

2014 美国成人高血压指南 (JNC8) 概述

美国 JNC8 委员会于 2013 年 12 月发布了 2014 美国高血压管理指南,12 月 17 日晚北京阜外心血管病医院心内科张宇清教授率先通过微信发布这一消息,指南“全文 14 页,45 篇文献;回答了 3 个问题,做了 9 个推荐。”

【新指南内容简介】

(1) 60 岁以上人群的目标血压为 150/90mmHg,60 岁以下人群目标值为 140/90mmHg,包括糖尿病和肾脏病患者。

(2) 噻嗪类利尿剂、CCB、ACEI 和 ARB 四大类药物作为初始治疗药物(一线治疗药物,黑人仅利尿剂与 CCB),可单独或联合使用; β 受体阻滞剂退出一线,降至四线,与螺内酯同等地位。

(3) 新指南强调了达标和维持目标(长期达标)[The main objective of hypertension treatment is to attain and maintain goal BP]。

(4) 新指南不是那么强烈推荐起始联合了[Some committee members recommend],而是“起始单药再单药加量”、“起始单药再加第二种”、“起始两种联合”三种策略都可以。

(5) 肾病患者首选 RAS 阻断剂;糖尿病患者没有优先推荐 RAS 阻断剂,而是四种都可以;CCB 减少卒中优于 ACEI(中国的主要问题是卒中)。

【新指南的变化】

河北省人民医院的郭艺芳教授对备受关注的 2014 年美国高血压治疗指南与旧版指南(JNC7)进行了相比(见图 1),新指南的主要变化包括以下几个方面:

1. 降压治疗目标值

在 JNC7 指南中,分别为无合并症的高血压患者(目标血压 $<140/90\text{mmHg}$)与糖尿病和慢性肾病等心血管高危人群(目标血压 $<130/80\text{mmHg}$)推荐了不同的目标值。

但 JNC8 指南认为,旧版指南中的上述建议缺乏充分依据,为心血管风险水平增高的高血压患者进行更为严格的血压控制可能不会使患者更多获益。JNC7 指南中建议将老年高血压患者控制在 $< 140/90$ mmHg 同样存在此问题。

新指南仅根据年龄对降压目标值进行了区分: ≥ 60 岁的患者血压目标值为 $< 150/90$ mmHg, < 60 岁者(≥ 18 岁)的目标值为 $< 140/90$ mmHg。糖尿病和慢性肾病患者的降压目标值同样为 $< 140/90$ mmHg。

2. 启动治疗的时机

对于 ≥ 60 岁的老年患者,当血压 $\geq 150/90$ mmHg 时可考虑启动药物治疗,并将血压降至此值以下。

年龄 < 60 岁者和(或)糖尿病和慢性肾病患者,血压 $\geq 140/90$ mmHg 即考虑启动降压药物治疗,并将血压控制在此值以下。

3. 关于一线降压药物的推荐

与 JNC7 指南不同,新指南仅建议将噻嗪类利尿剂、血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)、血管紧张素受体阻滞剂(ARB)以及钙通道阻滞剂(CCB)作为一线降压药物,不再推荐 β 受体阻滞剂用于高血压患者的初始治疗。

新指南建议,非黑人高血压患者(包括糖尿病患者)可首选噻嗪类利尿剂、ACEI、ARB 或 CCB 治疗,黑人高血压患者(伴或不伴糖尿病)首选噻嗪类利尿剂与 CCB。慢性肾病患者(无论是否伴糖尿病)应首选 ACEI 或 ARB 治疗。

4. 降压治疗方案的调整策略

在初治高血压的药物治疗策略方面,新指南认为以下三种方案均可考虑:

A. 先选用一种药物治疗,逐渐增加至最大剂量,若血压仍不能达标则加用第二种药物;

B. 先选用一种药物治疗,血压不达标时不增加该药剂量,而是联合应用第二种药物,

C . 若基线血压 $\geq 160/100\text{mmHg}$, 或患者血压超过目标血压 $20/10\text{mmHg}$, 可直接启动两种药物联合治疗 (自由处方联合或用单片固定剂量复方制剂) 。

若经上述治疗血压未能达标 , 应指导患者继续强化生活方式改善 , 同时视患者具体情况尝试增加药物剂量或药物种类 (仅限于噻嗪类利尿剂、ACEI、ARB 和 CCB 四种药物 , 但不建议联合应用 ACEI 与 ARB) 。

经上述调整血压仍不达标时 , 可考虑增加其他药物 (如 β 受体阻滞剂、醛固酮拮抗剂等) , 必要时转高血压专科治疗。

美国高血压指南在国际上具有广泛影响力 , 该指南的学术观点与相关推荐建议具有很好的参考价值。但必须指出的是 , 该指南是针对美国高血压患者而制定 , 不应直接照搬到我国。在我们临床实践中 , 仍应以我国现行高血压防治指南为依据开展工作。

郭艺芳教授在微博中强调 , “重申 : 这是美国指南 , 是为美国人制定的。我们在临床工作中仍应按照我国的高血压防治指南去看病。外国的指南不能照搬到我国。” (via @郭艺芳心血管)

2014 年美国高血压指南 (JNC8) 推荐意见表

推荐	内容	推荐等级
推荐一	在≥60 岁的一般人群中，在收缩压 (SBP) ≥150mmHg 或舒张压 (DBP) 全 90mmHg 时起始药物治疗，将血压降至 SBP <150mmHg 和 DBP<90mmHg 的目标值。	强烈推荐——A 级
推荐二	在<60 岁的一般人群中，在 DBP≥90mmHg 时起始药物治疗，将血压降至 DBP<90mmHg 的目标值。	30~59 岁，强烈推荐——A 级 18~29 岁，专家意见——E 级
推荐三	在<60 岁的一般人群中，在 SBP≥140mmHg 时起始药物治疗，将血压降至 SBP<140mmHg 的目标值。	专家意见——E 级
推荐四	在≥18 岁的慢性肾脏病 (CKD) 患者中，在 SBP≥140mmHg 或 DBP≥90mmHg 时起始药物治疗，将血压降至 SBP<140mmHg 和 DBP<90mmHg 的目标值。	(专家意见——E 级)
推荐五	在≥18 岁糖尿病患者中，在 SBP≥140mmHg 或 DBP≥90mmHg 时起始药物治疗，将血压降至 SBP<140mmHg 和 DBP<90mmHg 的目标值。	专家意见——E 级
推荐六	对除黑人外的一般人群 (包括糖尿病患者) ；初始降压治疗应包括噻嗪类利尿剂、钙拮抗剂 (CCB) 、血管紧张素转换酶抑制剂 (ACEI) 或血管紧张素受体拮抗剂 (ARB) 。	中等推荐——B 级
推荐七	对一般黑人 (包括糖尿病患者) ，初始降压治疗包括噻嗪类利尿剂或 CCB。	一般黑人：中等推荐——B 级； 黑人糖尿病患者：轻度推荐——C 级
推荐八	在 1≥8 岁的 CKD 患者中，初始 (或增加) 降压治疗应包括 ACEI 或 ARB，以改善肾脏预后。该推荐适用于所有伴高血压的 CKD 患者，无论其人种以及是否伴糖尿病。	中等推荐——B 级
推荐九	降压治疗主要目标是达到并维持目标血压。 如治疗 1 个月仍未达目标血压，应增大初始药物剂量，或加用推荐意见 6 中另一种药物。医生应继续评估血压并调整治疗策略，直至血压达标。 如应用 2 种药物血压仍未达标，自推荐药物列表中选择加用第 3 种药物并调整剂量。患者不能同时应用 ACEI 和 ARB。 如患者由于有禁忌证仅用推荐意见 6 中的药物不能使血压达标，或者是须应用超过 3 种药物使血压达标，可选择其他类降压药。对经上述策略治疗血压仍不能达标的患者，或者是需要临床会诊的病情复杂者，可转诊至高血压专科医生。	专家意见——E 级

图 1 美国高血压指南新旧对比图

	JNC7	新指南(JNC8)
定义	明确高血压和高血压前期	不强调高血压或高血压前期，但明确药物治疗的界值
治疗目标	对单纯高血压患者和有复杂合并症者（糖尿病和 CKD）分别制定降压目标	对所有高血压患者制定相似的降压目标，除非是有证据支持对特定人群采用不同目标值时
生活方式推荐	基于文献回顾和专家意见作出生活方式干预的推荐	对生活方式管理的建议采纳生活方式工作组的循证意见
药物治疗	<p>★ 推荐 5 类药物用作起始治疗，但对没有必须应用某类药物的强烈指征的多数患者，推荐噻嗪类利尿剂作为起始治疗</p> <p>★ 对有强烈指征的患者（如糖尿病、CKD、心力衰竭、心肌梗死、卒中和心血管疾病高危），规定了特定类别的降压药物</p> <p>★ 给出了关于口服降压药名称和常用剂量范围的表格</p>	<p>★ 基于 RCT 证据推荐在 4 类药物（ACEI 或 ARB、CCB 或噻嗪类利尿剂）中选择</p> <p>★ 基于对不同人种、合并 CKD 和糖尿病亚组人群的证据，推荐特定类别的降压药物</p> <p>★ 专家组制定药物表格，采用预后试验中所用剂量</p>
涉及领域	基于文献回顾和专家观点关注多个问题（血压测量方法、患者评价、继发性高血压、治疗依从性、难治性高血压、特殊人群高血压）	对 RCT 的证据回顾聚焦几个特定问题，这些是经专家组判定有最高优先级别的问题
发表前的文献回顾过程	由美国国家高血压教育计划协作委员会(NHBPEP) 联合 39 个专业、公共和志愿组织及 7 家联邦机构共同完成	由来自专业和公共组织以及联邦机构的专家完成

图 2 JNC8 推荐管理流程图

