

• 短篇论著 •

70 岁以上老年人心房颤动和血栓疾病的华法林抗凝治疗

侯晓平 廖京莉 张婧 尹巧香 周云飞

2003年6月至2006年12月,笔者应用华法林治疗17例70岁以上老年心房颤动和血栓疾病患者,疗效及安全性良好,报告如下。

1 资料和方法

1.1 临床资料 70岁以上男性17例,平均(77.9±4.0)岁(70~85岁)。非瓣膜房颤12例(永久性10例,持续性2例),深静脉血栓4例,肺动脉栓塞1例。患者无抗凝禁忌证,8例因冠心病同时服用阿司匹林(50~100mg/d),2例服用氯吡格雷。

房颤卒中危险因素^[1]:低危:<75岁2例,冠心病10例;中危:>75岁10例,高血压9例,糖尿病2例,充血性心力衰竭5例;高危:既往血栓栓塞或一过性缺血发作(transient ischemia attack, TIA)史7例。7例具高危因素,4例具2项或以上中危因素,1例83岁合并冠心病,均符合2006ACC/AHA/ESC指南及我国华法林抗凝治疗适应证。

房颤出血预测因素^[2]评分:0分1例,1分5例,2分5例,3分1例,平均1.5分,华法林治疗年出血率在1.9%(0分)~8.4%(3分)。

老年房颤华法林治疗出血危险评分^[3]:1例1.7分为中危(1.07~2.19),余11例0.49~0.81分均属低危(≤1.07)。

1.2 方法 签署知情同意书。国产华法林起始2.5mg/d(1例3.4375mg/d),7d后根据国际标准化比率(international normalized ratio, INR)调整剂量(隔天增减0.3125~0.625mg/d),维持INR在1.8~3.0。深静脉血栓和肺栓塞低分子肝素治疗开始后给予华法林。治疗时间1~30个月,≥3个月11例(平均17个月)。

于服药前,服药3、5、7d后,增量4、6d后清晨采取空腹静脉血送检凝血3项,以INR≥1.8为达标。应用低分子肝素者监测血小板计数。

采用SPSS11.0统计软件进行统计学处理。

2 疗效及安全性

患者服药(9.4±4.1)d、中位数(M)时间7d后INR达标,2.23±0.51(1.87~3.94),4例(77~85岁)INR曾>3(3.21~3.94);维持用药期内INR 2.49±0.58(1.42~

3.86)。血小板均在正常范围。

华法林日剂量:起始(2.56±0.23)mg、INR达标时(2.87±0.50)mg,维持(2.55±0.63)mg, M均为2.5mg。达标时日剂量高于起始和维持日剂量($P \leq 0.01$),起始与维持日剂量相比无统计学差异。INR达标时华法林累积量(26.3±13.5)mg。华法林各剂量与患者年龄无相关性。

房颤患者无TIA和缺血性卒中,深静脉血栓相关血管均有部分再通,1例肺动脉栓塞CT肺动脉造影证实血栓消失。4例INR曾达3.21~3.94,及时调整华法林剂量而未作特殊处理,全部患者无INR延长相关的出血事件。11例冠心病无急性心血管事件。

3 讨论

房颤患者的死亡率约为正常窦律人群的2倍且随年龄增长,抗凝治疗可减少栓塞性卒中风险。75岁以上老年房颤常非孤立性,往往合并高血压、糖尿病、心力衰竭等卒中中危因素,而有一项以上中危因素或任何高危因素均推荐使用华法林^[1]。但老年患者常因顾虑华法林抗凝治疗的出血风险而导致治疗不足。本组7例房颤抗凝治疗前已发生过TIA和血栓栓塞,其前房颤病史1~16年,正显示上述状况。对>75岁老年人华法林初始剂量建议应从2mg/d次开始^[4]。本组采用国产2.5mg/片剂,初始、达标时及维持剂量M均为2.5mg/d,半数以上患者在服药7d后INR达标,微调剂量维持INR在目标值范围,疗效和安全性良好,显示在严密监控INR条件下高龄患者2.5mg/d的华法林起始剂量是适宜和安全的。但高龄(>70岁)、卒中史、未控制的高血压、糖尿病等既为血栓的高危因素又是老年华法林抗凝出血的危险预测因素^[2,3],且老年人群多有肾功能减退,华法林抗凝治疗确实存在较大出血风险。本组房颤出血预测因素及华法林治疗出血危险评分均属出血中低危人群,可能是安全性较好的原因。

冠心病患者应用华法林抗凝治疗可减少心血管事件的发生率。荟萃分析显示^[5],急性冠脉综合征患者合用阿司匹林+华法林,INR控制在2~3之间,与单用阿司匹林比较,主要终点事件发生率明显降低。本组冠心病抗凝治疗期间无急性心肌缺血事件,与文献报告一致。

(下转第347页)

收稿日期:2007-02-12

作者单位:100036北京市,空军总医院干部病房

作者简介:侯晓平,女,1954年12月生,安徽省滁州市,医学硕士,主任医师,科副主任。Tel:010-66928162, E-mail: kzhxp@vip.sina.com

管手术后首选硝酸酯类及 $\alpha+\beta$ 受体阻滞剂等。如:脑血管手术后,一项24例单用硝普钠及合用乌拉地尔两组降压观察发现,降压中,硝普钠组平均剂量(3.45 ± 0.65) $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$,明显高于硝普钠+乌拉地尔(1.12 ± 0.36) $\mu\text{g}/(\text{kg}\cdot\text{min})$ ($P<0.05$);硝普钠组降压,心率明显快于合用组($P<0.05$),停止降压治疗后硝普钠组有血压反跳现象,但合用组则不明显($P<0.05$)。另外一项26例脑动脉瘤手术分为2组:一组间断推乌拉地尔15~20mg/次,同时静滴硝酸甘油,另一组直接静滴硝普钠均能维持在90~105mmHg,两组血压下降幅度相同,停用硝普

钠后20min,反跳到术前水平(130mmHg),同时心率增快,因此脑外科手术中乌拉地尔+硝酸甘油明显优于单用硝普钠。

总之,如何对各种严重高血压患者进行紧急处理是每个内科医生必须掌握的,尤其是老年人,在紧急状态下的治疗千变万化,因每个患者个体差异较大,口服与静脉,长效与短效常交替使用或合用,这可能是在此方面较少循证医学资料的原因,临床医生必须在长期临床实践中不断总结经验,灵活机动用药。

(上接第318页)

参考文献

- [1] Fuster V, Ryden LE, Cannom DS, et al. ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for the Management of Patients with Atrial Fibrillation: a report of the American College of Cardiology/American Association Task Force on practice guidelines and European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2001 Guidelines for the Management of Patients with Atrial Fibrillation): developed in collaboration with the European Heart Rhythm Association and the Heart Rhythm Society. *Circulation*, 2006,114:e257-e354.
- [2] Gage BF, Yan Y, Milligan PE, et al. Clinical classification schemes for predicting hemorrhage: results from the National Registry of Atrial Fibrillation (NRAF). *Am Heart J*, 2006,151:713-719.
- [3] 胡静一. 评价华法林治疗出血危险新模型. 中国医学论坛报, 2006,32:C3 版.
- [4] 许俊堂, 胡大一. 华法林的临床应用. 中国医刊, 2004, 39:43-45.
- [5] Andreotti F, Testa L, Biondi-Zoccai GG, et al. Aspirin plus warfarin compared to aspirin alone after acute coronary syndromes: an updated and comprehensive meta-analysis of 25 307 patients. *Eur Heart J*, 2006,27:519-526.

• 消 息 •

第七届长城国际老年心脏病学论坛、暨首届国际妇女心脏病学研讨会 第七届国际老年介入心脏病学研讨会

在长城国际心脏病学大会组委会的支持和帮助下,解放军总医院老年心血管病研究所已连续六届成功地承办了“长城国际老年心脏病学论坛”。受大会组委会委托,今年解放军总医院老年心血管病研究所将再次承办“长城国际老年心脏病学论坛”。逢王士雯院士今年初出版了我国首部《妇女心脏病学》大型专著之际,本届论坛将增加妇女心脏病学领域最新进展与相关内容。届时将邀请到国内外著名的学者,如:胡大一教授、吴清玉教授、沈璐华教授以及从事妇科专业的孙爱军教授等,就妇女心脏病的热点和重点问题进行探讨和交流,例如女性内分泌紊乱与心血管疾病、妇女冠心病的临床特点和治疗策略、妇女冠心病外科治疗的历史、现状和展望等。欢迎大家踊跃参会。时间:2008年10月24~25日,地点:北京国际会议中心。