

急诊PCI无复流救治1例

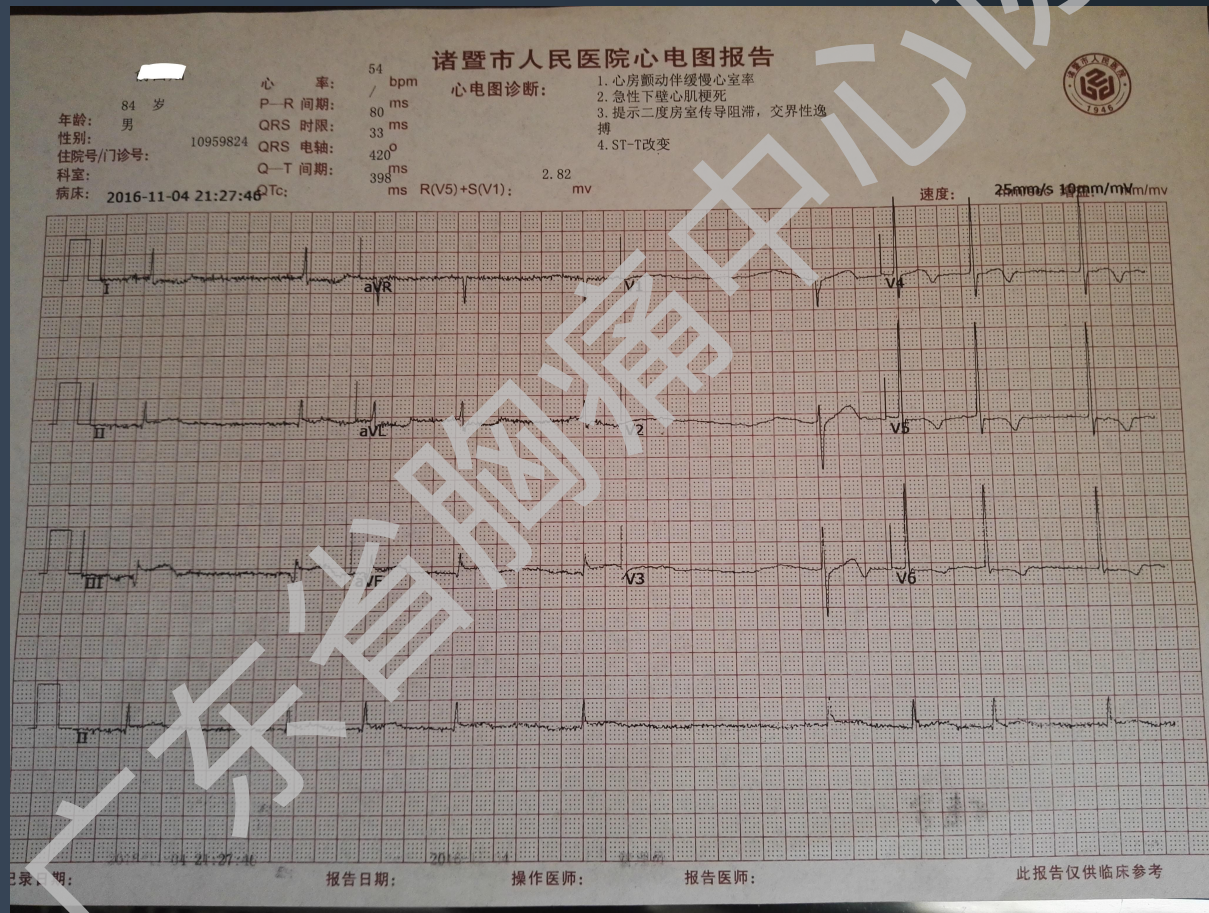
刘胜新 诸暨市人民医院心内科二病区

广东省脑血管病学会

基本病史

- 患者，男，84岁，因“头晕伴恶心呕吐8小时”于2016.11.4 21:00就诊本院急诊。
- 查体：BP99/60mmHg，意识清，颈静脉无怒张，两肺呼吸音粗，可闻及湿啰音，HR56bpm，心律绝对不齐，未闻及病理性杂音，腹软无殊，双下肢不肿，四肢肌力肌张力正常，病理性反射征未引出。
- 既往高血压1年，服药2月后停药，血压未监测。否认2型糖尿病病史。长期吸烟，20支/天。
- 辅助检查：2016.11.4急诊头颅CT示两侧基底节多发腔隙性脑梗塞；急诊cTnI示1.02ug/L；CK488mmol/L，CKMB80mmol/L；急诊肝肾功能电解质、血常规示正常范围。

心电图



诸暨市人民医院心电图报告

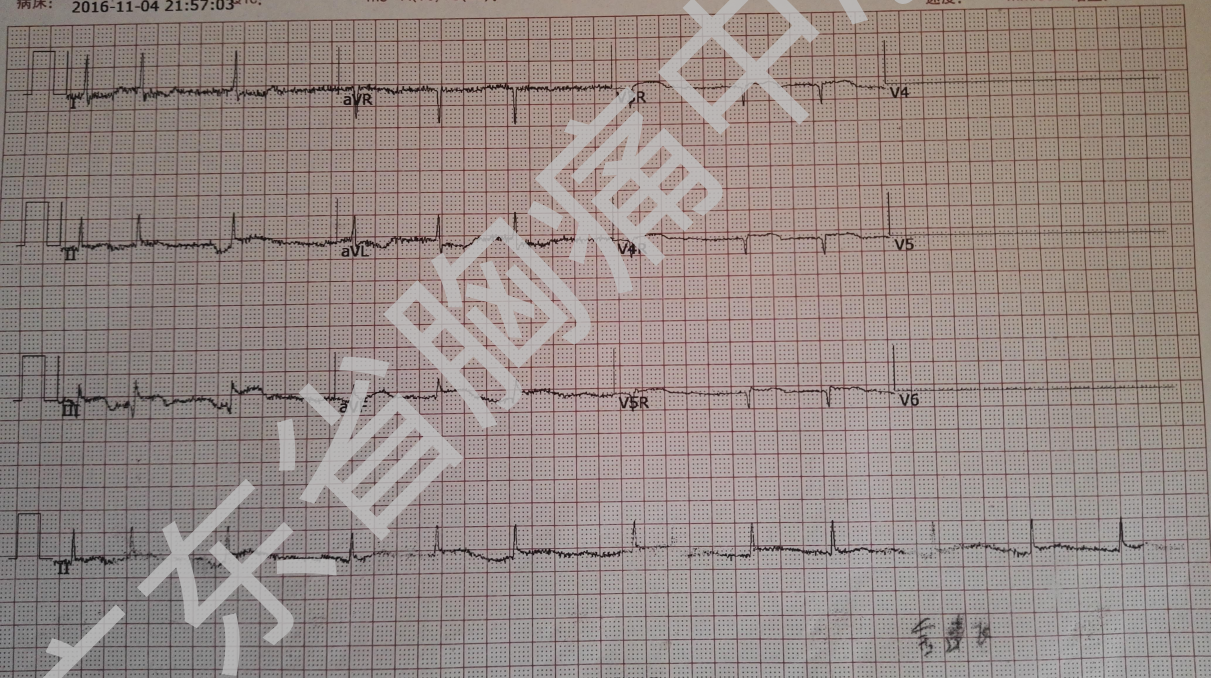


年龄: 84 岁
 性别: 男
 住院号/门诊号: 10959824
 科室:
 病床: 2016-11-04 21:57:03

心率: 68 bpm
 P-R 间期: 198 ms
 QRS 时限: 60 ms
 QRS 电轴: 24°
 Q-T 间期: 374 ms
 R(V5)+S(V1): 0.45 mv

心电图诊断:
 1. 心房颤动
 2. 急性下壁、右室心肌梗死
 3. ST-T改变

速度: 25mm/s 10mm/mv



日期: 2016-11-04 21:57:03
 报告日期: 2016-11-04
 操作医师: 管理
 报告医师:
 此报告仅供临床参考

入院诊断

- 冠心病,
- 急性下壁、右室ST段抬高型心肌梗死,
- 心律失常, 房颤, II° 房室传导阻滞
- 心功能 Killip分级I级
- 高血压病

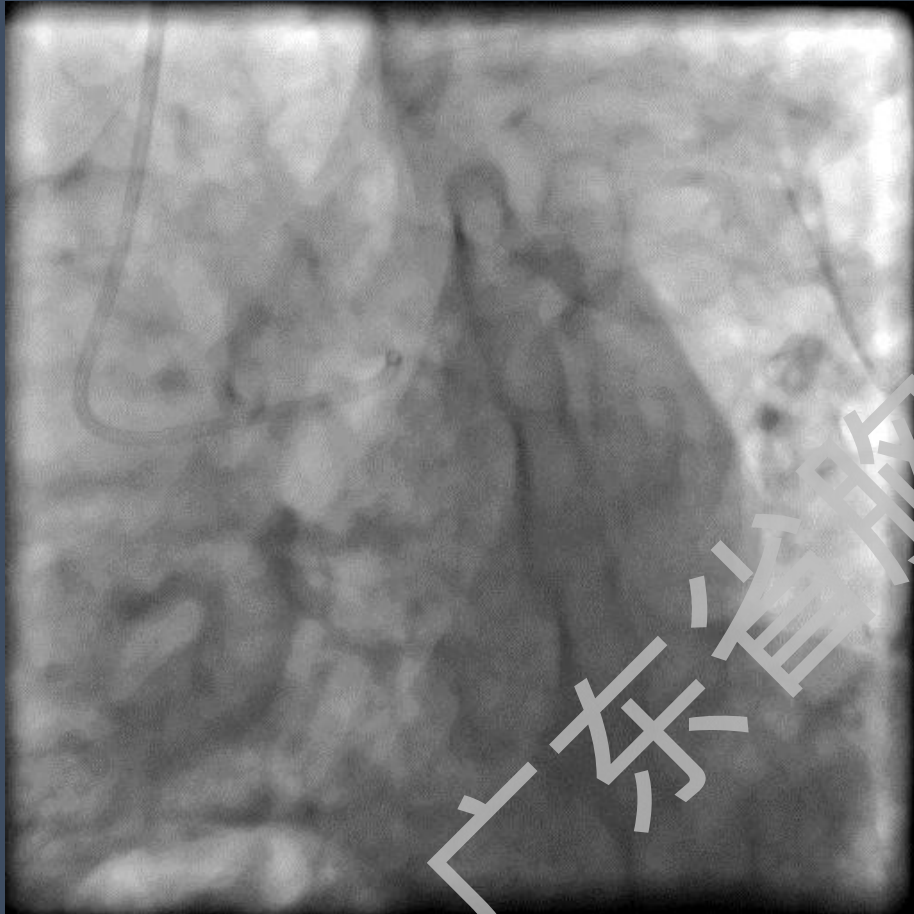
广东省胸痛中心协会

治疗方案

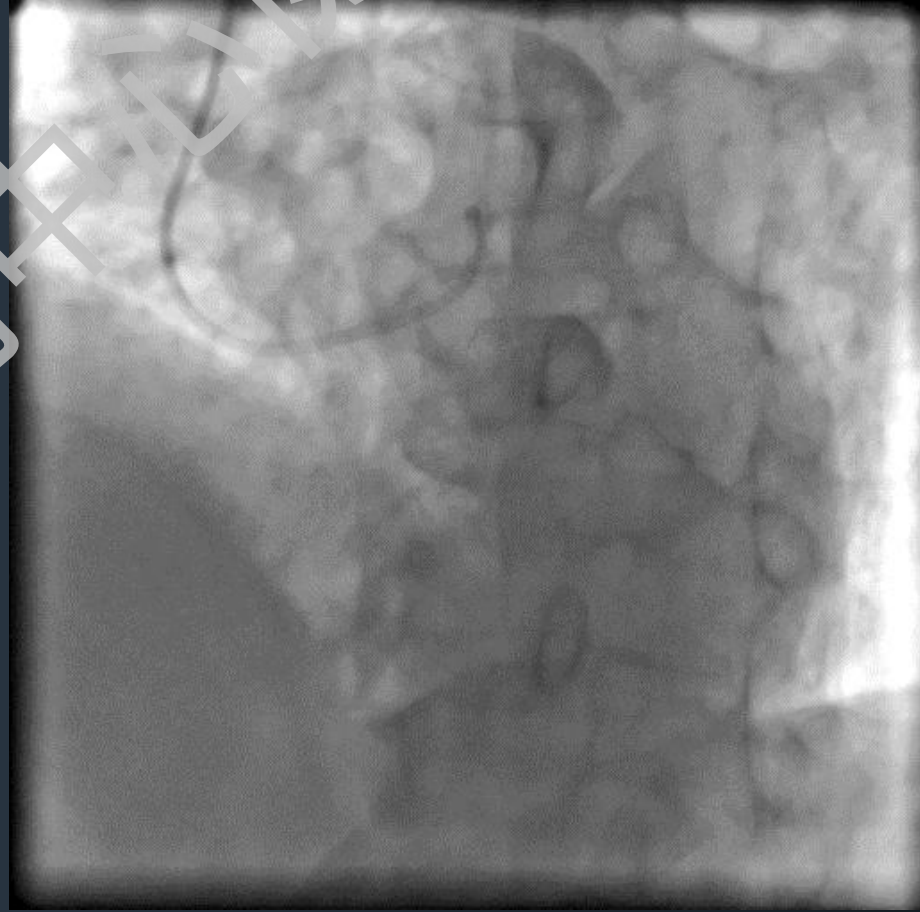
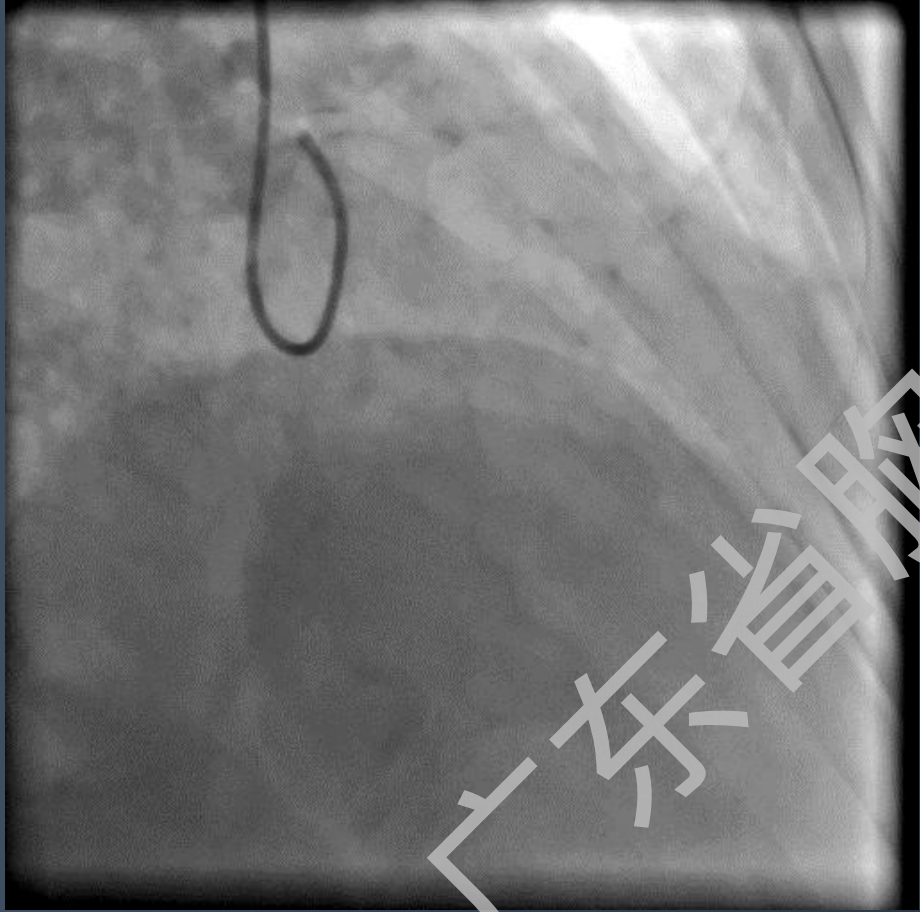
- 阿司匹林片300mg嚼服
- 氯吡格雷片300mg嚼服
- 阿托伐他汀钙40mg顿服
- 行急诊冠状动脉造影

广东省胸痛中心协会

经右桡动脉途径置入6F桡动脉鞘，给予肝素6500U，硝酸甘油200ug。5F JL3.5

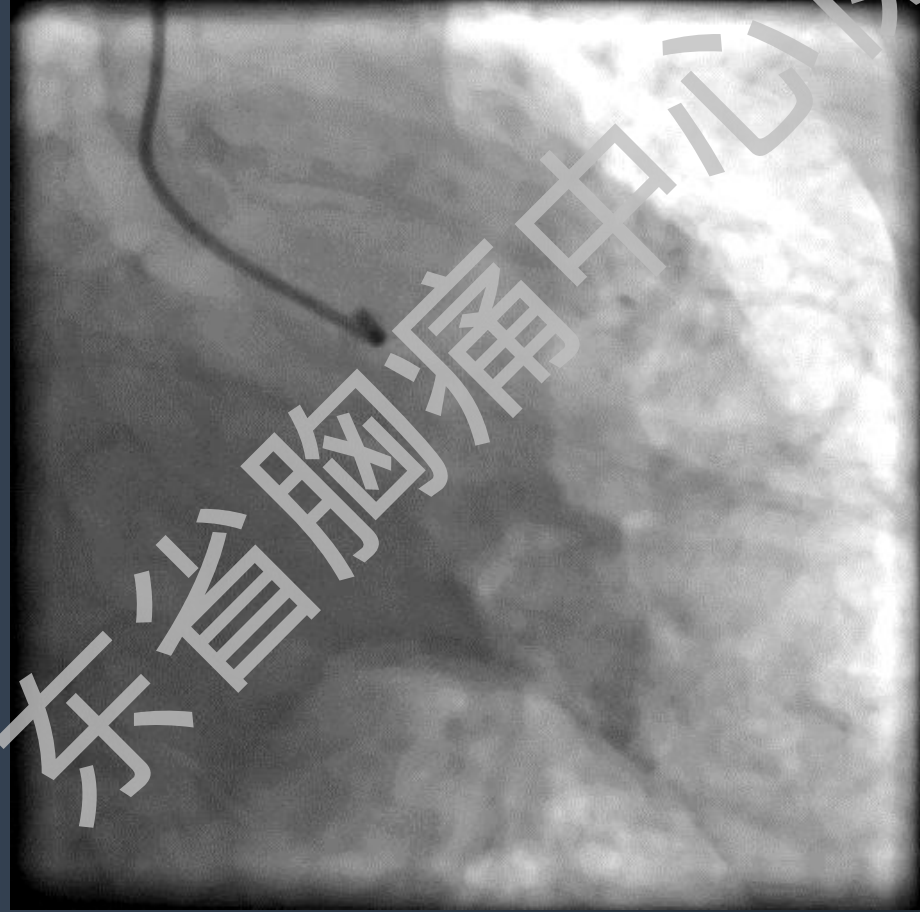


广东省胸瘤中心

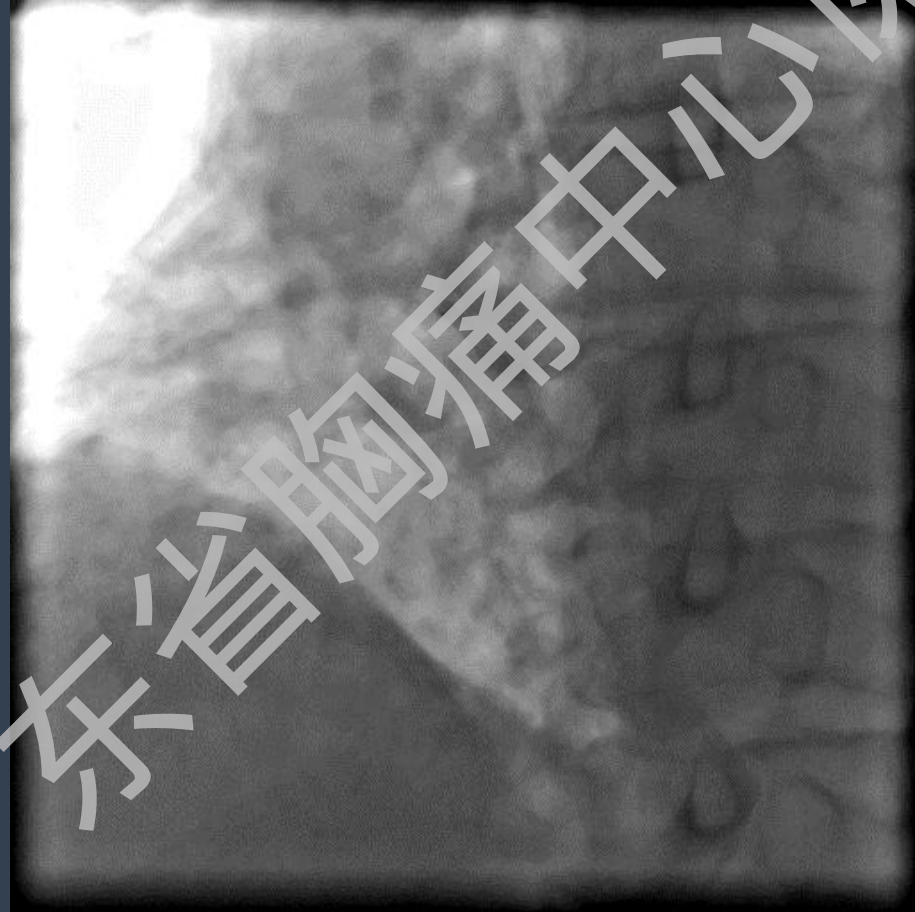


广东省脑瘤中心协会

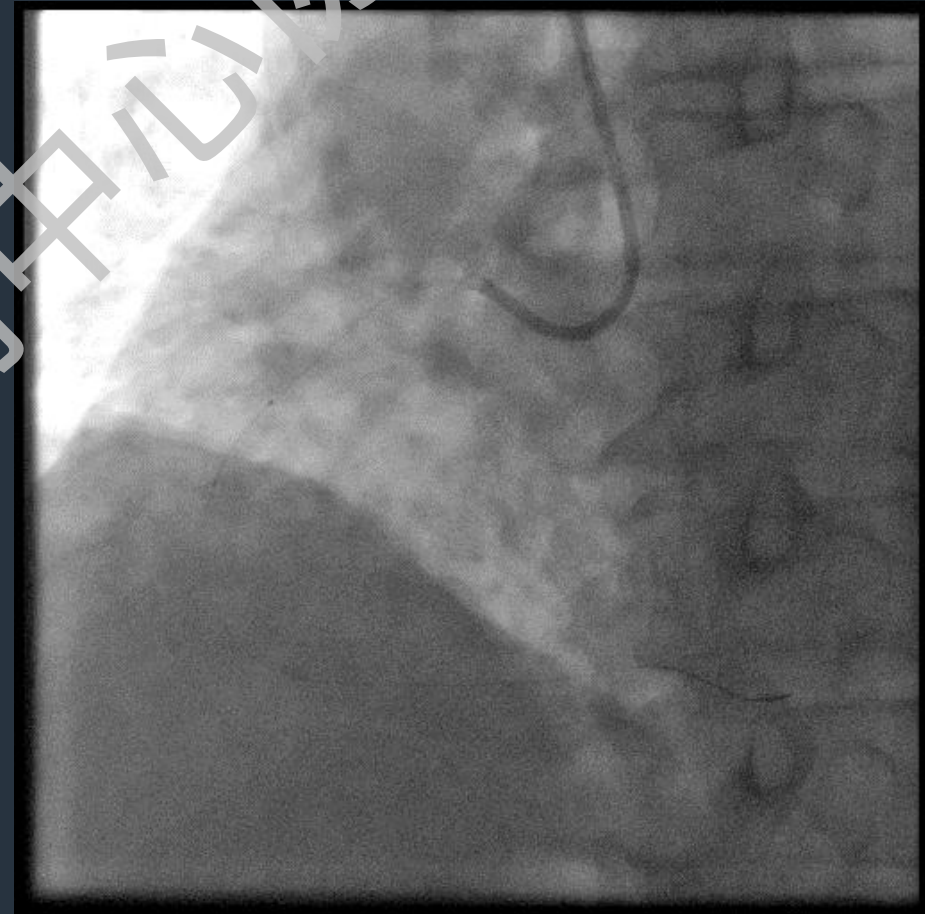
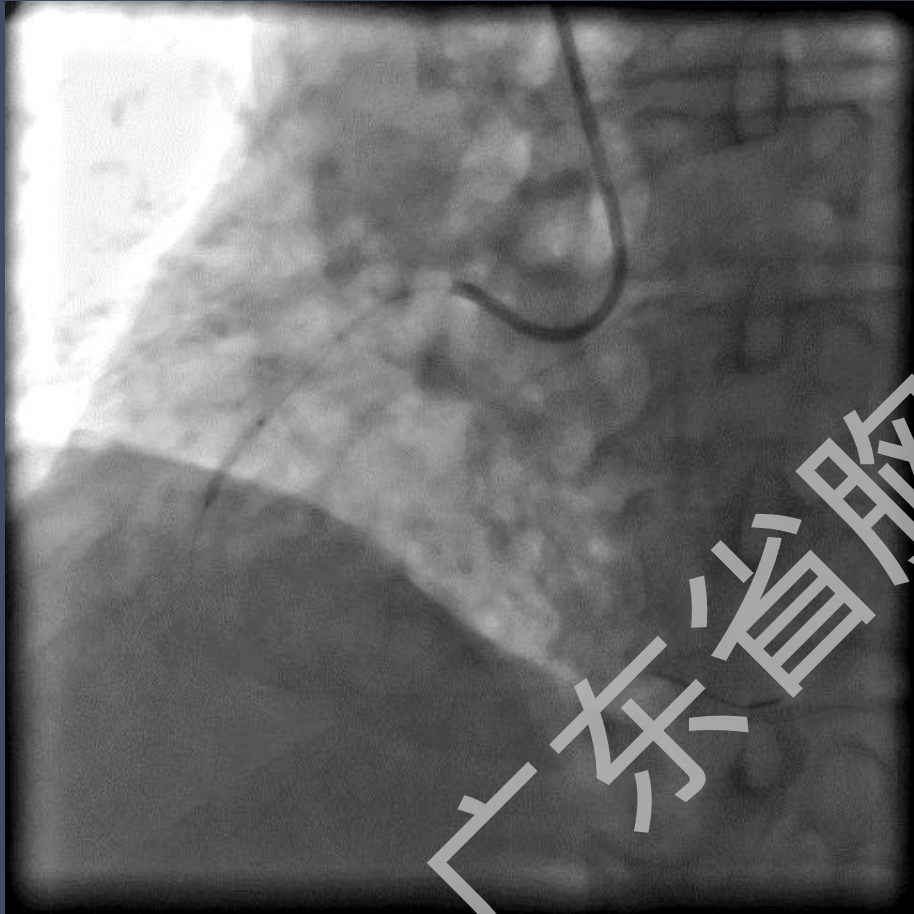
山东省胸瘤中心协会



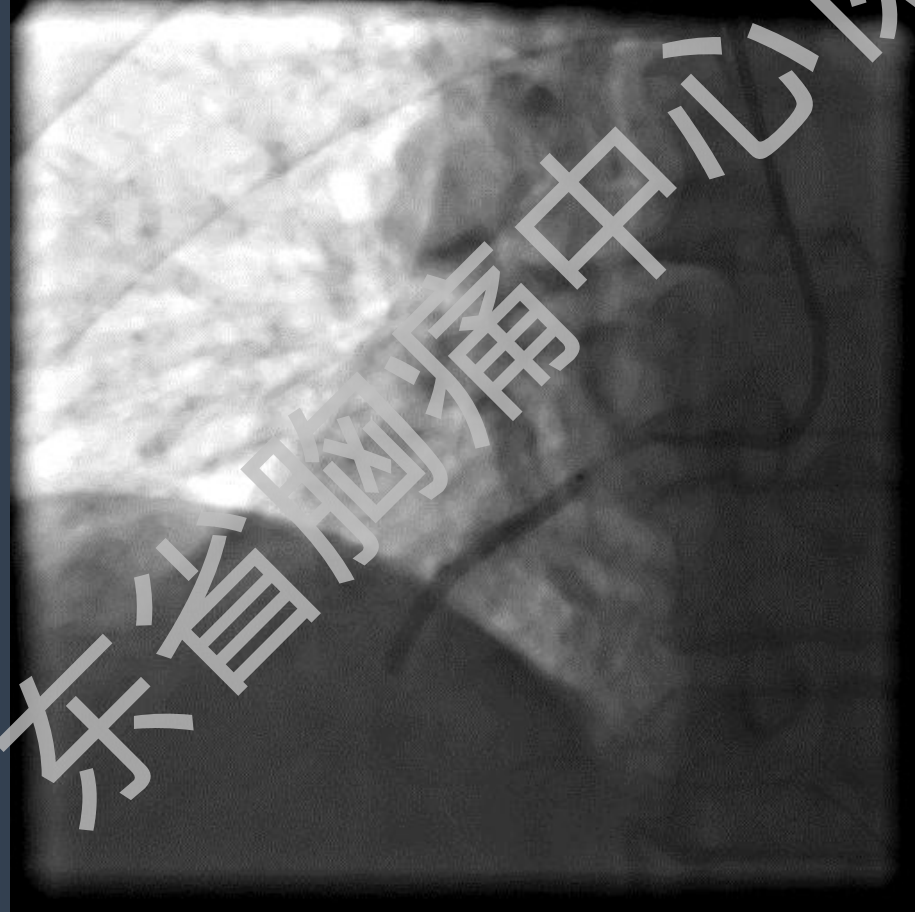
右冠 6F SAL.75



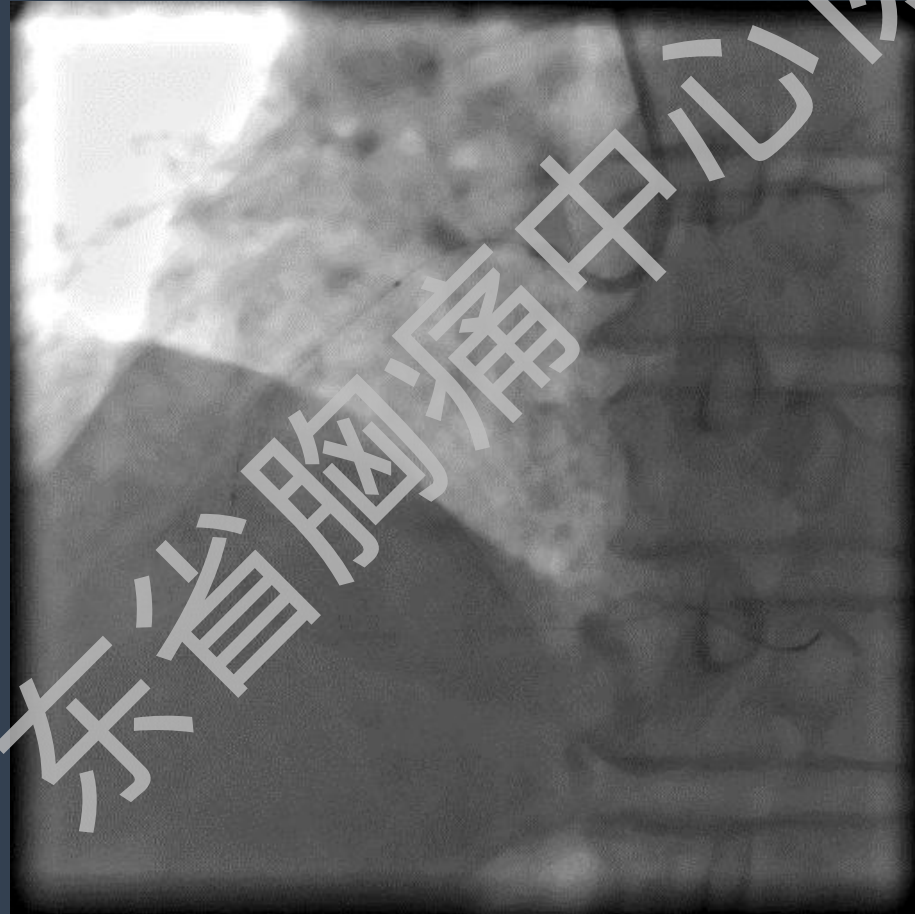
冠脉内给予替罗非班针650ug，一根Sion导丝，Maverick2.0*15mm球囊12atm预扩张



植入Excel3.0*36mm支架，12atm释放



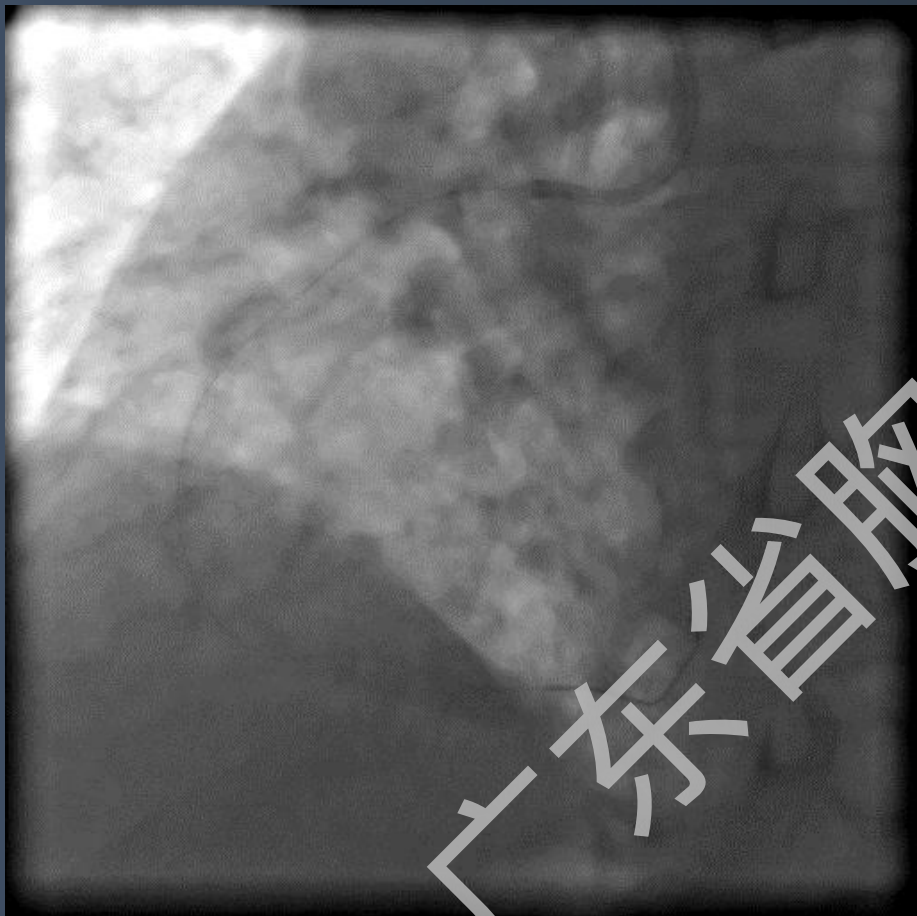
复查造影无复流，并发生室颤，立即电击除颤一次，心律转复。



立即抽吸导管反复抽吸，冠脉内给予硝酸甘油200ug、异博定200ug各两次，生命体征稳定，等待



最后结果



山东省脑瘤中心协会

讨论

- 无复流发生机制
- 微栓子栓塞
- 微血管痉挛
- 微结构破坏

广东省胸痛中心协会

无复流的处理：

- 腺苷10~20ug弹丸式注射；
- 维拉帕米100—200 ug冠脉内注入，如果有临时起搏器支持，则100 ug / min冠脉内注入可直至总量达1 000 ug；
- 硝普钠50—200ug冠脉内注入，总量可达1000ug。
- 证据尚少的无复流处理措施：地尔硫革(0.5—2.5 mg， >1min冠脉内注入。总量可至5 mg)、尼可地尔、尼卡地平、罂粟碱以及生理盐水等。
- 已被证明无效的无复流治疗措施：冠脉内应用硝酸甘油对微血管病因无效；如果原病变处狭窄解除，则支架植入无效；溶栓药如尿激酶、组织型纤溶酶原激活剂(t-PA)无效；冠脉旁路移植术是无复流治疗的反指征。

感谢聆听

广东省胸痛中心协会