

## 高龄女性 PCI 术后小脑出血 1 例\*

万进东<sup>1,2</sup> 王丹<sup>1,2</sup> 阚竞宇<sup>1,2</sup> 刘森<sup>1,2</sup> 周鹏<sup>1,2</sup> 王沛坚<sup>1,2</sup>

[关键词] 经皮冠状动脉介入治疗;脑出血;血栓与出血

doi:10.13201/j.issn.1001-1439.2018.05.024

[中图分类号] R541.4 [文献标志码] D

### A case of cerebral hemorrhage undergoing percutaneous coronary intervention in elderly women

WAN Jindong<sup>1,2</sup> WANG Dan<sup>1,2</sup> KAN Jingyu<sup>1,2</sup>  
LIU Sen<sup>1,2</sup> ZHOU Peng<sup>1,2</sup> WANG Peijian<sup>1,2</sup>

(<sup>1</sup>Department of Cardiology, the First Affiliated Hospital of Chengdu Medical College, Chengdu, 610500, China; <sup>2</sup>Key Laboratory of Aging and Vascular Homeostasis, Sichuan Provincial Universities)

Corresponding author: WANG Peijian, E-mail: wpjmed@aliyun.com

**Summary** Cerebral hemorrhage is a serious deadly complication after percutaneous coronary intervention (PCI). We present a case that antiplatelet therapy strategies in elderly patient (over 75 years) with cerebral hemorrhage undergoing PCI.

**Key words** percutaneous coronary intervention; cerebral hemorrhage; thrombosis and bleeding

高龄冠心病患者是一个特殊的群体,特别是针对年龄>75岁的冠心病患者在经皮冠状动脉介入治疗(PCI)围手术期发生脑出血的防治目前尚无统一标准,相关病例亦鲜有报道。国内外学者对此类患者的治疗进行了一些探索,但仍未提出明确的治疗指南。笔者治疗并随访了1例高龄女性PCI术后发生脑出血的患者,现报道如下。

#### 1 病例资料

患者,女,79岁。因反复胸闷痛10年,加重20 d入院。入院体检:脉搏70次/min,血压182/82 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa),双肺呼吸音清,未闻及干湿啰音及胸膜摩擦音,心率70次/min,律齐,各瓣膜听诊区未闻及杂音。体质量40 kg。心电图:窦性心律,心率70次/min。检验:肝肾功能、电解质、血脂、心肌酶等未见异常。初步诊断:①冠心病,不稳定型心绞痛,心功能2级;②高血压3级,高危。入院后为明确诊断,行冠状动脉造影:左主干、左前降支、回旋支未见明显狭窄,前向血流TIMI 3级;右冠开口处轻度局限性狭窄约30%,中段局限性重度狭窄约90%,前向血流TIMI 2级。拟对右冠病变行PCI术,先以2.0 mm×15.0 mm球囊充分预扩,遂于右冠靶病变处植入2.5 mm×

20.0 mm药物洗脱支架1枚,支架置入后复查造影显示狭窄消失,前向血流TIMI 3级。手术顺利,术后予阿司匹林(100 mg/d)、氯吡格雷(75 mg/d)抗血小板,低分子肝素钙(4000 IU皮下注射,1次/12 h)抗凝,阿托伐他汀调脂稳定斑块以及抑酸护胃、降压等治疗,患者胸闷、胸痛等症状明显缓解。PCI术后第3天患者因情绪激动导致血压反复突发性升高,最高达230/120 mmHg。主诉头痛、头晕、恶心、呕吐,急行颅脑CT示:小脑出血(图1a),立即停用抗血小板、抗凝药物,结合会诊意见予以甘露醇、呋塞米降低颅内压,盐酸氯丙嗪镇静等治疗。出血后第3天先予以小剂量氯吡格雷25 mg,第4天起予以氯吡格雷50 mg,第6天予以氯吡格雷50 mg、阿司匹林100 mg。出血后第7天复查颅脑CT示:脑出血灶未见扩大,且无明显吸收(图1b)。出血后第8~15天均予以阿司匹林(100 mg/d)、氯吡格雷(50 mg/d)抗血小板,第15天再次复查颅脑CT示:脑出血灶明显吸收(图1c);患者症状逐渐好转,于脑出血后第33天出院。院外抗栓治疗方案:阿司匹林(100 mg/d)、氯吡格雷(75 mg/d)。半年后随访,患者活动无明显受限,生活可自理,复查颅脑CT提示未见异常(图1d)。1年后随访,患者复查冠状动脉造影显示原右冠支架内无狭窄,其余冠状动脉未见明显狭窄。之后停用氯吡格雷,继续服用阿司匹林及其他冠心病二级预防药物。

#### 2 讨论

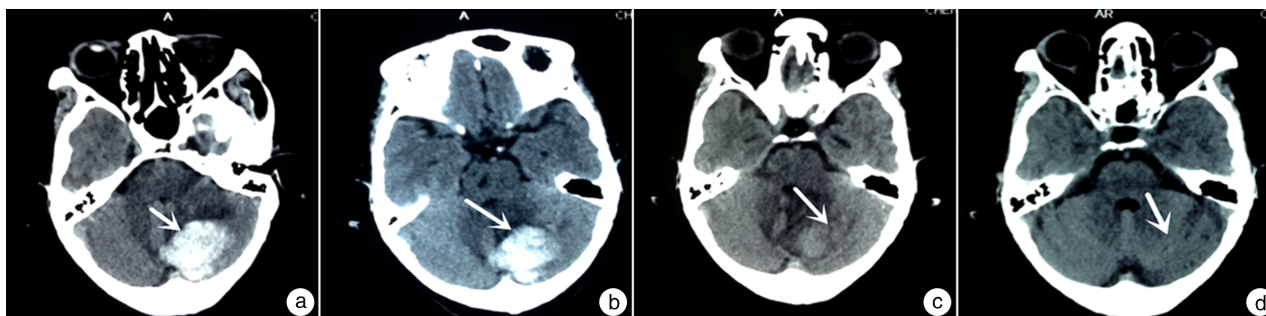
PCI术后“双联”抗血小板治疗(DAPT)是预防

\* 基金项目:国家自然科学基金项目(No:81400289,81641058);四川省科技计划青年基金项目(No:2016JQ0032);北京力生心血管健康基金会领航基金项目(No:LHJJ20157620)

<sup>1</sup>成都医学院第一附属医院心血管内科(成都,610500)

<sup>2</sup>衰老与血管稳态四川省高校重点实验室

通信作者:王沛坚, E-mail: wpjmed@aliyun.com



a: PCI 术后第 3 天并发脑出血; b: 出血后第 7 天病灶未扩大且无明显吸收; c: 出血后第 15 天病灶大部分吸收; d: 出血后半年随访, 未见异常。

图 1 颅脑 CT 结果

Figure 1 CT results of cranium

支架围手术期及术后血栓事件的标准治疗方法; 而 PCI 术后发生严重出血并发症强烈提示临床预后不良, 心血管事件发生率明显增高, 其中最恶性的是脑出血<sup>[1]</sup>。PCI 术后脑出血的发生率较低 (0.2%~0.4%), 预后极差, 病死率达 70% 以上<sup>[2]</sup>。本例提示在 PCI 治疗过程中应重视血栓与出血风险的平衡问题, 并及时对患者进行血栓和出血风险评估以指导临床决策, 使患者最大获益。

目前, 根据最新老年抗栓治疗中国专家共识<sup>[3]</sup>, 75 岁以上急性冠状动脉综合征 (ACS) 患者接受 PCI 后 DAPT 治疗应  $\geq 12$  个月。若患者联合使用多种抗栓药物时发生脑出血, 首先应考虑减少药物种类、剂量; 当脑出血威胁生命时, 则可能需要停用所有抗栓药物。停药观察 3~5 d 后, 若病情平稳, 可谨慎重新开始应用抗血小板药物。入院时的血栓风险评分系统 (GRACE 评分) 和出血风险评分系统 (CRUSADE 评分) 值得临床推广应用。该患者入院时 GRACE 评分 114 分、CRUSADE 评分 28 分, 分别属于中危缺血风险组和低危出血风险组。对于 ACS 患者在 DAPT 基础上行抗凝治疗及早期 PCI 是最佳治疗方案。需指出的是, 虽然该方案已被证实能够明显减少缺血事件反复发作、改善预后, 但同时也增加了并发出血的风险<sup>[4]</sup>。因此, 对 PCI 术后是否常规行抗凝治疗仍存在争议, 普遍认为应对 PCI 术后出现慢血流及对多处支架植入、长支架植入者予以抗凝治疗, 但从综合有效性及安全性 2 个方面考虑, 对高龄 ACS 患者不建议常规使用抗凝治疗。如必须行抗凝治疗则抗凝药物的剂量及使用时间需进行相应调整, 并在应用过程中严密监测出血事件的发生。

本例为 79 岁女性, 体质量低 (40 kg), 合并有高血压且血压波动较大, 冠状动脉病变钙化严重, 患者再发血栓风险相对较大; 如脑出血进一步发展则可能带来极其严重的后果。本治疗组在充分权衡出血及栓塞风险的情况下, 于脑出血后第 3 天重新启动抗血小板治疗。本例患者在脑出血后第 3

天首先服用小剂量氯吡格雷 (25 mg/d), 严密监测患者的临床情况 (神经系统症状及体征、凝血功能、颅脑 CT 等) 和风险评估, 逐步加大治疗剂量, 直至达到氯吡格雷 (75 mg/d)、阿司匹林 (100 mg/d) 的目标剂量。至今随访 1 年, 患者病情稳定, 无血栓事件及再出血事件发生。

本例提示临床医生不仅要重视手术本身, 对于出血高危患者, 亦应在 PCI 术后进行抗血小板治疗前利用 CRACE 和 CRUSADE 评分工具判断患者的血栓及出血风险 (尤其是年龄  $> 75$  岁、体质量低、近期有胃肠道出血、有脑卒中史和高血压未得到控制的出血高风险患者), 并据此选择后续的抗血小板治疗方案。值得注意的是, 临床工作中常根据血小板功能检测结果来指导个体化的抗血小板治疗, 在需要停止抗血小板治疗时亦可通过血小板功能检测来观察药物作用的消退。对于术后的长期抗血小板治疗, 临床医生应谨慎权衡栓塞及出血风险, 提倡个体化的抗血小板治疗疗程与剂量, 以期给患者带来更多获益的同时降低出血风险。

#### 参考文献

- [1] Bittl JA, Baber U, Bradley SM, et al. Duration of Dual Antiplatelet Therapy: A Systematic Review for the 2016 ACC/AHA Guideline Focused Update on Duration of Dual Antiplatelet Therapy in Patients With Coronary Artery Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines [J]. *J Am Coll Cardiol*, 2016, 68(10): 1116-1139.
- [2] Qiao M, Bi Q, Fu P, et al. Previous hypertensive hemorrhage increases the risk for bleeding and ischemia for PCI patients on dual antiplatelet therapy [J]. *Neurol Res*, 2017, 39(6): 516-520.
- [3] 钱海燕, 王征, 何冀芳, 等. 75 岁以上老年抗栓治疗专家共识 [J]. *中国循环杂志*, 2017, 32(6): 531-538.
- [4] Manoukian SV, Feit F, Mehran R, et al. Impact of major bleeding on 30-day mortality and clinical outcomes in patients with acute coronary syndromes: an analysis from the ACUITY Trial [J]. *J Am Coll Cardiol*, 2007, 49(12): 1362-1368.

(收稿日期: 2017-09-01; 修回日期: 2017-12-06)