

急性心肌梗死合并上消化道出血抗栓治疗1例

陆文彬

东南大学附属中大医院

病史资料

患者：女性，76岁，64Kg

就诊日期：2017年10月23日。

主诉：因“突发胸痛6小时”入院。

现病史：患者6h前无明显诱因下出现胸痛，位于胸骨后，呈压榨感，伴大汗、气促、呼吸困难，无心悸，无晕厥，自服“速效救心丸”后无缓解，为求进一步诊治，遂来院急诊就诊。

病史资料

既往史：脑梗塞病史3年，当时有一过性右上肢肌力下降，目前无明显阳性体征

个人史：无吸烟史、饮酒史。

体格检查：体温37℃，脉搏 102次 / 分，呼吸22次 / 分，血压150/70mm Hg。神志清楚，精神萎靡，查体合作，半卧位。无颈静脉怒张，双肺呼吸音粗，两肺散在湿性啰音。心音偏弱，律齐，心率102次 / 分，各瓣膜听诊区未闻及病理性杂音，未闻及额外心音及心包摩擦音。腹软，无压痛及反跳痛，肝脾肋下未触及。双下肢无明显水肿。

实验室检查

心肌酶谱: 肌红蛋白210 ng/ml; **Tnl 13.9 ng/ml**; CK-MB 7.5 ng/ml;

BNP 1940 pg/ml; D-二聚体 362ug/L

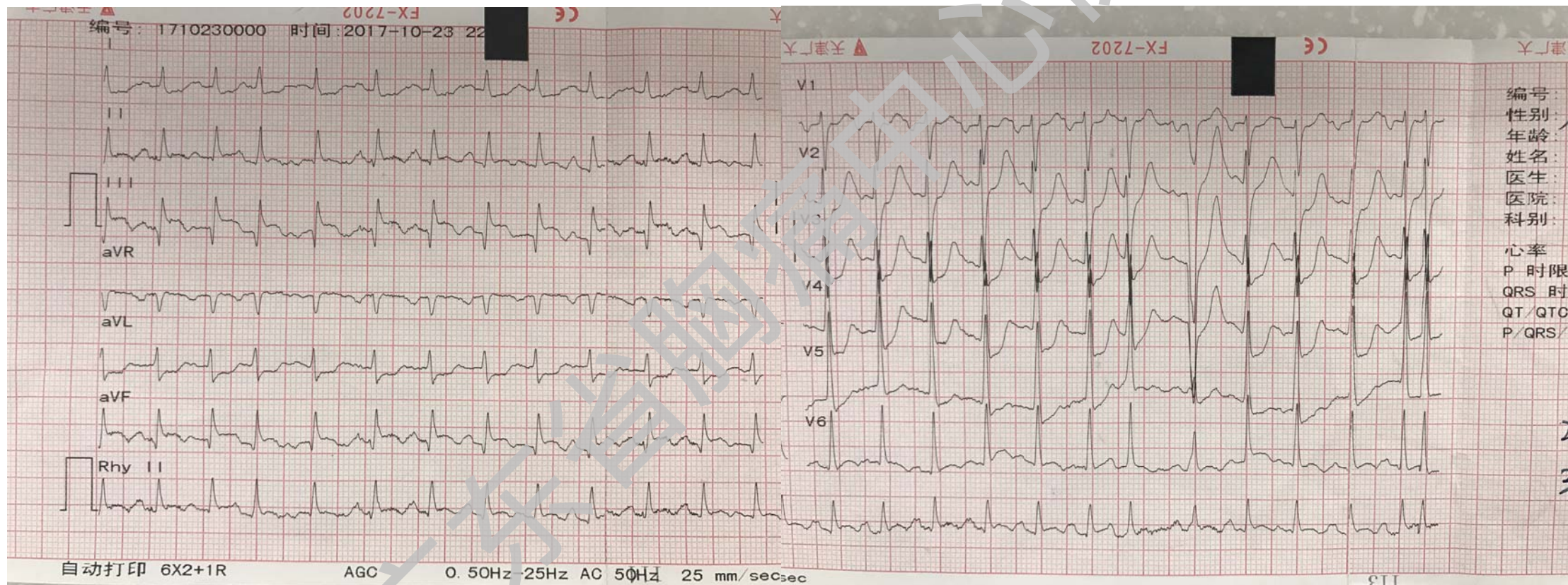
生化全套: K⁺ 3.92mmol/L; Na⁺ 140.2 mmol/L

肌酐 71umol/L; 尿素氮 6.3 mmol/L

TG 0.62 mmol/L; TC3.46 mmol/L; LDL2.17 mmol/L; HDL0.98 mmol/L

氧饱和度: 80%

心电图检查



东南大学附属中大医院

诊断 & 处理:

1. 冠心病 急性下壁心肌梗死 killip 4 级 2. 脑梗塞

危险评估: **GRACE**评分: 高危。

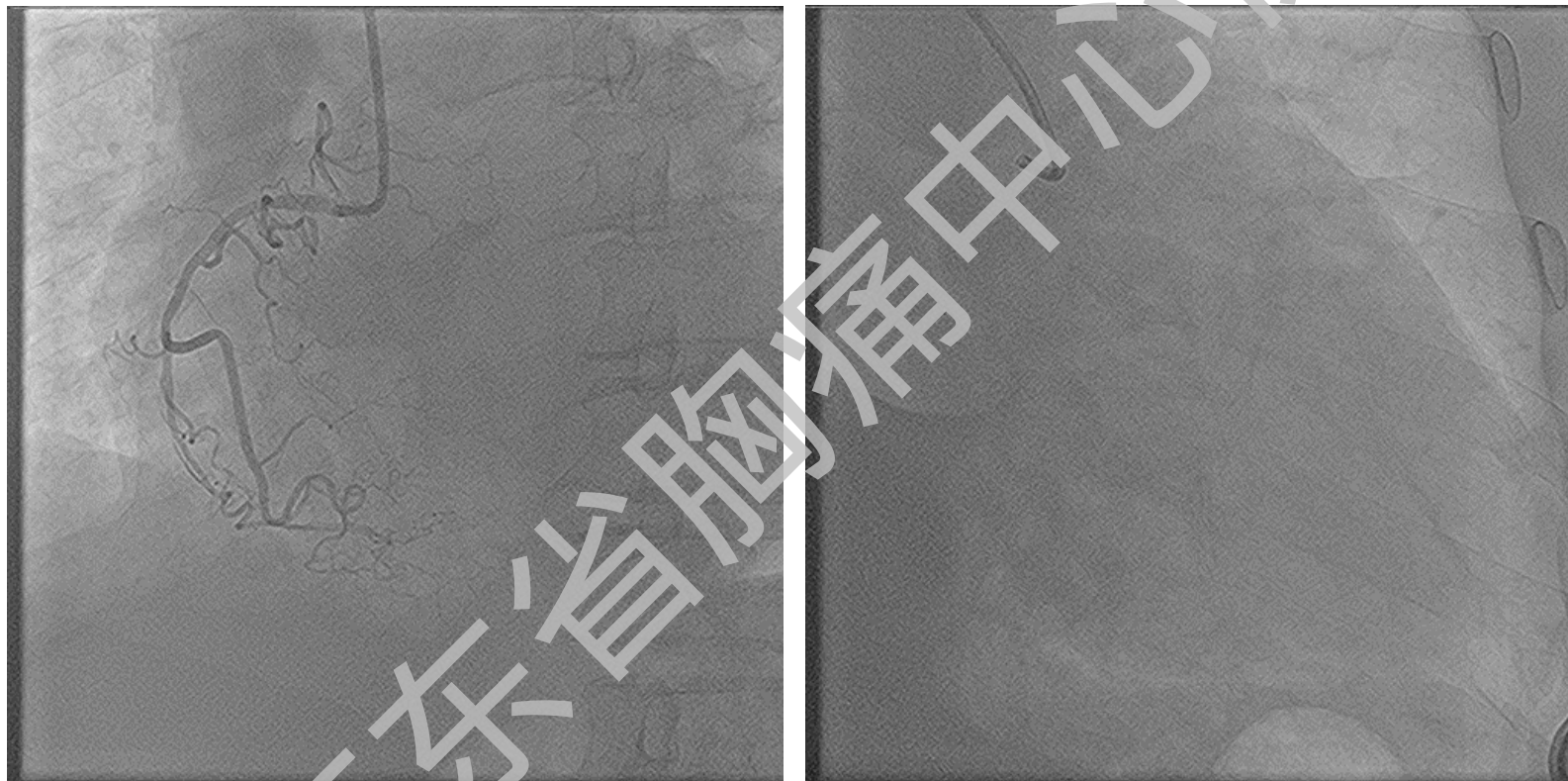
治疗方案: 首选急诊**PCI**, 家属拒绝

紧急处理: 利尿、强心、无创呼吸机辅助通气

用药情况: 负荷量, 阿司匹林肠溶片 100 mg 口服 Qn; 替格瑞洛 90 mg 口服 Bid; 盐酸贝那普利 10 mg 口服 Qd; 阿托伐他汀 20 mg 口服 QN; 依诺肝素 4000iu 皮下注射 Q12h; 倍他乐克缓释片 23.75mg 口服 Qd 。

东南大学附属中大医院

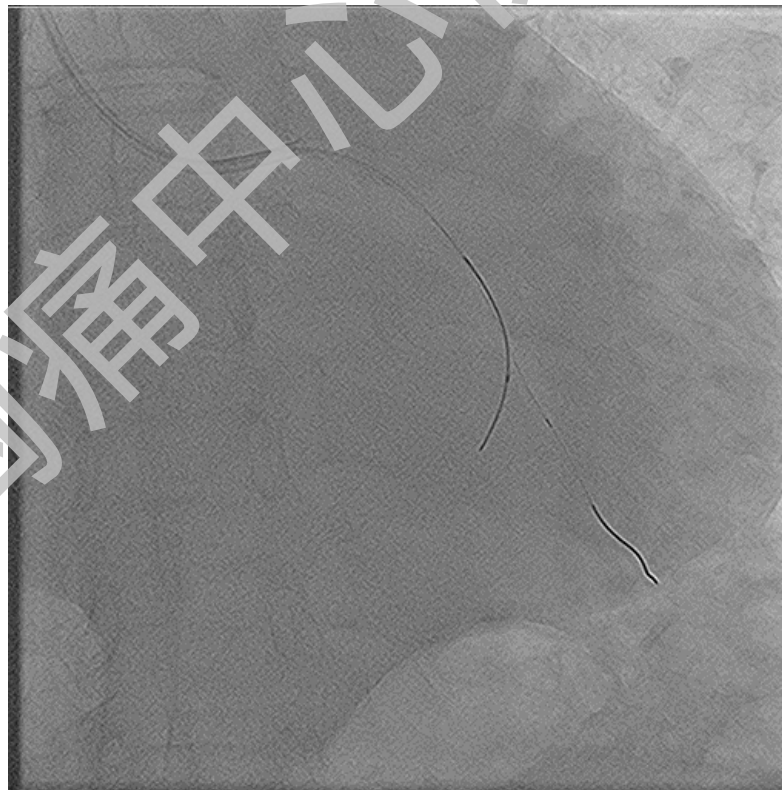
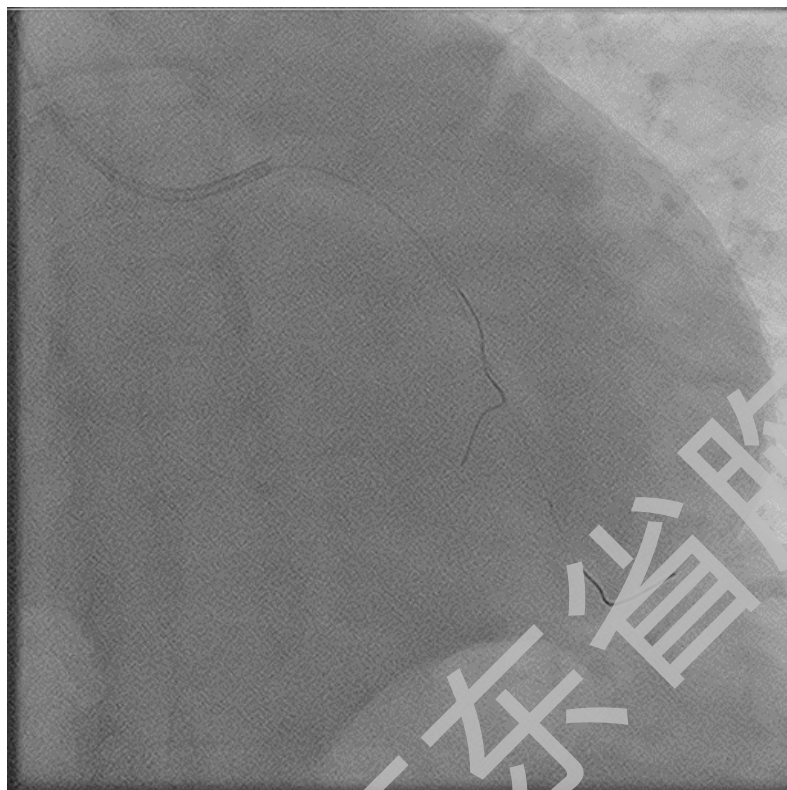
冠脉造影：



比伐卢定：0.75mg/kg负荷，1.75mg/kg/h泵入

东南大学附属中大医院

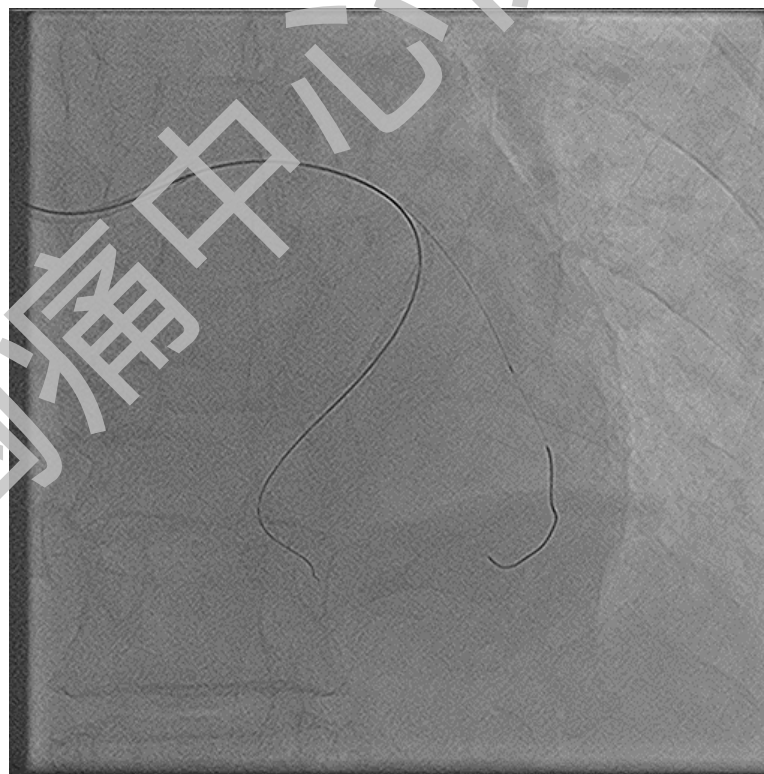
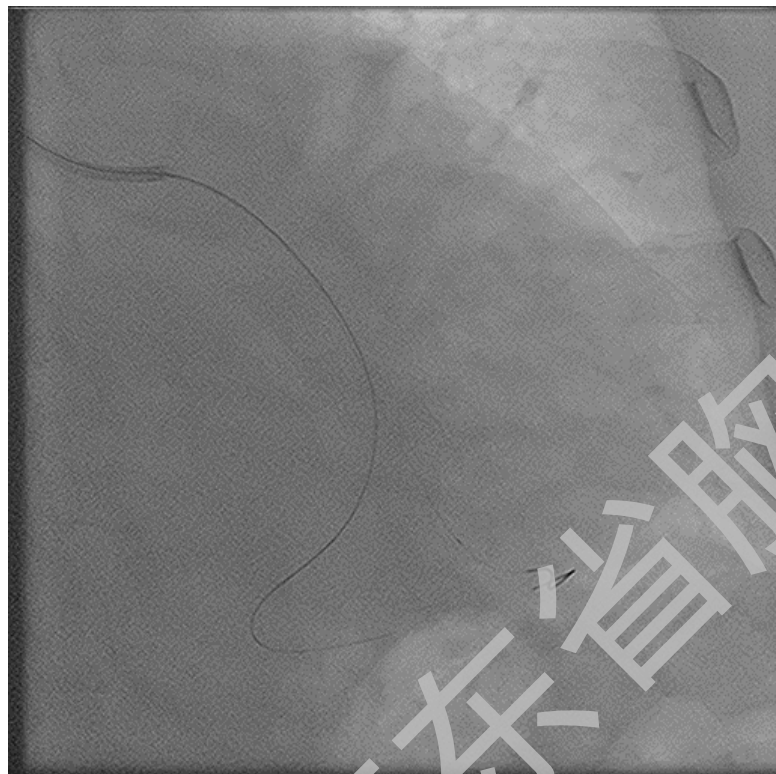
冠脉造影：



尝试了Runthrough、SION、XT、球囊支撑XT、微导管+XT

东南大学附属中大医院

冠脉造影：



东南大学附属中大医院

术后半小时消化道出血：

呕血：连同胃内容物约100ml

生命体征：BP124/70mmHg, 指脉氧100%，心率79次/分。

处理：禁食

质子泵抑制剂（耐信）静滴、糖盐水250ml静滴

抗栓药物：暂未改变

术后2小时再次消化道出血：

呕血：再次呕血约200ml，暗红色

生命体征：BP120/70mmHg，指脉氧100%，心率87次/分。

急查血常规：Hb 119g/L (入院时126g/L)，大于5g，重度出血

处理：禁食

质子泵抑制剂（耐信）静滴、生长抑素（思他宁）泵入、糖盐水250ml静滴

停用比伐卢定，停用阿司匹林，停用替格瑞洛

氯吡格雷（波立维）75mg 2次/日

术后第2天，阵发性AF：

生命体征：BP110-120/ 60-70mmHg，指脉氧100%，心率130-150次/分，可自行转复，反复发作。

处理：胺碘酮静推后泵入

质子泵抑制剂（耐信）静滴、生长抑素（思他宁）泵入。

氯吡格雷（波立维）75mg 2次/日

依诺肝素 2000iu 皮下 12h/次

3-6天，生命体征平稳，未再呕血：

生命体征：BP100-110/ 60-70mmHg，指脉氧100%，心率60-70次/分，阵发性房颤，反复发作。复查血常规Hb 121g/L。

抗栓方案： 氯吡格雷（波立维）75mg 2次/日

依诺肝素 2000iu 皮下 12h/次

出院，生命体征平稳，未再呕血：

生命体征：BP100-110/ 60-70mmHg, 指脉氧100%，心率60-70次/分，阵发性房颤，间断发作。

抗栓方案???: 华法林 or 达比加群?

阿司匹林 100mg Qn

氯吡格雷（波立维）75mg 1次/日

谢谢！请各位专家批评指正！

陆文彬

东南大学附属中大医院