维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号:0253-3626(2004)05-0699-02

急性主动脉夹层的治疗(附 13 例报道)

吴庆琛[1], 孙立忠[2]

(1.重庆医科大学临床学院胸心外科,重庆 400016;2.阜外心血管病医院血管外科中心,北京 100037)

【摘 要】目的:探讨急性主动脉夹层急诊治疗方法的选择。方法:对作者在阜外心血管病医院外科急诊 1 个月所见 13 例病人的临床资料进行分析。结果:本组药物治疗 2 例,手术治疗 6 例,主动脉内支架置入治疗 2 例,均痊愈出院;1 例因合并腹腔脏器缺血坏死放弃治疗;2 例在急诊药物治疗过程中主动脉夹层破裂猝死。结论:急诊药物治疗是所有急性主动脉夹层病人的基本治疗。急性主动脉夹层急诊外科治疗方法的选择主要根据主动脉夹层 Debakey 分型。Debakey Ⅰ型、Ⅱ型应尽早手术;Debakey Ⅲ型积极的药物治疗与外科手术效果相似,选择急诊手术治疗有一定的指征;Debakey Ⅲ也可行主动脉内支架置入治疗。

【关键词】主动脉夹层;药物治疗;外科治疗;支架

【中国图书分类法分类号】R543.1;R730.8 【文献标识码】B 【收稿日期】2003-09-16

Selection of treating methods for acute aortic dissection

WU Qingchen, et al

(*Department of Cardiothoracic Surgery, College of Clinical Medicine, Chongqing Medical University*)

【Abstract】*Objective*: To explore the selection of the treatment methods for acute aortic dissection. *Methods*: Thirteen patients with acute aortic dissection were studied and analyzed. *Results*: Of the 13 patients, 2 received pharmacotherapy; 6 underwent surgical treatment; 2 were treated with inplantation of intravascular stent-grafts; 1 experienced no treatment because of the ischemic necrosis of the abdominal organs, and 2 suddenly died of the rupture of aortic dissection in the course of emergent management. *Conclusion*: The emergent pharmacotherapy is essential to all patients with acute aortic dissection. The emergent surgical treatment of acute aortic dissection is selected mainly according to the Debakey Classification. Patients with Debakey Type Ⅰ and Ⅱ aortic dissection should undergo operation as early as possible. The outcome of pharmacotherapy is similar to that of surgical treatment based on suitable indications for Debakey Type Ⅲ aortic dissection. Debakey Type Ⅲ aortic dissection can be treated by the intravascular stent-grafts too.

【Key words】Aortic dissection; Pharmacotherapy; Surgical treatment; Intravascular stent-grafts

急性主动脉夹层病情危急、死亡率高,大部分病人通过急诊治疗可以转危为安。现将本人在阜外医院外科急诊 1 个月所见 13 例病人的治疗体会介绍如下。

1 临床资料

1.1 一般资料

本组病人中男 7 例,女 2 例,年龄 25~67 岁。DebakeyⅠ型 7 例,Ⅱ型 1 例,Ⅲ型 5 例,伴明显胸痛 7 例,除人量失血者外血压均较高,合并主动脉瓣关闭不全 4 例(其中 3 例为中重度),合并室上性心动过速 3 例,合并腹腔脏器缺血坏死 1 例,主动脉夹层破裂 3 例,死亡 2 例。全部病人均经过 UFCT 或 MRI 检查明确诊断及病变范围,院外诊断和最后诊断一致者 8 例。

1.2 急诊治疗

急诊治疗分内科治疗、外科手术治疗及血管支架治疗。根据不同情况做出不同的选择,但内科治疗是首先必须进行的治疗。

1.2.1 内科治疗 包括强有力的镇痛、镇静,迅速有效地降低血压和控制心率等。同时进行床旁心电图、彩色多谱勒心脏超声、X 线胸片检查,在病情相对稳定时进行 UFCT 或 MRI 检查确定诊断。

1.2.2 手术治疗 本组急诊手术治疗 6 例,包括 Debakey Ⅰ型 4 例,Ⅱ型 1 例,Ⅲ型 1 例。手术方式:升主动脉+部分主动脉弓替换术 3 例,主动脉根部替换+"象鼻手术"1 例,升主动脉+主动脉瓣替换术(Wheats 手术)1 例,胸主动脉替换术 1 例。

作者介绍:吴庆琛(1963-),男,副教授,
主要研究方向:心血管外科。

维普资讯 http://www.cqvip.com

1.2.3 支架置入治疗 本组经皮血管内支架置入治疗 2 例(Debakey Ⅲ型),包括 1 例夹层破裂、失血性休克的病人。局麻或全麻下,先经左肘动脉插管行降主动脉造影,确定主动脉内膜破入口的位置,再经股动脉置入支架封堵内膜破入口,使假腔的压力迅速下降。有 1 例(Debakey Ⅲ型)病人降主动脉造影时见主动脉内膜破入口已自行封闭,假腔内血栓形成,故未置入支架,继续内科治疗。

2 结 果

本组内科治疗 3 例,手术治疗 6 例,支架置入治疗 2 例,均痊愈出院。1 例(Debakey Ⅲ型)因合并腹腔脏器缺血坏死放弃治疗出院。2 例(Debakey Ⅰ型)在急诊内科治疗过程中主动脉夹层破裂猝死。

3 讨 论

急性主动脉夹层应在积极内科治疗即药物治疗的同时,根据不同的类型、病情等情况尽快施行不同的进一步治疗,包括继续的内科治疗、手术治疗和支架置入治疗。

3.1 内科治疗

内科药物治疗是绝大多数急性主动脉夹层首先必须实施的治疗,既是手术前准备,也是有手术禁忌症和手术风险太大,病人不愿意接受手术的 Debakey Ⅰ、Ⅱ型急性主动脉夹层的唯一治疗方法,还是部分 Debakey Ⅲ型的首选治疗方法。内科药物治疗的主要目的是防止主动脉内膜剥离扩展。主要措施包括镇痛、镇静,降低血压和控制心率、降低心肌收缩力。急性主动脉夹层的病人常因难以忍受的胸背腹剧烈疼痛而烦躁不安,一般止痛剂效果不佳。此时应使用强效镇痛药如吗啡,可肌肉注射或静脉注射,常可使病人迅速安静。疼痛不剧者可用口服止痛药治疗。除夹层破裂、失血性休克外,对于收缩压≥110mmHg 的病人,必须迅速有效地降低血压,一般要求血压控制在收缩压 90～100mmHg。硝普钠是首选的急诊降低血压药物,其直接作用于小动脉平滑肌,主要是小动脉扩张,也使小静脉轻度扩张,降压作用迅速强效,但可反射性引起血中儿茶酚胺水平增高、心率增快、心排血量增加,同时肺毛细血管楔压下降和由此引起的 dp/dt 增高,这对急性主动脉夹层不利,因此目前临床上常加用 β 受体阻滞剂。在血压控制不满意时,可加用钙通道阻滞剂,如心痛定、尼卡地平等。病情平稳后改为口服降压药,可联合应用钙通道阻滞剂、β 受体阻滞剂和血管紧张素抑制剂。理论上降低 dp/dt 可以降低内膜剥离应力,可阻止主动脉内膜剥离扩展,因此迅速有效地控制心率、降低心肌收缩力是内科治疗的重要措施之一。临床上常用是美托洛尔(可静脉注射)和氨酰心胺,一般要求心率控制在 60～80 次/min。

3.2 手术治疗

Debakey Ⅰ、Ⅱ型主动脉夹层发病后 1～7 天病死率可达 70%,其主要死因为夹层破裂、渗血或出血造成的急性心包填塞。因此一旦确定诊断,应在全身情况允许的条件下尽早手术。尽早手术是降低其病死率的关键。手术方式可根据主动脉夹层的范围来确定。可进行升主动脉替换、部分或全主动脉弓替换、主动脉瓣替换、主动脉根部替换和"象鼻手术"等手术[2]。Debakey Ⅲ型主动脉夹层急诊手术效果较 Debakey Ⅰ、Ⅱ型主动脉夹层为差,且死亡率、严重并发症(如截瘫或肢体麻痹)发生率均较高。积极的药物治疗与外科手术效果相似[3,4]。其选择急诊手术的标准主要根据以下几项:降主动脉夹层有破裂征象,纵隔血肿或大量胸腔积液或积血;重要脏器供血障碍;降主动脉夹层有破裂倾向,药物治疗不能控制疼痛和高血压者[5]。急诊手术的死亡率现在国内最低也为 6%～7%。

3.3 支架置入治疗

经皮血管内支架置入治疗急性主动脉夹层是 20 世纪 90 年代始开展的新技术,主要用于 Debakey Ⅲ型急性主动脉夹层的治疗。支架选用 10cm 带膜支架,局麻或全麻下,先经左肘动脉插管行降主动脉造影,确定主动脉内膜破入口的位置,再经股动脉置入支架封堵内膜破入口,使假腔的压力迅速下降而达到治疗目的。由于其创伤小,疗效确切,特别对于重危、手术风险极大的病人尤显其优势,因此目前逐渐被临床医生特别是外科医生所接受[6]。本组 1 例 Debakey Ⅲ型主动脉夹层破裂、失血性休克的病人经急诊支架置入治疗后痊愈。由于其操作相对较容易,相信此项技术会在越来越多的医院开展。

参 考 文 献

[1] 孙衍庆,主编. 现代胸心外科学[M]. 第 1 版. 北京:人民军医出版社,2000:1462.

(下转第 706 页)

维普资讯 http://www.cqvip.com

3 讨 论

随着外科技术的进步,除了需要保证手术安全外,减少手术损伤,保持身体的美观也日益显得重要。本组资料中,连续对 43 例先天性肾盂输尿管交界处狭窄的患者,采用腰部直切口施行离断性的肾盂成形术,辅以周密的护理计划,大多数患者术后第一天就下床活动,39 例患者术后 2～3 天出院,平均 2.5 天。7 天门诊拆线,1 月后拔除双 J 管。手术切口长度 10～13cm,平均长度 11.5cm。且双臂自然下垂时,从患者的前面和后面均见不到手术瘢痕。

我们认为选用这种手术切口具有以下优点:(1)手术创伤小,护理困难少。本组病平均切口长度 11.5cm,没有切断背阔肌等大的躯干肌肉,手术中出血少,多数患者手术后 24h 就下床活动,39 例患者术后 2～3 天出院。这对减少下肢深静脉血栓形成和肺部感染极为有利。因此它更适合于年老体弱的患者。同时也降低了治疗费用。(2)由于伤口小,且与躯干平行,患者手术后双臂自然下垂时,几乎见不到切口瘢痕,保持了身体的美观。(3)手术中没有切断肌肉,避免损伤或者结扎肋下神经,伤口疼痛轻微,持续时间短。术后患者没有出现 12 肋下切口术后常见的切口以下皮肤感觉异常和切口疼痛等不适。

利用背部直切口行离断性的肾盂输尿管成形术安全可靠,术中出血少,手术创伤小,辅以合理有效的护理措施,患者术后恢复快,临床效果满意。

参 考 文 献

[1] 迟玉友,周荣群,杨进益,等. 肾盂输尿管成形术及其辅助治疗[J]. 中华泌尿外科杂志,2001;22(3):142－144.

[2] 邱 玲. 多通道径皮肾输尿管镜取石术治疗复杂肾结石的护理[J]. 中华护理杂志,2003;38(7):539－540.

[3] Choo KL. Surgical correction of pelviureteric junction obstruction in childhood－dorsal lumbotomy approach and selective internal ureteric stenthing[J]. Pediatr Surg,2001;17(2－3):152－156.

[4] Kumar R, Smith G. Dorsal lumbotomy incision for pediatric pyeloplasty－a good alternative[J]. Pediatr Surg,1999;15(8):562－564.

(上接第 700 页)

[2] 常 谦,孙立忠,吴清玉,等. DeBakey Ⅰ、Ⅱ型主动脉夹层外科治疗经验[J]. 中华医学杂志,2001;81(19):1187－1189.

[3] Elefteriades JA, Lovoulos CJ, Coady MA. Management of Descending Aortic Dissection[J]. Ann Thorac Surg,1999;67:2002－2019.

[4] Glower DD, Fann JI, Speier RH, et al. Comparison of medicine and surgery therapy for uncomplicated descending aortic dissection[J]. Circulation,1990;82(Ⅳ):39－46.

[5] 常 谦,孙立忠,朱俊明,等. DeBakey Ⅲ型主动脉夹层的外科治疗[J]. 中华外科杂志,2002;40(10):740－742.

[6] 汪忠镐,陈学明,王仕华,等. 微创腔内人工血管治疗主动脉夹层动脉瘤[J]. 中华胸心血管外科杂志,2000;16(5):270－271.

(上接第 703 页)胸内正压减少回心血量,降低前负荷;(6)NIPPV 通过增加左心室和周围大动脉压力梯度而降低左室后负荷,增加心输出量[3,4]。该例患者病程中多次发生急性左心衰竭,且历时较长,先后经过有创、无创机械通气治疗后明显好转,两种方式有相同的临床效果。尤其 NIPPV 具有无创性、减少不舒适感、减少并发症发生率的优点。在应用 NIPPV 时应注意防止面罩长时间压迫致面部皮肤坏死,鼻腔粘膜充血、溃疡;气体误咽致胃膨胀,肠涨气;因面罩漏气、意外脱开而发生的短暂低氧血症以及缺乏气道的经路和保护,不易行气道深部分泌物的排除等情况的发生[2]。我们的经验表明,机械通气在抢救急性左心衰竭的过程中有肯定的临床疗效。在病情极为危重时,有创结合无创机械通气序贯治疗有助于改善通气、换气达到改善缺氧,增强心肌收缩力,使其他各种治疗发挥更好作用。并有助及时脱机,提高抢救成功率。

参 考 文 献

[1] 张文武. 急诊内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002;(1):971－974.

[2] 沈 洪,黎檀实. 无创正压通气在危重病救治中的应用[J]. 世界医疗器械,2002;8(2):30－31.

[3] 王保国,主编. 实用呼吸机治疗学[M]. 北京:人民卫生出版社,2002;(1):169－171.

[4] 李善群,钮善福. 无创机械通气抢救急性细菌性心内膜炎伴严重急性左心衰竭、急性呼吸衰竭 1 例[J]. 中国呼吸与危重监护杂志,2002;1(4):246.