

曲径通幽 共融共创 | 北京脑血管病防治协会神经心脏病学专委会正式成立

北京脑血管病防治协会

2025 年 1 月 18 日，来自神经科学和心脏病学领域的数十位专家满怀热忱相聚在“2024 脑血管病北京论坛暨北京脑血管病防治协会 2024 年学术会议”，共同见证“北京脑血管病防治协会神经心脏病学专委会”正式成立！

经过严格的选举程序，北京脑血管病防治协会神经心脏病学专委会（第一届）领导成员及委员顺利产生，这不仅为专委会的发展壮大提供了坚实的领导力量，也为继续探索神经心脏病学领域注入了活力。

神经心脏病学专委会成立会召开



领导致辞：北京脑血管病防治协会会长赵性泉教授

北京脑血管病防治协会会长、首都医科大学附属北京天坛医院神经内科赵性泉教授在致辞中表示，随着人口老龄化趋势的加剧和生活方式的改变，心脑血管疾病已经成为危害人们健康的“头号杀手”。为了给心脑血管疾病人群提供更加科学的防治方法，“脑心同治”理念应运而生。2020年6月，神经心脏病学中心在天坛医院正式挂牌，旨在整合多学科的力量，为晕厥等病因与神经、心脏系统有关的患者提供更多选择。此次与阜外医院联合成立专委会，是协会成立20年来为数不多的、备受期待的亚专业，希望广大委员和同道能够融会贯通、携手共进，推动“脑心同治”在临床上结出更多的硕果。



中国医学科学院阜外医院神经内科李淑娟教授介绍了专委会的筹备工作，着重强调了筹建专委会的重要意义和展望。“神经心脏病学”是建立在神经病学及心脏病学基础上的新兴交叉学科，也是一个亟待发展的学科。北京脑血管病防治协会自成立以来，广大会员不懈努力，做了很多切实有效的工作，得到了业内的认可。借助协会的学术资源优势“强强联合”，希望在未来能够针对心脑血管共患、心外周术期脑损伤机制进行深入探讨，优化临床队列建设，制定心血管疾病为基础的脑损伤标志物、诊断和治疗领域的成果转化专项计划，培养更多的神经心脏病学跨界人才等。



北京大学第三医院神经内科李小刚教授担任监事长，并宣读投票结果。115 名候选人员全票通过，选举结果有效，北京脑血管病防治协会神经心脏病学专委会正式成立。

北京脑血管病防治协会神经心脏病学专委会 主任委员、副主任委员名单

主任委员

李淑娟

副主任委员

胡展

杨斌

倪俊

副主任委员

郑黎辉

刘广志

刘杰昕

北京脑血管病防治协会神经心脏病学专委会 秘书长、副秘书长名单

秘书长

王玮婧

副秘书长

张森

雷楚翔

秘书

冯瑶

北京脑血管病防治协会神经心脏病学专委会 常委名单 (排名不分先后)

黄小钦	耿晓坤	丁岩	周星彤	周瑛华
刘艳芳	李深	吴娜琮	杜娟	汪蕾
李凡	贾伟华	吴瑛	罗明尧	张洋
邱峰	陈奕菲	刘志	赵锡海	秦鼎
傅瑜	赵元立	胡海波	侯志辉	孟庆伟
袁景林				

北京脑血管病防治协会神经心脏病学专委会 委员名单 (排名不分先后)

赵阳	宋晓微	李世国	张昌伟	钱浩	丁则昱	张运
金蔚涛	张楠	刘小宁	俞璐	李思颀	张彤	陈勇
阳晟	乔会昱	高莹	马亚南	朱国艳	安宣齐	周琪琳
王艳玲	陈英	张文佳	韩磊	裴胜强	姜莹	胡国良
车锋丽	赵秉清	陈凯	薛素芳	于金星	胡小莹	张贵涛
蔡丽朋	吕建华	陈伊	武德崴	李娜	孙庆利	刘欣敏

神经心脏病学专委会候选名单公布



赵性泉教授、李小刚教授为李淑娟教授颁发主任委员证书





各领导为副主任委员及在场的常务委员颁发证书



李淑娟教授在就职演说中感谢了领导的支持和会员们的信任，并表示将与大家并肩携手为行业的发展贡献力量。

这是一个充满挑战与机遇的时代，医药行业正站在新的历史节点上。科技的进步和人们健康意识的提升，都对医务工作者提出了更高的而要求，因此专委会的成立具有重要意义。李淑娟教授呼吁同道们不忘初心、砥砺前行，努力将专委会打造成连接神经科学和心脏病学的坚实桥梁，促进知识和资源的交流，加速科研成果的转化与应用，造福更多的患者。

神经心脏病学分论坛学术报告



主持人：刘广志教授



聚焦“神经心脏病学”

李淑娟 中国医学科学院阜外医院

心脑血管疾病严重威胁着人类的健康，二者之间存在着密切联系，从而开启了一门新的交叉学科“神经心脏病学”。神经心脏病学是建立在神经病学及心脏病学基础上交叉学科，开展人体循环、心血管与神经精神系统相互作用机制、原理研究的新型学科。2020年11月，世界卒中组织（WSO）正式批准成立脑与心脏工作组。

随着临床研究的不断深入，我们越来越意识到心脏病对脑健康的影响，目前研究比较多的包括：房颤与卒中、卒中后有无心脏病患者的结局、结构性和先天性心脏病与卒中、卒中患者的高级心脏影像学、心血管手术并发症导致的卒中。



冠状动脉旁路移植术后卒中及防治手段

胡展 中国医学科学院阜外医院

目前冠心病是严重危害人类健康的重大疾病，冠状动脉旁路移植术（CABG）已经成为有效且安全的血运重建手段。随着科技的发展和经验的积累，CABG 的安全性不断提高。总体而言，CABG 术后发生脑卒中的情况并不多，但是一旦出现后果比较严重。栓塞（60%）和脑部低灌注（40%）是围术期卒中的重要原因，根据卒中发生的时期不同，可能有不同类型的栓子和脑部低灌注。

CABG 手术不同时期卒中机制及防治的重点也有所不同。临床研究发现，10.6%-36% CABG 患者合并颈动脉病变，因此对于高危患者推荐术前颈动脉超声筛查，当然症状性颈动脉病变应当积极干预，而无症状颈动脉病变倾向于不处理。颈动脉内膜剥脱或颈动脉支架均有效，需要结合患者的个体情况来选择。



直立不耐受发生机制及临床诊断

刘杰昕 首都医科大学附属天坛医院

直立不耐受综合征是一组症状多样的症候群，具体指直立位时血液循环异常导致的反复发作或持续存在的症状和体征。其发生机制主要在于人体对于直立负荷的应对反应异常。常见的有直立性低血压、体位性心动过速综合征、血管迷走性晕厥、直立性高血压综合征等。

直立倾斜试验常用于评价自主神经功能。被动直立倾斜所引发的体位改变，激发下肢静脉压力，毛细血管静水压升高，可造成全身血液重新分布，临床上常通过观察血流动力学来了解人体生理反应情况，进而能够帮助诊断直立不耐受。在此基础上同时安排脑血流监测，可以帮助进一步明确诊断。



主持人：黄小钦教授 刘艳芳教授



心脏自主神经丛消融在房颤治疗中的价值

郑黎晖 中国医学科学院阜外医院

对于房颤来说，自主神经调控发挥着不可忽视的作用。目前自主神经干预治疗房颤的探索方向比较多，但是现阶段尚无对临床结局有重大影响的突破。

心脏自主神经节丛（GP）消融术的关键是通过消融导管对心房中的自主神经节丛进行消融，抑制亢进的迷走神经对心脏的作用。GP 消融可能有益于房颤消融术后的窦律维持，目前常规的 CPVI 已经同时不同程度对 GP 进行了消融。

右前神经节丛消融可有效抑制环肺静脉隔离术中的迷走反应，提高房颤消融手术的安全性。心脏自主神经节丛消融可提升患者心率，改善窦房结恢复时间、房室传导文氏点，对于特定人群（房颤合并缓慢心率失常）患者，有明确额外获益。



球囊扩张治疗颅内动脉狭窄的进展

杨斌 首都医科大学宣武医院

大量临床实践证实，经皮腔内球囊血管成形术（PTA）治疗颅内动脉粥样硬化性狭窄（ICAS）是安全有效的。PTA 相比支架植入有其独到的优势，比如操作简化减少了对血管的损伤、避免了支架的“雪犁效应”等。弹性回缩和夹层限制了 PTA 的应用，前者因为球囊扩张部位的血管壁发生弹性回缩，导致治疗效果不佳，残余狭窄率较高；后者在 PTA 过程中，因为形成的夹层会影响血液流通，增加再狭窄的风险。药物涂层球囊（DCB）可能代表未来 PTA 发展的方向，目前也有大量临床试验正在进行中，未来新型药物和涂层技术可能使 DCB-PTA 更加简单高效。



IE 相关卒中诊治挑战

倪俊 中国医学科学院北京协和医院

感染性心内膜炎(IE)是一种由细菌、真菌及其他微生物病原体直接感染心脏瓣膜或心室内膜的炎症，病死率较高。IE 相关卒中大多需要多学科联合会诊。当卒中患者出现不明原因的发热和脑卒中（出血、缺血并存），以及心脏、皮肤等神经系统表现时，要考虑 IE 的可能。通过血培养、心脏超声尽早诊断，然后给予抗菌治疗，同时评估手术，做好随访。IE 相关卒中患者的手术时机尚存争议，需要权衡利弊。临床上多结合出血/缺血、神经功能障碍的严重程度、手术指征以及患者的治疗医院等综合判定。