



国家心血管病医疗质量控制中心召开省级心血管病质控工作推进会议

7月8日，国家心血管病医疗质量控制中心召开省级心血管病质控工作推进会议，会议以线上方式举行。国家卫生健康委医政医管局监察专员郭燕红，国家心血管病中心党委书记、副主任郑哲，副主任樊静，北部战区总医院全军心血管病研究所所长韩雅玲院士，以及各省级质控中负责人和专家代表共计 168

人参加了线上会议。2019 年全年心血管质控指标稳中向好，但与人民群众日益增长的就医需求相比，仍存在区域医疗质量不均、技术不平衡的短板，就此郭燕红监察专员提出三方面要求：

第一，科学构建质控体系。国家级质控中心做好顶层设计，制

- 国家心血管病医疗质量控制中心召开省级心血管病质控工作推进会议
- 最新数据！我国 1.3 亿成人有糖尿病
- 基层医疗机构如何做好健康“守门人”？
- 农村是脑卒中重灾区！2019 中国脑卒中报告发布
- 规范抗凝不足六成，栓塞风险风险评估不足 50%！中国房颤质控报告发布
- 基层基本心血管药物配置率 61.5%，低于世卫组织 80%
- 研以致用，引领共享
- 国家心血管病临床医学研究中心成立 7 周年
- 做好 12 条，可防 40% 痴呆！《柳叶刀》最新报告
- 中国 1990~2017 年抑郁症增幅 25%，5636 万人患病

1

2

3

5

7

10

11

12

目录

- 中国男士胆固醇增幅位列全球前十位！
- 全球 1/3 成人有高血压，但不足 1/3 得到控制！
- 全球 3300 种血压仪，经验证的不到 15%！
- 改善生活方式可降压、调脂和降糖，效果类似于吃药！
- 非酒精性脂肪性肝病改名了！
- 代谢相关脂肪性肝病国际专家共识发布
- 吃含钾盐，每年能防 50 万国人死亡！BMJ 研究
- 中国加大戒烟宣传，但烟草销售额仍在上升！
- 心肺适能：身心健康的重要标志！
- 肥胖是一种慢性病！加拿大肥胖管理指南
- 常吃这三种油增糖尿病风险！1.5 万国人追踪 14 年
- 所有心血管病人都该看牙科！

13

14

14

15

16

17

17

18

19

19

20

定统一、高效的工作体系；省级质控中心发挥其在实施层面的承上启下作用，积极组织区域内各级各类医疗机构规范化医疗服务，逐步实现医疗质量一致性。

第二，打造防治结合的全流程管理模式。心血管病质控过程要积极贯彻“预防为主、防治结合”的思路，全面覆盖疾病发生、发展的全过程，让患者获得更好更优的诊治救治服务。

第三，推动多学科融合发展。国家级质控中心要充分发挥多学科团队引领的优势作用，通过多学科全面质量管理和控制，促进医疗质量全面提升。

郑哲副主任报告介绍，自 2017 年成立国家心血管病专业质控专家委员会以来，国家心血管中心在国家卫生健康委医政医管局的领导下，先后设立了心外科、血管外科、外科介入、体外循环、高血压、冠心病、心房颤动、心力衰竭、心血管影像 9 个专家工作组，组织制订了心血管病专业 9 个病种 / 技术质量控制指标，建立了统一的国家心血管病质控信息平台，连续五年参与编写《国家医疗服务与质量安全报告》，分析研判我国

心血管医疗服务与质量管理现状，为切实促进医疗质量改善提供专业支撑和管理支撑。

在省级质控组织体系建设方面，郑哲副主任在汇报中指出，国家心血管病医疗质量控制中心将与现有省级心血管病相关质控中心建立常态化工作机制，在尚未成立省级质控中心的省份，委托成立一批“省级心血管病质控组长单位”，组织开展省内心血管病质控工作：一是与国家质控中心建立联络机制，充分发挥牵头单位的统筹和指导作用。二是组织本省医疗机构通过“国家心血管病质控信息平台”开展质控数据上报，发布本省心血管病专业质量报告。三是投入心血管病质量改善工作，组织开展质控相关培训，提出医疗质量改进建议和措施。四是不断提高信息安全管理意识，加强对过程的有效监管。

与会专家就开展心血管病质控的下阶段工作重点，以及各省级质控中心工作中存在的问题等展开热烈讨论，在争取政策支持、完善质控组织体系和优化细化工作方式等方面提出了宝贵建议。

（郭清芳）

最新数据！我国 1.3 亿成人有糖尿病

BMJ 刊登滕卫平等全国研究

4 月 28 日，中国医科大学附属第一医院滕卫平等进行的一项全国性研究显示，如采用 2018 年美国糖尿病协会（ADA）的诊断标准，2017 年我国成人糖尿病的加权患病率为 12.8%。如采用 WHO 组织标准，我国成人糖尿病的加权患病率为 11.2%。

由此估计，我国糖尿病的总患病人数为 1.3 亿，其中男性患者 7030 万，女性患者 5940 万。研究者指出，我国糖尿病患病率呈持续增加趋势，且没有平台期或拐点。

按照 WHO 定义的诊断标准，我国糖尿病加权患病率由 2007 年的 9.7%，至 2020 年增至 10.4%，2013 年增至 10.9%，2017 年增至 11.2%。按照 ADA 诊断标准，2017 年我国成人中糖尿病前期加权患病率为 35.2%，与 2013 年报告相似（35.7%）。

该研究还显示，随着年龄增长，糖尿病的加权患病率也增加，在 ≥ 50 岁的人中尤其明显：50~59 岁、60~69 岁、≥ 70 岁的人中糖尿病患病率分别为 21.1%、28.8%、31.8%。另外，男士中糖尿病患病率为 13.7%，高于女士的 11.8%。

在该研究覆盖的 31 个省中，糖尿病患病率最低的是贵州（6.2%），内蒙古最高，为 19.9%。在五个接受调查的民族中，汉族人群中糖尿病的患病率最高（12.8%），其次是维吾尔族

（11.5%）和壮族（11.4%），藏族（6.5%）和回族患病率较低（6.3%）。2017 年，我国糖尿病知晓率、治疗率、控制率分别为 43.3%、49.0%、49.4%；农村知晓率（38% vs 47.5%）和控制率（47.4% vs 53.9%）均明显低于城市。

该研究于 2015~2017 年从全国 31 个省纳入 75 880 名成年人（年龄 ≥ 18 岁），其平均年龄 42.8 岁。

按照美国诊断标准共诊断糖尿病 9772 人，其中自我报告的糖尿病 4464 人，新诊糖尿病 5308 人，加权患病率分别为 12.8%、6.0%、6.8%；糖尿病前期 27 230 人，加权患病率为 35.2%。按照 WHO 标准，共诊断糖尿病 8385 人，加权患病率为 11.2%。多因素模型分析提示，男士、高龄、有糖尿病家族史、超重和肥胖、腹型肥胖、收缩压较高、心率较快以及 TC、LDL-C、TG 水平升高的人更易患糖尿病和糖尿病前期。

WHO 定义的糖尿病诊断标准为：自己报告确诊糖尿病；空腹血糖 ≥ 7 mmol/L，或餐后 2 小时血糖 ≥ 11.1 mmol/L。ADA 诊断标准是在 WHO 诊断标准基础上，增加了 HbA_{1c} ≥ 6.5%。

（朱柳媛）

来源

BMJ, 2020, 369: m997.

基层医疗机构如何做好健康“守门人”？

柳叶刀刊发国家心血管病中心政策建议

国家心血管病中心、中国医学科学院阜外医院团队关于我国基层医疗卫生服务质量的大型综述性文章在《柳叶刀》杂志发表。

该文章从人力资源、信息技术、支付方式、服务整合和机构协同等方面系统分析了我国基层医疗卫生机构的服务质量面临的挑战，并提出针对性建议，为其在“健康中国”宏伟目标指引下发挥好疾病防控“奠基石”和民众健康“守门人”的作用提供了重要支撑。

我国现有基层医疗卫生机构超过 92 万个，医务人员超过 235 万人，承担着提供社区全科诊疗服务和基本公共卫生服务的任务。

2009 年新一轮医改以来，我国已出台了一系列政策强化基层医疗卫生服务的作用，同期政府对基层医疗卫生机构的投入增加了 10 倍。

然而既往研究显示，其服务质量仍有较大的提升空间。特别是在常见病的诊断准确性和用药规范性，以及慢病的管理效果方面，尚不能满足人民群众日益增长的健康需求。

为此，阜外医院牵头来自阜外医院、北京大学、中山大学、复旦大学、四川大学，和耶鲁大学、哈佛大学等的知名学者，以及多位基层医疗卫生的管理者和实践者，系统查阅了近十年来相关的报告和文献，并开展了覆盖全国的基层医疗卫生服务调查。

文章确定了基层医疗卫生服务的质量面临的系统挑战，包括：

医务人员的教育和培训机会不足

2018 年社区卫生服务中心和乡镇卫生院的基层医务人员中仍分别有 25% 和 42% 达不到医学大专学历（成为执业助理医师的基本要求）。

由于执业医师的不足，在社区卫生服务中心、乡镇卫生院和社区卫生服务站开展临床诊疗的医务人员中，超过 20% 并没有执业资质。

全国基层医疗卫生调查指出，超过三分之一的基层医生、护士和公共卫生人员在 2016 年没有参加继续医学教育课程。基层医务人员反映一方面自己工作太忙，没有时间参加培训，另一方面培训内容和讲者水平不能满足他们的实际需求。

“按服务付费”的模式刺激了不合理诊疗

2011 年，为了解决“大处方”的问题，政府出台了“药品零加成”政策。由于取消了药品加成，2011 年后社区卫生服务中心和乡镇卫生院的药品收入下降了约 40%。

一些基层医疗卫生机构通过增加输液和检查等方式来弥补药品收入减少带来的损失，并把一些本可以在门诊就诊的患者转为住院治疗，也有基层医疗卫生机构因临床诊疗利润有限而试图减少服务量，也使得一些病情并不严重的患者需要到医院去就诊。

各类医疗卫生机构之间协同不够

尽管政府在 2009 年医改中着力强化基层医疗卫生体系，但基层医疗卫生机构 2018 年仅承担了我国 53%（44 亿次）的门诊量——相比于 2010 年的 62% 明显下降。

在一项覆盖 17 个省的调查中，患者选择绕过基层医疗卫生机构而直接到医院就诊，最主要的原因是认为医务人员的诊疗能力和技术水平不高（32%）。

在另一项 2013 年的研究中，26% 的患者说他们不信任社区卫生服务中心，高于对医院的 6%，而且曾经在社区卫生服务中心就医或熟悉社区医生的患者中，不愿意再去的比例更高。

医院和基层医疗卫生机构目前仍主要依赖“按服务付费”的模式，所以二者之间还存在竞争患者的关系而缺乏协同合作的动力。

医保覆盖了全国 96% 的人口，但在费用报销的时候对首诊机和转诊过程总的来说没有限制，因此缺乏明确的协调机制。

相比于医院诊疗，基层医疗卫生服务在医保报销封顶线等方面的限制，进一步促使了患者绕过基层机构就医，也给基层机构发挥“守门人”的作用带来困难。

基层医疗卫生机构和医院的电子病历系统并未整合，使得它们之间很少共享信息。

因此，尽管近来在许多城市中鼓励并已建立了医院与基层医疗卫生机构之间的伙伴关系，但总体上这类合作还较为松散。

临床诊疗和公共卫生服务之间缺乏整合，医疗卫生体系内的健康管理缺乏连贯性

基层医疗卫生机构应当围绕个体健康需求，在协调疾病预防、

管理和治疗等方面发挥核心作用。然而要真正实现这一目标，还面临一些需要克服的困难。

“关系连贯性”鼓励患者与基层医疗卫生机构形成固定的合同关系。然而，我国并没有强制要求患者将基层医疗卫生机构作为他们的首诊负责人。

作为建立“守门人”制度的第一步，政府出台了家庭医生签约服务的相关政策，鼓励居民都与家庭医生团队签订服务协议，考虑到这一政策刚出台不久，其效果还有待逐步显现。

从“信息连贯性”的角度来说，在基层医疗卫生机构中，电子病历系统仍然零星而散在，限制了其对患者多元信息进行整合和分析的能力。基本公共卫生服务中建立了对辖区居民集中统一的健康档案系统，使得基层医疗卫生服务有可能实现“从摇篮到坟墓”健康管理。然而目前对这些数据的利用尚不充分。

基层医疗卫生机构与各级医院之间在财务、行政、运行上是相互独立的，这给提供跨机构的协调一致且高质量的医疗卫生服务带来了困难。

文章提出以下建议：

基层医疗卫生体系应当提高基层医务人员在校教育和在职培训的质量。一方面，在全科医生教育中，政府亟需监督各医学院校的培养质量以确保同质性，并考虑设定医学生中全科医学研究生培养的比例。另一方面，教育机构应当为现有基层医务人员量身定制适宜的继续教育项目，应用在线平台等形式覆盖大量受众，并根据其能力特点调整培训方案。

基层医疗卫生体系应当从费用支付、行政管理、绩效考核等方面促进临床诊疗与基本公共卫生服务相结合。

一方面，政府可以考虑将公共卫生服务经费与社会医保资金绑定在一起，共同覆盖健康促进、疾病预防和临床诊疗的支出。

另一方面，疾病预防控制中心和相关专业的国家医学中心可以共同参与基本公共卫生服务的任务界定、规范制定和绩效评估。

基层医疗卫生体系应当加强与医院之间的协同。

首先，可以考虑允许各级医疗机构对个人医保账户每年的结余共同进行再次分配，激励它们作为一个整体开展健康管理，在加大对疾病预防和健康促进的同时把基本诊疗留在基层机

构完成。

其次，采用集中部署方式建立基层诊疗信息体系，通过区域人口健康数据平台，实现针对个人的信息汇聚和机构之间的信息共享。

基层医疗卫生体系应当建立鼓励高质量高价值的服务的绩效评价和问责机制。一方面要建立覆盖医疗过程和结局的全面指标、来自诊疗实践和行政管理等渠道的可靠数据，以及考虑患者治疗适用性和风险差异的深入分析；另一方面要形成包括医保差异化支付等经济激励方式和公众开放监督等非经济激励手段的质量促进机制。

基层医疗卫生体系应当逐步转变成一个“以数据驱动、由技术支持”的学习型平台。首先，应当基于居民健康档案和电子病历系统，应当研发评价基于互联网的在职技能培训工具、基于人工智能的诊疗辅助决策工具、建立基于大数据的诊疗质量评价和反馈工具。接下来，可以通过及时分析，对诊疗质量的现况、策略效果的比较，以及影响治疗的原因提供新的发现和知识。

《柳叶刀》总编 Dr. Richard Horton 高度评价了本文的现实意义，中国历史上在基层医疗卫生领域成就卓著，其带来的民众健康水平的提升远远超过了同类的发展中国家。1978 年在阿拉木图国际初级卫生保健大会上，中国创立的以‘赤脚医生’为代表的基层医疗卫生服务模式让各国代表深受鼓舞和启发。

他指出，今天，中国所面临的包括新冠肺炎在内的新挑战也给基层医疗卫生体系的建设带来了新的机遇，相信它将不仅适合二十一世纪的中国国情，也值得其他国家借鉴。

胡盛寿院士指出：我国正经历着“重大慢性病 + 新发传染病”的疾病谱转变、“老龄化 + 城镇化”的社会发展、“大数据 + 互联网”的技术革新。

对于我国来说，强化基层医疗卫生服务既是历史的需要也是战略的机遇。

他说，我国有能力为全球树立一个成功的范例，展示如何在提升专科诊疗服务水平的时候，夯实不可或缺的基层医疗卫生基础，全面促进医疗卫生服务的可及性，同时改善质量和控制成本，进而造福整个社会。

来源

Lancet, 2020, 395(10239): 1802–1812.

农村是脑卒中重灾区！ 2019 中国脑卒中报告发布

近日，2019 中国脑卒中报告发布，报告显示，脑卒中仍为我国人群过早死亡和疾病负担首因，高血压、肥胖等危险因素的综合管理，以及改善院内医疗质量是未来需要加强的重点工作。

脑卒中仍是过早死亡和疾病负担的首因

报告指出，2018 年，中国脑血管病死亡率为 149.49/10 万，占我国居民总死亡率的 22.3%，造成 157 万人死亡。

农村仍是重灾区，乡村居民脑血管病发病率、患病率和死亡率均高于城市居民。

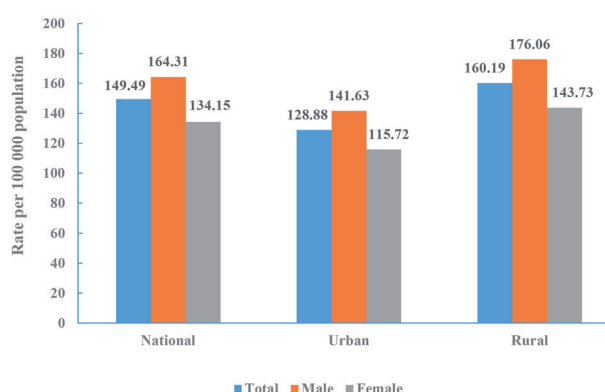


图 1 2018 年全国死亡监测系统显示的城乡地区不同性别人群脑血管病粗死亡率

报告指出，脑卒中年龄标化死亡率虽有所回落，但每年绝对死亡人数仍在增长。其中人口老龄化是重要因素。

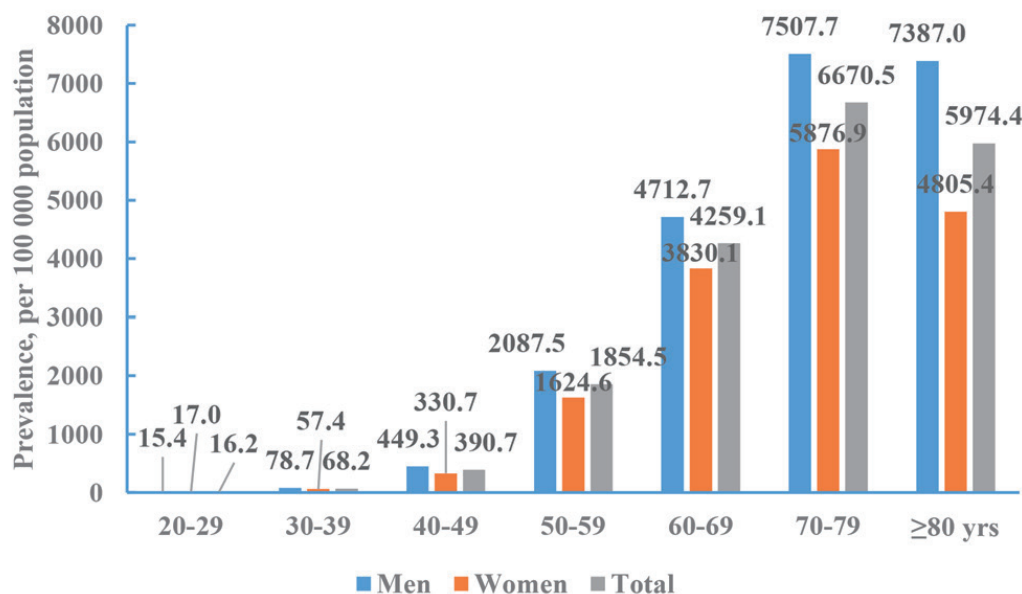


图 2 2013 年国家脑卒中流行病学调查显示的不同性别年龄特异性脑卒中患病率

男性和女性脑卒中年龄标化患病率无差异，但除了 20~39 岁这一年龄段，年龄特异性患病率男性均高于女性。

脑卒中患病率随增龄而上升，在 ≥ 50 岁人群最为显著。年龄标化发病率为 345.1/10 万人年，平均发病年龄为 66.4 岁，其中男性为 65.5 岁，女性为 67.6 岁。

报告还显示，脑卒中已成为造成过早死亡和疾病负担的首位原因。

其中，2017 年每 10 万人早死所致生命损失年（YLL），较之 1990 年增加了 14.6%，从 1990 年的第三位上升到 2017 年的第一位。

脑卒中所致伤残调整生命年（DALY）数和 DALY 率，2017 年也分别较 1990 年增加了 46.8% 和 24.4%。2017 年，脑卒中所致疾病负担已居首位。

高血压和吸烟：脑卒中幸存患者最常见危险因素

报告指出，吸烟、饮酒、吃得过咸、蔬菜水果吃得较少等生活行为因素，以及高血压、糖尿病、血脂异常、肥胖和房颤等均是脑卒中的重要危险因素。

其中，高血压和吸烟尤其突出，在脑卒中幸存患者中，有 63.0%~84.2% 有高血压，31.7%~47.6% 为烟民。其次是糖尿病、血脂异常，房颤比例相对较低为 2.7%~7.4%。

值得警惕的是，近些年来脑卒中危险因素居高不下。

如我国 18 岁及以上人群高血压患病率为 25.2%，高胆固醇血症患病率为 5.8%，糖尿病患病率为 10.9%，肥胖患病率达 11.9%，15 岁及以上人群吸烟率为 26.6%，≥ 40 岁以上人群房颤患病率为 2.31%。

住院患者平均 66 岁，脑梗死占 82%，高海拔地区脑出血比例高

来自 2018 年医院质量监测系统数据显示，在 2018 年 1853 家三甲医院收治了 301 万例脑卒中患者，脑梗死、脑出血和蛛网膜下腔出血占比分别为 81.9%、14.9% 和 3.2%。

脑卒中住院患者平均年龄为 66 岁，近 60% 为男性。中位住院时间为 10 天，其中脑梗死患者为 10 天、脑出血患者为 14 天、蛛网膜下腔出血患者为 12 天。

报告首次报道了综合医院儿童青少年（<18 岁）脑卒中收治现状，其中、脑出血和蛛网膜下腔出血占比分别为 0.1%、0.6% 和 1.4%。

报告还显示，高海拔地区脑卒中患者中脑出血的比例更高，如西藏自治区脑出血所占比例为 61.3%，青海省为 44.2%，贵州省为 35%。

3.5 小时到院溶栓患者比例为 24%

在治疗方面，脑梗死、脑出血、蛛网膜下腔出血住院患者遵循指南治疗的指标综合执行率分别为 0.77 ± 0.21 ， 0.72 ± 0.28 和 0.59 ± 0.32 。

其中，3.5 小时到院和无溶栓禁忌证的脑梗死患者，接受重组组织型纤溶酶原激活剂静脉溶栓治疗的比例为 24%；脑梗死合并房颤患者出院时使用抗凝药物的比例为 43.8%；所有收住院的脑梗死患者人群中行动脉内机械取栓术的比例为 28.1%。

住院脑卒中患者最常见院内并发症是肺炎 / 肺部感染，其中脑梗死患者合并肺炎 / 肺部感染的比例为 10.1%，脑出血患者为 31.4%，蛛网膜下腔出血患者为 25.2%。

脑卒中住院患者院内死亡 / 非医嘱离院的比例为 8.3%，其中

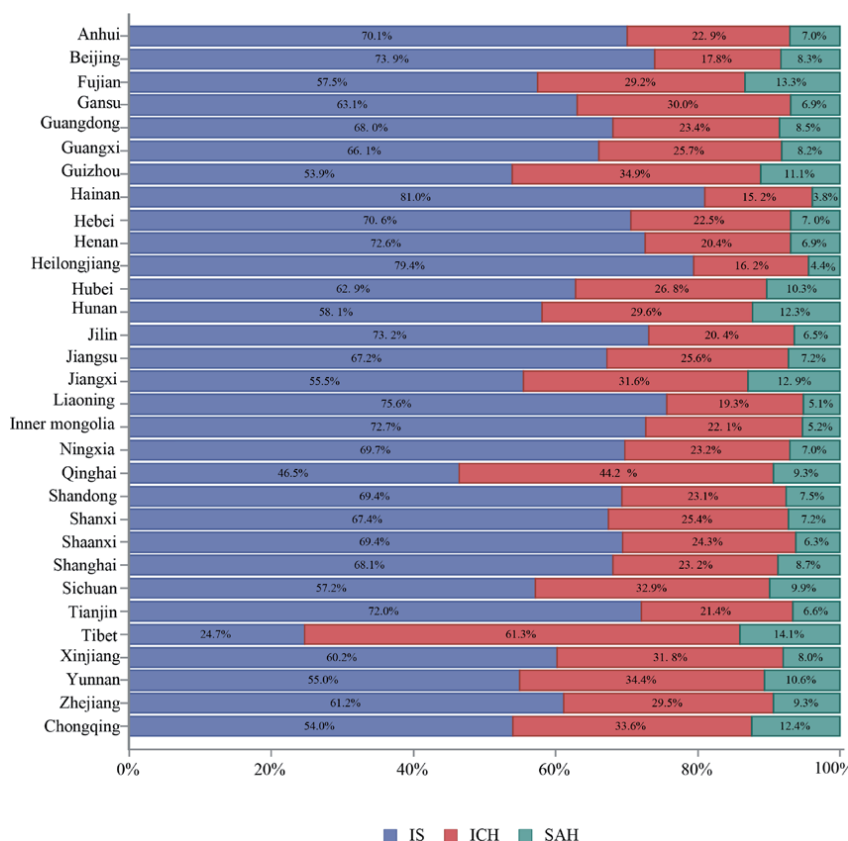


图 3 2018 年医院质量监测系统显示不同省级行政区住院脑卒中患者不同类型占比

脑梗死患者院内死亡 / 非医嘱离院的比例为 5.8%、脑出血患者为 19.5%、蛛网膜下腔出血患者为 19.4%。

脑卒中住院患者医保类型中，城镇居民医保覆盖 35.3%，城镇职工医保覆盖 23.2%，新型农村合作医疗覆盖 16.3%，其他类型覆盖 25.2%。

这份报告所使用的数据来源于 10 多个行业和国家级数据库，其中涉及脑卒中疾病监测、流行病学调查、国家脑卒中登记等注册研究以及国家卫生健康委国家医院质量监测系统行政管理数据库。

这份报告由国家神经系统疾病医疗质量控制中心，联合国家神经系统疾病临床医学研究中心、中国卒中学会、中国疾病预防控制中心慢性非传染性疾病预防控制中心及全球神经科学与卒中协作会等机构共同撰写。刊发在中国本土的国际期刊 *Stroke & Vascular Neurology* 上。

(卢芳)

规范抗凝不足六成，栓塞风险评估不足 50%！

中国房颤质控报告发布

我国 35 岁以上房颤患者超出 487 万例，但我国房颤医疗质量如何？

近日发布在我刊的《2019 年中国心房颤动医疗质量控制报告》显示，房颤诊疗质量较前有所改善，但仍有很大提升空间。

这份报告主要从血栓栓塞风险评估和抗凝治疗、介入治疗开展及左心耳封堵适应证的把握等方面进行了评估。

房颤非介入治疗质量：血栓栓塞风险评估不足 50%，抗凝药处方不到 60%，出血风险评估不到 40%

报告显示，2018 年 157 家医院共上报房颤住院患者 10946 例，其中 86 家三级医院上报了 8457 例，71 家二级医院上报了 2489 例。

与 2017 年相比，2018 年我国非瓣膜性房颤患者接受血栓栓塞风险评估的比例明显增加（32.9% vs 47.3%）。

而且具有适应证的房颤患者出院处方有抗凝药的比例也增加明显，从 2017 年的 53.9% 增高至 2018 年的 56.7%，抗凝治疗者接受抗凝指导的比例也相应从 86.6% 增加至 88.6%。

应用 7 个一级评价指标进行评估房颤住院患者医疗质量发现，2018 年三级医院患者接受血栓栓塞风险评估的比例、具有适应证者出院处方中包括抗凝药的比例均高于二级医院（表 1）。总体而言，2018 年一级指标达标比例较 2017 年有所改善，其中二级医院尤其显著。但三级医院两项指标，即在服用华法林患者出院处方包括制定 INR 监测计划的比例以及具有适应证者出院处方包括 ACEI/ARB 的比例，存在退步趋势，前者或

表 1 2018 年房颤住院患者一级医疗质量评价指标达标率 [% (例 / 例)]

一级医疗质量评价指标	合计 (n=10 946)	三级医院 (n=8 457)	二级医院 (n=2 489)
接受有适应证的全部所需治疗的房颤住院患者的比例	33.0 (3 604/10 929)	35.4 (2 933/8 447)*	24.6 (611/2 482)
非瓣膜性房颤接受血栓栓塞风险评估的比例	47.3 (4 243/8 977)	49.1 (3 475/7 083)*	40.6 (768/1 894)
具有适应证的房颤患者出院处方包括抗凝药物的比例	56.7 (3 706/6 542)	66.0 (3 313/5 020)*	25.8 (393/1 522)
服用华法林的患者出院处方包括制定 INR 监测计划的比例	79.5 (2 156/2 713)	78.3 (1 717/2 192)*	84.3 (439/521)
具有适应证的房颤患者出院处方包括 ACEI/ARB 的比例	52.5 (433/825)	54.7 (317/580)	47.4 (116/245)
具有适应证的房颤患者出院处方包括 β 受体阻断剂的比例	64.1 (1 179/1 840)	64.2 (670/1 044)	63.9 (509/796)
具有适应证的房颤患者出院处方包括他汀的比例	74.1 (4 122/5 566)	72.6 (2 888/3 976)*	77.6 (1 234/1 590)

注:INR: 国际标准化比值;ACEI: 血管紧张素转换酶抑制剂;ARB: 血管紧张素 II 受体拮抗剂。与二级医院比 * $P<0.05$

与 NOAC 应用比例增高而对应用华法林者重视度下降有关。

报告指出，不论三级医院还是二级医院，对房颤患者进行规范的血栓栓塞风险评估比例均较低，不到 50%；而对有抗凝适应证的房颤患者，抗凝处方较低，二级医院仅 25.8%，这意味着大量患者暴露在血栓栓塞风险中，未来均需加大力度改善。

应用 14 项二级评价指标进行评估医疗质量可见，2018 年较 2017 年存在不同程度的改善，但上升空间较大。其中值得注意的是，HAS-BLED 评分是目前各大指南推荐的出血风险评估工具，但应用比例偏低，1/2 的三级医院开展

HAS-BLED 评分的比例小于 26.7%。

房颤介入治疗质量：导管消融并发症发生率 2.6%，左心耳封堵适应证符合率 100%

房颤介入治疗方面，2018 年 14 家国家 / 区域中心医院 2018 年共行房颤相关介入手术 12790 例，其中房颤射频消融术 10682 例，房颤冷冻消融术 1 620 例，左心耳封堵术 488 例。

各医院房颤消融手术量从 33 例至 3 225 例不等，其中大部分医院 (9/14) 消融手术量小于 700 例 / 年，2 家医院手术量大于 2 000 例 / 年；左心耳封堵手术量分别为 0 例至 93 例。50%

表 2 2018 年房颤住院患者二级医疗质量评价指标达标率 [% (例 / 例)]

二级医疗质量评价指标	合计 (n=10 946)	三级医院 (n=8 457)	二级医院 (n=2 489)
非瓣膜性房颤患者报告 CHADS ₂ 评分的比例	15.0 (1 347/8 977)	13.9 (985/7 083)*	19.1 (362/1 894)
非瓣膜性房颤患者报告 CHA ₂ DS ₂ -VASc 评分的比例	43.3 (3 889/8 977)	46.7 (3 305/7 083)*	30.8 (584/1 894)
房颤患者报告 HAS-BLED 评分的比例	35.8 (3 918/10 946)	38.3 (3 235/8 457)*	27.4 (683/2 489)
房颤患者出院时心率 <80 次 /min 的比例	64.9 (3 191/4 916)	65.0 (2 437/3 752)	64.8 (754/1 164)
房颤患者接受抗凝治疗指导的比例	88.6 (5 381/6 073)	89.2 (4 839/5 424)*	83.5 (542/649)
房颤患者接受常规医疗指导的比例	80.6 (8 824/10 946)	81.4 (6 881/8 457)*	78.1 (1 943/2 489)
瓣膜性房颤患者出院处方包括华法林的比例	51.2 (696/1 359)	53.1 (517/974)*	46.5 (179/385)
吸烟的房颤患者接受戒烟指导的比例	36.0 (786/2 182)	37.6 (6 671/7 76)*	29.3 (119/406)
永久性房颤患者出院时不恰当处方抗心律失常药的比例	1.22 (18/1 481)	2.1 (17/820)*	0.2 (1/661)
合并终末期肾病或透析的房颤患者出院前不恰当处方多非利特或索他洛尔的比例	0 (0/96)	0 (0/79)	0 (0/17)
置入机械瓣的房颤患者出院前不恰当处方直接凝血酶或 Xa 因子抑制剂的比例	0 (0/140)	0 (0/82)	0 (0/58)
合并终末期肾病或透析的房颤患者出院前不恰当处方直接凝血酶或 Xa 因子抑制剂的比例	10.4 (10/96)	10.1 (8/79)	11.8 (2/17)
无冠心病 / 血管疾病的患者出院前不恰当处方抗血小板药和抗凝药的比例	3.7 (264/7 108)	4.0 (237/5 939)*	2.3 (12/1 169)
射血分数降低性心力衰竭患者出院前不恰当处方非二氢吡啶类钙拮抗剂的比例	1.0 (9/911)	1.2 (8/660)	0.4 (1/251)

注: 与二级医院比 *P<0.05

的医院左心耳封堵手术量小于 30 例 / 年, 约 20% 的医院手术量大于 50 例 / 年。导管消融并发症发生率为 2.6%, 左心耳封堵并发症发生率为 4.6%, 左心耳封堵适应证符合率为 100%。

我国房颤医疗质量控制工作, 由国家心血管病医疗质量控制中心专家委员会房颤专家工作组于 2017 年展开。本次房颤医疗质控数据来自中国心血管疾病医疗质量改善项目 (简称 CCC 项目) 以及部分医疗单位房颤介入治疗质量自报。

表 3 全国 14 家国家 / 区域中心医院 2018 年房颤介入并发症概况 [% (例 / 例)]

介入操作并发症	发生率
导管消融并发症	2.6 (36/1 369)
严重并发症	0.7 (9/1 369)
左心耳封堵并发症	4.6 (4/87)
严重并发症	2.3 (2/87)

来源 中国循环杂志, 2020, 35: 427-437.

水边散步让人感觉更幸福

西班牙一项研究显示, 在水边散步比在城市街道散步更有益于心理健康。

这是西班牙巴塞罗那全球健康研究所评估 59 名健康成年人在海边、街道散步及室内休息场所体验的心情和幸福感, 得出的结论。

研究人员要求他们第一周内每天花 20 分钟在巴塞罗那海边散步, 第二周每天花同样时间在城市街道散步, 第三周每天花同样时间在室内休息。

研究人员除了在研究对象散步或休息之前、过程中及之后测量他们的血压、心率, 还经由调查问卷评估他们的心情和幸福感。

研究人员称, 与在城市街道散步或在室内休息相比, 在海边、湖河边或喷泉附近的户外散步后, 让人的心情和幸福感出现“快速、显著改善”。

(许菁)

来源 新华社

基层基本心血管药物配置率 61.5%，低于世卫组织 80%

中国疾控中心周脉耕等研究

近期，中国疾病预防控制中心周脉耕教授等研究发现，我国心血管病 8 类基本药物在基层医疗卫生机构的平均配备率较低，我国全科医生配比仍有很大缺口。

研究还发现，区域间心血管防治健康资源分布不均，表现为东部地区优于中部和西部地区、南方优于北方的特点。

研究结果显示，上海、北京、江苏、浙江和天津等东部沿海地区的心血管病相关公共卫生政策和服务能力情况较好，而黑龙江、山西、贵州、内蒙古心血管病健康资源配置情况相对较差。

该研究还显示，2015 年我国心血管疾病费用政府投入占比为 30%，我国居民健康素养水平为 10.25%。

对于 2015 年我国心血管危险因素干预药物的使用情况，指标采用降压、降脂、降糖三类药物的每 100 万人口消费量，北京、天津、山东、上海和河北位列前 5 位，西藏、青海、陕西、内蒙古和甘肃位列最后 5 位。

据研究者分析，对于防控服务和药物的可及性，即心血管病 8 类基本药物（包括阿司匹林、他汀、噻嗪类利尿剂、血管紧张素转化酶抑制剂、长效钙拮抗剂、长效 β 受体阻滞剂、二甲双胍、胰岛素）在基层医疗卫生机构的平均配备率，全国平均水平为 61.5%，低于 WHO 提出的 80% 的配备率要求。

上海的 8 类基本药物平均配备率最高（97%），其次是北京（89%）、江苏（89%）、山东（84.20%）和浙江（80%）。青海、海南、云南、西藏和黑龙江省 8 类基本药物的基层平均配备率较低，分别为 19%、22%、26%、26% 和 37%。

研究者分析，配备率已经超过 80% 的省份的心血管疾病负担亦较低。

在心血管病防控人力资源配置方面，数据显示，2015 年我国

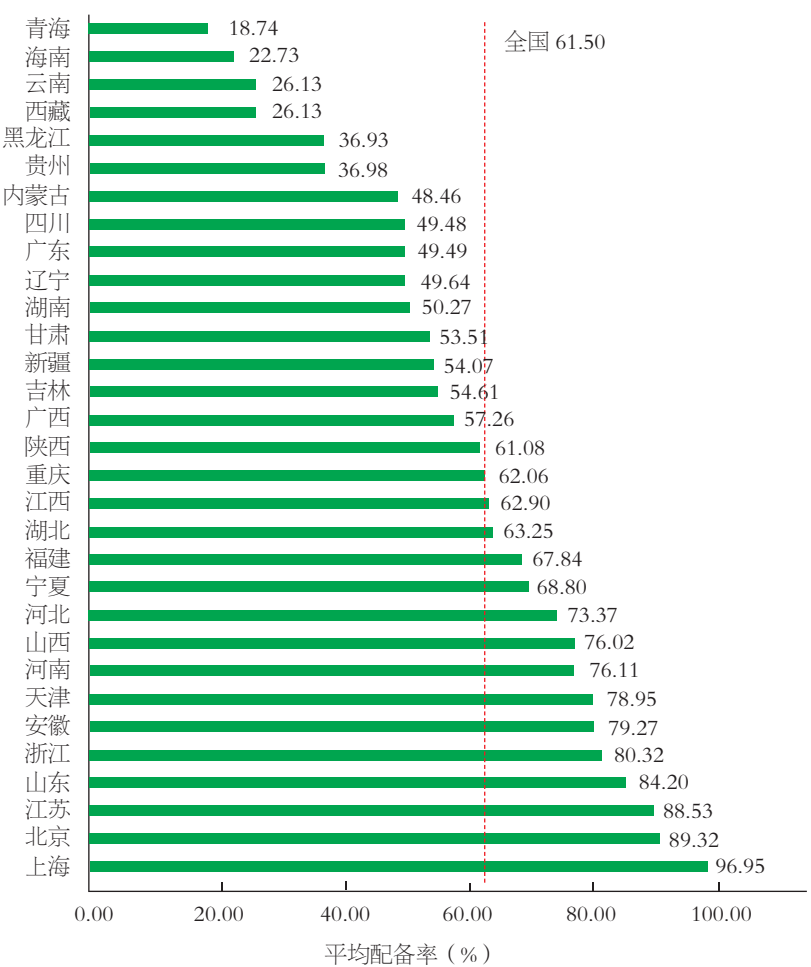


图 1 我国各省心血管病基本药物在基层医疗卫生机构的平均配备情况

配全科医生 1.37 名 / 万人，与我国提出的 2020 年全科医生的配备标准（2 名 / 万人）还有差距，尤其是西北、西南部分省份、辽宁、湖南、海南的全科医生数尚不足 1 名 / 万人。

浙江、北京、上海的全科医生的配备相对充足，分别为 3.9 名 / 万人、3.8 名 / 万人和 3.0 名 / 万人，这些地方的心血管疾病负担也较低。

2015 年我国每千人执业（助理）医生为 2.2 名，研究者推算我国全科医生占比尚不足 10%。可见，我国全科医生配比仍有很大缺口。

（许菁）

来源 [1] 疾病监测 . 网络首发 . 2020-04-22.
[2] 中国循环杂志, 2018, 33(12): 1147-1158.

研以致用，引领共享

国家心血管病临床医学研究中心成立 7 周年

国家心血管病临床医学研究中心自 2013 年 6 月被首批确定为国家临床医学研究中心，至今已经走过 7 年的建设历程。

在去年主管四部委组织的运行绩效评估中，研究中心获评“优秀”，并被评审专家组长称赞为“标杆中的标杆”。在这些成绩和赞誉的背后，是中心临床研究科技工作者对初心的坚守和对使命的执着。

“研以致用”的研究初心

国家心血管病临床医学研究中心始终坚持围绕国家重大需求来布局研究方向，着力于以下“六大产出”，提高全国心血管病防治的能力和水平，以改善民众健康，并优化体系效率。

产出权威指南：研究中心 PI 牵头的 11 项临床研究的成果被 ESC、ACC、AHA 等 34 个国际临床指南引用，惠及了全球患者。此外，研究中心还牵头或参与国内心血管领域 75% 的诊疗指南和专家共识，制订了二尖瓣病变等 19 项临床路径，以及冠状动脉血管重建适宜性等 6 项国家行业标准，规范了全国诊疗。

产出原创理论：2019 年胡盛寿院士团队基于心脏移植患者的临床、病理、遗传特征，国际上首次建立致心律失常右室心肌病的精准分型，呈现阐明了该疾病的“全景”。《欧洲心脏杂志》副主编在其撰写的述评中，将这一分型称为推动疾病认识的“阜外分型”。这是有望将“阜外”一词写进全球教科书的理论突破。

产出首创技术：研究中心在诊疗技术研发评价方面完成了从国内原创到国际首创的跨越。其中，潘湘斌主任团队单纯超声引导经皮左心耳封堵术和单纯超声引导经皮二尖瓣囊成形术两项技术的问世，不仅大幅减少放射线对医患的伤害，更摆脱了经皮介入治疗对大型造影设备的依赖，为非洲等落后地区的患者带来了新的希望。

产出自主产品：胡盛寿院士团队经过十余年的攻关，成功研发了我国完全自主知识产权的第三代全磁悬浮人工心脏，临床评价和应用效果良好。这不仅提升了我国高端医疗器械产业的竞争力，还将大幅降低国内 60 万重症心衰患者的治疗成本。

产出政策依据：研究中心承担基层高血压管理“五统一”工作，探索了国家基本公共卫生服务项目监管和基层医疗卫生机构“医防融合”的新模式。同时，作为全国心血管病医疗质量控制中心，开展了持续评价和针对改善，被《柳叶刀》评为“在

改善医疗质量方面里程碑式的一步”和“挽救数以万计患者生命的契机”。

产出防治实效：研究中心完成了对全国基层 170 万医务人员的高血压规范管理培训，合格率从 54% 达到近 100%；实施了对 90 万社区心血管病高危人群的生活方式建议和临床诊疗指导，使其“三高”控制率提高 3 倍。《柳叶刀》称这些工作说明在我国“研究证据成为了政策制定的基石”，正“推动整个卫生系统的转变”。

“引领共享”的建设初心

国家心血管病中心，中国医学科学院阜外医院针对研究需要，瞄准人才团队、管理体系、协同网络和资源平台，正在实现从单纯性医疗中心向国内领先、国际一流的心血管病临床医学中心的转变。

专业的人才团队：研究中心不仅有院士、万人计划领军人才、教育部高端人才领衔的 PI 队伍，还有近 300 人、专业齐备的全职临床研究运行团队。同时，在持续培训下，全院超过一半的医护人员获得了 GCP 认证，为真正的“研究型医院”建设奠定了基础。

规范的管理体系：研究中心在汇总分析国际先进临床研究管理体系的基础上，结合国情建立并不断完善了临床研究的关键技术和标准操作规程，创建了我国首个获得 ISO 9001 认证的临床研究评价体系，保障了研究运行质量，并获得北京市科学技术一等奖。

高效的协同网络：研究中心建立了覆盖我国内地所有省份近 800 家医院的协同网络。在与网络成员长达 10 年的持续合作过程中，一方面通过各类培训提高了其对临床研究的认识水平和协作意识，另一方面依托电子化临床数据交互系统提高了研究实施的效率。

开放的资源平台：研究中心坚持“统一建设、有序共享”，建成的国际标准生物样本库现存各类样本 1500 万份，三级等保数据中心现存各类研究数据 500TB，实验技术平台每年可完成 17 万份 DNA 提取与基因芯片检测，有力地支持了所有 PI 研究的开展。

国家心血管病临床医学研究中心全体科技工作者将继续砥砺前行。

做好 12 条，可防 40% 痴呆！《柳叶刀》最新报告

有一种病，在有症状前 34 年，大脑就有了变化，这就是阿尔茨海默病，也就是常说的老年痴呆症。

而这种病已成为我国人群第五大杀手，并且在过去 13 年间死亡数增长了 62.4%。怎么做才能远离老年痴呆症？

7 月 30 日，《柳叶刀》发表的最新报告指出，生命全程改善 12 个风险因素就可延缓或预防 40% 的痴呆症病例。

这份报告由 28 位全球权威痴呆症领域权威专家牵头，基于 2017 年报告中 9 个危险因素，结合最新痴呆症预防证据进行分析而来。报告同期在阿尔茨海默病协会 2020 年国际年会上发布。

新报告中增加了头部受伤、过量饮酒和晚年暴露于空气污染 3 个危险因素，这 3 个新危险因素与整体 6% 的痴呆症病例有关。

其中，约有 3% 的病例归因于中年时头部受伤；1% 归因于过量饮酒；2% 归因于晚年暴露于空气污染。

其他 9 个危险因素，即早年接受教育少、听力损失、吸烟、高血压、肥胖、缺乏身体活动、社会孤立、抑郁和糖尿病，则与 34% 的痴呆症病例有关。

其中尤以早年接受教育少、中年听力损失和晚年吸烟“杀伤力”大，分别有 7%、8% 和 5% 的痴呆症病例归因此。

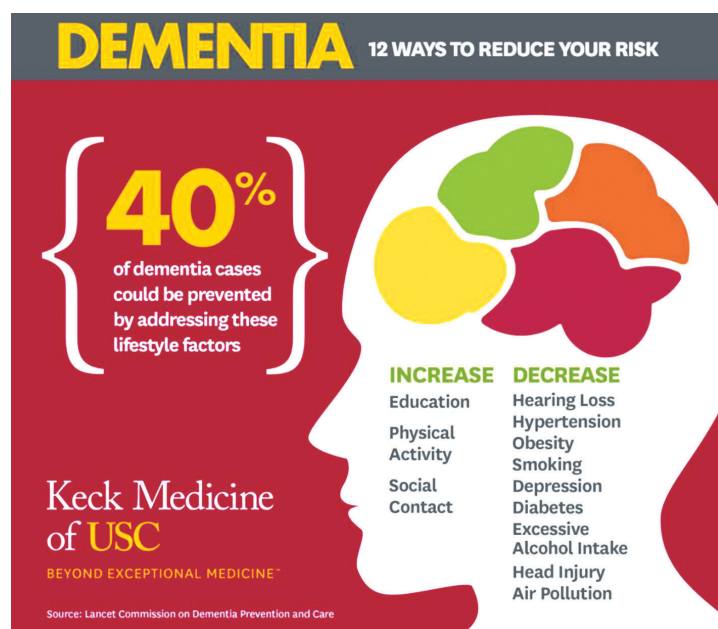
这里值得注意的是，不纳入 3 个危险因素在内的旧模型中，估计这 9 个危险因素在中国归因于 40% 的痴呆症病例，在印度归因于 41% 的病例，在拉美则归因于 56%。

其中，在中国，早期受教育水平低、高血压、体力活动不足、肥胖、吸烟、听力损失最为突出，控制好这 6 项就可预防 37% 的痴呆症。

据悉，全球有近 5000 人患痴呆症；到 2050 年，痴呆人数估计会增加到 1.52 亿，其中中低收入国家尤其受累。

新报告呼吁各国乃至个人“拿出态度”来，制定一系列政策，做好个人生活方式改善，来一起做好痴呆症的预防。

该报告通讯作者、英国伦敦大学学院的 Gill Livingston 表示，做好干预有助于预防和延迟痴呆症的发生，而这些干预尤其对中



低收入国家人群以及非裔、亚洲人群及少数民族等在内的脆弱人群影响最大。

他表示，还应该改善不平等现象，改善不同人群生活条件，通过创造积极和健康的社区环境来降低痴呆症风险，彼时锻炼身体成为常态，所有人均可有健康饮食，并尽可能减少酗酒。

为降低痴呆症的发生发展，新报告推出以下九条建议：

从 40 岁左右开始，收缩压应 <130 mmHg；

听力损失者鼓励使用助听器，并少受高水平噪音影响以保护听力，降低听力损失风险；

减少空气污染和二手烟暴露；

预防头部受伤（特别针对高危职业及交通事故）；

勿过量饮酒，每周饮酒不超 21 个单位（1 个单位为 10 ml 或 8 g 纯酒精）；

禁止吸烟并支持个人戒烟（任何年龄段都获益）；

为所有儿童提供小学和中学教育；

中晚年时要积极生活；

减少肥胖和糖尿病。

报告还指出，痴呆症相关研究证据几乎均来自高收入国家，因此多于中低收入国家的风险评估可能有所出入。此外，预防痴呆症的手段也应该因地制宜，符合当地情况有的放矢。

（卢芳）

来源

Lancet, 2020, 396(10248): 413–446.

中国 1990~2017 年抑郁症增幅 25%，5636 万人患病

中国疾控中心研究

近日，中国疾控中心周脉耕等通过分析全球疾病负担 2017 年数据发现，抑郁症已成国人重要公共卫生问题，2017 年我国有 5636 万抑郁症患者，占全球总病例的 21.3%，其中女性和 55 岁以上老年人是高危人群。

1990~2017 年，抑郁症患病率从 3224.6/10 万人上升到 3990.5/10 万人，增加了 24.7%。

抑郁症所致伤残与过早死亡而失去的寿命年（DALY）率从 521.1/10 万人增加到 607.4/10 万人，增幅 16.6%。

就不同年龄人群而言，虽然 5~54 岁人群，抑郁症患病率有所降低，但 ≥ 55 岁人群却在上升。

就男女而言，2017 年女性抑郁症患病率明显高于男性，是男性的 1.7 倍。

抑郁症有两大类：重度抑郁症和心境障碍。研究发现，两类患病率均明显上升，尤其是心境障碍。年龄标准化后重度抑郁症患病率有所下降，心境障碍保持平稳。

2017 年，华北、华东地区抑郁症所致 DALY 率高于西北和东北地区。

全国 31 个省级行政区，抑郁症的患病率和所致 DALY 均增加，不过除了中国香港年龄标准化后均有所下降，其中湖北、安徽、山东降得最快。

研究者指出，应特别关注香港、青海、湖北和东北各省的抑郁症疾病负担。

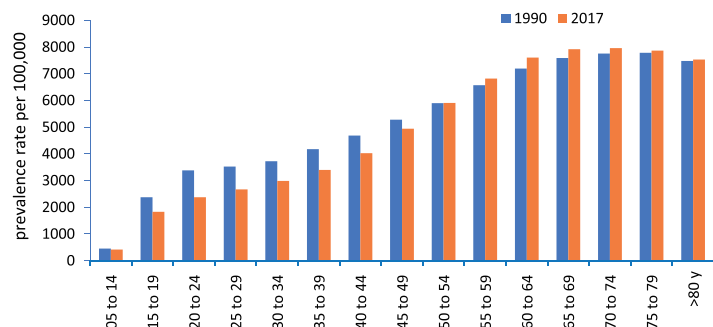


图 1 1990~2017 年不同年龄人群抑郁症患病率情况

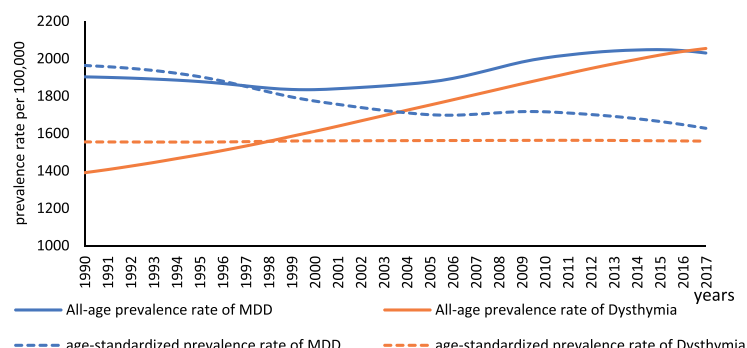


图 2 1990~2017 年不同年龄人群重症抑郁症和心境障碍的流行和年龄标准化后的患病率的变化

研究者指出，中国人口占全球的 18.4%，但抑郁症人群就占全球病例的 21.3%，这提示，抑郁症已成国人重要疾病负担。

之所以抑郁症流行，研究者认为这与城市化进程、工业化发展、社会压力等的冲击相关。

对于女性而言，研究者指出，心理精神因素、激素水平变化等都是重要影响因素。

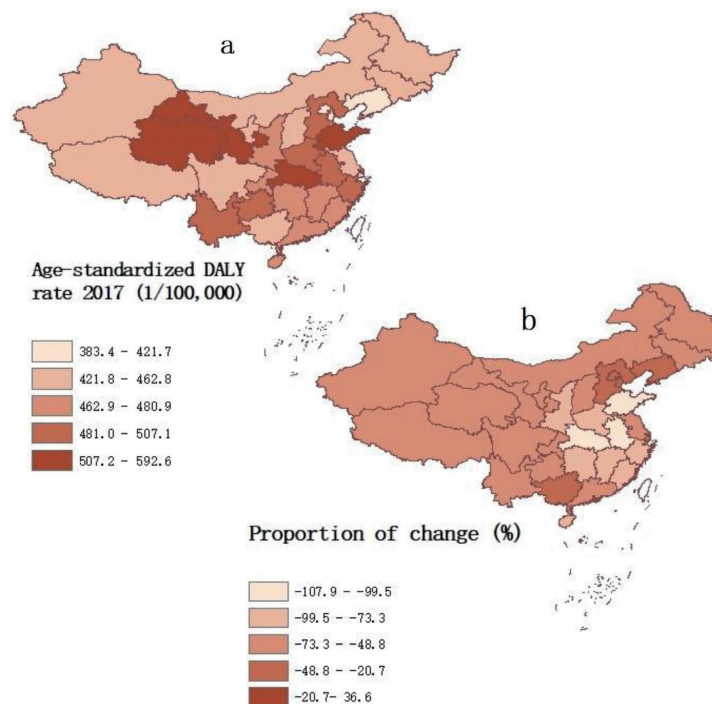


图 3 2017 年全国各省级行政区每 10 万人年龄标准化 DALY 率 (a) 和 1990~2017 年年年龄标准化 DALY 率的变化情况 (b)

尤其是女性在生产后激素水平变化较大，容易产生情绪波动，如果在这一阶段缺乏支持和照顾，日后会增加抑郁症倾向。此外，绝经期女性中抑郁症也较为常见。

抑郁症在老年人群的危害也不容小觑，研究者指出，这会增加老年人群心脑血管病死亡风险、增加老年痴呆症和脑卒卒中风险。

改善人群心理健康，也是政府一直关注的问题，其中促进心理健康就纳入了《健康中国行动（2019–2030 年）》。

但是，目前人群对抑郁症了解不足，寻求帮助较少，心理健康辅助医生也严重不足，这些都是亟待解决的问题。（卢芳）

来源 J Affect Disord, 2020, 268: 95–101.

中国男士胆固醇增幅位列全球前十位！ 《自然》杂志 200 国家 1 亿人分析

血脂异常是心血管风险的传统危险因素。生活方式、饮食习惯以及降脂药物的应用极大地影响着人群的血脂水平，近年来全球人民生活方式在不断的变化，新的降脂药物也逐渐应用于临床，那么人群的血脂水平变化如何？

近期，《自然》杂志发表迄今最大规模的全球最大规模全球胆固醇水平研究结果揭晓答案。

一直以来，高胆固醇通常被认为是西方富裕国家的一个特征，而该研究首次发现，非高密度脂蛋白胆固醇的最高水平不在西方国家。

研究结果显示，从 1980 年至 2018 年间的 40 年间，高收入国家人群的总胆固醇和非高密度脂蛋白胆固醇水平明显下降，特别是西欧、北欧、北美和大洋洲的国家。

而在中低收入国家，尤其是东亚和东南亚的国家，总胆固醇和非高密度脂蛋白胆固醇水平出现明显上升。

因此，从全球来看，1980~2018 年，总胆固醇或非高密度脂蛋白胆固醇几乎没有变化。

研究发现，非高密度脂蛋白胆固醇水平最高的国家，已经从欧洲的比利时、芬兰、格陵兰、冰岛、挪威、瑞典和马耳他，变为亚洲和太平洋地区的托克劳、马来西亚、菲律宾以及泰国。

而对于中国人群的胆固醇水平，可以说是一路走高！

我国人群的非高密度脂蛋白胆固醇水平在 1980 年时居全球最低，40 年后，已成为非高密度脂蛋白胆固醇水平增长率最高的国家之一。

1980 年，我国女性的非高密度脂蛋白胆固醇水平在全球排名第 152 位，到 2018 年，在全球排名第 110 位。

1980 年，我国男性的非高密度脂蛋白胆固醇水平在全球排名第 153 位，到 2018 年，在全球排名第 99 位。

男性非高密度脂蛋白胆固醇水平增长率最大的 10 个国家中包括中国。

研究发现，2017 年，全球约 390 人死于高胆固醇血症，其中有一半发生在东亚、东南亚和南亚。

研究者指出，非高密度脂蛋白胆固醇水平主要受饮食和生活习惯的影响，欧美国家非高密度脂蛋白胆固醇水平下降，得益于人们生活习惯的改变，以及早发现早治疗的干预，西方国家非高密度脂蛋白胆固醇水平下降的部分原因是他汀类药物的广泛使用，而中低收入国家尚未广泛使用他汀类药物。

研究者强烈鼓励血脂胆固醇水平检查，尤其是 40 岁以上的人群，定期筛查，以便早发现早治疗。

该研究由全世界数百名研究人员参与，首都医科大学附属北京安贞医院赵冬教授和刘静教授团队参与其中。

该研究纳入 1980 年至今已发表的 1127 项有关不同国家的血脂异常的研究报告，基于全球 200 多个国家的 1.026 亿人口的数据，分析了 1980 年至 2018 年 200 个国家的胆固醇水平变化。

（许菁）

来源 Nature, 2020, 582(7810): 73 – 77.

全球 1/3 成人有高血压，但不足 1/3 得到控制！ 全球 150 万人血压筛查

5 月 18 日, *Hypertension* 杂志在线发表了国际高血压学会在 2019 年 5 月血压测量月(MMM)开展的全球血压筛查行动结果。

此次全球血压筛查行动共覆盖 92 个国家, 150.8 万多名成年人接受血压筛查。其中, 近 1/3 (32%) 的人以前从未量过血压, 约 1/3 (34%) 有高血压。在有高血压的人中, 58.7% 知晓自己患高血压, 54.7% 服用降压药物。

在服用降压药的患者中, 57.8% 的人血压控制在 140/90 mmHg 以下, 28.9% 控制在 130/80 mmHg 以下; 半数患者仅服用一种降压药, 1/3 联用两种降压药。

在用一种或两种降压药的患者中, 分别有 39.3% 和 44.8% 的人血压未控制到 140/90 mmHg 以下。在所有高血压患者中, 血压控制在 140/90 mmHg 以下的人仅占 31.7%, 其余 68.3% 未接受治疗或未接受充分治疗。

在服用降压药的患者中, 32.4% 服用阿司匹林, 但其中仅 22.1% 有明确适应证, 即既往有心肌梗死或脑卒中病史。

经年龄和性别标准化后, 全球高血压患病率略有下降(32.5%),

高血压知晓率为 55.7%, 在用降压药的患者中控制率为 61.7%, 未服用降压药的人中 18.6% 有高血压。

研究者指出, 此次全球血压筛查行动显示, 全球高血压的检测率、治疗率和控制率均很差, 阿司匹林却应用过度。为了遏制血压升高导致的巨大疾病负担, 全球亟需加强血压筛查以及对高血压患者进行有效管理。

在该研究中, 高血压定义为: 收缩压 ≥ 140 mmHg 和 (或) 舒张压 ≥ 90 mmHg, 或者服用降压药物。所有人的平均血压为 124.1/77.7 mmHg。

血压筛查的主要地点为医院或诊室(36%), 25.7% 在室外公共场所, 9.1% 在室内公共场所, 8.2% 在办公场所, 3.4% 在药店。南亚人参与最多(占 31.3%), 其次是东亚人(18.6%)和美洲人(17.4%)。在接受血压筛查的所有成年人中, 7.7% 有糖尿病, 3.7% 有心肌梗死病史, 2.4% 有脑卒中病史, 12.2% 吸烟, 5.5% 每周至少饮酒 1 次。

(朱柳媛)

来源 Hypertension, 18 May 2020.

全球 3300 种血压仪, 经验证的不到 15% ! 柳叶刀高血压委员会立场声明

近期, 柳叶刀发布了关于血压测量仪准确性标准的立场声明, 指出全球已有超过 450 家公司销售 3300 种血压测量仪, 但只有不到 15% 的血压仪经过精确性验证。

声明指出, 血压测量不准确会导致高血压不恰当的诊断和不恰当的降压治疗。

Circulation 也刊发了述评, 指出未经验证的血压仪可能高估或低估血压水平, 收缩压误差超过 10 mmHg 的情况并不少见, 这是一个很严重的问题。

为了确保血压测量的准确性, 高血压指南和协会强调, 家庭血压监测必须使用已通过公认的国家或国际标准验证的血压测量仪。不同学术组织各自公开发布了验证设备列表, 临床医生和患者可以在与其地理区域相关的 web 链接上搜索血压测量仪的验证

信息, 但这些信息存在区域性差异, 这归因于组织之间用于验证的标准存在细微差异。

柳叶刀高血压委员会提议全球监管标准趋同, 建立一个普遍公认的国际血压测量精确性验证标准, 即根据国际公认的国际标准化组织(ISO)标准, 对血压测量装置采取强制性验证监管。应根据 ISO 81060-2-2018 标准对血压测量仪采取强制性独立验证监管, 并建议公开发布血压测量仪的验证结果。

声明指出, 遵守这些建议将增加全球精确血压测量仪的可用性, 从而更有效地诊治高血压, 从而减轻全球高血压带来的负担。

(许菁)

来源 [1] *Hypertens.* 2020, 38(1):21-29.

[2] *Circulation.* 2020, 142: 321 - 323.

改善生活方式可降压、调脂和降糖，效果类似于吃药！

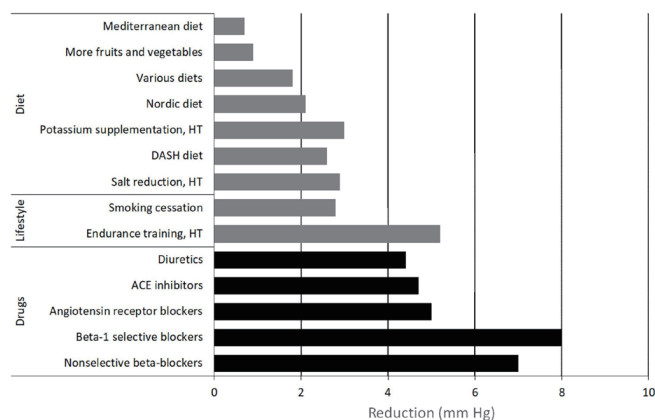
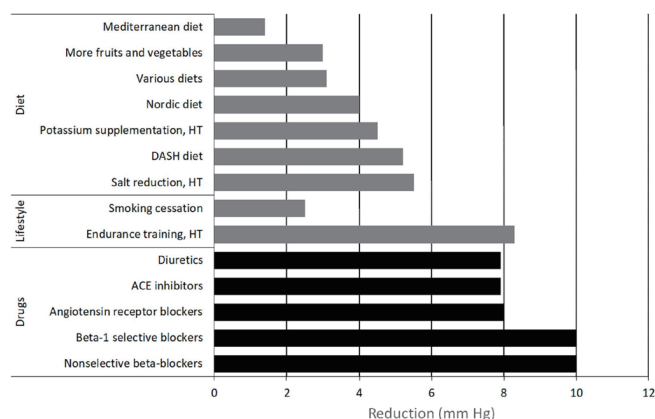
欧洲心脏学会教育课程

肥胖、高血压、吸烟、血脂代谢异常、糖尿病等都是可调节的心血管病危险因素。国际上所有的指南都强调生活方式改变对于心血管病预防非常重要，可在药物治疗前或同时进行生活方式调节。但实际上，人群中健康生活方式的依从率远远未达到理想状态。

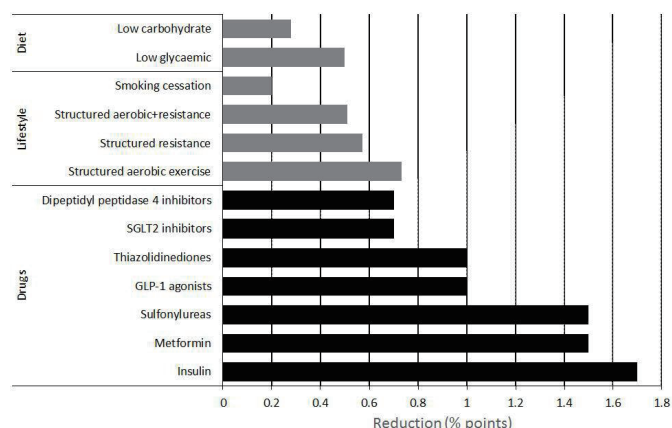
近日，《Heart》杂志在线发表的一篇文章汇总分析了生活方式改变与药物治疗对各种主要心血管病危险因素的疗效。这篇文章是欧洲心脏学会教育课程的两个章节。

分析显示，充分改变生活方式对心血管病危险因素的降低效果，接近于单个药物治疗。

在降压方面，总体上，改善生活方式的降压效果近似于用一种降压药物，但比不上联合使用降压药物。但理论上，遵循戒烟、



各种生活方式干预和药物对收缩压(上图)和舒张压(下图)的降低效果



各种生活方式干预和药物对糖化血红蛋白水平的降低效果

健康饮食、有氧运动等多个健康生活方式可将收缩压和舒张压分别降低 10 mmHg 和 8 mmHg，效果接近或等同于某些降压药物联用时的疗效。

减肥、少盐和糖的摄入、增加钾和纤维摄入、加强有氧运动均可降低血压。

在调脂方面，健康饮食可能比戒烟或运动更有效。

健康饮食可降低总胆固醇和坏胆固醇（低密度脂蛋白胆固醇）水平。减肥主要降低坏胆固醇水平；戒烟可升高好胆固醇（高密度脂蛋白胆固醇）水平。

在多重生活方式干预下，饱和脂肪酸摄入量减少 10%、膳食纤维增加 15~20 g、体重减轻 5 kg、富含植物甾醇食物摄入增加的情况下，坏胆固醇水平最高降幅可达 35%，其效果略低于他汀单药治疗。

在降低糖化血红蛋白水平上，运动可能比饮食更有效，这在糖尿病患者中比较明显。生活方式干预对糖化血红蛋白的降低效果与某些降糖药物接近。但如果戒烟后体重增加，会导致血糖和糖化血红蛋白水平升高，

作者强调，生活方式调节应该贯穿于人的一生。尤其要注意的是，即便已经接受药物治疗，也不能放松对生活方式的干预。

（朱柳媛）

来源 Heart, April 30, 2020.

非酒精性脂肪性肝病改名了！

代谢相关脂肪性肝病国际专家共识发布

近期，全球 22 个国家 30 位国际脂肪肝领域的临床专家联合在线发表了代谢相关脂肪性肝病的新定义。

代谢相关脂肪性肝病，曾被称为非酒精性脂肪性肝病。共识提出了明确而简单实用的代谢相关脂肪性肝病的定义，而且让代谢相关脂肪性肝病有别于其他肝脏疾病。

诊断标准：基于病理学或影像学脂肪肝证据，同时有超重/肥胖、2 型糖尿病或代谢功能紊乱三项条件之一

该指南提出一套“更为积极”的诊断标准，无论患者是否饮酒或是否有其他肝脏疾病均可能诊断为代谢相关脂肪性肝病疾病。

诊断标准为肝活检组织学、或者影像学、或者血液生物标志物检查提示脂肪肝；同时合并超重/肥胖、或者 2 型糖尿病、或者存在代谢功能障碍。规定满足 7 项代谢心血管危险因素中两项及以上者为代谢功能障碍。

推荐目前广泛使用的超声作为诊断肝脂肪变的首选方法，但需注意其诊断脂肪肝的敏感性有限。CT/MRI 可以用于诊断中度和重度肝脂肪变性。

如果不能获得上述影像学数据，亦可使用脂肪肝指数等血清生物学标志物或相关评分诊断脂肪肝，但仅用于某些特

殊情况。

严重程度：根据炎症活动度和肝纤维化程度描述

国际专家组建议以肝病活动度和纤维化程度分类替代既往的二分法分类（单纯性脂肪肝与脂肪性肝炎），从而更好地描述 MAFLD 的疾病过程。从临床和病理学角度出来，新的建议更有助于发现代谢相关脂肪性肝病病例。

代谢相关脂肪性肝病肝硬化，不再是隐源性肝硬化

共识指出，无或 <5% 肝脂肪变性的肝硬化患者只要符合代谢相关肝硬化的诊断标准，就应归为代谢相关脂肪性肝病相关肝硬化，以避免使用“隐源性肝硬化”这一术语。

建议代谢相关脂肪性肝病相关肝硬化的诊断标准：缺乏典型的脂肪性肝炎组织学表现但至少满足以下条件之一的肝硬化患者：

- 1) 既往或现存符合代谢相关脂肪性肝病诊断标准的代谢危险因素；
- 2) 既往肝脏活检证实存在代谢相关脂肪性肝病；
- 3) 既往肝脏影像学提示存在脂肪肝。

双重病因：代谢相关脂肪性肝病合并其他肝病

符合代谢相关脂肪性肝病诊断标准，同时伴有酒精相关性脂肪性肝病（基于目前的酒精使用障碍标准）、病毒感染（人体免疫缺陷病毒、乙型肝炎病毒、丙型肝炎病毒）、药物性肝损伤、自身免疫性肝炎这些疾病之一的患者，应定义为具有双重（或更多）病因的脂肪性肝病。

建议避免使用“原发性”和“继发性”脂肪肝这一术语

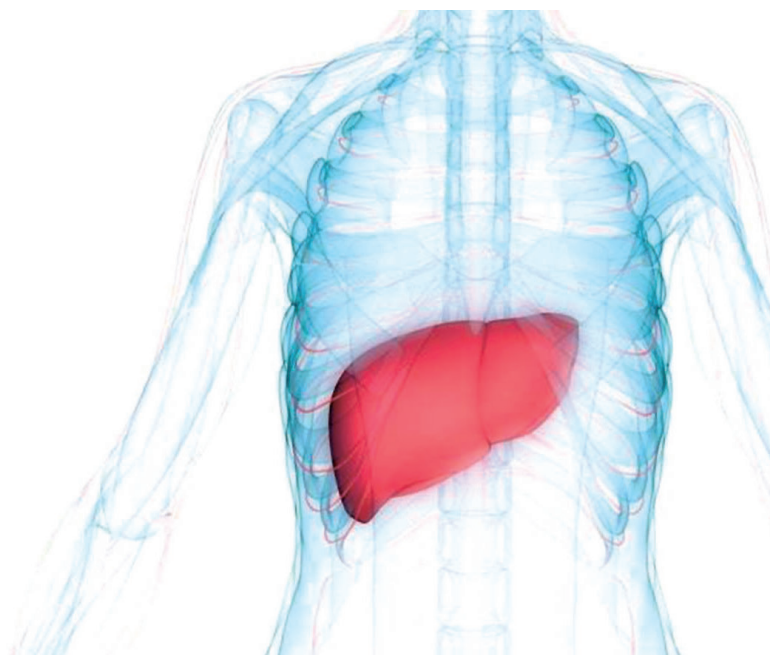
共识指出，所有的肝脂肪变都是继发性，避免使用“原发性”和“继发性”脂肪肝进行描述。

建议使用诸如药物（糖皮质激素、丙戊酸、三苯氧胺、甲氨蝶呤和胺碘酮）、乳糜泻、饥饿、全胃肠外营养、严重手术减肥或脂质代谢紊乱（无 β 脂蛋白血症、低 β 脂蛋白血症、溶酶体酸性脂肪酶缺乏症、家族性混合型高脂血症、脂质营养不良、Weber-Christian 综合征、糖原贮积病、肝豆状核变性）等其他病因对脂肪性肝病进行进一步描述。这些可能与代谢功能障碍有关，也可能与其他脂肪肝的罕见病因相关。

（许菁）

来源

J Hepatol, 2020,73(1): 202–209.



吃含钾盐，每年能防 50 万国人死亡！ BMJ 研究

吃得咸非常不好，全球每年有 300 万死亡就是因为吃得咸。中国疾病负担也点名，高盐是危害国人健康的重要危险因素。

近日，乔治健康研究所学者进行的研究表明，筷子尖儿上的盐换一换，就会让中国心血管病负担“头轻很多”。

具体做法，就是把家庭常用钠盐换为含钾盐。

这项模型研究显示，这么换一换，带来的血压降低效应，每年可预防 46 万心血管死亡，包括减少 20.8 万脑卒中死亡，17.5 万心脏病死亡。

研究还估计，这样还可每年预防 74.3 万非致命性心血管事件，包括 36.5 万脑卒中，14.7 万心脏病发作，并降低 12 万的慢性肾病，这约占新发病例的 7%。

研究者 Jason Wu 表示，中国人群普遍钾摄入不足，而钠摄入超标，其中的钠主要来源就是烹调用盐，用富含钾的盐替代品替换钠盐，则会增钾减钠，起到降低血压的作用。

“而在 2015 年，在中国多于 200 万死亡是由于升高的血压所致，含钾盐替代钠盐是一种降低血压和相关疾病如心血管病和慢性

肾病的有潜力的策略。我们的研究提示，全国性这么干预，在中国 9 例心血管死亡中就能挽救 1 人性命。”他表示。

这项研究也考虑了血钾水平升高对慢性肾病患者潜在风险。另一位研究者 Matti Marklund 表示，这是个重要的问题，因为绝大多数慢性肾病患者并不知道自己病情。

而研究显示，这种含钾盐的干预，对于总体人群获益远远超过风险，即使在慢性肾病患者中，净获益也是明显的。

研究估算有 1720 万慢性肾病患者，含钾盐干预后可预防 32000 人死于心血管病，但是摄入含钾盐的增加和血钾水平的增高潜在会危及 11000 人死于心血管病，总体挽救了 21000 人。

Marklund 表示，不能因慢性肾病而因小失大，可以通过改善慢性肾病筛查和血钾水平监测来最大化缩小潜在的危害，进而实现全民利益化。

（卢芳）

来源

[1] 中国循环杂志, 2018, 33:1147-1158.

[2]BMJ, 2020, 369: m824.

中国加大戒烟宣传，但烟草销售额仍在上升！

重庆学者柳叶刀通讯文章

近期，重庆学者在柳叶刀杂志发表通讯文章指出，中国于 2005 年加入了世界卫生组织烟草控制框架公约之后，近十年来，我国政府加强了媒体对禁烟的宣传，并制定相关政策加强了禁烟管理。但矛盾的是，烟草销售额一直在上升。

烟草销售对我国经济至关重要。2018 年，全国烟草工业总产值 1 万亿元，同比增长 3.37%；工业增加值 7877 亿元，同比增长 4.88%。此外，中国 70% 以上的烟草生产位于贫困地区，为当地提供支柱产业和就业机会。2018 年，农民烟草种植总利润 550 亿元，帮助 4.1 万户贫困户脱贫。

尽管政府强调戒烟，但烟草的销售目标每年都在增加。2017 年，中国共销售 4739 万盒香烟，但目标是在 2019 年销售 4750 万

盒香烟。

烟草包装上的警示图片是烟草控制的一种非常有效的方式，也是烟草控制框架公约所建议的。然而，中国烟草业以文化为由抵制包装上的警示图片，反而被具有积极意义的图片所取代，比如熊猫、天安门广场，或者一幅风景画。这些图片会导致误解，认为烟草的危害比实际要小，尤其是对新吸烟者和年轻人。

而且青少年无需出示身份证，就可以在任何零售商或网上购买香烟。虽然有几部法律规定香烟不能卖给未成年人，但负责维护这些法律的政府部门及其惩罚标准并不明确。

（许菁）

来源

Lancet, 2020, 395(10240): 1834.

心肺适能：身心健康的重要标志！

美国心脏协会声明

近期，美国心脏协会（AHA）在线发布了《青少年心肺适能：健康的重要标志》科学声明。

声明称，为了公众健康，应做好青少年的心肺适能的检测，以识别又可能过早发生心血管病的人。并指出高强度运动，包括高强度间歇训练，可以改善青少年心肺适能。

心肺适能被定义为将氧气从大气中输送到骨骼肌，然后用于身体运动的综合能力。

之前，AHA 曾建议，心肺适能应作为“生命体征”。生命体征是评估生命活动是否存在及其质量的因素。通俗地讲，就是判断生与死、健康与疾病、病情轻重缓急的最基本、最重要的指标。

只有 40% 的美国年轻人达到最佳心肺适能，这是身体健康、心理健康和学习成绩的重要标志。

声明称，心肺适能是一个客观的测量一个人进行有氧体力活动的的能力，是与健康相关的体能指标之一，体能指标还包括，肌肉健康、灵活性和身体成分。

声明中指出，心肺功能好的青少年，全因死亡率及心血管疾病发生风险较低，代谢综合征、2 型糖尿病、非酒精性脂肪肝和精神健康障碍的风险也较低。此外，心肺功能与青少年的心理健康、认知功能、学习成绩、自我价值感的提高和生活满意度呈正相关。

年龄、性别和高强度体力活动是影响青年心肺功能的最强决定因素。运动时间、频率和强度的不同导致心肺功能的差异。

一般认为体育锻炼的年轻人有较高的心肺功能。但青年人平时的体育活动对于提高心肺功能效果一般，因为其很少达到改善心肺功能所需的运动强度或运动时间。只有在高强度的体育活动才会显著改善心肺功能。

尽管这样，经常进行体育活动，心肺功能即使有微小的改善，

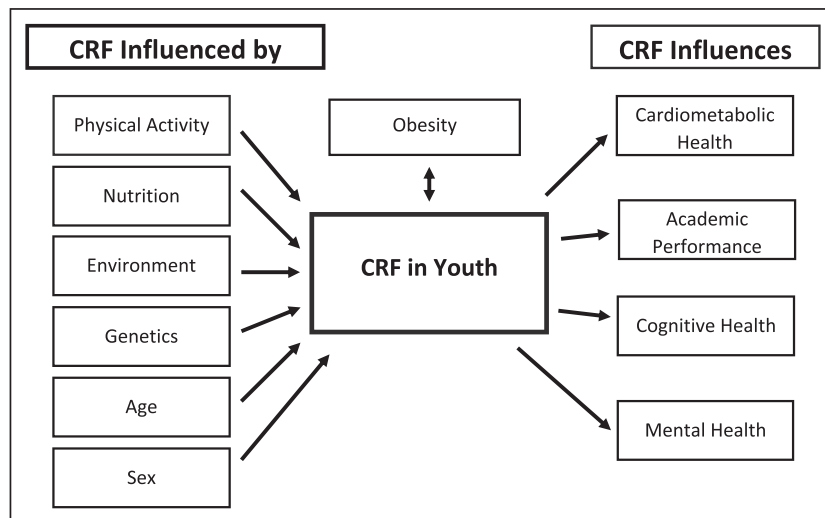


图 1 青少年心肺功能的影响和益处

也会给身心带来巨大的健康益处。

准确测量心肺功能可以确定哪些年轻人可以从生活方式干预中获益。最精确的心肺功能测量是气体分析测得的 VO_2 峰值，但这种测试需要昂贵的设备和训练有素的工作人员。

该声明指出要寻求有效、低成本的替代方法，以评估健康青年的心肺功能。目前心肺功能测试的替代方案包括 20 米往返跑、跑步机、自行车测功仪测试、6 分钟步行试验和台阶测试。

在美国，12~15 岁儿童中，一半男孩和三分之二的女孩的心肺功能不达标，在肥胖的青年中，只有五分之一者心肺功能达标。

作为年度体检的一部分，每个孩子都将从心肺功能评估中受益。高强度运动，包括高强度间歇训练，其特征是间歇性剧烈活动与休息或低强度活动交替进行，可以改善青少年心肺功能。

高强度间歇训练的研究充分说明了高水平中等强度到高强度体力活动的重要性。越来越多的证据表明高强度间歇训练可能对改善青少年心肺功能有效。

（许菁）

肥胖是一种慢性病！加拿大肥胖管理指南

近日，加拿大发布的肥胖管理指南指出，肥胖管理的第一步就是要认识到肥胖是一种普遍、复杂、进行性和复发性疾病，是以不正常或过多的体脂为特征的有损健康的慢性病。

指南建议肥胖管理重在改善以患者为中心的健康状况，而不是单纯的减肥。肥胖管理的评估环节重点关注患者的健康行为，并针对体重增加的根本原因有的放矢。

肥胖管理应基于慢性病管理循证原则为基础解决肥胖的根源，不是简单的“少吃，多动”方案。同时要避免歧视，因为歧视导致发病率和死亡率增加，且这与体重或体重指数无关。

指南还指出，测量身高、体重、腰围和体重指数是常规体检项目。对于体重指数（BMI）增加（ $25 \sim 34.9 \text{ kg/m}^2$ ）的人，建议应定期测量腰围，以识别内脏肥胖和肥胖相关疾病高危者。

肥胖的原始原因有生物因素，社会因素和个人生活经历、心理因素等。指南建议要全面了解肥胖者的这些情况，明确肥胖的根本原因，制定个性化的减重方案。

指南还建议测量血压、血糖及血脂，以确定心脏代谢风险，如有必要，还建议筛查非酒精性脂肪性肝病。

共识指出，所有肥胖者都能从健康均衡的饮食以及体力活动中获益。减肥和体重维持需要长期减少热量摄入。长期坚持符合个人偏好的健康饮食模式，同时满足营养需求和治疗目标，是

管理健康和体重的重要一环。

医学营养治疗是慢性病管理的基础。然而，医学营养疗法不应孤立地用于肥胖症的治疗，因为长期维持减肥可能是困难的，因为大脑中的代偿机制通过增加饥饿感促进热量摄入，最终导致体重增加。

相反，医学营养疗法应结合其他干预措施（心理干预、药物治疗、外科手术），进而为肥胖者量身定制减肥方案。

通过改变健康行为实现体重减轻 3%~5%，可以显著改善肥胖相关的合并症。体重降低多少在个体之间有很大的差异，这取决于生理和心理因素，而不仅仅是个人的努力。

指南指出，保持健康行为但体重仍保持不变，可被称为“最佳体重”，这可能不是体重指数量表中的“理想”体重。

达到一个“理想”的体重指数可能是非常困难的，不仅仅是通过行为改变就能实现的，可考虑药物或者手术治疗。

对 $\text{BMI} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ 或 $\text{BMI} \geq 27 \text{ kg/m}^2$ 并伴有肥胖相关并发症的肥胖者，指南建议辅助药物治疗减肥，包括利拉鲁肽 3 mg，纳曲酮-安非他酮联合用药和奥利司他。对于 $\text{BMI} \geq 40 \text{ kg/m}^2$ 或 $\text{BMI} \geq 35 \text{ kg/m}^2$ 且至少有 1 种肥胖相关疾病，可考虑减肥手术。

（许菁）

来源 CMAJ, 2020, 192(31):E875-E891.

常吃这三种油增糖尿病风险！1.5 万人追踪 14 年

浙江大学生物系统工程与食品科学学院章宇教授等开展的一项平均随访达 14 年的全国性队列研究提示，经常用猪油、花生油、植物调和油做菜，可导致 2 型糖尿病风险明显增加，而用大豆油、菜籽油、芝麻油不增加糖尿病风险。

章宇等发现，总体上，不论食用动物油还是植物油，均与 2 型糖尿病风险增加相关。减少做菜时的用油量可能有助于预防 2 型糖尿病。

多因素分析显示，猪油、花生油、植物调和油用量处于最高三分位的人，发生 2 型糖尿病的风险较不食用这些油的人分别增加了 31%、36%、42%，但食用大豆油、菜籽油、芝麻油较多

的人中 2 型糖尿病风险并未显著增加。据估算，如果每天用一汤匙（8 g/2000 kcal）大豆油来替代猪油、花生油、植物调和油和其他植物油的总量，2 型糖尿病风险就会降低 3%。

该研究利用中国健康与营养调查（CHNS）数据，对 1.5 万余名无糖尿病的国人平均随访了 14 年。在每次调查时评估各种食用油 3 天的用量，并计算累积平均食用量。随访期间，共 1014 人诊断为 2 型糖尿病。

（朱柳媛）

来源 [1] J Nutr, 2020, 150(7): 1799-1807.
[2] 中国循环杂志, 2020, 35: 209-230.

所有心血管病人都该看牙科！

欧洲牙周病学联盟与世界心脏联盟共识

口腔不健康，心脏也跟着受累。近期，欧洲牙周病学联盟（EFP）与世界心脏联盟（WHF）联合发布了牙周病和心血管病的专家共识。

这份文件回顾了牙周炎和心血管病之间的最新流行病学，以及牙周治疗对心血管病及替代结局的影响。此外针对接受抗栓治疗患者的牙周治疗和潜在风险进行了阐述。

文件指出，牙周炎患病率较高达 45%~50%，影响全球 11.2% 的人。

值得注意的是，牙周炎不仅病在口腔，还与糖尿病、心血管病、慢性阻塞性肺病和慢性肾病等均独立相关。而且系列证据显示，长期的全身性炎症负担增加与心血管病的发展及转归有因果。

该共识文件具体推荐如下：

对医生的建议

对于心血管病患者，应告知牙周炎对心脏健康的危害；询问有无牙周炎的体征或症状，比如刷牙或进食时有无牙龈出血，有无牙齿松动，有无牙龈脓肿，有无口腔不良气味等。

对于有牙周炎的心血管病患者，建议进行进一步的牙周评估和定期牙周检查及治疗；对于无牙周炎者，建议定期接受预防性牙周监测。

对所有新诊断的心血管病患者，均应转诊接受牙周检查，并视为心血管病管理的一部分。

应与口腔科医生建立学科合作关系，尤其在抗凝或抗血小板治疗患者中尽量避免出血或缺血事件。

对心血管病患者及高危人群的建议

心血管病患者应意识到牙龈疾病是种慢性病，可能会加重其心血管病，需要终生关注并接受专业护理。

应注意保持牙齿和牙龈的清洁，比如每天两次刷牙，注意牙齿间的清洁，根据医生建议服用抗牙菌斑的漱口水或特定洁牙剂。

如果不积极治疗牙周炎，或会导致牙齿脱落，进而也可能给心血管病预防带来阻碍。

牙龈疾病的发生或恶化可能并无症状，因此即使没有牙龈疾病，也应定期接受口腔科检查，这也是心血管病管理的一部分。

口腔科医生会注意到牙龈疾病的早期迹象，但患者本人也应注意到这些问题：牙龈发红或肿胀、刷牙后出血、口臭、牙齿松动、牙间距增加、牙结石。

对口腔科医生的建议

关注牙周炎患者心血管病风险因素，并适当转诊到心内科，同时建议患者对牙周炎治疗、防护以及其他心血管病危险因素积极管理。

对所有牙周炎患者进行口腔健康教育，并施行个体化口腔卫生策略，其中包括每日刷牙两次、定期洗牙以及某些情况下进行牙菌斑的特殊处理等。

对确诊心血管病者应彻底进行口腔检查，进行全面的牙周评估，包括全口探查及出血分数的评估。

对无牙周炎的心血管病患者应进行至少每年一次的预防护理以监测牙周状态的变化；若已患牙周炎则积极治疗。

不论患者心血管病程度或特定药物使用，非手术性的牙周治疗应积极施行，最好在数个 30~45 分钟的疗程中，最大可能减少急性全身性炎症发作。

对于无心血管病的牙周炎患者，适当给予外科牙周治疗及植入物治疗。不过如果患者血压高于 180/100 mmHg，手术需在血压稳定后方能实施。

对于使用抗血小板或抗凝药物的患者，牙周外科治疗具有中低出血风险。口腔科医生不应改变患者用药，如有需要手术前请心内科医生会诊。此外，还需考虑局部的出血并发症。局部止血剂、麻醉、血管收缩药物都可考虑应用。对于有心内膜炎风险的患者应预防性给予抗生素。

对于牙齿脱落较多的患者，鼓励进行牙齿康复，恢复咀嚼能力以保证营养摄入。

（卢芳）

来源

Consensus Report. Glob Heart, 2020, 15(1): 1.



国家心血管病中心

2020 第一期

国家心血管病中心办公室制作

策划：杨阳
编务：任晶晶
编辑：卢芳
美编：彭东康

杨进刚
朱柳媛 许菁

地址：北京市门头沟区冯村西里阜外医院西山院区
邮编：102300
电话：010-88396167
传真：010-60866165
邮箱：news@nccd.org.cn