

• 病例报告 •

梅毒血清学阳性的左主干开口狭窄经皮冠状动脉介入治疗 1 例

杨雅薇 顾 颖 张云雁 秦永文 马丽萍

doi:10.3969/j.issn.1673-6583.2016.04.018

1 病例简介

患者女性,50 岁,因活动后胸闷、胸痛 2 个月入院。患者自诉 2 个月前劳累后感胸闷、胸痛,持续 5 min,无放射痛,口服“保心丸”可缓解。既往无高血压、高脂血症、糖尿病史。入院时查体:心率 70 次/min,律齐,血压 120/80 mmHg,呼吸 18 次/min,心界无扩大,主动脉瓣区可闻及舒张期杂音,余瓣膜区未闻及杂音,肺部无明显阳性体征。入院后心电图显示:窦性心律,广泛 ST-T 低平;V1~V3 导联 T 波倒置(见图 1)。实验室检查显示,肌钙蛋白 I 0.01 ng/mL,肌酸激酶同工酶 3 U/L;总胆固醇 4.98 mmol/L,三酰甘油 0.7 mmol/L,高密度脂蛋白胆固醇 1.77 mmol/L,低密度脂蛋白胆固醇 3.03 mmol/L;血常规未见明显异常;术前免疫学检查显示梅毒抗体阳性,梅毒血浆反应素(RPR)阳性,滴度 1:128;心脏彩超显示左心增大(左心室 104 mL),主动脉瓣大量反流,二、三尖瓣少量反流,左室收缩功能正常。患者对既往梅毒病史不知情,无皮肤黏膜损害病史,无虹膜睫状体炎及会阴部软下疳等体征。冠状动脉造影显示,左主干开口狭窄 90%;前降支、回旋支近端未见明显狭窄,中远段不显影(见图 2);右冠状动脉开口狭窄 30%,远端血流 TIMI 3 级。

立即行经皮冠状动脉介入治疗(PCI)和血管内超声(IVUS),应用 Sprinter 2.5 mm×15 mm 球囊至左主干病变处,准确定位后以 10 atm 扩张 10 s,再行造影显示左主干病变较前稍减轻,撤出球囊,再次送入 Flextome 2.5 mm×10 mm 切割球囊至左主干病变处,以 14 atm 扩张 10 s 后狭窄明显减轻,选择 Firebird 4.0 mm×13 mm 球囊支架至病变处,准确定位后以 16 atm 扩张 10 s。造影显示支架贴壁良好,无残余狭窄。撤出球囊,复查造影显示支架开口回缩,再

次送入 Xience Prime 4.0 mm×12 mm 球囊支架至左主干开口上一枚支架内,近端拉出开口 2 mm,准确定位后以 18 atm 扩张 10 s。撤出球囊,再次送 NC Sprinter 4.5 mm×15 mm 高压球囊至左主干开口外 2 mm,以 22 atm 扩张 10 s 制作喇叭口(见图 3)。IVUS 检查示支架贴壁良好,无残余狭窄。术后给予抗血小板治疗,皮肤科会诊后给予青霉素驱梅治疗。综合分析患者年龄、性别、危险因素、家族史和冠状动脉造影左主干开口病变特点,考虑患者冠状动脉病变为梅毒所致,确诊为梅毒Ⅲ期。

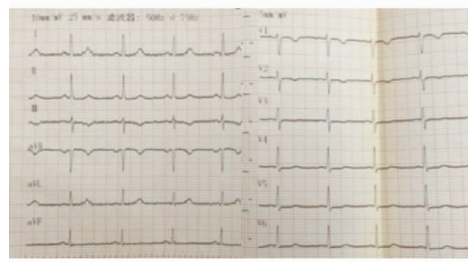


图 1 入院时心电图

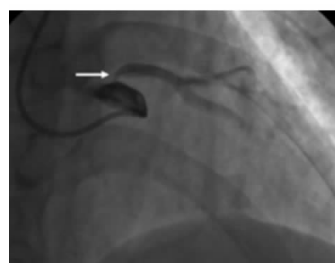


图 2 冠状动脉造影显示左主干开口狭窄 90%

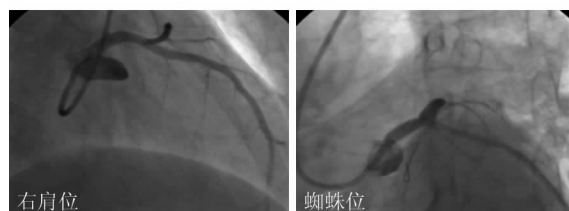


图 3 支架置入后,右肩位、蜘蛛位冠状动脉造影

基金项目:上海市科学技术委员会基金(134119a0301)

作者单位:200433 上海,第二军医大学附属长海医院心内科

通信作者:马丽萍,Email: lipingma@smmu.edu.cn

2 讨论

梅毒性心脏病是梅毒螺旋体侵入引起的心血管病变,属于梅毒Ⅲ期,主要包括梅毒性主动脉炎、梅毒性主动脉瓣关闭不全、梅毒性主动脉瘤、冠状动脉口狭窄以及梅毒性心肌树样瘤 5 种类型^[1]。80%未经治疗的患者易出现主动脉炎,其中 20%~90%患者可累及主动脉瓣环,导致主动脉瓣关闭不全。也有部分患者累及冠状动脉口使冠状动脉口变窄,出现类似冠状动脉粥样硬化性心脏病(冠心病)的症状^[2]。梅毒性心脏病的诊断目前尚无明确标准,因此临床诊断率远低于发病率,一般认为有梅毒血清学试验阳性而有心血管征象者应高度怀疑梅毒性心脏病^[3]。

梅毒致冠状动脉口狭窄的报道国内罕见,易误诊为冠心病。本例患者有典型心绞痛症状,心电图呈心肌缺血表现,患者为中年女性、无冠心病危险因素及家族史,造影显示左主干开口局限性狭窄,内膜光滑无斑块,综合分析不符合典型冠心病特点。结合查体发现主动脉瓣区闻及舒张期杂音,心脏彩超提示主动脉瓣大量反流,血清梅毒抗体阳性,高度符合梅毒性心脏病特点,可诊断为梅毒性心脏病。对于梅毒阳性的患者首先应进行驱梅治疗,使主动脉炎不再进展。研究提示,具备梅毒性心脏病特点,尤其是冠状动脉口狭窄合并主动脉瓣关闭不全病变的患者,即使梅毒血清学检查阴性也应该进行驱梅治疗^[4]。单纯性梅毒性主动脉炎对青霉素反应较好,积极治疗后预后尚可;梅毒性主动脉瓣关闭不全在未发生心力衰竭前可无症状,一旦出现心力衰竭,病程进展很快。主动脉瓣关闭不全合并冠状动脉口狭窄的患者预后更差,随时有猝死的危险^[4]。

对于冠状动脉口狭窄的患者应及时给予血运重建,由于支架置入难度大,术中并发症多,以往多采用冠状动脉旁路移植手术,尤其当合并主动脉瓣严重反流和升主动脉增宽时多主张外科治疗^[5]。近几年国内外陆续有介入治疗冠状动脉口狭窄的病报道^[6-8],但这对操作者技术要求很高。本例患者就是采用 PCI 成功的案例,近期疗效显著,相对外科手术操作简单,经济成本低,随访 1 年患者未再发心绞痛。

参 考 文 献

- [1] 叶任高,陆再英.内科学[M].第6版.北京:人民卫生出版社,2005:349-350.
- [2] 朱晓多,许超蕊,杨兆颖,等.梅毒性心血管病的临床治疗[J].中国医药指南,2013,11(8):1671-8194.
- [3] 张晓荣,骆丹,徐兢.梅毒血清学阳性的冠心病 133 例回顾性分析[J].中华临床医师杂志:电子版,2013,7(11):5066-5067.
- [4] Roberts WC, Ko JM, Vowels TJ, et al. Natural history of syphilitic aortitis [J]. Am J Cardiol, 2009, 104(11):1578-1587.
- [5] Bouvier E, Tabet JY, Malergue MC, et al. Syphilitic aortic regurgitation and ostial coronary occlusion [J]. J Am Coll Cardiol, 2011, 57(24): e375.
- [6] 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, 2010: 830583.
- [7] Choon Ta N, Chee Tang C, Chi Keong C. Syphilitic coronary artery ostial stenosis presenting with acute myocardial infarction [J]. Heart, 2013, 99(4): 290.
- [8] 彭小凡,唐亮,台适,等.致冠状动脉入口严重狭窄的梅毒性心脏病误诊为冠状动脉粥样硬化性心脏病一例[J].中国介入心脏病学杂志,2014,22(10):669-670.

(收稿:2015-11-15 修回:2015-12-18)

(本文编辑:梁英超)