

[文章编号] 1007-3949(2013)21-11-1045-02

· 病例报道 ·

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 14 h, 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, $P_2 < A_2$, 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 $\mu\text{g/L}$, 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% 狹窄, 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发现的比例在 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^[1]。第 1 例见诸报道的 SCAD 发生于 1931 年^[2], 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^[3]。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性肠病^[4]。任何导致冠状动脉剪切力增加的因素都与

[收稿日期] 2013-02-26

[作者简介] 邱旭光, 医学硕士, 主治医师, 研究方向为冠心病介入治疗, E-mail 为 153645716@qq.com。

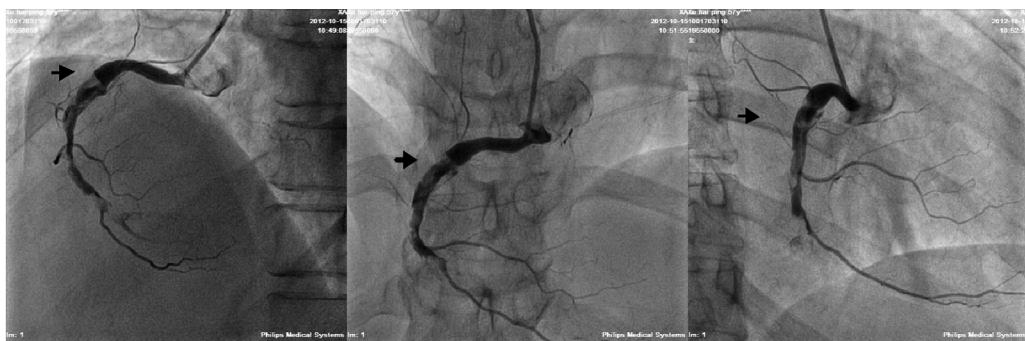


图 1. 第一次冠状动脉造影 右冠状动脉第一弯曲后夹层,显著扩张,大量血栓,远端血流 TIMI 1 级。

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^[1]。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^[4]。

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放射充盈缺损,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^[1]。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): 1164-173.
- [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, Guptan A, Bogal M. Spontaneous coronary artery dissection: case series and review[J]. J Invasive Cardiol, 2008, 20(10): 553-559.

(本文编辑 曾学清)