

## • 病例报告 Case report •

## 梅毒性冠状动脉口狭窄行经皮介入治疗一例

李贤峰, 陈厚良

【关键词】梅毒; 冠状动脉狭窄; 介入治疗

中图分类号: R541.1 文献标志码: D 文章编号: 1008-794X(2015)-02-0182-02

**Syphilitic coronary ostial stenosis successfully treated by percutaneous coronary intervention: report of one case** LI Xian-feng, CHEN Hou-liang. Cardiac Disease Center, Navy General Hospital, Beijing 100048, China (J Intervent Radiol, 2015, 24: 182-183)

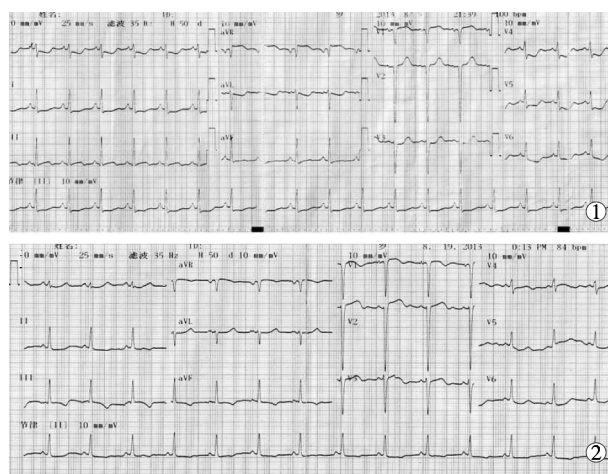
Corresponding author: LI Xian-feng, E-mail: 281563607@qq.com

【Key words】syphilis; coronary stenosis; interventional therapy

## 病史摘要

患者女, 38 岁。因“反复上腹痛伴恶心、呕吐及胸闷、心慌 2 周, 加重 5 d”被收入消化内科。1 周前曾因相同症状先后就诊于 2 所医院, 均按照消化道疾病给予抑酸、保护胃黏膜、止吐等治疗, 症状未见明显好转。否认高血压、糖尿病、冠心病史, 否认肝炎、结核等传染病史; 否认手术、外伤及输血史, 否认冶游史。已婚, 未生育, 配偶体健。入院查体生命体征正常, 全身皮肤无皮疹, 淋巴结无肿大。心脏听诊主动脉瓣听诊区可闻舒张期杂音, 腹软, 无压痛。诊断腹痛待查: 急性胃炎? 肠系膜上动脉综合征? 入院后心电图检查见广泛的 ST-T 改变: I、aVL、V<sub>3-6</sub> ST 段明显压低, aVR 导联 ST 段抬高 (见图 1), 抽血急查 CK 205.0U/L, CK-MB 33.0 u/L, TC 4.50 mmol/L, LDL-C 1.94 mmol/L, HDL-C 0.78 mmol/L, TG 1.24 mmol/L, cTn I 11.066 ug/L。诊断不稳定性心绞痛, 分层高危, 并根据心电图特征认为其左主干病变或 3 支病变可能性极大, 立即转入心内科。给以阿司匹林及氯吡格雷双联抗血小板聚集治疗, 并给以 β 阻滞剂和硝酸酯类药物, 症状明显好转, 但心电图改善不明显。超声心动图见左室前壁、下壁及室间隔运动幅度减低, 主动脉瓣中度关闭不全, 升主动脉内径 31 mm, 室间隔 7 mm, 左室舒张末期直径 49 mm, LVEF 48%。决定尽快给以冠状动脉造影检查, 术前常规免疫学化验发现梅毒抗体阳性, 追问病史, 其诉数月前外院体检即发现为梅毒抗体阳性, 但无皮肤黏膜损害病史, 无虹膜睫状体炎及会阴部软下疳病史。3 d 后其同意做冠状动脉造影检查, 造影见左主干开口狭窄 90%, 其余分支血管完全正常, 未见任何斑块, 并以 5 F 造影导管进入左主干开口时即可造成嵌顿导致压力明显

下降。右冠造影也见开口狭窄约 30%, 开口以远管壁完全正常, 整个冠脉未见侧支循环形成 (见图 2)。血管内超声检查, 发现左主干开口最小管腔面积 3.43 mm<sup>2</sup>, 管壁见炎性病变而非粥样硬化性病变 (见图 3)。决定给与左主干开口介入治疗。置入 3.5 mm × 12 mm 支架, 并给以高压球囊后扩张, 复查造影见开口狭窄消失, 并不再出现导管嵌顿及压力下降。复查血管内超声见主干开口管腔面积增加至 10.97 mm<sup>2</sup>。术后给与青霉素抗梅毒治疗, 继续给与抑酸剂、保护胃黏膜药等治疗, 术后未再出现胸闷症状, 消化道症状亦逐渐消失。复查心电图前壁导联 ST 段恢复正常, 仅余下壁导联 T 波浅倒置。右冠开口病变 1 年后复查造影根据情况决定是否处理。



①入院时心电图符合左主干病变或三支病变: I、aVL、V<sub>3-6</sub> ST 段明显压低, aVR 导联 ST 段抬高; ②左主干置入支架后一周心电图较前明显改善, 仅下壁导联 T 波倒置

图 1 心电图检查图形

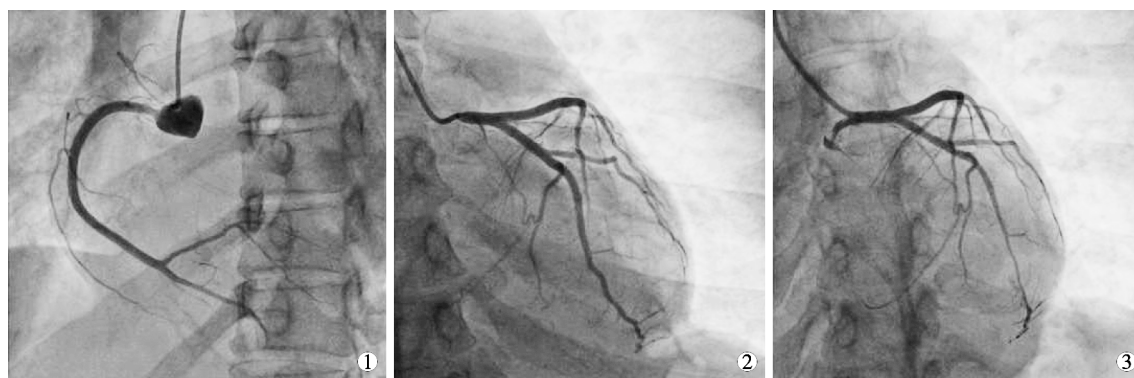
DOI: 10.3969/j.issn.1008-794X.2015.02.023

作者单位: 100048 北京 解放军海军总医院心脏中心

通信作者: 李贤峰 E-mail: 281563607@qq.com

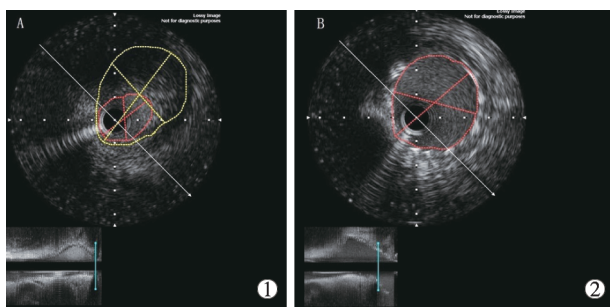
## 讨论

梅毒性冠状动脉口狭窄国内罕有报道, 虽然偶有报道者



①除开口轻度狭窄外整个右冠管腔正常;②左主干开口狭窄 90%并致导管嵌顿,无对比剂自开口反流;③开口置入支架后狭窄消失,无嵌顿,并可见对比剂返流

图 2 术前冠状动脉造影图像



①左主干开口面积仅为  $3.43 \text{ mm}^2$ ,未发现粥样斑块;②置入支架后开口面积增加至  $10.97 \text{ mm}^2$

图 3 血管内超声检查

但其冠脉狭窄位于左主干部或虽有左主干开口的狭窄但又同时伴有前降支及右冠中段的狭窄,并且都为 60 岁左右的男性<sup>[1]</sup>。该年龄是粥样硬化性心脏病的好发年龄,所以其冠脉狭窄的部位特征和患病年龄不能除外是粥样硬化性狭窄。本例是极为典型的第三期梅毒累及心血管系统的病例,其经典表现为主动脉瓣返流或合并冠状动脉口狭窄,这两者分别是梅毒性心血管病变的第 1 和第 2 位临床特征。在我国前者似乎更常见因而忽视了后者。梅毒性心血管病年龄多在 35~50 岁,病变主要累及升主动脉,在血管中层产生炎性病变和纤维瘢痕病变,病变累及主动脉瓣瓣叶附着处会产生主动脉瓣关闭不全,累及到冠状动脉口即可引起冠状动脉口狭窄,临床上冠状动脉口狭窄和主动脉瓣关闭不全常同时合并存在,从而使冠状动脉的灌注压严重下降,往往会引起严重的心绞痛甚至急性心肌梗死<sup>[2]</sup>。本例患者在不同的时间及不同的医院 2 次检出梅毒抗体阳性,但由于个人隐私原因其感

染梅毒螺旋体的具体时间和途径无法查出。本例患者的冠脉造影和血管内超声检查均只发现开口狭窄,整支冠脉未见粥样硬化斑块,患者也没有粥样硬化的危险因素,心脏超声发现其主动脉瓣中度返流,以上临床特点均符合梅毒性冠状动脉口狭窄而不符合粥样硬化性冠心病的诊断。本例患者左主干显著狭窄并有明显缺血证据,应该给以血运重建治疗,国外有采用支架治疗的报道<sup>[3]</sup>,本例也采取了介入治疗,近期效果非常明显,但远期疗效有待进一步观察。如果冠脉开口狭窄同时伴有升主动脉明显增宽及主动脉瓣严重反流,应外科给以升主动脉及主动脉瓣联合置换同时给与冠状动脉旁路移植手术治疗<sup>[4]</sup>。

#### [参考文献]

- [1] 闵新文, 杨汉东, 陈欣, 等. 梅毒并冠状动脉左主干狭窄 2 例[J]. 临床心血管病杂志, 2004, 20: 363.
- [2] Roberts WC, Ko JM, Vowels TJ. Natural history of syphilitic aortitis[J]. Am J Cardiol, 2009, 104: 1578 - 1587.
- [3] Nakazone MA, Machado MN, Barbosa RB, et al. Syphilitic coronary artery ostial stenosis resulting in acute myocardial infarction treated by percutaneous coronary intervention[J]. Case Rep Med, 2010: 830583.
- [4] Bouvier E, Tabet JY, Malergue MC, et al. Syphilitic aortic regurgitation and ostial coronary occlusion[J]. J Am Coll Cardiol, 2011, 57: e375.

(收稿日期:2014-05-08)

(本文编辑:俞瑞纲)