

“

她叫张新华，现任世界高血压联盟继任主席、世界卫生组织慢性病医学官员。在欧洲、北美、亚洲的大学及世界卫生组织总部工作 18 年后，她回到北京任高血压联盟研究所副所长。医师报记者前去采访她的那天是周一，而就在前一天晚上，张新华只睡了两个多小时，因为她整夜都在字斟句酌地修改《高血压、糖尿病分级诊疗方案》。

从中国到世界 良师指引我前行

张新华常说，她很幸运，一直有优秀的老师指引。

大学期间，邬正赓教授（中国协和医科大学教授）的流行病学课程是她最感兴趣的专业课。流行病学研究的设计理念，对于干预效果评价的方法学在她的研究和教学生涯中发挥着重要的作用。

研究生期间，陶寿淇教授在心脏病领域的博学与严谨深深地影响着她。陶教授亲自起草的研究报告从来没有夸张的渲染，只有科学的解读。

张新华的硕士和博士学位课题都是关于心血管疾病的人群流行病学研究。但是导师蔡如升教授要求她必须熟悉心血管疾病的诊疗过程并亲自安排她到心电图室和心内科学学习。毕业后又亲自送她出国深造。

在中美合作的心肺疾病流行病学研究中，Jeremiah Stamler 教授（芝加哥西北大学教授）所带领的流行病学和统计学专家团队为中国培训了一批心血管疾病流行病学研究人才，张新华是受益者之一。

出国前的 8 年，张新华参加过多个人群的心血管疾病流行病学研究，熟悉国内的流行现状。而 Hugo Kesteloot 教授（比利时鲁汶大学教授）引导她站在全球的高度，历史地了解各国人群间慢性病流行状况的差异及变化趋势。

20 年前，在 Kesteloot 教授的指导下，她利用世界卫生组织提供的数据，对全球 36 个国家近 50 年来 35 岁以上人群的慢性病死亡率的性别差异做了系统分析。在大家习惯性地描述男性死亡率高于女性时，少有人关注过中国人群 35~44 岁组心血管疾病死亡率在男性是女性的 2 倍多，而在世界上其他国家或地区，这个比例是 4~7 倍。生活在相同自然环境和医疗技术条件下人群

死亡率的男女比例差异体现了社会因素对人群健康的影响，也指出了改善的方向。

20 年过去了，Kesteloot 教授所倡导的全面地历史地了解世界才能更好地指导局部实践的观念始终影响着她。虽然张新华在大学里教授流行病学和基层医疗服务，但真正让她理解以基层医疗为基础的医疗服务体系的是 Julie Tudor Hart 教授。她没有和 Hart 教授共事过，只是阅读过他的著作和研究论文，访问过教授本人和他的家，还有他服务过的社区。第一次阅读他的《A new kind of doctor》，被他对偏远社区医疗服务的需求和现状的描述所震撼，被他为全科医生的责任和基层医疗服务政策的呐喊所感动。

如果说前面提到的教授引领着张新华的专业方向和医学研究与实践的理念，那么中国高血压研究与人群防控的领袖刘力生教授，20 年来一直支持着她，为她的实践提供机会。

刘教授推荐她加入了大型人群流行病学和临床试验研究的国际协调中心和世界高血压联盟。在刘教授的支持下，张新华在国外组织协调了多国合作的亚太地区队列合作研究（APCSC），卒中后患者降压药物比较的随机对照临床试验研究（PROGRESS），糖尿病患者降压药物和降糖策略比较的随机对照临床试验研究（ADVANCE）和亚洲人群心血管疾病及危险因素横断面研究（INTERASIA）研究。在刘教授的支持下，她代表世界高血压联盟参加世界卫生组织的心血管疾病防控策略讨论，在国内组织实施着脑卒中后高血压患者最佳管理方案的临床试验（ESH-CHL-SHOT），世界卫生组织慢病防控方案的推广项目等。

张雨

张新华

做中国与世界高血压的使者



从世界到中国 推动中国慢病防控和医疗体系建设

在近 20 年的时间里，张新华在不同的国家和地区及世界卫生组织总部从事心血管疾病相关的教学、研究和实践。但她始终没有忘记 Kesteloot 教授的教诲和刘力生教授的期望：中国比美国和欧洲更需要你。她回到北京参与中国人群慢病防控策略的讨论与实践。

高血压作为心血管疾病最重要的可防控的危险因素，也是慢病防控的切入点。和其他国家相比，不是高血压患病率过高，而是控制率太低，这才是中国面临的最严峻的挑战。

长久以来，人们习惯性地吧高血压患病率的升高和患者的治疗控制不足联系在一起。这种错误的认识影响着防控策略的制定和对防控效果的评价。张新华利用各种讲课机会向大家解释，降压治疗的目的是预防或推迟严重并发症的发生，不会降低高血压的患病率。由于多数高血压不能治愈，有效地控制血压会延长患者的寿命，故而增加人群患病率。评估高血压防控效果的重要指标是社区人群中（无论是否服药）平均血压水平和血压升高者所占比例。这些指标的变化体现着一级预防和降压治疗的综合效果，也指向相应的防控策略。

心血管疾病标化死亡率的变化综合体现着心血管疾病发病风险和医疗服务水平的变化，是防控效果最重要、最易获得且全球可比的指标。然而，由于中国没有全国人口的死因统计数据，所有的死亡率估计都来自于

部分人口的死因监测数据。这是中国作为一个经济大国和其他解决了温饱问题国家相比最重要的区别之一。“我国应该，也能够尽快补上这个重要缺憾。”张新华衷心希望着。

由于每年报告死因统计的地区和人数不同，造成了死亡率自然浮动过大。没有专业的死亡率统计分析，不能清楚体现主流的变化趋势。雪上加霜的是，2007 和 2008 年由于操作失误，使脑卒中和冠心病年龄标化死亡率较前 17 年的任何一年高出 1~2 倍左右。

这样一个明显的错误被误读成中国人群心血管疾病发生了井喷。张新华发现了错误并告知相关专家和机构删除了错误数据，减少了对我国心血管疾病防控效果的误判。中国是慢病负担大国，同时是医疗服务体系薄弱的国家。有效利用有限的医疗服务资源，减少慢病对于人群健康和社会发展的负面影响，需要提高基层医疗机构的防控实力，建设以基层医疗服务为基础的，多级医疗机构分级合作的医疗体系。

张新华领导的团队按照世界卫生组织慢病防控方案培训社区医生、教育居民，在基层医疗机构筛查、登记、诊断、评估和管理高血压、糖尿病及心血管疾病患者和高危个体，显著地提高了社区心血管疾病管理的效果，验证了世界卫生组织慢病防控方案在中国社区卫生服务机构实施的可行性，也体现了基层医疗机构实力建设的潜力。



张新华（右四）出席 2015 中国高血压年会



启动仪式现场