



主动脉夹层

汇报人：医学生文献学习



主动脉夹层

概述

- ✓ 主动脉的血管壁由内膜、中膜和外膜三层结构组成。
- ✓ 在各种因素导致主动脉内膜撕裂后，管腔内高速流动的血液将从撕裂口进入管壁中层，并沿血管长轴方向延伸，形成真、假两腔的病理状态，称为主动脉夹层（aortic dissection, AD）。
- ✓ 主动脉夹层是一种心血管急危重症，具有发病急、死亡率高的特点。
- ✓ 若未能及时诊治，48 小时内死亡率高达 50%，致死原因包括夹层破裂、进行性纵隔或腹膜后出血、急性心力衰竭等。



主动脉夹层

流行病学

- ✓ 部分病人出现院前死亡，未进行尸体解剖时常无法准确判断其死因，从而难以获得准确的流行病学资料。
- ✓ 据推算，主动脉夹层的年发病率约为 $(2.6 \sim 3.5) / 10$ 万，男性占 65%~75%，冬春季发病率更高。
- ✓ 在我国，主动脉夹层好发于 50~60 岁，早于欧美人群的 60~70 岁，可能与我国人群的高血压知晓率、控制率和达标率较低有关。



主动脉夹层

病因

主动脉夹层的病因可分为基因异常、退行性和创伤性三类：

- ✓ 基因异常相关的主动脉夹层可以是综合征的一部分，如 Marfan 综合征、Loeys-Dietz 综合征、血管性 Ehlers-Danlos 综合征或 Turner 综合征；也可以是非综合征型，如二叶主动脉瓣、家族性胸主动脉瘤等。
- ✓ 退行性主动脉夹层具有散发性，临床最为常见，不与任何已知的基因异常有关。
- ✓ 创伤性主动脉夹层可能与钝性损伤或医源性损伤（如主动脉内球囊反搏泵置入、心脏瓣膜及主动脉手术）有关。



主动脉夹层

病理

- ✓ 主动脉夹层大多数是由于主动脉内膜撕裂后血液进入中层，也有部分病人是由于中层滋养动脉破裂，形成血肿后压力过高撕裂内膜所致。
- ✓ 内膜撕裂口多位于窦管交界处或锁骨下动脉附近，这些区域具有较高的剪切力。
- ✓ 夹层在向近端或远端延伸过程中，可能会出现真腔受压，分支血管灌注不良，造成相应的脏器缺血。



主动脉夹层

发病机制

- ✓ 主动脉夹层的发病机制尚未完全清楚。
- ✓ 基质金属蛋白酶活性增高，从而降解主动脉壁的结构蛋白，可能是主动脉夹层的发病机制之一。
- ✓ 组织学可见主动脉中层胶原蛋白变性、弹力纤维断裂、平滑肌局灶性丧失、中层空泡变性并充满黏液样物质，慢性期可见纤维样改变。

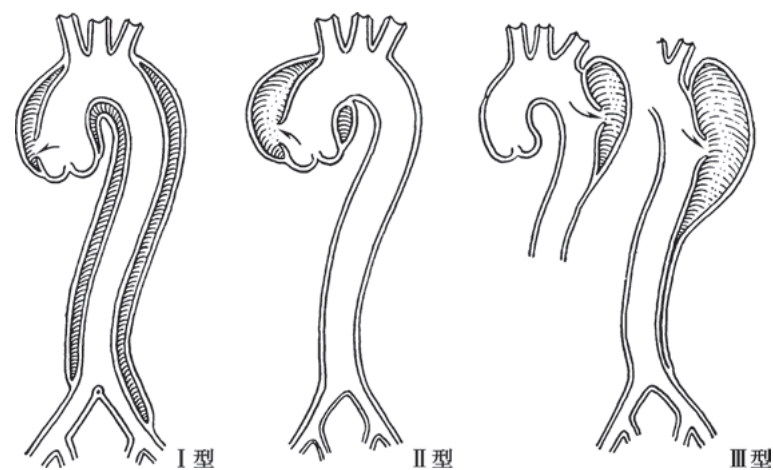


主动脉夹层

分型及分期

根据夹层起源和主动脉受累部位，可将主动脉夹层按 De Bakey 系统分为三型：

- ✓ I 型：夹层起源于升主动脉，扩展超过主动脉弓到降主动脉，甚至腹主动脉，此型最多见。
- ✓ II 型：夹层起源并局限于升主动脉。
- ✓ III 型：病变起源于降主动脉左锁骨下动脉开口远端，并向远端扩展，可直至腹主动脉（IIIa 型：仅累及胸降主动脉；IIIb 型：累及胸、腹主动脉）。



主动脉夹层 De Bakey 分型示意图

主动脉夹层

分型及分期

Stanford 分型将主动脉夹层分为 A、B 两型：

- ✓ 无论夹层起源于哪一部位，只要累及升主动脉者称为 A 型，相当于 De Bakey I 型和 II 型；
- ✓ 夹层起源于胸降主动脉且未累及升主动脉者称为 B 型，相当于 De Bakey III 型



主动脉夹层

分型及分期

- ✓ 主动脉夹层的临床分期，一般认为：
 - 起病 2 周内为急性期
 - 2 周至 3 个月为亚急性期
 - 超过 3个月者则为慢性期
- ✓ 体检偶然发现的无症状者通常归为慢性期。



主动脉夹层

临床表现

本病临床表现取决于主动脉夹层的部位、范围和程度、主动脉分支受累情况、有无主动脉瓣关闭不全以及向外破溃等并发症。

- （一） 疼痛
- （二） 血压变化
- （三） 心血管系统
- （四） 脏器或者肢体缺血
- （五） 压迫症状



主动脉夹层

临床表现

(一) 疼痛

- ✓ 疼痛是本病最主要和常见的表现。
- ✓ 超过 80% 的病人有突发前胸或胸背部持续性、撕裂样或刀割样剧痛，疼痛剧烈难以忍受，部位往往与夹层病变的起源位置密切相关。
- ✓ Stanford A 型多表现为胸背痛；Stanford B 型则多表现为背痛、腹痛，但两者疼痛部位存在交叉。
- ✓ 夹层撕裂累及髂动脉、股动脉时，可出现下肢疼痛。
- ✓ 部分病人虽然发生夹层但无明显疼痛，如接受激素治疗或者起病缓慢者。



主动脉夹层

临床表现

(二) 血压变化

- ✓ 大多数病人合并高血压，且双上肢或上下肢之间血压相差较大。
- ✓ 若出现心脏压塞、血胸或冠状动脉供血受阻而引起心肌梗死，则可能表现为低血压。
- ✓ 夹层破裂出血表现为严重休克



主动脉夹层

临床表现

(三) 心血管系统

1. 主动脉瓣关闭不全和心力衰竭
 - ✓ 约半数 Stanford A 型主动脉夹层病人出现主动脉瓣关闭不全。
 - ✓ 心前区可闻及典型叹气样舒张期杂音且可发生充血型心衰，但在心衰严重或心动过速时杂音可不明显。
2. 心肌梗死
 - ✓ 夹层近端的内膜片撕裂后，可能会遮盖冠状窦口，导致急性心肌梗死；
 - ✓ 多数影响右冠状动脉窦，因此多见下壁心肌梗死。
3. 心脏压塞



主动脉夹层

临床表现

(四) 脏器或者肢体缺血

1. 神经系统缺血

- ✓ 夹层累及颈动脉、无名动脉可造成脑部缺血，病人可有头晕、一过性晕厥、精神失常，严重者发生缺血性脑卒中。
- ✓ 向下延伸至第 2 腰椎水平，可累及脊髓前动脉，出现截瘫、大小便失禁等。

2. 四肢缺血

- ✓ 累及腹主动脉或髂动脉可表现为急性下肢缺血。
- ✓ 体检常发现脉搏减弱、消失，肢体发凉和发绀等。



主动脉夹层

临床表现

（四） 脏器或者肢体缺血

3. 内脏缺血

- ✓ 肾动脉供血受累时，可出现腰痛、血尿、少尿、无尿以及其他肾功能损害症状。
- ✓ 肠系膜上动脉受累可引起肠坏死。
- ✓ 黄疸及血清氨基转移酶升高则是肝动脉闭塞缺血的表现。



以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：
<https://d.book118.com/078021012003007005>