

冠状动脉瘘合并急性下壁心肌梗死 1 例

张 萱¹, 张树林¹, 徐厚道², 王志祥³

(1. 北京军区总医院心内科, 北京市 100700; 2. 北京卫戍区门诊部, 北京市 100009;

3. 北京市北苑 66194 部队医院, 北京市 100012)

[关键词] 内科学; 冠状动脉瘘; 急性心肌梗死; 冠状动脉造影

冠状动脉瘘(coronary artery fistula, CAF)是指冠状动脉与心腔或其他心脏周围血管之间的异常通路,是最常见的先天性冠状动脉畸形,冠状动脉造影的检出率占 0.1%~0.2%。绝大多数 CAF 小而无症状,仅在行冠状动脉造影时被偶然发现,也有一些因分流量较大而出现心前驱连续性杂音、心肌缺血、心绞痛或充血性心力衰竭;伴发急性心肌梗死(acute myocardial infarction, AMI)未见报道。我们发现 1 例,现予报道。

1 临床资料

患者男性,60 岁,因发作性心前区疼痛 3 年,加重 6 d,于 2004 年 2 月入院。患者于 3 年前出现劳力性心绞痛,于单位卫生所做心电图示“心肌缺血”,长期服用地奥心血康,病情稳定。2004 年 1 月 31 日因劳累和着凉后于 20:00 出现心前区疼痛,呈压榨样,持续性,伴恶心、呕吐胃内容物,全身冷汗,30 min 后出现一过性意识丧失约 30 s,醒后仍觉恶心,自服硝酸甘油 2 片后入睡,次日凌晨 3:00 醒后仍觉恶心,再次呕吐 2 次胃内容物,家人急送当地县医院,心电图示“下壁 AMI”,化验“心肌酶高”,经抗凝、扩张冠状血管及对症处理病情稳定 6 d 后转入我院。既往高血压病史 6 年,间断服用降压药控制血压。入院查体:一般状况好,无紫绀,颈静脉无怒张,呼吸 16 次/min,脉搏 94 次/min,血压 128/74 mm Hg,心界扣诊不大,心率 94 次/min,律齐,心前区及各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音,双肺呼吸音清晰。心电图示 Ⅰ、Ⅱ和 avF 导联病理性 Q 波,T 波倒置,ST 恢复等

电位线。血液生物化学检验发现心肌酶、血糖和血脂均在正常范围。心脏 B 超示左室下壁阶段性室壁运动减弱。诊断为下壁 AMI。于入院后一周行冠状动脉造影(coronary angiography, CAG),见冠状动脉循环左冠状动脉优势,前降支近端 80% 狭窄病变,回旋支中段两处分别 30% 和 90% 狭窄病变,右冠状动脉在距右冠开口 1 cm 处完全闭塞,远端有 ④级侧枝循环建立,右冠状动脉闭塞病变近端有一血管血流经冠状静脉窦流入右心房,证实为冠状动脉瘘。左室造影示下壁收缩运动消失,收缩期向外膨出,形成室壁瘤。于前降支病变及回旋支 90% 狭窄处各植入一枚支架,因右冠状动脉非优势,未处理病变。术后随访 2 月,患者无胸闷及心绞痛发作。

2 讨论

冠状动脉瘘(CAF)多数存在左向右分流。大约半数患有较大的瘘的病人无症状,但另一半发生充血性心衰、心肌缺血等症状,这些瘘中的一半起源于右冠状动脉或其分支,最常见的类型是冠状动脉注入右侧心腔^[1]。CAF 产生的病理生理影响是由于冠状动脉窃流和瘘口远端血流减少所致。为满足远端血液供应,冠状动脉开口可产生代偿性扩张,久之可形成动脉瘤样扩张、内膜溃疡、钙化甚至粥样硬化斑块。本例患者因分流量小,未引起临床症状及心功能异常,在发生 AMI 后行 CAG 被确诊,其右冠状动脉瘘口远端病变的形成可能也与血流改变所致的内膜损伤有关。

[参考文献]

- [1] Levin DC, Fellows KE, Abrams HL. Hemodynamically significant primary anomalies of the coronary arteries: Angiographic aspects. *Circulation*, 1978, 58: 25

(此文编辑 胡必利)

[收稿日期] 2004-05-25

[修回日期] 2004-12-02

[作者简介] 张萱, 硕士, 副主任医师, 主要从事介入心脏病临床研究, 联系电话 010-66721629, E-mail 为 zhangxuan5668@sina.com.cn。