

• 个案报道 •

Acute mesenteric ischemia after percutaneous coronary intervention: Case report

经皮冠状动脉介入治疗后急性肠系膜缺血 1 例

丁琦, 匡燕, 孙志阔, 王淑红

(郑州市第七人民医院心血管内科, 河南 郑州 450016)

[Keywords] coronary disease; mesenteric ischemia; percutaneous coronary intervention

[关键词] 冠心病; 肠系膜缺血; 经皮冠状动脉介入治疗

DOI: 10.13929/j.issn.1672-8475.2021.10.015

[中图分类号] R541.4; R815 [文献标识码] B [文章编号] 1672-8475(2021)10-0638-01



图 1 PCI 后 AMI A. 腹部 CT 图示肝内树枝样气体影(箭); B. 肠系膜动脉 CT 血管造影图示肠系膜上动脉重度狭窄(箭); C. 复查腹部 CT, 肝门静脉积气消失, 见少量腹腔积液(箭)

患者男, 66 岁, 因无明显诱因胸闷、胸痛持续约 20 min 入院; 1 年前活动时感胸闷、胸痛不适数分钟, 伴出汗, 休息后缓解, 未接受诊治; 1 个月前再次出现上述症状, 当地医院冠状动脉造影提示左主干重度狭窄。入院查体未见异常。实验室检查: 肌钙蛋白 I 3.4 ng/ml, N 末端 B 型脑钠肽原 446 pg/ml, 低密度脂蛋白胆固醇 2.7 mmol/L。心电图: 窦性心律, I、aVL、V2~V5 导联 ST 段压低 0.05~0.10 mV。入院诊断: 冠心病, 急性非 ST 段抬高型心肌梗死(Killip 1 级)。予冠心病二级预防治疗, 择期行经皮冠状动脉介入治疗(percutaneous coronary intervention, PCI), 术中患者血压低至 75/40 mmHg, 静脉泵入去甲肾上腺素 0.1~0.2 $\mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$ 、多巴胺 5~10 $\mu\text{g}/(\text{kg} \cdot \text{min})$ 等, 并行经皮主动脉内球囊反搏术, 之后血压逐渐稳定。患者诉脐周疼痛, 血压 112/76 mmHg, 脐周压痛, 肠鸣音减弱(约 1 次/分); 白细胞 $20.5 \times 10^9/\text{L}$, 肝功能、血淀粉酶、降钙素原均正常; 腹部超声见肝内散在点状高密度影, CT 见肝内

树枝样气体影(图 1A), 肠系膜动脉 CT 血管造影示肠系膜上动脉重度狭窄(图 1B)。临床诊断为冠心病, 心源性休克, 肠系膜上动脉狭窄, 急性肠系膜缺血(acute mesenteric ischemia, AMI), 肝门静脉积气, 予扩容、稳定循环、抗凝、胃肠减压及抗感染等治疗后腹痛缓解。2 天后复查腹部 CT 见肝门静脉积气消失, 少量腹腔积液(图 1C)。后患者未再感腹痛不适。

讨论 AMI 是 PCI 少见并发症, 多由 PCI 术中循环系统波动导致肠系膜上动脉收缩所致, 肠系膜上动脉粥样硬化病变致管腔狭窄患者更易出现 AMI。本例患者于 PCI 术中及术后感腹痛, 肠鸣音减弱, 腹部 CT 提示肝门静脉积气, 考虑与 PCI 术中出现低血压、存在肠系膜上动脉狭窄引发 AMI 的病理基础有关。CT 血管造影是临床疑诊 AMI 时的首选影像学检查方法, 可提供直接或间接肠壁缺血证据, 如肠壁增强减弱或消失、肠壁积气、肠管扩张及肝门静脉积气等, 出现弥漫性腹膜炎表现提示预后差。主要治疗措施包括提高心输出量及改善肠道血管痉挛等。

[第一作者] 丁琦(1989—), 男, 河南许昌人, 硕士, 主治医师。E-mail: dingqi.6648020@163.com

[收稿日期] 2021-05-10 [修回日期] 2021-08-12