

以头痛首诊的主动脉夹层并急性下壁心肌梗塞 1 例

高红星

祥云县人民医院 672100

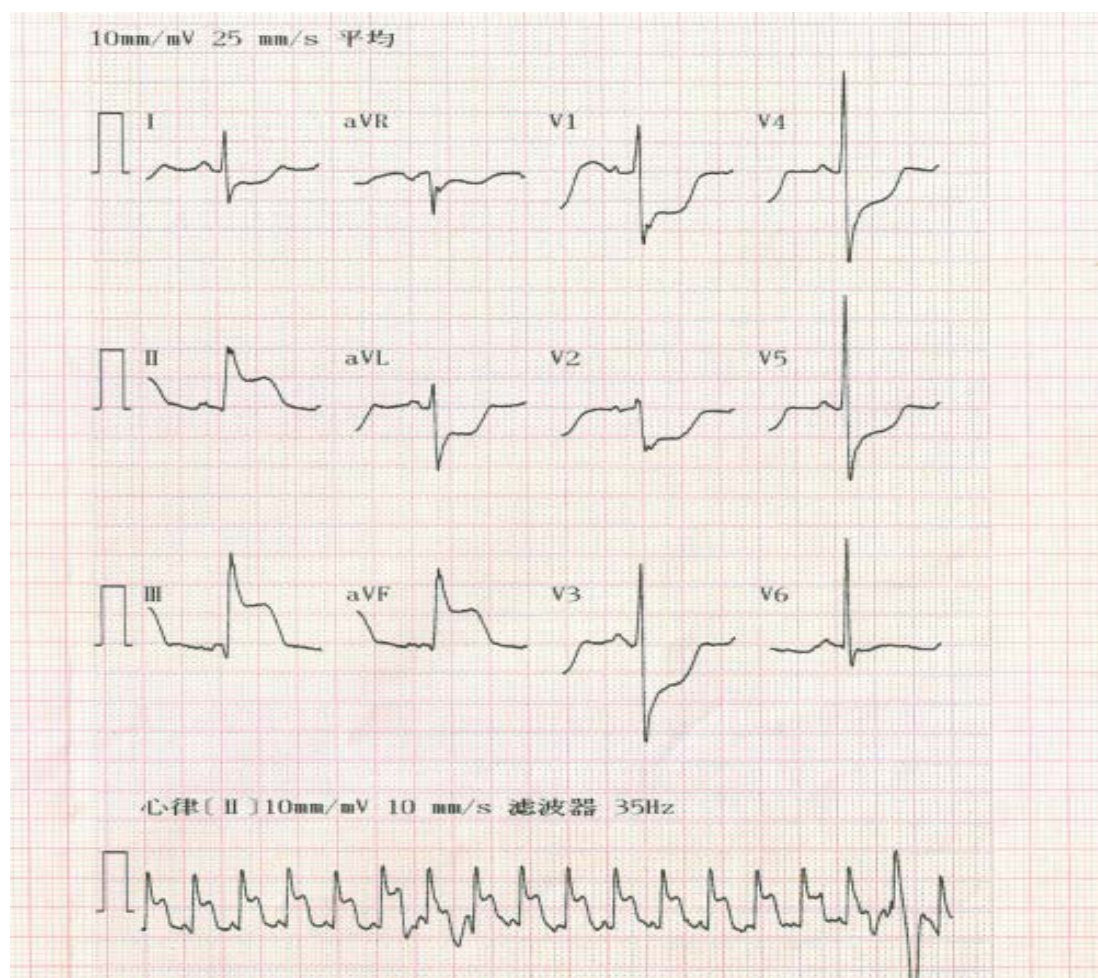
【中图分类号】R542.22

【文献标识码】A

【文章编号】1005-4596 (2019) 08-030-02

病例摘要：患者杨某某，女，53 岁，汉族，主因“头痛 6 小时余”入院。患者及家属诉，6 小时前无明显诱因自觉头痛，自行到当地诊所诊治（具体情况不详），经治疗症状改善不明显，感头痛难以忍受，伴胸痛、腹痛及全身疼痛不适，有眼花，

但无意识丧失，无心前区压榨样疼痛及胸骨后撕裂样疼痛，无恶心、呕吐、呕血、腹泻、黑便等。我院行首份心电图提示：急性下壁心肌梗塞，（附图）窦性心律，II/III/AVF ST 段抬高 0.5-0.7mv，I/AVL，V1-V6ST 段压低 0.2-0.8mv。



急诊头颅 CT 未见明显异常。给予双抗处理后，急诊上台行冠状动脉造影，左右冠造影均未找到冠脉开口，再次尝试右冠造影时发现造影管舞动，非选择性造影发现主动脉夹层。主动脉 CTA 证实为主动脉夹层（A 型）附图。

主动脉 CTA 提示：升主动脉明显增粗，其内可见双腔影，真腔小假腔大，腔内密度不均匀，破口位于头臂干前份，累及右冠窦，右冠状动脉起于假腔，显示不佳。心包腔内可见弧形密度增高影。

实验室资料：3 月 7 日 23:57 时 CTnI 0.41ng/ml，MYO 315ng/ml、CK-MB2.71ng/ml，D-二聚体 5.71ug/ml，GLU22.78mmol/ml，血液分析提示：WBC19.2×10⁹/L，N87.3%。

3 月 9 日 cTnI 大于 50ng/ml，MYO 大于 1000ng/ml，CK5197U/L，CK-MB 216 IU/L，肌酐 243.1umol/L，D-二聚体

大于 10ug/ml（参考值小于 0.55）

3 月 11 日 16:10 时转上级医院，4 小时后死亡。



讨论

主动脉夹层 (aortic dissection, AD) 又称主动脉夹层动脉瘤, 是主动脉腔内高速、高压血流从主动脉内膜撕裂口进入主动脉中膜, 并沿主动脉长轴方向扩展, 从而形成主动脉真假两腔的一种病理改变, 是一种病情凶险、进展快、病死率极高的主动脉疾病, 因撕裂口位置、夹层长度及主动脉大分支受累情况不同, 临床上常常引起剧烈的胸痛、休克及相应的心血管、呼吸、消化、神经系统严重的并发症。常因胸腹主动脉破裂大出血、心脏压塞、心肌梗死、肾功衰竭、肠道坏死而死亡^{[1][2]}。相关危险因素包括高血压 (65%-75%)^[1]、动脉粥样硬化和高龄, 结缔组织病、创伤、先天性心血管畸形 (如主动脉瓣二叶式畸形、主动脉缩窄)、妊娠、吸食可卡因等^[6]。

典型的 AD 和 AMI 不难诊断, 然而酷似 AMI 的 AD 易误诊, 甚至造成严重的后果。累及冠脉开口后的夹层, 多数影响右冠状动脉, 因此多见下壁心肌梗死, 此情况下严禁溶栓和抗凝治疗, 否则会引起大出血, 死亡率高达 71%^[2]。可能因为此种 AMI 也并不是经典意义上的心肌梗死, 引起冠脉严重狭窄的原因主要是破裂的内膜堵塞开口或内膜下血肿导致冠脉腔严重狭窄, 而并不是血栓形成^[6]。该例患者为典型的急性下壁并正后壁心肌梗塞征象, 早期应用了氯吡格雷、阿司匹

林联合肝素抗凝, 是否对夹层的进一步扩展, 是否有引起大出血的可能, 值得探讨。临床上, 要提高对引起 AMI 病因, 特别是累及冠脉开口的 AD 鉴别诊断的警惕性, 及时进行超声、CTA 或 MRA 检查, 高度可疑病人严禁进行溶栓、抗血小板、抗凝治疗, 及时进行心外科干预。

参考文献

- [1] 陈敏章, 邵丙扬. 中华内科学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 2036-2041.
- [2] 葛均波, 徐永健. 内科学 (第 8 版) [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2013: 336-339.
- [3] 张有龙, 刘易新, 李建国, 等. 以急性下壁心肌梗死及急性左心功能不全为主要临床表现的主动脉夹层 [J]. 中国临床医生, 2008, 36 (9): 76-77.
- [4] 黄连军. 主动脉及周围血管介入治疗学 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2018: 94-113.
- [5] 李春江, 高嵩, 吴炎, 等. 主动脉夹层动脉瘤并急性下壁心肌梗塞一例报告 [J]. 中国介入心脏病学杂志, 2011, 05.020: 296-297.
- [6] 王永红, 张欢, 张巧霞, 等. 以心肌梗死为首发表现的主动脉夹层并文献回顾 [J]. 中国心脏病学研究杂志, 2006, 7 (4): 559-560.

(上接第 28 页)

效果, 有效避免出现愈合不良等并发症。

综上所述, 跟骨关节内骨折患者给予切开复位内固定术治疗的效果非常显著。各项临床指标与患者的症状均显著改善, 对患者的预后非常有利, 临床价值显著。

参考文献

- [1] 曹勇. 克氏针撬拨复位外固定术和切开复位内固定术治疗跟骨骨折的效果对比 [J]. 当代医药论丛, 2018, 16(11): 78-79.

[2] 顾世勤, 方毅, 薛晨琛, 等. 切开复位内固定植骨与不植骨治疗移位型跟骨关节内骨折的 Meta 分析 [J]. 中国骨与关节损伤杂志, 2017, 32(12): 1270-1274.

[3] 张昊, 焦建宝, 于青, 等. 微创内固定术与切开复位治疗跟骨骨折疗效及安全性对比研究 [J]. 现代中西医结合杂志, 2018, 27(10): 1073-1076.

[4] 李守贤, 李军, 杨艳红. 改良的外侧入路切开复位钢板内固定手术治疗跟骨关节内骨折的疗效观察 [J]. 临床医药文献电子杂志, 2017, 4(6): 1034-1034.

(上接第 29 页)

患者的 DCR 率达到 91.23%, ORR 率为 78.95%; 对照组患者的 DCR 率达到 69.36%, ORR 率为 48.39%; 两组对比差异显著 ($P > 0.05$), 具有统计学意义。见表 2。

3 讨论

膀胱癌是临床泌尿科多发常见的恶性肿瘤, 其中老年人群为高发人群。在临床针对老年膀胱癌患者的治疗具有一定的限制, 老年患者由于年龄较大, 机能下降, 同时受到病情的影响, 是、患者的身体状况非常差, 对于单纯铂类的化疗方案的治疗耐受度有限, 不良反应多, 患者的生活质量受到严重影响。本次研究中同步化疗使用的药物吡柔比星属于临床毒性反应低、抗癌谱广的周期特异性抗肿瘤药物, 可使 S 期细胞凋亡增多; 对于顺铂的采用经静脉滴注, 大大降低降低不良反应。本次研中: 治疗后两组患者生活质量评分较护理前均有显著提高, $P < 0.05$; 观察组患者的生活质量评分明显高于对照组, $P < 0.05$ 。说明吡柔比星与顺铂同步化疗联合放疗治疗老年膀

胱癌对患者生存质量具有提高作用, 近期治疗效果显著, 值得临床推广。本次研究中由于样本数量有限, 缺乏对患者远期治疗效果的跟踪随访, 在今后的研究中应扩大样本数量, 对不完整的方面进行补充研究。

参考文献

- [1] 王征, 耿进成, 冯连成. 吡柔比星与顺铂同步化疗联合放疗治疗老年膀胱癌对患者生存质量的影响 [J]. 中国老年学杂志, 2013, 33(4): 787-788.
- [2] 刘华群, 陈红, 齐丽蓉, 等. 适形放疗联合 GT 方案化疗加吡柔比星热灌注化疗治疗老年晚期膀胱癌的临床观察 [J]. 中国老年学杂志, 2011, 31(3): 774-775.
- [3] 李文成, 刘军, 许露伟. 2 种灌注药物预防膀胱癌术后复发的疗效观察 [J]. 中国实用医药, 2009; 4(31): 32-3.
- [4] 黄海明, 叶晖, 夏昕晖. 腔镜技术联合膀胱灌注治疗腺性膀胱炎 52 例疗效分析 [J]. 海南医学, 2010, 21(11): 70-72.