

(上接第14版)

心律失常介入：呈稳定增长趋势 治疗不足现象明显



张澍 教授

阜外心血管病医院张澍教授介绍，心律失常介入治疗数量处于稳定增长趋势(表4)，其规范、健康发展保证了医疗安全，但相较于患者需求仍相对不足。心律失常介入治疗发展与地区经济发展水平、医生培训、医疗机构资质关系密切，目前我国心律失常介入治疗水平与国际先进地区差距仍较大。

起搏器 2013年我国起搏器总置入量为51752例，较2012年增长4.5%，其中17706例(34%)为单腔起搏器，33753例(65%)为双腔起搏器。数据显示，1995-2013年，我国起搏器置入量以5%~15%的幅度逐年增长。起搏器置入适应证主要为病窦综合征(26318例)、房室阻滞(20240例)和房颤伴长RR间歇(5890例)，以及神经介导性晕厥、肥厚梗阻性心肌病、先天性长QT综合征等。从国内地区

2013年我国起搏器总置入量为51752例，埋藏式心脏复律除颤器为1903例，心脏再同步化治疗为2198例，导管消融为83450例。

分布来看，浙江、上海、江苏、北京总置入量较多，上海、北京、浙江、天津、贵州、海南、宁夏和青海总置入量较少，河南、河北、广西、贵州的百万人口置入量较少。从亚太地区看，我国起搏器总置入量与印度相当，略低于日本，但在每百万人口置入量上差距还很大。

埋藏式心脏复律除颤器 埋藏式心脏复律除颤器(ICD)置入量为1903例，较2012年增长22.5%。

2002-2013年，ICD置入量每年以20%~40%的幅度增长。其中单腔ICD占68%，双腔ICD占32%；45%用于一级预防，55%用于二级预防。从亚太地区看，我国ICD置入量如印度相当，但与日本差距较大。

心脏再同步化治疗 心脏再同步化治疗(CRT)总置入量为2198例，其中56%为CRT-D，44%

为CRT-P。CRT-D和CRT-P的适应证均主要为非缺血性心脏病(74.7%与71.6%)。从亚太地区看，我国CRT置入量如印度相当，但与日本差距较大。

导管消融 导管消融总量为83450例，较2012年增长13.5%。2009-2013年，导管消融量以13%~20%的幅度逐年增长，其中导管消融治疗房颤的增长幅度为22%~46%。

2013年开展起搏器、ICD、CRT置入及导管消融的医院分别有933家、323家、353家和737家。然而，其中43%机构的起搏器年置入量低于20例，63.4%机构的导管消融年手术量低于50例，83%机构的房颤消融的年手术量低于50例。

表4 2011-2013年我国心律失常介入情况总览

		2011年	2012年	2013年
起搏器	总置入量	42986例	49502例	51752例
	并发症	51例	59例	65例
	死亡	4例	5例	4例
ICD	总置入量	1228例	1553例	1903例
	并发症	3例	5例	1例
	死亡	0例	2例	0例
CRT	总置入量	1876例	2210例	2198例
	并发症	9例	15例	5例
	死亡	0例	2例	1例
射频消融	总置入量	63355例	74410例	83450例
	并发症	180例	210例	243例
	死亡	3例	3例	5例

专家观点

华伟教授 阜外心血管病医院



ICD是有效预防心脏性猝死的装置。我国猝死发生率较高，每年约50万人心脏性猝死。但是，我国ICD一年置入量不足2000台，而美国置入量超过20万台，差距非常大。其重要原因之一是人们对心脏性猝死的危害以及ICD有效性的认识不足。

黄德嘉教授 四川大学华西医院



我国所使用的器械主要依靠进口，但近年国产器械大量涌现并不断创新。第三，我国大量患者治疗不足。在欧美国家，器械置入量约为1000台/百万人口，台湾和香港地区为200~300台/百万人口，而我国大陆平均约30台/百万人口，而且东西部差距很大。我国器械置入量小的重要原因之一是报销比例过低，使多数患者无法负担昂贵的器械。

我国心律失常介入治疗存在三方面问题。第一，在治疗技术方面，我国大型医疗机构与国外的差异较大。第二，

我国急性心肌梗死救治：建立区域性救治网络将为工作重点

目前，中国急性心肌梗死规范化救治项目取得阶段性成果。

北京大学第一医院霍勇教授介绍，项目第一阶段(2012-2013年)共纳入全国14个省市53家医院的4000多例患者。通过开展公众宣教、医师培

训、完善医院内部绿色通道建设等举措，88%的入院患者接受了早期再灌注治疗，其中急诊PCI患者从30%增加至82%；急诊PCI的入门至球囊扩张时间缩短至112min，但仍存在时间延误，且从发病至到达急诊室平均需

185min；此外，就诊患者仍以自行就诊为主要途径，仅26%为救护车转运。急诊PCI、溶栓治疗和药物治疗的院内死亡率分别为2.28%、4.55%和6.26%。

第二阶段于2014年启动，计划纳入15个省市200家有急诊介入治疗

资质的三级医院及其周边下级医院。工作重点为建立行政支持下的急性心肌梗死区域救治网络，建设胸痛中心并开展我国自主认证工作，建立规范的心血管健康及医师培训体系，以及完善心血管数据库建设。

心血管疾病药物治疗高峰论坛 2014 启动

第四届心血管疾病药物治疗高峰论坛(CTSC2014)启动会于4月18日在兰州召开。大会由北京医学会心血管病分会、北京高血压防治协会和北京医院共同主办，定于6月7-8日在北

京国际饭店召开，旨在推动我国尤其是北京地区合理用药。

大会执行主席之一、北京医院杨杰孚教授介绍，大会宗旨为“绿色用药，和谐用药，百家争鸣，百花齐放”，主

要有四大特点。第一，完全围绕药物治疗。杨教授表示，近年来药物治疗还存在一些盲区与误区，以及部分药物使用不足或过多的现象，如房颤患者卒中预防中阿司匹林使用过多而华

法林等抗凝药物治疗不足。第二，致力于推广指南的临床应用。第三，贴近临床，安排了精彩的病例讨论。第四，邀请多名国内专家，针对科研理论及临床实践的热点问题演讲。

我国胸痛中心认证标准包括五大要素

广州军区总医院向定成教授指出，我国胸痛中心认证标准共包括五大要素。第一，基本条件与资质：重点是考察以急诊冠脉介入治疗为主的ST段抬高型心肌梗死救治能力。第二，院前急救系统与院内绿色通道整合：要求医院必须主动与院前急救系统合作以缩短救治时间。第三，对急性胸痛患者的评估和救治：强调在临床实践中执行急性冠脉综合征指南，将指南流程化。第四，持续改进：以缩短ST段抬高型心

肌梗死总缺血时间为目标，强调逐步改进流程。第五，培训与教育：使胸痛患者的各个环节协调工作，形成合力。

作为中国胸痛中心认证工作委员会主任委员，霍勇教授介绍，中国胸痛中心认证工作于2013年9月14日在广州正式启动。2014年2月完成了对首批申请认证的5家胸痛中心的资料审核、现场核查和执委会投票等工作环节，并于2014年4月10日在广州正式公布了首批通过认证的单位并颁发了牌证。