临床研究 文章编号:0253-3626(2009)08-1105-03

急诊科动脉夹层患者的临床特征、预后分析与风险预防对策

陈泽俊,黄晓辉,邱秀媚
(海南医学院急诊科,海口 570102)

【摘 要】目的:分析急诊科动脉夹层(Aortic dissection,AD)患者的临床特征及预后,为急诊科诊治该病提供依据与预防对策。方法:回顾分析 6 年期间 50 例 AD 患者中 24 例急诊患者的临床特征,误诊率及预后。结果:急诊者占 48%(24/50),其中 87.5%(21/24)患者有疼痛症状,发病时有高血压者占 66.7%(16/24),急诊误诊率 50%(12/24),死亡率 33.3%(8/24)。结论:AD 患者中高血压的患病率较高;男性多于女性。疼痛是急诊 AD 的主要临床表现,疼痛部位与 AD 发生部位密切相关,当同时出现血压不对称、休克、纵隔增宽时,高度提示预后不良。超声,CT 和 MRI 是诊断 AD 的很好技术措施。提高对 AD 的认识,加强多学科合作及医患沟通,才能有效降低该病的风险。

【关键词】主动脉夹层;临床表现;诊断;预后
【中国图书分类法分类号】R459.7 【文献标识码】A 【收稿日期】2009-04-17

Clinical manifestations, prognosis and risk preventing strategy of acute aortic dissection

CHEN Ze-jun, et al
(*Department of Emergency, the Affiliated Hospital of Hainan Medical College*)

【Abstract】*Objectives*: To analyze the clinical manifestations of acute AD so as to improve diagnosis and treatment. *Method*: 50 cases of AD were studied retrospectively. *Results*: 24 out of 50

作者介绍:陈泽俊(1966-)男,主治医师,研究方向:急诊医学。

杆菌及拟杆菌的下降,特别是抗菌素使用时间短时,这两种肠道菌的升高具有显著性。但当抗菌素使用至 15 d,这种作用与没有给予整肠生比较没有差别。对于大肠杆菌来说,整肠生可以在抗菌素使用短期时抑制它的下降,但对抗菌素使用较长时间引起的肠杆菌的升高则没有作用。因而可以说,整肠生可以一定程度上纠正抗菌素所致的菌群失调,但较长时间抗菌素的使用,这种作用就十分有限。

本研究还表明,由于自身肠道内环境的变化,DM 患者的益生菌本身就较非 DM 患者少,抗菌素使用后,双歧和乳杆菌则进一步减少。同时给予整肠生干预后,对于双岐杆菌来说,在 DM 患者其作用不及非 DM 患者明显。进一步说明 DM 自身肠道内环境对肠道益生菌特别是双岐杆菌具有的深远影响,使不利因素如抗菌素的作用呈叠加效应,削弱了有利因素如微生态制剂的作用。

综上所述,在老年 DM 患者存在肠道菌群菌群失调。双歧杆菌的减少与血糖控制不佳、DM 的病程长以及有血管病变有关。高龄患者双歧杆菌数量增多。抗菌素引起益生菌的减少,肠杆菌则先抑后扬。微生态制剂可以部分逆转抗菌素引起的肠道菌群失调,但随着使用时间的延长,这种作用则减弱。DM 患者与非 DM 患者比较,抗菌素使益生菌的减少更明显,而微生态制剂的益生作用则被削弱。

参 考 文 献

[1] 徐志毅.肠道正常菌群与人体的关系[J].微生物学通报,2005,32(3):117.
[2] 李亚丹,任宏伟,吴彦彬,等.拟杆菌与肠道微生态[J].微生物学通报,2008,35(2):281.
[3] 吴仲文,李兰娟,马伟杭,等.肠道微生物定植抗力的新指标—B/E 值[J].浙江预防医学,2000,12(7):4-5.
[4]别明江.,刘 祥,潘素华,等.糖尿病模型小鼠的肠道菌群与血糖关系的探讨[J].现代预防医学,2005,32(11):1441.
[5] Delzenne N M, Cani P D. Gut microflora is a key player in host energy homeostasis[J]. Med Sci, 2008, 24(5):505.
[6] 吴志学. 整肠生与酮康哇联合治疗真菌性腹泻 64 例临床观察[J].中华腹部疾病杂志,2003,3(2):107.

(责任编辑:冉明会)

cases were acute AD. Among them, 21patients(87.5%) suffered pain, 16 cases(66.7%) with hypertension. The misdiagnosis rate was 50% and mortality rate was 33.3%(8/24). *Conclusions*: (1)There was a high rate of hypertension among AD patients and it occurs more among male than female.(2)Pain is the main clinical manifestation and the affect place was closely related to the AD location. When there is asymmetrical blood pressure, shock and wider mediastinum, the prognosis is severely negative.(3)Ultrasound , CT and MRI are good examination techniques for AD(4)Attetion on AD, multidisciplinary cooperation, and doctor-patient communication can reduce the risk of this disease.

【Key words】Aortic dissection; Clinical characteristics; Diagnosis; Prognosis

主动脉夹层(Aortic dissection, AD)是心血管疾病的灾难性危急重症,是急诊科凶险的危重症之一,临床表现复杂且易误诊的疾病,是急诊科工作的难点。随着心血管疾病发生率的上升,特别是高血压等疾病危险因素的流行增加,其发病率亦有逐年增加趋势。本研究目的是通过回顾性分析急诊 AD 患者的临床特征,寻求早期正确诊断和有效治疗的策略。

1 资料与方法

1.1 临床资料

回顾性分析我院 6 年间(2002 年 2 月 ~ 2008 年 2 月)急诊发病确诊为 AD 的住院病人共 50 例, 对上述患者的一般临床资料,临床表现、辅助检查阳性率、误诊率、死亡率等进行分析。

1.2 统计学方法

应用 SPSS13.0 进行统计学处理,计量资料以均数 ± 标准差 $\bar{x} \pm s$ 表示,计数资料以百分率表示,组间比较用 t 检验或 χ^2 检验,以 $\alpha=0.05$ 为检验水准。

2 结 果

2.1 一般资料和既往病史

50 例患者平均年龄(60.7±15.9)岁(33~84 岁),男性 39 例,女性 11 例。Strafford A 型 25 例,年龄(64.3±17.5),(男:女为 18:5)。Strafford B 25 例,年龄(57.3±16.3),(男:女为 19:6)。年龄和性别与 AD、类型没有关系。腹 AD 更易合并高血压病(74%与 39%, $P<0.01$)。

2.2 临床表现

48%(24/50)患者急性发病,80%(40/50)患者有急性疼痛症状,其它症状有意识障碍,偏瘫或呼吸困难,吞咽困难等,临床表现见表 1。

表 1 24 例急性 AD 患者的临床特征

临床表现	A 型(n=13)	B 型(n=11)	合计(%)
疼痛			21/14(87.5%)
胸痛	13	0	13/24(54.2)
背痛	4	7	11/24(45.8)
腹痛	3	8	11/24(45.8)
转移痛	4	6	10/24(41.7)
意识障碍	2	0	2/24(8.3)
偏瘫	1	0	1/24(4.2)
休克	2	2	4/24(16.7)
血压脉搏不对称	6	0	6/24(25.0)
血压增高	10	6	16/24(66.7)
主动脉瓣杂音	7	0	7/24(29.2)
上纵隔影增宽	7	5	12/24(50.0)
左室肥大	5	4	9/24(37.5)
急性肾衰	1	1	2/24(8.3)
急性下壁心梗	2	0	2/24(8.3)
超声心动图	9	8	17/24(70.8)
CT 扫描	12	10	22/24(91.7)
MRI	5	6	11/24(45.8)

2.3 误诊

24 例急诊 AD 中误诊 12 例,占 50%。其中 Stanford A 型夹层患者被误诊 9 例,常被误诊为心肌梗死,单纯腹主动脉病者被误诊 3 例,误诊为胆囊炎、胰腺癌和肠梗阻。

2.4 治疗与转归

所有患者均入 CCU 病房监护,予镇静降压,减低心肌收缩力等处理,同时完善检查,需手术者立即手术治疗。其中死亡 8 例。

3 讨 论

AD 发生机制不完全明了,多数学者认为与主动脉壁结构存在病变或缺陷及主动脉血管内膜损伤撕裂等有关。国外统计年轻患者以马凡氏(Marfan)综合征常见,老年患者以高血压病多见。本组资料显示 66.7% AD 患者合并高血压,且平时血压增高明显控制不佳。性别是影响 AD 的发病、症状和预后的一个因素。多中心研究证实发病率男女比为 2:1~5:1[1],与本文相符。

疼痛往往是 AD 的首发症状,特点为突起剧痛,呈撕裂样、刀割样或搏动样,常规剂量镇痛剂(度冷丁、吗啡)多不能完全止痛。疼痛多呈持续性;但部分患者疼痛可 N1 假腔血流重新破入真腔,使假腔内压下降,剥离停比而减轻;也可反复出现,提示 AD 继续扩展。疼痛部位与 AD 发生部位密切相关,并随夹层的发展沿主动脉走行方向扩展。A 型 AD 初起表现为胸前区疼痛,继而出现颈部、背部疼痛;B 型 A D 患者表现为胸背部疼痛,然后向腰腹部转移。本组有疼痛症状患者 21 例(87.5%),为 AD 的最常见症状。其他常见临床表现为:主动脉瓣关闭不全杂音 7 例(29.2%),血压脉搏不对称 6 例(25%),体克 4 例(16.7%),心电图左室肥大 9 例(37.5%),上纵隔影增宽 12 例(50%)。主动脉瓣关闭不全见于 A 型 AD 患者,主要由夹层血肿逆向撕裂破坏主动脉瓣的支持组织,产生急性主动脉瓣关闭不全,常出现急性左心衰。血压脉搏不对称系动脉阻塞征象,动脉搏动消失或两侧强弱不等,两臂血压出现明显差别或上下肢血压差距缩小提示 AD 可能性。部分患者可出现休克,与疼痛、血容量不足甚或 AD 发生外膜破裂引起大出血有关,有时为致命性。X 线胸片上纵隔影增宽,尤其近期明显增宽者,为 AD 有价值诊断线索之一[2]。

Von kodolitsch 预警模式:典型病例,当患者出现①剧烈撕裂样疼痛,一发作即达高峰;②血压不对称、休克、持不到脉搏;③X 线检查示纵隔增宽,三联症状同时出现时,诊断可能性达 96%,高度提示预后不良[3]。

不典型 AD 病例,如主 A 近端夹层可有晕厥,心肌梗死、心包积液、胸腔积液、咯血等症状、远端 AD 可出现肠梗阻、胰腺炎、肝损、血尿、下肢瘫痪、胆囊炎等症状,因其变化多端,常易误诊。疼痛的部位对病变累及范围有一定的指示作用。对于胸 AD 患者来说,X 线及超声心脉图为较好的筛查手段,而对于腹 AD 患者来说,腹部 B 超及 CT 不失为筛选最有价值的方法。

AD 发病人数有逐年增加趋势,其病情凶险,死亡率高,临床表现多样化,容易误诊,医疗纠纷多。因此,我们工作中制定预防对策极为重要。(1)提高对 AD 的认识,加强对主动脉夹层的了解,尤其重视急诊工作中不明原因的肠痛和腹痛的诊断;(2)加强多学科之间的合作,急诊科、B 超室、放射科、胸外科,以及内科各科密切配合。(3)加强医患及医护人员的沟通,包括交代病情,告知风险和提前预防。只有这样,才能有效降低该病的风险[8]。

参 考 文 献

[1] Von Kodolitsch Y, Schwartz A G, Koschyk D H, et al. Clinical diagnosis of acute aortic dissection[J]. Z Kardiol, 2001, 90(5): 339-347.

[2] Jonker F H, Schlösser F J, Moll F L, et al. Dissection of the abdominal aorta. Current evidence and implications for treatment strategies: a review and meta-analysis of 92 patients[J]. J Endovasc Ther, 2009, 16(1): 71-80.

[3] Mehta R H, Suzuki T, Hagan P G, et al. Predicting death in patients with acute type a aortic dissection[J]. Circulation, 2002, 105(2): 200-206.

[4] Suzuki T, Mehta R H, Ince H. Clinical profiles and outcomes of acute type B aortic dissection in the current era: lessons from the International Registry of Aortic Dissection (IRAD)[J]. Circulation, 2003, 108(1s): Ⅱ 312-317.

[5] Kiell C S, Ernst C B. Advances in the management of abdominal aortic aneurys m[J]. Adv Surg, 1993, 26: 73 - 76.

[6] Brownwald, 陈灏珠. 心脏病学[M]. 英文第 5 版. 北京: 人民卫生出版社, 2000.1401-1421.

[7] Erbel R, Daniel W, Visser C, et al. Echocardiography in diagnosis of aortic dissection[J]. Lancet, 1989, 1: 457.

[8] Eric M, Isselbacher M D. Thoracic and abdominal aortic aneurys ms [J]. Circulation, 2005, 111: 816 - 828.

(责任编辑:冉明会)