文章编号:1000-5404(2006)09-0997-02

经验交流

5例主动脉夹层动脉瘤破裂猝死的尸检分析

刘应时[1],刘伟民[2],余延峰[2] ([1]广东省佛山科技学院医学院病理学教研室,[2]广东省佛山市公安局刑侦科,佛山 528000)

主动脉夹层动脉瘤是一种严重的心血管疾患,起病急,病情凶险,可突然破裂引起猝死。临床表现复杂多样,较难确诊,尤其在基础医疗单位,常会因误诊误治而引发医疗纠纷。本研究选择近几年工作中遇到的5例主动脉夹层动脉瘤猝死尸检病例结合文献分析报告如下。

1 临床病理资料

1.1 临床资料

本组5例主动脉夹层动脉瘤均为男性中老年人,平均年龄54.4岁,从最初症状出现到死亡所经历的时间为3~24 h。临床最初就诊症状1例感呼吸稍不通畅,3例为上腹痛,1例不详。

1.2 病理资料

按DeBakey分型,5例均为Ⅰ型;内膜撕裂口在主动脉脉瓣上方1.5~3 cm,多为不规则横行裂口,外破裂口均在主动脉根部。主动脉呈轻度长梭形膨大,切开见中膜分离内有血肿,见表1。主动脉既有非特异性退行性变化(动脉瘤壁中层弹力纤维断裂,其中可见血肿及含铁血黄素,部分已有机化,部分区域呈黏液性变,动脉瘤壁外层有较多纤维组织并有玻璃样变),又有重度动脉粥样硬化,均有左心室肥大,1例有重度心肌脂肪浸润。

表1 5例主动脉夹层动脉瘤的病理学表现

病例	类型	内膜破口		外膜破口		主动脉瘤大小(cm^3)[a]	心包腔积血(ml)
		位置及形状	大小(cm)	位置	大小(mm)		
1	Ⅰ	主动脉瓣上3 cm横行	2	主动脉根部左前	2.5×2.5	12×9×1	300
2	Ⅰ	主动脉瓣上3 cm横行	2	主动脉根部左侧	3×3	12×8.5×1.1	375
3	Ⅰ	主动脉瓣上2.2 cm横行	2	主动脉根部左侧	2×3	39×9×1	375
4	Ⅰ	主动脉瓣上2 cm曲尺形	横径0.6 纵径0.5	主动脉根部左前	1.5×1	40×10.5×1.8	150
5	Ⅰ	主动脉瓣上1.5 cm横行	1.5	主动脉根部左前	1×1	17×8×1	360

a:夹层动脉瘤累及动脉长度×夹层动脉瘤动脉最粗处周长×夹层动脉瘤最厚处厚度

2 讨论

主动脉夹层动脉瘤的发生,长期以来,多数学者认为与主动脉中层先天性缺陷(如Marfan征)、弹力纤维断裂疏松化、细胞外基质黏液变,使动脉中层抵抗力下降有关,加上动脉粥样硬化使动脉的营养血管被粥样硬化斑块累及堵塞或本身病变严重引起动脉中膜缺血、内膜易破以及高血压等因素使血液溢入动脉中层形成管状血肿。近年研究认为上述动脉中层改变多属于非特异性退行性变化,故与年龄有关。本组5例均为中老年人,主动脉既有非特异性的退行性变化,又有动脉粥样硬化,临床上2例有高血压记载,3例临床上虽无高血压记载,但左心室肥大及脾细动脉玻璃样变,提示死者生前有高血压。上述结果提示动脉粥样硬化和高血压在主动脉夹层动脉瘤的发生具有重要作用,这与近年对夹层动脉瘤发病因素的认识相符[1-3]。

主动脉夹层动脉瘤临床表现复杂多样,常不易诊断。疼痛是最常见的症状,与夹层的部位有关[4],多为骤发的胸腹剧痛,且集中于中线而止痛剂又不能缓解。出现上述表现应考虑有主动脉夹层动脉瘤的可能,本组病例中3例有明确的上腹痛,且上腹痛后24 h内死亡,提示骤发胸腹中线剧痛除从常见病和多发病角度考虑外,还应想到主动脉夹层瘤,作进一步检查,以利早期诊断和治疗。一旦动脉瘤破裂,预后是极差的。本病患者生前往往貌似健康,因动脉瘤突然破裂而猝死,由于事先无任何预兆出乎人们意料突然死亡,使人们对死因产生怀疑引发医疗纠纷,本组4例生前是在入院不久或就诊不久突然死亡,曾被认为是医务人员诊治和护理有问题疑为医疗事故,通过尸检才明确死因,解决争议。若是死于独居屋内或野外,还会被疑为他杀,本组第5例就曾被疑为他杀,经尸检才证实为本病。

主动脉内膜撕裂(内破裂口)最多见于升主动脉的近心端和降主动脉的起始端,撕裂的长轴常常与主动脉长轴相垂直[5]。本组5例中,均属于DeBakey Ⅰ型,即内膜撕裂口在主动脉脉瓣上1.5~3 cm,为不规则横行裂口,中膜的撕裂则可从升主动脉扩展致主动脉弓和降主动脉的不同部位。本病猝死多为瘤体向外破裂引起的急性大出血,若外破裂口接近主动脉瓣则死于急性心包填塞。本组5例的外破裂口均在主动脉根部,系动脉瘤破裂血液突然大量进入心包腔致急性心包填塞而猝死。

作者简介:刘应时(1956-),男,湖南省永州市人,副教授,主要从事法医病理和口腔病理方面的研究,发表论文10余篇。电话:(0757)82815344,E-mail:lysh0757@21cn.com

收稿日期:2005-09-23;修回日期:2006-01-13

（致谢：承蒙中南大学基础医学院梁英锐教授指导，特此致谢！）

关键词：主动脉夹层动脉瘤；猝死；尸检

中图法分类号：R732.21　　**文献标识码**：B

参考文献：

[1] 董平栓. 主动脉夹层诊治的研究进展[J]. 医学综述, 2005, 11(3): 229-231.

[2] 宋旭东，张　慧，秦启生，等. 14例主动脉夹层动脉瘤致死的法医学鉴定分析[J]. 中国法医学杂志, 2003, 18(5): 286-288.

[3] 黄　晟，景在平，包俊敏，等. 胸主动脉夹层动脉瘤与高血压的关系及处理[J]. 外科理论与实践, 2003, 8(1): 79-80.

[4] 胡铁辉. 主动脉夹层动脉瘤的研究进展[J]. 中国医师杂志, 2004, 6(5): 577-579, 646.

[5] 张宏家，孙衍庆，李晓阳，等. 主动脉夹层动脉瘤形成的生物力学机制的实验研究——主动脉在体运动与动态变形分析[J]. 北京生物医学工程, 2005, 24(3): 166-170.

（编辑　龙　亮）

经验交流

文章编号：1000-5404(2006)09-0998-02

经单鼻孔-蝶窦入路手术切除垂体腺瘤131例的临床分析

陈礼刚，詹书良，夏祥国，董劲虎，杨福兵，李定君，官　明，刘　亮　（泸州医学院附属医院神经外科，泸州 646000）

我科于1987年11月率先在国内应用Griffith等[1]经单鼻孔-蝶窦入路行垂体腺瘤切除[2]，至2004年12月共手术131例。在临床实践中我们对手术器械、具体入路、肿瘤切除后重建鞍底和鼻腔填塞等技术作了改进，现总结如下。

1　资料与方法

1.1　临床资料

男性48例，女性83例，年龄18～69岁，平均37.8岁。病程1～7年，平均3.1年。临床表现：头痛78例，视力减退52例，视野缺损39例，闭经67例，泌乳45例，肢端肥大27例，满月脸9例，性功能减退13例，多饮多尿3例，呕吐8例，脑脊液漏2例。肿瘤类型：嗜酸性细胞腺瘤45例，嗜碱性细胞腺瘤68例，混合性腺瘤18例。在1995年后的95例中，泌乳素腺瘤39例，生长激素腺瘤25例，促肾上腺皮质激素腺瘤（ACTH腺瘤）8例，混合性腺瘤12例，无功能腺瘤11例。大腺瘤109例，微腺瘤22例，复发垂体腺瘤2例。

1.2　手术适应证

临床及影像学检查确诊为垂体腺瘤，直径≤4 cm；鞍内肿瘤向蝶窦生长；大腺瘤向鞍上垂直生长；鞍型蝶窦。

1.3　手术方法

全麻插管后，固定气管导管在左口角。无菌纱条填塞口咽部。头后仰25°左偏15°。0.5%碘伏颜面部消毒，清理鼻腔并用0.05%碘伏反复冲洗。肾上腺素盐水纱条填塞双鼻腔，右侧5 min后拔除，左侧待术毕拔除。扩张鼻腔后，沿中鼻甲方向置长臂窥鼻器，用力撑开将鼻甲推向外侧，于长臂窥鼻器间或两块20 mm×50 mm×1 mm硅板之间（1995年后）放入前端外翻的特制蝶窦撑开器。闭合蝶窦撑开器紧贴蝶窦前壁稍用力向左侧旋转折断鼻中隔骨质并撕裂同侧蝶窦前壁黏膜、骨膜，上下滑动撑开器分离骨膜，将黏膜向后外翻，暴露一侧鼻中隔后端及蝶窦前壁骨质，在蝶窦前壁正中旁开约3～5 mm蝶窦开口处向内向下打开蝶窦前壁，形成1.5 cm×2.0 cm的骨窗。剥离蝶窦顶壁黏膜并向外分离，凿开鞍底，形成直径约1cm的骨窗。电凝硬膜，消毒试穿后十字切开，显露肿瘤。在显微镜下刮除或吸除肿瘤。切除肿瘤满意后术腔止血并用抗生素水冲洗。重建鞍底：①2001年前，共70例，大腿皮下脂肪填塞瘤腔，无水酒精固定的阔筋膜修补鞍底；②2001年后，61例，用明胶海绵和医用胶修补。重建鞍底后，对合蝶窦前壁黏膜。拔除左鼻腔内填塞的纱条，鼻中隔复位。重新填塞双侧鼻腔：①1995年前，39例，双侧鼻腔各先置一液状石蜡浸泡过的指套，再向指套内填塞纱条；②1995－2000年，31例，先用液状石蜡浸泡的硅板置于鼻腔两旁，再于硅板之间各置一根硅管；③2001－2004年，61例，直接用液状石蜡浸泡过的硅管置于双侧鼻腔内。术后3日拔除鼻腔填塞物。

2　结果

手术用时35～80 min，平均45 min，手术开始到凿开鞍底常仅需10余分钟，明显短于其他术式，出血<50 ml。肿瘤全切除122例（93.12%），次全切除6例（4.58%），大部切除3例（2.29%）。术后普放15例，γ刀治疗4例。术后尿崩5例，均4周内停止；脑脊液鼻漏4例，3例保守治疗治愈，1例为1995年前病例继发颅内感染死亡。平均住院日仅6 d。术后6个月至16年（平均5.3年）共随访105例，88例患者症状得到改善，其中视力减退恢复正常15例，部分恢复19例，视野缺损恢复正常21例，92例血浆激素水平恢复正常。3例经CT和/或MRI发现复发，无鼻中隔穿孔及复位不良、萎缩性鼻炎及垂体功能低下等并发症，鼻腔通气功能良好，无口周麻木。两种重建鞍底方法中发生脑脊液漏各为2例，3种鼻腔填塞方法术后均未发生鼻腔明显出血。

3　讨论

我们根据国人鼻部解剖特点将普通撑开器尖端制成20°弧

作者简介：陈礼刚（1966－），男，四川省泸州市人，博士，教授，主要从事中枢神经系统再生与修复、功能与立体定向神经外科的基础与临床方面的研究。E-mail：dingjunli03@163.com

收稿日期：2005-09-30；修回日期：2006-03-01