

临床研究

DOI: 10.3969/j.issn.0253-3626.2012.03.024

主动脉夹层的急诊诊治分析

徐 燕

(四川省泸州医学院附属医院急诊科, 泸州 646000)

【摘 要】目的:探讨主动脉夹层(Aortic dissection, AD)的早期诊断与急救处理,提高对 AD 的重视。方法:回顾性分析 2007 年 1 月-2010 年 12 月 42 例 AD 患者的临床资料,总结 AD 的诊治方案。结果:首诊正确的 23 例 AD 患者均行急诊内科救治,存活 17 例(73.9%),死亡 6 例(26.1%),其中确诊后拒绝治疗 3 例,24 h 内均死亡;延误诊断 19 例,存活 7 例(36.8%),死亡 12 例(63.2%),其中转运途中死亡 2 例,纠纷 2 例。结论:及时准确的急诊诊断 AD 是治疗的关键,有效急救处理为 AD 的进一步治疗赢得时间,而有效的医患沟通能减少纠纷发生。

【关键词】主动脉夹层;急诊;诊断;治疗;医患沟通

【中国图书分类法分类号】R543.1

【文献标志码】A

【收稿日期】2011-12-05

Emergency diagnosis and treatment of aortic dissection

XU Yan

(Department of Emergency, the Affiliated Hospital, Luzhou Medical College)

【Abstract】Objective: To discuss the early diagnosis and emergency treatment of aortic dissection (AD) in order to enhance its importance. Methods: The clinical data of 42 patients with AD from January 2007 to December 2010 were retrospectively analyzed and their diagnosis and treatment were summarized. Results: Twenty-three cases of AD were diagnosed correctly in the first time and were received emergency medical treatment, among which 17 cases survived (73.9%), 6 cases died (26.1%) and 3 cases refused the treatment and died within 24 hours. There were 19 cases experienced the delay in the diagnosis, among which 7 cases survived (36.8%), 12 cases died (63.2%) including 2 instant death cases and 2 cases had disputes. Conclusion: Timely and accurate emergency diagnosis can gain the time for further treatment, which is the key to the treatment of AD. Meanwhile, effective doctor-patient communication can reduce the disputes.

【Key words】aortic dissection; emergency; diagnosis; treatment; doctor-patient communication

主动脉夹层(Aortic dissection, AD)指主动脉腔内的血液通过内膜的破口进入主动脉壁中层而形成的血肿,是心血管疾病的灾难性危重病。其病因不明,死亡率极高,如不及时诊治,48 h 内死亡率可高达 50%^[1]。AD 因其病变部位、范围和程度不同,临床表现复杂多样,几乎可以误诊为所有的内外科疾病,而 AD 往往是在急诊科首诊,如果急诊医师对该病的认识不够,不能确诊及正确处理,常常会延误病人的治疗,造成严重后果。

现将本科 2007 年 1 月-2010 年 12 月收治的 42 例 AD 患者做一回顾性分析,分析如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

2007 年 1 月-2010 年 12 月经本院急诊科收治并经影像

学确诊的 42 例 AD 患者。其中男性 33 例,女性 9 例,男女比例:3.7:1,年龄在 36~78 岁,平均年龄(52.0±6.2)岁。2007 年 6 例,2008 年 9 例,2009 年 11 例,2010 年 16 例。

1.2 临床表现

1.2.1 病因 42 例 AD 患者中有原发性高血压 30 例(71.4%),冠心病 16 例,糖尿病 12 例,马凡氏综合征 2 例,大动脉炎 1 例,先天性心脏病主动脉狭窄 1 例。

1.2.2 临床症状 多数患者首发症状以疼痛为突出表现,42 例 AD 患者中有疼痛首发症状者 35 例(83.3%),疼痛呈撕裂样或刀割样,难以忍受,一开始即达高峰,持续时间长。其中胸背部疼痛为主 27 例(66.7%),伴大汗、胸闷 5 例,伴心悸、呼吸困难、不能平卧 11 例,伴少尿 6 例,伴感觉异常 2 例,伴咯血 1 例,伴晕厥 2 例;腹痛为主 6 例,伴腹胀、肛门停止排便 2 例,伴恶心、呕吐 4 例;腰痛为主 2 例,伴晕厥 1 例,伴少尿 1 例。无痛者 7 例:首发症状表现为意识障碍 2 例,晕厥 1 例;肢体障碍伴少尿 1 例,伴头昏 1 例;休克 2 例,患者虽有面色苍白、皮肤湿冷、心率增快等休克症状但血压不低。

1.2.3 体征 多数患者入院时血压升高,42 例 AD 患者中血

作者介绍:徐 燕(1980-),女,住院医师,硕士,
研究方向:心血管病学。

压升高 30 例(71.4%), 血压正常 10 例, 血压下降 2 例; 28 例心率增快, 8 例双肺闻及湿啰音, 8 例主动脉瓣区有舒张期杂音, 3 例闻及舒张期奔马律, 3 例腹部压痛, 1 例腹部触及搏动性包块, 2 例腹部未闻及肠鸣音, 15 例肢体动脉搏动不对称、减弱, 12 例出现血管杂音伴震颤, 5 例疼痛患者无相应的临床体征。

1.2.4 辅助检查 所有患者均行 X 线胸片、心电图、超声心动图或 64 层螺旋 CTA 或主动脉 MRI 检查确诊。X 线胸片: 纵隔影增宽 15 例, 胸腔积液 4 例。心电图异常 34 例, 包括左室高电压、窦性心动过速、窦性心动过缓、早搏、房颤、ST-T 改变, 其中 ST 段压低 24 例, ST 段抬高 3 例。27 例行超声心动图检查 16 例发现假腔形成。18 例行 64 层螺旋 CTA 检查, 16 例可见主动脉真假两腔。26 例行主动脉 MRI 检查, 均可见主动脉真假两腔。

1.3 急诊诊断情况

42 例患者有 23 例初步诊断为 AD, 延误诊断 19 例, 分别误诊为急性心肌梗死、心力衰竭、肺栓塞、急性结石性胆囊炎、急性胰腺炎、肠梗阻、肾绞痛、肾衰竭、脑梗死等, 其初诊误诊率高达 45.2%。

1.4 急诊处理情况

30 例疼痛患者给予止痛处理, 但疼痛缓解不明显。23 例初步诊断为 AD 后, 均给予有效的医患沟通, 同时行急诊内科救治, 即给予药物治疗包括吗啡/杜冷丁和安定予以止痛、镇静, 硝普钠降压, 保持血压在 100~120/60~70 mmHg 水平, 用普奈洛尔减低心脏收缩力, 并积极联系影像学检查进一步确诊, 余延误诊断患者被分别收入住院部各科室进一步治疗。

1.5 统计学方法

应用 SPSS13.0 进行统计学处理, 计量资料以均数 $\pm$ 标准差 ($\bar{x} \pm s$) 表示, 计数资料以百分率表示, 组间比较用 χ^2 检验, 以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

本组 AD 患者中首诊正确的 23 例均行急诊内科救治, 存活 17 例(73.9%), 死亡 6 例(26.1%), 其中确诊后拒绝治疗 3 例, 24 h 内均死亡, 纠纷 0 例; 延误诊断 19 例, 存活 7 例(36.8%), 死亡 12 例(63.2%), 其中转运途中死亡 2 例, 纠纷 2 例。从住院病死率来看, 首诊正确的 AD 患者明显低于延误诊断的 AD 患者(见表 1)。

表 1 本院 42 例 AD 患者的住院病死率比较

Tab.1 Mortality rate of 42 hospitalized patients with aortic dissection

	存活例数	病死例数	例数	住院病死率(%)
首诊正确组	17	6	23	26.1
延误诊断组	7	12	19	63.2 ^a
合计	24	18	42	42.9

注: a, 与另一组相比 $P < 0.05$, $\chi^2 = 5.83$, $P = 0.0156$

3 讨 论

AD 过去一直被称为夹层主动脉瘤, 随着对 AD 病理机制的深入研究, 我们发现它与夹层主动脉瘤是完全不同的两种疾病, AD 是由于内膜薄弱或撕裂导致中膜内形成了假腔, 血液进入其中并向近端、远端或两端撕裂形成的心血管急症, 国内指南把壁内血肿、主动脉溃疡及创伤性的主动脉离断统一归为 AD^[2]。其发病率为 10~20/(100 万人·年), 3/4 以上的病人年龄大于 40 岁^[3]。由于 AD 凶险, 病死率极高, 且症状缺乏特异性及急诊医生重视程度不够, 导致 AD 误诊、漏诊率居高不下, 极易引起纠纷。

AD 病因尚未完全清楚, 影响因素可能有高血压、动脉粥样硬化、主动脉外伤(主动脉的钝性创伤、心导管检查、主动脉球囊反搏等)、遗传性疾病(马凡综合征)、主动脉性炎症(巨细胞动脉炎、梅毒动脉炎)、先天性主动脉畸形、妊娠等, 本组资料显示, 主要病因为高血压(71.4%), 其次为冠心病与糖尿病, 但以上病因均不是诊断 AD 的必备条件。本组患者就诊时血压不高有 12 例(28.6%), 7 例血压平时正常, 5 例曾经有过血压升高、不规律服药, 血压波动大, 可见除高血压绝对值增高外, 血压变化率也是引起 AD 的重要因素。

AD 因其病变部位、范围和程度不同, 临床表现复杂多样, 缺乏特异性, 早期诊断尤为困难。本组 42 例病例中胸背部疼痛 27 例, 腰痛 2 例, 腹痛 6 例, 同时还伴有主动脉分支急性闭塞造成器官缺血或压迫所致的症状, 如急性心肌梗死(冠状动脉受累); 感觉异常(锁骨下动脉受累); 心力衰竭、晕厥、低血压(主动脉瓣受累); 肾衰竭(肾动脉受累); 急腹症样表现(腹主动脉及分支受累); 呼吸困难、咯血(血肿破入胸腔)等等。因此, 对突然出现持续剧烈胸背部疼痛、腹痛、腰痛, 并且不能合理解释其伴随症状者, 尤其合并有高血压, 镇痛药物治疗缓解不明显时, 应警惕 AD 的可能。在诊断中需要特别注意, 尽管大部分 AD 患者(83.3%)有疼痛症状, 但疼痛不能作为诊断 AD 的必备条件, 本组病例有 7 例是以疼痛以外症状就诊我科, 如: 意识障碍、晕厥、肢体障碍、休克等, 结果全部误诊。究其原因, 主要因为对 AD 认识不足, 思路不广, 片面根据某些症状、体征及既往病史或某一辅助检查做出诊断, 只满足于一些常见病的诊断, 而未做进一步的深层次综合分析。尽管 AD 误诊、漏诊率高, 但只要认真查体, 仍能从中找到一些诊断线索, 在查体中我们发现: 15 例双侧肢体血压、脉搏不对称; 12 例闻及血管杂音伴有震颤; 8 例短期内出现主动脉瓣关闭不全体征; 5 例疼痛剧烈但缺乏相应的临床体征; 2 例休克患者虽有面色苍白、皮肤湿冷、心率增快等休克症状但血压变化与之不符; 6 例突发急腹症、神经系统障碍、急性肾衰、心包填塞伴血管阻塞征象; 以上均应警惕 AD 可能, 而对于同时有多器官的急性症状且没有一个诊断可以合理解释的患者也要怀疑 AD 可能。因此我们在做 AD 诊断时, 切忌先入为主, 应该拓宽思路, 通过详细询问病史和体格检查, 仔细分析症状和体征后做出鉴别诊断, 并结合必要的影像学检查尽早确诊。

影像学检查对诊断 AD 具有决定性意义。X 线胸片上纵

隔增宽是 AD 常见的表现,但特异性不高,本组病例中 X 线胸片提示纵隔增宽有 15 例,仅占 35.8%,可见 X 线胸片正常不能作为排除诊断^[9]。超声诊断 AD 具有无创、操作方便等优点,但对诊断 AD 的敏感性及特异性相对偏低,据杨西云^[6]报道仅为 72%和 80%,本组 27 例行超声检查,16 例提示主动脉增宽,主动脉前后壁分层,见两条分离的回声带,真假腔改变。其对病变累及升主动脉的 AD 诊断率高,对病变累及主动脉弓的局限性夹层及降、腹 AD 诊断率明显下降。CT 尤其是螺旋 CT 能区别真、假腔,显示破入口和假腔内血栓,敏感性和特异性均为 83%^[7],本组 18 例行 64 层螺旋 CT 血管造影 (CT angiography, CTA) 检查,16 例见主动脉真假两腔。Nienaber^[8]研究发现其敏感性和特异性为 98%,被认为是诊断 AD 的“金标准”,本组 26 例行主动脉 MRI 检查,均可见主动脉真假两腔,但成像时间长,体内有金属异物者有禁忌,不适合急诊检查。主动脉造影可显示夹层的范围、破口的部位,还可估测主动脉血液反流的严重程度和内脏分支及冠状动脉的状态,但为有创检查,要注射造影剂,可作为临床诊断尤其拟行介入治疗的患者^[9]。我们应根据患者病情及医院实际情况,选择最简便有效的检查来确诊。

近年来,随着社会发展,人们对医疗卫生行业要求也越来越高,如何有效降低 AD 延误诊断风险,我们除了提高对 AD 的认识,加强对 AD 的了解外,还需要重视医患双方沟通。据统计,医疗纠纷中 50% 以上是医患沟通不当引起^[10]。本组病例中首诊正确组均给予有效医患沟通,无纠纷发生;而延误诊断组中 2 例纠纷病例在转运途中死亡,之前均没有给予有效的医患沟通,患者家属没有心理准备,因而引发纠纷。事实证明在医疗活动中,医务人员如果把即将进行的医疗行为的效果、可能发生的并发症、医疗措施的局限性、疾病转归和危险性等等,在实施医疗行为之前与患者家属进行沟通,让他们在了解正确的医疗信息后,作出关系到治疗成效和回避风险的医疗决定,以后即便出现令人不满意的结果时,也能够理解和正确对待。

因此,在处理上一旦怀疑 AD,应立即下达病危通知书,详细告知病情和风险,征得患者家属理解和支持,履行风险法律文件同意书面签字后方可转运、检查;与此同时行急救处理,首先根据生命体征快速评估患者,给予心电监护,吸氧,建立静脉通道,对呼吸状态不稳的患者立即行气管插管、机械通气;对血压低的患者立即给予扩容,如果诊断心包填塞,在手术前不能行心包穿刺,因为穿刺易引起心包腔内压力骤降,再次出血致猝死^[2];对血流动力学稳定的患者,如果血压升高,即予镇静、控制疼痛和血压,根据血压变化,随时调整降压药的剂量,将血压控制在 100~120 mmHg/60~70 mmHg,避免血压波动过大。如果出现难以控制的高血压或需很大剂量降压药才能控制血压时,应考虑一侧或双侧肾动脉受累的可能。如果血压不高,用普奈洛尔减弱心脏收缩力,降低心

率,并且尽快安排影像学检查明确诊断,收入住院进一步手术或介入治疗。

由此可见,急诊医生在思想上对 AD 足够重视,详细的问诊查体,找出 AD 的诊断线索,并结合影像学检查及时准确的诊断 AD 是治疗的关键,有效的急救处理能为 AD 的进一步治疗赢得时间,降低病死率,而加强医患沟通,可以有效地减少纠纷发生。

参 考 文 献

- [1] 陆再英,钟南山.主动脉夹层.内科学[M].7 版.北京:人民卫生出版社,2008:352-355.
- [2] Lu Z Y, Zhong N S. Aortic Dissection. Internal Medicine[M]. 7th ed. Beijing: People's Medical Publishing House, 2008:352-355.
- [3] 胡大一,马长生.心脏病学实践[M].北京:人民卫生出版社,2006:627-628.
- [4] Hu D Y, Ma C S. Practices of Cardiology [M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 2006:627-628.
- [5] Michael H C. 现代心脏病诊断与治疗[M].2 版.北京:人民卫生出版社,2005:477-487.
- [6] Michael H C. Diagnosis and treatment for modern cardiopathy[M]. 2nd ed. Beijing: People's Medical Publishing House, 2005:477-487.
- [7] 沈洪.急诊医学[M].北京:人民卫生出版社,2008:226-228.
- [8] Shen H. Emergency Medicine[M]. Beijing: People's Medical Publishing House, 2008:226-228.
- [9] Meszaros I, Morocz J, Szilvi J, et al. Epidemiology and clinicopathology of aortic dissection[J]. Chest, 2000, 117(5):1271-1278.
- [10] 杨西云,戴青原,谭留明,等.主动脉夹层动脉瘤的临床诊治体会[J].中国心血管病研究杂志,2005,3(6):433-435.
- [11] Yang X Y, Dai Q Y, Tan L M, et al. Diagnosis and treatment of aortic dissection[J]. Chinese Journal of Cardiovascular Review, 2005, 3(6):433-435.
- [12] Hartnell G G. Imaging of aortic aneurys and dissection:CT and MRI [J]. J Thorac Imaging, 2001, 16(1):35-46.
- [13] Halefoglu A M. Emergency diagnosis of acute aortic dissection using magnetic resonance imaging[J]. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg, 2007, 13(2):106-114.
- [14] Hagan P G, Nienaber C A, Isselbacher E M, et al. The international registry of acute aortic dissection (IRAD): new insights into an old disease[J]. JAMA, 2000, 283(7):897-903.
- [15] 王景程,王小平.浅谈重症医学科医护人员与患者家属的沟通技巧[J].卫生职业教育,2010,28(3):150.
- [16] Wang J C, Wang X P. Discussion on communication between doctors and patients in critical care medicine[J]. Health Vocational Education, 2010, 28(3):150.

(责任编辑:关蕴良)