آموزش مداوم پزشکی | قلب و عروق

درمان دارویی پرفشاری خون

چه چیزی تغییر کرده است؟

مروری بر راهنمای ESC 2024 و AHA/ACC 2025 و پیامد آن در طبابت روزمره

دکتر مهرداد براتی | متخصص قلب و عروق، دانشگاه علوم پزشکی ایران

مقایسه کلی

دو راهنما در یک نگاه

موضوع	ESC 2024	AHA/ACC 2025
طبقه‌بندی	سه سطح: غیرافزایش‌یافته، افزایش‌یافته، پرفشاری خون	چهار سطح: طبیعی، افزایش‌یافته، مرحله ۱، مرحله ۲
هدف درمان	سیستولیک ۱۲۰ تا ۱۲۹ در اکثر بیماران	کمتر از ۱۳۰/۸۰؛ تشویق به سیستولیک کمتر از ۱۲۰
شروع درمان دارویی	دو دارو با دوز پایین در یک قرص (SPC)	مرحله ۲: دو دارو، ترجیحاً در یک قرص
تخمین خطر	SCORE2 و SCORE2-OP	PREVENT (خطر ۱۰ ساله)

طبقه‌بندی

یک فشار، دو نام‌گذاری

ESC 2024

غیرافزایش‌یافته	**کمتر از ۱۲۰/۷۰**
افزایش‌یافته (جدید)	**۱۲۰ تا ۱۳۹ / ۷۰ تا ۸۹**
پرفشاری خون	**۱۴۰/۹۰ و بالاتر**

AHA/ACC 2025

طبیعی	**کمتر از ۱۲۰/۸۰**
افزایش‌یافته	**۱۲۰ تا ۱۲۹ / زیر ۸۰**
مرحله ۱	**۱۳۰ تا ۱۳۹ / ۸۰ تا ۸۹**
مرحله ۲	**۱۴۰/۹۰ و بالاتر**

تشخیص با اندازه‌گیری خارج از مطب (پایش خانگی یا ۲۴ ساعته) تأیید شود. اعداد به میلی‌متر جیوه است.

آستانه شروع دارو

چه کسی درمان دارویی می‌گیرد؟

هر دو راهنما **۱۴۰/۹۰ و بالاتر**	شروع دارو برای همه، پس از تأیید تشخیص، همراه با اصلاح سبک زندگی.
ESC 2024 **۱۲۰ تا ۱۳۹ / ۷۰ تا ۸۹**	با خطر بالا (بیماری قلبی-عروقی، دیابت، CKD، آسیب ارگان هدف یا SCORE2 ده درصد و بیشتر): ۳ ماه سبک زندگی، سپس دارو اگر فشار ۱۳۰/۸۰ یا بیشتر بماند.
AHA/ACC · مرحله ۱ **۱۳۰ تا ۱۳۹ / ۸۰ تا ۸۹**	با بیماری قلبی-عروقی، دیابت، CKD یا خطر PREVENT هفت و نیم درصد و بیشتر: شروع هم‌زمان دارو و سبک زندگی.
AHA/ACC · مرحله ۱ **خطر پایین**	۳ تا ۶ ماه اصلاح سبک زندگی؛ اگر فشار ۱۳۰/۸۰ یا بیشتر بماند، شروع دارو.

هدف درمان

پایین‌تر از گذشته، به شرط تحمل

ESC 2024

۱۲۰ تا ۱۲۹

فشار سیستولیک (میلی‌متر جیوه) در اکثر بیماران

AHA/ACC 2025

کمتر از ۱۳۰/۸۰

و تشویق به رساندن سیستولیک به کمتر از ۱۲۰

هدف قابل تحمل نیست؟ «تا حد معقولاً ممکن پایین». در سن ۸۵ سال و بالاتر، شکنندگی متوسط تا شدید یا افت فشار وضعیتی علامت‌دار، هدف ملایم‌تر انتخاب شود.

دو دارو، یک قرص

برای اکثر بیماران با فشار ۱۴۰/۹۰ و بالاتر، درمان را با **دو داروی خط اول با دوز پایین در یک قرص ترکیبی (SPC)** شروع کنید.

مهارکننده RAS + کلسیم‌بلاکر دی‌هیدروپیریدینی

مهارکننده RAS + دیورتیک تیازیدی یا شبه‌تیازیدی

چرا؟ کاهش سریع‌تر فشار، پایبندی بهتر و عوارض کمتر نسبت به دوز بالای یک دارو.

تک‌دارو کجا قابل قبول است؟

- سن ۸۵ سال و بالاتر
- شکنندگی متوسط تا شدید
- افت فشار وضعیتی علامت‌دار
- فشار افزایش‌یافته (۱۲۰ تا ۱۳۹) با خطر بالا، طبق ESC

الگوریتم دارویی

گام‌به‌گام تا کنترل فشار

۱

ترکیب دوگانه

مهارکننده RAS به‌همراه CCB یا دیورتیک، با دوز پایین در یک قرص

۲

ترکیب سه‌گانه

مهارکننده RAS + CCB + دیورتیک تیازیدی یا شبه‌تیازیدی، ترجیحاً در یک قرص

۳

فشار خون مقاوم

افزودن اسپیرونولاکتون، با پایش پتاسیم و کراتینین

۴

گزینه‌های بعدی

اپلرنون یا آمیلورایدِ، بتابلاکر، آلفابلاکر؛ دنرواسیون کلیوی در بیماران منتخب

بتابلاکر در هر گام، اگر اندیکاسیون اختصاصی دارد: نارسایی قلبی با EF کاهش‌یافته، آنژین، پس از MI، کنترل ریت AF

ارزیابی و تشدید درمان هر ۴ هفته تا رسیدن به هدف

گروه‌های اصلی دارویی

گروه دارویی	نکته کاربردی
مهارکننده ACE	خط اول؛ ارجح در دیابت با آلبومینوری، CKD و نارسایی قلبی؛ در بارداری ممنوع
ARB	معادل ACEi؛ جایگزین مناسب در صورت سرفه؛ در بارداری ممنوع
CCB دی‌هیدروپیریدینی	خط اول؛ ادم مچ پا وابسته به دوز که در ترکیب با مهارکننده RAS کمتر است
دیورتیک تیازیدی یا شبه‌تیازیدی	خط اول؛ کلرتالیدون و اینداپامید اثر طولانی‌تری دارند؛ پایش سدیم، پتاسیم و اسید اوریک
بتابلاکر	ESC: جزو گروه‌های اصلی، به‌ویژه با اندیکاسیون اختصاصی. AHA/ACC: خط اول نیست مگر با اندیکاسیون اختصاصی

هشدار

ترکیب‌هایی که توصیه نمی‌شوند

ACEi + ARB

خطر هیپرکالمی و آسیب حاد کلیه، بدون سود قلبی-عروقی اضافه

مهارکننده RAS + آلیسکیرن

همان خطرات؛ به‌ویژه در دیابت و CKD

بتابلاکر + وراپامیل یا دیلتیازم

خطر برادیکاردی شدید و بلوک دهلیزی-بطنی

مهارکننده‌های RAS در بارداری ممنوع‌اند؛ در زنان در سن باروری، روش پیشگیری و برنامه بارداری را بپرسید.

قبل از داروی چهارم

تعریف: فشار ۱۴۰/۹۰ و بالاتر با سه دارو شامل دیورتیک با دوز بهینه، تأییدشده با پایش خارج از مطب

بررسی کنید:

- پایبندی بیمار به درمان
- اثر روپوش سفید
- داروهای افزاینده فشار (NSAID، دکونژستان، کورتون)
- آلدوسترونیسم اولیه، آپنه انسدادی خواب و مصرف نمک

اقدام درمانی

اسپیرونولاکتون: داروی چهارم ارجح؛ پایش پتاسیم و عملکرد کلیه

عدم تحمل: اپلرنون، آمیلورایید، بتابلاکر یا آلفابلاکر

دنرواسیون کلیوی: در بیماران منتخب و مراکز مجرب

ارجاع: به مرکز تخصصی فشار خون در موارد دشوار

جمعیت‌های ویژه

یک نسخه برای همه نیست

دیابت و بیماری مزمن کلیه

مهارکننده RAS پایه درمان؛ افزودن SGLT2i برای محافظت قلبی-کلیوی

سالمند ۸۵ سال به بالا یا شکننده

شروع آهسته‌تر، تک‌دارو قابل قبول، پایش افت فشار وضعیتی و افتادن

بارداری

ACEi و ARB ممنوع؛ لابتالول، نیفدیپین آهسته‌رهش یا متیل‌دوپا

نارسایی قلبی یا پس از MI

بتابلاکر و سایر داروهای مبتنی بر شواهد نارسایی قلبی در اولویت

سبک زندگی

پایه همه درمان‌ها

کاهش سدیم

کمتر از ۲ گرم سدیم در روز (حدود ۵ گرم نمک)

نمک غنی از پتاسیم (جدید)

جایگزین نمک معمولی؛ نه در CKD پیشرفته یا با داروهای نگه‌دارنده پتاسیم

فعالیت بدنی

دست‌کم ۱۵۰ دقیقه ورزش هوازی متوسط در هفته به‌همراه تمرین مقاومتی

کنترل وزن

کاهش وزن در بیماران دارای اضافه وزن یا چاقی

رژیم غذایی سالم

الگوی DASH یا مدیترانه‌ای؛ میوه، سبزی و حبوبات بیشتر

دخانیات و الکل

ترک کامل دخانیات و پرهیز از الکل

سریع به هدف برسید و آن‌جا بمانید

۴ هفته

ارزیابی و تشدید درمان هر ماه تا رسیدن به هدف

۳ ماه

کنترل فشار ظرف ۳ ماه از شروع درمان

HBPM

پایش خانگی فشار برای تنظیم دارو و بهبود پایبندی

بزرگ‌ترین موانع کنترل فشار: اینرسی درمانی و عدم پایبندی. قرص ترکیبی و پیگیری منظم هر دو را کاهش می‌دهد.

پنج تغییر برای طبابت از فردا

۱ فشار ۱۴۰/۹۰ و بالاتر را با دو دارو در یک قرص شروع کنید.

۲ هدف: سیستولیک ۱۲۰ تا ۱۲۹، یا دست‌کم کمتر از ۱۳۰/۸۰.

۳ در فشار ۱۳۰ تا ۱۳۹، تصمیم را بر اساس خطر قلبی-عروقی بگیرید.

۴ در فشار مقاوم، آلدوسترونیسم را غربال و اسپیرونولاکتون را اضافه کنید.

۵ ACEi و ARB را با هم ندهید؛ تا رسیدن به هدف، هر ماه پیگیری کنید.

آقای ۵۲ ساله‌ای بدون بیماری زمینه‌ای، با میانگین فشار خانگی ۱۵۲/۹۴ میلی‌متر جیوه مراجعه کرده است. مناسب‌ترین درمان دارویی اولیه کدام است؟

الف تک‌دارو با مهارکننده ACE و افزایش تدریجی دوز

ب دو دارو با دوز پایین در یک قرص (مثلاً ARB + آملودیپین)

ج آتنولول به‌عنوان داروی خط اول

د فقط اصلاح سبک زندگی به مدت ۶ ماه

آقای ۶۰ ساله با لوزارتان و هیدروکلروتیازید، بدون عارضه درمان می‌شود. میانگین فشار خانگی او ۱۳۶/۸۴ است. اقدام مناسب کدام است؟

الف) ادامه درمان فعلی؛ فشار کنترل‌شده است

ب) کاهش دوز داروها

ج) افزودن آملودیپین برای رسیدن به سیستولیک ۱۲۰ تا ۱۲۹

د) تشدید درمان تا سیستولیک کمتر از ۱۱۰

خانم ۵۸ ساله با سه دارو (ARB، آملودیپین و کلرتالیدون) با حداکثر دوز و پایبندی کامل، فشار خانگی ۱۴۸/۹۰ دارد. پتاسیم ۴٫۲ و eGFR برابر ۷۵ است و علل ثانویه رد شده‌اند. داروی چهارم ارجح کدام است؟

الف اسپیرونولاکتون

ب انالاپریل

ج کلونیدین

د دیلتیازم

بیمار دیابتی ۵۵ ساله با آلبومینوری، رامیپریل با دوز کامل مصرف می‌کند و فشار او ۱۴۲/۸۸ است. همکاری افزودن والسارتان را پیشنهاد داده است. بهترین اقدام کدام است؟

الف افزودن والسارتان برای محافظت کلیوی بیشتر

ب قطع رامیپریل و شروع بتابلاکر

ج افزودن آلیسکیرن به رامیپریل

د افزودن آملودیپین یا دیورتیک تیازیدی، بدون ترکیب ACEi و ARB

آقای ۴۵ ساله با فشار خانگی ۱۳۴/۸۴، بدون بیماری قلبی-عروقی، دیابت یا CKD و با خطر ۱۰ ساله پایین مراجعه کرده است. اقدام مناسب کدام است؟

الف شروع فوری دو دارو در یک قرص

ب اصلاح سبک زندگی و ارزیابی مجدد پس از ۳ تا ۶ ماه

ج شروع بتابلاکر با دوز پایین

د فشار طبیعی است و اقدامی لازم نیست

منابع

McEvoy JW, McCarthy CP, Bruno RM, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. Eur Heart J. 2024;45(38):3912–4018.

Jones DW, Ferdinand KC, Taler SJ, et al. 2025 AHA/ACC/Multisociety Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation and Management of High Blood Pressure in Adults. Hypertension / J Am Coll Cardiol. 2025.

با سپاس از توجه شما — پرسش و پاسخ