

## Symlicity-HTN-3 试验结果阴性

# 去肾交感神经治疗该不该停止？

▲ 本报记者 董杰

顽固性高血压患者占高血压人群 5%~10%，其发病机制复杂。经皮肾动脉去交感神经术(RDN)是顽固性高血压治疗的一种技术，早期研究显示，RDN 可有效降低顽固性高血压患者的血压水平，然而，2014年3月美国心脏病学会年会公布的 Symlicity-HTN-3 试验 6 个月随访结果，以及 2014 欧洲心脏病学会年会上公布的 1 年随访结果，却均为阴性结果。为此，该技术饱受争议。

RDN 处在风口浪尖，成为争论的焦点，透过各方观点，我们应当思考，从这些争论焦点中我们应该有何启发？争论之后，今后的临床应该何去何从？然而，最为重要的是，无论持何种观点，临床医学应当时刻保持科学理性的态度，一切应从患者的利益出发。



蒋雄京 教授

徐延敏 教授

郭艺芳 教授

张麟 教授

### 试验阴性或有原因

阜外心血管病医院蒋雄京教授作为我国 RDN 的主要领衔者，他认为该试验的失败有患者入选、技术、手术路径等方面的原因。

天津医科大学第二医院徐延敏教授认为，Symlicity-HTN-3 引发了 RDN 的反思和再评价。首先，该试验并非十全十美，观察指标仅为诊

室血压和 24 h 动态血压，随访时间不足，并未对心血管死亡、卒中、心肌梗死等主要终点进行观察。其次，各中心试验例数不等，手术经验存在不足。

再次，消融导管设计存在不足，不能达到大面积肾交感神经毁损，未能显著降低交感的活性。阻断肾交感神经仅是顽固性高血压发生和维持的机制之

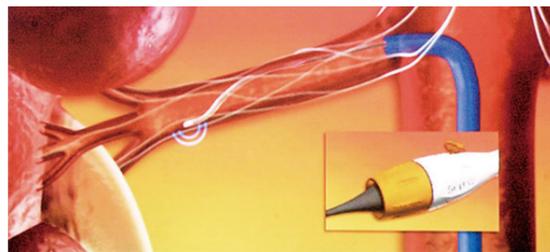
一，Symlicity-HTN-3 得出阴性结果似乎也在情理之中。

此外，2014 欧洲心脏病学会年会公布的另一项研究表明，RDN 治疗顽固性高血压成功与否，取决于是否认真进行患者筛选及是否成功将全部肾动脉神经去除，研究显示，不仅要消融主要肾动脉神经，还要消融其副支。

### 没有金刚钻 不揽瓷器活

蒋雄京教授指出，RDN 术涉及多学科：高血压专科医生负责对顽固性高血压的鉴定、入选和随访，并确保患者的配合和治疗依从性，这些将对结果有重大影响；肾动脉的影像学判断非常重要，对导管操作有很大影响；介入医生则负责对导管的操作及并发症的处理，其经验直接影响消融的成功与否。只有各个技术环节都达到标准才能保证治疗过程完

美，判断手术是否有效。郭艺芳教授表示，近年来，我国对于各种新技术的热情均很高，“有条件要上，没有条件创造条件也要上”的现象很普遍，RDN 应杜绝这种现象。目前合理的策略是，鼓励在技术条件与前期工作基础较好的少数大型中心性医院进行探索，一般医疗机构不应急于开展，待该方法效果得到初步论证再谨慎推行也不迟。



### 做好基础研究前勿急于开展

对于 RDN 的开展，世界高血压联盟前任主席刘力生教授表示很担心，她认为 RDN 需谨慎进行，应先脚踏实地做好研究，不应在没有临床试验的情况下便开展。“所有原发性高血压患者通过合理药物治疗均可降压达标，如若不能降压达标，应考虑继发性高血压。顽固性高血压的诊断标准要明确，

只有在有能力鉴别诊断的医院，在排除一切可排除的继发性高血压后，血压仍高，才可以开展 RDN。此外，需有一定的技术水平支持。”刘力生教授说。上海交通大学医学院附属瑞金医院高平进教授也认为，有关 RDN 的观察性研究应该停止，在基础研究未做好之前不能急于进入临床。

### 甄别获益患者是当务之需

河北省人民医院郭艺芳教授表示，高血压发病原因复杂，多机制并存，肾交感神经激活引发的顽固性高血压只是其中一种，一种药物和一种技术不可能解决所有患者的问题，甄别出可获益的患者

是当务之需。北京朝阳医院张麟教授表示，医生应踏实做好临床工作。事实上，有相当一部分高血压患者并未得到很好的管理，临床医生应该将现有的治疗手段充分利用好，而不应将未

得到充分治疗的高血压患者确诊为顽固性高血压。张麟教授希望学术界有话语权的人能够总结各方观点，提出一致的、有正能量、科学理性的观点，而不是一直在讨论，却并无结果，也不益于临床。

#### 结语

在人类的发展史上，有关新技术的争论从未停止过，RDN 也只是沧海之一粟，它关乎患者的健康，不能不以科学理性的态度待之。希波克拉底宣言“余愿尽己之能力与判断力之所及，恪守为病家谋福之信条，并避免一切堕落害人及之败行。”任何一项医学新技术，都不能沦为赚钱的工具，都应以患者至上，为患者带来福祉。

## 柳叶刀：降压治疗不能“只见树木，不见森林”

▲ 本报记者 董杰

### 临床研究

近期，《柳叶刀》杂志发表的一项 Meta 分析显示，基于心血管风险的降压治疗可更好地减少心血管事件，可将基线心血管风险预测方程用于降压治疗决策。研究者表示，无论基线心血管风险水平如何，在相对风险方面降压治疗提供相似的保护作用，但随着基线风险增加，心血管绝对风险的下降幅度也相应增加。该结果支持将基线心血管风险预测方程用于降压治疗决策。(Lancet.2014,384: 591)

### 专家评议

在高血压治疗决策中，心血管风险占据怎样的作用？记者采访了首都医科大学附属北京安贞医院赵冬教授和新疆医科大学第一附属医院张源明教授。

赵冬教授表示，在治疗决策中，不仅考虑血压水平，还要考虑其他危险因素，这源于对心血管多重危险因素作用的认识，上世纪 90 年代开始被高血压诊疗指南推荐，革命性的改

变了医生对高血压患者的治疗仅关注血压水平和仅关注降压治疗的实践模式。指南的推荐促使医生在临床处理高血压患者时不仅关注血压，也必须了解其他危险因素，并根据总体心血管病危险决定治疗策略。虽然目前国际上有些国家的高血压指南摒弃了危险分层，但包括中国在内的许多国家和地区的高血压指南依然坚持推荐对高血压患者进行

总体危险评估并指导治疗决策的实践模式。根据这些指南，高血压患者存在的其他危险因素也应及时干预，才可最大程度降低其总的心血管病危险。但在临床实践中不良生活方式的干预依然困难重重，常常难于真正实施。除临床医生的干预能力以外，许多不良生活方式干预效果的研究也值得加强。

赵冬教授介绍，基线心血管风险即患者在

未来(常常为十年)发生急性心血管事件的概率。高血压患者若并存其他危险因素，如饮酒和吸烟、摄入过多的盐、缺少运动，或血脂血糖的代谢异常均会几倍的增加高血压本身导致的心血管病危害。医生应将患者改变不良生活方式作为治疗的一部分，在高血压患者的处理中坚持多重危险因素综合干预的策略。

张源明教授认为，

制定降压决策一定要依据整体的心血管风险，若只依据血压目标值，则是“只见树木，不见森林”，因为决定预后的因素不仅是血压，还包括其他危险因素，因此要综合考虑。张教授充分肯定基线心血管风险的地位，他以是否合并糖尿病为例，指出两种情况病理生理情况不同，药物选择也不同。因此，要考虑基线心血管风险和危险因素。