

■技术·思维

冠状动脉支架植入术后管理

□张群生

受益于心血管介入耗材集中采购后大幅降价的惠民政策,接受冠状动脉支架植入术的患者明显增多。但是,术后管理不规范可能造成严重的心血管问题,甚至危及患者生命。冠状动脉支架植入术后如何管理,成为亟待解决的重要健康问题。

临床病例

近日,67岁的赵女士感觉自己的心脏又出现了问题,走几步路就胸闷、气促,还伴有喉部紧迫感等不适。她找出此前吃的药吃了几天,症状反而加重了,其家人赶紧拨打120电话求助。

当时,赵女士胸痛难忍,全身无力,走不成路,头也晕得厉害。医生接诊时了解到她11年前曾因冠心病做过支架植入术,立即为其进行相关检查。结果显示,她原来放支架的血管再次发生狭窄,最严重处堵塞高达90%。由于赵女士是支架内狭窄,不适合再次通过植入支架扩张血管,医生便为其进行药物球囊扩张。随后,赵女士的支架狭窄处恢复正常。

“放了支架后血管又堵啦?为什么会这样?”赵女士和家人很疑惑。医生仔细询问病史后得知,赵女士11年前做了支架植入手术,出院后,一直遵医嘱服用他汀类药物。一年前,她觉得自己身体恢复得挺好,就把药停了。停药后半年,赵女士就出现了胸闷等症状。她没有及时就诊,而是把之前停的药又吃上了。当时症状有所缓解,她就断断续续地吃药,结果病情越来越重,她的家人这时才知道她自行停药的事。

同样出现放支架后血管再狭窄问题的,还有58岁的黄先生。4年前,黄先生因急性心肌梗死住院治疗。当时,医生及时在他的心血管内放入支架。术后,医生叮嘱他按时服药,定期复查,并且一定要戒烟。一段时间后,黄先生觉得自己恢复得挺好,第一次的复查结果也挺好,便放松警惕,没有去医院复查,而且又开始抽烟了。

近日,黄先生因心绞痛发作住院治疗。造影检查结果显示,他原来放支架的血管再次狭窄,堵塞约90%。经过药物球囊扩张,他的支架狭窄处恢复正常。

吸烟是冠心病的独立危险因素,黄先生这次发病跟他没有戒烟有一定关系。吸烟等对传统心血管风险因素的影响,还包括血压、血脂和血糖异常等。

支架植入术后管理

冠状动脉支架植入术后,患者应定期复查,有规律地服用他汀类药物降血脂。

服用他汀类药物可以延缓动脉斑块进展,或稳定动脉斑块,甚至逆转动脉斑块,起到降低冠心病患者心肌梗死发生率和死亡率的作用。他汀类药物一旦停用,而且没有使用其他药物替代降血脂治疗,血脂就得不到有效控制,会加快冠状动脉粥样硬化的进展,有导致血管再次发生狭窄的危险。此外,患者还要严格戒烟戒酒。比如,黄先生有吸烟的习惯,这在无形中加快了冠状动脉病变的速度。

特别需要提醒的是,冠状动脉支架植入术后,患者应该于术后的1个月、3个月,以及此后的每6个月或1年进行复查,进行长期规范化管理。

复查时,要注意以下3个方面:

一、危险因素的控制情况

吸烟:是否戒烟,每天的吸烟量,是否被动吸烟。社会心理因素:是否有焦虑、紧张、抑郁等情绪和表现,是否存在家庭和工作人际关系不和谐等。

饮酒:戒酒还是少量饮酒,取决于患者的疾病状态。如果患者并发心衰、糖尿病、高血压病,建议戒酒。

体重:体重指数(BMI)的正常范围为18.5千克/平方米~24千克/平方米。男性腰围小于90厘米,女性腰围在85厘米内。减重目标是3个月~6个月体重减少5%~10%,每月减少1千克~2

千克为宜。

血压:复诊时带上自测血压表。自测血压表包括复诊前一周,每天早、午、晚3次血压值。血压目标值小于140/90毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕)。高危患者血压目标值小于130/80毫米汞柱。高龄患者收缩压可放宽到150毫米汞柱。

血糖:复诊时带上自测血糖表。自测血糖表包括复诊前3天,每天空腹及三餐后共4次血糖值。目标空腹血糖6毫摩尔/升~7毫摩尔/升,餐后血糖≤10毫摩尔/升。

血脂:饮食控制情况,最近血脂化验结果。冠状动脉支架植入术后患者将低密度脂蛋白控制在不高于1.8毫摩尔/升或者1.4毫摩尔/升,甚至1.0毫摩尔/升(心血管专科医生会根据疾病危险分层的要求确定目标),或者血脂基础值下降大于50%。

二、药物服用情况
双联抗血小板治疗:根据患者的年龄、病情及个人体质选择阿司匹林肠溶片联合替格瑞洛片,或者选择阿司匹林肠溶片联合氯吡格雷片。

双联抗血小板治疗至少1年,调整药物须由介入专科医生指导。患者在用药期间,注意观察有无牙龈出血、皮肤黏膜出血、消化道出血及其他出血情况。

调脂治疗:所有PCI(经皮冠状动脉介入术)术后患者均服用他汀类药物,目的是让低密度脂蛋白水平达到正常。

如果服用他汀类药物后

不达标,可联合应用胆固醇吸收抑制剂依折麦布进行治疗。根据情况可考虑加用PSC99抑制剂阿利尤单抗和依洛尤单抗等药物。

由于用药期间需要注意有无肌痛、肌无力等不良反应,因此患者要定期检查肌酸激酶。

β受体阻滞剂:美托洛尔、比索洛尔片等药物可减慢心率,减弱心肌收缩力,降低血压,从而减少心肌耗氧量,减少心绞痛发作,提高运动耐力。目标是静息状态下心率控制在55次/分~60次/分。

ACEI(血管紧张素转换酶抑制剂)/ARB(血管紧张素Ⅱ受体阻滞剂)/ARNI(沙库巴曲缬沙坦钠)类药物:阻断神经内分泌,改善心室重构,延缓心衰进展,防止心脏扩大。

三、化验检查项目
心电图:查心电图的目的是观察心率,以及有无心律失常、心肌缺血等问题。有胸闷、胸痛表现者要随时查心电图。

若患者仍有间歇性胸闷、胸痛、心悸等症状,需要做24小时动态心电图检查。譬如,血管痉挛有时短暂发作,便捷穿戴式心电图设备(可支持24/48/72小时监测)可以有效监测到异常心电现象,给医生提供准确的判断依据,指导精确诊疗。

血常规:支架植入术后服用的抗血小板药物可能会影响血小板、红细胞和血红蛋白,因此患者在服药期间,尤其是开始阶段,需要到门诊复查血常规。

若皮肤有出血点,牙龈

出血、大便发黑,以及其他出血情况,患者应及时到医院就诊,必要时检查凝血指标。

血常规检查的主要目的是了解有无红细胞、血小板、血红蛋白等异常。

血糖血脂:评估主要致病因素控制是否达标,以及发现潜在的血糖异常,便于早期干预。

肝功能、肾功能:肝脏、肾脏是药物代谢的主要脏器,因此肝功能、肾功能状况影响着药物的效果和副作用,需要通过检查确保肝、肾安全。

心脏彩超:进行心脏彩超复查的目的,是了解患者支架植入术后,有无心脏功能异常、心脏大小的改变等,便于医生判断药物治疗方案是否需要调整,预防心脏进一步扩大、心脏功能进一步减低。

冠状动脉造影:支架植入术后,患者进行冠状动脉造影复查,目的是了解支架处是否发生再狭窄、是否支架内血栓形成,同时观察未干预的临界病变是否有加重趋势。如果患者再次出现术前症状,或有胸闷、胸痛症状,需要及时进行冠状动脉造影复查。

冠状动脉支架植入术后,患者需要定期复诊。植入支架只是解决了冠状动脉最狭窄处的病变,冠状动脉其他部位的狭窄也需要预防性治疗,防止病变进展。

即使没有植入支架,冠心病患者也需要定期复查。

临床总结

总之,冠心病是由多种因素引起的。除了遗传、年龄等因素是不可控制之外,其他因素,如吸烟、饮酒、高血压病、高血脂、糖尿病、肥胖、压力大、精神高度紧张、高盐高脂饮食等是可以控制的,积极控制可以有效预防病情加重及某些并发症的发生。

冠状动脉支架植入术并不是一劳永逸的,药物治疗一定要跟上,还应养成科学的生活方式和行为习惯。支架将堵塞或即将堵塞的血管开放、疏通,并不

等于这个血管或这个部位不会再次发生狭窄。支架植入术后半年,是最容易发生再狭窄的时间段。为了防止血管再次发生病变,患者需要控制冠心病的危险因素。

支架植入术后管理,可

借鉴心脏康复的五大处方,即药物处方、运动处方、营养处方、心理处方,以及戒烟限酒处方。要想拥有一颗健康的心脏,做好冠心病的二级预防,积极干预冠心病的可控危险因素,是非常重要的。

■临床笔记

病例

患者乔某,男,32岁,工人。主诉:突发头晕、复视、步态不稳1个多月。

一个月前,患者晨起时突发头晕(持续性眩晕),视物旋转,伴恶心呕吐,站立及行走时步态不稳,视物重影,无耳鸣、耳闷及听力下降,无头颈部僵硬、疼痛等。

患者赶到当地医院就诊,进行头颅磁共振等检查后,被诊断为延髓梗死。患者住院治疗一个月,效果欠佳,被转诊至郑州大学第二附属医院眩晕中心进一步治疗。医生询问乔某的病情时,乔某说:“我真的很郁闷啊!这一个月来,我整日头晕,走路不稳,工作做不好,生活质量很低,咋办啊?”

医生对乔某进行详细问诊及检查。患者有高血脂症及锁骨下动脉斑块。

神经系统检查:意识清,言语清晰,对答切题,医生查体时合作度高,高级皮层功能可。

颅神经:双眼视力可,双侧瞳孔等大等圆,直径约3毫米,对光反射灵敏,双眼球运动充分,闭目有力,右侧眼裂变小,额纹及鼻唇沟对称,伸舌居中,咽反射右侧消失,悬雍垂向左偏,洼田饮水试验2级,右侧面部出汗少,右侧浅痛觉减退。

四肢:四肢肌张力及肌力可,四肢腱反射对称存在,左下肢浅痛觉减退,脑膜刺激征阴性。

眩晕专科查体:双眼可见自发性左向扭转眼震。

患者闭目难立征阳性,右侧指鼻试验结果稍差。

辅助检查:24小时动态心电图及动态血压监测未发现明显异常。

初步印象:结合患者肥胖、生活不规律及有高血脂症及锁骨下动脉斑块形成,考虑小脑后下动脉后分支动脉粥样硬化闭塞的可能性大。

初步诊断为延髓背外侧综合征。

治疗

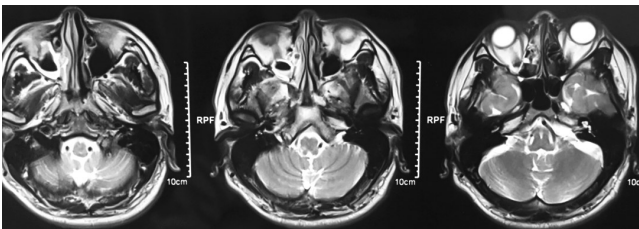
常规治疗:
1.抗血小板聚集、调脂稳定斑块,控制低密度脂蛋白<1.4毫摩尔/升。
2.应用改善脑循环药物。
3.改善前庭周围及中枢循环:甲磺酸倍他司汀片(敏使朗)。

特殊治疗:
针对中枢性眼震的特殊治疗,加巴喷丁和美金刚对多发性硬化等引起的多种类型的获得性眼震有效;对加巴喷丁效果欠佳者,美金刚可作为替代药物。

转归:
治疗第二天,患者的眼震基本消失,复视症状缓解,闭目难立征较以前明显好转。

患者进行眼震视图复查,无自发性及凝视眼震。5天后,患者感觉眩晕、步态不稳等症状明显改善,要求出院。随访2个月,患者仅有右侧面部轻微麻木,其余一切正常。

(作者供职于郑州大学第二附属医院)



影像图

相关链接

延髓背外侧综合征是脑干梗死最常见的类型。延髓背外侧综合征的临床表现为眩晕、呕吐、眼球震颤(前庭神经核受损)、交叉性感觉得障碍(三叉神经背束核及对侧交叉的脊髓丘脑束受损)、同侧霍纳征(下行交感神经纤维受损)、饮水呛咳、吞咽困难和声音嘶哑(疑核受损)、同侧小脑性共济失调(绳状体或小脑受损)。

延髓背外侧综合征的病变位于延髓上段的背外侧区,常见原因为小脑后下动脉、椎基底动脉或外侧延髓动脉缺血性损害,是最常见的后循环缺血性卒中综合征。在所有缺血性卒中患者中,约20%为后循环卒中,其中约50%为延髓背外侧综合征,且男性患者居多,好发于中老年人。

征稿

科室开展的新技术,在临床工作中积累的心得体会,在治疗方面取得的新进展,对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《医技在线》《临床笔记》《临床提醒》《误诊误治》《医学检验》《医学影像》等,请您关注,并期待您提供稿件。

稿件要求:言之有物,可以为同行提供借鉴,或有助于业界交流学习;文章可搭配1张~3张医学影像图片,以帮助读者更直观地了解技术要点或效果。

联系人:贾领珍
电话:(0371)85967002
投稿邮箱:337852179@qq.com
邮编:450046
地址:郑州市金水东路与博学路交叉口东南角河南省卫生健康委员会8楼医药卫生报社编辑部

抽丝剥茧 找到患者心脏骤停原因

□孙利敏

病例

患者薛某,男,60岁,以“胸闷、心慌、气喘伴后背疼痛12小时,心脏骤停8小时”为主诉就诊,12小时前无明显诱因出现胸闷、心慌、气喘伴后背疼痛,测血压90/48毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕),在当地医院做心脏超声、心电图、心肌酶学等检查,未见明显异常。8小时前,患者在进行主动脉CTA(CT血管造影)检查时突发心脏骤停。医生紧急给予心肺复苏,气管插管呼吸机辅助呼吸,并持续应用升压药物维持血压。

患者有高血压病史10余年,糖尿病病史5年,吸烟40年,20支/天,饮酒30多年。医务人员对患者进行初步筛查,没有阳性发现,在主动脉CTA检查中也未见肺动脉栓塞。我和同事按照患者存在的问题进行推理:心脏骤停原因——原因不明,当地医院医务人员主动脉夹层?CTA检查已经排除;急性冠状动脉综合征?心电

院急诊转运团队,将患者转运至郑州大学第一附属医院。患者入住郑州大学第一附属医院东院区内科综合ICU(重症监护室),处于休克、浅昏迷状态,呼吸机辅助呼吸,窦性心律。

查体:腹部膨隆,腹肌稍紧张。

实验室检查结果:D-二聚体不高,凝血功能正常,心肌酶学检查结果轻度异常,心电图未见明显异常,肝功能正常,肾功能轻度异常,炎症指标不高,血气分析结果提示高乳酸血症。符合常见心肺复苏患者的化验常规指标。但是,我和同事仔细分析患者的情况,认为患者的病情有可疑之处,心脏骤停原因不明,乳酸降而复升,原因不明,用常见心肺急症难以解释。我和同事按照患者存在的问题进行推理:心脏骤停原因——原因不明,当地医院医务人员主动脉夹层?CTA检查已经排除;急性冠状动脉综合征?心电

图上没有心肌缺血和心肌损伤的动态改变。难道是休克导致?休克原因——肺栓塞(CTA已经排除);高乳酸血症——心肺复苏后可以解释,下降后再次复升难以解释;动力性休克可能性不大,只能考虑是外周所致的休克,难道是造影剂过敏?但检查前已经有休克存在。感染?缺少前期感染病史。

在临床上,遇到这种情况,只有一个定律——事出反常必有妖。

分析

患者入院时所做的腹部CT检查结果提示:腹腔部分肠管积气、积液并气液平面,腹腔可见少量渗出物。患者腹胀明显,用目前病因不能解释。而休克及高乳酸血症及肌红蛋白进行性升高,腹部膨隆、腹内高压,这之间有什么关联?矛头指向腹部。多学科专家会诊后,考虑心肺复苏后,目前未见

明显急腹症表现,风险很高,建议密切观察。根据患者的病情,我们先后2次对患者进行腹部平扫CT检查、1次腹部增强检查,均未见明显动态变化,渗出物未见明显增多。

根据患者的病情,我们决定请急诊外科主任郭贵成进行会诊,指导治疗。在床旁超声引导下对患者进行腹部穿刺,发现腹水为暗红色血性液,考虑肠缺血性坏死的可能性大,遂决定对患者进行剖腹探查,虽然他是心肺复苏后高危患者。

治疗

术中探查可见全小肠扩张、积气积液严重;部分小肠呈缺血性坏死样改变;坏死肠管近端距屈氏韧带约200厘米,远端距回盲部约30厘米,坏死部分长约200厘米,遂对患者进行回肠切除术、小肠造瘘术。

患者术后第3天意识清醒。医生为其拔除气管插管,转至急诊外科进一步治疗。近

日,患者痊愈出院。

急性肠缺血性坏死是常见的急腹症,可由肠系膜动脉或静脉的狭窄或闭塞引起,常见病因有急性肠系膜动脉血栓、肠系膜静脉血栓形成或低血容量休克。腹痛为急性肠缺血性坏死的主要表现。对这类患者进行体格检查—腹部检查,最初可能显示结果正常,或者只显示轻度腹部膨隆,无腹膜炎征象。但是,随着肠缺血性坏死的进展和发生透壁性肠梗死,患者的腹部会明显膨隆,肠鸣音消失,腹膜征出现。

该病例病情不典型,腹部增强CT检查结果未见明显阳性发现,渗出物无明显增多,主要体征是腹胀明显,床旁腹腔诊断性穿刺怀疑肠管坏死。回顾患者的病史,嗜酒、吸烟,并发糖尿病、高血压病,导致起病隐匿,发病急,容易和急性心脏事件混淆。

(作者供职于郑州大学第一附属医院)