

# 主动脉夹层误诊体会

冯少彬, 李金丽, 刘万周, 李素涵

[关键词] 主动脉夹层; 肺栓塞; 急性肾功能衰竭; 误诊

[中图分类号] R 543.1; R 563.5

[文献标志码] B

DOI: 10.13898/j.cnki.issn.1000-2200.2015.06.023

主动脉夹层(aortic dissection, AD)是心血管系统危急重症,具有发病率低、起病急、进展快、死亡率高等特点。其临床表现复杂多变,常致漏诊和误诊,临床报道误诊率达25.0%~31.8%<sup>[1-2]</sup>。本文结合AD误诊病例和文献报道进行分析,以期提高对AD的认识,减少漏诊、误诊。

## 1 临床资料

患者男,53岁,因“腰椎骨折15 d,发作性胸闷、气短8 d”于2014年7月30日入院。患者2014年7月15日夜从十余米高处坠落,臀部着地,坠落后曾爬行近百米,次日被发现后送医,因腰椎压缩性骨折于7月19日在当地医院行切开复位椎弓根内固定手术治疗,7月23日夜睡眠时突发胸闷、气短,伴喘息、大汗,每日发作1~2次,每次持续1~2 h,具体治疗不详。7月27日上述症状再发时伴咽部紧缩感,咳痰并痰中带血,在当地测血压190/105 mmHg,给予降压、含服速效救心丸后,症状缓解。既往健康,否认高血压病史,吸烟30年,近10年平均50支/日。入院体格检查: T 36.3℃,脉搏106次/分,呼吸19次/分,血压140/80 mmHg,神志清楚,发育正常,营养中等,轮椅推入,查体合作。全身皮肤黏膜无黄染、皮疹、出血点,未触及肿大的浅表淋巴结,头颅及五官检查未见异常,胸廓对称无畸形,双侧呼吸运动对称,听诊双肺呼吸音弱,未闻及干湿性罗音,心前区无隆起,心尖搏动不能明视,心率106次/分,律齐,各瓣膜听诊区未闻及杂音,腹平坦,腹软,全腹无压痛及反跳痛,肝脾肋缘下未触及,腹部叩诊鼓音,移动性浊音阴性,肠鸣音4次/分。血常规:红细胞 $3.65 \times 10^{12}/L$ ,血红蛋白112 g/L,血小板 $540 \times 10^9/L$ 。血气分析:pH 7.48,氧分压72 mmHg,二氧化碳分压30 mmHg。血生化:D-二聚体

595 ng/ml,尿素氮6.29 mmol/L,肌酐110  $\mu\text{mol}/L$ ,N端脑钠肽25 000 pg/ml。心电图示:窦性心动过速,V1、V2导联P波双相,负向波为主,R波递增不良,T波低平;心脏彩超示左心房增大、右心室略大,二尖瓣、主动脉瓣轻度反流,左心功能减退,双下肢血管彩超示左侧小腿肌丛静脉血栓形成。初诊考虑:(1)胸闷原因待查,怀疑肺栓塞、冠心病;(2)心功能不全;(3)高血压病3级。入院后给予抗凝、抗血小板、控制血压、纠正心功能等处理,8月1日胸部CT示双侧胸腔积液并左下肺膨胀不全,双肺炎症,进一步胸腔彩超探查发现双侧大量胸腔积液,胸膜腔置管引流示血性胸水,渗出性改变,未查到肿瘤细胞。8月4日尿素氮11.14 mmol/L,肌酐480  $\mu\text{mol}/L$ ;8月5日尿素氮11.64 mmol/L,肌酐551  $\mu\text{mol}/L$ ,且8月5日起患者尿量逐渐减少,肾功能进行性下降,考虑急性肾前性肾功能衰竭,行连续性血液透析3次。8月15日复查胸部CT示双侧胸腔积液明显减少,双肺炎症吸收好转,同时疑诊AD,急诊主动脉CT血管造影示降主动脉增粗、内径约3.5 cm,内可见游离内膜片,破口位于左锁骨下动脉后方约0.8 cm处,破口宽约2.0 cm,游离内膜片下缘累及双侧髂总动脉,真腔小,假腔大。腹腔干开口于假腔,未见狭窄,肠系膜上动脉开口于假腔,游离内膜片累及开口处,开口处狭窄40%~50%。右肾动脉开口处于真腔,开口处真腔塌陷,右肾灌注差,左肾动脉开口于假腔,游离内膜片累及开口处,左肾灌注差。肠系膜下动脉开口于假腔,内可见弥漫性血栓,主干狭窄约70%~80%,部分分支闭塞。诊断AD(DeBakey-Ⅲ型),部分真腔塌陷、肠系膜下动脉血栓形成。

术前准备后于8月18日行经皮主动脉选择造影并夹层动脉瘤腔内隔绝,术中造影证实内膜破口位于胸主动脉降部内侧,距左锁骨下动脉1.5 cm,破口宽约2.0 cm,向下撕裂至双侧髂总动脉,胸主动脉中下段至腹主动脉分叉处真腔严重狭窄,腹主动脉可见多个破口,左肾动脉、左髂总动脉源于假

[收稿日期] 2014-11-13

[作者单位] 河南科技大学附属黄河医院 质控办,河南 三门峡 472000

[作者简介] 冯少彬(1975-),男,硕士,主治医师。

腔,右肾动脉、右髂总动脉源于真腔,双肾血流灌注差。取右侧股骨沟切口,逐层切开显露右侧股动脉并固定,全身肝素化后切开放动脉前壁,置入超滑导丝,引导造影导管依次进入腹主动脉、胸主动脉、升主动脉,更换特硬导丝,透视下置入支架导送系统,精确定位后释放大动脉覆膜支架,封堵破口,造影示支架形态、位置良好,假腔内血流消失,肠系膜上动脉和腹腔干血管均位于真腔内,左、右肾动脉显影明显改善。术后 10 d 复查主动脉 CT 血管造影示胸腹主动脉真腔充盈良好,无狭窄,管壁无明显破溃影,肠系膜上动脉无狭窄,双肾灌注良好,尿素氮 2.7 mmol/L、肌酐 47  $\mu$ mol/L,痊愈出院,院外 3 个月继续定期复查胸部 X 线片、尿素氮、肌酐未见异常。

## 2 讨论

AD 是指在各种致病因素作用下,主动脉内膜损伤,主动脉腔内的血液通过内膜破口进入动脉壁中层而形成的血肿,并沿主动脉壁延伸剥离的一种心血管灾难性疾病。其年发病率 0.5 ~ 2.9/10<sup>5</sup>[3],自然病程 1 周,病死率 50%,1 年内病死率达 90% [4]。常见的病因包括高血压、主动脉粥样硬化、大动脉炎、创伤、妊娠、遗传性疾病(如 Marfan 综合征)等[5-7],其基本病理改变是主动脉中层的囊样改变,可能的致病机制为高血压等引起的血流动力学改变诱发血管壁内胶原蛋白、蛋白多糖、纤维连接蛋白、弹性蛋白合成障碍;动脉粥样硬化侵及主动脉中层滋养血管致血供减少,平滑肌细胞和弹力纤维变形、断裂;Marfan 综合征致主动脉中层弹性纤维发育不良;创伤所致的弹性纤维断裂等。此患者为中年男性,既往无高血压病史、无 Marfan 综合征、无结缔组织病和大动脉炎的临床表现及证据,上述原因所导致的 AD 可能性不大。但患者长期大量吸烟是动脉粥样硬化的危险因素,其发病的原因可能为动脉粥样硬化血管中层弹力纤维变性、囊性变形成的基础上,在创伤所形成的减速力、受伤后应激、焦虑等作用下所形成的高血压状态等因素共同作用于胸主动脉降部,导致了 AD 的发生。

AD 以胸背部突发撕裂样疼痛为典型临床表现,但是主动脉为全身供血基干血管,受内膜破口发生的部位和受累动脉分支的不同,其临床症状、体征复杂多变,极易引起漏诊和误诊,如:(1)夹层累及颈动脉时,可以出现头晕、头痛、晕厥、肢体麻木活动不利、发作性视物不清等脑缺血症状,甚至发生缺血性脑卒中;(2)累及锁骨下动脉时出现左右上肢血

压不等;(3)冠状动脉开口受累可导致心肌缺血或心肌梗死,夹层累及心包可迅速发生心包填塞而猝死;(4)夹层累及主动脉根部瓣环扩张可致主动脉瓣关闭不全、瓣膜脱垂,严重者出现心力衰竭;(5)累及支气管动脉可致胸闷、呼吸困难;(6)累及喉返神经供血可出现声音嘶哑;累及降主动脉时可出现腰痛;(7)累及肾动脉可出现肾动脉狭窄、高血压、肾功能下降甚至衰竭;(8)累及肠系膜上动脉可导致急性腹痛、恶心呕吐;(9)累及脊髓动脉可以导致截瘫、感觉障碍、尿便障碍;(10)累及髂总动脉或股动脉时可出现下肢麻木无力、疼痛、甚至瘫痪等症状[5,8-11]。该患者以夜间发作性的胸闷、气短、喘息、大汗,大量胸腔积液,急性肾功能衰竭为主要临床表现,血气分析提示氧分压轻度降低、彩超示左心功能减退、N 端脑钠肽增高,分析其没有出现典型的胸背部撕裂样疼痛应当与 AD 形成过程系慢性撕裂的过程有关,同时压缩性骨折的临床症状掩盖了 AD 的症状;大量血性胸腔积液的产生原因有二:一是受伤后所形成的减速力导致的局部炎性渗出,二是血液进入假腔后压力增加,血管中层与外膜之间的假腔壁通透性增强,血液渗出所致;急性肾功能衰竭则与 AD 形成双肾灌注不足有直接关系;而患者出现的胸闷、气短、喘息、大汗,左心功能减退、N 端脑钠肽增高等左心功能不全的表现则与 AD 形成后真腔极度狭窄,后负荷明显增加有关。

误诊原因分析:(1)临床医生诊断思维局限,诊断不够严谨。受患者术后长期卧床,出现胸闷、气短、喘息、大汗,血氧分压下降、血 D-二聚体升高、左小腿肌丛静脉血栓等影响,诊断思维囿于肺栓塞,在影像学检查不支持肺栓塞时没有及时予以排除;发现血性胸腔积液、急性肾功能衰竭时没有进一步查找原因,仅满足于对症处理;拟诊原发性高血压时没有注意与继发性高血压的鉴别,此患者如能注意到与引起继发性高血压如大动脉炎、主动脉狭窄、肾动脉狭窄、AD 等疾病鉴别,则不致于误诊。(2)临床医生对体格检查重视程度不够。回顾本病例,可以看出临床医生询问病史不仔细,对胸背部、腹部血管杂音、四肢脉搏强弱、四肢血压情况等没有进行认真检查,导致不能及时发现典型体征而延误诊断。(3)临床医生对 AD 认识不足。AD 虽总体发病率较低,但近年来 AD 的检出率和病例逐年增多[12],在本病例的诊疗过程中可以反映出临床医生对 AD 的认识不够,警惕性不足,所以在诊疗过程中没有考虑到 AD 的可能,是导致误诊的主要原因。

综上所述,AD 临床表现复杂多样,临床医生要对本病保持高度的警惕性,提高对本病的认识、重视病史、体格检查、不断拓宽诊断思维是防止漏诊和误诊的关键。

### [ 参 考 文 献 ]

- [1] Frego M, Bianchera G, Aneriman I, et al. Ruptured aneurysms of the abdominal aorta: from the First Aid to the Operating Room. Changing Concepts[J]. Ann Ital Chir, 2007, 78(4): 277-281.
- [2] 明广华, 张宇辉, 吴海英, 等. 179 例主动脉夹层患者的临床资料分析[J]. 中国循环杂志, 2004, 19(5): 363-366.
- [3] 吴孟超, 吴在德, 吴肇汉. 外科学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 319.
- [4] 余文忠, 赵卫, 向述天, 等. 覆膜支架治疗 STANFORDB 型胸主动脉夹层[J]. 中国介入与影像治疗学, 2005, 2(1): 24-27.
- [5] 王慧勇, 罗建方, 刘媛, 等. III 型主动脉夹层疾病的发病特点及治疗分析[J]. 实用医学杂志, 2011, 27(9): 1621-1623.

- [6] 陈云, 李在望, 唐荣华. 以神经系统症状为主的主动脉夹层 1 例报道[J]. 中风与神经疾病杂志, 2009, 26(4): 479-480.
- [7] 吴志阳, 陈辉, 陈晓娣. 不典型主动脉夹层误诊为肺炎 1 例报告[J]. 山东医药, 2009, 49(49): 17.
- [8] 肖潇, 陈东风. 腹主动脉夹层动脉瘤误诊为消化道急症 3 例报道[J]. 重庆医学, 2011, 40(13): 1351-1352.
- [9] 王茂华, 金星, 吴学君. 腔内修复术成功救治外伤性主动脉夹层伴截瘫一例[J]. 介入放射学杂志, 2012, 21(12): 1059-1060.
- [10] 隋汝波, 张磊, 李熙东. 以脊髓损害为首发的主动脉夹层临床特点[J]. 中国神经精神疾病杂志, 2010, 36(8): 487-489.
- [11] 王志宏, 印建国, 宋锦文, 等. 主动脉夹层动脉瘤误诊为下肢动脉血栓三例[J]. 介入放射学杂志, 2011, 20(12): 956-957.
- [12] 易定华, 段维勋. 中国主动脉夹层诊疗现状与展望[J]. 中国循环杂志, 2013, 28(1): 1-2.

( 本文编辑 刘畅 )

[ 文章编号 ] 1000-2200(2015)06-0770-03

· 临床医学 ·

## 腹膜外腹腔镜前列腺癌根治术治疗老年局限前列腺癌 90 例

戴金瓯

**[摘要]** 目的:探讨腹膜外腹腔镜前列腺癌根治术(eLRP)治疗前列腺癌的手术经验和临床疗效。方法:采用 eLRP 治疗老年局限性前列腺癌患者 90 例。结果:手术成功 88 例,余 2 例中转改为开放手术。手术时间 120~380 min,术中出血 150~1400 ml,术中输血 5 例;术后发生感染 2 例,保守治疗约 1 周后痊愈;2 例发生尿漏,均于 20~30 d 后自愈;4 例拔除尿管后出现膀胱-尿道吻合处狭窄,行定期尿道扩张治疗后排尿通畅。随访 3~24 个月,前列腺特异抗原水平平均下降至  $\leq 0.2$  ng/ml。随访患者生活质量良好,无复发与转移;术后性功能正常者 64 例。结论:腹膜外 eLRP 治疗局限性前列腺癌成功率高,创伤小,患者术后恢复快,健康状况稳定,值得临床推广应用。

**[关键词]** 前列腺肿瘤;腹腔镜;前列腺癌根治术

[ 中图分类号 ] R 737.25

[ 文献标志码 ] A

DOI: 10.1398/j.cnki.issn.1000-2200.2015.06.024

前列腺癌是一种常见的男性生殖系统肿瘤,在欧美国家其发病率居各种恶性肿瘤之首<sup>[1]</sup>。近年来,我国前列腺癌的发病率也在显著上升中<sup>[2]</sup>,且发病患者的平均年龄有降低的趋势<sup>[3]</sup>,严重影响了我国男性的身体健康和生活质量。临床治疗前列腺癌主要采用手术切除前列腺、精囊,行盆腔淋巴结清扫的方法,同时尽量不影响患者的正常性功能<sup>[4]</sup>。在此基础上,各种治疗方法的主要区别在于手术过程中的切口大小。目前,腹腔镜前列腺癌根治术(LRP)以其微创性、安全性和易于恢复等优势在我国开始普及<sup>[4]</sup>。2006 年 3 月至 2014 年 3 月,我院采用腹膜外 LRP(eLRP)治疗老年局限性前列腺癌

90 例,疗效满意,现作报道。

### 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 90 例患者年龄 55~79 岁。主诉为尿频、尿急或排尿困难 58 例,伴有血尿或发热等症状 24 例,体检中查出 8 例。前列腺特异性抗原  $< 4$  ng/ml 18 例,  $4 \sim 10$  ng/ml 24 例,  $> 10 \sim 50$  ng/ml 36 例,  $> 50$  ng/ml 12 例。前列腺体积  $39 \sim 78$  cm<sup>3</sup>。直肠指检可触及质硬与结节者 54 例,直肠 B 超可见 1 至多枚结节者 36 例。患者均在经直肠 B 超引导下经前列腺穿刺活检后病理诊断证实为前列腺癌。Gleason 评分 2~7 分。盆腔 MRI 或 CT 检查及全身骨扫描检查显示肿瘤未穿透包膜,未见盆腔淋巴结侵犯和转移病灶。临床分期 T1a 2 例, T1b 9 例, T1c 35 例, T2a 12 例, T2b 16 例, T2c 8 例, T3a 8 例。患

[ 收稿日期 ] 2014-11-11

[ 作者单位 ] 湖北省房县人民医院 泌尿外科, 442100

[ 作者简介 ] 戴金瓯(1981-),男,主治医师。