

## • 经验交流 •

## 老年心力衰竭病因构成调查

杨贤兵 拓西平 张馨文

心力衰竭(心衰)是一种复杂的临床症候群,是各种心脏疾病的终末期。老年人心衰的发生率日益升高。65岁以上人口中每千人心衰发病数达到10例,而且住院心衰患者中有约80%年龄>65岁<sup>[1]</sup>。为此,笔者回顾了长海医院近5年老年心衰住院患者的临床资料,据此对老年心衰患者的病因构成及多病因特点进行了研究,以期对临床老年心衰的防治提供参考。

## 1 临床资料

1.1 病例选择 选自1999-2004年间长海医院确诊为心衰的住院患者,年龄≥60岁,均符合有关心衰的诊断和分级标准,其病因诊断及多病因排序均以出院诊断为依据。共入选532例,男311例(58%),女221例(42%);平均年龄为(70.9±7.5)岁(范围60~95岁)。

1.2 统计方法 采用计算机Excel软件建立心衰患者病因资料数据库,资料来源于患者住院病历的回顾性调查。计数资料用例数(百分比或率)表示,采用 $\chi^2$ 检验。取双侧 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。应用SPSS12.0统计软件包计算。

## 2 结果

2.1 基本病因构成 532例老年心衰住院病例中以冠心病为基础病因者最多,占48.7%(259例);次之为高血压性心脏病19.9%(106例);其余病因依次为风湿性心脏病17.5%(93例)、扩张性心肌病5.6%(30例)、老年退行性心脏瓣膜病2.6%(14例)、及其他5.6%(30例)。

2.2 不同性别老年心衰住院病例的病因构成 两组病例在主要病因构成上有明显差异,男性组病例病因中冠心病、高血压病所占比例高于女性组( $P<0.05$ );而女性组病例病因中风湿性心脏病所占比例高于男性组( $P<0.001$ )。

2.3 老年心衰的多病因特点 总体上老年慢性心力衰竭以多病因心衰为多,共325例占61.1%,其中双病因聚集为多239例,占44.9%;三病因心衰73例,占13.7%;四病因心衰13例,占2.4%。双病因组合中,冠心病合并高血压病最多

见194例,占59.8%。其次常见的组合冠心病合并慢性阻塞性肺疾病14例(5.9%)、冠心病合并糖尿病13例(5.4%)、高血压病合并糖尿病8例(3.3%)。三病因组合冠心病、高血压、糖尿病40例,占54.7%。

## 3 讨论

心衰本身是一庞杂的综合征,对于老年人很难用一种或两种疾病去解释其发病原因,往往是多种病因相互作用,临床症状和体征错综复杂。美国 Framingham 研究<sup>[2]</sup>表明,冠心病、高血压病、糖尿病是引起心衰的主要原因。Cowie 等<sup>[3]</sup>的调查也表现出类似结果;经济不发达国家的病因构成与以上明显不同。同年,肯尼亚<sup>[4]</sup>有调查表明,心瓣膜病占32.0%,心肌病占25.2%,高血压病占17.6%,心包疾病占13.2%,冠心病仅占2.2%,<30岁的患者79.0%由风心病引起,>50岁的患者75.0%由高血压病引起。2000年我国上海一项对2178例住院心衰患者的流行病学调查<sup>[5]</sup>显示,心衰的病因中居第一位的是冠心病,占55.7%;第二位是高血压病,占13.9%;第三位是风湿性心脏瓣膜病,占8.9%,而20年前心衰的首位病因是风心病。本研究显示,5年中老年心衰住院患者的首位病因是冠心病,第二位是高血压性心脏病,第三位是风心病,与上海市2000年调查结果大体相似。上海市属于我国经济较发达地区,而冠心病、高血压等疾病的发病率及患病率随经济的发展而升高,因此上海市的冠心病、高血压的患病率可能较高。

近十年来,性别差异对老年心衰临床表现、对治疗的反应及预后的影响引起越来越多研究者的重视。BEST 试验<sup>[6]</sup>的结果显示,女性心衰患者与男性相比更年轻,非缺血性心脏病的比例更高。本研究对不同性别的老年心衰患者的分析中发现,男、女性在主要病因构成上有明显差异。说明不同性别心衰患者的病因构成存在明显差异,这可能与基础疾病的发病率存在性别差异有关。

老年心衰的多病因构成的特点表明,在临床心衰治疗中必须把老年心衰患者当作特殊人群来对待和处理,治疗方案的选择上必须考虑到多重病因性。了解和掌握老年心衰的病因特点,将有助于老年心衰患者的诊治和预防。

## 参考文献

[1] Rodriguez-Artalejo F, Banegas-Banegas JR, Guallar-

(下转第434页)

收稿日期:2006-12-25

作者单位:200433 上海市,第二军医大学附属长海医院老年病科

作者简介:杨贤兵,男,1974年12月生,四川宜宾人,医学硕士,主治医师

通讯作者:拓西平, Tel:021-25072071, 13880466385

(3)加强营养支持、胃肠道功能的保护和促进其恢复对患者康复起着关键作用。由于机械通气使患者过度消耗,加之不能正常进食,长期呈负氮平衡状态,为确保患者的营养供给,缩短带机时间并尽快顺利撤机,加强营养支持非常重要<sup>[1]</sup>;研究表明,营养不良、能量不足的机械通气患者只有55%患者可脱机,而获得合理营养支持的患者成功脱机达93%<sup>[2]</sup>。

(4)脱机训练。我们采用了SIMV与压力支持通气(pressure support ventilation)方式及完全自主呼吸方式并用撤机,它可以使撤机过程更加平稳,尤其适合于撤机指标处于边缘状态的病例<sup>[3]</sup>。另外,脱机训练阶段,我们也加强了对患者的心理治疗,心理治疗在这一阶段对患者的康复也起着关键的作用。

(5)对于急性心肌梗死后频繁心绞痛的患者,我们及时给患者施行了IABP及PTCA+支架植入术,通过解决主

要的病变血管,增加梗死相关血管的血流,不但缓解了心绞痛症状,而且挽救了存活心肌,对于改善患者的心功能起到了至关重要的作用。

参考文献

[1] 杨柳. 机械通气病人的营养支持. 临床肺科杂志, 2007, 12:20-21.

[2] 邹彬, 邓克勤, 叶军健. 慢性阻塞性肺疾病呼吸衰竭行机械通气患者营养支持疗效观察. 中国呼吸与危重监护杂志, 2003, 2:114-116.

[3] Criner GJ, Tzouanakis A, kreimer DT. Overview of improving tolerance of long-term mechanical ventilation. Crit Care Clin, 1994, 10:845-866.

(上接第 431 页)

胆胆囊炎患者,PTGCD治疗后,疾病治愈康复。与手术治疗相比,具有操作简单,见效迅速,恢复快的优势,而且经济实用。

3.3 PTGCD可作为一种急救治疗方案之一 PTGCD也是一种较好的过渡治疗方案之一,文献<sup>[3]</sup>报道,PTGCD是治疗老年急性胆胆囊炎的安全、有效治疗方法。笔者应用PTGCD救治35例伴发MODS的高龄急性胆胆囊炎患者,均一次穿刺成功,顺利度过危险期,10~21d出院,无一例围手术期死亡,无一例出现术前的伴发疾病加重,并发症发生率为14.3%,与文献报道相似,表明PTGCD是一种急救治疗方案之一。

尽管本组有10例患者(8例并有胆总管结石)在术后1~2个月内再行相应的手术治疗——腹腔镜胆胆囊切除术或

(及)胆道取石术,但PTGCD仍然起了非常重要的过渡性治疗的作用,表明PTGCD也是一种较好的过渡治疗方案之一。

参考文献

[1] 刘得阳. 老年人危、急重症急性胆胆囊炎通向择其手术的桥梁. 中国普通外科杂志, 2002, 11:65.

[2] Daivies MG, Hagen PO. Systemic inflammatory response syndrome. Br J Surg, 1997, 84:920-935.

[3] 孙家邦, 康晔, 刘家峰, 等. 经皮经肝胆胆囊穿刺置管引流在老年急性胆胆囊炎病人中的应用. 中华肝胆外科杂志, 1999, 5:44-46.

(上接第 432 页)

Castillon P. Epidemiology of heart failure. Rev Esp Cardiol, 2004, 57:163-170.

[2] Ho KKL, Pinsky JL, Kannel WB, et al. The epidemiology of heart failure: the Framingham study. J Am Coll Cardiol, 1993, 22 (Suppl A): 6A-13A.

[3] Cowie MR, Wood DA. Incidence and aetiology of heart failure: a population-based study. Eur Heart J, 1999, 20: 421-428.

[4] Oyoo GO, Ogola EN. Clinical and socio-demographic as-

pects of congestive heart failure patients at Kenyatta National Hospital, Nairobi. East Afr Med J, 1999, 76: 23-27.

[5] 上海市心力衰竭调查协作组. 上海市1980, 1990, 2000年心力衰竭住院患者流行病学及治疗状况调查. 中华心血管病杂志, 2002, 30:24-27.

[6] Jalal K, Heidi J, Kirkwood F, et al. Gender differences in advanced heart failure: insights from the BEST study. J Am Coll Cardiol, 2003, 42:2128-2134.