

老年心血管疾病的 流行病学及预防

世界卫生组织专家组报告



本报告汇集了国际专家组的观点
并不代表世界卫生组织的决定和规定的政策

世界卫生组织技术报告丛书

853

老年心血管疾病的流行病学及预防

世界卫生组织专家组报告

世界卫生组织 编

武广华 李慎廉 朱志忠 译
崔国敏 张秋生 李钰铭

世界卫生组织



人民卫生出版社



世界卫生组织委托中华人民共和国
卫生部由人民卫生出版社出版本书中文版

图书在版编目 (CIP) 数据

老年心血管疾病的流行病学及预防/世界卫生组织编;
武广华等译. - 北京: 人民卫生出版社, 1998

ISBN 7-117-02991-9

I. 老… II. ①世… ②武… III. ①老年病: 心脏血管疾病-流行病学②老年病: 心脏血管疾病-防治 IV. R54

中国版本图书馆 CIP 数据核字 (98) 第 11319 号

ISBN 92 4 120853 8

©世界卫生组织 1995

根据《世界版权公约》第二条规定, 世界卫生组织出版物享有版权保护。要获得世界卫生组织出版物的部分或全部复制或翻译的权利, 应向设在瑞士日内瓦的世界卫生组织出版办公室提出申请。世界卫生组织欢迎这样的申请。

本书采用的名称和陈述材料, 并不代表世界卫生组织秘书处关于任何国家、领土、城市或地区或它的权限的合法地位、或关于边界或分界线的划定的任何意见。

本书提及某些专业公司或某些制造商号的产品, 并不意味着它们与其他未提及的类似公司或产品相比较, 已为世界卫生组织所认可或推荐。为避免差讹和遗漏, 专利产品第一个字母均用大写字母以示区别。

老年心血管疾病的流行病学及预防

世界卫生组织 编

武广华 等译

人民卫生出版社出版发行

(100078 北京市丰台区方庄芳群园 3 区 3 号楼)

北京人卫印刷厂印刷

新华书店经销

1000×1400 32 开本 $2\frac{1}{8}$ 印张 55 千字

1998 年 6 月第 1 版 1998 年 6 月第 1 版第 1 次印刷

印数: 00 001—3 000

ISBN 7-117-02991-9/R · 2992 定价: 7.50 元

(凡属质量问题请与本社发行部联系退换)

世界卫生组织老年心血管疾病的流行病学及预防研究小组

1993年10月11~18日,日内瓦

成员:

Professor A. K. P. Amery, Hypertension Unit, UZ-Sint Rafael/Gasthuisberg, University Hospital, Leuven, Belgium

Professor R. Beaglehole, Head, Department of Community Health, School of Medicine, University of Auckland, Auckland, New Zealand (also representing the International Society and Federation of Cardiology) (*Chairman*)

Professor R. Boedhi-Darmojo, Chairman, Research Institute, Departemen Pendidikan dan Kebudayaan, Diponegoro University, Semarang, Indonesia

Dr D. B. Brock, Chief, Biometry Office, Epidemiology, Demography and Biometry Program, National Institute on Aging, National Institutes of Health, Bethesda, MD, USA

Professor A. M. Davies, Professor Emeritus, School of Public Health and Community Medicine, The Hebrew University of Jerusalem, Jerusalem, Israel

Professor S. R. A. Dodu, Professor Emeritus, Department of Medicine and Therapeutics, University of Ghana Medical School, Accra, Ghana (*Vice-Chairman*)

Dr J. Feher, President, Hospital Israelita Albert Einstein, Morumbi, São Paulo, Brazil

Dr A. E. Fletcher, Senior Lecturer, Department of Epidemiology and Population Sciences, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, England (*Rapporteur*)

Dr M. Higgins, Associate Director, Division of Epidemiology and Clinical Applications, National Heart, Lung, and Blood Institute, National Institutes of Health, Bethesda, MD, USA

Professor M. A. Najeeb, Emeritus Professor of Cardiology, Armed Forces Medical College/A. F. Institute of Cardiology, St John Park, Lahore, Pakistan

Dr T. Omae, President, National Cardiovascular Center, Suita, Osaka, Japan

Professor M. Schroll, Department of Geriatrics, Copenhagen City Hospital, Copenhagen, Denmark

其他组织的代表:

World Hypertension League

Dr T. Strasser, Secretary-General, World Hypertension League, Geneva, Switzerland

International Council of Nurses

Mrs M. Kingma, Nurse Consultant, International Council of Nurses, Geneva,
Switzerland

秘书处：

Dr E. N. Chigan, Director, Division of Noncommunicable Diseases, World Health
Organization, Geneva, Switzerland

Dr I. Gyárfás, Chief, Cardiovascular Diseases Unit, World Health Organization,
Geneva, Switzerland (*Secretary*)

目录

1. 序言	1
2. 全球老年人口趋势	1
2.1 人口老龄化	2
2.1.1 历史趋势	2
2.1.2 前景	4
2.1.3 耄耋老人	4
2.2 性别差异、婚姻状况和生活安排	4
2.3 期望寿命及总死亡率趋势	6
3. 老年心血管疾病	7
3.1 心血管疾病的全球负担	7
3.2 常规死亡统计	10
3.3 心血管疾病的死亡率	11
3.3.1 死亡率趋势	16
3.3.2 对心血管疾病死亡率趋势的解释	19
3.4 高血压	19
3.5 心功能不全	20
3.6 血管性痴呆	20
3.7 心血管疾病的危险因素	20
3.7.1 血压	21
3.7.2 胆固醇	21
3.7.3 吸烟	21
3.7.4 体力活动	22
3.7.5 酒精	22
3.7.6 社会状态	23
3.7.7 营养	23
3.7.8 糖尿病	23
3.7.9 其他危险因素	23
4. 老年心血管疾病的预防	24
4.1 导言	24
4.2 预防策略	25
4.2.1 心血管疾病的初级预防策略	25
4.3 高血压的初级预防	26

4.3.1	控制体重	27
4.3.2	减少钠盐摄入	27
4.3.3	体力活动	27
4.3.4	减少酒精消耗	28
4.4	冠心病的预防	28
4.4.1	高血压老年患者的管理	28
4.4.2	老年血脂异常患者的处理	31
4.4.3	吸烟	31
4.4.4	锻炼身体	31
4.4.5	糖尿病	32
4.4.6	肥胖	32
4.5	中风的预防	32
4.6	心血管疾病的保护性因素	33
4.7	心血管疾病的二级预防	33
4.8	预防措施的经费预测	34
4.8.1	群体方案	34
4.8.2	针对高风险个体的方案	34
4.8.3	发展中国家成本分析	35
4.9	大规模的预防方案	36
4.9.1	社区方案	36
4.9.2	国家规划	37
5.	老年心血管病人的康复	38
5.1	老年人的伤残	38
5.2	老年心脏病人的康复	38
5.3	中风的康复	39
5.4	自主性	40
6.	卫生方针和老年心血管疾病	40
6.1	人口统计规划	40
6.2	方针的制定	41
6.2.1	优先控制心血管疾病	41
6.2.2	促进老年心血管健康	42
6.2.3	制定目标	42
6.3	方针的实施	42
6.3.1	政府的作用	42
6.3.2	横向协作	43
6.3.3	卫生设施	43

6.3.4 教育和培训 44

6.4 制订政策的依据 44

7. 总结和建议..... 44

7.1 总结 44

7.2 建议 46

7.2.1 一般建议..... 46

7.2.2 科研建议..... 46

7.2.3 对各国政府的建议 47

7.2.4 对世界卫生组织的建议 48

致谢 49

参考文献 50

1. 序言

1993年10月11日至18日，世界卫生组织一研究小组在日内瓦召开有关老年心血管疾病流行病学及预防问题的会议。非传播性疾病分会主席 E. N. Chigan 博士代表世界卫生组织总干事致开幕词。他指出，心血管疾病是成年人的主要死亡原因，心血管疾病—高血压、冠心病和中风—随年龄增大而明显增多。在发达国家，65岁以上的老人，80%死于心血管疾病。

在发展中国家，人的寿命在延长，由此也相应地引起心血管疾病的发病及残疾的增加。以后，除非有成功的预防措施，否则将很难阻止这种趋势。老年人的卫生问题，主要是心血管疾病，将成为医疗、社会和经济方面的主要问题。

本研究小组被召集来对全世界老年人口心血管疾病的形势进行分析。基于目前对人口状况的变化、发展中国家流行病学方面的变化、心血管疾病流行病学和预防等方面的认识，要求本小组对老年人心血管疾病的预防及其经济效益等卫生方针问题做一些分析，以便制定出一些旨在改善老年人卫生的研究计划。

2. 全球老年人口趋势

本世纪全世界老年人口显著增加。发展中国家和发达国家¹都出现了同样的变化。此外，老年人本身也变得更老；80岁以上—常称为老老人或耄耋老人的数量在许多国家中也迅速增长。最近一份资料表明，在下个世纪的早期，世界上老年人口的规模将明显增加，对全世界社会结构、经济和卫生保健体制将产生很大影响。本文根据世界不同地区老年人口的统计学特点，做一些概括性的分析：老年人口目前和将来数量的大小、性别差异、婚姻及生活状况，对过去40年来期望寿命的变化也进行了分析。

本书的资料具有不同的性质，反映出在人口统计中样本充足性和频率的差异，人口生死登记的完全性和人口统计规划的可靠性。到2025年的人口规划是根据目前成年人口状况做出的，因此是合理的，也是可

1. 本报告中发达国家指全部欧洲国家、前苏联各国、澳大利亚、加拿大、日本、新西兰和美国。其他国家为发展中国家。

靠的⁽¹⁻⁵⁾。

生死登记制度各国很不相同。世界上仅对三分之一的死亡做了死因登记⁽⁶⁾。依世界卫生组织的区域来说，覆盖率几乎包括了全部欧洲（94%），美洲地区也比较高（80%），而非洲和东南亚，根本没有向世界卫生组织报告死因资料。

2.1 人口老龄化

有必要对“老年人口”下个定义。本文中所指老年人为 65 岁及其以上者。尽管这样定义有些任意，但是，这和许多国家中退休年龄及参加其他社会活动的年龄标准相一致。国家管理机构、统计学家及其他人员应考虑，把习惯上规定老年人口的年龄再提高一些。

2.1.1 历史趋势

在发达国家，人口老龄化是由于死亡率和生育率下降造成的。在某些发达国家中，这种情况早在本世纪初期即已出现，15%或更多的人年龄在 65 岁及其以上，3%~4%的为 80 岁及其以上者^(3,4)。欧洲国家为世界上老年人口最多的国家（表 1）：大约 14%的西欧人年龄在 65 岁以上。瑞典是世界上“最老年的”国家，18%的人在 65 岁以上。

在发达国家中，城市里的老年人比例高于其他地区，这是由于老年人口比较稳定，向城市迁移的年轻人减少造成的。例如，1982 年，巴黎市 65 岁及其以上者占总人口的 17.1%，而法国为 13.2%。

尽管发展中国家老年人口比例低于发达国家，但是，世界上老年人口的绝对数量是相当可观的（表 2）。例如，在中国，65 岁及其以上者占总人口的 5.5%，老年人总数量为 6 000 万，而在印度，65 岁及其以上者占总人口的 3.4%，老年人的数量为 3 000 万。1988 年，发展中国家 65 岁及其以上者估计达 15 900 万，发达国家达 14 000 万。在发展中国家，全球老年人口每月净增 60% 以上。

表 1 1990~2025 年 65 岁及其以上者人口预期比例

地区	年	人口百分比		
		≥65 岁	≥75 岁	≥80 岁
欧洲*	1990	13.7	6.1	3.2
	2010	17.5	8.4	4.9
	2025	22.4	10.8	6.4
北美	1990	12.6	5.3	2.8
	2010	14.0	6.5	4.0

(续表)

地区	年	人口百分比		
		≥65 岁	≥75 岁	≥80 岁
大洋洲	2025	20.1	8.5	4.6
	1990	9.3	3.6	1.8
	2010	11.0	4.8	2.8
亚洲 ^a	2025	15.0	6.6	3.6
	1990	4.8	1.5	0.6
	2010	6.8	2.5	1.2
拉丁美洲/加勒比海	2025	10.0	3.6	1.8
	1990	4.6	1.6	0.8
	2010	6.4	2.4	1.2
东地中海/北非	2025	9.4	3.6	1.8
	1990	3.8	1.2	0.5
	2010	4.6	1.6	0.8
撒哈拉非洲	2025	6.4	2.2	1.1
	1990	2.7	0.7	0.3
	2010	2.9	0.8	0.3
	2025	3.4	1.0	0.4

a 资料不包括前苏联各国

来源: (3)

表 2 1990~2020 年预期总人口和老年人口 (单位: 百万; 预期值为中间变异值)

地区	1990			2000			2020		
	总人口	≥65 岁	≥80 岁	总人口	≥65 岁	≥80 岁	总人口	≥65 岁	≥80 岁
世界	5 295.3	327.6	52.9	6 228.3	424.4	67.5	8 049.9	705.7	123.9
发达国家	1 211.1	145.5	31.3	1 278.0	172.6	35.5	1 387.2	232.8	54.9
发展中国家	4 084.2	182.1	21.6	4 950.3	251.8	32.0	6 662.7	472.9	69.0
非洲	642.6	19.6	2.0	856.2	26.6	2.9	1 421.1	51.3	6.4
亚洲	3 117.8	155.7	19.0	3 691.6	217.1	28.4	4 688.6	398.2	61.5
北美	276.7	34.5	7.7	305.9	37.8	9.4	351.8	57.6	12.4
拉丁美洲	441.1	21.1	3.3	523.0	28.7	4.7	670.7	54.1	9.1
欧洲	509.0	68.2	15.4	523.7	77.9	16.1	541.8	97.7	23.7
前苏联 ^a	289.3	26.9	5.3	305.0	34.7	5.6	344.9	43.4	10.3
大洋洲	26.7	2.4	0.5	31.0	2.9	0.6	39.5	4.8	0.9

a 包括前苏联各共和国

来源: 联合国人口计划署 (1992)

从 1950 年到 70 年代早期, 发达国家和发展中国家 65 岁及其以上者的增长率基本一致。这一期间, 每年的增长率约为 2% 至 3%。然而, 尽管有些国家如撒哈拉沙漠周边非洲国家, 出生率很高, 但是总人口中老年人比例已经下降了。可能是由于总体死亡率持续下降, 随着年轻人的成长, 这种趋势发生了逆转⁽¹⁻⁶⁾。人口中老年人所占的预期比例地区差异见表 1。

2.1.2 前景

世界各国不同地区老年人口每年增长率各不相同。从 1990 至 2025 年, 欧洲和北美 65 岁及其以上者占总人口的比例正好可以超过 20%; 亚洲、拉丁美洲和加勒比海则正好增加一倍, 即有 5% 至 10%; 而东地中海地区, 北非和撒哈拉沙漠周边非洲仅有中度增长 (表 1)。

从 1990 年至 2025 年, 发展中国家老年人口总量的增加将超过发达国家, 许多发展中国家 65 岁以上老年人将增加一倍 (图 1)。据估计, 到 2020 年底, 发展中国家 65 岁及其以上者的数量将达 47 000 万, 是发达国家的二倍多 (表 2)。2025 年老年人口最多的国家有 3 个位于西太平洋和东南亚地区: 中国、印度和印度尼西亚 (7)。相反, 1990 年至 2025 年发达国家 65 岁及其以上者的数量仅有小量增加, 从瑞典的 33% 到加拿大的 141%, 整个欧洲国家增加不到 100%。

在发达国家, 老年人口的增加量是众所周知的现象。据预测, 在发展中国家老年人口的增加量是巨大的, 对卫生及社会方针将会产生很多影响。

2.1.3 耄耋老人

据观察, 不仅总人口在变老, 而且老年人口本身也变得更老。在许多国家中, 80 岁以上的老年人成为人群中增长最快的一个亚群。在北美和大多数欧洲国家中, 这一年龄组占老年人口的 1/4 至 1/3。在下个世纪早期, 这个数字还会增加, 但是, 到 2025 年前后, 还会回到目前这个水平上来, 因为, 二战后出生的人将到 60~70 岁了。发展中国家“最老的老人”人口比例可能中度增加 (表 1), 但是, 由于总人口中老年人人口的增加, 这个比例未反映出耄耋老人的实际数量, 不过数量是确实增加了。

2.2 性别差异、婚姻状况和生活安排

在大多数发达国家中, 65 岁及其以上者, 男女性比例为 65 比 100。一般来说, 在发展中国家男性较多, 而少数国家, 包括孟加拉国、埃及

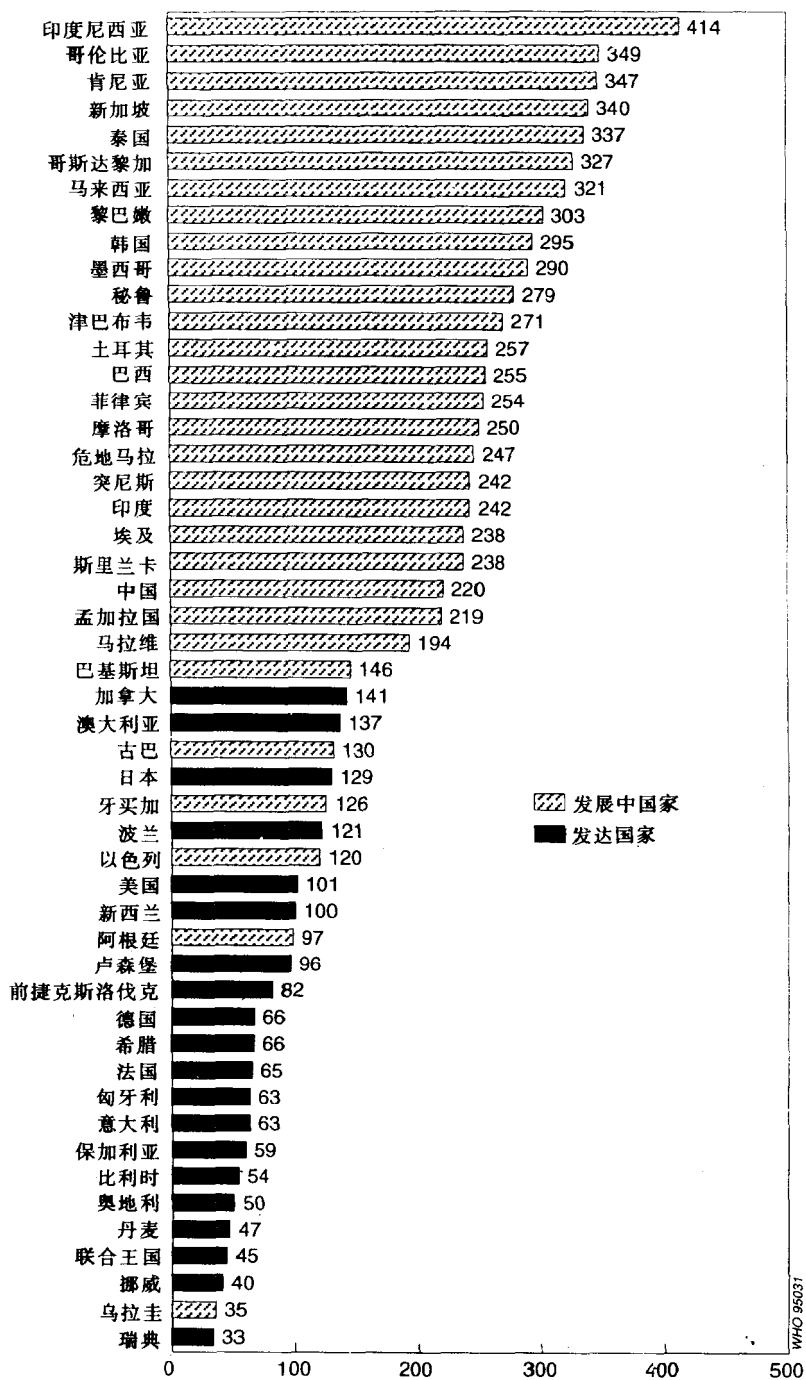


图 1 1990 年—2025 年老年人口预期增加百分比

来源：美国人口统计局，国际研究中心，国际老年人数据库

和印度，老年男性也多于老年女性。将来，由于男女性死亡率差别减少，大多数发达国家中性别比例将会加大。但是，在大多数发展中国家，性别比很可能下降，因为女性的期望寿命增加得快。

在发达国家和发展中国家，丧偶寡居者女性多于男性。许多国家中，65岁及其以上者的妇女有一半是寡居的；而另一些国家中，75岁及其以上者的妇女有75%是寡居的。相反，还没有哪一个国家75岁及其以上的男性寡居者超过40%。

尽管其他因素有很重要的作用，对老年人来说，婚姻状况对生活的影响最大。在发达国家，65岁及其以上独居者在日本为10%，而瑞典为40%；其他许多国家大约为30%。在过去三十年中，发达国家独居者数量的大量增加主要原因是由于独居女性数量的增加，女性比男性更易在长期护理机构中生活。长期护理设施的使用也很不相同，各国的医疗设施和非医疗设施也很不相同。在大多数发展中国家，老年人单独生活的比例较小，那里习惯几代人共同生活在一起，夫妇俩或者丧偶后主要是和他们的孩子或孙子生活在一起。由于年轻人家庭成员移入城市工作，这种情况还在改变。在发展中国家，将来可能有更多的老人要单独生活。

2.3 期望寿命及总死亡率趋势

由于人口出生率的变化也导致了老年人口总量的增加，出生时人的期望寿命也增加了。尽管在发达国家和发展中国家之间还存在巨大的差别，但是本世纪大多数国家中期望寿命都有明显的增加。在大多数发达国家，出生时男性期望寿命为70~75岁，女性为76~81岁。现在最高的是日本，男性为76岁，女性为82岁。东欧国家的期望寿命较其他发达国家低。发展中国家比发达国家期望寿命平均低11岁，但是，其中也有很大差异。在亚洲和非洲，出生时期望寿命范围从不到50岁至70多岁不等。

本世纪上半叶，期望寿命由于年轻人的死亡率下降而明显增加。在过去的十几年中，许多国家老年人死亡率已经有了显著地下降，使期望寿命达到65岁。在大多数发达国家中，由于中老年人心血管疾病的下降，在65岁的期望寿命增长要快于出生时的期望寿命（见第3节）。例如在日本，从1945年以来，65岁的期望寿命男性达36%，女性达39%，而出生时期望寿命男女性各为23%和25%。男性在65岁时期望寿命从11.9岁至16.9岁不等，80岁时从5.3岁至9.2岁不等（表3）。在某些地区，65岁时期望寿命和出生时期望寿命在国家之间无大差异。地区及经济发展很相似的国家之间，65岁的期望寿命差别亦较小（表4

和 5)。例如，一位 65 岁的法国妇女可以比一位前南斯拉夫妇女多活 5 岁。在所有发达国家中，女性的期望寿命远远高于男性，至少在下半个世纪，在男女死亡率方面，仍出现有利于女性的趋势（表 4 和 5）。在 50 年代和 60 年代，许多发达国家里，老年男性的死亡率曾经增加过，近年才有了下降。老年人的死亡率下降表现在“年轻老人”和“老老人”中，而“老老人”的下降较小。这种趋势明显受到心血管疾病死亡率下降趋势的影响，这个问题将在第 3 节中详细讨论。

3. 老年心血管疾病

3.1 心血管疾病的全球负担

全世界每年死亡约 5 000 万人，其中 80%（3 900 万）在发展中国家。据估计，在死亡人口中，发展中国家大约有 1/4，在发达国家约有一半是死于心血管疾病。尽管冠心病和中风在各国情况不同，就世界范围看，死于冠心病的要比死于中风的多。例如，在发展中国家死于中风者高于发达国家的一倍，单单在中国，每年死于此病者就有 100 万⁽⁸⁾。

在发达国家中，心血管疾病几乎占直接卫生经费的 10%，其中一半以上的患者为 65 岁及其以上的老人^(9,10)。一般来说，这些费用占该国国民生产总值的 0.5%~1%。还有一系列与心血管疾病有关的问题，有些很难进行估计，主要是因为老年人很容易患多种疾病，而有些费用是看不见的一由家庭成员或其他机构承担。这还不包括老年心血管疾病患者及其护理的社会及心理学费用。

在发展中国家，缺少有关老年患者经济方面的资料。有关青壮年患病或死亡对家庭造成影响的研究资料很多，诸如增加工作负担或不得不出卖土地以弥补收入的下降⁽⁸⁾。老年心血管疾病死亡率和发病率对家庭造成的额外负担，还需要加以论证。

表 3 65 岁和 80 岁男女期望寿命（年）

国家或地区（年）	男 性		女 性	
	65 岁	80 岁	65 岁	80 岁
美洲地区				
阿根廷（1990）	13.9	6.1	17.4	7.3
加拿大（1991）	15.7	7.3	20.0	9.7
智利（1989）	14.0	6.8	17.6	8.1

(续表)

国家或地区 (年)	男 性		女 性	
	65 岁	80 岁	65 岁	80 岁
哥斯达黎加 (1991)	15.2	5.3	17.6	6.9
古巴 (1990)	15.9	7.4	17.8	8.2
美国 (1990)	15.2	7.3	19.3	9.4
乌拉圭 (1990)	13.4	5.8	17.8	8.1
欧洲地区				
奥地利 (1992)	15.0	6.8	18.4	8.0
比利时 (1989)	14.0	6.1	18.4	8.0
保加利亚 (1992)	12.9	5.6	15.5	6.3
捷克斯洛伐克 (1991)	12.1	5.4	15.7	6.6
丹麦 (1992)	14.3	6.5	18.0	8.3
芬兰 (1992)	14.0	6.3	18.3	8.0
法国 (1991)	16.2	7.5	20.9	9.6
德国 (1991)	14.2	6.2	18.0	7.8
希腊 (1991)	15.9	7.2	18.4	7.9
匈牙利 (1992)	11.9	5.4	15.5	6.6
冰岛 (1992)	16.8	7.6	19.2	8.8
爱尔兰 (1991)	13.4	5.9	17.1	7.6
以色列 (1990)	15.8	7.2	17.7	8.0
意大利 (1990)	15.1	6.8	19.1	8.4
卢森堡 (1992)	14.4	6.6	18.4	7.9
马耳他 (1992)	14.1	5.7	16.8	7.1
荷兰 (1991)	14.6	6.4	19.2	8.7
挪威 (1991)	14.9	6.6	19.0	8.5
波兰 (1992)	12.5	5.8	16.3	7.0
葡萄牙 (1992)	14.3	6.0	17.7	7.2
罗马尼亚 (1992)	12.7	5.5	15.0	6.1
西班牙 (1990)	15.5	6.9	19.2	8.2
瑞典 (1990)	15.4	6.7	19.2	8.5
瑞士 (1992)	15.9	7.1	20.3	9.1
联合王国				
英格兰和威尔士 (1992)	14.6	6.7	18.5	8.9
北爱尔兰 (1992)	13.8	6.2	17.7	8.3

(续表)

国家或地区 (年)	男 性		女 性	
	65 岁	80 岁	65 岁	80 岁
苏格兰 (1992)	13.4	6.1	17.1	8.1
南斯拉夫 (1990)	13.6	6.4	16.3	7.1
西太平洋地区				
澳大利亚 (1992)	15.6	7.2	19.6	9.1
香港 (1991)	16.9	9.2	20.5	10.8
日本 (1992)	16.6	7.3	21.1	9.9
新西兰 (1991)	14.9	7.0	18.6	8.7
新加坡 (1991)	14.6	6.6	17.7	8.3

表 4 1950 年—1954 年至 1985 年—1989 年, 65 岁男性期望寿命趋势

国家或地区	65 岁期望寿命(年)							
	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985
	~ 1954	~ 1959	~ 1964	~ 1969	~ 1974	~ 1979	~ 1984	~ 1989
美洲地区								
阿根廷	-	-	12.1	12.9	-	13.5	13.7	13.8
哥斯达黎加	-	14.6	15.0	14.2	15.1	15.3	15.6	14.2
古巴	-	-	-	-	15.4	15.2	15.5	15.9
美国	13.0	13.1	13.0	12.9	13.2	14.1	14.5	15.0
欧洲地区								
捷克斯洛伐克	-	12.4	12.3	11.9	11.6	11.7	11.6	11.8
法国	12.1	12.4	12.6	12.7	13.4	13.9	14.5	15.3
意大利	13.0	13.1	13.2	12.9	13.1	13.6	13.9	14.6
瑞典	13.8	14.0	13.9	14.0	14.2	14.2	14.6	15.0
联合王国 (英格兰和威 尔士)	11.8	11.9	11.9	12.0	12.2	12.5	13.2	13.8
西太平洋地区								
澳大利亚	12.2	12.3	12.4	12.1	12.2	13.3	14.1	14.7
香港	-	-	13.2	13.0	13.2	13.9	15.8	16.7
日本	11.4	11.7	12.0	12.5	13.3	14.4	15.3	16.2
新加坡	-	10.1	9.9	9.8	10.9	11.4	12.5	13.5

- : 资料暂缺 来源: 世界卫生组织资料库