

国人卒中终生风险量表发布

中青年男性若把危险因素控制好，65岁前卒中风险为零

近日，首都医科大学附属北京安贞医院赵冬、王瑛等在2万余人的队列研究中针对35~60岁人群发明了专门预测卒中终生风险的量表(图1)。

该研究共纳入1992年、1996-1999年和2004年的3个队列中21953位35~84岁无心血管病的受试者。随访期间，有917人首发卒中，包括681例缺血性卒中和221例出血性卒中，其中33例两者兼有。这些卒中患者中有161人例在35~45岁，298例在45~55岁，434例在55~65岁，24人例65岁。

从量表中可以看出，对于中青年男性，即35~40岁和41~50岁的男性人群，

年龄组 危险因素

- ≥ 2个高风险因素
- 1个高风险因素
- ≥ 1个较高风险因素
- ≥ 1个风险因素不在理想状态
- 所有风险因素都在理想状态

		男性						女性									
		45	50	55	60	65	70	75	80	45	50	55	60	65	70	75	80
35-40岁发生卒中危险因素		2.3	6.4	10.1	17.2	21.7	29.9	34.6	41.6	1.4	3.8	5.9	8.7	13.0	17.4	23.7	24.6
35-40岁发生卒中危险因素		0.7	1.6	3.8	5.7	9.7	13.8	16.9	18.7	0.9	1.9	2.7	3.9	7.4	9.4	13.0	17.6
35-40岁发生卒中危险因素		0.6	1.1	1.8	2.9	5.2	7.5	10.2	13.7	0.4	0.9	1.9	3.3	4.9	7.0	9.8	13.7
35-40岁发生卒中危险因素		0.5	0.5	1.0	1.4	2.5	4.4	6.5	7.6	0.6	1.2	1.3	2.4	3.8	4.2	6.3	6.3
35-40岁发生卒中危险因素		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	1.3	3.1	3.1	0.3	0.3	0.5	0.8	1.3	1.3	1.3	1.3
41-50岁发生卒中危险因素		4.4	8.2	15.8	20.5	29.1	34.1	41.4	2.5	4.6	7.5	11.9	16.5	23.0	23.8		
41-50岁发生卒中危险因素		1.0	3.3	5.2	9.3	13.4	16.5	18.4	1.1	1.9	3.0	6.6	8.6	12.3	16.9		
41-50岁发生卒中危险因素		0.6	1.4	2.5	4.8	7.2	9.9	13.4	0.6	1.6	3.0	4.6	6.8	9.5	13.5		
41-50岁发生卒中危险因素		0.0	0.4	0.9	2.0	3.9	6.1	7.2	1.0	1.1	2.1	4.1	4.1	6.1	6.1		
41-50岁发生卒中危险因素		0.0	0.0	0.0	0.0	1.2	3.1	3.1	0.1	0.2	0.6	1.0	1.0	1.0	1.0		
51-60岁发生卒中危险因素		9.1	14.4	24.0	29.5	37.8	2.5	6.8	11.1	14.4	16.3	3.6	8.2	13.2	20.1	21.0	
51-60岁发生卒中危险因素		2.5	6.8	11.1	14.4	16.3	1.1	4.8	6.0	10.7	15.5	1.7	3.4	5.7	8.5	12.6	
51-60岁发生卒中危险因素		1.2	3.6	6.1	9.0	12.6	1.1	2.6	3.1	5.1	5.1	0.4	0.8	0.8	0.8	0.8	
51-60岁发生卒中危险因素		0.6	1.8	3.7	6.0	7.1											
51-60岁发生卒中危险因素		0.0	0.0	1.2	3.1	3.1											

图1 伴有不同危险因素的35~60岁者卒中终生风险(到80岁时)评估量表

注：危险因素包括高血压、血脂异常、超重或肥胖、糖尿病、吸烟

如果把上述危险因素控制在理想状态，在65岁前卒中风险为零。

研究者还发现，在这些危险因素中，不论男女，高血压要比其他危险因素在促

成卒中终生风险方面更为显著。而且随着血压的升高，不同年龄人群其脑卒中终生

风险也随之升高，呈剂量反应关系。

此外，这些危险因素还具有叠加效应。如量表所示，对于35~40岁人群而言，如果控制好上述危险因素，则其卒中终生风险男性为3.1%，女性为1.3%；若伴有1个或多个危险因素，其卒中终生风险也随之“水涨船高”，男性为18.7%，女性为17.6%，甚至更高。

为什么要提出卒中终生风险，预测10年风险不行吗？研究者指出，危险因素的干预是一辈子的事儿，仅预测10年风

险，年轻人群很容易忽略对卒中的重视和危险因素的管理，不利于早期预防。

研究者也对卒中终生风险和10年风险进行了对比，结果发现，对于35~40岁人群而言，其卒中终生风险在男性是10年风险的25.7倍，在女性是29.4倍之高。

此外，在2万余人中首发卒中人群中，若应用卒中终生风险量表进行分层，其中低危人群为6.9%，中危人群为65.3%，高危人群为27.8%；而若以10年心血管病风险来评估，仅0.7%的卒中患者为高危人群。

研究者还发现，国人终生卒中风险与日本人群相似，均明显低于同年龄西方人群。



急诊

提高酒精价格可减少因暴力受伤的急诊患者

英国一项研究显示，轻微升高酒精价格可降低因暴力所致外伤而赴急诊的患者数量。(Inj Prev 2016;0:1.)

研究纳入2005-2012年间100家急诊机构就诊的18岁以上男性因暴力事件就诊的数据。结果发现，在英国，酒精价格每上涨1%，每年可减少6000例急

诊患者。研究者指出，据2012年全球数据统计，人际间的暴力是导致15~29岁男性死亡的第二大原因，而饮酒与攻击行为及其伤害的增加存在明显相关性。因此，对酒精税收系统进行改善可能会减少暴力所致外伤的急诊人数。

精神

有氧运动或可辅助治疗精神分裂症

英国一项研究显示，精神分裂症患者通过进行有氧运动可改善患者的认知功能障碍。(Schizophrenia Bulletin.8月11日在线版)

有氧运动是指任何富韵律性的运动，比如散步、游泳，骑自行车都属于有氧运动。其运动时间较长(约15分钟或以上)，运动强度在中等或中上的程度。

该研究纳入385例受试者，分析表明，与不进行有氧运动的精神分裂症患者相比，运动组患者进行约12周有氧运动后认知功能得以明显提高，主要表现在，其注意力得以集中、社会认知能力明显提高，能够理解并熟悉不同

的社交场合，并能加强工作场所和工作的记忆。研究者还发现，进行有氧运动锻炼越久的患者认知功能改善越明显。

研究者指出，有氧运动可提高患者的认知功能，因而有氧运动也应当被添加到精神分裂症患者的治疗方案中。



肿瘤

甲状腺癌高发吗？过度诊断是主因

WHO国际癌症研究机构发表研究报告称，近20年间在12个发达国家中，超过47万名女性和9万名男性或为甲状腺癌过度诊断的对象。(N Engl J Med. 2016;375:614)

研究者指出：“美国、意大利、法国是上个世纪80年代引入超声检查以来受甲状腺癌过度诊断影响最大的国家。不过，近期受影响最大的是韩国。”

甲状腺癌成为“韩国妇女诊疗频率最高的癌症，2003-2007年，90%的病例和过度诊断有关”。

研究认为，澳大利亚、法国、意大利和美国等国家过度诊断比例为70%~80%。而日本和北欧国家的比例则为50%。

多年来专家们一直对低扩散风险的某些甲状腺癌的过度检查和过度治疗提出警告。2013年一项研

究指出，随着新型成像技术的出现，越来越微小的肿瘤被检测出来。

这些肿瘤大部分是微型乳头状瘤，只需要密切监视，不必立即采取干预性治疗手段。专家甚至建议更改这些微型瘤的名称，以消除夸张的诊疗。

WHO国际癌症研究机构认为，发达国家近20年来甲状腺癌高发，主要原因是过度诊断。

女性超重持续时间每增10年 患癌风险增7%

法国一项研究显示，女性长期超重或肥胖会增加患子宫内膜癌、肾癌及乳腺癌的风险。(源自Medscape网站)

该研究纳入73913例50~79岁的绝经后女性。平均随访12.6年，共有6301例女性患有肥胖相关性肿瘤，约40%的女性在成年后从来没有超重或肥

胖，其余60%出现超重，持续时间约为30年，其中一半的女性表现为肥胖，持续时间约为20年。

研究者发现，女性超重时间越久，患癌风险越大，肥胖也是如此。超重的持续时间每增加10年，则患癌风险增加7%。其中患子宫内膜癌的风险最高(17%)，其次是肾癌(16%)，

患乳腺癌的风险增加5%。目前，尚未发现肥胖和超重的持续时间与患直肠癌、肝脏、胆囊、胰腺、卵巢、甲状腺肿瘤之间的关系。

研究者指出，肥胖除了对患癌风险的影响，此外，肥胖的持续时间和程度也可增加其他疾病的风险，如糖尿病、卒中和心血管病。

多食深海鱼可降低结直肠癌死亡风险

美国一项研究显示，大量摄入ω-3多不饱和脂肪酸，结直肠癌死亡风险会降低41%。(Gut. 2016;0:1)

ω-3多不饱和脂肪酸包括二十碳五烯酸或二十二碳六烯酸，主要来自鱼类，

特别是深海鱼类包括：凤尾鱼、鲱鱼、鲱鱼、鲑鱼、沙丁鱼、鲱鱼、湖鳟鱼和金枪鱼。

研究纳入1659例结直肠癌患者。结果发现，摄入0.30g/d的ω-3多不饱和脂肪酸与摄入<0.10g/d相

比，死亡风险比为0.59。

研究者指出，ω-3多不饱和脂肪酸，已在实验室中被证实可以抑制肿瘤生长和血管生成。并且补充ω-3多不饱和脂肪酸有助于增强结直肠癌化疗药物的抗肿瘤效果。

新闻速递

分级诊疗+集中检测：家门口也能看大病

为改善大医院人满为患，社区医院门可罗雀的现状，最大化发挥医疗资源效能，区域化医疗中的分级诊疗和集中检测成为当前医疗改革的主要推动方向之一。8月12日，上海松江区中心医院召开实践区域化分级诊疗与集中检验管理媒体会，分享其在分级诊疗和集中检测方面的建设成效。

“松江区内各级医院检验科的管理水平、检验设备和检验方法不同，导致同一个检测项目的结果存在差异，无法在各医院间得到临床医师的互认。”松江区中心医院检验科侯彦强主任介绍。

为解决这些问题，松江区区域临床检验中心引进罗氏诊断cobas p612全自动样本前处理系统和全自动生化免疫检测系统，推进区域化医疗集中检测，最大化发挥医疗资源效能，5年间工作人员效率提升了426%。