



国家心血管病专委会血管外科专委会成立



构建心血管病防治领域专业平台,切实发挥“智库”引领作用

国家心血管病专家委员会第三次全体委员会议在京召开

中国心脏大会召开期间,国家心血管病专家委员会第三次全体委员会议隆重召开。会议由国家心血管病中心党委书记、中心副主任李惠君教授主持,来自全国各地的百余位国家心血管病专家委员会委员参加了此次盛会。

国家心血管病中心主任胡盛寿院士在会上发表了欢迎致辞,并指出国家专家委员会委员要充分发挥专业优势和影响力,为我国心血管病防治事业献计献策,帮助国家心血管病中心做好顶层设计和长远规划。

专家委员会主任委员高润霖院士向委员们报告了国家心血管病专家委员会 2015 年度工作概况与下阶段工作计划。他指出,委员会的重点工作是针对心血管病防治领域亟待解决的重大问题,制订国家心血管病防治规划,确立长期研究方向及总体目标,研究制订心血管病防治行业规范、技术标准和质量控制评价体系。

胡盛寿院士还就国家心血管病中心一年来的重点工作和发展思路做了专题报告。同时指出,建设并发挥各个专业委员会的能

- 国家心血管病专委会血管外科专委会成立 2
- 胡盛寿: 重塑医学和健康管理模式, 构建学习型心血管病医疗中心 3
- “全国基层心血管病综合风险管理项目”启动 4
- 吴良有: 推动慢病防、治、管一体化全程化融合发展 5
- 高屋建瓴: 一场国家慢病防控的顶级对话 6
- Circulation: 全球 3/4 高血压患者聚集中低收入国家 8
- JACC: 生活方式变迁将致中国心血管病流行大爆发 9
- 葛均波院士在《柳叶刀》发表通讯文章: 呼吁在我国普及体外除颤器和心肺复苏知识 10
- CAMI 研究发表中国医院心梗救治条件调查: 不同级别医院差别大, 部分医院无 CCU, 不查肌钙蛋白 11
- 安贞医院赵冬等开发脑中风终生风险量表: 血压 $\geq 160/100$ mmHg 者风险高达 38.4% 12

目录

- 全球卒中报告: 四分之三中风由吸烟、饮食不健康和体力活动少所致 13
- 中国 50 万人追踪 7 年的慢性病研究显示: 糖尿病每年使近 50 万国人死于心血管病 14
- 新英格兰医学杂志发表北大医院通讯文章: 我国糖尿病慢性肾病患者估计高达 2430 万 15
- 哈佛研究: 每日食用一两五谷杂粮可降低 20% 死亡风 16
- 中国四大权威机构发布正确认识胆固醇科学声明: 控制“坏胆固醇”是预防心血管病的重要防线 17
- 外媒称中国 2050 年抗生素滥用将致 100 万人过早死亡, 我国 14 部委发布国家行动计划 18
- AHA 发布“坐以待毙”警示: 久坐不动增加心血管病发病率与死亡率 20
- 有四分之一国人在弹“死亡四重奏” 20

量,打造国际一流的医学研究中心,落实“医、教、研、防、产、学、研、用”,有力推进心血管病国产化器械的研发、新技术孵化和数字医学发展等工作,将成为下一年度的工作重点。

国家心血管病中心主任助理蒋立新教授就建立国家心血管病队列人群、防控监测体系的建设,以及国家心血管病中心正在参与的中国慢性病防治中长期规划的制定工作等进行了报告。同时还介绍了中心正在组织开展的心血管病高危人群早期筛查及综合干预项目的情况。

报告结束后,与会委员还进行了分组讨论,分别对国家心血管病中心2017年专家委员会的工作任务和工作目标以及专家委员会建设运作的建议,以及成立国家心血管病专家委员会各专

业委员会的建设和思考进行了分组讨论。

专家委员会主任委员高润霖院士做了总结讲话,他充分肯定了国家心血管病中心专家委员会的工作成绩,对于各位委员就有关成立国家心血管病专家委员会各专业委员会意见提出的中肯的、建设性意见和建议表示了感谢,同时指出为充分发挥了专家委员会的智库作用,专家委员会办公室将继续做好服务和沟通工作,认真落实专家们的意见和建议,做好规划编制,更重要的是采取行动,落实规划。

他说,乘风破浪终有时,直挂云帆济沧海,尽管心血管病防治工作任务艰巨,但是只要充满信心,勇往直前,就一定有成效、有收获。



国家心血管病专委会血管外科专委会成立

8月12日,经国家心血管病中心批准,“国家心血管病专家委员会血管外科专业委员会(NSVS)”正式宣告成立。

国家心血管病专家委员会血管外科专业委员会的荣誉主任委员汪忠镐院士表示,“作为一名医生,就应该把患者装在心里。把血管外科和心胸大血管外科组合在一起,成立的这个血管外科专业委员会,让两个学科取长补短,最大程度满足了广大血管病患者的要求。相信专委会将对中国

心血管外科事业的发展起到重要的推动作用。”

国家心血管病中心、中国医学科学院阜外医院院长胡盛寿表示,希望学科的联合撞出不一样的火花。

据了解,NSVS同时覆盖心脏大血管外科(胸心外科)和周围血管外科(普通外科)两个专业领域,通过两个领域专家之间的交流、协作、碰撞和争鸣,展示前所未有的学科发展局面。

(罗明尧)

胡盛寿：重塑医学和健康管理模式，构建学习型心血管病医疗中心

8月，中国心脏大会如期拉开帷幕。通过十余年沉淀发展，依托国家心血管病中心的支持和中国医学科学院阜外医院的专科优势，中国心脏大会已成为国内外心血管领域学术交流的重要平台。

时值阜外医院建院60周年，今年的中国心脏大会尤其特别。仰首是春，俯首成秋，在60年回首中，在中国心脏大会召开之际，大会主席、阜外医院院长胡盛寿院士对我国心血管病防治事业发展中存在的问题进行了分析，并对未来进行了展望。

重塑医学和健康管理模式

胡盛寿指出，虽然在过去十年里，我国心血管病防控已初见成效，诊疗水平有所提高，但仍存在以下几点不足：一是虽然慢病负担急剧增加，但医疗资源配置严重不合理，占总资产88%的医疗资源仅服务37%的人口，这使得我国投入的医疗资源绝对不足的同时，还存在相对浪费的现象。

其次，不同地区和医院的医疗质量差异较大，我国各地区冠脉搭桥手术（CABG）结果差距巨大：院内死亡率最低0.7%，最高5.8%；另外，虽然医疗费用增长迅猛，但整体医疗结果并未得到实质性的改善，比如，中国急性心梗的平均再灌注治疗率27%，远低于美国97%，甚至低于印度59%；此外，由于缺乏基于中国人群的循证医学证据，进而直接影响政府卫生政策的制定。

结合分级诊疗为重要内容的“新医改”和“临床大数据”的政策、机遇，胡盛寿指出，解决上述问题，需要重塑医学和健康管理模式，构建学习型的心血管病医疗中心。具体要做好六个方面的工作。

转变医院服务模式 他说，要做好“关口前移，预防在先”，改变当前医疗资源配置状况，使之向社区疾病预防下沉，构建新型医疗服务体系。具体而言，就是改变以疾病治疗为主的医院服务模式，转向以健康促进为主的社区服务模式。

向国际知名医学中心迈进 其次，通过构建学习型医疗卫生体系，提高我国重要临床相关科研产出能力，为指导国家卫生政策制定和适宜国人的诊疗策略选择持续提供可靠证据。

胡盛寿指出，我国心血管病临床中，只有25%的推荐是A级证据，仅1.5%的推荐有国人证据支持。从全球范围来看，我

国临床研究数量和明显不足，数量仅占全球数量的3.28%，为美国的7.40%。

下一个十年，阜外医院的目标是“要从最大的心血管病中心，转变为国际知名的医学中心。”胡院士说。

自我评价、修复和完善 应该立足已有平台，借鉴欧美先进经验，加强建设自我评价、自我修复和自我完善的医疗评价体系，以推进医生、医院和全国的医疗服务质量。

他介绍说，阜外医院是中国首个公布年度医疗服务质量的医院，并已建成医生的个人医疗质量评估系统，并且正在创建全国心血管病治疗注册登记系统。

从模仿到超越 要注重创新诊疗技术。他介绍说，阜外医院创造了很多个第一，创新是引领发展的动力，创新是前行的灵魂。

比如说，阜外研制的心室辅助泵已经首获临床应用；阜外倡议的多学科的杂交技术，不仅仅在中国得以实现和普及，而且获得了国际学术界的认可。

打造一流精锐团队 要为优质医疗资源不足的中国培养更多合格、优秀的心血管医护队伍。创建国际一流的心血管病医学诊治中心，就必须拥有一流的精锐团队，为心血管领域培育具有创新精神和实践能力的高素质复合型人才，以适应现代化医学模式的转化与“跨界医疗”的发展。

和世界同行相互欣赏与合作 最后，胡盛寿指出，切忌闭门造车，要开放、合作，与国外同行一起迎接心血管疾病的挑战。国家心血管病中心已整合与英国牛津大学、美国国立卫生研究院、耶鲁大学、哈佛大学、杜克大学等世界顶尖研究机构长期合作的优质资源，以促进与国外领先的科研、学术和管理机构的合作，将“引智”作为提升中心研发水平、确保在尖端科研领域领先地位的重要策略和途径。

胡盛寿还特别提到目前已展开的“心血管疾病早期筛查与综合干预项目”。这一项目2016年将覆盖全国31个省份，共186个项目点，预计筛查人数达108万，高危对象管理超过60万人。截止2020年，预计筛查人数超过400万，高危对象管理人数超过100万。

这一项目开发了全方位的信息化管理平台，初步形成了国家心血管疾病高危对象大型数据库。他指出，项目的实施和延续，将为我国精准医学、新药靶点等研究提供源泉，也必将为世界心血管病防控提供中国方案。

创新、转化、合作：中国心脏大会永恒的主题

“健康的心脏·更好的生活 - 创新、转化、合作”是中国心脏大会永恒的主题。

我国当前心血管病负担日渐加重，“我国心血管病患者数量的增长趋势预计还要持续 15 年，从 2010 年到 2030 年间，中国心肌梗死患者预计将从 810 万增至 2260 万，脑卒中患者将从 820 万增至 3180 万。”胡盛寿指出。

如何实现国人“健康的心脏·更好的生活”？胡盛寿认为，要做好“创新，转化，合作”。唯有此，才能有效改善医疗服务

模式，提高医疗服务质量。

阜外医院 60 年“品质与创新”之路

今年是建院 60 周年，胡盛寿指出，阜外医院发展至今所取得的成就，是一代代阜外人追求“品质与创新”的结果，同时也意味着未来为患者提供更高起点的优质医疗质量。

为纪念阜外医院建院 60 周年，阜外医院梳理了建院以来在国内和国际上首次进行的创新技术和在国内首次出版的专业著作。

另外，阜外医院各中心还总结了本中心自成立以来的重要工作，医院学术委员会、特聘专家进行了投票，评选出了阜外医院建院以来的十大事件。这些事件对我国心血管病的防治也有着深远的影响。

(卢芳)

“全国基层心血管病综合风险管理项目”启动



有效提升社区心血管防控，“人”是其中核心要点。为了能够系统、持续地针对基层医务人员开展心血管病防治技能培训，在 2016

年中国心脏大会社区防治论坛上启动了由国家卫生计生委基层卫生司指导及支持的“全国基层心血管病综合风险管理项目”。

吴良有：推动慢病防、治、管一体化全程化融合发展

2016年是“十三五”医改规划开端之年，国家卫计委将联合发布《2016-2025年慢性病防治中长期规划》，规划指出，2020年重大慢性病过早死亡率相对降低10%，2025年相对降低20%。国家卫计委疾病预防控制局慢病处处长吴良有处长在中国心脏大会上指出，推动慢性病防治已成为建设健康中国的重中之重，但防控工作中还存在诸多问题。

从政策层面讲，相关部门工作合力有待加强，总体投入水平偏低，资源总量不足，预防为主方针未得到有效落实。吴良有结合数据指出，我国政府方案资金主要流向治疗服务，较少流向预防服务；社会医疗保险资金几乎没有涉及到预防服务。家庭卫生支出也主要用于治疗服务，预防服务占比极少。而国外筹资方案主要在预防服务。

此外，我国卫生资源配置存在“倒三角”：治疗费用集中在高级别医疗卫生机构，占83.68%，而基层医疗卫生机构费用很少，仅占9.71%。WHO关于卫生筹资战略的中期评估报告指出，约80%的基本卫生服务和70%效果好的卫生干预措施可在基层得到解决。

从社会层面讲，全社会对慢性病的防控重视程度较低，群众健

康需求激发，但健康意识薄弱。在专业体系层面主要是体制机制改革进入深水区，基层服务能力成为短板。

吴良有强调，慢性病及其影响因素的综合性、复杂性决定了防治任务的长期性和艰巨性。在实施中国慢性病防治中长期规划过程中，要坚持政府主导、部门协作、动员社会、全参与；坚持预防为主、防治结合、上下联动、全程管理，最终建立覆盖全人群的健康服务体系，推动防、治、管一体全程化融合发展，促进居民生命全周期的健康管理。



陈伟伟：社区是慢病防治的主战场

在2016年中国心脏大会上，国家心血管病中心防治资讯部主任、阜外医院陈伟伟教授报告，我国心血管病流行可以总结为患病及死亡增加、心血管病危险因素普遍暴露、医疗费用持续增加、心血管防治取得初步成效。

我国心血管病患病率处于持续上升阶段。目前估计全国心血管病患者2.9亿，每5个成人中有1人患心血管病。我国每年约370万人死于心血管病，占总死亡原因的42%左右，每10秒钟心血管病死亡1人，是我国居民第一位死亡原因。农村心血管病死亡率从2009年起超过并持续高于城市水平。

高血压、糖尿病、血脂异常、肥胖/超重等心血管疾病主要危险因素均呈患病率高且不断增长趋势。目前，我国成人高血压患病率25.2%，估算有2.7亿；糖尿病患病率9.7%，估算有0.9亿；糖代谢受损患病率50.1%，估算有6.5亿；血脂异常4.3亿；

肥胖1.3亿；超重3.2亿。随着防控的加强，高血压、血脂异常的治疗率和控制率均在不断提高，我国居民脑卒中死亡率已现拐点。

社区一直是我国心血管病防治的重点。1969年阜外医院在首都钢铁公司建立了中国第一个心血管人群防治基地。1997年起在北京、天津、上海、浙江等24个省市自治区、直辖市开展了慢病综合防治示范试点工作。2010年国家卫生计生委启动了慢性非传染性疾病防治示范区创建工作，到2014年底建立了265个国家级防治示范区。2009年国家医改将高血压和糖尿病社区防治工作纳入国家基本公共卫生服务范畴，到2014年底全国超过8600万高血压患者纳入社区干预管理。全国各省、市、区也尝试了不同的社区管理模式，并取得了可喜的成绩。

(许菁)



高屋建瓴：一场国家慢病防控的顶级对话

9月28日，在国际医学科学院组织（IAPfor Health）2016年学术大会暨“健康促进”高端论坛召开之际，全社会高血压防控策略及计划高级研讨会随后召开，此次研讨会由国际医学科学院组织主席 Detlev Ganten、世界高血压联盟前任主席刘力生教授倡议组织，中华预防医学会会长王陇德院士、中国医学科学院原副院长刘德培院士及心血管及相关领域的专家出席并建言献策，北京力生心血管健康基金会支持。

一直以来，为了实现联合国慢病防控目标，我国政府、各学协会、专家学者一直不遗余力，抓住一切可利用的机会，努力促进高血压防控，寻找切实可行的高血压防控手段。刘力生教授表示，希望本次讨论结果能为我国慢病防控有所助力。

中华预防医学会会长王陇德：对心血管病防控应投入更多资源

王陇德院士说，“现在很多领域都在‘炒’精准医学，但针对国情，我们更应该把精力与资金投入到的慢病防控上！”

他提出一系列建议：通过队列研究了解高血压发病率的情况，评估一级预防的效果；推广各地的防控网络建设；改变基层医

疗机构运营机制和办医体制，鼓励私人诊所的建立；鉴于目前基层医疗机构很少做预防工作，可将医疗质量与绩效挂钩；上级医疗向基层倾斜，费用由政府买单；提高基层医生的医疗水平；关注职工健康，各大企业配备健康督导员，管理员工健康。他还呼吁，患者在任何学科就诊时均应测量血压，且高血压应实现免费治疗。

中国医学科学院原副院长刘德培：慢病防控评估系统亟需构建

刘德培院士倡议：慢病防控应该由政府主导，全社会参与。“要让患者知道，高血压是心脑血管病和肾病的重要危险因素，高血压控制不好，会导致卒中等严重的心脑血管病。另外，医改应该调动医生的积极性。”

他指出，可借鉴国外经验，如在一些地区，医院会评估基层医疗机构其医疗服务、公共卫生和健康促进这三方面是否都做到了位，与绩效挂钩。他还建议削弱药品流通的中间环节，降低药价，保证公众利益。

国际医学科学院组织主席 Detlev Ganten：教育是所有疾病防控最重要的“疫苗”

Detlev Ganten 教授指出，教育是所有疾病最好的“疫苗”。通过良好的教育可使居民理性地思考，更好地照顾自己，照顾家庭，与社会进行良好的沟通并积极参与社会活动。

不要强调哪个疾病更重要，其实很多预防措施对预防所有疾病都有效。心血管病特别是高血压不仅能预防，也能治疗，因此可作为防控的模式推广。

世界高血压联盟秘书长张新华：医治尚未接受治疗的患者是当务之急

张新华教授指出，高血压防控是心血管病防控的切入点。目前我国高血压的三率只达到发达国家 20 世纪 80 年代的水平。提高控制率的关键是建立全民覆盖的医疗服务体系，让所有居民获得公平的医疗服务。我国有超过 3 亿的慢病患者或高危个体，而仅有少数获得了治疗。因此，防治重点是为没有获得治疗的个体提供治疗，而不是把有限的医疗资源仅用于对少数患者的精细治疗。

管理庞大的慢病人群，专科医生和专家，以及相关专业机构的力量有限，基层医疗服务是很大的资源，因此关键是提高其医疗水平。

此外，通过健康促进，健康教育，让所有患者都主动地参与到疾病管理过程中，才是高血压管理经济有效的，且真正能够实现的方案。

中国医师协会心血管内科医师分会副会长刘梅林：要让公众得到基本医疗保障

刘梅林教授指出，临床上不要追求太低的降压目标，过低的血压甚至导致对老年人的危害。一定要把握 140/90 mmHg 的基本目标，其后根据个体情况决定进一步的降压目标，应重视特殊高血压人群的规范管理。

理性的引领，而非盲目推崇一些特别昂贵的药物，以免患者支付不起而停用降压药物，关键是要让公众能得到基本医疗保障。

在慢病防控的推进过程中，要让患者听到科学规范的声音，得到

她还提出，女性除了自己还管理着家庭，应通过对女性的健康教育，促进女性管理好全家的健康。另外，还应加强基层医生的体系建设。

新疆维吾尔自治区人民医院副院长李南方：在慢病防控中高血压防控是抓手

李南方教授指出，在慢病防控中，高血压是最好做的，少花钱多办事，甚至比糖尿病更能取得好效果。

患者认识不到高血压与卒中之间的关系，一些人甚至认为医生管理其高血压是在添麻烦。第二，给患者提供血压的测量、管理的平台。管理工具要分层，比如管理手册要设计得简单、明了、易于操作。第三，强调血压的自我管理，每个人都是自己健康的第一责任人，要加强宣传，提高自我管理意识。

她建议，我国高血压防控应从三方面入手：第一，全民的健康教育。如果患者没有积极性，医疗队伍再努力也是徒劳。很多

北京力生心血管健康基金会秘书长管廷瑞：公益平台鼎力支持中国防控事业

“防控行动需要正确的引导，正确的舆论导向，要做到规范，要体现公益性，不能和商业、药企的利益挂钩。”管廷瑞介绍，北京力生心血管健康基金会成立以来，组织了三年的全民心血管健康行动项目。该项目是基金会和中华医学会、卫计委宣教司共同开展的公益活动，效果非常好，受益人群达到数百万。

他还介绍，在推广 WHO 慢病防控方案的项目中，基金会也给予了支持，这些活动都是在公益的平台上运作。

管廷瑞教授强调，基金会参与疾病的管理，也是对习近平主席强调的“把健康融入全社会”的积极响应。

Circulation: 全球 3/4 高血压患者聚集中低收入国家

近日, *Circulation* 上发表的一项对 90 个国家近 100 万人的分析研究显示, 中低收入国家高血压蔓延态势严重, 历史上首次超过高收入国家。

研究显示, 在 2010 年, 全球 30% 的人有高血压, 而 75% 在中低收入国家。并且在 2000–2010 年, 高收入国家高血压患病率降低了 2.6%; 而中低收入国家却增加了 7.7%。

高收入国家的高血压防控有力还体现在“三率”的显著提升: 2000–2010 年十年间, 知晓率从 58.2% 上升到 67%, 治疗率从 44.5% 提升到 55.6%, 控制率从 17.9% 上升到 28.4%。

研究者还发现, 中低收入国家在高血压防控上也并非无可作为, 十年间知晓率从 32.4% 上升到 37.9%, 治疗率也从 24.9% 增加到 29%, 但是控制率却在滑坡, 从 8.4% 落到 7.7%。

为什么会出现这么大的差异?

研究者之一, 美国杜兰大学的何江教授认为, “中低收入国家

的老龄化和城市化进程可能是其中重要原因。城市化进程多会加剧不健康生活方式, 如高盐、高脂、高热量饮食的摄入, 体力活动缺乏等。”

此外, “许多中低收入国家医疗卫生体系负担过重, 医疗资源捉襟见肘, 未能有效防控高血压。另外高血压早期多无症状, 而这些国家的高血压患者也缺乏定期体检或接受筛查等相应健康措施, 这也往往会漏诊。”他进一步指出。

研究者表示, 虽然该研究涵盖了全球绝大多数人群, 但放眼世界, 有过半的国家尚缺乏高血压流行病学数据, 这或会造成区域性和全球性高血压人群的评估偏倚。但不论如何, 中低收入国家要想卸载未来心血管疾病的沉重负担, 就应该把高血压的防控列为重中之重。

(卢芳)

来源

[1] *Heart*, August 08, 2016

[2] *Circulation*, 9 August 2016.

美学者称: 将符合 SPRINT 研究入选标准者的血压降低 120 mmHg, 可至少预防 10 万死亡

近日, 在 2016 年 AHA 高血压年会上一项研究显示, 如果全美符合 SPRINT 研究入选标准的心血管高危高血压患者, 其收缩压降低到 120 mmHg 以下, 那么每年将至少预防 10 万例死亡。

SPRINT 研究显示, 如果将 50 岁以上心血管高危高血压患者的收缩压降低到 120 mmHg 以下, 会降低 27% 的全因死亡风险。其中心血管高危, 至少包括其中一项: 除卒中外的心血管病或亚临床疾病、慢性肾病、福明翰评分 $\geq 15\%$ 和年龄 >75 岁。不包括合并糖尿病、既往有卒中或多囊肾病史的患者。

而这项研究则分析了美国国家健康与营养调查中符合 SPRINT 研究入选标准的 1800 多万美国人。结果发现, 如按 SPRINT 研究那样强化降压, 将收缩压降低到 120 mmHg 以下, 而非

140 mmHg, 则会每年预防 107500 例死亡。

对于 SPRINT 研究结果是否可以推广至临床的问题, SPRINT 研究的指导委员会主席 Paul K. Whelton 教授认为, 对于美国和其他高血压相关心血管疾病谱与美国类似的国家, 将血压降得更低一些对很多高危患者来说是可行的, 特别是与 SPRINT 入选患者情况类似的人群。但不建议将 SPRINT 结果推广至低危的高血压人群。

对于中国和其他亚洲国家, 他认为推广 SPRINT 研究结果要谨慎。他认为, 中国也需要类似 SPRINT 的研究来确定最佳的降压目标。

(卢芳)

来源

AHA 官网

JACC 研究称：

生活方式变迁将致中国心血管病流行大爆发

高血压、肥胖 / 超重、体力活动减少、吸烟和饮食不健康是五大元凶

近日，哈佛大学一项研究发现，近20年来，我国由于从传统到更“西化”的饮食和生活方式改变、快速城市化和工业化等中国社会的巨大变迁，已使我国心血管病剧增。

其中，高血压、肥胖 / 超重、体力活动下降、吸烟率居高不下和饮食不健康等问题尤为突出。我国居民高胆固醇、肥胖和2型糖尿病比例也大幅升高。

研究者估计，高血压导致了约40%的心脏病发作或卒中。体力活动下降与70万心血管病发病增加有关，肥胖 / 超重与60万发病相关。尽管吸烟率有所下降，但仍有很大比例人群（男性53.4%）吸烟，而2011年，吸烟与130万心血管病有关，约男性心血管病负担的1/3。

2011年，高血压、高血脂和高血糖分别与310万、140万和90万新发心脏病发作或卒中相关。

全谷类食物减少、红肉和含糖饮料增加

中国居民膳食模式有所改善，如蔬菜水果消耗量的增加、食盐摄入量的控制以及鱼虾类消费的增加，一定程度上缓解了我国居民心血管病的负担。

但与此同时，全谷类食物比例减少、红肉量增加以及含糖饮料普及，则在相当程度上抵消了膳食改善的成就。

研究还发现，中国居民吃零食和“下馆子”比过去更多了，同时也对健康不利。

一系列不健康的发展

同期发表的述评名称为“一系列不健康的发展”。作者指出，根据这项研究中国心血管病应首先干预高血压、肥胖 / 超重、体力活动、吸烟和不健康饮食。而且应着重环境、食品、关注社会精神层面和社会经济层面的因素。

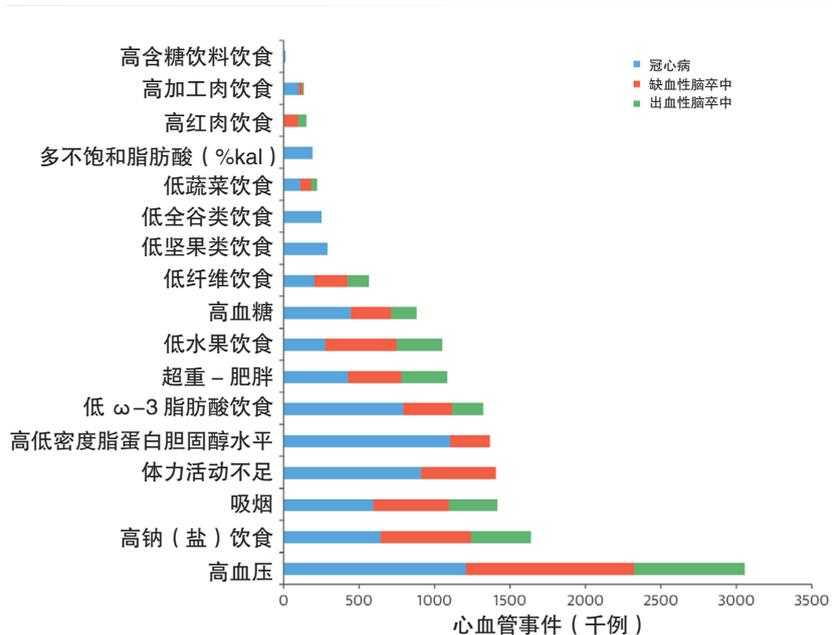


图1 2011年17种危险因素造成的心血管病负担

健康促进应成为国家战略

通讯作者 Frank Hu 表示，中国正面临着心血管病流行大爆发，而且没有任何缓和的迹象。这将造成严重的社会和经济后果，通过促进健康饮食和生活方式预防慢性病应上升到国家公共政策的一项重点内容。

“我们的预测研究表明，如果不加以控制，居高不下的血压、越来越久坐的生活方式、快速增长的肥胖、不健康的饮食趋势以及男性普遍吸烟的现状，将在未来20年导致数以百万计的心血管新发病例。” 论文第一作者、哈佛大学李艳平说。

研究者以中国营养与健康调查报告为基础，分析了1991-2011年间2.6万中国人的相关数据，并预测了未来20年的发展趋势。

(杨进刚)

来源

[1] J Am Coll Cardiol, 2016, 68: 818-833.

[2] J Am Coll Cardiol, 2016, 68: 834-835

葛均波院士在《柳叶刀》发表通讯文章：

呼吁在我国普及体外除颤器和心肺复苏知识

近期，复旦大学附属中山医院葛均波院士在《柳叶刀》发表通讯文章称，目前，国内自动体外除颤器（AED）配置严重不足，亟需在公共场所普及设置 AED，并加强国民的心肺复苏技能的培训。

文章指出，中国每年约有 55 万人发生心源性猝死，平均每天至少 1000 人。但其中只有不足 1% 的人成功获救，只有美国的 1/3。

在美国，AED 使用非常广泛，而中国除个别机场外大部分公共场所没有配置 AED。AED 设施的安放以及相关 CPR 知识都需要进一步普及。

而加强 AED 和心肺复苏的应用，每年可减少 10 万例突发心源性猝死。

这方面政府责无旁贷。一是所有国内公共场所应通过立法配置 AED。二是加强民众和公共场所服务人员使用 AED 和心肺复苏培训，这对心源性猝死在发病初始的几分钟采取有效抢救措施最为关键。三是让更多人意识到健康生活方式的重要性，了解预防心源性猝死的基本知识，尤其是压力巨大的都市年轻人。

在因心源性猝死人群中，不少是三四十岁的青年人。这些人的健康不仅关系到个人和家庭幸福，也关系到社会发展和国家未来。

葛均波表示，一个科学家的责任不仅在科学研究的突破上，更应该有社会责任感，将科学技术推广应用到社会生活中，去解决社会难题，缓解社会压力。

（许菁）

来源 九三学社中央宣传部

Framingham 研究新发现：

每九个男士一生中就有一人发生心源性猝死

近期，美国芝加哥西北大学医学院学者在 JAMA 杂志发表文章称首次建立了终身心源性猝死风险的评估方法。

据他们预测，男性的心源性猝死的终身（85 岁）风险约为 10.9%，即约 9 个人中就会有 1 人发生心源性猝死，而且多发生在 70 岁之前。而女性心源性猝死的终身风险仅为 2.8%，即约 30 个人中就会有 1 人发生心源性猝死。

研究者指出，男性心脏性猝死的终身风险远高于结肠癌的终身风险（1/21），但目前临床上并没有像结肠癌那样进行常规的筛查。

研究纳入曾参与弗雷明汉心脏研究且无心血管疾病的 5000 多例受试者，随访 160 396 人年，根据血压、总胆固醇、吸烟和糖尿病等四项主要危险因素计算心源性猝死的整体的终身累积发病风险。

随访期间，375 人发生心源性猝死；男性心源性猝死风险高于女性。

45 岁时，男性心源性猝死的终身风险为 10.9%（大约 1/9），而女性终身心源性猝死的终身风险仅为 2.8%。

所有年龄段的男性，如果有两个以上危险因素，则有更高的心源性猝死终身风险，且不低于 12%。

研究者指出，无论男性或女性，单纯的高血压或联合其他心血管危险因素均预示着心源性猝死的终身风险高。而且高血压水平比其他危险因素能更精确地预测心源性猝死的终身风险。

（许菁）

来源 J Am Heart Assoc, 2016, 5: e002398.

CAMI 研究发表中国医院心梗救治条件调查：

不同级别医院差别大，部分医院无 CCU，不查肌钙蛋白

由阜外医院杨跃进教授牵头的中国急性心肌梗死注册研究（CAMI）公布了参研医院的急性心肌梗死诊疗资源配置情况。研究发现，我国不同级别的医院的心肌梗死诊疗资源配置存在较大的差别，这些差别可能影响了患者的诊治效果。

作者认为，“医疗资源虽不完全与患者的预后相关，但为评价医疗质量的组成部分，间接影响了患者的预后。”

参加 CAMI 研究的医院分布较为广泛，全国 31 个省、直辖市和自治区均有医院参加，基本能够代表我国目前三个级别的地区中心医院的 AMI 救治资源配置情况。

研究发现，省、市、县级医院医疗条件明显呈阶梯式下降分布，部分县级医院仍无 CCU，加强市级、特别是县级医院技术扶持、推进改革，全面改善其医疗服务质量，缩小各级医院间差距迫在眉睫。

研究还发现，心肌梗死国际新定义将肌钙蛋白作为诊断急性心肌梗死的核心指标，对于危险分层和患者预后评估具有划时代

的意义。我国大部分医院对急性心肌梗死患者常规进行肌钙蛋白检测，但仍有 2.2% 地市级医院和 5.7% 的县级医院未开展此项检测，需加以重视。

另外，研究发现，6% 的医院开展了急诊 PCI 治疗，但没有 IABP 作为必备辅助措施。

在区域差异比较方面，我国不同区域医院在 CCU 设置及再灌注手段等方面无明显差异。急性心肌梗死救治人数北方多于南方，东部地区多于西部、中部地区，上述差异可能与人口分布、气候等因素相关，是否受不同饮食及生活习惯、工作压力及强度、经济收入差距等因素影响，仍有待进一步研究。

作者也认为，参加研究的合作医院虽然代表了不同区域、经济发展的省、地市及县级医院，但非随机抽样选出，总体上还属于中国心肌梗死救治水平较高的医院。

（杨进刚）

来源 中华心血管病杂志，2016，44：565-569.

两成心梗患者一年内心梗复发

ESC 呼吁：做好这三件事可预防 80% 心梗

近日，欧洲心脏病学会（ESC）发文以号召做好心梗二级预防。

有数据表明，每 5 位心梗患者中就有 1 位在一年内再次发生心血管事件，而“在规范的治疗和随访下，保持健康的生活方式，是预防再发心梗最好的办法。”ESC 预防组学发言人 Joep Perk 表示。

“戒烟是最为重要的，戒烟的基础上在再联合运动、饮食管理可以预防 80% 的心梗事件，”Perk 指出。

知易行难。EUROASPIRE 调查显示，心梗后 16% 的人依旧吸烟，38% 的人依旧肥胖，60% 的人依旧懒得活动。此外，仅有 50% 的人被建议参与心脏康复项目，而这 50% 的人也仅有 80% 去进行了心脏康复。

“发生心梗是一种很不好的经历，但这似乎并没有成为动力让患者去改善生活方式预防下次心梗，甚至有一半患者还停用相

关二级预防药物。”文章第一作者 Massimo F. Piepoli 说。

Perk 指出，心梗患者在置入支架后，往往惊喜于良好的手术效果，并盲目地认为疾病已治好，无需再在生活上束手束脚，而当前的挑战就是“唤醒”患者，让他们对自己的健康重视并负责。

文章指出，心梗的二级预防同治疗心梗一样应该在一入院就开始，同时还应该强化患者出院康复信息，以改善生活方式并使其持之以恒。

“临床医生除了规范给予二级预防药物外，还应该对每一位患者相关危险因素深入了解，比如吸烟、体育活动以及饮食情况，并由此针对性地告诉患者如何去改善生活方式。而且尽早开始预防很重要，否则会给患者带来治疗比预防重要的错误认识。”Piepoli 说。

（卢芳）

来源 Eur J Prev Cardiol. 2016 Sep 6.

安贞医院赵冬等开发脑中风终生风险量表：

血压 $\geq 160/100$ mmHg 者风险高达 38.4%

脑卒中是一种高发的致死致残性疾病，而我国一项全国性调查研究显示，社区人群中 54% 的脑卒中患者年龄还不到 65 岁，那么有没有一种方法可以预测脑卒中风险以便尽早预防？近日北京安贞医院赵冬、王瑛等在 2 万余人的队列研究中就针对 35~60 岁人群发明了一个专门预测脑卒中终生风险的量表（图 1）。

从这张表中可以看出，对于中青年男性，即 35~40 岁和 41~50 岁的男性人群，如果把上述危险因素控制在理想状态，在 65 岁前其脑卒中风险为零。

研究者还发现，在这些危险因素中，不论男女，高血压要比其他危险因素在促成脑卒中终生风险方面更为显著。而且随着血压的升高，不同年龄人群其脑卒中终生风险也随之升高，呈剂量反应关系。

比如，在男性，血压 $< 120/80$ mmHg 者其脑卒中终生风险为 10.7%，而血压 $\geq 160/100$ mmHg 者，其风险上升到 38.4%；在女性也一样，两种血压水平人群脑卒中终生风险分别为 8.3% 和 26.7%。

此外，这些危险因素还具有叠加效应。如量表所示，对于 35~40 岁人群而言，如果控制好上述危险因素，则其卒中终生风险在男性为 3.1%，女性为 1.3%；若伴有 1 个或多个危险因素，其卒中终生风险也随之“水涨船高”，在男性为 18.7%，女性

为 17.6%，甚至更高。

换言之，对于 35~60 岁的人群，若将上述危险因素控制在理想状态，较之伴有 2 个或更多者，其脑卒中风险降低 8~10 倍。

为什么要提脑卒中终生风险，预测 10 年风险不行吗？研究者指出，危险因素的干预是一辈子的事儿，仅预测 10 年风险，年轻人群很容易忽略对卒中的重视和危险因素的管理，不利于早期预防。

而且在这项研究中，2 万余受试人群中，仅 3.7% 的男性和 13.7% 的女性其主要危险因素控制在理想水平，在 45 岁以下人群中 32% 的人群并未将全部上述危险因素控制好。

此外，研究者也对脑卒中终生风险和 10 年风险进行了对比，结果发现，对于 35~40 岁人群而言，其脑卒中终生风险在男性是 10 年风险的 25.7 倍，在女性是 29.4 倍之高（图 2）。

此外，在 2 万余人中首发脑卒中人群中，若应用脑卒中终生风险量表进行分层，其中低危人群为 6.9%，中危人群为 65.3%，高危人群为 27.8%；而若以 10 年心血管病风险来评估，仅 0.7% 的卒中患者为高危人群。

研究者还发现，国人终生卒中风险与日本人群相似，均明显低于同年龄西方人群。

注：危险因素包括高血压、血脂异常、超重或肥胖、糖尿病、吸烟
图 1 伴有不同危险因素的 35~60 岁者脑卒中终生风险（到 80 岁时）评估量表

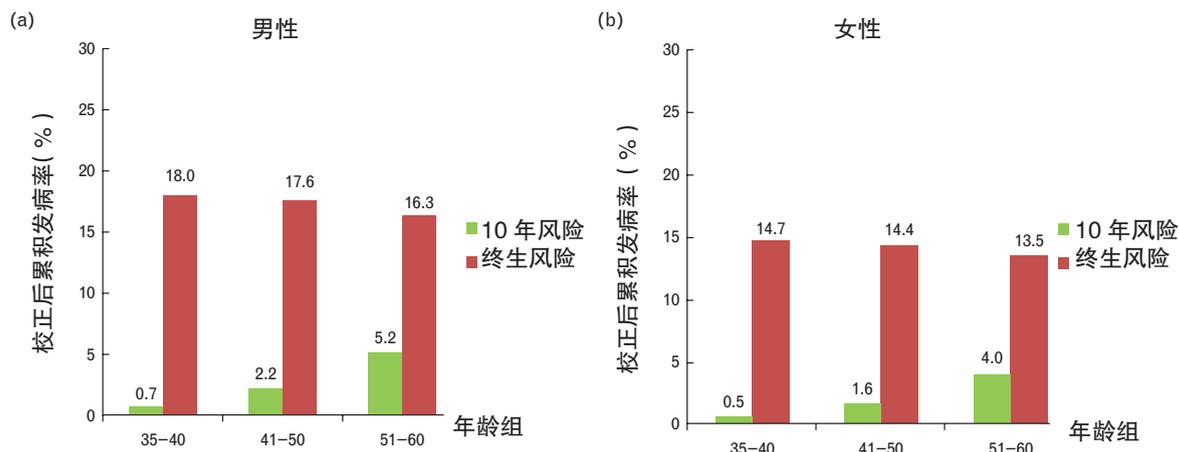


图 2 不同年龄男性和女性的脑卒中 10 年风险和终生风险

这项多省队列研究共纳入 1992 年、1996-1999 年和 2004 年的 3 个队列中 21953 位 35-84 岁无心血管病的受试者，其中男性 11366 人，女性 10587 人，平均随访 18 年、8 年和 6 年。

在随访期间，有 917 人首发脑卒中，包括 681 例缺血性脑卒中和 221 例出血性脑卒中，其中 33 人兼有缺血性和出血性脑

卒中。这些卒中患者中有 161 人年龄在 35-45 岁，298 人在 45-55 岁，434 人在 55-65 岁，24 人 > 65 岁。研究者应用改良的 Kaplan - Meier 方法去评估了 35-60 岁人群的平均脑卒中终生风险。

(卢芳)

来源 J Hypertens. 2016 Aug 10.

全球卒中报告：

四分之三中风由吸烟、饮食不健康和体力活动少所致

《柳叶刀·神经病学》杂志近日公布了全球卒中负担报告：全球 90% 卒中负担来自于三大因素，即不健康行为因素、代谢因素和环境因素。

其中，不健康行为因素占首位，包括吸烟、不健康饮食和体力活动不足，导致了 74.2% 的卒中。

而代谢因素，包括高血压、肥胖、高血糖、高甘油三酯血症、肾小球滤过率低是导致全球卒中负担加重的第二大因素，导致了 72.4% 的卒中。

环境因素（包括空气污染和铅暴露），是导致全球卒中负担加重的第三大因素，导致了 33.4% 的卒中，其中空气污染导致了 29.2% 的卒中。尤其是在中低收入国家，空气污染带来的卒中负担更重。

从上述数据可以看出，控制行为因素和代谢因素可以控制全球 3/4 的卒中。

1990 年~2013 年，全球只有二手烟和家庭固体燃料所致的空气污染导致的卒中负担有所降低，降幅达 31%。而肥胖 / 超重、低体力活动减少、高血糖、高血压、高糖饮料、高总胆固醇、PM2·5 污染、饮酒、肾小球滤过率、高钠饮食、蔬菜摄入不足、吸烟相关的卒中负担均显著增加，增幅均在 25% 以上。

在中低收入国家，空气污染、烟草暴露、不健康因素和高血压导致的卒中高于高收入国家，而在高收入国家，体育活动少和低肾小球滤过率是导致卒中在增加。

研究者还发现，从 1990 年至 2013 年，归因于大多数风险因素的残疾调整生命年呈现出中低收入国家增加，而在高收入国家减少的趋势。这样的话，卒中的发病在中低收入国家和高收入国家的差距将会进一步加大。

(许菁)

来源 Lancet Neurol, Published Online June 9, 2016.

中国 50 万人追踪 7 年的慢性病研究显示：

糖尿病每年使近 50 万人死于心血管病

近期对全国 10 个地区近 50 万人追踪 7 年的中国慢性病前瞻性研究发现，若以因果关系推算，中国每年有近 50 万心血管死亡由糖尿病所致，而且随着糖尿病年轻化趋势，未来导致的心血管病负担也会更重。

研究显示，较之无糖尿病患者，糖尿病患者有 1.5~2.5 倍的缺血性心脏病和脑卒中罹患风险。此外，就糖尿病增加的心血管死亡风险而言，女性要高于男性。

值得注意的是，这项研究中在随访期间有 5000 例出血性脑卒中，通过分析也更为明确了糖尿病与出血性脑卒中的关系。

研究发现，不论是已确诊的糖尿病，还是在研究中经筛查确诊的糖尿病，在校正年龄和性别后，均可小幅增加脑出血的风险。

就相关危险因素，研究同样发现，如果一个糖尿病患者，伴有吸烟、超重或肥胖、有高血压、不运动、糖尿病病程长等，其心血管病风险更会攀升。

而且，虽然那些已确诊糖尿病患者，当前吸烟饮酒少，但过去或多喜烟酒，且不爱运动；糖尿病患者，特别是经过筛查才确诊的糖尿病患者，多超重或肥胖，伴有高血压。

糖尿病家族史也是不可忽略的一个因素，研究显示，较之无糖尿病患者，糖尿病患者有家族史者多达 4~6 倍。那些纳入研究后

经筛查才确诊为糖尿病的患者，有糖尿病家族史者也有 2 倍。

研究者认为，鉴于糖尿病对心血管的危害，和未诊断糖尿病患者的比例较高，应该考虑将糖尿病筛查作为心血管病一级预防的有效措施。此外，还需对人群加强生活方式等管理。

另外，研究者也与同期糖尿病流行病学结果进行了比较，认为这项研究中对经筛查确诊的糖尿病分类有误，而且其中血脂相关数据缺如，这些均可能会低估糖尿病心血管病风险。

这项研究在 2004-2008 年共纳入 488760 位无心血管病史的社区居民，平均年龄为 51 岁。其中 2.7% 已确诊为糖尿病，另有 2.7% 经筛查为糖尿病。随访 7 年间，有 7353 人死于心血管病。

(卢芳)

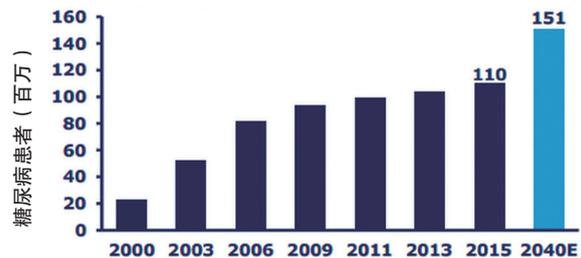


图 1 中国糖尿病患者人数持续增加

来源 PLoS Med, 2016, 13(7): e1002026.

南京 CDC 研究：

多吃蔬菜可降低糖尿病或糖尿病前期患者死亡风险

南京市疾病预防控制中心 Shi Z 等对近 3000 人追踪 10 年的研究发现，不论是糖尿病还是糖尿病前期均会增加死亡风险，而多食蔬菜则会降低风险。

研究显示，在校正人口学特征以及生活方式等后，糖尿病会增加 2.69 倍全因死亡风险，1.97 倍心血管病死亡风险。

而处于糖尿病和正常血糖之间的状态，即处于糖尿病前期，也会增加 83% 的全因死亡风险。

再进一步分析发现，饮食中蔬菜有大功效。少吃蔬菜的糖尿病或糖尿病前期患者，其全因死亡风险比为 3.25，而多吃菜者仅 1.38。

该研究共对 2849 位 20 岁以上成年人，有 102 人罹患糖尿病，178 人空腹血糖受损即处于糖尿病前期。在 10 年随访期间，184 人死亡，其中 70 人死于心血管病。

(卢芳)

来源 Acta Diabetol. 2016 Jun 16.

新英格兰医学杂志发表北大医院通讯文章：

我国糖尿病慢性肾病患者估计高达 2430 万

近日，北京大学第一医院张路霞等在新英格兰医学杂志撰文称，我国估计有 2430 万的糖尿病慢性肾病患者，其中 60.5% 的人肾功能尚在正常范围内但伴有轻度蛋白尿。

该研究采用医院质量监测系统（HQMS）追踪住院患者，对 2010—2015 年在 3 级医院住院的 3530 万例患者数据进行了分析；同时对 2010—2011 年一般人群中 47 204 例全国代表性样本进行了分析。

研究发现，分析样本中约 21.3% 的糖尿病患者被归类为患有慢性肾病，如果以 2013 年研究中我国有 1.139 亿糖尿病患者来算，估计有 2430 万的糖尿病相关慢性肾病患者。

研究还发现，2010 年，住院患者中糖尿病慢性肾病的比例低于肾小球肾炎相关慢性肾病。然而，从 2011 年起，糖尿病慢性肾病的比例开始超过肾小球肾炎相关慢性肾病，且两者之间的差距不断增大。

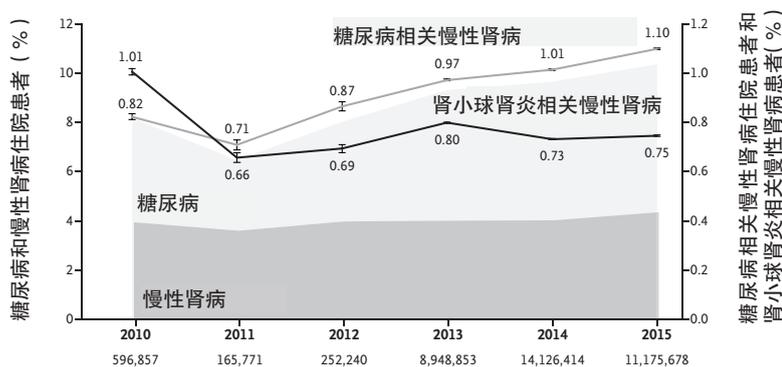


图 1 我国住院患者中糖尿病和肾小球肾炎相关慢性肾脏病的流行趋势

研究还发现，按地区分层后，城市住院患者中的糖尿病相关慢性肾病的比例均高于肾小球肾炎慢性肾病。而农村住院患者仍以肾小球肾炎慢性肾病为主。

（杨进刚）

来源 N Engl J Med, 2016,375: 905.

CSPT 研究亚组分析：

补充叶酸对高血压慢性肾病人群有肾功能保护作用

侯凡凡和霍勇等对 CSPT 研究进行了一项慢性肾病亚组分析。结果发现，叶酸对轻中度慢性肾病患者有肾脏保护作用：慢性肾病进展风险降低 56%，eGFR 下降速度降低 44%。但对非慢性肾病患者没有肾脏保护作用。

作者认为，类似像中国这样叶酸缺乏的地区，补充叶酸能够显著慢性肾病的进展。

康奈尔大学的 Patrick J. Stover 和 Martha S. Field 在述评中称“叶酸对肾脏具有较强的保护作用，且安全性较高、成本较低。对非叶酸强化地区，有必要进一步研究叶酸对慢性肾病患者的潜在作用。”

研究中，慢性肾病患者高同型半胱氨酸血症发生率较高，为 42%，而非慢性肾病患者发生率为 26%。高同型半胱氨酸血症的定义为血清高半胱氨酸水平 $\geq 15 \mu\text{mol/L}$ 。

依那普利单一用药组慢性肾病进展者 164 人，依那普利、叶酸联合用药组慢性肾病进展者 132 人。校正混淆因素后，补充叶酸与慢性肾病进展风险降低 21% 相关。而在慢性肾病患者中，补充叶酸与慢性肾病进展风险降低 56% 相关。

补充叶酸的慢性肾病患者年 eGFR 下降速度得以改善。依那普利单一用药组 eGFR 每年下降 1.72%，而联合用药组每年下降仅 0.96%，减缓了 44%（ $P < 0.001$ ）。

该亚组研究共纳入 15,104 例患者，平均年龄 60 岁，慢性肾病患者 1671 例（11.1%），完成肾脏结局评估者共 12,917 例。中位随访时间 4.4 年。平均治疗依从性为 76%。主要研究终点为慢性肾病进展。

（杨进刚）

来源 JAMA Intern Med. 2016 Aug 22.

哈佛研究：每日食用一两五谷杂粮可降低 20% 死亡风险

美国膳食指南推荐，每日至少吃 48 g 全谷物。到底食用五谷杂粮的效果体现在哪里？

近期美国哈佛大学学者发表在 *Circulation* 上的一项 Meta 研究显示，每日 48 g 就可降低 20% 的全因死亡风险，25% 的心血管死亡风险和 14% 的癌症相关死亡风险。

其实除了美国指南外，世界各国都很推崇全谷物。因为里面的膳食纤维有助于改善血脂，降低心脑血管疾病以及 2 型糖尿病风险，而且饱腹感明显，有助于让人保持苗条。

这里的全谷物指脱壳之后没有精制的粮食种子。大部分粗粮都属于全谷，比如小米、高粱米、黑米、紫米、红米、麦粒等，也包括已经磨成粉或压扁压碎的粮食，比如燕麦片。只要不把种子外层的粗糙部分和谷胚部分去掉，保持种子原有的营养价值，都叫做全谷。

“杂粮”虽然不属于谷物，但是也可以当粮食吃，也是整粒食用，没有经过精磨，它们的好处和全谷是类似的，甚至更有利于健康。比如红小豆、绿豆、各种颜色各种大小的芸豆（也叫菜豆、四季豆、饭豆），干豌豆、干蚕豆，以及莲子、芡实、薏米等，营养成分和谷物相近。

这项 Meta 分析显示，每日食用 16 g 全谷物就可降低 7% 的死亡风险，9% 心血管疾病死亡风险和 5% 的癌症相关死亡风险。

研究者指出，基于这项 Meta 分析研究和之前发表的大量研究，应该向公众以及罹患某些疾病的人群更为广泛地推广全谷物。

由于五谷杂粮纤维含量高，除了对心脑血管好外，对便秘的人很有帮助，并且在大肠中能够促进有益菌的增殖，改善肠道微生态环境，有助于降低肠癌的风险。

对于糖尿病患者来说，五谷杂粮餐可使血糖上升缓慢，尤其适宜。

这项 Meta 分析共纳入 12 项自 1988 年以来美国健康和营养调查 III 相关发表和未发表的研究，包括了 786 076 人。其间共有 97 867 人死亡，其中 23 597 死于心血管病，37 492 人死于癌症。

（卢芳 杨进刚）

来源 AHA 官网



中国膳食指南鼓励少吃肉：

人均少吃 2 两红肉，可避免 220 万人死亡

很多人注意到，《中国居民膳食指南（2016）》中膳食胆固醇限制已被取消。

但新版指南将每天畜禽肉摄入量的下限从 50 克降至 40 克，鱼、禽、肉和蛋平均每天摄入总量控制在 200 克以内。

中国每年的人均肉类消费就达到 62 千克，而新版膳食指南建议将其限制在 27 千克左右。

根据牛津大学一份报告，如果中国到 2050 年将人均每天红肉

摄入量减少约 100 克，就能够避免 220 万人死亡，并将与食物相关的温室气体排放量减少 10 亿吨以上。

美国膳食建议也推荐，经常过量摄入“红肉”和“加工肉”存在较大的健康隐患，如造成人体肠道内菌群失衡和微生态环境恶化，增加患结肠癌的风险。

（杨进刚）

来源 澎湃新闻

中国四大权威机构发布正确认识胆固醇科学声明：

控制“坏胆固醇”是预防心血管病的重要防线

为了让更多人管好自己的血脂，认清楚胆固醇，中华预防医学会慢性病预防与控制分会、中国营养学会营养与慢病控制分会、中华医学会心血管病学分会、中国心血管健康联盟联合发布了“正确认识胆固醇”的科学声明。

首先，声明再次苦口婆心强调，低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）是“坏的”，是预防心血管病的重要防线。公众应该积极定期检测血脂，了解自己的胆固醇水平。

其次，声明在饮食上强调了合理膳食的重要性，建议适量摄入动物性食物，少油少盐，做好自我营养管理。

膳食胆固醇只是血胆固醇的一个来源，体内还会自己合成胆固醇，通常人体可自动维稳以保持血胆固醇稳定，且食物摄入胆固醇对血胆固醇影响相对小，但每个人对胆固醇的稳态调节能力差异较大，而且膳食胆固醇敏感的人群很庞大，约占总人群的25%。

这里就有必要提一下去年美国发布的居民膳食指南，该指南取消了膳食中摄入胆固醇的限制，这让不少人犯了迷糊，好像终于可以无所顾忌了。

而事实上，这一指南并没有完全撇清血清胆固醇与心血管病的关系，只是认为饮食胆固醇和心脏病间关系不明确。

另外，“洋人”和国人是不一样的。同样的每日多吃100 mg胆固醇，国人血胆固醇升高幅度是欧美的一倍。也就是说，国人对于膳食胆固醇更为敏感。

因此，想要管好血脂，还是要管好嘴的。声明也特别强调，对于膳食胆固醇敏感和伴有代谢障碍的人，比如已经有高血脂血症、动脉粥样硬化和冠心病者，更需严格控制膳食中胆固醇和饱和脂肪的摄入。

此外，声明也特别倡导运动等生活方式的改善，并指出在管好嘴，迈开腿的同时，心脑血管疾病患者和高危人群，还应该使用他汀类药物以控制好“坏胆固醇”。并强调，要听医生的话，坚持用药，将“坏胆固醇”长久控制，以达到最大获益。

（卢芳）

来源

[1] 中国医学前沿杂志（电子版）

[2] 中华流行病学杂志，2015，36:842-845.

CDC 研究发现中国每年近 30 万人因高胆固醇死亡 占死亡总例数的 3.3%，山东、河南和河北是重灾区

中国疾病预防控制中心（CDC）杨静和周脉耕等分析了2013年全球疾病负担研究中的中国人群数据，估算2013年因血胆固醇升高而死亡者近30万人，占全部死亡的3.3%，死因主要是冠心病死亡。

研究估计，高胆固醇血症对50~69岁者的影响最大，使633.2万人平均每人少活一个健康年。研究还发现，高胆固醇血症对男士的影响更大。高胆固醇血症对山东、河南和河北的影响最大。作者认为，这是因为山东、河南和河北三省人口基数大，归因死亡例数和疾病负担较高，对中国的整体健康有较大影响。

而去除人口和年龄结构的影响后，高胆固醇血症则对北京、河北、吉林等地的健康影响较高，而对上海、浙江、香港等地的健康影响较小。

作者认为，高胆固醇血症在中国还不是最主要的危险因素，但我国居民高胆固醇血症已呈上升趋势。相关因素，如不合理膳食、身体活动不足、超重肥胖等在人群中广泛存在且有上升趋势。同时，城镇化进程的加速带来生活方式的转变，也将导致城市心血管事件的上升。如果不采取有效防治措施，高胆固醇血症造成的疾病负担将会进一步增加。

研究使用了2013年全球疾病负担研究数据，通过计算高总胆固醇人群归因分值来估计血胆固醇的归因死亡例数和伤残调整寿命年，并对其在不同年龄组、性别、疾病和省份中导致的疾病负担进行比较；采用2000-2025年世界人口的平均年龄结构作为标准人口，计算年龄标化率。

（杨进刚）

来源

中国预防医学杂志，2016，50:764-768.

外媒称中国 2050 年抗生素滥用将致 100 万人过早死亡，我国 14 部委发布国家行动计划

近期，国家卫生计生委、发展改革委等 14 个部门联合印发了《遏制细菌耐药国家行动计划（2016-2020 年）》，直指控制现有抗生素的过度使用。

抗生素滥用的最大后患就是加剧细菌的耐药性，最终导致“超级细菌”的到来。而感染“超级细菌”患者的死亡率大约是感染不耐药细菌患者的两倍。

中国是世界上人用和兽用抗生素的最大消费国，并已被指会造成潜在的灾难性后果。据英国韦尔科姆基金会 5 月的一份报告，到 2050 年中国细菌耐药性问题每年有可能造成 100 万例早死，而这会增加 20 万亿美元医疗费用。

事实上近年来抗生素滥用问题也一直警钟不断。

首先看看我们的河流，在中国，从多地河流不同水域，到南京居民家的自来水，均被检出过抗生素。而且东部抗生素排放量是西部 6 倍，阿莫西林浓度最高。

再来看看我们的儿童，上海市复旦大学公共卫生学院进行的研究

显示，在 8-11 岁的 586 名儿童中，约 1/3 孩子的尿样中查出多种抗生素，包括家畜用抗生素。而且尿样中兽用抗生素浓度高的儿童肥胖风险是低浓度儿童的 2-3 倍，男孩的风险高于女孩。

就人群应用方面，很多抗生素在各种药店唾手可得，无需处方。

超级细菌很遥远？去年 11 月，华南农业大学学者在权威杂志《柳叶刀》上报告称，已发现对粘菌素出现耐药性的细菌。而粘菌素通常是终极抗生素。这意味着，耐药性基因已经在细菌中传播。

为了应对当前局面，14 部委发布的这项国家行动计划称，今后将加强对人用和兽用抗菌药物使用的监管，加强对医务人员和消费者抗菌药物合理应用的培训。此外，今后将凭处方才能购买抗菌药物，另外，还会在 2020 年前研发新型抗菌药物。

（卢芳）

来源

[1] 国家卫生计生委医政医管局官网

[2] Environ Sci Technol, 2015,49: 6772-6782.

[3] EnvironInt. 89-90:204-211.

世卫组织称：全球 1/4 死亡归咎于环境污染

近日，世界卫生组织（WHO）报告称，2012 年约有 1260 万人因为在健康环境中生活或工作而死亡，占全球死亡总数近 1/4。各种环境风险因素，如空气、水和土壤污染，接触化学品，气候变化，紫外线辐射等，导致 100 多种疾病和损伤，亟需通过改善环境来增进健康。

报告指出，死因中最多的是卒中，之后依次为心脏病、癌症和慢性呼吸系统疾病等非传染性疾病，死亡人数现已占不健康环境造成的死亡总数的近 1/3。

与此同时，因不良水质、环卫设施恶劣和废物处理不善造成的腹泻病和疟疾等传染病死亡人数则有所下降。

从区域上来看，在细颗粒物“PM2.5”污染严重的中国等西太平洋地区和东南亚中低收入国家，环境对健康的影响最为明显，共有 730 万人因不健康环境而死亡，其中多数人死于室内和室

外空气污染。

而今年 2 月美国科学促进会的一份研究报告也发现，全球每年有超过 550 万人因空气污染而死亡，其中超过半数案例发生在印度和中国。

从年龄群体上来看，受影响最大的群体是 5 岁以下儿童以及 50-75 岁成人。每年有 170 万 5 岁以下儿童死亡，下呼吸道感染和腹泻病是最显著死因；490 万 50-75 岁成人死亡，非传染性疾病和伤害是最常见死因。

WHO 总干事陈冯富珍博士指出，如果国家不采取行动创造有益健康的生活和工作环境，将有数以百万计的人生病和过早死亡。

来源

WHO 官网

AHA 发布声明称：

睡眠障碍应视为心血管病的危险因素

近期，AHA 发布声明称，睡眠时长以及睡眠障碍应被看成是心脏代谢及心血管疾病的危险因素。

声明指出，睡眠时间短、睡眠时间长以及睡眠障碍均与不良心血管代谢性疾病密切相关。

睡眠不足对于机体的能量代谢有负面影响，但目前尚不清楚，改善睡眠障碍是否会有助于控制超重 / 肥胖。

治疗睡眠障碍有很多好处，尤其是有助于降低血压。

不宁腿综合征和周期性肢体运动障碍是临床上常见的睡眠障碍性疾病，要注意评估其对心血管代谢的影响。

声明还指出，做好能找到一种在临床上操作简便的可以评价睡眠障碍的工具。

美国睡眠医学和睡眠研究协会最近发表声明支持成人每天保证 ≥ 7 小时的睡眠，以促进最佳的健康状态。

同样，“AHA 健康 2020 战略”同样制定了睡眠健康目标，包括增加睡眠充足的人群、提高对睡眠不足危害健康的群众认知。

声明的主要制定者 Marie-Pierre St-Onge 教授强调睡眠应该被视为与心血管疾病密切相关的重要的生活方式因素，临床医生在问诊是应关注患者的睡眠问题，并告知患者睡眠与心血管疾病之间的关系。

当前的流行病学研究数据足以证实阻塞性睡眠呼吸暂停及睡眠障碍增加心脑血管疾病风险。

不足 7 小时则为睡眠不足，超过 9 小时则为睡眠时间过长。而过长的睡眠时间也与肥胖、高血压及糖尿病等疾病有关。St-Onge 说“我们建议每天至少保证 7 小时睡眠。”

她还指出，当然我们还需要进一步确定两者之间的因果关系并且确定干预睡眠是否可以降低心血管疾病风险。目前对健康成人有睡眠时间的建议，但是我们还需要确定预防慢性疾病患者的最佳睡眠时间。

(许菁)

来源

[1] Circulation. Published Ahead of Print: September 19, 2016.

[2] Medscape. September 20, 2016.

老年人每日快走 15 分钟，可降低 22% 死亡风险

生命在于运动。在欧洲心血管预防和康复协会 2016 年年会上发布的一项研究表明，老年人每日快走 15 分钟，可降低 22% 死亡风险。

研究显示，在可耐受情况下，体育活动与死亡风险呈剂量关系，也就是说越爱运动的老人死亡风险越低。其中，与习惯坐着不动的老人相比，有较低、中等程度以及较为活跃体育活动水平的老人其死亡风险分别下降了 22%，28% 和 35%。

研究者指出，对于指南所推荐的每周进行 75 分钟的剧烈活动，或者 150 分钟的中强度锻炼，不到一半的老年人能做到，而事实上运动对健康的整体获益，甚至好过服药。

他强调，年龄不应该是加强体力活动的拦路虎，因为他们的研究提示较低活动水平，比如每日 15 分钟的快走，就比坐着不动，降低了 22% 的死亡风险。

研究者建议，老年人可循序渐进去适当增加体育活动时间和强度，而每日 15 分钟的锻炼不失为一个很好的目标。

这项研究共分析了两组人群，其一对 1011 位平均年龄为 65 岁的法国老人随访了 12 年；此外对系统性回顾研究和荟萃分析研究中 122417 位年龄为 60 岁的老人平均随访 10 年的数据进行了分析。

(卢芳)

来源

EurekAlert 网站

AHA 发布“坐以待毙”警示：

久坐不动增加心血管病发病率与死亡率

近期，《循环》杂志在线推出美国心脏协会（AHA）的科学警示：久坐少动增加心血管病的发病率与死亡率，以下是这一科学警示的十大要点：

1 据统计，在 20 世纪 60 年代，15% 的工作种类属于久坐不动型；至 2008 年，超过 20% 的工作种类是久坐不动型的。美国的成年人平均每天有 6~8 小时在静坐不动的工作，而中等强度以上的肢体活动时间不到半小时。

2 现有的证据表明，久坐不动与心血管病发病率和死亡率的增加密切相关，当然这也还需要获得更多的证据支持，流行病学研究的结果表明久坐不动是心血管病和糖尿病的危险因素之一。

3 本次科学声明回顾了当前所有与久坐不动相关的研究，对久坐不动的行为方式进行了全面的评估，包括人群患病率、与心血管病发病率相关的决定因素、潜在的机制几可能的干预措施等。

4 目前尚没有评估久坐不动行为的金标准，现阶段采用自我检测和应用装备检测这两种方法互为补充来评估久坐不动行为。应用装备检测久坐不动的时间更为精准些，且得到的数据较为客观，能保持数据的一致性；但是每个个体在进行自我评测时则更容易阐明发生久坐行为的原因，地点以及为什

么要久坐不动。

5 影响久坐不动行为的因素包括社会心理因素和福利条件、建筑环境、以及遗传的因素等。

6 现阶段累计的大量前瞻性证据表明久坐不动是心血管病及糖尿病死亡率和发病率增高的危险因素，并且导致全因死亡率增高，因此未来很有必要对中等强度和高强度的体育运动展开研究。

7 研究发现，延长久坐不动的时间会使得胰岛素敏感性降低，这就使得短时间的体力活动带来的益处也会受到影响。

8 缩短久坐不动的时间是一个单一的干预手段，但是这一方法似乎比既减少静坐的时间又增加体育锻炼的策略更有效率。

9 一些能减少静坐时间的技能和方法还需要进一步验证，但是这些技能和方法很有前景。

10 AHA 倡导，要改变久坐不动的这种行为方式，要少坐，多动。
(钟巧青 杨天伦)

来源 Circulation. 2016 Aug 15.

有四分之一国人在弹“死亡四重奏”

近期，一项纳入 20 余万国人的研究发现，国人代谢综合征已成灾，患病率已高达 24.5%。

代谢综合征是指一个人同时有血糖代谢异常、超重或肥胖、血脂紊乱和高血压几种情况。

因为有代谢综合征的人患心脑血管病的风险增加 3 倍，过早死亡的风险也大幅增加，有人将其称为“死亡四重奏”。

“死亡四重奏”可能是 21 世纪导致冠心病、中风高发，威胁人类健康与生命安全的头号杀手。

在代谢综合征患者中，半数男性有高血压；而女性中半数肥胖。

研究者指出，2000 年，我国有 16.5% 为代谢综合征，该研究则升至 24.5%。

研究者认为，代谢综合征迅猛增加，是城市化进程、老龄化社会共同推动所致。有代谢综合征的人应加强对心血管病的预防，更加重视健康饮食、积极运动等生活方式的改善。

这一荟萃分析共纳入 2005-2015 年间发表的 35 项研究，其中包括 226,653 位 15 岁以上中国成人。其中代谢综合征的诊断依据国际糖尿病联盟（IDF）所定标准。
(杨进刚)

来源 BMC Public Health, 2016, 16:296.

