

急性Type B主動脈剝離引發上腸系膜動脈阻塞之腸缺血

林杏麟¹ 周宜平² 吳東和³

高雄榮民總醫院 重症醫學部重症加護外科¹ 急診部外傷醫學科² 外科部心臟血管外科³

前言

大約 5% 急性 Type B 主動脈剝離 (Acute Stanford B aortic dissection) 的病人會引發腸缺血，這些患者通常預後差，一般死亡率大約為 36% -90% (1, 2)。

在此，我們報告了一位患有急性胸痛診斷為 Type B 主動脈剝離的病患，其上腸系膜動脈阻塞造成局部缺血引發腹部疼痛，隨後由於血管腔的狹窄導致腸缺血壞死。患者在腸系膜上動脈 (SMA) 中進行緊急的上腸系膜動脈血管內支架置入。但仍因腸壞死而開腹切腸。術後病患雖有短腸症，但最後仍可回復日常生活。

案例報告

57 歲男性，因胸痛至地區醫院診斷後診斷主動脈剝離轉至本醫學中心急診，到院時生命徵象：BP: 159/85mmHg, HR: 97 bpm/min, RR: 18 bpm/min, BT:36.6 C

至急診後接受胸部電腦斷層血管射影檢查 (圖 A)，生化檢查包含 CRP、D-Dimer、Lactate、心臟酵素酶、肝膽、腸胃及腎指數等項目皆在正常範圍內。病患在當天發現有 SMA 狹窄並血液灌流不足的情況 (圖 B)，隔天病患因腹痛執行緊急的 SMA 血管內支架置入 (圖 E 跟 F)。病患在導管置入後，腹痛症狀並沒有改善，隨後由於血管腔的狹窄導致腸缺血壞死 (圖 C 跟 D)，所以在第 3 天執行緊急的腹部探查手術，術中發現大量的小腸及右升結腸壞死，故切除壞死的腸道，僅保留約 160 公分的小腸。在入院第 4 天，病患併發急性腎臟衰竭。入院第 5 天，接受第二次的剖腹探查術，術中發現額外的 30 公分小腸壞死，所以切除後行小腸與橫結腸邊對邊的吻合手術。病患術後持續水便，於入院後第 17 天行氣管切開術，入院第 47 天後病患發生右側膿胸，以胸腔鏡行肋膜剝除手術。病患於入院

第 73 天後出加護病房，於 90 天後出院。

病患出院後，持續於本院追蹤，目前已經第 4 年，腹瀉狀況逐漸改善。Type B 主動脈剝離沒有惡化的情況，出院後一年追蹤的腹部血管電腦斷層顯示 SMA 導管是通暢的。

討論

對於無併發症的急性 Type B 主動脈剝離的病患，治療上通常保守的選擇以降低血壓的方式來治療病人。然而，因器官缺血或動脈瘤破裂的病例預後極差，一般需要手術治療。當發生腸缺血時，臨床症狀包括腹痛和腸阻塞，並且可以在大便的生物檢驗中發現明顯的潛血反應。此外，如果發生不可逆的腸壞死，很難在早期發病的初期就可以做出診斷和是否手術的決定。在本病患入院時的 CT 掃描，已經顯示上腸系膜動脈狹窄。因此，病患有腹部疼痛時已懷疑有腸缺血的情況，所以病患被安排接受動脈導管的治療。

急性 Type B 主動脈剝離如果是真管腔的狹窄通常沒有臨床症狀。因此，之前的報告認為真實管腔狹窄在一段時間觀察後可自發性的痊癒。治療方法包括開刀手術治療；血管內治療，如透過開胸手術對主動脈進

行血管重建，腎動脈開窗 (renal artery fenestration) 和 SMA 繞道手術；或使用血管腔內主動脈瘤修復 (Thoracic endovascular aortic/aneurysm repair) 和 SMA 支架血管置入。使用血管腔內主動脈瘤修復對急性 Type B 主動脈剝離有這些併發症患者非常有用 (3)。

在入院時，本案沒有發現急性腸壞死的情況，例如肝指數的升高或腹痛。因此，在評估保守性的治療和風險及自發性再灌注的可能性，我們先進行觀察及安排 SMA 導管的置入。但在後來的觀察過程中，病患的腸缺血的情況快速的惡化，導致後續的大量腸切除，就算當時的 SAM 導管是通暢的情況下 (SMA 術後一年後追蹤的電腦斷層報告仍然是暢通)，仍然無法緩解腸道缺血的狀況。而本次的腹部開刀分為兩次手術，第一次的剖腹探查跟第二次隔了 2 天後再開腹確認，最後腸吻合時，切除後的腸道只剩下 120 公分左右。這造成後續的短腸症及病患的持續腹瀉。

該病患後續一直在本院追蹤，其 Type B 主動脈剝離併沒有惡化，病患腸胃科及營養師衛教及自己的飲食調整紀錄及歸納，不吃葉類食物，只吃根莖類及麵粉類食物，腹瀉的狀態從第一年的一天 8 次到 4 年後一天一次。

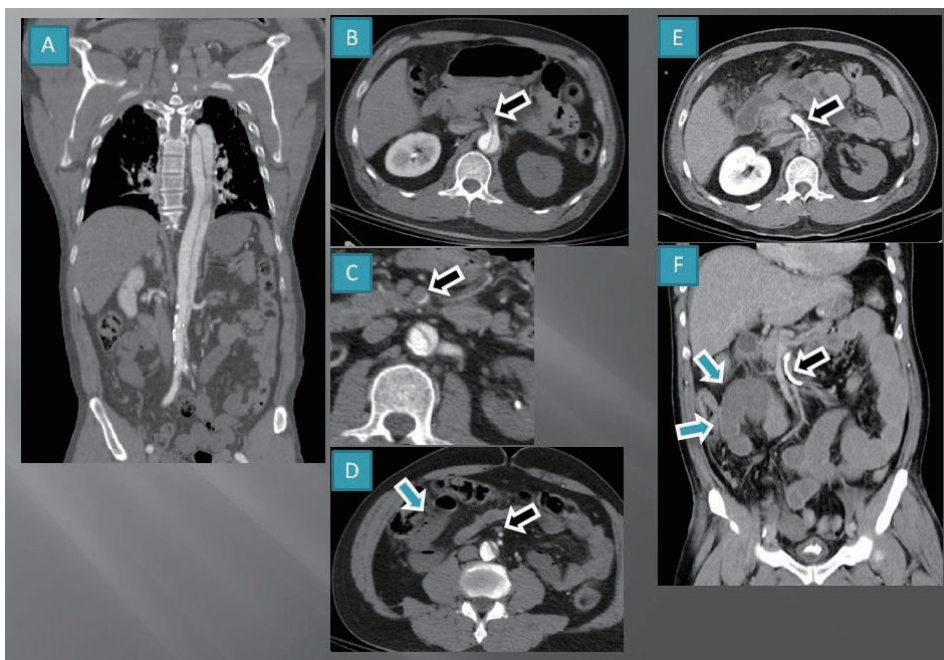


圖 A: Type B 主動脈剝離；B: 上腸系膜動脈阻塞；C: 腸道缺血；D: 腸缺血後引發之腸壁上氣體堆積；E 跟 F: 置入的 SMA 導管。

總結

急性 Type B 主動脈剝離引發上腸系膜動脈阻塞之腸缺血之病患有很高的死亡率及共病率。原因來自其缺血的併發症而非主動脈本身。早期的發現及治療並不容易，所以仍需要小心的評估血管剝離造成的併發症。目前 Type B 主動脈剝離以保守性治療為主，至於主動脈瘤修復的時機目前仍無定論。雖然此病患使用 SMA 導管仍然產生腸缺血，但第一時間 SMA 導管應該是有其治療的角色。外科手術是併發症產生後緊急救命的方式，盡早的治療會有比較好的預後，但廣泛性的腸道切除恐怕無法避免，兩階段式的手術方式，可比較確定腸缺血

的範圍後，再行安全的吻合。

參考資料

1. Slonim SM, Miller DC, Mitchell RS, Semba CP, Razavi MK, Dake MD. Percutaneous balloon fenestration and stenting for life-threatening ischemic complications in patients with acute aortic dissection. *The Journal of thoracic and cardiovascular surgery*. 1999;117(6):1118-26.
2. Fattori R, Cao P, De Rango P, Czerny M, Evangelista A, Nienaber C, Rousseau H, Schepens M. Interdisciplinary expert consensus document on management of type B aortic dissection. *Journal of the American College of Cardiology*. 2013;61(16):1661-78.
3. Leshnowar BG, Szeto WY, Pochettino A, Desai ND, Moeller PJ, Nathan DP, Jackson BM, Woo EY, Fairman RM, Bavaria JE. Thoracic endografting reduces morbidity and remodels the thoracic aorta in DeBakey III aneurysms. *The Annals of thoracic surgery*. 2013;95(3):914-21.