

• 病例报告 •

中西医结合治愈自发性孤立性肠系膜上动脉夹层 1 例

郑述铭

广州中医药大学第一附属医院重症医学科, 广东省广州市机场路 12 号, 510405)

通讯方式: 270651315@qq.com, (020)36585434

[摘要] 自发性孤立性肠系膜上动脉夹层(SISMAD)是一种较少见的血管外科疾病。由于临床症状和生化检查一般无特异性, 早期诊断困难。总结并分析了 1 例 SISMAD 患者临床特点及中西医结合诊疗过程, 并回顾了相关文献, 提出该病的诊断和中西医结合治疗的原则。

[关键词] 孤立性肠系膜上动脉夹层; 中西医结合疗法; 腹痛

1 病历介绍

患者, 男, 45 岁。因突发中上腹部持续剧烈疼痛 2 小时于 2011 年 7 月 17 日入院。既往有高血压病史 3 年, 糖尿病病史 10 余年, 具体服药情况不详, 平素血压、血糖控制一般。否认冠心病、肝炎及肺结核等疾病病史, 否认手术、外伤及输血史。入院后按照腹痛的 VAS 疼痛评分标准(0~3 分: 有轻微疼痛, 可以忍受, 不影响休息; 4~6 分: 疼痛影响患者休息; 7~10 分: 疼痛难以忍受, 影响食欲、睡眠)评为 8 分, 血压 213/118mmHg, 心率 88 次/分。心电图示: ①窦性心动过速; ②T 波高尖。血常规示: 白细胞 $16.45 \times 10^9/L$, 中性粒细胞总数 $7.73 \times 10^9/L$ 。生化八项: $K^+ 3.07mmol/L$, 总 $CO_2 15.9mmol/L$, 急查全腹部 CT: 考虑肠系膜上动脉近端夹层并急性血栓, 小肠缺血征。心肌酶五项及心肌梗死定量二项正常, 血淀粉酶正常, 治疗上给予硝普钠微泵控制血压, 曲马多肌肉注射镇痛, 波立维抗血小板聚集, 低分子肝素(速碧林)抗凝, 静脉滴注丹参注射液活血化瘀。处理后, 患者血压 150/75mmHg, 心率 125 次/分, 血氧饱和度 95%。并立即请介入科及胃肠外科医生会诊后, 考虑诊断“肠系膜上动脉夹层并闭塞”, 介入科建议立即行介入手术, 实现血管再通, 改善小肠缺血。胃肠外科建议先行介入治疗, 若手术中需外科协助, 再予相关腹部手术。7 月 18 日行肠系膜上动脉造影+血栓溶通及经皮肠系膜上动脉支架置入术(血管成形术), 术后转入 ICU, 予重症监护, 吸氧, 禁食, 胃肠减压, 低分子肝素(速碧林)抗凝, 控制血压、血糖, 静滴血塞通活血化瘀, 并予抗感染、营养支持等对症治疗。7 月 20 日再行经留置管肠系膜上动脉造影术。示肠系膜上动脉各分支均有

显影, 血流通畅, 血管内支架位置良好。7 月 21 日病情控制平稳后转入普通病房, 复查凝血四项示: 活化部分凝血活酶时间(APT) 106.1s, 纤维蛋白原 4.02g/L, 凝血酶原时间 13.6s。治疗上继续予低分子肝素钙(速碧林)抗凝, 波立维抗血小板聚集, 全流饮食, 控制血压、血糖, 并予中药口服治疗。

中医辨病辨证: 患者中年男性, 有消渴病史 10 余年, 现因“突发中上腹部持续剧烈疼痛 2 小时”就诊, 四诊合参, 当属中医学“腹痛”范畴, 证属脾肾阳虚, 湿邪内蕴。口干多饮, 诉中上腹部仍有疼痛, 较前明显缓解, 腹胀, 泻水样便 4 次, 量少, 舌淡红、苔白腻, 脉弦滑。《黄帝内经》云: “善诊者, 察色按脉先别阴阳。”从此患者症状及舌脉来分析, 当属阴证。患者先天肾阳不足, 加之平素喜食生冷, 伤及脾胃, 脾胃为后天之本, 先天之气有赖于后天之气的充养, 脾胃亏虚则肾阳愈虚, “脾主大腹”, 脾阳亏虚温煦无力, 寒从中生, 寒则不通, 不通则痛, 故见中上腹疼痛, “肾司气化”、“肾主水液”, 肾阳不足则水液代谢失调故见口干多饮, “脾主运化”, 脾阳不足则津液不化聚而成湿, “无湿不成泻”, 故见泄泻。 “脾胃为气机升降之枢纽”, 脾虚则气机不利故见腹胀。舌淡红、苔白腻, 脉弦滑。考虑本病属脾肾阳虚, 湿邪内蕴证, 故予温阳祛寒, 健脾祛湿为法, 方药以附子理中丸^[1]加减: 附片 9g(先煎), 人参 15g, 干姜 10g, 白术 15g, 法半夏 10g, 茯苓 10g, 陈皮 6g, 山药 20g, 砂仁 10g, 薏苡仁 25g, 桃仁 10g, 红花 10g, 3 剂, 水煎 300ml, 饭后温服, 每日 1 剂。服药后, 患者腹痛明显缓解, 仅时有隐痛, 7 月 26 日全腹 CT 示: 肠系膜上动脉近端夹层并急性血栓内支架置放术后改变, 肠系膜上动脉近段管腔扩张成形, 远段分支仍见小

血栓,小肠供血较前改善。舌淡红、苔白无腻,脉弦滑,再续 3 剂,则腹痛缓解明显。再查患者,见其舌红、苔薄黄无腻,脉弦滑。已无脾肾阳虚之表现,故中药以活血化瘀止痛兼以清热泻火为法,方药如下:黄连 8g,法半夏 10g,炒酸枣仁 20g,香附 10g,白术 15g,茯苓 10g,麦芽 10g,三七 10g,桃仁 10g,红花 10g,大黄 10g,赤芍 15g,牡丹皮 15g,延胡索 15g,当归 10g,3 剂,水煎 300ml,饭后温服,每日 1 剂。服此方 3 剂后,患者已无腹痛,舌淡红、苔薄白,脉弦滑。出院后继续口服阿司匹林及华法林,嘱其积极控制血压、血糖,规律饮食,适时锻炼,门诊随诊,以中药调之。随访 5 个月,腹痛症状无复发,余无明显不适。

2 讨论

自发性孤立性肠系膜上动脉夹层(spontaneous isolated superior mesenteric artery dissection, SIS-MAD)临床上极为少见。1947 年由 Bauersfeld^[2]首次报道,大多数病例表现为慢性肠道缺血征象。该病病因至今未明。虽然高血压和动脉粥样硬化在已报道病例中较为常见,但仍未明确是否为该病的危险因素^[3]。SISMAD 发病有性别倾向,男性多见,有临床研究指出男女性发病率分别为 84.16% 及 15.84%^[4]。早期症状和体征无特异性,中晚期主要表现:①肠缺血所致模糊腹痛;②夹层进展造成真腔受压,导致急性小肠缺血、坏死;③夹层破裂发生急性失血性休克,危及生命。本病缺乏特异性的症状和体征,生化检查一般也无特异性的变化,早期诊断比较困难。血管超声虽然可以发现内膜片,尤其是在体型比较偏瘦的患者中有一定意义,但容易误诊,如血管超声常误诊为 SMA 栓塞。而 CTA 和多层 CT(MDCT)是最重要的诊断方法,不仅可以清楚地显示夹层发生部位、形态和特点,同时也能为选择治疗方法和随访观察提供可靠依据^[5]。SISMAD 治疗上主要包括保守治疗、腔内介入治疗、开放性手术治疗等方法;保守治疗主要是禁食、液体支持等,并观察病情、止痛,一般行抗凝及抗血小板治疗,但也有认为此病有自限性,而不经抗凝治疗。该患者已行介入并行支架扩张,以尽快恢复并保证小肠血运,此种方法亦是治疗该病的主要趋势;对于已经存在小肠缺血坏死,则不宜行腔内支架,行手术重建相关血管,并切除坏死肠管。现患者介入术后腹痛缓解,当注意观察体征及症状变化,及时复查,如有小肠坏死征兆,须行手术处理。并注意术后抗凝,服用华法林期间需检测国际标准化比值(INR)保持于

2~3。阿司匹林及华法林服用 4~6 个月^[6],适当抗凝对于该病应该是有利的,首先,假腔较大时可压迫真腔引发血栓,可能影响远侧血供导致肠缺血症状加重。本例采取低分子肝素抗凝疗效满意;其次,肠系膜上动脉分支血管可能存在假腔供血,远侧缺血症状可能不明显,为保证近侧真、假腔的流入血流,适当抗凝不无裨益。但是也有不利之处,如影响假腔形成血栓达到自愈。当保守治疗后效果欠佳,特别是出现远端肠缺血时采用支架置入术将真腔扩大成形,使假腔封闭,可以保持肠系膜上动脉远端血流通畅。Leung 等^[7]于 2000 年首次采用 Wallstent 支架经皮腔内置入术治疗 SISMAD,随着介入腔内治疗技术的进展,目前认为,自膨式覆膜支架为最佳选择,它比裸支架可更有效预防支架置入后可能发生的内漏现象,另外由于支架相对柔软,膨胀力缓和,安全性更高而越来越受到临床治疗的重视。开放性手术治疗方式主要有病变段肠系膜上动脉切除人工血管重建等。Sparks 等^[8]报道,早期外科手术指征为肠系膜上动脉管腔呈瘤样扩张;真腔阻塞或者经抗凝治疗无效。

SISMAD 常以中上腹疼痛为首发症状,当属中医腹痛病(指以胃脘以下、耻骨毛际以上的部位发生疼痛为主症的病证)^[9]。《黄帝内经》最早提出腹痛的病名,并认为腹痛由寒、热邪气客于胃肠引起。《金匱要略》对腹痛的辨证论治作了较为全面的论述:“病者腹满,按之不痛为虚,痛者为实,可下之。舌黄未下者,下之黄自去”。《诸病源候论》始将腹痛独立辨证,对其病因、证候进行详细表述,“凡腹急痛,此里之有病”;“由腑藏虚,寒冷之气客于肠胃膜原之间,结聚不散,正气与邪气交争,相击故痛”。金元时期李东垣将腹痛按三阴经及杂病进行辨证论治,并在治疗原则上提出“痛随利减,当通其经络,则疼痛去矣”。清代王清任指出,瘀血在中焦,可用血府逐瘀汤;瘀血在下焦,应以膈下逐瘀汤治疗。基本病机为腹中脏腑气机阻滞,气血运行不畅,经脉痹阻,“不通则痛”;或脏腑经脉失养,不荣而痛。病理性质不外寒热虚实四端,四者往往相互错杂。病理演变:急性暴痛,治不及时,或治不得当,气血逆乱,可致厥脱之证;若湿热蕴结肠胃,蛔虫内扰,或术后气滞血瘀,可造成腑气不通,腹痛拒按之阳明腑实证;气滞血瘀日久,可变生积聚。治疗腹痛多以“通”字立法,应根据辨证的虚实寒热,在气在血,确立治法。实者、急则治其标,宜通,即调血以和气,调气以

和血,可为通;虚者助之使通,寒者温之使通,下者使之上行,中结者使之旁达,均属通的范畴。对虚痛应温中补虚,益气养血,不可滥施攻下。对于久痛入络,绵绵不愈之腹痛,可采取辛润活血通络之法。

总之,对于 SISMAAD 治疗应该根据患者具体症状、体征、辅助检查、密切随访情况进行合理有效的专业化诊治。并可发挥中医药优势,于西医介入手术或保守治疗的同时,予中医药在不同阶段行辨证论治,以令患者早日康复。

参考文献

- [1]熊曼琪. 伤寒学[M]. 北京:中国中医药出版社,2006:314—315,383—385.
- [2]Bauersfeld SR. Dissecting aneurysm of the aorta: a presentation of 15 cases and a review of the recent literature [J]. Ann Intern Med, 1947, 26(6):873—889.
- [3]吴彬,张健,王雷,等. 孤立性肠系膜上动脉夹层的非手术治疗[J]. 中华医学杂志, 2008, 88:25.
- [4]陈跃鑫,刘昌伟,刘暴. 孤立性肠系膜上动脉夹层的病例荟萃分析[J]. 中华医学杂志, 2008, 88:3345.
- [5]李文毅,金毕,贾俊亚,等. 自发性孤立性肠系膜上动脉夹层治疗策略的选择[J]. 中华临床医师杂志(电子版), 2011, 5(9):2770—2772.
- [6]栾韶亮,郭伟,杜昕,等. 自发性孤立性肠系膜上动脉夹层的分型及保守治疗[J]. 军医进修学院学报, 2011, 32(4):310—314.
- [7]Leung DA, Schneider E, Kubik-Huch R, et al. Acute mesenteric ischemia caused by spontaneous isolated dissection of the superior mesenteric artery: treatment by percutaneous stent placement [J]. Eur Radiol, 2000, 10(12):1916—1919.
- [8]Sparks SR, Vasquez JC, Bergan JJ, et al. Failure of nonoperative management of isolated superior mesenteric artery dissection[J]. Ann Vasc Surg, 2000, 14(2):105—109.
- [9]田德禄. 中医内科学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2006:205—210.

(收稿日期:2012-01-16;修回日期:2012-03-25)

[编辑:洪 涛]

关于举办“中医药 SCI 论文写作与发表”提高班的通知

《中医杂志》英文版于 2010 年被 SCI-E 收录,是 SCI 收录的 20 余种全科医学和替代医学期刊中,唯一一本中国传统医学期刊,也是 MEDLINE 收录的第一份中国出版的中医医学期刊。在本刊来稿中发现很多不符合相关要求的问题。为进一步提高中医药科研及相关人员的论文写作能力,满足其在 SCI 杂志发表论文的需要,中医杂志社拟于 2013 年 5 月在北京举办“中医药 SCI 论文写作与发表”提高班,就中医药论文写作与如何在 SCI 杂志上发表等有关问题,邀请 SCI 杂志相关主编与权威专家开展专题讲座与研讨,欢迎广大科研人员、大专院校师生参加,参加培训人员将获中医药继续教育学分。现将有关事项通知如下:

一、培训内容:1. 中医药 SCI 论文写作的基本规则和要求;2. 中医药 SCI 论文特点及其在 SCI 杂志发表的难点分析与应对策略;部分中医药论文在 SCI 杂志成功发表的经验总结与分析;3. 中医药科研设计与难点探讨;4. 医药学相关科研中常用统计方法的分析与探讨;5. 介绍 SCI 杂志投稿的程序与技巧、常见问题及注意事项。二、培训对象:1. 承担国家级、省部级中医药项目的科研人员;2. 医疗机构、医药院校、科研机构等从事科研并有志于发表 SCI 论文者;3. 其他有志于中医药研究的科技工作者。三、培训时间与地点:2013 年 5 月 25 日至 26 日两天,5 月 24 日报到。培训地点:北京。四、联系人:黄编辑、曲编辑、王编辑,电话:010-64014411 转 3049,传真:010-64050201,地址:北京东直门南小街 16 号《中医杂志》英文版,邮编:100700。五、其他事项:其他信息请于官网(<http://www.journaltcm.com>)查询,报名请下载回执,填好发送至 jtcmsci@126.com

凡参加培训学员提交的论文通过评审后将优先发表于《中医杂志》英文版

欢迎邮购《一选方治验实录》

在浩瀚的中医典籍中,有方名的古方数以十万计。为了汰芜存菁,借鉴古今医家的经验,为现代临床服务,作者在长期从事中医药文献研究和临床诊疗工作的基础上,在完成“中医古方筛选方案和利用研究”课题研究的基础上,经过深入发掘,编纂完成《一选方治验实录》(上下册)。本书以有验案资证作为筛选古方的重要条件,结合古方其他价值特征,从近 10 万首方剂中,筛选出 583 首古方及其相关验案 5500 余则。这些优选出的古方,既不乏传世名方,也有相当一部分以往未被方剂学教材或方剂选本收录过的“新面孔”。从 10 万首方中最终优选出 500 余首方,其比例约为 200 选 1;又鉴于治验记录是本书的主要内容,故名为《一选方治验实录》。全书分上、下两册,上册收录汉唐方(张仲景方、晋唐方),下册收录宋元明清方(宋元方、明清方),编次以方为纲,医案为目,每一方剂又分方源记载和治验实录(分为中医病证医案、西医病症医案)两部分。书末附有方名索引、中医病证索引、西医病症索引和引用书目,方便读者检索。

本书汇集古今文献,资料丰富,拥有本书,就如同跟随古今名医侍诊,通过品读古方所附的具体病例,领悟出该方的适应证和用法秘诀,可大大提高中医治病的疗效。本书是中医各科临床医生提高临床疗效必备的案头书,又可为各中药生产厂家研发新药提供借鉴。

《一选方治验实录》(上下册),为 16 开精装本,1584 页,已由人民卫生出版社于 2011 年 1 月出版。上册定价 99 元,下册定价 108 元,全套 207 元。邮购汇款地址:北京市东直门南小街 16 号中医杂志社医海林音像书店;邮政编码:100700;联系电话:(010)64013162,(010)64014411 转 3053。请在汇款附言中注明所购书名、上下册或全套及数量,邮购单册需加邮费 10 元,全套及 2 册以上免邮费。欢迎邮购。