

# 社区中老年心血管疾病高危人群危险因素暴露特征

韩笑蓉<sup>1</sup>, 顾莹珍<sup>1</sup>, 王山<sup>2</sup>, 王潇<sup>3</sup>, 袁晓鹏<sup>3</sup>, 郭智星<sup>4</sup>, 张传奇<sup>5</sup>, 崔启<sup>6</sup>, 李伊凡<sup>1</sup>, 刘晋星<sup>1</sup>, 吕纳强<sup>1</sup>, 党爱民<sup>1</sup>  
1. 中国医学科学院阜外医院心内科, 北京 100037; 2. 阜外华中心血管病医院心内科, 3. 急诊科; 4. 郑州大学人民医院  
院心内科; 5. 郑州市中心医院心血管内科; 6. 河南省人民医院心脏重症监护室

**摘要:** **目的** 评估社区中老年动脉粥样硬化性心血管疾病(ASCVD)高危人群危险因素暴露及控制现状, 为优化防控策略提供依据。 **方法** 横断面调查郑州市金水区40岁及以上中老年, 入选已确诊ASCVD或中国动脉粥样硬化性心血管疾病风险预测研究(China-PAR)评分为高危的居民, 分析其心血管疾病危险因素的暴露及控制情况。 **结果** 共纳入4 357名心血管疾病高危居民, 心血管危险因素患病率占前3位的分别为高血压(75.44%, 3 287例), 糖尿病(49.00%, 2 135例), 高脂血症(47.05%, 2 050例)。其中女性“三高”患病率更高。高血压、糖尿病和高脂血症患者的治疗率分别为59.96%(1 971/3 287)、51.48%(1 099/2 135)和40.39%(828/2 050), 治疗达标率分别为59.23%(1 947/3 287)、42.81%(914/2 135)和24.15%(533/2 050)。危险因素聚集现象显著( $\geq 2$ 种危险因素者占60.45%)。在糖尿病患者中, 同患“三高”者血糖达标率最低。在高脂血症患者中, 随共病种类增加, 降脂治疗率增加, 但血脂控制达标率下降。与ASCVD居民比较, China-PAR评分为高危的居民中, 高血压患者降压治疗率更低(55.02%比73.18%,  $\chi^2=88.789$ ,  $P<0.001$ ), 糖尿病患者降糖治疗率更低(48.12%比62.78%,  $\chi^2=31.873$ ,  $P<0.001$ ), 高脂血症患者降脂治疗率更低(36.35%比50.97%,  $\chi^2=35.833$ ,  $P<0.001$ ), 但血脂达标率更高(28.79%比11.99%,  $\chi^2=21.218$ ,  $P<0.001$ )。 **结论** 社区心血管高危人群呈现“两高两低”特征(心血管危险因素高发、多重危险因素聚集; 治疗率低、控制率低), 危险因素暴露及控制情况存在性别及人群间差异, 亟待进一步优化社区心血管疾病危险因素综合管理, 针对不同人群实施精准防控。

**关键词:** 社区; 心血管疾病; 高危人群; 危险因素; 中国动脉粥样硬化性心血管疾病风险预测评分

## Exposure characteristics of risk factors in a community-based middle-aged and elderly population at high risk of cardiovascular diseases

HAN Xiaorong<sup>1</sup>, GU Yingzhen<sup>1</sup>, WANG Shan<sup>2</sup>, WANG Xiao<sup>3</sup>, YUAN Xiaopeng<sup>3</sup>, GUO Zhixing<sup>4</sup>, ZHANG Chuanqi<sup>5</sup>,  
CUI Qi<sup>6</sup>, LI Yifan<sup>1</sup>, LIU Jinxing<sup>1</sup>, LÜ Naqiang<sup>1</sup>, DANG Aimin<sup>1</sup>

1. Department of Cardiology, Fuwai Hospital, National Center for Cardiovascular Diseases, Chinese Academy of Medical Science and Peking Union Medical College, Beijing 100037, China; 2. Department of Cardiology, Fuwai Huazhong Cardiovascular Hospital; 3. Emergency Department, Fuwai Huazhong Cardiovascular Hospital; 4. Department of Cardiology, People's Hospital of Zhengzhou University; 5. Department of Cardiology, Zhengzhou Central Hospital; 6. Cardiac Intensive Care Unit, Henan Provincial People's Hospital

**Abstract:** **Objective** To assess the current situation of risk factor exposure and control among middle-aged and elderly people at high risk of atherosclerotic cardiovascular disease (ASCVD) in the community and provide a basis for optimizing prevention and control strategies. **Methods** A cross-sectional survey was conducted. The middle-aged and elderly people (aged 40 years and above) with a confirmed diagnosis of ASCVD or a Prediction for ASCVD Risk in China (China-PAR) score of high-risk in Jinshui District, Zhengzhou City were enrolled. The exposure and control of risk factors for cardiovascular diseases were analyzed. **Results** A total of 4 357 residents at high risk of cardiovascular disease were enrolled, and the top three cardiovascular risk factors were hypertension (75.44%, 3 287 cases), diabetes mellitus (49.00%, 2 135 cases), and hyperlipidemia (47.05%, 2 050 cases). The prevalence of the “three highs” was higher in women. The treatment rates of patients with hypertension, diabetes mellitus and hyperlipidemia were 59.96% (1 971/3 287), 51.48% (1 099/2 135), and 40.39% (828/2 050), respectively, and the control rates were 59.23% (1 947/3 287), 42.81% (914/2 135) and 24.15% (533/2 050), respectively. Risk factor aggregation was significant (60.45% with  $\geq 2$  risk factors). Among diabetic patients, those with “three highs” had the lowest control rate. Among patients with hyperlipidemia, with the increase

of co-morbidities, the lipid-lowering treatment rate increased, while the control rate decreased. Compared with ASCVD residents, among those with a high-risk China-PAR score, the antihypertensive treatment rate of hypertensive patients was lower (55.02% vs. 73.18%,  $\chi^2=88.789$ ,  $P<0.001$ ), the anti-diabetic treatment rate of diabetic patients was lower (48.12% vs. 62.78%,  $\chi^2=31.873$ ,  $P<0.001$ ), and the lipid-lowering treatment rate of patients with hyperlipidemia was lower (36.35% vs. 50.97%,  $\chi^2=35.833$ ,  $P<0.001$ ), while the lipid control rate of patients with hyperlipidemia was higher (28.79% vs. 11.99%,  $\chi^2=21.218$ ,  $P<0.001$ ). **Conclusions** The high-risk population of cardiovascular diseases in the community shows the characteristics of "two highs and two lows" (high prevalence of cardiovascular risk factors and aggregation of multiple risk factors; low treatment rate and low control rate), and there are gender and population differences in risk factor exposure and control, so it is urgent to optimize the comprehensive management of cardiovascular risk factors in the community, and implement precise prevention and control for different populations. There is an urgent need to further optimize the comprehensive management of cardiovascular risk factors in the community and to implement precise prevention and control for different populations.

**Keywords:** community; cardiovascular diseases; high-risk population; risk factors; China-PAR (Prediction for ASCVD Risk in China) score

心血管疾病(cardiovascular disease, CVD)是中老年人群致死和致残的主要原因,近年来我国CVD患病率持续攀升,而CVD高危人群的预后往往更差,需要更积极有效的干预,这对提升人民生活健康水平、降低慢性疾病(慢性病)所致的疾病负担具有重要意义<sup>[1-2]</sup>。心血管危险因素的控制是预防CVD及并发症的关键环节,其中最核心的部分就是对“三高”[高血压、糖尿病(高血糖)和高脂血症]的有效控制<sup>[2]</sup>。高血压、糖尿病和高脂血症是导致动脉粥样硬化和血管损伤的主要危险因素,“三高”的控制达标不仅可以延缓CVD的发生,对改善已患病居民的预后也有重要作用<sup>[2-5]</sup>。

社区是CVD防控的重要场所。国内外研究显示,开展以社区为单位的有效的医疗干预,提升居民对疾病的认知,可改善心血管危险因素的控制情况,进而降低CVD的发病率和致死率,改善国民身体素质<sup>[6-7]</sup>。我国已将社区CVD防控纳入“健康中国2030”战略规划,作为慢性病综合防控的重要组成部分<sup>[8]</sup>。各地社区卫生服务中心普遍建立了高血压、糖尿病等慢性病管理档案,实施分级诊疗和家庭医生签约服务。同时,国家也通过“医联体”建设促进优质医疗资源下沉,提升基层诊疗能力<sup>[8-9]</sup>。本研究针对社区中老年心血管高危人群开展危险因素暴露特征分析。通过系统评估该人群心血管危险因素的暴露特征,揭示当前社区防控工作中的薄弱环节,为完善社区CVD防治策略提供实证依据。

## 1 对象与方法

**1.1 对象** 本研究在郑州市金水区12家社区卫生服务中心开展。研究对象为参与社区健康制卡登记、定期体检及日常健康宣教的心血管疾病高危居民。收集

研究对象2023年1月1日至2024年3月31日期间的资料进行分析。纳入标准:①年龄 $\geq 40$ 岁;②已完成社区健康制卡,具备完整的疾病史、体重指数(body mass index, BMI)、生活习惯、血压、血脂、血糖及用药信息;③确诊为动脉粥样硬化性心血管疾病(arteriosclerotic cardiovascular disease, ASCVD),或中国动脉粥样硬化性心血管疾病风险预测研究(Prediction for ASCVD Risk in China, China-PAR)风险评估为高危(10年风险评分 $\geq 10\%$ )<sup>[10]</sup>;④知情同意并签署知情同意书。排除标准:①罹患严重精神疾病;②存在心血管急症或恶性肿瘤等终末期疾病;③拒绝参与研究。本研究已获得中国医学科学院阜外医院及阜外华中心血管医院伦理委员会批准(批件号:IRB2012-BG-003),所有参与者均签署知情同意书。

**1.2 心血管危险因素及达标的定义** 本研究评估以下心血管危险因素:吸烟、饮酒、缺乏锻炼、肥胖及高血压、糖尿病和高脂血症,重点比较高血压、糖尿病和高脂血症的患病和治疗达标情况。

吸烟、饮酒、缺乏锻炼情况按问卷调查情况确定,吸烟定义为近1年有规律吸烟史(每周吸卷烟4支以上,连续或累计半年)<sup>[11]</sup>;饮酒定义为近1年规律饮酒(每周饮酒 $\geq 1$ 次者)<sup>[12]</sup>,缺乏锻炼指近1年每周中等强度运动(如快走、骑车)时间150 min以内且高强度运动(如跑步、游泳)时间75 min以内<sup>[2]</sup>。

高血压:曾被医生明确诊断为高血压,不论测量时血压是否偏高,均认为高血压,在未使用降压药的情况下非同日3次测量血压,收缩压 $\geq 140$  mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)和/或舒张压 $\geq 90$  mmHg,即诊断为高血压。治疗率:在患高血压的人群中,接受降压药治疗的比例。控制达标率:高血压患者服用降压药,其血压控制在正常范围内(80岁以下人群血压 $< 140/90$  mmHg,

80岁及以上人群收缩压<150 mmHg)的比例<sup>[3,13]</sup>。

**糖尿病:**根据中国2型糖尿病防治指南,典型糖尿病症状加上随机血糖 $\geq 11.1$  mmol/L,或空腹血糖 $\geq 7.0$  mmol/L,或口服葡萄糖耐量试验2 h血糖 $\geq 11.1$  mmol/L,或糖化血红蛋白 $\geq 6.5\%$ ;或无糖尿病症状,但多次测量血糖超标,或既往已明确诊断糖尿病,已经服用降糖药治疗,即诊断为糖尿病。治疗率:在患糖尿病的人群中,接受降糖药治疗的比例。控制达标率:糖尿病患者应用降糖药,其血糖控制在正常范围内(65岁以下空腹血糖<7.0 mmol/L,65岁以上人群,应用胰岛素者空腹血糖<8.3 mmol/L,不用胰岛素者空腹血糖<7.2 mmol/L)的比例<sup>[4,14]</sup>。

**高脂血症:**根据中国血脂管理指南,血脂异常(或高脂血症)指血清中胆固醇和/或甘油三酯水平升高,将未经治疗总胆固醇 $\geq 6.2$  mmol/L,低密度脂蛋白胆固醇(low-density lipoprotein cholesterol, LDL-C) $\geq 4.1$  mmol/L,高密度脂蛋白胆固醇(high-density lipoprotein cholesterol, HDL-C)<1.0 mmol/L,或甘油三酯 $\geq 2.3$  mmol/L,或既往已明确诊断为高脂血症,已应用降脂药,即诊断为高脂血症。治疗率:在患高脂血症的人群中,接受降脂药治疗的比例。控制达标率:参照指南,血脂控制达标通常指LDL-C达标。根据中国血脂管理指南,根据已有信息将人群进行ASCVD危险分

层,LDL-C的达标目标值为:极高危组人群LDL-C<1.8 mmol/L,高危组人群LDL-C<2.6 mmol/L,低危或中危组人群LDL-C<3.4 mmol/L<sup>[5,15]</sup>。

**1.3 统计学方法** 构建标准化数据库系统,实施双人独立录入与核查机制,确保数据质量。计数资料用频数(构成比)表示,组间比较应用卡方( $\chi^2$ )检验,计量资料符合正态分布的用均数 $\pm$ 标准差( $\bar{x}\pm s$ )表示,两组间比较用 $t$ 检验。所有统计分析均使用R 4.3.3软件(R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria)完成,以双侧 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

## 2 结果

**2.1 社区中老年心血管疾病高危居民基线及心血管危险因素特征** 本研究共纳入4 357名居民,平均年龄(70.7 $\pm$ 5.7)岁,其中女性1 828例,占比42%。人群心血管危险因素占比由高到低分别为高血压(75.44%),糖尿病(49.00%),高脂血症(47.05%),缺乏锻炼(45.08%),肥胖(37.50%),饮酒(10.63%),吸烟(8.03%)。与男性比较,女性人群肥胖比例高,高血压、糖尿病和高脂血症的患病率高,吸烟饮酒比例较低(均 $P<0.001$ ),见表1。

表1 社区中老年心血管高危居民危险因素的性别差异

性别	人数	年龄 (岁)	年龄段[例(%)]			肥胖 [例(%)]	缺乏锻炼 [例(%)]	吸烟 [例(%)]	饮酒 [例(%)]	高血压 [例(%)]	糖尿病 [例(%)]	高脂血症 [例(%)]
			40~64岁	65~79岁	$\geq 80$ 岁							
女	1 828	71.6 $\pm$ 5.9	97(5.31)	1 538(84.14)	193(10.56)	839(45.90)	842(46.06)	11(0.60)	8(0.44)	1 428(78.12)	1 051(57.49)	921(50.38)
男	2 529	70.1 $\pm$ 5.5	176(6.96)	2 210(87.39)	143(5.65)	795(31.44)	1 122(44.37)	339(13.40)	455(17.99)	1 859(73.51)	1 084(42.86)	1 129(44.64)
合计	4 357	70.7 $\pm$ 5.7	273(6.27)	3 748(86.02)	336(7.71)	1 634(37.50)	1 964(45.08)	350(8.03)	463(10.63)	3 287(75.44)	2 135(49.00)	2 050(47.05)
$t/\chi^2$ 值		8.622		39.014		94.064	1.165	233.684	342.402	11.928	90.315	13.807
$P$ 值		<0.001		<0.001		<0.001	0.280	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

**2.2 社区中老年心血管高危居民高血压、糖尿病、高脂血症的患病、治疗及达标情况** 在纳入的4 357名居民中,仅患高血压、糖尿病及高脂血症中一种疾病居民1 423例,占32.66%,合并两种疾病者1 853人,占42.53%,同患“三高”者781人,占17.93%,见图1。

在高血压、糖尿病、高脂血症患者中,治疗率依次为59.96%,51.48%和40.39%,控制达标率为59.23%,42.81%和24.15%。男性高血压、糖尿病和高脂血症患者的治疗率与女性差异无统计学意义( $P>0.05$ ),而女性高血压、高脂血症患者的控制达标率偏低,女性糖尿病患者的降糖达标率偏高( $P<0.05$ )。见表2。

对患高血压、糖尿病、高脂血症单种及多种疾病的居民情况进行比较,见表3。在高血压患者中,患病

种类多少与应用降压药物及血压达标情况无关( $P>0.05$ ),同患“三高”的人群中血压达标率最低;在糖尿病患者中,合并其他一种疾病的患者降糖治疗的比例最低,而同患“三高”的患者血糖达标率最低(仅38.16%);在高脂血症患者中,随着合并疾病种类的增加,进行降脂治疗的比例逐渐增高,但达标的比例逐渐减低。

**2.3 China-PAR 高危人群及ASCVD人群心血管疾病危险因素** China-PAR高危人群中饮酒和缺乏锻炼的比例高,患高血压和糖尿病的比例更高。见表4。

China-PAR高危人群中的高血压患者降压治疗和血压达标率均低于ASCVD人群中的高血压患者。China-PAR高危人群中的糖尿病患者降糖治疗率较

低,但血糖控制情况与ASCVD人群中的糖尿病患者差异无统计学意义。China-PAR 高危人群中的高脂血

症患者降脂治疗率低,但血脂达标率高。见表5。

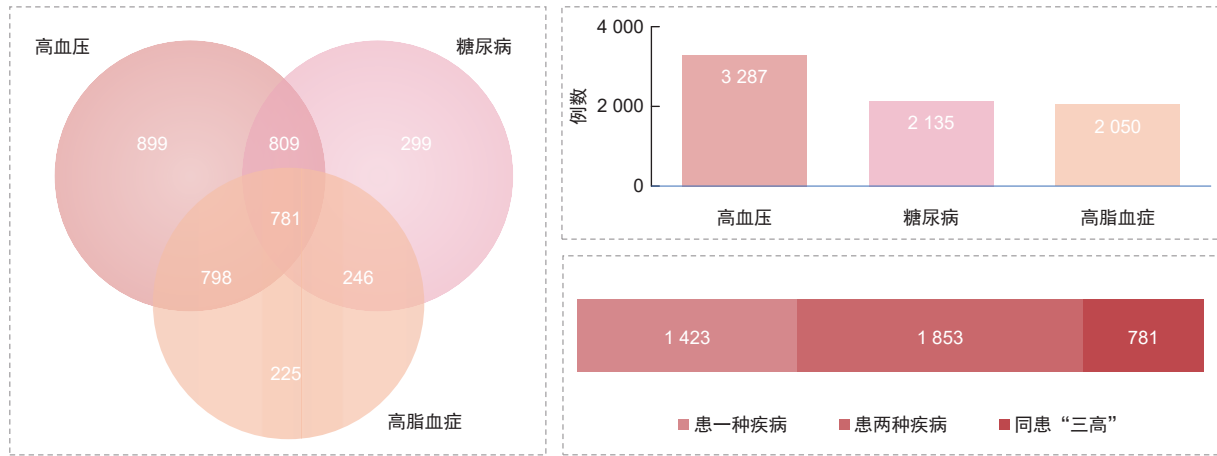


图1 社区中老年心血管高危居民高血压、糖尿病和高脂血症的患病情况(n=4 357)

表2 社区中老年心血管高危居民中高血压、糖尿病、高脂血症的治疗与达标情况

性别	高血压患者			糖尿病患者			高脂血症患者		
	例数	降压治疗 [例(%)]	降压达标 [例(%)]	例数	降糖治疗 [例(%)]	降糖达标 [例(%)]	例数	降脂治疗 [例(%)]	降脂达标 [例(%)]
女	1 428	849(59.45)	758(53.08)	1 051	522(49.67)	473(45.00)	921	379(41.15)	160(17.37)
男	1 859	1 122(60.36)	1 189(63.96)	1 084	577(53.23)	441(40.68)	1 129	449(39.77)	373(33.04)
合计	3 287	1 971(59.96)	1 947(59.23)	2 135	1 099(51.48)	914(42.81)	2 050	828(40.39)	533(26.00)
$\chi^2$ 值		0.237	39.126		2.570	3.897		0.347	63.887
P值		0.626	<0.001		0.109	0.048		0.556	<0.001

表3 患高血压、糖尿病、高脂血症中单一疾病及合并多种疾病者的治疗和达标情况

患者	分层	例数	治疗* [例(%)]	达标* [例(%)]
高血压	单一疾病	899	561(62.40)	530(58.95)
	合并其他一种疾病	1 607	942(58.62)	936(58.25)
	同时罹患“三高”	781	468(59.92)	481(61.59)
	$\chi^2$ 值		3.439	2.472
	P值		0.179	0.291
糖尿病	单一疾病	299	175(58.53)	135(45.15)
	合并其他一种疾病	1 055	511(48.44)	481(45.59)
	同时罹患“三高”	781	413(52.88)	298(38.16)
	$\chi^2$ 值		10.474	10.914
	P值		0.005	0.004
高脂血症	单一疾病	225	59(26.22)	77(34.22)
	合并其他一种疾病	1 044	416(39.85)	315(30.17)
	同时罹患“三高”	781	353(45.20)	141(18.05)
	$\chi^2$ 值		26.386	42.984
	P值		<0.001	<0.001

注: \*在高血压患者中, 治疗和达标指降压治疗和血压达标; 在糖尿病患者中, 治疗和达标指降糖治疗和血糖达标; 在高脂血症患者中, 治疗和达标指降脂治疗和血脂达标。

### 3 讨论

本研究揭示了社区中老年心血管疾病高危人群的危险因素分布特征。研究显示, 高血压、糖尿病和高脂血症是该人群的主要危险因素, 患病率分别为75.44%、49.00%和47.05%, 显著高于普通人群的23.2%、12.8%和34.7%<sup>[2]</sup>。与高患病率形成鲜明对比的是, “三高”的治疗率和控制达标率普遍偏低, 高血压患者、糖尿病患者、高脂血症患者治疗率分别为59.96%、51.48%、40.39%, 控制达标率为59.23%、42.81%、24.15%。这一现象与国内其他研究结果相吻合: 2023年天津的研究显示在心血管病高危人群中, 高血压患病率、知晓率、治疗率、控制率分别为72.49%、87.53%、81.44%、39.70%; 糖尿病患病率、知晓率、治疗率和控制率分别为35.48%、86.98%、80.19%、32.64%; 血脂异常的患病率、知晓率、治疗率和控制率分别为59.84%、57.61%、45.30%、14.09%<sup>[16]</sup>。上海市某社区60岁以上高危人群的研究则显示, 高血压患病率达82.61%(控制率91%), 糖尿病患病率为62.16%(控制率60%), LDL-C达标率为62%<sup>[6]</sup>。危险因素控制不佳可能与多种因素有关, 包括居民健康素养水平有限, 主动健康的能力不

足、生活方式干预效果欠佳以及治疗后监测不足等<sup>[7]</sup>；提示需进一步完善社区健康管理策略，可在当前常规宣教和免费体检的基础上，对患者人群和高危人群提

高管理强度，进一步完善社区健康管理随访监测体系，从而实现治疗的即时评估、方案调整和强化干预。

表4 China-PAR 高危人群及 ASCVD 人群心血管疾病危险因素 [例(%)]

人群	吸烟	饮酒	肥胖	缺乏锻炼	患高血压	患糖尿病	患高脂血症
China-PAR高危人群	262(8.35)	352(11.22)	1 202(38.33)	1 490(47.51)	2 392(76.28)	1 646(52.49)	1 483(47.29)
ASCVD人群	88(7.21)	111(9.09)	432(35.38)	474(38.82)	895(73.30)	489(40.05)	567(46.44)
$\chi^2$ 值	1.415	3.991	3.135	26.469	4.039	53.909	0.223
P值	0.234	0.046	0.077	<0.001	0.044	<0.001	0.637

注: China-PAR为中国动脉粥样硬化性心血管疾病风险预测研究; ASCVD为动脉粥样硬化性心血管疾病。

表5 China-PAR 高危人群和 ASCVD 人群中的高血压、糖尿病和高脂血症患者的治疗率和达标率

人群	高血压患者			糖尿病患者		高脂血症患者			
	例数	降压治疗 [例(%)]	降压达标 [例(%)]	例数	降糖治疗 [例(%)]	降糖达标 [例(%)]	例数	降脂治疗 [例(%)]	降脂达标 [例(%)]
China-PAR高危人群	2 392	1 316(55.02)	1 411(58.99)	1 646	792(48.12)	721(43.80)	1 483	539(36.35)	427(28.79)
ASCVD人群	895	655(73.18)	536(59.89)	489	307(62.78)	193(39.47)	567	289(50.97)	68(11.99)
$\chi^2$ 值		88.789	0.183		31.873	2.719		35.833	21.218
P值		<0.001	0.669		<0.001	0.099		<0.001	<0.001

注: China-PAR为中国动脉粥样硬化性心血管疾病风险预测研究; ASCVD为动脉粥样硬化性心血管疾病。

多重危险因素共存的现象在社区中老年人群中普遍存在，增加了疾病管理的复杂性和治疗的负担。本项研究中，极少数居民不患“三高”，而患两种以上疾病者占比约 60.46%，远高于患单一类别疾病者（占比 32.66%）。在高血压患者中，共患病种类多少与应用降压药物及血压达标情况无关；在糖尿病患者中，合并其他一种疾病的患者降糖治疗的比例最低，而同患“三高”的患者血糖达标率最低；在高脂血症患者中，随着合并疾病种类的增加，进行降脂治疗的比例逐渐增高，但达标的比例逐渐减低。在高血压患者中，共患病种类的不同对于高血压治疗率和控制率的影响无统计学意义，这可能与血压升高时伴随明显症状，且血压监测和管理较为便捷有关，导致降压方案的调整更加及时，治疗率和控制率受到其他疾病的干扰较少<sup>[17]</sup>。而血糖和血脂的监测依赖有创操作，血糖和血脂轻微升高伴随的症状不明显，随着共患病种类增加，监管力度可能下降，进而影响其达标情况。多病共存易导致治疗优先级混淆，患者自我管理效能降低，用药依从性下降，尤其以共患“三高”的人群血压、血糖和血脂的达标率最低。其次，慢性病叠加引发的心理应激反应会通过神经内分泌机制影响疾病调控<sup>[7]</sup>。因此，在日常管理中应加强对多病共患人群的监测和管理力度。

社区中老年人群心血管危险因素分布存在性别差异，本研究显示女性的肥胖、高血压、糖尿病及高脂血症比例高于男性。这种性别差异可能与以下因素相

关：①内分泌层面，绝经后女性雌激素水平急剧下降，促使脂肪向内脏沉积，增加腹型肥胖风险<sup>[18]</sup>；②行为学层面，女性规律体育锻炼比例较低，也增加了肥胖及代谢异常的风险<sup>[2]</sup>；③社会心理学层面，女性健康管理时间受家庭照护角色挤压，也更易伴随心理健康的异常<sup>[2]</sup>。基于此，建议对中老年女性人群进行强化干预，包括加强宣教、制定个体化管理方案并加强监管。

此外，本研究对 China-PAR 高危人群与 ASCVD 人群的心血管危险因素进行了比较分析。结果显示，China-PAR 高危人群的高血压和糖尿病患病率更高。China-PAR 高危人群中的高血压患者降压治疗和血压达标率均低于 ASCVD 患者中的高血压患者。China-PAR 高危人群的糖尿病患者降糖治疗率较低，但血糖控制情况与 ASCVD 患者中的糖尿病患者差异无统计学意义。China-PAR 高危人群中的高脂血症患者降脂治疗率偏低，但血脂达标率偏高。这一现象反映了 China-PAR 高危人群对糖尿病和高脂血症的认知不足，健康管理意识较弱，服药依从性不佳。ASCVD 患者中的高脂血症患者，虽然治疗率较高，但达标率偏低，这一方面与 ASCVD 患者普遍在血脂风险评分中更加高危，LDL-C 达标的阈值更低，更加难以达到有关；另一方面与这部分人群降脂治疗后未进行规律随访有关<sup>[19]</sup>。China-PAR 高危人群和 ASCVD 人群都面临较高的心血管风险，因此亟需对其开展健康教育，通过提高其疾病认知和主动管理能力，有效促进早期干

预和长期控制,从而减少心血管事件发生率,改善预后<sup>[10]</sup>。

上述发现对未来公共卫生政策和心血管疾病干预策略的制定具有重要参考价值,社区应加强对心血管危险因素患病居民、多病共存居民及 China-PAR 高危居民的管理,针对不同性别及人群进行个性化干预,提高心血管危险因素的控制达标率,通过优化分级诊疗及多学科协作进一步优化管理路径,提升综合管理效能。本研究提供的疾病防控现状分析不仅为优化区域卫生资源配置提供数据支撑,更为制定精准化心血管疾病防控策略奠定了科学基础。

本研究的局限性:首先,受横断面研究的局限,居民入选可能存在选择偏倚,纳入居民的年龄较大,合并症偏多;另外,居民的病史信息及个人信息依赖于专人调查的报告,可能存在一定的误差;另外,本研究中血脂达标参照指南,将临床最常用的指标:LDL-C 达标作为血脂达标的评判标准,可能忽略了一部分。虽然 LDL-C 达标,但其他血脂指标未达到理想值的人群。

本研究结果显示,社区中老年心血管疾病高危人群的心血管危险因素暴露和控制情况呈现“两高两低”特征。“两高”指心血管危险因素高发和多重患病高发。心血管危险因素以高血压、糖尿病和高脂血症为主。多重危险因素聚集情况普遍存在,且随患病种类的增多,控制率逐渐减低。“两低”指疾病治疗率低和控制率低。同时,危险因素暴露及控制情况存在性别及人群间差异,亟待进一步优化社区心血管疾病危险因素综合管理,针对不同人群实施精准防控。

**志谢** 本研究资料收集过程由多中心研究合作组共同完成, 特别感谢金水区总医院下属各中心。

<p><b>本主题国内外已有的结论</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 心血管疾病高危人群管理需聚焦“三高”防控,国际实践证实社区筛查和多学科协作效果显著。我国高危人群“三高”患病率远高于普通人群,但治疗率与控制率仍处于较低水平,多病共存加剧管理难度,基层存在随访碎片化等现实瓶颈,亟需优化干预策略。</li> </ul>
<p><b>本文特色与见解</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 社区心血管高危人群呈现“两高两低”特征(心血管危险因素高发、多重危险因素聚集;治疗率低、控制率低),危险因素暴露及控制情况存在性别及人群间差异,亟待进一步优化社区心血管疾病危险因素综合管理,针对不同人群实施精准防控。</li> </ul>

**参考文献**

[1] 徐建强. 社区心血管病高危人群早期筛查及相关危险因素分析[J]. 现代诊断与治疗, 2023, 34(19): 2956-2958.

[2] 国家心血管病中心, 中国心血管健康与疾病报告编写组, 胡盛寿. 中国心血管健康与疾病报告 2023 概要[J]. 中国循环杂志, 2024, 39(7): 625-660.

[3] 《中国高血压防治指南》修订委员会. 中国高血压防治指南 2018 年修订版[J]. 心脑血管病防治, 2019, 19(1): 1-44.

[4] 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南 (2020 年版)[J]. 中华糖尿病杂志, 2021, 13(4): 315-409.

[5] 中国成人血脂异常防治指南修订联合委员会. 中国成人血脂异常防治指南 (2016 年修订版)[J]. 中华心血管病杂志, 2016, 44(10): 833-853.

[6] 方华, 张高峰, 王娜, 等. 某社区动脉粥样硬化性心血管病高危人群危险因素达标情况调查[J]. 蚌埠医学院学报, 2024, 49(1): 106-109.

[7] Álvarez-Gálvez J, Ortega-Martín E, Carretero-Bravo J, et al. Social determinants of multimorbidity patterns: a systematic review[J]. Front Public Health, 2023, 11: 1081518.

[8] 国家卫生健康委, 国家发展改革委, 教育部, 等. 关于印发健康中国行动——心脑血管疾病防治行动实施方案 (2023-2030 年) 的通知[J]. 中华人民共和国国家卫生健康委员会公报, 2023(11): 30-33.

[9] 曹欢, 熊琦. 基于互联网技术的健康管理平台模式在心血管病出院患者中的应用效果[J]. 中国当代医药, 2021, 28(34): 46-49.

[10] Yang X, Li J, Hu D, et al. Predicting the 10-year risks of atherosclerotic cardiovascular disease in Chinese population[J]. Circulation, 2016, 134(19): 1430-1440.

[11] 何权瀛, 高莹慧. 关于吸烟问题若干名词定义[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2009, 32(1): 56.

[12] 李亚茹, 王婧, 赵丽云, 等. 中国成年人饮酒习惯及影响因素[J]. 中华流行病学杂志, 2018, 39(7): 898-903.

[13] 中国老年医学学会高血压分会, 北京高血压防治协会, 国家老年疾病临床医学研究中心 (中国人民解放军总医院), 等. 中国老年高血压管理指南 2023 [J]. 中华高血压杂志, 2023, 31(6): 508-538.

[14] 国家老年医学中心, 中华医学会老年医学分会, 中国老年保健协会糖尿病专业委员会. 中国老年糖尿病诊疗指南 (2024 版)[J]. 中华糖尿病杂志, 2024, 16(2): 147-189.

[15] 刘梅林, 张雨濛, 付志方, 等. 老年人血脂异常管理中国专家共识[J]. 中华内科杂志, 2022, 61(10): 1095-1118.

[16] 王风华, 魏茂提, 王雄关, 等. 天津市滨海新区心血管病高危人群慢性病患病况及相关危险因素分析[J]. 中国心血管杂志, 2023, 28(4): 379-384.

[17] 郑琳, 褚爱群, 钱宏威. 微信平台管理对老年高血压患者心血管危险因素及自我效能的影响[J]. 上海医药, 2021, 42(22): 50-54.

[18] Elagizi A, Kachur S, Carbone S, et al. A review of obesity, physical activity, and cardiovascular disease[J]. Curr Obes Rep, 2020, 9(4): 571-581.

[19] 中国血脂管理指南修订联合专家委员会. 中国血脂管理指南 (2023 年)[J]. 中华心血管病杂志, 2023, 51(3): 221-255.

收稿日期: 2024-10-28 责任编辑: 陈小明