



历时两年，中国成人血脂异常防治指南（修订版）正式定稿

FOCUS

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



《中国心血管病报告 2015》宣传推广活动在京启动

2016年5月9日，国家心血管病中心举办了《中国心血管病报告 2015》宣传推广活动。

报告显示，目前，心血管病死亡占城乡居民总死亡原因的首位，农村为44.6%，城市为42.51%。估计全国已有心血管病患者2.9亿，平均每5个成人中就有1名罹患心血管病，而每5例死亡者中就有2例死于心血管病。

报告显示，今后10年心血管病患者人数仍将快速增长。心血管病的疾病负担日渐加重，已成为重大的公共卫生问题。

国家心血管病中心专家委员会主任委员高润霖院士介绍，经过多年的努力，虽然我国心血管病防治取得初步成效，但由于心血管病危险因素普遍暴露，心血管病患病及死亡持续增加，目前的防治形势严峻，而大众健康教育和社区人群防治则是关键，为构建共同防线，需要全民参与。

高院士认为，中国心血管病报告是心血管病防治领域的资讯平台，能够全面及时反映我国心血管病流行趋势和防治研究

工作进展，并展示了我国循证医学研究成果。

国家卫生计生委疾控局慢病处处长吴良有指出，年报编撰队伍由全国心血管病防治研究领域的近100位权威专家组成，年报具有代表性、权威性和综合性三个特点，涉及我国心血管病防治研究领域的各个方面，尤其侧重心血管病流行趋势的监测报告，对指导我国心血管防治有重要意义。

国家心血管病中心资讯部主任陈伟伟教授认为，尽管年报已经成为业内最为广泛引用的参考文献。但对各级政府的影响作用还不到位，业界引用的相关数据还是“政出多门”，应该加强推广。

他表示，2016年将启动年报的推广行动，计划在全国5个省市开展，2017年度后增加场次达到每年8~10个省市，争取4年内完成全国推广。

会上，年报撰写工作组的14位专家详细介绍了中国心血管病报告2015中的重要内容。

(杨进刚)

- 国家心血管病中心启动心血管病防治技术服务平台 2
- Lancet：中国心血管病死亡变化新趋势 3
- 历时两年，中国成人血脂异常防治指南（修订版）正式定稿 4
- 我国7万人研究发现： ≥ 35 岁男士12%属于心血管病高危人群 4
- 哈佛研究：中国心血管病流行有三大“罪魁祸首” 5
- 四种不健康行为让近一亿中国人少活一年 6
- China PEACE 百万人群项目方法学文章发表 7
- 赵冬等：每日9g盐坚持10年可避免近20万心血管事件 8
- 中国最新食盐和钠摄入报告：国人每日钠摄入量相当于14克盐 9
- “CAMI+”项目：建立大数据协作科研管理和质量提升平台 10

目录

- 郑哲团队：用微信管理搭桥医生二级预防行为 11
- China-PEACE 研究揭示中国心梗溶栓现状：
九成用尿激酶，住院死亡率未下降 12
- 不同民族心血管危险因素大比拼：蒙古族最胖，彝族血脂最高 14
- 国人应该具备的十大心血管健康素养 15
- AHA：“生命简单七法则”预防人老心衰 16
- CCMR-3B：中国糖尿病患者阿司匹林使用乱象 16
- 安贞医院赵冬等2万卒中患者研究：四成中青年卒中人群为低危 17
- 中国糖尿病低龄化：每10个糖友中就有1个儿童或青少年 18
- 美国新版居民膳食指南十大要点 20



国家心血管病中心启动心血管病防治技术服务平台： 今年计划入选 1000 家卫生机构

2016年1月27日，国家心血管病中心启动了“心血管病防治技术服务平台”项目。

项目负责人、国家心血管病中心社区防治部主任王增武教授指出，基层心血管病防治能力对于我国心血管病防治局面的改善举足轻重！而且，国家推行分级诊疗也对基层服务水平提出了客观要求。

他介绍，在国家心血管病中心专家组的指导下，该平台将使用“云+网+端+智能硬件”，并基于指南进行电子病历建立、辅助疾病评估与决策，并可实现合理用药提示、收费管理等，从而进一步提升基层医疗单位和基层医务人员的服务能力，对社区心血管病患者进行规范化管理。

分级诊疗面临最大的问题是缓解大医院人满为患、小医院门可罗雀的局面。国家心血管病中心有责任为政府分忧，推进基层心血管病防治能力建设。“国家心血管病中心构建的“心血管病防治技术服务平台”就是践行这一目标的具体体现”，王增武教授表示。

该平台可实现医生、患者、公众教育，以及扮演第三方质控的角色，同时为基层医疗服务机构提供权威性、持续性、有效性、同质化的技术服务支持。

王增武教授介绍，以该平台为基础，可为医生、患者、公众提供文字、图像、视频等远程教育；支持远程数据采集：血压、血脂、血糖、身高、体重、心率等，并可随时进行跟踪；为临床决策提供个性化治疗方案、合理用药指导，使边远地区医生在此帮助下做出符合指南要求的处方；制定具体的随访规划，可及时发送到手机、Pad等终端。通过技术、观念、设备，真正建立三甲医院和二级医院的医疗联盟。

中国医学科学院阜外医院副院长顾东风教授对该平台给予充分肯定。他希望国家心血管病中心在互联网+的国家发展战略及相关部门指示下，从基层做起，充分利用优质资源，为基层社区义务人员和患者提供持续性、同质化支持，真正实现健康中国。

王增武介绍，加入到该平台的基层医生和社区中心，既可以使用平台上的辅助决策系统，也可以得到专家帮扶与指导。专家组根据基层医生的要求，将通过网络和云端，针对性的指导基层医生管理心血管病患者。一方面基层医生可借助该平台提高自身水平，另一方面也有助于基层医疗卫生机构提高自己软实力。

据悉，该平台作为公益性服务平台，已在广东、江苏、云南、湖南等全面普及和开展。该平台将逐步入选卫生机构，今年计划入选1000家卫生机构。

(杨进刚)

历时两年，中国成人血脂异常防治指南（修订版）正式定稿

2016年1月31日，《中国成人血脂异常防治指南（2016年修订版）》定稿会在沪召开。会议由诸俊仁教授和高润霖院士主持，张运、葛均波、霍勇、陆国平、赵冬、赵水平、李建军等共45位血脂异常防治专家出席了会议。

高润霖院士代表修订委员会对全体专家的付出和努力表示感谢。

诸俊仁教授表示，本次修订工作主要依据中国人群的循证证据和中国人群特色制定新指南，其中对于他汀类药物应用过程中可能出现的不良反应给予了特别关注。

安贞医院赵冬教授指出，更新版的指南重视收集整理既往国内的研究证据，也加强对于基层临床血脂异常防治的现状和障碍的调研。

据悉，《中国成人血脂异常防治指南》修订工作于2013年11月27日正式启动，经过文献检索评估、专题研讨、分专题组起草等程序，历时两年最终完成修订工作。

在启动会上，专家就曾表示，在更新版的指南中，对于没有

新的证据支持改动的推荐，还是坚持原指南的提法。需要改动的部分，要做好充分的论证和荟萃分析等。并强调，中国的血脂指南一定要强调中国国情和中国人的证据。

在定稿会上，与会专家再次围绕血脂检测与分型、血脂流行病学与风险评估、血脂异常治疗原则与靶目标（值）确定、血脂异常干预治疗等四个专题进行了认真研讨，并达成共识和决议。

专家组还进行了问卷调查，这些问卷的答案估计也是新指南的几个重要的方面：比如，对于调脂治疗的主要目标，采用LDL-C支持者为89.5%；调脂治疗的次要目标，78.9%专家认同non-HDL-C；84%的专家认为必须设置需要设定降LDL-C治疗的目标值；关于他汀治疗的强度，42%认为应依据调脂效果逐渐调整达标；对于他汀治疗的剂量，68%的专家认为对我国人群现有证据进行系统分析。

新指南将经过短期全文统稿和编辑工作后正式发布实施。

（卢芳 杨进刚）

我国7万人研究发现：

≥ 35岁男士12%属于心血管病高危人群，远高于女士

近期中国疾病预防控制中心营养与健康所赵文华、张梅等对近7万人研究发现，我国≥35岁人群中就有8.5%的人缺血性心血管病10年发病风险高。

尤其值得关注的是，这部分高危人群主要是男性，多在农村地区。而且研究者还发现，缺血性心血管病的发病风险与教育水平以及收入高低相关，教育水平或收入越低，风险越高。

此外，该研究还发现，≥65岁男性高危者比例更是高达41.4%，相当于预计在未来10年我国将近有一半老头儿发生缺血性心血管病的可能性≥10%。

研究者指出，今后应该对以上高危人群加强防治措施。

在这项研究中，整体≥35岁人群无缺血性心血管病史人群的

缺血性心血管病10年发病风险预测得分为5.1，平均危险度为4.2%。其中中危人群比例占19.1%，低危人群占72.4%。

该研究共纳入相关数据完整者67214人。其中男性30362人（加权构成比50.6%），平均年龄51.4岁；女性36852人（加权构成比49.4%），平均年龄52.0岁。

研究者采用《中国心血管病预防指南》推荐的“国人缺血性心血管病10年发病危险评估表”计算研究对象10年发病预测得分，确定对应的绝对危险，并划分缺血性心血管病10年绝对风险等级。其中高危指缺血性心血管病10年发病风险≥10%，中危指≥5%且<10%，低危指<5%。

（卢芳）

来源 中华流行病学杂志,2016,37:689-693.

Lancet: 中国心血管病死亡变化新趋势

中国疾病预防控制中心周脉耕研究员等在《柳叶刀》杂志在线发表了1990–2013年中国的死因变化。

研究显示，1990年我国年龄校正的心血管病死亡为389.3/10万人，2013年则为307.18，降幅达到21%。

总体上看，我国心血管疾病的应对措施已经取得了明显的成效，这与我国高血压的防控是密不可分的。

由于心血管病包含有多种疾病，不同疾病的变化也是不一样的。

其中，风湿性心脏病死亡下降71.2%，脑血管病死亡下降20.9%，高血压心脏病死亡下降41.3%；但冠心病死亡增加2.6%，外周动脉疾病死亡增加91.9%。

脑血管病仍是我国第一大死亡原因，占据了27个省级行政单位的头号死亡原因。中国的缺血性卒中增幅较大，达到了28.8%，出血性卒中则下降了37.7%。

但由于中国的老龄化，尽管年龄标化的心血管病死亡率下降，但因心血管病死亡的绝对数字仍在快速上升。

研究估算，冠心病死亡的人数增加了90.9%，脑血管病死亡人数增加了47.7%。

我国慢性肾病呈明显上升趋势，因肾病死亡人数增加152.7%，年龄校正后仍增加52.2%。

研究也发现，中国不同省份脑血管病死亡变化趋势不同，估计有11个省的男性和18个省的女性脑血管病死亡率下降，而其他省的变化不明显。而且，越穷的省份脑血管病死亡率越高。

我国缺血性心脏病相关死亡率“北高南低”：浙江最低，黑龙江最高。

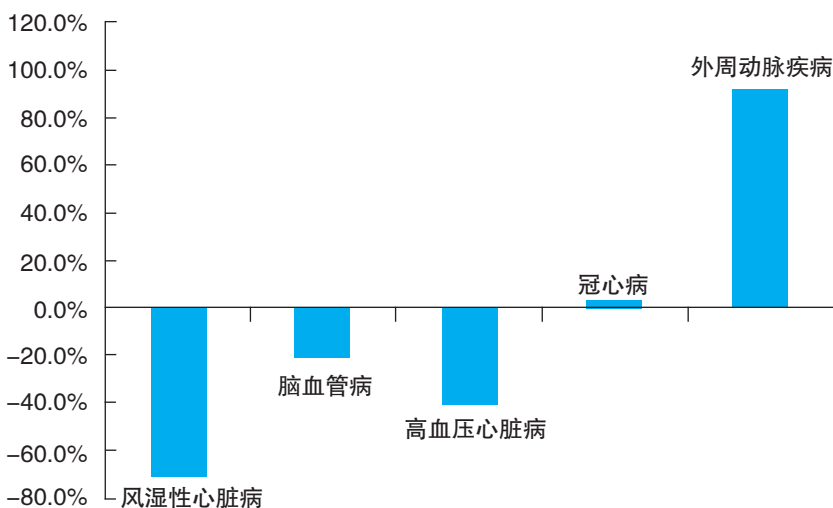


图1 1990–2013年心血管病死亡变化趋势

作为我国居民的第三大死因，慢阻肺相关死亡率在重庆、四川、云南、贵州、甘肃和青海超过100/10万人。

肺癌是我国的第4大死因，辽宁、黑龙江等东北省份的肺癌死亡率较高。对于男士，肝癌是第五大死因。

我国前15位死因包括三类损伤，包括交通损伤、自杀和跌倒。值得注意的是，交通损伤成为我国十大死因之一。在新疆、贵州、山东和河北，交通事故增多明显影响男士的平均寿命。

在很多省份，女士平均寿命的延长与自杀导致的死亡大幅减少有关。

总体上，1990–2013年，我国居民的预期寿命取得了实质性的改善，但不同省份寿命增幅差别很大，其中河北居民的寿命增幅最低（4.0岁），西藏居民寿命增幅最高（14.2岁）。除上海、澳门和香港外，其余所有省级行政单位女士寿命的增幅都超过了男士。

该研究是对2013全球疾病负担研究的一项系统性分析。

(朱柳媛 杨进刚)

来源 Lancet, 2016, 387:251–72.

哈佛研究：中国心血管病流行有三大“罪魁祸首”

美国哈佛大学公共卫生学院学者报告，基于中国营养健康调查数据，高血压、体力活动不足和吸烟是导致中国心血管病流行的三大“罪魁”。

该研究显示，我国 47.3% 的心血管病源于高血压，23.3% 源于体力活动不足，18.5% 源于吸烟。

高血压是我国最重要的危险因素，在 2009 年共导致 390 万心血管病，包括 140 万冠心病，150 万缺血性卒中和 100 万出血性卒中。

除此之外，不健康的饮食、生活习惯和其他相关代谢方面的危险因素导致大量的心血管病患者发病和死亡。

肥胖、高脂血症和高血糖导致的心血管病分别占 13.5%、13.0% 和 11.8%。

水果蔬菜摄入不足、高盐饮食以及低多不饱和脂肪酸摄入导致

的心血管病分别占 11.1%、7.1% 和 3.5%。

中国疾病预防控制中心也曾报告，在 2010 年，不健康饮食、吸烟、饮酒和身体活动不足这四种不良生活方式，让 9428 万中国人平均少活了一年。

而基于 2002 年的中国营养健康调查数据，高血压、体力活动不足、吸烟导致的心血管病同样位居前三，分别为 78.0%、18.8%、20.9%。

肥胖、高脂血症、低多不饱和脂肪酸摄入导致的心血管病分别占 21.9%、8.2%、16.1%、12.0%、20.3% 和 2.0%。

研究者发现，吸烟所致心血管病存在明显的性别差异，男性人群中，吸烟 27.8% 的心血管病源自吸烟，而在女性人群中，这一比例仅为 6.5%。

(许菁)

来源

Circulation, 2015, 132: A14615.

半数猝死患者警示症状：

胸痛最常见，就诊增 5 倍生存机会

近日来自美国雪松 - 西奈心脏研究所的一项研究表明，51% 猝死患者猝死一月前有警示症状，胸痛最为常见，其次是呼吸急促。

研究显示，之前有症状的患者，93% 的人在猝死前 24 小时内症状再次反复发作。

但这些有警示症状的患者中，仅 19% 打急救电话前往急诊。

值得注意的是，这些因感不适而急诊的患者生存率达 32.1%，而没有前往医院者生存率仅为 6%。

该研究共分析了 Oregon SUD 研究中的 839 例 35~65 岁猝死患者，并评估了其前驱症状，包括间歇性胸部疼痛、压迫感，呼吸急促，心悸以及持续的流感样症状如恶心、腹背部疼痛等。

“应该重视这些不同平常的异常感觉，并且最好尽早去医院。”研究者提醒说。当前猝死最有效的措施就是植入埋藏式心脏自动除颤器。

就我国而言，心脏性猝死的现状严峻而不容乐观：年猝死总人数居世界之首，每分钟有 2 人发生心脏性猝死。

这项研究无疑对那些猝死高危人群，如伴有冠心病、心衰、猝死既往史、心肌病等的人群具有重要意义。

(卢芳)

来源

[1] Ann Intern Med. Published online 22 December 2015. doi:10.7326/M14-2342

[2] 中国循环杂志, 2013, 28:323-326.

四种不健康行为让近一亿中国人少活一年

中国疾病预防控制中心近期报告，在 2010 年，不健康饮食、吸烟、饮酒和身体活动不足这四种不良生活方式，让 9428 万中国人平均少活了一年。

作者指出，中国经历了 30 余年经济和社会的快速发展，心脑血管疾病、癌症慢性阻塞性肺疾病和糖尿病发病率逐年升高。而不健康饮食、吸烟、饮酒和身体活动不足等不良生活方式是与这些疾病密切相关。

与 1990 年相比，与不健康饮食相关的疾病负担增幅最大，达到 38.7%。其次是吸烟，达到 30%。

与 1990 年相比，2010 年男性归因于不合理膳食、吸烟、饮酒的疾病负担均呈现了不同程度的增加，其中不合理膳食增长最快（55.5%），其后依次是吸烟（27.1%）和饮酒（13.6%）。主动吸烟所致的疾病增加了 51.8%。

而女性除归因于不合理膳食的疾病负担增加了 16.6% 外，吸烟和饮酒所致疾病负担均呈现出下降趋势，下降幅度分别为 30.2% 和 22.6%。

2010 年，在不健康饮食中，水果吃的不够和吃的过咸危害最大。水果摄入不足的归因疾病负担占总膳食负担比例高达 35.4%，其后依次为：高盐饮食（20.2%），全麦食物摄入不足，坚果或种子类食物摄入不足，蔬菜摄入不足，低纤维饮食，海产品 Ω -3 脂肪酸摄入不足，多不饱和脂肪酸摄入不足，反式脂肪酸摄入过多，加工肉类摄入过多，低钙饮食，牛奶摄入不足，红肉摄入过多，以及含糖饮料摄入过多。

作者认为，“全面改善我国膳食结构对降低疾病负担有重要作用。”

在相关的疾病中，不健康饮食、吸烟和身体活动不足主要与心血管病的关系最大。在不健康饮食有关的疾病中，79.9% 是心血管病。吸烟相关的疾病中，63.5% 是心血管病，身体活动不足相关的疾病中，67% 是心血管病。而饮酒则与心理和行为障碍、肿瘤、心血管病和肝硬化有关。

作者指出，倡导合理膳食、减盐，增加身体活动与减少有害饮酒理应作为我国公共卫生政策和干预的重点。（杨进刚）

来源 中华预防医学杂志，2015;49:303-308.

Lancet 发表 Meta 分析：

降压 ≤ 130 mmHg 挽救数百万高危人群生命

Lancet 杂志昨日刊登的一项 Meta 研究发现，无论血压是否正常，如果心血管高危患者都服用降压药物的话，可挽救几百万人的生命。

以往全球的指南均建议降压的目标值是 140/90 mmHg。

该研究共分析了 60 万人的资料后发现，用药降压可显著降低高危人群严重心血管事件、卒中、心力衰竭和死亡。

总体而言，收缩压每降低 10 mmHg，可降低 20% 的心脏病风险，降低 25% 的卒中和心力衰竭风险，降低 13% 的死亡风险。

论文作者 Kazem Rahimi 称，如果全球进一步降低血压，低于目前的目标值，可以挽救数百人的生命。

该研究的结论是，对于所有心血管病的高危人群，包括有冠心病史、卒中、糖尿病、心力衰竭和慢性肾病，均应将血压降至 130 mmHg 以下。

该研究共纳入分析了 123 个研究 61 万多患者。基线血压高和基线血压偏低的患者均可获益。

研究还发现，与其他种类的药物相比， β 受体阻滞剂预防心血管病的效果略差；钙拮抗剂预防卒中较好，但在预防心衰方面，钙拮抗剂的效果略差，而利尿剂较好。

（杨进刚）

来源 Lancet. 2015 Dec 23.

以最小花费取得最佳防控效果

China PEACE 百万人群项目方法学文章发表

2015年1月4日,《BMJ Open》杂志在线发表了由国家卫生与计划生育委员会疾病预防控制局牵头、国家心血管病中心中国医学科学院阜外医院组织实施的一项全国性心血管病筛查项目——China PEACE 百万人群项目(China PEACE Millions Persons Project)的方法学文章。该文章详细阐述了本项目的总体目的、试点工作的设计、实施以及初步分析结果。

China PEACE 百万人群项目试点工作是由财政部和国家卫生和计划生育委员会于2014年7月批准的中央财政转移支付地方卫生计生项目之一,是国家增加医疗卫生投入惠及民生的一项重大举措。

这一项目旨在将防控工作精准聚焦于从人群中检出的心血管病高危对象,不仅取得“不得病”、“少得病”、“无重病”的防控效果,而且使防控工作更加有的放矢,减少“粗放式”防控模式所造成的无谓浪费,大大节约防控成本,以“最小花费,取得最佳防控效果”,切实降低心血管疾病的沉重负担,提高国民健康水平。

国家心血管病中心作为本项目的国家级技术支持机构以及国家项目管理办公室,紧紧围绕“确保项目公共卫生的服务性,数据的全国代表性和科学性两个中心思想”开展工作。

2014年,该项目在辽宁、吉林、浙江、广西4个省份20个项目点开展本项目试点工作,筛查40~75岁居民达403 888人,检出和管理高危对象达94 180万人。

初筛调查通过体格检查、快速血脂检测以及心血管健康状况调查,评估心血管病风险、确定心血管病高危对象。高危对象将

进一步接受十二导联心电图、心脏和颈动脉超声以及实验室检查,更加深入地了解高危个体的危险因素暴露情况及疾病特征,并提供针对性的生活方式改善等干预建议。

此外,还将对全部高危对象进行持续干预随访管理,了解高危对象的发病、预后以及心血管病危险因素控制情况,改善高危对象心血管健康状况,降低发病风险。

10万人的初步分析结果显示,心血管病危险因素仍普遍流行。其中,高血压超过45%,男性吸烟率达40%,超重和肥胖比例分别为32.6%和5.2%。心血管高危对象检出率达26.9%,不同省份之间的高危对象检出率存在差异。

本项目是在国内开展的第一个大规模心血管病人群筛查项目,项目覆盖范围将在短短2~3年时间内扩大至全国。2015年已经新增12个省份和新疆生产建设兵团,预计筛查人数达100.8万,高危对象管理人数达33.2万。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。

本项目通过开展心血管病筛查与综合干预管理,通过科学的设计、严谨的质量控制,建立高质量的心血管健康数据库,为心血管病相关生物、环境、行为等方面的精准医学研究奠定基础。China PEACE 百万人群项目的开展有利于促进我国心血管病个体化干预策略的提出,进而提高我国心血管病一级和二级预防的防控效果。

来源 BMJ Open, 2016, 6: e010200.

北京天坛医院王拥军等:

小卒中症状虽轻,但短期预后差

北京天坛医院王拥军等研究发现,我国多数小卒中患者短期内临床预后不佳,3个月内卒中复发和永久性神经功能损伤风险高。

本研究发现,3个月卒中复发率9.8%,3个月致残率为14.5%。尤其是卒中后24小时内的致残率是3个月时的1.5倍。

研究还发现,合并高血压、糖尿病或以往有过卒中的患者易发生卒中复发和神经功能损伤。尤其值得一提的是,房颤和冠心病也是卒中复发的重要原因。本研究纳入4669例小卒中患者。基线NIHSS评分 ≤ 4 分诊断为小卒中。(许菁)

来源 BMC Neurol, 2015, 15: 253.

赵冬等用模型估算：国人限盐有重大获益

每日 9 克坚持 10 年可避免近 20 万心血管事件

近期国家食品安全风险评估中心发表的一项研究，让国人知道自己每日吃得有多咸了，差不多每日要食用 14 克盐^[1]。

而安贞医院赵冬等应用模型进行估算，若在 2010–2019 年食盐摄入“原地踏步”，那么每年将会新增 820 万心血管病患者，以及 270 万心血管死亡病例。

预计 35~94 岁国人中，每 10 万人就有 308 人发生冠心病，887 人发生脑卒中；每 10 万人就有 160 人死于冠心病，230 人死于脑卒中。

如果较之 2010 年，国人将饮食中食盐逐渐控制在每日 9 克，并达 10 年以上，那么每年就能预防大约 19.7 万心血管事件，降低约 2.5% 的心血管死亡率。

如果能把食盐降至每日 6 克，更可双倍获得上述益处^[2]。图 1 因此，积极采取限盐措施对于减少心血管病极为重要。

鉴于国情，目前在我国人群中有两种限盐策略，一种是推广标准限盐勺，另一种是实行食盐替代策略。目前我国可用的食盐替代品由 65% 的氯化钠、26% 的氯化钾和 10% 硫酸镁构成。

模型预测发现，如果在人群中成功推广限盐勺，即人均每日减少 1.42 克食盐，那么估计每年能预防 18.3 万心血管事件的发生，6.6 万心血管死亡，避免 14 亿国际元的心血管病花费，获益 40.1 万 QALY。而如果实行食盐替代策略能获得限盐勺策略的 3 倍健康获益。

不过值得注意的是，不管哪种限盐策略，均是高血压患者获益最多。图 2

“之前，我们应用同样的模型预测发现，在未来 10 年（2015–2025），如果应用国家基本药物目录中花费最低的降压药物，做好 35~84 岁高血压人群的血压控制，每年可以预防 80 万心

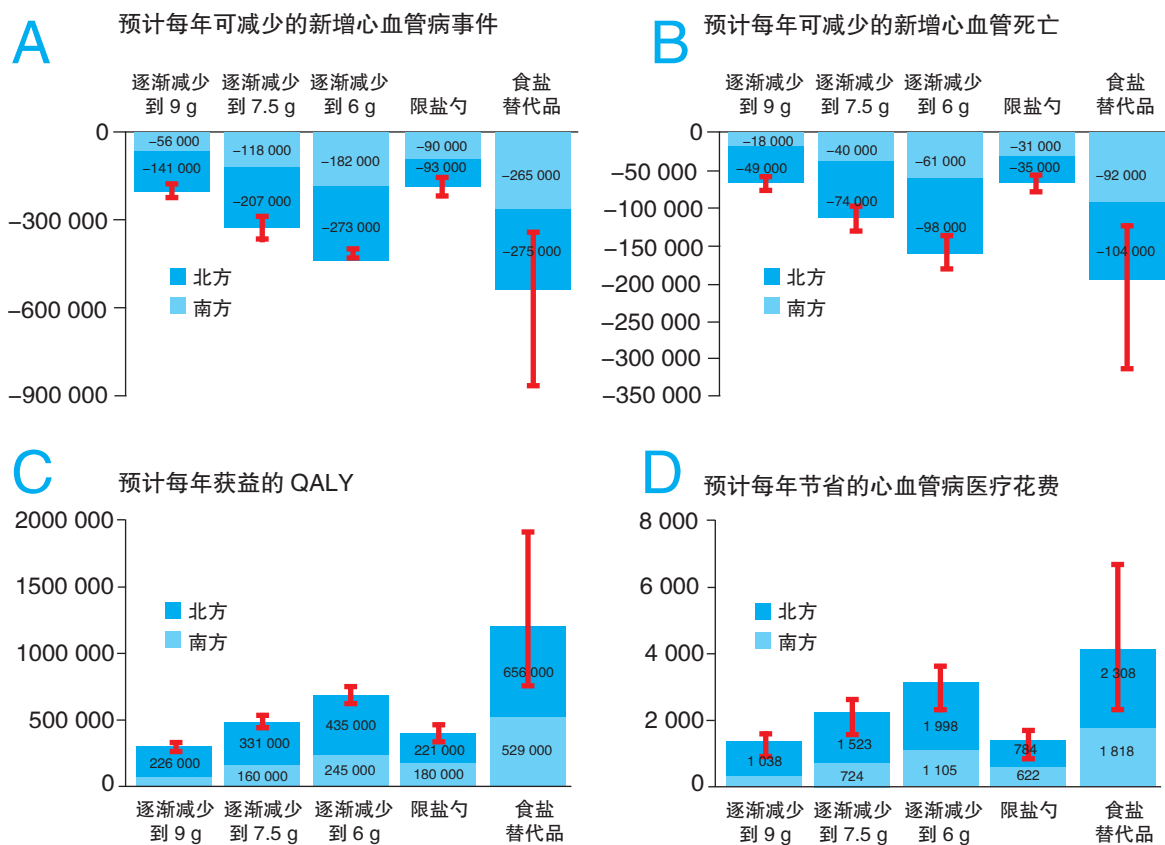


图 1 对中国南北方不同食盐摄入量限制的年获益估计

血管病事件 [3]。而这项研究则发现，如果高血压人群能够广泛应用食盐替代品来烹饪，则能每年预防 54 万心血管病事件。限盐措施不仅有助于补充药物降压，还有可能使获益延伸至正常血压高值人群。”研究者指出。

但是要想在筷子尖儿上坚持限盐并非易事，而限盐策略的心血管获益关键就在“坚持”二字。研究者发现，如果使用限盐勺的依从性降低到 75% 或 50%，那么预防的心血管事件也会下降 74.9% 或 50.3%。食盐替代品同样如此，如果依从性降低 75% 或 50%，那么心血管预防的获益也将降低 25%~50%。

此外，就食盐替代品预防心血管病效果更好，研究者认为，或与增加钾和镁的摄入有关。不过研究者指出，鉴于目前证据的不足，在人群中推广食盐替代品之前，有必要评估这种替代品带来高血钾症的相对风险。

研究者主要应用中国心血管政策模型来研究限制饮食中食盐对国人心血管疾病的影响，其中心血管病主要包括冠心病和脑卒中。

其中模型中所需的不同年龄、性别的血压和其他基线风险因素水平等数据分别源于亚洲心血管病国际协作研究以及系列荟萃分析；平均饮食食盐摄入量依据我国国家营养与健康调查研究；模型输入的基线冠心病和脑卒中相关数据分别来自中国高血压流行病学随访研究、中国多省队列研究、北京 Sino-MONICA 研究，以及世界卫生组织报告的数据和中国健康年报。

(卢芳)

来源

[1] JAMA, 2016, 315:703-705.

[2] PLoS ONE, 2016, 11(2):e0146820.

[3] PLoS Med, 2015,12: e1001860.

JAMA 杂志发布中国最新食盐和钠摄入报告：

吃盐减少，但钠摄入量相当于 14 克盐

近期，国家食品安全风险评估中心的吴永宁教授等在《JAMA》上发表了“中国食盐与钠摄入量”的最新调查数据。

该数据显示，2000 年~2009 年的 10 年间，我国居民平均食盐量从 11.8 g/d 降至 9.2 g/d，下降了约 22%。

但成品食盐只是中国人摄入钠的来源之一，酱油等调味品以及咸菜等加工食品含有大量盐分，但通常没有计入盐摄入量调查中。

如果计算实际的钠摄入量，国人实际钠摄入量的下降并不明显，仅从 2000 年的 6.4 g/d (约合 16g 食盐) 降至 2009 年的 5.6 g/d (约合 14g 食盐)

研究者指出，尽管国人的平均盐摄入量自 2000 年以来不断下降，但仍远高于世界卫生组织推荐量。

按世界卫生组织的建议，成年人盐摄入量应低于 5 g/d，换算成钠摄入量应低于 2 g/d，并具体提出到 2025 年降低盐摄入量 30% 的目标。

中国自 1990 年以来先后开展了 5 次总膳食研究调查，前 4 次覆盖 12 个省份，代表中国人口的 46%，第 5 次总膳食研究从 2009 年开始到 2013 年结束，覆盖 21 个省，代表中

国人口的近 80%。

总膳食研究是对于即食状况人口的膳食样品直接进行钠的测定与暴露量计算，对于钠的估计更加准确。

中国总膳食研究将加工食品这一部分盐考虑进来，则显示的国人实际钠摄入量的下降速度非常不容乐观。“虽然 10 年间中国居民的食盐消费量明显降低，但是距理想的钠摄入量距离还很远，”研究者指出。

美国心脏协会提出的日常饮食中的六大高盐食品包括面包、加工肉制品、披萨、鸡肉制品、罐头食品和三明治。

过去，我国大多数钠盐来自于烹饪时所使用的酱油和食盐。但随着生活水平的提高和西方文化的渗入，面包、加工肉制品等一些含盐量较高的加工食品盛行起来。这些“重口味”食品成为国人钠盐摄入的重要来源。

研究者强调，国人限制食用盐摄入的意识确实有所增强，但我们不仅要盯着食用盐看，同时不可忽视总体的钠盐摄入量，除了食用盐，对于日常生活中的那些“重口味”的食品应加以限制。

(许菁)

来源

JAMA, 2016, 315: 703-705.



会上为 40 余位阜外医院的专家颁发了“CAMI+”项目指导教师聘书

阜外医院启动“CAMI+”项目： 建立大数据协作科研管理和质量提升平台

中国医学科学院阜外医院近日启动了“CAMI+”项目，CAMI 是中国急性心肌梗死注册研究，而“CAMI+”则是在 CAMI 研究的基础上，进行科研协作，并以提升医疗质量为目标综合性项目。

阜外医院副院长、CAMI 研究负责人杨跃进教授在 CAMI+ 启动会上指出，“CAMI+”项目最重要的目标是“了解现状，发现问题，持续改进和全面提升”。

杨跃进教授还认为，中国冠心病发病呈明显上升态势，卫计委连续发文建议提高服务能力，提升县级医院综合能力，以及推进分级诊疗制度，但改善医疗质量则是核心问题。

国家卫生计生委医疗管理服务指导中心副处长何铁强在致辞时指出，中国医学科学院阜外医院是 CAMI 研究的牵头单位，也是国家心血管疾病临床医学研究中心，该课题不能仅仅是一项研究，必须发挥国家队的的作用，把提高我国心血管病的诊疗质量作为一个重要目标。

另外，他也指出，注册研究其实就是收集真实世界的的数据，但要实现实时的数据共享，以加强对医院的指导作用。

阜外医院杨进刚副教授介绍，“CAMI+”项目得到了辉瑞中国的支持，主要包括以下几方面的内容：科研协作、质量提升、数据共享和创新模式。

“质量提升”是指针对急性心肌梗死患者，收集院内诊疗和出院后随访信息，进行质量评估，项目组发布质量报告，并与全国水平比较。比如死亡率、再灌注率、到院至再灌注时间等，目的是了解现状和发现问题。

数据共享和科研协作具体是指参加医院参加实战型的科研培训项目，根据自己医院的情况选择研究方向，以完成一篇论文为目标。而且，参加医院注册数据超过 500 例，随访率超过 95% 时，还可使用 CAMI 研究全国超过 4 万例急性心梗数据。

杨跃进则特别提出了创新模式。他说，“一个医院的救治水平高，并不能表示该地区的心梗患者都能得到高质量的救治。”

他指出，心血管病的救治是系统工程，尤其是面向公众的科普教育、各级医院对胸痛患者的诊断和鉴别诊断以及有序转运，以及出院后的系统等，这些问题都需要医院有一个结合地区特点创新性的系统性解决方案。

杨跃进还呼吁各地的中心医院应负起责任，不仅要提升自己医院的质量提升，更多的是提升该地区的心血管病的预防和救治水平。他也感谢辉瑞中国能够担起责任，携手为健康中国出一份力。

目前 CAMI 研究登记患者已经超过 4 万例，但也存在一些问题，比如：部分医院存在较多漏报病例、随访较差、以及数据录入系统不灵活和项目组与参加医院沟通较少等问题。

杨进刚介绍，“CAMI+”项目将尝试使用手机登记采集数据的方式，以手工录入结合拍照识别等多种方式进行登记，同时项目组也将实施现场指导、每月一次的在线指南与实践—临床疑难病例研讨会（GAP-CCBC）等多种形式，加强与参加医院的互动。

来自全国的 20 家医院通过云会议系统参加了这次会议，并与阜外医院专家团进行了在线问答。会上还对 40 余位阜外医院的专家颁发了“CAMI+”项目指导教师聘书。（杨进刚）

郑哲团队启动 MISSION-1 研究 用微信管理搭桥医生二级预防行为

近日，中国医学科学院阜外医院外科郑哲教授牵头开展的 MISSION-1 研究方法学文章由 American Heart Journal 在线发表。

阜外医院的外科团队设计了基于微信公众号的综合干预措施，通过移动应用，对医生进行三类干预措施：药物使用培训和指导工具、用自查清单提醒医生及时开药、以及通过定期反馈报告来督促外科医生提高处方率。

之前中国心血管外科注册登记研究（CCSR）发现，我国心外科医生普遍对冠脉搭桥术后的二级预防重视不足，我国搭桥患者出院带药中他汀的使用率仅 72%，不足四分之一的患者接受了所有符合指南和使用指征的药物，这都远低于欧美发达国家水平。

郑哲指出，MISSION-1 研究作为首个基于 CCSR 的质量改善行动，将在质量改善措施的验证和推广方面进行必要的探索，发挥先锋示范和试点作用，对于未来一系列心血管疾病质量评价和改善工作的有效开展，具有深远意义。

该研究是一项大规模、前瞻性、整群随机分组临床研究，利用最小化随机方法，将 60 家大型外科中心收治的预计 9600 例患者，随机分成干预组和对照组。

研究者将干预组的外科医生纳入微信公众号管理，进行为期大约 18 个月的干预，并利用 CCSR 数据平台评价干预效果。

研究的主要终点为符合指征的患者出院带药中他汀的使用率，次要重点包括 ACEI/ARB、 β 受体阻滞剂和阿司匹林等药物的处方率改善情况。

该研究预计于 2016 年 11 月结束入选，于 2017 年发布主要研究结果。

MISSION-1 研究由科技部科技支撑计划重点支持，全部医院来自于中国心血管外科注册登记研究（CCSR）协作网络。

郑哲还提前透露了 MISSION-2 研究的设想，阜外团队将为冠脉搭桥患者量身定制了自我管理 APP，希望利用这种信息化干预手段，提高患者的用药依从性和院外自我管理水平；MISSION-2 研究为多中心随机对照研究设计，预计入选超过 1000 位患者。

（杨进刚）

来源 [1] American Heart Journal, Published online: January 25 2016.
[2] Ann Thorac Surg, 2015, PMID: 26652141.

王增武等：传统复方制剂降压效果尚可

降压 0 号和复方降压片是我国传统的单片复方降压药物，在临床应用 30 余年，但是由于缺乏长期随访研究结果，这些含有利血平的复方制剂的长期疗效和安全性一直备受关注。

中国医学科学院阜外医院王增武等开展的一项针对农村医疗卫生机构患者群体的两年观察结果显示，降压 0 号和复方降压片的降压疗效尚可。

本研究中，降压 0 号使收缩压 / 舒张压降低 $(24.7 \pm 13.9/13.2 \pm 8.8)$ mmHg；复方降压片使收缩压 / 舒张压降低 $(23.0 \pm 14.2/11.9 \pm 9.5)$ mmHg。此外，降压 0 号对于 2 级高血压降压效果较好。在长达两年的观察中，降压 0 号和

复方降压片的不良反应率均较低，分别为 0.5% 和 1.35%。

本研究中，降压 0 号和复方降压片的依从性高于以往的研究，但 1 次 / 天服药的降压 0 号更有优势，减少服药次数，尤其对于老年人，是依从性增加的主要原因。

研究纳入北京 7 个农村社区的轻、中度原发性高血压的 766 例患者。其中服用北京降压 0 号的有 393 例，服用复方降压片的有 373 例。北京降压 0 号的剂量为 0.5 ~ 1 片 / 次，1 次 / d，复方降压片的剂量为 1 ~ 2 片 / 次，3 次 / d。

（许菁）

来源 中国循环杂志, 2015, 30: 449.

China-PEACE 研究揭示中国心梗溶栓现状： 九成用尿激酶，住院死亡率未下降

就我国当前医疗条件，并非所有急性 ST 段抬高型心肌梗死（STEMI）患者都能接受急诊经皮冠脉介入治疗（PCI），多数患者还有赖于静脉溶栓来获得再灌注治疗。但近期阜外学者蒋立新等进行的 China-PEACE 研究的一项最新分析表明，过去十年，在无条件的医院进行 PCI 的医院，静脉溶栓状况不理想，适宜接受静脉溶栓的心梗患者大多并未从中受益。

研究发现，九成患者使用的是循证医学证据并不充分的尿激酶（图 1），而且还存在溶栓药物使用不足、就医延误、剂量不够等多种因素。这些都消减了静脉溶栓的益处。

研究还发现，接受溶栓治疗的患者死亡或因病重自动出院的患者死亡率为 8.6%，而未接受溶栓治疗的患者为 14.4%，在多因

素回归分析校正后，接受溶栓治疗的患者住院死亡率没有下降，OR=0.93（95%CI：0.69-1.26）。

静脉溶栓患者平均住院时间并没有缩短（12 天 vs 10 天）。

而且研究还发现，在以上 3 个时间点纳入的 5306 例心梗患者中，静脉溶栓比例占 23%。

此外，在这 5000 余患者中有 53% 是在症状发生 12 小时入院，这 53% 的患者中又有八成人适宜接受静脉溶栓，但却最终有 49.5% 的人接受治疗。而且，几乎所有溶栓患者均入院后才接受治疗，无一人在救护车转运期间接受静脉溶栓，5000 余人也仅有 4.9% 在急诊室溶栓。

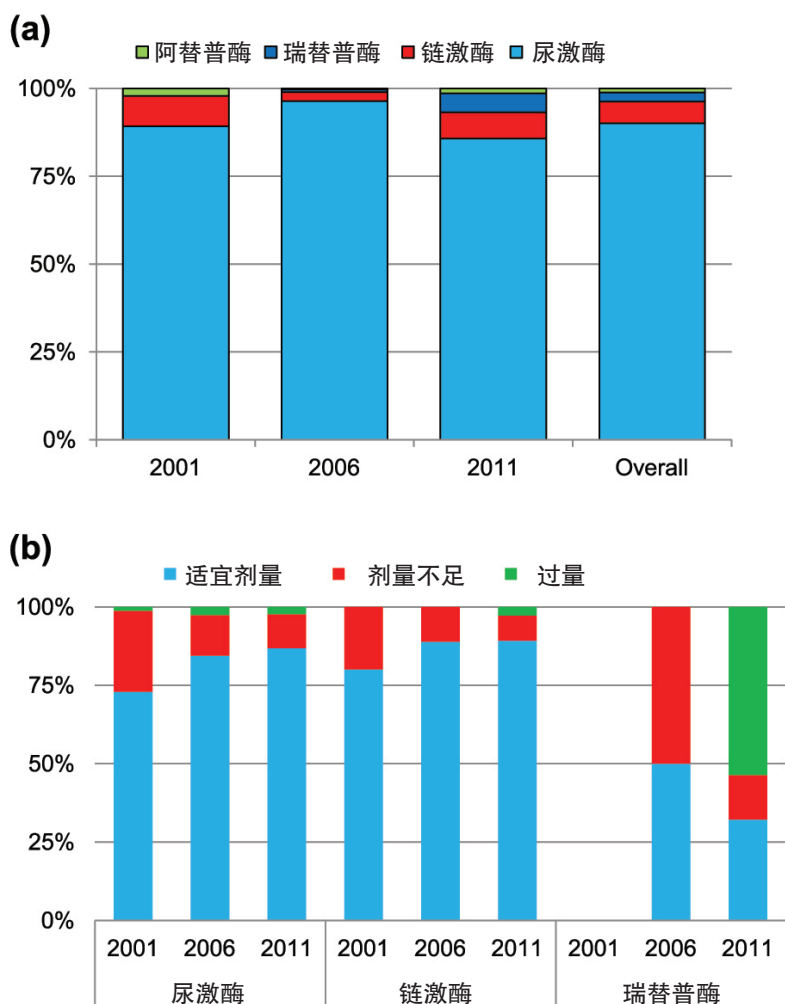


图 1 2001 年、2006 年、2011 年无经皮冠脉介入治疗条件医院静脉溶栓治疗使用的药物类型 (a) 和剂量 (b)

研究还显示，虽然在 2001 年、2006 年和 2011 年 3 年中，静脉溶栓率逐步增加，分别为 45.8%、49.7% 和 53%，但仍然较低。

研究者认为，造成静脉溶栓治疗率较低的主要障碍还是治疗太晚失去再灌注机会，这个是患者因素和医院系统流程因素的综合问题，后者如从急诊室到入院的时间存在时间停滞。

在这项研究中，除了少数在急诊室接受溶栓以及错过适宜溶栓时机者，余者从发生症状到接受溶栓平均时间在 2001 年为 240 分钟，2006 年为 210 分钟，2011 年为 190 分钟；从入院到接受溶栓治疗的平均时间在 2001 年为 40 分钟，2006 年为 50 分钟，2011 年为 35 分钟。

此外，高龄、有心梗史以及症状出现多于 3 小时后入院的患者，均不愿意接受静脉溶栓治疗。适宜静脉溶栓而没有溶栓的原因还有医生的顾虑，比如担心脑出血等安全问题。

这里特别要提的是尿激酶的使用。尿激酶具有便宜无免疫原性可反复使用等特点，且被中国指南所推荐，但欧美并不

推荐。而且之前在中国人群开展的研究显示，对于动脉粥样硬化性疾病，尿激酶的溶栓效果要次于阿替普酶。研究者认为，今后有必要开展临床对照试验进一步评估尿激酶对 STEMI 患者死亡率的影响。

研究者认为，这项全国性大规模研究填补了目前的空白，也为今后提高心梗救治医疗质量提供了依据。

该研究结果，也是 China PEACE 中急性心肌梗死回顾性研究的系列研究成果之一。该研究通过两个阶段的随机抽样，分别

对 2001 年、2006 年和 2011 年相对应的具有全国代表性的 113 家、107 家和 90 家无条件行 PCI 医院中 5306 例住院急性心肌梗死患者进行了分析。

这些医院多为乡村医院，该研究纳入的，2001 年、2006 年和 2011 年在这些不具备行 PCI 条件就诊的心梗患者分别为 1435 例、1839 例和 2300 例。最后经过排除不符合研究的患者后余者 5306 例。

(卢芳)

来源 Eur Heart J Acute Cardiovasc Care. 2016 Jan 19.

中国 15.4% 的城市育龄期女士贫血

虽然当前生活条件较好，但近期一项对我国 7.4 万余城市居民进行的调查发现，贫血患病率为 9.7%，女性更高达 12.8%。

“我们的研究提示，我国城市居民贫血患病率比 10 年前下降了 46.7%，尤其是中小城市居民改善更为显著，贫血患病率下降了 50.5%。但仍需重点关注育龄期妇女和老年人的贫血状况的改善。”研究者指出。图 1

研究显示，我国城市居民血红蛋白均值为 144.16 g/L，男性为 152.8 g/L，女性为 135.01 g/L；大城市为 145.65 g/L，中小城市为 143.90 g/L。其中，中小城市居民贫血患病率要高于大城市(10.0% vs 8.5%)。

进一步分析发现，不同性别年龄组居民贫血患病率有所差异，其中以 18~44 岁育龄期女性贫血患病率最高为 15.4%。

研究者指出，这一年龄组贫血患病率较高，在大中小城市出现同样趋势，或与此年龄女性多处于生育、哺乳和月经等特殊时期有关。这与国外研究结果也较为一致。

贫血是最常见的营养缺乏病，对于儿童会影响学习和发育，对于老人不仅可严重危害老年人身体机能，也大大增加其死亡风险。

2002 年中国学龄期儿童、老年人的贫血患病率分别为 15.3% 和 28.8%，而这项研究显示，这两组人群比十年前均有明显改善，分别降至 4.5% 和 12.5%。

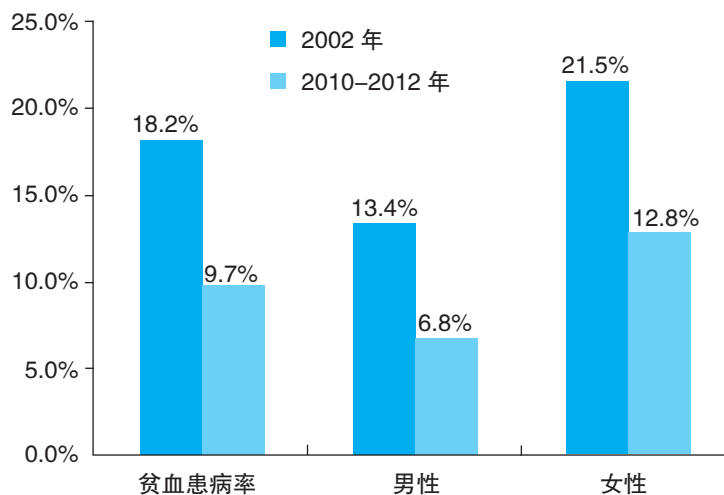


图 1 2002 年中国居民营养与健康状况调查和本次研究 (2010-2012) 所得的城市居民贫血患病率

研究者认为，应该加大对改善贫血干预措施的评估，加强对重点人群的关注。目前，预防和改善贫血状况的公共卫生策略包括改善饮食多样性，食物强化铁、叶酸等微量营养素，摄入含铁营养补充剂等。

该研究数据来自 2010-2012 年中国居民营养与健康状况监测，共纳入我国 34 个大城市和 41 个中小城市 6 岁以上 74 276 名居民，男性占 44%。贫血诊断标准，主要采用 2001 年世界卫生组织和联合国儿童基金会制定的标准。

(卢芳)

来源 中华预防医学杂志, 2016, 50: 213-215.

不同民族心血管危险因素大比拼： 蒙古族最胖，彝族血脂最高

“56个民族，56朵花”，我国汉族人群心血管病流行病学数据较多，其他“花朵”状况如何？中国人群生理常数与健康状况调查（CPCHC）研究对南北方多民族心血管病危险因素进行了摸底，发现各民族状况较为严峻，其中回族、蒙古族更为“抢眼”。

这项研究共纳入包括汉族在内8个以上民族2.3万余人，整体来看，高血压患病率为24.3%、糖尿病患病率为4.3%，血脂异常患病率为49.3%，超重为32%，吸烟率为21.7%。

其中，高血压患病率回族最高达36.8%，糖尿病患病率朝鲜族为首达4.9%，彝族在血脂异常患病率领头为61.3%，蒙古族人体重“最重”超重率达44.7%，苗族人最爱烟枪吸烟率达31.3%（图1）。

研究者认为，不同民族人群心血管危险因素流行存在显著差异，或与各民族特殊的饮食习惯与生活方式有关。

心血管危险因素多有叠加作用，而研究发现，校正年龄后的整体人群伴有 ≥ 1 个， ≥ 2 个以及 ≥ 3 个危险因素者分别占70.3%，40.3%和16.7%。

其中，彝族人合并 ≥ 1 个危险因素者比例最高达78.4%，合并 ≥ 2 个以及 ≥ 3 个危险因素者则以蒙古族和回族比例最高，分

别为45.5%和23.1%（图2）。

此外，研究者发现，整体来看男性、北方人、乡村是心血管危险因素流行的“重灾区”。男性心血管危险因素较女性更为流行，且男女都随年龄患病率升高，不过在65岁以后有所下降，估计对自身健康更为关注所致。

另外，不同民族男士和女士也有区别，比如苗族男士和土家族女士糖尿病罹患率最高，分别为6.9%和5%；而苗族男士和彝族女士则最喜吸烟，吸烟率分别为58.4%和9.4%。

教育背景对健康的影响也很重要。良好的教育背景通常也具有一定的健康素养，不过研究发现，在接受较好教育人群中，女士们对健康比较重视，心血管危险流行因素较低，而男士则比较放任自己，糖尿病、血脂异常、肥胖的还是比例较高。

该研究于2007-2011年共纳入中国南北方6省（自治区）18岁以上成人23010位，其中男性10801位，女性12209位；平均年龄为43岁，1/3人群在18-34岁。

研究中共包括14744位汉族人，2049位彝族人，1909位回族人，1223位蒙古族人，898位朝鲜族人，775位藏族人，658位土家族人，412位苗族人，余者342人为其他少数民族人。

（卢芳）

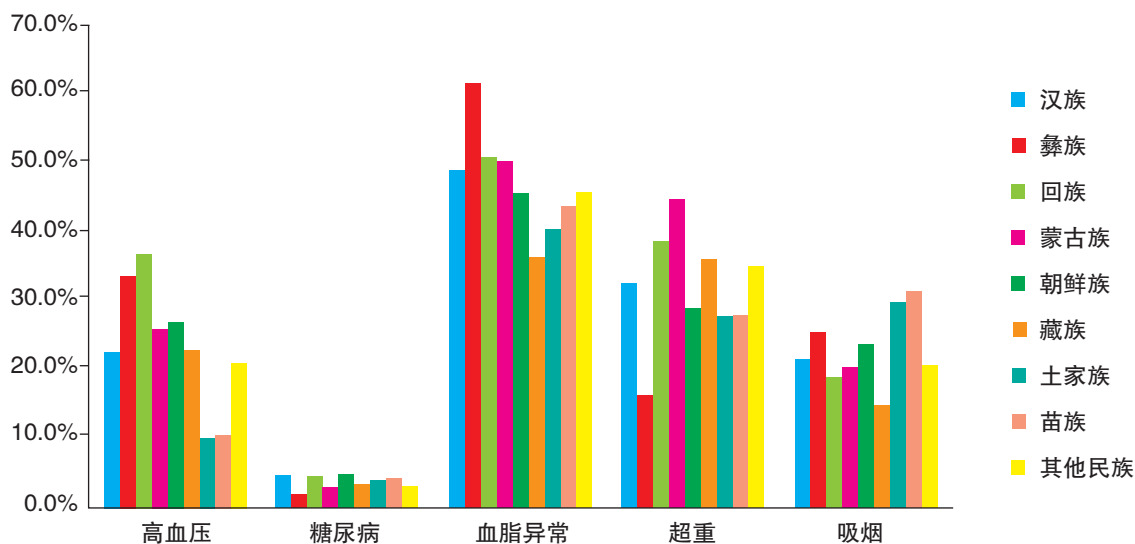


图1 不同民族人群高血压、糖尿病、血脂异常、超重、吸烟的比例

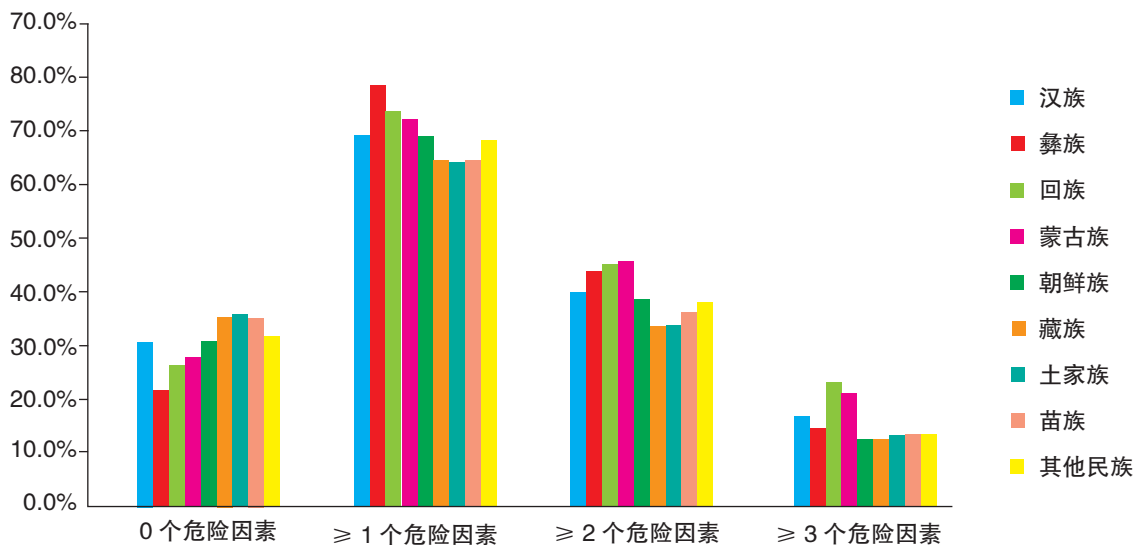


图2 不同民族人群所伴有心血管危险因素个数

来源 Medicine (Baltimore), 2016, 95(10):e2712.

国人应该具备的十大心血管健康素养

近日，国家卫生计生委发布了《中国公民健康素养——基本知识与技能（2015年版）》（以下简称《健康素养66条》2015年版），提出了现阶段我国城乡居民应该具备的基本健康知识和理念、健康生活方式与行为、健康基本技能。

那么对于心血管病的预防，我们应该了解哪些问题呢？

1、知晓正常血压和心率

成年人的正常血压为收缩压 ≥ 90 mmHg 且 < 140 mmHg，舒张压 ≥ 60 mmHg 且 < 90 mmHg；心率60 ~ 100次/分。

2、远离高血压

关注血压变化，控制高血压危险因素，高血压患者要学会自我健康管理。

3、远离糖尿病

关注血糖变化，控制糖尿病危险因素，糖尿病患者应当加强自我健康管理。

4、坚持健康饮食

健康生活方式主要包括合理膳食、适量运动、戒烟限酒、心理平衡四个方面。膳食应当以谷类为主，多吃蔬菜、水果和薯类，注意荤素、粗细搭配。膳食要清淡，要少油、少盐、少糖，食用合格碘盐。

5、坚持运动

成年人每日应当进行6 ~ 10千步当量的身体活动，动则有益，贵在坚持。

6、远离烟草

吸烟和二手烟暴露会导致癌症、心血管疾病、呼吸系统疾病等多种疾病。“低焦油卷烟”、“中草药卷烟”不能降低吸烟带来的危害。任何年龄戒烟均可获益，戒烟越早越好，戒烟门诊可提供专业戒烟服务。少饮酒，不酗酒。

7、保证睡眠时间

劳逸结合，每天保证7 ~ 8 h睡眠。

8、青少年要身心协调发展

青少年处于身心发展的关键时期，要培养健康的行为生活方式，预防近视、超重与肥胖，避免网络成瘾和过早性行为。

9、会测量脉搏

会测量脉搏和腋下体温。

10、会心肺复苏

遇到呼吸、心跳骤停的伤病员，会进行心肺复苏。（杨进刚）

来源 国家卫生计生委官网

AHA：“生命简单七法则” 预防人老心衰

想要过得精彩，心脏就得给力。但美国心脏协会最新发布的《心脏病和卒中统计数据 2016》指出，40 岁人群在此后有 20% 的可能发展为心力衰竭。而我国学者进行的研究表明，慢性心衰住院患者，30 天死亡率高达 5.4%。

怎么预防人老心衰？近期一项研究指出一条路来：用好“生命简单七法则”，就有助于降低日后心衰。

简而言之，“生命简单七法则”就是血压管理、控制胆固醇、降低血糖、积极锻炼、讲究饮食，减肥和戒烟。

听起来老套？不过也着实管用。该研究发现，这 7 项心血管健康评估每做好一项，日后心衰发生风险就降低 23%。

此外，研究者还发现了这 7 项做得很差与心脏重构之间的联系，而且在校正了心脏重构这一因素后，7 项做得不好依旧日后心衰风险高。

“简单 7 项并不简单，真正做起来着实不容易。这项研究旨在告诉人们，去了解这 7 项哪些没到位，然后再去与医生进行沟通改善，最终尽可能达到一个相对理想的健康水平。”研究者指出。

值得一提的是，之前就有研究发现，做好这 7 项，可以降低心肌梗死和卒中风险，而这项研究又给“生命简单七法则”加了一分——可降低心力衰竭。看来，用好“生命简单七法则”，简直是一石三鸟。

这项研究共分析了 3201 位福明翰后代研究受试者的数据，进一步评估了“生命简单七法则”与心力衰竭之间的关系。受试者平均年龄 59 岁，随访 12.3 年，随访期间共有 188 人发生心衰。

(卢芳)

来源 Seven healthy heart measures may reduce heart failure risk. Heart. December 22, 2015.

CCMR-3B：中国糖尿病患者阿司匹林使用乱象

对于糖尿病患者，阿司匹林可有效降低其卒中和心梗等心脑血管事件的发生风险，但近期一项对全国 6 个地区 25454 例糖尿病患者进行的研究发现，无论是心脑血管病的一级预防，还是二级预防均远远不足，反而有部分不需要使用阿司匹林的患者在用。

该研究发现，一级预防患者群中，中高危糖尿病患者比例高达 94.64%（图 1），但阿司匹林使用率仅为 13.1%。二级预防用药的有脑血管病史的患者阿司匹林使用率仅 39.72%。

“目前亟需在各级医院中推广 2 型糖尿病患者标准化诊疗措施，以更大程度预防患者心脑血管并发症的发生。”研究者强调。

研究者介绍说，指南推荐，高危人群需服用阿司匹林一级预防，中危患者需临床医生个体化判断，低危患者则不推荐应用。

但高危人群中阿司匹林的使用率也仅为 13.87%，低危糖尿病患者使用率却有 6.43%。

研究者还发现，在所调查的 100 多家医院中，虽然在高级别医院阿司匹林的应用率较一级医院高，但是也仅有不足 1/4 的患者应用。

合并危险因素的研究人群比例 (%)

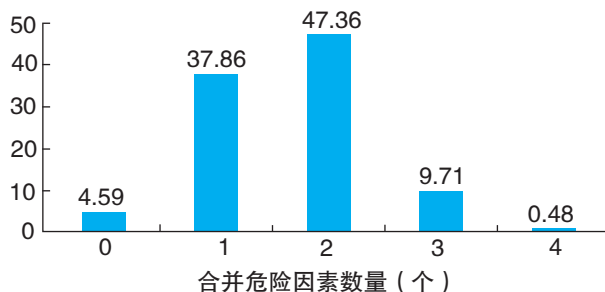


图 1 一级预防组合并心脑血管事件危险因素的人群比例

注：男性 > 50 岁或女性 > 60 岁，并至少合并一项危险因素（心血管疾病家族史、高血压、吸烟、血脂异常或蛋白尿）定义为高危心血管人群，这一年龄层者若不符合上述危险因素，或男性 < 50 岁或女性 < 60 岁至少合并其中一项危险因素，则为中危人群；男性 < 50 岁或女性 < 60 岁不符合其他危险因素者，为低危人群。

该研究是中国 2 型糖尿病患者心脑血管事件危险因素——血压、血脂、血糖的全国性评估（CCMR-3B）研究的一部分，共入选了 2010-2011 年间全国 6 个地区 104 家不同级别医院 2 型糖尿病患者 25454 例。

(卢芳)

来源 中国糖尿病杂志, 2015, 23: 198-202.

安贞医院赵冬等 2 万卒中患者研究： 四成中青年卒中人群为低危

脑血管疾病已成为中国第一位死亡原因，北京安贞医院赵冬等分析了 2 万余例急性期脑卒中患者的数据，发现我国卒中患者大多有多重危险因素，且控制较不理想。此外，中青年（< 65 岁）卒中患者中有 42.1% 属于卒中低风险人群。

一般而言，我们用 Framingham 卒中风险评分量表来计算卒中中的危险水平。但在这项研究卒中人群中，仅 53.3% 是卒中高风险人群，而 < 65 岁者有 42.1% 是卒中低风险人群。

研究者认为，Framingham 卒中风险评分量表直接用于我国人群会有所偏差，以后需建立适合中国人群的卒中风险预测模型，以更好识别卒中高危人群。

“按照现行的‘高危’标准，多数早发卒中患者不是重点的预防人群。65 岁以下人群的‘高危’界定标准可能需要进一步的研究。”研究者表示。

在这项研究中纳入的 20570 例患者中，有 75.5% 罹患高血压，53.5% 有高密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）血症，37.3% 有糖尿病，6.5% 有房颤，此外有吸烟饮酒嗜好的分别占 33.2%

和 22.1%。总体看来，有 75.2% 的患者合并 ≥ 2 个危险因素，43% 的患者合并 ≥ 3 个危险因素。

值得注意的是，在高血压、糖尿病及高 LDL-C 血症 3 种主要卒中危险因素中，卒中患者虽然对高血压知晓率为 70.3%，但控制率却仅为 8%；复发卒中患者知晓率也较低为 83%。

此外，不论是首发卒中患者，还是复发患者，糖尿病和高 LDL-C 血症知晓率、控制率均较低，尤以后者最差。图 1、图 2

研究者指出，这提示我国人群缺乏对血糖异常和血脂异常的重视，日常血糖、血脂监测较少，多数患者已经出现血糖或血脂异常，却因不知晓而未进行服药或饮食控制。

该研究于 2011 年 1~5 月，共收集我国 25 省市 41 家三级甲等医院 20 570 例急性期中住院患者资料。平均年龄 63 岁，63.5% 为男性。其中 15 329 例患者为首发卒中，17 052 例为缺血性卒中。
(卢芳)

来源 中华内科杂志，2015，54:995-1000.

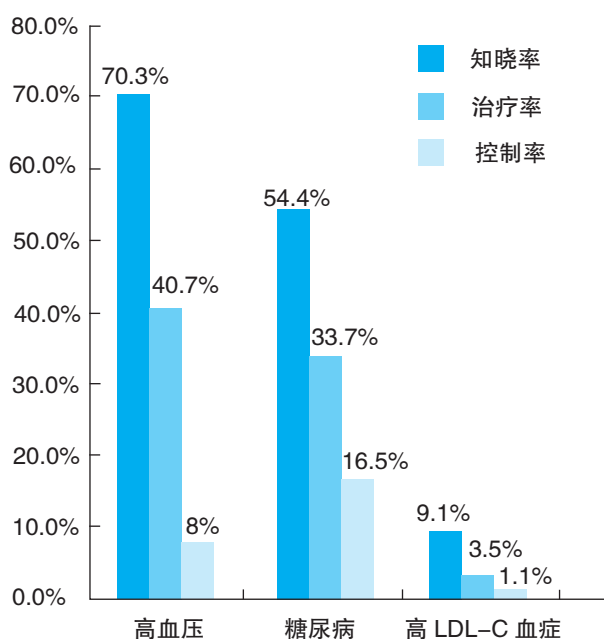


图 1 首发卒中患者高血压、糖尿病及高 LDL-C 血症知晓率、治疗率和控制率

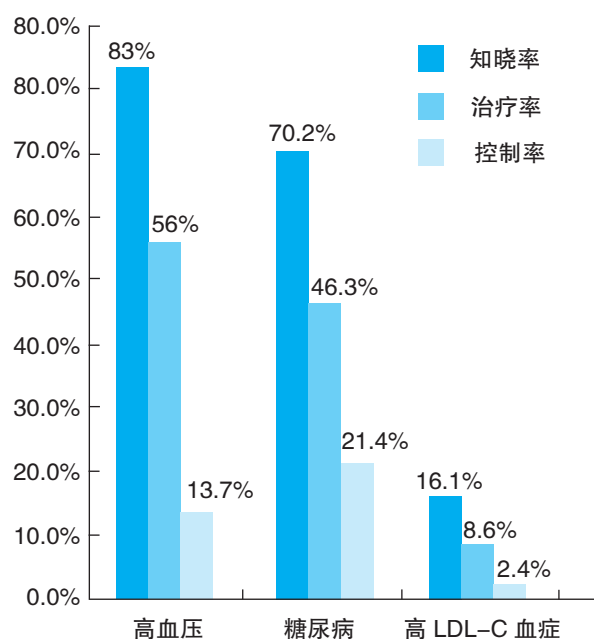


图 2 复发卒中患者高血压、糖尿病及高 LDL-C 血症知晓率、治疗率和控制率

纪立农公布我国 22 万糖尿病患者数据

患糖尿病越早越糟糕

近期，北京大学人民医院纪立农等分析了来自中国国家糖化血红蛋白监测系统（CNHSS）的国内最大的糖尿病患者数据库资料。其中，共纳入 630 家医院的 222773 例 2 型糖尿病患者，平均年龄 58.3 岁，平均糖尿病病史 5.6 年。

结果发现，受试人群早发糖尿病占 12%，平均发病年龄 34.5 岁；晚发糖尿病的平均发病年龄为 55 岁。

研究显示，发病年龄 <40 岁的早发糖尿病患者的冠心病和卒中的发病风险是晚发糖尿病患者的 2 倍。其中，早发糖尿病患者的冠心病或卒中总发生率为 11.1%，显著高于晚发糖尿病患者（4.9%）。

研究者发现，早发糖尿病患者的非致死性冠心病或卒中的多在 40 岁左右出现，比晚发糖尿病患者早 10 年。从 40 岁开始，早发糖尿病患者非致死性冠心病或卒中的发生率高于晚发糖尿病患者。而且糖尿病病史越长，其非致死性冠心病或卒中的风险越高。

CNHSS 数据资料没有包括那些只是生活方式干预的糖尿病患者，另外也没有搜集有关吸烟、血脂以及降压治疗的相关资料，为了防止这些因素导致的偏移，研究者又分析了“3B”研究中的 25454 例 2 型糖尿病患者的资料。该研究人群中，11% 的患者为早发糖尿病（发病年龄 <40 岁）。这些早发糖尿病的 CVD 风险是晚发糖尿病患者高 34%。

研究者称，与晚发糖尿病人群相比，早发人群的血糖以及其他动脉粥样硬化危险因素控制较差，应加强该人群的心血管病一级预防。

对于年轻的 2 型糖尿病患者而言，终生心血管事件风险评估比 10 年风险评估更重要。研究者认为评估年轻 2 型糖尿病终生风险的最佳方式是了解他们有多少心血管病危险因素，据估计 80% 的年轻糖尿病患者有两个以上的危险因素。

（许菁）

来源 Lancet Diabetes Endocrinol, 2016, 4:115-24.

中国糖尿病低龄化： 每 10 个糖友中就有 1 个儿童或青少年

近期在 2015 年世界糖尿病大会上，由国际糖尿病联盟（IDF）最新发布的第 7 版糖尿病概览显示，全球每 11 人中就有 1 人罹患糖尿病，中国是糖尿病患者最多的国家，达 1.1 亿。

其实，在中国，不仅仅是糖尿病患者居全球首位，更让人担忧的是低龄化趋势。自 20 世纪 80 年代以来，我国儿童糖尿病的发病率几乎每 10 年就翻一番。有学者称，目前我国每 10 个糖尿病患者中就有 1 个儿童或青少年。

北京儿童医院 1990 年前偶见 2 型糖尿病患儿，1990 年占糖尿病患者的 3.5%，至 2002 年上升为 39%。2002 年，中国居民营养与健康状况调查发现，中国 5~17 岁儿童青少年糖尿病率为 0.19%，已接近美国等发达国家。

2013 年，美国儿科学会发布《儿童和青少年 2 型糖尿病诊治

指南》，指出体重增加已成为儿童和青少年 2 型糖尿病增加的重要原因。

该学会还推荐 2 型糖尿病患者每日至少 60 min 中到大强度的活动，以减少体重，改善血糖控制。中到大强度的活动指活动至患者用力呼吸、心跳加快。定义运动强度的一种简单方法就是“讲话测试”：在中等强度活动后，患者可以谈话但无法唱歌，在大强度活动后，患者需要停下来喘息才能讲话。此外，还建议减少花在电视、电脑及掌上工具上的屏幕时间在每日 2 小时以内。

（卢芳 杨进刚）

来源 [1] IDF 官网
[2] 人民网
[3] 卫生研究, 2007, 36:722-724.
[4] 山东医药, 2011, 51:98-99.

我国学者提出控糖缓兵之计：牺牲口味换健康

当下，含糖饮料畅销全球，它与肥胖 / 超重、2 型糖尿病等慢病的大流行直接相关。但是我们多数人对这些含糖饮料却总是“欲罢不能”。

近期，我国北京大学公共卫生学院学者联合英国学者共同提出了一种逐步减少含糖饮料中糖含量的控糖策略。这种“缓兵之计”或许真的会让我们逐步远离“糖”的毒害。

据研究者估计，含糖饮料的糖含量每年减少 10%，5 年内累计减少 40%，即可使肥胖率降低 2%，进而在随后的 20 年内，减少 25 万例新发糖尿病患者。

数据显示，5 年内含糖饮料的糖含量累计减少 40%，则英国人的每日能量摄入降低 38.4 千卡，体重降低 1.20 kg，体重指数

降低 1.5%，进而减少 0.5 万例超重和 100 万例肥胖。

如果排除果汁，只是其他饮料中的含糖量降低 40%，也可使每日能量摄入降低 31.0 千卡，体重降低 0.96 kg，进而超重率和肥胖率分别减少 0.7 和 1.7 个百分点，最终减少 22.1~25.0 万例新发糖尿病。

研究者认为如此有效的逐步降糖策略是完全可行的，因为人的口味会逐步适应小的甜度变化，一点儿一点儿减少含糖量，5 年内，他们就会适应了低甜度，而且会更喜欢。（许菁）

来源 Lancet Diabetes Endocrinol. Published online January 6, 2016.

弗明汉最新研究：甜饮料的又一宗罪

饮料的甜蜜常常让人愉悦，不过近期来自弗明汉心脏研究的最新分析显示，每天来杯甜饮料或与内脏脂肪增加相关。

所谓的内脏脂肪，就是包裹着我们的肝脏、胰腺和肠道等内脏器官的脂肪。这个脂肪可非同寻常，它不但让你没有腰，最主要的是它会增加糖尿病和心脏病风险。

研究发现，随着每日含糖饮料摄入量的增加，内脏脂肪的体积增大。研究者提醒说，



大众应该谨遵饮食指南，把握好甜饮料的摄入量。

这项研究共纳入 1003 位平均年龄 45 岁者，近一半为女性。研究者通过分析受试者食物调查问卷填写情况和入组前后腹部脂肪 CT 扫描结果得出了上述结论。其中，受试者被分为 4 组：从不饮用甜饮料者，偶尔来点者，经常饮用者，以及每天都饮用者。随访 6 年。

不过值得注意的是，糖不仅仅添加在饮料中，很多超市热卖零食中都加了大量糖。而且 2008 年一项调查显示，国人人均一年吃掉的糖已达 19.6 公斤，比 30 年前整整上升了 5 倍。

想苗条健康？还是请记住世界卫生组织（WHO）的推荐：每日食糖最好不要超过 25 克。

（卢芳）

来源 AHA 官网 .

美国新版居民膳食指南十大要点

近期，美国卫生与公众服务部、农业部联合发布了《2015~2020年美国居民膳食指南》。该指南每5年更新一次。

该指南并不仅仅对饮食做出了推荐，还包括创建健康环境和运动等内容。美国卫生与公众服务部的官方网站上对该指南的要点进行了总结。

一、坚持健康饮食有助于预防慢性病，如肥胖、心血管疾病、高血压病和2型糖尿病。

二、健康饮食是预防疾病的最佳手段。膳食指南可以帮助你，为你和你的家人做出明智的选择。

三、健康饮食可改善营养，包括食物和饮料的合理搭配。健康饮食也要考虑口味、文化、传统和个人经济情况。

四、健康饮食包括：

- 1、各式蔬菜：包括深绿色、红色和橙色、豆类（大豆和豌豆）、含淀粉的和其他蔬菜。
- 2、水果，最好吃完整的水果。
- 3、谷物，至少一半应是全谷物食品。
- 4、无脂或低脂奶制品，包括牛奶、酸奶、奶酪和/或大豆强化饮料。
- 5、各式富含蛋白质的食物，包括海产品、瘦肉和禽肉、蛋类、豆类（大豆和豌豆）、豆制品、坚果和种子。
- 6、油类，包括植物油：菜籽油、玉米油、橄榄油、花生油、红花油、大豆油和葵花油。油也天然存在于坚果、种子、海产品、橄榄和牛油果中。

五、限制添加糖，添加糖不应超过全天能量摄入的10%。添加

糖是指在加工或准备过程中添加到食物或饮料中的糖或糖浆。不包括天然存在的糖类，如存在于牛奶和水果中的糖。

六、限制饱和脂肪和反式脂肪，饱和脂肪应该低于全天能量摄入的10%，富含饱和脂肪的食物包括黄油、全脂牛奶、没有瘦肉标签的肉和热带油（如椰子油和棕榈油）。应该用不饱和脂肪如菜籽油或橄榄油替代饱和脂肪。

七、减少钠盐，≥14岁者每天钠的摄入量应低于2300mg，不足14岁的儿童摄入量应该更少。使用营养含量表来知晓食物中的钠，加工食品含钠较多。

八、对于大多数人，饮食的微调都可有长期获益。一周、一天，哪怕只是一餐的改变，都向迈向健康饮食的一步。

九、别忘了锻炼身体！规律的锻炼是最重要的促进健康的方式之一。根据指南，成人每周需要至少150分钟的中等强度锻炼，而且每周应该进行≥2天的肌力锻炼。6~17岁的青少年儿童每天需要至少60分钟的锻炼，包括有氧运动、肌力和骨骼加强型活动。

十、选择健康的生活方式，要鼓励使用简单、易行和经济的方法，无论是家、学校、单位、社区还是食物店。

- 1、在家：尝试做出小小的改变，如添加更多的蔬菜，在家做饭，和家人或朋友在一起时安排一些活动时间。
- 2、学校：餐厅是健康饮食的关于场所。
- 3、工作场所：鼓励步行或活动。在餐厅或宴会上提供健康食物。
- 4、社区：公园、集贸市场等是健康环境组成部分，预留活动场所，创建健康社区。
- 5、食品店：建议消费者选择健康食物。

（杨进刚）

