

簡介高血壓治療新指引

江福田

台大醫院 內科

摘 要

高血壓疾病是一極普遍並且嚴重的問題，對人類健康影響至鉅。有鑒於此，JNCVI (1997)與 WHO/ISH (1999)分別提出了新的高血壓防治之指引。其中特別強調血壓之治療，不僅要注意數字的高低，更應重視臨床上是否有危險因子，同時評估是否併有心、腎、腦等血管疾病或糖尿病。如此將高血壓患者加以區別為低危險群、中危險群、高危險群與極高危險群，在治療上也因此有輕重緩急之分。高血壓治療應以日常生活之改變開始，如戒菸酒、勤運動、減肥等。如須使用藥物，必須明瞭各種藥物之特別的適應症與禁忌症。目前之資料指出，每一種藥物對血壓的控制以及癒後的改善都差不多，為了更有效的控制血壓，混合治療可能比單一治療好。血壓治療的目標，在年輕人、中年人或糖尿病患以降至 130/85 mmHg 以下；老年人則降至 140/90 mmHg。孕婦之高血壓藥物治療，必須避免引起胎兒不良發育之藥物。

全文

高血壓是一極普遍的疾病，根據流行病學的統計資料顯示，25 歲以上人口高血壓占 20% 左右，65 歲以上老年人則占 50% 以上，年齡愈高，血壓也愈高。高血壓的狀態在 50 歲之前以舒張性高血壓較多；而之後則逐漸變成以收縮性高血壓較多。高血壓之為害多矣！它是心血管疾病、中風、腎衰竭、主動脈剝離、周邊血管阻塞病之危險因子之一，如果舒張壓自 70mmHg 升至 100mmHg，則心血管疾病之危險性提高 2 倍，腦中風則提高 3~4 倍。在 90 年代之前，有許多臨床試驗的經驗告訴我們，血壓得到良好的控制，心血管病的併發症可降低 15~20%，腦中風則減少 30~40%，其他血管疾病也會降 20% 左右。因此把血壓控制正常，則好處多多。

然而歐洲一項流行病學的調查仍顯示高血壓的人口內，只有一半的人被診斷出來；被診斷出來者只有一半接受藥物治療；已治療者只有一半得到良好的控制。因之，高血壓人口內只有 12.5% 的人血壓得到完全控制。在美國 NHANES 調查資料 80 年代也是差不多的數目，在 90 年代則增加至約 30% 人口得到良好的控制。在台灣有一項研究調查指出不到 20% 的高血壓人口得到完全的控制。因此，

高血壓的防治，不僅是台灣當前重要的工作，也應該是世界性的重要工作。

雖然美國 NHANES 的調查顯示冠動脈病及中風的盛行率逐年下降，但心衰竭與末期腎衰竭的病例卻高出 20 年前 2~3 倍。因此 1997 年美國的高血壓聯合委員會提出了有關高血壓的診斷、詳估與治療的新指引(JNCVI)，希望加強對高血壓的防治。其對高血壓的定義如表 1 所示：

表 1. 高血壓的定義

	Systolic BP(mmHg)	Diastolic BP(mmHg)
Optimal	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
High normal	< 139	< 90
Hypertension		
Stage 1	140~159	90~99
Stage 2	160~179	100~109
Stage 3	≥ 180	≥ 110

至於獨立性收縮性高血壓則定義為舒張壓 ≤ 90mmHg，收縮壓 ≥ 140mmHg。

1999 年世界衛生組織與國際高血壓學會(WHO/ISH)也提出了一套有關高血壓如何處理的綱要。其高血壓的定義與美國 JNCVI 的一樣。並且兩者在考慮高血壓之治療上不僅要注重血壓數值的高低，也重視其他引起心血管疾病等的危險因子，如高血脂、抽煙、糖尿病、年齡大於 60 男性或停經婦女以及有家族病史，同時如果臨床上已經有標的器官的傷害，如左心肥厚、蛋白尿、視網膜病變或明顯的心、腦、腎的疾病，皆列為治療上重要的參考。WHO/ISH 依據血壓高低與有無上述危險因子將病人分為低危險、中度危險、高度危險與極高度危險四群。其分類如表 2 所示：

表 2. 高血壓的危險群分類

	高血壓		
	第一度(輕)	第二度(中)	第三度(重)
無危險因子	低度	中度	高度
少於 2 個危險因子	中度	中度	極高度
多於 3 個危險因子或有標的 器官受損或糖尿病	高度	高度	極高度

為何分為4個危險群?乃是因為預測10年後發生之心、腦血管疾病之比例不同，低危險群為小於15%；中度者為15~20%；高度者為20~30%；極高度者則大於30%。因此在治療上就有輕重緩急之分。

談到治療方面，則不論哪一級的高血壓，皆應遵從生活方式的改變，如戒煙、減肥、適量喝酒、減少鹽分攝取、增加運動量。需不需要使用藥物來控制血壓，WHO/ISH有下列的建議:高度與極高度危險群的高血壓必須立即施予藥物治療；中度者則須追蹤3~6個月，如果血壓仍高於140/90mmHg，才考慮服藥。低危險群則須追蹤6~12個月，如果血壓高於150/95mmHg則須藥物治療。

抗高血壓的藥物有許多種類，如何選擇適當的藥物大致有一些原則可供參考。第一、最好有實證醫學的結果支持該藥不僅可以降血壓也可延年益壽。第二、特定的適應症。第三、特殊的人群。第四、經濟層面的考量。第五、生活品質不因藥物副作用而降低。例如老一代的藥物methyldopa或reserpine目前仍有人使用，因其價廉，但卻未有長期的臨床試驗證明可降低高血壓併發症或死亡率。目前常用的藥有6大類:利尿劑、甲型交感神經阻斷劑、乙型交感神經阻斷劑、鈣離子通道阻斷劑、血管收縮素轉化酶抑制劑與血管收縮素II甲型受器阻斷劑。各類抗高血壓藥物之主要適應症與禁忌症如表3所示。

不論選擇哪一種藥物，在用法上有幾點原則可遵循：第一、先從最低劑量開始，如無副作用，可視血壓控制情形適量增加劑量。第二、可用兩種藥物治療，兩種藥物最好以低劑量開始加上。臨床趨勢上愈來愈注重使用低劑量固定混合治療法。第三、如果第一種藥物無效，可改另外不同類的藥物。第四、最好使用長效藥，可控制全天的血壓，服藥也比較方便，病人樂於配合。

表3、各類抗高血壓藥之適應症與禁忌症

藥品	適應症	禁忌症
1. 利尿劑	心衰竭、老年人、收縮性高血壓、糖尿病	痛風、高脂血症、性功能失常
2. 甲型交感神經阻斷劑	前列腺肥大、高脂血症、糖代謝異常	起坐性低血壓
3. 乙型交感神經阻斷劑	心絞痛、心肌梗塞、快的心律不整、心衰竭、	氣喘、慢性阻塞性肺疾、心傳導阻滯乙度

	孕婦、糖尿病	以上、脂質代謝異常、運動員、周邊血管疾病
4. 鈣離子阻斷劑	心絞痛、老年人、收縮性高血壓、周邊血管疾病	心衰竭、二度以上心傳導阻滯
5. 血管收縮素轉化酶抑制劑	心衰竭、心肌梗塞後心功能不全、糖尿病之腎病變	孕婦、二側腎動脈狹窄、高血鉀症
6. 血管收縮素 II 甲型受器阻斷劑	5.引起 cough、心衰竭	孕婦、二側腎動脈狹窄、高血鉀症

血壓治療到什麼程度才算理想?以前有人認為血壓太低、反而可能引起較高的心血管併發症，因此不敢將血壓降得太低。但新的指引告訴我們一般人血壓控制到 140/90mmHg 以下，只有好處，沒有壞處；對於糖尿病病人更應該把血壓降到 130/80mmHg 以下。

孕婦高血壓基本上有三種型式：(1) 原來即有的慢性高血壓。(2) 懷孕之後才得到的妊娠高血壓。(3) 妊娠高血壓加上原有的慢性高血壓。血壓如果高到 170/110 mmHg 以上即必須服藥治療。高血壓的藥物在懷孕時有禁忌的已列在表 3。臨床上比較安全不影響胎兒的藥物，如急速降壓需要時，可選 nifedipine、labetalol 或 hydralazine；長期服用可選 methyldopa、prazosin、hydralazine、nifedipine 或 isradipine 等。乙型交感神經阻斷劑短期可用，但長期使用可能阻滯胎兒發育成長。