

· 短篇及病例报道 ·

# 腹主动脉瘤误诊卵巢囊肿蒂扭转 1 例

寇 雉, 李林飞, 蒋德玉, 段海真

(遵义医学院附属医院急诊科, 贵州遵义 563003)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2014.02.051

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2014)02-0256-01

腹主动脉瘤病情极其危重, 早期发现、早期诊断及早期治疗对患者预后具有重要意义。

## 1 临床资料

患者, 女, 务农, 58 岁, 因“腹痛 1 d, 加重伴恶心呕吐 2 h”就诊于当地县医院。1 d 前患者无明显诱因出现中、下腹痛, 为持续性胀痛, 无放射痛, 无呕吐、腹泻及发热, 曾自行服用“止痛片”(具体不详)后, 腹痛未见缓解。2 h 前, 患者于干农活时腹痛加重, 为撕裂样疼痛, 放射至会阴部, 伴恶心、呕吐数次, 均为胃内容物, 遂于当地县医院妇科就诊。当地县医院体格检查情况不详。行腹部 B 超检查提示“左侧卵巢囊肿蒂扭转”, 遂于当地医院妇科完善术前常规检查, 急诊行“卵巢囊肿蒂切除术”。术中发现双侧附件及子宫完整, 左下腹可见搏动性包块, 与周围组织无明显粘连。遂术中请该院普外科会诊, 普外科探查: 腹腔空腔脏器及实质脏器完整。考虑腹主动脉瘤, 立即关闭腹腔后急诊转本院治疗。患者否认既往高血压病、糖尿病、肺结核等病史, 已停经 10 多年。入院查体: T 36.5 °C, HR 74 次/分, R 20 次/分, BP 124/86 mm Hg, SPO<sub>2</sub> 92% 神志清楚, 精神萎靡, 面色苍白, 查体合作。双肺呼吸音粗, 未闻及干湿性啰音。心界不大, 心律齐, 各瓣膜听诊区未闻及杂音。腹膨隆, 下腹可见敷料包扎, 干燥, 未见渗血渗液。全腹压痛, 左下腹明显, 无明显反跳痛及肌紧张, 左下腹可扪及约 8 cm×7 cm 大小搏动性包块, 边界不清, 移动性浊音阳性, 未闻及明显血管杂音。肠鸣音 3 次/分。双下肢未见水肿。立即予以吸氧、持续心电血压监护、持续指脉氧监测、持续呼吸末二氧化碳监测、建立静脉通、止痛、维持血压及心率稳定、胃肠减压、留置导尿等。完善床旁心电图、腹部彩超、腹部 CT 检查(平扫及增强)、血常规、凝血功能、输血前 ICT、肝炎 6 项、备血等术前检查。床边心电图结果未见异常。腹部彩超提示: 肝区光点增粗、腹腔积液(最深处 12 mm)、腹腔部分肠管扩张、积液。腹部 CT 结果提示: 主动脉下段增粗, 最大横径 81 mm, 受累血管长度 100 mm, 腹膜后见较大片高密度影, 最大 CT 值 53 HU。CT 印象: 腹主动脉瘤并周围血肿, 疑动脉瘤破裂, 腹膜后血肿, 腹腔少量积液, 肠管普遍扩张。血常规: 白细胞  $14.26 \times 10^9/L$ 、中性粒细胞 0.89、血红蛋白 94 g/L、红细胞  $2.66 \times 10^{12}/L$ 、红细胞比积 0.27, 凝血功能未见异常。请胸心外科会诊, 急诊行“腹主动脉瘤切除+人工血管置换术”。术后患者于胸心外科痊愈后出院随诊(患者于胸心外科治疗后, 出院随诊)。

## 2 讨 论

腹主动脉瘤临床常见, 发病率占扩张性动脉疾病的第一位。该疾病特点为腹主动脉局限性、永久性扩张, 一旦瘤体破裂, 死亡率高达 70%~90%。其形成的直接原因是: 动脉壁弹力纤维损伤、降解致腹主动脉壁强度下降而局限性膨出成瘤<sup>[1]</sup>。该病通过详细询问病史再结合体格检查发现脐周及左上腹搏动性肿物常可作出初步诊断。腹主动脉瘤的检查方法有以下 7 种: (1) 腹部触诊: 准确性最低。(2) 腹部 X 线片: 若见典型卵壳形钙化阴影, 多数可以确立诊断, 但是, 大约 1/4 患者不显示此征象。(3) 超声检查: 具有准确性高、操作简便特点, 可清晰显示腹主动脉瘤外形及其附壁血栓等, 是目前优选

诊断方法。(4) 腹主动脉造影: 透光性附壁血栓可掩盖动脉瘤的实际宽度, 检查准确率不高, 但因其可为手术提供有益的资料, 故仍未术前须进的检查。(5) DSA: 不需使用造影剂, 检查结果与腹主动脉造影类似。(6) CT: 较二维超声更能清晰显示瘤体及腹主动脉瘤与周围组织结构的关系, 但花费高, 操作费时。(7) MRI: 诊断价值类似超声波。不过, 现在新一代 MRI 成像时间较前大为缩短<sup>[2]</sup>。腹主动脉瘤如不治疗不可能自愈, 因此提倡早期诊断、早期治疗<sup>[1]</sup>。腹主动脉瘤多发生于老年人, 据报道为 3~117/10 万, 男女比例约为 4:1~6:1。随着大众饮食结构改善、社会老龄化出现及高血压、动脉硬化性发病率的不断上升, 腹主动脉瘤发病率也日益上升。

误诊原因分析: 由于对腹主动脉瘤认识不足, 缺乏了解。诊治思维单一, 视野不开阔, 临床知识及经验不足, 局限于本学科的常见病及多发病, 而忽略了可能与其他学科相关联的少见病。腹主动脉瘤与卵巢囊肿蒂扭转, 都为急腹症, 均有突发的腹部疼痛及包块。腹主动脉瘤出现疼痛时, 主要表现为腹部、腰背部疼痛, 疼痛性质不一, 多为胀痛或刀割样疼痛。卵巢囊肿蒂扭转腹痛的典型症状是突然发生一侧下腹剧痛, 常伴恶心、呕吐甚至休克。体格检查时, 卵巢囊肿蒂扭转形成的包块为无搏动性、张力较大。而腹主动脉瘤形成的包块具有搏动性。本例腹主动脉瘤患者, 当地医院妇科医生根据病史、体格检查及妇科 B 超检查, 以及临床经验认为是妇科的常见急腹症, 根据治疗原则积极选择手术治疗。但由于 B 超医生的诊断水平以及妇科医生病史的采集、体格检查不仔细, 以及思维局限, 导致制定手术方案时没有充分评估到患者除本学科疾病外, 还可能存在其他学科急腹症的可能。手术治疗没有达到治疗疾病的预期目的, 反而增加了患者的痛苦及治疗费用, 同时也无限增大了手术治疗的风险。

因医生临床经验及医疗条件的限制, 在本病的诊断治疗上, 基层医院存均在一定的难度。在血管彩超、CTA 及 DSA 检查缺乏的情况下, 更应注重病史采集及体格检查, 尽量减少误诊率。如果在体格检查时, 腹部触及搏动性包块, 同时听诊闻及血管杂音, 诊断上应考虑腹主动脉瘤可能, 运用已有的医疗资源(如 CT、B 超等)尽快明确诊断, 同时予以积极控制血压及心率, 维持生命体征平稳, 必要时予以止痛治疗。迅速完善术前准备, 手术治疗。不具备手术条件的基层医院, 在积极控制血压及心率, 维持生命体征平稳的同时, 立即请上级医院会诊, 协助治疗。或在有条件及患者病情允许的情况下, 就近就快转上级医院进一步治疗。

## 参考文献:

- [1] 吴在德, 吴肇汉. 外科学[M]. 7 版. 北京: 人民卫生出版社, 2010: 596.
- [2] 张学智, 温莲玲. 腹主动脉瘤破裂误诊分析 1 例[J]. 中国社区医师: 医学专业, 2012, 9(14): 294.

(收稿日期: 2013-09-03 修回日期: 2013-11-18)