

# 控制血压是防治心血管疾病的根本

## ——世界卫生组织《全球高血压流行趋势综合分析报告》解读

余振球 申艳梅

**【摘要】** 世界卫生组织在 2023 年 9 月 19 日发布了《全球高血压流行趋势综合分析报告》(以下简称《报告》),报道了全世界的高血压患者由 1990 年的 6.5 亿上升到 2019 年的 13 亿,高血压导致的各种心血管疾病严重影响患者健康,但全球高血压控制的形势十分严峻,已成为一个重要的公共卫生问题。该报告就如何提高高血压控制率,提出了一系列的行动指南,强调早期发现高血压并及时启动抗高血压药物治疗,合理使用抗高血压药物,使患者血压达标,坚持健康生活方式,提高高血压治疗和预防的效果。在大高血压学理论指引下,结合我国高血压防治实际情况,参考该报告的建议,更规范诊疗高血压,提高我国高血压控制率,预防心血管疾病发生、发展,保护城乡居民健康。

**【关键词】** 高血压; 报告解读; 流行病学; 心血管疾病; 高血压治疗; 抗高血压药物

**DOI:** 10.19542/j.cnki.1006-5180.2311-901

2023 年 9 月 19 日,世界卫生组织发布了《全球高血压流行趋势综合分析报告》(以下简称《报告》)。《报告》中指出,在 30~79 岁的人群中,大约有 33% 的人受到高血压的影响。全球高血压患者的人数从 1990 年的 6.5 亿增加到 2019 年的 13 亿<sup>[1]</sup>。高血压会导致中风、心脏病发作、心力衰竭、肾损害和其他健康问题,也会给患者家庭、医疗系统和国家造成巨大的经济负担。目前,全世界 30~79 岁的高血压患者中,诊断率为 54%,治疗率为 42%,控制率为 21%<sup>[2]</sup>。如果各国能够共同努力,将高血压控制率提高至 50%,则 2023—2050 年间可以避免 7 600 万人死亡、1.2 亿例中风、7 900 万例心脏病发作和 1 700 万例心力衰竭<sup>[3]</sup>。这提示改善高血压预防和治疗是可行、低成本、安全、必要的,有效的高血压管理将带来健康福祉和效益。

该报告就提高高血压的控制率,特别是对开展高血压防治与全球公共卫生应开展的项目及实施计划提出了一系列行动指南。笔者认为,在卫生健康部门领导下,专家们应研究、讨论、制定高血压防治实施原则与方案,并指导、带领我国各级医疗机构和广大医务人员为落实这些任务、项目而努力,还要动员广大高血压患者及其家属主动接受,配合高血压防治措施的相关具体内容。该报告再次确认,高血压的危险因素包括高钠低钾饮食、饮酒、吸烟、缺乏身体锻炼和空气污染等,为做好高血压防治工作提供了具体的内容,健康的生活方式有助于预防和控制高血压。目前,我国高血压的情况和

该报告报道的数据大体相近,建议按照世界卫生组织提出的这些行动计划、原则和方案,积极有效地推进我国高血压防治工作,尤其是提高高血压控制率。本文结合我国高血压防治实际情况,在大高血压学理论指引下,提出做好我国高血压规范诊疗的实施,所以对该报告进行及时解读非常重要。

### 1 发现高血压让患者进入诊疗途径

因为高血压患者的快速增长和控制不佳,是导致目前全球心血管疾病高发且严重的重要原因,控制高血压当然成为重要任务。发现、确定高血压患者是控制血压的关键。该报告强调测量血压就能发现高血压,还提醒我们注意,大多数高血压患者无或至少有症状,只有测量血压才能发现高血压。诊断标准:采用正规的血压计,在合适的血压测量状态下,连续两天测量血压,收缩压 $\geq 140$  mmHg 和(或)舒张压 $\geq 90$  mmHg。今后工作中要增强城乡居民测血压的意识,帮助患者及时发现高血压。该报告特别强调,对血压异常(正常范围内有血压变化者),通过密切随诊发现高血压。这与笔者提出的发展中高血压诊治原则一致,我们应继续做好发展中高血压的随访、观察和处理。早期诊断是高血压患者健康生活的良好开端,高血压的诊断应尽快确立,以便早期进入诊疗途径。

### 2 高血压要及时治疗

试验已经证明,对高血压患者进行抗高血压药物治疗,短期内就能预防心血管疾病发生。如 VALUE 研究

作者单位: 550004 贵阳,贵州省高血压诊疗中心(余振球); 贵阳,贵州医科大学附属医院高血压科(余振球); 贵阳,贵州医科大学本科在读(申艳梅)

通信作者: 余振球, Email: yuzhenqiuz@sina.com

中, 对治疗一个月时的收缩压控制水平进行分层分析发现, 血压控制水平与心源性事件、卒中和总死亡率呈正相关, 对六个月时的数据分析也得到了类似的结果; 基于一个月有效的结果分析显示, 治疗一个月就有效者在降低复合心脏终点、卒中、所有原因死亡方面都有显著意义, 这表明达到血压控制的时间对临床预后有重要意义, 推荐的血压目标需要在短时间内(数周而非数月)达成<sup>[4]</sup>。说明尽早开展抗高血压药物治疗对高血压患者预防心血管疾病的发生、发展意义重大。对于高血压的管理, 该报告推荐积极启动抗高血压药物治疗, 并将抗高血压药物治疗的迫切性置于继发性高血压的筛查和心血管疾病的风险评估之上。因此, 对于新诊断的高血压患者, 查找高血压原因后要及时开始抗高血压药物治疗。该报告传达出了一旦诊断为高血压就要开始抗高血压药物治疗的决心和态度, 我们要正确理解和积极接受这种观点。但实际的临床工作中, 未接受抗高血压药物治疗之前, 查找高血压原因不仅方便, 而且花费时间很短, 对启动抗高血压药物治疗的时间耽搁亦很少。笔者认为, 积极控制血压不是简单地以降低血压为唯一目的, 最终目的是为患者有效的预防靶器官损害和心血管疾病的发生发展。笔者强调, 不能以孤立、片面的观点看待高血压, 要将导致高血压的原因、高血压及其导致的各个疾病联系起来。只有查找高血压的原因、评估心血管疾病总体风险, 才能为患者提供更好的防治措施。因此, 对于确定为高血压的患者, 都要完善高血压患者十三项常规检查, 以筛查继发性高血压的原发疾病, 其他心血管疾病危险因素, 靶器官损害和各种心血管疾病, 并给予相应的及时有效的处理。

### 3 推荐常用抗高血压药物

给高血压患者提供疗效确切、安全、价廉的抗高血压药物, 方便高血压防治临床医师容易掌握和使用, 是控制高血压的有效方法。该报告推荐噻嗪类利尿剂、血管紧张素转换酶抑制药(ACEI)/血管紧张素Ⅱ受体阻滞剂(ARB)、长效钙通道阻滞剂(CCB)作为一线药物使用, 且可任意联合治疗。笔者一直主张, 利尿剂、ARB、ACEI、CCB和 $\beta$ 受体阻滞剂都可以用于抗高血压的起始和维持治疗, 所谓一线、二线、三线用药的分类方法缺乏科学性和实用性, 任何降压治疗的心血管保护作用源自降压本身。每种抗高血压药物都有优点和缺点, 有其适应证和禁忌证, 应按循证医学证据选择药物。

笔者认为,  $\beta$ 受体阻滞剂不仅是一个疗效确切的抗高血压药物, 而且是治疗很多心血管疾病的药物, 应作为抗高血压药物推荐给临床医师合理使用。高血压患者合并各种其他疾病时, 选用抗高血压药物是有区别的。如合并慢性肾脏病、糖尿病、心室肥厚或心脏增大等疾病时, 排除禁忌后应重视ACEI/ARB药物的应用。存

在冠心病心绞痛、心肌梗死病史、慢性心力衰竭或交感神经功能亢进、心房颤动、有妊娠计划或妊娠的年轻女性和主动脉夹层等疾病时, 应强调 $\beta$ 受体阻滞剂的应用。舒张压高、心率快、交感神经兴奋性增加, 高肾素型原发性高血压对 $\beta$ 受体阻滞剂药物降压效果同样好。 $\beta$ 受体阻滞剂作为治疗高血压的药物有40多年的历史, 在高血压的治疗中占有重要地位。2005年瑞典LINDHOLM等对 $\beta$ 受体阻滞剂治疗原发性高血压的20项研究(共133384例)进行荟萃分析, 结果显示 $\beta$ 受体阻滞剂组发生脑卒中的相对危险性较其他药物治疗组高16%, 心肌梗死和总死亡的发生率没有显著性差异<sup>[5]</sup>, 由此引发了国际上对 $\beta$ 受体阻滞剂在原发性高血压治疗中地位的广泛争论, 《英国高血压治疗指南》甚至也因此将 $\beta$ 受体阻滞剂从一线抗高血压药物中撤出。但由于这些原始研究中选用的 $\beta$ 受体阻滞剂均为当时临床上应用较少的第一代产品, 所以荟萃分析结果容易产生某些偏差。笔者和我国专家普遍认为,  $\beta$ 受体阻滞剂在高血压治疗中的地位不容动摇。

关于抗高血压药物联合应用, 一定要选择降压作用机制不同和作用特点不同的抗高血压药物联用。笔者认为,  $\beta$ 受体阻滞剂与具有扩血管作用的CCB等合用效果更佳。理由有三: 其一, 虽然 $\beta$ 受体阻滞剂阻断心脏的 $\beta_1$ 受体为主, 但对外周血管的 $\beta_2$ 受体也有一定的阻滞作用, 导致外周血管以 $\alpha$ 受体兴奋占优势, 影响外周血管的舒张作用, CCB可抵消这种影响。其二,  $\beta$ 受体阻滞剂能减慢心率, 恰好对抗CCB引起的反射性心率加快。其三,  $\beta$ 受体阻滞剂降低舒张压为主, 而CCB降低收缩压为主。两种作用机制不同的抗高血压药物联用, 效果是二者之和。研究表明, 以CCB为基础, 联合应用 $\beta$ 受体阻滞剂可以降低70%以上高血压患者的血压<sup>[6]</sup>。另外, 关于利尿剂与CCB联用, 由于利尿剂在利尿减低血容量的同时增加钠离子排出, 使血管平滑肌细胞钠钙交换减少, 细胞内钙离子减少, 从而舒张血管。而CCB在舒张血管的同时, 扩张肾小球入球小动脉, 增加肾小球的有效滤过血流量, 从而在一定程度上兼有利尿作用。因此, 利尿剂与CCB的作用机制有重叠, 都以降低收缩压为主, 反射性引起心率加快, 不推荐二者直接联用。

### 4 用药步骤和技巧

因为高血压患者众多, 分布广, 参与高血压治疗的医疗机构和医务人员多, 很多临床医生经验不足, 所以各种高血压治疗指南、规范甚至教科书, 给高血压患者治疗提出步骤, 便于在短时间内让各级医疗机构从事高血压诊疗的临床医生学习和应用, 对提高高血压的治疗率和控制率是有意义的。该报告介绍的斯里兰卡提出一项简单的高血压治疗方案, 推荐18~79岁的高血压患者使用五步治疗法: ①氯沙坦50mg+氨氯地平5mg;

② 氯沙坦 100 mg+ 氨氯地平 10 mg; ③ 加用利尿剂氢氯噻嗪 25 mg; ④ 氢氯噻嗪加量至 50 mg; ⑤ 寻求高血压专家诊疗。临床实践证实, 各类抗高血压药物降压幅度与治疗前血压水平密切相关; 任何一类抗高血压药物收缩压降低 10 ~ 20 mmHg, 舒张压降低 5 ~ 10 mmHg; 两类不同类型的抗高血压药物合用, 降压效果为该二者效果之和; 同类抗高血压药物增加剂量一倍, 降压效果只能增加降压幅度的 20%; 在高血压不能控制时, 应根据患者情况挑选合适的、不同作用机制的抗高血压药物合用, 而不是单纯地增加剂量。

根据顽固性高血压的定义, 联合应用 3 种或以上包括利尿剂在内的降压药仍不能控制 (收缩压  $\geq$  140 mmHg 和 / 或舒张压  $\geq$  90 mmHg) 的高血压称为顽固性高血压。在前文中斯里兰卡提出的一项简单的高血压治疗方案中, 第三步治疗效果不佳时已达到顽固性高血压的诊断标准, 改方案还加量利尿剂, 无效时才寻求高血压专家的诊治。笔者倡议, 各级医疗机构要大力培养高血压专家, 这样可以让高血压患者在当地得到专业的诊疗服务, 而非简单或常规转诊至上级医院寻找专家治疗。

## 5 健康生活方式有助于控制高血压

健康的生活方式是预防和控制高血压的一个重要部分。该报告强调了健康的生活方式对预防和控制高血压的重要性, 包括低钠高钾饮食、限酒、戒烟、锻炼身体和减少空气污染等。在饮食方面, 虽然饮食因个人特征、文化背景、当地食物和饮食习惯而异, 但是总体的饮食原则是相同的。该报告指出, 低钠高钾饮食具有降低血压的效果, 建议患者减少盐的摄入, 选择含钠量低的食物, 多吃富含纤维、钾的食物。虽然饮酒当时可以降低血压, 但在饮酒后几个小时, 血压就会回升。即使是摄入较少或中等量的酒精, 长此以往也会增加高血压的患病率。世界卫生组织制定了“SAFER”, 以便减少酒精的危害。S 为 strengthen, 加强酒精供应的限制; A 为 advance, 抵制酒后驾驶; F 为 facilitate, 促进筛查、短期干预和治疗; E 为 enforce, 禁止酒类广告、赞助和促销活动; R 为 raise, 提高酒精的价格。吸烟与血压升高的关系很密切, 而且吸烟不仅是高血压的危险因素, 也是许多心血管疾病的危险因素, 戒烟有助于预防许多心血管疾病, 对高血压患者更有明显的益处。世界卫生组织提出的“MPOWER”由以下措施组成: M 为 monitor, 监测烟草的使用; P 为 protect, 保护居民免遭二手烟的危害; O 为 offer, 应当对想戒烟的人提供戒烟帮助; W 为 warn, 警示烟草危害; E 为 enforce, 禁止烟草广告; R 为 raise, 提高烟草消费税。锻炼身体也能为高血压患者带来许多的益处, 如延缓高血压患者的心血管病进展和降低其死亡率, 改善高血压患者的生活质量。与不锻炼的对照组相比, 积极锻炼身体的高血压患者可以使

收缩压降低约 12 mmHg, 舒张压降低约 6 mmHg<sup>[7]</sup>。世界上还有很多人口暴露在空气质量不佳的环境当中, 空气污染主要引起缺血性心脏病和中风等心血管疾病, 而高血压是许多心血管疾病的病因, 空气污染也会提高高血压的患病率, 公共卫生不应该忽略由空气污染造成的疾病负担, 应积极改善空气质量, 为预防和控制高血压等与空气污染相关的疾病提供机会。

健康的生活方式虽然有助于患者控制血压, 但是作用有限, 仅仅通过健康生活方式控制高血压是不现实的, 要想长久、有效地控制高血压, 必须将抗高血压药物治疗与健康生活方式结合起来, 以抗高血压药物治疗为主, 健康生活方式为辅, 共同帮助患者控制高血压。此外, 对于未诊断为高血压的患者, 也推荐健康生活方式, 以便预防高血压的发生、发展。

## 参 考 文 献

- [1] NCD RISK FACTOR COLLABORATION (NCD-RISC). Worldwide trends in hypertension prevalence and progress in treatment and control from 1990 to 2019: a pooled analysis of 1201 population-representative studies with 104 million participants[J]. Lancet, 2021, 398 (10304): 957.
- [2] GLOBAL HEALTH OBSERVATORY (GHO). Noncommunicable diseases: risk factors[online database]. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/ncd-risk-factors>, accessed 2 August 2023).
- [3] PICKERSGILL S J, MSEMBURI W T, COBB L, et al. Modeling global 80-80-80 blood pressure targets and cardiovascular outcomes[J]. Nat Med, 2022, 28 (8): 1693.
- [4] JULIUS S, KJELDSSEN S E, WEBER M, ET AL. OUTCOMES IN HYPERTENSIVE PATIENTS AT HIGH CARDIOVASCULAR RISK TREATED WITH REGIMENS BASED ON valsartan or amlodipine: the VALUE randomized trial[J]. Lancet, 2004, 363 (9426): 2022.
- [5] LINDHOLM L H, CARLBERG B, SAMUELSSON O. Should beta blockers remain first choice in the treatment of primary hypertension? A meta-analysis[J]. Lancet, 2005, 366 (9496): 1545.
- [6] 刘力生, 张维忠, 郝建生, 等. 非洛地平缓释片在高血压治疗中的达标率和安全性研究 [J]. 中华心血管病杂志, 2004, 32 (4): 291.
- [7] CAO L J, LI X X, YAN P J, et al. The effectiveness of aerobic exercise for hypertensive population: a systematic review and meta-analysis[J]. J Clin Hypertens (Greenwich), 2019, 21 (7): 868.

(收稿: 2023-11-20)

(本文编辑: 陆 易)