



多学科专家热议公共场所控烟条例  
并盼早日出台

## 中国高血压联盟和国家心血管病中心启动“春雨计划”

3月10日，由中国高血压联盟、国家心血管病中心、中华医学会心血管病学分会、中国医师协会高血压专业委员会共同主办的春雨计划：中国高血压患者教育指南推广项目——“361度关爱第二季”在北京正式启动。

2012年中国心血管病报告显示，我国成人高血压患者约2.66亿。然而在我国人群中，高血压的知晓率、治疗率和控制率普遍偏低，分别不到50%、40%和10%。

China STATUS 调查结果显示我国门诊高血压患者血压达标率同样不容乐观，仅为30.6%，其中单纯高血压患者的达标率为45.9%，伴发冠心病、糖尿病及肾功能不全时达标率降低，达标率分别为31.3%、14.9%和13.2%。

鉴于此，针对我国高血压健康教育呈现碎片化、不规范等特点，在国家卫生计生委的支持下，由中国高血压联盟与国家心血管病中心、中华医学会心血管病学分会、中国医师协会高血压专业委员会联合制定的首部《中国高血压患者教育指南》（以下简称《指南》）于2013年9月13日出台。

《指南》还强调，基层医疗卫生机构应成为患者教育“主战场”，大型医疗机构医务人员应对患者主要问题进行1分钟重点教育，并且应该将加强患者教育与诊断、治疗能力放在同等重要的位置上。

春雨计划：高血压患者自我管理促进项目——“361度关爱第二季”将以《指南》以及高血压教材为基准，进行专家巡讲会、医生教育会、患者教育会的形式推广《指南》精神，鼓励患



启动仪式现场，从左至右：张宇清、杨新春、王文、孙宁玲、陈伟伟、王增武

者自测血压，提高基层医生规范降压管理。

本项目将对所有参加活动的协作医生提供学习及分享新版《中国高血压患者教育指南》的机会。鼓励、协作医生提供健康科普教育课程以便其为社区患者开展患教活动。

相信春雨计划：高血压患者自我管理促进项目——“361度关爱第二季”的开展和实施，必定可以提高病人对高血压危害的认识，纠正误区，认清伪科学；改善病人治疗的依从性；为基层医生、患者提供专业的技术培训，通过专家培训、医生教育、患者教育等学术交流活动提高高血压的知晓率、治疗率和控制率，最终达到控制高血压，预防心脑血管病的目标。

本项目得到了阿斯利康公司的大力资助，也获得了全国心血管病领域相关医师的极大关注。

· 中国心脏外科十年路程	2
· 美国膳食新建议：取消胆固醇摄入上限	3
· 多学科专家热议公共场所控烟条例，并盼早日出台	4
· 二手烟使我国农民损失 12 亿美元	5
· 舌尖上的中国城市化：从营养不良到肥胖增速	6
· 防治心血管病：高糖才应是“过街老鼠”？	7
· 吸烟：国人脑梗死亡的不可承受之重	8
· 胡盛寿：中国临床医学研究仍处尴尬地位	9
· 中日韩心血管风险比较：国人风险较高	11

### 目录

· 王文：中国高血压防治积淀 60 载但求有所建树	13
· 动态血压监测中国专家共识即将公布	14
· 心血管病流行悖论	15
· 从姚贝娜早逝看慢病经济负担	16
· 中国慢性稳定性心绞痛： 仅六成患者使用 β 受体阻滞剂	17
· 2015 ADA 糖尿病指南更新	18
· 国人冬天心血管病死亡风险增加 41%	19
· 我国急性冠心病年轻化趋势明显	20

# 中国心脏外科十年路程

## 进步明显,但医院间水平参差不齐

十年很长,也很短。回顾 2003–2014 年,中国生物工程学会体外循环分会发现,十年来中国心脏外科和体外循环事业有了长足发展,但各地区各医院发展水平仍有较大差异,整体水平还与发达国家有较大差距。

### 能够开展心脏手术的医院增加了 50%

十年间我国不仅开展心脏手术的医疗单位从近 500 家增加到 750 家左右,而且心脏手术数量和心肺转流(CPB)手术数量也明显增加(图 1),分别增加了 1.29 倍和 1.17 倍。

但研究者也指出,虽然中国的心脏外科有了长足发展,但不同地区、不同医院的差异仍然很大,年手术量从个位数到 1 万台手术不等,医疗水平也有相当差距。

其中,阜外医院和安贞医院年手术量超过万例,CPB 手术数量超过 5000 例。有 6 家医院年心脏手术数量超过 3000 例,分别是武汉亚洲心血管病医院,广东省心血管病研究所,西安西京医院,上海儿童医学中心,湖南湘雅二院和重庆新桥医院。其中,武汉亚洲心血管病医院,广东省心血管病研究所,上海儿童医学中心 3 家医院的 CPB 手术数量超过 3000 例。

在先天性心脏病领域,仅有北京阜外医院和上海儿童医学中心手术数量超过 3000 例。

### 相当数量的医院心脏手术处于病源稀少或起步阶段

值得注意的是,年心脏手术数量在 200 例以下的医院达 525 家,CPB 手术数量低于 200 例的有 561 家,年先天性心脏病手术数量低于 200 例的为 628 家。且不提这些医院占有开展心脏手术医院的 2/3,而且有一半以上年先心病手术量还不到 50 台。

研究者认为,这说明有相当数量医院在心脏手术领域仍处于起步阶段或病源稀少状态。另外,即使十年间手术量大幅上升,但与先进国家相比仍有相当差距。以美国为例推测,我国仍有相当一部分应该接受心脏手术治疗者未能进行手术治疗。

此外,十年间 CPB 手术占心脏手术的比例有一个

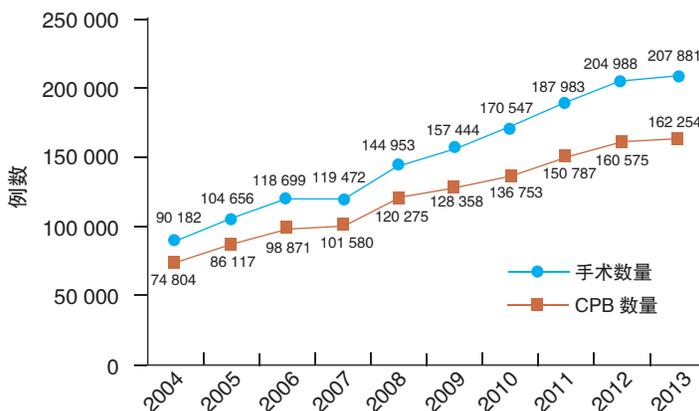


图 1 2004–2013 年全国心脏手术和 CPB 手术量

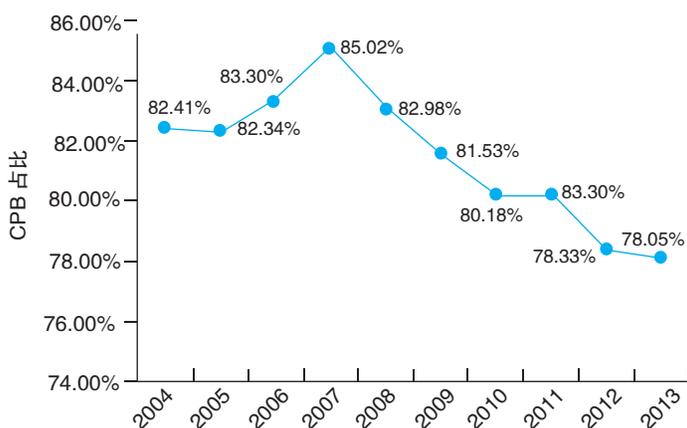


图 2 2004–2013 年 CPB 手术量占心脏手术的比例



图 3 2004–2013 年全国 ECMO 使用例数

较明显的变化趋势，在 2007 年前，逐年递增，此后逐年递减（图 2）。研究者认为，可能与一些手术被介入治疗所代替所致。

#### 国产氧合器发展停滞，ECMO 使用比例仍低

从十年来的数据看，还暴露出我国医疗设备行业的水平依旧被甩了几条街，与国际水平差距较大。其中，国产氧合器的市场占有率近年来就几乎原地踏步。

体外膜肺氧合（ECMO）的使用虽有显著增长（图 3），但仅为心脏手术量的 0.26%，由于统计数据含非心脏手术患者 ECMO 数量，因此实际应用比例更低。国际上通常认为心脏手术后需要进行机械辅助的患者约为 0.6%~2%，由此研究者推断今后我国机械辅助循环领域还应有大的发展。

#### 心脏手术虽各地开花但发展迥异

经济的发展也促进了医疗水平的提升，全国各地区开展心脏手术医院和手术量都呈上升趋势，但依旧差异显著，上升幅度也明显不同。其中，除去西藏自治区，北京、上海也同其他地区

的人均手术数量差距在 10 倍以上。

十年来，如果以开展心脏手术单位增加的数量来看，安徽、广东、广西三省最为冒尖，均增加了 23 家；如果以增加比例来看，安徽、陕西和广西三省幅度最大，分别为 255%、240% 和 153%。

就心脏手术数量而言，与 2004 年相比，北京市、河南省和广东省手术例数上升最多，分别为 17617 例、12232 例和 10089 例；增加比例最高的是宁夏、海南和陕西三省，分别增加 231%、229% 和 214%。

此外，十年来，CPB 手术数量增加最多的省市依然是北京市、河南省和广东省，分别增加 10020 例、8717 例和 8402 例；增加比例最高的是海南、陕西和贵州三省，增加比例分别是 274%、244% 和 219%。

（卢芳）

来源 中国体外循环杂志，2014，12:193-197.

## 美国膳食新建议：

# 取消胆固醇摄入上限，强调多吃蔬果和限糖

近期美国膳食指南咨询委员会（DGAC）在新发布的健康饮食报告中建议：多吃水果、蔬菜、粗粮、低脂或脱脂奶制品、海产品、豆类和坚果，少吃红肉、加工肉类、糖和细粮。值得注意的是，该报告取消了 2010 版《美国居民膳食指南》中膳食胆固醇摄入量上限（300 mg），并建议日常适量喝咖啡。

该报告有两大最突出的变化：关注食物选择的可持续性、不再限制膳食中胆固醇的摄入量。

美国建议指出，健康饮食模式应包括丰富的植物性食物，例如蔬菜、水果、粗粮、豆类、坚果和种子，也包括低热量的动物性食物。这种健康饮食模式也包括适量摄入咖啡，即每天可喝 3~5 杯咖啡（含 400 mg 咖啡因）。因为最新数据表明，咖啡可以降低 2 型糖尿病和心血管病发生风险。不得不提的是，这份报告中提的咖啡不包括添加糖、乳脂或牛奶的咖啡。

2010 版《美国居民膳食指南》建议，每日膳食中胆固醇的摄入量应控制在 300 mg 内。在这份新版报告中，目前的证据显

示膳食胆固醇和心脏病之间没有明确相关性。因此，新建议取消了对膳食胆固醇摄入量的限制。

报告也特别指出，每天摄入的热量中，来自添加糖的热量不应超过 10%，这个量相当于 12 茶匙糖。然而，目前美国人均每天摄入 22~30 茶匙糖，果汁和高糖饮料是主要来源。因此，减少糖摄入首先要从限制含糖饮料做起，水是最佳饮品。

此外，报告建议每人每日钠摄入量应限制在 2.3 g 以下，但不应限制在 1.5 g 以下，即使高血压、糖尿病或慢性肾脏病患者也如此。

据悉，这份长达 570 页的报告将提交到美国健康、人类服务和农业部门，以供 2010 版《美国居民膳食指南》修订参考，新版指南将于 2015 年秋季正式发布。

（朱柳媛）

来源 2015 Dietary Guidelines Advisory Committee.

## 多学科专家热议公共场所控烟条例，并盼早日出台



会议现场

近期，国家卫生和计划生育委员会起草了《公共场所控制吸烟条例（送审稿）》，报送国务院，并向社会公开征求意见。1月10日下午，中国控制吸烟协会吸烟与疾病控制专业委员会、中华心血管病杂志编辑委员会在京召开“《公共场所控制吸烟条例（送审稿）》专家讨论会，包括心内科、呼吸科、妇产科和儿科、疾病预防和控制中心控烟办以及预防学会的多位专家展开热烈讨论，一致呼吁条例能够尽快颁布，以减少烟草带来的危害，并倡议医生要戒烟，要作表率，同时将劝禁烟草融入日常的诊疗活动中。

总体而言，该条例在医疗卫生界引起了关注。有专家称，自己奋斗了一辈子，快退休了才看到这个东西，非常不容易。

但来自疾病预防和控制中心控烟办姜垣指出，该条例还是送审稿，立法还在路上。胡大一认为，目前利益的博弈非常尖锐，甚至残酷，希望医务人员行动起来，积极推动这个条例尽快能够通过。

慢性非传染性疾病包括心血管病、慢性阻塞性呼吸系统疾病和肿瘤等疾病，已成为我国重要公共卫生问题，是我国致死和致残的首位原因。其发生与吸烟和不合理膳食、缺乏体力活动等因素密切相关。要遏制中国慢病的流行趋势，胡

大一指出，希望广大的临床医生主动站出来，用实际行动弥合公共卫生、预防医学和临床的鸿沟。

他表示，“如果医生都在医院等着，用药片、支架和手术刀看病，而不从生活方式抓起，医生只会越来越忙。”

胡大一认为，吸烟首先是一个独立的疾病，又是各种非传染疾病的重要的独立的危险因素，而且是一个可改变，成本相对最低、最容易纠正的危险因素，医生应行动起来，学习和参加条



与会专家合影

例修改，用实际行动推动条例能够落地通过。

2006年，美国卫生署的一份报告说“不像其他危害公共健康的因素，二手烟带来的危害很容易避免，因为只要室内环境禁止吸烟就可以了”。而目前全球已有很多国家实施了公共场所禁烟，比如：美国、英国、法国、西班牙、土耳其、新加坡、匈牙利、爱尔兰、德国和荷兰等国。

我国的《条例》拟规定，所有室内公共场所一律禁止吸烟，这看起来不是一个非常难的目标。而且我国公共场所禁烟的脚步也一直未停止过，1991年卫生部发布了《公共场所卫生管理条例》实施细则、2009年5月卫生部门也联合发出《关于2011年起全国医疗卫生系统全面禁烟的决定》、2011年5月卫生部新修订了《公共场所卫生管理条例实施细则》。

但中国控制吸烟协会常务副会长兼秘书长许桂华表示，这些

年，中国控烟依旧艰难，其主因就是各种出于理由而阻挠的人大有人在，他们出于利益集团的干扰，或官员所谓的GDP，或自己有吸烟嗜好不珍惜健康且漠视他人权益等。从医务人员的角度，在座的医务人员一方面应支持和宣传公共场所戒烟；另一方面医生应首先做到自己不吸烟，同时劝戒患者吸烟。

前世界冠军郑凤荣表示，体育界也需要禁烟，绝对不能够吸烟，她提议医疗卫生界和体育界联合做出多种形式的宣传，全面禁止公共场所吸烟。会上还聘请郑凤荣女士为控烟形象大使。

中华预防医学会副会长孔灵芝女士，以及来自协和医院、中日友好医院、北京大学人民医院、中国疾病预防控制中心妇幼保健中心、妇产医院、杭州市第一人民医院等医疗卫生界的代表，以及部分媒体为《公共场所控制吸烟条例》能够早日实现而纷纷献计献策。

## 二手烟使我国农民损失 12 亿美元

如果把烟草比作生化武器，好似有点危言耸听，但事实上只要被烟雾环绕就会有损健康。而且二手烟吸的越多，得病和死亡的风险就越高。疾病带来的负担，无疑也会增加经济上的负担，最近一项研究表明，2011年在中国农村地区，由于二手烟暴露相关的医疗支出总计约12亿美元。

研究发现，这12亿美元，其中有5.59亿美元花在门诊，6.124亿花在住院。而且不论男性还是女性，花在心脏病上的钱是最多的，在男性占总花费的六成之多（1.806亿美元/2.943亿美元），女性则达八成（7.017亿美元/8.771亿美元）。

另外，这些医疗花费，虽有20%以上由医保支付，但一沓沓钞票确实也从乡农们的口袋里倒了出来，因为研究发现人均现金支出占其每日收入近一半（47%）。

这些研究结果，是中美学者通过分析2011年国家农村住户抽样调查数据所得。共分析了5个省和1个直辖市12397位成年人的吸烟状态、健康状况及医疗支出。其中医疗支出包括因哮喘、乳腺癌（仅女性）、心脏病、肺癌和结核病5种二手烟相关疾病的年门诊和住院费用。

抛开这项研究不说，中国农村地区居民被动吸烟状况确实堪忧。有数据表明，2010年，中国中西部四省（区）农村15~69岁居民的被动吸烟率为37.8%（图1），男性为31.9%，女性为40.4%，女性受到的被动吸烟危害明显高于男性。

为此，研究者指出，二手烟暴露给中国带来的健康负担，经济负担不容忽视，针对二手烟的烟草控制策略会有效地减负。（卢芳）

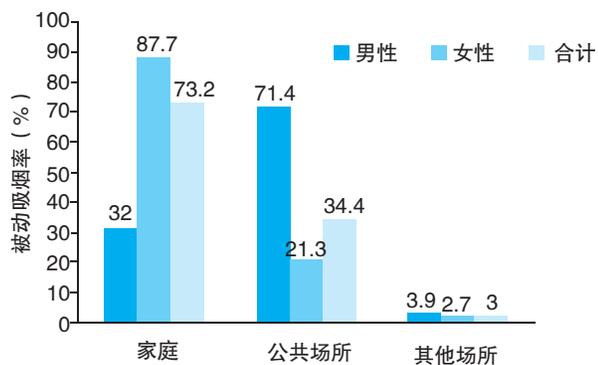


图1 中国四省（区）农村地区居民不同场所的被动吸烟率

来源 Tob Control. 2014年10月21日在线版

# 舌尖上的中国城市化：从营养不良到肥胖增速

小时候，和小伙伴们告别时常会说点“你去我家，白面疙瘩”的俚语，这是因为在上世纪七八十年代，白面还算是招待客人的佳品，但是随着光阴变幻，我们餐桌上的食物也在不断变化。

中国营养学会翟凤英等发现，从1991~2011年间，随着城市化进程的发展，传统食谱受到了西式饮食文化的冲击，国人舌尖上的食物因此发生极大转变。

作者指出，中国人的脂肪摄入量增幅大，蛋白质和盐的摄入量高，而钾摄入量低，同时，粗粮减少，细粮增加，这一切，都朝着西方不良饮食方式转变。与此相对应的是，中国人从营养不良快速转变为全球肥胖人口增长速度最快的国家。

近期，中国饮食的一个明显的特点是甜食增加。作者悲观地预测，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。

作者称中国正经历饮食革命，加工食品、饮料以及到餐馆就餐大幅增加（图1），而豆类、蔬菜、粗粮等渐渐远离了我们的餐桌，这些无疑将冲击中国人的健康问题。

## 脂肪摄入量大涨

研究者发现，20年来，在包括北京、上海和重庆等在内的9个城市中，在1991年碳水化合物所占能量比为66%，而2011年则降至54.3%。与之相对应的是，脂肪的摄入却有所增加，在调查的9个城市中，脂肪所占供能比却从21.8%增至32%（图2）。

## 食用油大幅增加

煎炸烹炒，都离不开油。而老早以前，那种靠油票紧巴巴增添滋味的日子已经一去不复返了。而研究者也发现，食用油供能比例陡峭上升，尤以1971~1989年增速最快，从4.3 g/d增至

14.8 g/d。而到了2011年再次进入一个快速增长期，食用油供能占个人全部能量的30%。

肉蛋禽，味美营养，自然很容易受到青睐。研究也发现，肉蛋

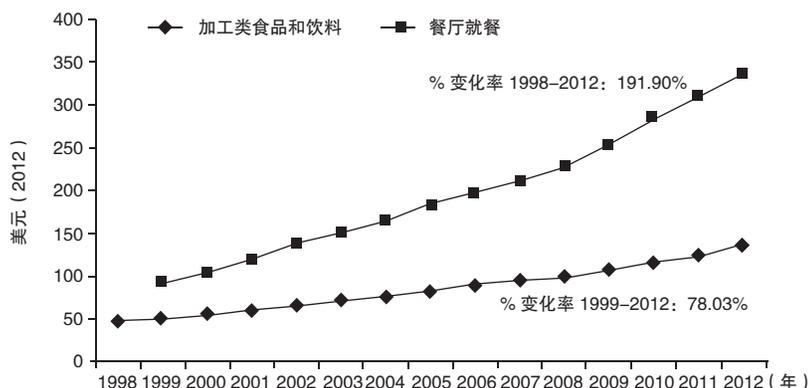


图1 1998-2012年国人加工食品、饮料的摄入以及到餐馆就餐大幅增加

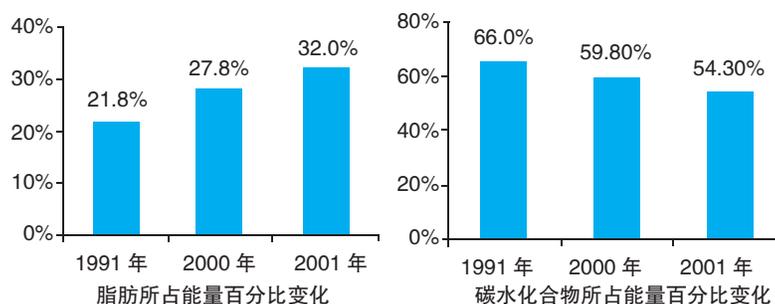


图2 1991-2011年我国人群脂肪和碳水化合物所占能量百分比

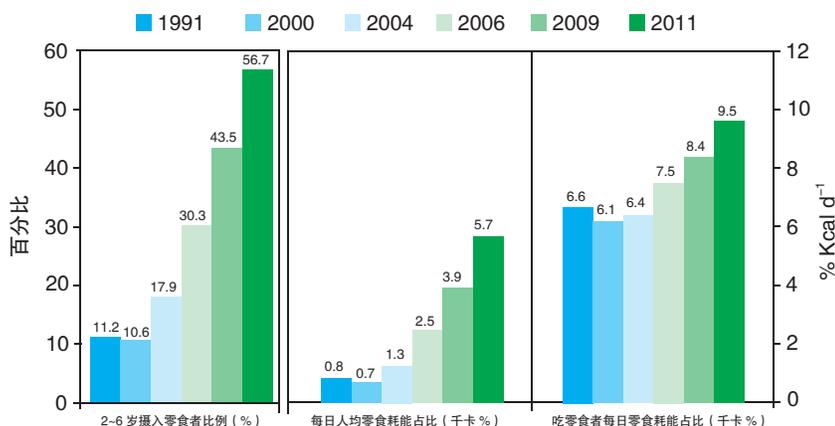


图3 1991-2011年国人零食摄入情况

禽的食用量在这 20 年来也在增加。

零食也很会凑趣，要知道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（图 3）。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。

该研究的数据均来自“中国居民营养与健康调查（CHNS）”，其中研究者对 1991-2011 年我国 9 个城市的居民膳食情况进行了调查，包括膳食模式、饮食和烹饪行为等。

（卢芳）

来源 Obes Rev, 2014, Suppl1:16-26.

## 防治心血管病：高糖才应是“过街老鼠”？

众所周知，在高血压防控过程中，最重要的饮食干预措施是少吃盐。但是，这一观念可能将有所改观。

近期，美国多项研究发现，高糖饮食可增加高血压和心血管病风险，其危害远大于高盐饮食，尤其是加工食品中的添加糖（甜味剂），包括果糖<sup>[1]</sup>。

→ 摄入含 60 g 果糖的谷物糖浆，血压可升高达 15/9 mmHg，心率最多增快 9 次/分<sup>[2]</sup>。

→ 从食物摄入热量中添加糖比例若 ≥ 25%，心血管病死亡风险将增加 2 倍<sup>[3]</sup>。

→ 摄入含 200 g 果糖的饮食仅 2 周，就会促使血压平均升高 7/5 mmHg，心率增加 4 次/分，同时还会升高甘油三酯、胰岛素水平和胰岛素抵抗指数<sup>[4]</sup>。

→ 每日果糖摄入量若超过 74 g，血压高于 135/85、140/90、160/100 mmHg 的风险依次增加 26%、30% 和 77%<sup>[5]</sup>。

→ 人群研究还提示，每人每日从糖中摄入的能量达 150 kcal 时，糖尿病患病率将升高 1.1%，这一风险是每人每日摄入 150 kcal 总能量时的 11 倍<sup>[6]</sup>。

研究者指出，果糖可直接刺激交感神经，也可通过导致胰岛素抵抗和高胰岛素血症间接刺激交感神经，从而引起心率增快、心脏排血量增加、肾脏钠潴留、血管抵抗性增加，这些最终导致血压升高和心肌需氧量增加。

研究者指出，尽管尚有待于进一步证实，“但最起码想通过这项研究传达的信息是，少吃加工食品”，多吃天然食物，包括全谷物、水果、蔬菜等。因为加工食品既是人体摄入盐的主要来源，也是添加糖的主要来源。

目前，世界卫生组织建议，每人每日的添加糖摄入量为 6 ~ 12 茶匙（约 4 g/茶匙）以下。对于临床医生来说，不能仅关注“限盐”，也要重视“限糖”。

（朱柳媛）

### 各种不同食物中的含糖量举例

食物	摄入量	含糖量 (g)
饮料		
可口可乐	600 ml	65
维他命水	600 ml	33
零食		
草莓酸奶	180 ml	27
早餐		
馅饼	2 块	34
谷类食品如麦片	1 杯	25
压缩食品	1 块	13
调味汁		
蜂蜜烧烤酱	2 勺	13
番茄酱	2 勺	8



- 来源 [1] Open Heart, 2014,1: e000167.  
[2] Metabolism, 2012, 61: 641-51.  
[3] JAMA Intern Med, 2014,174: 516-24.  
[4] Int J Obes, 2010, 34: 454-61.  
[5] J Am Soc Nephrol, 2010, 21: 1543-9.  
[6] PLoS ONE, 2013, 8: e57873.

## 吸烟 : 国人脑梗死亡的不可承受之重

# 因吸烟致脑梗死亡占全球三成

谈起脑血管病，一般人认为，高血压是最重要的危险因素，但近期公布的全球疾病负担研究（GBD）发现，中国由于吸烟而导致的脑梗死问题非常严重<sup>[1]</sup>。

根据该报告，在全球由于吸烟所致的脑梗死亡比例中，中国“一马当先”。

1990年，中国有12.2万人因吸烟脑梗而亡，占全球吸烟所致脑梗死亡的26.2%，俄罗斯（9.9%）和印度（7.3%）分列二、三位。

2010年，中国则有15.5万人因吸烟所致脑梗而亡，占到了全球的29.2%，俄罗斯（11.7%）和印度（10.6%）仍为二、三位。就是这三个国家，吸烟所致脑梗而亡的总人数甚至超过了其余184个国家的总和。

另外，总体而言，低中收入国家仍是重灾区。从全球范围看，2010年缺血性脑卒中事件达到11 569 000万例，增加了37%。但其增加主要发生在低中收入国家。

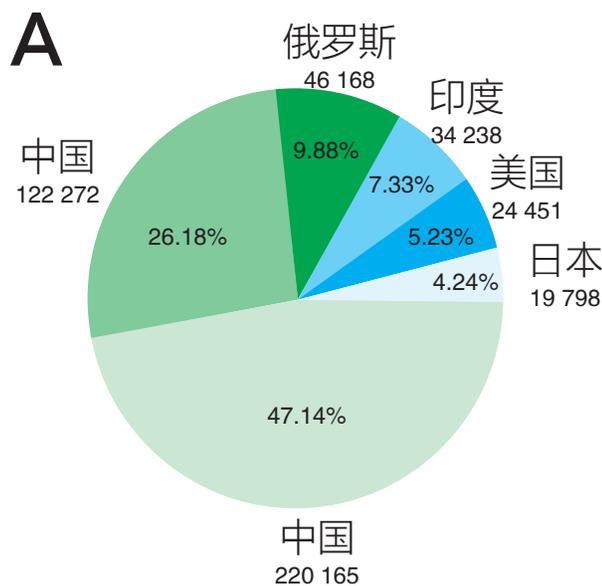
与1990年相比，发达国家的脑梗死发病率、死亡率和残疾校正的生命年（DALY）均明显下降，但低中收入国家的脑梗死却有上升趋势。

就中国而言，15~69岁人群中烟民达3亿，其中五成男性吸烟。近期有研究表明，与不吸烟者相比，吸烟的女士脑梗死风险增加54%，男士增加53%。

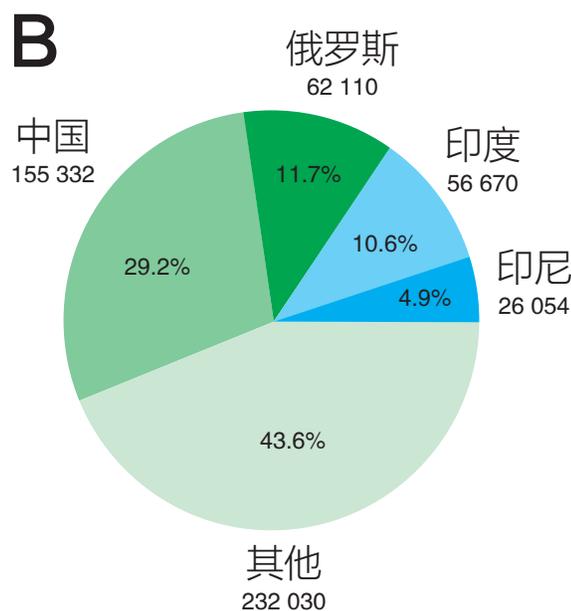
脑血管病已成为中国的第一位死因<sup>[2]</sup>。1990年，中国因脑梗死亡人数为42.64万，2010年已上升到60.96万。根据这项研究估计，中国因脑梗死亡者有四分之一由吸烟所致。

研究人员强调，吸烟是缺血性卒中重要的可控危险因素。中国、俄罗斯和印度等国的控烟应成为预防脑梗死的重要措施。“即便吸烟者数量仅小幅减少，也能挽救成千上万的生命。”

（朱柳媛）



1990年全球因吸烟所致脑梗死死亡人数和比例



2010年全球因吸烟所致脑梗死死亡人数和比例

来源

[1] Glob Heart,2014,9(1):107-112.

[2] 中国循环杂志,2014,29(7):5487-491.

## 胡盛寿：中国临床医学研究仍处尴尬地位



胡盛寿 院士

3月29日，阜外心血管病医院院长胡盛寿院士来到河南省人民医院，参加胡盛寿院士工作站的揭牌仪式。仪式结束后，胡盛寿院士作了即兴演讲。

这次，他站在一个医院管理者的角度，探索着大型医院未来的发展方向。

我国医疗卫生体制改革进入到医改的深水区，大型综合医院的定位就是其中有一个非常重要的命题。

胡盛寿院士指出，我国的医疗水平要赶上世界一流水平，大型公立医院责无旁贷是主力军，在这样一个大的背景下，阜外心血管病医院，作为一个以心血管专科为主的综合性专科医院，在过去的十几年中我们选择了自己的定位和方向，正在努力实现由单纯的医疗中心，向医学研究中心的转变。

现在大型医院为了满足病人看病难的问题，不断扩张，的确暂时满足了病人看病的需求。但是，又走入了一个怪圈：“由于医疗资源配置不合理，大量的医疗资源集中在大医院，不同级别医院的医疗水平参差不齐。”胡盛寿说。但在这种情况下，国家卫生计生委又推行了“分级诊疗制度”。

“基于这么一个背景，除了要国家政府的行为之外，大型的公立医院是不是应该主动去思考一下，自己究竟该怎么做？”胡盛寿自问。

实际上，我国医改文件对大型医院的地位非常明确，中央和地方要建少量的医学研究中心。

胡盛寿认为，我国大型公立医院与国际一流医学中心有一定差距，不在医疗整体规模上，而是差距在医学研究水平、医学研究自主创新能力上。

他认为，除了解决眼下病人看病难的问题，大型公立医院“眼光要长远，要着眼于未来。”要注重学科发展，注重医学研究。

“目前来看，在世界临床医学研究中，中国处在一个非常尴尬的地位。”胡盛寿说。我们国家现在是SCI论文的第二大国，大概要不了几年就成了第一大国。我们国家的论文是全世界增长最快的，仅次于美国。

但是，胡盛寿认为我国的文章有两个特点：一是顶尖杂志的文章少，二是基础研究的文章非常多，临床医学的文章太少。

他说，从全球看，我们国家临床研究数量明显不足，只占到全球的2.7%，只为美国的5.6%，“我们救治这么多病人，但是我们做出的临床医学研究凤毛麟角，我们缺少能够证实给予患者的治疗方案是否是最佳的方案”。我国的指南多数来源于欧美，也正是因为我们没有自己的临床研究数据。

美国总统奥巴马在2015年的国情咨文提出一个概念叫“精准医疗”，就是说美国医疗改革也面临与中国一样的困惑。医疗费用快速上涨，但死亡率没有下降，医疗资源没有得到有效的利用，这就是奥巴马提出“精准治疗”的原因。

临床研究发现，在临床实践中存在明显的过度医疗现象。所以我们要研究临床表型、基因型，基于此给病人一个个体化的治疗方案，这就是所谓“精准医疗”的核心理念，主要目标是要减少医疗资源的浪费，提升医疗资源的利用率，对患者而言，就是给予最佳的治疗方案。

那么，在中国这个工作谁来做？胡盛寿认为，要靠部属、省属大医院。

胡盛寿院士介绍，阜外医院除了发展规模之外，还有四项目标：

第一，在医疗上，做医疗技术的排头兵，阜外医院的定位，四个字：品质、创新。就是不但品质是一流的，还要不断的创新技术。

第二个，就是所谓的疾病预防的国家队。这是阜外医院特定的一个含义。心血管病可防可治，我们要立足于“防”，这是阜外医院的定位。

第三个就是研究基地，要实现或转化研究成果。李克强总理在政府工作报告中提出的大众创业全民创新，就是要提升国家研究的自主创新能力，我们要构建我们国家的医疗创新体制，打造我国医学研究创新平台。河南省人民医院是临床医学研究的重要基地。

第四个方面就是要不断产出，培养人才。我国医疗资源配置不合理，最重要的是人的配置不合理，好医生在基层里边很缺乏。大医院要不断培养人往外面输送。

确立了定位后该怎么做呢？要搭建高水平的医学研究平台。这是胡盛寿院士谈及的第二个话题。

胡盛寿认为，最重要的是搭建医学研究平台，创建医学研究机制，塑造两栖的临床和研究的人才才是我们构建研究性医院，建设医学研究中心的关键，但是更重要的还是从观念到措施的转变。

“要瞄准临床医学的需求，对临床实践中遇到的问题，有针对

性地开展医学研究。”胡盛寿指出。

他认为，医学研究应以转化医学为目标，开展临床研究和临床相关的基础研究。我国有那么多的病人，有很好的队列。在这个基础上，无论是做大规模的多种疾病研究，还是基础研究转化都有优势，我们要去揭示疾病的奥秘，不仅仅是临床医生的诊断、影像及化验检查，这只是确定了临床表象的70%左右，还有30%左右的问题是与患者的个人背景差异有关的，这就是临床医学要解决的问题，也就是现在的精准医疗。

河南省是一个很独特的省份，人口基数庞大，患者的临床表型很容易做一些原创性研究，或是基因组学研究。胡盛寿认为，国内很多医学研究、临床药物研发都是基于动物模型的，但其实临床医院才是我们最大的优势。

胡盛寿指出，互联网时代已经到来，这必将改变未来的医疗模式，将来很多常规病都不需要患者到医院来，所以未来医院要建立数字医学中心，还有新的转化基地。要形成一个临床和科研相结合的体系，利于科研转化。

另外，“我们既应当是一个好医生，同时还应是一个好的科学家，这样的人才推动我们学科发展的人才。”他说。

(杨进刚)

来源 改编自“医道”

## 年轻冠心病病变支数少但急而重

近年来冠心病的年轻化趋势明显。阜外心血管病医院杨伟宪等进行的研究发现，年轻人患冠心病时，常表现为急性事件；虽以单支病变为主，但近半数患者累及前降支（图1）。因此，得冠心病的年轻人，死亡风险更高。

研究者还发现，年轻人发生冠心病，以男性多见，且多伴有超重、吸烟、脂代谢异常等心血管危险因素。另外，反应炎性水平的高敏C反应蛋白水平也较高。

值得注意的是，“吸烟者，不论男女，或者是否合并其他危险因素，前降支病变的严重程度都显著高于不吸烟者。”研究者指出。曾有研究报道，每多吸一支烟，急性心肌梗死风险就增加5.6%。看来，想要保命，控制体重和血脂等还不够，必须要戒烟。

此外，相对于老年冠心病患者，年轻患者多没有高血压病或者

糖尿病，研究者认为，可能青年冠心病的发病还另有机理。

研究者共分析了217位40岁以下冠心病患者，并将年龄在60岁以上的老年人作为了对照。

(卢芳)

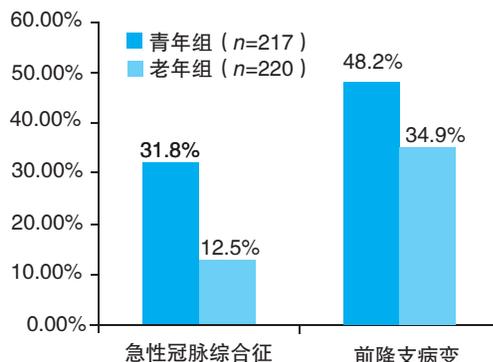


图1 年轻患者急性冠脉综合征和前降支病变比例

来源 中国循环杂志,2014,29:339-342.

## 中日韩心血管风险比较：国人风险较高

我们常说，心血管病是可以预测的。怎么预测，其实就是把我们目前的身体指标输入到一个公式中，计算一下得分，根据得分来判断今后发生心血管病的风险。这就是“科学算命”，但不同种族的科学算命公式是不同的，因为生活习惯、危险因素的控制和医疗条件不一样。

最近柳叶刀糖尿病和内分泌杂志上发表了一篇文章，声称发明了一种能够预测致命性心血管疾病的新工具，可以通过适当的校正便能应用于包括中国在内的多个国家。这里的致命性心血管疾病包括心脏病和脑血管病。

这项研究中，作者把中国、日本、韩国、西班牙、墨西哥、伊朗、美国、丹麦、捷克、英国等 11 个国家的致命性心血管病风险的情况做了一个比较。因为其他国家在人种方面与我们东亚人差别较大，因此在本文中我们主要比较中韩日三国。

这项研究中，考虑的因素包括年龄、性别、收缩压、血脂（总胆固醇）、糖尿病和吸烟。预测的是 10 年心血管病的危险，也就是说，根据目前的这些指标，来预测 10 年后一个人是否会死于心血管病。

根据这 6 个指标，可以计算出一个人 10 年后发生心血管病的可能性分为 <1%、1%、2%、3%–4%、5%–9%、10%–14% 和 >15% 几个类别。数值越高，心血管病的风险越高。

在这项研究中，作者发现，吸烟、糖尿病、收缩压升高和胆固醇升高都可增加心血管病的风险，但女性如果吸烟或有糖尿病，那么其风险都要远超男性。

无论男性还是女性，中国人的心血管风险均最高，而日本和

韩国的心血管风险较低。

从图 1 中我们看到，无论是男性还是女性，中国的深绿色块，也就是心血管风险最低者（10 年死于心血管病的风险 <3%）的比例远远低于日韩，而红色和棕色块，即 10 年死于心血管病的风险 >10% 比例远高于日韩。

举个例子，如果一位男士不吸烟、有糖尿病，收缩压 140 mmHg，总胆固醇是 6 mmol/L 的话，那么日本人 10 年内死于心血管病的可能性是 5%，而中国则高达 24%，中国是日本的 5 倍。但是如果吸烟的话，日本人是 9%，中国人是 36%。

对于同等条件的女士，日本人为 3%，中国人为 33%，中国是日本的 10 倍。如果吸烟的话，日本人是 6%，中国人是 58%，差不多也是 10 倍。

总体上看，在中日韩三国中，中国人发生致命性心血管病的危险最高，中国男士有 33%，女士有 28% 达到了 10 年危险 >10%。这么估算下来，在 40~80 岁年龄段的中国人有 1.7 亿属于高危人群。

中国老年人死于心血管病的风险更高，超过 90% 的老年人（>65 岁）10 年风险超过了 10%；80% 以上的男性和 70% 以上的女性 10 年风险在 15% 以上。相比而言，日本只有 28% 的老年男性和 17% 的老年女性 10 年死于心血管病的风险在 10% 以上。

为何中国人死于心血管病的危险这么高？

我们回过头来看一下，这种风险预测的计算方法。一般而言，先要找到一群人，当然数量足够大，先记录目前的情况，比

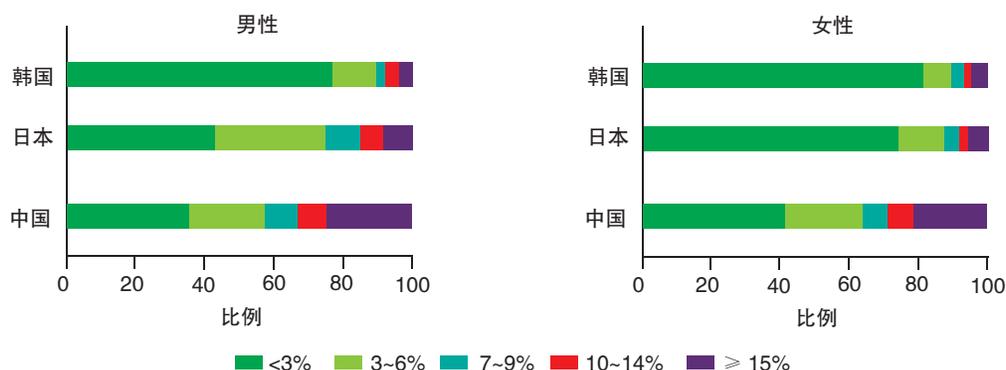


图 1 中日韩三国的心血管危险比较

如年龄、性别、血压、血脂、吸烟等指标，当然还包括身高、体重、饮食、运动等情况。然后对这群人观察 10 年，其中肯定会有一些人发生或死于心血管病。科学家就会把 10 年前的指标与是否得心血管病建立关联，计算出发生心血管病的可能性。

同样都是东亚人，同样都是年龄、性别、血压、血脂、吸烟和糖尿病等几种指标，计算出来中国人的致命性心血管病的危险高，最主要的解释可能是以下几个：一是中国人具有的危险因素比例高，比如，中国人的吸烟问题，男士有一半在吸烟，中国男士和女士合起来吸烟率近 30%，而日本吸烟率不足 20%。韩国男性吸烟率 39%，女性 1.6%；

其次，虽然都有一定比例的高血压和高脂血症等危险因素，但日韩对危险因素的控制情况比较好。

再次，一旦心血管病发作，如果能得到及时的救治，也能挽救患者的生命。这就是“救急”，是医疗体制的一个关键环节。

总体而言，虽然该研究仅仅比较了不同国家居民发生致命性心血管病的风险，实际却是反映了一个国家的医疗状况。

要降低我国居民因心血管病死亡的人数，至少要做到以下几个方面：病前的预防，主要针对疾病危险因素的控制，如对吸烟、高血压、高脂血症和糖尿病等的控制；改善急救环节，能够有效挽救已发生急危重症患者的生命；病后的管理，预防再次发作；心血管病防治知识的普及，比如，预防心脑血管病的知识、疾病症状的识别和正确处理的关键知识的普及、病后疾病知识的了解和掌握等。

这些问题看起来简单，但如何落实，实际上涉及了医疗体制的转型。看看这些关键环节，哪个与现在大型公立医院有关系？只有第二点有些许关系，但还要与院前急救做有效的链接才行。不客气地讲，大医院越盖越多，不会对中国总体心血管病的防治带来明显的益处。

该研究所采用的中国人的评分表请见（图 2 和图 3）。这个图怎么用呢？首先选男性或女性评分表。之后顺次选糖尿病、吸烟，左侧是收缩压数值，右侧是年龄，最下面是总胆固醇的数值。大家根据自己的数值找到对应的方格位置，里面的数字就是自己的 10 年死于心血管病的可能性。颜色越红，表明危险越高。

中国人的数据来源于中国营养和健康调查（2009）。

（杨进刚）

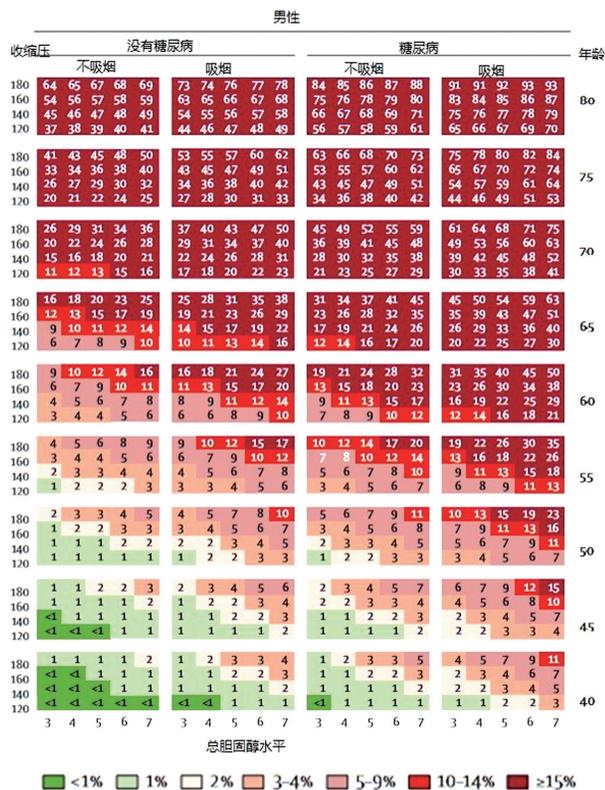


图 2 男性评分表

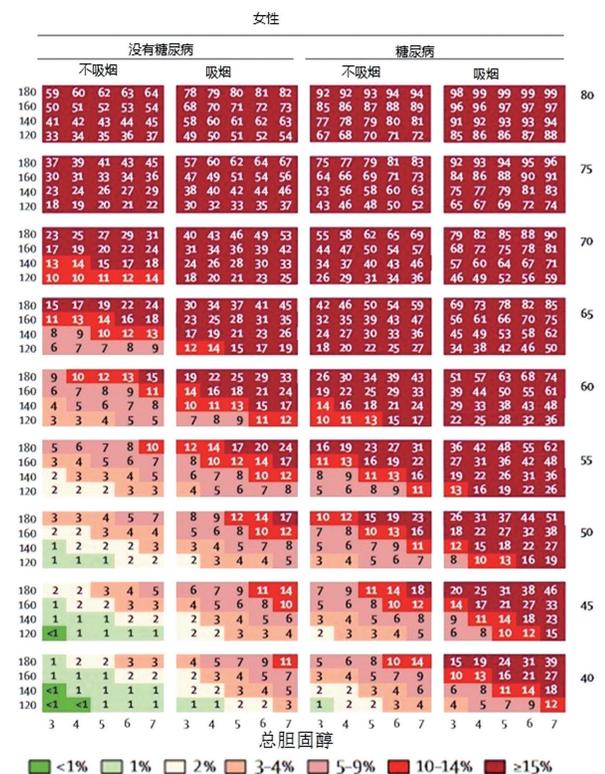


图 3 女性评分表

来源 Lancet Diabetes Endocrinol.2015 年 3 月 27 日在线版

# 王文：中国高血压防治积淀 60 载但求有所建树

高血压是我国严重的公共卫生问题，一直以来是心血管防治工作的重中之重。在中华医学会成立 100 周年，阜外心血管病医院王文教授回顾了我国 60 年来高血压防治走过的重要路程。

## 四次全国性调查凸显高血压增长趋势

在过去 60 年里，为了更好捕捉我国高血压流行趋势，我国共完成 4 次高血压调查（图 1）。从这些调查可以看出，我国高血压人群患病率呈增长态势。目前，国家心血管病中心正在组织第 5 次全国高血压人群调查，确切的患病率预计 2016 年发布。

此外，2002 年的一项调查表明，正常高值血压检出率为 34%。王文教授指出，正常高值血压患者是庞大的高血压后备军，预防高血压要从正常高值血压控制入手。

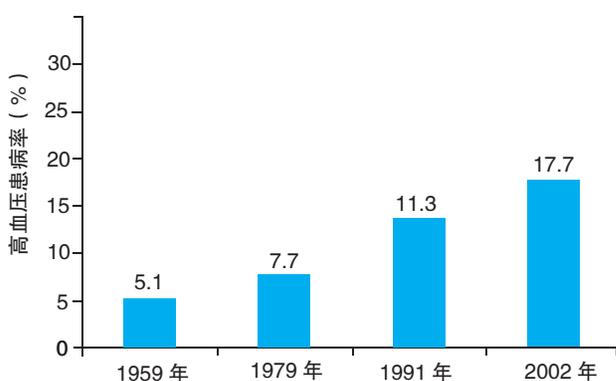


图 1 数次全国性高血压流行病学调查结果所示的高血压患病率

## 高血压临床研究遍地开花

高血压的临床研究工作也一直没有止步。1958 年阜外医院高血压专科病房，上海高血压研究所的成立，都是国内最早建立的高血压专科研究机构。

为了规范高血压诊治，1959 年采纳中国医学科学院黄宛、高润泉教授建议，确定了我国高血压的定义及诊断标准。同年中国医学科学院将高血压研究列为重点项目，由阜外医院、基础医学研究所和药物研究所组成协作组，开展高血压研究。而 1960 年提出的高血压综合快速疗法则是生物 - 心理 - 社会模式医学的早期探索。

此后，刘力生、黄宛教授率先在国际上提出的“大动脉炎”

概念，上海瑞金医院卞安苴教授提出的小剂量多种降压药联合应用的“小复方”构想，以及因此而研制的各种复方降压片，均在高血压防治中发挥了重要作用。

此外，为探索适合国人的防治方案和策略，1986 年以来，我国还开展了一系列大规模降压临床试验。这些研究成果为国内外高血压指南或相关疾病指南提供了充分的证据。其中，Syst-China 荣获国家科技进步三等奖；CCS-I 获 1998 年卫生部科技进步一等奖，2000 年获国家科技进步二等奖。FEVER、Syst-China、STONE 等被欧洲高血压指南引用。

## 从源头、从基层开展高血压人群防治

1969 年，在阜外医院吴英恺院长领导支持下，刘力生教授带领小分队在首都钢铁公司建立了我国第一个以控制高血压为主的心血管病人群防治基地。而“首钢经验”则被世界卫生组织誉为发展中国家人群防治模式。

而之后高血压联盟的成立和世界高血压联盟的加入，更是推动了高血压防治的健康宣教。并特别将每年 10 月 8 日定为“全国高血压日”，从此也活跃了全国各地一年一度的防治主题活动。

在高血压防治路程中，科普和规范均没放松。1999 年，在刘力生教授主持下，中国高血压联盟组织编撰的首部中国高血压防治指南出台。此外，随着新进展，指南也不断与时俱进，进行了多次修订，以为中国人群更好服务。

结合当前高血压流行趋势和国情，为探索高血压社区管理的模式与效果，2005 至 2012 年，国家心血管病中心牵头开展“全国高血压社区规范化管理”项目，目前已取得较好效果。此外，还配套推出了针对基层医生的“燎原计划”和针对患者的“春雨计划”。

## 学术交流国际化

2010 年中国高血压联盟申办成功了 2018 年国际高血压学术年会在京举行。1999 年中国高血压联盟主席刘力生教授当选为世界高血压联盟副主席，并在 2007 年和 2009 年连续两届当选为世界高血压联盟主席。2009 年中国高血压联盟成功举办世界高血压大会，国外 700 名代表及国内 3 500 名代表参加大会，学术水平和规模空前，博得国内外同行赞誉。

### 我国高血压防治仍任重道远

虽然我国高血压防治取得了可喜成就，但仍任重而道远：我国高血压人群的知晓率、治疗率和控制率与发达国家相比还有差距。提高人群高血压知晓率、治疗率及控制率是高血压防治的主要任务。

为此，王教授建议，应开展血压测量行动，让人人均知晓自己的血压水平；加强对公众和患者的健康教育，倡导健康生

活方式；开展规范化管理，合理使用降压药，推荐应用联合治疗或复方制剂，积极改善高血压控制率；培训社区和乡村医生，不断提高他们的防治技能和管理水平；政府主导，社会团体、医疗机构、媒体和企业组成高血压防治统一战线，制定长远高血压防治规划。

(卢芳)

来源 中华心血管病杂志, 2015,43: 101-103.



## 动态血压监测中国专家共识即将公布

3月14日，第一届中国血压监测学术会议在上海召开，由上海市高血压研究所举办，中国高血压联盟与中国医师协会高血压专业委员会支持。本届大会共有300余名知名血压监测专家与会，讨论通过了《动态血压监测中国专家共识》初稿，成立了中国医师协会高血压专业委员会血压测量与监测工作委员会。

大会主席之一、国家心血管病中心办公室副主任陈伟伟教授指出，当前中国血压监测中存在严重的“三低”现象，即“知晓率低、就诊率低、达标率低”，而“三低”的根本在于知晓率低，大部分民众尚没有定期测量血压的习惯。根据世界卫生组织建议，每人每年应至少接受一次血压监测，有条件的地区每年至少进行2次血压检测。

上海市高血压研究所所长王继光教授指出，血压监测有多种形式，包括在医院进行的偶测，在家中进行的移动测量，24小时进行的动态血压监测。动态血压监测技术的出现，为医生提供了全新的血压管理方式。

王继光指出，自从有了24小时动态血压监测技术，诊断白衣高血压和隐匿性高血压变得容易多了。和传统的偶发性测量不同，24小时动态血压监测可以比较全面地了解24小时内的血压情况，更多测量点的出现也可以更加准确地判断患者血压波动原因、血压是否达标、减少无效用药。

据粗略估计，中国目前至少有10%的患者在错误服用高血压药物。

# 心血管病流行悖论

发达国家危险因素负担高但病死率低, 贫穷国家负担低但病死率高

前瞻性城乡流行病学研究 (PURE) 公布的一项分析显示, 虽然低收入和中等收入国家居民心血管危险因素负担较高收入国家低, 但超过 80% 因心血管病死亡的患者却来自这些国家; 高收入国家虽然心血管危险因素负担较高, 但心血管疾病死亡却较低。

“高收入国家心血管危险因素负担虽然高, 但由于有效的药物治疗以及血管重建的应用, 降低了心血管疾病的死亡率。” 研究者指出。

研究者主要采用 INTERHEART 危险评分体系来评估不同收入国家的心血管疾病风险。研究发现, 高收入国家平均 INTERHEART 危险评分最高, 中等收入国家次之, 而低收入国家该评分最低, 并且差异有统计学意义 (图 1)。

但研究者同时也发现, 高收入国家的主要心血管事件 (包括心血管源性死亡、心肌梗死、卒中和心力衰竭) 发生率却显著低于中等收入和低收入国家, 分别为 3.99 /1000 人年, 5.38 /1000 人年和 6.43 /1000 人年 (图 2)。同时高收入国家的病死率 (6.5%) 也是最低的。

另外, 研究结果还显示, 总体而言, 城市人群的心血管危险因

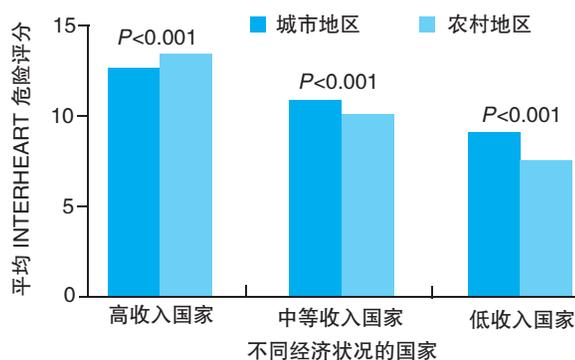


图 1 INTERHEART 危险评分体系所评估的不同收入国家危险因素负担

素负荷显著高于乡村, 但其心血管事件发生率及病死率却均更低 (分别为 4.83 vs. 6.25/1000 人年, 13.52% vs. 17.25%)。相比于中等或低收入国家, 高收入国家明显更多地使用预防性用药和血管重建术治疗。

该研究共观察了来自 17 个国家 628 个城乡社区的 156 424 位受试者, 其中包括高收入国家 3 个, 中等收入国家 10 个以及 4 个低收入国家。平均随访 4.1 年观察研究对象的心血管疾病和死亡事件。 (卢芳)

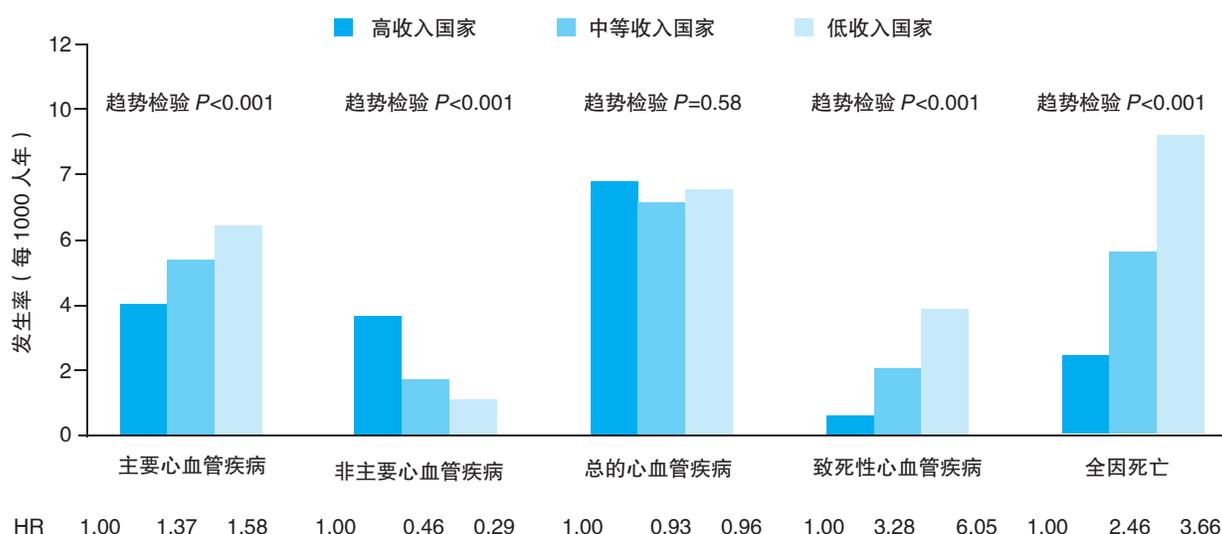


图 2 不同收入国家心血管事件发生率

来源 N Engl J Med, 2014, 371: 818-827.

## 从姚贝娜早逝看慢病经济负担

曾深情演唱《甄嬛传》主题歌《红颜劫》，并参加《中国好声音》一举成名的青年歌手姚贝娜，最终没能逃出乳腺癌的黑手，于2015年1月16日下午病逝于深圳，年仅33岁。在不该陨落的年龄轰然倒下，离开，是最不能让人接受的。这种伤逝，除了精神负担，还有对家庭与整个社会带来的经济损失。

中国疾控中心余宏杰和杨娟等通过对2012年相关数据进行分析发现，早亡所致间接经济负担较重，且主要集中于20~59岁青壮年，而慢性非传染性疾病是主因（图1），其中恶性肿瘤和心血管疾病所造成的间接负担最重。

研究者发现，如果以人力资本法评估，2012年早亡所致间接经济负担为4251亿元，约占同期GDP 8%，占总计25023亿元疾病直接医疗费用的17%。

“慢病已成为我国目前最主要疾病负担，另外伤害所占负担也不容忽视。因此在制定疾病防控策略、分配卫生资源时，关注高危人群的同时，应兼顾发病和死亡风险相对较低但疾病经济负担较重的劳动年龄人群。”研究者指出。

慢病相关早亡的间接经济负担所占比例最高，达67.1%，其次为伤害占25.6%，而传染病、母婴疾病和营养缺乏性疾病最低为6.4%。造成早死间接负担最重的前五位见图2。

该研究利用了2012年全国疾病监测系统死因监测、中国统计年鉴、2010年人口普查和WHO生命表等数据，分别采用人力资本法和摩擦成本法测算不同疾病相关早亡的间接经济负担。摩擦成本法测算值为人力资本法测算数值的0.11%~3.49%。

其中，人力资本法认为早亡所致间接经济负担等于患者于

当前年龄至75岁间通过劳动创造的价值。而摩擦成本法认为早亡所致间接经济负担只发生在前任雇员死亡至新雇员入职期间。  
(卢芳)

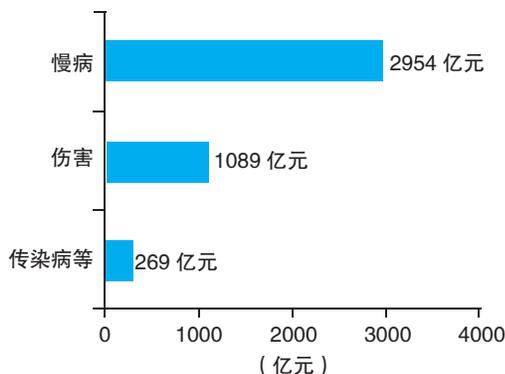


图1 导致早死所致间接经济负担的主要原因

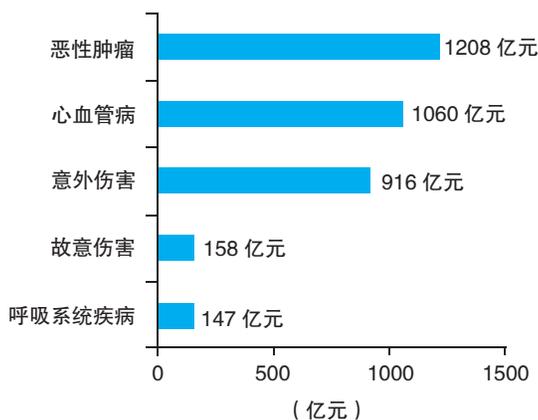


图2 早亡所致间接经济负担前五位

来源 中华流行病学杂志, 2014,35:1256-1262.

## 每天多看电视1小时，糖尿病风险增加9.2%

阜外心血管医院顾东风、樊森等进行的一项研究表明，每日看电视时间每增加1小时，得糖尿病的可能性就增加9.2%。

这很容易理解，看电视时坐在那儿不动，没有什么消耗，还可能边吃边看，这些均可能与得糖尿病有一定关系。当前电视节目越来越丰富，电视台也想法设法把人留在电视机前。但每个人都要注意，电视也是一个“杀手”啊。

“我们建议人们要少看电视，多出去走走，尤其是每天看电视超过4小时的人。”作者特别指出。

该项研究来源于中国心血管健康多中心合作研究，分析了1.5万多成年人平均随访了7年的数据。  
(杨进刚)

来源 中国循环杂志, 2014,29:372-376

中国慢性稳定性心绞痛：

## 仅六成患者使用 $\beta$ 受体阻滞剂

北京大学第一医院霍勇教授等在 15 个省 298 家医院进行的一项研究表明，我国慢性稳定性心绞痛患者的抗心绞痛治疗中，不论医院级别，指南推荐的  $\beta$  受体阻滞剂和钙拮抗剂的使用率均偏低。和非影像学确诊组相比，接受血运重建和 /（或）影像学确诊的患者冠心病二级预防药物使用更充分。

研究发现，在主要的抗心绞痛药物中， $\beta$  受体阻滞剂的平均使用率为 61.1%（三甲医院较其三级乙等和二级医院明显较高，前者为 62.7%，后两者都不足 60%），钙拮抗剂为 32.8%，硝酸酯类为 56.8%。同时，76.5% 的患者使用治疗冠心病的中成药，81.4% 的患者服用阿司匹林，50.8% 的患者服用他汀类药物。

另外，接受血运重建组（71.4%，54.1%，89.6%，37.3%）的  $\beta$

受体阻滞剂、他汀类药物、阿司匹林以及钙拮抗剂的使用率均显著高于单纯影像学确诊组（63.9%，53.2%，81.4%，32.7%）和非影像学确诊组（56.9%，49.0%，78.0%，31.4%）。硝酸酯类药物的使用率在二组均超过 50%，且无差异。

该研究共在 2011 年间全国二级和三级医院的 5407 位慢性稳定性心绞痛患者中进行了调查。在有效调查的 5011 位患者中，男士 2859 位，女士 2152 位，平均年龄 67.6 岁。心绞痛病程在 1 年以内、1~5 年和 5 年以上的患者分别 41.3%、39.1% 和 19.5%。合并高血压、高脂血症、糖尿病的患者分别占 64.6%、59.9% 和 22.1%。

（卢芳）

来源 中国循环杂志,2014,29(Suppl1):8.

## 美冠心病高血压治疗科学声明： $\beta$ 受体阻滞剂为基石

近期，AHA/ACC/ASH 联合发布了“冠心病患者高血压治疗的科学声明”。

### 降压目标值：多数患者目标值为 140/90 mmHg

新指南推荐，对于大多数合并高血压的冠心病患者，降压目标值为 140/90 mmHg；如果有心肌梗死、卒中 /TIA、外周动脉疾病或腹主动脉瘤病史，降压目标值为 130/80 mmHg。对于舒张压升高且有心肌缺血证据的冠心病患者，降压幅度应放缓；对于超过 60 岁且伴糖尿病的患者，舒张压不应低于 60 mmHg。

### 降压药物选择： $\beta$ 受体阻滞剂仍为基石

新指南强调了  $\beta$  受体阻滞剂在合并高血压的冠心病患者降压治疗中的基石地位，推荐级别等同于 ACEI/ARB、噻嗪类利尿剂。

如有心肌梗死病史，指南推荐应用  $\beta$  受体阻滞剂。对于既往有心肌梗死、左心室收缩功能障碍、糖尿病或慢性肾脏病的患者，推荐 ACEI/ARB 和噻嗪类利尿剂。

合并高血压的急性冠脉综合征：短效  $\beta$  受体阻滞剂应为初

### 始治疗

指南推荐的初始降压治疗包括口服短效  $\beta$  受体阻滞剂如美托洛尔或比索洛尔，如严重高血压或持续缺血的患者可考虑静脉用  $\beta$  受体阻滞剂如艾司洛尔；如果患者既往有心肌梗死、左心室功能障碍、心力衰竭、糖尿病或持续高血压，应加用 ACEI。

已经接受  $\beta$  受体阻滞剂和 ACEI 治疗的心肌梗死后、左心室功能障碍、心力衰竭或糖尿病患者可应用醛固酮拮抗剂，但必须监控血钾水平。醛固酮拮抗剂应避免在患者的血清肌酐升高 [ $\geq 2.5$  mg/dl (男) 或  $\geq 2$  mg/dl (女)] 和血钾水平升高 ( $\geq 5.0$  mEq/L) 的患者。

### 合并高血压的心力衰竭：“金三角”获荐

对于合并高血压的射血分数降低的心衰患者，推荐 ACEI/ARB、 $\beta$  受体阻滞剂和醛固酮拮抗剂。噻嗪类利尿剂可用于血压控制和逆转容量超负荷，但如果需要保钾可换用螺内酯和依普利酮。对于射血分数保留的心衰患者，使用  $\beta$  受体阻滞剂、ACEI/ARB 或钙拮抗剂可能有益。

（许菁）

来源 Hypertension, 2015, 65: 000-000.

## 2015 ADA 糖尿病指南更新

### 几乎所有糖尿病患者要吃他汀

美国糖尿病协会 (ADA) 糖尿病诊疗标准更新如期而至, 几乎所有糖尿病患者都推荐应用他汀类药物成了最吸人眼球的噱头。

更新指南的 14 位专家纠结了很长时间, 表示基本认可 ACC/AHA 制定的 2013 年版胆固醇指南, 并赞同他汀类药物的使用应基于风险因素的评估, 而非低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C) 检测结果, 但不太认同其发布的“心血管风险计算公式”, 认为对于糖尿病患者的风险评估作用有限。

鉴于糖尿病是重要的心血管危险因素, ADA 推荐几乎所有糖尿病患者都应使用他汀类药物, 但认为年龄 < 40 岁或 ≥ 75 岁人群及 1 型糖尿病的降脂治疗仍缺乏足够的证据来支持。

#### 对他汀的推荐

年龄 < 40 岁:

- 1、无其他危险因素者无需使用他汀;
- 2、伴有其他危险因素 (包括 LDL-C ≥ 100 mg/dL、高血压、吸烟和超重 / 肥胖) 应使用中高剂量他汀;
- 3、如有心血管疾病 (既往发生过心血管事件或急性冠脉综合征) 应使用高剂量他汀。

年龄 40 ~ 75 岁:

- 1、无其他心血管危险因素者, 也应使用中等剂量他汀;
- 2、有其他心血管危险因素或已有心血管疾病者, 应使用高剂量他汀。

年龄 ≥ 75 岁:

- 1、无其他心血管危险因素, 应使用中等剂量他汀;
- 2、如伴有其他心血管危险因素应使用中等或高剂量他汀;
- 3、如存在明确的心血管疾病应使用高剂量他汀。

此外, ADA 新指南还推荐, 应定期进行血脂监测以评估他汀治疗的依从性。对于年龄 < 40 岁但尚未开始他汀治疗的糖尿病患者应每年监测一次血脂。

#### 其他重要更新

1、鉴于亚裔在体质指数 (BMI) 较小的时候, 糖尿病的风险就很高, 将筛查亚裔糖尿病或糖尿病前期的 BMI 从之前的 25 kg/m<sup>2</sup> 降低为 23 kg/m<sup>2</sup>。

2、餐前血糖目标值从 70~130 mg/dL (3.9~7.2 mmol/L) 改为 80~130 mg/dL (4.4~7.2 mmol/L)。

3、目标舒张压从之前的 <80 mmHg 修订为 <90 mmHg。

4、儿童糖化血红蛋白 HbA<sub>1c</sub> 目标值为 <7.5%。

5、关于体力活动, 以前的推荐是每周需要运动的时间, 现在则改为限制静坐时间不超过 90 分钟。

(卢芳)

## 一周两次方便面或增加心血管病风险

方便面, 味美便利, 深受宅男宅女喜爱, 但最近一项研究建议将方便面之流打入“黑名单”。该研究表明, 如果一周内食用方便面多于两次, 就会增加代谢综合征的发生风险, 危害尤以女士为甚。

代谢综合征可增加心脏病、糖尿病以及中风的风险。研究者表示, 希望通过这一研究来提醒公众注意方便面对健康的影响, 另外也为以后相关研究铺路。至于为何方便面更影响女士的健康, 研究者认为, 除了性激素以及饮食习惯的差异外, 包装

方便面的发泡胶盒中含有的双酚 A (BPA) 也是一个重要因素。已有较多研究显示, 双酚 A 会干扰激素, 尤其是雌激素的相关生理作用。

这项研究主要以喜食面食的韩国人群为目标, 研究者通过分析韩国 2007~2009 年全国健康与营养检查中 10 711 位成人的调查结果得到如上结论。

(卢芳)

来源 J Nutr, 2014, 144:1247-1255.

# 国人冬天心血管病死亡风险增加 41%

## 气温变化导致血压升高是主因

医生都有一个体会，每到天气变冷的时候，来看病的病人就明显增多了，尤其是已有心血管病的患者。对于病人而言，怎样做好防护，安心过冬？近期一项大规模研究为我们提供了线索。

这项研究发现，中国的心血管病患者的死亡率有明显的季节性变动，在冬天，心血管病患者的死亡率比夏天高出了 41%。而且，户外的气温越低，心血管病的发病和死亡风险越高。图 1

到底是什么原因导致了这种死亡率的变化呢？作者把矛头指向了寒冷导致的血压升高。

研究发现，在冬天，有心血管病的居民收缩压比夏天高出了 10 mmHg 左右，尤其是没有暖气的居民。

进一步分析表明，户外气温在零上 5°C 时，每降低 10°C，收缩压升高 6.2 mmHg；而收缩压每升高 10 mmHg，心血管病死亡风险就增加了 21%。无论是否正在服用降压药物，都能看到同样的趋势。

中国地大物博，有的地方冷，有的地方热，不同地方居民的血压变化与心血管病死亡情况是不一样的。

我们来看一下哈尔滨的温度变化。哈尔滨的冬夏气温差别为 36°C，但冬夏的收缩压差别仅为 7 mmHg。在开始供暖之后，收缩压不仅没有升高，反而有下降的趋势，这与全国其他的地方形成了鲜明对比。图 2

因此，在哈尔滨，冬天心血管病死亡率仅是小幅升高，冬天比夏天高了 20%。但在中国其他地方，冬天心血管病死亡率较夏天增加了 50%。在研究中，收缩压与心血管事件呈明显的线性关系。图 3

作者指出，与西方国家相比，中国人因季节变迁和气温变化导致的血压波动要大的多，但使用暖气可以消除血压波动。这对于“季节变化时的血压管理有重要的临床意义”，作者说。作者建议，对于已有心血管病或心血管病高危患者，冬天一定要注意监测血压，血压升高者及时调整降压药物。

中国 Kadoorie Biobank 研究组开展的这项研究纳入国内十个不同区域的有心血管病史的 23 000 例患者，共随访了 7 年。

(杨进刚)

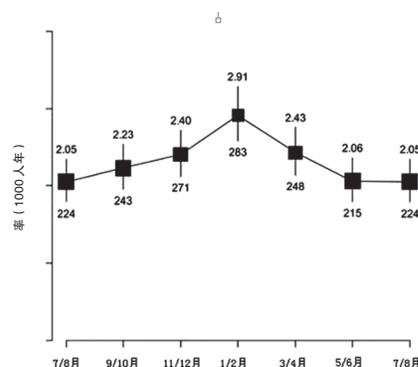


图 1 2004~2013 年有心血管病史患者的心血管病死亡率的季节性变动情况

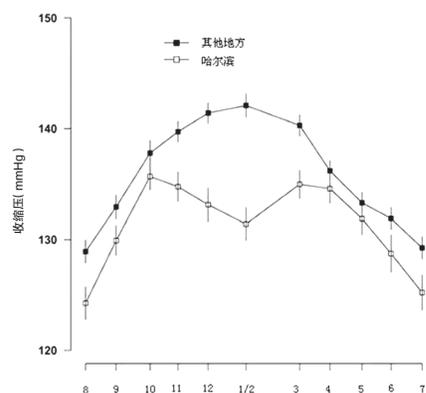


图 2 哈尔滨与其他地方的有心血管病史患者的血压随户外气温变化的变化趋势比较

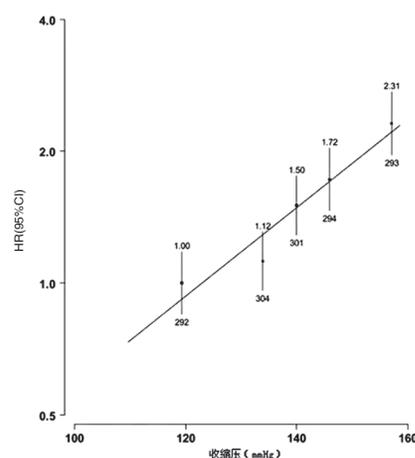


图 3 有心血管病史患者的不同收缩压水平的心血管病死亡的风险比

来源 Eur Heart J, 2015 年 2 月 16 日在线版.

## 我国急性冠心病年轻化趋势明显：6年两次调查发病年龄下降3岁

我们经常说，中国的冠心病年轻化趋势明显，但怎么体现呢？北京安贞医院刘军和赵冬等的一项发现，2006年中国急性冠脉综合征（ACS）患者平均年龄是64.7岁，而2012年平均年龄则降低至61.9岁，平均降低了3岁左右。

2006年中青年（≤60岁）的比例占32.1%，2012年则占到了42.5%，增加了32.4%。男性的年轻化更明显，2012年男性患者年龄<55岁为36.1%，比2006年的28.7%增加了25.8%。

研究还发现，2012年ACS患者伴有高血压、高胆固醇血症、糖尿病的比例较2006年均显著增加，尤其是伴有高胆固醇血症的患者，较6年前增加了2.1倍。

当然，ACS的临床诊治水平也在提高。比如，使用经皮冠脉介入治疗（PCI）和循证医学证实有效的二级预防药物的使用率也有所提高，尤其是氯吡格雷和他汀类药物的使用。

2012年β受体阻滞剂和血管紧张素转换酶抑制剂或血管紧张素Ⅱ受体拮抗剂的使用率却较2006年有所下降。

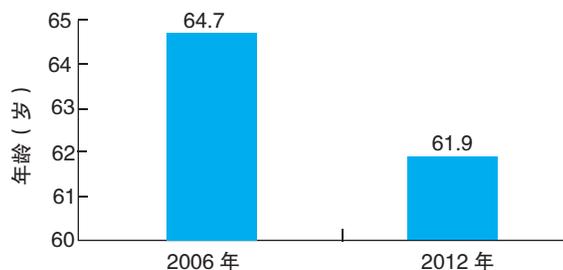


图1 2006年与2012年ACS住院患者平均年龄

研究者分别于2006年在全国31个省、自治区和直辖市65家医院（中国冠心病二级预防架桥工程I期研究）和2012年在全国21个省、自治区和直辖市34家医院（中国冠心病二级预防架桥工程III期研究）连续入选≥18岁的住院冠心病患者332例和3391例。排除因外伤入院并怀疑ACS者及已参加任何一项药物临床试验者。将其中调查资料完整的ACS患者纳入本研究，2次调查的有效病例数均为3124例。（杨进刚）

来源 中华心血管病杂志,2014,42:957.

## 美国医师协会不建议正常人筛查冠心病

近期，美国医师协会发布了一个指南，不建议对于目前既没有症状、今后10年内发生心脏意外可能性小的人，做一些冠心病筛查的检查，比如心电图、平板试验、超声心动图等。

因为“有些人做检查，可能存在假阳性，结果会让这些人再做其他检查，或不合适的治疗，带来意外伤害”。当然费用也是一个问题。

哪些人发生意外的可能性小？大概可以包括：对于小于55岁的男士，要没有糖尿病、血脂不高、没有糖尿病、不吸烟，没有高血压或血压高但已经用药控制好了。对于女士，可以有上述1~2个危险因素，但年龄要小于60岁。

很明显，美国的目的是防止过度检查。

美国在1999-2009年间，冠心病危险性低的人，用心电图筛查冠心病的比例从6.1%上升到了11.3%，过度使用率为9.2%，而运动试验过度使用率最高达52%。

指南强调，“对于无症状、心脏意外低的成人，医生应注重于纠正心血管危险因素，例如吸烟、糖尿病、高血压、高胆固醇血症、肥胖等，鼓励他们适当运动。”（朱柳媛）

来源 Ann Intern Med, 2015, 162: 438-447.

