

巨大腹主动脉瘤一例

孙培芳 李春芳 赵永华

【中图分类号】R732.2 【文献标识码】D 【文章编号】1009-0313(2001)04-0279-01

病例资料

患者,女,44岁,持续性腹部隐痛一年余,疼痛于活动时加剧,不伴腹泻和畏寒发热。查体:双上肢 BP: 13.3/9.3kPa, 双下肢 BP: 18.6/10.6kPa。心脏未闻及病理性杂音。腹平坦,无腹壁静脉曲张,肝脾触及增大。左上腹可触及 8cm × 8cm × 13cm 大小包块,且可触及腹部血管搏动,可闻及血管杂音。无股动脉



图1 腹主动脉造影:腹主动脉上、中段管腔呈“S”状迂曲扩张。腹腔动脉、肠系膜上动脉及双肾动脉均显示。腹主动脉中、下段相当于肾动脉开口下方3cm处显示一向左突凸的瘤样扩张影,长径和宽径分别为17cm和10.5cm,形似“胃”。

枪击音,双肾区无叩痛。

实验室检查:血红蛋白 10.2g/dl。心电图正常。

B超:剑突下7cm至髂骨嵴连线水平可见腹主动脉瘤样扩张,大小约 13.4cm × 8.0cm × 8.1cm,前壁明显变薄,后壁厚度正常。

X线检查:①腹部平片(仰卧位):相当于左肾影下缘轮廓不清,左中腹区显示形态不规则,边界不清之略高密度影,占据全中腹区,侧位片该影于脊椎椎体前方。②腹主动脉造影:腹主动脉上、中段管腔呈“S”状迂曲扩张,管壁光整。腹腔动脉、肠系膜上动脉及双肾动脉均显影。肠系膜下动脉显示不清。腹

主动脉中、下段明显向左移位,且显示一巨大动脉瘤,瘤体影长径和宽径分别为 17cm 和 10.5cm,边缘光整,其形态似“胃”充盈影,其内密度均匀,亦无破口或/和夹层动脉瘤所致透亮线影。造影诊断:腹主动脉中、下段巨大动脉瘤(图1)。

手术所见:腹主动脉中、下段极度扩张,长径约 15cm,宽径约 10cm。上至肾动脉开口下方 2~3cm,下至髂动脉分叉,右髂动脉亦轻度扩张。动脉壁较厚,其内膜呈粥样硬化改变。瘤内无血栓,随后以人造带又血管在瘤体分别用滑线与腹主动脉上段、左、右髂动脉行端端吻合术。

病理检查:送检动脉壁由内膜层、肌层、外膜层构成。内膜层可见有明显出血。

术后B超检查:腹腔切面可见原腹主动脉瘤内有人工血管回声,二者管壁光整。

讨论

腹主动脉瘤 90%~95% 由动脉粥样硬化所致,发病者多为 40 岁以上的中、老年人。一般无明显临床症状,当动脉瘤增大时,产生压迫或/和累及腹部血管分支时可产生相应的临床症状,如腹痛、便秘和腹胀等,大的动脉瘤可于腹部触及搏动性肿块,可闻及收缩期血管杂音。上述临床症状和典型体征本例均有,经手术和病理证实为动脉硬化所致。

腹主动脉瘤在影像学检查方面,无论 CT、MRI 和 B 超均可提示,且系无创性检查,在有设备条件情况时可首选检查之。它们对动脉瘤体邻近血管的解剖整体形态及细微结构有时显示尚不足。MRA 因不能清楚显示周围组织,不能为主动脉支架置入术提供解剖参照标记,目前尚未作为该手术前的标准检查方法。选择性腹主动脉造影不仅能显示动脉瘤解剖形态,对于能否作手术治疗或/和术后诊断也可提供重要诊断依据。

近年来由于螺旋 CT(SCT)、磁共振成像技术(MRA 血管成像及增强 MRA)的应用,尤其是新技术的应用,如:曲面重建、最大强度(MIP)投影(重建)、表面遮盖重建(SSD)技术等,对腹主动脉瘤的术前诊断具有重要作用,不仅能显示腹主动脉瘤内的附壁血栓及主动脉的全程和腹主动脉的各主要分支血管影外,而且还可提供腹主动脉瘤与周围组织或/和器官的关系及有无破裂提供重要信息。为了明确腹主动脉瘤的细小分支及侧支循环血管影,在腹主动脉瘤的术前检查方法中,选择性腹主动脉造影仍是当今的金指标之一,应高度重视,千万不可忽视。

作者单位:434000 湖北省,荆州市第一人民医院影像中心
作者简介:孙培芳(1941~),男,湖北人,主任医师,主要从事胸部影像学研究。

(2000-11-17 收稿)