

超声诊断巨大真性腹主动脉瘤 1 例

年 静, 张学珍, 高燕燕

[关键词] 主动脉瘤; 超声诊断

[中图分类号] R 543.16

[文献标志码] B

DOI:10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2015.04.051

患者男, 80 岁, 高血压病史 30 年, 因全腹胀痛 1 d 急诊入院。体格检查: 腹部膨隆, 压痛阳性, 反跳痛阳性, 脐周可触及巨大包块, 具轻微波动感。超声检查: 腹主动脉内壁连续完整, 呈瘤样扩张 (见图 1), 范围巨大, 长径约 162 mm, 宽径约 82 mm, 前后径约 77 mm, 瘤体上端起自肾动脉水平以上 50 mm 处, 下端达腹主动脉分叉处, 并累及双侧髂总动脉起始段; 瘤体内部透声欠佳, 可见细密云雾状回声不规则涌动, 彩色多普勒显示瘤体内部呈现红蓝相交的涡流信号 (见图 2), 频谱多普勒检测出动脉血流, 收缩期峰值流速 95.2 cm/s。瘤体内壁增厚、毛糙, 右后侧壁可探及范围约 87 mm × 51 mm 的等回声, 形态不规则, 表面不光滑, 向腔内凸出, 移动不明显。超声提示: 真性腹主动脉瘤伴血栓形成。腹部 CT 检查: 腹主动脉区域见 158 mm × 72 mm 软组织块影, 病变累及双侧髂动脉近端, 提示腹主动脉瘤形成累及双侧髂动脉。该患者随即收入血管外科治疗。

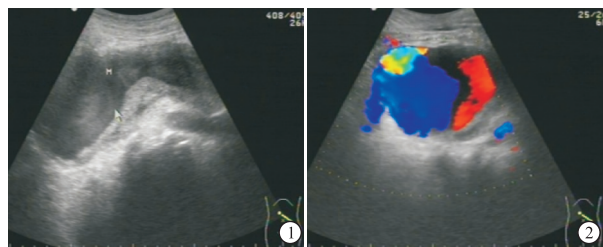


图1 上腹部略偏左侧探及巨大混合回声包块, 内壁增厚, 可见条状不规则等回声

图2 包块内呈现红色与蓝色相交的涡流信号

讨论 腹主动脉瘤通常是指在各种因素损伤、破坏作用下导致腹主动脉管壁僵硬, 向外持续性膨出, 动脉壁中层弹力纤维破坏、变形、断裂, 动脉弹性减低, 受损部位受到动脉血流的冲击而逐渐扩张、撕裂而形成。其发病机制可能与局部动脉粥样硬化、

感染、外伤、大动脉炎、马凡综合征等有关, 可分为真性动脉瘤、假性动脉瘤和夹层动脉瘤三类。真性动脉瘤好发于肾动脉水平以下、髂动脉分叉以上的范围, 动脉瘤体与腹主动脉壁延续良好, 患者多有动脉粥样硬化病史, 瘤体内常合并有血栓形成。本例真性腹主动脉瘤发生范围巨大, 非常罕见, 动脉瘤的近侧端位于肾动脉水平之上, 远侧端达腹主动脉分叉处以下, 累及到双侧髂动脉, 瘤体内部也合并有血栓形成, 其病死率及手术难度极高。如果是发生在肾动脉水平及以下的动脉瘤, 手术时可以直接夹闭肾动脉起始段以下的腹主动脉, 不会影响到肾动脉的血流灌注, 手术过程相对简单; 反之, 如果腹主动脉瘤近端发生在肾动脉水平以上, 手术难度将加大, 可能行肾动脉或肠系膜血管移植术, 同时患者的双侧髂动脉也受到累及, 进一步加大了手术难度和风险。真性腹主动脉瘤在超声诊断上还应注意与假性动脉瘤和夹层动脉瘤相鉴别^[1-2]。假性动脉瘤多由外伤引起, 腹主动脉管壁破裂, 管腔内血液外流并在破口周围积聚包裹形成包块, 包块体积较大, 破口较小, 彩色多普勒血流成像可见由腹主动脉经破口进入瘤体内的血流信号, 频谱测量破口处的血流流速较高, 可呈收缩、舒张双向频谱。夹层动脉瘤多由胸主动脉夹层向下延伸所致, 病变的腹主动脉管腔内径增宽, 内可见条带样回声, 为撕裂的动脉内膜, 可随心脏搏动而摆动, 动脉管腔被分为真腔和假腔, 假腔内径一般大于真腔, 假腔内常伴有血栓形成, 所以, 超声医师在检查时要仔细鉴别, 正确诊断腹主动脉瘤的类型, 为临床治疗提供参考。

[参 考 文 献]

- [1] 张慧敏, 白雅芝. 超声诊断腹主动脉瘤破裂腹膜后巨大血肿形成 1 例 [M]. 宁夏医科大学学报, 2013, 35(5): 601-602.
- [2] 白志勇, 李敬府, 杨玉杰, 等. 超声诊断腹主动脉瘤破裂 [J]. 中国医学影像技术, 2009, 25(增刊): 73-75.

[收稿日期] 2013-10-27

[作者单位] 蚌埠医学院第二附属医院 超声科, 安徽 蚌埠 233040

[作者简介] 年 静 (1982-), 女, 主治医师。

(本文编辑 姚仁斌)