**1 概述**

　　高血压与房颤联系紧密。一方面，高血压是房颤常见的共患病，约 50% 以上的房颤患者合并高血压；另一方面，高血压是房颤的常见病因之一。高血压通过血流动力学改变和 RAAS 的过度激活引起心房结构重构和电重构，为房颤的发生和维持提供病理生理基础。

　　高血压增加房颤及房颤相关并发症（包括卒中/血栓、大出血和死亡）的发生风险。国际主要指南对于高血压伴房颤患者的降压目标值均无特殊推荐。《中国高血压防治指南（2010）》指出，中国人群目标血压为 140/90 mmHg，65 岁及以上老年人的收缩压应控制为＜ 150 mmHg，高于此值即应启动降压治疗。

　　**2 降压药物选择**

　　高血压伴房颤患者的降压治疗原则包括降低血压和左房负荷。ACEI 和 ARB 推荐用于预防房颤的发生和进展，单药控制不良时，优先推荐 ACEI/ARB 与 CCB 或噻嗪类利尿剂联用。

　**2.1 ACEI和ARBRAAS激活** 是高血压和房颤的共同病理生理基础，多数高血压患者 RAAS 过度激活，而其主要效应成分——AngⅡ对房颤的发生和维持发挥重要作用。

　　ACEI、ARB和醛固酮受体拮抗剂可以预防心肌重构，减轻心房纤维化和肥大，恢复心肌细胞间隙连接的解耦联及钙调控损伤，减轻氧化应激和炎性反应。LIFE 研究、VALUE 研究等临床试验证实，以 ACEI 或 ARB 为基础的治疗可以减少高血压患者新发房颤的发生。

　　《中国高血压防治指南（2010)》指 出，ACEI 和 ARB 适用于高血压患者房颤预防。ACTIVE-Ⅰ研究提示，ARB 可能减少房颤患者心力衰竭住院事件的发生。2011 AHA/ACC/ 美国心律学会（HRS）房颤患者管理指南推荐，ACEI 和 ARB 用于预防原发性高血压患者房颤的发生（Ⅱa 类）。2011年J-RHYTHM 研究显示，合并高血压的阵发房颤患者，坎地沙坦和氨氯地平在减少每月房颤天数方面无明显差异。2014年该指南将这一推荐的证据级别降为Ⅱb 类。

　　**2.2 β受体阻滞剂** 对于高血压伴房颤患者，β 受体阻滞剂可以发挥控制心室率的作用。《中国 高血压防治指南（2010)》指出，β受体阻滞剂适用于高血压伴快速性心律失常患者。2013年 ESH/ESC 高血压指南也指出，β受体阻滞剂可用于预防高血压患者房颤发生及控制心室率。

　**2.3 CCB** 对于需要控制心率的房颤患者，不论是阵发性、持续性还是永久性房颤，2014年 AHA/ACC/HRS 房颤指南推荐的一线治疗药物均为 β受体阻滞剂和非二氢吡啶类 CCB（地尔硫和维拉帕米）。但一般情况下不推荐 β受体阻滞剂与非二氢吡啶类 CCB 联用。

　**2.4 利尿剂** 在我国，常用的噻嗪类利尿剂主要为氢氯噻嗪和吲达帕胺。但其对房颤发病率的影响目前尚缺乏深入的研究。

　**3 注意事项**

　　**3.1 ACEI和ARB** 长期应用有可能导致血钾水平升高，应注意定期监测血钾和血肌酐水平。

　　**3.2 非二氢吡啶类** CCB 常见不良反应包括抑制心脏收缩和传导功能。二、三度房室传导阻滞、心力衰竭患者禁用。在使用非二氢吡啶类 CCB 前应详细询问患者病史，进行心电图检查，并在用药2~6周内复查。

　　**3.3 β受体阻滞剂** 对于需要控制心（室）率的高血压伴房颤患者，可应用 β受体阻滞剂，如患者同时合并糖耐量异常和代谢综合征，β受体阻滞剂与利尿剂联用需谨慎。二、三度房室传导阻滞、哮喘患者禁用 β受体阻滞剂。

　　**3.4 抗凝治疗** 在房颤患者中，合并高血压者卒中/血栓栓塞事件的发生风险增加 2 倍。抗凝治疗是高血压伴房颤患者的基础性治疗。应在综合评估卒中和出血风险及临床净获益的基础上考虑给予口服抗凝药物治疗。华法林（Ⅰ，A）与新型口服抗凝药物（达比加群、利伐沙班和阿哌沙班等）（Ⅰ，B）均可作为房颤患者血栓栓塞预防的首选药物。

　　**3.5 抗凝治疗风险评估** 对于非瓣膜性房颤患者的卒中风险评估，推荐使用 CHA2DS2-VASc评分：积分≥ 2 分需接受抗凝治疗，积分为 0 分不需接受抗凝治疗，积分 1 分为卒中中危人群，可酌情给予抗凝治疗。

　　另外，2014 AHA/ACC/HRS 房颤患者管理指南也首次建议房颤患者接受抗凝治疗前应用 HAS-BLED 评分评估抗凝治疗的出血风险：积分越高出血风险越高（表 13）。HAS-BLED 评分≥ 3 分者属于抗凝出血高危患者，接受抗凝治疗应谨慎，需严密监测不良事件。