

## • 经验交流 •

急性主动脉综合征 15 例临床特点及误诊分析  
Clinical characteristics and misdiagnosis analysis of 15 cases of acute aortic syndrome田丹丹<sup>1</sup> 王彪<sup>1</sup> 陈兰涛<sup>1</sup> 刘洵<sup>1</sup> 董文星<sup>1</sup> 段宝民<sup>1</sup>

[关键词] 急性主动脉综合征;临床表现;误诊

Key words acute aortic syndrome;clinical manifestations;misdiagnosis

DOI:10.13201/j.issn.1009-5918.2021.04.012

[中图分类号] R543.1 [文献标志码] B

急性主动脉综合征是一组具有相似临床症状的主动脉病变,包括主动脉夹层,壁内血肿,穿透性溃疡和主动脉瘤<sup>[1]</sup>。本病多骤然起病,病情凶险,严重威胁人们的生命健康<sup>[2]</sup>。本文选取我院于2016年9月—2020年9月收治的15例急性主动脉综合征患者的临床特点及误诊原因进行分析,以提高临床医生对该病的认识,减少误漏诊。

## 1 资料与方法

## 1.1 一般资料

本组15例,男8例(53.3%),女7例(46.7%),年龄23~84(64.73±14.63)岁,发病至明确诊断时间0.5~168.0(26.83±47.47)h,其中14例有高血压病史,1例发现时血压偏高。

## 1.2 临床表现

以“头晕”为主要症状的3例(20%);以“胸背痛”为主要症状的2例(13.3%);以“剑突下疼痛”为主要症状的2例(13.3%);以“胸痛”为主要症状的2例(13.3%);以“胸闷”为主要症状的1例(6.7%);以“腹痛”为主要症状的3例(20.0%);以“意识不清”为主要症状的1例(6.7%);以“发作性左下肢体力弱”为主要症状的1例(6.7%)。

## 1.3 误诊疾病

4例考虑脑血管病(26.7%),其中2例主要症状为“头晕”,1例主要症状为“发作性左侧肢体力弱”,1例主要症状为“左后胸及双下肢疼痛”,4例患者均患有高血压、冠心病及糖尿病,其中1例有脑梗死病史,均收入神经内科;4例考虑消化系统疾病(26.7%),其中2例主要症状为“剑突下疼痛”,1例主要症状为“下腹部胀痛”,1例主要症状为“腹痛”,其中3例既往有高血压病史,分别收入消化科和全科医学科;3例考虑心血管病(20.0%),1例主要症状为“胸闷、心慌”,1例主要症状为“意识不清”,心电图II度I型,血压测不到,1例主要症状

为“胸闷”,血压低,既往均有高血压病史,收入心内科;1例考虑泌尿系结石(6.7%),以“上腹剧痛”为主要症状,患有高血压,收入泌尿外科;1例考虑肾性贫血(6.7%),以“头晕”为主要症状,既往有高血压、冠心病及肾功能衰竭病史,收入肾内科;1例主要因血压高收入心内科(6.7%),病程中伴有“胸背痛”,其父亲患有高血压;1例主要症状为“间断胸背痛及腹痛”(6.7%),经多家医院辗转后明确诊断收入我院,既往有高血压、糖尿病及冠心病、冠脉支架术后病史。

## 1.4 确诊及分类

15例患者均经64排CTA影像学检查明确诊断,其中DeBakey I型2例(13.3%),DeBakey III型5例(33.3%),局限性夹层动脉瘤2例(13.3%),穿透样溃疡和(或)合并主动脉壁间血肿5例(33.3%),1例局限性夹层动脉瘤并壁间血肿,动脉硬化并穿透样溃疡(6.7%)。

## 2 结果

10例患者临床治愈(66.7%),其中3例经保守治疗,7例经支架术或修补术治疗;4例明确诊断后转院(26.7%),1例临床死亡(6.7%)。

## 3 讨论

## 3.1 临床特点

急性主动脉综合征发病急,进展快,病情凶险,且症状复杂多样,病因至今不明,容易误诊,甚至危及患者生命<sup>[3-4]</sup>。据统计,其误诊率接近40%,总体死亡率达到13.9%,并且该病发病2d后,每延迟诊断1h,病死率将上升1%<sup>[5-7]</sup>。目前认为主动脉夹层(AD)的发病主要与高血压、Marfan综合征、吸烟、饮酒、主动脉瓣二叶畸形(BAV)、动脉粥样硬化等有关<sup>[2]</sup>,相关文献报道高血压是AD的主要危险因素<sup>[8-9]</sup>,本研究中15例患者,14例患有高血压,发病时11例患者血压偏高;与上述文献相符。

急性主动脉综合征的临床表现复杂多样,主要取决于发生的部位、范围和程度及主动脉分支受累

<sup>1</sup> 开封市中心医院急诊科

通信作者:段宝民,E-mail:dbm1@163.com

情况等。典型表现为:疼痛,超过80%的患者有突发的疼痛,常呈撕裂样、刀割样剧痛或持续性难以忍受的锐痛;部分患者可无疼痛症状,有研究发现这类患者约占6.4%,主要表现为脏器的缺血或(和)压迫症状如头晕、晕厥、意识障碍、胸闷等,还有一些患者表现为血便、黑便、血尿、恶心、呕吐、下肢麻木轻瘫等多种不典型表现,缺乏特异性,容易误诊<sup>[10]</sup>。部分患者表现为血压高,双侧血压不对等;另一部分患者表现为低血压,本研究中10例患者有疼痛表现,其中胸痛1例,间断胸背痛及腹痛1例,胸背疼2例,剑突下疼痛2例,腹痛3例,其他不典型症状5例,其中头晕3例,意识不清1例,发作性左下肢体力弱1例,临床表现复杂多样,容易误诊,特别是以不典型症状为主的患者。

### 3.2 误诊原因分析

首先,急性主动脉综合征发病突然、病情凶险,死亡率高,但发病率相对较低,虽然近些年在逐渐上升,就我院近4年的病例来看发病率仍比较低,可能有一部分患者,病情严重,来不及上医院,死于院前,有一部分人入院后在明确诊断前死亡,情况紧急,时间紧迫,且临床医生对其认识不足,不能在早期识别,容易误诊。其次,急性主动脉综合征临床表现多样且部分患者以不典型表现为主,容易误诊。胸背痛患者易与急性冠脉综合征、肺栓塞等混淆,如本研究中2例患者误诊为急性冠脉综合征;腹痛及剑突下疼痛易与消化系疾病、泌尿系结石等混淆,本研究中4例患者误诊为消化系疾病,1例误诊为泌尿系结石;头晕、晕厥、下肢麻木无力、意识不清等不典型表现易与脑血管病混淆,本研究中心4例患者误诊为脑血管病。再者,患者发病年龄偏高,基础病比较多,容易掩盖不典型临床表现,误导临床医生诊疗思路,本研究中一头晕患者因患肾衰竭、长期贫血,首先考虑肾脏基础病引起头晕,误诊为肾性贫血。

### 3.3 防范措施

首先加强临床医生特别是急诊科医生对该疾病的认识,掌握该疾病的临床特点,遇到突发胸背部及腹部剧烈疼痛、双侧血压不对等,特别是相差20 mmHg(1 mmHg=0.133 kPa)以上的患者及其他疾病难以解释的情况,时刻警惕急性主动脉综合征的可能性。其次详细询问病史,注意观察临床变化,仔细查体,尽早完善相关检查,结合患者的症状及体征,抽血检查如血常规、D-二聚体、纤维蛋白降解产物、心肌标志物等<sup>[11-13]</sup>,并行主动脉CTA检查<sup>[14]</sup>,反复验证自己的诊断,如果目前的诊断及现有疾病不能够完全解释现在的临床表现,应该发散思维、拓宽诊疗思路,尽早明确诊断,尽早治疗。如胸背痛患者入院后快速询问病史、仔细查体并尽早完善心电图、心肌酶、心肌标志物及D-二聚体,在

排除ACS、肺栓塞及胸壁、带状疱疹、肋软骨炎后,要警惕夹层的可能,尽快完善动脉CTA;腹部剧烈疼痛者完善心电图、腹部及泌尿系超声、立位腹平片、血常规、心肌标志物及淀粉酶、脂肪酶等,排除ACS、胆囊炎、阑尾炎、肠梗阻、泌尿系结石及胰腺炎等疾病时,要考虑到AD,尽快完善相关检查,明确诊断;临床表现不典型者容易误诊,需要详细询问病史、仔细查体,不放过任何蛛丝马迹,必要时请上级医师及相关科室协助诊治,避免误诊漏诊。

此外,针对暂时无法明确诊断又不能排除急性主动脉综合征的患者要给予绝对卧床休息、心电血压监护、有效的止疼、控制血压、减慢心率等对症治疗同时积极寻找病因明确诊断。止痛药一般使用阿片类如吗啡、杜冷丁等镇痛同时镇静,我院常用吗啡5~10 mg皮下注射或静推,最大剂量不超过20 mg/次。 $\beta$ 受体阻滞剂为降压、控制心率的一线用药,如普萘洛尔、美托洛尔、艾司洛尔等,一般要求血压控制在(100~120)/(60~80) mmHg之间,心率在60~70次/min之间,单药控制效果欠佳时可考虑联合钙通道阻滞剂、ACEI及硝酸甘油等,保证重要脏器的灌注。我科常静脉应用艾司洛尔,首先给予负荷剂量0.5~1.0 mg/kg,随后按0.05 mg/(kg·min)持续泵入,根据血压、心率调整泵速,一般最大剂量不超过0.3 mg/(kg·min)。部分重症不典型临床表现的患者应予以心电监护、保持呼吸道通畅及对症支持治疗,保证并维持生命体征,同时积极完善检查,明确诊断,为患者治疗争分夺秒。

综上所述,急性主动脉综合征是病情凶险、死亡率较高的疾病,且近年来其发病率逐渐升高,其临床表现复杂且缺乏特异性,目前尚无有效的早期诊断方法,易误漏诊。临床医生特别是首诊医师需警惕,加强对该病认识,尽快明确诊断,以减少该病误诊,为患者治疗争取时间。

### 参考文献

- [1] Hill-Madsen L, Brodersen K, Høgh A. Acute aortic syndrome [J]. Ugeskr Laeger, 2016, 178 (19): V12150967.
- [2] 中国医师协会心血管外科分会大血管外科专业委员会. 主动脉夹层诊断与治疗规范中国专家共识[J]. 中华胸心血管外科志, 2017, 33(11): 641-654.
- [3] Pape LA, Awais M, Woznicki EM, et al. Presentation, Diagnosis, and Outcomes of Aortic Dissection: 17-Year Trends From the International Registry of Acute Aortic Dissection[J]. J Am Coll Cardiol, 2015, 66(4): 350-358.
- [4] Howard DP, Banerjee A, Fairhead JF, et al. Population-based study of Incidence and outcome of acute aortic dissection and premorbid risk factor control: 10-year results from the Oxford Vascular Study[J]. Circulation, 2013, 127(20): 2031-2037.

• 病例报告 •

## 双侧气胸闭式引流术后单侧复张性肺水肿 1 例

马珍<sup>1</sup> 刘海超<sup>2</sup> 郭淑芬<sup>1</sup> 邵立业<sup>1</sup> 王金荣<sup>1</sup> 崔朝勃<sup>1</sup>

[关键词] 气胸;胸腔闭式引流术;复张性肺水肿

DOI:10.13201/j.issn.1009-5918.2021.04.013

[中图分类号] R561.4;R563 [文献标志码] D

### Unilateral reexpansion pulmonary edema after closed drainage of bilateral pneumothorax: A case report

**Summary** Reexpansion pulmonary edema is a rare but potentially fatal disease. A case of a middle-aged male patient was reported. After bilateral closed thoracic drainage of massive bilateral pneumothorax, the dyspnea and hypoxia suddenly worsened. CT showed diffuse and exudative changes in the left lung. The patient was diagnosed with reexpansion pulmonary edema, and he quickly alleviated after high-flow nasal catheter oxygen therapy and the use of glucocorticoids and diuretic. The reexpansion pulmonary edema is a self-limited disease and the management strategies based on symptomatic supportive treatment are safe and effective.

**Key words** pneumothorax; closed pneumothorax drainage; reexpansion pulmonary edema

复张性肺水肿是一种罕见但可能致命的并发症,常发生在胸腔穿刺术后。现报道 1 例双侧气胸闭式引流术后单侧复张性肺水肿的患者。

#### 1 病例报告

患者,男,50 岁,因“间断咳嗽、喘憋 10 余天,加重 3 d”于 2019 年 2 月 3 日入院。既往体健,无特殊疾病。入院前 10 余天,因咳嗽、喘憋就诊于当地诊所,考虑“支气管炎”,输液治疗 5 d,自觉症状有所好转,未再治疗。入院前 3 d 再次出现咳嗽、

喘憋症状,再次就诊于当地诊所输液治疗,症状无好转。入院前 1 d 喘憋明显加重,当地县医院查胸部 CT 示双肺明显气胸,右肺压缩 70% 以上,左肺近乎完全被压缩(图 1)。县医院紧急行双侧胸腔闭式引流术,术后患者突然出现剧烈咳嗽,咳黄色稀水样痰,左侧卧位咳嗽剧烈,平卧位及右侧卧位症状较轻,为进一步治疗紧急转我院。

入院查体:体温 36.6℃,脉搏 140 次/min,呼吸 30 次/min,血压 108/93 mmHg(1 mmHg = 0.133 kPa),指氧 87%(吸氧浓度 60%),神志清楚,呼吸浅快,口唇明显紫绀,双侧胸腔保留闭式引流管,可见液面波动,无明显气体溢出,右侧引流瓶内液体无色透明,左侧引流瓶内液体呈深黄色(图

<sup>1</sup>河北医科大学附属衡水市人民医院重症医学科(河北衡水,053000)

<sup>2</sup>河北省衡水市饶阳县医院重症医学科  
通信作者:王金荣,E-mail:iamwjr306@163.com

[5] 王涛,曹涛,王春源. 不典型主动脉夹层患者 18 例临床分析[J]. 疑难病例讨论,2017,16(8):835-837.

[6] 朱化刚,李永生. 认识病情凶险和表现莫测的主动脉夹层[J]. 中华消化外科杂志,2017,16(11):1098-1100.

[7] 赖淑翎,蔺际龚,刘加权,等. 主动脉夹层风险评分在急性主动脉综合征诊断中的应用价值:附 342 例急性胸痛患者的病例分析[J]. 中国中西医结合急救杂志,2017,24(5):473-476.

[8] 宋先荣,韩雪萍,程兆云,等. 河南省主动脉夹层病例临床特征变化趋势 10 年回顾性分析[J]. 中华胸心血管外科杂志,2014,30(3):164-166.

[9] Svensson LG. Are We There Yet Emerging Milestones in Aortic Dissection Care[J]. J Am Heart Assoc,2019,8(8):e012402.

[10] Wada D, Hayakawa K, Kanayama S, et al. A case of blunt thomic aortic injury requiring ECMO for acute malperfusion before TEVAR[J]. Scand J Trauma Res Emerg Med,2017,25(1):110.

[11] Nazerian P, Mueller C, Soeiro AM, et al. Diagnostic Accuracy of the Aortic Dissection Detection Risk Score Plus D-Dimer for Acute Aortic Syndromes: The ADvISED Prospective Multicenter Study[J]. Circulation,2018,137(3):250-258.

[12] Dong J, Duan X, Feng R, et al. Diagnostic implication of fibrin degradation products and D-dimer in aortic dissection[J]. Sci Rep,2017,7:43957.

[13] Wang Y, Tan X, Gao H, et al. Magnitude of Soluble ST2 as a Novel Biomarker for Acute Aortic Dissection[J]. Circulation,2018,137(3):259-269.

[14] Nienaber CA, Clough RE. Management of acute aortic dissection[J]. Lancet,2015,385(9970):800-811.

(收稿日期:2020-12-15)