

观察组拔管后即刻就将床头抬高 30°, 1 h 后将床头抬高 90°, 不制动, 用任何姿势卧床, 穿刺点不压沙袋, 不用加压包扎, 患者舒适度明显提高。④减轻了患者的痛苦, 避免并发症发生的同时, 又减轻了护理的工作量。⑤操作简单易学。值得注意的有以下 3 点: ①不建议将封堵止血贴用于过于肥胖、血小板低的患者, 易出现止血不完全, 即使应用, 也应该适当延长压迫时间和适当加压包扎。②禁止将封堵止血贴应用于穿刺部位已经出现血肿的患者。③如患者有高血压, 在行介入术后治疗前将患者的收缩压控制在 150 mmHg 以内比较安全。

总而言之, 股动脉封堵止血贴, 止血迅速, 减轻了患者的痛苦, 避免并发症发生的同时, 又减轻了护理工作, 临床应用取得了满意的效果。

[参考文献]

- [1] 周佩如, 陈伟菊, 黄洁微. 糖尿病联络护士工作模式的探讨[J]. 护士进修杂志, 2007, 22: 46 - 47.
- [2] 杨 婷, 杨 婷, 郑小琴, 等. 冠状动脉介入患者股动脉穿刺点三种不同止血方法效果比较及护理[J]. 齐鲁护理杂志, 2010, 16: 220 - 222.
- [3] 涂金娟, 周 莲. 冠状动脉造影术后应用血管压迫器并发症的护理[J]. 局解手术学杂志, 2010, 19: 350 - 351.
- [4] 周 明, 曹亚红, 王崇全, 等. 经股动脉介入术后国产动脉压迫止血器止血的应用[J]. 湖北民族学院学报: 医学版, 2007, 24: 30 - 32.
- [5] 魏 芳, 宋冬梅, 李绪珍, 等. 经股动脉穿刺冠状动脉介入术后不同包扎止血法的临床观察[J]. 中国实用护理杂志, 2006, 22: 16 - 17.

(收稿日期: 2011-12-13)

(本文编辑: 俞瑞纲)

• 病例报告 Case report •

冠状动脉痉挛致急性前间壁、下壁、后壁、右室壁心肌梗死伴晕厥一例

宋树权, 何 云, 姚德厚

【关键词】 冠脉痉挛; 心肌梗死; 晕厥

中图分类号: R541.1 文献标志码: D 文章编号: 1008-794X(2012)-08-0690-02

Acute myocardial infarction of anterior, inferior and posterior wall as well as right ventricular wall complicated by syncope caused by coronary artery spasm: report of one case SONG Shu-quan, HE Yun, YAO De-hou. Department of Cardiology, Institution Hospital, Chengdu Military Region of PLA, Chengdu, Sichuan Province 610011, China(J Intervent Radiol, 2012, 21: 690-691)

Corresponding author: YAO De-hou, E-mail: heyun654321@163.com

【Key words】 coronary artery spasm; myocardial infarction; syncope

1 临床资料

患者男, 33 岁, 以“胸痛 20 h”入院。既往无高血压、糖尿病等特殊病史, 吸烟 10 余年。患者于 2011 年 7 月 21 日通宵加班后出现胸闷、心前区紧缩感, 自行卧床休息, 未经特殊处理。其后发生“心绞痛”2 次, 持续时间 10 ~ 15 min。约 15 h 后突然出现心前区剧痛, 放射至左肩胛区, 伴濒死感。其家属急送往当地镇医院, 治疗(具体不详)1 d 无明显好转, 并晕厥 1

次, 遂转入我院。入院后行心电图检查提示: II、III、aVF 呈 Qr 型, V1、V2 呈 QS 型, V6 ~ V9 呈 QR 型, V3R ~ V5R 呈 QS 型, I、aVL ST 段水平压低 0.05 ~ 0.1 mV, II、III、aVF、V6 ST 段弓背抬高 0.075 ~ 0.1 mV, V3R ~ V5R 水平型抬高 0.05 ~ 0.1 mV, 多导联 T 波低平或倒置。心脏超声提示: 左室下壁、前壁运动减弱, 右房室瓣返流面积 1.5 cm²。生化报告: 肌酸激酶同工酶 7.0 ng/ml, 肌红蛋白 119 ng/ml, TNT-I(肌钙蛋白 I) 4.55 ng/ml。血常规、血糖、血脂、肝肾功能、凝血功能等均正常。结合上述资料诊断为急性 ST 抬高型前间壁、后壁、下壁、右室壁心肌梗死。入院后给予硝酸甘油 0.5 mg 舌下含化、单硝酸异山梨酯缓释胶囊 50 mg/d、阿司匹林

DOI: 10.3969/j.issn.1008-794X.2012.08.020

作者单位: 610011 成都 成都军区机关医院心内科 (宋树权、姚德厚); 第三军医大学新桥医院心内科 (何 云)

通信作者: 姚德厚 E-mail: songshuquan vip@163.com

100 mg/d、氢氯吡格雷 75 mg/d、低分子肝素钙注射液 0.4 ml 2/d 皮下注射,地尔硫草片 60 mg 每天 3 次,治疗期间胸痛缓解。第 5 天心肌酶谱恢复正常。第 7 天行选择性冠状动脉造影术,造影见左主干、前降支及回旋支管壁光滑,走行自然,未见狭窄。右冠开口近段接近开口处严重痉挛,仅见少量对比剂逆流至窦内,术中血压及心率下降,迅速将造影管撤离

冠脉口,经造影管注射硝酸甘油 200 μ g,观察 5 min 后重复造影显示右冠管壁光滑,未见狭窄(图 1)。10 d 后出院,出院继续地尔硫草片 60 mg 每日 3 次,单硝酸异山梨酯缓释胶囊 50 mg/d、阿司匹林 100 mg/d。每月随访 1 次,随访 5 个月,再发心绞痛 1 次,无明显再次心肌梗死征象。



1a 主干、前降支及回旋支管壁光滑,走行自然,未见狭窄

1b 动脉近段接近开口处严重痉挛

1c 经造影管注射硝酸甘油 200 μ g, 5 min 后重复造影显示右冠管壁光滑,未见狭窄

图 1 疾病期间冠状动脉造影所见

2 讨论

冠状动脉痉挛(CAS)是指心外膜下动脉发生一过性收缩,引起血管部分或完全堵塞,可引起变异型心绞痛、不稳定型心绞痛、急性心肌梗死(AMI)、猝死等^[1]。CAS 常见于生活或工作压力较大的中年患者,常于过度劳累之后的安静状态下发作。临床上也可因无明显诱因引起心悸、胸闷及胸痛等症。是否伴 ST 段抬高可能主要与痉挛的程度有关,非完全闭塞性痉挛往往表现为 ST 段压低或 T 波改变,只有严重痉挛使血管接近完全闭塞时才有明显的心肌梗死型心电图改变,可伴有显著的心肌酶谱增高,乙酰胆碱试验多可诱发弥漫性或多支 CAS^[1]。该患者血糖、血脂、血压正常,无冠心病家族史,有 10 余年吸烟史,并且近日劳累,吸烟量明显增多,是诱发 CAS 的重要因素。造影仅见右冠开口痉挛,左冠状动脉未见明显狭窄。但从心电图分析可能发生了多支 CAS,极易导致恶性心律失常、心源性休克、AMI 等不良心血管事件^[2-4]。晕厥可能是一过性房室传导阻滞或室性快速心律失常所致。室性心律失常倾向于发生在血管痉挛后的再灌注期而非最严重的缺血期。

治疗上抗血小板治疗可采用单一阿司匹林长期服用,不能耐受者可以氢氯吡格雷片替代,钙离子拮抗剂及硝酸酯类药物对大多数患者有效。钙拮抗药的选择应根据患者的心率、心功能等情况选择非二氢吡啶类或二氢吡啶类钙拮抗药,其中以地尔硫草为首选,当心率偏慢、合并传导阻滞者可选择二氢吡啶类钙拮抗药。不能耐受钙拮抗药者可选择长效

硝酸酯类,除非合并肌桥及劳力性心绞痛,原则上不宜使用 β 受体阻滞药。维生素 E、C 可以在一定程度上预防 CAS^[5]。当在上述联合药物治疗下仍有反复严重心绞痛发作或反复发作心肌梗死、且经过冠状动脉造影证实为局限性痉挛的患者,尤其是左、右冠状动脉近段的严重痉挛患者,可以考虑介入治疗。交感神经阻滞可作为难治性 CAS 的另一选择方案^[5]。

[参考文献]

- [1] Fiore D, Poh C, Beltrame J, et al. Clinical characteristics of patients with inducible coronary artery spasm [J]. Heart Lung Circulation, 2011, 20: S27.
- [2] Chuang YT, Ueng KC. Spontaneous and simultaneous multivessel coronary spasm causing multisite myocardial infarction, cardiogenic shock, atrioventricular block, and ventricular fibrillation [J]. Circ J, 2009, 73: 1961 - 1964.
- [3] Haghi D, Suselbeck T, Wolpert C. Severe multivessel coronary vasospasm and left ventricular ballooning syndrome [J]. Circ Cardiovasc Interv, 2009, 2: 268 - 269.
- [4] Richardson JD, Nelson AJ, Worthley SG, et al. Multivessel coronary artery spasm [J]. Heart Lung Circ, 2012, 21: 113 - 116.
- [5] Abbate A, Hamza M, Cassano AD, et al. Sympathectomy as a treatment for refractory coronary artery spasm [J]. Int J Cardiol, 2012, [epub ahead of print].

(收稿日期:2012-04-10)

(本文编辑:俞瑞纲)