

· 观点 ·

我国高血压防治干预策略转型的必要性——FEVER 研究及其亚组分析启示

张宇清

2010 年中国高血压防治指南指出, 高血压是一种“心血管综合征”。特别强调应根据心血管总体风险, 决定治疗措施, 应关注对多种心血管危险因素的综合干预。这其中的重要理念即提示高血压治疗的重点已经开始发生转移。而提出此理念的重要理论基础与包括我国的 FEVER 研究在内的一系列影响深远的大规模抗高血压临床试验的结果有密切关系。

1 FEVER 研究及亚组分析简介

FEVER 研究是一项的随机、双盲、安慰剂对照研究, 共入选中国受试者 9711 例。所有患者均合并一项或以上的心血管危险因素或心血管病史。其结果显示, 与小剂量氢氯噻嗪+安慰剂治疗(普通降压治疗)相比, 小剂量氢氯噻嗪联合小剂量非洛地平治疗(强化降压治疗)显著降低心血管事件风险(25%~35%), 两组受试者的平均收缩压分别降至 142 mmHg (1mmHg=0.133kPa) 和 138 mmHg。

此后进行的一项 FEVER 研究亚组分析根据性别、收缩压水平、年龄、吸烟状态、血清总胆固醇水平、是否合并左心室肥厚、单纯收缩期高血压和糖尿病, 有无心血管病史将 FEVER 研究中的受试者进行分组。研究主要终点为首次脑卒中发生的时间, 次要终点为首次心血管事件、心脏事件、全因死亡、心血管病死亡发生的时间。研究结果显示, 强化降压组和普通降压组受试者的平均收缩压分别 <140 mmHg 和 >140 mmHg。在强化降压治疗组中, 对于低危患者(无合并症), 脑卒中事件风险显著下降 39%。此外, 心血管事件和全因死亡风险均显著降低(29%~47%, $P=0.02$ 或 <0.001)。平均随访 40 个月间, 在每 100 例无合并症、老年或 I 级高血压患者中, 平均收缩压下降 4 mmHg 即能依次防止 1.6、1.1 和 3.8 例脑卒中事件, 以及 2.1、1.6 和 5.2 例心血管事件发生。相反, 对于那些高危患者(合并心血管疾病或糖尿病), 虽然强化降压仍显示获益, 但获益程度远低于低危人群, 脑卒中仅降低 16%。

2 FEVER 研究的启示

FEVER 研究第一次在国际上证明收缩压降低至

138 mmHg 比更高的血压控制患者明显获益。这项研究的主要结果直接影响到包括我国在内的国际上系列高血压防治指南策略的制定。

同时, 与国际上近期完成的一系列抗高血压治疗研究一致, FEVER 研究显示低危的患者的治疗获益更大, 而高危患者获益较小, 提示着高血压治疗中的“天花板效应”, 即对于处于心血管事件链末端的那些高危患者的降压治疗获益相对较小, 特别强调高血压的治疗应及早开始, 而合并靶器官损害的人群是干预重点。

3 我国高血压防治干预策略转型的必要性

在高血压防治策略中我们既往一直重视的是高危人群, 即对那些有并发症的患者进行包括控制血压在内的全面的危险因素综合干预, 这些患者往往是目前医院高血压病房或中心管理的人群, 对于相对低危的患者重视程度和干预力度都非常有限, 导致这些患者病情进展, 进入到高危状态。而未能有效地早期积极干预高血压患者也直接导致我国高血压主要并发症即脑卒中和心肌梗死等的发病率持高不下, 社会和个人的经济负担持续加重。

为了扭转这一不利局面, 加强对于高血压早期低危患者的检出和干预策略显得尤为重要, 应尽可能创造条件, 更加重视“低危”患者的潜在的靶器官损害检出、积极有效干预和全面危险因素管理。其中的重点内容主要涉及非常专业化的操作, 非一般社区医院所能为。因此也非常需要整合现有医疗资源, 强化疾病管理体系, 加强高血压专科队伍建设, 由目前仅重视高危人群的策略, 转变到重视潜在高危人群的策略, 进而有效提高慢性非传染性疾病的防控水平。现阶段, 可借鉴发达国家经验, 适应转化医学的时代要求, 以大医院为骨干, 与社区相结合, 建立新型的高血压中心, 即高血压及血管性疾病的研究、治疗、预防及继续教育的综合体, 涉及到社区、门诊、病房患者的管理, 同时包括临床、基础和流行病学研究。以高血压为切入点, 全面进行心血管危险因素综合干预, 从而降低我国慢性非传染性疾病的发病负担。

(收稿日期:2013-05-02)

(编辑:汪碧蓉)