

你的心事：冠心病

要點

- ※ 冠狀動脈心臟病（簡稱冠心病）是一種最常見的心臟病。於二零一三年，全球逾 810 萬人因此病而死亡。
- ※ 冠心病的主要風險因素包括吸煙、缺乏體能活動、不健康的飲食習慣，過量飲酒、超重和肥胖、血壓上升、血脂水平不理想及血糖水平升高或患有糖尿病。雖然冠心病通常於中年或以後出現，但它的發病往往反映了多年來累積冠心病的風險因素。
- ※ 在香港，冠心病的年齡標準化死亡率由二零零一年每十萬名標準人口中的 35.0，下降至二零一三年每十萬名標準人口中的 26.6。於二零一三年所錄得的 4 007 宗冠心病的登記死亡人數中，接近五分之三（59.4%）為男性，而超過五分之四（82.1%）為 65 歲及以上的人士。
- ※ 預防冠心病的關鍵是實踐健康的生活模式，包括不吸煙、多進行體能活動、奉行有益心臟的低脂（尤其是飽和脂肪及反式脂肪）、低鹽和低糖飲食、避免飲酒及管理壓力，此同時亦有助減低冠心病的新陳代謝風險。

你的心事：冠心病

冠狀動脈心臟病（簡稱冠心病），又稱缺血性心臟病，是一種最常見的心臟病。當供應心肌血液的冠狀動脈硬化和收窄時，便會出現冠心病。這是由於動脈血管產生粥樣硬化

（即脂肪斑塊逐漸地積聚於血管內壁），限制了心臟的血液供應，結果心肌未能得到足夠所需的氧氣；這可誘發心絞痛，並導致缺血性心臟衰竭及急性心肌梗塞（心臟病發）。

全球情況

根據二零一三年全球疾病負擔研究，冠心病的年齡標準化死亡率於一九九零年至二零一三年間已下降逾五分之一。然而，這疾病在所有參與全球疾病負擔研究的國家中，

仍然是導致中年人士死亡的主要風險之一，並成為全球生命年數損失最重要原因。於二零一三年，因冠心病死亡的人數逾 810 萬（表一）¹。

表一：一九九零年和二零一三年冠心病的全球死亡情況

	1990年	2013年
年齡標準化死亡率（按每十萬名人口計）	177.3	137.8
死亡人數（千計）	5 737.5	8 139.9
全球生命年數損失的平均排位	4	1

冠心病的風險因素

研究已確定了一籃子可引致冠心病的主要風險因素，這些因素可獨立產生作用或一同結合產生擴大冠心病風險的協同效應。雖然當中一些風險因素是不可改變的（如年齡增長、男性性別和有心臟病的家族史），但有很多卻是可改變的（方格一）^{2, 3}。有別於傳統的冠心病風險因素，研究識別出一些可增加冠心病風險的新發現風險因素。一個包括了六項大規模的前瞻性隊列觀察研究的綜合分析指出，自我感覺壓力大會令患上

冠心病的風險增加 27%⁴。不同類別的牙周病（包括牙周炎、牙齒缺失和牙齦炎）被指可增加冠心病的風險約 24% 至 35%⁵。須注意的是，風險因素會傾向同時出現；而風險因素越多，患上冠心病的風險則會越高。例如，共存三種或以上的代謝風險因素可令冠心病的死亡風險遞升 3 至 4 倍⁶。

方格一：冠心病的主要風險因素

不可改變的風險因素

年齡增長 – 40歲以上的男性和45歲以上的女性的風險會高於較年輕的男性和女性³。於二零一零年，接近四分之三的全球冠心病死亡個案都是發生在65歲及以上的人士身上⁷。

男性性別 – 男性患上冠心病的情況較女性普遍，部分原因是由於女性於較年輕時具有抗動脈粥樣硬化的雌激素保護⁸。在亞洲，男士患上冠心病的風險較女士高出88%⁹。

有早發性冠心病的家族史 – 家族性冠心病的發病風險，會受患有此病親屬的數目、與患者的關係和他們確診時的年齡所影響。有直系親屬患上冠心病的人士患上冠心病的風險，是沒有直系親屬患上此病的人士的約兩倍¹⁰。

可改變的風險因素

吸煙 – 吸煙促使動脈產生粥樣硬化，導致心臟血管硬化和栓塞¹¹。吸煙人士患上冠心病的風險是不吸煙人士的約2至4倍¹²。有接觸二手煙的非吸煙人士患上冠心病的風險，亦較沒有接觸二手煙的非吸煙人士高出25%¹³。

缺乏體能活動 – 缺乏體能活動會影響新陳代謝和降低心肺健康。一項旨在量化缺乏體能活動對全球主要非傳染病的影響的研究指出，缺乏體能活動會令冠心病的風險增加16%¹⁴。

不健康的飲食習慣 – 攝取過多飽和脂肪和反式脂肪，可導致脂肪斑塊積聚於血管內壁¹⁵。此外，高鈉（高鹽）和／或低鉀的飲食與高血壓有關，從而增加患上冠心病的風險。例如，食用加工肉類（屬高脂和高鈉）會令冠心病的風險增加42%¹⁶。

過量飲酒 – 酒精是一種已知可危害心臟的毒素，會令血壓和血液中的三酸甘油酯（一種可堵塞血管的血脂）上升。過量飲酒會導致心肌病變¹⁷。與一般人口比較，有酗酒問題的男士和女士死於冠心病的可能性，分別約是前者的1.6倍和2.1倍¹⁸。

超重和肥胖（包括腹部積聚脂肪） – 超重和肥胖會引起不良的新陳代謝效應，影響血壓、膽固醇、三酸甘油酯和對胰島素的抵抗性，從而增加冠心病的風險。相比於體重適中的人士，超重和肥胖的人士患上冠心病的可能性分別約是前者的1.3倍和1.7倍¹⁹。

血壓上升 – 高血壓逼使心臟需更用力跳動，導致心肌變厚和變硬。一項綜合分析指出前期高血壓（即收縮壓介乎120至139毫米水銀柱之間，或舒張壓介乎80至89毫米水銀柱之間）會令冠心病的風險增加50%²⁰。

血脂水平不理想 – 高水平的低密度脂蛋白膽固醇或三酸甘油酯和低水平的高密度脂蛋白膽固醇，可促使動脈產生粥樣硬化。一項整合了亞太區的前瞻性研究的綜合分析發現，總膽固醇水平每公升1毫摩爾的上升，死於冠心病的風險便會增加35%²¹。

血糖水平升高或糖尿病 – 血糖水平升高會引致多種動脈粥樣硬化的機制，增加冠心病的風險²²。與沒有糖尿病的人士比較，有糖尿病的男性和女性患上冠心病的可能性，分別約是前者的1.9倍和2.6倍²³。

本地情況

一項回顧性的觀察研究分析了於二零零零年至二零零九年間、共超過 179 700 宗香港人口年齡 15 歲及以上所有公立醫院的冠心病住院病人人次。結果顯示男性的冠心病年齡標準化發病率，由二零零零年每十萬名人口中的 460.9，上升至二零零九年每十萬名人口中的 477.9；但同期的女性發病率則由每十萬名人口中的 290.7，下降至每十萬名人口中的 251.1。按年齡組別作進一步分析顯示，冠心病的發病率於年齡介乎 15 至 24 歲的男士中每年顯著地上升 10.7%、35 至 44 歲的男士中每年上升 2.2%和 85 歲及以上的男士中每年上升 4.1%，但於 55 至 64 歲的男士中的發病率則每年下降 1.5%及於 35 至 74 歲的女士中每年下降 3.0%至 6.7%（表二）²⁴。

於二零零一年至二零一三年間，冠心病的年齡標準化死亡率由每十萬名標準人口中的 35.0，下降至每十萬名標準人口中的 26.6。於二零一三年所錄得的 4 007 宗冠心病的登記死亡

人數中，接近五分之三（59.4%）為男性而超過五分之四（82.1%）為 65 歲及以上的人士²⁵。

相比於經濟發展水平接近的西方城市，香港的冠心病死亡率相對較低（約是美國和英國的一半），這可能是由於某些風險因素（尤其是吸煙）的普及程度在香港較低，以及冠心病對不同種族呈不同程度的影響^{24, 26}。然而，調查卻指出冠心病的風險因素於社區盛行。例如，一項於二零零九年至二零一一年間進行、包括逾 16 000 名在社區居住的成年人的隊列研究指出，接近三分之一（32%）的人士患有高血壓²⁷。根據國際糖尿病聯合會的估算，每十名年齡介乎 20 至 79 歲的人士中，約有一人患上二型糖尿病²⁸。此外，於二零一二年估計共有 707 900 名吸煙人士²⁹。二零一四年行為風險因素調查顯示，逾五分之三（62.5%）年齡介乎 18 至 64 歲的人士的體能活動不足，和接近五分之二（39.0%）屬超重或肥胖³⁰。

表二：二零零零年及二零零九按性別和年齡組別劃分冠心病的發病率（每十萬名人口計）及年度百分比的變化*

年齡組別	男性			女性		
	2000年	2009年	每年的比率變化	2000年	2009年	每年的比率變化
15至24歲	0.9	1.8	+10.7%	0.2	0.7	-
25至34歲	9.5	7.7	-	1.8	1.8	-
35至44歲	70.8	86.7	+2.2%	13.3	9.6	-3.0%
45至54歲	282.3	290.6	-	91.5	58.5	-5.2%
55至64歲	860.9	766.5	-1.5%	403.9	234.7	-6.7%
65至74歲	1 586.0	1 562.1	-	1 049.7	801.1	-4.0%
75至84歲	1 951.7	2 331.5	-	1 719.1	1 661.2	-
85歲及以上	2 362.0	3 005.7	+4.1%	2 250.6	2 640.0	-

註：* 根據卜瓦松迴歸（Poisson Regression）和邏輯迴歸（Logistic Regression）模式計算；

‘-’ 表示趨勢沒有明顯變化。

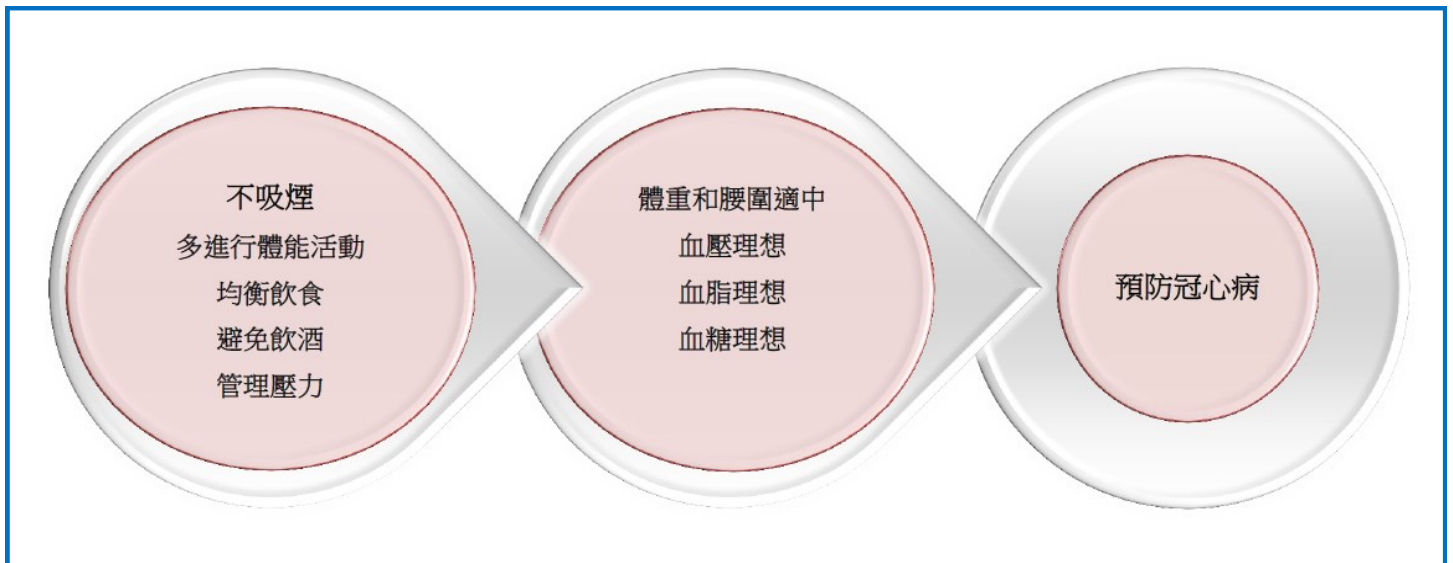
資料來源：二零一三年 Chau 等。

預防及控制冠心病

冠心病通常於中年或以後出現，但它的發病往往反映多年來累積冠心病的風險因素。就動脈粥樣硬化而言，情況可始於兒童期，並於青年和成年初期逐漸發展，而生活模式

對它的進展有著重要的影響^{31, 32}。如圖一顯示，奉行健康的生活模式可促使新陳代謝有最佳的表現，從而延緩動脈粥樣硬化的進展，減低冠心病的風險。

圖一：透過健康生活模式預防冠心病



在任何年齡開始個人預防措施，以控制冠心病的風險因素都會有所裨益，越早開始越好，並應持之以恆。吸煙人士需留意戒煙可大大減低患上冠心病的風險。戒煙一年後，患上冠心病的風險會減半³³。此外，每星期於工餘時間累積進行相等於 150 分鐘中等強度的體能活動的人士，他們患上冠心病的風險較報稱沒有於工餘時間進行體能活動的人士低 14%³⁴。每天進食蔬果的份量由少於 3 份增至多於 5 份亦可將冠心病的風險降低 17%³⁵。值得注意的是，飲酒對心臟有潛在好處的證據仍存有爭議。一項本地研究指出，中度飲酒對年齡 65 歲及以上華裔男士因冠心病死亡的情況並無任何影響³⁶。事實上，酒精

是一種致癌物質，並與眾多不良健康狀況有關。要知道更多有關健康生活的資訊，請瀏覽衛生署活出健康新方向網頁 <http://www.change4health.gov.hk/>，或致電 24 小時健康教育熱線 2833 0111。

參考資料

1. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2014.
2. Global Health Risks. Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Health Risks Geneva: World Health Organization, 2009.
3. Torpy JM, Burke AE, Glass RM. JAMA patient page. Coronary heart disease risk factors. *JAMA* 2009; 302(21):2388.
4. Richardson S, Shaffer JA, Falzon L, et al. Meta-analysis of perceived stress and its association with incident coronary heart disease. *Am J Cardiol* 2012; 110(12):1711-6.
5. Humphrey LL, Fu R, Buckley DI, et al. Periodontal disease and coronary heart disease incidence: a systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2008; 23(12):2079-86.
6. Lakka HM, Laaksonen DE, Lakka TA, et al. The metabolic syndrome and total and cardiovascular disease mortality in middle-aged men. *JAMA* 2002; 288(21):2709-16.
7. Moran AE, Forouzanfar MH, Roth GA, et al. Temporal trends in ischemic heart disease mortality in 21 world regions, 1980 to 2010: the Global Burden of Disease 2010 study. *Circulation* 2014; 129(14):1483-92.
8. Roeters van Lennep JE, Westerveld HT, Erkelens DW, van der Wall EE. Risk factors for coronary heart disease: implications of gender. *Cardiovasc Res* 2002; 53(3):538-49.
9. Peters SA, Woodward M, Lam TH, et al. Sex disparities in risk and risk factors for ischemic heart disease in the Asia-Pacific region. *Eur J Prev Cardiol* 2014; 21(5):639-46.
10. Chow CK, Pell AC, Walker A, et al. Families of patients with premature coronary heart disease: an obvious but neglected target for primary prevention. *BMJ* 2007; 335(7618):481-5.
11. The Health Consequences of Smoking - 50 Years of Progress. A Report of the Surgeon General. Office of the Surgeon General, U.S. Department of Health and Human Services 2014.
12. Health Effects of Cigarette Smoking. Atlanta, G.A.: Centers for Disease Control and Prevention, U.S. Department of Health and Human Services.
13. He J, Vupputuri S, Allen K, et al. Passive smoking and the risk of coronary heart disease--a meta-analysis of epidemiologic studies. *N Engl J Med* 1999; 340(12):920-6.
14. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet* 2012; 380(9838):219-29.
15. Merchant AT, Kelemen LE, de Koning L, et al. Interrelation of saturated fat, trans fat, alcohol intake, and subclinical atherosclerosis. *Am J Clin Nutr* 2008; 87(1):168-74.
16. Micha R, Wallace SK, Mozaffarian D. Red and processed meat consumption and risk of incident coronary heart disease, stroke, and diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis. *Circulation* 2010; 121(21):2271-83.
17. Goncalves A, Claggett B, Jhund PS, et al. Alcohol consumption and risk of heart failure: the Atherosclerosis Risk in Communities Study. *Eur Heart J* 2015; 36(15):939-45.
18. Roerecke M, Rehm J. Chronic heavy drinking and ischaemic heart disease: a systematic review and meta-analysis. *Open Heart* 2014; 1(1):e000135.
19. Lu Y, Hajifathalian K, Ezzati M, et al. Metabolic mediators of the effects of body-mass index, overweight, and obesity on coronary heart disease and stroke: a pooled analysis of 97 prospective cohorts with 1.8 million participants. *Lancet* 2014; 383(9921):970-83.
20. Huang Y, Wang S, Cai X, et al. Prehypertension and incidence of cardiovascular disease: a meta-analysis. *BMC Med* 2013; 11:177.
21. Zhang X, Patel A, Horibe H, et al. Cholesterol, coronary heart disease, and stroke in the Asia Pacific region. *Int J Epidemiol* 2003; 32(4):563-72.
22. Beckman JA, Creager MA, Libby P. Diabetes and atherosclerosis: epidemiology, pathophysiology, and management. *JAMA* 2002; 287(19):2570-81.
23. Peters SA, Huxley RR, Woodward M. Diabetes as risk factor for incident coronary heart disease in women compared with men: a systematic review and meta-analysis of 64 cohorts including 858,507 individuals and 28,203 coronary events. *Diabetologia* 2014; 57(8):1542-51.
24. Chau PH, Wong M, Woo J. Trends in ischaemic heart disease hospitalisation and case fatality in the Hong Kong Chinese population 2000-2009: a secondary analysis. *BMJ Open* 2013; 3(8):e002963.
25. 香港特別行政區：衛生署及政府統計處。二零零一年至二零一三年死亡數據。
26. McGhee SM, So JC, Thomas GN. Explaining coronary heart disease trends in Hong Kong: craeting of a model for policy and planning. *Hong Kong Med J* 2009; 15(1):22-5.
27. FAMILY Project Cohort Study Findings "3Hs" in Hypertension Control: Act Together to Save Lives Now. Press Release dated 13 December 2012 Hong Kong SAR: School of Public Health of the University of Hong Kong.
28. IDF Diabetes Atlas, Sixth Edition. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation, 2013.
29. 香港特別行政區：政府統計處，二零一三年。主題性住戶統計調查第 53 號報告書：吸煙情況。
30. 香港特別行政區：衛生署。二零一四年四月行為風險因素調查。
31. Prevention of Cardiovascular Disease. Guidelines for Assessment and Management of Cardiovascular Risk. Geneva: World Health Organization, 2007.
32. McGill HC, Jr., McMahan CA, Gidding SS. Preventing heart disease in the 21st century: implications of the Pathobiological Determinants of Atherosclerosis in Youth (PDAY) study. *Circulation* 2008; 117(9):1216-27.
33. The Health Benefits of Smoking Cessation. A Report of the Surgeon General. Rockville, M.D.: Office of the Surgeon General, U.S. Department of Health and Human Services, 2004.
34. Sattelmair J, Pertman J, Ding EL, et al. Dose response between physical activity and risk of coronary heart disease: a meta-analysis. *Circulation* 2011; 124(7):789-95.
35. He FJ, Nowson CA, Lucas M, MacGregor GA. Increased consumption of fruit and vegetables is related to a reduced risk of coronary heart disease: meta-analysis of cohort studies. *J Hum Hypertens* 2007; 21(9):717-28.
36. Schooling CM, Sun W, Ho SY, et al. Moderate alcohol use and mortality from ischaemic heart disease: a prospective study in older Chinese people. *PLoS One* 2008; 3(6):e2370.

全民運動日
Sport For All Day

2.8.2015

日日運動半個鐘 30 MIN
強身健體人輕鬆
Stay Active Stay Healthy

免費康樂活動 Free Recreation Programmes
於康樂及文化事務署各區指定體育館舉行
2015年7月13日(星期一)上午8時30分起在有關的分區康樂事務辦事處
或指定場地接受報名
To be held at designated Leisure and Cultural Services Department
sports centres in the districts
Enrolment starts at 8:30 am on Monday, 13 July 2015
at District Leisure Services Offices or designated venues

查詢 Enquiries : 2414 5555 www.lcsd.gov.hk 各分區康樂事務辦事處 District Leisure Services Offices

免費使用康樂設施 Free Use of Leisure Facilities
康樂及文化事務署轄下體育館、壁球場、網球場、游泳池及
水上活動中心(庫地球場、運動場、營地設施除外)
2015年7月26日(星期日)上午9時起在各康體通訂場權接受預訂
Sports centres under the Leisure and Cultural Services Department
(excluding turf pitches, sports grounds and camp facilities)
Booking starts at 9 am on Sunday, 26 July 2015 at all Leisure Link booking counters

想知道更多有關「2015年全民運動日」，

請瀏覽 <http://www.lcsd.gov.hk/specials/sfad2015/b5/index.php>。

非傳染病直擊旨在加強公眾對非傳染病及相關課題的認識，
意識到預防和控制非傳染病的重要性。這亦顯示我們積極進行風險資
訊溝通和致力處理非傳染病在我們社區引起的種種健康問題。

編輯委員會歡迎各界人士的意見。

如有任何意見或疑問，請聯絡我們，電郵 so_dp3@dh.gov.hk。

主編
程卓端醫生
委員

鍾偉雄醫生
范婉雯醫生
馮宇琪醫生
何琬琪女士
何家慧醫生
劉天慧醫生

李兆妍醫生
李元浩先生
孟震宇醫生
吳國保醫生
尹慧珍博士
王曼霞醫生