

·病例报告·

脑梗死急性期内冠心病的介入治疗(附2例临床报告)

刘雪诗 何金辉

冠心病的介入治疗近年来获得极大的发展,由于操作水平的不断提高及介入器材的不断改进,使得几年前认为是介入手术的禁忌证,现在也逐步成为适应证。本文拟就2例临床报告谈谈在脑梗死急性期内冠心病的介入治疗的个人意见。

病例1:男性患者,75岁,高血压病史30余年。于2004年5月10日因突发口齿不清,反应迟钝,收入干部保健中心神经内科病区治疗。头部CT诊断双侧顶叶脑梗死。入院后频繁发作心绞痛,心电图示广泛前壁缺血。经抗心绞痛药物治疗,症状仍难以缓解,心电图的缺血样改变逐渐加重,但心肌酶谱尚在正常范围。为避免发生急性心肌梗死,遂于入院第5天转入干部保健中心心内病区,在完善各项术前常规检查并口服氯吡格雷300mg及阿司匹林300mg后行冠脉造影术,发现其左前降支近中段有一段>85%的狭窄,回旋支中段有一段90%狭窄。当即在上述病变区行经皮冠状动脉腔内成形术(PTCA)及支架植入术,手术过程顺利。术中共用肝素钠5000U,术后口服氯吡格雷150mg/d,共6d,以后改为75mg/d,维持半年,长期口服阿司匹林100mg/d,同时服用降压、调脂、护脑等药物。术后心绞痛未再发作,第3周出院,出院时口龄清楚,反应正常,心电图缺血样改变明显改善。

病例2:男性患者,73岁。因右侧偏瘫1d于2004年11月12日收入干部保健中心神经内科病区治疗。CT诊断左侧内囊处脑梗死。因频繁发生不稳定心绞痛,药物治疗效果不佳而转入干部保健中心心内病区,拟行冠脉介入治疗。当时心电图示窦性心律完全性右束支传导阻滞(CRBBB)与完全性左束支传导阻滞(CLBBB)交替出现,下壁及广泛前壁心肌明显缺血,心肌酶谱及肌钙蛋白I大致正常。次日手术开始时,出现三度房室传导阻滞(Ⅲ°AVB),交界性逸搏心律,心率40次/min左右。为慎重,当时未作介入治疗,又因术前已紧急口服氯吡格雷300mg,阿司匹林300mg,担心安装永久型人工心脏起搏器会有囊袋出血,故仅为其植入临时心脏起搏器。并停用抗血小板及抗凝治疗,于5d后安置永久型双腔心脏起搏器,撤下临时心脏起搏器。在起搏器正常工作囊

袋无出血的情况下,7d后行冠脉造影术,发现其右冠已完全慢性闭塞,左前降支近中段有一>80%的狭窄,回旋支近段有一90%狭窄,经PTCA后,在上述狭窄处共植入3枚支架。术中用肝素钠6000U,术后以静脉肝素泵维持24h,每小时泵入肝素500U。口服氯吡格雷150mg/d,阿司匹林300mg/d。术后第2天发现安置永久心脏起搏器的皮下囊袋处有明显血肿,遂停用肝素泵(已用了18h),将氯吡格雷改为75mg/d,阿司匹林改为100mg/d。同时用沙袋压迫血肿处24h(此时不宜完全停用抗凝及抗血小板治疗,更不能轻易上止血治疗,以防止冠脉内植入的支架内发生血栓形成),以后血肿未再扩大,一周后基本吸收。经上述三阶段手术后,患者未再发生心绞痛,右侧上下肢肌力由Ⅱ级升至Ⅳ级,可以在家属帮助下行走。支架植入术后第3周出院。

讨论:早期心脏介入术曾将“新近发生脑卒中”列为禁忌证^[1],主要是担心有继发性脑出血发生,这种担心来源于对介入手术中应用的肝素及术后长期的抗血小板治疗。对脑梗死而言,急性期的抗凝治疗曾有不同意见^[2]。但近年来对其用肝素(低分子肝素或普通肝素)作抗凝治疗及抗血小板治疗已经成为经典内容^[3,4]。因此,介入手术中的肝素应用及术后抗凝(短期)、抗血小板(长期)治疗与脑梗死的治疗并不矛盾,不应该继续成为禁忌证的理由。

上述两例临床报告的治疗效果表明,脑梗死急性期内行冠心病的介入治疗不仅是可行的,而且对脑梗死本身的恢复也是有利的。至少,在脑梗死急性期内,若遇到合并严重冠心病需要介入治疗的时候,应该果断进行介入手术,以争取时间挽救患者的生命。

参考文献

- 1 陈灏珠,主译. 心脏病学. 第5版. 北京:人民卫生出版社,2000. 227.
- 2 陈灏珠,主编. 实用内科学. 第11版. 北京:人民卫生出版社,2001. 2432.
- 3 王维治,主编. 神经病学. 第6版. 北京:人民卫生出版社,2004. 140-141.
- 4 黄从新. 合并脑血管的冠心病介入治疗围手术期的药物治疗. 中国实用内科杂志,2005,25:13-14.

收稿日期:2005-02-21

作者单位:430080 武汉市,武钢总医院干部保健中心

作者简介:刘雪诗,男,1950年1月生,武汉市人,副主任医师,副教授,干部保健中心心内病区主任。Tel:027-86803612-3286