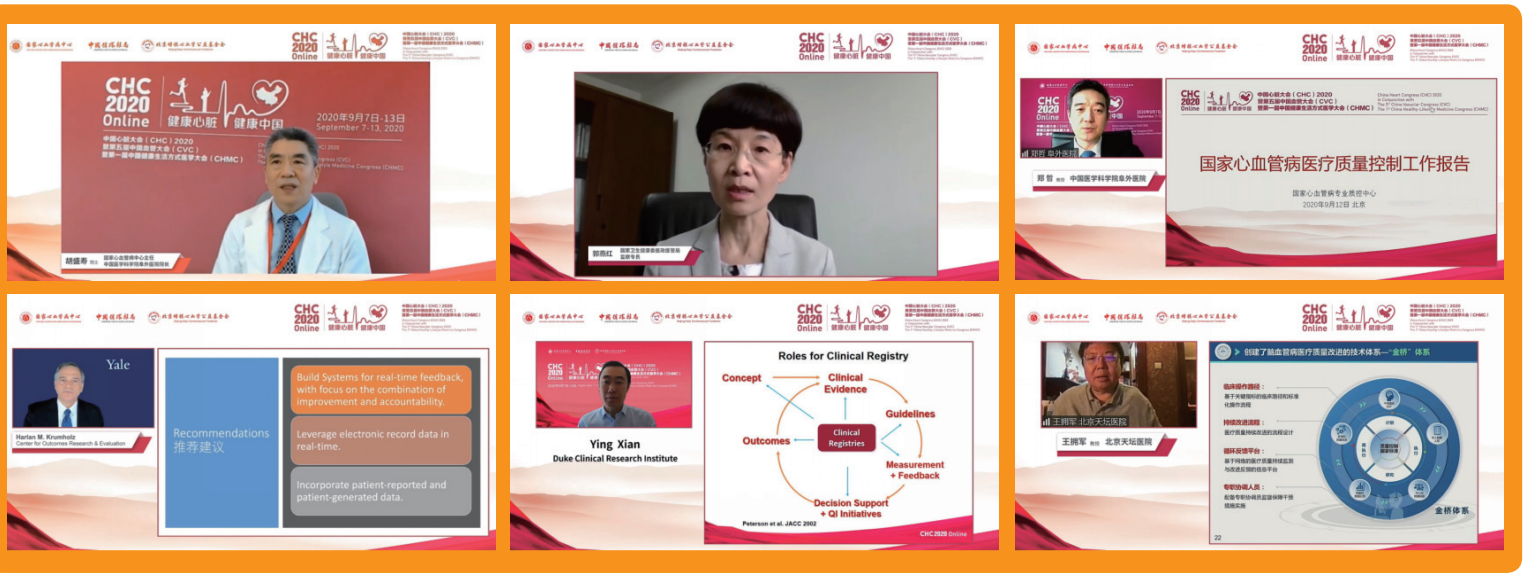
NCCD
National Center for Cardiovascular Diseases
国家心血管病中心
通讯

国内首个健康生活方式医学中心成立

FOCUS

国 家 心 血 管 病 中 心 National Center for Cardiovascular Diseases



2020 国家心血管病医疗质量控制会议圆满召开

2020 年 9 月 12 日，2020 国家心血管病医疗质量控制会议（NCCQI 2020）在线上圆满召开。

国家卫生健康委医政医管局郭燕红监察专员、国家心血管病中心主任胡盛寿院士发表了重要讲话。北部战区总医院全军心血管病研究所所长韩雅玲院士、首都医科大学附属北京天坛医院王拥军院长、国家心血管病中心党委书记郑哲教授、耶鲁－纽黑文医院医疗结果评价研究中心主任 Harlan M. Krumholz 教授、杜克大学临床研究所冼颖教授等 12 位重磅嘉宾为大会带来精彩演讲。超过 2 万人次齐聚线上参与大会。

胡盛寿院士在致辞中指出，要实现“健康中国”的宏伟目标，早日达到中国心血管病整体医疗质量的同质化，还需从以下方面不懈努力：一是不断完善质控组织体系，形成动态化、全链条、可持续的医疗质量管理长效机制。二是强化基于数据的质量监测与反馈体系，充分利用信息化手段实现心血管病诊疗的全流程管理。三是切实开展医疗质量干预和改善实践，关注基层医疗技术水平，推动优质医疗资源扩面下沉。心血管病医疗

目录

· 国内首个健康生活方式医学中心成立 2
· 胡盛寿院士：健康生活方式医学，让医学回归生活！ 3
· 七专家联袂发布《中国心血管健康和疾病报告 2019》 4
· 我国心脑血管病治疗费用报告 5
· 每年五分之一的心脏病死亡与烟草有关！世卫组织最新报告 8
· 饮酒：全球健康的盲点！ Lancet 子刊述评 8
· 近三十年中国冠心病死亡增加人数全球第一！全球疾病负担报告新分析 9
· 刘静：国人心血管健康情况不容乐观 9
· CAMI 研究：我国心梗发病呈现年轻化、老龄化和农村化趋势 10
· 我国心梗复发者年死亡率 32%！ 郑昕等 Heart 杂志刊发研究 10
· 我国脑卒中防治有短板！ 王拥军等 BMJ 子刊发表全国注册研究 11
· 半数脑卒中与心血管病有关，脑卒中诊治需要心脏科医生！欧洲心脏杂志述评 12
· 高血压和糖尿病患者要筛查慢性肾病！世界肾脏日指导委员会发文 13
· 中国房颤患病率居世界前列！ PURE 研究新分析 14
· 中国随机对照研究仅占 5.5%！ 中国十年来心血管指南评价 15
· 卫健委：抑郁症筛查纳入常规孕检及学生体检 15
· 国人 30 年吃猪肉增长 73%，蔬菜减少 17%！ 中国疾控中心研究 17
· 年轻时就该降“坏胆固醇”？ 中美两项最新研究 19
· 糖尿病患者应处方“走路”！ 意大利指南 20

质控工作要以“能治病、治好病、提供高质量服务”为目标，将质量改善落到实处。

郭燕红监察专员在致辞中表示，党和政府秉承“人民至上、生命至上”的原则，明确要构建高质量的医疗卫生服务体系。国家卫生健康委近年来着力加强医疗质量管理的制度建设和工作体系建设，不断提升医疗质量管理的科学化、精细化水平。她对心血管病质控工作给予了充分肯定，期望心血管病质控中心继续带领全行业专家形成合力，通过对质控指标的分析发现短板和弱项，提出质量改进措施。同时聚焦疾病，在全程、全面管理和多学科融合方面，走出一条持续改善医疗质量的道路。

郑哲书记详细报告了国家心血管病医疗质量控制工作进展，介绍了质控中心在不断完善组织体系、指标体系、评价体系等各方面的工作历程，旨在促进全行业全面了解心血管病医疗质量控制工作，携手共同推动医疗质量改善。

Krumholz 教授分享了医疗质量管理已取得的进展、质量测量方法的关键弱点和质量改善工作的未来，特别强调了必须真正地从定量角度去测量诊疗行为和结果，缩小“知与行”之间的差距，将理论转化为实践。

冼颖教授探讨了医疗质量控制中过度医疗、医疗不足和医疗不当的问题，并提出解决方案，通过建立标准、监控体系、反馈形成质量改善闭环，并在广大同仁的共同努力下，减少医疗资源浪费，切实提升医疗质量。

王拥军教授从指标体系、信息化平台、改进方法和推广体系四个方面分享了脑血管病医疗质量控制工作实践经验，尤其在信息系统互联互通、医疗质量改进“金桥”体系、人工智能改进等方面，提出了优秀的质量改进思路和方法。

会议随后分心内科、心外科两场，由心血管病医疗质控领域专家，从省级质控中心优秀经验、各专业质量干预措施、质量改善研究等多角度展开分享和讨论，为我国心血管病医疗质量的持续改进提出了诸多宝贵建议。

国内首个健康生活方式医学中心成立

9 月 11 日，由国家心血管病中心主办的中国心脏大会 2020 暨第一届中国健康生活方式医学大会上，国家心血管病中心主任、中国工程院院士胡盛寿宣布，国家心血管病中心成立国内首个健康生活方式医学中心。国家卫生健康委副主任李斌参加现场揭牌仪式并就该中心下步工作重点提供了具体建议。

胡盛寿指出，不良生活方式是威胁人类健康的最主要原因，生活方式相关的慢性非传染性疾病占全球总死亡原因的 70%，而健康生活方式医学将关注生活中与健康相关的方方面面，如饮食、身体活动、睡眠、压力管理等。

国家心血管病中心成立健康生活方式医学中心，目的是搭建国家级健康生活方式医学学术支撑平台，探索远程居家生活方式干预和健康管理模式体系，打造国家级健康教育和科普教育平台以及生活方式干预技术培训体系，建立起“中国化”的健康生活方式医学技术和能力支撑体系，推进健康中国战略部署，践行“以治病为中心”向“以健康为中心”转变。

国家卫生健康委副主任李斌表示，希望该中心在推进心血管疾病关口前移，促进全民践行健康文明生活方式方面发挥示范和引领作用。积极推进健康生活方式的普及，以最小的资源投入获得最大的健康产出。将国际先进的医学科学技术与中国传统的理念、生活方式相结合，全面总结国内外先进经验，积极探索出符合我国国情、适合中国人群、有中国特色的健康生活方式的适宜技术和管理模式，切实提高我国居民的健康水平。

胡盛寿院士：健康生活方式医学，让医学回归生活！

在今年中国心脏大会召开期间，国家心血管病中心、中国医学科学院阜外医院正式成立了健康生活方式医学中心，并举办第一届中国健康生活方式医学大会。

9 月 11 日，在中国心脏大会开幕式上，中国医学科学院阜外医院院长、国家心血管病中心主任胡盛寿院士所做的主旨演讲指出：健康的生活方式不仅可以预防疾病，甚至可以用来治疗和康复很多疾病。

他指出，近几个月的新冠疫情，不仅给全人类的生活方式以及生活相关的所有产业带来了前所未有的改变，而且目前预防新冠积极有效的方法也依赖于健康的生活方式建立。健康生活方式医学中心的成立意义非凡。

对当前医学模式的反思

随着经济社会发展，各国政府都在改善人民健康方面投入大量资源，结果“事半功倍”。

美国医疗花费激增，医疗支出占国民生产总值（GDP）的 18%，年人均医疗支出 9000 美元但健康水平提升缓慢。胡盛寿院士强调，单纯的医疗资源投入模式无法可持续发展。

中国的情况同样不容乐观。“我国医疗体系面临人口基数大、疾病患病率持续攀升双重困境。”

胡盛寿院士表示，2000 年以来我国冠脉搭桥手术量、冠脉介入治疗量飞速发展，与此同时，我国心血管病发病率以及心血管病负担却以更快的速度发展。

“救治能力的提升速度赶不上发病率增长速度，造成了一直在‘治病’，病却越来越多的现状。”胡院士感慨。

为此，国家层面提出“预防为主，基层为重点”的卫生健康工作总方针，要想降低发病率，控制危险因素是关键。强调早期发现和管理、危险因素控制、健康支持性环境建设等方面的 16 项主要量化指标。

以预防为主的观念在中国古已有之，“上医治未病”是最古老的预防思想的体现。

健康生活方式医学：突破当前医疗模式困局的根本之道

不良生活方式是威胁人类健康的最主要原因。

世界卫生组织发布的 2000~2016 年全球前十位死亡原因包括：缺血性心脏病、脑卒中、慢性阻塞性肺病等。生活方式相关的慢性非传染性疾病占全球总死亡原因的 70%。四个关键不良生活方式为吸烟、酗酒、不健康饮食，缺乏体力活动。

我国居民不良生活方式堪忧，过去 30 年我国吸烟所致死亡显著增加，80% 的中国居民每日吃盐多于 12.5 g，远远高于其他国家居民平均每天吃盐 7.5 g 的水平。

过去 20 年，男女居民身体活动水平分别下降 44% 和 36%，而体力活动下降预计增加 70 万例心血管事件。

健康生活方式医学关注生活中与健康相关的方方面面，如何让中国人过上健康的生活，是目前关注的焦点问题。

目前，国际上同样重视生活方式医学，从 1999 年，生活方式医学的第一部专著正式出版以来，成立生活方式医学会、纳入医保、培养专科医生等，采取各种方法推进，生活方式医学进入快速发展阶段。

发展健康生活方式医学的未来之路

积极推进健康中国战略部署，由“以治病为中心”向“以健康为中心”转移，成立健康生活方式医学专业委员会、成立健康生活方式医学中心。

国家心血管病专家委员会健康生活方式医学专业委员会，将临床医学、康复医学、运动医学、心理与行为干预、医学营养、健康传播与健康教育、体检与健康管理、预防与公共卫生等诸多领域纳入其中，搭建国家级健康生活方式医学学术支撑平台。

国家心血管病中心健康生活方式医学中心是国内首个健康生活方式医学中心，临床康复中心、健康管理中心、健康教育中心、社区防治中心，打造中国健康生活方式医学促进工作平台。

医学中心会依托临床康复工作、建立生活方式干预技术体系、借助互联网 + 可穿戴技术、探索远程居家生活方式干预和健康管理模式，打造国家级健康教育和科普教育平台，增强社会大众每个人作为自己健康责任第一人意识。

创建深扎根、广覆盖的生活方式干预技术培训体系，让生活方式培训技能渗透到各行各业，加快在全社会形成更健康的生活方式。

强调科学性与数据真实性！

七专家联袂发布《中国心血管健康和疾病报告 2019》

中国心脏大会 (CHC) 2020 暨第五届中国血管大会 (CVC) 暨第一届中国健康生活方式医学大会 (CHMC) 正在盛大召开中。

9 月 11 日上午，CHC2020 Online 开幕式后的全体大会中，《中国心血管健康和疾病报告 2019》重磅发布。

为响应健康中国行动，更为贯彻“以基层为重点，以预防为主”的卫生健康工作方针，今年国家心血管病中心对 2005 年以来每年组织全国相关领域的专家编撰的《中国心血管病报告》进行重大改版，改版后的《中国心血管健康与疾病报告》增设生活方式、康复、健康行为、技术创新与转化等内容，倡导心血管全生命周期的健康管理。

大会上，由国家心血管病中心副主任、中国医学科学院阜外医院副院长樊静教授主持，并邀请高润霖院士、顾东风院士、胡盛寿院士，韩雅玲院士、葛均波院士、张运院士，以及首都医科大学附属北京天坛医院王拥军教授联袂解读报告重点内容。

高润霖院士：心血管健康影响因素不容忽视

高润霖院士从烟草使用、合理膳食、身体活动、超重与肥胖、健康心理五个方面阐述了中国心血管健康影响因素相关数据。

他表示，我国吸烟率呈下降趋势，但我国总体吸烟率特别是成年男性吸烟率仍然很高；居民平均碳水化合物供能比下降，但脂肪供能比上升；总的身体活动水平下降；超重与肥胖率上升。一些不良生活方式正在影响着我国心血管发病和死亡率的增加，需要受到重视。而心肌梗死与焦虑抑郁比例升高的关系也在提示着我们，对于某些心血管疾病的治疗不仅要针对治疗躯体疾病，还要给予精神上的关注，要做到“双心”的治疗。

顾东风院士：心血管危险因素需全社会关注

顾东风院士介绍，从 1959 年有数据记录以来，我国高血压患病率在持续增长。怎样让大众知晓、关注这一问题并采取行动已经从医学问题延伸为社会公众卫生问题。从 1991 年发展至今，高血压知晓率、治疗率及控制率分别从 27%、12%、3%，增长为 51.6%、45.8%、16.8%，得到重大改善，其中高血压控制率增长了 5 倍，对于中国这样的发展中人口大国来说，这种改善是翻天覆地的，但在治疗的规范化、药物有效性、经济效应评估等方面，还存在一定空间，需要大家共同努力。

成人血脂异常患病率从 2002 年的 18.6%，持续上升至 2012 年的 40.4%；血脂异常知晓率、治疗率、控制率均有很大的改善空间。

此外，顾东风院士表示，睡眠、空气污染等因素也正在成为中国心血管病危险因素，需要受到社会关注。

韩雅玲院士：中国冠心病诊疗有进步

韩雅玲院士表示，2001~2017 年，中国心血管疾病患病率总体上升，目前已经成为中国人群的首位死亡原因，每 5 例中就有 2 例死于心血管疾病，且患病的严重程度不断增加。

在相关疾病治疗技术中，经皮冠状动脉介入治疗（PCI）死亡率不断下降，2018 年冠心病介入治疗总例数达到 91.52 万例。而在病例数增高的同时，医生们也在不断努力，在药物、治疗策略等方面取得了巨大进步。

胡盛寿院士：追求科学、真实与及时

胡盛寿院士主要结合了冠状动脉旁路移植术、瓣膜手术、中国先天性心脏病介入、主动脉微创、经导管主动脉瓣置换术、二尖瓣夹合、心脏移植和人工心脏等细分领域，分享了相关研究、技术、仪器以及应用等方面的最新情况。

同时，作为《中国心血管健康与疾病报告》的主编，胡盛寿院士郑重感谢了参与报告编写的同仁们的支持，强调报告还是会立足于一贯的指导原则，强调科学性与数据的真实性，基本都以已经发表的研究文献和客观数据为依据进行发布，希望能够给中国的心血管及流行病学研究带来成功产出。而政府对疾病与流行病的监测网络的覆盖，也为报告及时性的提升提供了更多可能。

王拥军教授：中国脑卒中防治开启“农村保卫战”

王拥军教授表示，近年来，在中国脑卒中的多个细分领域里，农村地区的发病率、患病率及死亡率方面都有超过城市的趋势，打好“农村保卫战”是中国脑卒中防治的重要任务。

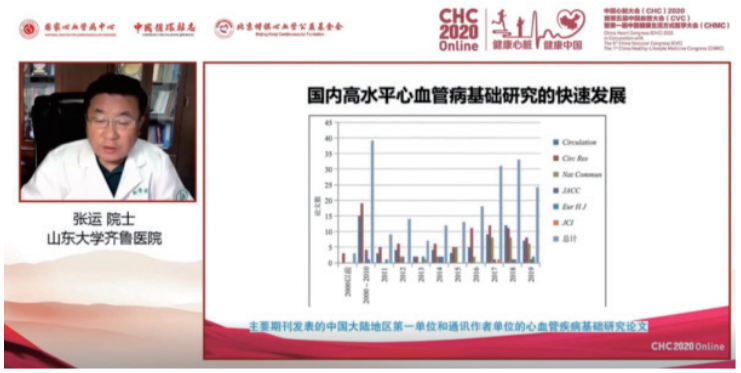
高血压和吸烟是脑卒中预防和管理的重要危险因素，肺炎 / 肺部感染是首要并发症。

目前脑卒中住院患者医保覆盖情况，在城镇居民、城镇职工、新农合三者覆盖超过 75%，自付比例约为 10%，出血性脑卒中患者的自付比例稍高，而高海拔地区出血性脑卒中比例更高，也需要对相关问题引起重视。

葛均波院士：心血管器械期待原始创新

葛均波院士介绍，从 2018 年 1 月 1 日到 2019 年 8 月 31 日，国家药品监督管理局创新医疗器械审批通道中的心血管产品共有 35 款，占比达到 45.5%，在中国医疗器械创新领域居于主导地位，主要包括心血管支架、瓣膜类、心律失常、血管内成像、冠状动脉血流评价等产品。

他表示，总体来看，创新类产品基于前人产品等改进居多，原始创新相对不足，期待有更多的原始创新产品可以进入临床。



张运院士：期待基础研究领域更多惊喜

针对中国心血管疾病的基础研究进展，张运院士表示，我国高水平心血管疾病基础研究是从 2005 年开始起步，但在 2018 年中国大陆地区第一单位或通讯作者单位发表的心血管疾病基础研究论文，实现两位数突破。心脏、血管解剖等是主要关注领域，其中缺血性心脏病、脂肪代谢与心血管疾病、心力衰竭、心肌病与心律失常、血管病变、心脏发育衰老与再生等研究都取得了重大突破，并受到国内外关注。希望基础性研究领域可以带来更多惊喜。

发布环节结尾，樊静教授表示，在相关政府、业界专家等共同努力下，改版后的《中国心血管健康与疾病报告》是对相关领域的全景展示，将致力于为政府、行业以及社会公众在权威资讯、健康指引等方面发挥更加重要的作用。

我国心脑血管病治疗费用报告：

年花费 5406 亿，超 80% 在医院，基层不足 12%！

根据新近发布的中国心血管健康与疾病报告 2019，我国心血管病现患人数 3.30 亿，心血管病死亡占城乡居民总死亡原因的首位。

近期，国家卫生健康委卫生发展研究中心张毓辉等发文指出，2017 年，我国心脑血管疾病治疗总费用达 5406 亿元，居各类疾病费用首位，占疾病治疗总费用的 17%，相当于 0.66% 的国内生产总值（GDP）。冠心病、原发性高血压、脑梗塞消耗了我国 2/3 的心脑血管疾病治疗费用。

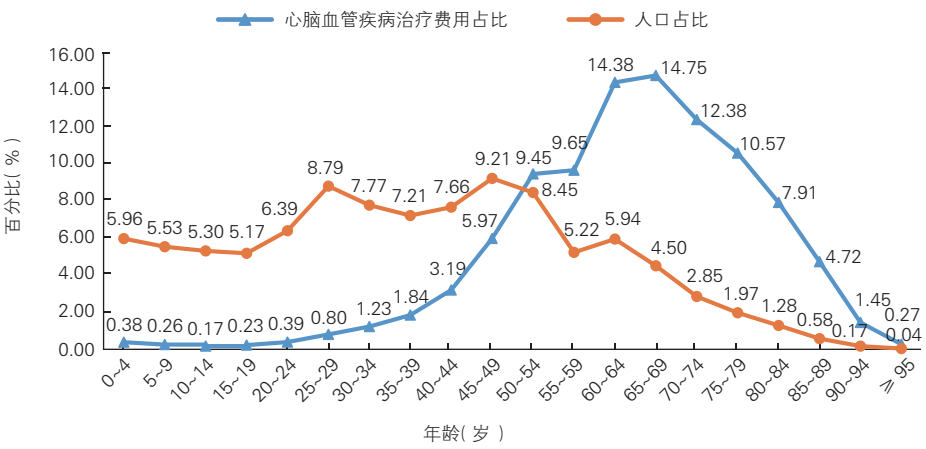


图 1　2017 年心脑血管疾病治疗费用人群分布

而且，2012~2017 年，我国心脑血管疾病治疗费用年均增速为 10%，显著快于国民经济年均增长水平。

心脑血管疾病治疗费用超 80% 发生在各级医院，基层医疗卫生机构占比不足 12%。另外，2017 年我国心脑血管疾病治疗费用超 70% 为住院费。

研究者指出，我国心脑血管疾病费用配置不合理，“轻预防、重治疗”、“轻基层、重医院”的资源错配问题亟需破除。如果发挥好基层医疗卫生机构健康“守门人”作用及初级医疗保健关口把控作用，可节省 11% 慢性病住院费用。

冠心病、高血压、脑梗塞治疗“最费钱”

冠心病治疗费用高达 1 412 亿元（26%），其次是原发性高血压，治疗费用为 1 080 亿元（20%）。脑梗塞和脑出血的治疗费用分别为 916 亿元（17%）和 378 亿元（7%）。

老年人花费 2/3 的治疗费用

在 2017 年我国心脑血管疾病治疗总费用中，≥ 60 岁人群占人口 17%，但花费了 66% 的心脑血管疾病治疗费用。65~69 岁年龄段老年人（占人口 4.50%）花费了 15% 的心脑血管疾病治疗费用。

与疾病流行特征相似，≥ 40 岁中年人群心脑血管疾病治疗费

表 1　2017 年与 2012 年、2014 年及 2016 年我国不同心脑血管疾病治疗费用比较

疾病类别	2012 年		2014 年		2016 年		2017 年	
	金额（亿元）	构成比（%）	金额（亿元）	构成比（%）	金额（亿元）	构成比（%）	金额（亿元）	构成比（%）
冠心病	875.68	28.19	1 011.4	27.22	1 407.22	28.42	1 412.01	26.12
原发性高血压	727.67	23.43	838.68	22.58	912.74	18.43	1 079.89	19.97
脑梗塞	469.96	15.13	573.63	15.44	880.81	17.79	916.05	16.94
脑出血	207.94	6.69	274.8	7.4	368.21	7.44	378.44	7.00
心力衰竭	48.68	1.57	60.67	1.63	76.94	1.55	114.94	2.13
风湿性心脏病	46.92	1.51	44.76	1.2	62.05	1.25	69.56	1.29
肺原性心脏病	36.12	1.16	57.4	1.55	61.27	1.24	70.16	1.30
脑卒中	14.29	0.46	24.17	0.65	34.87	0.7	27.56	0.51
脑栓塞	12.16	0.39	19.59	0.53	31.73	0.64	25.02	0.46
继发性高血压	19.06	0.61	33.52	0.9	25.27	0.51	21.12	0.39
脑血栓	8.64	0.28	5.32	0.14	18.01	0.36	20.78	0.38
其他循环系统疾病	639.09	20.57	771.08	20.76	1073.02	21.67	1 270.84	23.51
合计	3 106.22	100.00	3715.02	100.00	4952.13	100.00	5 406.37	100.00

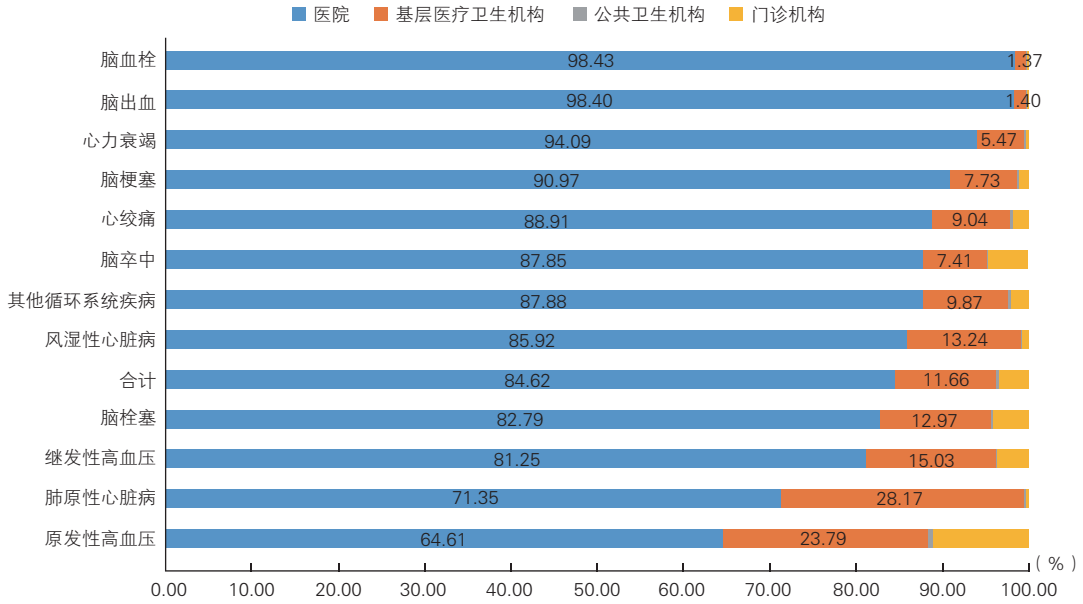


图 2　2017 年不同心脑血管疾病费用的机构分布

用快速增加，疾病费用负担年轻化趋势明显。≥ 45 岁人群冠心病、高血压和脑梗塞治疗费用占该人群心脑血管疾病治疗费用的 54%~71%。冠心病治疗费用中老年人占比为 72.17%，脑梗塞治疗费用中老年人占比为 76.11%。

基层治疗费用不足 12%

心脑血管疾病治疗费用超 80% 发生在各级医院，基层医疗卫生机构占比不足 12%。2017 年我国心脑血管疾病治疗费用超 70% 为住院费。脑出血、脑血栓、风湿性心脏病治疗费用中住院费用占比超过 92%。

门诊费用中家庭支出较高

在筹资方面，心脑血管疾病治疗费用中，家庭卫生支出占比为 28%，公共筹资占比为 65%。在门诊费用中，43% 来自家庭卫生支出；住院费用中，家庭卫生支出占比为 23%。因此，在防治策略方面，应切实落实“以基层为重点，以预防为主”的国家方针，通过构建健康行为和健康环境，夯实一级预防和二级预防，加快提升基层卫生机构心脑血管疾病防控能力。

他们强调，早诊早治是心脑血管疾病防治的关键，而大部分早诊早治服务都可在门诊进行，而当前我国医疗保险政策以住院补偿为主，这对心脑血管疾病防控极为不利。降低心脑血管疾病患者门诊治疗费用负担，提高门诊服务利用可及性，对心脑血管疾病防控意义重大。在筹资保障方面，我国应加大对重要危险因素（如血脂异常）门诊用药保障、提高服务利用可及性和治疗依从性，探索将一级预防和二级预防措施纳入医保补偿范围，以更好地发挥基金效能。

该研究团队基于“卫生费用核算体系 2011”核算 2017 年我国心脑血管疾病治疗费用。　**（朱柳媛）**

来源　中国循环杂志，2020, 35: 859−865.

敌意情绪让心脏病患者雪上加霜！美国研究

敌意情绪是一种人格特征，包括愤世嫉俗、怨恨或易怒等。近期，欧洲一项研究发现，近期心脏病发作患者普遍存在敌意情绪，而且有敌对情绪的人死亡风险明显升高。

这项研究入选了平均为 67 岁的 2321 例心脏病患者。用多重形容词情感检查表（MAACL）检测敌意情绪，并随访了 24 个月。研究发现，超过一半的患者（57%）有敌意情绪。

在调整了其他可能影响夫妻关系的因素，包括性别、年龄、教育程度、婚姻状况、糖尿病、高血压和吸烟，敌意情绪是全因死亡的独立预测因素。

作者指出，以前有研究发现，心脏病患者中常存在焦虑和抑郁，检测是否有敌意情绪则可发现过早死亡风险较高的患者。

（许菁）

来源　Eur J Cardiovasc Nurs. September 14, 2020.

每年五分之一的心脏病死亡与烟草有关！

世卫组织最新报告

近日，世界卫生组织、世界心脏联盟和澳大利亚纽卡斯尔大学联合发布的最新报告显示，全球每年有 190 万人死于烟草引起的心脏病，约占全球所有冠心病死亡病例的五分之一，而这些死亡可完全避免。

报告警示，吸烟，包括二手烟暴露，对心血管系统有害。 报告敦促所有吸烟者戒烟，以避免心脏病发作，并强调吸烟者比不吸烟者更容易罹患急性心血管疾病。

报告指出，每天仅少量吸烟、偶尔吸烟或接触二手烟也会增加心脏病风险。研究表明，每天只吸一支烟的人，患冠心病的风险是每天吸≥ 20 支烟的人的一半。

二手烟暴露也是导致冠心病的重要因素。2017 年，全球有估计 38.2 万人由于二手烟暴露引发冠心病死亡，占冠心病总死亡人数的 4.3%，是死于二手烟总人数的三分之一。但是，如果吸烟者立即戒烟，一年完全戒烟后，患心脏病的风险将降低 50%。报告指出，戒烟既有即时健康效益，也有长期健康效益，从数小时内显现到持续数年不等。戒烟 15 年后，冠心病风险降至与从未吸烟的人相同。

世界心脏联合会烟草专家组主席 Eduardo Bianco 说：“医务人员如果在掌握现有关于烟草使用和心血管健康风险的关联，以及戒烟对健康的益处的证据后，仍未向心脏病患者提供戒烟服务，可被视为是临床诊疗服务失当或疏忽。各心脏病学会应向从事心血管相关工作的人员提供培训，在临床层面推进控烟工作。”

报告显示，新型烟草和使用电子烟与心血管疾病风险增加相关。电子烟会引发高血压，增加患心血管疾病的风险。

“政府有责任扭转烟草流行，保护其人民健康。通过法律法规创建无烟环境将，有效减少与烟草有关的住院人数。”世卫组织无烟草行动项目负责人 Vinayak Prasad 说道。

世卫组织鼓励政府通过增加烟草税、创建无烟环境、禁止烟草广告并提供帮助人们戒烟的服务来帮助吸烟者和被动吸烟者彻底摆脱烟草的侵害。

（许菁）

来源 世界卫生组织

饮酒：全球健康的盲点！ Lancet 子刊述评

近期，*Lancet* 全球健康子刊发表述评称，尽管慢性病占全球每年死亡人数的 72%以上，但全球但卫生政策制定者似乎不喜欢有关酒精的证据，不能识别和应对饮酒公司的干扰，也不优先考虑限制饮酒政策和计划。

根据国际癌症研究机构，酒精和烟草一样，是 I 类致癌物质，可引起多种癌症，尤其是乳腺癌。而且，任何程度的饮酒都有害健康。世卫组织《2018 年全球酒精与健康状况报告》估计，全球 20~39 岁人口的死亡中，与饮酒有关的超过了 25%，造成 300 万人死亡，相当于柏林人口。

中国疾控中心的一项研究发现，2017 年我国饮酒致死人数达 67 万，是 1990 年的 1.82 倍。如果仅考虑到不健康行为，饮酒则排到了不健康饮食和吸烟之后，成为威胁到国人健康的第三大行为危险因素。中国饮酒导致心血管疾病死亡人数为 33 万，肿瘤死亡人数为 17 万。

全球酒精消费量也在迅速扩大，预计到 2030 年将增长 10%以上。东南亚地区到 2030 年市场增长 46.8%，西太平洋地区到 2030 年市场增长 33.7%。

述评指出，饮酒行业从烟草业中吸取了教训，通过资助研究和开展广泛的公共关系运动，包括使用社交媒体，误导了公众关于酒精与癌症之间的联系。

虽然在 2019 年，世卫组织发布了工作人员指南，禁止与酒精行业建立伙伴关系，接受支持或开展合作。但世卫组织建议对烟草（至少为最终价格的 70%）和加糖饮料（至少为 20%）的税率，但未对酒精加税。许多从事全球卫生的国际机构，联合国机构和会员国也忽视了对酒精对管制。作者指出，全球卫生界需要认识到控制饮酒是一个盲点，并呼吁制定一项关于酒精控制的框架公约。 **（杨进刚）**

来源 [1]Lancet Glob Health, 2020, 8(3): e329−e330.
[2] 中华预防医学杂志 , 2020, 54(7): 731−736.
[3] 中国循环杂志 , 2019, 34: 1145−1154.

近三十年中国冠心病死亡增加人数全球第一！

全球疾病负担报告新分析

近期，全球疾病负担的一项研究提示，1990~2017 年间，全球增加的冠心病（缺血性心脏病）死亡病例中，中国占了约 38.2%。与其他国家相比，中国在这一期间的死亡人数增幅最大。

与 1990 年相比，2017 年全球年龄标化的冠心病相关死亡率下降了 30%，但中国年龄校正的冠心病死亡率增加了 20.6%。2017 年，中国冠心病死亡人数较 1990 年增加了 111.7 万，增幅达 184.1%。

2016 年，全球 1.265 亿人有冠心病，而中国有 2278 万例冠心病患者，占全球的 18%。全球 890 万人因冠心病死亡，中国有 175 万人，占全球的 19.6%。

根据 2016 年的数据，中国居民每年死亡 967 万，冠心病死亡 172 万，约占总死亡人数的 17.8%。

2005~2017 年中国疾病负担研究报告显示，2017 年，在我国过早死亡导致人群寿命损失的主要疾病中，冠心病处于第二位。

在与冠心病死亡相关的危险因素中，不健康饮食排名第一（69.2%），其次是高血压（54.4%）、坏胆固醇升高（低密度脂蛋白胆固醇，41.9%）、高血糖（25.5%）、吸烟（20.6%）、超重或肥胖（17.6%）。从 1990 年至 2017 年，高血糖、超重或肥胖导致的缺血性心脏病死亡呈升高趋势。

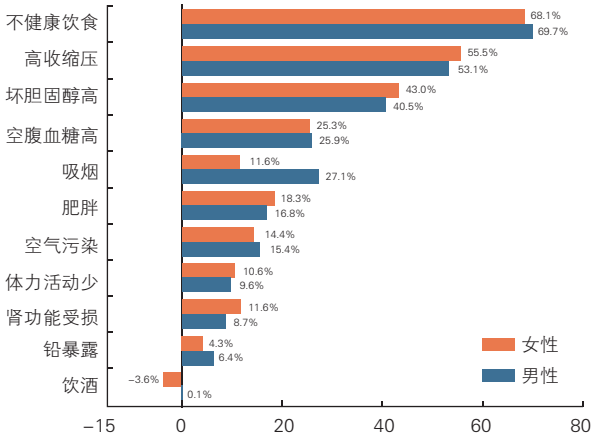


图 1 冠心病死亡相关危险因素排序

该研究由中南大学第三湘雅医院和中山大学附属第五医院学者联合加拿大、美国、以色列研究人员利用 2017 年全球疾病负担报告数据完成。 **（朱柳媛 杨进刚）**

来源

[1]Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes, 05 October 2020

[2] 中国循环杂志，2019, 34: 729−740.

[3] 中国循环杂志 , 2019, 34: 1145−1154.

刘静：国人心血管健康情况不容乐观

9 月 11 日，在中国心脏大会（CHC2020）心血管病流行与人群防治专题研讨会上，安贞医院刘静教授报告，近年来，我国因心血管代谢因素导致的死亡人数快速上升，心血管疾病是我国人群的首位死亡原因。

刘静教授指出，心血管代谢性疾病主要危险因素包括超重 / 肥胖、高血糖、高血压、血脂异常、炎症、胰岛素抵抗等，这些危险因素常聚集存在，显著增加心、脑、肾脏病的风险。

中国人群心血管代谢性危险因素普遍流行，导致冠心病和缺血性脑卒中等的发病率和死亡率持续升高。

我国因心血管疾病造成的经济负担逐年增加，2004~2016 年，急性心肌梗死、颅内出血、脑梗死的住院总费用年均增长速度分别为 29.2%、16.9% 和 22.2%。

中国人群的心血管健康状态不容乐观，具有理想心血管健康状态的人比例极低，分别为男性 0.1%，女性 0.4%，合计 0.2%。

随着社会经济的发展及人民生活水平的改善，中国人群膳食结构发生显著变化，蛋类、鱼类、红肉摄入量明显增多，全谷物、碳水化合物摄入量明显减少。

膳食成分的变化与心血管代谢疾病死亡率密切相关，12 种不健康成分导致的心血管代谢疾病死亡占总死亡的 20%。

改善生活方式和干预代谢危险因素是减少心、脑、肾脏疾病负担的关键。 **（牛晓歌）**

CAMI 研究：
我国心梗发病呈现年轻化、老龄化和农村化趋势

2020 年中国心脏大会上，来自国家心血管病中心阜外医院冠心病诊治中心的许海燕教授系统介绍了中国急性心肌梗死注册（CAMI）研究的新进展。

许教授指出，我国地域辽阔，急性心肌梗死的发病特点、就诊方式和条件、治疗模式、治疗效果在不同人群及不同类型医院间存在较大差异。

CAMI 研究是一项基于中国各省三层级医院、针对急性心肌梗死患者临床信息开展的多中心、前瞻性注册研究。该研究覆盖我国 31 个省级行政区，于 2013 年 1 月启动，连续登记发病后 7 天内在各级医院就诊的急性心肌梗死患者，并进行了为期 2 年的随访。

该研究显示，20 世纪 70 年代以来，40 年间我国急性心肌梗死患者的年龄、性别、农村居民比例、脑卒中史、既往心肌梗死史及糖尿病患者比例发生了巨大变化，呈现出年轻化、老龄化、农村化的趋势。

随着生活方式及社会经济状态的改变，体力活动及不良生活方式已经成为当前急性心肌梗死的主要诱发因素。

比如，急性心肌梗死年轻男性血脂异常的患病率明显较高，表明年轻男性患者可能更有必要进行强化降脂干预。

此外，通过对我国各级医院急性心肌梗死诊治现状的分析，研究提示，大小城市急救及医疗资源配置不均衡，中国仅三分之二的在发病 12 h 到达医院 ST 段抬高型心梗（STEMI）患者接受了再灌注治疗，与欧美相比仍有很大的差距。各级医院急性心肌梗死救治能力存在明显差异，县级医院 STEMI 再灌注率较低。

此外，许多患者发病后并未及时就医，求助于急救车的比例明显偏低，且对再灌注治疗获益的认识不足。研究发现，32.6% 的 STEMI 患者在症状发作 12 h 后才来医院，失去了再灌注治疗的机会。

基于以上结论，许海燕教授对我国急性心肌梗死患者诊治提出了以下 4 点建议：（1）在患者教育上，应向患者明确紧急、就近就医的重要性，同时强调再灌注治疗的获益；（2）在医疗公共服务方面，政府应进一步完善急救及紧急就医转运系统；（3）对医生而言，应仔细识别诊断、评估获益与风险，积极开展再灌注治疗；（4）对于医院管理者而言，应建立完善快速通道并加强医护培训。

（夏雪）

我国心梗复发者年死亡率 32%！
阜外医院郑昕等 Heart 杂志刊发研究

对于急性心梗患者，急性期仍有心梗复发的风险，复发者的死亡率较高。美国有研究发现，约 1/3 复发者在 1 年内死亡。

9 月 16 日，阜外医院郑昕等在 *Heart* 杂志发表的 China PEACE 研究最新结果显示，在我国真实世界中，有 2.5% 的患者在出院后 1 年内心梗复发，其中在出院后 1 月内复发的比例为 35.7%，复发者 1 年死亡率为 32.1%。

研究发现，除了高龄、入院心率 >90 次 / 分、肾功能不全等因素外，未规范用药者心梗复发风险明显增加，而接受冠脉介入治疗则可降低复发风险。

研究指出，我国应加强急性心梗患者出院后高风险期的监测。

这项最新分析纳入全国 53 家医院住院且存活出院的 3387 例患者，患者的平均年龄为 60.7 岁，其中 23.1% 为女士。

整个急性心梗队列中，1 年死亡率为 2.8%，但在复发心梗的患者中达 32.1%，后者从心梗首次复发至死亡的中位时间仅 1 天。

校正基线死亡危险因素后，心梗复发者 1 年死亡风险是未复发者的 25.42 倍。

在出院后 30 天内复发心梗的患者中，53.3% 在 1 年内死亡。

值得注意的是，在该分析中，28.3% 的患者出院时被认为情况理想而未处方任何二级预防药物。

（朱柳媛 杨进刚）

来源 Heart, 16 September 2020.

我国脑卒中防治有短板！

王拥军等 BMJ 子刊发表全国注册研究

近期，北京天坛医院王拥军教授等发表的一项全国性注册登记研究表明，我国脑卒中所致的死亡率明显低于西方国家，但我国脑卒中患者住院时间较长，且溶栓药物、降脂药物、抗血小板药物、降压药物等循证药物的应用明显不足，而未证实疗效的一些药物（包括神经保护药物和中医药）却被广泛使用。

研究者指出，该研究结果说明，我国脑卒中患者的管理还有很大的改善空间。

该研究显示，在我国缺血性脑卒中、脑出血、蛛网膜下腔出血患者中，住院期间死亡率分别为 3.2%、9.3%、10.1%，6 个月时死亡率分别为 8.6%、18.2%、22.0%。

而在西方国家，缺血性脑卒中患者住院期间和 6 个月时死亡率分别为 5.6% 和大约 20%，脑出血患者 6 个月时死亡率高达 39%。研究者表示，这与我国脑卒中住院患者病情相对较轻（缺血性脑卒中和脑出血患者 NIHS 评分分别为 4 分和 9 分）有关。

尽管我国脑卒中患者死亡率相对较低，但存活者中 6 个月复发率达 7.2%，明显高于西方国家（5%）。

在我国缺血性脑卒中、脑出血、蛛网膜下腔出血患者中，住院期间复发率分别为 2.6%、1.9%、7.2%，6 个月时复发率分别为 8.0%、5.1%、7.5%，主要血管事件（血管性死亡、脑卒中复发、心肌梗死）发生率分别为 16.5%、23.1%、28.4%。

研究者指出，我国脑卒中复发率高，在一定程度上与已被证实疗效的二级预防药物应用不足有关。

在缺血性脑卒中患者中，仅 1.3% 在症状发作 3 h 内接受溶栓治疗，但住院期间疗效未经证实的神经保护药物（例如，静脉用依达拉奉、神经节糖苷 GM1、胞磷胆碱）和中医药（包括中草药和补充剂）的应用率高达 69.7% 和 70.6%。 住院期间，缺血性脑卒中患者中抗血小板治疗应用率为 88.4%，但阿司匹林与氯吡格雷双联抗血小板治疗的应用率仅 8%。

在脑出血患者中，住院期间神经保护药物和中医药应用率分别为 63.3% 和 36.3%。

蛛网膜下腔出血患者中，住院期间神经保护药物和中医药应用率分别为 59% 和 20%。

出院时，缺血性脑卒中患者中分别有 70.7% 和 38.0% 接受抗血小板药物和他汀类药物治疗，但 6 个月时这两类药物的应用率分别降至 64.8% 和 23.9%。出院时仅 1.5% 的缺血性脑卒中患者应用抗凝药物。 对于脑出血和蛛网膜下腔出血患者来说，降压药物是二级预防中最重要的药物。但出院时，仅 51% 和 18% 的脑出血和蛛网膜下腔出血患者应用降压药。

另外，我国脑卒中患者中仅 20% 是在专业的卒中中心接受治疗，仅 23% 的患者是由救护车转运至医院的。

我国脑卒中患者的住院时间也明显长于西方国家。我国出院时存活脑卒中患者的平均住院时间长达 18 天，其中脑出血患者平均住院时间为 21 天，是西方国家的 2 倍左右。

研究者指出，我国脑卒中患者住院时间较长，可能与国家医保报销主要覆盖住院治疗以及社区缺乏康复机构等因素有关。

该研究于 2007~2008 年从我国 31 个省、直辖市、自治区的 132 家医院纳入 14 244 例经影像学检查确诊的首次脑卒中住院患者，其平均年龄为 62.5 岁，60.6% 为男士。

其中，缺血性脑卒中占 68.7%，脑出血和蛛网膜下腔出血分别占 26.9% 和 4.4%。 在首次住院前，1/3 以上的缺血性脑卒中和脑出血患者服用降压药物，但仅 1.8% 的缺血性脑卒中患者应用他汀类药物。脑卒中患者住院期间最常见的并发症为肺炎，脑出血患者中发生率最高（16.1%）。

研究者表示，尽管该研究主要覆盖大中型城市医院，且研究对象是 10 年前纳入的，不能反映全国现在的脑卒中管理现状，但是目前为止覆盖全国所有区域的最大规模注册登记研究，有助于估计未来医疗质量需要改善的程度以及医保系统的改革。他们认为，未来需要采用分层、多阶段取样法，进一步监测中国脑卒中治疗模式的变化。

另一个重要的事情是，要开展大规模随机临床试验，来评估在临床广泛使用但疗效未经证实的药物的有效性和安全性，尤其是神经保护药物和中医药。

（朱柳媛）

来源 Stroke Vasc Neurol. 2020 Jun 22.

半数脑卒中与心血管病有关，脑卒中诊治需要心脏科医生！

欧洲心脏杂志述评

近期，欧洲心脏杂志刊登述评称，心脏科医生要更好地了解脑卒中。脑卒中不仅是全球第二大死亡原因，也是导致成人残疾的主要原因。在中国，脑卒中是居民死亡的第一大病因。

述评指出，约一半的缺血性脑卒中可能是由心血管疾病直接引起，大多数其他脑卒中患者都存在一定数量的心血管危险因素。（见下图）

实际上，脑卒中通常可能是心血管病的首发事件。因此，脑卒中患者需要心脏科医生的诊治。

心脏科医生也应了解脑卒中的病理生理和临床，并且需要在脑卒中诊疗的所有阶段，包括从预防、诊断和治疗，以及长期治疗运用心脏专业知识，去帮助患者。

隐匿性卒中国际工作组指出，原因不明的栓塞性卒中占全部缺血性脑卒中的 25%。

目前，较有说服力的循证医学证据显示，多数隐匿性脑卒中属于血栓栓塞事件。这些血栓有可能来源于心脏、反常栓塞以及主动脉弓、颈动脉或脑动脉等部位的非闭塞的动脉粥样斑块。

比如，卵圆孔未闭预防性封堵术中国专家共识指出，对于＜ 55 岁、缺乏易患因素，突然出现的脑卒中应怀疑卵圆孔未闭为其病因，并建议封堵。

脑卒中后房颤筛查白皮书则建议，对于原因不明的栓塞性脑卒中患者，也需要寻找有无心房颤动的证据。

基于以上认识，该工作组建议，应该把原因不明的栓塞性脑卒中定为具体治疗目标，并将其定义为无近端动脉狭窄或心原性来源的非腔隙性脑梗死，且有可能需要抗凝治疗。

但目前认为，对于原因不明的栓塞性脑卒中患者，口服抗凝药物是否有益，尚未得到证实。但高龄、明显心房增大的原因不明的栓塞性脑卒中患者口服抗凝药物比阿司匹林获益更大。

原因不明的栓塞性脑卒中患者，不是启动新型口服抗凝药物的指征，但可考虑延长心电图监测。

在普通心电图、Holter 等常规检测手段未能检查房颤的原因不明脑卒中患者中，新一代插入式心电监测器对房颤的检出率为 21.7%。

脑卒中后房颤筛查白皮书还建议，缺血性脑卒中或短暂性脑缺血发作（TIA）患者应该至少连续 72 小时内心电图监测。

心房扩大、过度的室上性搏动以及利钠肽升高提示心房心肌病，这些患者应强化或者延长心电图监测。 **（杨进刚）**

来源
[1]Eur Heart J, 2020, 27: 2514 - 2516.
[2] 中国循环杂志 , 2017, 32: 209-214.
[3]Circulation, 2019, 140: 1834-1850.
[4] 中国循环杂志 , 2019, 34: 171-175.

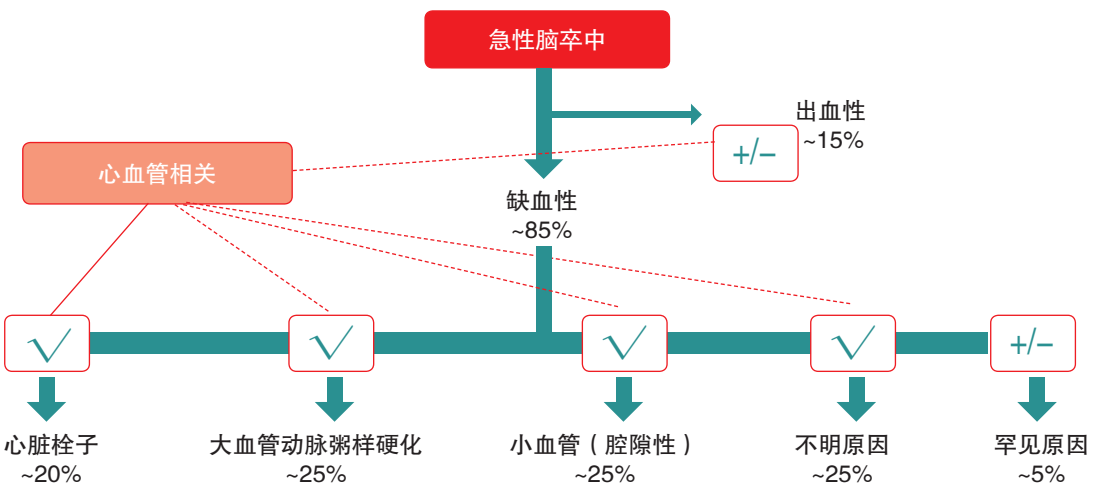


图 1 心血管疾病对脑卒中发生的影响（根据 Toast 分类）

高血压和糖尿病患者要筛查慢性肾病！

世界肾脏日指导委员会发文

每年 3 月份的第二个星期四是个特别的日子，即世界肾脏日。

之所以有这么个特殊的日子，是因为慢性肾病防控已刻不容缓，全球每 10 个人中就有 1 人患有慢性肾病，亟需唤起公众严加防控。

近日，世界肾脏日指导委员会就发文强调了慢性肾病的预防和早期检测。

文章介绍，慢性肾病疾病负担增加，到 2040 年会成为人群早死损伤寿命的第 5 大病因。不过慢性肾病可通过三级预防适宜手段，来预防、延缓进展。

一级预防：锁定糖尿病和高血压

文章对慢性肾病的三级预防进行了深入阐述，强调一级预防措施应专注于糖尿病和高血压。

其他慢性肾病危险因素包括年龄、遗传因素、多囊肾或其他先天性或后天性肾脏和泌尿系统的结构异常、原发性肾小球肾炎、暴露于肾毒性物质或药物、孤肾、高盐摄入、水化不足、热应激、接触农药或重金属，以及高蛋白摄入。

二级预防方面，主要是延缓慢性肾病进展，肾素－血管紧张素－醛固酮系统抑制剂是其中的基石药物，低蛋白饮食似乎也起协同作用。

另外，较火的钠－葡萄糖共转运蛋白 2 抑制剂，近期也有研究显示可延缓慢性肾病进展。

对于多囊性肾病，近期有研究显示，血管加压素 V_2 受体拮抗药有预防作用。

三级预防主要针对晚期肾病患者，管理尿毒症和相关合并症，比如贫血、心血管病、骨异常等，以延长患者寿命。其中很多患者需接受透析或肾移植。

知晓率不到 10%

慢性肾病知晓率较低，在 12 个低收入和中等收入国家的普通人群，甚至是心血管病高危人群，知晓率也不到 10%。

慢性肾病早期并无症状，如何尽快发现？

当前大多数指南并不建议进行人群筛查，认为存在过度诊断的潜在风险和危害。此外也缺乏证据指出常规筛查和监测慢性肾病。

不过这些指南多数建议对目标人群进行早期筛查，比如有糖尿病、高血压、慢性肾病家族史、接受潜在的肾毒性药物进行治疗、有急性肾损伤病史以及 65 岁以上老人。

对于这些高危人群，可以通过检测尿蛋白尿以及血液检测估算肾小球滤过率。

文章强调，预防慢性肾病或延缓病情发展在中低收入国家尤其重要，从而避免慢性肾病尤其是晚期带来的压力和冲击。

也有学者建议，除了高危人群，筛查应适当扩大一下范围，比如糖尿病前期、高血压正常高值等这类人群也应纳入其中。

树立三个目标，更好构建防治体系

文章最后建议从以下三个目标构建防治工作：

1. 提高人群健康素养，促进公众对预防肾病的认识；

2. 人群为基础管理肾病的危险因素，如控制血压、有效控制肥胖和糖尿病；

3. 就世界卫生组织提出的“Best Buys”方案深入开展，这一方案包括慢性肾病高危人群筛查、早期肾病诊断的便捷、基本医疗技术的可及、基本药物和转诊等针对延缓慢性肾病进展等二级预防的有效实施。

文章还指出，多学科团队管理有利于二级、三级预防，团队包括肾脏、营养以及心理等不同领域的专家、护士和工作者。一项墨西哥研究就显示，这种多学科管理可以更好地改善患者的肾功能和生活质量。

随着互联网和电子设备的普及，文章表示，可利用网络对医生、肾脏病高危人群、普通人群、患者等群体进行有针对性的教育，提高人群健康素养，加强临床管理，以促进慢性肾病的防治。

此外，文章建议，将慢性肾病的预防整合到国家层面的慢性非传染性疾病规划工作中，尤其是糖尿病、高血压和心血管病。

（卢芳）

来源 Pediatr Nephrol, 2020, 35(10): 1801−1810.

中国房颤患病率居世界前列！ PURE 研究新分析

近日发表的一项基于 PURE 研究全球 20 个国家的最新分析表明，在全球不同地区，年龄和性别标化的房颤患病率可相差 12 倍。

研究发现，北美、欧洲、中国、东南亚最高（270–360 例 /10 万）；高收入国家、中等收入国家的房颤患病率分别是低收入国家的 11 倍和 7 倍。

PURE 研究观察到，在校正性别、年龄、身高、体重、收缩压、舒张压、心力衰竭、心肌梗死、糖尿病、抗高血压药物、目前吸烟者和收入阶层后，中国和东南亚的房颤患病率全球最高，但这不能用危险因素来解释。

近期，中国、以色列、加拿大研究人员对 2017 年全球疾病负担研究 195 个国家和地区的数据进行分析后发现，2017 年全球有 3757 万例房颤患者，新发房颤 305 万例，28.7 万人因房颤死亡。

总体上，男士中房颤新发病例多于女士，分别为 159 万例和 146 万例，但女士中因房颤死亡的例数多于男士（分别为 17.7 万例和 11.0 万例）。

75~79 岁是房颤患病率最高的年龄段，65~69 岁则是房颤发病率最高的年龄段，85~89 岁是房颤死亡率最高的年龄段。

在社会人口指数（SDI）较高即相对发达的国家中，年龄标化的房颤患病率、发病率、死亡率均较高，其中新西兰和美国的房颤患病率和发病率最高。

从 1990 年至 2017 年，全球房颤患病人数增加了 1843 例，新发病例增加了 145 万例，房颤死亡人数增倍。

但是，近 30 年全球年龄标化的房颤死亡率维持稳定，房颤患病率和发病率则分别降低了 5.1% 和 4.3%。

研究者认为，这在一定程度与人口增长和老龄化有关。另外，由于房颤筛查新技术的应用，越来越多的无症状患者被发现。其他因素还包括：房颤知晓率提高、有效的房颤治疗措施较少。

发达国家中年龄标化的房颤患病率、发病率、死亡率均有所降低，但 SDI 中等国家中年龄标化的房颤患病率和发病率增幅最大，分别升高 4.9% 和 5.1%，不发达国家中年龄标化的房颤死亡率增幅最大，升高了 15.9%。

在各种危险因素中，高血压是导致房颤死亡的首要因素，占 34.3%，其次是超重和肥胖（20.7%）和饮酒（9.4%）。

在女士中，高血压和超重或肥胖是导致房颤死亡的主要原因，而在男士中，饮酒、吸烟和铅暴露的影响更大。

从 1990 年至 2017 年，在房颤死亡相关的危险因素中，高血压、饮酒、吸烟的影响有减小的趋势，而超重或肥胖、高盐饮食、铅暴露的影响则在增大。 **（朱柳媛）**

来源 [1] Cardiovasc Res. 2020 Aug 10
[2] Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes. 2020 Jul 31

家中常烧香有损大脑认知！ 中国香港学者研究

家中奉香，在中国很常见，但中国香港学者进行的一项研究显示，这有损大脑认知功能。

研究显示，家中奉香三载，与大脑多个认知功能下降、大脑默认网络连通性下降有关。而且燃烧的香还协同糖尿病、高脂血症等，促使认知能力低下。其中，默认网络包括前额叶内侧、前扣带、后扣带及双侧顶下叶等脑区，其失调与多种神经和精神疾病有关，包括认知功能障碍、阿尔茨海默病、精神分裂症、自闭症等。

为什么家中奉香有这些坏处？焚香是造成室内空气污染的重要来源。香通常是由香料、草药、木材和粘合剂粉末等组成，燃烧时可产生的“料”不少。其中，颗粒物、一氧化碳、二氧化碳、二氧化硫、二氧化氮、挥发性有机化合物、醛类和多环芳烃均会释放到屋子里。其中颗粒物的产生量是香烟的 4.5 倍。

这项研究共纳入 515 位无脑卒中或痴呆的社区老年人，自我报告过去 5 年家中奉香每周至少一次。227 位经神经心理学评估，并于参与研究和随访 3 年时进行蒙特利尔认知量表接受评估。 **（卢芳）**

来源 Scientific Reports, 2020, 10: 7090.

中国随机对照研究仅占 5.5%！

中国十年来心血管指南评价

阜外医院李卫、王闯世等分析了近十年中国心血管领域主要指南，发现我国心血管指南中有 22.7% 的推荐为 A 级证据，而美国（ACC/AHA）相关指南仅约 9% 的 A 级证据，欧洲（ESC）指南中也仅有不到 15% 的推荐被划分为 A 级证据。

A 级证据水平是指证据来自一项以上的随机对照研究的高质量证据或高质量随机对照研究（RCT）的 Meta 分析。

虽然中国指南有五分之一的推荐为A级证据，但在所有指南中，仅 5.5%（62 篇）文献是来自中国的 RCT。

还有 40 篇参考文献为中国的指南或共识。来自中国的参考文献总共有 180 篇，占 15.9%。有 4 篇指南未在推荐后标注相应的参考文献；其他 14 篇指南共标注有 1132 篇参考文献，平均每条推荐约标注 0.85 篇。

作者认为，我国心血管指南 A 级证据比例（22.7%）较欧美高，参考文献的引用不规范，提示指南制定过程中对证据级别的评估缺乏可靠性。

在所有心血管指南中，高血压指南采用中国 RCT 证据的比例最高，达到了 9.3%，而瓣膜病指南中没有中国 RCT 证据的支持。

18 篇指南共包含 1575 条推荐，其中Ⅰ类推荐 56.3%，Ⅲ类推荐 5.7%；A 级证据比例 22.7%，C 级证据高达 44.0%。

各个指南“推荐分类－证据水平”组合的分布呈现较大的变异：肥厚型心肌病指南中没有Ⅰ-A 推荐，而中国高血压防治指南Ⅰ-A 推荐高达 40.0% 以上。

冠心病指南中 A 级证据支持的推荐比例较高（29.5%），Ⅰ-A 和Ⅲ-A 推荐比例也位居榜首（25.6%）；高血压指南次之，A 级证据推荐约 25.0%，且多为Ⅰ类和Ⅲ类推荐（22.5%）。瓣膜病指南中Ⅰ类推荐比例最低，仅为 22.2%，而最高的为《急性冠脉综合征急诊快速诊治指南》，达到 81.5%。肥厚型心肌病指南中无 A 级证据。心肌病、瓣膜病和心力衰竭指南中 A 级证据推荐比例也较低，分别为 2.4%、11.1% 和 17.1%。

而 C 级证据推荐均高达一半以上，其中心力衰竭指南中Ⅰ-C 和Ⅲ-C 推荐占比最高（31.6%），心肌病次之（24.7%），瓣膜病指南中多为Ⅱ-C 推荐。其他类型指南中 A 级证据推荐比例接近 40.0%，且基本是Ⅰ类和Ⅲ类推荐。

急性心力衰竭急诊临床实践指南与动脉粥样硬化性心血管疾病临床诊治指南中Ⅰ-A 和Ⅰ-C 推荐呈现“两极化”分布，前者Ⅰ-C 推荐超过总体一半，而Ⅰ-A 推荐不足 10.0%；后者Ⅰ-A 推荐约占总体 45.0%，而Ⅰ-C 推荐比例较低（7.5%）。

研究者指出，我国心血管主要指南中强推荐分类与高证据水平“不平衡”的现状，且缺少来自中国研究尤其是RCT研究的证据，提示未来在中国人群中开展高质量心血管临床研究的必要性。

研究者检索了近十年（2010 年 1 月 1 日至 2020 年 5 月 31 日）国内学会发布的主要心血管相关指南，筛选满足纳入标准的 18 篇涉及冠心病、高血压、心力衰竭、心肌病和瓣膜病等疾病的指南，提取推荐意见分类和证据水平等相关数据后进行分析。 **（朱柳媛）**

来源 中国循环杂志 , 2020, 35: 880−887.

卫健委：抑郁症筛查纳入常规孕检及学生体检

9 月 11 日，国家卫生健康委公布《探索抑郁症防治特色服务工作方案》。

各个高中及高等院校将抑郁症筛查纳入学生健康体检内容，对测评结果异常的学生给予重点关注；将孕产期抑郁症筛查纳入常规孕检和产后访视流程中；每年为辖区老年人开展精神健康筛查。

各类体检中心在体检项目中纳入情绪状态评估，供体检人员选用。各个高中及高等院校将抑郁症筛查纳入学生健康体检内容，建立学生心理健康档案，评估学生心理健康状况。

针对孕产妇，将孕产期抑郁症筛查纳入常规孕检和产后访视流程中，由经过培训的医务人员或社工进行孕期和产后抑郁的筛查追踪。 同时，精神卫生医疗机构指导基层医疗卫生机构结合家庭医生签约服务、老年人健康体检，每年为辖区老年人开展精神健康筛查。 **（许菁）**

来源 北京日报

间歇性断食有利于心脏健康！美国医学杂志综述文章

间歇性断食逐渐成为一种流行的饮食模式。间歇性断食通常分为两类：一是每日限时进食，即每日 18 小时禁食（每天进食时间缩窄至 6 至 8 小时之间），二是所谓的“5：2 间歇性断食”，即每周有两天仅吃一顿中等量的餐食。

美国医学杂志刊发的一篇综述文章指出，大量的研究已经证实间歇性断食可以减轻体重，控制高血压、血脂异常和糖尿病等危险因素进而改善心血管健康。

对患有糖尿病前期的男性进行的一项研究表明，每日禁食 18 小时，经过 5 周后，收缩压平均降低（11±4）mmHg，舒张压平均降低（10±4）mmHg。

一项研究比较了每月因宗教禁食一天与不禁食者的冠脉狭窄超过 70% 的发病率，发现禁食者冠心病减少了 35%。

一个可能的解释是间断性断食者交感神经激活降低，而副交感神经兴奋性增加。较高的迷走神经活动与炎性细胞因子的水平降低有关。炎性活动与动脉粥样硬化的发病有关。因此，间歇性断食可降低血压，从而降低心血管病死亡率。

在一项对 60 名超重和肥胖成年人的研究中，每隔一天进行 75% 热量限制的禁食 12 周后 LDL-C 降低了 10%，甘油三酯降低了 17%。

文章强调，间歇性断食降低心血管危险因素的机制主要有三种学说：氧化应激、昼夜节律调节和生酮状态假说。

氧化应激假说认为，禁食可以让线粒体在供能的同时减少自由基的生成，降低了身体的氧化应激。

昼夜节律调节假说关注于进食时间与器官的昼夜节律同步。有研究发现，昼夜节律失调 3 天后，就会增加胰岛素抵抗。值夜班者心脏代谢疾病的发生率更高。如果晚餐吃的晚，血糖水平明显较白天饮食后高。

晚上吃的多，还会降低睡眠质量，导致胰岛素抵抗，增加肥胖和心血管疾病风险。

第三种机制是生酮状态。间歇性断食会导致生酮状态，在禁食 6~8 小时后，可以检测到酮水平的增加，表示从脂肪储存到脂肪利用的转变，可降低低密度脂蛋白（LDL-C），增加高密度脂蛋白（HDL-C）。有利于脂肪代谢增加，从而改善体重和血脂。

具体而言，葡萄糖和脂肪酸是细胞的主要能量来源。进餐后，葡萄糖被用于供能，脂肪以甘油三酯的形式被储存在脂肪组织内。而在断食期间，甘油三酯被分解成脂肪酸和甘油，然后被用于供能。肝脏将脂肪酸转化成酮体，酮体是断食期间许多组织（尤其是脑部）主要的能量来源。

文章指出，间歇性断食不同于热量限制，间歇性断食按照规定的禁食时间与昼夜节律同步进行，而热量限制则侧重于限制总热量，这种不同会导致不同的生物学结果。

间歇性断食不限制热量摄入，同样对心血管危险因素（即血压、空腹血糖和血脂）有积极的影响。

从依从性来讲，人们坚持间歇性断食更容易一些，而热量限制的长期依从性较差。

但作者也表示，目前还需要长期的、大规模的人群研究对间歇性断食的安全性和有效性加以验证。

（许菁　杨进刚）

来源　Am J Med, 2020, S0002-9343(20)30335-1.

吃糖多增肥肉！美国研究

近期美国一项对研究发现，吃糖多或可导致心脏周围和腹部的脂肪囤积，这对于心血管说是致命的。

这项研究共有 3070 位 18~30 岁的健康人参加。1985~2005 年 20 年间共评估了三次糖摄入量，包括含糖饮料和添加到食物中的糖（例如烹饪或加工食品时），2010 年通过 CT 测量了腹部和心脏周围的脂肪体积。

研究发现，糖摄入量与 20 年的以后的脂肪量有关，尤其是含糖饮料和食物中添加糖的摄入增加与器官周围脂肪储存量增加有关。

（许菁）

来源　Eur J Prev Cardiol, 2020, 27(18): 2016-2023.

国人 30 年吃猪肉增长 73%，蔬菜减少 17%！

中国疾控中心研究

近期，中国疾控中心丁钢强、张兵等发表的研究指出，国人营养问题较为突出，尤其是面临营养不足和营养过剩的双重挑战。研究者指出，应该加强国人营养特点变化监测，并及时针对国家、社会、家庭和个人层面施以有效策略以改善营养需求。

这项研究中，研究者对 1982 年、1992 年、2002 年和 2010~2012 中国国家营养调查数据库和相关报告及 1989~2015 年中国健康与营养调查数据进行了分析。

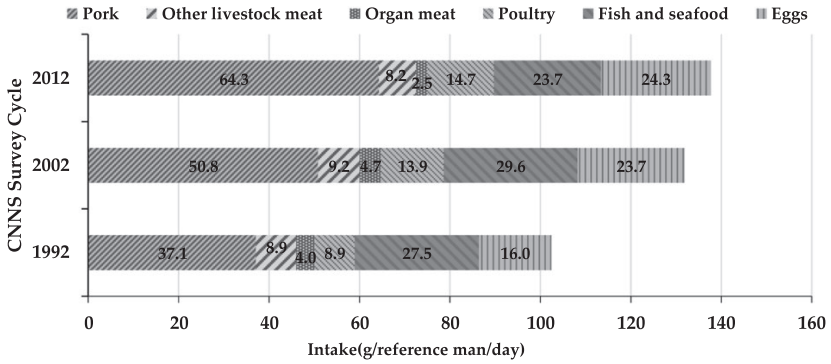


图 1 中国人群 1992 年、2002 年和 2012 年动物性食物摄入的变化

饮食结构：猪肉摄入偏多，鱼类蛋奶坚果不足

研究显示，在过去几十年间，国人饮食结构发生明显改变，谷物、蔬菜吃得少了，而肉类尤其是猪肉吃得多了。传统的中国饮食包括谷类和蔬菜，很少有动物性食物。然而，1982 年到 2012 年，中国居民吃谷类 509.7 克 / 天下降到 337.3 g/d，块茎类 179.9 克 / 天下降到 35.8 克 / 天，蔬菜的摄入量从 316.1 克 / 天下降到 269.4 克 / 天。

此外，水果、奶制品、鸡蛋和坚果的消费量略有增加。水果从 37.4 克 / 天增加到 40.7 克 / 天，奶制品从 8.1 克 / 天增加到 24.7 克 / 天，鸡蛋从 7.3 克 / 天增加到 24.3 克 / 天，坚果从 2.2 克 / 天增加到 3.8 克 / 天。虽然这些摄入量有所增加，但总体摄入量维持在较低水平，并远远低于中国营养指南的建议。

从 1982 年到 2012 年，中国动物性食品的平均摄入量继续大幅增加，从 52.6 克 / 天增加到 137.7 克 / 天，尤其是猪肉的摄入量远远超出建议，从 37.1 克 / 天增加到 64.3 克 / 天，增长 73%。49.9% 的国人吃的畜禽已经超过了指南的推荐量。鱼和海鲜类反而从 27.5 克 / 标准人日，降低到了 23.7 克 / 标准人日。

研究者指出，动物性食物的摄入在饮食结构转变中扮演重要角色，尤其是猪肉量摄入较高，应该采取相关措施鼓励餐桌上的猪肉用家禽、鱼类或海鲜适当代替一下。

油盐超标：外出就餐、加工类食品的增多使得所估偏低

与肉蛋奶比起来，盐和油的摄入大大高于膳食指南所推荐的量。

1982~2012 年，食用油日摄入量从 18.2 克 / 天逐渐增加到 42.1 克 / 天，食用盐日摄入量在过去几十年中从 12.7 克 / 天下降到 10.5 克 / 天。中国健康与营养调查数据显示，有约 55.9% 的国人食用油超标，71.8% 的人吃盐超标。而高油高盐食物的纳入与慢性病风险强相关，研究者指出，控油控盐应该优先开展。

不过控油盐还有一个挑战，就是由于传统饮食行为的变化，比如外出就餐或摄入加工类或包装食品的增加，使得传统评估油盐摄入的方法跟不上，而这也意味着，目前摄入的油和盐或低估了。

隐性饥饿突出：大部分成人微量营养素缺乏

研究还发现，脂肪 – 能量摄入和“隐性饥饿”问题较为突出。其中脂肪供能比例从 1982 年的 18.4% 上升到 2012 年的 32.9%。碳水化合物摄入能量的比例从 70.8% 下降到 55.0%。

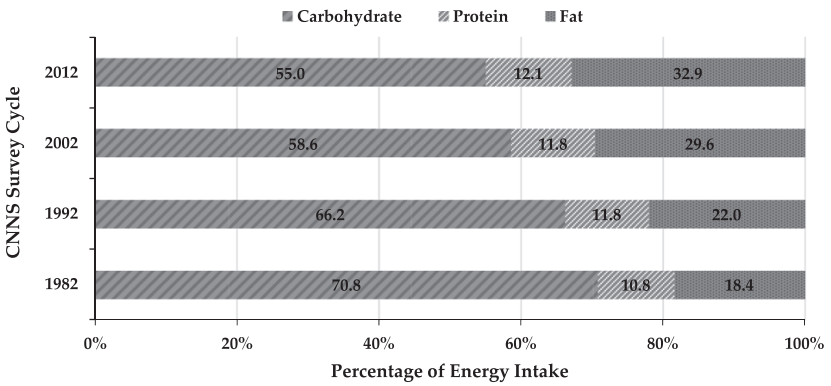


图 2 1982~1992 年三大营养物质供能占比变化

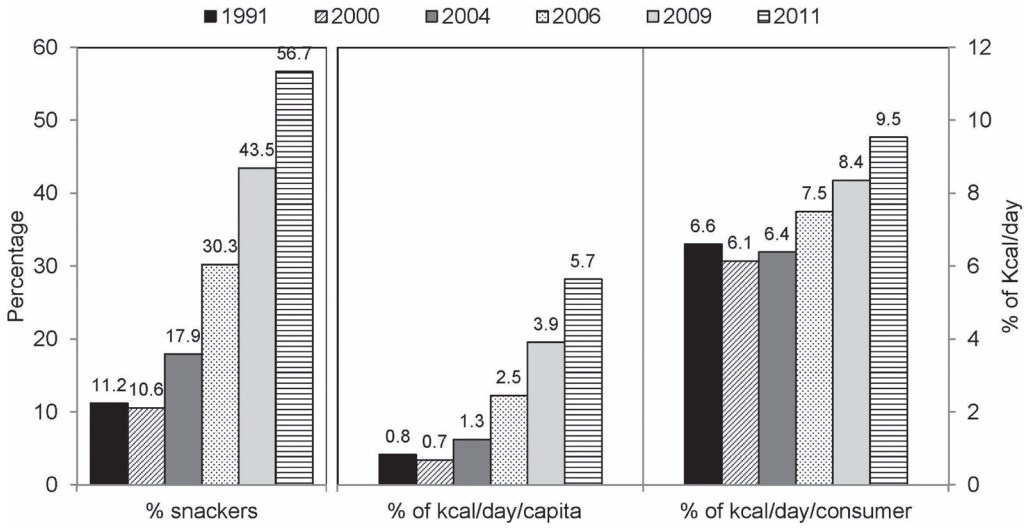


图 3 1991~2011 年国人零食摄入情况

世界卫生组织将“隐性饥饿”定义为微量营养素缺乏或营养素失衡。适当摄入谷类、蔬菜、水果、奶制品和其他食物，可以保证各种营养素的充足摄入。这些食物摄入不足会导致营养缺乏。

2015 年中国健康与营养调查结果显示，超过 50% 成人视黄醇、硫胺素和维生素 C 摄入低于平均所需，此外超出 85% 和 95% 的成人核黄素和钙摄入不足。这种不足可能是粗粮、果蔬、乳制品摄入不足所致。

“隐性饥饿”不仅影响人类健康，而且影响经济发展。2002 年 CNNS 显示，中国成年仅 5.1% 吃营养补充药物。在我国人群多种微量营养素摄入不足的情况下，适当补充膳食，保证人们获得适当的维生素、矿物质和必需营养素，有助于预防微量营养素营养不良或“隐性饥饿”。建议食用更多蔬菜、水果、奶制品和其他食物。

导生产”的理念，加强食品加工厂家和餐饮业的管理。此外，对于在线餐饮行业也要加强科学的市场监督和消费指导。倡导“营养与健康 + 互联网”的服务，以实现科技指导下的精准智能化营养服务。

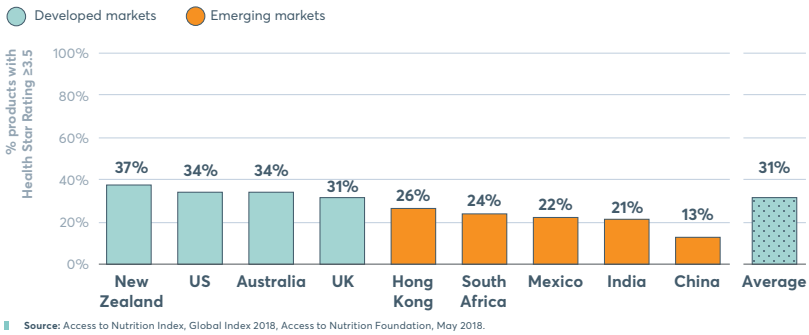


图 4 不同国家和地区包装食品健康之星评级≥ 3.5（健康门槛）的比例

未来的挑战：加工食品的健康管理

在另一项中国营养学会翟凤英等进行的研究还发现中国饮食的一个明显的特点：甜食增加。此外，在过去国人基本很少吃零食，饮品也只有白开水和茶多见，而当前正餐和零食相混合的饮食模式，已成为国人进膳常态。其中各种色彩斑斓，口味各异的饮料更是受到不同年龄人群的青睐。而且值得注意的是，我国包装食品达标比例较低（图 4）。翟凤英等预测，未来中国加工食品和饮料还会大幅增加，中国人的健康问题，正面临挑战。

营养问题应对有策略

生活方式、社会进展加之饮食结构的变化，使得超重和肥胖较为流行。而随着超重和肥胖的流行，高血压、糖尿病也水涨船高。丁钢强、张兵等指出，为了控制高能量、高脂、高糖、高盐的过度加工食物的摄入，应该坚持“营养引导消费，消费指营养也是一种生活方式的选择。丁钢强、张兵等指出，还需要在社区和学校开展和加强对营养与健康饮食的认识。此外，营养立法也将在健康中国中发挥重要工作。

为了应对当前中国居民营养不足与过剩并存、营养相关疾病多发、营养健康生活方式尚未普及等问题，中国政府相继于 2016~2017 年发布了《“健康中国 2030”规划纲要》、《国民营养计划（2017~2030 年）》，以期达到将营养融入所有健康政策，提高全民健康水平的目的。其中《国民营养计划（2017~2030 年）》中具体措施包括加强营养监测、促进健康生活平衡饮食、出台加工食品中油、盐、糖的控制措施、关注脆弱群体等。

（卢芳）

来源 [1]Obes Rev, 2014, Suppl1: 16–26.
[3]Global Nutrition Report 2018.

年轻时就该降“坏胆固醇”？

中美两项最新研究

数项研究发现，坏胆固醇低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）的“坏”，还在于其累积暴露效应。

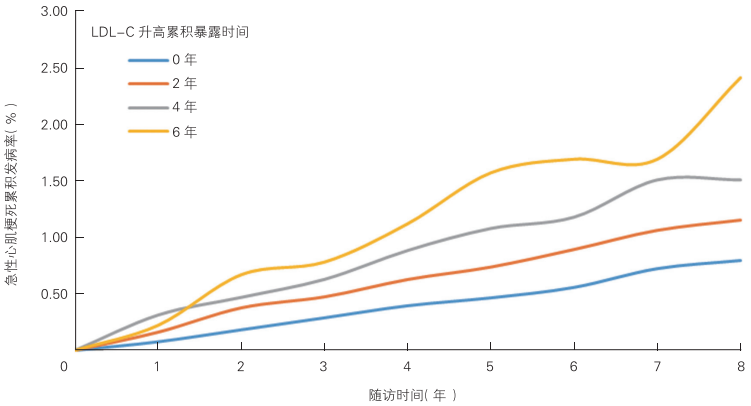
近期，发表在*JACC*入选4958位健康年轻人的CARDIA研究，和开滦研究一项入选51 407人的分析均提示，得不得心血管病，风险依赖于坏胆固醇累积暴露量，而且暴露时长的年龄愈年轻，心血管病风险愈高。

研究提示，坏胆固醇水平干预得早要比干预得晚更受益，而且干预坏胆固醇晚或并不能消除已经累积的风险。研究者指出，今后相关年轻时即维持较低坏胆固醇水平的临床试验，可能支持早期干预坏胆固醇降低冠心病的流行这一策略。*JACC*同期述评指出，CARDIA研究这项分析对年轻健康个体中启动低强度长期降脂的可能近了一步。

发表在*JACC*上的这项研究，对CARDIA研究中1985~1986年入组的18~30岁4958位无症状成人的资料进行了分析，参与者平均年龄25岁，平均坏胆固醇为111 mg/dl。在参与者40岁后中位随访16年期间，有275人发生心血管事件。

人群首次发生心血管事件的中位年龄为49.4岁，50岁时心血管事件发生率为3.1%，60岁时发生率为7.8%；平均年暴露LDL-C水平为115 mg/dl，并在22岁后平均变化较小。

结果显示，在考虑性别、种族和传统风险因素后，坏胆固醇和年龄曲线下面积和面积累积暴露时间（LDL-C曲线斜率）与心血管事件风险显著相关。



不同 LDL-C 升高累积暴露时间人群的急性心肌梗死累积发病率

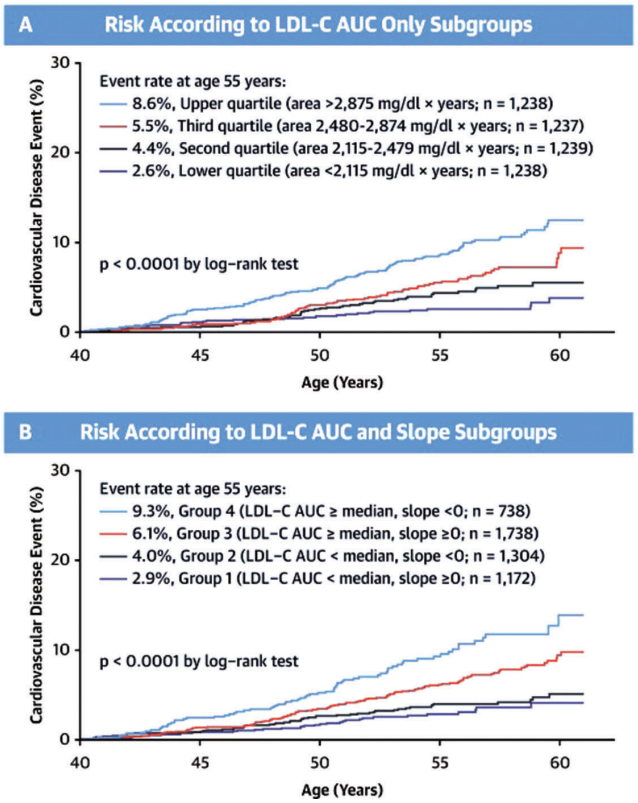


图 1 心血管事件发生率的 Kaplan-Meier 曲线

开滦研究也发现，坏胆固醇的长期变化存在累积暴露现象。

与坏胆固醇累积低暴露者相比，高暴露者发生急性心肌梗死的风险增加了39%，且随着坏胆固醇升高累积暴露时间及数值的增加，发生急性心肌梗死的风险亦呈上升趋势，其危害存在明显的剂量效应。

值得注意的是，研究还发现，坏胆固醇累积暴露带来的急性心肌梗死风险并不受应用降脂药、降压药、降糖药的影响。也就是说，药物是无法消除这些累积危害的，唯有减少坏胆固醇累积才是关键。

开滦研究的研究者建议，对坏胆固醇升高的患者，通过改善生活方式，甚至未达标用药将LDL-C降低在理想水平，以减少坏胆固醇累积暴露时间及暴露值，进而降低心梗风险。

（卢芳）

来源 [1]J Am Coll Cardiol, 2020, 76: 1507-1516.
[2] 中国循环杂志，2020, 35: 246.

糖尿病患者应处方“走路”！意大利指南

近日，意大利两个学会进行了系统回顾并发表指南，建议应对有2型糖尿病的人处方“走路”以增加体力活动，减少久坐行为。

糖尿病不愿意活动有事出有因

指南指出，有糖尿病的人身体条件较差，经常感觉身体疲劳，有氧能力下降。慢性高血糖还可能使肌肉骨骼结构糖化，导致肌腱硬化，运动能力受限。因此，有糖尿病的人更不愿意活动。

但运动有助于血糖控制，降低心血管事件风险，相比而言，走路简单易行。

美国糖尿病协会建议，多数有糖尿病的成年人每周应至少进行150分钟中强度有氧运动，每周不少于三天，并避免连续两天以上没有活动，或每周至少75分钟高强度或间歇训练。此外，还要进行2~3次的力量锻炼、灵活性和平衡锻炼，以改善关节活动度，预防跌倒。

初步筛查和评估

当计划进行中等强度运动和/或长时间步行时，必须评估骨关节改变和微血管并发症。当怀疑患有心血管病或计划进行高强度运动时，可能需要进行运动负荷试验。对步行能力的评估也很重要，如步行速度和步行距离，包括10米步行测试和6分钟步行试验。

不鼓励进行较高强度活动

指南指出，高强度运动可能会导致患者不能坚持运动。有大量证据表明，人们更容易坚持低强度活动。因此，不鼓励建议所有的糖尿病患者参加较高强度的活动，以避免患者不能坚持。

走路则可有效减重和维持体重，改善血糖控制，应作为多数糖尿病患者的首选活动方式，并坚持足够的步行。

步行时，应达到心率储备的40%~60%（最大心率减去静息心率的百分比），对应的是自我感知运动强度11~13级，即有点儿累。经过一段时间的运动后，如果患者可以耐受，可尝试更高强度的运动，或高强度运动和休息或恢复性运动交替，即“高强度间歇训练”。

可使用穿戴设备评估心率

在步行之前，应拉伸上肢和下肢，让关节适应。用于步行的鞋子和衣服必须兼顾舒适性和安全性，并考虑季节变化。高温或低温会增加能量消耗，应建议降低步速，缩短步行距离。相对于走路，北欧式行走（Nordic Walking），即持杖行走，能量消耗更多，增加了手臂肌肉的锻炼，还可改善运动能力、生活质量、心肺功能和血脂状况，减轻体重和慢性疼痛。通过监测心率可评估心血管系统的反应。可穿戴设备监测心率在过去的几十年中得到了发展，精确、可靠且相对便宜。

严重肥胖者可持杖行走

对于严重肥胖的糖尿病患者应考虑降低步速，每运动15分钟后适当恢复，持杖行走可减轻下肢关节负荷。糖尿病患者发生心力衰竭、心绞痛、再梗塞和心源性猝死的发生率较高，但也可走路，但伴有冠心病或心力衰竭的患者必须设计运动方案和监督。

指南有12大建议：

1、走路可改善2型糖尿病患者的血糖控制，是一种有氧运动，应对大多数糖尿病患者处方“走路”。

2、步行可以改善2型糖尿病患者的多种健康相关问题。

3、步行可提高糖尿病患者的身体功能状态。

4、步行对预防糖尿病患者的慢性并发症有益。

5、糖尿病患者最好在监督下进行步行训练。

6、结合多种激励措施，糖尿病患者也可进行没有监督的步行。

7、糖尿病患者也可以采取间歇训练，尤其是在较年轻和健康的患者。

8、持杖步行可能有一定优势。

9、应注意走路地点和地面坡度。

与硬地面上行走相比，在沙地或雪地上行走，或在水中行走，会导致能量消耗增加。同样，上坡或下坡比在平地上走增加了能量消耗。速度或坡度的变化也会影响步行。

10、因有可能影响降糖药物使用，要注意餐前或餐后步行对餐后血糖的影响，但这一点尚缺乏证据。

11、有糖尿病的人不要久坐，不时站起来短暂的行走，可改善血糖控制。

12、必须评估风险和功能状态。接受适当的降糖治疗的无症状患者通常不需要进行负荷试验。6分钟步行试验可用于评估和监测步行能力。

（许菁）

来源 Nutr Metab Cardiovasc Dis, 2020, 30(11): 1882-1898.

国家心血管病中心
2020 第三期
国家心血管病中心办公室制作

策　划：杨　阳　杨进刚
编　务：任晶晶
编　辑：卢　芳　朱柳媛　许　菁
美　编：彭东康

地　址：北京市门头沟区冯村西里阜外医院西山园区
邮　编：102300
电　话：010-88396167
传　真：010-60866165
邮　箱：news@nccd.org.cn