

2016年中国脑卒中大会暨第六届全国心脑血管病论坛（CSC 2016）于5月6-8日在京盛大举行。“卒中防治是我国慢性病防治的工作重点，是一项利国利民的公益行动。我们应齐心协力、攻坚克难，为实现‘中国梦’提供健康支撑。”全国人大科教文卫委员会副主任委员、国家卫生计生委脑防委副主任、大会学术主席王陇德院士在开幕式上呼吁。本次大会开幕式由国家卫计委医政管理局副局长郭燕红主持，王陇德院士、国家卫生计生委常继乐监察专员、国家卫生计生委医疗服务管理中心赵明钢主任、中国疾病预防控制中心梁晓峰副主任等出席了本次会议。



开幕式现场



郭玉璞教授（左一）、凌锋教授（左三）获卒中防治卓越成就奖



高级卒中中心授牌



省级基地医院重新授牌



卒中二级预防诊疗优化项目中期报告发布

2016年中国脑卒中大会暨第六届全国心脑血管病论坛在京召开 建立国家级脑卒中防治网络

▲ 本报记者 裘佳 武冬秋

主席致辞



大会主席 王陇德 院士

脑卒中防治工程 2016 年工作报告

>> 中国卒中年轻化趋势明显

王陇德院士表示，进入本世纪以来，脑血管病一直是我国国民第一大死因。2007年第二次全国残疾人抽样调查显示，脑血管病是60岁以上人群肢体残疾首位原因。王陇德表示，中国卒中防控形势严峻。2013年，颅内出血患者住院费用为192.38亿元，缺血性卒中患者为398.08亿元，医疗经济负担巨大。卒中患者中，40-64岁的劳动年龄人群占近50%；筛查出的卒中高危人群中，40-64岁的劳动年龄人群占60%，年轻化趋势明显。据2011年世界银行预测，如不采取更有力的措施，中国卒中患病人数会直线上升。到2030年，中国将有3177万卒中患者。

>> 国家级脑卒中防治网络体系已建成

王陇德表示，自2009年脑卒中防治工程启动以来，秉承“关口前移、重心下沉，提高素养、宣教先行，学科合作、规范诊治，高危筛查、目标干预”的防控策略，积极推动建立以基地医院为防治技术中心的脑卒中防治网络体系。

>> 到 2020 年建立覆盖全国的卒中防治体系

王陇德表示，在脑卒中防治工程第二个五年规划中，将以心脑血管病等慢病为突破口，争取到2020年，建立覆盖全国的卒中防治体系，基本完成覆盖全国的卒中中心体系构建，将卒中发

据2011-2014年中国卒中项目人群筛查数据，我国卒中标准化患病率约为2%，男性高于女性、农村高于城市，卒中年轻化趋势明显。男性吸烟、血脂异常、高血压为最主要高风险因素。王陇德表示，筛查并干预中年人卒中风险是全社会一项紧迫而必要的重大任务。今年三月，关于“筛查和干预中年人‘中风’”风险刻不容缓的院士建议得到了习近平主席重视和批转，刘延东副总理和国家卫计委领导高度重视，要求提高卒中知晓率、治疗率和控制率，保障我国劳动年龄人口健康。目前，国家卫计委正积极制定具体工作方案。

目前由306家基地医院、1000多家区县协作医院、2700余家社区乡镇医疗卫生机构组成的国家级脑卒中防治网络体系已建设完成。截至目前，45家单位成为国家“高级卒中中心”，55家单位成为国家“高级卒中中心”建设单位。

病率增长速度降至5%以下。并将进一步强化项目管理，加强基层医务人员诊疗技术和临床路径培训，加大高危人群筛查和干预力度，建立心脑血管事件报告机制，加强健康教育。

主题报告

脑血管病防治发展史



凌锋 教授

关注的是疾病，而不是工具。”首都医科大学宣武医院凌锋教授介绍，颈动脉狭窄导致同侧大脑梗塞，是人类最早认识的卒中原因。缺血性脑血管病在临

“不管是手术治疗，还是介入治疗，都只不过是治疗疾病的工具而已。我们

床较常见，约占全部脑血管病的70%-80%，是由于动脉硬化等原因，使脑动脉管腔狭窄，血流减少或完全阻塞，脑部血液循环障碍，脑组织受损而发生的一系列症状。而出血性脑血管病多是由长期高血压、先天性脑血管畸形等所致。由于血管破裂，血液溢出，压迫脑组织，血液循环受阻，患者常表现脑压增高、神志不清等症状。

“脑血管病复杂多变，每

一种病，其治疗方法不同。究竟是手术治疗好，还是介入治疗好？”凌锋教授说，手术主要考验医生的技术，而介入采用了一系列器材，让人感慨医疗的神奇之时，也给医务人员提出了更多更具体的考验。

另外，凌锋教授分别从颅内动脉瘤、血管畸形性疾病及烟雾病等方面介绍了世界脑血管外科和介入治疗的历史与发展。

血肿扩大是出血性卒中死亡的主要预测指标



谢鹏 教授

出血性卒中指非外伤性脑实质内血管破裂引起的出血，虽然在卒中的病例数并非最高，占10%-30%，但其致死率和死亡率均非常高，幸存者中多数留有不同程度的运动障碍、认知障碍、

言语吞咽障碍后遗症。

重庆医科大学副校长谢鹏教授介绍，血肿扩大是出血性卒中致死的主要预测指标。血肿扩大的判定标准包括：Brott标准，即第二次CT扫描出血量比首次增加33%；另一种是Kazui标准，即两次血肿体积增加≥12.5 ml或两次血肿体积比例≥1.4。这两种标准目前已得到了全世界的普遍认可，在许

多大型随机对照试验中使用。

关于血肿发生的机制，早期的报道中很少有血肿扩大的描述，普遍认为出血性卒中是血肿周边血管破裂引起的，但在Boulouis G教授的研究中提到，通过对已扩大血肿进行逐层扫描并重建分析后，发现血肿扩大的发生过程是以原始血肿为中心，延其表面进行不规则扩大而发生的。

海外声音

卒中二级预防需评估并干预患者所有血管危险因素



Bruce Ovbiagele 教授

美国加州大学 Bruce Ovbiagele 教授介绍了急性缺血性卒中及二级预防的现状与未来趋势。他表示，卒中的二级预防需评估患者的所有血管危险因素并进行干预，包括指导生活方式。

2014年《卒中》杂志发表了美国心脏学会/美国卒中学会制定的《卒中/TIA患者卒中

预防指南》。该指南未明确目标血压值，但认为收缩压<140 mmHg，舒张压<90 mmHg是合理的（II a, B）。对动脉粥样硬化引起的缺血性卒中或TIA患者，LDL-C ≥ 100 mg/dl 或 LDL-C < 100 mg/dl 且无其他临床ASCVD证据者，指南推荐他汀类治疗。而最新的OSLER研究显示，PCSK-9抑制剂治疗较标准治疗显著降低心脑血管事件发生。指南显示，一般情况下，TIA或缺血性卒中发生后的短时间内糖化血红蛋白检测比其他

筛选试验更准确（II a, C）。

对于大动脉型卒中的血管再通治疗方案，指南推荐，选择颈动脉支架置入术（CAS）还是颈动脉内膜剥脱术（CEA）需考虑患者年龄。对于老年患者（>70岁）CEA预后优于CAS，尤其当血管结构不利于血管内介入治疗时。对于年轻患者，在围手术期并发症（卒中、心肌梗死或死亡）和同侧卒中的长期风险，CAS与CEA相当（II a, B）。

（下转第19版）