高龄患者一例 PCI 术后随访四年报告

唐 泉　蒙君宁　韦金儒 *
广西壮族自治区南宁市第一人民医院心内科　广西南宁　530022

摘　要：急性 ST 段抬高型心肌梗死（STEMI）起病急、危重，容易导致急性心力衰竭、心源性休克发生，死亡率高，特别是在高龄患者或有多种合并症患者，救治难度大。重建血运是最有效的治疗方法，包括溶栓治疗和经皮冠状动脉介入治疗。但在高龄患者，选择何种治疗办法，需要充分评估治疗风险，需评估溶栓治疗引起致命性出血的可能。对 75 岁以上患者，溶栓治疗的是相对禁忌症 [1]。药物保守治疗或 PCI 似乎是唯一选择。本文对一例 103 岁男性 STEMI 患者进行急诊 PCI，成功重建前降支血运，并在住院期间纠正急性左心衰，顺利出院。出院后常规药物治疗，存活四年，期间出现慢性左心衰竭和消化道大出血，均经积极救治后转危为安。107 岁时，因肺炎诱发急性左心衰再发、并急性肾功能衰竭死亡。

关键词：高龄；STEMI；选择 PCI

病例介绍：患者宋 xx，103 岁，住院号：00008808。患者因反复胸闷痛半年，再发并加重 2 小时于 2018 年 12 月 26 日入院。既往有慢性支气管炎病史，无高血压或糖尿病史。入院体检：T 36 ℃，R22 次 / 分，P78 次 / 分，BP128/69mmHg. 神志清醒，对答彻题。无紫绀，颈静脉无怒张，双肺呼吸音清晰，无啰音。心界不大，无杂音。服软，无压痛，肝脾未触及，双下肢不肿，四肢肌力正常。入院后急查心电图，V1、V2、V3、I、aVL 导联 ST 段抬高，II、III、AVF 导联 ST 段下移伴 T 波倒置。肌钙蛋白 T 5.390 ug/L，肌红蛋白 435.1ug/ml，CK 1237u/L，CK–MB 139.4u/l，HBDH 402u/l，IDH 392u/l，BNP7650.8 pg/ml。入院诊断：冠心病、急性 ST 段抬高型心肌梗死（前间壁、高侧壁）、Killip 1 级。经家属同意，予急诊介入诊疗，经桡动脉路径行左右冠脉造影，结果显示：左前降支近段闭塞，TIMI 0 级，回旋支和右冠正常，右冠远端可见侧支循环达前降支远端。对左前降支 PCI 术，用 2.0 × 20mm 球囊以 10ATM 预扩张左前降支近中段病变后，置入 3.0 × 23mm Firebird 药物支架 1 枚，支架扩张后造影显示狭窄消失，TIMI 3 级，术中无不适，术中使用肝素 7000 单位，碘克沙醇用量 65ml，安返病房，生命征正常。术后予阿司匹林加氯吡格雷抗血小板聚集治疗。考虑患者高龄，未给予抗凝治疗。同时常规口服阿托伐他汀、美托洛尔、培哚普利、质子泵抑制剂。在 CCU 观察治疗 2 天后转到普通病房，1 周后平安出院，随访。2 个月后，因上呼吸道感染，诱发急性左心衰、急性肾功能损害，再次住院治疗，有效治疗好转出院。出院后患者精神状态较好，在家属照顾下生活能够自理，能够正常饮食和起床活动。6 个月后停用阿司匹林，单用氯吡格雷和抗心衰治疗。2020 年 12 月 20 日患者突发上腹疼痛，呕血以“急性上消化道出血（内镜下可见胃窦部多发溃疡并活动性出血）、失血性休克”入院，经输血、内镜下止血，休克纠正，好转出院。2022 年 10 月 13 日因重症肺炎、急性左心衰、慢性肾功能不全恶化死亡，终年 107 岁。

讨论：根据《中国心血管健康与疾病报告 2024 概要》，我国心脑血管疾病（CVD）发生率居高不下，2023 年全国 6748 家共收治 5037 万人才高血压患者，合并症前三位是冠心病、脑血管病和糖尿病，分别是 30.6%、30.5%、25.8%[2]。推算全国 3.3 亿 CVD 患者，其中高血压 2.45 亿，卒中 1300 万，冠心病 1139 万。成为中国首位死因，占 40% 给国家、社会、家庭带来了沉重的负担。尽管面临巨大的困难和压力，在党和政府的坚强领导下，在《健康中国行动 2019–2030》重大行动纲要的指引下，在国家卫健委的正确领导下，各地积极推进医改，近 10 年来分级诊疗、医联体建设显著提高了 CVD 救治水平。特别是国家区域医学中心建设、城市医疗集团建设和县域医共体建设，极大提高各种危重 CVD 的救治水平。各地三级甲等医院积极建设胸痛中心，急性心肌梗死得到及时救治。据南宁市第一人民医院医疗集团胸痛中心统计，每年近一千台冠心病 PCI 患者中，STEMI 患者占比 2/3，都能够在 12 小时内有效重建梗死相关

血管（IRA）血运，PCI 总死亡率远低于千分之三。年龄 75 岁以上 STEMI 患者者，在时间窗内直接 PCI 已经成为常规手段。年龄不再是限制急诊 PCI 的重要条件，仅是适应症选择、禁忌症评估及获益评价的一项因素 [3]。

日本 J-PCI 注册研究 [4] 表明，90 岁以上老年患者的冠脉介入治疗结果：心力衰竭和慢性肾脏疾病的频率很高。年龄较大的患者有较高的住院死亡率、心脏压塞、PCI 后心原性休克以及需要输血的出血并发症。本例患者在介入后 4 年中相继出现心衰、慢性肾功能不全、严重的上消化道出血，这些致命性并发症难以避免，即使术中使用等渗对比剂也难以改善这些不良远期预后 [5]。即使在目前的较好的临床条件中，老年冠心病患者的管理仍然是具有挑战性的，而选择有创血运重建策略时选择合适患者是最重要的问题。自药物洗脱支架问世并广泛应用以来，大量研究聚焦于 PCI 术后双联抗血小板治疗一年（DAPT）的策略，但关于 DAPT 后采用阿司匹林单药长期维持治疗的循证依据一直存在争议。2024 年欧洲心脏病学会慢性冠状动脉综合征管理指南 [6] 指出，氯吡格雷可能较阿司匹林更具优势。SMART-CHOICE 3[7] 试验表明：在缺血事件高危且 PCI 后完成 DAPT 标准抗板治疗患者中，与阿司匹林单药治疗相比，氯吡格雷单药治疗显著降低了全因死亡、心肌梗死和卒中复合死亡的累积发生率，而出血风险未明显增加。在极高龄患者中，上消化道出血常是致命的，不论是阿司匹林或氯吡格雷引起的，结局都一样。但 Marco Valgimigli[8] 的 meta 分析认为在防止心脑血管事件和减少出血风险方面，单用氯吡格雷要优于单用比阿司匹林。

小结：对老年患者实施 PCI 时，应适当考虑围手术期并发症的高危特征，包括死亡率和出血，同时要充分评估患者和家属对 PCI 的认知和期望状况。

参考文献：

[1] 颜红兵，向定成，刘红梅等。《中国医学前沿杂志（电子版）》2018 年第 10 卷第 4 期

[2]《中国心血管健康与疾病报告 2024》。国家心血管病中心 编。.

[3] 美国心脏病学会 (ACC) 与美国心脏协会 (AHA) 等 5 个学会联合发布的《2025 ACC/AHA/ACEP/NAEMSP/SCAI 急性冠状动脉综合征患者管理指南》。

[4]Comparison of Outcomes After Percutaneous Coronary Intervention in Elderly Patients, Including 10 628 Nonagenarians: Insights From a Japanese Nationwide Registry (J-PCI Registry). J Am Heart Assoc. 2019;8:e011017.

[5] 杜梦阳，姜琳，宋莹，等。等渗对比剂和低渗对比剂与冠心病介入治疗后对比剂肾病及远期预后的关系。中国循环杂志，2020,35:254-258

[6]2024 年欧洲心脏病学会慢性冠状动脉综合征管理指南

[7]Ki Hong Choi*, Yong Hwan Park*, Jong-Young Lee。Et al.Efffcacy and safety of clopidogrel versus aspirin monotherapy in patients at high risk of subsequent cardiovascular event after percutaneous coronary intervention (SMART-CHOICE 3): a randomised, open-label, multicentre trial. www.thelancet.com Published online March 30, 2025

[8]Marco Valgimigli*, Ki Hong Choi*, Daniele Giacoppo. Et al.Clopidogrel versus aspirin for secondary prevention of coronary artery disease: a systematic review and individual patient data meta-analysis.www.thelancet.com Published online August 31, 2025

作者简介：唐泉（1977—），男，汉族，博士毕业，主任医师，冠心病介入病介入治疗。

通讯作者：韦金儒，男，壮族，博士研究生毕业，教授，冠心病介入治疗和冠心病发病机制研究。