

· 病例报告 ·

老年变异型心绞痛2例

韩娟萍, 张卫泽*

(兰州军区兰州总医院心血管内科, 兰州 730050)

【关键词】变异型心绞痛; 冠脉造影; 老年人; ST段改变
【中图分类号】R541.4 【文献标识码】B

【DOI】10.3724/SP.J.1264.2013.00059

1 临床资料

患者1, 男性, 72岁, 因“间断心前区疼痛1年, 加重12h”, 于2010年6月26日以“急性冠脉综合征”入院。患者无明显诱因反复出现心前区疼痛1年, 每次持续3min左右, 含服“硝酸甘油”后缓解, 多于凌晨4:00~5:00时发作。入院前12h反复发病10余次, 含服“硝酸甘油”约3min缓解。既往有高血压病史2年, 血压控制尚可。吸烟40余年, 平均20支/d。无糖尿病、冠心病家族史。查体: 血压160/98mmHg (1mmHg = 0.133kPa), 心相对浊音界正常, 心率58次/min, 心律齐, 心音正常, 各瓣膜区未闻及杂音。患者发病前及入院后心电图(图1, 2)。入院急行胸片、心脏彩超、腹部彩超、心肌酶、肝肾功能、血常规等正常。入院后予以口服“拜阿司匹林100mg, 氯吡格雷300mg, 阿托伐他汀钙40mg”, 皮下注射“低分子肝素钙5000U”, 同时静脉泵入“硝酸甘油”, 但患者仍反复出现心前区疼痛, 急诊行“冠状动脉及主动脉造影”, 结果正常。次日晨7:00时患者再次出现剧烈心前区疼痛, 伴有大汗, 心电监护提示ST段明显抬高(图3), 含服硝酸甘油约1min缓解。结合病史、心电图表现及冠状动脉造影结果, 考虑为冠状动脉痉挛所致, 为变异型心绞痛, 给予双抗血小板聚集、抗凝、降压, 使用大剂量阿托伐他汀钙, 合心爽45mg, 口服1次/8h, 之后未再出现心前区疼痛, 病情稳定后出院。

患者2, 男性, 68岁, 因“突发胸痛6h”, 于2010年7月15日以“胸痛待查”入院。患者晨起后突发剧烈胸痛, 持续不能缓解, 1h后送外院行心电图、心脏彩超、腹部超声正常, 给予对症治疗未见明显缓解, 疼痛6h后入兰州军区兰州总医院。吸烟40余年, 平均30支/d。无高血压、糖尿病史。查体: 血压110/72mmHg, 心相对浊音界正常, 心率90次/min, 心律齐, 心音正常, 各瓣膜区未闻及杂音。入院时查心电图ST段明显抬高(图4)。入院后给予口服“拜阿司匹林100mg, 氯比格雷 300mg, 阿托伐他汀钙40mg”, 皮下注射“低分子肝素钙5000U”, 同时静脉泵入“硝酸甘油”, 但患者仍反复出现心前区疼痛, 急诊行“冠状动脉及主动脉造影”, 前降支中断管壁欠光滑, 未见明显狭窄, 主动脉造影正常。

术后患者仍间断出现胸痛, 给予双抗血小板、大剂量阿托伐他汀钙, 合心爽45mg, 口服1次/8h治疗后, 胸痛逐步缓解, 心电图ST段回落(图5), 病情稳定后出院。结合病史、心电图表现及冠状动脉造影结果, 考虑为冠状动脉痉挛所致, 为变异型心绞痛。



图1 患者1发病前心电图
Figure 1 ECG before angina pectoris attack of patient 1

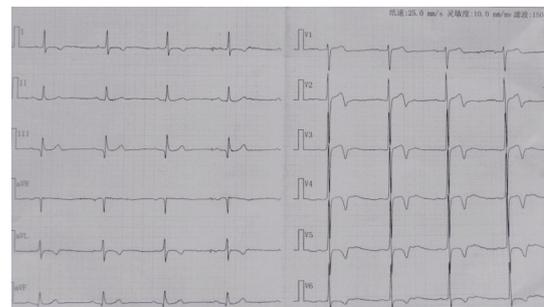


图2 患者1入院后心电图
Figure 2 ECG after admission of patient 1

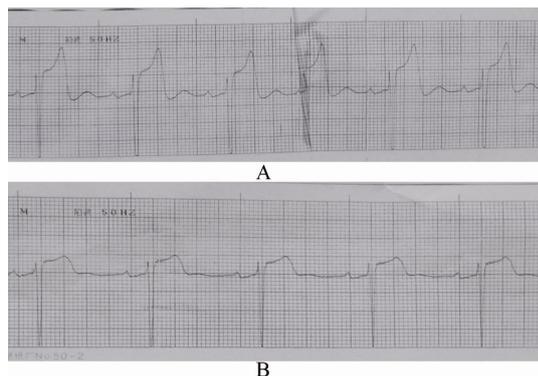


图3 患者1心电监护结果

Figure 3 Results of electrocardiogram monitoring of patient 1
A: 心绞痛发作时, 心电监护提示患者ST段明显抬高; B: 缓解时, ST段恢复正常

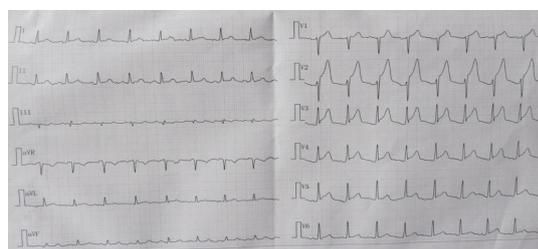


图4 患者2入院时心电图胸前导联ST段明显抬高

Figure 4 ST segments are elevated in chest leads on admission in patient 2

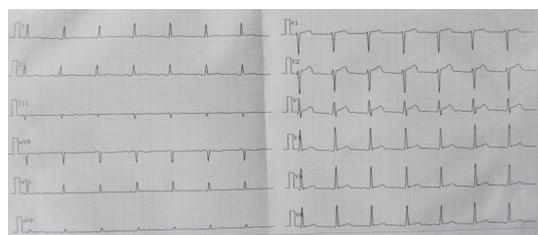


图5 患者2胸痛缓解后心电图胸前导联ST段恢复正常

Figure 5 ST segments restore to normal in chest leads after remission in patient 2

2 结果

变异型心绞痛是冠状动脉痉挛, 供血突然减少所致。目前研究认为冠状动脉痉挛的发生主要与内皮损伤及动脉粥样硬化有关^[1], 且研究发现, 痉挛的发生与血管狭窄程度呈正比, 冠状动脉痉挛的分布以前降支最高, 依次为右冠状动脉、回旋支、对角支及后降支; 亦可发生于造影完全正常的冠状动脉, 本组两例均为造影正常, 例2冠状动脉造影可见前降支血管壁不光滑, 考虑仍有血管内皮损伤。

变异型心绞痛是继发于心肌缺血后出现的综合征, 几乎完全都在静息时发作, 无体力劳动和情绪刺激等诱因, 发作心电图呈暂时性ST段抬高表现, 伴有各种类型的心律失常, 而严重的心律失常可致猝死。例1患者胸前区疼痛多发生于凌晨4:00~5:00时, 入院时心电图明显T波倒置, 剧烈疼痛时出现ST段抬高; 例2出现于早晨6:00时, 心电图明显ST段抬高, 经过治疗后恢复正常。

本组两例患者均有大量吸烟史, 说明吸烟与变异型心绞痛发生关系密切; 研究发现吸烟和血脂代谢紊乱是变异型心

绞痛的危险因素, 而动脉粥样硬化的其余两个危险因素高血压和糖尿病似乎并未增加变异型心绞痛的发生率^[2]。典型变异型心绞痛主要表现在静息状态下心绞痛发作伴有心电图暂时性ST段抬高, 并可诱发各种心律失常, 约为25%。根据心肌缺血的部位不同, 快速性和慢速性均可发生。一般认为缺血发生于前壁可伴有室性早搏或室性心动过速, 若在下壁则易导致严重的窦性心动过缓、窦性停搏等慢性心律失常。

冠状动脉痉挛发生机制的研究可进一步指导临床诊疗, 目前了解到可能与血管平滑肌收缩反应性增高, 血管内皮细胞结构和功能紊乱^[3], 一氧化氮合成和分泌减少, 交感神经活性减低, 迷走神经张力增高以及炎症因素等有关。

过去多强调治疗变异型心绞痛应给予钙拮抗剂解除血管痉挛。国内外研究表明, 单纯的钙拮抗剂药物缓解血管痉挛导致的胸痛疗效确切, 但仍有部分患者可能进展为严重心绞痛或心肌梗死。因此对于变异型心绞痛治疗, 我们应采取多因素相结合的方法^[4,5]。首先, 应控制吸烟; 其次, 联合抗血小板药物和钙拮抗剂为主的药物治疗方案。抗血小板治疗要求长期坚持服用阿司匹林, 不能耐受的可用波立维或二者连用; 钙拮抗剂的选择应根据患者的心率、血压及心功能等情况选择非二氢吡啶类或二氢吡啶类, 首选地尔硫卓; 心率偏慢、合并传导阻滞可选二氢吡啶类; 第三, 强化降脂治疗, 研究表明他汀类药物不仅具有很好的降脂作用, 且具有包括改善内皮功能、抗炎、稳定斑块、抑制平滑肌增生和新生内膜形成、预防动脉再狭窄等作用, 同时试验表明大剂量阿托伐他汀钙和常规剂量20mg相比强化治疗组临床症状改善明显, 严重不良反应发生率并未显著增加。本组两例患者结合病史、心电图表现及冠状动脉造影结果, 诊断为变异型心绞痛, 给予综合治疗后患者未再出现疼痛, 症状明显改善。

【参考文献】

- [1] 中华医学会心血管病学分会, 中华心血管病杂志编辑委员会. 不稳定性心绞痛诊断和治疗建议[J]. 中华心血管病杂志, 2000, 28(6): 409-412.
- [2] Lanza GA, Sestito A, Sgueglia GA, *et al*. Current clinical features, diagnostic assessment and prognostic determinants of patients with variant angina[J]. *Int J Cardiol*, 2007, 118(1): 41-47.
- [3] Nishijima T, Nakayama M, Yoshimura M, *et al*. The endothelial nitric oxide synthase gene-786T/C polymorphism is a predictive factor for reattacks of coronary spasm[J]. *Pharmacogenet Genomics*, 2007, 17(8): 581-587.
- [4] Xiang DC, Yin JL, He JX, *et al*. Rest chest pain, negative treadmill exercise electrocardiogram and reverse redistribution in dipyridamole myocardial perfusion imaging might be the features of coronary artery spasm[J]. *Clin Cardiol*, 2007, 30(10): 522-526.
- [5] Tani S, Nagao K, Anazawa T, *et al*. Treatment of coronary spastic angina with a statin in addition to a calcium channel blocker: a pilot study[J]. *Cardiovasc Pharmacol*, 2008, 52(1): 28-34.

(编辑: 周宇红)