

超声诊断腹主动脉夹层支架置入术后再狭窄1例

曹雪梅, 赵立[△], 王学解, 王海国, 张利军

(西南大学医院, 重庆 400715)

关键词: 腹主动脉夹层; 动脉支架植入; 再狭窄

DOI: 10.11986/j.issn.1673-873X.2015.05.037

中图分类号: R744

文献标识码: A

1 病例资料

患者, 男, 61岁, 高血压病史10年, 因“腹痛伴呕吐3d”来西南大学医院就诊。患者于2015年3月10日在某医院行电子胃镜检查提示: 十二指肠球部溃疡伴出血, 胃多发溃疡, 慢性胃炎, 慢性胃角炎。此次来西南大学医院就诊, 行腹部超声检查显示: 腹主动脉夹层动脉瘤术后, 腹主动脉内膜毛糙、壁厚约0.27 mm, 其上可见一大小约10.5 mm×5.9 mm强回声斑, 该处血流充盈缺损; 肝后段胃左动脉分叉处可见低回声块, 延续长度约为64.3 mm, 部分充盈血管, 血管面积约为10.9 cm², 可见血流通过面积约为2.5 cm², 狭窄度约77%。提示: 腹主动脉重度狭窄, 不稳定斑块形成。考虑患者为腹主动脉夹层支架置入术后再狭窄, 因我院条件有限, 转入上级医院进一步治疗。

2 讨论

腹主动脉瘤作为一种常见的血管疾病, 分为真性动脉瘤、假性动脉瘤和腹主动脉夹层3种类型。其中, 腹主动脉夹层是指动脉内膜撕裂, 血液从撕裂处流入中层, 使内膜和中层分离, 若此病向周围和远端动脉进一步扩展, 可累及腹腔动脉、肠系膜上动脉或肾动脉, 并会引起相关脏器供血不足和缺血症状^[1]。腹主动脉夹层的发病率较低, 平时无明显症状, 不容易被发现, 但一旦破裂, 死亡率极高^[2]。因此, 腹主动脉夹层是一种致命的血管疾病, 早期诊断显得尤为重要。腹主动脉夹层常常是由胸主动脉夹层蔓延而来, 但也有原发于腹主动脉的夹层。高血压、马凡氏综合征、动脉

粥样硬化是主动脉夹层最常见的病因^[3], 腹主动脉夹层的患者中50%~80%合并有高血压病史^[2]。据相关资料显示^[4], 我国高血压和马凡氏综合征的发病率均居世界首位。随着高血压的患病率不断增高, 心、脑血管相关疾病的发生率也显著增高。因此, 患者在进行腹部超声检查的同时, 也应扫查腹部的大血管。超声检查是诊断主动脉夹层的首选方法, 其具有快速性、有效性、安全性及经济性等特点。但是, 由于腹主动脉夹层发生的部位、病变的范围和进展情况不同, 因而其临床表现也不同, 再加上临床医师或影像学医师对该病的认识不足等各方面的因素, 容易引起误诊^[5]。因此, 在对患者进行超声检查时, 应详细询问患者病史、临床症状等, 尽量提高疾病检出的准确率。对于不能明确诊断的患者, 必要时应使用其他影像学检查方法。

参考文献

- [1] 姜玉新, 王志刚. 医学超声影像学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2010.
- [2] 沙立娜, 崔俊山, 李楠. 以消化系统症状为主的腹主动脉夹层动脉瘤临床2例报道[J]. 临床消化病杂志, 2008, 20(2): 128.
- [3] 杨云贵, 胡东升, 丁绍平, 等. 26例主动脉夹层误诊原因分析及对策[J]. 昆明医学院学报, 2011, 32(10): 136-138.
- [4] 刘巍, 孙立忠, 朱俊明, 等. 胸腹主动脉置换术治疗支架“象鼻”手术后胸腹主动脉夹层动脉瘤[J]. 中华胸心血管外科杂志, 2012, 28(4): 212-214.
- [5] 蔚泓. 主动脉夹层误诊64例分析[J]. 地方病通报, 2008, 23(5): 123-124.

[收稿日期] 2015-09-10

作者简介: 曹雪梅(1992-), 女, 大专, 影像技士, E-mail: 897172697@qq.com.

[△] 通讯作者: 赵立, E-mail: 389602942@qq.com.