

主动脉夹层分离的早期诊断思路

朱平先, 王合金

(深圳市龙岗区人民医院心内科, 广东省深圳市 518172)

[关键词] 临床诊断学; 主动脉夹层分离; 诊断依据; 诊断线索

主动脉夹层分离起病急骤, 病情凶险, 病死率高, 一周内死亡率达 50%, 早期诊断和治疗是降低病死率的关键。

1 临床诊断线索

1.1 特征性疼痛是最有意义的症状。90% 有疼痛症状, 往往为剧烈撕裂样或炸开样痛, 难以忍受, 吗啡难以止痛, 常可波及心前区、胸骨后、腹部、腰部, 且有移动趋势。

1.2 高血压: 90% 的病人伴有高血压或有高血压病史。有颜面苍白、皮肤湿冷、焦虑不安等休克表现, 而血压下降轻微, 不降或升高为另一显著特征。

1.3 低血压或休克时, 经输血、补液后血压迅速回升, 且能回升到正常血压水平之上。

1.4 突发出现主动脉瓣关闭不全, 伴或不伴有进行性心功能衰竭。

1.5 胸骨上窝、剑突下、腹部触及波动性肿物或听到血管杂音。两侧颈动脉、肱动脉、股动脉搏动强弱不一, 血压差别显著或一侧无脉。

1.6 多脏器受损表现, 而无其它原因解释时要想到本病, 夹层血肿压迫或穿破, 累及主动脉及主要分支和周围组织器官, 使临床表现复杂化。

2 影像学诊断进展

(1) X 线平片诊断符合率 67.5%, 内膜钙化影至主动脉的外膜距离 7~10 mm 时有“定性”诊断意义。(2) 主动造影。(3) 超声多普勒对本病诊断有独到之处。(4) CT 诊断主动脉夹层准确可靠。(5) MRI: 稳定期的主动脉夹层首选 MRI, 而急性期首选 CT。(6) DSA: 阳性率可达到 95%。

3 早期诊断思路

通常认为主动脉夹层的形成可能有两种原因: 一种原因是血流进入破口引起撕裂, 另一种为出血形成血肿剥开中层引起撕裂, 进而形成破裂口。通过分析压力和作用力, Mikich 认为在某些情况下, 以上两种作用机制不能单独导致主动脉夹层的形成, 他提出平滑肌收缩的结果导致主动脉夹层形成, 尤其当中层存在囊性退变时, 因中层的夹层形成而导致出血。目前公认的影像诊断方法有主动脉造影、造影剂增强的计算机断层成像(CT)、磁共振成像(MRI)、经食道超声心动图。每种方法均有优缺点, 临床上应根据需要与具体情况加以选择。对于主动脉夹层本身来说, 常规心电图无特异性改变或有非特异性的 ST-T 改变, 但心电图的动态观察有助于与急性心肌梗死的鉴别诊断。胸部 X 线最常见的异常是主动脉影增宽, 占 80%~90% 是非特异性的。经胸超声心动图可诊断 75% 的近端夹层和 40% 的远端夹层, 可显示主动脉关闭不全、心包积液和心脏运动异常, 但敏感性较差。经食道超声心动图对主动脉夹层的诊断价值要高于经胸超声, 但常因患者病情危重、血液动力学不稳定而未能施行, 其敏感性及特异性均达到 100%。文献报道, CT 及 MRI 对诊断主动脉夹层的敏感性分别为 90.1% 和 97%, 其特异性分别为 96% 和 100%。主动脉造影对主动脉夹层灵敏度为 77.4%。本文提示, 高分辨 CT 和磁共振的诊断价值最高, 是分型和治疗的基础。