

日前,《美国心脏病学院杂志: 亚洲》(JACC: Asia)发表了中国医学科学院阜外医院张健教授题为《亚洲心衰的流行病学和疾病负担》的最新研究,通过现有的全球疾病负担(GBD)数据和注册登记研究,总结了亚洲心衰的患病率和发病率、病因和危险因素、预后和管理现状等情况。

在亚洲,中国、印度尼西亚和马来西亚是年龄标准化患病率最高的三个国家。心衰患者的1年死亡率较高,迫切需要加强预防和管理。

JACC: Asia 发表亚洲心衰的流行病学和疾病负担 中国心衰患病率居亚洲之首

▲中国医学科学院阜外医院 张健 张宇辉 冯佳禹

研究结果

亚洲心衰的流行病学盘点 中国患病率最高

心衰的年龄标准化患病率(ASR)在全球不同地区存在差异。在GBD 2019划分的4大世界区域中,亚洲(亚洲和大洋洲)有3189万例心衰患者,年龄标准化患病率为每10万人口722.45例。亚洲和大洋洲心衰的年龄标准化患病率低于美洲(每10万人810.42人),高于非洲(每10万人709.89人)和欧洲(每10万人606.61人)。

研究者进一步分析了GBD中5个亚洲区域的心衰负担,包括:东亚、南亚、东南亚、中亚和亚太高收入地区。基于这一区域分层,2019年每10万人口中心衰的年龄标准化患病率在东亚最高(1014.06),在南亚最低(389.97),高收入亚太地区每10万人口的年龄标准化患病率为455.28,中亚为544.18,东南亚为755.95(图1)。

根据GBD数据,亚洲不同国家和地区心衰年

龄标准化患病率为每10万人口211.86~1032.84例。中国(1032.84)、印度尼西亚(900.90)和马来西亚(809.47)是每10万人口中心衰年龄标准化患病率最高的三个国家。相反,尼泊尔(211.86)、不丹(255.54)和孟加拉国(275.00)的年龄标准化患病率最低。亚洲各国国家和地区心衰的伤残损失寿命年(YLDs)情况与患病率的分布情况相似。

研究分析了亚洲心衰患病率的变化趋势,在亚洲5个GBD地区中,3个地区1990-2019年心衰年龄标准化患病率下降,其中高收入亚太地区(22.10%)下降幅度最大,其次是中亚(6.56%)和东亚(4.36%)。相反,亚洲只有2个GBD地区呈上升趋势,分别是东南亚(3.68%)和南亚(4.22%)。

尽管年龄标准化患病率总体呈下降趋势,

从1990-2019年,所有亚洲地区的心衰患者绝对数量都有所增加(从中亚的33%增加到东亚的186%增加)。从1990-2019年,亚洲各国家和地区的年龄标准化患病率存在一定差异,共有14个国家和地区出现了增长,而其他国家

和地区则出现了下降。

在1990-2019年期间,东帝汶(9.40%)、印度尼西亚(7.83%)和菲律宾(7.60%)的年龄标准化患病率增幅最大,而新加坡(33.01%)、日本(20.27%)和哈萨克斯坦(14.22%)的降幅最大。

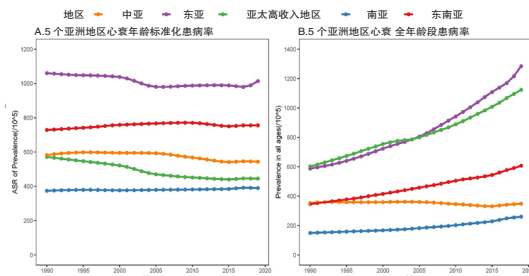


图1 亚洲心衰患者非标准化患病率变化趋势

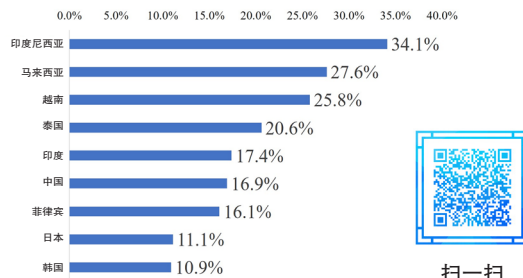


图2 亚洲心衰患者1年死亡率



扫一扫
关联阅读全文

研究解读

根据GBD 2019数据,全球心衰的主要病因是缺血性心脏病和高血压性心脏病。缺血性心脏病和高血压性心脏病引起的心衰比例分别为37.32%和32.84%,且缺血性心脏病可能更影响高收入地区。在GBD数据的5个亚洲地区中,缺血性心脏病是高收入亚太、南亚和中亚地区心衰最常见的病因。然而,在东亚和东南亚,高血压性心脏病是心衰最主要的病因,缺血性心脏病是心衰的第二大病因。

我们从一些国际性心衰注册登记研究中提取了亚洲国家和地区的心衰患者预后情况。例如,在INTER-CHF研究中,印度患者的1年死亡率为23%,东南亚

(马来西亚和菲律宾)为15%,中国为7%。在REPORT-HF研究的亚洲国家中,印度尼西亚的1年死亡率最高(34.1%),韩国最低(10.9%)。在ASIAN-HF研究中,心衰患者1年全因死亡率为9.6%,相比HFpEF患者更高(分别为10.6%和5.4%)。此外,ASIAN-HF研究显示,国家和患者层面的较高社会经济指标及生活质量的提高与心衰全因死亡率或再住院风险的降低有关(图2)。

尽管近年来心衰的诊断和治疗取得了长足进展,但临床实践中心衰的标准化治疗仍存在挑战。不同区域的医院在心衰管理的一致性方

面存在显著差异,此外,许多患者没有接受全面的出院后管理和教育,这增加了因心衰恶化再住院甚至死亡的风险。本研究介绍了亚洲各国国家心衰注册登记研究中心衰标准化治疗的应用情况。此外,研究汇总了一些新的治疗方式,如钠-葡萄糖协同转运蛋白2(SGLT2)抑制剂相关临床试验根据地区分层的事后分析结果,结果显示SGLT2抑制剂在亚洲HFpEF或HFpEF患者可降低主要结局的发生率,证明了其在亚洲人群中应用的有效性。

未来有必要继续加强危险因素的控制和基础疾病的管理,以加强心衰的一级和二级预防。应将心衰视为一种影响



张健 教授

全身的临床综合征,以改善心衰及其各种合并症的整体管理。促进标准化治疗应成为改善心衰患者结局的重点,应提高各级医疗保健人员对心衰治疗的认知和适应证的把握。此外,优化医院外心衰患者的管理有助于降低再住院率,从而降低医疗负担。最后,亚洲国家仍需要更多关于心衰的流行病学数据,为心衰的预防和管理提供更具体的区域战略。

加强心衰预防 提高综合管理



JACC 发表中国多中心研究

Lp(a) 增心梗风险 让易损斑块更脆弱

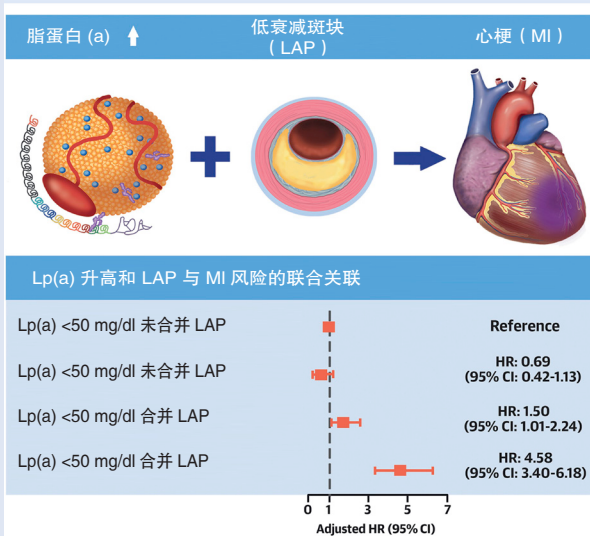


图3 Lp(a)和低炎症反应升高的个体显示出最高的心梗风险

医师报讯(融媒体记者 黄晶)脂蛋白(a)[Lp(a)]升高被认为是冠心病的独立危险因素。近期,复旦大学附属中山医院、上海市第六人民医院、苏州第九人民医院、温州医科大学第一附属医院学者发表的一项多中心研究进一步

发现,Lp(a)升高与心梗风险增加之间的关系,很大程度上可能与易损斑块有关。(J Am Coll Cardiol, 2024, 83: 1743)

该研究首先前瞻性纳入5607例接受冠脉CT和Lp(a)检查、疑为冠心病的稳定性胸痛患者作为衍生队列,再回顾性纳入同时期的1122例患者作为验证队列。Lp(a)升高定义为Lp(a) ≥ 50 mg/dl。

中位随访8.2年期间,与Lp(a) <50 mg/dl的患者相比,Lp(a) ≥ 50 mg/dl的患者发生心梗的风险约增加了一倍(校正HR=1.91)。

进一步分析显示,在心梗风险方面,Lp(a)与低炎症反应(富含脂质成分的易损斑块)存在明显的相互作用。

当根据有无低炎症反应进行分层分析时,研究者发现,在有低炎症反应的患者中,Lp(a)升高者的心梗发生风险增加了2.03倍(校正HR=3.03)。

中介分析显示,在Lp(a)和心梗风险之间的关系,低炎症反应起到了73.3%的中介效应(图3)。

在验证队列中,主要分析结果依然保持不变。

多项研究表明,Lp(a)不仅与一般人群中的心梗相关,而且与慢性肾病患者中的心梗相关。研究首次发现Lp(a)升高与心梗风险显著增加相关,特别是在存在低炎症反应的患者中显著相关。对于没有低炎症反应的患者,高水平的Lp(a)并不会增加心梗的风险。此外,经CT-FFR鉴定,在没有血流限制病变的患者中,结果保持不变。

研究者推测高水平的Lp(a)在坏死斑块的发生和发展中可能发挥不同的作用。从结构上看,Lp(a)是一种LDL样颗粒,apo(a)与其共价结合,后者携带促炎性氧化磷脂。Lp(a)颗粒的积累(主要由遗传驱动)可能会在长时间内悄无声息地促进坏死核心斑块的形成。然而,在核心斑块坏死时,Lp(a)可能会迅速刺激炎症细胞浸润到动脉壁,导致坏死核心增加,并使纤维帽变薄。最终,它会使斑块容易破裂并导致心梗。换句话说,Lp(a)水平升高主要增加了易损斑块破裂的风险。

研究者发现,升高的Lp(a)和低炎症反应的共存可以预测心梗的发生,在没有血流限制病变的患者中同样适用,这也解释了因缺血所做的血运重建可显著减少心绞痛却无法减少不良事件预后的原因。



扫一扫
关联阅读全文