

• 经验交流 •

# 主动脉夹层 33 例临床诊治分析

褚晓波

【关键词】 主动脉夹层； 诊断； 治疗

对 33 例主动脉夹层(AD)患者进行回顾性分析,以期提高认识,减少临床误诊率和患者病死率。

### 1 临床资料

1.1 病例:选择 2003 年 9 月—2006 年 9 月本院住院的 AD 患者共 33 例,男 27 例,女 6 例;平均年龄(56.8±7.0)岁;均有高血压病史,入院时血压 160~210/100~140 mm Hg (1 mm Hg = 0.133 kPa);马凡综合征 2 例,原因未明 9 例;无胸部外伤史。以胸部突发撕裂样疼痛为首发症状 21 例,可向肩背部放射;以上腹部疼痛就诊者 9 例;胸闷、腰部疼痛伴恶心、出汗者 3 例。查体:双上肢血压出现明显差异,可闻及主动脉瓣关闭不全所致的胸骨左缘 3~4 肋间高调叹气样递减舒张期杂音。

1.2 诊断及辅助检查:均常规行心电图、X 线胸片、超声心动图检查,根据患者病情需要选择性行 CT、磁共振成像(MRI)检查。经检查确诊为 AD 急性期(发病 2 周内)Stanford A 型(累及升主动脉)13 例,B 型(未累及升主动脉)7 例;慢性期(发病 2 周后)A 型 8 例,B 型 5 例。合并心包积液 2 例,双侧胸腔积液 3 例,左侧胸腔积液 1 例。

1.3 治疗方法:7 例急性期 Stanford A 型者给予手术治疗,行人工血管置换术。8 例急性期、4 例慢性期 Stanford B 型者给予介入治疗,行血管内支架置入术。其余 14 例不能耐受手术或不宜腔内治疗的 Stanford A 型急、慢性患者均给予内科药物保守治疗,除采用以血管扩张剂硝普钠、β受体阻滞剂为主外,还可使用钙拮抗剂合贝爽,从小剂量开始逐渐加量,如血压、心率稳定则维持用药。

1.4 结果:7 例急性期 Stanford A 型行人工血管置换术患者中 5 例治愈出

院,2 例出现术后并发症而死亡。12 例 Stanford B 型急、慢性期患者植入覆膜支架,1 例出现内漏,1 例出现截瘫,手术成功率为 83.33%。余 14 例内科药物保守治疗者 12 例好转出院,1 例因动脉破裂死亡,1 例出现严重并发症而死亡。总有效率为 81.81%(27/33)。

### 2 讨论

2.1 诊断:AD 发病突然,病情进展迅速,如不进行积极治疗,50%的患者可于 48 h 内死亡,AD 因素及分支血管范围的不同而临床表现具有多样性和复杂性,易漏诊或误诊,故应提高诊断率,全面细致分析病情。AD 的疼痛在极短时间内会达到极限,可有休克表现,但往往血压不降低。临床急性期病例多表现为疼痛与心电图、症状与体征、血压与休克“3 个不相称”。选择合适的检查方法有助于更准确地作出判断。AD 时常规心电图无特异性 ST-T 改变,但心电图的动态观察有助于与急性心肌梗死(AMI)鉴别诊断<sup>[1]</sup>。X 线胸片多无特征性改变,但如发现主动脉影增宽迂曲,应进一步检查以排除 AD 诊断。超声心动图可见主动脉根部扩张,且易识别心包积液、胸腔积液等并发症,但对降主动脉夹层的诊断受到限制。CT 有利于假腔内血栓形成的检出,对降主动脉夹层诊断准确性高。多排 CT 及 CT 血管造影(CTA)可快速对 AD 进行诊断,其敏感度超过 95%,特异性达 87%~100%,并能确定破裂口的位置及累及范围。MRI 能直接显示 AD 真假腔,更清楚地显示内膜撕裂的位置以及病变与 AD 的关系。单项检查中 MRI 确诊率最高,可作为诊断急性 AD 的重要手段,但不能用于安装起搏器和人工关节等患者。故可对患者先行超声心动图检查,不能确诊者结合增强 CT 即可对 Stanford A、B 型作出有效鉴别,再根据患者具体情况选择合适的检查方式,明确 AD 的部位、内膜撕裂的入口和出口、分支受累以及主动脉瓣的情况后,采取最佳的治疗方案。

2.2 介入治疗:介入治疗可明显降低患

性夹层动脉瘤的病死率,其目的是用覆膜血管支架封堵主动脉内膜撕裂口,但不封堵出口,阻断真、假腔之间的血流交通和隔绝真腔向假腔的血流灌注,一般仅适用于 Stanford B 型。如果破口位于升主动脉或左锁骨下动脉,则不适用,术前要确定入口的位置,近端无夹层主动脉段的直径,估计带膜支架的长度<sup>[2]</sup>。自从 20 世纪 90 年代 Dake 应用覆膜支架封闭 AD 破口的方法治疗 AD 获得成功以后,临床上证实其具有创伤小、严重并发症发生率低、疗效确切等优点,并已成为首选疗法<sup>[2]</sup>。

2.3 手术治疗:对 Stanford A 型者多采用主动脉弓替换术。急性期手术风险大,有脏器缺血症状者手术病死率增加,还有一定数量患者因合并重要脏器病变而不能手术<sup>[3]</sup>。因此,应选择合适的治疗方法,解除主动脉破裂的隐患并恢复患者的主动脉血供,可降低病死率。

需要指出的是,主动脉壁的病理过程不会因为采取治疗手段而完全终止,无论哪种治疗方法都不是终生治愈,仍可能发生夹层向远处扩展、动脉瘤样扩张、破裂等远期并发症,故应长期服药控制血压至理想水平,定期监测主动脉情况,避免远期并发症的发生<sup>[4]</sup>。

### 参考文献

- [1] 张林叶,王安才.主动脉夹层并发急性心肌梗死 3 例分析[J]. 疑难病杂志, 2007,6(11):688.
- [2] Taylor PR, Bell RE, Reidy JF, et al. Endovascular treatment of acute type B aortic dissection[J]. Acta Chir Belg, 2004,104(5):513-518.
- [3] Fusco DS, Shaw RK, Tranquilli M, et al. Femoral cannulation is safe for type A dissection repair [J]. Ann Thorac Surg, 2004,78(4):1285-1289.
- [4] 谢树民.主动脉夹层动脉瘤[J].实用诊断与治疗杂志,2004,18(1),40.

(收稿日期:2008-06-20  
修回日期:2008-10-28)  
(本文编辑:李银平)

作者单位:132001 吉林,吉林市第二中心医院心内科

作者简介:褚晓波(1969-),男(汉族),吉林省人,主治医师。