

病患者的强适应证内,因为JNC6以来的临床试验,尤其是ALLHAT为降压效果确切的CCB提供了安全性证据。(3)JNC6以来积累了ARB抗高血压的临床试验证据,在JNC7中明确了ARB的地位。(4)ACEI的地位进一步获得肯定,尤其在6个方面的强适应证中都有ACEI。(5) α 阻断剂限于特殊情况,如前列腺肥大或血脂异常的高血压患者。

8 调动患者积极性,重视医患的感情交流

只有在患者积极配合,并采取健康生活方式的前提下,临床医师选用最有效的药物才能充分发挥作用。情感交流可使医师赢得患者的信任,有助于患者配合治疗,这一点应引起医务界的认真关注。

JNC7与时俱进,参考高血压干预临床试验的最新成就,前移CVD的防线,加强高血压的控制力度,目的是提高10年来没有改善的高血压的知晓率、治

疗率和控制率,对于提高高血压的防治水平有重要指导意义。

9 对我国高血压防治指南修订的思考与建议

(1)我国高血压流行病学研究与前瞻性随机临床干预试验都积累了丰富的资料与证据,在修订我国指南时应充分参考我国自己的工作。(2)考虑到我国社区全科医师水平与发达国家的差距,应针对社区专门设计指南的简写本或临床路径(clinical pathway),指南也应注意简化。(3)应在新指南中强调高血压的预防和心血管疾病的初级预防,即应包涵“高血压前期”的概念,加强治疗性生活方式改变的力度。(4)危险分层应注意可操作性,主要应强调多重危险因素的综合控制。(5)要注意卫生(药品)经济学的评估。

(收稿日期:2003-10-31)

(本文编辑 张和起)

·专题笔谈·

JNC7(简写版)——启迪与思考

张廷杰

自JNC6发布8年以来,已公布了30组以上高质量、大样本的临床试验,澄清了上世纪末不明确或有争议的问题,也提供了众多有关心血管病防治的线索。问题是已有成果及指南并未在实践中发挥应有的效益,与实践差距很大,是宝贵资源的浪费。而临床中高血压三率居高不下,某些心血管病(如心衰、终末期肾病)发病率正日益升高,医疗费用不断增长。JNC7及2003欧洲高血压指南正是在这种背景下产生的,它们既是对过去几年中成果与新概念的总结,也是支持实践的有力武器。JNC7发布后引起了全球范围出乎意料的反响,这种积极的学术争论将有助于对许多问题的澄清与认识的深化。

1 JNC7(简写版)最大特点与优点

(1)以简明扼要的方式对血压分类(正常、高血压前期、1及2级高血压),可使基层及全科医师更易掌握,有利于实践与及早防治;(2)高度强调落实指南,缩短成果与实践差距的重要性;(3)高度重视一线处方医师及患者的主动参与,其基础是对有关治疗应取得共识、信任、互相沟通,对患者动之以情,关心患者;(4)可能有助于减轻美国沉重的卫生经济负担。

2 JNC7的背景与指导思想

(1)自1996年11月JNC6公布后发表了30组以上有关防治高血压的临床试验,积累了大量新的经验,需要一个更新的指南;(2)克服以往指南与实践脱节的缺陷,为临床医师而非高血压专家提供可用的、简明、清晰的指南和更简化的血压分类;(3)强化大众预防意识,明确高血压的高患病率与危险;

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

(4)不论年龄、性别、种族、经济状况,高血压患者最重要是降压;(5)降压的关键是尽可能达标,中年以后收缩期高血压比舒张期高血压更重要,控制收缩压比舒张压更难也更重要;(6)加强与简化药物治疗,利尿剂在降压中优于其他药物,联合用药可提高多数患者控制率;(7)临床一线医师与患者的共识,信任参与,对降压的效果至关重要;(8)ALLHAT 研究及卫生经济考虑对指南制定有巨大影响;(9)JNC7 是在政府干预下,具有强制性的文件。

3 JNC7 的关键信息

(1)为有效防治高血压,将 120 ~ 139/80 ~ 89 mmHg 视为“高血压前期”,这一人群应重点教育,改善生活方式;(2)55 岁血压仍正常者,余生仍有 90% 机会发生高血压,血压自 115/75 mmHg 开始每增加 20/10 mmHg,心血管病(CVD)危险增加 1 倍;(3)>50 岁个体,SBP>140 mmHg,作为 CVD 危险因素远比 DBP 重要;(4)大多数无并发症患者应使用噻嗪类利尿剂单独或联合其他药物降压;(5)某些高危患者具有某些强制指针,需首选某类型药物,包括 ACEI(转换酶抑制剂)、ARB(血管紧张素 II 受体拮抗剂)、 β B(β 阻滞剂)、CCB(钙拮抗剂);(6)多数患者需 2 种及更多药物,使血压控制达标(<140/90 mmHg),糖尿病或慢性肾脏疾病患者应<130/80 mmHg;(7)血压较靶目标高 20/10 mmHg 者应立即联用 2 种药物,其一必需利尿剂;(8)成功降压,落实指南,基层医师作用无可比拟,患者的信任与参与同样关键。

4 JNC7 与 JNC6 重要差异

(1)血压分类:JNC7 将 JNC6 分类为正常与正常高值合并为高血压前期,将 2 级与 3 级高血压合并为 2 级,因二者治疗无本质区别;(2)JNC7 提出了某些危险因素(RF)及靶器官损害(TOD),但取消了 JNC6 的全面危险评估与分层及相关讨论;(3)JNC7 承认 ACEI、ARB、 β B、CCB、利尿剂均可有效降压,减少并发症,但突出强调噻嗪类利尿剂应用于大多数高血压,JNC6 提出利尿剂与 β B 应首选用于无特殊适应证的高血压,并考虑个体差异;(4)JNC6 提出了

不同药物的强适应证,而 JNC7 提出了 6 种高危情况作为某些药物强制指征,而删除原已肯定的某些强适应证(如老年 ISH),极简单地介绍了可能有益及有害情况的内容及讨论;(5)联合用药一节,JNC7 与 JNC6 相似,推荐某些复方商品药物,JNC7 更特别提出应以利尿剂为基础。

5 JNC7 的个人认识

(1)JNC7 奠基于原有 6 个指南,资料来源侧重于美国,意图指导美国,服从美国的经济大环境需要,与近 30 年医学的巨大进展相比,内容改进不多;(2)指南贯彻了简洁、明快、强化预防,重视一线医师与患者,尽可能减少高血压治疗费用的初衷,对经济的潜在考虑,重于对实践与科学的尊重;(3)“高血压前期”的提出有利于预防,促进实践,但学术上依据不足,实践中将面对 1/4 人群,欲速不达,目前广泛反响即是证明,不如“正常高值”一词稳妥;(4)高血压患者预后、治疗及疗效不仅取决于血压,其他危险因素,已有靶器官损害或心血管病可能有更重要意义,JNC7 取消危险评估是从 JNC6 及学术进展的倒退;(5)目前共识是降压效益首先来自有效降压本身,目前常用几类药均可有效降压,均可用于降压是符合逻辑的结论,迄今没有任何单一药物可适用于全部患者;(6)利尿剂价廉有效为其优势,减少降压治疗费用有重要意义,但过犹不及,不应用经济因素取代科学证据,不应为经济效益忽视治疗效益,并掩盖不良作用,当前争论不是否定利尿剂,而是反对无根据的夸大效果,不适当的扩大应用指针,以利有效使用利尿剂;(7)JNC7 的所谓强制指针,缺乏界定标准,随意性强,误导临床。只有全面评估效果,不良反应,才能正确评价与使用药物;(8)循证医学要求评估全部证据(正面、负面、中性)及其质量,不应随意取舍,JNC7 摒弃大量研究成果,有失科学、公允,而 ALLHAT 对 JNC7 影响严重,JNC7 的不足,相当部分是 ALLHAT 缺点的延伸;(9)扬长避短,批判性评估是认识、借鉴 JNC7 的科学态度,简洁不等于粗糙,不等于随意删除已有的进展及重要原则,不等于倒退。

(收稿日期:2003-11-31)

(本文编辑 张和起)