

胸主动脉瘤_心血管外科疾病库 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__E8_83_B8_E4_B8_BB_E5_8A_A8_E8_c22_611366.htm 胸主动脉瘤常由于动脉硬化、创伤、感染及动脉壁中层坏死等因素，导致胸主动脉壁失去正常的结构，中层弹力纤维变性，血管壁变脆，在血流的冲击下，动脉壁向外膨出所致。【诊断】1. 症状 胸主动脉瘤最主要的症状是疼痛，多为钝痛，也可剧痛，夹层动脉瘤发病时常撕裂样疼痛，升主动脉瘤疼痛多在胸骨后，弓降部的胸主动脉瘤多在背部，可放散到肩部和上肢，由于动脉瘤压迫气管、支气管可引起呼吸困难等呼吸道并发症；压迫食管可引起吞咽困难。晚期可由于动脉瘤破裂至气管、支气管或食管，而引起大咯血或呕血，压迫喉返神经可引起声音嘶哑。2. 体征 最常见的体征是在胸、背部可闻及收缩期杂音，如升主动脉瘤合并主动脉瓣关闭不全，可闻及舒张期杂音。偶可见到由于瘤体过大压迫侵蚀胸骨、肋骨、锁骨、椎骨出现骨质破坏，或者胸壁上触及波动性包块。压迫上腔静脉出现上腔静脉阻塞综合征。3. 辅助检查（1）胸部x线：仅可见纵隔阴影增宽或块状影，难以与纵隔肿瘤相鉴别。（2）胸部ct扫描：可显现瘤体与胸主动脉、肺的关系，特别是夹层动脉瘤，ct扫描可区分真腔和假腔。（3）mri：不仅可以判断瘤体的大小，有无夹层，还可以判断瘤体和颈部血管的关系，如有夹层，能确定破口位置。（4）二维超声心动图：可以用胸部超声及食管超声，能大体确定瘤体大小、部位、有无夹层及破口位置等。（5）胸主动脉造影：随着ct、mri及二维超声心动图的发展，有许多病例不需要造影，但个别病例

仍需行该项检查，以便更准确确定手术方案。【治疗】1.手术适应证 不管病因如何，胸主动脉瘤一旦形成，预后恶劣，因此应尽早手术治疗。对于急性夹层或瘤体直径大，且管壁薄弱的动脉瘤要急症手术。对其他动脉瘤，可在做好充分准备下择期手术。如合并其他病变，如主动脉瓣关闭不全等，要同时进行手术处理。2.基本方法 选择胸主动脉瘤手术是一种复杂手术，易对脑、脊髓、腹腔内脏及肾等重要器官产生缺血损伤，手术基本方法要根据病变的部位及瘤体大小来决定。有低温、临时血管旁路、左心转流、全心转流、深低温停循环，深低温低流量灌注等方法供选择。3.手术切口 根据病变部位、范围及手术方法采取适当切口。升主动脉瘤和弓部动脉瘤，手术采用胸部正中切口，对弓部或累及其分支的动脉瘤，可将切口延至颈部以利显露。弓降部和降主动脉瘤，多采用左后外侧切口，可经第四肋间或切除第五肋骨进胸。对于瘤体较长者，可采用一个皮肤切口，分别从两个肋间进胸的方法。4.手术方法 依动脉瘤类型、部位及大小可采用不同的手术方法。（1）囊状动脉瘤切除：动脉瘤累及主动脉壁周径小于50%者，可在动脉瘤颈部用一大弯钳钳夹行切线切除瘤体，用prolene线连续往返缝后关闭切口，若瘤颈部大于50%者，需在瘤体上、下阻断胸主动脉，切除瘤体，用补片修补主动脉壁缺损处。（2）升主动脉瘤切除：病变仅局限在升主动脉，可在体外循环下切除瘤体，并做人工血管移植。合并主动脉瓣关闭不全者，可同时行人工瓣膜置换术。若病变累及冠状动脉开口部，需行bentall手术，即用带瓣人工管道做瓣膜置换和人工血管移植的同时，将左、右冠状动脉移植至人工血管上。（3）弓部主动脉瘤切除：这一手术涉

及头臂动脉、左侧颈总动脉及左侧锁骨下动脉。因此手术的关键是预防脑部缺血并发症。预防方法有深低温停循环、深低温右锁骨下动脉或头臂动脉低流量灌注及上腔静脉逆灌等方法。手术方法是在人工血管移植完成后，将头臂动脉、左侧颈总动脉及左侧锁骨下动脉的开口，剪成一个血管片与人工血管吻合。

(4) 胸降主动脉瘤切除：根据瘤体大小及部位，可采用常温、低温、临时分流及左心转流等方法，对于位于峡部大的胸主动脉瘤，分离多较困难，可在全身转流、深低温停循环下，行动脉瘤切除和人工血管移植术。

(5) 夹层动脉瘤切除：夹层动脉瘤的手术治疗比较困难，特别是Ⅱ型夹层动脉瘤。对于该型动脉瘤，因为破口的入口常在升主动脉，因此先行bentall手术。如果属于Ⅰ型夹层动脉瘤，可以分期解决胸降主动脉瘤和腹主动脉瘤。也可以一次解决胸、腹主动脉瘤，后者创伤大。

5.手术注意事项

(1) 术前要有详细的诊断，包括动脉瘤的类型、原因、部位及大小等，并做好充分的术前准备。

(2) 依据不同的病情选择适当的手术方法。

(3) 注意心、肺、脑、脊髓、腹腔内脏及背功能的保护。

(4) 急性夹层动脉瘤48小时内破裂死亡率可达50%，有条件应急诊做二维超声心动图或mri检查，诊断确定后，急症手术处理。

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