收缩压 ≥180 或舒张压 ≥110
无其他危险因素		低危	中危	高危
1~2个危险因素	低危	中危	中~高危	高危
≥3个危险因素	低~中危	中~高危	高危	高危
器官损害、慢性肾脏病3期 或糖尿病	中~高危	高危	高危	高~极高危
有症状的心血管疾病、≥4 期慢性肾脏病或糖尿病伴 靶器官损害/危险因素	极高危	极高危	极高危	极高危

3.3 诊室血压的诊断地位仍不可替代

新版指南强调,诊室血压测量仍是高血压筛查、诊断及管理的“金标准”,但其局限性促使

诊室外血压测量越来越多地被用于高血压诊治。诊室外血压测量包括动态血压监测和家庭血压测量,两者各有不足、互相补充,但并非互相替代,参考动态血压的诊疗过程常有更多高血压专科医生参与。这两种方法均有助于检出白大衣高血压和隐蔽性高血压,且初步队列研究显示,这两种异常的血压类型可能与临床不良预后相关,前者危害稍弱。另外,新版指南也提出,由于含汞血压测量装置逐渐被淘汰,包括电子血压计在内的非含汞血压计将在医院中更多使用,有条件的话可尝试在诊室设立自动血压计,由患者自行测血压,这样可减少白大衣效应。同时测血压时应记录心率。

多项研究显示,对临床具有明确应用价值的动态血压参数仅包括白天、夜间及全天平均血压值,而近年来涌现的一些动态血压衍生指标,如血压变异的参数、血压晨峰和血压负荷等,仍处于临床研究阶段,尚不具备临床普遍应用的条件。与2011年英国国家卫生与临床优化研究所(NICE)高血压指南不同的是,新版指南并不要求所有高血压患者经动态血压监测确诊。

近年来,欧洲国家、日本等学者组织了多项关于动态血压和家庭血压测量的研究,其结果显示血压水平与预后明确相关,但由于一些衍生指标可重复性差、尚缺乏针对诊室外血压干预并以预后指标为研究目标的大规模临床试验,诊室外血压尚无法取代诊室血压在高血压诊治中的地位。

3.4 年轻患者靶器官损害评估待重视

新版指南仍着重强调对原发性高血压的诊断,对继发性高血压则主要是提出基本诊断和筛查方法,并未着墨很多。其主要原因在于,大部分继发性高血压常需高度专业化处理,并非本指南的重点。

新版指南在诊断评估部分特别强调了无症状性靶器官损害(包括心脏、血管、肾脏、眼和脑等)检测的重要性。目前多数研究仅重视老年或有并发症的患者,对年轻高血压患者相对忽视,但后者中并发症发生较少而无症状性靶器官损害的发生较多,对其忽视或有效干预不足常意味着可逆的靶器官损害会最终发展为不可逆的并发症,使患者进入高危状态。

须指出,对遗传因素与高血压这一多年来的重要研究热点,新版指南仅几笔带过。主要原因是,近些年来遗传学研究仅在一些少见疾病方面有进展,对高血压这样一个多因素所致疾病而言,遗传因素所起的作用非常有限,即使采用一些新的方法,也有一些新的发现,但还须对众多关联性研究结果进行深入的机制探索,离有效指导临床实践还有相当的距离。

4 治疗

4.1 治疗时机及目标或存人群差异

该内容是新版指南更新的重中之重。新版指南建议的降压目标值趋于一致,无论对高危还是低危患者,收缩压目标值均为 $<140\text{mmHg}$,且正常高值血压($130\sim 139/85\sim 89\text{mmHg}$)人群无需降压药物治疗(表1-1-2)。

总体而言,基于循证原则,对2~3级和1级高危高血压患者,多项临床研究证实降压治疗可改善预后,但对1级的低~中危高血压患者、年轻的单纯收缩期高血压患者和老年1级高血压患者,并无临床研究证实降压治疗有益。新版指南中特别引用了在中国进行的FEVER研究,虽然其多数患者为1级高血压,但都合并危险因素及临床并发症,并非低~中危患者,因此也未能解决低~中危患者降压问题。另外,关于高血压合并糖尿病患者的降压治疗,新版指南指出,根据目前证据,并无临床研究证实降压目标低于 $130/80\text{mmHg}$ 有益。对其他合并心、脑、肾

表 1-1-2 新版指南治疗时机及目标

其他危险因素、无症状 的器官损害或疾病	血压 (mmHg)			
	正常高值 收缩压 130~150 或舒张压 85~89	1 级高血压 收缩压 140~159 或舒张压 90~99	2 级高血压 收缩压 160~179 或舒张压 100~109	3 级高血压 收缩压 ≥ 180 或舒张压 ≥ 110
无其他危险因素	不进行血压干预	● 改变生活方式数月 ● 然后加用降压药物, 目标为 $<140/90$	● 改变生活方式数周 ● 然后加用降压药物, 目标为 $<140/90$	● 改变生活方式 ● 立即行降压药物治疗, 目标为 $<140/90$
1~2 个危险因素	● 改变生活方式 ● 不进行血压干预	● 改变生活方式数周 ● 然后加用降压药物, 目标为 $<140/90$	● 改变生活方式数周 ● 然后加用降压药物, 目标为 $<140/90$	● 改变生活方式 ● 立即行降压药物治疗, 目标为 $<140/90$
≥ 3 个危险因素	● 改变生活方式 ● 不进行血压干预	● 改变生活方式数周 ● 然后加用降压药物, 目标为 $<140/90$	● 改变生活方式 ● 降压药物治疗, 目标为 $<140/90$	● 改变生活方式 ● 立即行降压药物治疗, 目标为 $<140/90$
器官损害、慢性肾脏病 3 期或糖尿病	● 改变生活方式 ● 不进行血压干预	● 改变生活方式 ● 降压药物治疗, 目标为 $<140/90$	● 改变生活方式 ● 降压药物治疗, 目标为 $<140/90$	● 改变生活方式 ● 立即行降压药物治疗, 目标为 $<140/90$
有症状的心血管疾病 2~4 期慢性肾脏病或 糖尿病 伴靶器官损害危险因素	● 改变生活方式 ● 不进行血压干预	● 改变生活方式 ● 降压药物治疗, 目标为 $<140/90$	● 改变生活方式 ● 降压药物治疗, 目标为 $<140/90$	● 改变生活方式 ● 立即行降压药物治疗, 目标为 $<140/90$

脏并发症的患者,支持血压降低至 130/80mmHg 的证据也并不强。因此,对于上述高危患者,新版指南建议血压的控制目标值应为 140/90mmHg,糖尿病患者血压应控制在 140/85mmHg 以下。同时强调,对无合并症的血压正常高值人群,目前无临床研究支持给予降压药物治疗。

笔者认为,新版指南关于高危患者降压目标的更新有其合理性,基于现有研究确实无明确证据显示对欧美人群积极降压 ($<130/80$ mmHg) 可获益。这对指导欧洲医师进行高血压防治无疑提供了充分的依据。然而,这些建议对我国高血压防治的指导意义仍须深入分析和取舍。一方面,我国流行病学研究显示,脑卒中发生率远高于心肌梗死的局面仍无明显改变;另一方面,我国近期完成的一些高血压临床研究显示,即使是在血压有效控制的情况下,我国高血压患者主要并发症仍为脑卒中,远多于心肌梗死。当然,我们更应强调降压治疗个体化,老年和冠心病患者的血压不宜降得过低,但从人群干预角度看,仍应强调对可耐受的高血压合并糖尿病患者,较低的血压控制目标 ($<130/80$ mmHg) 利于减少整体心血管风险。

目前关于降压目标是否存在 J 形曲线的讨论很多,新版指南也强调对此应重视。但此问题并未根本解决,关于降压理想目标的前瞻性研究有限,已完成的仅有 HOT、ACCORD 研究,其