

Sanford B 型主动脉夹层并发应激性十二指肠出血 1 例

阳玉晶 鄢华*

武汉亚洲心脏病医院心内科,湖北武汉 430000

关键词 主动脉夹层 应激性溃疡; 出血 精神障碍

中图分类号 R543.1 **文献标识码** D **DOI** 10.11768/nkjwzzzz20230123

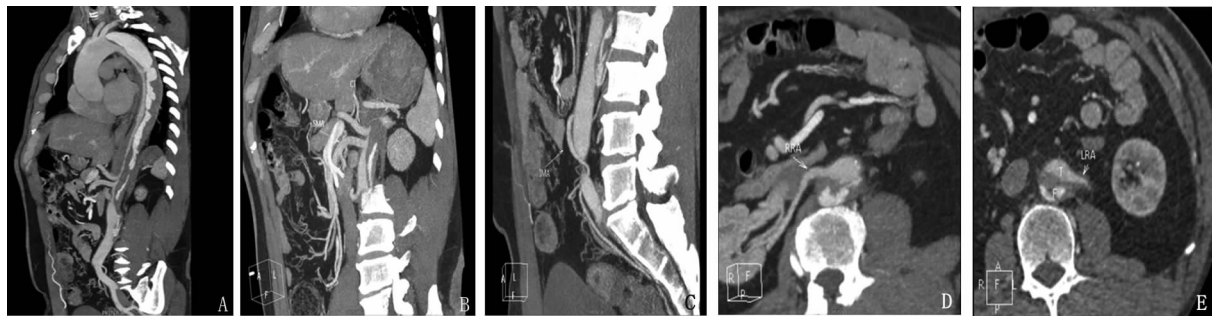
病例资料

患者男性,57 岁,因“胸背痛 3 小时”于 2020 年 5 月 1 日入武汉亚洲心脏病医院。患者就诊当日清晨 5 点突发胸痛,位于胸骨中段,呈绞痛,向后背放射,伴出汗,无心悸、恶心、呕吐,无头晕、黑矇、晕厥,无发热、咳嗽、咳痰、咯血,无腹痛、腹胀等不适症状,持续半小时稍缓解,遂至当地医院就诊,测血压 217/133 mmHg,胸部 CT 提示“降主动脉密度不均匀,并可见钙化斑内移,疑为主动脉夹层”,予以降压、止痛治疗后由 120 送至武汉亚洲心脏病医院急诊,床旁心脏彩超提示“左房稍大,室间隔增厚,升主动脉增宽,左室舒张功能减退,降主动脉夹层[建议主动脉计算机断层血管造影(computed tomography angiography,CTA)进一步明确]”,收入院。

既往有血压偏高,未诊治。入院查体:T 36.6℃,P 105 次/min,R 19 次/min,BP 144/87 mmHg(右上肢)。神志清楚,颈静脉无怒张,双肺呼吸音清,未闻及明显干湿性啰音,心界不大,HR 105 次/min,律齐,心音正常,无杂音,腹平软,无压痛及反跳痛,肝脾肋下未触及,双下肢无水肿。入院时白细胞计数 $13.8 \times$

$10^9/L$,中性粒细胞百分比 90.6%,血红蛋白 122.2 g/L,血小板 $133 \times 10^9/L$,D-二聚体 18.3 $\mu g/mL$,肌酐 220 $\mu mol/L$,尿素氮 10.99 mmol/L,肾小球滤过率 28 mL/min,总胆固醇 5.42 mmol/L,低密度脂蛋白胆固醇 3.7 mmol/L,甘油三酯 2.93 mmol/L,尿蛋白卅,肌钙蛋白 I、N 末端脑钠肽前体、肝功能、电解质、凝血功能、甲状腺功能、血沉、糖化血红蛋白、粪便常规及隐血未见明显异常。大血管 CTA 提示“主动脉夹层(Stanford B 型),夹层累及双肾动脉”见图 1。

入院后患者时而烦躁不安、时而沉默寡言,间断诉背痛,期间血红蛋白进行性下降(从 122 降至 92 g/L),5 月 5 日及 11 日大便均为黄色软便,镜下未见红细胞,其中 11 日大便隐血提示血红蛋白阳性、转铁蛋白阴性,予以控制血压、心率(乌拉地尔、艾司洛尔)、镇静(右美托咪定)、改善内脏缺血(罂粟碱)及抑酸护胃(耐信)等对症支持治疗,于 5 月 14 日在全麻下行颈-颈转流+胸主动脉腔内隔绝术。术后患者缄默少语,无腹痛、腹胀、呕血、黑便等不适主诉,但血红蛋白仍呈进行性下降。颈部彩超未见血肿,复查大血管 CTA 未见假腔扩大。于 5 月 17 日开始间断解暗红色血便,予以止血、反复输血,血红蛋白仍不能维持

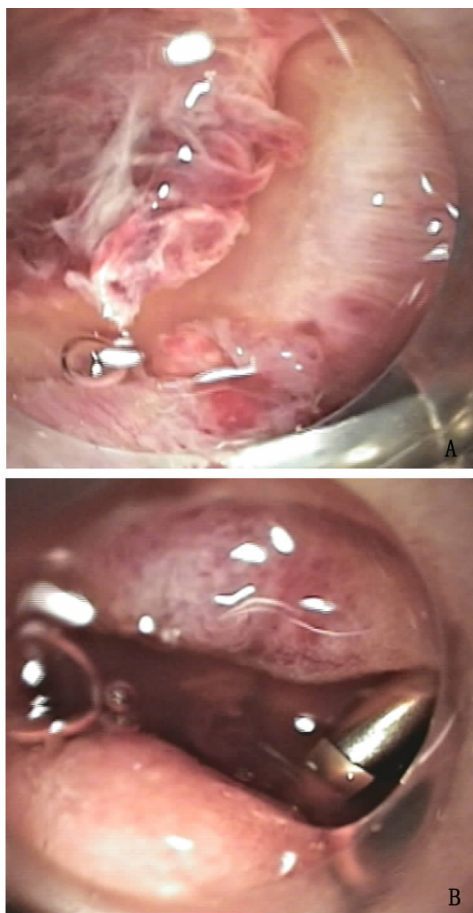


注:A)降主动脉夹层,真腔小,假腔大图;B)腹腔干及肠系膜上动脉起自真腔;C)肠系膜下动脉起自真腔;D)右肾动脉大部分起自真腔;E)左肾动脉大部分起自假腔

图1 大血管 CTA

* 通信作者:鄢华,E-mail:yanhua0807@aliyun.com,湖北省武汉市江岸区京汉大道 753 号

70 g/L,肌酐 292 $\mu\text{mol/L}$, 尿素氮 32.6 mmol/L, 肾小球滤过率 20 mL/min。多方会诊考虑小肠出血,5 月 21 日腹腔动脉造影未见明显出血征象,同日转外院电子胃镜提示十二指肠溃疡活动性出血,见图 2。予以内镜下注射止血药+钛夹+氩气电灼+喷洒止血治疗后病情稳定,术后恢复良好出院。



注:A)十二指肠溃疡活动性出血;B)十二指肠溃疡活动性出血治疗后

图2 电子胃镜

讨 论

应激性溃疡是机体在应激状态下发生的急性胃肠道黏膜糜烂、溃疡等病变,严重时有出血、穿孔,常见于各类严重创伤、危重疾病或严重心理疾病使原有疾病加重,增加其死亡率^[1]。研究显示,在重症监护室中危重症患者发病 24h 即可发生应激相关的胃肠道黏膜损伤,并发出血的发生率平均为 8%,并发穿孔的发生率为 1%^[2]。据我国流行病学研究数据显

示,急性胃黏膜病变已经是我国上消化道出血的第二常见原因^[3]。应激性溃疡作为各类应激状态下的伴随疾病,往往容易被原发疾病掩盖,易被忽略。

主动脉夹层多发于青壮年患者,起病突然,进展快,死亡率高^[4]。此患者为 Stanford B 型主动脉夹层,病情危重,夹层仅累及双肾动脉,导致肾脏缺血、肾功能恶化,未累及腹腔干及肠系膜上、下动脉,但假腔扩大,真腔受压,胃肠道灌注减少引起局部缺血、缺氧,且机体处于应激状态,胃肠功能紊乱,胃肠黏膜防御功能下降,引起应激性溃疡,甚至出血、穿孔。起病初,患者无腹痛、腹胀、呕血、黑便等消化道症状,大便亦呈黄色软便,而血红蛋白下降可为假腔血栓机化所致,因此早期难以识别。而随着原发疾病趋向稳定,血红蛋白仍下降,且开始解大量暗红色大便,镜下满视野红细胞,使得应激性消化道出血得以明确。

此例应激性溃疡,究其病因,除外原发本身这一应激因素,此患者在主动脉腔内隔绝术后开始解大量暗红色大便,血红蛋白呈断崖式下降,故手术亦可能是其消化道出血的重要因素。另外,此患者精神症状明显,可能心理因素也参与了应激性溃疡的发生。在临床工作中,除针对原发疾病的治疗外,预防性的使用质子泵抑制剂或组胺-2 受体抑制剂,对有精神症状的患者,进行有效的心理学干预,可有效预防应激性溃疡的发生^[5,6],促进疾病的恢复。

参 考 文 献

- 1 柏愚,李延青,任旭,等. 应激性溃疡防止专家建议(2018 版本)[J]. 中华医学杂志 2018,98(42):3392-3395.
- 2 Bardou M,Quenot JP. Stress-related mucosal disease in the critically ill patient[J]. Nat Rev Gastroenterol Hepatol,2015,12(2):98-107.
- 3 王海燕,顿晓熠,柏愚,等. 中国上消化道出血的临床流行病学分析[J]. 中华消化内镜杂志,2013,30(2):83-86.
- 4 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]. 中华胸心血管外科杂志,2017,33(11):641-654.
- 5 Young PJ, Bagshaw SM, Forbes AB, et al. Effect of stress ulcer prophylaxis with proton pump inhibitors vs histamine-2 receptor blockers on in-hospital mortality among ICU patients receiving invasive mechanical ventilation: The PEPTIC Randomized Clinical Trial[J]. JAMA,2020,323(7):616-626.
- 6 World Health Organization. Guidelines for the management of conditions specifically related to stress[J]. Geneva:WHO,2013.

(2020-07-07 收稿 2022-12-13 修回)