



学临床学科进展
社区双心行动进展报告

全科医师心血管病学

QUANKE YISHI XINXUEGUAN BINGXUE

主编 郭继鸿



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

全科医学临床学科进展

社区双心行动进展报告

全科医师心血管病学

QUANKE YISHI XINXUEGUAN BINGXUE

主 编 郭继鸿

副主编 刘梅颜 王 斌 张兆国 刘向红
王立群

编 者 (以姓氏笔画为序)

马 岩	王 青	田 颖	朱天刚
刘元生	刘文娴	刘国莉	李寿霖
李晓波	杨 秋	杨水祥	张志超
陈 雷	陈琦玲	易 忠	宝 辉
荣 嵘	赵志杰	赵慧萍	胡 昭
段小春	徐国斌	郭艺芳	黄 芸
黄若文	鲍 立	潘集阳	



人民军医出版社

PEOPLE'S MILITARY MEDICAL PRESS

北 京

图书在版编目(CIP)数据

全科医师心血管病学/郭继鸿主编. —北京:人民军医出版社,2012.8
ISBN 978-7-5091-5894-4

I. ①全… II. ①郭… III. ①心脏血管疾病—诊疗 IV. ①R54

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2012)第 157618 号

策划编辑:郝文娜 文字编辑:于明军 责任审读:王三荣
出版发行:人民军医出版社 经销:新华书店
通信地址:北京市 100036 信箱 188 分箱 邮编:100036
质量反馈电话:(010)51927290;(010)51927282
邮购电话:(010)51927252
策划编辑电话:(010)51927300-8724
网址:[www. pmmp. com. cn](http://www.pmmp.com.cn)

印、装:北京印刷一厂
开本:787mm×1092mm 1/16
印张:16.75 字数:397千字
版、印次:2012年8月第1版第1次印刷
印数:00001—10000
定价:46.00元

版权所有 侵权必究
购买本社图书,凡有缺、倒、脱页者,本社负责调换

内 容 提 要

本书详细介绍了全科医师在社区医疗服务中,面对心血管疾病及相关慢病的管理、诊断、治疗过程中所承担的任务,强调社区环境中对病人持续地服务和管理。重点阐述了全科医师在心血管疾病等慢病的防治中应该掌握的基本技能、急症识别与处理、常见心血管病等多种疾病并存时的用药难点解答以及心血管疾病的康复治疗等。本书理论与实践性强,具有可操作性;适合全科医师、社区医师以及从事社区医疗管理人士阅读。

序

2012年3月,国务院印发的关于《“十二五”期间深化医药卫生体制改革规划暨实施方案》中提出,提高基层医疗卫生机构服务能力。继续加强基层在岗人员培训,重点实施具有全科医学特点、促进基本药物使用等针对性和实用性强的培训项目推进全科医师制度建设,把建立全科医师制度作为加强基层的关键举措。全科医师是综合程度要求较高的医学人才,他们主要在基层承担着预防保健、常见病多发病诊疗和转诊、病人康复和慢性病管理、健康管理等一体化的工作,他们医疗水准的高低,决定着我国基层医疗卫生服务的水平。2011年国务院公布的《关于建立全科医生制度的指导意见》也明确指出,医疗卫生人才是决定基层医疗卫生服务水平的关键。多年来,我国基层医疗卫生人才队伍建设相对滞后,合格的全科医师数量严重不足,制约了基层医疗卫生服务水平发展。因而,以现代医学技术发展中的新知识和新技能为主要内容,加强全科医师经常性和针对性、实用性的继续医学教育,加强全科医师的技能培训,是提高全科医师的临床诊疗能力和全科医学思维的有效途径。

随着我国经济社会的发展,城乡居民的健康要求也越来越高,同时,人口老龄化、疾病谱变化,特别是慢性非传染性疾病在我国快速增长,对医疗服务也提出了新的要求。为了适应这些变化,我们不仅需要能够提供专业性强、能处理疑难病例的专科医师,更需大量合格的全科医师。目前,相对滞后的全科医师队伍,已成为制约基层医疗卫生机构进一步改善服务和提高水平的“瓶颈”,因而,迫切需要动员社会的力量,尤其是充分利用大医院、大专家的资源 and 优势,使其成为建设我国全科医师制度的强力支撑和坚强后盾。我们欣喜地看到,胡大一、郭继鸿等一大批知名的专家学者,积极行动起来,精心组织编写了这套针对全科医师继续教育的指导丛书,以期提升我国全科医师的专业素质,提高基层医疗卫生服务的水平。衷心感谢各位专家学者为全科医师的培训工作所作的贡献!同时,希望这套丛书的出版能够更好地指导基层卫生人员学习和掌握相关临床技能知识,推动和促进我国基层医疗卫生服务工作。

前言

2011年6月22日国务院常务会议决定要建立全科医师制度。会议要求到2012年底实现每个城市的社区卫生服务机构和农村乡镇卫生院都要有合格的全科医生。众所周知,慢性病的管理是全科医生医疗服务体系面临的一个重大挑战。慢性非传染性疾病包括心血管病、脑卒中、糖尿病、癌症和慢性呼吸系统病,而列在榜首的是心血管病。全科医师在心血管慢病防治中扮演着极其重要的角色,承担着艰巨的防控任务。

在社区医疗卫生工作中,心血管慢病是全科医师日常需要处理和应对的最重要内容,在其管理过程中,全科医师必须要与时俱进地了解心血管学科的新进展、新认识、新指南。为此,在卫生部相关部门的领导和指示下,《2011—2012年全科医师心血管学科年度进展报告》的撰写任务被提到议事日程。随后,组成的编委会经多次深入细致地讨论,敲定了编写大纲与目录,最终如愿以偿全书顺利脱稿,并付梓交印。

全科医学强调要对患者进行持续性、综合性、个体化的照顾;强调早期发现并处理病患;强调预防疾病和维持健康,强调在社区场所对病人进行不间断的服务和管理,必要时协调利用社区内外的各种资源,对病患进行“长期负责制照顾”。心血管学科专业医师侧重的是疾病的诊断及救治,侧重为疾病明确病因,制订治疗方案。而全科医师心血管学科与普通的心血管专业有所不同,但为了清楚阐述,为了能系统而简明扼要地概括心血管专业的进展,编委会邀请了多位心血管病专家参加编撰。因此,由心血管病专家和全科医学专家共同组成的编委会多次细致地研讨和磋商《年度进展报告》的编写内容,明确全书编写的宗旨一定要符合全科医师的需求,将心血管病专业的新进展融入全科医师的需要。

《2011—2012年全科医师心血管学科年度进展报告》是系列《学科年度进展报告》的一个分册,又是这一学科的首次《年度进展报告》,所以,编写也兼顾了心血管学科的专业基础。为使本书能成为全科医师的一本实用的参考书、口袋书,《2011—2012年全科医师心血管学科年度进展报告》介绍了心血管慢病防治的基本技能,心血管急症的识别与处理,常见的心血管疾病,多种疾病共存时的用药难点解答,以及血管疾病的康复治疗等内容。由于本书的撰写形式为初次摸索,故全书内容难免有所疏漏,恳请各位读者不吝赐教、指正为盼。

郭继鸿

2012年6月1日

目 录

第1章 中国心血管慢病概况	(1)
一、心血管慢病概述	(1)
二、中国心血管病流行病学现况与特点	(2)
三、中国社区心血管慢病防治现况与策略	(2)
第2章 全科医师在心血管慢病防治中的任务与职责	(6)
一、心血管慢病与生活方式	(6)
二、全科医师在心血管慢病防治中的任务	(8)
三、全科医师在社区心血管慢病防治中的职责要点.....	(10)
四、慢病管理流程及国外情况简介.....	(11)
第3章 心血管慢病防治的基本技能	(17)
一、常见心血管慢病问诊与查体.....	(17)
二、实验室检查.....	(23)
三、心电图.....	(41)
四、心血管影像学检查.....	(53)
第4章 心血管急症的识别与处理	(70)
一、胸痛.....	(70)
二、呼吸困难.....	(73)
三、血压改变.....	(76)
四、意识丧失.....	(80)
五、致命性心律失常.....	(85)
六、缓慢性心律失常.....	(87)
第5章 高血压	(89)
一、中国高血压流行特征.....	(89)
二、高血压的诊断与评估.....	(90)
三、高血压预防、教育和管理	(92)
四、全科医师高血压处理要点.....	(95)
第6章 冠心病	(103)
一、稳定型心绞痛	(103)
二、急性心肌梗死	(108)
三、不稳定型心绞痛	(118)

第7章 血脂异常	(123)
一、血脂异常的概述	(123)
二、血脂异常的诊断与危险分层	(124)
三、血脂异常的处理	(125)
第8章 心律失常	(131)
一、期前收缩	(131)
二、心房扑动、心房颤动	(133)
三、心动过速	(137)
四、心动过缓	(141)
第9章 心力衰竭	(146)
第一节 急性心力衰竭	(146)
一、急性左心衰竭	(146)
二、急性右心衰竭	(149)
第二节 慢性心力衰竭	(151)
一、流行病学	(151)
二、病因、诱因及危险因素	(151)
三、临床表现	(151)
四、辅助检查	(152)
五、诊断与鉴别诊断	(152)
六、治疗	(153)
第三节 舒张性心力衰竭	(158)
第10章 心血管相关疾病	(160)
一、糖尿病与心血管疾病	(160)
二、慢性肾衰竭的心血管病变	(162)
三、心源性脑卒中中的一级预防	(163)
四、睡眠呼吸暂停与心血管疾病	(165)
五、甲状腺疾病与心血管疾病	(167)
六、心血管疾病的心理表现	(169)
第11章 其他心血管病	(173)
一、瓣膜性心脏病	(173)
二、心肌病	(175)
三、先天性心脏病	(176)
四、心肌炎	(178)
五、心包疾病	(180)
第12章 心血管病介入与心外科手术治疗后的管理	(182)
一、冠心病介入治疗	(182)
二、冠状动脉旁路移植术后管理	(185)
三、导管消融术	(188)
四、起搏器置入术	(190)

五、心脏瓣膜置换术	(192)
六、其他	(194)
第 13 章 多种疾病共存时用药难点解答	(197)
一、合并 COPD, β 受体阻滞剂的应用	(197)
二、高血压合并前列腺病, α 受体阻滞剂的应用	(202)
三、合并慢性肾病时, ACEI 及 ARB 的应用	(204)
四、有出血病史者, 阿司匹林与华法林的应用	(205)
五、合并糖尿病, 利尿药及 β 受体阻滞剂的应用	(207)
六、合并慢性肾病, 利尿药的应用	(208)
七、肝功能损害时, 他汀类药物的应用	(210)
八、妊娠期心血管药物的使用	(211)
九、肾透析患者伴发高血压时, 钙拮抗剂的应用要点	(214)
第 14 章 心血管病的康复治疗	(217)
一、康复治疗患者的评估	(217)
二、冠心病的康复治疗	(220)
三、心力衰竭的康复治疗	(226)
四、心血管病患者的合理运动	(228)
第 15 章 全科医师心血管病进展 2012	(231)
一、心肺复苏 2011 中国专家共识概要	(231)
二、房颤治疗进展	(232)
三、血脂异常诊治进展	(233)
四、高血压指南进展	(233)
五、其他	(236)
附录 A 全科医师常用心血管药物	(240)
附录 B 心血管疾病现代诊疗技术	(245)
附录 C 心血管病危险因素及评估	(249)
附录 D 心脑血管疾病营养防治	(253)

中国心血管慢病概况

我国心血管疾病流行趋势形势严峻,根据卫生部卫生统计信息中心发布数据,心血管疾病病死率始终居我国居民死因首位,且呈不断上升趋势。2010—2030年,由于人口老龄化与人口增长,我国心血管疾病发生数上升幅度将超过50%,高血压、以及糖尿病的增长趋势导致心血管疾病的发生数将额外增长23%。如果不加以控制,那么在2030年,心血管病患者将增加2130万,心血管病死亡人数将增加770万。据估计,2010年至少有5.8亿人有一种以上的慢病相关危险因素,其中70%~85%发生在65岁以下人群;如不加控制,生活方式带来的危险因素将导致慢病负担增长50%。环境因素是影响慢病患病的决定因素,而这些正是可以通过健康教育和健康促进进行危险因素干预的。全科医师将是解决慢病患者综合管理的关键,但截至2010年底,中国全科医师仅有6万名左右,占注册医师的3.5%,远远低于经济合作组织成员国30%~60%的水平。

近30年我国迎来经济发展的快速增长期,而医疗卫生的发展相对滞后,尤其是慢性非传染性疾病(non-infectious chronic disease, NCD)已成为社会首要的健康负担。包括心血管疾病在内的慢病是21世纪人类健康最大的挑战之一,已经成为国际社会高度关注问题。在我国,慢性心血管疾病是危害人民健康、危害社会及经济可持续发展的严重公共卫生问题和社会问题。更有学者指出,“目前每5个中国人就有一个慢病患者,并以每年一千万的势头增加;每5个成年人中就有一个患有心血管病,每10秒就有一个死于心血管病;大量的慢病人口有可能在不远的将来拖垮中国经济”。

一、心血管慢病概述

慢性非传染性疾病(NCD)简称“慢病”,是对一类病因复杂,起病隐匿,病程长且迁延不愈,缺乏确切的传染性生物病因的证据,且有些尚未完全被确认的疾病的概括性总称;主要包括冠心病、高血压、卒中、糖尿病、肿瘤、精神疾病及慢性呼吸系统疾病。

在我国,慢病的发病率和死亡率居高不下,患病人数已经超过2.6亿,80%以上的居民死亡和致残由慢病引起。在疾病的经济负担中63%由慢病导致,给患者及其家庭带来沉重经济负担,成为危害健康的最严重疾病。但上述负担可防可控,根据2011年世界银行中国慢病研究显示,自2010—2040年,如果每年能将心血管疾病死亡率降低1%,其产生的经济价值相当于2010年中国国内经济生产总值的68%,按平均购买力计算多达10.7万亿美元。而如果不

能有效控制慢病,必将造成劳动力人口降低,患病需抚养人群比例增加,成为中国经济减速和社会不稳定因素之一。

二、中国心血管病流行病学现况与特点

我国心血管疾病流行趋势形势严峻,根据卫生部卫生统计信息中心发布数据,我国心血管病病死率 2006 年为 183.7 人/10 万,2008 年为 241.0 人/10 万,分别占当年死亡构成比的 34.8%和 40.27%,心血管疾病病死率始终居我国居民死因首位,且呈不断上升趋势。《2007 年中国心血管病年报》公布数据显示,目前我国每年新发脑卒中 200 万人,死亡 100 多万人,现患脑卒中 700 万人;每年新发心肌梗死 50 万人,现患心肌梗死 200 万人;下肢动脉硬化症患者率为 2.1%~22.5%。每年全国心血管病死亡人数达 300 万人,每死亡 3 人就有 1 人是死于心血管疾病。每年用于心血管病的直接医疗费用已达 1 300 亿元,与 1993 年统计数据比较增加了 7 倍。

根据《应用中国冠心病政策模型预测中国未来心血管病流行趋势》的数据显示,2010—2030 年,由于人口老龄化与人口增长,心血管疾病发生数上升幅度将超过 50%,高血压以及糖尿病的增长趋势导致心血管疾病的发生数将额外增长 23%。如果不加以控制,那么在 2030 年,中国心血管病患者将增加 2 130 万,心血管病死亡人数将增加 770 万。

我国心血管疾病流行特征出现的变化,心血管疾病已不再是城市或经济发达地区人口所特有的“富贵病”,近年来农村和非经济发达地区人口的发病率、患病率和死亡率显著升高。发病年龄提前,青壮年人群的发病与患病水平明显升高。我国患心脑血管病人群趋于年轻化,三四十岁的中青年也会成为猝死的牺牲品,小学生中也有高血压患者,中学生中发现了动脉粥样硬化患者。

需要警惕的是,心血管病通常起病隐匿,早期无症状,病情逐渐进展,患者常在出现较严重症状时才去就医甚至于来不及就医突发死亡。大量的心血管疾病患者集中在社区,干预越早,效果越好,建立以社区为主体的疾病防控筛查体系,以社区为基础开展健康干预尤为重要。

三、中国社区心血管慢病防治现况与策略

众所周知,改革开放的 30 年带来了中国经济的快速发展和社会的快速转型,由此带来一系列环境改变、生活方式改变、饮食习惯改变和国民压力升高等,这些因素导致慢性疾病发病率骤然升高,而如何控制上述危险因素是中国慢病防治的关键。

(一) 中国社区心血管慢病防治现状

1. 不健康生活方式带来心血管疾病持续快速上升态势 随着快速的城市化进程,我国居民的饮食结构已经由传统的粮食和蔬菜为主转向高脂肪、高蛋白、高热量饮食;加上运动量减少,造成超重或肥胖人数越来越多。2002 年中国超重率和肥胖率分别为 22.8%和 7.1%,较 1992 年增长了 38%和 81%。在不健康生活方式影响下,超重和肥胖的非成年人比例升高,在北方沿海城市分别为 32.5%和 17.6%,已经超过欧洲国家的平均水平,这也大大增加了潜在的心脑血管等慢病疾病的发病风险人群总数。此外,生活方式的明显转变,引发了高血压、糖尿病等疾病发生发展,也使随之而来的心血管疾病呈持续快速上升态势。据估计,2010 年中国至少有 5.8 亿人有一种以上的慢病相关危险因素,其中 70%~85%发生在 65 岁以下人群;如不加控制,生活方式带来的危险因素将导致中国慢病负担增长 50%。

2. 人口老龄化和人口总数的快速增长 在近30年来,中国的疾病谱已经发生巨大变化,包括心血管疾病在内的慢性疾病,已构成了国家人口因病死亡的主要原因。其中另一个重要原因在于中国人口结构的变化。2010年,中国65岁以上老年人1.15亿;到2030年将激增至2.4亿;2040年50岁以下人口继续明显减低。由于人口老龄化与人口增长,我国心血管疾病发生数上升幅度将超过50%。

总之,我国整体的健康教育水平较经济增长速度低,使得不良生活方式普遍存在;加上老龄化的人口构成,造成了心血管疾病发病率在相当长一段时间会不断上升,如不加以控制,很可能造成心血管疾病暴发性的流行。

(二) 中国社区心血管慢病防治策略

心血管慢病往往有共同的危险因素,这些因素可防可控。世界卫生组织近年来发表关于慢病的工作报告,建议针对慢病采取5项优先干预措施。包括加强控烟、强化限盐、健康饮食和必要的体力活动、适度的药物和医疗技术应用。同时强调5项防控行动,包括政府重视、加强预防、以患者为中心的医疗服务、国际间合作和通过注册的形式进行监控。应该认识到,慢病不仅是医学或公共卫生问题,还是国家发展问题和政治问题。慢病的防控不仅是卫生部门的行政干预,还需要更大层面的共同推进,整个社会共同参与。

1. 加强慢性非传染性疾病防控体系建设 卫生部陈竺部长指出,慢性非传染性疾病防控是一项刻不容缓的工作,如果控制不好,未来二三十年,全球将出现慢性非传染性疾病的“井喷”,应高度重视导致慢性非传染性疾病的决定因素。将慢性非传染性疾病防控纳入社会经济发展核心指标,慢性非传染性疾病是“社会传染病”,政府应像重视GDP一样重视慢性非传染性疾病防控工作,将其纳入当地经济社会发展总体规划,建立部门间协调机制。强有力的卫生体系不仅是应对传染病和突发公共卫生事件的基础,更是防控慢性非传染性疾病的關鍵。在全球建立统一明确的慢性非传染性疾病防控目标与评价指标,制定清晰的行动路线,协调整合国际资源,建立广泛的国际合作与伙伴关系。

2. 控制慢性非传染性疾病的危险因素 常见慢病都与遗传因素、吸烟、饮酒、不健康饮食、不良生活方式等共同的危险因素有关。

(1) 吸烟:烟草燃烧烟雾中含有3800多种已知的化学物质,会导致肿瘤、高血压和冠心病等慢病风险增高。吸烟是心血管疾病的重要危险因素,与高血压、高血脂、高血糖等危险因素是叠加倍增关系。吸烟促发心血管疾病的发病机制则主要是吸烟使血管内皮功能紊乱,血栓生成增加,炎症反应加强及氧化修饰。尼古丁可引起血管收缩,使血压升高;也可使血管内膜受损,引起冠状动脉痉挛,诱发心绞痛和心肌梗死,也可引起心搏加快。

(2) 饮酒:适度饮酒能预防冠心病及其意外事件的发生,降低总病死率。饮酒量和冠心病意外事件减少之间存在密切的量效关系。每日摄入15~30g乙醇时冠心病意外事件减少30%~50%。长期过量饮酒可引起高血压、体重增加、神经病变,激活交感神经系统及肾素-血管紧张素系统,增加体内皮质激素水平及儿茶酚胺浓度;影响钙离子转运,使细胞内游离钙浓度上升,从而外周血管阻力增加损害血管内皮功能;降低胰岛素敏感性。Zilkens等证实,无论饮用哪种乙醇饮料,升高血压主要是乙醇的作用,同时饮酒也是糖代谢紊乱、2型糖尿病形成的独立危险因素。总的来说,与高血压有关的疾病如脑卒中等的发生率和饮酒量直接相关,过度饮酒也损害心肌,直接影响动脉壁组织。“J”形态曲线所描述的病死率就是乙醇对心脏的保护作用和过度饮酒对心脏毒害作用的总和,饮酒对心脏的保护效果仅限于每日摄入相当于

15~30g 乙醇量,过度饮酒对身体健康有害。许多研究证实,饮酒危害的取决于喝酒的方式及饮酒的量。

(3)不健康饮食:不健康的饮食习惯直接影响着脾胃功能的消化及营养的吸收,现在居民营养水平全面提高,但饮食结构不合理,谷物类食品摄入减少,动物类食品摄入增加,造成营养素的缺乏,营养不均衡,从而导致很多慢病的发生。

(4)静坐的生活方式:静坐生活方式的定义是“在工作、家务、交通行程期间或在休闲时间内,不进行任何体力活动或仅有非常少的体力活动”。静坐生活方式者如果同时又进食高脂肪膳食,最直接的后果就是引起体质量增加及代谢紊乱,进而导致肥胖、血胆固醇及血糖水平升高。

3. 预防控制策略,呼吁全民健康管理 芬兰的经验显示,有效的进行危险因素干预,强化慢病全过程管理,可使心血管疾病发病率大大下降,与之相伴的医疗费用也明显降低。研究发现,年龄结构与外环境因素对慢病患病率影响分别为 19.24% 和 80.76%,可见环境因素是影响慢病患病率的决定因素,而这些正是可以通过健康教育和健康促进进行危险因素干预的。

人类健康的最大挑战来自慢性非传染性疾病 以单因单病,病在细胞为特征的生物医学模式随着在 19 世纪自然科学的迅速发展很快就取代了以体液平衡学说为代表的经验医学模式,以生物科学指导临床实践,基本控制了传染病,取得了辉煌的成就。然而,21 世纪全球化和城市化的趋势使疾病发生和流行的危险因素不断增加,对人类健康的最大挑战来自慢性非传染性疾病,仍然用单因单病,病在细胞为特征的生物医学模式来指导慢病的预防和控制则显得单薄无力。

环境因素和生活方式对于慢病更重要 1990 年伊文斯和斯多达特(Evans & Stoddart)提出决定健康的多因素模式,更加系统地认识到人类健康规律的新模式,即生物-心理-社会-环境医学模式。1974 年加拿大政府发布了拉龙德(Lalonde)报告,指出国民健康并不仅仅是由医疗服务单方面所决定的,决定健康的主要因素有 4 个方面,即生物学因素、环境因素、生活方式和医疗卫生系统的因素。30 多年来,大量的研究证明,对于慢性心血管疾病而言,环境因素和生活方式(即个人行为)的影响远远大于医疗服务对健康的影响。

建立慢病防控体系才能降低医疗成本 研究发现,美国人在过去的近 100 年时间里,平均寿命增加了 30 年。其中公共卫生和预防贡献了 25 年,医疗服务只贡献了 5 年。美国政府尝试了许多经济管理手段来改善医疗系统,即使每年花费 1.9 万亿美元,美国医疗系统对健康维护与促进几乎没有什么帮助。这是由于大量费用投入到“诊断和治疗”系统,人群中最不健康的 1% 和患慢病的 19% 共用了 70% 的医疗卫生费用;而最健康的 70% 人口只用了 10% 的医疗费用。这样数据也是中国医疗系统的现状。

显然,医疗费用应该用于建立同时为健康和 unhealthy 的人服务的健康维护和管理系统,建立防控体系,实现诊疗前移这才有可能降低医疗成本。为此,20 世纪美国政府制定了全国健康管理计划,由政府、社区和专业组织合作,采用健康指标进行健康促进,延长健康寿命、消除健康差距。重点健康指标监测,包括运动、超重及肥胖、烟草使用、精神健康和医疗保健覆盖率等。

国际社会在应对慢病方面已有系列共识,这源于不同国家的经验积累,包括将健康融入所有政策,制定促进国民健康的经济策略、加强卫生部门行动、改善基层卫生保健系统的慢病服务以及全民健身运动等。这些健康管理策略值得我们考虑结合国情借鉴。

(三) 未来展望

1. 目标——在中国开展慢病预防干预的预期效果 根据世界银行中国慢病研究现有数据,在中国如果控烟加酗酒干预,年人均投入达0.07元,可额外避免40万伤残调整寿命年;如针对慢病高风险人群年人均投入达90元,在控烟加酗酒干预基础上再加高胆固醇干预,可额外避免8500万伤残调整寿命年;如在加上心血管风险评估,采用必要的药物治疗包括阿司匹林、他汀类和降压药物等,可额外避免5亿伤残调整寿命年。该项目每年总投入将超过1800亿元,但仍不到2010年卫生总费用的10%。

2. 方式——建立中国心血管慢病的行动平台 如何应对日益严重的心血管慢病流行趋势实施有效可行的防治策略,使未来的中国避免严重的慢病负担,这不仅是政府的责任,也是医学工作者、心血管专科医师和全科医师的责任。结合中国国情,建立中国心血管慢病的行动平台,根据患病的严重程度和所需的临床管理负责程度将患者分类,并提供相应的医疗保健服务。在大部分心血管疾病的早期稳定阶段,患者所需要的临床管理要求较低,可鼓励患者在定期就诊的情况下自我管理;有5%的患者病情复杂需要专业医护人员进行住院治疗;二者之间的为高风险患者,病情不稳定需要专业人员定期指导规范治疗。基于此平台下的心血管慢病管理模式,更强调工作在社区的全科医师作用,强调患者的主动参与疾病管理作用,强调全科医师和心血管专科医师、社区卫生机构和三级医院之间的有效协作,已保证慢病患者医疗管理的连续性。

3. 关键——全科医师的培养与培训 通过全科医师开展在社区的生活方式改善,告诉患者什么样的行为可能带来什么健康风险,行为和患病风险密切相关。通过全科医师的帮助,调动个体对自己健康的责任心,应用行为干预来影响个体和群体的健康行为。健康教育、疾病筛查及心血管风险定期评估和有效的家庭随访及疾病监控体系的建立,使得未来我国居民的生活方式改善成为可能。全科医师将是解决慢病患者综合管理的关键,但截至2010年底,中国全科医师仅有6万名左右,占中国注册医师的3.5%,远远低于经济合作组织成员国30%~60%的水平。如何通过培训更多的全科医师获得充分的心血管疾病诊疗知识将是未来工作的重点。

陈竺部长在最近题为《中国慢性疾病的挑战、机遇和对策》的报告中指出,中国正处于健康转型期,慢病行为危险因素高度流行,造成慢病发病率逐年攀升,疾病负担、经济负担加剧,已引起政府的高度关注;目前应着力于推进“防治结合”,努力实现“防”“治”机构一体化,呼吁全社会共同努力应对慢病。加强制定慢病长期防治规划,帮助政府承担防控的主导作用和加强临床医学与公共卫生整合,促进慢病防控关口前移,这需要具有社会责任感的医学工作者们共同努力。

(郭继鸿)

全科医师在心血管慢病防治中的任务与职责

一、心血管慢病与生活方式

慢性非传染性疾病(non-communicable disease, NCD), 包括心血管疾病、脑卒中、糖尿病、癌症和慢性呼吸系统疾病, 是导致人类过早死亡和影响健康水平的主要原因, 已成为全球重点关注的健康问题, 其中心血管疾病位列 5 大慢病之首。2011 年 9 月, 联合国在俄罗斯召开的针对 NCD 高峰会议, 指出 NCD 的全球重负的快速增长, 已成为实现联合国千年发展目标的严重障碍。同样, 我国 NCD 也成为头号健康威胁, 每年约 1 030 万各种因素导致的死亡中, 慢病所占比例超过 80%, 在疾病负担中占 68.6%。最近公布的中国 NCD 报告中指出: 2010—2030 年中国 NCD 流行将不断加剧, NCD 患者人数将增加 2~3 倍; 心肌梗死、脑卒中、糖尿病和慢性阻塞性肺气肿的负担预计将增长近 50%。在所有慢病负担中, 心血管疾病(心肌梗死和脑卒中)的比重将超过 50%。因此, 心血管疾病的防治将是遏制中国 NCD 进展的关键。

1. 不健康生活方式对心血管疾病影响 不健康的生活方式对心血管病的影响已得到证实。2004 年公布的 INTERHERAT 研究, 在 52 个国家中(包括中国)262 个中心的 15 152 例患者和 14 820 例的对照中进行的调查表明, 全世界各个地区、不同年龄和性别的人群罹患急性心肌梗死的(AMI)的危险因素大多由血脂异常、吸烟、高血压、糖尿病、腹型肥胖、心理社会压力、摄入水果蔬菜过少、饮酒、规律的体力活动少所致, 这 9 种危险因素分别可以解释男性和女性心肌梗死原因的 90%和 94%。另有研究表明: 80%的心血管病与生活方式有关, 目前危害最大的危险因素是不健康的饮食习惯、不运动的生活方式和吸烟。饮食不健康和缺乏运动会导致血压和血糖的升高、血脂的异常以及超重和肥胖, 进而增加心血管病的发生危险。

不健康的饮食习惯主要是指“三高”, 即高饱和反式脂肪酸、高盐、高糖, 特别是含糖饮料, 每年至少导致 1 400 万例死亡, 占 NCD 总死亡率 40%; 过多摄入食盐可以解释 30%的高血压; 缺乏体力活动导致每年死亡 300 万, 占 NCD 总死亡中的 8%。Jensen 等对“丹麦饮食、癌症与健康前瞻性研究”中 54 783 例 50—64 岁无冠心病的患者进行了平均 7.7 年的随访研究, 以了解肥胖及生活方式与急性冠状动脉事件的风险。结果发现: 不运动、吸烟、不健康饮食习惯、超重和肥胖都可以增加急性冠状动脉综合征(ACS)的风险, 并且发现体重指数每增加 1 个单位, ACS 的发病风险在女性和男性中分别升高 5%与 7%。研究还发现生活方式的不同会

对同等条件人群的 ACS 风险产生不同的影响。如:在肥胖者中,每周活动 1.0~3.5h 者患 ACS 的风险低于久坐者,不吸烟者低于吸烟者;健康饮食与 ACS 发病危险的降低也是一致的。因此,生活方式与肥胖对 ACS 的联合作用也应受到重视。我国人群的研究中也发现体力活动强度与缺血性心血管病的发病呈负相关。

吸烟对人体的危害早已被世界公认,据 WHO 统计显示:全世界死于与吸烟有关疾病的人数近 500 万/年,且吸烟人群逐年呈年轻化趋势。戒烟可以使其心脏病发作的风险降低 59%。既往多研究主动吸烟,近年对被动吸烟的危害也引起了广泛的关注。近期的 Pell 等前瞻性研究收集了苏格兰 9 家医院的 ACS 患者在无烟法律实施前 10 个月和次年相同时期的吸烟和被动吸烟的信息,以了解无烟立法的实施与 ACS 发病的相关性。结果显示:无烟立法实施后 ACS 入院的患者从 3 235 减少到 2 684,减少了 20.5%;未及时就诊而死于院外的人数也下降了 6%。因 ACS 入院的人数中吸烟人群下降了 14%、既往吸烟者下降了 19%、从未吸烟者下降了 21%。同时发现在从不吸烟者中一周之内体内血清古丁尼(尼古丁在体内的代谢物,为间接吸烟量的判断指标)平均水平也从 0.68ng/ml 下降到 0.56ng/ml。可见,被动吸烟的危害同样应受到关注。

另有研究证实了健康的生活方式可以使 NCD 的发生减少。2009 年 Earl S. Ford 等发现具备四种健康的生活方式,即规律运动(大于 3.5h/周)、坚持健康饮食、从不吸烟、不肥胖(体重指数小于 30%)可以明显降低 2 型糖尿病、心肌梗死、脑卒中、癌症 4 种疾病的风险,且发病风险的程度与 4 种健康生活方式的数目有关,具备 1 种健康的生活方式降低风险 49%,2 种降低 63%,3 种降低 72%,4 种降低 78%。遗憾的是仅有 9%的观察者具备了上述 4 种健康的生活方式。因此预防 NCD 的潜力巨大。

2. 心血管疾病是可以预防和可以控制的 在过去的 20 多年中,我国心血管病的治疗取得了巨大的成就,尤其早期溶栓治疗和介入治疗等血管重建技术使急性心肌梗死的死亡率由 25%降低至 10%,同时也伴随着巨大的医疗成本。尽管我国医疗技术已与国际平齐,心血管疾病并没有得到有效控制,发病率较 20 世纪 50 年代上升 4 倍,呈“井喷”发展趋势,且发病年轻化。相比之下,美国心血管疾病死亡率从 1968—2000 年下降了 50%,其主要原因是从 1968 年起美国政府开始预防干预。

著名的“芬兰北卡心血管病预防项目的研究”也证实了生活方式改变可以明显降低冠心病的发病率。在 20 世纪 60 年代和 70 年代早期,芬兰冠心病的发病率和死亡率特别高,研究者发现导致冠心病高发的主要原因是高胆固醇血症,与芬兰人的饮食习惯密切相关。研究人员开始以芬兰发病率最高的北卡罗利亚省为观察对象,经过 25 年的干预,芬兰人的生活方式得到了明显的改变,如:黄油涂面包从 80%降至 5%,喝高脂牛奶从 70%降至 9%,每年摄入蔬菜水果从 20 千克升至 50 千克,男性吸烟率下降了 50%,盐摄入量下降了 20%等,结果冠心病死亡率下降了 73%,期望寿命增长了约 7 年。之后芬兰政府将此项目推广至全国,也取得了同样的效果。

目前我国心血管危险因素远远没有得到有效控制,每年新增高血压和血脂异常人数达 1 000 万,吸烟人数 3.5 亿,仅有 26%人希望戒烟,且戒烟成功率仅 11.5%。1992—2002 年 10 年间,城市糖尿病患病率上升 40%,超重和肥胖患者数增加 1 亿,成年人坚持锻炼的不到 1/3。如何有效的控制冠心病危险因素,改变人们不健康的生活方式,实现我国心血管病拐点下移任重道远。借鉴国外成功的经验,它需要全社会的共同参与,包括政府的主导、创造健康社会环

境、规范健康教育、缔造无烟环境、完善食品安全政策法规等。同时,广大医务人员也是实现这一目标的主力军,不能仅局限于疾病的治疗,更应该承担起疾病预防和健康促进的神圣使命。

二、全科医师在心血管慢病防治中的任务

慢性病管理是全球医疗服务所面临的一项重大挑战。联合国已专门召开关于预防和控制慢性病的全球高峰会议,强调各国要采取切实行动将慢性病防控作为改善全球居民健康的新战线,以心血管疾病为代表的慢性病对发展中国家危害最大,建议采取政府主导和多部门行动的防控策略。中国经过30年的经济飞速发展,居民生活方式发生了根本性变化,不健康的生活方式导致了高血压、高血糖、高血脂和肥胖等心血管疾病危险因素在农村和城市居民中暴发流行。现在中国已形成多达2亿高血压和接近1亿糖尿病患者,成为全球高血压和糖尿病第一大国,血脂异常和肥胖也正悄悄地侵蚀居民的身体健康。因此,让全科医师全程参与心血管疾病防治的六道防线(防危险因素、防发病、防事件、防后果、防复发和防治慢性心力衰竭),并且在防危险因素、防发病、防治心力衰竭等几道防线中起重要作用。因此,全科医师在心血管慢病防治过程中扮演者极其重要的角色并承担着艰巨的防控任务。

1. 全科医师应持续不断地学习疾病诊疗指南和专家共识 全科医师是社区医院防治心血管慢病的主力军,提高全科医师的临床技术水平和疾病管理水平是增强社区医院承担心血管慢病重大防治任务的关键。全科医师在进行心血管慢病管理过程中应用的知识范围不仅涉及心血管疾病的理论知识和临床知识,而且也涉及患者的环境因素和人文因素等生物-心理-社会综合医学模式的边缘科学知识。为了提高社区医院的心血管慢病防治水平,首先,全科医师要不断地接受不同形式心血管专业知识的继续医学教育,熟练掌握常见心血管疾病,尤其是心血管慢病如高血压、冠心病、慢性心功能不全等常见病和多发病的诊疗指南,认真学习不断更新的心血管疾病理论知识以及接受心血管疾病治疗新理念,充分重视和规范化应用各种心血管慢病诊治的专家共识,为全科医师成功有效地防治心血管慢病打下坚实基础。通过对全科医师进行心血管慢病防治的专业化培训,转变全科医师只重视对个体疾病治疗而忽视对人群易患因素预防的新理念,转变全科医师只重视患者来医院诊治而忽视主动预约和电话随访指导患者治疗的连续性医疗保健服务,全面提升全科医师实施心血管慢病管理的业务能力,充分发挥全科医师作为居民健康“守门人”的作用。另外,全科医师要与心血管专科医师进行密切地专业技术沟通,通过政府构建的学术交流和技术协作平台拉近全科医师与心血管专科医师的距离,成为全科医师了解最新医疗政策、接受继续教育和全面获得最新心血管专科诊疗信息的通道,从而有效地提高全科医师对心血管慢病的防治技术水平。

2. 开展健康教育建立以全科医师为核心的医、护、防团队服务 心血管疾病及其事件是由诸多危险因素逐渐发展并与动脉粥样硬化进展相互作用形成的慢性事件链式过程。从危险因素开始到发展成心力衰竭或脑卒中致残等要经历漫长过程,控制心血管疾病发生既包括通过改善生活方式和合理用药等全面控制危险因素防止心血管疾病发生和发展的一级预防,也包括通过规范化治疗预防复发和改善预后的二级预防。以全科医师为核心的医、护、防服务团队是有效地进行心血管慢病一、二级预防的重要实施途径之一,全科医师团队可以通过多种形式的健康教育对以家庭为单位的社区人群进行心血管慢病危险因素干预和控制,以帮助人群建立健康的生活方式,保持平衡心态,坚持有氧运动,合理膳食,少量饮酒,戒烟,劳逸结合。使其能够正确理解和认识心血管疾病的发生和发展,了解科学防治疾病的方法,掌握常见心血管