

## ◎ 导读

翁渝国:用“心”做心外科医生

——2版

中美专家为慢病防控献言献策

——2版

“面对心血管病流行,我们没有碌碌无为”

——3版

Frederick A. Masoudi:  
医疗质量评价时代已经到来

——4版

Lawrence H. Cohn:  
心脏外科:把握当前就是启动未来

——4版

Harlan Krumholz:  
提高医疗质量,好钢要用在刀刃上

——5版

Mark Stewart:  
ACC/AHA 临床实践指南的进化与变革

——7版

推广经桡动脉介入治疗正当时

——8版

主 编: 顾东风

策 划: 张 澍 王 巍 何作祥  
徐 波 杨进刚

责任编辑: 王 欣 许奉彦 许 菁  
朱柳媛 卢 芳 陈 惠  
李晓雅 徐竞鸥 张 蓉

美术编辑: 彭东康

# 中国心脏大会的蜕变与升华

## 着眼把医学研究成果转化为人群防控的社会行动

昨日,中国心脏大会2011正式拉开帷幕,在开幕式上,大会主席胡盛寿教授强调,应对心血管病流行的最佳措施无疑是预防,只有将心血管病防治工作从“治疗疾病”过渡到“防治并举,以防为主”,把心血管病防治的主战场转向社区,落实以社区为基础的人群综合干预措施,才能有效防控心血管病。

当务之急,临床医务工作者需要转变观念,不仅为患者提供优质的医疗服务,而应放眼于人群防治,落脚于群防群治。中国心脏大会也正是在不断理念更新的进程中发生了蜕变与升

华。CHC 2011将主题定为“健康的心脏·更好的生活”,也正是希望所有参会者以及关注中国心血管病防治的有识之士,能共同致力于创造或改善环境、减少行为危害,进而拥有健康心脏、提高生活质量与构建健康和谐社会,顾东风教授如是说。

世界高血压联盟主席刘力生教授也颇有同感,“在越演越烈的心血管病流行态势面前,我们并非毫无预见,举足无措与庸碌无为”。事实上,中国的心血管病防治起步于上世纪五十年代,而且中国心血管病防控的成果得到了国际社会的认可,希望中国能成为发展

中国国家心血管病防控的领军者。

来自世界各地、超过7000位参会代表莅临并见证了CHC 2011的盛况。无论开幕式、学术论坛还是新闻发布传递的讯息与营造的氛围,我们深深地领略到了严峻慢病形势下中国心血管同仁的不屈斗志,取得的些许成绩,以及对未来中国心血管病防控事业的宏图大志与潜心规划。可以预期,在这种精神的鼓舞与感召下,必将有更多的医务工作者投身中国的慢病预防事业,我们期待着中国心脏大会能带给我们更大的惊喜与骄傲!



大会主席胡盛寿



中华医学会副会长吴明江



大会秘书长顾东风

只有将心血管病防治工作从“治疗疾病”过渡到“防治并举,以防为主”,把心血管病防治的主战场转向社区,落实以社区为基础的人群综合干预措施,才能有效防控心血管病。

慢病导致的疾病及经济负担给中国的医疗卫生服务改革带来了巨大压力,“预防为主”是中国最佳、最重要,也是最合适的心血管病防治大计。

当务之急,临床医务工作者需要转变观念,不仅为患者提供优质的医疗服务,而应放眼于人群防治,落脚于群防群治。中国心脏大会正是在不断理念更新的进程中发生了蜕变与升华。

◎ TRCT峰会:复杂经桡动脉冠状动脉介入治疗

# 推广经桡动脉介入治疗正当时



杨跃进教授

阜外心血管病医院杨跃进教授称,经过10多年的发展,国内已有170多家医疗中心开展经桡动脉介入治疗(TRI)治疗冠心病。全国各中心的经验积累以及阜外心血管病医院大量复杂TRI的日常工作经验均表明TRI不仅理论上优势突出,而且实践中切实可行,效果好,只要规范TRI操作技术,则TRI在我国的推广、普及和提高已为期不远。

杨教授指出,经股动脉入路PCI的手术风险主要体现在两方面,一是下肢静脉栓塞以及肺栓塞带来的死亡风险,二是局部穿刺血管后的并发症(如出血)等带来的死亡风险。此外,经股动脉介入治疗(TFI)的治疗费用高。相比之下,TRI有诸多优势,不存在下肢静脉栓塞以及肺栓塞带来的死亡风险,TRI的穿刺点

附近无大的静脉和神经,与尺动脉间有Allen's环侧支循环,故造成动静脉瘘、神经损伤或肢端缺血的几率极小。同时由于桡动脉表浅,穿刺损伤很小且多用6Fr指引导管,很容易行加压包扎止血,使得出血性并发症大大减少。最重要的是,从手术护理角度讲,TRI可大幅度节省人力资源,另外,术后患者恢复快,不但避免了长期卧床导致深静脉血栓形成及肺栓塞的可能,而且还大大缩短住院时间,医疗费用从而大幅降低。

从操作技术层面讲,如果TFI使用6Fr引导导管,那么TRI与之不同之处只是从穿刺桡动脉至引导导管送入冠脉口内之前,之后从送导丝到支架植入结束则完全相同。可见,TRI和TFI的根本区别就在于引导导管大小选择的限制,TRI只能选择6Fr及以下的引导导管,虽有可使用7Fr者,但绝不可能用8Fr引导导管,而TFI还有可能选更大号(如9Fr)的引导导管。理论上说,TRI除可完成常规球囊扩张和支架植入外,还能顺利完成切割球囊扩张、IVUS检查、小磨头旋磨及对吻球囊扩张;另外,6Fr大腔指引导管能同时送入一球囊和一支架的操作,因此能完成step Crush及step Kissing stent技术。总之,在器械和技巧快速发展的今天,TRI几乎能处理所有的复杂冠脉病变。从中国人桡

动脉的解剖结构讲,6F指引导管也比较适合。

杨教授介绍,阜外心血管病医院从1997年开展TRI,当年只有6例,占有介入手术的2.3%;但到2006年完成TRI 2659例,已占当年PCI总数(3821例)的69.6%。到2007年,4778例PCI中有80%以上的病例是通过桡动脉途径完成,2010年,8050例PCI中90%为TRI,死亡率仅为0.05%,是卫生部所指定的标准(0.5%)的1/10,预计2011年,阜外医院将完成1000例PCI手术,该手术量已达全球之最。

目前,TRI不仅适用于简单病变,亦可顺利完成对无保护左主干病变、慢性完全闭塞病变(CTO)、分叉病变、严重迂曲病变和急性心肌梗死等复杂病变的治疗。对于分叉病变而言,目前国内外冠脉介入医生大都认同先采用单支架策略,必要时再临时决定使用双支架策略来处理分叉病变,但临床中我们也确实看到了一小部分患者出现分支闭塞导致血液动力学障碍和死亡。因此有少数医生主张对分支大于2.5mm且开口有较严重狭窄的分叉病变均采用双支架植入技术以保证PCI术中的即刻安全。其次,TRI进行CTO处理的过程中也有很多技巧。如前所述,选择合适的指引导管完全可以克服TRI时指引导管支撑力不足

的缺点。在CTO处理过程中导引导丝能否通过病变成功与否的关键。导丝的选择应该以病变特点为依据,对于闭塞段可能存在微小腔隙的病变可以选择有亲水涂层的超滑导丝(如Pilot 50、PT MS等),反之则应从中等硬度的非亲水涂层导丝试起,逐步增加导丝的硬度(Miracle, Conquest, Shinobi等)。此外,对于其他复杂冠脉病变,如弯曲、钙化、弥漫病变等在经桡动脉处理时应该注意以下方面:术前充分评估风险及成功可能性,以保证患者安全为唯一目的,必要时放弃TRI路径。一旦选用桡动脉路径,所有的器械选择和处理策略应该一步到位,如弯曲钙化病变时选用强支撑导管、提前应用双导丝滑道技术等,在术中应该随时判断失败及并发症出现的可能,在出现风险前中止操作,改用其他路径进行介入治疗。

杨教授还强调,对复杂病变的患者的处理策略,应首先仔细权衡PCI和冠状动脉旁路移植术(CABG)的风险效益比,保障患者的安全为首要考虑因素,这不仅仅涉及院内死亡情况,还包括长期预后。原则上讲,保证安全的前提下,外科手术技术较成熟,高危患者首选CABG,如果介入技术成熟,低危患者建议做PCI,高危患者仍不建议做PCI。

(许菁)

中国TRI俱乐部

## 第三届年度精彩TRI病例大赛上演四强角逐

8月14日,在国家会议中心一层多功能B厅将展开第三届年度精彩TRI病例大赛。从全国各地30多家医院近100例TRI精彩病例中脱颖而出16位优胜者将现场汇报获奖病例,角逐2011年度四强席位!

届时,日本著名介入心脏病学专家Shigeru Saito以及我国TRI权威专家将亲临大赛现场,组成强大的评委阵容,见证四强选手的晋级历程!

本年度精彩TRI病例大赛四强选手将受邀参加2011年12月在日本横滨举行的第十八次Kamakura Live Demonstration Course,代表中国TRI俱乐部与日本选手共同角逐Radialist of the Year!

### 16位优胜选手名单 (排名不分先后)

Cheung Ling Ling(香港基督教联合医院)  
陈练(中国人民解放军总医院)  
韩莹(广东省中山市人民医院)  
蒋金法(上海同济医院)  
吕传君(山东莱芜钢铁集团总医院)  
马剑英、陈章炜(上海中山医院)  
宋现涛(北京安贞医院)  
王斌(沈阳军区总医院)  
王超、鲁硕(长春市中心医院)  
吴同果(广州红十字医院)  
徐泽升(沧州市中心医院)  
张斌(广东省人民医院)  
张海涛(阜外心血管病医院)  
郑金明(中日友好医院)  
郑振国(大连医科大学第一附属医院)  
祝金明(吉林大学第二医院)

## 中国的心血管病预防 需群策群力

中国从2009年开始进行深化医药卫生体制改革,提出全面加强公共卫生服务体系,通过实施重大公共卫生服务项目和基本公共卫生服务项目,促进城乡居民逐步享有均等化的公共卫生服务,这是我们国家预防为主的工作方针在新时期的发展,也为我国积极应对不断加重的由慢性非传染性疾病导致的疾病经济负担提供了新契机。

来自中国、美国、韩国等国家的20多位世界著名专家和心血管病防治工作者,将在论坛上报告最新研究发现或课题成果,具有很高的学术和防治应用价值。卫生部社

司社区卫生处刘利群处长将详尽阐述我国重大公共卫生服务项目进展情况以及面对慢病压力所采取的相应对策和行动。目前高血压社区规范化管理需投入大量人力物力,高血压社区规范化管理能否取得良好成本效果/效益,阜外心血管病医院顾东风教授的报告“高血压患者健康管理的卫生经济学评价”将为我们指点迷津。哥伦比亚大学医学中心Andrew Moran教授将介绍Markov计算机模拟模型——中国冠心病政策模型,据该模型预测,未来20年内,人口老龄化和持续增长,我国成人心血管病发病率每年将增加50%以上。此外,

心血管病预防论坛  
13日,8:30~18:00,307AB

论坛还将关注钾与高血压防治、盐与高血压及心血管危害、盐与非药物干预在社区人群中的应用,以及心血管疾病死亡率和相关危险因素流行趋势、我国血脂代谢紊乱、动脉粥样硬化防治进展、我国先心病筛查与防控、儿童期肥胖、高血压对成年后动脉硬化的影响、中老年人戒烟对心血管健康效应等内容。

值得一提的是,本次会议还请来了天津、山东、四川、江苏等省市活跃在我国慢病防治第一线的疾控中心慢病所负责人,他们将结合具体工作,就慢病防治的经验、成果进行交流,促进我国慢病防治工作的进一步发展。(曹杰)

## 再生医学 临床转化不是梦

细胞移植和心脏再生:  
从实验室到临床  
14日8:30~11:30 309B

由卫生部心血管疾病再生医学研究重点实验室和外科联合主办的“细胞移植和心脏再生”论坛上,专家们就细胞移植和心肌组织工程学的临床转化所面临若干瓶颈问题进行了广泛探讨

如何从胚胎干细胞或多能诱导干细胞获取高质量的心肌细胞是其临床应用的前提。厦门大学干细胞和再生医学研究所徐秀琴教授通过“谱系选择策略”获取纯化的心肌细胞,并利用全基因组表达谱来评估胚胎干细胞来源的心肌细胞的特性,为心脏发育过程中所涉及的基因研究提供了一条独特途径。

中科院生物物理研究所马跃教授等发现视黄酸信号调节心房和心室肌细胞特异分化。Noggin和泛维甲酸受体拮抗剂(RAi)可

以诱导特异分化为心室肌细胞,而Noggin+RAi可以诱导分化为心房肌细胞,这就解决了细胞移植中多种心肌细胞并存导致心律失常的问题。

美国路易斯维尔大学心脏分子医学研究所郭一如教授则将注意力转移到可自体获取的骨髓来源的微小胚胎样干细胞(VSEL)上,发现于心肌直接注射小剂量的VSEL即可改善左室收缩功能。这无疑拓展了治疗心梗的移植细胞来源。

四川大学康裕建教授等另辟蹊径,从微量元素对组织再生的影响入手,发现铜是血管再生的关键因子HIF-1激活所必需的,将载铜的猪小肠黏膜下层作为组织片覆盖在心梗区来促进心肌再生。

(王恩世)

◎ 医疗结果评价研究峰会·医疗结果评价研究和临床决策

“医疗结果评价研究”是跨学科、跨领域的新兴研究领域,是评价医疗体系的各种政策和干预手段给予服务对象最终实际结果的应用型研究,主要包括疗效对比研究、以患者为中心的结果评价研究和医疗体系合理性评估,研究成果必将为改善医疗实践提供更好的科学依据。

Mark Stewart: ACC/AHA 临床实践指南的进化与变革

AHA 科技医学部顾问 Mark Stewart 教授表示,ACC 与 AHA 联合制定指南已有 20 余年,目前指南制定需对所涉及的众多证据、支持性文件进行评价和分级,去伪存真,以确定适当的推荐等级。

据 Stewart 教授介绍,目前 ACC/AHA 指南涵盖 17 大领

域,其中推荐级别是基于风险效益比,证据分级更多考虑疗效的确定性,单凭临床试验数据无法归为 A 级证据。谈到近年来指南指导下临床实践的革命性变化,Stewart 教授例举了 D2B 时间倡议和“我们的使命:患者的生命线”活动。鉴于再灌注治疗对 STEMI 患者的重要

性,ACC/AHA 指南将 D2B 时间 <90 min 列为 I 类指征,并创建 B2B 联盟与启动“我们的使命:患者的生命线”活动,号召全美乃至全球医生参与。目前美国 87% 的 STEMI 患者能在 90 min 内得到有效再灌注治疗,而以往该比例仅为 34%。

(皮轶 审校 李静)

Mikhail Kosiborod: 提高临床实践指南可信度的八大准则

密苏里大学堪萨斯分校医学院 Mikhail Kosiborod 教授分析了制定指南的目的、作用及存在的挑战,重点阐述了美国为提高指南可信度所采取的措施,使与会代表对 ACC/AHA 制定指南的原则有了更深入了解。

临床医生除依据自身经验、技术及患者意愿,更需依靠可靠的科学证据制定恰当的诊疗决

策。循证医学指南通过对现有证据进行系统性分析,对每种诊疗方法进行评价、权衡利弊,为临床决策提供客观、公正的建议。Kosiborod 教授指出,为应对指南发展面临的挑战,美国国家科学院医学研究所制定了提高临床实践指南可信度的八个准则:信息透明;管理利益冲突;多学科观点探讨;采用标准的系统

性方法分析证据;建立指南证据库,评价推荐强度;明确表述推荐标准;外部审核;定期更新。

谈及如何使循证医学指南合理指导临床实践,Kosiborod 教授建议,首先应为诊疗决策提供更及时的信息;其次制定合适的使用标准和评价方法判断指南质量,正符合临床结果评价研究的主旨。

(张海波)

Henry Ting: 治疗决策制定亟需转向“以患者为中心”

梅奥医学院 Henry Ting 教授在题为“冠脉支架类型的选择,需要考虑哪些因素?”的讲座中指出,虽然药物洗脱支架较传统裸金属支架显示出很大优势——再狭窄率降低,但是同样潜在的风险,如支架内血栓、出血及长期抗血小板治疗等。因此,治疗决策制定就显

得尤为重要。Henry 教授认为应从三个方面实现综合决策:研究证据,患者取向和患者背景,由医患共同做出的决策才符合以患者为中心和个体化原则。并通过两个真实临床案例进一步说明治疗决策制定时以患者为中心的重要意义。治疗

决策没有绝对的对与错,但必须尊重患者的取向和意愿,因为我们的医疗服务对象是有思想和有感情的。随着中国社会的发展和人们整体知识水平、文化素质的提高,以患者为中心的医疗决策必受到更多医生的认可与重视。

(高华炜 审校 郑哲)

David Cohen: TAVI 要重疗效,还需关注成本-效益比

多年致力于心血管病治疗成本-效益比研究的堪萨斯大学 David Cohen 教授介绍了美国首个关于经皮主动脉瓣置换术(TAVI)的临床试验结果,并从患者及医疗体系的角度分析了 TAVI 的前景与问题。

美国完成的首个 TAVI 大型临床实验研究表明:TAVI 对

不能接受常规主动脉瓣置换术患者的近期临床效果显著优于传统药物治疗,但对主动脉瓣置换手术高危患者与常规手术相似,术后脑部并发症及主动脉瓣周漏风险更高,费用偏高,且远期预后未经证实。

Cohen 教授认为,医疗费用是一项巨大的开支,如何合

理分配资金达到事半功倍的效果是各国政府需要解决的问题。一旦 TAVI 成为常规治疗方法,巨大经济投入到底能否换来相应回报值得研究。无疑 TAVI 具有良好的发展前景,因此除临床疗效外,我们还须关注 TAVI 的成本-效益比。

(苏文君 审校 郑哲)

Joseph Ross

预防心血管病 贝特类作为有限

调脂治疗已成为当代冠心病治疗的常规措施,但调脂药物的应用仍存争议。耶鲁大学医学院 Joseph Ross 教授认为,现有临床试验表明贝特类与他汀联用未显示额外心血管获益,因此在有利证据问世前,仍建议原发性高胆固醇血症及混合型血脂异常患者通过饮食、运动和他汀治疗预防心血管风险。

目前高甘油三酯血症的治疗药物包括贝特类、立即释放型烟酸、Omega-3 脂肪酸、缓慢释放型烟酸、他汀及依折麦布,以贝特类药物降低甘油

三酯的幅度最高(30%~50%)。贝特类药物适应证包括严重甘油三酯血症、原发性高胆固醇血症及混合型血脂异常,或与他汀类联用治疗混合型血脂异常和心血管病。

针对贝特类药物能否有效预防心血管病的质疑,Ross 教授以 HHS、VA-HIT、BIP、FIELD 及 ACCORD 研究结果作答。上述研究表明,贝特类药物可降低甘油三酯、升高 HDL 水平,但对 LDL-C 和心血管重点事件方面的影响尚无一致结果。

(刘佳敏)

John A. Spertus

患者层面决策可降低 PCI 术后出血风险

出血是 PCI 术后的最常见非心源性并发症,不仅增加患者早期死亡、心梗、卒中等心脑血管事件风险,而且延长住院时间,为个体和社会带来巨大经济负担。

美国密苏里-堪萨斯城大学 John A. Spertus 教授提出减少 PCI 术后出血的患者风险分层管理理念。并介绍了中美地区心脏研究院的实践经验,即将术前风险评估融入患者知情同意文本。通过具有宣教、指导作用的知情同意文本,为患者提供更易于接

受、更具有循证医学支持、真正以患者为中心的医疗服务。

Spertus 教授还对个体化治疗方案给予具体建议。比伐卢定是近年用于临床的直接凝血酶抑制剂,ACUITY 临床试验证实了其对 ACS 患者的有效性和安全性。基于此,针对低危、中危、高危出血风险患者,可考虑者分别给予氯吡格雷联合肝素、比伐卢定、比伐卢定联合动脉结扎等不同治疗方案,以期最大程度改善 PCI 术后出血风险状况。

(张恒 审校 郑哲)

Paul Chan:

房颤抗凝药物治疗策略推荐

面对华法林、阿司匹林、氯吡格雷及新型抗凝药物达比加群、利伐沙班和阿哌沙班选择,密苏里大学堪萨斯分校医学院 Paul Chan 教授指出需综合考虑成本-效益比,制定最佳药物策略。

结合现有循证证据与风险与收益比后,Paul 教授建议:对于能口服华法林的患者,抗凝疗效由强到弱依次为:(1)达比加群 150 mg;(2)华法林、达比加群 110 mg 及利伐沙班疗效相当;(3)阿司

匹林+氯吡格雷;(4)阿司匹林。安全性由高到低依次为:(1)阿司匹林,尚无法肯定阿司匹林优于达比加群;(2)达比加群 110 mg;(3)华法林、达比加群 150 mg、阿司匹林+氯吡格雷及利伐沙班,安全性相当。对于不能口服华法林患者,抗凝疗效强度由强到弱依次为阿哌沙班、阿司匹林+氯吡格雷、阿司匹林,安全性由高到低依次为阿司匹林/阿哌沙班、阿司匹林+氯吡格雷。(刘佳敏)



中国心脏大会青年研究者奖

获奖名单

- 一等奖 泮思林
- 二等奖 杨英 严卫丽
- 三等奖 王红 谢瑶捷 俞梦越 裴娟慧

## ◎ 心律失常论坛

## CABANA试验:导管消融治疗潜在效应的“检验器”

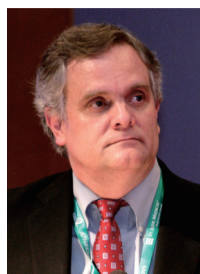
房颤治疗仍然是目前亟待解决的医学难题,来自美国心律学会的Douglas L. Packer教授就如何评价射频消融的结果和有效性进行了精彩的演讲,并公布了射频消融和抗心律失常药物治疗房颤前瞻性研究(CABANA)的初步研究结果。

CABANA试验是一项由美国国立卫生研究院(NIH)发起的多中心、随机临床试验,计划纳入3000例患者,随访2~5

年,目的在于比较导管消融与当前药物治疗对房颤死亡率、卒中、生活质量及医疗费用的远期影响。Packer教授介绍,导管消融对于预防复发性症状性房颤疗效优于药物治疗。由于CABANA研究中持续性和长期持续性房颤患者比例明显高于其他随机临床研究,因此导管消融成功率低于其他研究;晚期房颤复发可以降低远期房颤消融成功率;这些已发

表的研究结果表明需要开展一项大型研究以证实房颤射频消融远期结果、死亡率、生活质量和房颤消融耗资。

CABANA作为当前最大规模的房颤消融临床试验,其结果的公布将提供导管消融对房颤患者死亡率、生活质量及医疗资源占用等多方面的证据,并为临床房颤治疗决策及指南的制定提供更可靠的依据。(师睿)



Douglas L. Packer教授



Frank Marcus教授



曹克将教授

## 心肌梗死后室速:ICD和射频消融各有所长

室性心动过速是器质性心脏病患者重要的死亡原因之一,此类室速的治疗方法有药物治疗、ICD植入和射频消融。

江苏省人民医院曹克将教授指出,目前,ICD被认为是该类疾病治疗的首选。目前,有关ICD二级预防的多个大型临床试验已明确证实,与药物治疗相比,ICD可明显降低该类患者的死亡率及心脏性猝死的相对风险。有关ICD一级预防的研究结果更显示其优越性,多个研究提示其一级预防效果优于二级预防,为此相关指南

推荐,该类患者植入ICD为I类适应证。

随着三维标测系统的应用和射频手术经验的积累,导管消融手术的成功率不断提升。心肌梗死后室速发生机制主要为折返,国外研究提示该类患者导管消融手术治疗效果较好,可在较长时间内减少或避免室速的发生。Baise等最新的研究指出,冷冻消融对于这种室速效果可能更好,其中希氏束旁起源的室速消融效果最好,其他部位室速消融效果与常规方法无差异。

最后,曹教授表示,ICD和导管消融在心梗后室速的治疗中各有所长,因此建议对于血液动力学不稳定的室速患者,首选ICD治疗;配合最佳的药物治疗,如术后频发室速导致ICD频繁放电,可考虑导管消融。对于血液动力学稳定的患者应根据具体情况选择ICD还是导管消融治疗,持续单形性或束支折返性或分支性室速推荐导管消融,但最终的治疗方法应该是ICD+射频消融+药物治疗。

(于君)

## ARVC:还有很多未知需探索

美国亚利桑那大学Frank Marcus教授介绍了致心律失常性右室心肌病(ARVC)的诊断及治疗新进展。

ARVC是一种以心肌不同程度纤维脂肪组织所替代的,主要累及右心室的疾病,伴有室性心律失常并具有猝死风险。其临床表现不一,半数以上患者可发生心悸,1/3患者有持续性室速,部分患者可发生晕厥。

1994年AHA/ESC/HRS工作组诊断标准指出,ARVC的诊断没有金标准,而是基于多重标准的综合诊断。然而,该病起病的隐匿性使得早期诊断成为临床工作的一大挑战,并且难于与其他疾病进行区分(如右室流出道室速)。基于此,2010年工作组对原诊断标准进行了修订;右胸导联T波倒置由次

要标准调整为次要标准;作为次要标准的24小时PVC由>1000个降为>500个;此外,对室速的形态进行了区分,电轴上偏者作为主要标准,电轴下偏者作为次要标准。新的诊断标准在遗传学方面也进行了补充,目前已有7种基因被报道为ARVC的致病基因,最常见的PKP-2基因,30%先兆具有遗传学异常;然而ARVC的遗传学特点复杂,仍有待进一步研究。

在治疗方面,抗心律失常药物通常作为ICD植入患者减轻心律失常症状的辅助治疗。同时,建议先兆者及患病家属避免参加竞技性运动及耐力训练。此外,近年来多家电生理中心报道通过心外膜途径成功治疗内膜消融失败的ARVC室速患者。(包镜汝)

## 心血管病急诊论坛回顾

## 亚低温治疗:心肺复苏后脑保护新推荐

回顾复苏后低温治疗的发展历程后,北京朝阳医院急诊科李春盛教授指出,近年来亚低温治疗(32~34℃)研究令人鼓舞。他建议,对有亚低温治疗指征的患者应尽早、尽快实施亚低温治疗。

复苏后脑功能不全是成功现场心肺复苏后高死亡率的主要原因,体温每升高1℃,脑代谢率约增加8%。亚低温通过降低脑代谢率、抑制脑细胞凋亡、减轻脑水肿、抑制心脏骤停后脑内源性损害因子释放、减轻再灌注后炎症反应等机制发挥脑保护作用。临床证明,亚低温治疗对心肺复苏后脑复苏、中毒性脑病、颅脑损伤及颅脑手术后脑功能恢复有重要作用。但亚低温治疗也潜在并发症,如引起动脉收缩,严重造成血液动力学不稳;药物代谢影响显著,可造成某些药物蓄积;导致电解质紊乱,如高血钾等;降低胰岛素敏感性和胰岛素分泌;抑制骨髓造血及出凝血系统,导致出血倾向;增加感染风险等。

李教授总结指出,虽然目前有关亚低温脑保护的机制尚未完全阐明,但目前建议有指征者应尽早、尽快给予亚低温治疗,使患者进入冬眠状态,以进入睡眠状态为宜,持续时间一般为3~5d,最长为5~7d,危险期后即可停止。(王娟)

## 新版心肺复苏指南倡导全民教育先行

中国人民解放军总医院急诊科沈洪教授肯定了心肺复苏的临床实践及普及应用价值,讲解了2010版心肺复苏与心血管急救指南提出的新观点,呼吁急诊医学专业同仁须以从临床实践到理论探讨心肺复苏为己任。

据沈教授介绍,新指南将心肺复苏生存链由四早生存链改为五个链环:早期识别、尽早心肺复苏、快速除颤、有效生命支持和综合心脏骤停后治疗。简化了基本生命支持流程,删除判定呼吸的看、听、感觉法,强调发现心搏骤停者立即启动急救医疗服务体系,对无呼吸或异常呼吸成人即刻胸外按压;将成人和儿童(不包括新生儿)基本生命支持的A-B-C顺序改为C-A-B(胸外按压-气道-呼吸)。鼓励未经培训的现场施救者行单纯胸外按压,调度员也可对施救者行电话指导。新指南更重视质量,强调团队协作。

沈教授指出,心肺复苏已不仅是医学技术问题,而是涉及社会进步、经济发展、人文素质提升的民生问题。从社会体系讲,对公民进行心肺复苏培训,能使其在第一时间挽救他人生命。从急诊体系出发,心肺复苏是简单、有效且廉价的公众必备技能。心肺复苏生存链任一环节都离不开教育,因而全民心肺复苏教育的重要性不言而喻。(王娟)

## ACS抗栓治疗:有进展,更有期待

阜外心血管病医院急重症中心梁岩教授指出,抗血小板治疗是ACS治疗的基石,氯吡格雷应用广泛但疗效存在个体差异,且缺乏国人氯吡格雷基因多态性分布与疗效和安全性证据。新型抗血小板药物虽大有希望,但还需验证。

氯吡格雷是当今临床普遍应用的抗血小板药物。基因多态性导致不同个体与种族间的药物代谢及药物不良反应存在显著差异。新近分布的GRAVITAS研究表明,DES植入术后的高血小板反应性患者增加氯吡格雷剂量虽可降低血小板反应性,但不减少终点事件(心血管死亡、非致命性心梗及支架内血栓)。据此,梁教授提出了氯吡格雷的未来研究方向:开展ACS患者的前瞻性注册研究,了解国人CYP2C19及其他热点基因多态性;测定氯吡格雷活性代谢产物浓度及血小板聚集功能,评价与临床预后的关系。谈及备受关注的新型抗血小板药物,梁教授介绍,普拉格雷具有更高的前体药物至活性代谢物转化率和生物利用度,起效更快且个体差异小,能更大程度减少主要心血管事件率。PLATO研究表明:相比氯吡格雷,替卡格雷可减少心血管死亡、心梗或卒中的主要复合终点。

(白莹)

John D. Day:

## ICD:预防心脏性猝死的“重武器”

美国山间医疗中心的John D. Day教授介绍了心脏性猝死(SCD)的预防。他特别指出,心衰患者的猝死是一个重要的问题。1992年发表的一项研究表明, LVEF<30%的患者猝死发生率较高,即使接受药物治疗仍有较高猝死风险。MERIT-HF研究显示,在有症状的NYHA II级患者,64%发生SCD; NYHA III级患者,59%发生SCD; NYHA IV级患者,33%患者发生SCD,但慢性心衰比例高达56%。美国和中国相同,心衰患者比例较高,多数SCD由心律失常引起,那么如何预防SCD?



John D. Day

Frederick A. Masoudi:

## 医疗质量评价时代已经到来

美国科罗拉多州国家心血管注册登记科研监督委员会主席、丹佛医学中心超声科主任 Frederick A. Masoudi教授认为,理想的医疗包括6个方面:有效、安全、高效率、及时、公平和以患者为中心。因此,医疗质量评价的根本目的是为了进一步提高医疗质量,从而达到理想的治疗水平。Masoudi指出,医生如果仅满足于完成日常的工作,而忽视对医疗质量的评价,就很难了解目前的医疗水平,进一步提高医疗质量更无从谈起。

医疗质量评估并不是什么新鲜事情, Masoudi说。实际上,早在19世纪50年代,著名的南丁格尔护士即通过对当时战地伤员的治疗状况进行观察后即已认识到,医疗服务质量不佳会导致患者死亡。她认为,对医疗服务提供者来说,最重要的是不要做对患者有害的事情。波士顿外科医生 Ernest Codman 也是进行医疗质量评估的先锋人物,即使在收入因此大幅减少及被迫降职时,他也从未停止践行医疗质量评估。

雨果曾经说过,除了人们的习惯,没有什么需要改革。Masoudi指出,美国在过去近80年的时间里,只关注最差的医院和最差的医生,而不注重整体的医疗水平。直到Harlan M Krumholz教授对全美β受体阻滞剂在急性心梗患者中的使用情况进行分析后发现,真实的治疗水平和指南推荐的理想治疗相差甚远。此后,人们才意识到原有理念需要转变,医疗体系整体水平的提高应受到重视。

然而,我们该如何评价医疗服务质量? Masoudi认为,评价医疗服务质量的经典指标主要包括医疗体系结构、医疗过程和疗效三方面。医疗体系结构包括医疗设



Frederick A. Masoudi

备、总手术量、医院环境以及医生水平等硬性条件。医疗体系结构具有一定的局限性,比如某医院的总手术量并不能反应整体的医疗水平。医疗过程包括治疗药物、手术以及各种治疗操作等。

Masoudi指出,通过对比指南推荐的治疗与医院的实际治疗之间的差距可反映医疗质量的优劣。但在指南中,仅I类和III类推荐治疗间的

比较才能发现差距。此外,实际接受某种治疗的患者例数与指南推荐应接受该治疗的患者例数之比也可反映医疗质量水平。但是, Masoudi认为,“该指标入选标准有限,目标人群仅包括一部分患者,即分母并不代表患者整体水平,且经多年努力后,各医院的这一指标已达到较高水平,不利于进一步评价治疗水平的好赖”。在临床实践中,该指标可评估的仅有少数药物治疗,因此也不能反映整体的医疗服务质量。

相对于上述两个指标而言,患者更关注医疗服务的疗效即治疗结果,包括死亡率、再入院率、健康状况等,而非非治疗过程中的具体操作或药物。Masoudi认为,疗效是对整个医疗过程和体系的评价,不仅局限于某种药物或某项手术。在美国,不同医院AMI患者的30天死亡率之间的差异可达5%。因此,对不同医院进行医疗质量评价就显得十分重要,但这并非易事,需要考虑多种因素,且疗效评价指标并不统一。此外,有些治疗结果由于以往研究关注较少,不容易评价,比如具体的症状以及患者的主观感受情况等。

Masoudi指出,除了上述3项指标,目前还有一些评价医疗服务质量的新指标,例如治疗结果/费用比。该指标可反映医疗

服务的最终效果,而不单关注医疗服务的绝对数量。例如,再住院率既代表治疗结果,又和医疗费用相关,反映了医疗服务的价值和效率。此外,治疗的恰当性也是评估医疗服务质量的良好指标。

总体来说, Masoudi认为,评价医疗服务质量的各项指标都有自身的优势和劣势,只有综合以及合理的应用这些指标,才能弥补各自的不足,从而更好地反映医疗服务的质量。

有了评估指标和评估方法,我们该如何将医疗服务质量评价结果应用到临床中去呢? Masoudi指出,一方面,医疗服务质量评价的结果可以反馈给医院和医生,医院和医生通过了解自身医疗服务的质量,认识到不足之处,才能改善治疗。另一方面,医疗服务治疗评价结果可公之于众,让民众了解每家医院的医疗水平以及与其他医院的差距。“应用医疗服务质量评价结果的最终目的还是为了提高医疗水平”, Masoudi说。目前已有医疗服务质量评价结果应用于临床的尝试,比如将医生收入和和服务质量挂钩,医疗服务质量较差者适当减少收入。

重视医疗服务质量的评价结果会产生两种结果:医院和医生努力改善医疗服务质量;各种作弊行为滋生,通过蒙混过关获取好的评价结果。有的医生和医院对评价结果不满意或者不认同,不愿意改善目前存在的问题。Masoudi认为,若要医院和医生认识到医疗服务质量评价是为了进一步改善医疗水平,需要经历沟通过。

雨果有句名言:如果一种思想的时代已经到来,世界上是没有什么能够阻挡得住。在总结时, Masoudi教授复制了这一名言,“医疗质量服务评价的时机已经到来,没有什么可以阻挡得住。我们需要做的就是推动医疗质量服务评价,从而改善医疗水平,让患者更长寿、生活质量更高”。

(王天杰 王红)

## CHC2011 • 全体大会

Harlan Krumholz:

## 提高医疗质量,好钢要用在刀刃上

《黄帝内经》有言,上医治未病之病。在耶鲁大学医学院Harlan Krumholz教授看来,医学研究的首要任务也在于此,即“无需为民众提供医疗服务”。但在真实世界中,我们常常乐于寻找有益的治疗证据。



Harlan Krumholz

Krumholz从治疗策略和临床应用的正确与否两方面,用四格表的形式,以不同的案例对临床

实践的表现进行评估。对患者来说,最好的情况当然是以最恰当的方式接受正确的治疗。1982年, BHAT研究证实, β受体阻滞剂可显著改善心肌梗死患者的生存率。然而,13年后,在美国有适应证的患者中, β受体阻滞剂应用率仅50%,且各州差异显著。这就是“治疗策略正确,但临床应用不足”的教科书般经典案例。显然,仅有确凿的

有益证据还不足以改善患者的预后。另外,在临床实践中,我们总是“错误地选择治疗对象”,著名的案例就是RALES研究。在该研究发表之前,心衰患者中螺内酯的应用率不足5%;研究发表之后,螺内酯的应用率迅速增加,同时,高钾血症的发生率也显著升高。

究其原因, RALES研究对象排除了服药后可能出现不良反应的受试者如高钾血症和肾功能不全的患者。这些患者本无螺内酯适应证,但却在广泛应用。

Krumholz一再强调,临床结果评价研



Jeffrey Robbins

究应强调患者的真实感受,强调真实临床实践,反映对患者最为重要的方面。在面对患者时,我们眼中“不应只有患者本身,还必须包括患者所处的环境。”

Krumholz认为,我们应从临床实践中获取数据并加以分析,利用分析结果反过来指导临床实践,从而进一步提高医疗服务质量。这正是他想要推行的医疗研究模式,即在真实的医疗环境中了解患者的临床结果,同时考虑临床策略和临床应用的合理性,做到“知”、“行”一致;研究对象不仅是患者,还包括医生、医疗体系结构及医疗团队表现。“每个人都应该成为临床结果评价的一部分”, Krumholz再次强调。患者自身的经验是一笔宝贵财富,有助于帮助其他人。医学专业人员的责任则在于不断产生新的方法,为患者提供最佳的服务。

对于中国来说,首先应做到“好钢用在刀刃上”,即应将医疗资源用在该用的地方, Krumholz指出。我们需要利用丰富的医疗经验,但要强调的是,数据必须进行完整地收集及合理地分析。Krumholz坚信,只要中国充分地利用现有资源和丰富的临床经验,下个世纪,中国将引领全球医学的

(朱柳媛)

高润霖:

## 实施临床路径,缩短实践与指南的差距

阜外心血管病医院高润霖院士结合全国性注册和干预研究—中国急性冠脉综合征临床路径研究(CPACS)结果分析了我国目前冠脉综合征(ACS)诊疗现状,以及临床实践与指南的差距,并探讨了以临床路径为主



高润霖院士

的四种药物(阿司匹林、β受体阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂或血管紧张素II受体拮抗剂、他汀类药物)治疗,而且出院后的长期应用这些药物的患者比例迅速下降;(5)近60%的低危患者接受了介入性的检查和治疗,而2/3的高危患者却未接受介入检查;(6)ACS患者院内

事件,特别是心力衰竭的发生率高于国际发表的注册研究数据,二级医院尤为明显。上述结果提示,我国ACS诊治与指南存在较大差距。

基于CPACS-I研究结果, CPACS-II期研究设计和试行了一种医疗质量改善系统(包括临床路径的应用、医疗质量指标的反馈和有影响力专家的影响),并对其效果进行评价。CPACS-II期研究从全国入选二、三级医院共75家,随机分为先期干预组和后期干预组,相差1年分别启动干预。每6个月(一个周期)从每家医院收集连续的50例患者,先期干预组和后期干预组的医院分别接受4个周期和2个周期的医疗质量干预,预计将

不可能都尽善尽美,但我们应该及时反思、汲取教训并加以改善,因为不恰当的医疗模式会产生大量的非必需医疗花费。关键的问题是,花了这么多的钱,我们得到了什么?临床实践中普遍存在的另外一个问题是药物用量不当。对患者来说,这或许就是灾难,比浪费医疗资源更可怕。

Krumholz认为,我们应从临床实践中获取数据并加以分析,利用分析结果反过来指导临床实践,从而进一步提高医疗服务质量。这正是他想要推行的医疗研究模式,即在真实的医疗环境中了解患者的临床结果,同时考虑临床策略和临床应用的合理性,做到“知”、“行”一致;研究对象不仅是患者,还包括医生、医疗体系结构及医疗团队表现。“每个人都应该成为临床结果评价的一部分”, Krumholz再次强调。患者自身的经验是一笔宝贵财富,有助于帮助其他人。医学专业人员的责任则在于不断产生新的方法,为患者提供最佳的服务。

对于中国来说,首先应做到“好钢用在刀刃上”,即应将医疗资源用在该用的地方, Krumholz指出。我们需要利用丰富的医疗经验,但要强调的是,数据必须进行完整地收集及合理地分析。Krumholz坚信,只要中国充分地利用现有资源和丰富的临床经验,下个世纪,中国将引领全球医学的

(朱柳媛)

专访

## 蛋白质毒性聚集体是心衰治疗新靶点

本报特约记者 张宇辉



Jeffrey Robbins

Jeffrey Robbins教授是辛辛那提儿童医院心脏研究所执行主任,心血管病分子生物学系主任, AHA基础研究委员会执行主席。主要从事心血管病分子生物学机制基础研究,正在研究前淀粉样寡聚体心肌毒性的病理学机制及在心衰发生机制中的作用。值中国心脏大会之际,本报记者特就心衰机制研究进展对其进行专访。

记者:近年来,人们越来越重视心衰机制研究,并取得了很大进展。您可否介绍一下目前相关领域的研究情况?

Robbins教授:心肌重构是心衰的中心环节,也是近年来心衰基础研究领域的重点。这一进程涉及心肌细胞功能与结构的改变,包括心肌肥厚和心肌细胞凋亡。全身交感神经和RAS系统可以直接作用于心肌细胞,进而影响心衰的发生发展过程,而其他机制(如炎症、氧化应激等)也被证实在心衰演变过程中发挥重要作用。因此,通过阻止上述机制可能延缓心肌重构进展与临床心衰恶化,从而为当代心衰防治提供了新策略。

记者:近年来您致力于心肌收缩蛋白和蛋白质毒性研究,本次讲座的主题内容也主要围绕蛋白质毒性聚集体的产生和清除。请您简述一下相关探索性研究将对心衰发病机制的认识与对优化或改变临床治疗的价值何在?

Robbins教授:心肌病和心衰的发生发展是由于心肌细胞收缩能力逐渐下降,归根结底是收缩功能蛋白异常。蛋白质毒性的产生是由于编码蛋白基因的突变,导致蛋白产物的空间构象改变,错误折叠或未折叠的蛋白质形成并在细胞内积聚,破坏正常细胞信号传导通路,影响正常细胞结构,抑制细胞代谢,进而导致疾病。我们研究发现细胞本身具有保护性自噬机制,可清除上述蛋白质聚集,达到细胞和动物状况改善的效果。目前的心肌病和心衰治疗进入瓶颈期,探索更为有效的新方法已成为重中之重。更为对遏制收缩功能

蛋白质异常机制以及增强自噬机制而清除毒性蛋白质聚集的研究,不仅能为心肌病和心衰的基础研究拓宽思路,还可提供临床治疗新靶点。

(许菁)

Lawrence H. Cohn:

## 心脏外科:把握当前就是启动未来

哈佛大学医学院的Lawrence H. Cohn教授指出,没有人可以预测未来,但我们可以更好地把握当前,外科医生需要做的就是转变并适应与未接受放电的患者相比,植入ICD者放电相关死亡危险比为2.2,植入CRT-D的患者则为2.4。此外,未放电者生存率较高。在CRT-D置入者5年生存率为72%,而未经历史电击者则为80%。即未经历史放电的ICD或CRT-D置入者的预后要优于经历放电者。该研究还发现,具有家庭远程监控系统的ICD或CRT-D者生存率较高。

John教授总结指出,对于心衰患者的ICD治疗,应避免不必要的右室起搏,如PR间期正常,则心房起搏也是安全的。程控时将SVT的识别开关打开,调高感知频率间期(180~200次/分),延长感知间期将有助于避免不恰当放电。

(卢芳)



Lawrence H. Cohn

在具体工作中, Lawrence教授认为,微创技术的深入人心、更少心肺转流术、老年患者群、瓣膜疾病和心衰以及心律失常(尤其是房颤更为多见)和成人先心病的涌现,都将是未来心外科医生最常面临的情况。其中有两件事是锁定的:由于介入治疗的推广, CABG会有所萎缩;外科手术会更加有趣味,操作也更趋微创。

Lawrence教授还特别对胡盛寿教授等在中国开展的一站式杂交技术表示了赞赏,并指出杂交技术是心外科发展的一条重要途径。他还就目前CABG的现状做了交流认为, CABG在杂交手术中更为多见;微创冠状动脉旁路移植手术(MIDCABG)较有吸引力;机器人手术系统和OPCAB可能更为多见;左内乳动脉

(LIMA)旁路移植仍是血管重建金标准。心瓣膜疾病也是心外科常见疾病,随着老年患者群的增加瓣膜疾病也更为多见。近年来,瓣膜病介入治疗新技术也得到大力发展,如经皮人工主动脉瓣支架植入术、经皮人工肺动脉瓣支架植入术、经皮二尖瓣修补术和经皮二尖瓣环成形术等。

对于人才储备和医疗质量提高, Lawrence教授指出,心外科医生加强培训以尽快适应目前发展状况已经很有必要,培训项目主要包括血管内支架植入术、微创瓣膜外科手术、电生理学、经皮冠状动脉介入术等。

最后, Lawrence教授再次强调,这是变迁的时代,只有革新、挖掘自己才能更好地适应当前医疗发展需求,这不仅只针对心外科医生,还包括介入医生、麻醉医师、医院体制等。

(卢芳)

# “面对心血管病流行,我们没有碌碌无为”

本报记者 王欣

编者按:

“2010年8月13日是一个值得纪念的日子!”中国心脏大会(CHC)主席胡盛寿铿锵有力的话语似乎还回响在耳边。又是一年秋来到,来自世界各地、超过7000位参会代表莅临并见证了CHC 2011的盛况。无论开幕式、学术论坛还是新闻发布传递的讯息与营造的氛围,我们深深地领略到了严峻慢病形势下中国心血管同仁的不屈斗志,取得的些许成绩,以及对未来中国心血管病防控事业的宏图大志与潜心规划。可以预期,在这种精神的鼓舞与感召下,必将有更多的医务工作者投身中国的慢病预防事业,我们期待着CHC 2012能带给我们更大的惊喜与骄傲!



摄影/李武奎

慢病导致的疾病及经济负担给中国的医疗卫生服务改革带来了巨大压力,“预防为主”是中国最佳、最重要,也是最合适的心血管病防治大计。

中华医学会副会长吴明江

在越演越烈的心血管病流行态势面前,我们并非毫无预见、举无措与庸碌无为。事实上中国的心血管病防治起步于上世纪五十年代,中国心血管病防控的成果也得到了国际社会的认可。

世界高血压联盟主席刘力生

人群防治是一项长期的系统工程,不可能一蹴而就。世界银行报告提出,2010~2020年是中国防控慢病的关键期。我们必须把握机遇,应对中国心血管病流行的世纪挑战。

大会学术委员会主席高润霖

当务之急,临床医务工作者需要转变观念,不仅为患者提供优质的医疗服务,而应放眼于人群防治,落脚于群防群治。中国心脏大会也正是在不断理念更新的进程中发生了蜕变与升华。

大会秘书长顾东风

只有将心血管病防治工作从“治疗疾病”过渡到“防治并举,以防为主”,把心血管病防治的主战场转向社区,落实以社区为基础的人群综合干预措施,才能有效防控心血管病。

大会主席胡盛寿

近年来,中国的经济发展令世界瞩目,但是作为城市化进程、人口老龄化与生活方式改变加速的必然结果,慢病尤其心血管病日益严重的流行态势接踵而来。在经济高速增长的30年间,中国的流行病模式已经从传染病和母婴疾病为主,转换为以慢性非传染性疾病和伤害为主。目前,心血管病已经成为我国高死亡率、高致残率、高医疗风险和高医疗费用的第一大慢病,严重影响国人健康与阻碍经济的可持续发展。因此,慢病尤其心血管病防控已成为政府制定健康促进政策的重要内容。

## 中国心血管病流行是挑战,更是机遇

据高润霖院士介绍,前期正式发布的《中国心血管病报告2010》显示,目前估计我国包括冠心病、脑卒中、心力衰竭和高血压在内的患者数达2.3亿,每5人中有1人患心血管病;每年有300万人死于心血管病,每3位死亡者中有1人死于心血管病;我国城乡居民的心血管病发病率和死亡率仍呈增长趋势。我国心血管病流行特点还体现在不良生活方式和危险因素控制现状不容乐观、心脑血管病的患病情况和医疗费用不堪重负。

在回顾这些触目惊心的数字后,高院士表示,中国心血管病的流行趋势很大程度上源于危险因素控制不良,但我们必须认识到,人群防治是一项长期的系统工程,不可能一蹴而就。近日世界银行发布的《创建健康和谐生活:遏

制中国慢性病流行》报告提出,2010~2020年是中国防控慢病的关键期。因此,我们必须把握机遇,应对中国心血管病流行的世纪挑战。

吴明江副会长也明确指出,我国现有医疗卫生服务体系的结构和模式未能很好适应慢病防控需求。结构上,社区卫生服务体系薄弱,针对心血管等慢病的全社会防治体系有待加强。医学模式上,仍沿袭生物医学模式,对生物-心理-社会医学模式缺乏足够理解,忽视慢病的社会决定因素控制,忽视把医学研究成果转化为人群防控的社会行动。应该说慢病导致的疾病及经济负担给中国的医疗卫生服务改革带来了巨大压力,“预防为主”是中国最佳、最重要,也是最合适的心血管病防治大计。

## 中国心血管病预防有差距,也有成果

慢性非传染性疾病,尤其心血管病蔓延虽已成为中低收入国家或经济起飞国家发展的必经阶段,但我们并非毫无应对良策。“预防为先”、“源头控制”等已反复经欧美等西方发达国家心血管防治成果验证的理念与策略,对现阶段的中国同样适用。当务之急,临床医务工作者需要转变观念,不仅为患者提供优质的医疗服务,而应放眼于人群防治,落脚于群防群治。中国心脏大会也正是在不断理念更新的进程中发生了蜕变与升华。CHC 2011将主题定为“健康的

脏·更好的生活”,也正是希望所有参会者以及关注中国心血管病防治的有识之士,能共同致力于创造或改善环境、减少行为危害,进而拥有健康心脏、提高生活质量与构建健康和谐社会,顾东风教授如是说。事实上,近年来国内部分地区的年龄校正心血管病患病率、死亡率已呈现下降趋势,这是技术改良、预防策略、健康促进等的综合成果。

世界高血压联盟主席刘力生教授也颇有同感,“在越演越烈的心血管病流行态势面前,我们并非毫无预见、举无措与庸

碌无为”。事实上,中国的心血管病防治起步于上世纪五十年代,在吴英恺院士等老辈专家带领下完成的全国首次高血压普查、在首钢建立的第一个国人高血压防治网络等。1994年,世界卫生组织还向全球推广首钢心血管病防治经验——首钢模式。刘教授特别强调,中国心血管病防控的成果得到了国际社会的认可,授予其世界高血压联盟主席之职其实不仅是对中国心血管病防治成绩的一种肯定,更是希望中国能成为发展中国家心血管病防控的领军者。

## 中国心血管健康事业要发展,更要统筹

谈到如何确实推进中国的心血管健康事业,大会主席胡盛寿教授以国家心血管病中心成立1年来的实际工作与成果作答。他提及,虽然中国包括冠脉介入与外科手术等诊疗技术取得巨大进步,但应对心血管病流行的最佳措施无疑是预防,只有将心血管病防治工作从“治疗疾病”过渡到“防治并举,以防为主”,把心血管病防治的主战场转向社区,落实以社区为基础的人群综合干预措施,才能有效防控心血管病。认清这一形势后,国家心血管病中心的各位同仁统一思想,从四方面着手统筹规划:(1)组建预防研究部,从国际前沿和国家战略高度构建职能

完善的工作体系,集科、教、研为一体的国家级国家级心血管病预防研究医学基地已正式奠基。(2)调整学科发展布局,打破学科壁垒,发展为以患者为中心、以疾病的全方位防治为方向建立学科,通过交叉学科建设加强联合攻关。(3)加强转化医学研究,通过预防研究部与临床医学部紧密结合,发展交叉学科;依托技术优势,协调全国防治专家队伍和大型综合医院技术力量,开展大医院与基层社区紧密协作。(4)将防治主战场瞄准社区,这是未来发展的重要理念转变,国家心血管病中国心在国家心血管病防控技术规范制定、防治模式建立和适宜技术推广等方面做了大量工

作,如“全国高血压社区规范化管理”项目成果有目共睹。

在高度赞赏了国际心血管病中心对中国心血管病防治事业的贡献后,武汉大学人民医院黄从新教授建议,鉴于需从国家层面统筹应对心血管病与整合医疗资源的现实需求,中国应成立国家心血管病学院(CCC)。不同于现有的专业学协会,作为学术信息的发源地与集散地,国家心血管病学院将为政府政策决策提供学科建议、从政府层面整合资源,专业技术培训、准入与行业规范的制定与管理等。其使命是作为政府与专家间的纽带,为中国心血管病防控事业作出新贡献。

# 翁渝国：用“心”做心外科医生

上世纪70年代毕业于中国协和医学院的翁教授，是我国文革结束后恢复研究生制度的首批心血管外科研究生，后师从著名心外科专家郭加强教授。1981年毕业后远赴德国行医，翁教授在心外科领域已整整耕耘了40年。

为纪念翁教授从事心外科事业40周年，和他积极架起条件架起中德心脏外科交流的桥梁30周年，8月13日，大会将举行“翁渝国教授：中德心外科技术交流30年”晚宴专场。在中国心脏大会上，记者对翁教授进行了专访。



翁渝国教授

“快到退休的年龄，我才觉得刚刚摸索到了心外科的门。”

医学是一门实践科学，年轻医生在掌握医学基础理论后，还一定要在临床长期摸爬滚打。医学无捷径可言，学医尤其不能速成，不能搞“大跃进”。翁教授坦言，心外科医生的培养周期长，需要更多艰辛努力才能成为合格的心外科医生。尤其不能忽视严格的培训，制定合理的培训标准是保证医生水平的必要条件。

翁教授已从医超过40年，但他说，“我到现在，到了要退休的时候，才觉得刚刚摸索到了心外科的门。”他认为，现在

的年轻医生有过度重视技术，忽视病理生理等基础学科学习的倾向，“每个患者都不一样的，如果没有深厚的基础功底，根本不能应对错综复杂的临床情况。”医学既是实践的学问，也是理论的学问。在临床的浩瀚大海中，学校所学知识只是皮毛，必须不断深化。他说，如果再在临床上工作10年，面前的未知领域依旧会指引着他进一步学习、探索和实践。而且，“心脏外科医生是真要用‘心’去做的，如果不用心，不上心，什么也做不好。”

“不能为了创新而牺牲患者的安全。”

很多医生对创新存有误解，常对自己擅长某项技术大言不惭，都说自己是国际首创。实际上，他们只是没有看到前人的工作，创新必须要站在巨人的肩膀上，而不是想当然。“心外科手术复杂，不是每个都能实现创新，不能以牺牲患者的安全为代价。如果一名医生连标准的手术技术都不熟练，所谓创新未免风险太高。”

翁教授认为指南对于心外科医生依然重要，指南的目的是使临床实践规范化，医生在应用新技术时不能任意而为，而应是心中有数，目的是保证医疗质量和医疗安全。他正在准备用两年时间编撰心脏外科手术指南。

“中国走向世界，不是要吹嘘数字，而是要发表高质量文章，让世界了解自己。”

如果一家医院的心脏外科手术量太少，就不能给医生和护士提供充足的培训机会，就可能导致医疗资源的巨大浪费。翁教授认为，阜外医院是中国为数不多的较成功的心脏专科医院。但中国还应该有几家区域性心脏外科中心，同时作为培训中心，集中医疗资源，集中患者，类似“铁打的营盘，流水的兵”，既能提供培训机会，也能提高医疗质量。

站在院长的角度，翁教授认为，医院的科研实力体现了医院水平，也可以让全球了解医院的工作。医院管理者在选择科研发展方向上有绝对权威，在发表文章方面也有决定权。他认为，中国走向世界，不是要吹嘘做了多少手术，而是要通过发表高质量的文章，让世界了解自己。这样一个工作，不是一个医生，一个病区，而是要靠整家医院齐心协力才能完成的任务。

“医生最大的幸福就是为患者分忧解难。”

“一名医生，如果把名誉和财富作为衡量成功的标准，那他就永远不可能成功，也得不到幸福。因为，医生最大的幸福就是为患者分忧解难。”他认为，患者的病治好了，医生也从中获取经验，得到自我满足，当然这需要制度的保证。任何制度的制定，其

终极目的是防范风险，而不是惩罚，尤其不能诱使他人犯错。

曾有人问翁教授，“你这么有名，从医这么多年，到底有没有收过红包？”翁教授则幽默地回答，“不管你信还是不信，反正我是没有收过。”这话，大家都信了。（杨进刚）

## 中美专家为慢病防控献言献策

耶鲁大学医学院 Harlan Krumholz  
医疗投入必须物有所值

如今，美国的慢病防治已较以往有很大改善，如在控烟、传播健康生活理念和提升医保系统方面做了很多努力，也汲取了一些成功经验。而且，医生在与患者的交流过程中应更加负责，必须告知医疗风险，及时提供健康帮助，这一简单措施对心血管病防治卓有成效。

美国和中国的医疗模式都需要变革，而中国更具优势。中国医疗改进的关键在于医疗投入的结果，而不是数字。以高血压治疗为例，既要考虑药物治疗与投入是否物有所值，医疗资源利

用是否充分、有效；还必须了解临床诊疗实践中，不是医生能提供什么，而是患者真正需要什么，什么才是能为患者带来最佳获益的优选治疗。临床实践应建立在研究基础上，需研究患者与医生。只有真正了解那些被循证医学证实有效的药物或技术应用的制约因素，了解哪些对患者并无益处的药物或技术仍在广泛应用，通过针对性分析与临床实践改善，才能确保医疗资源在正确的时机，以正确的方式投入，并确保提供高治疗的医疗服务。（李晓雅）

中国高血压联盟主席吴兆苏  
医生和公众都要加强防病意识

以往多数心血管医生的诊疗理念都是以治病为主，很少意识到防病的重要性。但我认为，一方面这不应成为医生为自己开脱的理由，临床医生必须加强预防意识；另一方面，我国多数患者的就诊习惯是不生病不找医生，这使得多数来门诊就诊的患者都已具备需要行PCI治疗或外科手术的指征，错过了最佳防治时机。

更令人担忧的是，如果这种诊疗模式和就诊模式再沿用5年，我国慢病患者的增幅将不可估量。为了避免出现这种恶性循环，我们不仅要适时改变患者的健康理念，更应该尽快改变医生的诊疗行为，将临床医生以“治疗为主”的理念转变为“防治结合”的理念，将“坐堂医生”的行为转化为“主动服务”的实践。（胡睿）

中国高血压联盟副主席王文  
让更多医生投入预防工作还需加强激励措施

近年来，我国人群心血管病发病率和死亡率的持续上升趋势是我国历史发展所决定的，一系列社会问题导致我国慢性病发病率增长成为必然，尽管国家已采取措施，但仍无法延缓或逆转。

目前，很多医生都认识到了预防的重要性。知名专家尤其老专家热衷从事心血管病预防工作，从控制高血压入手防治慢性病。但是仍有很多医生更愿意治疗，因为这能给他们带来直接的经济效益和晋升机会。因此，医生队伍对预防的重视程度仍需加强。

近年国家越来越重视慢性病预防工作，如成立国家心血管中心、国家肿瘤中心，这就是国家对心血管病和肿瘤预防的具体措施。政府在基层还投入了大量的资金对基层医生进行培训，同时把高血压、糖尿病纳入社会公共卫生服务范畴。但是在有些方面的力度仍显不足，如基层医生参与了慢性病预防工作，如何体现他们的工作价值？再如，如何动员更多专家投入到预防工作中，还需要更多激励措施。（陈惠）

耶鲁大学医学院 Jersey Chen  
国家与专家携手实现慢病防治

过去十年间，美国的心血管病防治积累了大量经验。美国政府高度注重医疗质量，启动了一系列质量控制项目。癌症目前是美国居民的首位致死疾病，除通过控烟等生活方式改变应对癌症流行外，制药企业也积极投身新药研发。而且新的基因诊断检测方式通过简单的血液检测即可早期发现疾病，从而制定针对性、个性化治疗方案。在美国，控烟与基因诊断研发都由政府资助，是政府在慢病防控领

域投入力度较大的举措之一。中国与其他国家一样，可从专家层面和国家层面共同携手实现慢病防治。在专家层面上，通过召开国际性会议和交流研究互通有无。中国心脏大会就是一个很好的平台，中外专家共同研讨如何完善医疗质量评估等内容。在国家层面上，可以由各国的非营利性组织合作完成大型跨国、跨地区项目等，发现问题与探索应对之策。（李晓雅）