

• 短篇论著 •

老龄患者急性冠脉综合征急诊经皮介入治疗临床研究

黄雄 曹雪滨 张茂林 张刚

冠状动脉硬化性心脏病是高龄人群最常见的心脏疾患。包括稳定性心绞痛及急性冠脉综合征(acute coronary syndrome, ACS)。其治疗策略概括为内科保守性治疗及介入或手术侵入性治疗。药物治疗在老龄患者可出现心动过缓、房室传导阻滞、低血压、肝肾功能损害、意识状态改变等药物副作用。对于 48h 内心绞痛症状恶化或持续胸痛超过 20min,有充血性心力衰竭的症状、体征,出现低血压、心动过速、心动过缓、室速,心电图动态的 ST 段改变,心肌标记物升高的患者,容易发生心肌梗死和死亡,早期介入治疗是一种可行的手段^[1]。由于老龄患者常合并多种疾患、各种脏器储备功能下降,而且老龄人的动脉粥样硬化弥漫而严重,心肌缺血面积大,再血管化治疗风险高,因此,对于老龄 ACS 患者进行早期介入治疗是一种挑战。

1 资料与方法

1.1 方法 从 2004 年 5 月至 2005 年 12 月入选 15 例 65 岁以上发病 24h 之内的 ACS 患者,术前给予氯吡格雷 300mg

负荷量、巴米尔 0.3g 口服^[2],行急诊经皮冠状动脉腔内介入治疗(percutaneous coronary intervention, PCI),植入 CORDIS BX、SUN、TITAN、PARTNER 支架,术后常规氯吡格雷 75mg/d、巴米尔 0.3g/d 口服,随访 6~12 个月。

1.2 临床资料 见表 1。

1.3 观察指标 PCI 治疗时间分布、冠脉造影及 PCI 治疗结果、手术并发症、随访心血管事件。

2 结果

2.1 手术结果 见表 2。

2.2 随访结果 15 例患者门诊、电话随访 6~12 个月,无一例死亡,15 例无心绞痛发作,例 8 术后 3 个月出现左心功能不全再次入院,经抗心衰治疗 15 d 出院后无心衰症状。多支病变患者未行再次血运重建。氯吡格雷应用最长时间为 12 个月,最短时间 2 个月,无出血并发症发生。

表 1 15 例患者的临床资料

例序	性别	年龄(岁)	住院日(d)	症状	病程	恶化(h)	高危因素	心电图	肌酸激酶(U/L)	肌酸激酶同工酶(U/L)
1	女	67	13	心前区疼痛	2 年	5	糖尿病	前壁 ST 水平压低	590	34.6
2	男	68	11	持续性心前区疼痛	0d	4	高血压 3 级 脑出血	前壁 ST 上斜型抬高	5 109	685.7
3	男	69	10	胸骨后疼痛	3d	15	脑梗死	前壁 ST 上斜型抬高	2 034	229
4	男	70	8	胸闷	30d	24	糖尿病	前壁 ST 上斜型抬高	162	21
5	男	70	6	心前区疼痛	60d	24	无	前壁 ST 水平压低	98	14
6	女	73	13	心前区不适	0d	8	高血压 2 级 5 年	下壁 ST 上斜型抬高	1 021	98
7	女	76	9	恶心、呕吐、晕厥	0d	3	高血压 3 级	下壁 ST 水平型抬高	1 294	87.9
8	女	76	6	胸痛	15d	5	高血压 3 级	下壁 ST 上斜型抬高	1 624	193.2
9	男	77	12	心前区疼痛	0d	3	脑梗死 3 年	下壁 ST 上斜型抬高	650	56
10	男	78	14	心前区疼痛	3 年	24	高血压 3 级	前壁 STM 型抬高	161	15.4
11	男	79	12	胸背部疼痛	9 d	3	脑梗死 3 年	下壁 ST 上斜型抬高	780	41
12	男	75	5	胸骨后疼痛	2 d	10	高血压 3 级 10 年	前壁 ST 上斜型抬高	123	19
13	女	70	13	胸骨后疼痛	7 d	8	脑梗死	前壁 ST 上斜型抬高	43	29
14	男	72	10	胸骨后疼痛	3 d	6	脑梗死	前壁 ST 压低	108	34
15	男	78	8	胸骨后疼痛	2 d	4	脑梗死	前壁 ST 上斜型抬高	1 427	189

收稿日期:2006-12-11

作者单位:071000,保定市,北京军区第 252 医院心内科

作者简介:黄雄,男,1968 年 6 月生,湖南省临武县人,医学硕士,主治医师。Tel:0312-2058252,E-mail:hxhzy68@yahoo.com

表 2 15 例患者的手术结果

例序	发病到球囊扩张(h)	入院到球囊扩张时间 (min)	手术时间 (min)	冠脉造影结果	支架部位	支架直径 (mm)	支架长度 (mm)	手术并发症
1	7	80	110	LADp80% LCX80% RCAm90%	LADp LCX RCAd	2.75 2.75 2.75	23 33 13	血红蛋白下降
2	7	75	90	LADp100%	LADp	3	23	无
3	18	65	180	LADm100%; LCX60%,RCAm70%;	LADm	3.5	20	无
4	24	64	95	LCXm80% LADm85%	LADm	3	18	无
5	27	75	100	LADm80% RCAm98%,RCAp50%, 远端 2 分支闭塞 LCX75%,	LADm RCAm	3 2.75	28 23	无
6	9	60	120	LADp95%,LCX 节段 90%,RCAm90%	RCAm	2.75	20	无
7	6	80	70	LADm80%,LCXm90%	LADp	3.5	20	无
8	8	100	120	LADm80%,LCXm90% RCAm99%	RCAm	3.5	13	无
9	5	30	80	RCAd85%	RCAd	4	13	无
10	26	80	120	LADm90%,Dia190% LCXm80%	LADm LCXm	3 2.5	18 20	无
11	5	100	80	RCAm99%	RCAm	3.0	13	无
12	12	65	94	LADm95%LCX80%, RCAm70%	LAD	3.0	18	无
13	10	120	94	LADm85%LCX75%, RCAm85%	LADm	3.5	23	无
14	7	40	68	LADm80%LCX80%, RCAm95%	RCAm	3.0	18	无
15	6	110	80	LADp99%LCX80%,	LADp	3.0	18	无

注:LAD=前降支,LCX=回旋支,RCA=右冠状动脉,Dial=对角支

3 讨 论

ACS 提示急性心肌缺血。ACS 包括不稳定性心绞痛和急性心肌梗死(ST 抬高和非 ST 段抬高心梗)。早期处理包括阿司匹林、肝素、β 阻滞剂、硝酸酯类药物、吸氧,他汀类和 ACEI 药物证明对 ACS 有益。早期介入治疗能够改善联合终点事件(死亡/心肌梗死)。TIMI(Thrombolysis in myocardial infarction)ⅢB 试验亚组分析^[3],高龄患者(≥63 岁)早期介入治疗可降低 6 周内死亡和心肌梗死发生率(7.9% 和 14.8%, $P=0.02$);TACTICS-TIMI18(Treat Angina with Aggrastat and Determine Cost of Therapy with an Invasive or Conservative Strategy-Thrombolysis in Myocardial Infarction-18)试验^[4],随访 6 个月,联合终点事件(死亡、心肌梗死、复发心绞痛),早期介入治疗组危险下降了 22%。本研究 15 例 ACS 中急性心肌梗死 9 例,从入院到球囊扩张时间最长 110min,平均时间(door-balloon)78min,平均手术时间 99 min,基本达到指南的要求,其中时间耽搁在患者决定手术时间。6 例不稳定性心绞痛均为两支以上病变,对罪犯血管进行了支架治疗。15 例患者 36 处病变,19 处行 PCI,植入 20 枚支架,手术全都成功。早期病例病变血管均植入了支架,近期病例只于罪犯血管植入了支架,临床随访主要心血管事件无差别,因病例数量少不能得出统计学结论。1 例术后出现血红蛋白下降,但无需输血治疗,一例术后 3 个月出现左心功能不全,经药物治疗痊愈,无一例

死亡,提示急诊 PCI 术是处理高龄患者 ACS 的一种有效、安全的手段,但如何选择需其处理的病变、达到良好的效价比,尚待进一步研究。

参 考 文 献

[1] Kereiakes DJ, Tchong J, Fry ET, et al. Pharmacoinvasive management of acute coronary syndrome in the setting of percutaneous coronary intervention; evidence-based, site- and spectrum-of-care strategies for optimizing patient outcomes in NSTEMI-ACS. J Invasive Cardiol, 2003, 15: 536-553.

[2] 高润霖, 刘冰, 等. 经皮冠状动脉介入治疗指南. 中国循环杂志, 2003, 18: 89-100.

[3] Effects of tissue plasminogen activator and a comparison of early invasive and conservative strategies in unstable angina and non-Q-wave myocardial Ischemia. Results of the TIMI Ⅲ B Trial (thrombolysis in Myocardial Ischemia) Circulation, 1994, 89: 1545-1556.

[4] Cannon CP, Weintraub WS, Demopoulos LA, et al. Comparison of early invasive and conservative strategies in patients with unstable syndromes treated with the glycoprotein Ⅱb/Ⅲa inhibitor tirofiban. N Engl J Med, 2001, 344: 1879-1887.