中华高血压杂志（中英文）
CHINESE JOURNAL OF HYPERTENSION
ISSN 1673-7245
CN 11-5540/R
主管：国家疾病预防控制局
主办：中华预防医学会
福建医科大学

是否到了探讨降压药减用时机和方法的时候?

马志毅

在线阅读 View online: https://doi.org/10.16439/j.issn.1673-7245.2026-0242

您可能感兴趣的其他文章

Articles you may be interested in

高血压及降压药与夜尿症的关联

中华高血压杂志. 2023, 31(4): 323-328,300 https://doi.org/10.16439/j.issn.1673-7245.2023.04.005

从复方利血平氨苯蝶啶到1/4剂量的四联降压药降压疗效研究：高血压治疗药物的延伸与变迁

中华高血压杂志. 2024, 32(10): 919-920 https://doi.org/10.16439/j.issn.1673-7245.2024.10.003

常用及复方降压药与原发性高血压患者体位性低血压风险的关系：一项系统综述和荟萃分析

中华高血压杂志. 2025, 33(12): 1164-1175 https://doi.org/10.16439/j.issn.1673-7245.2025-0124

高血压及降压药与男性勃起功能障碍的研究进展

中华高血压杂志. 2023, 31(4): 316-322,300 https://doi.org/10.16439/j.issn.1673-7245.2023.04.004

血管紧张素受体脑啡肽酶抑制剂可作为初次确诊高血压患者的起始降压药吗?

中华高血压杂志. 2024, 32(11): 1011-1012 https://doi.org/10.16439/j.issn.1673-7245.2024.11.004

4种降压药血压反应的异质性：一项随机临床试验

中华高血压杂志. 2023, 31(7): 604-604 https://doi.org/${suggestArticle.doi}

关注微信公众号，获得更多资讯信息

• 学术争鸣 •

是否到了探讨降压药减用时机和方法的时候？

马志毅
北京清华长庚医院心血管内科，北京 102218

郑武洪(福州大学附属省立医院急诊内科，福建 福州 350005)

笔者接诊的患者中，因自行停用降压药而引发的高血压急症、脑出血、急性心力衰竭乃至主动脉夹层的患者数量远远超过成功减药的案例。因此，每当谈及“减药”二字，笔者的第一反应总是极度审慎甚至警惕。长期以来，高血压治疗的主旋律是“加法”——如何联合用药、如何强化方案以达到降压目标。然而，随着高血压精准医学与器械介入治疗的快速发展，高血压治疗正步入一个可对部分特定高血压患者实施“靶向减法”甚至“根治性减法”的新阶段。

目前，绝大多数降压药仍属于“经验性”广谱治疗。未来，借助基因检测明确高血压的特定分子分型，如盐皮质激素通路异常或肾素-血管紧张素系统基因变异等[1-2]，有望为患者匹配更有效、副作用更小的靶向药物，从治疗起点即实现精准干预。对于药物难以控制的难治性高血压患者，去肾交感神经术(renal denervation, RDN)不仅旨在降低血压数值，更追求显著减少甚至完全停用多种降压药，从而从根源上减轻患者的药物负担、副作用困扰与经济压力[3]。而对于更广泛的高血压患者群体，药物减量则必须建立在严格的前提之上：血压长期(通常建议持续稳定控制 1 年以上)、全方位(包括诊室、家庭及动态血压)达标，且患者心血管总体风险处于低危或已获有效控制。减药过程须遵循“渐进、缓慢、可逆、个性化评估”的原则，优先考虑减少联合用药的种类或单药剂量，并选用半衰期长、作用平稳的药物进行调整。尤为关键的是，必须建立系统严密的监测与随访体系。在减药期间及之后，需开展高频次家庭血压监测，并定期评估靶器官损害与各项风险指标，确保每一步调整都在安全可控的框架中进行。

杨长杰(湖南师范大学附属衡阳市中心医院心内科，湖南 衡阳 421001)

高血压分为原发性和继发性两类，通过当前医学水平检查能明确其病因者为继发性高血压，此类患者彻底去除病因多数可根治或病情明显缓解，可停药或减药；通过检查仍未能明确病因者为原发性高血压，占高血压患者的大多数，一般需终生服药。降压治疗包括改善生活方式、药物治疗和器械治疗。治疗性生活方式干预是治疗的基础，所有患者均应遵守执行；器械治疗针对有适应证的患者，而药物治疗是多数患者的主要治疗方法[4]。

对于高血压患者，医生需通过详细询问病史、认真体检，再根据患者的年龄、病史、并发症和合并病情况，以及实验室、影像学检查结果，制定出个体化治疗方案[5]。因此，患者在治疗过程中不可以自行随意减药或停药。有些患者认为无症状不需服药，但高血压是“沉默的杀手”，即使无症状，也会对人体的心、脑、肾、血管等产生进行性损害。有些患者服药一段时间后，血压正常了就自行停药，但殊不知血压正常仅是药物有效的结果而不是疾病痊愈的标志，停药后血压可能迅速反弹。有些患者认为“是药三分毒”，少吃为妙，实际上规范用药的获益远远大于药物的潜在副作用，而不服药控制高血压，靶器官损害是永久且致命的[6]。当然，在高血压的治疗过程中，有时需要调整或停用某些降压药。如：①出现难以耐受的严重副作用时，可更换药物种类或调整剂量。②并发其他疾病，如急性肠胃炎(严重腹泻、呕吐脱水)、急性心力衰竭或需要手术治疗的胃肠疾病或其他疾病时，需要根据新的病情重新评估降压方案。如利尿剂和血管紧张素受体阻滞药、血管紧张素转换酶抑制药可能会加重手术相关的体液缺失，增加术中发生低血压的风险。③某些需要手术的继发性高血压，如嗜铬细胞瘤、原发性醛固酮增多症等，术后血压可恢复正常，可减药甚至停药[7]。④部分患者在夏季时由于气温高，血管扩张、血压下降，应适当减药，等秋冬季恢复药量[8]。⑤在极少数特定的情况下，患者在医生严密监测和指导下，可尝试减药或停药。例如，患者通过严格、持久地执行科学的生活方式，如低盐、低脂、高纤维模式饮食；规律运动(每周保持中等强度有氧运动 150 min 以上)；保持正常的体重指数；戒烟限酒，缓解压力、保持健康睡眠等，使血压在不用药的情况下也能长期维持在目标水

doi: 10.16439/j.issn.1673-7245.2026-0242
通信作者：马志毅

平。上述换药、减药或停药均需在医生的指导下进行，一旦血压回升仍需恢复用药[9]。自行减量或停药，可能导致血压反弹升高、大幅度波动，从而急剧增加发生脑卒中、心肌梗死等心脑血管事件的风险。

笔者认为，原发性高血压病因不明，是由遗传因素、年龄、不良的生活方式(如高盐饮食、肥胖、缺乏运动、饮酒、吸烟、精神压力)和环境等多种因素共同作用的结果。长期高血压导致血管壁增厚、硬化，心脏和血管结构发生适应性改变，药物可以控制血压，但很难根除这些深层次的病理基础。药物作用机制是调节人体的血压控制系统，如扩张血管，降低心脏输出量，排出体内多余的钠和水分，以及阻断某些升压激素的作用，一旦停药，体内原有已经失调的机制重新占据主导而使血压再次升高甚至更高。血压剧烈的波动大大增加发生脑卒中、心肌梗死、心力衰竭和肾功能衰竭等严重并发症的风险。因此，当前的医疗水平尚无法实现根治的目标，药物治疗需长期坚持。

朱平先[香港中文大学(深圳)附属第二医院，深圳市龙岗区人民医院心血管内科，广东 深圳 518172]

高血压的用药原则是小剂量开始，逐步调整，长效制剂优先，个体化治疗，长期、规律用药。在临床工作中有一部分患者，在经过生活方式改善或者导致高血压的诱因和发病原因解除后，患者血压长期稳定，甚至有些患者出现头晕疲乏等低血压症状，这时临床上必须考虑减用或停用降压药。但是，目前的高血压指南还比较少有这方面的内容表述，因此，的确到了需要探讨降压药减用时机和方法的时候了。

临床上绝大部分高血压患者需要遵循规律长期和全程用药，笔者认为以下情况可考虑减用或停用降压药：①成功减重、长期坚持严格低盐饮食、规律运动等，使血压持续改善，血压持续控制在目标范围(130/80 mmHg 以下，1 mmHg = 0.133 kPa)至少 1 年；②出现药物不良反应，如出现症状性低血压(头晕、乏力)、直立性低血压(站起时头晕、摔倒风险增加)或影响肾功能时；③因肾动脉狭窄、甲状腺功能亢进等其他疾病引起的继发性高血压，在原发病治愈后可能停药。

降压药减用时要遵循缓慢、渐进的原则，具体方法是：①将当前药物的剂量减少(例如，从一片减至半片)。这是最常用的方法，尤其是对于单药治疗或使用单片复方制剂的患者。②对于联合用药(服用两种或以上药物)的患者，在血压控制极佳时，可能会先停用一种作用较弱的药物。通常先停用利尿剂或次要药物，保留核心药物。③对于长效药物(药效持续 24 h)，可将服药频率从每日一次改为每两日一次。减药期间及停药后初期，应每天早晚规律测量并记录血压。即使停药成功，也应每周至少测量 1～2 次血压，尤其在季节交替、情绪波动、身体不适时。总之，患者要减用或停用降压药必须在专科医生全面评估病情以后才能实施，患者切勿自行调整。

马志毅(北京清华长庚医院心血管内科，北京 102218)

高血压的治疗包括生活方式改良、服用降压药和器械治疗。关于降压药的减用，传统的观点常聚焦于特定人群，如继发性高血压治愈后减少或停用降压药，发热、腹泻、心力衰竭等出现低血压情况时。近年来，随着科普宣传力度增大，高血压患者中能够进行有效生活方式改良的患者比例逐渐升高；RDN 的应用也在一定程度上为血压有效控制提供了药物之外的方法。因此，在非药物治疗(生活方式改良、器械治疗)起效的情况下，临床上越来越多非特定高血压患者都可能面临是否可以减用降压药的问题。这往往也是众多高血压患者的期待之一。

何时可以减用降压药？如何减用？这在当前各个国家/地区的高血压指南中很少提及。指南主要着墨于降压药的应用时机、加药顺序、个体化选药方面，这与几十年来高血压领域积累的大量药物应用的循证证据有关。那么，降压药的减用策略是否需要循证证据？

有关减少降压药的研究不多，且主要集中于高龄衰弱或多药共服的老年高血压患者，如 2025 年发表的减少降压治疗对低收缩压衰弱患者死亡率的影响(impact of reducing antihypertensive treatment on mortality in frail subjects with low systolic blood pressure, RETREAT-FRAIL)试验[10] 和 2024 年发表的长期照护中的降压药减量(antihypertensive deprescribing in long-term care, OptimizeBP) 研究[11]。这些研究主要是针对高龄老人降压目标的回调滴定研究。而对于大多数高血压患者，减药不应以改变降压目标为前提，因此，减用降压药的时机不应是降压达标或长期达标的情况下，而应定位于用药情况下血压达标且持续偏低的状态下。这种血压持续偏低目前尚无统一标准。笔者建议：(1)存在反复或持续的低血压症状；(2)虽然无低血压症状，但收缩压持续低于 110 mmHg。如此，即为减少降压药后血压仍旧保持在达标范围保有了空间。当然，这种标准仍需要后续进行相关的临床研究积累循证证据，明确此种标准下的药物减用并不增加终点事件发生方为上策。

虽然同样尚无循证证据支持，但现阶段也同样需要考虑以下问题：一旦高血压患者出现以上情况需要减用降压药，减药策略如何？首先，在监测血压、脉搏的基础上阶梯式调整是首要策略。不建议突然停药，

应逐步减少降压药的剂量和种类，每 2～4 周评估减药后血压趋势。其次，联合用药者停药顺序应综合考虑药物副作用的规避和靶器官保护需求，即，可以首先停用副作用较多的药物，且兼顾保留该患者最需要的靶器官保护药物。

高血压是增龄性疾病，即便现阶段可以实现减用或停用降压药，未来随着年龄增加、血压再次升高、器官保护需求增加、合并疾病增加，都有可能需要重新启动或增加降压药。这在首次减药时就应进行告知，且应强调减药或停药后仍需密切监测血压、脉搏，否则可能影响患者未来对药物的依从性及延误恢复降压药的时机。

参考文献

[1] Bahrainwala JZ, Bhalla V. The role of mineralocorticoid receptors in the treatment of primary hypertension[J]. Curr Hypertens Rep, 2026, 28(1): 7.

[2] Takeda Y, Demura M, Yoneda T, et al. Epigenetic regulation of the renin-angiotensin-aldosterone system in hypertension[J]. Int J Mol Sci, 2024, 25(15): 8099.

[3] Aranda-Lara P, Martínez-Esteban MD, Muñoz JJ, et al. Renal sympathetic denervation: a new treatment strategy in the management of refractory arterial hypertension[J]. Nefrologia, 2012, 32(5): 555-557.

[4] 中国高血压防治指南修订委员会, 高血压联盟 (中国), 中国医疗保健国际交流促进会高血压病学分会, 等. 中国高血压防治指南(2024 年修订版)[J]. 中华高血压杂志(中英文), 2024, 32(7): 603-673.

[5] 中国心胸血管麻醉学会非心脏手术麻醉分会. 心脏病患者非心脏手术围麻醉期中国专家临床管理共识 (2020)[J]. 麻醉安全与质控, 2021, 5(2): 63-77.

[6] 刘海伦, 周婧彧, 郑静静, 等. 高血压新药物治疗研究进展[J]. 中华高血压杂志, 2023, 31(11): 1117-1123.

[7] 中华医学会内分泌学分会. 嗜铬细胞瘤和副神经节瘤诊断治疗专家共识 (2020 版)[J]. 中华内分泌代谢杂志, 2020, 36(9): 737-750.

[8] 中国心脏联盟心血管疾病预防与康复专业委员会. 高血压患者血压季节变化临床管理中国专家共识[J]. 中华高血压杂志, 2022, 30(9): 813-817.

[9] Charchar FJ, Prestes PR, Mills C, et al. Lifestyle management of hypertension: Internation Society of Hypertension position paper endorsed by the World Hypertension League and European Society of Hypertension[J]. J Hypertension, 2024, 42(1): 23-49.

[10] Benetos A, Gautier S, Freminet A, et al. Reduction of antihypertensive treatment in nursing home residents[J]. N Engl J Med, 2025, 393(20): 1990-2000.

[11] Kraut RY, Youngson E, Sadowski CA, et al. Antihypertensive deprescribing in frail long-term care residents (OptimizeBP): protocol for a prospective, randomised, open-label pragmatic trial[J]. BMJ Open, 2024, 14(8): e084619.

收稿日期: 2026-07-02　**修回日期**: 2026-07-07
录用日期: 2026-07-23　**责任编辑**: 张刘锋

·简　讯·

高血压患者的动态血压特征受年龄和体重调节：一项包含 35 367 例患者的队列研究

Cai Q, Zhao X, Zhang X, Wang C, Zhou Y, Tian T, Zhou X, Zhang Y, Liu L, Zhang W, Hu A. Ambulatory blood pressure characteristics are modulated by age and body weight in hypertensives: a cohort study of 35 367 patients. *Angiology*, 2026, 77(6): 762-771.

动态血压监测(ambulatory blood pressure monitoring, ABPM)在临床中的应用日益广泛，但关于肥胖高血压患者动态血压特点的大规模研究很少。本研究的目的是评估年龄和体重在调节血压中的作用。本队列招募了 35 367 例高血压患者，并使用国际肥胖工作组标准根据体重将受试者分组。高血压诊断标准参照相关指南。根据 ABPM 记录，70.5% 的受试者存在 24 h 持续性高血压，26.1% 的受试者为勺型血压节律。体重分组情况：低体重占 2.6%，正常体重占 51.0%，超重占 38.2%，肥胖占 8.2%。在超重和肥胖受试者中，分别有 48% 和 45.1% 的患者为非勺型血压节律。肥胖患者 24 h 血压升高，尤其是清晨血压高峰波动显著。反勺型血压节律和晨间高血压的患病率随年龄和肥胖程度的增加而增加。血压水平与血压变异性呈正相关。肥胖高血压患者的 24 h、日间及夜间心率显著升高。结论：本队列结果显示，高血压患者的动态血压特征显著受体重影响，提示控制体重有助于恢复正常动态血压节律。

袁源(译)，郑武洪(审校)