

· 综 述 ·

# 国内外冠心病的发病现状及其预防对策

俞顺章<sup>1</sup> 沈洪兵<sup>2</sup>

我国属冠状动脉粥样硬化性心脏病(简称冠心病)低发区,近年来随着人民生活水平的提高,期望寿命的延长和膳食结构的改变,冠心病的发病率和死亡率正呈现上升趋势。西方国家在冠心病预防方面已取得成功经验,值得我国借鉴。本文简要概述国内外冠心病的发病现状及其预防对策。

一、国内冠心病上升的一些报道:先看一下卫生部信息统计中心有关冠心病的一些数据(附表)。从附表可见,不论城市和农村,近年来我国人群冠心病死亡率均呈上升趋势,1995年与1988年比较,城市

上升41.78%,农村上升39.74%,按照年均增长速度公式  $X = (a_n/a_0)^{1/n} - 1$ ,我国城市和农村冠心病死亡率的年均增长率分别为5.11%和4.90%。北京、上海、天津等大城市的统计资料也证明我国冠心病死亡率近年来有增多趋势<sup>[1,2]</sup>。如参照WHO提供的1988年疾病死亡统计资料,按Segi世界人口作调整,所得我国人群35~74岁年龄标化冠心病死亡率,农村男女分别为40/10万和28/10万,属低发病率地区,城市死亡率高于农村,男女分别为88/10万和52/10万,比日本略高<sup>[1]</sup>。

附表 我国部分城市和农村冠心病死亡率(/10万)\*

地区	1988年	1989年	1990年	1991年	1992年	1993年	1994年	1995年
城市	41.88	43.41	47.48	46.20	51.29	54.67	58.05	59.38
农村	19.17	19.80	22.82	21.03	23.44	22.10	24.86	26.79

\* 引自卫生部《全国卫生统计年报资料》1988~1995年

二、国外冠心病上升的一些报道:与我国类似,东欧一些国家1970~1985年期间30~69岁年龄标化冠心病死亡率亦呈明显的上升趋势,其中男性的上升趋势较女性更为明显<sup>[3]</sup>。如保加利亚1970~1985年15年间男性冠心病上升60%,波兰上升38%,捷克、东德、匈牙利和罗马尼亚的上升幅度在10%~20%之间,而女性冠心病死亡率的变化较小,上升幅度均小于20%,捷克、匈牙利和罗马尼亚女性冠心病还略有下降。近29年来,美国冠心病发病率及死亡率,分别以1%及2.4%的速度下降;脑血管意外的死亡率已下降了60%<sup>[4]</sup>。

在一些经济发展较快而生活方式,特别是膳食习惯变化也较快的国家,如新加坡,冠心病死亡率在短短几十年内成倍增加,到80年代末期男性35~74岁冠心病标化率已达230/10万,远远超过了美国<sup>[5]</sup>。

从以上资料可以看出,冠心病可能与下述一些因素相关:(1)冠心病死亡率在经济快速发展时期急剧上升。(2)据165个国家统计冠心病死亡率与各部位总死亡率呈负相关。随着传染性疾病的控制,慢

性病中心脑血管病和癌症上升。(3)45岁年龄组期望寿命增长减缓,冠心病死亡率增高。

三、经济发展与冠心病下降:冠心病发病率上升不是经济发展、工业化和传染病控制的必然后果。一些工业发达的欧洲国家如芬兰、英国、爱尔兰、比利时、法国、前西德等国家在1970~1985年期间冠心病死亡率都呈下降趋势<sup>[3]</sup>。其中芬兰男女性冠心病死亡率分别下降40%和26%,比利时男女性分别下降35%和32%,法国分别下降34%和15%,英国、爱尔兰、前西德的下降幅度在10%~20%之间。

美国是冠心病高发国家,每年有600万人患冠心病,200万人患脑血管病,5800万人患高血压。1972~1992年美国冠心病死亡率下降了34.90%,年龄调整死亡率从1972年的220/10万下降至1992年的114/10万,预计至2000年将下降至100/10万<sup>[3]</sup>。

由以上资料可以看出:(1)冠心病并不随期望寿命增加而增加。(2)营养是一个重要因素,美国60年代起饱和脂肪酸的摄入减少,多不饱和脂肪酸消费量的增加,促进了冠心病的下降。(3)戒烟及控制高血压是降低冠心病的有效措施。就美国而言,1964年美国国家卫生署提出的有关吸烟的健康教育,和1973年以来普及防治高血压的知识对冠心病的下降

1 上海医科大学预防医学研究所 200032

2 南京医科大学流行病学教研室

产生了积极的影响。(4)诊断手段的改进似与冠心病的变化关系不大。

四、日本的冠心病未曾升高,我国冠心病只要防治工作加强是可以控制的;日本战后已成为经济超级大国,目前它的国民经济收入占世界第四位,日本的通货膨胀率较低,失业率亦较低,最低最高工资差距较小,这些使日本人期望寿命升高,但由于保持东方人生活方式和饮食习惯,日本人冠心病不仅没有升高,反而迅速下降。据 1950~1986 年的统计资料,日本 30~69 岁冠心病年龄标化死亡率男性从 50 年代的 130/10 万下降至 80 年代的 92/10 万,女性从 90/10 万下降至 40/10 万左右<sup>[3]</sup>。

日本人移居美国夏威夷或加州后,放弃原有的日本人生活方式,高脂肪、高胆固醇食物,冠心病比日本本土上升,但仍低于美国人。

日本 0 龄出生时的期望寿命已达到男性 75.20 岁,女性 80.90 岁(1986 年)。日本人从 1965~1986 年 21 年期间,男性期望寿命增加了 7.50 岁,女性增加了 8 岁。日本的总死亡率没有变化,期望寿命增加主要是心脏病和部分癌症得到控制所致。

探讨日本等国家冠心病不升反降的原因,对我国预防冠心病是很有帮助的。

(1)遗传:美国和日本等国冠心病在最近 20~30 年间迅速下降的事实证明冠心病与遗传的关系不大。日本人移民美国,改变生活方式后比本土居民冠心病发病率高,证明环境因素重要。

(2)医疗保健:1980 年日本医疗保健费用约占国民经济总产值 6.40%,与英国相差不大(5.80%),略低于美国(9.50%)和前西德(8%),亦低于挪威、法国与澳大利亚;这些医疗保健支出高的国家,期望寿命都较日本为短。日本心脑血管病的下降从 50 年代已开始,它的下降达惊人的速度,不能用医疗保健投入来解释。

(3)营养与吸烟:日本男性中 2/3 吸烟,但吸烟对冠心病的影响可能要与饮食因素结合考虑,日本人热量来源于脂肪不到 25%,而英国 42%。日本食物中不饱和与饱和脂肪酸比值为 1.10,而英国为 0.34。这种饮食,再加上提倡低盐可能部分抵消了吸烟的作用。

(4)经济增长:日本在 1965~1987 年期间经济的年增长率为 4.20%(而其他发达国家平均为 2.30%)。经济增长刚开始时候可使冠心病、癌症增加。但经济发展到一定程度,反而促使冠心病等下降,日本、美国等就是一个例子。

(5)社会经济阶层:冠心病死亡率与社会经济阶层有关。蓝领工作者冠心病死亡率较低,而白领,尤其行政管理人员中较高。究其原因行政管理人员营养与吸烟以及生活方式有别于其他各类人员所致。

五、中国冠心病发病趋势与预防要点:中国冠心病发病趋势是按东欧模式呢?还是按日本的模式发展?按照前述统计资料,我国冠心病死亡率虽属世界上低水平,但卫生统计、流行病学、临床及病理解剖等各方面的资料都说明,近一二十年来我国冠心病呈明显的上升趋势<sup>[6]</sup>。虽然近几年在内外科治疗上有较大的进展,但由于疗效有一定的限制,病死率及病残率仍很高,且治疗费用昂贵。因此,冠心病的防治要从认真贯彻预防为主方针着手。

针对我国人群中高血压患病率逐年上升(15 岁以上成人患病率,1979 年为 7.73%,1991 年增至 11.88%,估计全国确诊高血压患者至少在 5 000 万人以上),吸烟情况严重(缺乏全面、有组织的预防吸烟的宣传教育 and 法令),肥胖及高血脂患者增多(尤其是经济发达地区)的实际情况<sup>[4,6]</sup>,为防止我国冠心病重走西方及东欧国家的路子,有关专家提出了我国冠心病防治对策的建议,其主要内容包括制定适合我国国情的冠心病的综合预防策略;大力加强卫生宣教,提高国民保健意识;以立法控制吸烟;研究和生产副作用小、价格低廉的有效降压药;改善食品生产、加工和供应,使群众获得合理的膳食;以及加强流行病学和发病机理的基础研究等。

近年来,我国学者在探讨和控制冠心病危险因素方面做了大量工作,取得了令人鼓舞的成果,明确了我国人群中高血压、超重、吸烟及高胆固醇血症等危险因素与心血管病发病的定量关系,探讨了我国心血管病的发病因素和致病模式,并初步提出了适合我国国情的心血管病的综合预防策略,即预防和控制高血压(确诊高血压药物长期控制,临界高血压建议采用非药物措施如限盐、体育锻炼等),防止超重(体重指数控制在 24 以下),大力宣传戒烟,提倡合理膳食以及采用各种形式开展经常性的人群健康教育,普及防病知识等,并建议在有条件的地区推广实施(尤其在大、中城市)<sup>[9]</sup>。

我国“六五”以来在心血管病的一级预防方面也积累了一定的经验,首钢工人、石景山农民、河北正定县农民及舟山渔民等十多个队列人群冠心病、脑卒中一级预防都取得了不同程度的效果,有的地区死亡率下降了约一半(内部资料)。北京东城区心血

管病社区防治网防治结果表明,在8万余自然人群中开展11年防治,使心肌梗塞、脑卒中的发病率分别下降48%和51%,死亡率分别下降72%和37%,深受领导和群众欢迎<sup>[3]</sup>。

冠心病防治是一项利国利民的社会系统工程,只要各级领导及卫生行政部门重视其危害性,提高对预防冠心病的认识,有关业务部门积极配合,利用现有的卫生保健网络培训专业预防人才,并给予必要的经费支持,可以相信,我国的冠心病是完全可以控制的。

### 参 考 文 献

- 曹家琪. 冠心病流行病学. 见: 邵耕主编. 现代冠心病. 第1版. 北京医科大学中国协和医科大学联合出版社.

1995. 65—90.
- 金慧芝, 宋桂香, 靳文正, 等. 上海居民五种慢性非传染性疾病死亡率分析. 中国慢性病预防和控制杂志, 1994, 2:205.
- Mammot M, Elliott P. Coronary Heart Disease Epidemiology, from etiology to public health. England: Oxford University Press, 1992. 1—100.
- Lenfant C. US Initiative to target congestive heart failure. WHD Newsletter, 1997, 52:1.
- 吴锡桂. 冠心病流行病学及人群防治. 见: 周北凡等主编. 心血管病流行病学及人群防治. 第1版. 北京: 人民卫生出版社, 1993. 84—105.
- 陶寿琪. 中国的冠心病预防. 中国慢性病预防和控制杂志, 1992, 1:10.

(收稿: 1997—12—10 修回: 1997—12—30)

## 儿童结核自然感染率调查分析

季小平<sup>1</sup> 季利刚<sup>2</sup>

为测得我市儿童结核自然感染率,从1979年1月至1991年1月在句容县朱巷、陈巷两个村规定新生婴儿不接种卡介苗。于1991年11月对该地的1~12周岁儿童做结核菌素(结素)试验,直接测得儿童结核自然感染率。现将结果报告如下。

一、调查对象与实施步骤: (1) 观察对象: 设观察组和对照组。①朱巷、陈巷两个村总人口2457人,选1979年1月至1991年1月在当地出生、生长且未接种卡介苗的儿童472名为观察组。②选总人口(2222人)与观察组相近、自然条件相似的本乡白杨村同期出生的儿童454人为对照组。 (2) 实施步骤: ①首先成立调查小组,在做结素试验前对其儿童进行卡介苗接种史和肺结核接触史调查。观察组儿童有可疑接种史或有卡痕者则删除。②所用结素试剂、接种方法、剂量等均按国家规定程序操作。③判定反应结果:  $\geq 6\text{mm}$  为阳性;  $\geq 15\text{mm}$  或有水泡、坏死者为强阳性。

二、结果与分析: (1) 结素试验受检率: ①观察组应检472人,实检453人,受检率95.9%。复验446人,复验率为98.5%。②对照组应检454人,实检

443人,受检率97.6%。复验442人,复验率99.7%。(2) 结素反应阳性感染率: ①观察组复验446人中阳性18人,结素反应阳性感染率为4.0%,比1979年全国第一次结核病流行病学调查的该点为13.8%下降明显,平均每年递减10.7%。②观察组7岁以下297名儿童中8人阳性,阳性感染率为2.7%; 8~12岁149名儿童中10人阳性,阳性感染率为6.7%。经统计学分析,  $u=2.02, P<0.05$ , 差异有显著性。儿童结核感染率随年龄的增加而增大,考虑是活动范围扩大、感染机会增加所致。(3) 结素试验反应强度: 观察组结素试验阳性的各年龄组儿童平均反应直径为11.9mm,其中16mm以上强阳性者占27.8%。对照组已种卡介苗、有卡痕儿童结素阳性各年龄组平均反应直径为8.2mm。经统计学分析,  $t=3.716, P<0.01$ , 两组反应差异有非常显著性。自然感染反应强度明显高于卡介苗接种的反应强度。(4) 结素试验阳性与肺结核接触史的关系: 观察组复验结素试验阳性的44名儿童中有肺结核接触史儿童的阳性率为12.1%,无肺结核接触史的为2.1%。经  $u$  检验 ( $u=3.55, P<0.01$ ) 差异有非常显著性,说明儿童结素试验阳性率的高低与肺结核接触史有密切关系。

(收稿: 1997—12—20 修回: 1998—03—17)

- 1 江苏省镇江市卫生防疫站 212003
- 2 镇江市京口区人民医院