مجله علوم پزشکی فیض
دوره ۳۰، شماره ۱، فروردین-اردیبهشت ۱۴۰۵
صفحات: ۴-۱
10.48307/FMSJ.2026.30.1.1
سرمقاله

ضرورت به‌روزرسانی رویکردهای مدیریت پرفشاری خون بر اساس شواهد اخیر

The Necessity of Updating Approaches to Managing High Blood Pressure Based on Recent Evidence

علیرضا فرخیان[۱]، محسن تقدسی[۲*]
Alireza Farrokhian [1], Mohsen Taghadosi [2*]

[۱] گروه قلب و عروق، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
[۲] مرکز تحقیقات پرستاری تروما، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران
[1] Department of Cardiovascular, Faculty of Medicine, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran
[2] Trauma Nursing Research Center, Kashan University of Medical Sciences, Kashan, Iran

سرمقاله

پرفشاری خون همچنان یکی از مهم‌ترین چالش‌های نظام‌های سلامت در سراسر جهان محسوب می‌شود و به‌عنوان یکی از علل اصلی قابل پیشگیری مرگ‌ومیر ناشی از بیماری‌های قلبی‌عروقی، سکته مغزی و نارسایی کلیوی شناخته می‌شود. طی دهه اخیر، پیشرفت‌های قابل‌توجهی در درک پاتوفیزیولوژی، تشخیص و درمان این بیماری حاصل شده است. افزایش دسترسی به داده‌های حاصل از کارآزمایی‌های بالینی بزرگ، توسعه فناوری‌های پایش فشار خون، و گسترش رویکردهای فردمحور، منجر به بازنگری اساسی در دستورالعمل‌های بالینی بین‌المللی شده است [۱،۲]. در این میان، به‌روزرسانی راهبردهای مدیریت پرفشاری خون نه‌تنها یک ضرورت بالینی، بلکه یک اولویت سیاست‌گذاری در نظام سلامت جهانی به شمار می‌رود؛ زیرا تغییرات سبک زندگی، افزایش میانگین سنی جمعیت، و شیوع چاقی و دیابت، نیاز به رویکردهای نوین درمانی را بیش از پیش برجسته کرده‌اند.

تحلیل نظام‌مند دستورالعمل‌های اخیر، از جمله راهنمای NICE در سال ۲۰۱۹، دستورالعمل‌های ACC/AHA در سال‌های ۲۰۱۷ و ۲۰۲۵، و رهنمودهای KDIGO ۲۰۲۱ برای بیماران مبتلا به بیماری مزمن کلیه، نشان می‌دهد که مدیریت پرفشاری خون از الگوی سنتی مبتنی بر درمان دارویی یکنواخت فاصله گرفته و به سمت رویکردهای چندبعدی و فردمحور حرکت کرده است [۳،۴]. به‌عنوان نمونه، در راهنمای جدید AHA/ACC 2025، آستانه تشخیص پرفشاری خون همچنان ۸۰/۱۳۰ میلی‌متر جیوه حفظ شده است، اما تأکید بر مدیریت مبتنی بر خطر کلی قلبی‌عروقی افزایش یافته و محاسبه خطر ۱۰ ساله بیماری‌های قلبی‌عروقی جایگاه محوری در تصمیم‌گیری درمانی یافته است [۴]. این تغییر بیانگر گذار از رویکرد «عدد-محور» به رویکرد «خطر-محور» است؛ به‌گونه‌ای که هدف درمان صرفاً کاهش مقادیر فشار خون نیست، بلکه کاهش پیامدهای بالینی و مرگ‌ومیر مرتبط نیز مدنظر قرار می‌گیرد.

یکی از چالش‌های اساسی در به‌روزرسانی دستورالعمل‌ها، ایجاد توازن میان اثربخشی درمان دارویی و مداخلات غیردارویی است. مرور نظام‌مند اخیر Chen و همکاران نشان داده است که مداخلات غیردارویی نظیر رژیم غذایی DASH، محدودیت مصرف سدیم، فعالیت بدنی منظم و کاهش استرس، نقش قابل‌توجهی در کنترل فشار خون دارند و در بسیاری از موارد می‌توانند شروع درمان دارویی را به تأخیر انداخته یا نیاز به دوزهای بالای دارویی را کاهش دهند [۵]. بر همین اساس، دستورالعمل‌های جدید، از جمله ESH/ESC 2024 و JSH 2019، بر اهمیت مداخلات سبک زندگی به‌عنوان خط اول درمان تأکید ویژه‌ای دارند [۶،۷].

از منظر فناوری‌های نوین، پیشرفت در ابزارهای دیجیتال پایش فشار خون و سامانه‌های مبتنی بر هوش مصنوعی، فرصت‌های جدیدی برای پایش مستمر و درمان دقیق‌تر فراهم کرده است [۸]. امروزه تلفن‌های هوشمند و دستگاه‌های پوشیدنی قادرند داده‌های فشار خون را به‌صورت لحظه‌ای ثبت و تحلیل کنند

*نویسنده مسئول: **محسن تقدسی**. پست الکترونیک: taghadosi@gmail.com
آدرس: مرکز تحقیقات پرستاری تروما، دانشگاه علوم پزشکی کاشان، کاشان، ایران

و از طریق الگوریتم‌های یادگیری ماشین، الگوهای نوسان فشار خون را شناسایی کرده و هشدارهای شخصی‌سازی‌شده ارائه دهند. این تحولات می‌توانند در آینده به‌عنوان جایگزین یا مکمل اندازه‌گیری‌های سنتی در محیط بالینی عمل کرده و زمینه تصمیم‌گیری مبتنی بر داده‌های واقعی زندگی (real-world data) را فراهم سازند. افزون بر این، شواهد نشان می‌دهد که به‌کارگیری راهکارهای دیجیتال در پیگیری بیماران، به‌طور معناداری موجب افزایش پایبندی به درمان و بهبود کنترل فشار خون می‌شود [۹].

از سوی دیگر، شواهد جدید حاکی از آن است که اهداف درمانی باید بر اساس ویژگی‌های گروه‌های خاص، از جمله بیماران مبتلا به بیماری مزمن کلیه، دیابت یا سالمندان، بازتعریف شوند. در دستورالعمل KDIGO 2021 برای بیماران مبتلا به بیماری مزمن کلیه، هدف فشار خون سیستولیک کمتر از ۱۲۰ میلی‌متر جیوه با استفاده از روش‌های استاندارد اندازه‌گیری توصیه شده است [۳]. در مقابل، در سالمندان و بیماران دارای بیماری‌های همراه، راهنماهای آسیایی نظیر KSH 2022 و JSH 2019 رویکرد محافظه‌کارانه‌تری اتخاذ کرده و نسبت به خطر افت فشار خون وضعیتی و افزایش احتمال سقوط هشدار داده‌اند [۶،۱۰]. این تفاوت‌ها نشان‌دهنده ضرورت تطبیق توصیه‌های بالینی با زمینه‌های ژنتیکی، فرهنگی و محیطی هر جامعه است؛ موضوعی که در راهنمای تایوان [۱۱] و برخی دستورالعمل‌های بومی در خاورمیانه و شرق آسیا نیز مورد تأکید قرار گرفته است.

یکی دیگر از محورهای مهم در به‌روزرسانی مدیریت پرفشاری خون، بازنگری در انتخاب داروها و راهبردهای درمان خط اول است. دستورالعمل‌های اخیر، از جمله AHA/ACC 2025 و ESH/ESC 2024، بر استفاده از درمان ترکیبی به‌صورت قرص‌های تک‌دوز ترکیبی (single-pill combination) تأکید دارند، زیرا این رویکرد علاوه بر افزایش اثربخشی، موجب بهبود پایبندی بیمار به درمان نیز می‌شود [۴،۷]. ترکیب داروهایی نظیر مهارکننده‌های ACE یا ARB با مسدودکننده‌های کانال کلسیم یا دیورتیک‌ها در کنترل پرفشاری خون مقاوم مؤثرتر از درمان تک‌دارویی ارزیابی شده است. با این حال، همان‌گونه که Byrd و Brook اشاره کرده‌اند، انتخاب درمان باید بر اساس ویژگی‌های فردی بیمار از جمله سن، نژاد و وضعیت عملکرد کلیوی تنظیم شود؛ به‌ویژه در بیماران آفریقایی‌تبار یا مبتلا به نارسایی کلیه، پاسخ دارویی ممکن است متفاوت بوده و نیاز به تنظیم دوز یا انتخاب داروی جایگزین وجود داشته باشد [۱۲].

در کنار درمان دارویی، توجه به همبودی‌های قلبی‌عروقی نیز اهمیت ویژه‌ای یافته است Wang .در تحلیل خود از راهنمای ۲۰۲۳ انجمن اروپایی فشار خون و راهنمای ۲۰۲۴ انجمن قلب اروپا نشان می‌دهد که کنترل فشار خون باید در چارچوب مدیریت یکپارچه بیماری‌های قلبی‌عروقی شامل کنترل چربی خون، تنظیم قند خون و کاهش وزن ارزیابی شود [۷]. این رویکرد جامع در مقایسه با مدل‌های پیشین، موجب هم‌افزایی درمانی شده و به کاهش خطر مرگ‌ومیر قلبی‌عروقی کمک می‌کند. همچنین در بیماران مبتلا به نارسایی قلبی یا بیماری شریان کرونر، استفاده از داروهای نوین مانند مهارکننده‌های گیرنده آنژیوتانسین–نپریلیزین (ARNIs) و مهارکننده‌های SGLT2 به‌عنوان گزینه‌های درمانی جدید در دستورالعمل‌ها مطرح شده است [۲].

توجه به گروه‌های سنی خاص، به‌ویژه کودکان و نوجوانان، از دیگر محورهای مهم بازنگری در دستورالعمل‌ها است. دستورالعمل انجمن اطفال آمریکا با ارائه جداول صدک‌محور بر اساس سن، جنس و قد، معیارهای دقیق‌تری برای تشخیص پرفشاری خون در کودکان ارائه کرده و بر اهمیت غربالگری زودهنگام تأکید دارد [۱۳]. با توجه به اینکه شواهد جدید ارتباط پرفشاری خون در نوجوانی را با افزایش خطر بیماری‌های قلبی‌عروقی در بزرگسالی نشان می‌دهد، توجه به این گروه سنی در پیشگیری اولیه اهمیت حیاتی دارد [۱۴].

با وجود پیشرفت‌های علمی، چالش‌های اجرایی و اجتماعی همچنان مانع تحقق کامل اهداف کنترل فشار خون هستند. Moiz و همکاران گزارش کرده‌اند که عدم پایبندی بیماران به درمان، کمبود آگاهی عمومی و نابرابری در دسترسی به خدمات سلامت از مهم‌ترین موانع کنترل جهانی فشار خون محسوب می‌شوند؛ به‌گونه‌ای که حتی در کشورهای دارای دستورالعمل‌های پیشرفته، میزان کنترل فشار خون همچنان کمتر از ۵۰٪ باقی می‌ماند [۱۵]. Mills و همکاران نشان داده‌اند که راهبردهای چندسطحی از جمله آموزش بیماران، پیگیری تیمی و استفاده از یادآورهای الکترونیکی می‌تواند اثربخشی برنامه‌های کنترل فشار خون را به‌طور قابل‌توجهی افزایش دهد [۹].

در سطح کلان، بازنگری در سیاست‌های سلامت نیز ضروری به نظر می‌رسد. Carey و همکاران تأکید می‌کنند که رویکرد «راهنما–محور» در تصمیم‌گیری بالینی باید با انعطاف‌پذیری همراه باشد تا پزشک بتواند شرایط واقعی بیمار، زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی و منابع در دسترس را در تصمیم‌گیری لحاظ کند [۲]. همچنین Nozato بر این نکته تأکید دارد که تحقیقات آینده باید بر ادغام داده‌های زیستی، رفتاری و ژنومی متمرکز شوند تا امکان طراحی درمان‌های دقیق‌تر و شخصی‌سازی‌شده فراهم گردد [۱۶].

در سطح جهانی، روند تحول دستورالعمل‌ها نشان می‌دهد که مفهوم «مدیریت پرفشاری خون» به سمت رویکردی جامع در حال حرکت است که شامل پیشگیری، تشخیص زودهنگام، پایش مستمر و درمان ترکیبی می‌شود. این تحول بازتابی از تغییر ماهیت بیماری‌های مزمن است که نیازمند مراقبت طولانی‌مدت و چندرشته‌ای هستند. Bosch و Schmieder با تأکید بر نقش

Copyright© 2026. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License which permits Share (copy and redistribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-NonCommercial terms. Downloaded from: http://feyz.kaums.ac.ir/

پزشکی دیجیتال و داروسازی هوشمند، آینده درمان پرفشاری خون را در گرو ادغام هوش مصنوعی در تصمیم‌گیری بالینی و توسعه درمان‌های هدفمند می‌دانند [۸].

در نهایت، ضرورت به‌روزرسانی رویکردهای مدیریت پرفشاری خون نه‌تنها مبتنی بر شواهد علمی جدید، بلکه ناشی از تحولات جمعیتی، اپیدمیولوژیک و فناوری است. دستورالعمل‌های جهانی مانند AHA/ACC 2025 و ESH/ESC 2024 اکنون فراتر از چارچوب‌های صرفاً درمانی، به‌عنوان ابزارهای سیاست‌گذاری سلامت عمومی نیز ایفای نقش می‌کنند. همان‌گونه که Mancia و همکاران بیش از یک دهه پیش اشاره کرده بودند، هیچ دستورالعملی بدون بازنگری مستمر قادر به پاسخگویی به تحولات سریع علم و جامعه نیست [۱۷]؛ امری که امروزه بیش از هر زمان دیگری مصداق یافته است. مدیریت مؤثر پرفشاری خون مستلزم بازنگری مداوم، بهره‌گیری از فناوری‌های نوین و تقویت همکاری میان متخصصان، بیماران و نظام‌های سلامت است.

در مجموع، مدیریت نوین پرفشاری خون بر سه اصل «شخصی‌سازی درمان»، «مراقبت یکپارچه» و «به‌کارگیری فناوری‌های نوین» استوار است. تحقق این اصول نیازمند به‌روزرسانی مستمر دستورالعمل‌ها، آموزش هدفمند پزشکان و بیماران و سرمایه‌گذاری در پژوهش‌های بین‌رشته‌ای است. چنین رویکردی نه‌تنها موجب ارتقای اثربخشی درمان می‌شود، بلکه با کاهش عوارض قلبی‌عروقی و هزینه‌های اقتصادی، تأثیر قابل‌توجهی بر بهبود سلامت جهانی خواهد داشت.

منابع

1. Boffa R, Constanti M, Floyd C, Wierzbicki A. Hypertension in adults: summary of updated NICE guidance. BMJ. 2019; 367. doi:10.1136/bmj.l5310 PMid:31636059
2. Carey R, Wright J, Taler S, Whelton P. Guideline-Driven Management of Hypertension. Circ Res. 2021;128:827-46. doi:10.1161/CIRCRESAHA.121.318083 PMid:33793326 PMCid:PMC8034801
3. Cheung A, Chang T, Cushman W, Furth S, Hou F, Ix J, et al. KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2021; 99 3S. doi:10.1016/j.kint.2020.11.003 PMid:33637192
4. Jones D, Ferdinand K, Taler S, Johnson H, Shimbo D, Abdalla M, et al. 2025 5. AHA/ACC/AANP/AAPA/ABC/ACCP/ACPM/AGS/AMA/ASPC/NMA/PCNA/SGIM Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol. 2025.
5. Chen Z, Xu T, Shu Y, Zhou X, Li Q, Guo T, et al. Non-pharmacological interventions for primary hypertension: a systematic review and network meta-analysis protocol. BMJ Open. 2025;15. doi:10.1136/bmjopen-2023-079360 PMid:39842927 PMCid:PMC11784332
6. Hirawa N. S-14-5: Jsh guideline for the management of hypertension 2019 (jsh2019) ~ concept and subsequent challenges ~. J Hypertens. 2023. doi:10.1097/01.hjh.0000913088.36239.3f
7. Wang B. Diagnosis and Management of Hypertensive Heart Disease: Incorporating 2023 European Society of Hypertension and 2024 European Society of Cardiology Guideline Updates. J Cardiovasc Dev Dis. 2025;12. doi:10.3390/jcdd12020046 PMid:39997480 PMCid:PMC11856785
8. Bosch A, Schmieder R. Novel approaches to management of hypertension. Curr Opin Nephrol Hypertens. 2020;30:54-62. doi:10.1097/MNH.0000000000000668 PMid:33186217
9. Mills K, Obst K, Shen W, Molina S, Zhang H, He H, et al. Comparative Effectiveness of Implementation Strategies for Blood Pressure Control in Hypertensive Patients. Ann Intern Med. 2018;168:110-20. doi:10.7326/M17-1805 PMid:29277852 PMCid:PMC5788021
10. Kim HL, Lee E, Ahn S, Kim K, Kim HC, Kim JH, et al. The 2022 focused update of the 2018 Korean Hypertension Society Guidelines for the management of hypertension. Clin Hypertens. 2023;29. doi:10.1186/s40885-023-00234-9 PMid:36788612 PMCid:PMC9930285
11. Chiang C, Wang TD, Ueng K, Lin TH, Yeh H, Chen C, et al. 2015 guidelines of the Taiwan Society of Cardiology and the Taiwan Hypertension Society for the management of hypertension. J Chin Med Assoc. 2015;78 1:1-47. doi:10.1016/j.jcma.2014.11.005 PMid:25547819
12. Byrd JB, Brook R. Hypertension. Ann Intern Med. 2019; 170. doi:10.7326/AITC201905070 PMid:31060074
13. Flynn J, Kaelber D, Baker-Smith C, Blowey D, Carroll A, Daniels S, et al. Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents. Pediatrics. 2017; 140. doi:10.1542/peds.2017-1904 PMid:28827377
14. Stafford R. New High Blood Pressure Guidelines: Back on Track With Lower Treatment Goals, but Implementation Challenges Abound. Am J Prev Med. 2018;55 4:575-8. doi:10.1016/j.amepre.2018.04.023 PMid:30093159
15. Moiz A, Zolotarova T, Eisenberg M. Outpatient management of essential hypertension: a review based on the latest clinical guidelines. Ann Med. 2024;56. doi:10.1080/07853890.2024.2338242 PMid:38604225 PMCid:PMC11011233
16. Nozato Y. Hypertension research 2024 update and perspectives: blood pressure management. Hypertens Res. 2025. doi:10.1038/s41440-025-02130-1 PMid:40055495
17. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redón J, Zanchetti A, Böhm M, et al. 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension. Blood Press. 2013;22:193-278. doi:10.3109/08037051.2013.812549 PMid:23777479

How to Cite this Article:
Farrokhian A, Taghadosi M. The Necessity of Updating Approaches to Managing High Blood Pressure Based on Recent Evidence. Feyz Med Sci J 2026; 30(1):1-4. doi: 10.48307/FMSJ.2026.30.1.1