



## 慢病防控：借鉴基础上探索“中国模式”

一年一度的中国心脏大会（CHC）逐渐成长为初秋收获时节，中国、亚太乃至全球心血管界共同期盼的心血管病学盛宴。在这里，中外学者不仅交流、融汇国际先进理念与实践真知，展现各自研究成果与学术风采，而且坚守“除人类之病痛，助健康之完美”的亘古信念，以天下健康为己任，积极谋求共识与协作，共同描绘慢病防控的世纪蓝图。8月9日至12日，

CHC 2012 如期而至，它将以更前沿的理念碰撞、更精彩的进展解读、更积极的实际行动，全方位诠释“健康的生命·更好的生活”这一大会主题！

中华医学会副会长祁国明指出，中国的心血管病流行不堪重负，再不采取积极、有效的应对措施，必将使国民、国家蒙受更惨痛的损失与伤害。受经济发展、文化传承、政策体系等诸多因素影响，我国的慢

病防控不能照搬欧美发达国家的成功经验，亟需在充分借鉴的基础上全力探索“中国模式”，统一“保基本，强基层，建机制”的基本思路，践行“关口下移，重心下移”的宏观战略，积极推进临床医学与公共卫生领域并举和双向转化。

2-3 版

### 导读

三大行动  
有助防慢病“井喷”

4

胡盛寿：外科医生  
应寻求更广泛的合作

5

## 七医生获“中国心脏大会青年研究者奖”



评比和颁发青年研究者奖是中国心脏大会的一项重头戏，其旨在发现和获肯优秀的青年研究者，并鼓励更多的青年才俊投入心脏病学的科研工作。

图 / 李武奎

### 获奖名单

一等奖	巩秋红
二等奖	赵全名 窦克非
三等奖	马瑞敏 张恒 龚俊松 葛增



国际心电学大会

# 重视左室肥厚电重构机制



国际心电学 & 2012 心律失常大会开幕，日本横滨 Minami Kyosai 大学 Masayasu Hiraoka、巴西圣保罗大学 Carlos Alberto Pastore 和阜外医院张澍教授致辞，会场学术气氛浓郁，研讨热烈，与会者收获颇多。 图文 / 刘俊

捷克斯洛伐克研究生医学专科学校 Ljuba Bacharova 教授提醒，如心电图显示 QRS 波电压增高、时程延长、假性正常化，左室电轴偏移、左束支阻滞 (LBBB)、左前分支阻滞 (LAFB) 等，诊断左室肥厚 (LVH) 时应考虑电重构。

传统心电图诊断 LVH 以电压标准为主，左室体积 / 大小评估是金标准，但其特异性高而敏感性低，常出现假阴性结果。Bacharova 教授认为，以左室质量作为 LVH 诊断标准欠妥：以

电区域参数评估质量不合理；LVH 的心电图诊断标准不同于超声。对此，既往研究证实在 LVH 发展过程中，发生细胞内电生理特征、结构特征、细胞间电偶联和传导异质性等改变，导致心肌兴奋性扩布变化。再因左室受胸腔其他器官限制，多呈逆钟向转位，必然使额面 QRS 环最大除极向量指向左后上方，心电图左偏，QRS 波时程延长。左室肥大使 QRS 波形态改变、室内传导延迟，因此 LVH 患者 LBBB 发生率超过 90%。 (赵允梓供稿)

## 心电图图形差异 勿忘种族、性别、年龄影响

12 导联心电图是无创、实用、准确、廉价的检查技术，图形表现是否受性别、年龄、种族影响，且看格拉斯哥大学 Peter W. Macfarlane 教授报告 5 项研究给出的答案。

调查 I 纳入的 1784 名 0 ~ 16 岁白种人包括 525 名出生 7 天内新生儿，结果发现 QRS 波时限与年龄呈正相关。调查 II 入选 1338 名 > 18 岁的白种人，结果显示 QRS 波时限与性别相关，男性长于女性；男性  $R_{V5}$  高于女

性，随年龄增长差别缩小； $V_1/V_2$  导联 ST 段高度与年龄、性别均相关。调查 III 入选 530 名 18 岁以上中国人，结果显示 QRS 波时限与性别相关，男性长于女性；男性  $S_{V2}$ 、 $R_{V5}$  及  $V_2$  导联 ST 段均高于女性，随年龄增长差别减小。调查 IV 入选 1261 名尼日利亚黑人，结果与调查 II、III 类似。调查 V 入选 965 名印度人，结果同调查 II、III。

综上所述： $R_{V5}$  高度在尼日利亚人最高，中国、印度人次之，白种人最低；

性别方面，尼日利亚男性最高，白人女性最低； $V_2$  导联 ST 段在中国男性最高，印度女性最低；QRS 波时限在中国男性最长，印度女性最短。

Macfarlane 教授认为，心电图存在年龄、性别差异，种族对  $V_2$  导联 ST 段高度影响大， $R_{V5}$  在尼日利亚人男女均最高。由此提示面对心电图差异，临床医生应具体问题具体分析，相关机制或是未来研究热点。

(刘文亨供稿)

## 早复极化或为心律失常危险因素

San Donato Milanese 心律失常中心 Luigi De Ambroggi 教授指出，尽管早复极在大多数临床病例被认为是一种良性变异，但现有研究提示早复极可作为心律失常的危险因素，尤其是在有不明原因晕厥或家族性猝死史的人群。

Ambroggi 教授进行的研究入选了

21 例有心脏骤停的运动员，以 365 名健康运动员作为对照组。两组早复极发生率虽无显著性差异，但深入分析却发现病例组中下壁及左侧胸前导联 ( $V_4-V_6$ ) J 波和 / 或 QRS 波粗顿 (无 ST 抬高) 发生率更高。在平均 67 个月的随访中，病例组复发室速运动员的

早复极发生率较高。

基于此，Ambroggi 教授表示，虽然运动员中早复极发生率较高而心律失常事件报道较少，仍应该把健康运动员中发现 J 波作为次要的心律失常危险因素。

(任岚供稿)

## 冠状窦辅助鞘 CRT 植入术中“小工具”的“大用途”

CRT 因提高心衰患者生活质量、降低死亡率而成为重要治疗技术，尤其对于药物疗效不佳及电机械活动失同步者。CRT 植入术中定位冠状窦 (CS) 并送入电极至关重要，成为技术重点和难点。

瑞典 Skane 大学医院 Lingwei Wang 教授介绍应用辅助鞘简化 CS 插管操作技术。相关研究入选 158 例心衰行 CRT 患者，均为同一术者左侧入路。试验组采用 CS 辅助鞘，对照组采用传统导管 / 电极导线 / 导引钢丝操作。结

果显示，试验组插管成功率 100%，对照组 95.1%，5 例因插管失败无法送入 CS 电极放弃手术；采用 CS 辅助鞘可以缩短手术时间 (54.3 vs. 74.0 min,  $P=0.001$ )、曝光时间 (3.8 vs. 14.3 min,  $P<0.001$ )。 (郑晓琳供稿)

## 现代电生理学论坛

### 右室流出道室速导管消融：磁导航技术“锦上添花”

磁导航技术具有导管头端柔软、通过性好、贴靠稳定及 X 线曝光量小等优点，南京医科大学第一附属医院陈明龙教授的研究肯定了磁导航技术对右室流出道室性心律失常导管消融的实用价值。

2007 年，陈教授开展随机交叉研究，纳入 30 例患者，平均 44 岁，随机分为磁导航组、EnSite Array 标测 + 常规消融技术组。结果显示，磁导航组首次消融成功率低，但首次手术失败者成功率高；手术时间长，同样组

织温度所需消融功率高，右束支阻滞比例低；明显减少医患 X 线曝光量。

陈教授认为，磁导航技术辅助右室流出道室性心律失常导管消融安全、有效，且可显著减少医患 X 线曝光量。

(吴灵敏供稿)

### 特发性分支性室速 真实世界导管消融成功率仍待提升

阜外医院姚焯教授介绍了该院 10 年间 213 例特发性分支性室速消融结果，并对特发性分支性室速导管消融存在的问题进行深入探讨。

目前导管消融已成为特发性分支性室速的首选治疗。国际报道的一次消融

成功率接近 100%，但均为小样本研究，结论难免存在偏倚。阜外医院的数据显示，213 例特发性分支性室速导管消融后平均随访 5.3 年，一次消融成功率仅 84.2%，中位复发时间 65 天，1 例患者术中出现严重房室传导阻滞。

姚教授认为，标测和消融准确性、消融终点判定及术者经验对提高消融成功率及安全性十分重要，因此临床医生应保持清醒认识，这对于导管消融技术迅速推广的今天尤为必要。

(吴灵敏供稿)

## 房颤治疗模式改变峰会

美国约翰霍普金斯医学研究所 Hugh Calkins 教授、德国莱比锡大学电生理中心 Gerhard Hindricks 教授、日本茨城大阪土浦医院 Yoshito Lesaka 教授分别针对房颤治疗模式转变展开深入讨论。

Calkins 教授表示，房颤消融术虽已近成熟，但 1 年以上远期疗效；老年、合并心衰、长程持续房颤者的安全性和有效性；对卒中风险及生存率的影响以及不同术式选择等仍需明确。未来随着导管设计完善、机器人技术广泛应用及标测技术发展，房颤消融治疗的前景必将更加光明，电生理医生仍任重而道远。

Hindricks 教授对阵发性房颤、持续房颤基质和基质消融策略进行了精彩阐述。他指出，对持续性房颤患者消融，仅仅进行肺静脉隔离是不够的，需要完成肺静脉外基质改良。文献报道，心脏磁共振 (CMR) 可以揭示心肌纤维化，而以心房纤维化为基础指导消融可明显改善持续性房颤消融效果。此外，CMR 结合电压标测进行个体化基质分析同样可以改观持续性房颤患者消融获益。

Yoshito Lesaka 教授介绍了该中心治疗持续性房颤的“七步策略”，即双侧环肺静脉前庭消融完成肺静脉隔离 → 左房顶部、基底部线 → 左房间隔、前壁、后壁线 → 二尖瓣环 / 峡部线 → 左心耳基底部线 → 右心房间隔 / 界脊 / 右心耳线性消融 → 上腔静脉隔离 / 三尖瓣峡部消融。平均 1.7 次消融后平均 14 月随访，结果较佳。他认为采用该策略能有效治疗持续性房颤，获得较好的效果，值得进一步临床推广。

(包镜如 廖自立 刘俊供稿)

## 致心律失常性右室心肌病诊治美国经验谈

致心律失常性右室心肌病 (ARVC) 是一种遗传性心肌疾病，以右室心肌被脂肪及纤维组织进行性替代为特征，可致起源于右室的多种室性心律失常。美国约翰霍普金斯医学研究所的 Hugh Calkins 教授介绍了该中心在诊治 ARVC 方面的经验：

**ARVC 室速机制** 最近有研究发现，ARVC 患者常可见与临床室速相同形态的频发室早，提示自律性触发机制或许亦扮演重要角色。

**导管消融地位** 对于反复发作室速的 ARVC 患者，若内膜病灶有限，则可在诊断和评估的同时行导管消融；对于频繁 ICD 治疗的患者，导管消融 (内膜和 / 或外膜) 可作为一线治疗；在经验丰富的中心，也可不尝试药物治疗即予导管消融。

**ICD 植入指征** 多项研究结果提示，凡是既往有持续性 VT/VF 发作史者、符合诊断标准者以及部分家系成员 (包括符合诊断标准者及具备高危因素如频发室早、非持续性室速和 / 或心律失常性晕厥者)，需要植入 ICD。

(包镜如 供稿)



### 心血管病和慢病防控峰会

# 吴良有：慢病防治重在落实

卫生部疾控局慢病处吴良有处长在阐述“中国慢性病防治工作规划(2012~2015年)”出台背景、主要内容、意义特点、后续行动。重点介绍该规划的8个目标,24个指标。

8个目标包括建立慢性病监测与信息管理制度;完善服务网络和工作机制;提高防治能力等。24个指标:核心信息知晓率>50%,35岁以上人群高

血压知晓率>70%,35岁以上人群糖尿病知晓率>50%;健康生活方式行动覆盖率>50%;国家级慢病示范区覆盖率>10%县(市、区);全国人均每日食盐摄入量<9g;成人吸烟率<25%;经常锻炼人数比例>32%;成人肥胖率<12%,儿童青少年<8%;高血压患者规范管理率40%,管理人群血压控制率60%;糖尿病患者规范管理率40%,管

理人群血糖控制率60%;脑卒中发病率上升幅度<5%,死亡率下降5%;30%的癌症高发区开展癌症早诊早治;>40岁COPD患病率<8%;适龄儿童窝沟封闭覆盖率<20%,<12岁儿童患龋率<25%;死因监测覆盖90%县(市、区),危险因素监测50%县(市、区),营养状况监测15%县(市、区);专业人员占各级CDC专业人员比例>5%。

#### WHO 西太平洋地区健康社区与人口司司长韩铁如 NCD 的应对战略与规划

韩铁如司长在报告中指出,来自于WHO全球非传染性疾病现状报告2010显示,西太平洋地区(2008年)年龄标化的成人吸烟率(15岁以上),高收入、中低收入国家及未分类国家男性和女性的相比,男性明显高于女性,中国分别为50%和8%;人均纯酒精消费量,韩国、澳大利亚和新西兰的酒精总消费量名列前茅;年龄标化成人体力活动不足发生率,中低收入国家女性高于男性,高收入国家男女相似。25岁以上高血压发病率均较高,不同水平国家之间相比无差异。糖尿病方面,中低收入国家及未分类国家较高。高胆固醇血症方面,高收入国家较高。

韩铁如司长还特别指出,NCD预防与控制需要全政府、全社会的共同参与,需要多部门的共同合作,通过对社会因素、危险因素以及卫生保健系统三个主要方面的综合干预,实践慢病防控的策略。

#### 美国匹兹堡大学 Lora Burke 教授 借助现代技术 提升患者依从性

来自美国匹兹堡大学 Lora Burke 教授在报告中就饮食、运动和行为习惯改变预防与治疗成年肥胖关系进行论述,并且指出,使用现代技术可以减少自我监测负担,提高依从性。现代技术易于实现信息的实时反馈,强化行为改变效果,提高依从性,快速发展自我监测软件应用,尚需循证医学证据支持。

一项旨在评价一年内4种饮食干预依从率的有效性研究显示,减重与自报的饮食依从性相关;减重与饮食干预方法不相关。另一项以运动为核心的研究显示,运动量越大,体重下降的幅度越大,但很难达到并保持推荐的运动时间。平均每天锻炼1小时,持之以恒可以降低体重,持续、强化的沟通有助于长期坚持体育锻炼。通过使用新技术的研究显示,自我监测与体重下降显著相关。我们研究证明,许多没有及时进行自我监测的习惯,而且自我监测的频率和时间影响减重效果,需要新方法增加自我监测的依从性。

#### 西藏大学高原医学中心吴天一院士 关注高原心脏病

吴院士在报告中呼吁,小儿高原心脏病是一种在青藏高原常见的高原病,临床表现特征为严重的肺动脉高压,右心室显著肥大,常死于充血性心力衰竭。发病率高,病死率也高,是一个严重的高原公共健康问题,有效的防治措施非常必要,应该受到中国心脏病学界的关注。

青藏高原是世界上海拔最高的面积最大的高原,平均海拔在4000m以上,约1200万人生活在海拔2200~5200m的地区,藏族、汉族人群大致相当。随着中国西部大开发,越来越多的内地人来到青藏高原地区。

2005年,国际高山医学协会(ISMM)达成共识:高原心脏病是慢性高原病的血管型,诊断要点包括:高原发病史、症状、体征、显著右室肥厚、充血性心衰,心导管或超声心动图估测的平均肺动脉压(mPAP)≥25mmHg。研究表明:汉族人在海拔高度3000m以上时mPAP显著增高,而藏族的mPAP增高较少。汉族婴幼儿在高原出生后远端肺动脉分支退化延迟,相反汉族新生儿右室肥大减退缓慢,甚至直到成年期。西藏的汉族婴儿在4岁前,其肺小动脉仍有较厚的平滑肌。这正是汉族婴儿及儿童对缺氧更为敏感,致高原心脏病高发率的原因。

## 优维显® 370

碘普罗胺



### 心血管造影及介入治疗的理想选择



Science For A Better Life

- ◆ 理化性质均衡
- ◆ 高效显影
- ◆ 肾脏耐受性高
- ◆ 不良反应发生率低

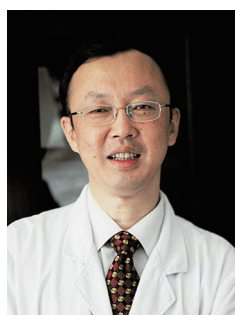


# 新型专用导丝为 CTO 介入治疗“如虎添翼”

## PROGRESS 导丝性能优势凸显,满足各级临床需求

武汉亚洲心脏病医院 苏晞

冠状动脉慢性完全闭塞 (Chronic Total Occlusions, CTO) 病变约占全部冠状动脉造影阳性病例的 1/3, 但接受经皮冠状动脉介入治疗 (Percutaneous Coronary Intervention, PCI) 者仅占全部 PCI 病例的 10% ~ 15%。CTO 病变接受 PCI 比例偏低的主要原因是存在技术难点, 文献报道手术即刻成功率多在 50% ~ 80%, 平均约 65%, 远低于其他冠状动脉病变 PCI, 且术后再闭塞和再狭窄发生率高。因此, CTO 病变被认为是目前 PCI 领域的最大障碍和挑战。近年来, CTO 专用器械研发、PCI 手术技巧以及 CTO 影像诊断等领域均取得了长足的进展, 可以说为介入医生战胜 CTO 病变提供了更坚实的技术支撑。



苏晞 教授

目前认为, 导丝选择无疑是影响 CTO 病变 PCI 成败的关键。理想的 CTO 导丝应当具备以下特点: 硬度相当, 在闭塞病变中可被灵活旋转, 不易进入内膜下, 易穿过 CTO 病变两端的纤维帽。但是目前尚无任何一种用于 CTO 的导丝可称得上是完美无缺。影响导丝性能的主要特征包括硬度、头端形状、涂层性质等, 不同材质和

结构的导丝在 PCI 术中可呈现出的扭矩反应、触觉感受、推进力、支持力、可控性、尖端塑形和记忆能力也大同小异。

近年相继研发出许多新型的 CTO 专用导丝, 如雅培公司的 PROGRESS 系列导丝, 力求为介入医生提供较为得心应手的“利器”, 进一步提高 CTO 病变的治疗成功率。

## HI-TORQUE PROGRESS 系列导丝: 设计独具优势

针对 CTO 病变的自身特点, HI-TORQUE PROGRESS 系列导丝采用了独特的设计, 从而具备了良好的特性:

★ 锥形头端, 头端直径 0.012" (40, 80, 120)、0.0105" (140T)、0.009" (200T), 易于寻找 CTO 病变的“微通道”, 同时提高穿透力, 便于穿刺纤维帽。

★ 头端 5 mm 为无涂层的裸露弹簧圈, 有助于获得精确的触觉反馈, 也可避免导丝在穿刺 CTO 病变纤维帽时出现滑移现象。

★ 中段聚合物护套外覆亲水涂层, 使导丝具有良好的顺滑性, 降低了导丝与血管和病变之间的摩擦力, 不仅使易于在闭塞病变中穿行, 也增强了导丝

的扭控性。

★ 高强度不锈钢核芯和 Core-to-tip 头端设计使导丝具有良好的扭控反应和耐用性。导丝核芯从距头端 12 cm 处开始呈流线形过渡, 避免产生脱垂点, 尽可能减少导丝打折现象, 并提供可靠的导丝操控性。流线形核芯椎体, 使扭矩传递接近 1:1, 同时提高了导丝的跟踪性和导丝远段的支持力。(图 1~2)

★ 高强度不锈钢核芯, 提高了导丝的耐用性和头端塑形保持能力。

★ 与同类导丝相比, 头端显影区较短 (3 cm), 可避免与微导管和球囊的显影标志发生重叠, 更便于手术操作。

★ 疏水涂层有助于器械在导丝的近段移动。

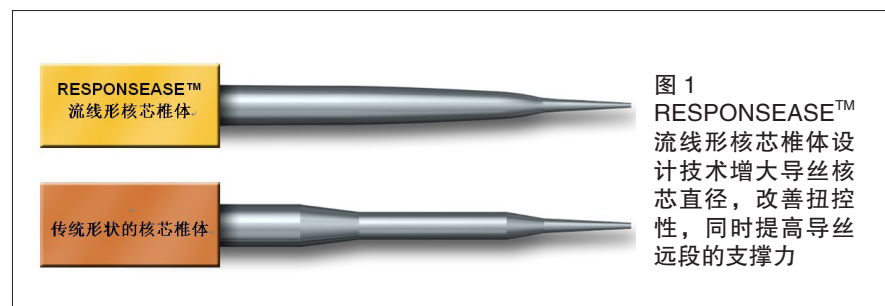


图 1  
RESPONSEASE™  
流线形核芯椎体设计技术增大导丝核芯直径, 改善扭控性, 同时提高导丝远段的支持力

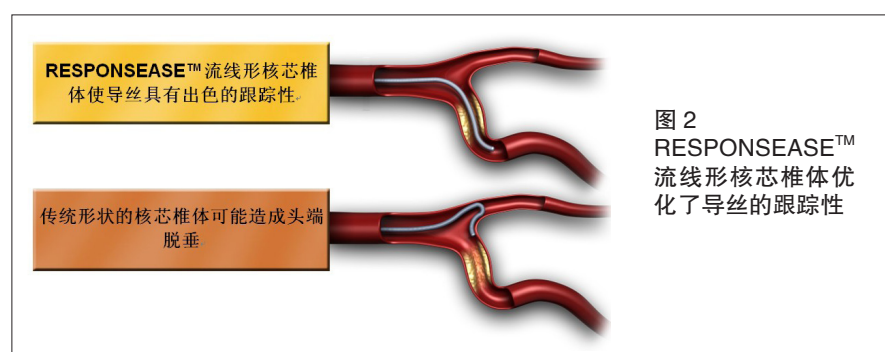
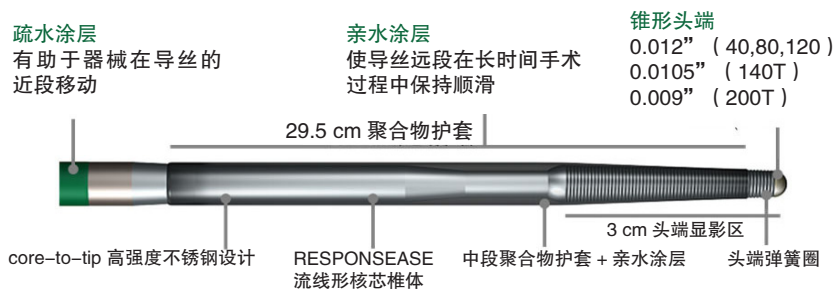
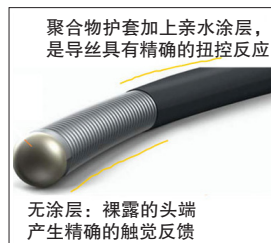


图 2  
RESPONSEASE™  
流线形核芯椎体优化了导丝的跟踪性

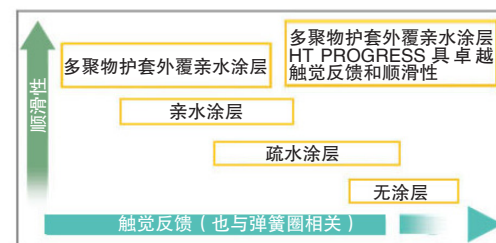
## HI-TORQUE PROGRESS 系列导丝设计精要



### 涂层和护套



### 导丝设计: 触觉反馈和顺滑性



## PROGRESS 40 或为 CTO 病变 PCI 首选导丝

同时雅培公司也引入“穿透力”的概念, 综合考量导丝的头端硬度和头端横截面积, 从而更精确地评估了导丝头端通过病变的能力。计算公式: 穿透力 = 头端硬度 / 头端横截面积。PROGRESS 导丝共有 40、80、120、140T 和 200T 五款以穿透力级别命名的产品, 使临床医生一目了然, 可根据病变需求, 针对性实现导丝选择, 意即介入医生可以从穿透力弱的导丝开始而根

据病变的需要逐步“升级”(图 3~4)。

治疗 CTO 病变时导丝的基本操作为“钻、穿、滑”三种技术, PROGRESS 导丝的特殊设计可兼顾满足上述三种技术需要。PROGRESS 40、80 和 120 适用于“滑”或“钻”技术, 其中 PROGRESS 40 更可作为 CTO 病变的首选导丝, 用以了解病变的性质; PROGRESS 140T 和 200T 因具有“针尖样”头端, 则更适宜于穿刺纤维帽。

本中心的临床经验证实, PROGRESS 系列导丝的设计独具特色, 在介入干预 CTO 病变时确实显示良好的触觉反馈, 具有良好的扭控性和跟踪性, 更易输送, 在病变内很容易操控, 易于在病变中穿。因此, PROGRESS 40 应成为 CTO 病变 PCI 时的首选导丝。

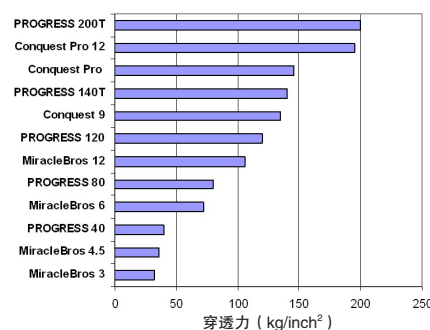


图 3 采用“穿透力”的概念便于直接比较不同的慢性闭塞病变导丝

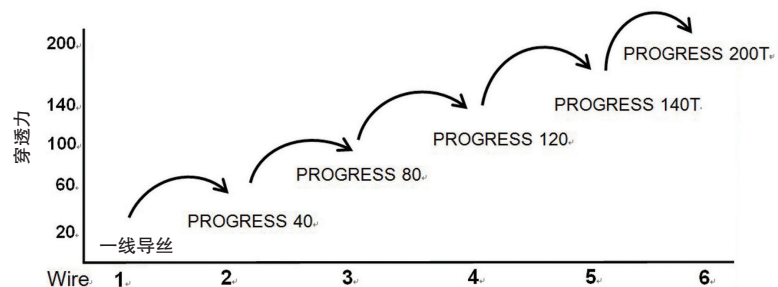


图 4 渐进性升级方式: 从穿透力弱的导丝开始, 根据病变的需要逐步“升级”

## 结语

PROGRESS 导丝具有精确的触觉反馈和不同强度穿透力, 导丝性能进一步细化: 裸露的头端弹簧圈, 以便获得精确的触觉反馈; 流线形核芯椎体及亲水的聚合物护套以便获得精确的扭控反应, 使导丝在高度狭窄病变中的可控性最大化, 使慢性闭塞病变的治疗水平得以提高。



### 单纯药物治疗和外科治疗仅对部分患者有效

# 胡盛寿：外科医生应寻求更广泛的合作

《医师报》特约记者 张宇辉 邹长虹

国家心血管病中心阜外医院胡盛寿教授及其团队近年在心力衰竭基础研究和外科临床研究方面开展大量先进研究，并在国际权威杂志发表数篇高水平学术论文，现特邀胡教授结合团队工作从“正确认识心衰”和“创新心衰外科治疗技术”两方面展述中国心力衰竭外科治疗的现状与前景。

**正确认识与评估心衰** 胡教授从临床评估、影像评估、分子标志物三个角度分别阐述。根据中国心血管外科协作网、全国多中心注册登记资料的

整体分析结果，胡教授提出国人冠心病评估模型——SinoSCORE，这是中国首个心脏外科危险评估模型。发表在2009年《循环》杂志的CABG和PCI对比研究表明，CABG组死亡率、MI发生率、靶血管再血管化率均较PCI组明显降低。而且，胡教授的研究团队开展了国际首个以组学研究为基础的心衰分子标志物系列研究，主要结果表明：Apo D可作为不同心肌病引发心力衰竭的诊断标志物，HSP-70高水平表达与心力衰竭发病的分子机制密切相关，CARP作为心脏特异的

转录因子与致心力衰竭分子机制相关。

**创新心衰外科治疗技术** 主要包括血运重建、细胞移植、左室成型术、室壁瘤切除术、左室辅助和心脏移植。在阜外医院，CABG已成为缺血性心力衰竭的常规治疗技术，239例EF<35%患者的CABG术后5年生存率达89%。阜外医院还开展世界首个CABG联合细胞移植治疗缺血性心肌病合并陈旧性心肌梗死研究，在《JACC》发表的部分结果表明该治疗短期有效，但长期结果仍需观察。此外，胡教授带领团队研发出具有自主知识产权的

心脏辅助装置——阜外-II型(FW-II)轴流泵。经体外检测和大动物实验，FW-II轴流泵已通过中检所检测，即将步入临床试验阶段。谈到心脏移植，胡教授指出，心脏移植已成为治疗终末期心衰的常规技术，阜外医院的心脏移植术后生存率明显高于国际平均水平。

最后，胡教授指出，单纯药物治疗和外科治疗仅对部分心衰患者有效，临床医生亟需更新知识，寻求更广泛的学科合作，以探索新型、高效的治疗策略。

## 心外科医生成功三要素：组织、领导和学习能力



Glen van Arsdell 教授

加拿大多伦多儿童医院Glen van Arsdell教授指出，成功的组织、领导能力和努力学习对外科医生非常重要。要改善先心病治疗结果，外科医生须逐渐向商业团队模式转变而非个人行为模式，具备第5级领导能力和团队要素：谦逊、意志、坚定，以及坚持不懈地学习。

**组织能力** 哈佛商学院Michael Porter教授指出，“今天医学科技已进入二十一世纪，却仍在十九世纪的组织架构、管理模式和价格体系下运行。”客观地讲，当前医学模式亟需在健康体系保障下彻底重组，构建多合一的医疗结构、多科合作和敬业的团队。

过去，先心病患者往往需要在儿内科、麻醉科、外科和ICU等多个科室内频繁治疗，导致信息沟通不畅，严重影响治疗效率。现在，心脏专科中心的成立使外科、心内科、心脏专科ICU、心脏专科病房、心血管麻醉和心脏专科护理整合为一体，显著提高工作效能。研究显示，采用该模式后，手术死亡率较上世纪80年代明显下降。

**领导能力** 1级外科医生应具有良好个人技术；2级外科医生应拥有优秀的团队成员；3级外科医生需

具备较强的管理能力；4级外科医生必须能够领导团队，比较突出个体的重要性，个人离开团队后团队即可能瓦解；5级外科医生要领导并促进团队进步，保证团队成员协调一致，个人离开将不会造成团队崩解。要想成为5级外科医生，必须具有谦虚的品质和坚定的意志。

**学习能力** 虽然目前已采用专科模式，但仍存在很多缺陷。采用该模式的10年间，手术死亡率相对以前下降，但仍维持在较高水平。对各治疗环节审视后发现，医生在术前、术中和术后均有能存在失误，其中部分行为可导致患者死亡，因此外科医生要不断学习。良好治疗模式可归结为6个“正确”：正确诊断、正确手术时机、正确手术（时机合适、残留病变恰当）、正确麻醉处理、正确ICU治疗以及正确病房治疗。外科医生可通过每周检查发现问题，改善模式。

## 注册研究：质量评估与改善的后盾

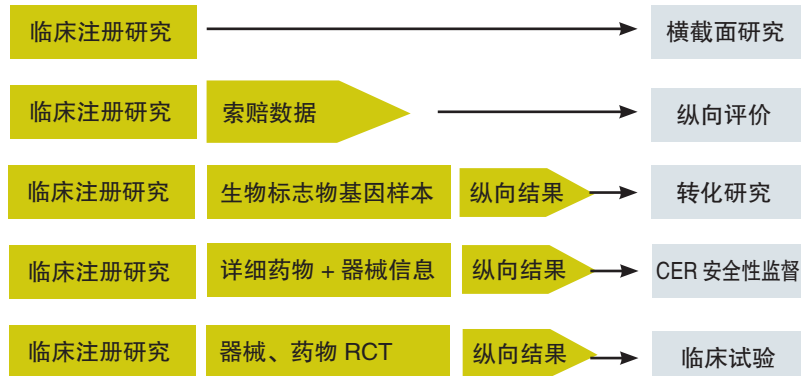


Eric D. Petersom 教授

杜克大学临床研究所主任Eric D. Petersom报告，注册登记研究是一个古老但又不断发展的方法。注册登记研究是收集既往经验的重要手段，能够为将来研究提供坚实后盾，改进循证医学证据。注册登记研究发展迅速，有助于收集更多、更完备的数据。此外，注册登记研究应用范围广泛，可用于CER、PMS研究、注册-试验交叉研究，以及质量评估和改善。

STS数据库始建于1989年，目前已收集超过400万份病例资料，占美国心胸外科研究项目病例的94%。该数据库收集的数据细化且有质量保证。数据库的主要用途包括：（1）采用国家规范化标准对协作医院进行反馈，改善数据质量；（2）通过外科医生、协作医院保证数据质量；（3）用于流行病学研究、疗效比较研究、药物/器械使用和安全性监督，以及作为RCT后盾支撑。

目前，临床注册研究的用途仍在不断扩展，如有助于横截面研究、纵向评价、转化研究、CER安全性监督以及临床试验开展（左图）。以RCT为例，临床注册研究可为研究设计者提供事件发生率、预期人群依据；对于研究执行者，有助于选择研究者和入选资质人群；在更大规模的患者群和临床环境中外推试验结果，检验潜在人群；评价成本效益；简化患者识别和数据收集。



### 基础医学前沿专题

#### ACE-2 或为基因治疗新靶点

糖尿病心血管并发症的发病机制未明，治疗手段有限。山东大学齐鲁张运院士团队初步揭示糖尿病心血管并发症机制，指明基因治疗方向。

张运院士团队成功构建早期AS兔模型，得出结论：ACE-2过表达可减轻2~4周早期斑块，但对12~14周斑块大小无影响；局部过表达ACE-2可减轻早期病变，或因多细胞信号转导通路；ACE-2过表达可通过下调局部Ang II表达和上调局部Ang I(1~7)，显著抑制心肌纤维化和AMI左室重构；（4）与心肌细胞交互对话，减少胶原和TGF-β产生，改善左室重构；ACE-2过表达可改善糖尿病肾病。

张院士指出研究方向：ACE-2与ACE交互对话，ACE-2与腹主动脉瘤、糖尿病、代谢综合征关联，其有望成为心血管病治疗新靶点。

### 心血管病护理论坛

#### 注重理念更新与技术创新

论坛内容丰富、专家云集，共分四个专题：护理管理、重症护理、循证护理及心血管领域新技术。

中华护理学会理事长李秀华将从护理管理模式改变与学科建设角度阐述发展机遇。夏威夷护理研究中心Debar D Mark教授将介绍循证护理概念、意义、模式，以及美国的实践经验；北京协和医学院李峥教授将讲授循证护理实践中文献检索和评价方法。多伦多儿童医院心脏重症护理中心Cecilia Hyslop女士将分享应用教学策略和最佳实践提高教学质量的先进经验。论坛还探讨心血管人才培养、新技术应用与护理等内容，涵盖心脏专科护理师的发展远景、心室辅助装置在心脏移植患者应用、心血管介入治疗、机器人系统用于外科手术以及主动脉瓣病术后监护进展等内容，必将让您学有所获。

GHS2012

11日 08:30-17:30

三层报告厅



中国心血管病报告：中国未来20年慢病将增长2~3倍

## 三大行动有助防慢病“井喷”

阜外医院王文教授在报告中对《中国心血管病报告2011》进行了解读。该报告指出，我国心血管病现患人数2.3亿。在40岁以上人群中，包括心血管病、慢性阻塞性肺疾病、糖尿病以及癌症在内的患者人数未来20年内将增长2倍，甚至3倍。如果不改善应对措施，2005~2015年，心血管病、卒中和糖尿病将给我



王文教授

国造成5500亿美元损失。王文教授透露：近日，卫生部、发改委等15部委联合发布了“中国慢性病防治工作规划（2012~2015年）”。为此国家心血管病中心正在制定“中国心脑血管病防治行动计划”，主要行动目标是遏制心脑血管疾病的上升势头：脑卒中发病率上升幅度控制在5%以内，死亡率下降5%。其行动目标包括：高血压管理率达40%，治

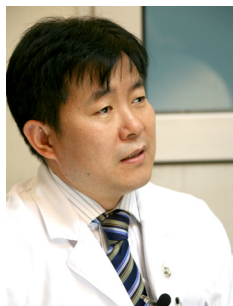
疗控制率达60%；35岁居民血压知晓率达到70%；大幅提升血压、血脂防治三率水平，其中高血压知晓率、治疗率和控制率达到50%、40%和15%，血脂异常为30%、20%和12%。

王教授强调，计划虽好，关键是行动，对此将进行三大行动。（1）重点疾病防治策略：即进行社区高血压患者规范化管理行动；（2）高危人群防控策略：对心脑血管病高危人群早期筛查与干预行动；（3）国民教育促进策略：全民心血管健康促进教育与促进行动。

## 后64排CT：喜获效能、安全“双丰收”

国家心血管病中心 阜外医院放射科 吕滨

自2009年后，在64排CT后，国际主要CT厂商先后推出了所谓的“后64排CT”，这些高端设备均实现了心脏低剂量扫描，且图像质量、检查安全性均提高。



吕滨教授

**改善时间分辨率** 双源CT将时间分辨率提高到75ms，90次/min以下心率者无需服药降低心率，还可用于婴幼儿。若心率低于70次/min，可采用大Pitch值螺旋扫描，完成心脏采集最快达0.25s，辐射剂量低于1mSv。

**提高空间分辨率** “宝石CT”的空间分辨率达到0.23mm，每次扫描最大采样率达7130次。飞利浦128排CT更加较前锐利。空间分辨率的提高，使对支架内观察、小分支和斑块成像更加清晰。

**应用能谱和双能量成像** 120Kv和140Kv交错采集，实现单光子成像与物质分离的能量减影。一次扫描可同时重建混合能量图像、单光子图像、水基图

像和碘基图像等。

**低剂量技术已成熟** 常规使用前瞻性心电门控技术，将回顾性心电门控的平均剂量10~13mSv降低为3~5mSv，若再配合用低毫安秒或低Kv（100kv），剂量可进一步降低到2~3mSv。**其他技术** CT评价FFR目前处在实验室阶段，但已经证实其临床前景。

CHC2012

11日 10:45-11:00

三层310会议室

内分泌代谢病与心血管病

## 保心脏健康勿忘筛甲功

西安交通大学医学院

第一附属医院内分泌科 施秉银

甲状腺功能异常对于心血管系统的影响，认识已久。甲状腺疾病所致心脏异常主要由甲亢和甲减引起。



施秉银教授

**甲状腺功能亢进性心脏病** 临床上对甲亢患者心脏受累到何种程度再

诊断为甲亢性心脏病尚无统一标准，一般认为甲亢伴有房颤、心脏扩大或心力衰竭而排除其他心脏病者可诊断为甲亢性心脏病。甲亢治愈后上述心脏异常可完全消失或明显好转。

对于甲亢仅伴有一般性心血管症状者，以治疗甲亢为主；甲亢性心脏病应积极控制甲亢，同时根据伴或不伴房颤及心室率快慢，心脏大小、心衰程度等制定治疗方案。

**甲状腺功能减退性心脏病** 不论是原发性还是继发性甲减以及亚临床甲减，都对心血管系统有一定影响。70%~80%的甲减有心血管病变，亚临床甲减是冠心病和心肌梗死的独立危险因素。

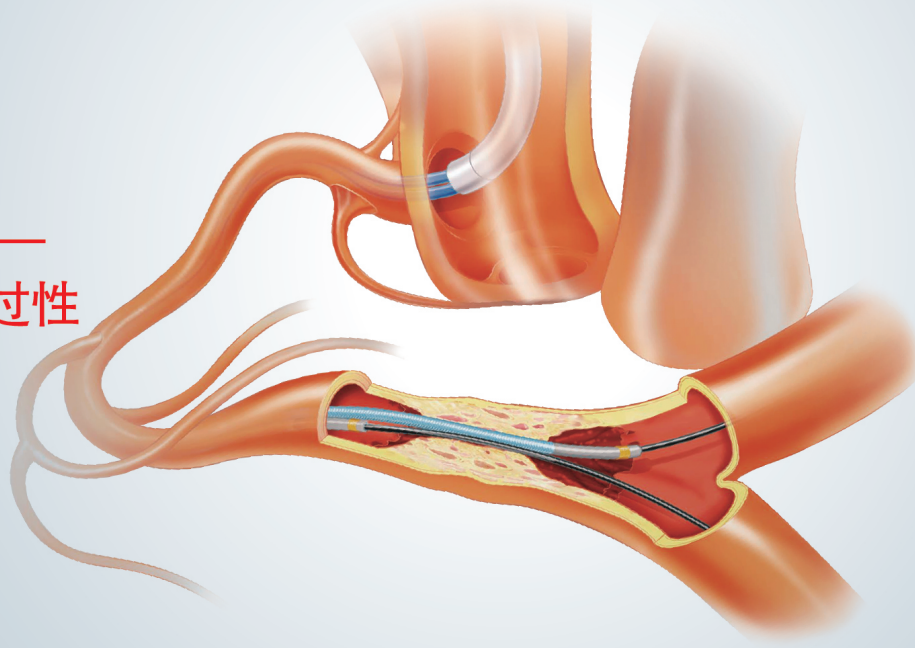
因此，临床除明确甲减的诊断，对于冠心病、心绞痛或心肌梗死者，尤其老年患者，应行甲状腺功能检查筛查亚临床甲减。通过治疗甲减，心脏异常可逐渐好转。

TERUMO  
泰尔茂

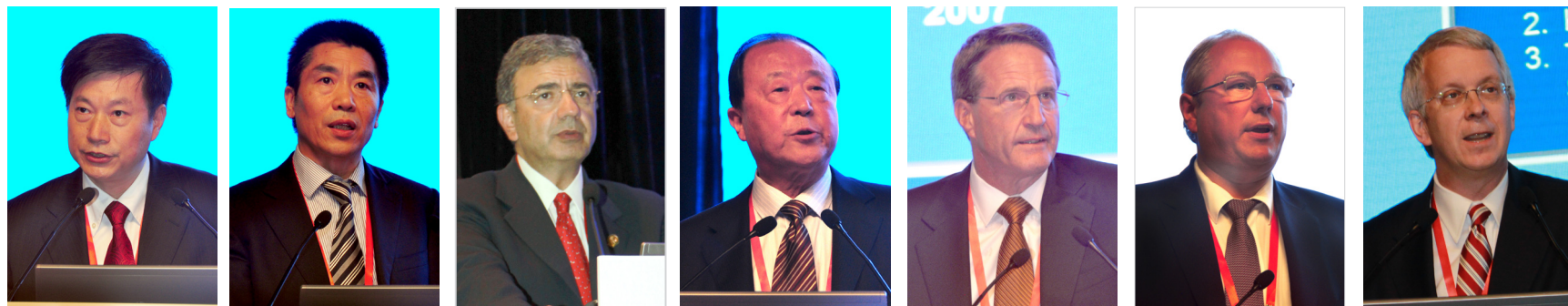
温馨医疗  
先进技术

FINECROSS®  
MG  
PCI微导管系统

FINECROSS MG PCI微导管——  
理想的导丝支撑及卓越的病变通过性







大会秘书长 顾东风

大会主席 胡盛寿

ACC主席 William Zoghbi 高润霖 院士

Craig R. Smith 教授

Stefan D. Anker 教授

Hugh Calkins 教授

## PARTENT 系列研究

## 明晰 TAVI 临床获益

斯坦福大学医学院 Craig R. Smith 教授报告了 PARTENT 系列研究结果, 并对该研究的进展情况进行介绍。PARTENT 研究是关于经导管主动脉瓣置入术 (AVRI) 的大型、多中心、随机对照研究, 研究分为两个队列, A 队列入选外科手术高危的重度钙化性主动脉瓣狭窄 (CAS) 患者, B 队列入选外科手术禁忌的 CAS 患者。

**PARTENT B 研究** 在 21 个中心入选 358 例不能耐受外科手术的重度 CAS 患者, 随机分为传统标准治疗组及 TVAI 组, 主要终点为全因死亡率。结果显示, 1 年随访时, TVAI 组死亡率 (30.7% vs. 50.7%,  $P < 0.001$ ) 及复合终点 (死亡 + 再住院) 发生率 (42.5% vs. 71.6%,  $P < 0.001$ ) 明显低于标准治疗组。生存者中, TVAI 组 NYHA III ~ IV 级患者的比例较标准治疗组低 (图 1)。30 天随访时, TVAI 组的大卒中发生率更高 (5.0% vs. 1.1%,  $P < 0.001$ )。1 年时, 心脏超声随访显示无人工瓣膜狭窄或反流, 未继发瓣膜功能性退化。

PARTENT B 研究表明: 不适合外科手术重度的 CAS 患者, 与标准治疗相比, TAVI 显著降低全因死亡率, 及全因死亡与再住院/死亡复合终点, 改善患者症状, 但需警惕 TAVI 术后大卒中、主要心血管事件并发症危险。

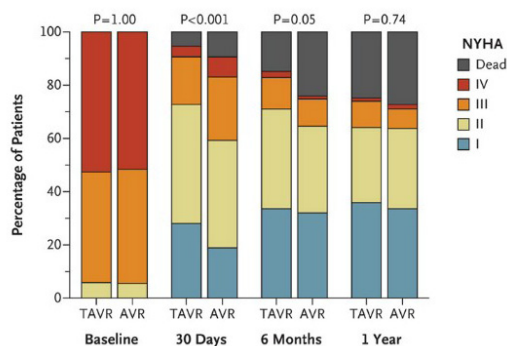


图 1 PARTENT B 研究两组心功能改善比较

**PARTENT A 研究** 入选 35 家中心的 699 例外科手术高危 CAS 患者, 随机分为 TVAI 组 ( $n=348$ ) 和外科瓣膜置换手术组 (SAVR,  $n=351$ )。结果显示, 30 天随访时, TVAI 和 SAVR 组全因死亡率相近 (3.4% vs. 6.5%)。1 年随访时, TVAI 组和 SAVR 组全因死亡率无显著差异 (24.2% vs. 26.8%)。TVAI 组全因死亡率较 SAVR 组降低 2.6% (非劣性检验,  $P=0.001$ )。30 天时, TVAI 组和 SAVR 组大卒中发生率分别为 3.8% 和 2.1% ( $P=0.20$ )。1 年时, 两组的大卒中发生率分别为 5.1% 和 2.4%。30 天随访时, TVAI 组主要心血管并发症发生率明显高于 SAVR 组 (11.0% vs. 3.2%,  $P < 0.001$ ), SAVR 组其他不良事件如大出血 (9.3% vs. 19.5%,  $P < 0.001$ ) 和新发房颤 (8.6% vs. 16.0%,  $P=0.006$ ) 发生率更高。30 天时 TVAI 组患者症状改善较 SAVR 组明显, 但 1 年后组间未见明显差异。同 PARTENT B 研究一样, 1 年时心脏超声随访提示瓣膜功能良好, 跨瓣膜压无明显提高, 瓣周漏未增加。

PARTENT A 研究证实: 对于外科手术高危的重度 CAS 患者, TVAI 术和 SAVR 术的 1 年生存率相似, 但是两者的围手术期风险各异。

静脉注射铁剂  
或可改善心衰症状

德国柏林心脏中心 Stefan D. Anker 教授报告, 研究发现, 静脉注射铁剂可显著改善慢性心力衰竭和铁缺乏患者 (伴或不伴贫血) 症状、功能性能力和生活治疗。

心力衰竭并发症包括冠心病/心肌缺血、高血压、糖尿病、抑郁症/其他神经疾病、肾功能不全和肾损伤、贫血和缺铁、慢性阻塞性肺疾病以及肝功能和肠道功能不全。研究发现, 合并 CKD 的 CHF 患者预后较差, 肾小球滤过率 (GFR) 越高, 生存率越低, 死亡风险越大。贫血在心衰患者中较为常见, 与死亡风险增加有关 ( $HR=1.34$ )。Copernicus 研究显示,  $Hgb < 11.0$  d/dL 的患者 12 个月内事件发生率较高 (64.1%)。

CHF 和慢性肾功能不全的贫血机制包括血液稀释、生成衰竭、缺铁、慢性免疫激活、药物和慢性肾功能不全。心肾综合征、缺铁及贫血的治疗方案有输血 (严重贫血、 $Hgb < 9$  d/dL, 慢性心衰较少用), EPO 联合静脉铁剂或联合维生素 B12/叶酸, 仅 ESA (部分病例也可给予口服铁剂) 以及铁剂 (口服或静脉)。

之前有研究显示 CHF 患者应用阿法达贝泊汀的结果不一致。然而, 一项预设汇总分析显示, 阿法达贝泊汀可降低发病率和死亡率事件。RED-HF 研究纳入 2600 例合并贫血的 CHF 患者, 按照 1:1 随机分组, 患者在标准治疗的基础上接受阿法达贝泊汀  $0.75 \mu\text{g/kg}$  或安慰剂。随机后 4、12 和 24 周, 阿法达贝泊汀 NYHA、患者总体评估、生活质量和 6 min 步行试验较安慰剂组显著改善 (图 2)。在第 12 和 24 周时, 患者 eGFR 水平相对基线显著下降。研究结果显示, 静脉注射铁剂可显著改善慢性心力衰竭和铁缺乏患者 (伴或不伴贫血) 症状、功能性能力和生活治疗。不良反应发生率在接受范围内, 无严重过敏反应。

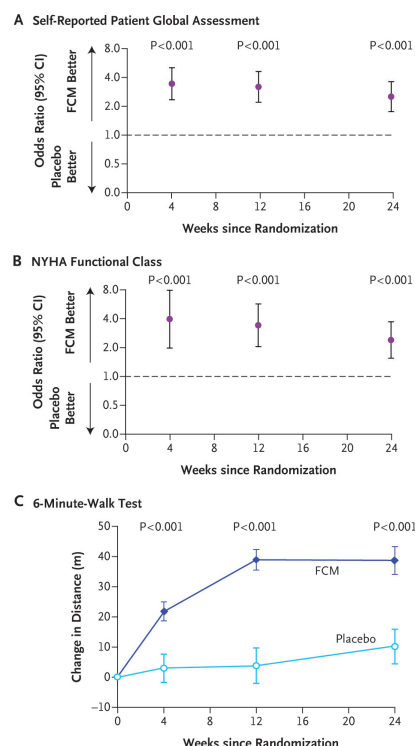


图 2 治疗后患者 NYHA、患者总体评估、生活质量和 6 min 步行试验改善

## 管理房颤 模式需合理

约翰霍普金斯大学医学院 Hugh Calkins 教授指出, 房颤治疗模式正在以不同的方式发生着转变, 并殷切地希望临床医生能紧随治疗模式转变的步伐, 为房颤患者提供更优质的医疗服务。

近年来, 随着新型抗心律失常药物、抗凝药物的研发问世, 以及导管消融治疗逐渐广泛应用于临床, 房颤的治疗模式已悄然发生改变。Hugh Calkins 教授着重分析房颤治疗模式转变的几大重要方面。

## 房颤发生机制再认识

房颤的发生机制现主要包括“多子波”学说、房颤传导的局灶性机制以及“自主神经功能”假说。人们逐渐认识到“房颤产生房颤”, 持续的心房起搏刺激或持续性房颤能够引发心房结构、功能以及电生理特征的显著改变。因此对房颤机制的日益深入研究, 治疗策略必然不断更新及进步。

## 房颤室律/节律控制观念更新

RACE II 研究显示, 宽松心室率控制不逊于严格心室率控制, 因此对于永久性房颤合并快速心室率患者, 若无严重症状, 可建议宽松心室率控制策略。另外, 采用心室率控制策略主要是为了缓解房颤相关症状, 使用抗心律失常药物旨在减少房颤发作, 因此选择抗心律失常药物时应首先考虑安全性。与胺碘酮相比, 决奈达隆已获证实更为安全, 但用于房颤治疗的疗效略逊一筹。

## 危险评分系统和抗栓治疗模式变革

既往常用 CHADS<sub>2</sub> 积分对房颤患者卒中和血栓栓塞进行危险评分, 但不包括所有已知的卒中危险因素。新评分系统——CHA<sub>2</sub>DS<sub>2</sub>-VASc 积分在此基础上将年龄  $\geq 75$  岁由 1 分增至 2 分, 同时增加血管疾病、年龄 65~74 岁、性别 (女性) 三大危险因素, 最高积分达 9 分。另外, 将卒中危险因素分为主要危险因素和临床相关的非主要危险因素, 并建议直接根据危险因素制定抗栓治疗策略。

新型抗栓方案拓宽了房颤患者华法林治疗的临床指征, 而阿司匹林的地位进一步削弱。RE-LY 试验显示, 小剂量达比加群胡抗栓效果不劣于华法林, 但出血风险明显降低; 大剂量抗栓效果优于华法林, 出血风险相似。此外, 包括利伐沙班和阿哌沙班等 Xa 因子抑制剂也颇具前景, 这些新型抗凝药物无疑将会改变房颤抗栓治疗的实践。

## 房颤导管消融策略进展

目前专家组对房颤消融的技术和终点达成以下共识: 肺静脉和 (或) 肺静脉前庭消融是多数导管消融的基础, 肺静脉隔离应达到完全性电隔离; 消融房颤的局部触发灶; 证实消融线的完整性; 对于长期持续性房颤患者, 仅行肺静脉开口的电隔离可能不够充分。因此, 在无器质性心脏病的房颤患者, 导管消融可作为 I a 类推荐; 对左房明显扩大或伴左室射血分数显著降低的阵发性房颤患者, 指南推荐导管消融治疗为 II b 类。

(师睿 供稿)



# 慢病防控：借鉴基础上探索“中国模式”

《医师报》记者 王欣 许奉彦 卢芳 江国锋 牛艳红 张秋实

当前我国卫生工作重点已由传染性疾病转向慢性非传染性疾病防控，心血管病已成为我国城乡中老年人群致死致残的首要病因。面对心血管病等慢病的巨大挑战，我们需要积极制定适宜政策，采取适当措施，根本性减少心血管病等慢病危害，这正是中国心脏大会的主旨议题。

会议特邀世界顶尖专家与国内学者分享最新进展与原创研究，充分交流学习。为帮助心血管医生成功面对机遇和挑战，大会特设相关分会场，全面、详实提供资讯与建议，更为与会者创造与国内外专家同道交流对话，或分享个体研究和观点的共享平台。

中国心脏大会主席 胡盛寿

今天我们再次聚焦“心血管病防控”这一全球性话题。中国的心血管病流行不堪重负，再不采取积极、有效的应对措施，必将使国民、国家蒙受更惨痛的损失与伤害。受经济发展、文化传承、政策体系等诸多因素影响，我国的慢病防控不能照搬欧美发达国家的成功经验，亟需在充分借鉴的基础上全力探索“中国模式”，统一“保基本，强基层，建机制”的基本思路，践行“关口下移，重心下移”的宏观战略，积极推进临床医学与公共卫生领域并举和双向转化。以上理念完全符合中国医疗卫生发展的客观规律与现实需求，中国心脏大会2012主题与之不谋而合。

中华医学会副会长 祁国明

毋庸置疑，心血管病已成为威胁全人类健康的“第一大杀手”。虽然近年科学研究与临床技术取得长足进步，但是我们只有将学术新知、研究成果切实转化为临床实践，才能真正使更多的患者获益，实现人们享有健康生活的目标或梦想。客观地讲，上述转化过程仍存在很多问题与挑战，从会议主题不难看出中国心脏大会认识到其重要性与紧迫性。

各位与会讲者都是心血管领域的有识之士，即使在互联网技术日趋发达的今天，面对面地交流、分享思想与经验仍显必要，这对中美学术交流大有裨益。

ACC 主席 William A. Zoghbi

## ACC 主席 William A. Zoghbi 全球心血管病防控：心动，更要行动

Zoghbi 教授开场即同与会者一道回顾了近年有关心血管病流行的全球统计数据与分析结果，从中不难断言，“谈心血管病色变的时代”其实早已来临：

★ 世界卫生组织 2005 年的报告显示，心血管病不仅超过 HIV/AIDS、结核病和疟疾等传染性疾病，而且凌驾癌症、慢性呼吸系统疾病和糖尿病三大慢性非传染性疾病（NCD）之上，稳居全球各年龄段首位致死病因。

★ NCD 已然全面席卷发达与发展中国家，80% 的中低收入国家负担日益沉重。据预测，未来 20 年间中国 40 岁以上人群的 NCD 负担倍增；到 2030 年，印度的潜在寿命损失年将逼近 1790 万年，高于美国 9.4 倍。

★ 未来 20 年，NCD 即将造成的全球经济损失高达 47 万亿美元，因此它不仅严重威胁民众健康，而且将使中低收入国家深陷贫困泥潭。

现已明确的十大死因危险因素排名，依次为高血压、吸烟、血糖升高、体力活动不足、超重/肥胖、高胆固醇血症、不安全性行为、酗酒、儿童体重过低、室内固体燃料烟雾。其中多数是心血管病危险因素。

Zoghbi 教授介绍，美国历经半个多世纪的努力，年龄校正心血管病死亡率显著且持续下降是不争的事实。虽然各国都或多或少地面临现有医疗资源配置无法满足现实疾病需求的实际困难，诚然美国在执行力度方面仍有待提升，

但成功经验仍值得借鉴，即通过充分认识心血管健康内涵、严格干预主要危险因素、科学推动学术进展等有效措施，心血管病的流行态势可以得到根本性逆转。

不仅如此，近年国际社会对 NCD 防控给予高度重视：2011 年 9 月，联合国召开针对 NCD 防控的高级别峰会并发布 NCD 防控政治宣言，期望 WHO 在 2012 年内确立全球目标；2012 年 5 月，在日内瓦召开的世界卫生大会首次明确提出全球目标，即至 2025 年，过早死亡减少 25%；在今年 9 月即将举行的联合国峰会上，WHF、ACC、AHA、ESC 将发表联合倡议：我们的时代——呼吁挽救可预防的心血管病死亡。

### ACC 联手 NCD 联盟 2012 年十大推行目标

- 2025 年，死亡率降低 25%
- 烟草使用
- 饮食盐摄入
- 血压 / 高血压病
- 体力活动
- 基本药物和技术可及性
- 预防心脏病和卒中
- 酒精摄入
- 消除食品供应中工业生产反式脂肪酸
- 肥胖，尤其儿童肥胖

## 在我国心血管危险因素增长的情况下 加强监测 迎接拐点

阜外医院高润霖院士强调，我国心血管病防控必须加强对心血管病危险因素及心血管病发病率、死亡率的监测，促进普通人群健康教育，践行全人群、高危人群策略，干预多重危险因素，主要包括血压控制、戒烟、减重、血脂管理等。

高院士直言：无疑，未来我国心血管危险因素还会持续增长，由此心血管病所导致的医疗和经济负担还会进一步加重。

对于医疗花费，高院士介绍，2000 年，我国慢病治疗费用为 173.7 亿美元，心血管病治疗费用占 50%。2003 年，糖尿病及并发症的总医疗费用为 33.4 亿美元，其中直接医疗花费为 26.8 亿美元。

更令人担忧的是，研究表明，2010 ~ 2030 年，我国 35~84 岁人群的心血管病事件数增加将超过 50%；如考虑血压、总胆固醇、糖尿病、吸烟因素，心血管病事件数将额外增加 23%；到 2030 年，心血管病事件数增加约 2130 万，死亡增加约 770 万。

高院士指出，CDC 报告明确指出，降低心血管病发生率最经济的策略就是对公众进行预防知识的教育。美国研究已表明，通过改变生活方式，高血压降低 55%，脑卒中降低 75%，糖尿病降低 50%，癌症降低 33%，由此人群的预期寿命可延长 10 年。

针对这种严峻的形式，日前，我国已启动首次最大规模的心血管病患者情况调查。由高院士领衔的这项调查主要包括：在 50 万人群中调查高血压、超重 / 肥胖、冠心病事件、脑卒中的患病率及分布特点；在 7 万人群中调查空腹血糖异常、血脂异常、房颤、慢性心衰、瓣膜性心脏病、外周动脉疾病的患病率及分布特点，并了解高血压患者的肾损害；在 4 万新生儿（出生 28 d 内）中调查先心病的患病率；对 3 万名在职人员开展心血管病一级预防干预，管理 3000 名在职高血压患者。

中国心脏大会 2012 新闻发布会召开

## 遵循国际理念，谋求防治双收

记者从昨日召开的“中国心脏大会 2012 新闻发布会”上获悉，本届会议是一次切实践行“预防、转化与合作”的成功盛会。据大会秘书长顾东风教授介绍，中国心脏大会顺应全球尤其中国慢病防控大趋势，除继续秉承与国际权威学会联合办会，及注重基础与临床双赢外，本届会议还与心血管麻醉医学、心电学国际会议融

汇交流，设置高端国际对话、全方位解读涵盖防治进展、分享学术成果 / 精湛技艺、注重基层医生的理论 / 实践技能培训。

会议致力提升国内整体医学研究与医疗服务水平外，每年还发布权威性行业报告，帮助政策制定者、医务工作者等客观掌握国内外医疗现状、领域进展或学科动态。大会主席、国家心

管病中心阜外医院院长胡盛寿在简要回顾《中国心血管病报告 2012》重要信息后坦言，这部集权威性、科学性和客观性于一体的年度现状报告，能很好解决医患信息不对等的痼疾，协助政府、医患应对时代变化，更理智决策。

为应对慢病这一“社会传染病”，胡教授强调更需积极行动：阜外医院正在积极完善临床医学中心和预防研

究基地建设，切实推进心血管病的防治一体化目标与“将主战场由医院转向社区”的战略部署；受科技部和卫生部委托，国家心血管病中心承担的“十二五国家科技支撑项目”——心血管病关键技术临床多中心研究信心平台已正式启动，同期在高润霖院士牵头下还将展开我国首次重要心血管病患病率调查。

（王欣）