

固定相对于简单“皮钉”固定具有压力均匀、持续可靠、加压范围大、不影响术区皮瓣血运等优点,且利于术区皮瓣与创面基底贴合及加快术区创面愈合。

综上所述,腋臭修剪刮除术后分区包扎法是一种切实可行的治疗方法,且具有操作简单,效果可靠,是治疗腋臭及其血肿的有效方法之。

参考文献:

[1] Liu X, Mao T, Lei Z, et al. A simple and practical method for axillary osmidrosis resection[J]. J Plast Reconstr Aesthet Surg, 2010, 63(4): e420-421.

[2] 杨亚东, 黄应霞, 鲁元刚, 等. 单纯大汗腺清除术治疗腋臭 368 例回顾性研究[J]. 重庆医学, 2008, 37(5): 518-519.

[3] 苏新, 王立夫, 章宏伟. 小切口皮下修剪法治疗腋臭 92 例体会[J]. 医学理论与实践, 2009, 22(12): 1471.

[4] 惠自兵, 刘晓伟, 樊东力, 等. 腋窝小切口皮下汗腺剪除与边缘搔刮术治疗腋臭 86 例[J]. 重庆医学, 2010, 39(19): 2689-2690.

[5] 陈宇, 樊东力, 王韶亮, 等. 双蒂瓣腋臭根治术的临床体会[J]. 实用医学杂志, 2010, (10): 1854.

(收稿日期: 2010-05-17 修回日期: 2010-10-17)

· 短篇及病例报道 ·

腹主动脉夹层动脉瘤误诊为消化道急症 3 例报道

肖 潇, 陈东风[△]

(第三军医大学野战外科研究所消化内科, 重庆 400042)

doi: 10.3969/j.issn.1671-8348.2011.13.050

文献标识码: C

文章编号: 1671-8348(2011)13-1351-02

腹主动脉夹层动脉瘤(abdominal aortic aneurysm, AAA)是指由于各种原因造成的主动脉壁内膜破裂,血流沿内膜与中层之间纵行剥离而形成的壁内血肿。一旦破裂出血,抢救非常困难,是少见而严重的血管疾病^[1]。它是一种常见的危及生命的动脉退行性病变,在 65 岁以上男性的死亡原因中居第 10 位^[2],因此成为血管疾病的严重急症。大多数腹主动脉夹层动脉瘤前期都是无症状的,体格检查难以发现,并且临床表现复杂,容易漏诊和误诊。有些 AAA 发作时表现为消化系统症状,而首诊为消化系统疾病^[3]。本科自 2009 年 9 月至 2010 年 1 月共收治 3 例 AAA 患者,现报道如下。

1 临床资料

例 1: 女, 63 岁, 因“腰背部疼痛 18 h, 呕血、血便 15 h”于 2009 年 9 月 5 日急诊入院。入院前 18 h, 因头痛口服头痛粉 2 包后出现腰背部持续性疼痛, 伴胸闷、气短, 遂到当地医院就诊。心电图提示 ST-T 压低; 血清肌钙蛋白正常; 胸腹部 CT 提示双肺无异常, 脂肪肝, 升主动脉及主动脉弓稍增粗, 腹主动脉无异常; 头颅 CT、泌尿系超声均未发现明显异常。3 h 后出现中上腹持续隐痛, 伴恶心、呕吐, 呕吐 1 次, 量约 100 mL, 呕吐胃内容物中混有鲜红色血液; 解暗红色血便 2 次, 总量约 100 mL。为进一步诊治转入本院。既往体质一般。5 年前行阑尾切除术, 恢复良好; 2 个月前外院诊断有冠心病, 自服中药。查体: 端坐位。体温 36.7℃, 脉搏 104 次/分, 呼吸 22 次/分, 血压 100/75 mm Hg。神志清楚, 精神萎靡。全身重度贫血貌。上腹部压痛, 无反跳痛及肌紧张, 肠鸣音正常。经过抑酸、止血、输血等处理后, 患者于入院第 2 天未再呕血、黑便, 但腰背痛无缓解。腹部超声提示胰腺周围低回声, 为进一步诊治行腹部增强 CT, 提示腹主动脉广泛夹层动脉瘤, 当晚转入心外科。入院第 3 日清晨, 患者突发意识丧失, 心率、血压持续下降, 抢救无效最终死亡。

例 2: 男, 53 岁, 因“上腹痛 4 d, 加重 3 h”于 2009 年 11 月 30 日晚急诊入院。入院前 4 d, 因劳累后出现上腹持续性隐痛, 向肩背部及腰部反射, 与体位无关, 无腹胀、腹泻、恶心、呕吐, 不伴反酸、嗝气、呕血、黑便、发热等不适, 大、小便正常。当

地医院查三大常规、血尿淀粉酶均正常; B 超提示胆囊结石; 建议胃镜检查, 患者拒绝。予以抑酸、胃黏膜保护、消炎利胆等口服药物治疗, 病情无改善。入院前 3 h 腹痛加重, 急诊入院。患者体质良好, 无特殊疾病史。查体: 血压 150/89 mm Hg。神志清楚, 精神差, 心、肺无明显异常。腹平、软, 中上腹轻压痛, 无反跳痛及肌紧张, 肠鸣音稍减弱。复查血、尿常规、血淀粉酶及脂肪酶均正常, 心电图亦正常。急诊胸、腹部 X 线片未见明显异常。遂急诊行全腹部增强 CT, 提示主动脉夹层上界为主动脉弓, 下界累及肠系膜下动脉以下, 破口 2 处分别位于主动脉弓及腹主动脉上段(图 1A)。诊断明确, 于次日清晨转心外科手术, 急诊行主动脉、腹主动脉夹层腔内支架隔绝术, 术后予控制血压、预防感染等治疗, 恢复良好, 于术后 7 d 出院。

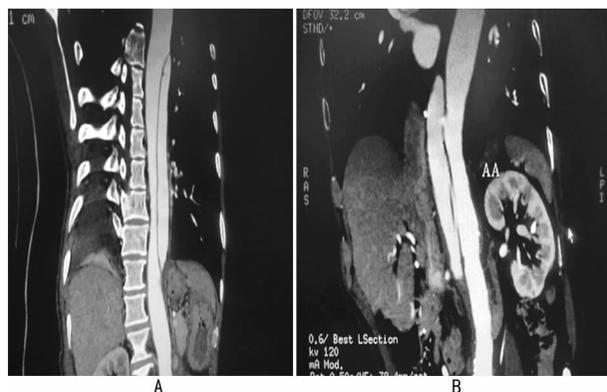


图 1 主动脉瘤 CT 表现

例 3: 男, 78 岁, 因“中上腹痛 4 h”于 2010 年 1 月 9 日入院。入院前 4 h 无明显诱因出现中上腹持续性疼痛, 勉强能忍受, 无阵发性加剧, 伴背部牵涉痛, 无腹胀、腹泻、恶心、呕吐、反酸、嗝气, 不伴呕血、黑便、心悸、胸闷、呼吸困难、发热、意识障碍等不适, 肛门未排便、排气。为进一步诊治急诊入院。平时体质良好, 无特殊疾病史。查体: 血压 148/88 mm Hg。神志清楚, 精神差, 半坐位。心肺未见明显异常。腹部平坦, 全腹软, 中上腹压痛, 无反跳痛及肌紧张, 肝、脾无肿大, 肝、脾、双肾区无叩痛, 肠鸣音稍减弱。血常规提示白细胞升高(15.63 ×

$10^9/L$)。尿常规提示白细胞(-)、蛋白(+)、潜血(+)、红细胞计数 79.3 个/ μL 。ECG 可见窦性心律、完全性右束支传导阻滞。腹部立卧位片未见明显异常。入院后查肝肾功能、血脂肪酶、血淀粉酶等指标均正常。急诊上腹部彩超(肝胆胰脾双肾输尿管、阑尾)未发现明显异常。急诊全腹部增强 CT,提示 T₀至腹股干动脉平面查见主动脉夹层(图 1B),转心外科行胸腹主动脉夹层腔内支架隔绝术,术后予控制血压、预防感染及对症、支持等治疗,患者恢复良好,于术后 10 d 出院。

2 讨 论

AAA 的发生机制复杂,突发疼痛为其典型的症状。疼痛多位于腹部和(或)腰背部,常呈移行性疼痛,波及肋胸部及腹股沟,为突发的剧烈撕裂样锐痛,不能忍受并呈持续性,患者常伴有窒息感甚至濒死的恐惧,强效镇痛剂如吗啡亦难以缓解疼痛。其他症状可伴有晕厥、大汗淋漓、呼吸困难、恶心、呕吐等。当发生急骤的大出血后,常常出现血压迅速下降,颜面苍白、皮肤湿冷、脉搏浅快、少尿或无尿等休克表现。部分患者还可因急性缺血、瘤体内附壁血栓脱落、血液刺激肠管和神经等出现腹泻、下肢缺血、疼痛等表现。腹部膨胀性搏动性肿块是该病的典型体征。此外,体检中还可发现腹部膨隆、揉面感、移动性浊音、肠鸣音亢进等。

随着现代影像学的迅速发展,影像学检查成为确诊本病的一种手段,具有重要价值。目前有螺旋 CT 动脉造影(CTA)、彩色多普勒超声、磁共振血管造影(MRA)、数字减影血管造影(DSA)等多种方法可供选择。很多情况下临床表现并不典型,给诊断造成一定困难,容易误诊为急腹症。临床医生对该病认识不足,缺乏经验。在诊断过程中思维单一,局限于胆石症、胰腺炎、心肌梗死等常见病和多发病,缺乏扩展思维,从而造成误诊。血压降低、休克是该病的主要表现之一,但缺少经验的医生也可能轻易地将其归因于心肌梗死、感染或是迷走神经反射。尤其是对既往有高血压的患者发生突发胸背部疼痛,镇痛药不能缓解;疼痛伴休克样症状,而休克表现与两侧血压不相

称;短期内出现心脏杂音、四肢血压不对称等常见疾病不能解释者均应考虑到本病的可能^[4]。

一旦确诊,在观察期间应严格戒烟,同时注意控制血压和心率,口服 β 受体阻滞剂可以降低动脉硬化,减缓夹层动脉瘤的扩张速度,有效降低破裂率,减少围术期不良心脏事件导致的死亡。手术治疗是目前治愈 AAA 的惟一办法,首要目的是预防瘤体的破裂。目前国内外多采用微创腔内手术治疗,其目的是消除动脉瘤腔内的血液循环,降低或消除瘤腔内的压力,防止瘤体进一步增大和破裂。同传统的开腹手术治疗相比,创伤小痛苦少,术后 30 d 死亡率低、住院时间短、ICU 停留时间短、出血和输血量少、术后心肺并发症少、结肠缺血少、术后恢复快。从而为一些有严重合并症、不能耐受传统的开腹手术的高危患者带来了治疗机遇。对于小直径的 AAA,腔内治疗的死亡率和并发症均小于手术治疗。在发达国家中血管腔内治疗已经有作为首选治疗的趋势。相信随着支架血管、修复器材的完善及操作技术的进步,AAA 的腔内治疗效果将会不断提高。

参考文献:

- [1] 李学彦,林朝胜,赵成民. 主动脉夹层分离诊治新进展[J]. 中华老年心血管病杂志,2008,10(8):639-640.
- [2] Diehm N, Schmdli J, Daido D, et al. Current evidence and prospects for medical treatment of abdominal aortic aneurysms[J]. Vasa Suppl, 2005, 34(4):217-223.
- [3] 沙立娜,崔俊山,李楠. 以消化系统症状为主的腹主动脉夹层动脉瘤临床 2 例报道[J]. 临床消化病杂志,2008,20(2):128.
- [4] 王梅,乔着意,王兴志. 误诊为急腹症的降、腹主动脉夹层动脉瘤 1 例[J]. 第三军医大学学报,2010,32(9):988.

(收稿日期:2011-01-08)

(上接第 1346 页)

业成功的一个基本因数。

3.3.3 通过临床实践培养学生人文素质教育 医学生整整 1 年的临床实习,对一个准医生毕生将从事的职业培养具有非常重要的意义。在临床实践中增加人文素质教育内容,将“以人为本”的核心理念贯穿整个教学过程中,尊重医学,尊重患者,并在实施过程中不断地收集反馈意见,从教学的科学性、可实施性方面进行修改。首先,作为实习医师的模仿对象,带教医师的一言一行都会对实习医师的实践学习乃至今后的从医生涯产生深远的影响^[10],带习老师要在医疗实践中以高尚的人格魅力感动学生,通过老师的言传身教,潜移默化地向学生传授与患者交往的技巧,养成认真负责的工作态度和良好的医德医风。其次,临床教学中要坚持以患者为中心精心准备教学案例,而不是单纯针对疾病本身;要增加伦理、社会、法制的教学内容,特别是某些争议大的检查、手术和技术,引导学生做出合理的伦理选择;要将价值观念引入临床教学,利用哲学、经济学、伦理学和美学等多学科内容综合评估医学。同时,临床实习期的人文素质评估应该更多地考查学生的综合能力,结合个人评价、同学互评与教师评价等方法,有利于全面评估学生,也有利于调动和发挥学生的积极性、自主性。

参考文献:

- [1] 李文,骆纯,刘彦,等. 医学研究生的人文素质教育之我见

[J]. 中国高等医学教育,2006(12):89-90.

- [2] 查远莉,周裕香. 浅谈医学研究生人文素质[J]. 医学与社会,2004,17(6):50-52.
- [3] 贺庆军,卿平,万学红. 从哲学视野谈医学生人文素质教育[J]. 重庆医学,2009,38(23):3031-3033.
- [4] 文历阳. 全民健康背景下的医学教育改革[J]. 医学与哲学:人文社会医学版,2009,30(12):6-9.
- [5] 周涛. 全面提升医学生的人文素质[J]. 海南医学,2009,20(3):117-118.
- [6] 邱晓霞. 加强医学生人文素质教育的必要性及方法探讨[J]. 医学信息:内外科版,2009,8(22):757-759.
- [7] 冯志强. 二圆互交和三圆互交哲学模式在教书育人中的应用[J]. 医学教育探索,2008(7):101-102.
- [8] 杨小红,陈蓉,周远明. 专业教学与人文素质教育的融合浅析[J]. 医学教育探索,2009(8):1010-1012.
- [9] 余金明. 合作学习在药化教学中的尝试[J]. 卫生职业教育,2005,23(3):66-67.
- [10] 郭伟,蒋耀光,王如文,等. 新医患关系形势下外科临床实习带教思考[J]. 重庆医学,2010,39(10):1315-1316.

(收稿日期:2010-06-02 修回日期:2010-10-22)