

• 临床研究 •

冠心病患者介入治疗后吸烟控制情况分析

李长虹 刘妮妮

【摘要】 目的 了解冠心病患者接受经皮冠状动脉介入治疗术后吸烟的控制情况,分析其与循证医学指南的差距。**方法** 选择在北京华信医院急诊科接受介入治疗并且出院后随访时间在180d的所有冠心病患者,分析其入院时与随访期吸烟情况的变化。**结果** 在总共337例患者中,299例接受了6个月的随访(随访率为88.7%)。入院时与随访时的吸烟比率分别为47.5%(142/299)和23.1%(69/299, $P=0.003$);入院时吸烟的患者在随访时仍吸烟者为35.9%(51/142),入院时无吸烟的患者随访时吸烟率为11.5%(18/157);在随访期间将患者按年龄分组分析,结果显示:非老年组(≤ 65 岁)患者的再吸烟率为52.8%(47/89),老年组(>65 岁)患者为41.5%(22/53),非老年组患者高于老年组($P=0.023$);老年组在随访期内戒烟率为49.1%(26/53),高于非老年组患者32.6%(29/89, $P=0.012$);老年组随访期新发吸烟率为5.4%(5/93),低于非老年组20.3%(13/64, $P=0.001$)。**结论** 冠心病患者在介入治疗后的吸烟控制情况不理想。应加强对冠心病患者的戒烟宣传教育,努力缩小临床实践与循证指南的差距。

【关键词】 冠状动脉疾病;血管成形术,经腔,经皮冠状动脉;吸烟;随访研究

Smoking control after percutaneous coronary intervention in coronary heart disease patients

LI Changhong, LIU Nini

Department of Emergency, Huaxin Hospital, Beijing 100016, China

【Abstract】 Objective To elucidate the situation of giving up smoking after percutaneous coronary intervention (PCI) in patients with coronary artery disease in order to analyze the gap between the real situation and evidence-based medicine. **Methods** 299 patients with coronary artery disease who had undergone PCI and followed up for 6 months were studied. **Results** The rates of smoking on admission and follow-up period were 47.5% (142/299) and 23.1% (69/299), respectively. During follow-up, 35.9% (51/142) of the in-hospital smokers continued smoking, whereas 11.5% (18/157) of the non-smokers during hospitalization became cigarette addict despite a marked reduction in the general rate of smoking ($P=0.003$). All the patients were divided into elderly group (>65 years) and non-elderly group (≤ 65 years). Compared with the elderly group, the non-elderly group had a higher rate of recurrent smoking (52.8% vs 41.5%, $P=0.023$), a lower rate of giving up smoking (32.6% vs 49.1%, $P=0.012$) and a higher rate of new smokers (20.3% vs 5.4%, $P=0.001$) during follow-up period. **Conclusion** The situation of giving up smoking after PCI is far beyond optimal, with a high rate of continued smoking and poor control of smoking. Prompt and effective measures should be taken to enhance the education to the people, especially young patients to minimize the gap between clinical practice and evidence-based guidelines.

【Key words】 coronary artery disease; angioplasty, transluminal, percutaneous coronary; smoking; follow-up studies

吸烟是造成冠状动脉粥样硬化的危险因素之一,控制吸烟对于减少由冠状动脉硬化导致的心脏事件具有十分重要的意义。近年来,经皮冠状动脉介入治疗成为冠心病患者的主要治疗手段,虽然该

治疗方法在很大程度上预防和减少了临床心血管事件的发生,但是它并不能阻止和逆转动脉粥样斑块的发展。因此,加强对曾经介入治疗的冠心病患者的二级预防,特别是严格的控制吸烟,至关重要。

收稿日期:2007-04-09

作者单位:100016 北京市,北京华信医院(清华大学第一附属医院)急诊科

作者简介:李长虹,女,1965年9月生,北京市人,医学学士,主治医师。Tel:13051564083

目前,在临床实践中,这些患者的吸烟控制率与循证医学指南的要求尚有较大差距。本研究分析北京华信医院冠心病患者经过介入治疗及其术后6个月随访的吸烟情况,以期了解这一群体的现状,为今后采取更为有效的措施提供临床依据。

1 对象与方法

1.1 研究对象 2004年8月至2006年3月间北京华信医院急诊科对经冠状动脉造影证实为冠心病的337例患者进行了经皮冠状动脉介入治疗,其中,男248例,女89例,年龄52~81(65.4 ± 8.4)岁。诊断为不稳定性心绞痛137例,稳定性心绞痛55例,急性ST段抬高型心肌梗死97例,非ST段抬高型心肌梗死48例。合并疾病及危险因素:高血压病史133例、糖尿病史96例、高脂血症史69例、慢性支气管炎史73例、吸烟史166例、陈旧脑血栓病史34例。介入治疗前心功能Killip分级:1级27例,2级14例,3级6例。

1.2 方法 所有患者入院时均仔细询问既往病史及其不良嗜好,然后进行经股动脉的冠状动脉造影检查。一旦确定缺血相关血管并可行介入治疗者,治疗前由术者向患者及其家属介绍病情,如选择介入治疗,签署统一印制的手术同意书。即刻给与阿司匹林300mg、氯吡格雷300mg嚼服,普通肝素10000IU注入鞘管,按标准的介入治疗方法进行球囊扩张和植入支架。术后4h拔除动脉鞘管。常规皮下注射小分子肝素5000IU,5~7d,氯吡格雷75mg,每日1次顿服,连续3~9个月,阿司匹林100mg每日1次,长期口服。另外,再住院期间内,所有患者要求禁止吸烟,如合并糖尿病、高血压和高脂血症,则同时给予相应的治疗措施,如降血糖、限盐、控制体重以及服用他汀类药物降血脂等。

1.3 随访 对所有患者出院后进行为期半年的临床随访。主要采取定期进行心内科门诊和电话、书信等形式随访。记录患者的主要不良心血管事件以及二级预防情况,特别是吸烟的控制情况,由随访者填写统一印制的随访表,然后进行资料汇总。

1.4 统计学方法 所有数据资料采用SPSS10.0统计软件包进行分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用 t 检验,计数资料采用 χ^2 检验。

2 结果

2.1 一般资料 在337例行介入治疗的冠心病患者中,有229例患者完成了6个月的临床随访,随访

率为88.7%。在229例患者中,男性占77.7%(178/229),平均年龄为(63.5 ± 11.2)岁(53~78岁)。入院时与随访时的吸烟比率分别为47.5%(142/299)和23.1%(69/299),随访期间的吸烟率明显低于患者刚入院时的水平($P=0.003$)。其中,入院时吸烟的患者在随访时仍吸烟者为35.9%(51/142),入院时无吸烟的患者随访时吸烟率为11.5%(18/157)。

2.2 分组比较情况 将所有229例患者按年龄进行分组比较。其中,年龄 >65 岁者为老年组, ≤ 65 岁者为非老年组。结果显示:非老年组患者的再吸烟率为52.8%(47/89),老年组患者为41.5%(22/53),非老年组患者显著高于老年组患者($P=0.023$);而老年组在随访期内的戒烟率为49.1%(26/53),远高于非老年组患者32.6%(29/89, $P=0.012$);老年组随访期新发吸烟率为5.4%(5/93),远低于非老年组患者的20.3%(13/64, $P=0.001$)。

2.3 随访期间吸烟原因的调查 在术后吸烟的69例患者中,有12(17.4%)例认为吸烟与冠心病无关;另有24(34.8%)例认为介入治疗已经将冠心病根治,可以继续吸烟;14(20.3%)例吸烟是受他人引诱;8(11.6%)例因自己术后控制吸烟的能力差;11(15.9%)例患者认为吸烟可以解除烦恼。

3 讨论

吸烟是心血管疾病的明确危险因素,吸烟与动脉粥样硬化斑块的进展、增厚与纤维化密切相关^[1,2]。吸烟可以导致冠状动脉炎症、血栓形成和低密度脂蛋白胆固醇氧化,可对冠状动脉粥样硬化的各个阶段(从内皮功能异常到血栓事件)产生影响^[3]。无论是主动吸烟还是被动吸烟者,均较非吸烟者更易发生主要不良心血管事件。He等^[4]研究表明,与从不吸烟者相比,当前吸烟者心肌梗死风险增高2.87倍。研究^[5]表明,血管重建术后戒烟能减少心绞痛发作和再住院、提高心脏功能和生存率。因此,对于确诊的冠心病患者,临床循证医学指南要求积极控制吸烟等危险因素,尤其是加强对曾经行冠状动脉介入治疗患者的二级预防,对于减少不良事件和改善预后具有重要意义。

本研究显示,冠心病患者在介入治疗后,吸烟的比率明显降低,这说明绝大多数患者认识到了吸烟的危害性。但应该指出,本文仍有69例(23.1%)患者在术后6个月的随访期内吸烟,其中有51例患者在术前就已经吸烟,另有18例患者为术后新发的吸

烟者。这表明尽管冠状动脉介入治疗在改善临床缺血症状和降低心脏不良事件上有良好的疗效,其术后的二级预防却远不满意。与循证医学指南有较大的差距。加强戒烟的宣传教育,探索行之有效的戒烟方法依然任重而道远。

本研究还发现,术后吸烟的患者与其年龄有较大的关系。年龄 >65 岁的患者在随访期内的再吸烟率低于年龄 ≤ 65 岁的患者(41.5%和52.8%, $P=0.023$),而其戒烟率较高(49.1%和32.6%, $P=0.012$)。表明老年患者的吸烟控制情况好于非老年患者,但较预期的老年组介入术后的戒烟率 $\geq 60\%$ 有一定差距。分析其原因,笔者认为,一方面老年患者多存在较多的呼吸系统疾病,如慢性支气管炎、慢性阻塞性肺疾病等,吸烟诱发或可加重其发作,从而使其再吸烟的可能性大大降低。另一方面,与老年人由于多器官功能的退化,使其对烟草的成瘾依赖性大幅降低有关。相对于老年患者,非老年患者术后的吸烟控制较差,较预期的术后戒烟率 $\geq 55\%$ 相差甚远,这些患者的社会活动较为活跃,而且健康知识匮乏。在69例术后吸烟的患者中,有12(17.4%)例认为吸烟与冠心病无关;另有24(34.8%)例认为介入治疗已经将冠心病根治,可以继续吸烟;14(20.3%)例吸烟是受他人引诱;11(15.9%)例患者认为吸烟可以解除烦恼。这些患者中绝大多数为非老年患者,这反映出在这一群体中,较为普遍存在着对冠心病知识的片面性和无知性。而且,其本身容易受社会交往群体的左右,后者严重影响着冠心病介入治疗后的远期效果和冠心病的二级预防。所以,亟待加强对冠心病知识,特别是介入治疗知识的普及宣传。在年轻人中强调吸烟的危害性,开展健康教育,是临床工作者在今后较长时期工作的重中之重。

值得注意的是,本文仅有8例(11.6%)患者术后继续吸烟的原因是对烟草过分依赖,而绝大多数患者并不对吸烟成瘾。说明只要采取强有力的戒烟措施,实现缩小与循证医学指南的差距是完全可能

的。再者,在随访中有18例患者为新发吸烟者,这不仅说明吸烟在冠心病患者介入治疗后的易感性,也表明加强对冠心病患者的吸烟控制是一个长期而艰苦的过程,需要全民和全社会做出共同努力。总之,冠心病患者在经皮冠状动脉介入治疗后吸烟的控制情况还远远不够理想。应制定出符合我国实际情况的冠心病指南,尤应加强对介入治疗后的冠心病患者的戒烟随访干预与宣教,努力缩小循证指南与临床实践的差距,将冠心病的治疗与预防提高到一个新的水平。

参考文献

- [1] Sharrett AR, Ding J, Criqui MH, et al. Smoking, diabetes, and blood cholesterol differ in their associations with subclinical atherosclerosis: the multiethnic study of atherosclerosis (MESA). *Atherosclerosis*, 2006,186:441-447.
- [2] Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. On behalf of the INTERHEART study investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 2004, 364: 937-952.
- [3] Ambrose JA, Barua RS. The pathophysiology of cigarette smoking and cardiovascular disease: an update. *J Am Coll Cardiol*, 2004,43: 1731-1737.
- [4] He J, Gu D, Wu X, et al. Major causes of death among men and women in China. *N Engl J Med*, 2005, 353:1124-1134.
- [5] Eagle KA, Guyton RA, Davidoff R, et al. ACC/AHA2004 guideline update for coronary artery bypass graft surgery: summary article; a report of the American College of Cardiology /American Heart Association Task Force on Practice Guideline (committee to update the 1999 guideline on coronary artery bypass graft surgery). *J Am Coll Cardiol*, 2004, 44: 1146-1154.