

中国心血管病预防指南(2017)

中国心血管病预防指南(2017)写作组 中华心血管病杂志编辑委员会



扫一扫下载指南原文

2011年,中华医学会心血管病学分会及中华心血管病杂志编辑委员会组织发表了《中国心血管病预防指南》^[1],在积极应对心血管病带来的严峻挑战,指导我国临床心血管病的预防工作方面发挥了重要的作用。

近年来,我国心血管病患病率仍处于持续上升阶段,心血管病死亡率仍居首位,高于肿瘤及其他疾病,大约每5例死亡中就有2例死于心血管病^[2]。心血管病死亡率、发病率及患病率持续增长,已经给我国带来了沉重的社会及经济负担。与此同时,面对心血管病高发的严峻形势,国内外心血管病预防工作也取得了许多进展。为此,我们参考国内外最新临床研究证据,吸取国内外最新相关指南,在2011年《中国心血管病预防指南》^[1]的基础上更新了内容,发表为《中国心血管病预防指南(2017)》,以便更好地指导我国临床心血管病的预防工作。

我国心血管疾病负担

一、我国心血管病流行现状

心血管病是严重危害人民健康和生命的疾病,具有高死亡率和高致残率。近30年来我国人群心血管病(主要是冠心病、卒中和周围血管病)死亡率、发病率和患病率总体呈上升趋势,且发病年龄提前。心血管病已成为我国最重要的公共卫生问题。

1990年以来,我国心血管病死亡率呈明显上升趋势。心血管病死亡率和死因构成比均居首位。2015年我国城市和农村心血管病死亡率分别为264.84/10万和298.42/10万;心血管病死因构成比分别为42.61%和45.01%^[2-3]。全国33个省监测资料^[4]显示,2013年心血管病死亡人数372.4万,比1990年增加46%,其中缺血性心脏病、缺血性卒中和出血性卒中死亡人数分别增加91%、143.3%和

18%;根据生命损失年估计,卒中和缺血性心脏病是我国人群死亡和过早死亡的主要原因。

我国早期流行病学研究^[5-6]表明,与欧美等西方国家相比,我国人群冠心病发病率较低,而卒中发病率较高。冠心病、卒中发病率存在较大地区差异,总趋势为北方高于南方。近年来一些地区监测报告显示,缺血性卒中发病率仍在增高,而出血性卒中发病率有所下降^[7-9];急性冠心病事件发病率也在持续增高,且中青年男性增幅较大^[10-11]。2012—2013年全国卒中流行病学调查(NESS-China)^[12]显示,20岁以上人群卒中年龄标化发病率246.8/10万人年,估计我国每年新发卒中人数2400万。根据中国心血管病报告2016^[2],目前主要心血管病现患人数2.9亿,其中高血压2.7亿、卒中1300万、冠心病1100万。

二、我国心血管病的医疗费用

自1980年以来,中国医院心脑血管病患者出院人次数和医疗费用不断增加,2000年以后增加迅速。2015年心脑血管病患者出院总数1887.7万人次,占同期出院总人次数的12.87%。2015年中国心脑血管疾病住院费用中,急性心肌梗死153.40亿元,颅内出血为231.99亿元,脑梗死为524.26亿元。扣除物价因素的影响,自2004年以来,年均增长速度分别为30.13%、18.06%和23.47%^[2-3]。

三、心血管病一级预防的必要性

冠心病、卒中等心血管疾病有共同的病理基础和危险因素。尽管心血管病的发病机制尚有待研究,但其主要危险因素已经明确。大量研究证实,高血压、血脂异常(主要是胆固醇增高)、糖尿病、肥胖、吸烟、缺乏体力活动和不健康的饮食习惯是心血管病主要的、且可以改变的危险因素。我国队列研究结果表明,缺血性心血管病(冠心病、缺血性卒中)发病风险中,80%归因于高血压、吸烟、高胆固醇和糖尿病^[13]。改善可以改变的主要危险因素是目前心血管病防治的目标。

国内外许多临床试验和社区综合防治研究证明,针对可以改变的心血管病主要危险因素采取干

DOI: 10.3760/cma.j.issn.0253-3758.2018.01.004

通信作者:霍勇, Email: huoyong@263.net.cn; 李小鹰, Email: xyli301@163.com

预措施,能降低社区人群心血管病危险因素水平和心血管病发病率,同时具有良好的成本-效益。20 世纪 80 年代,世界卫生组织(WHO)等机构已经提出心血管病一级预防策略,包括:(1)面向人群,控制和降低人群整体心血管病发病危险因素的人群策略;(2)针对高危患者的筛查和干预,即高危策略。一些发达国家经验已证实,心血管病治疗技术进步和一级预防的实施,对大幅度降低心血管病死亡率起了重要作用。20 世纪末期,多数发达国家心血管病死亡率下降了 50%~80%,且研究显示,欧洲和北美 15 个国家心血管病死亡率降低,40%~75% 归因于危险因素改变,25%~55% 归因于治疗的作用^[14]。WHO 估计,早发心血管病中约 75% 以上是可以预防的,同时危险因素的改善,可以帮助降低增长的心血管疾病负担^[15]。高血压是我国心血管病最主要的危险因素。根据 2015 年中国心血管病政策模型预测,如果治疗所有高血压患者(已有心血管病和尚无心血管病, I 期和 II 期高血压),每年将减少 80.3 万例心血管病事件(卒中减少 69.0 万例,心肌梗死减少 11.3 万例),获得 120 万健康调整生命年^[16]。

但近 30 年来我国人群心血管病的危险因素及不健康生活方式普遍存在上升趋势^[2]。2012 年,中国 18 岁以上居民高血压患病率 25.2%,估计患病人数 2.7 亿;总胆固醇(total cholesterol, TC)升高(TC \geq 6.22 mmol/L)患病率,男性 4.7%,女性 5.1%,与 2010 年比较,仍明显增高;我国成人超重率、肥胖率、中心性肥胖率分别为 30.6%、12.0%和 40.7%^[17]。2010 年中国慢性病监测研究报告^[18],我国成人(18 岁以上)依据空腹血糖/餐后 2 h 血糖水平诊断的糖尿病患病率为 9.7%;自 1984 年以来我国男性人群一直是全球吸烟率最高的人群,近年来略有下降趋势。2015 年中国成人烟草调查结果,15 岁以上人群吸烟率 27.7%,其中男性吸烟率仍高达 52.1%,估计总吸烟人数超过 3.16 亿^[19];2010 年全球成人烟草调查(GATS)非吸烟者中暴露于二手烟的比例为 72.4%^[20]。血同型半胱氨酸(homocysteine, Hcy)水平升高是心脑血管疾病独立的危险因素。特别是高血压患者如果同时合并高 Hcy 血症(Hcy \geq 10 μ mol/L),卒中风险显著增加^[21]。我国高血压患者中合并高 Hcy 血症的比例约为 75%^[22]。

危险因素水平的增高预示着人群心血管病发病、死亡风险将进一步增高。近期研究报告,2010 年中国人群心血管病死亡率增高归因于心血管代

谢危险因素,空腹血糖增高(\geq 7.0 mmol/L)、高血压[血压 \geq 140/90 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)或正在接受降压治疗]、血清 TC 增高(\geq 4.9 mmol/L)、体重指数(BMI)增高(\geq 25 kg/m²)的年龄标化心血管病死亡率均比 1990 年明显增高,增幅分别为 52.3%、33.1%、139.2%和 135.1%^[23]。因此,国家在加强心脑血管疾病患者危险因素治疗的二级预防同时,要进一步强化心脑血管疾病的一级预防,尤其是在农村地区。强化心脑血管疾病的一、二级预防,尤其是一级预防,将为遏制我国心血管病流行上升趋势,提高人民健康水平做出实质性贡献。

基于中国特色的心血管病风险评估

一、心血管病总体风险评估的概念

心血管病是多个危险因素共同作用的结果,个体发生心血管病的风险不仅取决于某一个危险因素的水平,还取决于个体同时具有的危险因素数目^[24]。多个危险因素之间的相互作用可导致某一因素对心血管系统的危害因其他因素的存在而显著增加。因此,心血管病防治实践中孤立地控制单个危险因素是不够的,还应重视对心血管病总体风险的综合评估。

心血管病总体风险的评估是指根据心血管病多种危险因素的水平高低和组合来判断或预测一个人或一群人未来(5 年、10 年或余生)发生心血管病急性事件(急性心肌梗死、冠心病猝死和其他冠心病死亡以及急性卒中)的概率^[25]。本指南主要强调的是动脉粥样硬化性心血管病(atherosclerotic cardiovascular diseases, ASCVD)的总体风险评估,即对以动脉粥样硬化为主要病理基础的急性缺血性心血管病事件(急性心肌梗死、冠心病猝死和其他冠心病死亡、急性缺血性卒中)未来发生风险的判断或预测。

心血管病总体风险评估和危险分层是预防和控制心血管病的必要前提,已被国内外心血管病及其危险因素防治相关指南广泛采用,在临床实践和人群防治中发挥了重要的指导作用^[26-32]。总体风险评估有助于临床医生针对多重危险因素制定个体化的综合治疗策略,从而可以最大程度地降低患者 ASCVD 的总体风险。此外,总体风险评估及继而进行的危险分层是确定单个危险因素治疗策略的前提。国内外血脂异常防治和高血压指南多推荐根据个体的 ASCVD 总体风险的分层来决定治疗的