主动脉夹层撕裂_心血管内科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

https://www.100test.com/kao_ti2020/611/2021_2022__E4_B8_BB_E5_8A_A8_E8_84_89_E5_c22_611279.htm 本病系由于血液进入主动脉壁而形成的夹层血肿致夹层分离。病情重，预后较差。多数病变始于升主动脉根部，可扩散到升主动脉，也可自主动脉弓或降主动脉开始向下部延伸到腹主动脉。病因可能与高血压动脉粥样硬化、主动脉狭窄、二叶主动脉瓣等畸形、马方综合征的中层囊性坏死有关。妊娠、创伤亦偶可发生。男性多见。根据生存时间分为急性与慢性。【诊断】1．症状 疼痛如刀割样或撕裂样，随血肿部位延伸，胸痛可转到肩、背或腹腰部及下肢。若疼痛缓解后再现，或有面色苍白、大汗、脉快而细，应注意有血肿扩展或穿破外膜之危险。若血肿延伸到分支，可引起分支血管闭塞而致相应器官的缺血和坏死，累及冠状动脉可致心肌梗死。供应脑的动脉受累，可致脑软化、偏瘫、失语、昏迷。肾动脉受累，可出现血尿或尿闭。腹主动脉或肠系膜动脉受累，可有腹痛、呕吐等。累及主动脉根部可使主动脉瓣关闭不全。若夹层破入心包、胸腹腔、纵隔，可引起该部位的积血。可压迫邻近的喉返神经、颈交感神经、气管，出现相应的受压症状。急性夹层多在2天内向外膜穿破，慢性多生存6周以上，或夹层远端再破入内膜腔而缓解。2．体征 胸部叩诊可有心底部增宽，胸痛发作后出现肢体与周围动脉搏动减弱，血压下降及新的血管杂音等。3.辅助检查 ①x线。主动脉弓增宽，主动脉局部有凸出或隆起。②心电图。无特异性改变。③超声检查。显示主动脉前壁或后壁增宽，主动脉根部有两个前壁或后壁的回声

，彩色多普勒超声可显示主动脉内膜破口，双相异常往返血流等。④主动脉造影。可见主动脉管腔出现不规则的狭窄或显示有两个通道。此外，ct、mri、数字减影血管造影(dsa)对确定病变特点和范围等很有帮助。【治疗】1．急性期应卧床休息2～3周。疼痛剧烈者，可用吗啡、哌替啶或人工冬眠药物、吸氧及抗凝治疗。2．有休克时可输全血、血浆或者晶体液，必要时加用生脉散或升压药。3．有高血压者应降压，收缩压下降2.66～5.32kpa(20～40mmhg)可使胸痛减轻。若动脉夹层始于降主动脉，未发现瘤远端与主动脉腔相通或无分支阻塞时，亦可考虑降压或减低左室收缩力的治疗，可用快速降压药，如硝普钠，开始20ug～50ug/分，逐渐加量，调整至血压达满意水平或用樟磺咪芬（阿方那特）、利血平等，亦可用β-受体阻滞剂。应用降压治疗需注意维持有效灌注压，以免造成远端缺血。4.手术治疗。 若夹层在升主动脉，伴有主动脉瓣关闭不全，有主动脉大分支阻塞，或有破入外膜、胸腔或心包的倾向，或夹层进行性扩大，可考虑血管移植术、开窗术。 100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 www.100test.com