

急诊PCI冠脉支架脱载一例

河南省安阳市中医院

心内科 李海良



- 患者男性，69岁
- 主诉：间断胸闷、胸痛1年，加重6小时
- 就诊时间：2017年5月1日6:05

➤现病史：1年前，患者活动时出现胸闷、胸痛症状，休息后缓解，持续1-3分钟，6小时前休息时突发剧烈胸痛、伴有胸闷、冷汗，放射至肩背部，持续不能缓解，当地医生给予速效救心丸舌下含化后症状未见明显好转，急呼120出诊，查心电图提示：心肌缺血，由急诊入院，入院症见：持续剧烈疼痛，伴有出汗，放射至肩背部，无头晕头痛，无咳嗽咳痰，无恶心呕吐，无发热恶寒，纳眠可，二便可。

- 既往史：既往有高血压病史1年，血压控制不良，无其他病史
- 个人史：出生于原籍，有吸烟史20余年，每天20支，饮酒史20年，每天200-300ml
- 家族史：父亲有脑梗塞病史；母亲脑萎缩病史

➤体格检查：

体温：36.2℃

脉搏：82次/分

呼吸：18次/分

血压：160/90mmHg

发育正常，营养不良，急性面容，表情痛苦，轮椅入室，神志清楚，双肺呼吸音清，未闻及干湿性啰音，心率82次/分钟，心律齐，心音无异常，各瓣膜未闻及病理性杂音，腹平软，无压痛及反跳痛，双下肢无浮肿，生理反射存在，病理反射未引出。

➤辅助检查：

糖化血红蛋白：6.1% D-二聚体：0.33

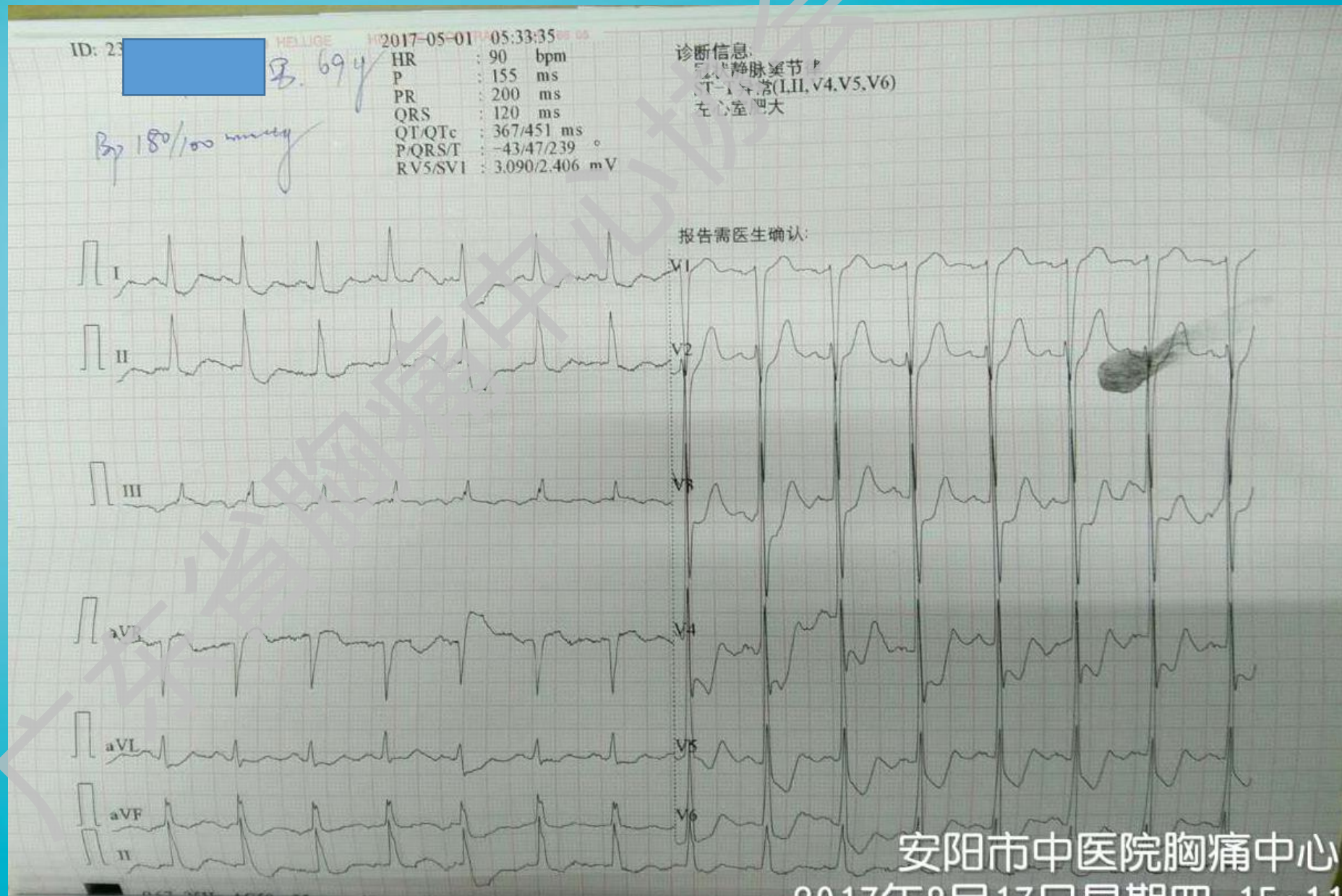
肌酸激酶同工酶：32.2 肌酸激酶：258

LDL：2.85 K：3.09 肌红蛋白：279.65

肌钙蛋白：0.743 脑钠肽：521.11

输血前四项：正常 血常规：正常

➤ 辅助检查：
急诊科心电图



入院诊断：

中医诊断：胸痹心痛病

心血瘀阻证

西医诊断：1.冠心病

急性心肌梗死（部位？）

心功能II级

2.高血压病3级

极高危

入院后治疗

拜阿司匹林片 300mg st 后100mg qd po

替格瑞洛片 180mg st 后 90mg bid po

消心痛片 10mg tid po

瑞舒伐他汀钙片 10mg qd po

依那普利片 5mg bid po

美托洛尔片 25mg bid po 48h后美托洛尔缓释片47.5mg qd

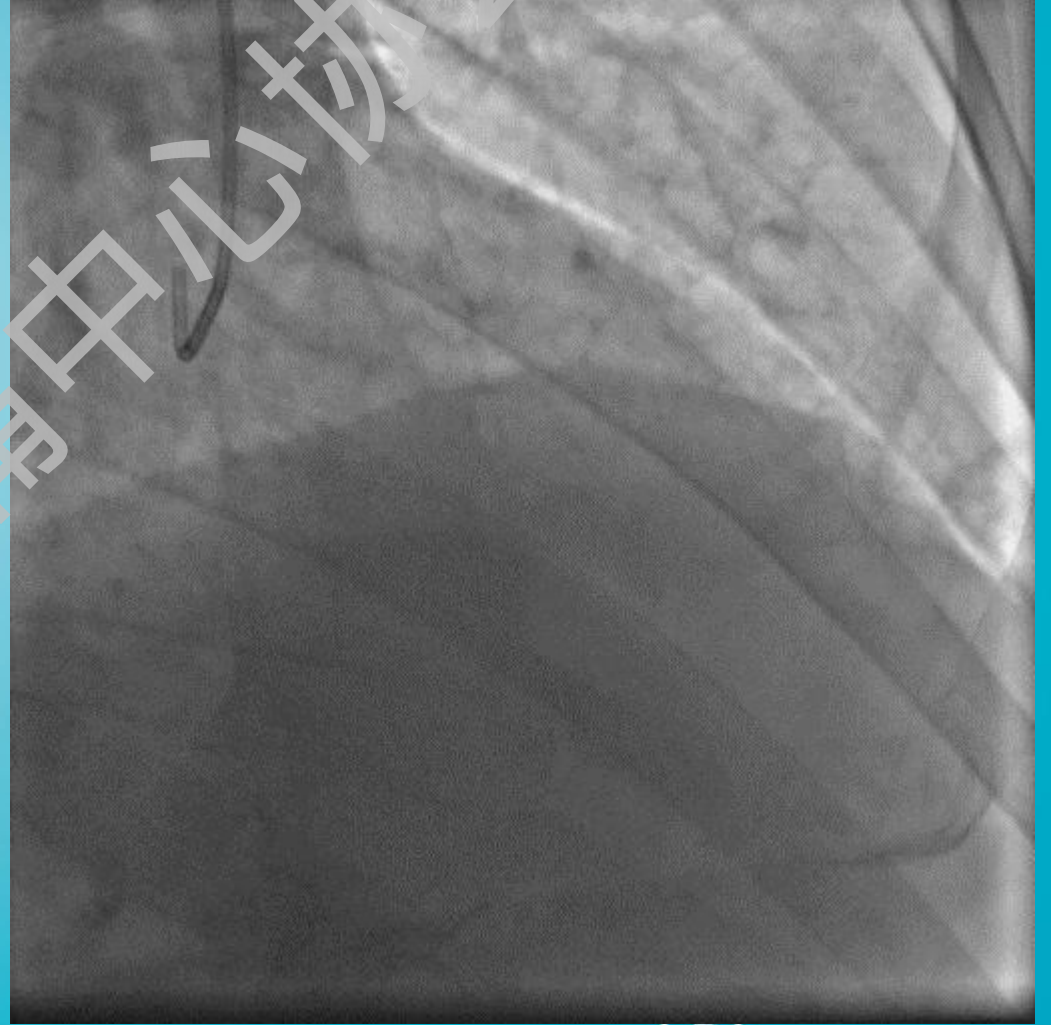
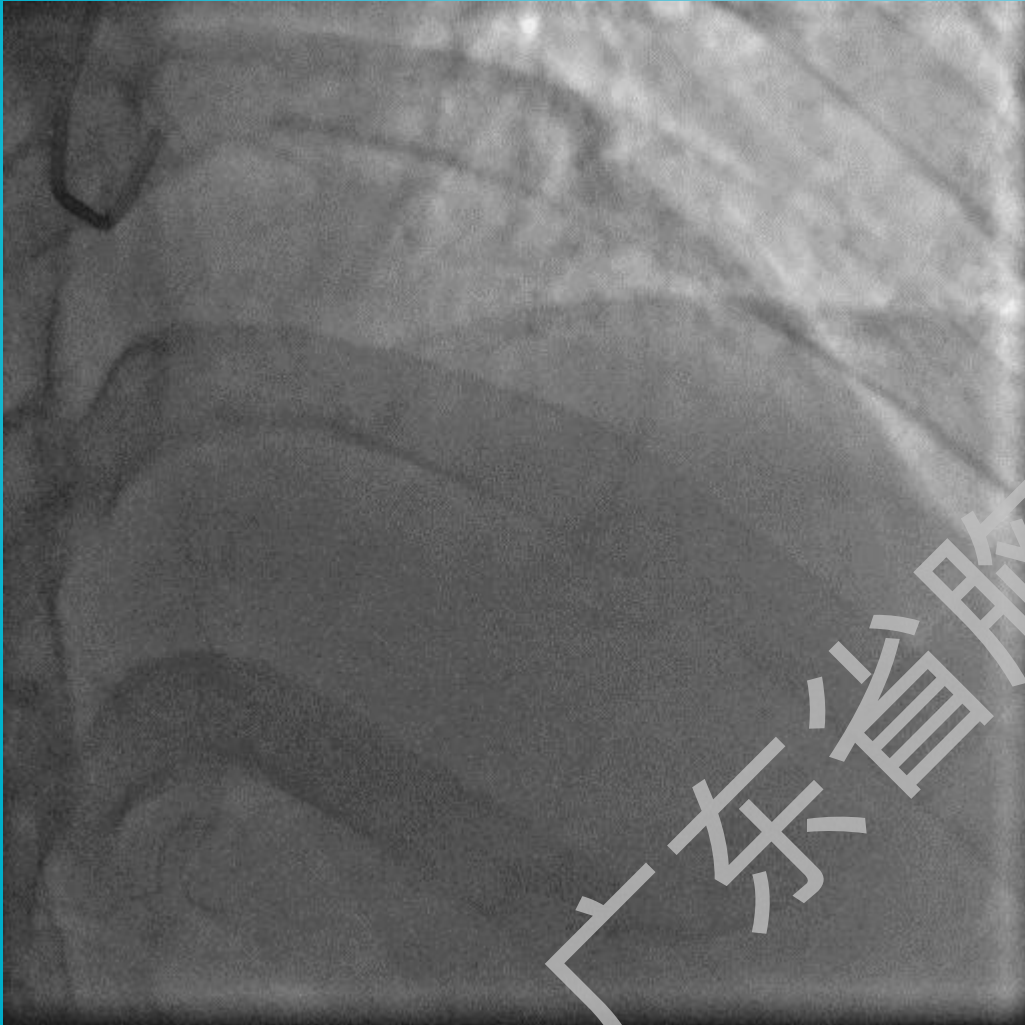
通心络胶囊 3粒 tid po

低分子肝素钙针 6000u ih q12hx7天

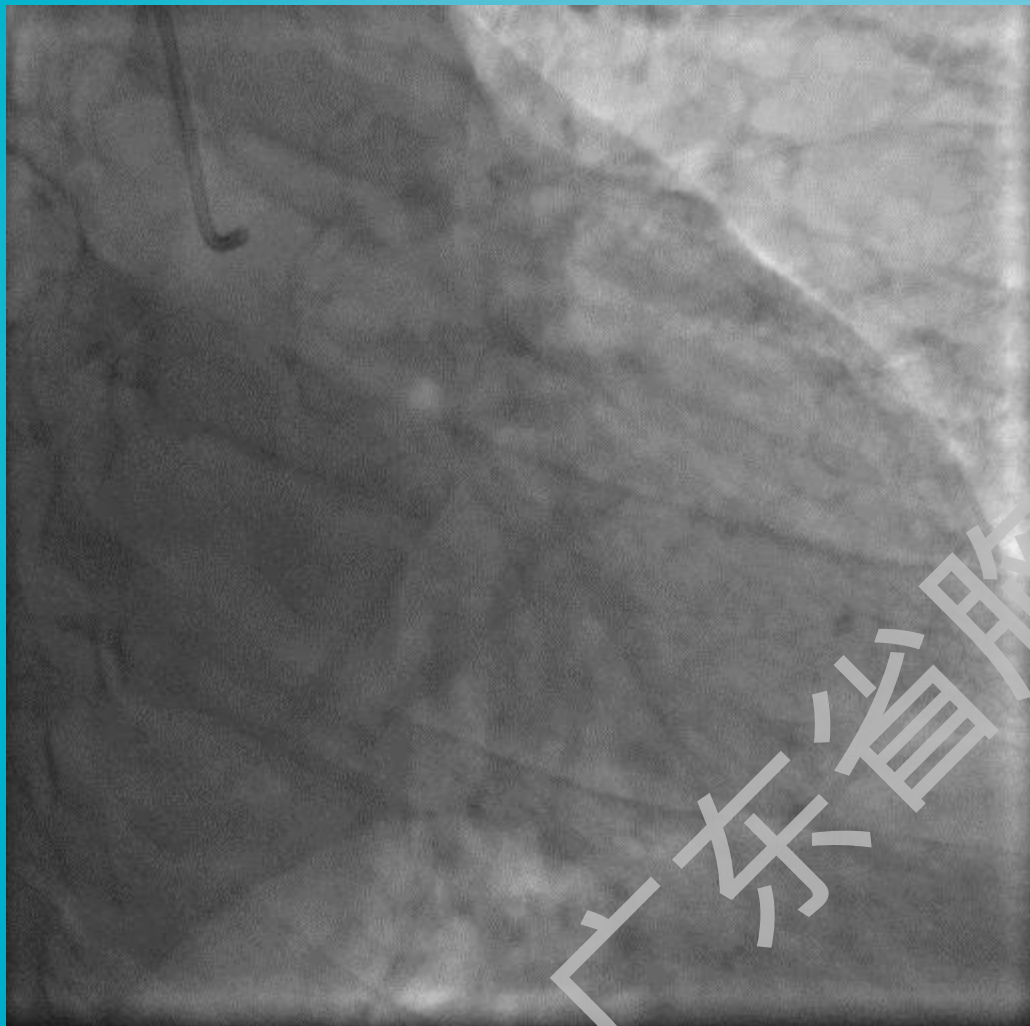
替罗非班针100ml：术中冠脉内15ml,术后5ml/h

- 入院后治疗：
- 患者诊断急性心肌梗死，向家属交代病情，急诊行冠脉造影检查+支架术
- 2017.05.01 6:25入院，7:00开始冠脉造影
以下为手术过程：

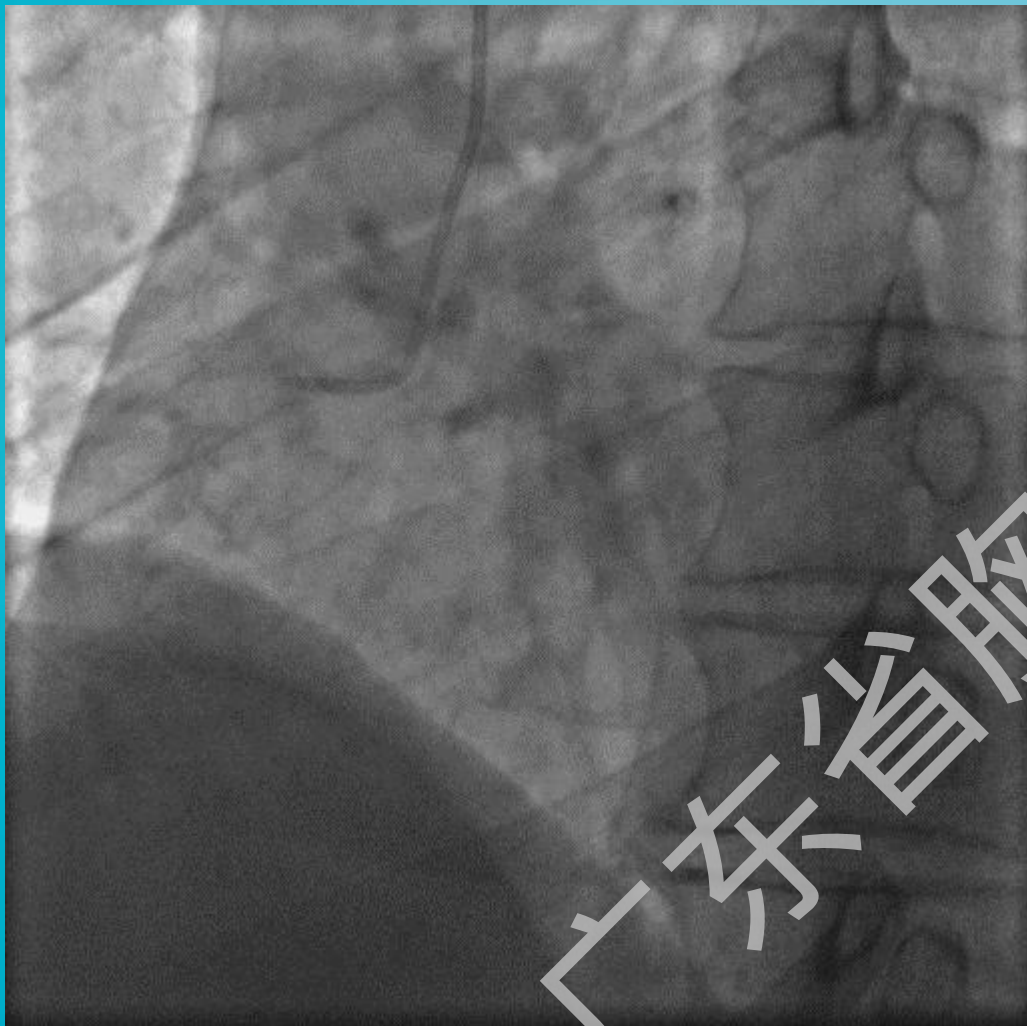
冠脉造影结果：



广东省胸痛中心协会



广东省胸痛中心协会



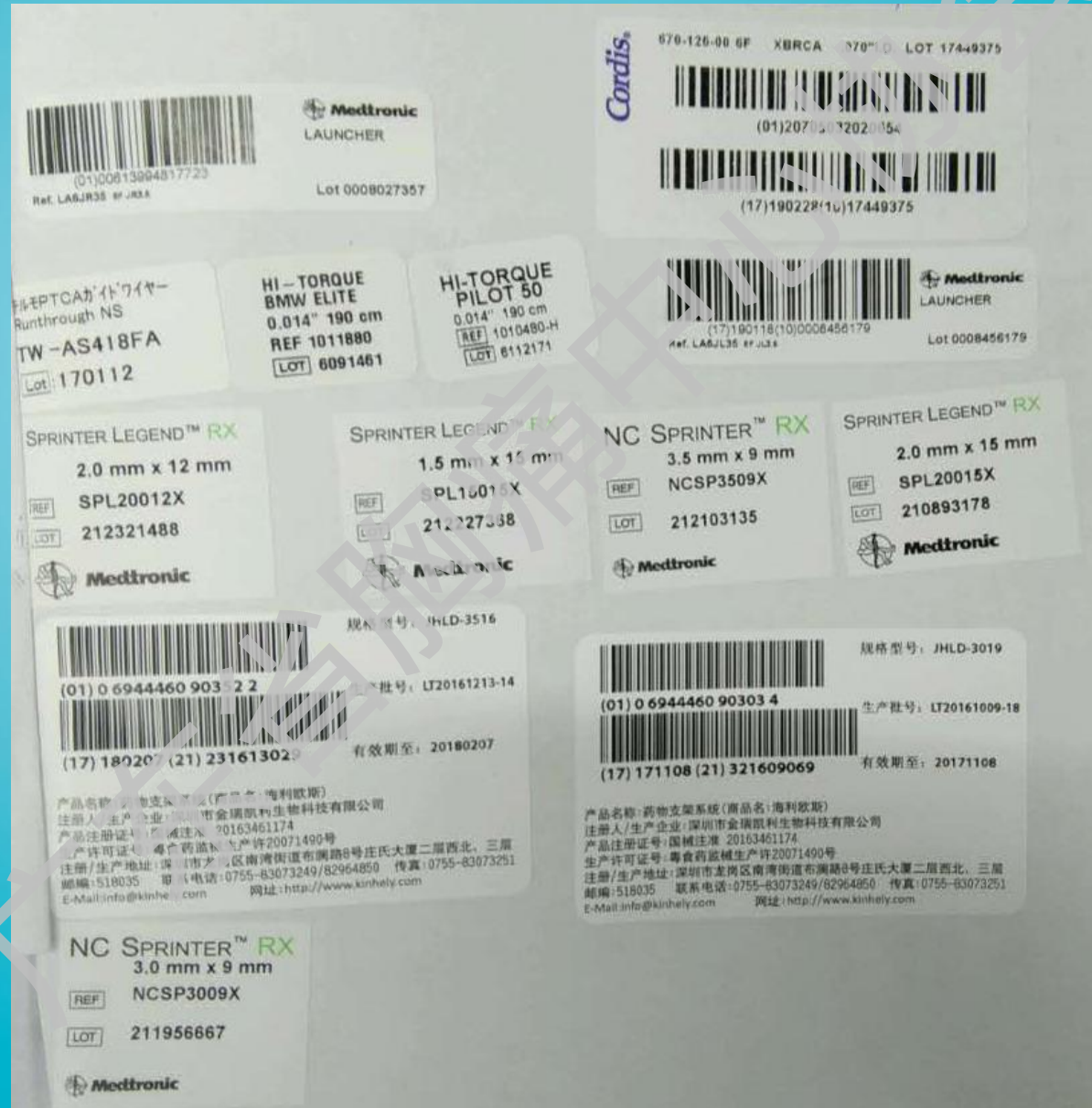
广东省头痛中心协会

下一步怎么办？罪犯血管是谁？ -PCI治疗

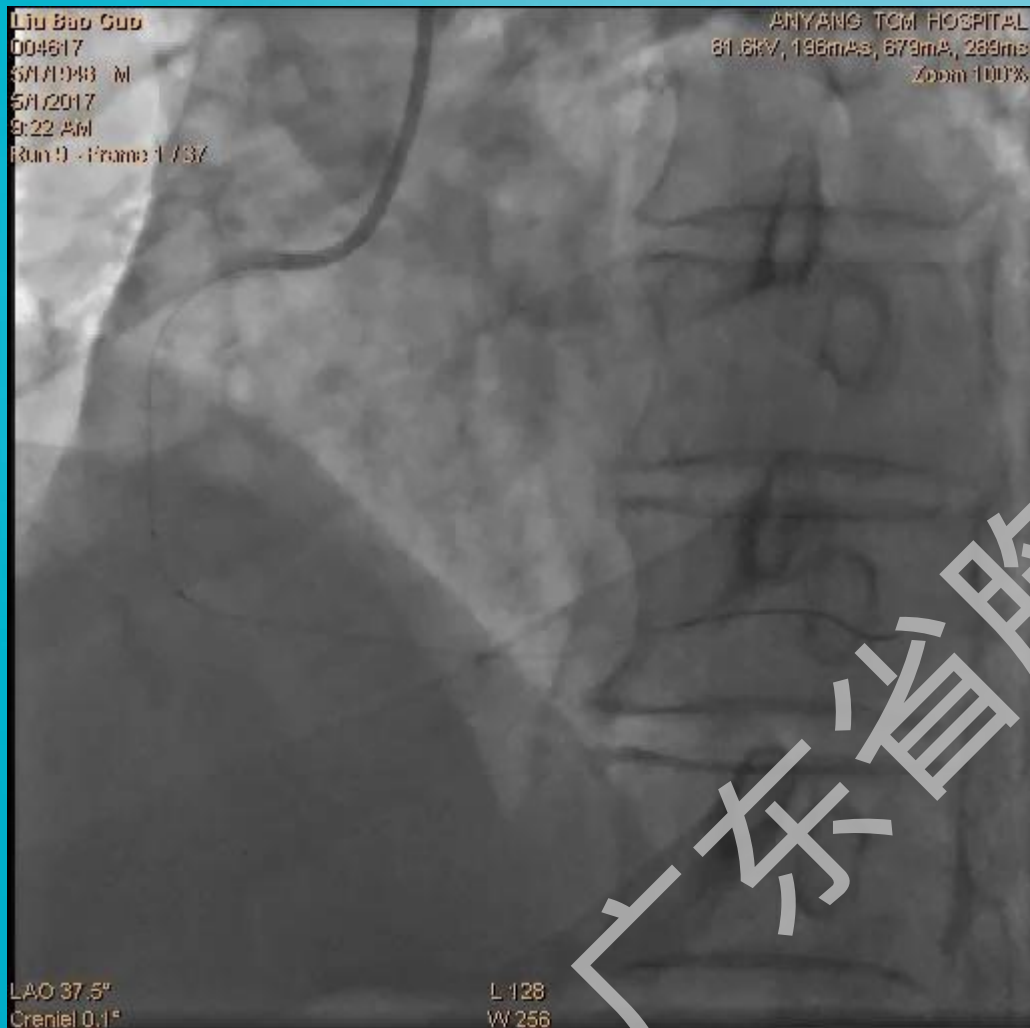
- 1.血流三级-下台？
- 2.急诊PCI治疗
 - RCA？
 - RCA+LAD？
- 3.CABG？

广东省胸痛中心协会

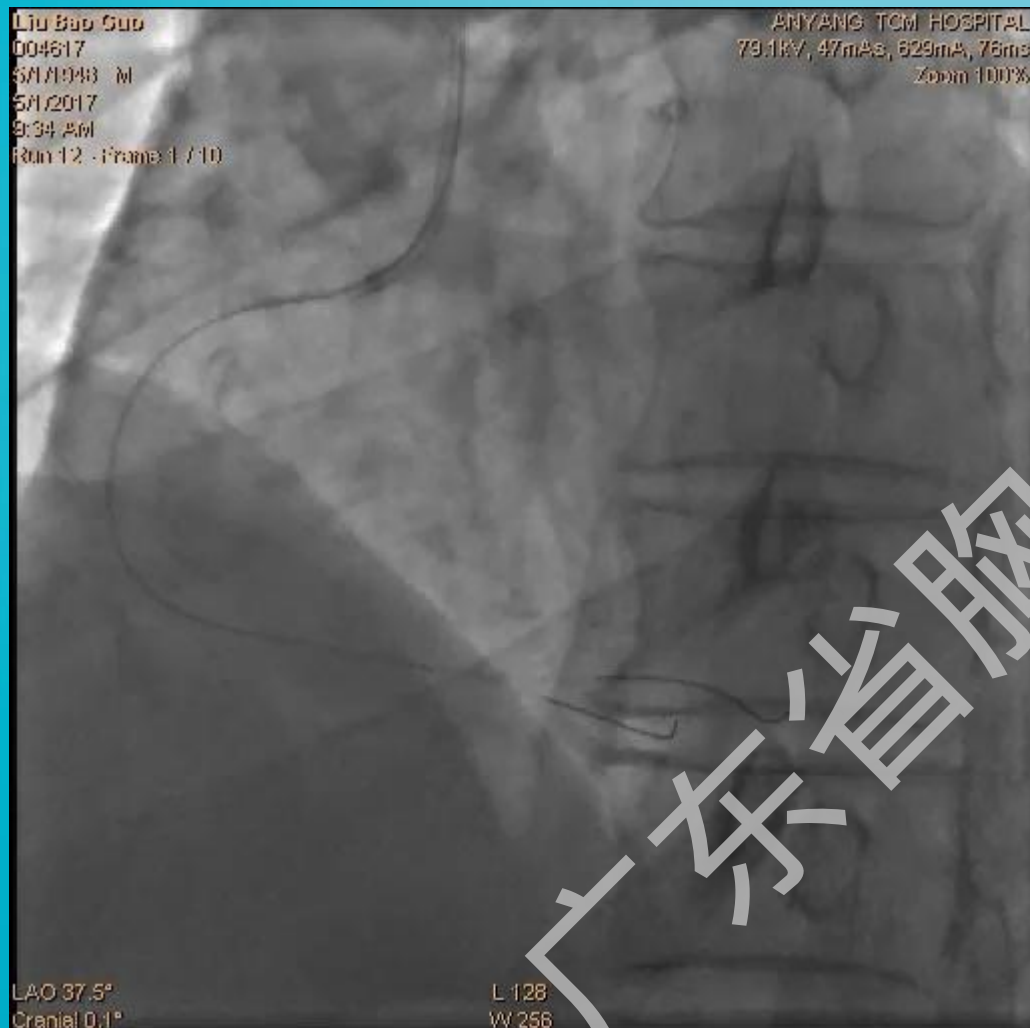
所用耗材:



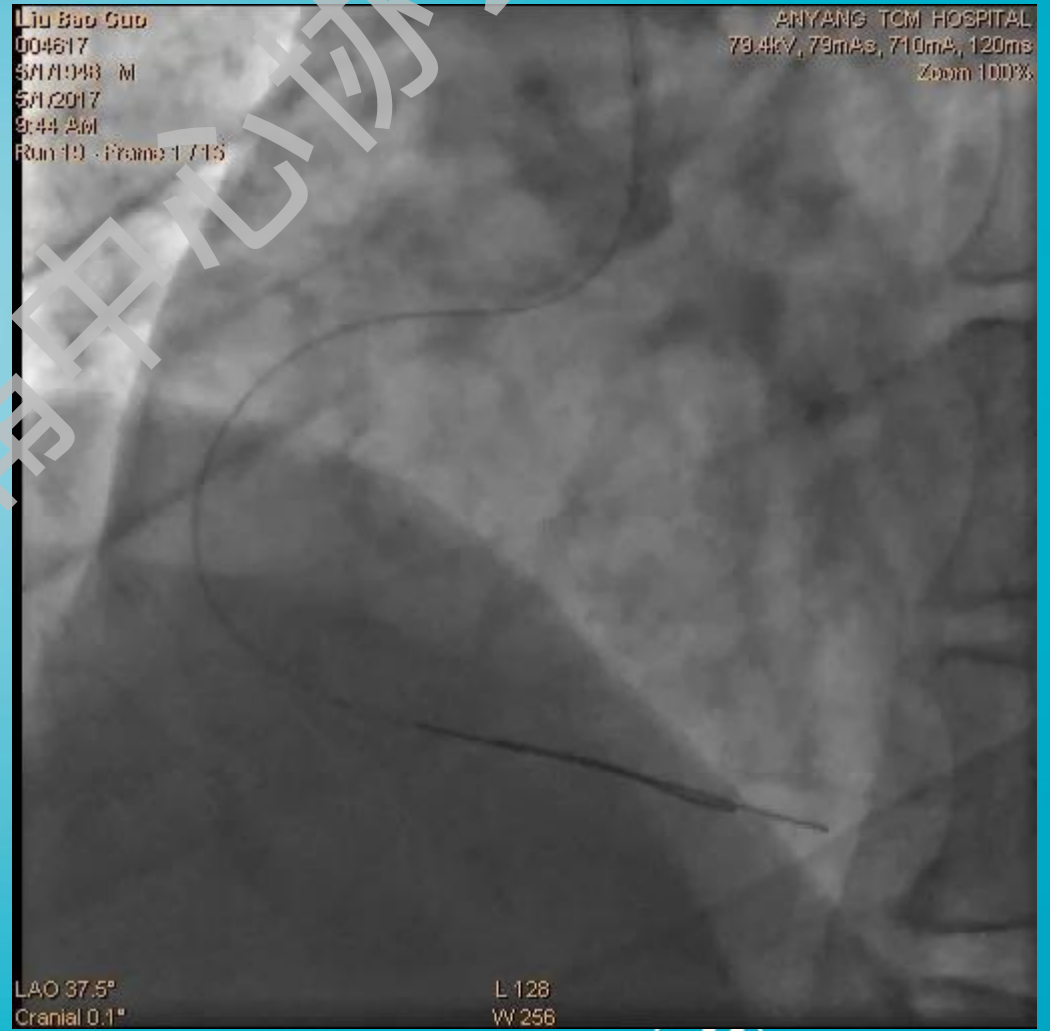
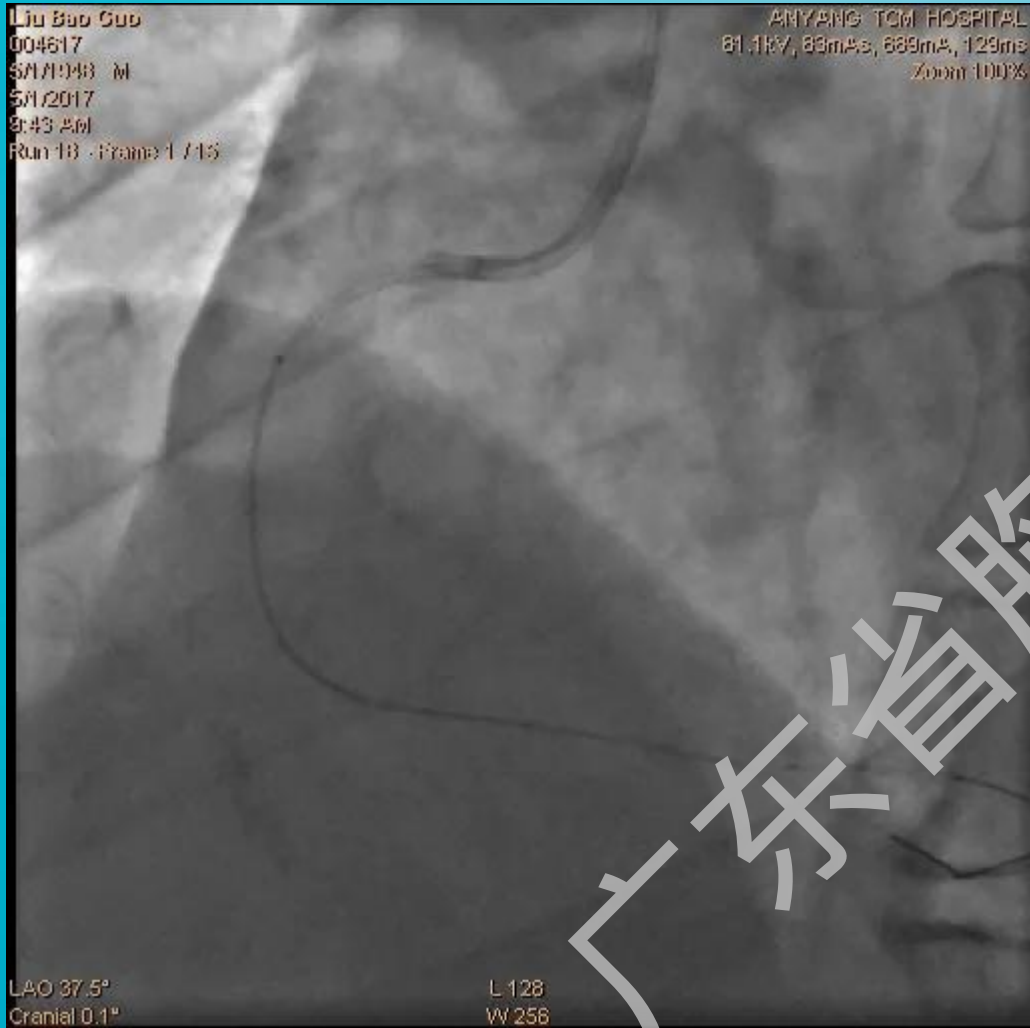
右冠PCI过程：



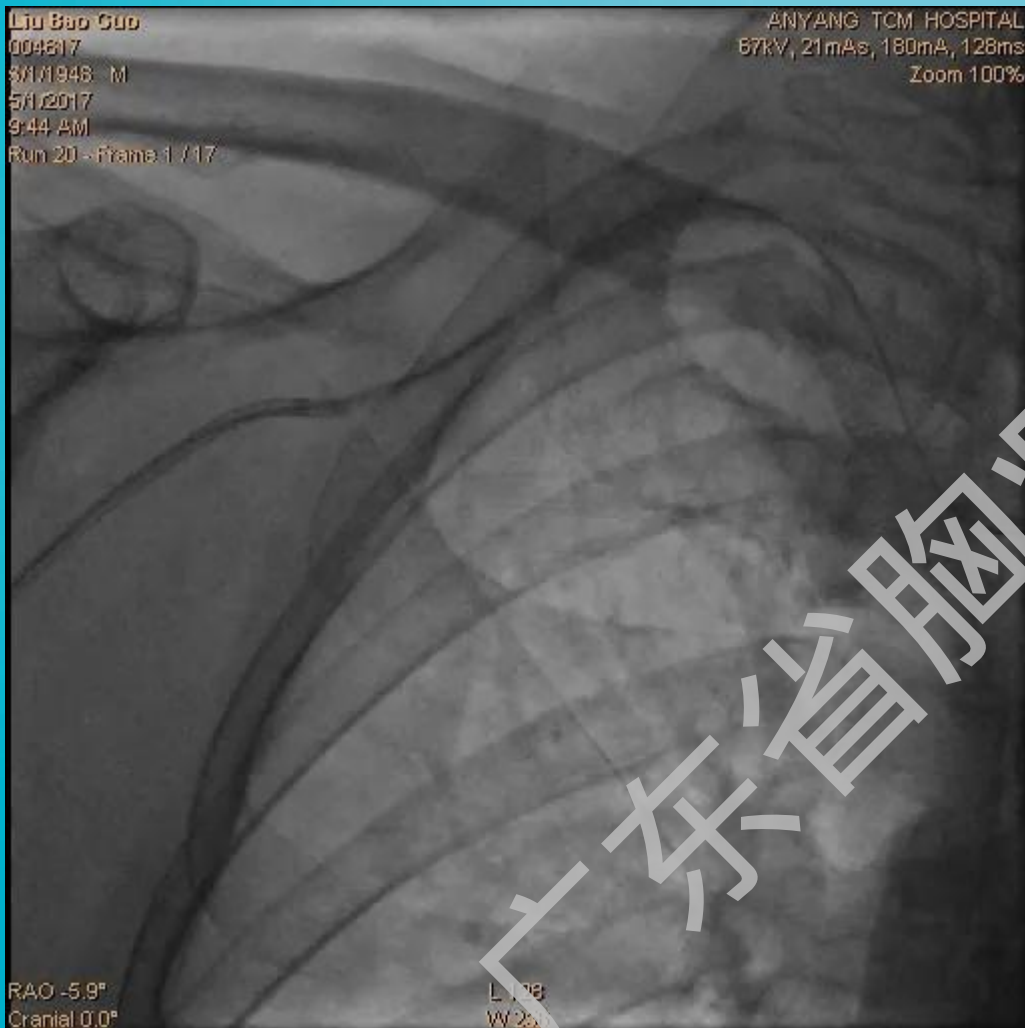
悲剧发生：支架脱载了



山东省胸痛中心协会

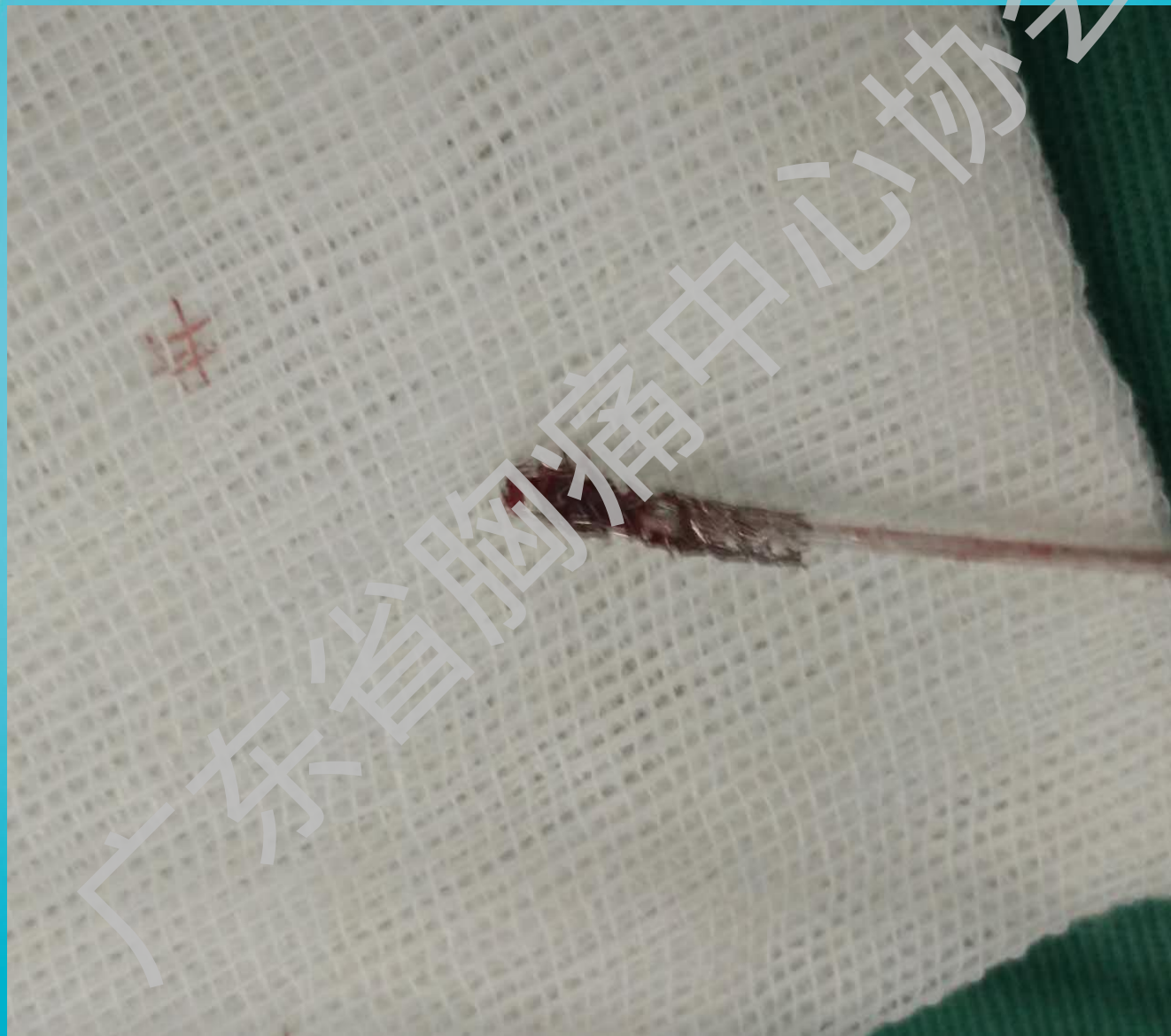


山东省胸痛中心协会





山东省胸痛中心联盟

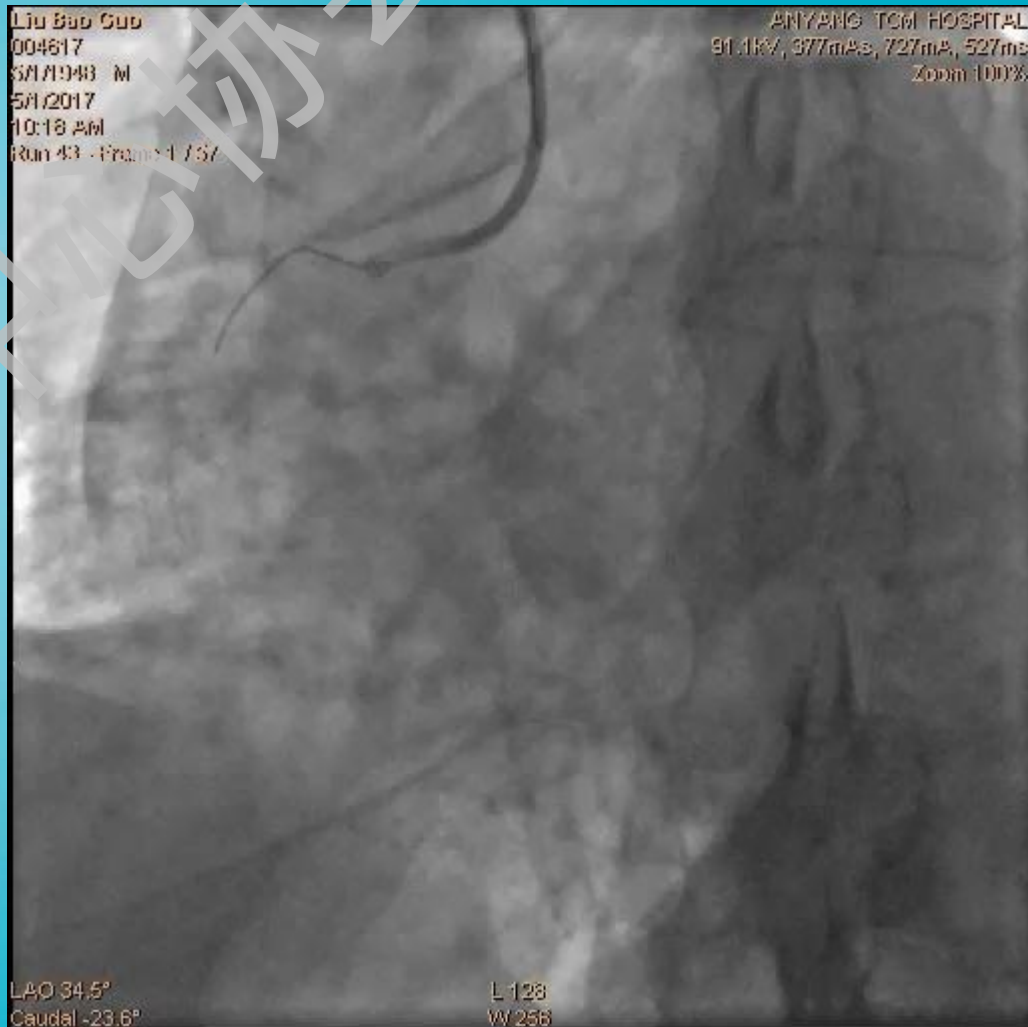
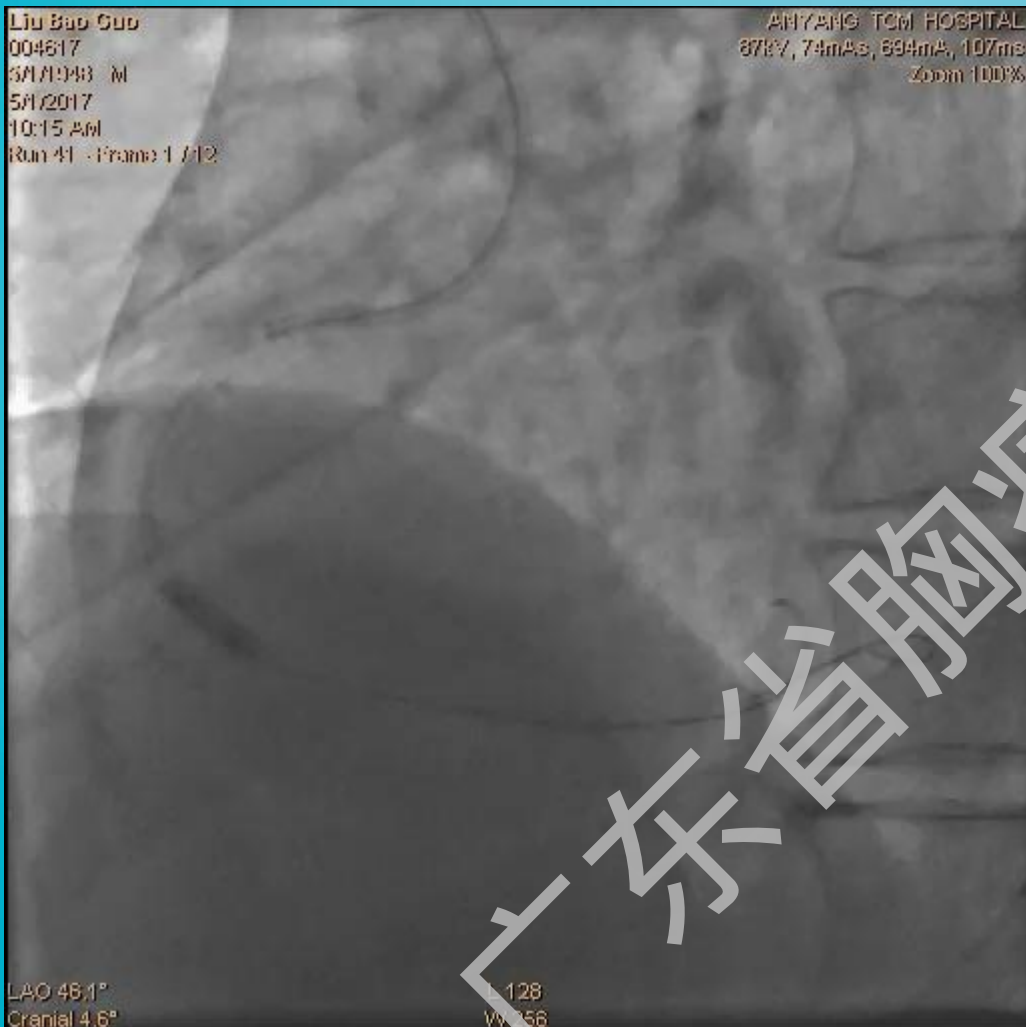


换用6FXBRCA :





山东省胸腺瘤中心协会



山东省胸腺瘤中心



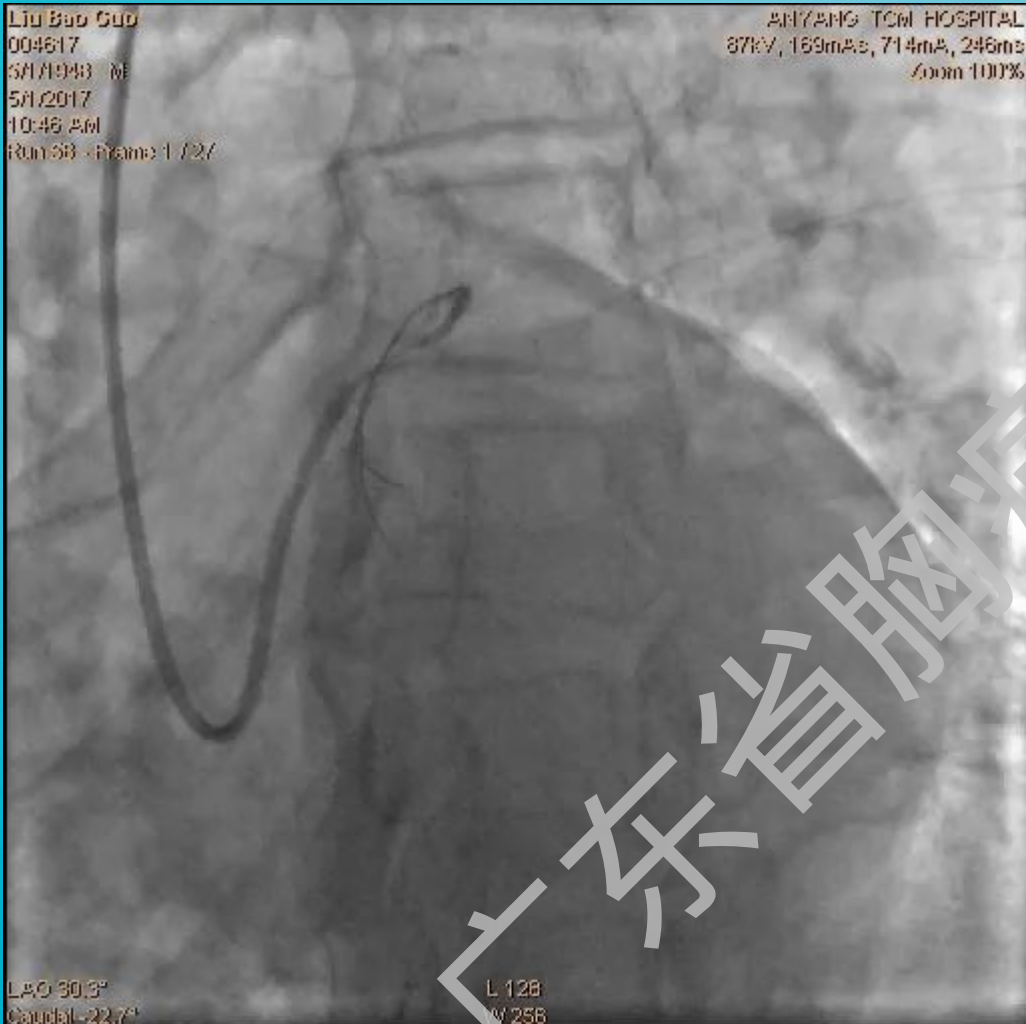
山东省胸痛中心联盟

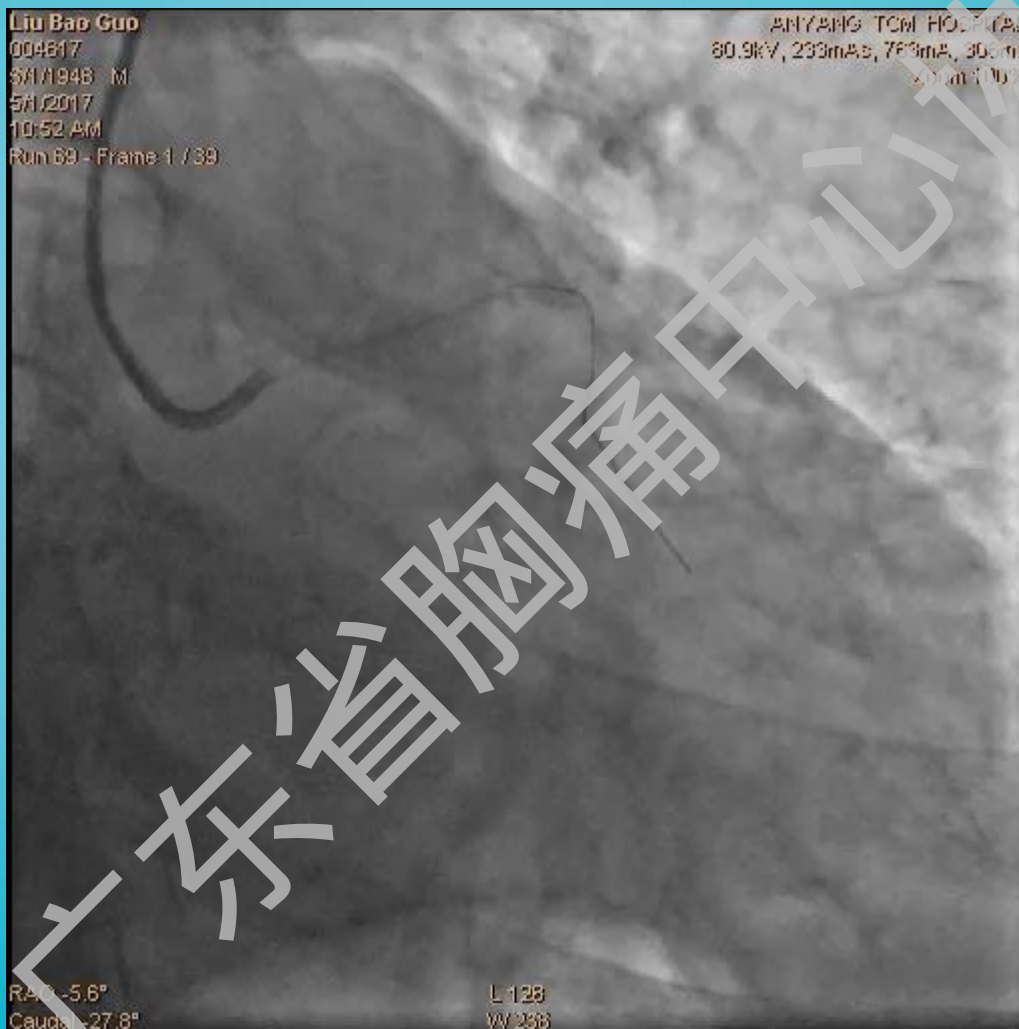
前降支呢，唉，同期处理吧！



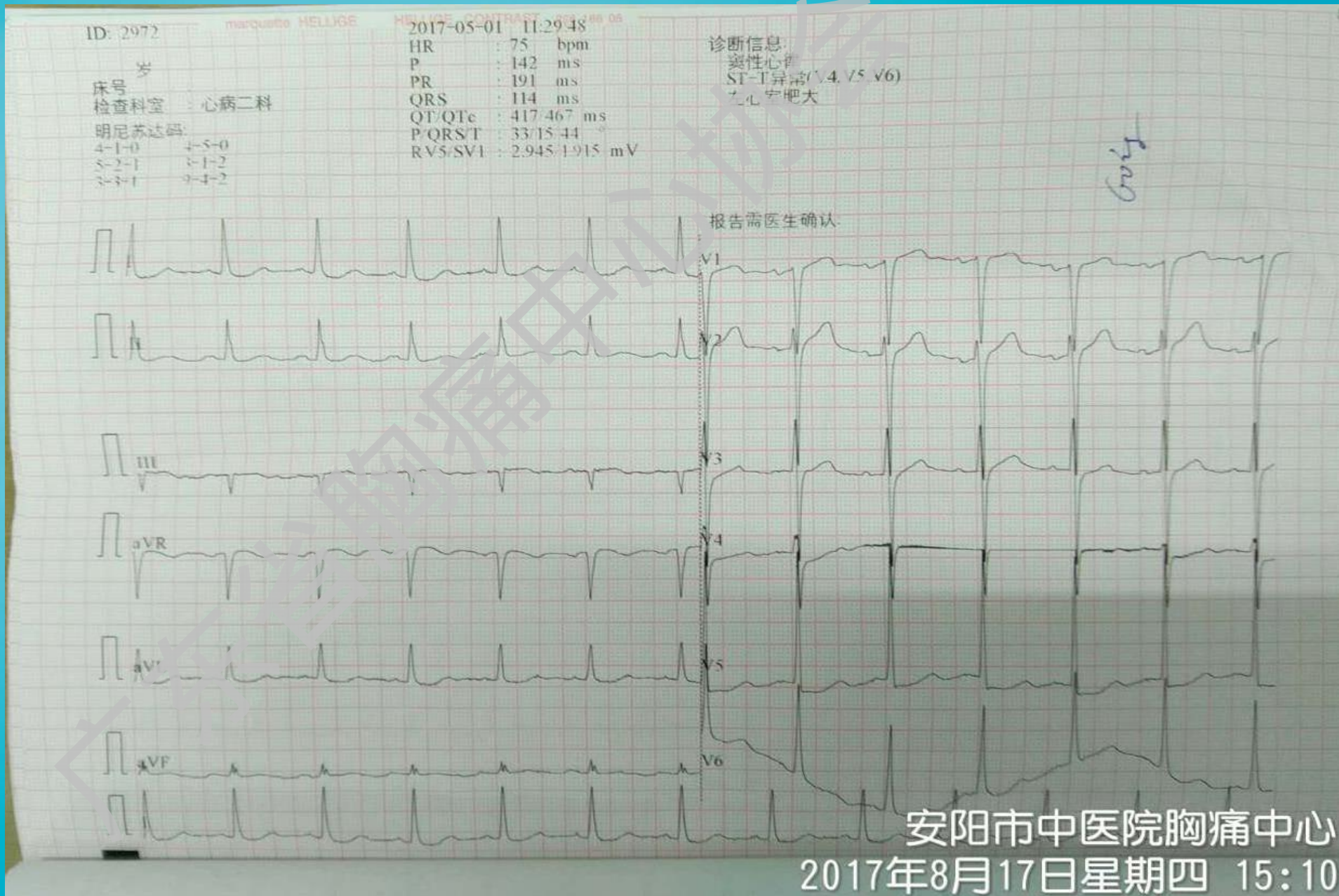


山东省胸腺瘤中心协会





➤ 术后复查心电图：





彩超：

检查项目：心脏彩超彩超

左室长轴			各瓣口血流情况							心功能		
部位	测值	部位	多普勒测值									
AO	34-36	mm	AV	Vmax	111	cm/s	返流	297	cm/s	EF	61	%
LA	43	mm	PV	Vmax	127	cm/s	返流		cm/s	FS	33	%
LV	51	mm	MV	E峰	53	cm/s	A峰	96	cm/s	SV		ml
IVS	15	mm		返流	465	cm/s						
LVPW	13	mm	TV	E峰		cm/s	A峰		cm/s	E/A		
RV		mm		返流	275	cm/s	TVPG	30	mmHg	VR1		ms

超声描述：

左房扩大，余房室腔内径测值正常范围，左室壁各节段厚度增厚，运动协调，收缩幅度正常。各瓣膜形态、结构未见明显异常。大动脉关系及内径正常，主动脉窦部内径约34mm，升主动脉内径约36mm。心包无暗区。

CDFI：二尖瓣及主动脉瓣口可探及少量返流信号，三尖瓣口可探及少量返流信号，TRVmax:275cm/s, PG:30mmHg, 据TI法估测SPAP: 35mmHg。

超声提示：

左房扩大、左室壁增厚
二尖瓣轻度关闭不全
三尖瓣及主动脉瓣轻度关闭不全
左室舒张功能减退

报告日期：2017-05-03

报告医师：王树伟

(签名有效)

附注：此报告仅反映患者当时病情状况，不作证明材料，且需要检查医生亲笔签字后生效。



介入并发症群

出院治疗方案：

阿司匹林片 100mg qd po

替格瑞洛片 90mg bid po

消心痛片 10mg tid po

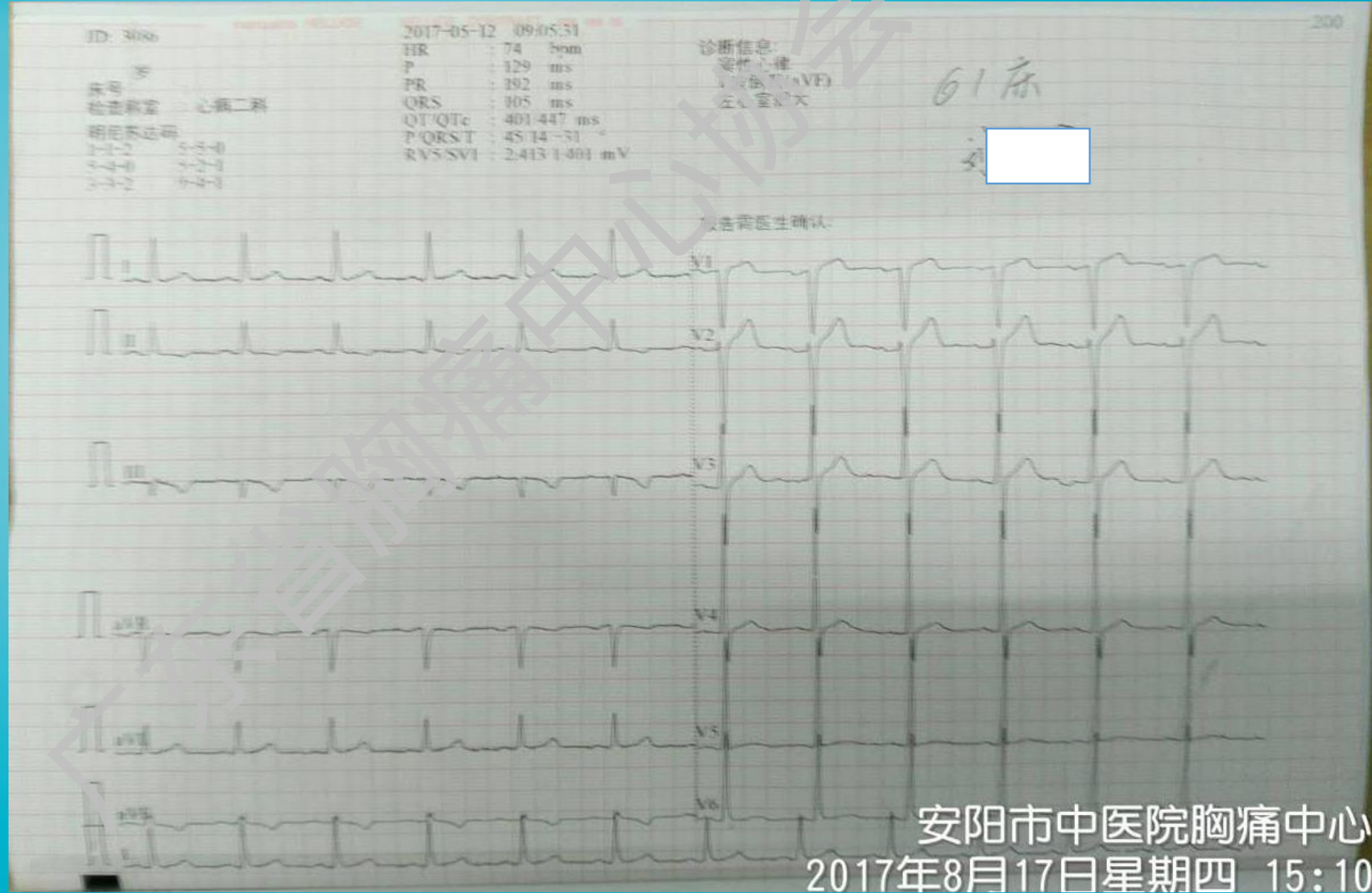
瑞舒伐他汀钙片 10mg qd po

依那普利片 5mg bid po

美托洛尔缓释片 47.5mg qd po

通心络胶囊 3粒 tid po

▶ 出院心电图:



➤病例讨论：

➤1.患者急性心肌梗死，罪犯血管是右冠还是左前降支？

➤2.急诊处理右冠+左前降支策略？

➤3.右冠支架脱载原因：血管迂曲，钙化不易通过，**支架回撤导致管头剥离（不同轴）**，支架脱载

➤并发症：重在预防，及时正确处理

➤脱载支架：乐X 3.5X18mm支架

一图读懂

支架脱载的前世今生



啥时候支架容易脱载



支架会脱载在什么部位



一图读懂

支架脱载的前世今生

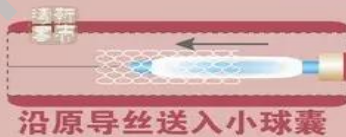


如何处置支架脱载

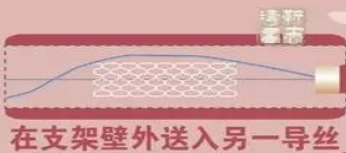
原创绘制：靳志涛
 丁香园出品
 版权所有，侵权必究

★ 初始导丝不要拔除

1. 球囊回拉法



2. 双导丝缠绕法



★ 实际上很难盘成

- 绝密要点是：
1. 第二根导丝头端塑弯要大
 2. 导丝头端分别进入两个分支
 3. 不要着急，支架近段也要缠绕



并发症群

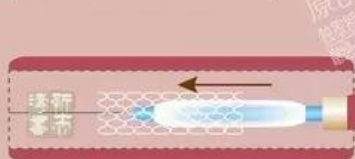
一图读懂

支架脱载的前世今生



WWW.DXY.CN

3.球囊释放法



沿原导丝送入适当球囊



将支架原位释放，必要时后扩

4.球囊挤压法



在支架外送入导丝及球囊



将原支架挤压在血管壁上

5.圈套器捕捞法



沿原导丝送入圈套器



圈套脱载支架连同GC移除

一图读懂

支架脱载的前世今生



WWW.DXY.CN

★其他绝招???
有没有???
究竟有没有???

有

陆

6.大腔抽吸法



西京医院李妍教授曾报道使用大腔导管深插抽吸将脱载物取出

西京醫院
李妍 教授

柒

7.双向导管衔接法



白求恩和平医院汝磊生教授、赵玉英教授曾报道经桡动脉GC将脱载于肱动脉的支架推入经股动脉大腔GC并球囊锚定取出

和平醫院
汝磊生 教授



吕教授如是说：
没有完美处理的并发症
并发症重在预防……



并发症群

谢谢聆听！

2017年11月13

日



介入并发症群