

## 严重冠状动脉痉挛行冠状动脉内介入治疗 2 例

卢孔杰, 韦凡平

(湖州市中心医院心内科, 浙江省湖州市 313000)

[关键词] 内科学; 冠状动脉痉挛; 不稳定型心绞痛; 冠状动脉介入治疗

[摘要] 目的 观察冠状动脉痉挛导致的不稳定型心绞痛行冠状动脉介入治疗的价值。方法 常规药物治疗后, 心绞痛仍频发的 2 例严重冠状动脉痉挛患者, 行冠状动脉介入治疗, 观察临床效果及中远期预后。结果 冠状动脉介入治疗后, 心绞痛未再发作, 分别随访半年及一年半, 无冠状动脉事件发生。结论 对典型冠状动脉痉挛所致的心绞痛患者, 除扩冠、解痉、抗凝、防栓、调脂治疗外, 积极的冠状动脉介入治疗有望达到预防心肌梗死及猝死的作用。

[中图分类号] R5

[文献标识码] A

### 1 临床资料

病例 1, 男性, 55 岁, 商人。反复胸痛 2 月, 再发 4 天, 于 2004 年 12 月 26 日住院。疼痛发作时有濒死感, 期间共发作性晕厥 3 次。9 年前有胃穿孔、胃修补术史, 否认高血压、糖尿病病史, 吸烟 30 年, 20 支/天。体温 36.5 °C, 脉搏 60 beat/min, 呼吸 20 beat/min, 血压 140/90 mmHg, 心率 60 beat/min, 齐, 心尖区 2/6 级收缩期杂音, 柔和。肌钙蛋白 T 0.04 µg/L, 肌钙蛋白 I 0.03 µg/L, 甘油三酯 2.12 mmol/L, 胆固醇 9.79 mmol/L, 高密度脂蛋白 49.50 mg/dL, 极低密度脂蛋白 37.54 mg/dL, 高敏 C 反应蛋白 0.45 mg/L。心电图示左心室肥大伴劳损。

入院后予低分子肝素针(克赛)0.6 mL 每 12 h 皮下注射, 拜阿司匹林片 0.1 mg 每日一次口服, 氟伐他汀胶囊(来适可)40 mg 每日一次口服, 地尔硫卓片(合心爽)30 mg 每 8 h 一次口服, 氯吡格雷片(波立维)75 mg 每日一次口服。12 月 29 日再发胸痛, 心电图示 I、AVL、V<sub>2</sub>~V<sub>6</sub> 导联 ST 段弓背型抬高 0.3 mV~4.5 mV, 部分呈墓碑样改变。当日行左冠状动脉造影时, 前降支全段痉挛如串珠状, 近中段 20% 左右偏心性狭窄(图 1)。同时监护导联可见 ST 段明显抬高, 迅速导管内注入 200 µg 硝酸甘油后痉挛解除(图 2)。12 月 31 日行冠状动脉内介入治疗, 指引导管到位后行造影时, 前降支近中段再次发生严重痉挛, 且造成远端罕见的无血流现象(图 3)。迅速导管内注入 200 µg 硝酸甘油后痉挛解除。遂

于前降支近中段放置 3.5 × 18 mm<sup>2</sup> AVE Driver 支架一枚(图 4), 术后随访一年半, 无胸痛及晕厥发生。



图 1. 痉挛发生时造影图像

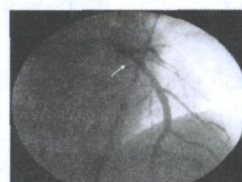


图 2. 痉挛解除时造影图像



图 3. 介入治疗时前降支近中段再次发生严重痉挛

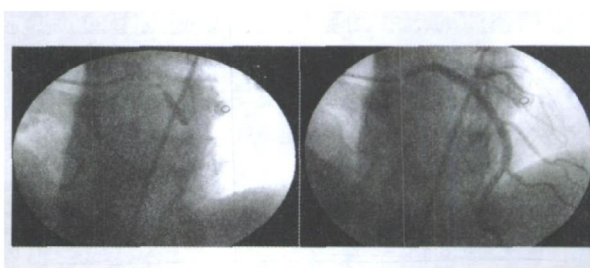


图 4. 支架植入后

[收稿日期] 2007-01-24

[修回日期] 2007-06-01

[作者简介] 卢孔杰, 主治医师, 主要从事心脏起搏及冠状动脉介入治疗, E-mail 为 lkj583@sina.com。韦凡平, 主任医师, 主要从事心血管疾病的介入治疗。

病例 2, 男性, 37 岁, 木匠。反复阵发性胸痛半月, 于 2006 年 4 月 19 日入院。疼痛发作与活动无关, 呈压榨样, 每次持续 5~10 min, 伴濒死感, 休息不能缓解。每日发作次数逐渐增多, 入院当天即已发作 4 次, 且持续时间延长近半小时。抽烟 20 年, 20 支/天。体温 37.2℃, 脉搏 69 beat/min, 呼吸 18 beat/min, 血压 117/79 mmHg。心肺听诊无殊。血生化检查全部正常。入院时心电图正常。入院后不久心绞痛发作, 心电图示  $V_2 \sim V_4$  导联 ST 段弓背型抬高 0.2~0.6 mV, 与 T 波连接呈单向曲线。予扩冠、解痉、抗凝、防栓、调脂治疗, 心绞痛仍反复发作。于 2006 年 4 月 27 号行冠状动脉内介入治疗。造影示前降支开口处 70% 狭窄(图 5), 斑块欠稳定, 导管内注入硝酸甘油 200  $\mu$ g 后仍见固定狭窄约 50% (图 6), 遂于此处植入 Cypher  $3.5 \times 23$  mm<sup>2</sup> 支架一枚, 并与回旋支做对吻(图 7)。术后随访半年, 患者无胸闷、胸痛发生。



图 5. 冠状动脉造影示前降支开口处 70% 狭窄

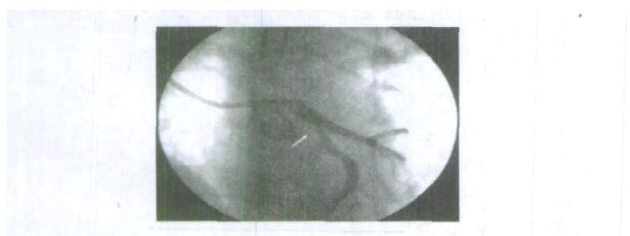


图 6. 冠状动脉造影示前降支开口处 50% 狭窄

## 2 讨论

临床研究证实, 冠状动脉痉挛不但可导致变异型心绞痛, 还可导致急性心肌梗死甚至猝死<sup>[1]</sup>。江一清等报道由冠状动脉痉挛引起急性心肌梗死的患者中, 61.8% 的冠状动脉病变为  $\leq$  II 级以下的狭窄。由于冠状动脉痉挛发作突然, 难以用心电图、冠状动脉造影证实, 动物模型和临床研究均有一定难度。上述 2 例是我们在近几年的临床工作中收集到的典型病例, 其有以下特点: 发病年龄较轻; ④均属男性; ⑤有吸烟史; 疼痛极其剧烈, 有濒死感, 甚至有

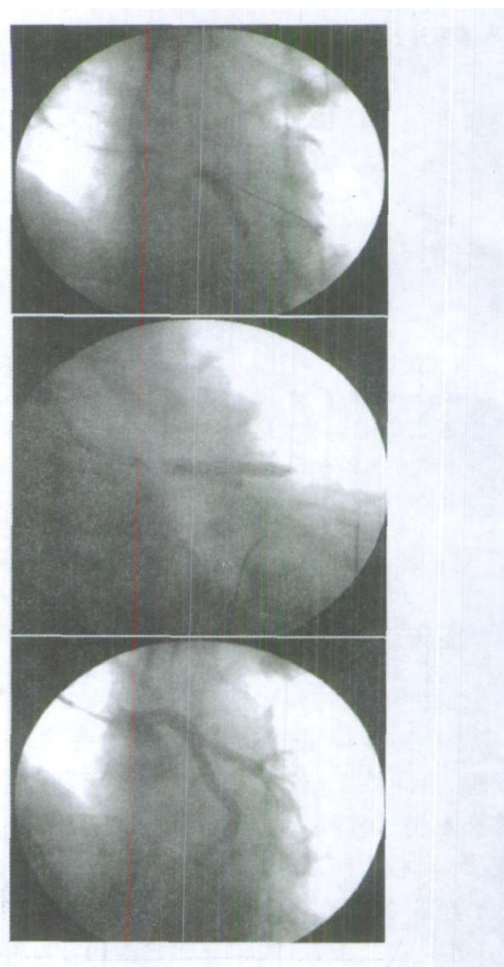


图 7. 支架植入后

晕厥(考虑以疼痛性晕厥可能性为大); 典型心电图表现: ST 段抬高呈单相曲线, 酷似急性心肌梗死;

冠状动脉造影证实病变处狭窄并不严重, 但斑块性质均欠稳定; ⑧冠状动脉内介入治疗效果良好。我们的体会是冠状动脉痉挛可导致动脉粥样硬化斑块破裂、血栓形成及急性冠状动脉综合征, 对典型冠状动脉痉挛所致的变异型心绞痛患者, 除扩冠、解痉、抗凝、防栓、调脂治疗外<sup>[2,3]</sup>, 积极的冠状动脉内介入治疗有望达到预防心肌梗死及猝死的作用。

## [参考文献]

- [1] Agate DJ, Schwartz R, Lazar JM. Coronary vasospasm-induced ventricular tachyarrhythmias [J]. *Investi Cardiol*, 2002, 14 (10): 609.
- [2] ACC/AHA. Guidelines for the management of patients with unstable angina and non-ST-segment elevation myocardial infarction [J]. *J Am Coll Cardiol*, 2002, 40: 1366-374.
- [3] 王峻, 姜德谦, 方臻飞, 杨俭新, 文丹. 早期辛伐他汀治疗对不稳定型心绞痛患者凝血纤溶及高敏 C 反应蛋白水平的影响[J]. *中国动脉硬化杂志*, 2006, 14 (4): 351-352.

(此文编辑 文玉珊)