

上海部分地区非瓣膜性心房颤动患者使用华法林抗凝治疗现状调查

顾剑云 陈治松 徐文俊

【摘要】 目的:通过对上海市同济医院住院患者的华法林使用情况进行横断面调查,了解非瓣膜性心房颤动患者华法林使用现状。 方法:入选 2012 年 1 月至 2013 年 12 月收治于我院的所有永久性心房颤动患者。使用 CHADS₂ 和 CHA₂DS₂-VASc 系统分别评分。统计和比较中、高危患者使用华法林实际情况。 结果:共入选 2 451 例非瓣膜性心房颤动患者,1 716 例(70.0%)患者 CHADS₂ 评分 ≥ 2 分,其中服用华法林的有 565 例(32.92%);2 113 例(86.1%)患者 CHA₂DS₂-VASc 评分 ≥ 2 分,其中服用华法林的有 569 例(26.93%)。 结论:临床实践中,心房颤动中、高危患者华法林使用率严重不足。

【关键词】 心房颤动;口服抗凝药物;华法林

doi:10.3969/j.issn.1673-6583.2015.04.021

Antithrombotic therapy with warfarin in patients with non-valve atrial fibrillation in the real world: data from Shanghai Tongji hospital GU Jianyun, CHEN Zhisong, XU Wenjun. Department of Cardiology, Shanghai Tongji Hospital, Tongji University, Shanghai 200065, China

【Abstract】 **Objective:** To describe guideline adherence and oral antithrombotic therapy with warfarin rates among real-life patients with non-valve atrial fibrillation (NVAf) through a retrospective cohort study. **Methods:** The patients with permanent NVAF hospitalized in Shanghai Tongji Hospital from Jan 2012 to Dec 2013 were recruited. Proportion of warfarin usage was estimated in those patients with known NVAF who should be eligible for anticoagulation therapy. Analysis of the usage of warfarin was performed in middle-high risk patients. **Results:** Of 2 451 patients, 1 716 (70.0%) were at intermediate and high risks according to CHADS₂, and 2 113 (86.1%) according to CHA₂DS₂-VASc. Only 565 (32.92%) and 569 (26.93%) were on warfarin according to CHADS₂ and CHA₂DS₂-VASc, respectively. **Conclusion:** Warfarin has been significantly under-used in patients with known NVAF in real life.

【Key words】 Atrial fibrillation; Anticoagulation; Warfarin

流行病学调查表明,我国心房颤动(房颤)患病率为 0.77%,年龄 >60 岁人群的患病率更高,女性为 1.92%,男性为 1.83%^[1]。血栓栓塞性并发症是房颤致死、致残的主要原因。约 1/5 的卒中可归因于房颤,且房颤所致卒中的致残程度及死亡率均较高^[2-3]。在未进行抗凝治疗的非瓣膜性房颤患者中,每年约有 5% 发生缺血性卒中。房颤患者使用口服抗凝药以预防血栓栓塞性事件的治疗策略已获得

共识^[4]。2001 年,美国心脏学会(AHA)/美国心脏病学会(ACC)/欧洲心脏病学会(ESC)指南已提出,应根据危险分层给予房颤患者口服抗凝药,以预防血栓栓塞事件的发生。2014 年更新的房颤指南进一步肯定了 CHA₂DS₂-VASc 评分体系作为非瓣膜性房颤患者卒中风险评估工具的地位^[5]。本文对本院收治的房颤患者进行横断面调查,并分析其卒中风险及抗凝药使用情况。

1 对象与方法

1.1 病例资料

入选 2012 年 1 月至 2013 年 12 月期间收治于

上海市同济医院的所有永久性非瓣膜性房颤患者。房颤定义为:心电图示 P 波缺失,R-R 间期绝对不规则。永久性房颤定义为:电转复治疗无效或不进行复律处理持续存在的房颤。永久性非瓣膜性房颤定义为:不伴瓣膜疾病(如风湿性心脏病)的永久性房颤。

1.2 研究方法

收集所有患者的临床资料及华法林的使用情况。根据 CHADS2 和 CHA2DS2-VASc 评分系统,分别进行评分。

1.3 统计学分析

采用 SAS 9.3.1 软件包对资料进行统计分析。对于描述性分析,分类变量采用百分比表示,连续变量采用均值±标准差表示。

2 结果

2.1 一般临床资料

共检索住院病历 4 103 份,排除风湿性心脏病、瓣膜性心脏病等病因所致的房颤、射频消融术、重复入院的患者,共入选 2 451 例。平均年龄(77.70±10.93)岁,年龄<45 岁 25 例(1.02%),46~64 岁 312 例(12.73%),65~74 岁 369 例(15.05%),≥75 岁 1 745 例(71.20%)。女性患者 1 346 例(54.9%)。

2.2 CHADS2 和 CHA2DS2-VASc 评分及华法林服用情况

共 1 716 例患者 CHADS2 评分≥2 分,占 70.0%。共 2 113 例患者 CHA2DS2-VASc 评分≥2 分,占 86.1%。按 CHADS2 和 CHA2DS2-VASc 不同分值,分类统计患者的华法林服用情况(见表 1)。根据不同年龄分层及风险评分,统计患者的华法林服用情况(见表 2)。

3 讨论

2014 年房颤管理指南指出,中、高危房颤患者中的 90%均应接受抗凝治疗^[5]。我们的调查中仅约 30%的患者使用了华法林,这与一些大型研究如欧洲心脏调查、BEACH 调查、美国门诊房颤患者调查的结果相近^[6]。提示临床实践与指南之间存在巨大差距。指南推荐使用 CHA2DS2-VASc 系统对患者进行风险评估,但目前临床上广泛使用的仍为 CHADS2 评分系统。CHA2DS2-VASc 系统更为严格,更多患者被评估为中、高危人群(86. %对 70.0%)。在本研究 CHA2DS2-VASc 系统评估的中、高危患者中,华法林使用率为 26.93%,而使用

CHADS2 系统则为 32.92%,这一差异可归因于两种评分体系的敏感性不同。

随着卒中风险的增加,华法林的使用率增加,但在风险最高的人群中使用率下降。这与加拿大卒中协作网络的结果相似^[7]。可能是由于高危患者的出血风险相对升高,临床医生在制定抗凝决策时更多考虑到高危患者的出血风险。根据 CHADS2 评分,在有使用华法林适应证的患者中,华法林使用率在≥75 岁人群中最低,与国外的报道一致^[8];而根据 CHA2DS2-VASc 评分,≥75 岁人群的华法林使用率最高,与既往报道有一定出入。这可能与 CHA2DS2-VASc 评分体系以≥75 岁作为评分标准,将更多老年患者纳入了中、高危人群有关。

表 1 所有患者 CHADS2、CHA2DS2-VASc 评分及华法林服用情况

项目	未服用华法林 (n=1 877)	服用华法林 (n=574)
年龄/岁	76.01±11.41	82.23±6.69
女性/%	59.50	40.50
CHADS2/例(%)		
0	290(98.30)	5(1.70)
1	436(99.10)	4(0.90)
2	469(73.40)	170(26.60)
3	388(65.32)	206(34.68)
4	167(59.64)	113(40.36)
5	110(61.80)	68(38.20)
6	17(68.00)	8(32.00)
≥2	1 151(67.07)	565(32.92)
CHA2DS2-VASc/例(%)		
0	121(96.80)	4(3.20)
1	212(99.53)	1(0.47)
2	227(90.80)	23(9.20)
3	352(83.36)	48(13.64)
4	427(69.38)	188(30.62)
5	279(63.93)	158(36.07)
6	146(61.09)	93(38.91)
7	75(61.98)	46(38.02)
8	12(75.00)	4(25.00)
9	5(71.43)	2(28.57)
≥2	1 544(73.07)	569(26.93)

表 2 各年龄分层患者 CHADS2、CHA2DS2-VASc 评分及华法林服用情况/例(%)

项目	<45 岁		45~65 岁		66~75 岁		≥75 岁	
	未服用 华法林	服用 华法林	未服用 华法林	服用 华法林	未服用 华法林	服用 华法林	未服用 华法林	服用 华法林
CHA2DS2-VASc								
0	16(100)	0	105(96.33)	4(3.67)	0	0	0	0
1	7(100)	0	133(99.25)	1(0.75)	71(100)	0	1(100)	0
2	0	2(100)	42(73.69)	15(26.31)	149(96.13)	6(3.87)	36(100)	0
3	0	0	1(20.00)	4(80.00)	121(88.97)	15(11.03)	251(89.30)	32(10.70)
4	0	0	0	6(100)	1(16.66)	5(83.34)	426(70.65)	177(29.35)
5	0	0	0	0	0	1(100)	280(64.08)	157(35.92)
6	0	0	0	1(100)	0	0	147(61.50)	92(38.50)
7	0	0	0	0	0	0	75(61.99)	46(38.01)
8	0	0	0	0	0	0	12(75.00)	4(25.00)
9	0	0	0	0	0	0	5(71.43)	2(28.57)
≥2	2(100)	0(0)	57(82.62)	12(17.38)	271(90.94)	27(9.06)	1230(70.53)	514(29.47)
CHADS2								
0	21(100)	0	158(98.14)	3(1.86)	111(98.23)	2(1.77)	0	0
1	2(100)	0	121(100)	0	231(98.72)	3(1.28)	82(98.80)	1(1.20)
2	0	2(100)	2(8.64)	21(91.36)	0	7(100)	467(76.94)	140(23.06)
3	0	0	0	4(100)	0	15(100)	388(64.48)	187(35.52)
4	0	0	0	3(100)	0	0	167(60.29)	110(39.71)
5	0	0	0	0	0	0	110(61.80)	68(38.20)
6	0	0	0	0	0	0	17(68.00)	8(32.00)
≥2	0	2(100)	2(6.67)	28(93.33)	0	22(100)	1149(22.50)	513(77.50)

本调查显示,在医疗水平较高的上海地区三甲甲等医院,非瓣膜性房颤患者使用华法林抗凝治疗的比例仍较低。具有口服抗凝药物适应证的房颤患者的华法林使用率严重不足。华法林的使用率与卒中风险程度不匹配。CHA2DS2-VASc 评分体系在评价卒中风险时较 CHADS2 评分体系更为严格。我国临床医生对于房颤抗凝治疗的指南解读和临床应用尚存在较多不足。

本研究非多中心研究,且未能收集基层医院的数据。基层医院医疗条件较差、治疗意识不足,抗凝药使用不足的问题可能更为突出。

参 考 文 献

[1] 周自强,胡大一,陈捷,等. 中国心房颤动现状的流行病学研究[J]. 中华内科杂志,2004,43(7):491-494.

[2] Camm AJ, Lip GY, De Caterina R, et al. 2012 focused update of the ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation; an update of the 2010 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation—developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association[J]. Europace, 2012, 14(10):1385-1413.

[3] Chang KC, Wang YC, Ko PY, et al. Increased risk of first-ever stroke in younger patients with atrial fibrillation not recommended for antithrombotic therapy by current

guidelines; a population-based study in an East Asian cohort of 22 million people [J]. Mayo Clin Proc, 2014, 89(11): 1487-1497.

[4] Schweizer PA, Becker R, Katus HA, et al. Dronedarone: current evidence for its safety and efficacy in the management of atrial fibrillation[J]. Drug Des Devel Ther, 2011, 5:27-39.

[5] January CT, Wann LS, Alpert JS, et al. 2014 AHA/ACC/HRS guideline for the management of patients with atrial fibrillation: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on practice guidelines and the Heart Rhythm Society [J]. Circulation, 2014, 130(23):2071-2104.

[6] Huang K, Khan N, Kwan A, et al. Socioeconomic status and care after stroke: results from the Registry of the Canadian Stroke Network[J]. Stroke, 2013, 44(2):477-482.

[7] Mercaldi CJ, Ciarametaro M, Hahn B, et al. Cost efficiency of anticoagulation with warfarin to prevent stroke in medicare beneficiaries with nonvalvular atrial fibrillation [J]. Stroke, 2011, 42(1):112-118.

[8] Partington SL, Abid S, Teo K, et al. Pre-admission warfarin use in patients with acute ischemic stroke and atrial fibrillation: The appropriate use and barriers to oral anticoagulant therapy [J]. Thromb Res, 2007, 120(5): 663-669.

(收稿:2014-11-20 修回:2015-06-09)
(本文编辑:孙雯)