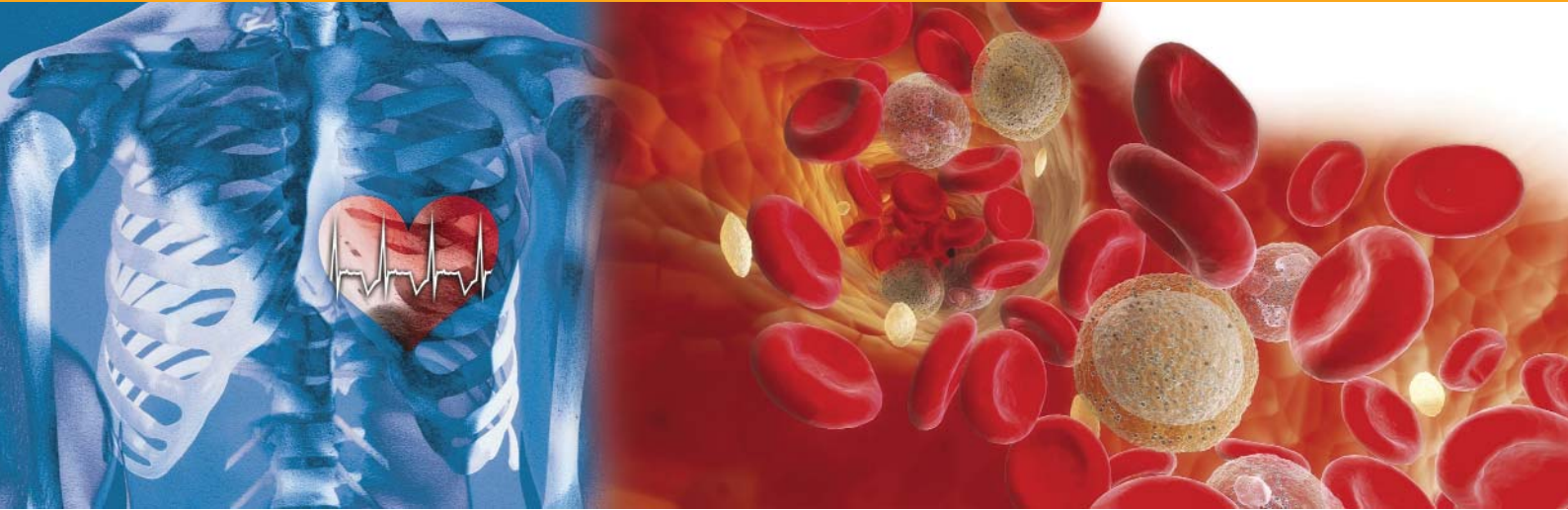


风险聚焦 Risk Matters China



吸烟对急性心肌梗死发生率的影响

大约21%的心肌梗死由吸烟引起。即使吸烟量很小，每天只吸一至四支烟，也会使急性心肌梗死的相对风险增加2.6倍。这是因为吸烟增加血小板的活化，而血小板的活化对于不稳定的破裂的冠状动脉斑块血栓形成的进展起着重要作用。

被动吸烟对冠状动脉也有急性影响，身处烟雾环境中不到30分钟就可以观察到冠状动脉血流减少。与未暴露于烟雾环境的人相比，被动吸烟者存在着较长时间的加重的血管炎症、血小板活化和抗氧化剂变化的表现。根据美国心脏病学会的报告，被动吸入二手烟可能使急性心肌梗死风险增加30%。

吸烟习惯的改变

据2007年8月英国Ciao调查报告，34%的受访者表示他们在酒吧和俱乐部进行社交活动时吸烟减少。超过50%的吸烟者称其吸烟支数较禁烟令之前减少。据《伦敦健康观察》报道，2007年7月28日之前的四周里，英格兰和威尔士的香烟销售下降了6.9%。

《英国癌症研究》在其“吸烟工具箱”系列研究中指出，禁烟令实施后吸烟率每月减少0.61个百分点，而禁烟令实施前为0.18个百分点。到2008年4月之前，估计禁烟令使吸烟率下降了4.3个百分点。这种影响在各个年龄段、各种性别和各个社会阶层人群中是相似的。2002年和2003年，爱尔兰的香烟销售分别下降了1.2%和3.4%。与之相对照，2004年限制在公共场所吸烟的法规出台后，香烟销售下降了8.7%。

香烟消费量的减少将显著影响整体吸烟暴露风险。可以预见，今后死亡率和重大疾病发生率将可能得到改善，尽管改善速度难以确定。

不同地区报告的急性心肌梗死发生率的变化

美国俄亥俄州的Bowling Green报告，2002年实施了公共场所禁烟令后，急性心肌梗死发生率在一年后显著下降了39%，三年后下降了47%。

纽约于2003年出台了禁烟令，在控制了其它许多可能的混杂因素后，据报告该地区急性心肌梗死发生率下降了8%。针对美国一个较小地区（印第安那州的Monroe县）做的另一研究表明，非吸烟者的急性心肌梗死发生率有所减少，但吸烟者的急性心肌梗死发生率未见下降。

科罗拉多州的Montana镇于2004年颁布了公共场所禁烟令。但仅仅6个月之后，迫于游说团体的压力，该禁令被废止。不过在此之前，已经有报告宣称，禁烟令实施期间，急性心肌梗死发生率大幅下降了40%。下降幅度最大的人群是非吸烟者，这意味着被动吸烟的减少是急性心肌梗死发生率下降的重要原因。此项研究规模相当小，仅有64例入院病例，因此许多人认为就其所做的分析和结论存在瑕疵。不过，有关这种迅速变化的报告还是在多家杂志上引发了就此话题的讨论。

针对禁烟令在爱尔兰的影响，Cronin于2007年在欧洲心脏病学会会议上报告了其研究结果。他指出，根据报告，禁烟令实施后的一年里，急性心肌梗死发生率减少了14%，其中吸烟者的减少幅度比非吸烟者的更为显著（22.8%比10.5%）。

该项研究得出结论，禁烟令施行后，主动吸烟的有效减少使得研究期内的急性心肌梗死入院病例减少了0.7%，这意味着实际影响的绝大部分是由被动吸烟减少而带来的。

Cesaroni等人对意大利2005年实施公共场所禁烟令后急性心肌梗死发生率的变化做了报告。他们分析了2000至2005年，年龄在35至84岁之间城市居民的急性冠心病（院外死亡和入院治疗）数据。通过比较立法前（2000-2004年）与立法后（2005年）的数据，他们研究了年度标准化发生率与预计发生率之比。他们考虑到一些可能引起混淆的因素，包括微粒物质（PM10）空气污染、温度、流感、经年趋势及总体入院率。研究发现，禁烟令实施后，急性冠心病发生率在35至64岁的受访者中显著下降了11.2%，在65至74岁的受访者中下降了7.9%。没有证据表明禁烟令对高龄受访者有任何影响。男性和较低社会经济地位的人群的下降幅度似乎更大。

在法国，公共健康监督学会（Institut de Veille Sanitaire, InVS）和欧洲心脏病学会网站报告，法国全国性的禁烟令使急性心肌梗死发生率下降了15%。

于2006年3月开始实施禁烟令的苏格兰也报告了类似的影响。Pell等人在《新英格兰医学杂志》上报告，苏格兰九家大医院（其入院病例数量占苏格兰急性心肌梗死入院病例总数的63%）的急性心肌梗死入院病例下降了17%，其中非吸烟患者数量下降了20%，而吸烟患者数量下降了14%。与之比较，在禁烟令实施前，过去10年里苏格兰的急性心肌梗死入院病例每年平均递减3%。这一影响在年纪较轻者身上较小，55岁以下的男性和65岁以下的女性入院病例只减少了7%。

在英格兰，一家英国报纸利用信息自由法从几家大型医院获取数据，并据此报道自禁烟令实施后，急性心肌梗死发生率减少了40%。该报调查了114家医院，其中66家的急性心肌梗死住院率有所减少。一家医院报告了41%的减幅，但整体减少幅度要低得多，可能并不明显高于正常趋势。

讨论

假如急性心肌梗死发生率真的减少了40%，则可能对重大疾病保险市场带来重大影响。但这些积极影响可能因为政治原因而广为宣扬。也有一些报告受到批评，被指为设计低劣，没有适当的研究期间的对照参考以排除自然的变动因素。

然而，即使只有那些表明急性心肌梗死发生率有所变化的研究报告才得以发布，所有的报告都一致认为禁烟令的影响是积极的。如果全面地看待这些报告，它们形成了一个令人信服的论断：在诸如餐馆和酒吧等公共场所禁烟能带来巨大的健康益处。

禁烟令对非吸烟者的影响似乎比对吸烟者更为明显。普遍认为这是因为吸烟者仍然继续接触香烟烟雾，而非吸烟者却大幅减少了与香烟烟雾的接触。

虽然给人印象最深的数据是不同地区急性心肌梗死发生率都有所下降，但很有意思的是，禁烟令对人群的吸烟习惯确实产生了影响。这应该会改善任何有大量吸烟者的保单业务的经验；戒烟人数的增加将改善该业务群体的风险预期。

对保险公司而言，需要分析几个因素。急性心肌梗死发生率不仅有多年下降的背景趋势，而且临床医学实践用以诊断急性心肌梗死的标准也有变化，诊断标准的变化使得诊断记录为急性心肌梗死发作的病例数量增加。在英国和其它一些国家，重大疾病保单中急性心肌梗死的定义近年来也有变化。由于这些因素，很难证明任何全国性或地区性禁烟令对急性心肌梗死发生率有着有益影响，或者很难准确解读这些影响。

总而言之，看起来多个国家实施了公共场所禁烟令后，都有急性心肌梗死发生率减少的报告，其中非吸烟者的减幅大于吸烟者的减幅。在英国，这些报道成为了报纸的标题新闻，但迄今为止我们还没有在全国性的统计数据或理赔数据中看到这种积极效果。不过，它可能会在某种程度上增加人们的信心，认为急性心肌梗死发生率的总体下降趋势还将持续。

我们还需要对将来所有国家的有关禁烟令影响的报告进行研究。然而，在我们能从全国范围内收集的数据中看到明确的变化之前，我们必须采取谨慎小心，甚至适度怀疑的态度来评估这些报告。

参考资料

www.ic.nhs.uk/webfiles/publications/smokingeng2006
www.tobaccocontrol.com/cgi/content/full/14/5/315
www.smokinginengland.info
www.smokershistory.com/etsheart
Semple et al, Occ Hyg 2007
Smoke-free Legislation and Hospitalizations for Acute Coronary Syndrome Pell et al, N Engl J Med 2008; 359 (5): 482-491
The impact of a smoking ban on hospital admissions for coronary heart disease Preventive Medicine, Volume 45, Issue 1, July 2007, Pages 3-8
Sakik A et al
Richard P. Sargent et al, BMJ 2004 Apr 24; 328: 977-980
www.spo.escardio.org
Americanheart.org
CancerResearchUK.org
www.lho.org.uk

保障宫颈原位癌是否有价值？

宫颈瘤位居全球女性常见癌症的第二位，仅次于乳癌。¹ 澳大利亚的宫颈癌发生率为全世界第二低，仅次于西亚国家，而澳大利亚的宫颈癌死亡率为全球最低。² 澳大利亚人口中，浸润性宫颈癌数量很低，在2005年只占全部女性癌症的1.7%。³ 根据Gen Re澳大利亚2008年重大疾病调查，所有的妇科癌症理赔占女性癌症理赔的7%。目前，澳大利亚和新西兰的一些保险公司按保险金额的10%至25%向客户提供可选宫颈原位癌重大疾病保障。本文将简要介绍当前对宫颈癌病因的研究现状及一些发生率经验，并探讨对保险的影响。

原位癌是否属于癌前病变？

与恶性肿瘤不同，原位癌（CIS）是指肿瘤细胞虽然细胞学异常且与浸润癌细胞形态相似，但仍停留在组织层，并未穿透基膜的阶段。宫颈是原位肿瘤最常见的发生部位。宫颈上皮瘤（CIN）是宫颈表皮层的异常改变（发育异常）或异常生长，警示将来可能会发生浸润癌。CIN分为1、2、3级，3级意味着三分之二至全层的病变。

HPV感染引起宫颈癌

在世界范围内，宫颈癌是高风险型人类乳头状瘤病毒（HPV）感染引起的一种极少见的后果。不过，患宫颈癌的女性几乎肯定都有HPV。超过99.7%的宫颈癌患者HPV DNA检测呈阳性。⁴ 疫苗能防止两种最常见（70%）类型的HPV。针对澳大利亚年龄在20-69岁之间的女性目标人口，2002-06年澳大利亚全国宫颈癌筛查计划的参与率是61%。⁵ 宫颈刮片检查能探查到癌前细胞的生长，澳大利亚和其它国家的全国性筛查计划使得宫颈癌的死亡率和发生率大幅降低（澳大利亚1991-2006年下降了约50%）。⁶

CIN进展至宫颈癌的不确定性

过去十年来，由CIN1到CIN2、到CIN3、再到宫颈癌的CIN进展的观点已被认为不能准确反映HPV、宫颈癌及其癌前病变的生物学进展。例如，目前的澳大利亚2004 Bethesda修订体系（AMBS2004）的细胞学编码表及临床管理指南将宫颈鳞状上皮细胞异常的分组变更为低级别类型（LSIL：CIN1，HPV效应）和高级别类型（HSIL：CIN2，CIN3和原位腺癌）。CIS并不经常被用来描述宫颈癌，反而是高级别鳞状表皮内病变（HSIL）被更经常地使用。

原位癌的组织学确认是根据FIGO（0级）或TNM（Tis）分级系统做出的。

CIN通常发生于浸润性宫颈癌出现之前十年。女性大多数的HPV感染并非不可避免地线性进展为癌症，而往往无需医疗介入就会自行消退。不过，高风险的HPV亚型病毒持续感染被视为宫颈癌的重大风险因素。早期研究发现，三分之一的CIN3会消退，56%会维持在CIN3阶段，经过一段不确定的时间，12%会由CIN3进展为癌。⁷ 英国近来的研究数据表明，无需医疗干预的HSIL消退比率高达80%。⁸ 普遍认为组织学上已确认的HSIL进展为癌的可能性取决于：女性的年龄、病变的大小，以及异常程度（CIN2vs. CIN3）。⁹

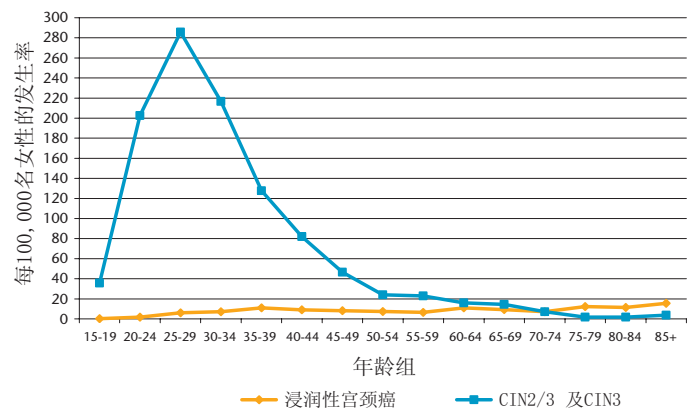
发生率数据来源

澳大利亚卫生与福利学会登记了所有经组织学确认诊断的浸润性宫颈癌。世界上许多癌症登记机构都不把以“原位”报告的病变计入“癌”。

在美国，宫颈原位癌不是必须报告的病种，而在英国和爱尔兰，提及CIN3的宫颈严重异生可作为宫颈原位癌（ICD10 D06）报告。澳大利亚仅维多利亚州发布CIN3的细胞学与组织学相关统计数据。2007年向VCCR报告的具有明确高级别细胞学的女性中，4%的人后来经活组织检查被诊断为CIN3。¹⁰ 显然，这方面可获得的数据要少于有关浸润性宫颈癌的数据。

图1显示澳大利亚维多利亚州在2004至2006年期间，按组织学和年龄确定的年龄别宫颈癌发生率。虽然浸润性宫颈癌更常发生于年龄较长的女性，癌前形式却更常见于年龄较轻的女性。浸润性宫颈癌发生率在35-39岁之后稳定上升。CIN2/3和CIN3病变的发生率在二十多岁的女性中最高，之后随年龄增长迅速下降，很可能是澳大利亚全国宫颈癌筛查计划早期发现的结果。年龄在35-39岁之间的女性原位癌与浸润癌发生率之比大约为12，而在60-64岁之间女性该比值不到2。这种原位癌与浸润癌发生率随年龄而出现鲜明对比的情况提示CIN的消退率非常明显。根据向维多利亚州宫颈癌细胞学登记机构报告的的组织学和细胞学发现，CIN3病变持续占据以上所述原位癌发生率的80-85%。

图1 2004-06年澳大利亚维多利亚州以组织学确定的年龄别宫颈癌发生率



芬兰的癌症数据¹¹ 似乎表明，在年龄为30至40多岁的女性中，宫颈原位癌的发生率约为浸润性宫颈癌的两倍。与英国和芬兰的经验相比，维多利亚州的比值确实看起来有些高。

结论

澳大利亚全国宫颈癌筛查计划非常成功，它通过早期发现病变，降低了浸润性宫颈癌的发生率和死亡率，并使患者的宫颈病变得到有效治疗，但同时该计划也增高了原位癌的发生率。随着HPV疫苗计划的施行，宫颈癌发生率将进一步下降。显然，保险公司不应保障CIN2级别及以下的宫颈原位癌。典型投保年龄段人群相当高的CIS发生率意味着，如果将其纳入保障范围，将给保险公司带来巨大成本。即便如此，这些病例看来也不象以前认为的那样危及生命，而且根本不能确定CIN会进展为浸润癌。另外还需考虑，假如其它因素，包括吸烟、就医规律、HPV致瘤亚型对该风险体产生影响，在承保有CIN的投保人时是否应自动除外宫颈癌。

尾注

- 1 Cancer Council Australia. National Cancer Prevention Policy 2007-09 accessed at www.cancer.org.au.
- 2 GLOBOCAN 2002 accessed at www-dep.iarc.fr
- 3 AIHW&AACR 2008. Cancer in Australia: an overview, 2008. Cancer series no. 46.
- 4 Australian Government NHMRC 2005. Screening to prevent cervical cancer: guidelines for the management of asymptomatic women with screen detected abnormalities.
- 5 AIHW2007. Cervical screening in Australia 2004-05. Cancer series no. 38.
- 6 AIHW&AACR 2008. Cancer in Australia: an overview, 2008. Cancer series no. 46.
- 7 Ostor A 1993. National history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review. Int J Gynecol Pathol 12: 186-192.
- 8 Raffle AE et al 2003. Outcomes of screening to prevent cancer: analysis of cumulative incidence of cervical abnormality and modeling of cases and deaths prevented. British Medical Journal 326(7395): 901.
- 9 Sherman ME et al 2003. Histopathologic extent of cervical intraepithelial neoplasia 3 lesions in the atypical squamous cells of undetermined significance low-grade squamous intraepithelial lesion triage study: implications for subject study and lead-time bias. Cancer Epid Biomarkers Prev 12:372-379.
- 10 Victorian Cervical Cytology Registry. Statistical Report 2007.
- 11 Finnish Cancer Registry. Cancer statistics 2007 accessed at www.cancerregistry.fi.

定义“终末期疾病”

终末期疾病保障是一项非常有用的保障，因为在此保障下，一旦终末期疾病被确诊，死亡保障的保险金就能在死亡实际发生之前被给付。该保障的设计意图是保证保单持有人在死亡之前就可获得保险金的给付，从而使他们在生命所剩不多的日子里，有能力处理解决其财务问题，并且能享受到更好的生活品质。

在此基础上，只有在被保险人不久即将死亡的前提下给付保险金，这才符合终末期疾病保障的目的。如果被保险人被诊断还有相当长的存活期，则不在保障范围之内。

虽然这听起来是个很简单的概念，但是澳大利亚市场上的终末期疾病保障保单条文无疑并不符合以上提及的保险目的。特别是，一些保险公司在定义终末期疾病时，使用了这样的措词：“很可能在12个月之内死亡”。

“很可能”这个字眼在法律上并无界定。最近的一件保险理赔案，¹虽然没有直接解决这个问题，但却说明了在保险合同的背景下，使用“很可能”这个字眼作为理赔基础会带来的一些法律问题。由此拟定的保单定义可能导致意想不到的保险赔付。

Gen Re希望提醒各保险公司注意目前使用的一些终末期疾病保障保单条文中的潜在风险，因为这些条文没有正确地反映保障的意图。现在保险公司纷纷取消终末期疾病保障的最高给付限额，这种趋势使这个问题变得更为严峻。

尾注

1 Tower Australia Ltd v Farkas (2005) NSWCA 363

Takotsubo心肌病

“永远不要问我，我说过什么，或者我写过什么；但是假如你问我，我现在的想法是什么，我会告诉你的。”——John Hunter (1728-1793)

这是一个关于应激的故事。John Hunter在伦敦圣乔治医院从事管理、外科手术和积极的教学生涯中太了解应激了。那些批评他总是改变想法的人只会得到他简短干脆的回答：“的确，很可能我总是在改变想法——我希望每一年我都能比过去更聪明。”

他有赫伯登氏心绞痛病史，因此他曾对一位同事说：“不久以后某一天，你将听说我已倒地身亡。”Hunter是个说话算数的人。在圣乔治医院董事会会议的一次激烈辩论中，Hunter突然停止发言，从椅子上站起来，踉踉跄跄地走进隔壁房间，他大声呻吟了一下，就倒在了一位医生的怀里。

两个多世纪之后，一位54岁的绝经期女性，在生活中发生应激性事件后，突然开始出现压榨性胸痛。即时心电图对其诊断毫无用处，但她的肌钙蛋白水平显著升高。冠状动脉造影未发现阻塞性冠状动脉病的证据；这其实不足为奇，因为正常的动脉也可能发生冠状动脉梗塞。该名女性的风险因素包括I型糖尿病家族史及血脂异常。对其使用的诊断一直是冠状动脉病。

然而，一份超声心动图揭示出不同的诊断：takotsubo心肌病，也称为应激性心肌病或心碎综合征。

日语里“takotsubo”的意思是章鱼罐。这种心肌病的超声心动图显示，左心室形状与日本用来捕捉章鱼的花瓶状瓶子极为相似。

大约15年前，日本学者将其确认为一种应激性综合征，现在它作为急性冠脉综合征的一种鉴别诊断在世界上广为接受。

takotsubo心肌病多发生于新近经历了极度生理或情感应激的绝经后女性。该病在明显应激相关的‘梗死’中所占比例接近3%。在心肌病方面其预后良好，大多数情况下室壁运动可恢复正常。

对于重大疾病保险，这一类心肌病并不在保障范围之内，因为心脏机能没有残余的损害。

Takotsubo心肌病有着重要的意义，因为它的临床表现与急性冠脉综合征类似。随着对takotsubo心肌病认识的增加，可能它会更经常地被诊断出来。就如John Hunter所说，我们也希望每一年我们会变得更加聪明。



科隆再保险公司上海分公司
中国上海浦东陆家嘴东路161号
招商局大厦1803室
Tel. +86 21 6100 6300
Fax +86 21 6100 6388

科隆再保险公司北京代表处
中国北京建国门内大街7号
光华长安大厦1座808室
Tel. +86 10 6517 1255
Fax +86 10 6517 1267
www.genrelifehealth.com

Photos: © Mauritius Images, Getty Images/Dorling Kindersley

This information was compiled by Gen Re and is intended to provide background information to our clients as well as to our professional staff. The information is time sensitive and may need to be revised and updated periodically. It is not intended to be legal advice. You should consult with your own legal counsel before relying on it.

本刊内容由科隆再保险公司上海分公司编辑，意在向客户及我公司专业人员提供相关领域内的背景信息。该等信息具有时效性，或需定期修改更新。本刊并非旨在提供法律意见。请您在依赖本刊内容之前征询您的法律顾问的意见。

© 科隆再保险公司上海分公司 / Cologne Reinsurance Company plc 2009