21世纪经济报道记者朱萍 实习生 林昀肖 李佳英 北京报道11月13日，由国家心血管病中心、中国医师协会、中华医学会心血管病学分会等学术机构共同制定的《中国高血压临床实践指南》（以下简称《指南》）正式颁布,指南倡导高血压防线前移、强化降压、简化心血管危险分层、重视继发性高血压筛查等新理念和新观点。

其中，值得注意的是，新指南将高血压的诊断标准由≥140/90mmHg下调至≥130/80mmHg。

随着高血压诊断标准的下调，患者数量也随之大幅提升。根据中国医科大学附属第一医院心血管内科主任孙英贤团队的预测，我国高血压患病人数将超过6亿，用药人群明显扩大，部分群体药物经济负担加重。

“根据首都医科大学附属北京安贞医院赵东教授的医疗经济学模型评估，从药物经济学角度，这种调整是划算的。因为下调高血压诊断标准，让更多的人从更早期阶段关注血压，进行降压，可显著减少心脑血管并发症的发生。这样在5-10年后，心脑血管疾病减少可节约大量医疗费用，少部分人吃药所付出的经济代价将远远少于这些医疗费用。” 在《指南》发布当天，《指南》制订组专家、河北省人民医院副院长郭艺芳在接受21世纪经济报道记者采访时表示。

不过，郭艺芳也强调，虽然按照预测将多出6亿患者，但其中仅22%需要用药，多数人不需要吃药，只通过积极的生活方式干预就能使血压恢复到理想范围，如控制饮食、减重增肌、少吃盐、戒烟戒酒等。 “标准下调后，可能很多人不能接受自己从一个健康人变成了高血压患者。”

高血压诊断界值下调

关于高血压诊断标准下调的原因，新《指南》发起人及首席专家、国家心血管病中心/中国医学科学院阜外医院教授蔡军向媒体透露，已有大量的队列研究、随访观察研究等循证医学证据证明血压升高是导致心血管死亡的重要危险因素，将血压控制得再低一些，能够带来明确的心血管获益。

郭艺芳也向21世纪经济报道记者表示，《指南》的初衷是将高血压防线前移。郭艺芳介绍，当收缩压超过115，舒张压超过75时，随着血压水平的升高，人群发生心脑血管疾病的风险迅速增加。而越早关注血压，越早干预血压，就能更为有效地减少高血压相关心、脑、肾等靶器官的损害。“适度下调高血压诊断标准，能够让更多人关注自身血压，在更早期阶段干预血压，把血压维持在更低水平，从而减少心脑血管并发症的发生。”

在此次《指南》中，首先对高血压相关标准进行调整。《指南》下调了高血压的诊断标准，将收缩压≥130 mmHg或/和舒张压≥80 mmHg作为高血压的诊断界值。在高血压分级方面，分级标准简化为二分法：收缩压130~139 mmHg或/和舒张压80~89 mmHg为1级高血压；收缩压≥140 mmHg或/和舒张压≥90 mmHg为2级高血压；

在血压检测方面，《指南》推荐成年人采用经标准化验证的电子血压计测量血压，规范化血压测量方法和此前一致，诊室血压、动态血压、家庭自测血压均可作为高血压诊断与评估的依据。而诊断高血压时，优先选择动态血压监测。在疗效评估与随访中，优先选择家庭自测血压。

在患者血压控制方面，《指南》下调血压控制目标，建议年龄＜65岁者血压应控制在＜130/80 mmHg；65~79 岁的高血压患者，建议血压控制在

在高血压用药建议方面，《指南》建议更早启动药物治疗。血压≥140/90 mmHg者立即启动药物治疗；血压≥130/80 mmHg且伴临床合并症或靶器官损害或≥3种危险因素者亦应启动药物治疗。同时，应更早启动降压药物联合治疗，血压≥140/90 mmHg者推荐初始治疗即联合用药，优先选择单片复方制剂（ACEI/ARB+CCB或ACEI/ARB+利尿剂）。

在药物选择方面，《指南》将β受体阻滞剂剔除无合并症高血压患者的一线降压药，无临床合并症的高血压患者一线降压药为ACEI、ARB、CCB与利尿剂。同时，螺内酯可作为无合并症的难治性高血压患者的第4种药物。关于阿司匹林的应用，《指南》建议合并ASCVD的高血压患者推荐服用75~100 mg/d进行二级预防。而伴有心血管高风险、年龄40~65岁的高血压患者，可考虑小剂量阿司匹林进行一级预防。

对于阿司匹林的运用，郭艺芳进一步解释，心血管疾病治疗常被分为一级预防和二级预防，其中一级预防针对患者无心血管疾病、冠心病、脑梗等疾病时用药以预防疾病发生，二级预防指在上述疾病已经发生时用药防止复发。

“目前阿司匹林在二级预防的运用没有争议，但在一级预防应用中争议很大。近几年有研究发现，对于没有心梗、脑梗的病人，过于积极使用阿司匹林，可能也存在坏处。阿司匹林是一把双刃剑，它虽然能够有效的预防血栓，但是它也会增加出血的风险。所以临床用药需要权衡利弊，如果发生血栓栓塞事件风险高，而出血事件风险低，利大于弊，那就继续使用阿司匹林。”郭艺芳向21世纪经济报道指出。

或增3亿多高血压患者

谈及下调高血压诊断标准的疾病防治意义时，郭艺芳表示：“高血压诊断新标准反映出国家实施源头防控的理念，通过上游疾病防控，把对高血压及相关疾病的防线整体前移。常说亡羊补牢，现在是不等着丢羊，提前把羊圈扎牢。”

“适当下调诊断标准能让更多人关注血压变化，改变生活方式，积极采取药物或非药物手段控制血压。除降压外，早期积极干预还有利于降低血糖和调节血脂，全方位降低心血管事件的风险水平。”郭艺芳表示指出。

不过，此次调整也将带来连锁反应，使糖尿病患者人数激增。2017年11月，美国高血压协会/美国心脏病协会（AHA/ACC）率先将高血压定义为≥130/80mmHg。中国医科大学附属第一医院心血管内科主任孙英贤团队结合中国健康与营养调查（CHNS）的2011年数据，依据新标准估测中国成人高血压患者达6.13亿，而符合2010年中国指南的标准的人数约为2.68亿。

在郭艺芳看来，要一分为二地看待下调带来的影响。“高血压诊断界值从140/90mmHg下调至130/80mmHg使高血压患者增多，但只有22%的人群需要服药治疗。多数人不需要吃药，只通过积极的生活方式干预就能使血压恢复到理想范围，如控制饮食、减重增肌、少吃盐、戒烟戒酒等。”

郭艺芳进一步指出，在新增患者中多数人不吃药便能控制血压的前提下，新标准的实施会短期增加医疗负担，但增加幅度并不大，医疗经济学代价较轻。

“下调高血压诊断标准总的来说符合医疗经济学原则。因为下调能让更多人在早期关注血压情况，积极干预以降低血压，能显著减少心脑血管并发症的发生。在5至10年后，国内心脑血管病的发病率较少，由此节约大量的医疗费用。而节约的这部分费用远远超过因标准下调导致少部分人吃药所花费的经济代价。” 郭艺芳向21世纪经济报道记者表示。

沙利文研究院数据显示，在140/90mmHg的诊断标准下，抗高血压药物市场规模已经由2013年的457亿元增加至2019年的885亿元，且市场规模还在增加。

相较于经济压力，郭艺芳认为诊断标准调整面临的最大压力来源于思想层面。“标准下调后，很多人从一个健康的人变成了高血压病人。在观念上，人们很难接受。”

郭艺芳认为用药人群扩大对未来高血压的用药市场影响并不显著。患者增多，但增加的用药需求并不多。而且我国高血压治疗药品价格大幅度下降，对患者而言经济负担非常有限。

实际上，自2019年国家医疗保障局组织药品集中带量采购以来，国内高血压药物市场已经迈进“角分时代”。如常用降压药缬沙坦集采后每片仅0.1元，氨氯地平片也低至每片0.07元。

从各方面看来，高血压诊断标准调整会引起波动，不过郭艺芳认为此次调整对社会群体健康有益。与欧美发达国家对比，我国高血压诊疗情况在经过半个世纪努力后有所改善，但仍处于一个很低的水平。公众仍不了解高血压危害、不重视高血压诊疗，很多人确诊后不吃药、不治疗。

此前，中国医学科学院阜外医院刘力生教授也向21世纪经济报道记者指出，我国成人高血压患病率高，而知晓率、治疗率和控制率低，呈倒挂形态，形势严峻。目前国内高血压防控的当务之急，是尽快扭转高血压达标率低下的局面。

值得注意的是，高血压中主要为老年患者，他们可能同时有痛风等其他疾病，一天可能要吃两、三种甚至更多种药。对此，北京大学人民医院心血管内科主任医师胡大一表示，希望未来市场上能有更多的单片复方制剂，比如复方降压片，供患者选择。