

为提高此类患儿治愈率的重要组成部分。

本研究结果表明,PDA 合并重症肺炎患儿经反复抗感染、强心等治疗效果不佳或病情反复加重时应及时行介入封堵手术中断左向右分流,并加强围术期管理,从而提高该类患儿的治愈率。

[参考文献]

- [1] Kannan BR, Anil SR, Padhi SS, et al. Transcatheter management of patent ductus arteriosus in sick ventilated small infants[J]. Indian Heart J, 2004, 56: 232 - 234.
- [2] 范太兵, 李 群, 徐红亮, 等. 婴幼儿危急先心病急诊手术价值[J]. 郑州大学学报: 医学版, 2004, 39: 839 - 841.

- [3] 史嘉玮, 肖雅琼, 董念国, 等. 新生儿小婴儿先天性心脏病围术期肺炎的临床特征 [J]. 中华小儿外科杂志, 2010, 31: 365 - 368.
- [4] Drighil A, Al Jufan M, Al Omrane K, et al. Safety of transcatheter patent ductus arteriosus closure in small weight infants[J]. J Interv Cardiol, 2012, 25: 391 - 394.
- [5] 中国医师协会心血管内科分会先心病工作委员会. 常见先天性心脏病介入治疗中国专家共识三、动脉导管未闭的介入治疗[J]. 介入放射学杂志, 2011, 20: 172 - 176.
- [6] 陈 瑞, 智喜强, 杨晋明, 等. 新生儿和小婴儿危重先天性心脏病急诊手术 [J]. 中国心血管病研究杂志, 2008, 6: 510 - 511.

(收稿日期:2013-06-29)

(本文编辑:侯虹鲁)

•病例报告 Case report•

Stanford A 型夹层并发右下肢及肠缺血误诊一例

张晔青, 李晓强

【关键词】 主动脉夹层; 下肢; 肠道; 缺血

中图分类号:R543.5 文献标志码:D 文章编号:1008-794X(2014)-01-0011-02

Misdiagnosis of Stanford type A aortic dissection complicated by ischemia of right lower limb and intestine: report of one case ZHANG Ye-qing, LI Xiao-qiang. Department of Vascular Surgery, the Second Affiliated Hospital of Soochow University, Suzhou, Jiangsu Province 215004, China (J Intervent Radiol, 2014, 23: 11-12)

Corresponding author: LI Xiao-qiang, E-mail: flytsg@126.com

【Key words】 aortic dissection; lower extremity; intestine; ischemia

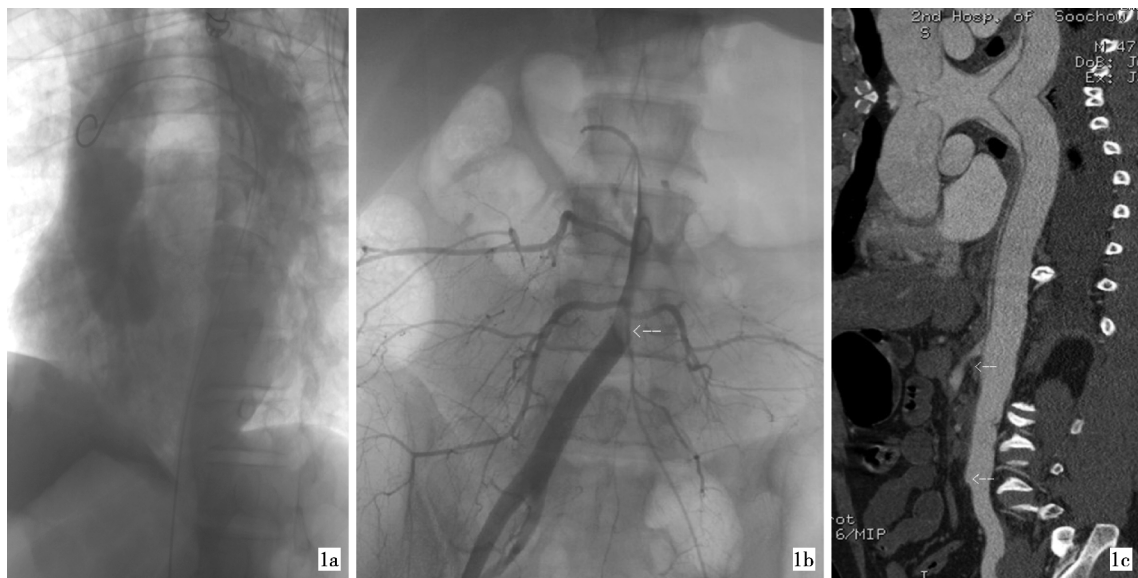
临床资料

患者男,47岁,因“突发全腹痛15h伴右下肢发凉疼痛11h”于2013年1月1日收入院。患者15h前出现上腹部持续性绞痛,伴有恶心呕吐数次,吐出物为胃内容物。11h前出现右下肢麻木疼痛,伴有皮肤发凉。否认高血压及心房颤动(房颤)病史。入院时查体:血压160/75 mmHg,心率82次/min,律齐,神志清楚,自动体位,颈静脉不充盈,双肺呼吸音清,无啰音,心浊音界不大。主动脉瓣区可闻及3/6级收缩期吹风样杂音和舒张期哈气样杂音。腹部膨隆,中上腹有压痛,

反跳痛不明显,无肌卫,全腹叩诊鼓音,肠鸣音活跃。右股、腘动脉未触及搏动,右下肢皮色苍白,皮温低。急症腹部CT平扫:腹腔未见游离液体,未见明显占位性病变。下肢动脉彩色多普勒超声(彩超)检查:右股腘动脉充盈欠佳伴频谱异常,血流缓慢,考虑血栓前期改变。初步诊断:腹痛待查,肠系膜上动脉栓塞,右下肢缺血(动脉栓塞可能)。急症行动脉造影检查,左侧股动脉搏动处穿刺,置入鞘管造影示:升主动脉、主动脉弓血流速度慢,显影淡,右侧肾动脉显影好,肠系膜上动脉、左肾动脉、肾下腹主动脉未见显影,动脉夹层的内膜片覆盖右侧髂动脉,提示Stanford A型主动脉夹层。急症行主动脉CTA检查:心脏不增大,升主动脉、主动脉弓、右侧头臂干起始部、左侧颈总动脉起始部、胸主动脉及腹主动脉、腹腔干动脉、肠系膜上动脉、左侧髂总、髂外动脉及股动脉可见双

腔,左侧股动脉、腘动脉显示清楚,右侧下肢血管显影不佳(见图 1)。患者造影诊断 Stanford A 型主动脉夹层,累及范围

包括主动脉全程及肠系膜上动脉、左侧髂总、髂外动脉及股动脉。患者在转入上级医院途中死亡。



1a 主动脉造影示对比剂在假腔内

1b 箭头所指动脉内膜片覆盖右侧髂总动脉

1c CT 箭头所指分别示肠系膜上动脉远端未见显影,右髂动脉未见显影

图 1 广泛 Stanford A 型夹层瘤图像

讨论: Stanford A 型夹层是极为凶险的疾病,保守治疗病死率 60%。一旦确诊必须立即行手术治疗,在发病最初 24 ~ 48 h 内,每延误 1 h,死亡风险增加 1% ~ 2%^[1]。从本例中我们可以吸取以下经验教训:① 患者缺乏典型胸背部疼痛,而表现下肢缺血及肠道缺血,过分信任 B 超检查结果,急于行动脉介入治疗,并未综合考虑患者年龄,且并无房颤、风湿性心脏病等病史。② 由于扩大的假腔压迫真腔,动脉夹层的内膜片覆盖右侧髂总动脉造成右下肢动脉缺血的表现,此时股动脉搏动强的一侧常提示假腔供血,本例造影时从左侧进入导管导丝,经造影证实为假腔,假腔内注入对比剂且注入压力大,此时易造成假腔破裂而致大出血,有造成医源性死亡可能。③ 急症只行腹部 CT 平扫,未能及时排除血管疾病。疑似主动脉夹层患者应尽早行动脉 CTA 检查,对于急性 A 型主动脉夹层,动脉 CTA 及 MRA 诊断灵敏度约 95%,特异度

MRI 为 97%,CT 为 87%;但由于 CTA 检查相对较快速,临床应用广泛,常以动脉 CTA 作为首选检查^[1]。Stanford A 型夹层典型表现为胸背部突发撕裂样剧痛,但约有 20%表现为外周血管栓塞症状而无明显胸痛。此类患者易误诊,应引起我们重视和警惕,结合病史体检完善动脉 CTA 等检查,尽早明确诊断,如为 Stanford A 型夹层应及早行主动脉置换术改善患者预后。

[参考文献]

- [1] Krüger T, Conzelmann LO, Bonser RS, et al. Acute aortic dissection type A[J]. Br J Surg, 2012, 99: 1331 - 1344.

(收稿日期:2013-04-19)

(本文编辑:俞瑞纲)

· 消 息 ·

本刊网址更改通知

本刊采用网上投稿,原网址为 www.cjir.org,从 2014 年 1 月 1 日起网址更改为 www.cjir.cn,原网址不再使用,由此带来的不便,谨请谅解。