·老年人血栓与出血专栏·

老年房颤患者支架术后抗血栓方案选择1例

田建伟*,吴 超,黄丛春,朴龙松
(空军总医院心血管内科,北京 100142)

【关键词】 老年人;心房纤颤;介入治疗;抗栓治疗
【中图分类号】 R592; R541 【文献标识码】 B 【DOI】 10.11915/j.issn.1671-5403.2016.10.180

1 临床资料

患者女,81岁。因"间断心悸5年,加重伴气促5 d"就诊。患者2010年初无明显诱因出现心悸症状,无心前区疼痛及其他伴随症状,心电图检查示"心房纤颤",住院治疗2 d后转复窦性心律,症状好转出院。此后2年病情稳定,无心悸发作。近3年患者心悸症状发作较前频繁,数月发作1次,多于劳累或情绪激动时出现,诊断为"冠心病、阵发性心房纤颤",于1年前入院,经静滴胺碘酮或普罗帕酮后2~3 d转复窦性心律,出院后口服"单硝酸异山梨酯缓释片、比索洛尔片、达比加群酯胶囊"治疗。近1年来,多次复查心电图均提示"心房纤颤"。5 d前劳累后出现心悸症状,伴胸闷、气促、大汗,无胸痛、呼吸困难,含服硝酸甘油数分钟后症状消失,为进一步诊治再次入空军总医院心血管内科治疗。患者既往高血压病史20年,平时口服"硝苯地平控释片、缬沙坦"降压治疗,血压控制平稳。否认糖尿病、慢性肾炎等病史,否认肝炎、结核等传染病史。

入院查体:体温36.2℃,脉搏82次/min,呼吸20次/min,血压131/92 mmHg。双肺呼吸音清晰,未闻及干湿性啰音,心界不大,心律绝对不齐,心音强弱不等,心率95次/min,各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音。辅助检查:心电图示异位心律,心房纤颤;心脏超声示左心房增大,前后径约43 mm,主动脉瓣钙化,左室射血分数54%。诊断:(1)冠心病、心绞痛;(2)心房纤颤;(3)高血压2级。

经静脉给予胺碘酮、普罗帕酮均未能转复窦性心律,后给予达比加群酯胶囊(110 mg,2次/d)抗凝,比索洛尔(5 mg,1次/d)控制心率,硝苯地平控释片(30 mg,1次/d)和缬沙坦(80 mg,1次/d)降血压,阿托伐他汀钙片(20 mg,1次/d)降血脂治疗。择期行冠状动脉造影,结果提示后降支开口局限性90%狭窄,经JR4.0指引导管,Runthrough NS 0.014英寸/180 cm导引导丝,应用Sprinter Legend 2.5/10 mm球囊8 atm预扩张后降支开口病变后,Crossover置入药物洗脱支架(2.5/12 mm Medtronic Resolute),12 atm释放支架,左室后侧支开口未受影响(图1)。患者介入术前口服抗凝血药物治疗(达比加群酯胶囊)已3年,多次经胸、心脏彩超均未发现左心房附壁血栓(未进一步行经食管心脏彩超检查),考虑患者抗凝治疗长期有效。介入治疗术后给予房颤电复律:静脉推注地西泮10 mg,150 J同步电复律,成功转复窦性心律(图2)。复律后继续服用达比加群酯胶囊(110 mg,2次/d,连用4周)、阿司匹林肠溶片(100 mg,1次/d)、替格瑞洛片(90 mg,2次/d)、单硝酸异山梨酯缓释片(60 mg,1次/d)、比索洛尔(5 mg,1次/d)、硝苯地平控释片(30 mg,1次/d)、缬沙坦(80 mg,1次/d)以及阿托伐他汀钙(20 mg,1次/d)等治疗,患者病情平稳。

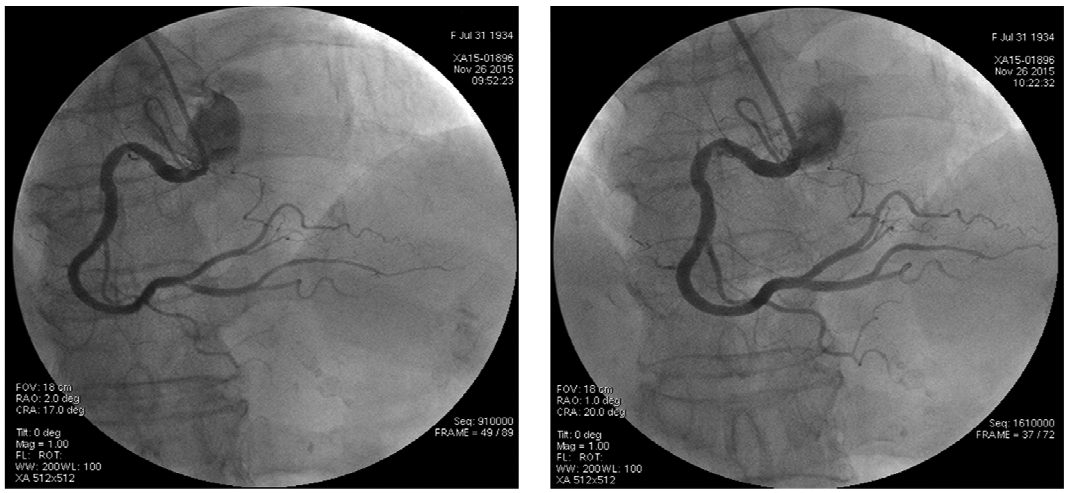
术后6个月患者出现多发自发性皮下淤血,无黑便,化验血红蛋白正常,便潜血阴性,停用替格瑞洛,继续服用阿司匹林肠溶片(100 mg,1次/d)抗血小板聚集治疗。目前随访12个月,未再发作心悸症状,无胸闷、胸痛等不适,随访期间无出血及血栓事件发生。

2 讨 论

我国人群房颤发生率约为1%,而>80岁老年人房颤发病率约为10%,>85岁老年人患病率则达18%。随着年龄的增加,房颤导致脑卒中的危险由50~59岁时的1.5%增加到80~89岁时的23.5%,而且老年人房颤并发脑卒中的病死率高达24%,存活者多出现肢体残疾,严重影响患者的生活质量,也给家庭带来了沉重的负担。根据2014年美国心脏协会(American Heart Association,AHA)/美国心脏病协会(American College of Cardiology,ACC)/美国心律学会(Heart Rhythm Society,HRS)联合发布的房颤指南[1],对于>75岁的老年人,如果没有抗凝血禁忌证,无论是否合并其他脑卒中危险因素,均应服用抗凝血药物预防脑卒中;如果合并出血性疾病、或不愿意长期服用抗凝血药物,可考虑行左心耳封堵术(Ⅱb类推荐)预防脑卒中。

老年人房颤与年轻人不同,多合并器质性心脏病,栓塞事件发生率高,治疗更为复杂。研究表明老年房颤患者单纯给予控制心室率+抗凝治疗与心脏复律相比,预后没有明显差异[2]。因此,对于老年房颤患者,应根据患者临床症状、房颤导致的血流动力学异常情况、房颤持续时间、脑卒中风险、其他伴随心脏疾病等情况综合选择治疗措施。

收稿日期:2016-06-07;修回日期:2016-07-11
通信作者:田建伟,E-mail:tianjianwei029@aliyun.com

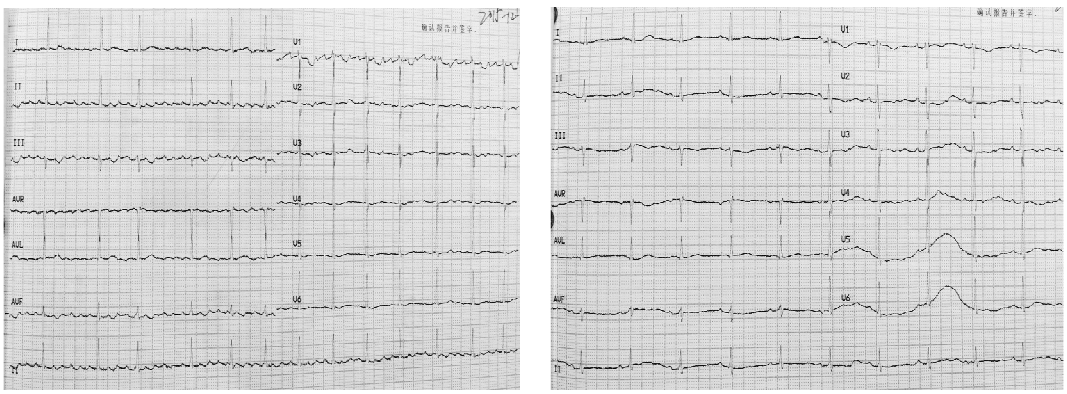


A B

图1 后降支冠状动脉造影

Figure 1 Coronary artery angiography for posterior descending branch

A: before percutaneous coronary intervention; B: after percutaneous coronary intervention



A B

图2 心电图

Figure 2 Electrocardiogram

A: before converting to sinus rhythm; B: after cardioversion of atrial fibrillation to sinus rhythm

本例老年房颤患者合并明显心绞痛,冠状动脉造影提示冠状动脉严重狭窄,介入治疗后接受抗凝血治疗+双联抗血小板聚集治疗带来的出血风险显著增加,是治疗的难点之一。我们采取了介入治疗术后电复律转复窦性心律,4周后即可停用口服抗凝血药物,显著缩短了抗凝血治疗+双联抗血小板聚集联合治疗的时间,从而有效降低了可能的出血风险。

本例患者为老年女性,年龄>75岁,合并冠心病、高血压,脑卒中风险评分4分(年龄2分、冠心病史1分、高血压病史1分),合并高龄、高血压等出血危险因素,无肝、肾功能异常,无脑卒中、严重出血史,无国际标准化比值(international normalized ratio,INR)不稳定,无药物、饮酒等因素,出血风险评估评分2分(高血压病史1分、年龄>65岁1分),无出血高危险因素,可给予口服华法林或新型口服抗凝剂达比加群酯、利伐沙班、阿哌沙班抗凝血治疗。本例患者给予口服达比加群酯治疗,与传统口服抗凝剂华法林相比,新型口服抗凝剂疗效更佳,且不用检测INR,使用更便捷[2]。患者冠状动脉存在严重狭窄病变,冠状动脉后降支支架植入术后需口服阿司匹林+替格瑞洛或氯吡格雷双联抗血小板聚集治疗,替格瑞洛/氯吡格雷为P2Y12受体拮抗剂,具有抗缺血能力强、不明显增加出血风险等优点。2011年美国心脏病学会基金会(American College of Cardiology Foundation,ACCF)/AHA/心血管造影和介入学会(Society for Cardiovascular Angiography and Intervention,SCAI)联合发布的经皮冠状动脉介入治疗指南推荐,对于非急性冠脉综合征患者药物涂层支架(drug eluting stent,DES)植入术后双联抗血小板聚集治疗中的P2Y12受体拮抗剂推荐使用≥12个月[3]。2016年ACC/AHA经皮冠状动脉介入治疗术后双联抗血小板聚集治疗指南更新,将DES植入术后P2Y12受体拮抗剂的治疗时间改为≥6个月[4]。本例房颤患者年龄较大,介入治疗及电复律后抗凝剂达比加群酯使用至电复律后4周,P2Y12受体拮抗剂替格瑞洛6个月后停药,大大减少了房颤患者介入术后双联抗血小板聚集以及抗凝血治疗的联合时间,减少了出血风险,同时避免了抗凝血药物长期使用的肾毒性。

老年房颤患者介入治疗后，相比单纯控制心室率，给予心脏复律能够减少双联抗血小板聚集药物合用抗凝血药物的时间，从而降低可能的出血风险，改善预后。但应根据患者个体病情选择合适的复律方法，从而提高安全性和有效性。

【参考文献】

[1] 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.

[2] Wyse DG, Waldo AL, DiMarco JP, *et al*. A comparison of rate control and rhythm control in patients with atrial fibrillation[J]. N Engl J Med, 2002, 347(23): 1825-1833.

[3] Levine GN, Bates ER, Blankenship JC, *et al*. 2011 ACCF/AHA/SCAI guideline for percutaneous coronary intervention. A report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association task force on practice guidelines and the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions[J]. J Am Coll Cardiol, 2011, 58(24): e44-e122.

[4] Levine GN, Bates ER, Bittl JA, *et al*. 2016 ACC/AHA guideline focused update on duration of dual anti-platelet therapy in patients with coronary artery disease: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on clinical practice guidelines[J]. J Am Coll Cardiol, 2016, doi: 10.1016/j.jacc.2016.03.513.

（编辑：吕青远）

·消　息·

《中华老年多器官疾病杂志》关于录用稿件优先数字出版的启事

为缩短学术论文发表周期，提高学术成果的传播和利用价值，争取科研成果的首发权，《中华老年多器官疾病杂志》已启用优先数字出版（online first）平台。

编辑部会将已被录用并完成排版校对的论文先于印刷版在杂志网站优先数字出版。同时，印刷版一经确定卷、期、页码，将上传至网络出版平台并取代优先出版的数字版。若有作者参阅本刊优先数字出版文献并引为参考文献的，请务必在其引用格式中标注数字出版的时间和网址，以确认该文的首发权。若有不同意优先数字出版的作者，请投稿时特别说明。

地址：100853 北京市复兴路28号，《中华老年多器官疾病杂志》编辑部
电话：010-66936756
网址：www.mode301.cn
E-mail：zhlndqg@mode301.cn