

高血压

Hypertension

纲要

- 高血压病
- 抗高血压药物
- 主题讨论

2004-2005年全国高血压流行病学调查:

国人健康令人担忧!!! 每10个成年人中有2人患高血压

全国高血压现患人数约为**2.6**个亿,患病率达18.8%!!

知晓率仅 **48.4%**!!

治疗率仅 **38.5%**!!

控制率仅 **9.5%**!!

新指南总结的中国人群高血压流行情况：

高血压患病率的变化趋势

- 我国人群50年来高血压患病率呈明显**上升**趋势
- 目前我国约有**2亿**高血压患者，每10个成年人中就有2人患有高血压，约占全球高血压总人数的**1/5**

高血压发病的重要危险因素：

- 高钠低钾**膳食是我国大多数高血压患者发病的主要危险因素之一；
- 超重和肥胖将成为我国高血压患病率增长的又一重要危险因素**

高血压防治现状：

- 中国高血压患者的总体知晓率、治疗率、控制率分别低于**50%、40%和10%**

我国高血压流行的两个显著特点：

- 从南到北，逐渐递增；
- 民族之间患病率有差异

病因

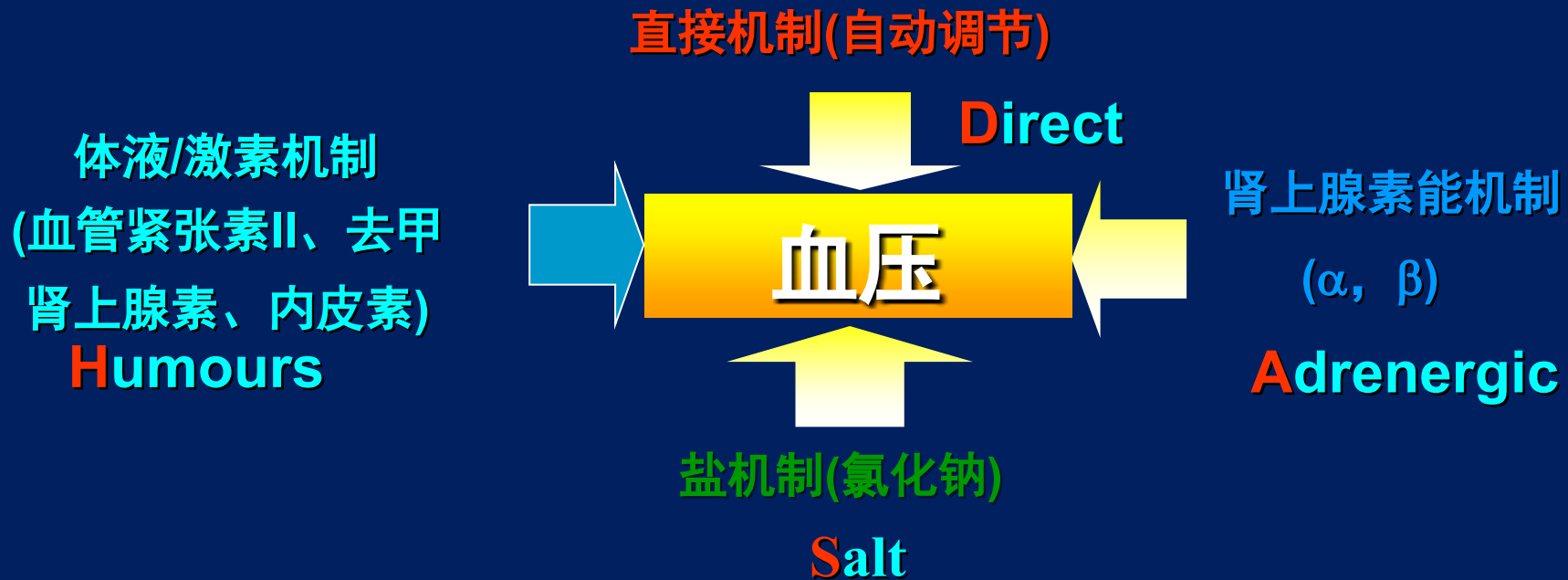
遗传性疾病(70年代)

环境性疾病(80年代)

代谢性疾病(90年代)

血压升高的主要机制

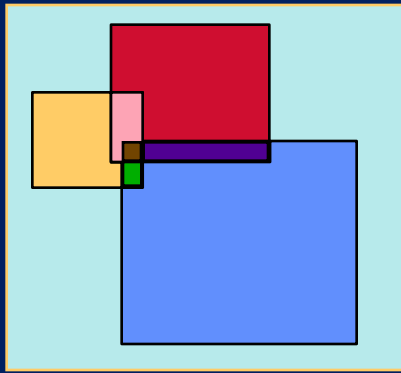
DASH原理



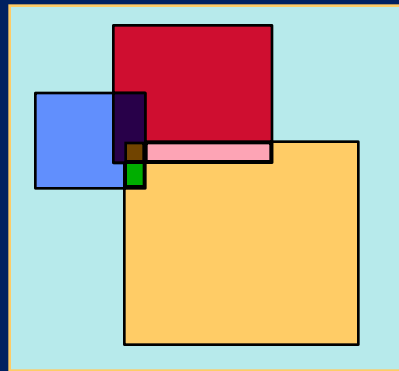
高血压发病机制

- 1 神经机制
- 2 肾脏机制
- 3 激素机制
- 4 血管机制
- 5 胰岛素抵抗

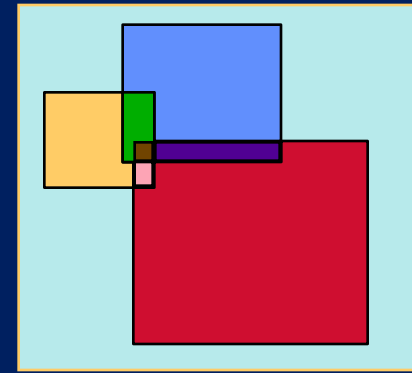
高血压患者存在多种发病机制



患者 1



患者 2



患者 3

- 交感神经系统
- 肾素-血管紧张素系统
- 人体所含钠盐总量

血压水平分类-中国高血压指南2010

分类	收缩压 (mmHg)		舒张压 (mmHg)
正常血压	< 120	和	< 80
正常高值血压	120—139	和/或	80—89
I 级高血压	140—159	和/或	90—99
II级高血压	160—179	和/或	100—109
III级高血压	≥ 180	和/或	≥ 110
单纯收缩期高血压	≥ 140	和	< 90

2013 ESC新“指南”

血压的分级及高血压的诊断

血压的分级(依据诊室血压)

类别	收缩压 (mm Hg)	和	舒张压 (mm Hg)
理想血压	<120	和	<80
正常血压	120-129	和/或	80-84
正常高值	130-139	和/或	85-89
1级高血压	140-159	和/或	90-99
2级高血压	160-179	和/或	100-109
3级高血压	≥180	和/或	≥110
单纯收缩期 高血压	≥140	和	<90

当收缩期和舒张期分属不同等级时，则以较高的分级为准
单纯收缩期高血压按照收缩压水平分为1级，2级和3级

高血压的切点

(依据诊室及诊室外血压)

类别	收缩压 (mm Hg)	和/或	舒张压 (mm Hg)
诊室血压	≥140	和/或	≥90
动态血压			
日间(或清醒)	≥135	和/或	≥85
夜间(或睡眠)	≥120	和/或	≥70
24小时	≥130	和/或	≥80
家庭血压	≥135	和/或	≥85

影响高血压患者心血管预后的重要因素

-心血管危险因素

- 高血压（1-3级）
- 男性>55岁；女性>65岁
- 吸烟
- 新增** • 糖耐量受损（2小时血糖7.8-11.0 mmol/L）和/或空腹血糖异常（6.1-6.9 mmol/L）
- 血脂异常：TC \geq 5.7mmol/L（220mg/dL）或LDL-C $>$ 3.3mmol/L（130mg/dL）或HDL-C $<$ 1.0mmol/L（40mg/dL）
- 早发心血管病家族史：（一级亲属发病年龄 $<$ 50岁）
- 变化** • 腹型肥胖：（腰围：男性 \geq 90cm 女性 \geq 85cm）或肥胖（BMI \geq 28kg/m²）
- 新增** • 高同型半胱氨酸 $>$ 10 μ mol/L

影响高血压患者心血管预后的重要因素

靶器官损害 (TOD)

- * 心电图示LVH
- * 超声心动图示LVH
- * 颈动脉壁增厚或斑块 or $IMT > 0.9\text{mm}$
- * 颈一股脉搏速率增加 ($>12\text{m/sec}$)
- * 血浆肌酐轻度增加 (男: $115\sim133$, 女: $107\sim124\mu\text{mol/L}$)
- * e-GFR降低 ($<60\text{ml/min}/1.73\text{m}^2$) 或 $C_{cr} < 60\text{ml/min}$
- * 踝/臂血压比值 < 0.9
- * 微量白蛋白尿 ($30\sim300\text{mg}/24\text{h}$ 或 白蛋白/肌酐^{1.2} $\geq 30\text{mg/g}$)

影响高血压患者心血管预后的重要因素

-伴临床疾患（原为并存的临床情况（ACC））

- 脑血管病：脑出血、缺血性脑卒中、短暂性脑缺血发作
- 心脏疾病：心肌梗死史、心绞痛、冠状动脉血运重建史、充血性心力衰竭
- 肾脏疾病：糖尿病肾病、肾功能受损、血肌酐：男性 $>133\text{mol/L}$ (1.5mg/dL) ; 女性 $>124\text{mol/L}$ (1.4mg/dL)、蛋白尿 ($>300\text{mg}/24\text{h}$)
- 新增** • 外周血管疾病
- 视网膜病变：出血或渗出，视乳头水肿
- 糖尿病：空腹血糖： $\geq 7.0\text{mmol/L}$ (126mg/dL)、餐后血糖： $\geq 11.1\text{mmol/L}$ (200mg/dL)、糖化血红蛋白：
(HbA1c) $>6.5\%$

糖尿病定义为很高危

高血压患者心血管风险水平分层

其它危险因素和病史	血压(mmHg)		
	1级 SBP 140~159或 DBP 90~99	2级 SBP 160~179或 DBP 100~109	3级 SBP≥180或 DBP≥110
I 无其它危险因素	低危	中危	高危
II 1~2个危险因素	中危	中危	很高危
III ≥3个危险因素 或靶器官损害	高危	高危	很高危
IV 并存临床情况、 糖尿病	很高危	很高危	很高危

原发性高血压治疗

降低血压，使血压降至正常范围；
防止或减少心脑血管及肾脏并发症，
降低病死率和病残率。

高血压治疗的基本原则

- q 高血压是一种以动脉血压持续升高为特征的进行性“心血管综合征”，常伴有其它危险因素、靶器官损害或临床疾患，需要进行综合干预。
- q 抗高血压治疗包括非药物和药物两种方法，大多数患者需长期、甚至终身坚持治疗。
- q 定期测量血压；规范治疗，改善治疗依从性，尽可能实现降压达标；坚持长期平稳有效地控制血压。

降压治疗的益处来自于血压的降低

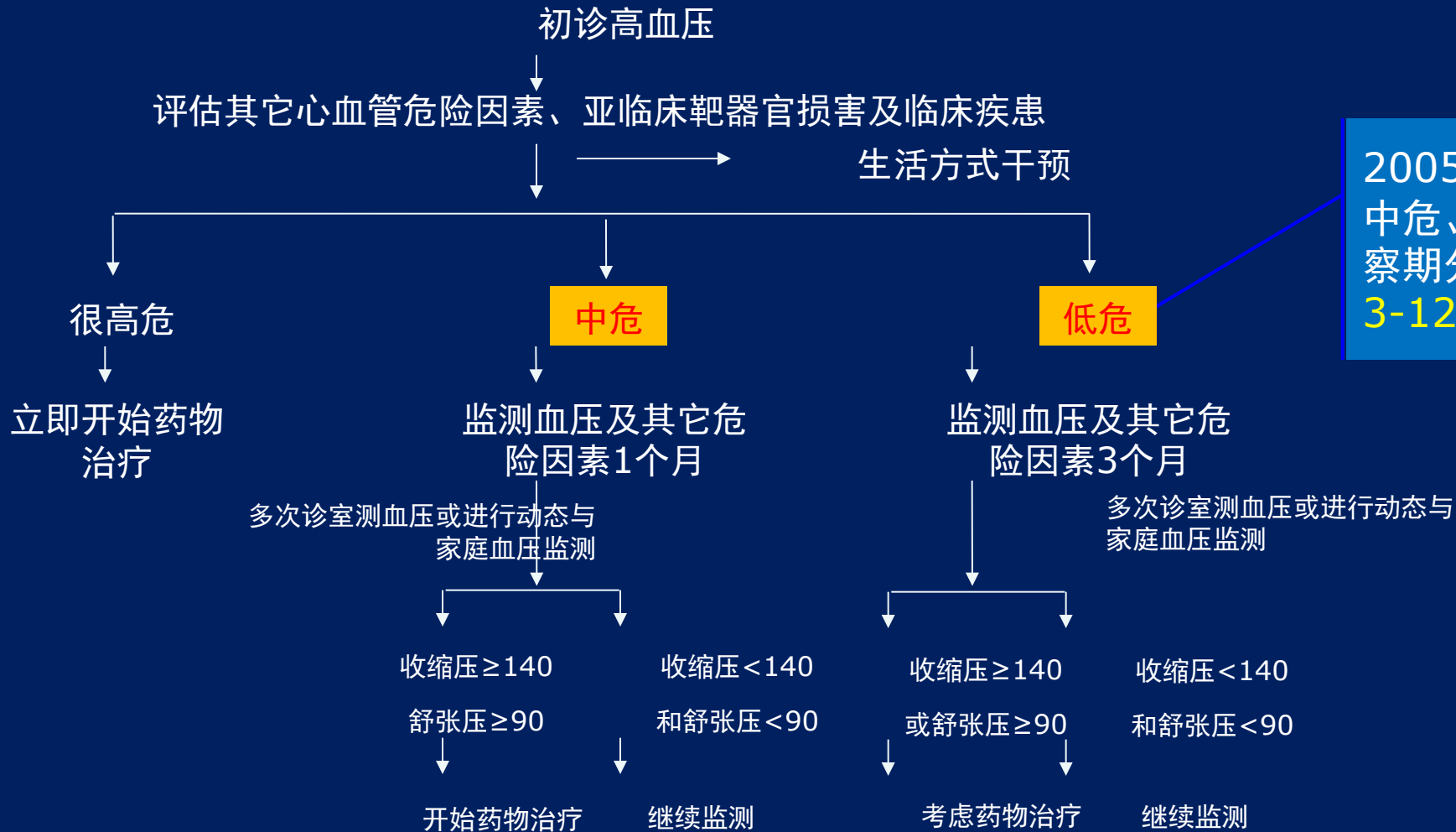
SBP每降低2-5mmHg:

Stroke的死亡降低6-14%;

CHD的死亡降低4-9%;

总死亡率降低3-7%。

降压治疗的实施过程



2005年版指南中，中危、低危患者的观察期分别为3-6个月、3-12个月

注明：动态血压的诊断标准为24小时平均值收缩压>130 mm Hg或舒张压>80 mm Hg，或家庭自测血压平均值收缩压>135 mm Hg或舒张压>85 mm Hg。

2010年中国高血压指南

— 降压治疗的血压目标

1. 一般高血压： $<140/<90\text{mmHg}$
2. 糖尿病、肾脏疾病、病情稳定的冠心病患者： $<130/<80\text{mmHg}$
3. 65岁以上的老年人收缩压应控制在 150mmHg 以下。

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：
<https://d.book118.com/837161031010006065>