

# 假性动脉瘤致肠坏死误诊为消化道出血 1 例

董桂娟, 罗 艳, 李光军

(抚顺市中心医院, 辽宁 抚顺 113006)

关键词: 假性动脉瘤; 肠坏死; 消化道出血

A case of pseudoaortic aneurysm leading to intestinal infarct mistakenly as gastrointestinal hemorrhage

Key words: pseudoaortic aneurysm; intestinal infarct; gastrointestinal hemorrhage

中图分类号: R657.2

文献标识码: B

文章编号: 1671-7295(2005)03-0244-01

## 1 病历简介

男, 50 岁。以二尖瓣、主动脉瓣置换术后 7 个月, 间断发热伴右侧肢体麻木 3 个月于 2004 年 8 月收入院。查体: 一般状况良好, T 37.2℃、BP 110/70 mmHg, P 84 次/min, 律不齐, 二尖瓣、主动脉瓣听诊区可闻及高调的金属瓣机械音, 余体征未见异常。心电图: 异位心律、房扑。入院诊断: 风湿性心脏病联合瓣膜病变; 主动脉瓣、二尖瓣置换术后; 感染性心内膜炎。给予抗炎、抗凝支持对症治疗。于入院第 7 天突然心悸、气短、头昏眼花。查体: 面色苍白, BP 75/50 mmHg, 考虑休克, 立刻行补充血容量、升压等抗休克治疗, 症状略好转, 但仍有乏力症状, 同时结膜苍白。急查血常规: Hb 10g/L。超声心动图示二尖瓣口可见 12 mm 异常附着物。便潜血(一)。腹胀、乏力症状加重, Hb 波动在 8~10g/L 之间。服用保护胃黏膜、促进胃肠蠕动药物症状未见明显好转。查体: 剑下有压痛, 无肌紧张及反跳痛。在上述治疗 2 个月后, 突然出现昏厥, 约 1 min 后清醒。当时面色苍白、大汗、四肢凉、双瞳孔等大正圆, 无抽搐及二便失禁。立即给予抗休克治疗, 同时急查凝血酶原时间(PT)为 30.6 s, 胃肠减压为咖啡样物, 考虑上消化道出血(患者一直服用华法林 3 mg/d)。经抗休克治疗 6 h, 病情仍未好转, 且腹痛明显。查体: 全腹胀, 轻压痛, 无反跳痛; 叩诊浊音, 肠鸣音减弱, 但仍排气。胃肠减压有咖啡样物变为澄清胃液。考虑肠系膜栓塞的可能性。开腹探查前行腹部 B 超检查: 于腹主动脉起始段至中段脐上 3 cm 的右上方见 9.7 cm × 6.15 cm × 5.5 cm 大小的无回声区, 边界欠清晰, 形态不完整。CDFI 示其内充满涡流信号, 另见一直径 0.4 cm 小血管与其相通, DW 示 Vmax = 200 cm/s, 腹主动脉全程管壁连续, 于无回声区下方约 1 的管壁较薄弱, 腹主动脉频谱未见异常。初步诊断为腹主动脉假性动脉瘤; 腹腔大量积液。手术所见: 腹腔内血性液为 1000 mL, 凝血块约 600 mL, 广泛肠坏死, 主要在空肠部分, 于十二指肠悬韧带(Treitz 韧带)下 150 cm 处至 350 cm 处大约 200 cm 连续性坏死。肠系膜根部有一约 8 cm × 8 cm × 10 cm 大小的搏动性肿物。肠系膜上动脉远端闭塞, 近小端搏动良好。腹主动脉搏动良好。打开肿物, 内有大量血凝块及陈旧血, 切去假性动脉瘤壁行血管修补术并切除坏死肠管约 200 cm 后行端端吻合。术后恢复良好, 择期进行赘生物清

除手术。

## 2 讨论

腹主动脉假性动脉瘤是血液流入主动脉壁分开其中层形成的夹层血肿, 一般可引起剧烈疼痛、休克和压迫症状。如病变侵犯主动脉大分支则可引起相应脏器发生缺血症状。如瘤体继续扩大可向动脉壁外膜破裂而引起大出血<sup>[1]</sup>。主动脉假性动脉瘤比较少见, 国外发病率每年约为 5~10 人/100 万。老年较多<sup>[2]</sup>, 男女比例为 2~3:1<sup>[1]</sup>。主动脉壁中层束性变性可能是本病的基础, 因夹层动脉瘤可以发生于主动脉中层仅有轻度或无束状变性的患者, 动脉中层束性变性的原因还不清楚, 可能是主动脉壁在粥样硬化基础上对血流动力刺激的非特异改变。

根据发病后生存时间的长短, 可分为急性型、亚急性型和慢性型。慢性型指生存 6 周以上。本例发作 2 个月后再出现休克, 属慢性型。临床上 85% 的患者出现疼痛, 约 1/3~1/2 出现面色苍白、大汗等休克症状。由于夹层血肿压迫周围软组织或波及主动脉大分支, 故根据所影响的部位可以出现不同的临床症状及体征, 有时形成错综复杂的临床表现。本例为假性动脉瘤形成后压迫肠系膜动脉引起肠坏死而休克。本例为心病换瓣术后出现低热、且超声心动图已看到赘生物, 考虑感染性心内膜炎诊断无误。换瓣术后需大剂量抗凝, 可能出现消化道出血。且患者有贫血症状及体征, 化验 Hb 8~10 g/L, 胃肠减压早期为咖啡样物, 很易误诊为消化道出血。但发病 6 h 后胃液为澄清液, 故此诊断可排除。患者有腹痛、休克、既往心病病史, 发病 7 个月前行换瓣术, 超声心动图提示有赘生物, 赘生物脱落后引起肠系膜栓塞致肠坏死的可能性更大。手术所见为假性动脉瘤形成压迫肠系膜动脉引起肠坏死。动脉瘤形成及肠坏死后血性渗出物所致贫血, 这在临床上很少见, 应引起注意。

## 参考文献:

- [1] 董承琅, 陶寿洪. 实用心脏病学[M]. 上海: 上海科技出版社, 1978. 674.
- [2] 秦文瀚, 孟昭璐, 编译. R. M. 道洛卡济. 主动脉壁间动脉瘤[M]. 北京: 人民军医出版社, 1986.

\* 收稿日期: 2005-04-11; 修回日期: 2005-05-09.

\*\* 作者简介: 董桂娟(1966-), 女, 抚顺人, 副主任医师。