

重视高龄老人冠心病诊治特点

王朝晖¹

【摘要】 中国已进入了老龄化社会,而人口老龄化的特点是高龄老人(≥ 80 或 ≥ 85 岁)数量增长迅速,高龄老人冠心病发病率也逐年增加。高龄老人冠心病因其临床特点有别于一般成人冠心病,易导致漏诊和误诊。我们应该关注和重视高龄老人这一特殊群体,基于循证医学依据,遵循临床指南,坚持个体化原则,积极控制多种冠心病的危险因素,针对高龄老人冠心病的临床症状和并发症特点,及时调整治疗方案,进一步延长患者寿命、减少冠心病心血管事件发生。

【关键词】 冠心病;人口老龄化;高龄老人

【中图分类号】 R541.4 **【文献标志码】** C **【文章编号】** 1001-1439(2012)07-0481-03

Attach importance to the diagnosis and treatment of coronary heart disease in the oldest-old

WANG Zhaohui

(Department of Geriatrics, Union Hospital, Huazhong University of Science and Technology, Wuhan, 430022, China)

Corresponding author: WANG Zhaohui, E-mail: wwwzh@public.wh.hb.cn

Summary China has become an aging society with a rapid growth of the oldest-old (aged over 80 or 85), which is a modern characteristic of population aging. The incidence of coronary heart disease (CHD) in the oldest-old has increased year by year. As its clinical features differ from average adults, CHD in the oldest-old is prone to be misdiagnosed and missed diagnosed. Thus, more concern and attention should be given to this specific group in accordance with evidence-based medicine, clinical guidelines, individualized therapy, as well as risk factor control. Moreover, treatment program should be adjusted timely according to the clinical features of symptoms and complications of CHD in the oldest-old, so as to increase life span and decrease incidence of cardiovascular events in these patients.

Key words coronary heart disease; population aging; the oldest-old

中国人口的年龄结构正在日益老龄化,老龄化已成为新世纪中国人口发展最重要的战略研究课题。国际通用的标准是,一个国家 60 岁及以上老年人口达到总人口数的 10%,或者 65 岁及以上老年人口达到人口总数的 7% 以上,这个国家就属于人口老龄化国家。通常认为,60~69 岁为低龄老人,70~79 岁为中龄老人,80 岁以上为高龄老人。中国第五次人口普查(2000 年)60 岁以上和 65 岁以上人口分别为 10.46% 和 6.96%,而第六次人口普查(2010 年)分别占总人数的 13.26% 和 8.87%,目前的中国已迅速进入老龄化社会。随着我国人口快速老龄化,随之而来的可能是心血管病的大流行,1998 年 WHO 全球健康报告显示,如果不加控制,到 2030 年我国冠心病患病率将比 2000 年增加 3.7 倍。因高死亡率、致残率和患病率,其将成为一个十分突出的公共卫生和社会问题。

人口老龄化的一个现代特点是高龄老人(≥ 80 或 ≥ 85 岁)数量呈爆炸性增长,该年龄组与其他老年人(≥ 60 或 ≥ 65 岁)相比,增长更为迅速。估计至 2050 年全球高龄老人数将从目前的 1.02 亿升高至 4 亿,其中中国从 1 800 万升至 1.01 亿^[1]。然而,目前该人群并未引起研究者太多注意,而是隐藏于所有老年人群研究的统计报告中,且大多临床研究把高龄老人作为入选时的排除标准,因此,现今适用于成人的冠心病治疗指南是否适用于高龄老人并不清楚^[2]。

专门为高龄老人冠心病设计的大型临床试验不多,而临床应用最为广泛的 Framingham 危险因素评分对甄别高龄老人冠心病事件的能力也较其他年龄人群差,Harrell C-index 分别为 0.583(男性)和 0.577(女性),并且低估了冠心病风险 8%(男性)和 51%(女性)^[2]。一些传统的危险因素,如 TC、LDL-C、TG、每日运动量和酒精摄入量等与高龄老人冠心病的相关性较弱,而同型半胱氨酸、踝

¹ 华中科技大学协和医院综合科 老年病科(武汉,430022)
通信作者,王朝晖, E-mail: wwwzh@public.wh.hb.cn

臂指数、白细胞介素-6、C反应蛋白(CRP)和冠状动脉钙化斑块的检测却能适度增加冠心病患病危险的预测能力^[2-3]。

高龄老人一般经济不能自立,需要家庭和社会提供帮助;体弱多病,需要特别医疗服务和生活照顾;大多数高龄老人已丧偶,且女性多于男性;高龄老人冠心病因其临床特点而易导致漏诊和误诊。高龄老人冠心病的特点有:①疼痛症状不典型,在高龄女性老人尤为明显,常表现为呼吸困难、胸闷、上腹痛、恶心、疲劳和乏力等非特异性症状;且胸痛预测价值较低,常表现为无痛性心肌缺血^[4-5]。②冠状动脉病变复杂,多支病变较多,住院期间心肌梗死并发出血性事件、脑卒中、休克、心律失常、心力衰竭、心脏破裂和再发心肌梗死等发生率较高,在高龄女性老人表现尤为明显^[6-7]。③延迟就医时间长,可能与胸痛症状不明显、自主神经功能紊乱、认知受损、伴随的疾病重等因素有关,在高龄女性老人尤为明显^[8]。④多种危险因素并存及多器官功能减退,病程中不确定因素复杂多变使预后恶劣。⑤伴随着脏器和血管生理性老化,药物不良反应和事件发生率增加,临床医师决策介入的适应证及时机难于掌握。

高龄老人冠心病资料大多数来源于临床试验的亚组分析或注册研究,至今缺乏针对该人群的治疗指南。高龄老人冠心病常伴发多系统疾病,如脑血管疾病、高血压、糖尿病、慢性阻塞性肺病和肾功能不全等,常需服用4种及以上药物,高龄老年人用药时需根据肝肾功能调整给药方案,服药剂量应该按年龄调整,采取小剂量给药原则;用药前了解患者的用药史,既往的诊断、药物适应证和可能发生的不良反应^[7-8]。

积极控制多种冠心病的危险因素,并随时根据高龄老人冠心病的症状和并发症调整治疗方案,近年国内外多个心血管疾病相关临床指南和文献均对高龄老人提出了相应治疗策略。①针对高龄老人高血压特点,如收缩压增高、脉压增大、血压波动大、常有昼夜节律异常、白大衣高血压多、假性高血压多等,强调应收缩压达标,避免过度降低血压,选择平稳、有效、安全、服药简便、依从性好的药物,降压目标值为 $<150/90$ mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)。②对老年人的血脂异常治疗,临床试验证实调脂治疗防治冠心病的临床益处不受年龄的影响,且高龄老人的他汀治疗绝对获益得益于其抗炎和稳定斑块作用,而非降脂作用。高龄老人常因多种疾病服用多种药物及肾功能减退,易发生药物相互作用,强调高龄老人调脂治疗要个体化,药物起始剂量不宜太大,注意监测和合理调整药物剂量^[9-10]。③高龄老人糖尿病的管理,强调对于病史较长、一般健康状况差、已有严重血管并发症、预期寿命短、有

低血糖事件史及独居者,宜采取较为宽松的降糖目标。④针对改善高龄老人冠心病心绞痛或心肌缺血,经皮冠状动脉介入手术(PCI)与药物治疗相比,虽能改善近期症状和降低再住院率,但并不能降低死亡率和心肌梗死的发生率,而且远期主要心脏不良事件较药物治疗组高,如药物治疗能控制症状则优先选择药物治疗^[7,11]。⑤高龄老人不稳定型心绞痛和非ST段抬高性心肌梗死患者,阿司匹林需常规使用,除非有禁忌证或不能耐受,可使用氯吡格雷代替;在经过标准的强化药物治疗无效后,可考虑行PCI治疗;双联抗血小板治疗常用于已行PCI术的患者,评估出血风险后糖蛋白Ⅱb/Ⅲa拮抗剂在进行PCI时可选择使用;严重左室功能减退、无保护的左主干病变、多支血管病变伴糖尿病则可考虑选择冠状动脉旁路移植术(CABG)^[12]。⑥高龄老人ST段抬高性心肌梗死(STEMI)患者,住院期间死亡率高达32%,女性、心源性休克、既往心肌梗死史、低血压、糖尿病、心房颤动、肌钙蛋白增高、CRP增高等独立危险因素致死亡风险增加;在没有禁忌证的情况下,积极的介入治疗能明显改善该人群STEMI的远期存活率和生活质量,当并发心源性休克时可选择CABG,因出血风险高不推荐行溶栓治疗,且术中和术后的抗凝治疗应避免使用过于积极的方案^[13-14]。

尽管目前缺乏更多高龄老人冠心病治疗的循证医学证据,但临床试验的亚组分析和荟萃分析对高龄老人冠心病的诊治仍有重要的指导意义。我们应该关注和重视高龄老人这一特殊群体,对高龄老人冠心病的治疗应当以患者为中心,基于循证医学依据,坚持个体化原则,以延长寿命、减少冠心病心血管事件发生率为最终目的^[1,9,15]。

参考文献

- [1] LONGO D L. Harrison's principles of internal medicine[M]. 18ed. New York: McGraw-Hill, 2011: 10-12.
- [2] RODONDI N, LOCATELLI I, AUJESKY D, et al. Framingham risk score and alternatives for prediction of coronary heart disease in older adults[J]. PLoS One, 2012, 7: e34-87.
- [3] POLONSKY T S, MCCLELLAND R L, JORGENSEN N W, et al. Coronary artery calcium score and risk classification for coronary heart disease prediction[J]. JAMA, 2010, 303: 1610-1616.
- [4] WILLIAMS M A, FLEG J L, ADES P A, et al. Secondary prevention of coronary heart disease in the elderly (with emphasis on patients ≥ 75 years of age)[J]. Circulation, 2002, 105: 1735-1743.
- [5] 王朝晖. 关注特殊人群急性冠状动脉综合征[J]. 临床心血管病杂志, 2006, 22(11): 641-642.
- [6] WENGER N K, SHAW L J, VACCARINO V. Cor-

- onary heart disease in women: Update 2008[J]. Clin Pharmacol Ther, 2008, 83: 37-51.
- [7] PFISTERER M, BUSER P, OSSWALD S, et al. Outcome of elderly patients with chronic symptomatic coronary artery disease with an invasive vs optimized medical treatment strategy[J]. JAMA, 2003, 289: 1117-1123.
- [8] American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert P. American geriatrics society updated beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults[J]. J Am Geriatr Soc, 2012, 60: 616-631.
- [9] ALLEN MAYCOCK C A, MUHLESTEIN J B, HORNE B D, et al. Statin therapy is associated with reduced mortality across all age groups of individuals with significant coronary disease, including very elderly patients [J]. JACC, 2002, 40: 1777-1785.
- [10] KVAN E, PETTERSEN K I, LANDMARK K, et al. Treatment with statins after acute myocardial infarction in patients ≥ 80 years: Underuse despite general acceptance of drug therapy for secondary prevention[J]. Pharm Drug Saf, 2006, 15: 261-267.
- [11] WEINTRAUB W S, SPERTUS J A, KOLM P, et al. Effect of pci on quality of life in patients with stable coronary disease[J]. New Eng J Med, 2008, 359: 677-687.
- [12] ANDERSON J L, ADAMS C D, ANTMAN E M, et al. ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction: A report of the American College of Cardiology/American Heart Association task force on practice guidelines (writing committee to revise the 2002 guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial infarction) developed in collaboration with the American college of emergency physicians, the society for cardiovascular angiography and interventions, and the society of thoracic surgeons endorsed by the American association of cardiovascular and pulmonary rehabilitation and the society for academic emergency medicine [J]. JACC, 2007, 50: e1-157.
- [13] KUSHNER F G, HAND M, SMITH Jr S C, et al. 2009 focused updates: ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction (updating the 2004 guideline and 2007 focused update) and ACC/AHA/SCAI guidelines on percutaneous coronary intervention (updating the 2005 guideline and 2007 focused update): A report of the American College of Cardiology foundation/American Heart Association task force on practice guidelines[J]. JACC, 2009, 54: 2205-2241.
- [14] SHAH P, NAJAFI A H, PANZA J A, et al. Outcomes and quality of life in patients ≥ 85 years of age with ST-elevation myocardial infarction [J]. Am J Cardiol, 2009, 103: 170-174.
- [15] MEDINA H M, CANNON C P, ZHAO X, et al. Quality of acute myocardial infarction care and outcomes in 33, 997 patients aged 80 years or older: Findings from get with the guidelines-coronary artery disease[J]. Am Heart J, 2011, 162: 283-290.

(收稿日期: 2012-06-10)

科技论文中表格的规范化(五)

表中的 P 值结果也应排在表下。方法为:在表内以小 5 号阿拉伯数字并加半圆括号(如¹⁾)置于被标引对象的右上角,表下则标注:¹⁾ $P < 0.0 \times$ 。 P 值应按 $P < 0.05$ 、 $P < 0.01$ 顺序排列,一般情况下 $P > 0.05$ 可不标注。

如果同一表格有多个 P 值注释时应按^{1), 2), 3), 4)}...顺序编码。序号应标注在主语上,如高血压组与对照组比较,应将序号标注在高血压组的数据上,而不能标注在对照组的数据上。一般来说,注释符号不放在对照组的数据上,因为无论是研究者还是读者,更关心的是实验组数据是否与对照组的数据有差别,而并不关心对照组的数据与实验组的数据有何差别。为了减少重复注释同一比较条件,可以将同一比较条件的结果放在一起,不同 P 值的编码相邻排列,之间用“,”隔开;与另一比较条件用“;”隔开。如:与对照组比较,¹⁾ $P < 0.05$,²⁾ $P < 0.01$;与高血压组比较,³⁾ $P < 0.05$,⁴⁾ $P < 0.01$;与冠心病组比较,⁵⁾ $P < 0.05$,⁶⁾ $P < 0.01$ 。

多个注释之间可用“;”隔开,如:^{a)} 1 mmHg=0.133 kPa;^{b)} 其中 2 例死亡。不同表注之间用“。”隔开,如:^{a)} 1 mmHg=0.133 kPa;^{b)} 其中 2 例死亡。与^{a)} 对照组比较,¹⁾ $P < 0.05$,²⁾ $P < 0.01$;与高血压组比较,³⁾ $P < 0.05$,⁴⁾ $P < 0.01$ 。