

急性冠脉综合征合并 DeBakey III 型主动脉夹层诊断与治疗一例

王迪, 于红

【中图分类号】R814.41; R814.42; R543.1 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2012)10-1147-02

病例资料 患者,男,39岁,因无明显诱因突发胸骨后及剑突下剧烈压榨性疼痛4h入院,疼痛放射至双侧肩背部、腰部,伴冷汗、恶心、呕吐。患者曾于5年前体力活动后出现过胸闷,无伴随症状,休息后缓解,未予药物及其他治疗。体检:左上肢血压160/80 mmHg,右上肢血压130/80 mmHg;心率58次/分,双肺呼吸音清,心律齐,心界向左下扩大。心电图:窦性心动过缓伴不齐,未见明显ST-T异常;左心室高电压。实验室检查:肌酸激酶同工酶(CK-MB)50 U/L,肌钙蛋白<0.1 ng/ml(2011/5/8);CK-MB 14 U/L,肌钙蛋白0 ng/ml(2011/5/9)。胸片示心影增大。初步诊断:冠状动脉硬化性心脏病。

次日经右侧桡动脉行冠状动脉造影检查,术中见左冠状动脉主干狭窄程度为30%,左前降支近段狭窄程度为99%(图1),可见血栓影,远端心肌梗塞溶栓血流3级。适当准备后于左前降支植入支架1枚,术后给予降压及抗凝治疗。患者仍诉胸部、腰部及背部疼痛,随后进行了心脏超声检查,见主动脉撕裂口,疑诊主动脉夹层;继而进行了全主动脉CTA:见主动脉夹层近端累及左锁骨下动脉起始处,远端累及双侧髂总动脉及其分支,诊断为主动脉夹层 DeBakey III型(图2~3),破口位于距左锁骨下动脉起始处约1.8 cm处延伸至主动脉弓降部外侧。植入冠状动脉支架10 d后经股动脉于主动脉腔内植入覆膜支架,术中见破口位于主动脉弓降部主动脉外侧,经右侧股动脉置入直径36 mm,长16 cm的大动脉覆膜支架,覆膜支架部分覆盖左锁骨下动脉(图4),术后第1天血压140~180 mmHg/45~65 mmHg,继续予以降压治疗,术后第6天心电监护示血压:120~130 mmHg/60~70 mmHg,予以出院。

讨论 急性冠脉综合征与主动脉夹层同属危重急症^[1],早诊断与早治疗是降低病死率的关键。急性冠脉综合征合并主动脉夹层十分罕见,由于均可以剧烈胸痛为主诉,急性冠脉综合征同时合并主动脉夹层很难及时得到同时诊断,容易误诊或漏诊。一直以来,DSA被作为血管疾病的诊断金标准,但近年来MSCT技术迅速发展,具有超薄层厚、快速扫描及后处理技术等优点,DSA已不再作为常规检查,目前对于以胸痛为主诉的鉴别诊断,已广泛开展胸痛三联CTA检查^[2],即一次注射对比剂同时显示肺动脉,主动脉全程及冠状动脉^[3],对于难以诊断及多处血管病变的诊断有很大优势。

本例患者首先虽以剧烈胸痛为主诉,但其双上肢血压不等,不能用单一的急性冠脉综合征解释,应考虑到合并主动脉

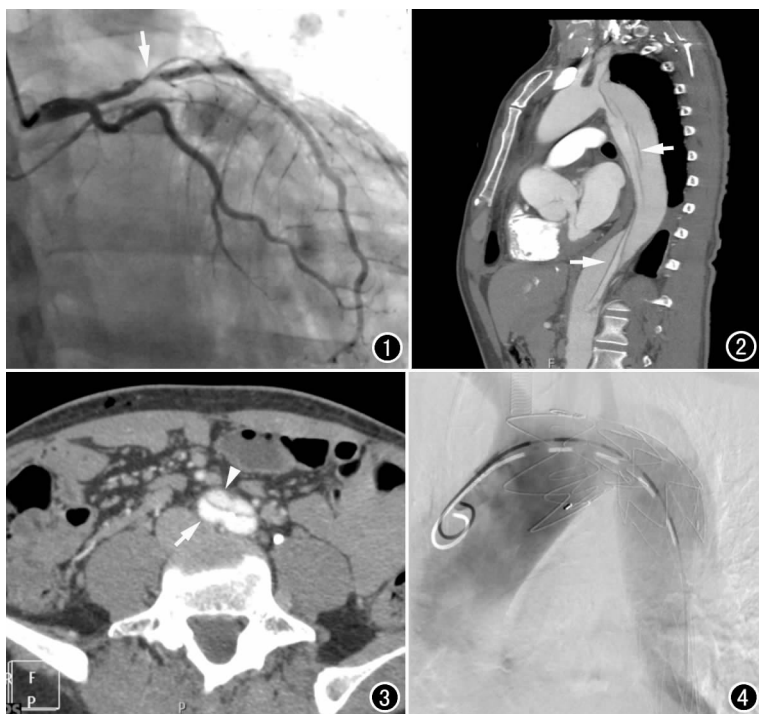


图1 DSA示左前降支近段最狭窄处狭窄程度为99%(箭)。

图2 CTA矢状面重组示主动脉真腔与假腔之间低密度膜样分隔影(箭),呈不规则螺旋走行。图3 横轴面CTA示主动脉真腔(箭)与假腔(箭头)。图4 DSA下主动脉内置入覆膜支架。

夹层或其他大血管病的可能,该患者入院后先后进行了胸片、冠脉血管造影、心脏超声、全主动脉CTA检查及DSA下经股动脉介入手术,多次检查错过了治疗的最佳时机,对预后不利。若该患者入院后进行胸痛三联CTA检查,则可1次检查达到全面诊断的目的,避免了重复检查,且冠脉介入治疗后须抗血小板及抗凝治疗,增加主动脉夹层出血的风险。

对于高危非ST段抬高的急性冠脉综合征患者早期(24h内)介入治疗转归好于晚期介入治疗者^[4]。对于主动脉夹层的首选治疗方法,目前趋于一致的观点为实施DSA下腔内隔绝术^[5],由于二者均适宜介入治疗,文献中报道冠心病合并主动脉夹层的介入治疗,多为覆膜支架腔内隔绝术后行PCI治疗^[6],对于可否1次DSA完成冠状动脉支架植入及主动脉覆膜支架腔内隔绝术,尚未见文献报道,有待进一步探讨。

注:1 mmHg=0.133 kPa

参考文献:

- [1] Meszaros I, Morocz J, Szilvi J, et al. Epidemiology and clinicopathology of aortic dissection[J]. Chest, 2000, 117(5): 1271-1278.
- [2] Johnson TRC, Nikolaou K, Wintersperger SJ, et al. ECG-gated 64-MDCT angiography for the differential diagnosis of acute chest pain[J]. AJR, 2007, 188(1): 76-82.

作者单位:200003 上海,上海市长征医院影像科

作者简介:王迪(1986—),女,黑龙江五大连池人,硕士研究生,主要从事胸部影像诊断工作。

通讯作者:于红, E-mail: yuhongphd@163.com

- [3] Thorsten RCJ, Konstantin N, Alexander B, et al. Dual-source CT for chest pain assessment[J]. Eur Radiol, 2008, 18(4): 773-780.
- [4] Hamir R, M. Sc, Christopher B, William E, et al. Early versus delayed invasive intervention in acute coronary syndromes[J]. NEJM, 2009, 360(21): 2165-2175.
- [5] Doss M, Balzer J, Martens S, et al. Surgical versus endovascular

treatment of acute thoracic aortic rupture: a single-center experience[J]. Ann Thorac Surg, 2003, 76(5): 1465-1469.

- [6] 荆全民, 王效增, 韩雅玲, 等. 主动脉夹层合并冠心病的联合介入治疗[J]. 中国介入心脏病学杂志, 2008, 16(2): 66-69.

(收稿日期: 2011-08-22)

椎管内硬膜外血管母细胞瘤一例

• 病例报道 •

黄亮, 翟昭华

【中图分类号】R445.2; R739.45 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2012)10-1148-01

病例资料 患者, 女, 21 岁。因剖宫产术后 28 h 双下肢感觉、运动突然消失 21 h 入院。既往体健。查体: 左上肢肌力 3 级, 右上肢肌力 4 级; 胸骨角平面以下感觉、运动、反射完全消失, 循环存在。双下肢肌张力低下, 病理征未引出。

颈椎 MRI: C₆-Th₁ 水平椎管内硬膜外长条状异常信号, 大小约 4.0 cm × 0.8 cm × 1.6 cm, 相应层面蛛网膜下腔受压, 脊髓向前受压变窄伴信号异常, 病灶 T₁WI 呈等、稍低信号, T₂WI 呈稍高、低混杂信号, STIR 序列上呈稍高、低混杂信号, 增强后小的壁结节及边缘可见明显均匀强化, 囊变区未见强化, 椎体未见异常信号影(图 1~4)。影像诊断: C₆-Th₁ 水平椎管内髓外硬膜外血肿可能, 累及相应水平脊髓。

手术所见: 肿块位于 C₆-Th₁ 椎管内硬膜外后方, 长约 6 cm 的紫红色占位性病变, 向前压迫硬脊膜, 伴有少量黑色血凝块, 边界清晰, 病变血供丰富。

病理: (C₆-Th₁ 椎管内) 送检物为血块、坏死物及纤维组织, 灶性区域见较丰富的毛细血管, 血管间见体积较大、胞浆空亮的细胞(图 5)。免疫组化: Ⅷ因子(+), CD31(+), CD34(-), CK(-), GFAP(+), Ki-67 阳性细胞率约 5%(图 6)。诊断: C₆-Th₁ 血管母细胞瘤。

讨论 血管母细胞瘤又称毛细血管性血管母细胞瘤、血管网状细胞瘤或毛细血管瘤内皮细胞瘤。是中枢神经系统较少见的良性肿瘤, 起源于中胚叶细胞的胚胎残余组织, 为真性血管性良性肿瘤, 在 2007 年 WHO 分类中归于脑膜肿瘤类中与脑膜有关的其他肿瘤, 由间质细胞和丰富的毛细血管所组成^[1]。血管母细胞瘤多为单发(约占 2/3), 多发者则常见于 von Hippel Lindau (VHL) 综合征患者。可分为大囊小结节型及实质型, 好发于后颅窝, 在椎管肿瘤中血管母细胞瘤较少见, 多发生于脊髓内, 占脊髓原发肿瘤的 1.6%~5.8%。本例发生于椎管内硬脊膜外是极罕见的, 属于大囊小结节型, 瘤周可见流空血管影, 增强后壁结节明显强化, 囊变区未见强化。本例患者为急性起病, 考虑为肿瘤合并出血, 压迫颈段脊髓, 致患者双下肢感觉、运动突然消失, 影像和术中都证实为肿瘤伴出血。首选治疗方案是早期积

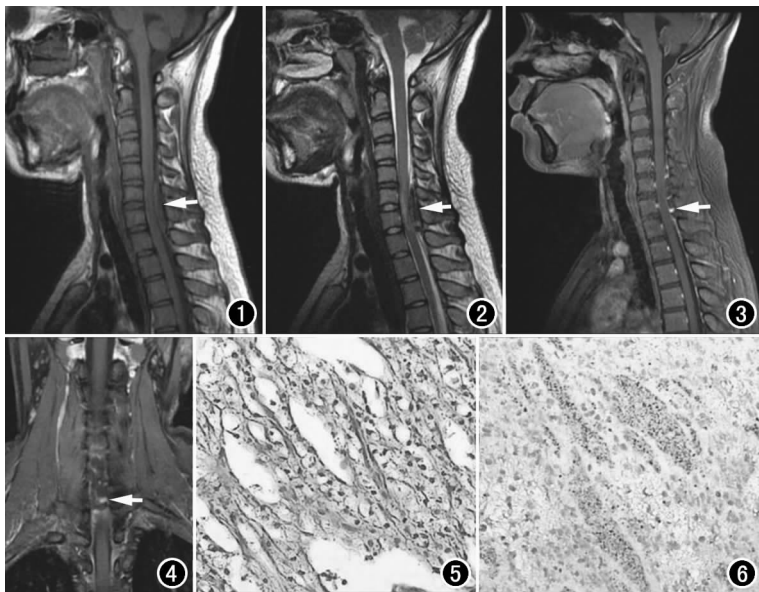


图 1 矢状面 T₁WI 示椎管内硬膜外肿块中心呈稍低信号(箭), 外围呈等信号, 病灶下极见流空血管影。图 2 矢状面 T₂WI 示病灶呈稍高、低混杂信号(箭), 前方脊髓内见片状稍高信号。图 3 矢状面增强扫描示病灶下部一小结节呈明显均匀强化(箭), 周边部及分隔线呈明显线样强化, 中心部未见强化。图 4 冠状面增强扫描示壁结节明显均匀强化(箭)。图 5 镜下示较丰富的毛细血管, 血管间体积较大、胞浆空亮的细胞, 考虑血管母细胞瘤可能(×400, HE)。图 6 免疫组化示Ⅷ因子(+), CD31(+), CD34(-), CK(-), GFAP(+), Ki-67 阳性细胞率约 5%(×400)。

极的椎板切除减压, 清除血肿, 同时行病变切除。但因其病变血供极丰富, 直接手术切除有一定困难。术前血管内介入治疗可有效将供血动脉栓塞, 使瘤体缩小, 减少术中出血, 术中采用显微手术可达到全切的目的。

血管母细胞瘤需与其他椎管内硬膜外肿瘤鉴别, 如转移瘤、淋巴瘤、恶性纤维组织细胞瘤、黑色素瘤等恶性肿瘤, 其次为海绵状血管瘤、胆脂瘤、脊膜瘤、神经源性肿瘤、结核性肉芽肿等。

参考文献:

- [1] 钱银峰, 余永强. 2007 年 WHO 中枢神经系统肿瘤分类及影像学[J]. 实用肿瘤学杂志, 2008, 22(2): 166-169.

(收稿日期: 2011-09-07)

作者单位: 637000 四川, 川北医学院附属医院放射科

作者简介: 黄亮(1981—), 男, 湖南安化人, 硕士研究生, 住院医师, 主要从事中枢神经系统和五官影像诊断工作。