

血管痉挛性心绞痛的治疗及预后研究进展

张应亮

南宁市第九人民医院 广西南宁 530409

〔摘要〕血管痉挛性心绞痛 (vasospastic angina, VSA) 在临床中又被称为冠状动脉痉挛性心绞痛, 特点为存在心绞痛症状但血管造影正常, 其主要原因是因心肌供血不足, 严重时患者易出现死亡与严重心血管事件, 因此易出现漏诊与误诊。临床对于 VSA 治疗存在多种方式, 本文就针对 VSA 的治疗及预后的研究进展展开以下综述。

〔关键词〕血管痉挛性心绞痛; 冠脉痉挛; 介入治疗; 预后

〔中图分类号〕R541.4 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165 (2020) 06-304-02

血管痉挛性心绞痛 (vasospastic angina, VSA) 在临床中又被称为冠状动脉痉挛性心绞痛, 即走于心脏表面相对较大的冠状动脉一过性的异常收缩, 从而导致冠状管腔处于完全或近完全闭塞状态, 以及血流灌注会支配心肌区域产生穿透性或非透壁性缺血^[1-2]。同时, 应用心电图检测 ST 段会显示抬高或压低, 这类表现在临床也被誉为缺血性胸痛症状。令 VSA 发生的主要机制是因冠脉痉挛, 但因为痉挛位置、程度等各方面差异, 临床类型会呈现不同, 且在国内研究中发现, 冠脉痉挛可以引起变异型心绞痛、心律失常、急性心肌梗死等, 而这些并发症统一都可成为冠脉痉挛综合征^[3-4]。但在 2015 年由我国 CASS 专家所共识, 无论是 VSA 还是冠脉痉挛综合征其本质都为冠脉痉挛。本文就针对血管痉挛性心绞痛的治疗与预后进展展开以下综述, 现将结果报道如下。

1 药物治疗

2014 年日本循环协会关于非 ST 段抬高 - 急性冠脉综合征指南指出, 作为钙通道阻滞剂 (calcium channel blocker, CCB) 的非二氢吡啶类药物可作为首选治疗 VSA。若 VSA 患者属于急性发作, 可短期使用 CCB 进行静脉滴注或口服方式进行治疗, 但存在劣势, 即短时间的二氢吡啶类 CCB 会激活诱导交感神经, 令心动加速, 导致心脏耗氧量增加, 令心肌缺血状况加重^[5-6]。而随着临床不断研究发现, 非二氢吡啶类与二氢吡啶类药物治疗 VSA 疗效相近, 但长期使用 CCB 治疗对预防 VSA 十分有效, 药物以贝尼地平、地尔硫卓为首选, 此外在二氢吡啶类药物选择中, 贝尼地平会比其他药物更适用患者预后, 原因在贝尼地平对冠状动脉平滑肌细胞选择性更高。

1.1 硝酸酯类

硝酸酯类药物是治疗 VSA 二线药物, 急性发作时, 短期使用的硝酸甘油通过静脉注射或舌下含服效果十分显著; 稳定期时, 长效硝酸酯类可有效预防反复复发^[7]。但此类药物劣势在于, 使用过程中硝酸酯类药物会增加不良心脏事件的发生率, 原因在药物使用氧化应激、内皮功能障碍、神经激素激活等属于潜在危险因素, 因此在晨起与傍晚接受硝酸盐控释片治疗患者易发生不良心脏事件。

1.2 尼可地尔

临床研究发现尼可地尔治疗 VSA 是存在一定疗效, 即药物作用通过将三磷酸腺苷敏感的钾离子通过打通, 令患者全身冠状动脉扩张, 但截至目前, 临床并不推荐将尼可地尔作为一线药物进行治疗, 加之此药物治疗 VSA 预后缺少一定临床数据支撑, 但该药物在难治性 VSA 治疗中可推荐应用^[8]。

1.3 β 受体阻滞剂

β 受体阻滞剂可诱导并激发冠脉收缩, 因此一般情况下不推荐对普通 VSA 患者使用此类药物。2014 年日本循环协会关于 VSA 诊治指南中曾建议对合并严重冠脉狭窄的 VSA 患者应用 β 受体阻滞剂, 2015 年中国专家也曾对此治疗方式达成共识, 合并冠脉器质性狭窄或重度心肌桥, 且临床表现以劳力性心绞痛为主的患者, 硝酸酯类药物治疗并不显著, 而联用 β 受体阻滞剂会增加临床疗效。

2 介入治疗

经皮冠脉介入治疗

多数情况下, 使用药物治疗可有效控制 VSA 患者症状, 但仍有部分患者出现难治性现状, 因此治疗时应严格依照适应症对患者应用经皮冠状动脉介入治疗。2013 年日本循环协会关于 VSA 诊治指南中曾建议可对合并严重固定狭窄且充分应用冠脉舒张剂效果不理想患者可应用经皮冠脉介入治疗^[9]。但随着国内外研究发展, 其中国内研究, 应用经皮冠脉介入治疗难治性 VSA 有显著疗效, 且不存在严重并发症。但在国外研究中, VSA 合并严重固定狭窄患者接受此方式治疗, 术后仍存在复发胸痛等表现, 且术后还需应用其他药物联合治疗。因此, 截止目前, 临床对于经皮冠脉介入治疗在临床仍存在争议, 因此需进一步研究论证。

3 预后

因 VSA 又被称为冠脉痉挛综合征, 即存在多种类型症状, 无症状、有症状, 因此针对各类症状患者预后是不相同的。研究发现, VSA 患者不存在冠状动脉疾病患者预后较佳且时间可维持较长时间^[10]。此外, 在日本的一项研究中曾发现, 对部分 VSA 患者进行长期预后跟踪, 研究结果显示, VSA 不伴有心肌梗死患者在长期跟踪, 即 1、3、5、10 年生存率占比均可达到 80% 以上。除此外, 若要对 VSA 患者预后有效评估, 可通过 7 个主要心脏不良事件的预测因素进行分值评分对比, 根据不通过心脏不良事件发生的严重程度进行评分对比, 例如严重成分分为低危 (0-2 分)、中危 (3-5 分)、高危 (> 6 分), 通过分值有效对患者预后进行评价。

4 总结

综上所述, VSA 疾病分为不同时期, 针对不同时期应使用相应治疗方式进行妥善治疗, 急性期主要是以缓解症状提高患者生存率为准; 稳定期可从患者病理机制与相关危险因素入手, 引导并令患者重视戒烟、调整血脂、控制血小板等联合措施为主要治疗方式; 加之, 截止目前临床中治疗 VS 疾病存在多种药物、多种方式, 介入治疗临床上虽有一定争议, 当仍要对患者适应症、真实病症进行有效分析判断, 选取最为科学有效的治疗手段治疗 VAS 各种类型下的疾病症状。最后, 多数患者在采取科学有效的治疗后预后都会存在良好现状, 但中间仍存在危险因素, 即心脏不良事件的发生, 例如心源性死亡、心肌梗死等此类患者预后都较差。因此, 截止目前, 临床仍需采取大量数据对不同证型 VSA 患者进行大量研究, 并将对其病理、诊断的认识增强, 以便开发更为科学有效的治疗方式, 提高患者生存率, 改善预后。

〔参考文献〕

- [1] 王保平, 孙余华. 冠状动脉微血管功能障碍和微血管心绞痛[J]. 临床心血管病杂志, 2018, 34(10):24-27.
- [2] 刘婷, 晋军. 急性冠状动脉综合征及经皮冠状动脉介入治疗后 D-二聚体的变化及临床意义[J]. 中国心血管病研究, 2018, 016(008):694-696.

(下转第 307 页)

松、莫西沙星等药物；若患者存在多重耐药病原菌危险，可选用杀菌类抗生素，并以联合疗法，确保广谱覆盖与初始经验性抗生素治疗可能出现的不适感控制^[6]。其三在对抗生素药物剂量与疗程把握中，需根据患者具体病情调整剂量与疗程。最后针对特殊病原菌的抗生素治疗中，例如铜绿假单胞菌、不动杆菌等，前者可用氨基糖苷类、 β 内酰胺酶抑制剂等治疗；后者可应用舒巴坦、多黏菌素B、碳青霉烯类、多黏菌素E等药物治疗^[7]。在谭建龙^[8]等人研究中，选择2010年9月-2013年3月收治的22例因碳青霉烯类抗生素耐药肺炎克雷伯菌导致的医院获得性肺炎治疗中，以替加环素高低剂量分别对8、14例患者进行治疗，其治疗效果与细菌清除率高低剂量对比无明显差异，22例中2例存在呕吐、恶心症状，对症干预后消失，2例发生转氨酶水平增高，但护肝治疗后恢复正常，全程无严重不良反应。

3.2 应激性出血预防、输血治疗

由于硫糖铝可降低医院获得性肺炎发生，通过输注红细胞能降低其发生率；并给予大剂量胰岛素干预，确保患者血糖水平保持在4.5-6.0mmol/L可降低患者临床病死率，缩短住院时间。

3.3 插管、机械通气治疗

在对患者治疗中尽量避免插管或反复插管，在必须进行机械通气治疗中，应尽量应用无创模式，相较于经鼻插管，经口插管方式可减轻对患者呼吸道损伤。同时改善镇静剂使用方式，将呼吸机循环中污染的冷凝剂及时清除，以加快脱机^[9-10]。

3.4 肠内营养、痰液引流治疗

在治疗中采用肠内营养干预可降低中心静脉导管相关并发症发生风险，以免小肠粘膜绒毛萎缩，从而避免细菌定制。并采用祛痰剂、湿化、支气管扩张剂或是负压吸引、翻身拍背等方式促进患者排痰^[11]。胡曦丹^[12]研究中，对2013年7月-2015年1月收治的113例脑卒中患者早期应用肠内营养方式治疗，能降低医院获得性肺炎发生率。

3.5 切断外源性传播途径

在患者住院期间，相关医护人员需强化自身无菌理念，在行诊疗操作中注意勤洗手，做好对医疗用品及设备设施的灭菌消毒处理，避免出现污染。做好对病原菌携带患者隔离管理，加强患者病房空气消毒及通风^[13-15]。

4 结论

综上所述，医院获得性肺炎作为难治性疾病，目前临床中所用治疗方式对其仍存在一定局限性，如何对其有效处理对于临床医师而言是一个严峻课题。尤其是诊断方式特异性低及细菌多重耐药增加导致这一问题愈加复杂。因此在临床工作中需配合不同诊断方式提高其诊断敏感性与特异性，以避免抗生素滥用；并最大程度切断医院外源

性传播途径，降低感染风险，通过早期经验性抗生素用药及插管、机械通气、肠内营养、输血治疗等方式提高治愈率。

[参考文献]

- [1] 董亚运, 俞兴群. 益气活血化痰法治疗卒中后医院获得性肺炎的研究现状[J]. 中医临床杂志, 2018, 030(002):195-198.
- [2] 王智. 医院获得性肺炎中医临床治疗综述[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2018, 2(14):207+209.
- [3] 邓树桦, 何小凤. 抗菌药物治疗医院获得性肺炎的新进展[J]. 现代医学与健康研究电子杂志, 2018, 12(03):42-43.
- [4] 李雪飞, 杨志华, 杜冬慧, 等. 特拉万星治疗医院获得性肺炎的研究现状[J]. 临床肺科杂志, 2018, 023(012):2300-2303.
- [5] 冯长松, 李淑芬. 儿童社区获得性肺炎病原学研究现状及进展[J]. 新疆医学, 2018, 48(7):776-779.
- [6] 宋文滔, 骆雪萍. 老年社区获得性肺炎患者的治疗研究进展[J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(6):58-60.
- [7] 胡月, 王宇, 刘景院, 等. 社区获得性肺炎病原学及耐药现状研究进展[J]. 中华实验和临床感染病杂志(电子版), 2018, 12(3):209-211.
- [8] 谭建龙, 刘志光, 谢良伊, 等. 替加环素治疗碳青霉烯类抗生素耐药肺炎克雷伯菌所致医院获得性肺炎的疗效观察[J]. 医学临床研究, 2018, 035(010):1877-1879, 1882.
- [9] 张志, 黄玉萍, 翟柱文, 等. 联合检测PCT、CRP、WBC在ICU细菌性医院获得性肺炎鉴别诊断中的价值探讨[J]. 临床医学工程, 2018, 025(012):1657-1658.
- [10] 苏大林. PCT、CRP与D-D联合检测对ICU医院获得性肺炎患者的诊断及预后价值评价[J]. 中外医学研究, 2018, 016(023):58-59.
- [11] 邢琳琳, 国建飞, 阮昕, 等. 血清载脂蛋白E、降钙素原及脑钠肽对医院获得性肺炎的诊断及预后评估价值分析[J]. 传染病信息, 2019, 032(002):132-135.
- [12] 胡曦丹, 何金凤, 王珩, 等. 肠内营养与质子泵抑制剂对脑卒中患者医院获得性肺炎的影响[J]. 中国药房, 2016, v.27;No.557(11):1548-1550.
- [13] 卓芬, 肖华, 黄娟娟, 等. PCT及IL-1 β 对重型脑外伤患者发生医院获得性肺炎的诊断价值[J]. 解放军医学院学报, 2018, 39(09):27-30.
- [14] 赵国南. 替加环素与亚胺培南西司他丁治疗医院获得性肺炎的临床对比观察[J]. 中国现代药物应用, 2019, 013(006):100-101.
- [15] 黄芳, 陈兴峰, 王燕萍. 医院获得性肺炎的流行病学特点及预防措施研究[J]. 中华医院感染学杂志, 2018, v.28(13):141-143.

(上接第304页)

[3] 王磊, 孙卫国. 多层螺旋CT血管造影联合血清脂蛋白相关磷脂酶A2检测在冠状动脉病变程度评估中的价值[J]. 实用医学影像杂志, 2018, v.19(03):77-79.

[4] 蔡雪, 淡雪川. 通心络胶囊联合盐酸贝尼地平片治疗冠状动脉痉挛性心绞痛164例临床评价[J]. 中国药业, 2018, 27(8):52-55.

[5] 白云浩, 王显, 张立晶, 等. 微血管性心绞痛中西医结合治疗的研究进展(综述)[J]. Advances in the Chinese and western medicine treatment of coronary microvascular angina pectoris[J]. 安徽卫生职业技术学院学报, 2018, 017(002):21-23.

[6] 吴东南, 肖政, 何凤屏, 等. 加味补阳还五汤对血管痉挛性

心绞痛患者Lp-PLA2、hs-CRP及GDF-15表达的影响[J]. 新中医, 2018, 050(007):57-59.

[7] 杨国园, 高旭杰, 闫建玲, 等. 中医药治疗冠心病稳定型心绞痛研究进展[J]. 光明中医, 2018, v.33;No.297(08):41-43.

[8] 马网霞, 李家一. 冠状动脉造影结果正常的临床诊断为急性冠脉综合征患者的病因分析[J]. 实用心脑血管病杂志, 2018, 026(001):92-94.

[9] 徐少东, 周炳凤, 班向阳, et al. 红细胞容积与分布宽度在不同类型急性冠脉综合征中的比较及其与预后的相关性分析[J]. 安徽医学, 2019, 41(1):11-12.

[10] 张志芳. 微血管性心绞痛中西医结合治疗研究进展[J]. 医学信息, 2019, 032(0z1):53-54.

(上接第305页)

用效果[J]. 中国当代医药, 2019, 26(03):252-254.

[7] 吴森翔, 金哲如, 叶华. 帕金森病冻结步态患者血清尿酸水平变化及意义[J]. 养生保健指南, 2018, 06(50):197-197.

[8] 陈静勿, 胡杉, 谢新凤, 等. 冻结步态帕金森病患者脑部结构fMRI:基于体素的形态学分析[J]. 放射学实践, 2019, 34(04):411-416.

[9] 宋金辉, 杨晶晶, 方星, 等. 综合训练改善帕金森病患者冻结

步态的研究[J]. 实用医学杂志, 2018, 34(01):148-150.

[10] 李娟, 任粹萍, 焦悦, 等. 利用可穿戴腓总神经电刺激器改善帕金森病冻结步态[J]. 中华神经科杂志, 2019, 52(10):817-822.

[11] 李茜瑜, 杨辉, 于洋, 等. 帕金森病冻结步态与认知障碍的相关性研究[J]. 阿尔茨海默病及相关病, 2019, 02(01):270-274.

[12] 王湘如, 张杰文, 秦灵芝, 等. 虚拟现实技术在帕金森病冻结步态康复中的应用[J]. 中华物理医学与康复杂志, 2019, 41(3):206-206.