

# 右冠状动脉自发性夹层伴大量血栓保守治疗 1 例

邱旭光

(华中科技大学同济医学院附属同济医院心内科, 湖北省武汉市 430030)

[关键词] 冠状动脉夹层; 血栓; 急性冠状动脉综合征; 保守治疗

[中图分类号] R541.4

[文献标识码] A

冠状动脉内膜在特定情况下可能出现自发性撕裂,形成夹层,引起急性冠状动脉综合征(acute coronary syndrome, ACS),虽然发生率低,但可能造成猝死,需要根据具体情况个体化治疗。

## 1 病例资料

女性患者,57岁,因突发胸痛14h,在当地医院就诊,心电图提示急性下壁心肌梗死,行保守治疗7天后转入我院。既往无明确高血压、糖尿病病史,无高脂血症病史,无结缔组织病史,无吸烟饮酒史。入院时体检:血压110 mmHg/75 mmHg,脉搏60次/分,颈静脉无怒张,甲状腺不大,双肺呼吸音清,心脏相对浊音界不大,心率60次/分,律齐,心音低钝,P2<A2,未闻杂音,腹软,肝脾肋下未触及,双下肢不肿。入院心电图提示下壁心肌梗死(亚急性期),心脏彩色超声提示左心房28 mm,左心室50 mm,射血分数(ejection fraction, EF)值60%,下壁心肌活动减弱。肌钙蛋白28 μg/L,总胆固醇4.8 mmol/L,低密度脂蛋白2.8 mmol/L,高密度脂蛋白0.9 mmol/L,甘油三酯2.6 mmol/L,空腹血糖5.6 mmol/L。

入院后给予抗血栓(阿司匹林口服每天0.1 g,氯吡格雷口服每天75 mg,伊诺肝素皮下注射每次40 mg,每天2次,替罗非班持续静脉泵入0.25 mg/h,共72 h)、调脂(瑞舒伐他汀口服每天10 mg)及扩血管(硝酸甘油静脉滴注5 mg,每天1次)治疗。3天后行冠状动脉造影,提示左主干无明显狭窄,左回旋支中段30%狭窄,左前降支近段30%偏心性狭窄,通过间隔支有到右冠状动脉远端的侧枝循环,右冠状动脉第一弯曲后可见明显夹层,有大量血栓,夹层段血管直

径约8 mm,远端血流TIMI(thrombolysis in myocardial infarction)1级(图1)。考虑右冠状动脉内血栓明显,未行经皮冠状动脉介入(percutaneous coronary intervention, PCI)术,回病房后继续抗血栓治疗(阿司匹林口服每天0.1 g,氯吡格雷口服每天150 mg,伊诺肝素皮下注射每次40 mg,每天2次,并再次加用替罗非班持续静脉泵入0.25 mg/h,共72 h)。2周后再行冠状动脉造影,见右冠状动脉内血栓基本消失,中段夹层依然存在(图2),考虑夹层段血管直径太粗,未行介入治疗,出院后继续抗血栓治疗(阿司匹林口服每天0.1 g,氯吡格雷口服每天150 mg),查二磷酸腺苷(adenosine diphosphate, ADP)诱导的血小板聚集率45%,花生四烯酸诱导的血小板聚集率15%。随诊至今4个月患者无明显症状,一直坚持服药,不愿再复查冠状动脉造影。

## 2 讨论

自发性冠状动脉夹层(spontaneous coronary artery dissection, SCAD)是急性冠状动脉综合征较少见但很重要的一种病因,有报道其在冠状动脉造影中出现的比例在0.2%,平均发病年龄为42岁,3/4的患者为女性,其中30%发生于围产期<sup>[1]</sup>。第1例见诸报道的SCAD发生于1931年<sup>[2]</sup>,其后见诸报道的病例不超过1 000例,据估计60%~80%的患者表现为心源性猝死<sup>[3]</sup>。冠状动脉粥样硬化和围产期是SCAD最常见的2种病因,其他危险因素包括结缔组织疾病(马方综合征、Ehlers-Danlos综合征)、血管炎(如结节性多动脉炎、系统性红斑狼疮和嗜酸性粒细胞动脉炎)、抗磷脂抗体综合征和炎症肠病<sup>[4]</sup>。任何导致冠状动脉剪切力增加的因素都与

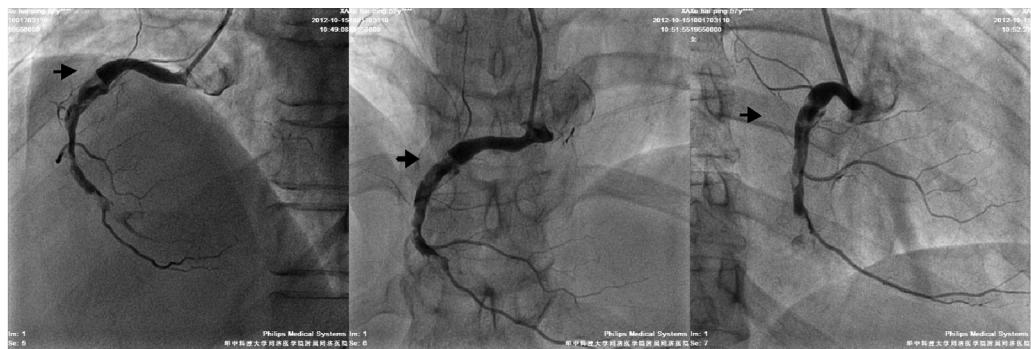


图 1. 第一次冠状动脉造影 右冠状动脉第一弯曲后夹层,显著扩张,大量血栓,远端血流 TIMI 1 级。

Figure 1. The first coronary angiography

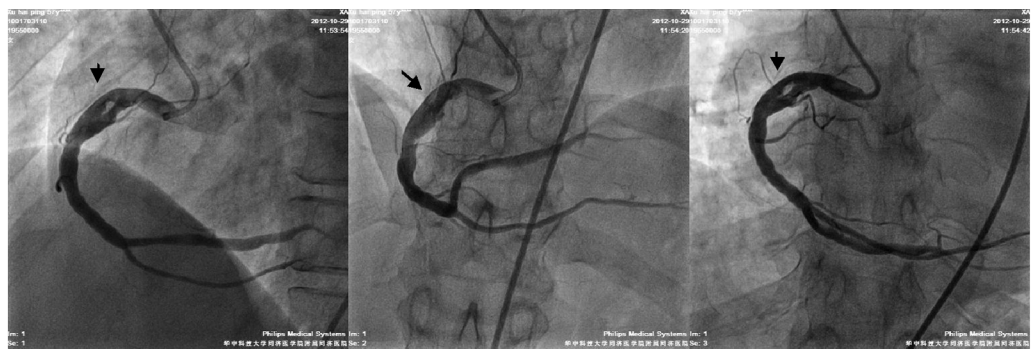


图 2. 两周后复查图像 血栓已基本消失,夹层依然存在,远端血流 TIMI 3 级。

Figure 2. Coronary angiography after 2 weeks

SCAD 的发生有关<sup>[1]</sup>。发病病理生理学机制包括粥样斑块的炎症和破裂,非动脉粥样硬化血管的外膜上嗜酸性粒细胞对动脉壁的酶溶解作用,怀孕和围产期的激素改变,隐藏的血管和结缔组织异常以及剪切力和应激对血管壁的削弱等等<sup>[4]</sup>。

SCAD 的检查包括冠状动脉造影、冠状动脉内超声和 CT 血管造影。冠状动脉造影是最常用的方法,在造影中的典型影像是血管内的线样充盈缺损,这提示撕裂的内膜将管腔分成了真腔和假腔。有时候造影看不到典型的影像,这时冠状动脉内超声就显出其优势,但操作需要介入治疗技术,有时导丝无法通过病变处,检查就无法进行。CT 血管造影的优势是无创伤,但重建成像和识别夹层需要一定的经验。

SCAD 治疗的首要原则是保证真腔的通畅。如果患者表现为急性冠状动脉综合征,那么抗凝、抗血小板和抗缺血治疗是必要的,但是不应当溶栓,因为溶栓虽然可以重建真腔的前向血流,但也会增加假腔的压力,使得夹层扩大<sup>[1]</sup>。持续缺血的患者需要血运重建,可以考虑冠状动脉介入治疗或者外科搭桥手术,具体的选择要看夹层的部位和血管的具体情况。不管选择哪种治疗,预后差异不大。远

期并发症可能有动脉瘤形成和夹层扩大。

本例患者属于绝经后女性,没有结缔组织疾病史,发病的原因考虑为动脉粥样硬化。造影时患者已经没有症状,而且血管极度扩张,不适合介入治疗,也没有立即行搭桥手术的必要。进行抗血栓治疗后前向血流基本恢复,假腔也没有扩大,那么可以出院继续观察。4 个月后仍没有症状,夹层有可能已自行愈合。

[参考文献]

[1] Sabatine MS, Jaffer FA, Staats PN, et al. Case records of the Massachusetts General Hospital--Case 28-2010: A 32-year-old woman, 3 weeks post partum, with substernal chest pain[J]. N Engl J Med, 2010, 363(12): 1 164-173.

[2] Pretty HC. Dissecting aneurysm of coronary artery in a woman aged 42: rupture[J]. Br Med J, 1931, 1(3): 667.

[3] Lodha A, Mirsakov N, Malik B, et al. Spontaneous coronary artery dissection: case report and review of literature[J]. South Med J, 2009, 102(3): 315-317.

[4] Kamran M, Gupta A, Bogal M. Spontaneous coronary artery dissection: case series and review[J]. J Invasive Cardiol, 2008, 20(10): 553-559.

(此文编辑 曾学清)