



他山之石

《柳叶刀》主编

循证医学有助于减少医患矛盾



Bill Summerskill 教授

“开展循证医学研究是一种社会责任。”《柳叶刀》杂志主编 Bill Summerskill 认为，医学研究的有效开展将为国家卫生决策者提供最佳决策制

定的证据，为政府的卫生资源配置及医疗政策的制定奠定基础。政策制定者、医学研究者以及医学期刊从业人员应共同致力于建立一个和谐健康的社会，每一位成员都有责任为医学研究的开展贡献力量。

Summerskill 也谈了他所看到的中国循证医学研究的发展变化。他说近年来中国在《柳叶刀》杂志上发表了多项高质量的科学研究，尤其在去年，中国投给《柳叶刀》的研究数量仅次于美国和英国，但也确实存在问题，因为

仅发表 6 篇。这反映了中国循证医学的迅速发展已经引起世界瞩目，但同时研究质量与规范尚存差距。Summerskill 也认为，中国循证医学研究发展存在巨大潜力。7 年前，《柳叶刀》曾刊文指出中国有能力在研究数量上，更会在研究质量上达到世界顶级水平。中国庞大的患者人群以及成熟的研究策略奠定了循证医学发展的基础。“中国将会引领全球医学研究‘潮流’，新的科研方向和领域逐渐兴起也将起源于中国研究者。” Summerskill 指出。

对于当今中国恶化的医患关系，Summerskill 认为，循证医学的发展将有助于减少医患矛盾，增强相互信任度。因为循证医学要求以患者为中心，基于最佳证据，让患者更多地了解有效信息，患者可以参与临床决策。

Summerskill 还指出，在促进已有充分证据支持的有效干预手段的广泛应用，减少那些没有证据支持、无益而有害的治疗手段的应用，以及那些缺乏循证医学证据的治疗手段如何开展临床研究等方面仍面临巨大挑战。

Mariell Jessup: 有症状的心衰仅是冰山一角



Mariell Jessup 教授

美国宾夕法尼亚大学 Mariell Jessup 教授认为，目前心衰的诊治技术逐渐提高，随着科学技术发展、治疗手段增加及循证医学进步，心衰患者的生存率逐

年提升，死亡率逐年下降。

她指出，心衰疾病谱是连续的，从高危人群到终末期阶段，真正表现出心衰症状的患者只是冰山一角。心衰高危人群（A 期）和结构性心脏病患者（B 期）所占比例是心衰 C 期和 D 期患者的 5 倍，这部分患者数量大，远期生存率高，而且是通过预防措施阻止心衰发生、发展的。美国心脏病学院 / 美国心脏学会指南着重强调了心衰发展阶段的分期，并根据不同阶段心衰患者作出不同的治疗推荐，达到防治合一。

对于目前心衰的治疗进展，Jessup 教授指出，神经内分泌抑制药物对心衰的远期预后具有重要价值。 β 受体阻滞剂、血管紧张素转换酶抑制剂、血管紧张素 II 受体拮抗剂可抑制神经内分泌激活，逆转心肌重构，阻断心衰的恶性循环。心衰器械治疗亦有巨大突破，对于 NYHA II ~ III 级且左室射血分数 $\leq 35\%$ 的患者，胺碘酮对于改善生存率并无益处，而埋藏式心脏复律除颤器治疗可降低全因死亡率达 23%。对于符合适应证的心衰患者置入心

脏再同步化治疗均可降低死亡率，Jessup 教授强调应严格把握手术指征。

尽管心衰治疗随着科学发展已取得巨大进步，但仍面临着各种挑战。目前我们对射血分数下降心衰有较多循证医学证据及治疗手段，但对射血分数保留的心衰治疗经验及证据仍匮乏，另外在心衰合并伴随疾病方面，仍有待更多临床研究提供证据。如慢性心衰合并重度肾功能不全患者的心衰治疗证据仍显不足；房颤增加心衰患者再入院风险，亦是心衰治疗的难题等。

Horst Sievert: 中国国产瓣膜更适合中国人



Horst Sievert 教授

从 Rubio-Alvarez 的钢丝锯到人类首次例瓣膜置入，人类探索了半个多世纪。然而，在最近十年间，超过 50 种瓣膜及瓣膜修补器械涌现。经皮瓣膜介入治疗已成为心脏

病领域发展最迅猛的治疗技术。

“其中经皮主动脉瓣置换（TAVI）技术面临着诸多挑战。”德国法兰克福心血管病中心 Horst Sievert 教授指出。Sievert 教授专门提到 Venus-A 瓣膜，这是中国生产的第一种瓣膜，其独特设计在于适合中国和亚洲患者。这是因为中国患者不但二瓣环患者比例很高，而且瓣膜多有严重钙化，而 Venus 瓣膜具备很高的径向力，能够在高度钙化的狭窄瓣膜处有效膨胀，此外，中国患者的髂股动脉直径多细小，而 Venus

瓣膜可以使用无鞘技术置入。Venus 肺动脉于 2013 年问世，其主要优势在于自膨胀、适合瓣环较大、自身瓣膜、不需预装支架。

患者入选是开展 TAVI 面临的另外一个重要问题。与其他心血管病治疗技术多在相对健康患者中应用不同，新瓣膜通常率先应用在危重症患者中。根据早期 TAVI 入选标准，在最初入选的 41 例患者中有 27 例在等待期间死亡，更多的患者是在等待中死亡而非术中。直到最近才有了向病情“略轻”的患者方向发展

的趋势，仍还需更多临床研究提供支持。

“二尖瓣领域进展仍较迟缓，外科修补仍是金标准，而非瓣膜置换。” Sievert 教授指出。因为没有良好的外科适应证，很多患者未得到有效治疗，特别是左室射血分数 $<40\%$ 者，手术比例更低。经导管治疗仍面临诸多挑战，与外科一样，修补难度高于置换。首先，手术路径非常困难，需在心室内转 180 度或经间隔或心尖。其次，还需要有高超的超声，特别是三维经食管超声的操作技能。

指南
修订

中国血脂指南更新

坚持走自己的路



赵冬 教授

据 2009 年中国临床指南协作网发布的数据显示，52% 心血管病相关指南为欧美指南翻译版，48% 是中国相关协会自己制定的指南或共识，以共识占多数。首都医科大学附属北京安贞医院赵冬教授指出，其实我国发布的心血管病相关指南、共识与欧美相比数量上差的并不多，但其中以我国自主研究数据为基础的证据少之又少。而由于社会经济水平差异，特别是医疗资源的可及性、医保政策、新药应用等因素导致国外的指南和共识对我国不一定适用。

第一版中国血脂异常防治指南发布于 2007 年，2014 年已在国家心血管病中心组织支持下，由褚骏仁教授和高润霖院士牵头

启动更新工作。作为参与国际动脉粥样硬化学会制定血脂指南过程的唯一中国专家，赵教授也想把国际上制定指南的流程和思路，借鉴到我国。

专家组被分为四个亚组：确定核心问题；针对核心问题进行系统的文献综述；建立新指南的提供和内容框架；撰写各部分初稿。之后，专家组与外部专家讨论，完成指南撰写。国际化操作的指南制定流程也让赵教授对于此次我国血脂指南更新充满信心。“因为其制定过程更规范，符合国际流程。”

目前，中国血脂指南联合修订工作组已初步确定了一些重要的核心问题和专家意向：如对于调脂治疗主要目标，采用低密度脂蛋白胆固醇支持者占 89.5%；次要目标，78.9% 专家认同非高密度脂蛋白胆固醇。

赵教授还列举了我国重要的血脂研究，强调了胆固醇增高是中国人血管病风险增加的主要危险因素。“这些研究必将对指南修订提供证据支持，从而制定出符合我国国情的血脂新指南。”

慢病
防控

实现全球慢性病目标

全员总行动



邵瑞太 教授

世界卫生组织（WHO）慢性病管理司邵瑞太教授介绍了 WHO 2013-2020 年全球的慢性病预防控制行动计划。

2013 年，WHO 起草了全球预防与控制非传染性疾病综合监测框架。该框架整合 2013-2020 年慢性病防控全球和区域的行动计划之中，强调提高对慢性病的认识，将慢性病放置到重要位置、强化国家层面的领导、管理和实施能力、减少危险因素、

增强国家的应用研究能力和监测慢性病趋势和进展。

邵教授强调了将全球倡议落实到国家行动的重要性。要制定最符合成本效益的干预措施，将针对人群危险因素的干预措施和针对个体的卫生保健措施有效结合，邵教授指出，没有相应的卫生投资是不可能实现的。根据测算，如发展中国家实施 WHO 推荐的最符合成本效益的措施，每年约需 120 亿美元。相反，如放任慢病发展而不采取任何行动，预计到 2025 年，发展中国家将累计损失约 7 万亿美元。

邵教授呼吁，制定预防为主、防治结合、通过初级卫生保健和强化社区卫生保健网络仍是今后慢性病预防控制的主要策略，而建立支持和保护健康的社会环境是根本保证，技术革新和适宜技术发展是必要条件。