

DOI:10.3724/SP.J.1008.2009.01211

· 病例报告 ·

冠脉支架植入术后并发蛛网膜下隙出血 1 例报告

Subarachnoid hemorrhage after percutaneous coronary stent placement: a case report

陆 阳¹, 赵仙先^{1*}, 赵文元², 方武强³, 秦永文¹

1. 第二军医大学长海医院心血管内科, 上海 200433

2. 第二军医大学长海医院神经外科, 上海 200433

3. 浙江省宁海县第一人民医院心内科, 宁海 315600

[关键词] 经皮冠状动脉血管成形术; 支架; 蛛网膜下隙出血

[中图分类号] R 654.2 [文献标志码] B [文章编号] 0258-879X(2009)10-1211-02

1 病例资料 患者男性, 40岁, 因“活动后心前区疼痛2周, 加重2 d”于2008年5月5日入院。自诉2周前活动后出现心前区压榨样疼痛伴全身大汗, 每次发作约3~5 min即自行缓解, 无肩背部放射痛, 无晕厥, 无呼吸困难, 近2 d胸痛加重。既往无高血压、糖尿病病史。入院查体: 血压156/80 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa), 肥胖体型, BMI 34.3 kg/m², 颈静脉无怒张, 双肺呼吸音清, 未闻及干湿啰音; 心界不大, 心率80次/min, 律齐, 各瓣膜听诊区未闻及杂音; 腹膨隆, 腹软, 无压痛、反跳痛, 双下肢无凹陷性水肿; 四肢运动好, 病理反射征均阴性。心电图提示: V₁~V₃ ST段抬高0.1 mV。血常规、肾功能、血电解质及凝血功能均正常, 肌钙蛋白阴性。

入院当日下午在局麻下经右侧桡动脉行冠状动脉造影检查。造影显示: 左主干未见明显狭窄, 前降支近段闭塞, 回旋支未见明显狭窄, 右冠状动脉中段狭窄60%, 远端形成侧支循环供应前降支(图1A)。遂决定对前降支病变行经皮冠状动脉介入治疗(PCI)。经鞘管插入6F XB 3.5指引导管至左冠状动脉开口处, 送入0.014 BMW PTCA(经皮冠状动脉腔内成形术)导丝通过闭塞处至前降支远端, 用VOYAGER 1.5 mm×15 mm球囊和2.0 mm×15 mm球囊先后扩张闭塞处。重复造影显示前降支闭塞处残余狭窄80%, 近中段狭窄75%, 于前降支近中段狭窄处和近段原闭塞处串联置入爱克塞尔3.0 mm×24 mm、雷帕霉素3.5 mm×14 mm药物洗脱支架各1枚, 造影显示无残余狭窄(图1B)。手术顺利, 安返病房。术中给予肝素10 000 U。术后常规给予阿司匹林(300 mg/d)和氯吡格雷(波立维, 75 mg/d)抗血小板聚集、低分子肝素抗凝等治疗。术后2 h患者诉右肩部、颈部酸痛; 呕吐一次, 非喷射性, 呕吐物为胃内容物。次日下午诉下腹部胀痛, 不能解小便, 予留置导尿。术后第3天患者出现明显烦躁不安, 诉剧烈头痛, 伴频繁恶心、呕吐。查体: 血压120/80 mmHg, 心率82次/min, 颈项强直, 双侧克氏征阳性, 巴彬斯基征可疑阳性, 四肢活动好, 肌力、肌张力正常。急诊

头颅CT检查未见异常。局麻下行腰穿检查, 进针后见淡红色脑脊液流出, 测压力400 mmH₂O (1 mmH₂O=0.009 8 kPa), 考虑蛛网膜下隙出血。停用阿司匹林、氯吡格雷及低分子肝素。给予甘露醇、甘油果糖、盐酸呋塞米(速尿)降低颅内压, 尼莫地平解除脑血管痉挛, 氨甲苯酸止血。术后第7天在局麻下行脑血管造影术, 术中行双侧颈内、颈外、锁骨下及椎动脉多角度造影, 均未见动脉瘤样改变。头颅、颈椎、胸椎MRI检查均未见明显异常。腰椎MRI提示: 腰4/5椎间盘轻度变性膨出。继续给予阿司匹林(100 mg/d)、氯吡格雷(75 mg/d)抗血小板聚集治疗。术后第19天再次行脑血管造影, 亦未见异常。术后第20天痊愈出院, 门诊随访5个月, 无后遗症。

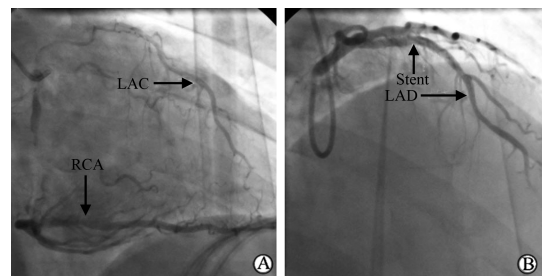


图1 右冠状动脉造影术前(A)和PCI术后(B)影像

A: 右冠状动脉中段狭窄60%, 远端形成侧支循环供应前降支; B: 术后造影显示无残余狭窄。LAD: 左前降支; RCA: 右冠状动脉; Stent: 冠脉支架

2 讨论 蛛网膜下隙出血系脑底或脑浅表部位的血管破裂, 血液直接进入蛛网膜下隙所致。临床上主要见于高血压

[收稿日期] 2009-02-03 [接受日期] 2009-04-10

[作者简介] 陆 阳, 硕士生. E-mail: toby08@163.com

* 通讯作者(Corresponding author). Tel: 021-81873207, E-mail: xianxianz@eastday.com

及动脉硬化引起的脑出血,还可见于动静脉畸形或动脉瘤破裂,较少见于 moyamoya 病、血栓性动静脉炎、血液病等其他病因^[1]。各年龄均可发病,以青壮年多见。出血多在情绪激动或用力情况下,部分患者可有反复发作头痛史。PCI 术后予低分子肝素抗凝,同时强化抗血小板治疗,偶见消化道出血报道^[2-3],但蛛网膜下隙出血极其少见。本例患者既往无高血压及反复头痛病史,术后 2 次脑血管造影及头颅、颈椎、胸椎、腰椎 MRI 均未见动脉瘤及血管畸形,考虑蛛网膜下隙出血可能与术中精神紧张,血压一过性升高及 PCI 术后抗凝、抗血小板导致脑浅表部位的微小血管破裂有关。该患者术后 2 h 即出现右肩部及颈部酸痛,因患者体型肥胖,手术及 X 线曝光时间较长,当时考虑与术中颈部神经受压有关。术后患者出现头痛的时间较晚,大部分时间主要表现为右肩部及颈部酸痛,因此未能及早考虑到蛛网膜下隙出血。但患者持续不缓解的颈部及腰部疼痛、尿潴留、频繁呕吐等症状和颈项强直的体征都支持蛛网膜下隙出血的诊断。因此,接受 PCI 的患者,如术后出现类似症状,应除外蛛网膜下隙出血等罕见并发症。此外,由于该患者前降支为慢性闭塞,右冠脉远端已形成良好的侧支循环提供前降支血供,且术中仅对前降支病变进行了支架置入,而对提供前降支侧支循环的

右冠脉中段狭窄未作处理,从而消除了停用抗凝、抗血小板药物和应用止血药后,可能导致的支架内亚急性血栓形成,从而引起严重心脏事件的后顾之忧。

在临床工作中我们经常会遇到类似的抗凝与出血之间的矛盾,在治疗中必须采取个体化原则,通过判断、分析病情,获得一个最佳治疗方案。对于本例患者,蛛网膜下隙出血及冠脉支架闭塞都会危及生命,但是考虑到前降支病变系慢性闭塞,其血管覆盖范围已有侧支代偿,因此我们果断停用抗凝、抗血小板药物,而给予了凝血药物防止再次出现蛛网膜下隙出血。

[参 考 文 献]

- [1] 张玉龙,赵振伟,刘 乐,高国栋.非高血压性自发性脑出血的病因分析[J].卒中与神经疾病,2006,13:184.
- [2] 于晓燕,王志刚.急诊经皮冠脉介入后并上消化道大出血处理 1 例[J].中国误诊学杂志,2005,5:2981-2982.
- [3] 宋现涛,吕树铮,陈韵岱,苑 飞,林 运,田 锐,等.经皮冠状动脉介入治疗后患者住院期间合并上消化道出血分析[J].中华心血管病杂志,2007,35:308-311.

[本文编辑] 商素芳,邓晓群