

大剂量低分子肝素联合波立维和拜阿司匹林治愈 2 型糖尿病并冠心病支架内亚急性血栓形成 1 例

迪里努尔·塔吉, 段美晶, 买买提·阿不都热依木

(新疆医科大学附属第一医院心血管专科医院干心二科, 新疆维吾尔自治区乌鲁木齐市 830054)

[关键词] 内科学; 低分子肝素; 2 型糖尿病; 支架内亚急性血栓形成

[中图分类号] R5

[文献标识码] A

1 临床资料

患者男性, 43 岁, 体重 110 kg, 体质指数 39.9 kg/cm^2 , 既往无高血压病史, 2007 年 3 月确诊 2 型糖尿病。此次因“活动后胸闷、胸骨后疼痛 3 月”于 2007 年 6 月 11 日入院。体格检查血压 130/80 mmHg, 心率 88 次/min, 余无特殊, 心电图检查结果正常。实验室检查血常规正常, 纤维蛋白原 3.7 g/L , C 反应蛋白 9.25 mg/L 。心脏 B 型超声检查结果为射血分数 62.6%。入院诊断为 1、冠心病, 不稳定型心绞痛; 2、2 型糖尿病。常规给予拜阿司匹林 100 mg qd , 波立维 75 mg qd , 倍他乐克 12.5 mg bid , 低分子肝素 $80 \text{ mg q12h} \times 3 \text{ d}$ 。经治疗后发现活动后仍有胸痛, 于 6 月 19 日行冠状动脉造影, 发现仅前降支近段 90% 狭窄, 即行经皮冠状动脉介入术, 置入 CYPHER 支架。术后继续给予拜阿司匹林和波立维原剂量, 低分子肝素 80 mg q12h 再用 3 d。术后第 4 日患者活动后出现剧烈胸痛伴大汗, 心电图检查发现下壁心肌缺血, 之后渐演变为前壁 ST 段抬高型心肌梗死图形。结合心肌损伤标记物明确诊断为急性 ST 段抬高型心肌梗死, 考虑支架内亚急性血栓形成。3 h 内予尿激酶 1.5 MU 溶栓后胸痛无缓解, 之后行经皮腔内冠状动脉成形术。术中发现前降支原植入支架内血栓形成, 前降支近段、D1 对角支完全闭塞。行球囊扩张术后血流恢复 TIMI 3 级, 但 5 min 后支架内血栓再次形成。予冠状动脉内缓慢注入盐酸替罗非班后再次球囊扩张。盐酸替罗非班 $1/3$ 量持续静脉滴注, 肝素 12.5 ku 静脉滴注。转入 CCU 予盐酸替罗非班 7 mL/h 泵入维持 36 h。低分子肝素 $80 \text{ mg q12h} \times 7 \text{ d}$, 拜阿司匹林 200 mg qd , 波立维 75 mg bid , 倍他乐克 25 mg tid 。术后纤维蛋白原增高至 8.49 g/L 。血小板 $318 \times 10^9/\text{L}$ 。心脏心脏 B 型超声波检查发现左心室舒张期末 62 mm, 射血分数 50%。术后第 5 日转入我科, 患者仍有呼吸困难, 夜间难以平卧。复查 C 反应蛋白 14.3 mg/L 。第二次经皮腔内冠状动脉成形术后第 13 日患者再次出现胸痛, 心电图 V4-V6 导联 ST 段抬高, T 波倒置。心电监护有频发室性期前收缩。在静脉滴注硝酸甘油过程中患者阿-

斯综合征发作, 心电监护为心室肌纤维颤动图形。考虑为心肌梗死后心绞痛发作, 心脏仍有隐匿性心肌缺血, 心电不稳定出现心室肌纤维颤动。行胸外按压后恢复窦性心律, 实验室检查心肌酶正常, 心肌肌钙蛋白 I 为 $0.69 \text{ } \mu\text{g/L}$ 。静脉滴注可达龙抗心律失常, 低分子肝素 $80 \text{ mg q12h} \times 9 \text{ d}$ 。患者心率约 85~95 次/min, 根据血压及心功能, 倍他乐克逐渐加量至 50 mg bid , 心率降至 70~75 次/min, 舒降之由 20 mg 加量至 40 mg 强化调脂及稳定斑块。治疗后患者否认气短、乏力、胸痛, 夜间可平卧, 复查 C 反应蛋白为 4.3 mg/L , 纤维蛋白原为 3.4 g/L , 血小板正常, 住院 38 日后平安出院。

2 讨论

冠状动脉支架内血栓形成是严重的介入治疗的并发症, 可导致急性心肌梗死、死亡等严重后果, 死亡率高达 20%~25%。根据血栓发生时间分为急性、亚急性、晚期、极晚期。虽目前临床已联用多种抗凝、抗血小板药物, 但急性、亚急性支架内血栓的发生率仍接近 1%。

本文中患者经皮冠状动脉介入术后第 4 日支架内血栓形成, 发生 ST 段抬高型心肌梗死, 分析其发生原因可能由下列因素引起: (1) 体内粥样斑块不稳定, 血小板活性增强使局部凝血作用增强。(2) 与支架术和冠状动脉本身有关, 因为支架为异物, 有致血栓作用; 为前降支病变; 术中引导丝、球囊及支架均可损伤血管; 原有的附壁血栓可形成新血栓的核心, 使血栓迅速扩大; 缺血再灌注损伤机制也参与了支架内血栓的形成。(3) 抗血小板和抗凝血酶治疗不够充分, 此例为肥胖糖尿病患者, 血液高凝, 常规剂量的拜阿司匹林和波立维可能剂量不足, 低分子肝素使用的时间较短。

本文中患者治疗独特之处在于长期大剂量使用低分子肝素, 住院 38 d 中共用 22 d, 总剂量达到 3.52 g 。通过本例的治疗我们的经验是血液高凝状态的患者, 尤其是 2 型糖尿病并冠心病者经皮冠状动脉介入术前可加大抗血小板力度, 阿司匹林、波立维采用大剂量, 低分子肝素可延长使用时间, 加强抗凝。术后仍要强化抗凝。低分子肝素大剂量长时间的使用是否利大于弊, 尚待大规模临床试验来研究。

(此文编辑 胡必利)

[收稿日期] 2008-08-23

[修回日期] 2008-07-28

[作者简介] 迪里努尔·塔吉, 硕士, 副主任医师, 副教授, 联系电话为 0991-8984575。段美晶, 硕士研究生, 医师, 联系电话为 13565902340, E-mail 为 lkaixinguo@163.com。买买提·阿不都热依木, 主任医师, 副教授。