

位于右下腹,常误诊为急性阑尾炎。超声表现为:右中下腹可见串状类圆形淋巴结反射^[1]。本组 49 例均通过超声发现肠系膜淋巴结肿大并结合临床表现而确诊为肠系膜淋巴结炎。

原发性腹膜炎是指腹腔内并无内脏炎症或穿孔的腹膜急性化脓性感染,一般以血行性感染最多见。超声探测可见患儿腹腔内游离积液,并能在超声引导下腹腔穿刺抽液进行生化检查及细菌培养,同时也对腹腔脏器进一步探测,与引起继发性腹膜炎的疾病相鉴别,为手术或非手术治疗提供依据。

总之,超声检查简便易行,经济便捷,无创伤,无放射,可反复检查,不但能清晰显示小儿腹腔内的局部病灶,为急腹症的诊断与鉴别诊断提供了图像依据,还能同时进行诊断性穿刺或灌肠复位治疗。因此,超声对小儿急腹症的诊断与鉴别诊断具有重要

临床价值,是小儿急腹症的首选检查方法。

【参考文献】

- [1] 胡国斌,王振杰,胡元龙. 现代腹部急症外科学[M]. 武汉:湖北科学技术出版社,2002:381.
- [2] 林 腾,郑宝群,赖志鸿. 小儿急性阑尾炎的高频及彩色多普勒超声诊断和分型[J]. 中国超声诊断杂志,2005,21(6):600-603.
- [3] 方 凡,赵博文,徐海珊. 超声对急性阑尾炎阑尾周边高回声结构的分析[J]. 中华超声影像学杂志,2006,15(11):824-826.
- [4] 赵 忠,李振敏,戚胜杰,等. 彩色多普勒超声在小儿肠套叠选择复位方式中的价值[J]. 中华超声影像学杂志,2001,10(4):225-227.

(收稿日期:2009-09-12;修回日期:2009-10-25)

(本文编辑:潘雪飞)

早期准确诊治主动脉夹层动脉瘤的体会

王 磊,江时森,宫剑滨,张启高

【摘要】 本文对 2 例临床结果迥异的主动脉夹层动脉瘤患者诊疗过程进行回顾分析,总结主动脉夹层动脉瘤这一临床急症的诊疗经验。主动脉夹层动脉瘤诊断需围绕突发胸痛这一核心症状,通过详细问诊、查体,尤其及时行主动脉双源 CT 成像可早期成功诊断,而尽早实施血管介入或手术治疗是首选的治疗方法。

【关键词】 主动脉夹层动脉瘤;诊断;治疗

中图分类号: R543.16 文献标志码: B 文章编号: 1672-271X(2010)03-0252-02

主动脉夹层动脉瘤是以胸痛为主要表现的临床急症,病死率高,且易误诊、漏诊,现将笔者近期收治的 2 例诊治体会报告如下。

1 病案摘要

例 1,男,63 岁,因突发胸闷、大汗、腰痛 8 小时入院,既往有高血压病史。因发现血压升高,患者口服硝苯地平 10 mg 后半小时突发胸闷不适、大汗及腰痛,来院时意识模糊,血压为 50/34 mm Hg,诊断为急性冠状动脉综合征收治入院。体格检查:血压 120/70 mm Hg,急性病容,多汗,心率 130/min,心律不齐,心尖部可闻及 2/VI 级收缩期杂音;右下肺可闻及少量湿性啰音。腹型肥胖,外形圆隆,脐周触及压痛,并在脐下 1~2 横掌处有明显搏动。心电图示房颤律、T 波改变;心肌酶谱及肌钙蛋白均正常。初

步诊断为腹主动脉夹层动脉瘤。双源 CT 血管造影检查(CTA)证实为 Stanford B 型夹层动脉瘤,假腔由左侧锁骨下动脉开口以下 5 cm 延至双侧髂动脉,拟行急诊手术,但在转运途中患者猝死。

例 2,男,37 岁,因反复胸闷伴后背酸痛 8 天入院,既往无高血压病史。患者于入院前 8 天出现胸闷伴背部酸痛,持续不缓解,平卧后加重,并与脉搏同步,可放射至左颈部,门诊测血压为 178/120 mm Hg,诊断为高血压病收治入院。体格检查:血压 178/90 mm Hg,焦虑面容,半卧位;心率 90/min,心律齐,主动脉区可闻及舒张期杂音;两肺呼吸音增粗,未闻及啰音。心脏超声示升主动脉增宽,中度主动脉关闭不全,左室壁增厚;X 线胸片示双侧少量胸腔积液,主动脉硬化;心肌酶谱及肌钙蛋白均正常。为明确高血压之病因,行双源 CTA,诊断为 Stanford B 型夹层动脉瘤,假腔自左锁骨下动脉下 4 cm 延续降主动脉全程,给予美托洛尔口服及硝普钠静脉泵入控制血压及心率,次日行主动脉支架植入术,术后

作者简介:王 磊(1976-),男,浙江绍兴人,博士,主治医师,从事冠心病与免疫炎症的基础及临床研究
作者单位:210002 江苏南京,南京军区南京总医院心内科

患者恢复良好出院。

2 讨论

2.1 主动脉夹层动脉瘤非老年、高龄患者的专利

研究表明主动脉夹层动脉瘤的发病人群以老年多见^[1,2],但随着其主要病因高血压发病人群的日趋低龄化,以及检出方法的提高,主动脉夹层动脉瘤早已不是老年、高龄动脉硬化患者的专利,至少有 7% 的主动脉夹层动脉瘤发生于 40 岁以前,而 Marfan 综合征可能导致了 50% 的年轻人主动脉夹层动脉瘤^[3]。

2.2 问诊及体格检查对早期诊断主动脉夹层动脉瘤十分重要 难以缓解的疼痛是主动脉夹层动脉瘤最典型症状,本文病例主诉中均有剧烈的持续疼痛,尤其与心脏搏动同步加剧的疼痛,这是夹层动脉瘤假腔为血流动力冲击的后果。而病例 1 的早期诊断有赖于体检时发现右下腹异常搏动及压痛这一主动脉夹层动脉瘤的非典型体征而获得诊断线索。值得注意的是心肌损伤指标尤其肌钙蛋白可以与非典型心肌梗死早期鉴别,从而避免在抗凝、抗血小板治疗上做出错误的选择。

2.3 主动脉夹层动脉瘤并非总是合并高血压 主动脉夹层动脉瘤虽有创伤性休克表现,但血压多保持不变甚至升高^[4],血流动力学的改变在不同病例中存在个体差异,甚至出现血压下降;病例 1 由于巨大动脉瘤假腔形成,导致有效循环血量丢失而表现类似失血性休克;如假腔累及冠状动脉,则心肌可因急性缺血产生心肌顿抑并导致心源性休克。

2.4 三维影像诊断工具为早期诊断的利器 双源 64 层 CT 为本文 2 例病例的早期诊断发挥了积极作用。有研究表明多排 CT 在血管疾病的诊断上可与 MRI 三维成像媲美,同时在采集图像过程中较 MRI 时间更短,为及时治疗获取时间,因此多层螺旋 CTA 是主动脉夹层动脉瘤早期诊断的首选检查手

段^[5]。

2.5 血管介入及手术治疗是主动脉夹层动脉瘤的首选治疗方法 研究表明主动脉夹层动脉瘤一旦出现,Stanford A 型死亡率每小时增加 1%,72 小时达到 50%,而 3 周后更可高达 90%^[6]。血管介入及手术治疗是最为有效的治疗手段。药物治疗中及时止痛、降压并抑制交感兴奋仍是主动脉夹层动脉瘤内科治疗的“三叉戟”。病例 2 的成功救治,正是合理的降压与足量的 β -受体阻滞剂为外科手术治疗赢得了时间。

总之,主动脉夹层动脉瘤在临床工作中并不十分罕见,尤其随着临床医生对其认识的提高、辅助诊断技术的不断进步以及介入技术的日趋完善,早期诊治主动脉夹层动脉瘤的成功率将会得到很大提高。

【参考文献】

- [1] Wu IH, Yu HY, Liu CH, et al. Is old age a contraindication for surgical treatment in acute aortic dissection? A demographic study of national database registry in Taiwan [J]. J Card Surg, 2008, 23 (2): 133-139.
- [2] Yu J, Su YJ, Chang KS, et al. Aortic dissection in the elderly [J]. J Emerg Med, 2008, 35 (2): 135-138.
- [3] Januzzi JL, Isselbacher EM, Fattori R, et al. International registry of aortic dissection (IRAD) characterizing the young patient with aortic dissection: results from international registry of aortic dissection (IRAD) [J]. J Am Coll Cardiol, 2004, 43 (4): 665-669.
- [4] 朱 军. 实用内科学 [M]. 12 版. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 593-596.
- [5] 刘建秦, 卢光明, 许 建, 等. 主动脉瘤和主动脉夹层的 16 层 CT 检查评价 [J]. 东南国防医药, 2005, 7 (4): 260-262, 281.
- [6] Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, et al. The international registry of acute aortic dissection (IRAD): new insights into an old disease [J]. JAMA, 2000, 283 (7): 897-903.

(收稿日期: 2010-03-30)

(本文编辑: 潘雪飞)