

中国 25 省市卒中调查结果公布

我国卒中一二级预防措施落实较差

▲ 本报记者 董杰

近日，首都医科大学附属北京安贞医院赵冬教授和唐美莲等研究显示，中国住院卒中患者中，多数首发和复发卒中患者院前合并多重危险因素，而治疗、控制状况不佳，反映了卒中一级预防和二级预防措施的落实较差。（《中华内科杂志》2015;54: 995）

为此，研究者建议采用联合用药，加强卒中患者危险因素的联合控制。同时，65岁以下人群的“高危”界定标准可能需要进一步的研究。

该研究为多中心横断面研究，2011年入选全国25个省市41家医院20570例住院卒中病例，其中，首发卒中15329例（74.5%），82.9%为缺血性卒中。

结果显示，住院卒中患者患高血压比例为75.5%、高低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）血症为53.5%，糖尿病为37.3%，房颤为6.5%。

75.2%患者合并≥2个危险因素，43.0%患者合并≥3个危险因素。其中，2种危险因素组合较常见的为“高血压+高LDL-C血症”、“高血压+糖尿病”、“高血压+吸烟”、“糖尿病+高LDL-C血症”，合并率分别为41.5%、30.6%、25.6%和20.5%。3种危险因素组合较常见的为“高血压+高LDL-C血症+糖尿病”、“高血压+高LDL-C血症+吸烟”，合并率分别为17.2%、14.2%。

根据Framingham卒中风险评估量表计算院前危险因素水平，53.3%首发卒中患者属于卒中高风险人群，25.9%属于卒中低风险人群；但<65岁卒中患者中42.1%按院前危险因素

分层属于卒中低风险人群。在高血压、糖尿病及高LDL-C血症3种主要卒中危险因素中，首发卒中患者高血压的知晓率较高（70.3%），治疗率为40.7%，控制率仅为8.0%；接受治疗者的控制率也仅为20.1%，糖尿病和高LDL-C

血症的知晓率、治疗率和控制率均较低（图1）；复发性卒中患者高血压和糖尿病的知晓率为83.0%和70.2%，但治疗率和控制率较低（13.7%和21.4%）；高LDL-C血症的知晓、治疗和控制情况相对其他两种危险因素最差（图2）。

我国卒中患者糖尿病、高LDL-C血症的知晓率、治疗率和控制率均较低，尤以高LDL-C血症的情况最差，提示我国人群对血糖异常和血脂异常的重视不足，应加强日常血糖、血脂监测，提高糖尿病和血脂异常的知晓率，使患者得到及时治疗和控制。

此外，本研究显示，首发及复发性卒中患者高血压的治疗率均较低，提示在卒中中的一级预防和二级预防时均应加强卒中

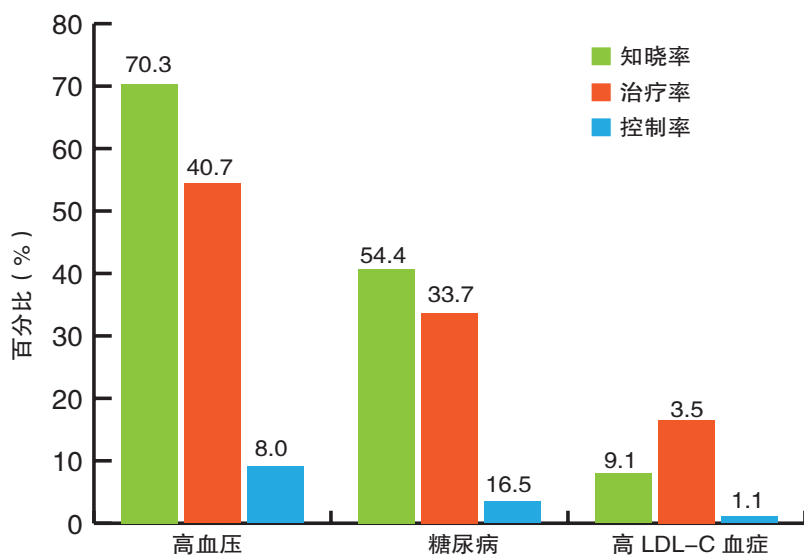


图1 首发卒中患者高血压、糖尿病、高LDL-C血症“三率”

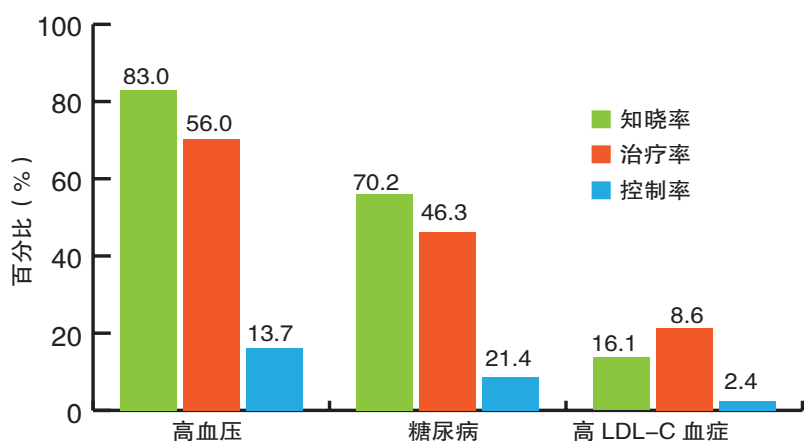


图2 复发卒中患者高血压、糖尿病、高LDL-C血症“三率”



权威点评

探索慢病防控体系更重要

▲ 北京大学人民医院心内科 胡大一



胡大一 教授

提高卒中的防控水平，我们缺少的不是知识、技术和工具（包括药物），亟需解决的是建立适合我国国情的慢病防控体系、机制和模式。如何弥合“防”与“治”的裂痕，对重治轻防或只治不防的碎片化医疗模式加以颠覆，建立“防治康养”的全面全程管理、服务和关爱，医疗服务机构、资源配置和付费机制需做根本性调整。

支持预防、康复与慢病管理的发展，认真落实药物、运动、心理、营养与戒烟限

酒5个“处方”，开展“双心”医疗，重视和落实生活方式改善，与药事服务相结合，个体化落实药物的有效性、安全性和依从性的服务。药片无情人有情。降压、降糖和降胆固醇药物的疗效实现，以及对卒中防控的实现均需管理、服务与关爱。

我相信，互联网进入医疗服务之势不可阻挡。远程医疗、网络医疗、穿戴式设备、大数据……必然在我国卒中中的一级和二级预防中发挥巨大作用。对这一大势，我们都应是建设派、探索派和促进派，在战争中学习战争，在游泳中学习游泳。为广大卒中患者与高风险人群主动提供管理与服务的团队，与学会主动自我管理发挥个人与家庭主观能动性的患者群体，二者有效互动，卒中防控才有希望。

研究者说

赵冬：控制多重危险因素 改善卒中防控不足现状



赵冬 教授

我国卒中患者多重危险因素的合并率相对较高，我国社区卒中患者中93.1%的患者至少需联合两种药物治疗，为此，应

在我国卒中患者中提倡联合用药，加强危险因素的联合控制，从而改善危险因素的治疗、控制现状。

首发卒中患者的风险评估显示，卒中高风险人群是我国住院首发卒中患者的主要来源。目前我国卒中仍处于高发水平，既往研究结果也显示，通过对高危人群进行多重危险因素同时干预，可有效降低人群发病总风险及卒中带来的疾病负担。因此，在我国社区人群中实施卒中高危人群筛查策略，可成为降低卒中发病率的有

效防治措施。

但本研究显示，按现行“高危”标准，多数早发卒中患者不在一级预防重点人群范围内。提示65岁以下人群的“高危”标准可能需要进一步研究。国际广泛接受的Framingham评分并不适合中国，国人应该寻找适合本国人群的卒中风险预测模型。

此外，本研究显示，首发及复发性卒中患者高血压的治疗率均较低，提示在卒中中的一级预防和二级预防时均应加强卒中

患者降压药物的服药依从性。高血压的服药后控制率和人群控制率也较低，因此还应提倡患者选择最佳疗效药物，提高卒中患者高血压的控制率。

我国卒中患者糖尿病、高LDL-C血症的知晓率、治疗率和控制率均较低，尤以高LDL-C血症的情况最差，提示我国人群对血糖异常和血脂异常的重视不足，应加强日常血糖、血脂监测，提高糖尿病和血脂异常的知晓率，使患者得到及时治疗和控制。

神经科视角

《中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作（TIA）二级预防指南（2014）》指出，我国缺血性卒中中年复发率高达17.7%，有效的二级预防是减少复发死亡的重要手段。

指南认为，控制高血压、脂代谢异常、糖代谢异常和糖尿病、吸烟、睡眠呼吸暂停等危险因素，对于减少脑血管病的发生和复发非常重要。

具体推荐上，指南指出，缺血性卒中或TIA患者糖代谢异常的患病率高，临床医师应提高对缺血性卒中或TIA患者血糖管理的重视（Ⅱ，B）。缺血性卒中或TIA患者发

病后均应接受空腹血糖、糖化血红蛋白监测，无明显糖尿病病史的患者在急性期后应常规接受口服葡萄糖耐量试验来筛查糖代谢异常和糖尿病（Ⅱ，B）。对糖尿病或糖尿病前期患者进行生活方式和（或）药物干预能减少缺血性卒中或TIA时间，推荐糖化血红蛋白<7%。

在药物治疗上，缺血性卒中或TIA患者二级预防药物依从性影响临床预后，医生因素、患者因素及医疗体系因素均影响患者的二级预防药物依从性，规范的二级预防流程，可提高二级预防药物的实施率。