

编者按：5月8-10日，由国家卫生计生委脑卒中防治工程委员会和中华预防医学会共同主办的“2015年中国脑卒中大会暨第五届全国心脑血管病论坛”在京召开。5000余位相关领域专家学者围绕房颤与卒中、糖尿病与卒中、颅内静脉窦血栓形成、出血性卒中、缺血性卒中、眩晕与脑血管病、脑血管病影像与介入新技术等多方面进展进行交流和讨论。大会同时发布了《中国脑卒中防治报告2015》、9个相关专业的《脑卒中防治指南规范》和《中国脑卒中防治优秀百篇优秀论文》，并为2012年5月前授牌的和新入选共105家基地医院举行“国家卫生计生委脑卒中筛查与防治基地医院”的授牌仪式。



我国居民卒中发病日趋年轻化

2015年中国脑卒中大会成功举办

▲ 本报记者 裘佳 本报实习记者 李欣瑶

脑防委工作报告

《中国脑卒中防治报告（2015）》发布 中青年卒中已占据半壁江山



在大会开幕式上，中国工程院院士、国家卫生计生委脑卒中防治工程委员会副主任王陇德发布了《中国脑卒中防治报告（2015）》。报告显示，在我国所有卒中患者中，40~64岁的患者占近50%；卒中高危人群中，40~64岁人群占比超过60%。王陇德院士表示，我国卒中年轻化趋势明显，实施中年人卒中风险筛查与干预已刻不容缓。

调查数据来自2011-2013年卒中高危人群筛查的3个样本，共纳入134万例筛查人口，其中，卒中患者29887例。结果显示，40岁以上人群的综合标化患病率约为2%，估算全国40岁以上人群中1176万人曾罹患卒中；从人群风险分布情况看，40岁以上人群中，约15%属于高风险者。

分析人群主要危险因素的流行情况可以看到，排在前几位的卒中危险因素主要为男性吸烟、血脂

酸增高、糖尿病和高密度脂蛋白降低。

按ESRS评分分析卒中患者再发风险，结果显示，我国有60%以上的卒中患者为卒中再发高危人群。王陇德院士表示，卒中患者再发率高与危险因素控制不佳密切相关，此次调查显示，上述人群高血压控制率仅约20%，低密度脂蛋白高控制率仅约8%，糖尿病控制率约为30%，房颤患者应用华法林的比例仅为2%~3%，重度颈动脉狭窄采取手术和介入治疗措施的比例仅为6%左右。“这么多卒中患者的危险因素都没有得到有效控制，说明我们的防控任务还非常艰巨。”

王陇德院士表示，扭转卒中年轻化趋势需要全社会共同努力。卫生部门重在提升医务人员的脑卒中防控能力和危险因素筛查意识，媒体要积极倡导健康生活方式以及危险因素防控，医保部门则应将健康体检纳入医保范畴。

异常、高血压、明显超重和肥胖、糖尿病以及房颤或瓣膜性心脏病。王陇德院士表示，中年人的血脂异常、超重、肥胖的检出率已与老年人不相上下，而中年男性的吸烟率远高于老年人，加之工作压力大、家庭负担重、运动锻炼少，由此引发了卒中的年轻化趋势。

分析卒中患者伴随的危险因素发现，前五位分别为高血压、低密度脂蛋白升高（低密度脂蛋白>2.07 mmol/L）和同型半胱氨酸



赵继宗院士和李舜伟教授获得“卓越成就奖”

精彩回顾

张微微：缺血性卒中增加认知障碍风险



张微微 教授

北京军区总医院神经内科张微微教授介绍了近年来国际上关于老年卒中的争议热点与研究进展。

重组组织型纤溶酶原激活剂（rtPA）溶栓再通率较低，有研究显示经颅多普勒超声能加强rtPA的再通效应，可对急性缺血性卒中治疗更有效，但目前没有足够证据支持。

急性出血性卒中后血压应激性升高，之后逐渐降低。大多观点未超出脑出血指南范围，普遍认为，高压可以降低但不要太低。

老年患者是否应均给予他汀进行必须的二级预防？张教授认为，他汀有降低冠心病和卒中事件风险作用，但中枢神经系统胆固醇代谢受他汀类药物抑制，可能损害神经认知功能。

由于帕金森（PD）常开始表现于胃肠系统，明显便秘，在肠神经节内可见Lewy体，因此，有人认为PD是胃肠系统疾病。又有人提出有溃疡患者可能不会罹患PD，关于该争议的文章即将发表。

生物碱能解决睡眠，

不能解决偏头痛；组胺不能解决睡眠，能解决偏头痛。治疗睡眠问题时能否同时治疗偏头痛成为关注的热点。睡眠障碍由唤醒因素造成，还是入睡因素造成，哪个因素与偏头痛有直接关系值得进一步研究。

张教授表示，缺血性卒中可增加15%~30%的认知障碍风险。卒中后2个月由于脑组织的损害，淀粉样物沉积增加，但这并不等同于阿尔茨海默病（AD）。脑淀粉样变性血管病也是血管性痴呆的基础，有人称其为卒中后抑郁。血管性认知功能障碍与年龄和AD密切相关。从病理学角度，脑血管病引起神经系统变性病少之又少。

励建安：7周卧床功能减退需7周才能恢复



励建安 教授

在大会的主题报告上，南京医科大学第一附属医院康复医学科励建安教授展示了卒中康复蓝图。他表示，卒中康复需从改变康复医疗模式、加强多学科团队合作、加强早期康复介入、加强长期康复策略、应用先进科技，提升康复训练水平等方面，实现患

者改善功能、重返社会，并预防再发。

卧床导致负氮平衡，使患者蛋白质丢失，体重降低且无力运动，从而抵抗力下降。7周卧床造成的负氮平衡则需7周才能恢复。营养不良近期可致组织修复障碍，感染风险增高，住院天数和死亡率增高；远期可致认知功能受损，体力衰退。成本高，收益低。

因此，卒中早期康复需注意体位摆放与处理，防治误吸、肺部感染、下肢深静脉血栓形成与压疮等并发症。昏迷患者尽早行感觉输入刺激以促醒。患者意识恢复后，尽早开展口咽部吞咽功能训练。并注重认知和语言，精神行为治疗，改善肢体功能。

早期康复无需剧烈运动，以安全和临床稳定为前提。

长期康复策略是实现患者功能水平尽可能提高，达到生活独立、回归社会、预防再度发作为康复医疗的终极目标。而实现终极目标的场所必然是在社区。

励教授介绍了先进科技在卒中康复领域平衡训练、步行训练、功能性电刺激等的作用。他表示，平衡是特定姿势的稳定状态，是所有功能姿势的前提，平衡障碍的特征是无法保持稳定状态，往往是运动康复训练的瓶颈。应实现安全基础动态姿势调控，与情景结合提高训练趣味，消除恐惧感。后继可挑战步行训练。

（下转第19版）