

心血管病指南与临床 13
栏目：李俊侠

急性心梗合并脑梗死的棘手问题

▲ 北京军区总医院心内科 王昆

病例摘要

主诉 男性，72岁。因“头晕1天、胸痛4h”入院。

现病史 患者于入院前1天无明显诱因出现头晕，无头痛，无恶心、呕吐、视物旋转等，多次测血压为160/180/90~100 mmHg，自服降压药效果不理想。入院前4h于早饭后突发持续性胸骨后压榨样疼痛，向左肩、背部及颈部放散，伴大汗、乏力、濒死感，自服速效救心丸、硝酸甘油等症状无明显缓解，遂至我院急诊。急诊心电图示缺血损伤，心肌坏死标记物显著升高，头CT示右侧小脑梗死。为进一步诊治收入我科。

既往史 高血压病史20余年，高脂血症病史10余年，否认糖尿病史。吸烟史30余年。

体格检查 查体：血压182/96 mmHg。神清语利，双肺呼吸音清晰，未闻及干湿性啰音。心率84次/min，律齐，心音减弱，各瓣膜听诊区未及杂音。腹平软，无压痛，肝脾未触及，双下肢无浮肿。神经系统检查未见明显阳性定位体征，双侧Babinski征（-）。

辅助检查 实验室检查：急诊肌钙蛋白0.66 ng/ml，肌酸激酶同工酶12.4 ng/ml。入院6h复查肌钙蛋白2.36 ng/ml，肌酸激酶同工酶34.4 ng/ml，肌酐84 μmol/L，尿素氮7.2 mmol/L，活化部分凝血酶时间29.3 s，国际标准化比值（INR）1.73，总胆固醇3.57 mmol/L，低密度脂蛋白胆固醇1.71 mmol/L。心电图检查：窦性心律，右束支传导阻滞，ST段I、II、V₂₋₆下斜型压低0.1~0.3 mv，aVR抬高0.1 mv，伴T波改变（图1）。超声心动图：左心房室扩大，左房内径35 mm，左室内径52 mm，左室前壁节段性

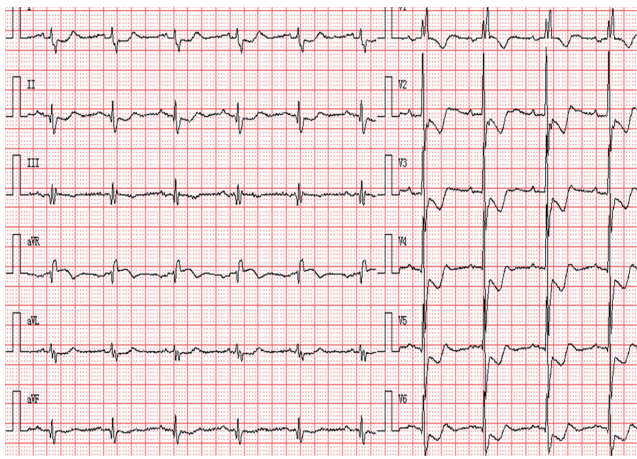


图1 心电图检查结果

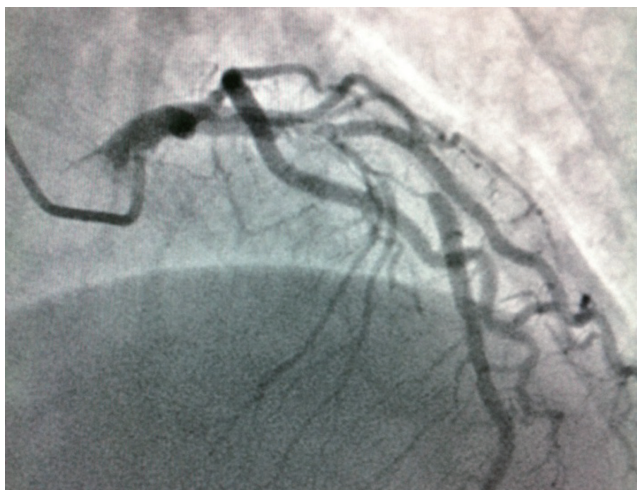


图2 术前冠脉造影结果

运动异常，左室射血分数为50%。头CT示右侧小脑缺血性卒中。

入院诊断 冠状动脉粥样硬化性心脏病：急性非ST段抬高型心肌梗死（极高危），killip I级；急性小脑梗死；高血压病3级（极高危）。

诊疗经过 于入院24h内完成冠脉造影，术前予阿司匹林300 mg，氯吡格雷600 mg，普通肝素100 IU/kg。冠脉造影示三支病变：左冠脉前降支（LAD）近段90°~99°弥漫性狭窄，前向TIMI血流3级（图2），左冠脉回旋支近段75%~85%节段性狭窄，前向

TIMI血流3级，右冠脉近段60%~70%局限性狭窄，前向TIMI血流3级。于LAD病变处置入3.5 mm×33 mm支架1枚，患者胸痛症状缓解。术后口服阿司匹林100 mg/d，氯吡格雷75 mg/d，同时予瑞舒伐他汀20 mg/晚、倍他乐克12.5 mg，2次/d、培哚普利4 mg/d、依诺肝素6000 U/12 h。患者病情平稳，血压维持在145~155/80~90 mmHg，头晕症状无加重，无肢体活动障碍、意识障碍等。1周后患者头晕症状明显缓解，出院后规律口服药物治疗，随访至今无不良事件。

病例分析

焦点一 出血风险高
不宜GP II b/III a受体拮抗剂抗栓治疗

指南建议 2011年欧洲心脏病学会（ESC）非ST段抬高型急性冠脉综合征（NSTE-ACS）指南及我国指南建议，对于中高危及准备早期行经皮冠状动脉介入治疗（PCI）的NSTE-ACS患者，入院后尽早开始双联抗血小板治疗（阿司匹林+氯吡格雷）。抗凝治疗常规应用于中危和高危组的不稳定型心绞痛和非ST段抬高的心肌梗死（NSTEMI）患者中。在双联抗血小板治疗及有效抗凝治疗的情况下，血小板糖蛋白（GP）II b/III a受体拮抗剂不推荐常规应用，主要用于PCI术中高危血管病变和噻吩并吡啶类药物未

予适当负荷量的患者。

临床决策 该例患者为急性NSTEMI，GRACE评分提示为极高危，拟行PCI，入院即予负荷剂量双联抗血小板治疗联合抗凝治疗。造影提示高危血管病变，应考虑应用GP II b/III a受体拮抗剂。根据CRUSADE评分，本患者出血风险也为高危（11.4%）。研究提示，GP II b/III a受体拮抗剂对于出血风险高的患者，可能的获益被潜在的出血风险抵消，且本患者合并急性缺血性卒中，应用大剂量抗栓药物易增加脑梗死出血转化风险，因此放弃应用GP II b/III a受体拮抗剂三联抗血小板治疗。

焦点二 极高危者需2 h内完成PCI

指南建议 2011年ESC NSTE-ACS指南推荐，对于极高危NSTE-ACS患者应紧急行冠脉造影（2 h内）；高危患者应早期行冠脉造影和PCI（24 h内）；而中危患者选择延迟造影（72 h内）更合理。

临床决策 本例患者为极高

危，应紧急行冠脉造影，考虑患者同时合并急性缺血性卒中、出血风险高，急诊PCI术中需应用大量肝素且可能联合应用GP II b/III a受体拮抗剂，将进一步增加出血性卒中转化及死亡风险。因此，选择在严密监测病情变化的情况下，于24 h内完成PCI。

焦点三 血压目标为降低收缩压15%

指南建议 2014年JNC 8、2013 ESC高血压指南推荐，对于<80岁、收缩压≥160 mmHg的老年高血压患者，建议将收缩压降至140~150 mmHg，而身体虚弱的老年则应根据个体耐受情况调整。对于缺血性卒中，指南不推荐在急性卒中最初24 h内降压，除非血压>220/120 mmHg，或伴心肌缺血、主动脉夹层血肿等。血压目标应基于临床判断，目前合理的估计是最初降低收缩压15%，

并监测神经系统功能恶化与血压降低的关系。

临床决策 该例患者诊断为急性小脑梗死，入院血压182/96 mmHg，若从急性缺血性卒中的角度可暂不考虑降压药，但患者同时合并急性心肌梗死、冠脉三支病变等，病情复杂且危重。依照指南，医生选择两者兼顾，既考虑缺血性卒中脑灌注压又考虑心脏后负荷、冠脉灌注等情况，将血压控制在155/85 mmHg，患者状况稳定。

我国高血压专科诊室3万例患者调查公布：血压控制率不足3成



北京大学第一医院霍勇教授等进行的表明，即使在高血压专科诊室，中国的高血压控制率也很不理想，还不到30%。（Cardiovasc Res. 2014;103:S43）

该研究共对全国127个高血压专科诊室的32004位患者进行了调查。结果显示，就诊的高血压患者中，48%为高危患者，

36%为极高危患者，低中危患者仅占16%。一半已有不同程度的靶器官损害，49%的人已有临床并发症。在接受治疗的患者中，69.3%仅服用一种降压药，仅有15.6%左右的患者服用是固定剂量的复方制剂。最常用血管紧张素转换酶抑制剂、血管紧张素II受体拮抗剂，其次为钙拮抗剂。

即使患者服用药物，但血压控制率（<140/90 mmHg）还是低得可怜，仅为26.8%。其中冠心病控制率为27.7%，糖尿病为30%，有肾脏疾病的为25.4%，已发生卒中为21.3%。

另外，值得警惕的是，七成高血压患者糖代谢异常。其中20.2%没有服用任何降糖药物。