



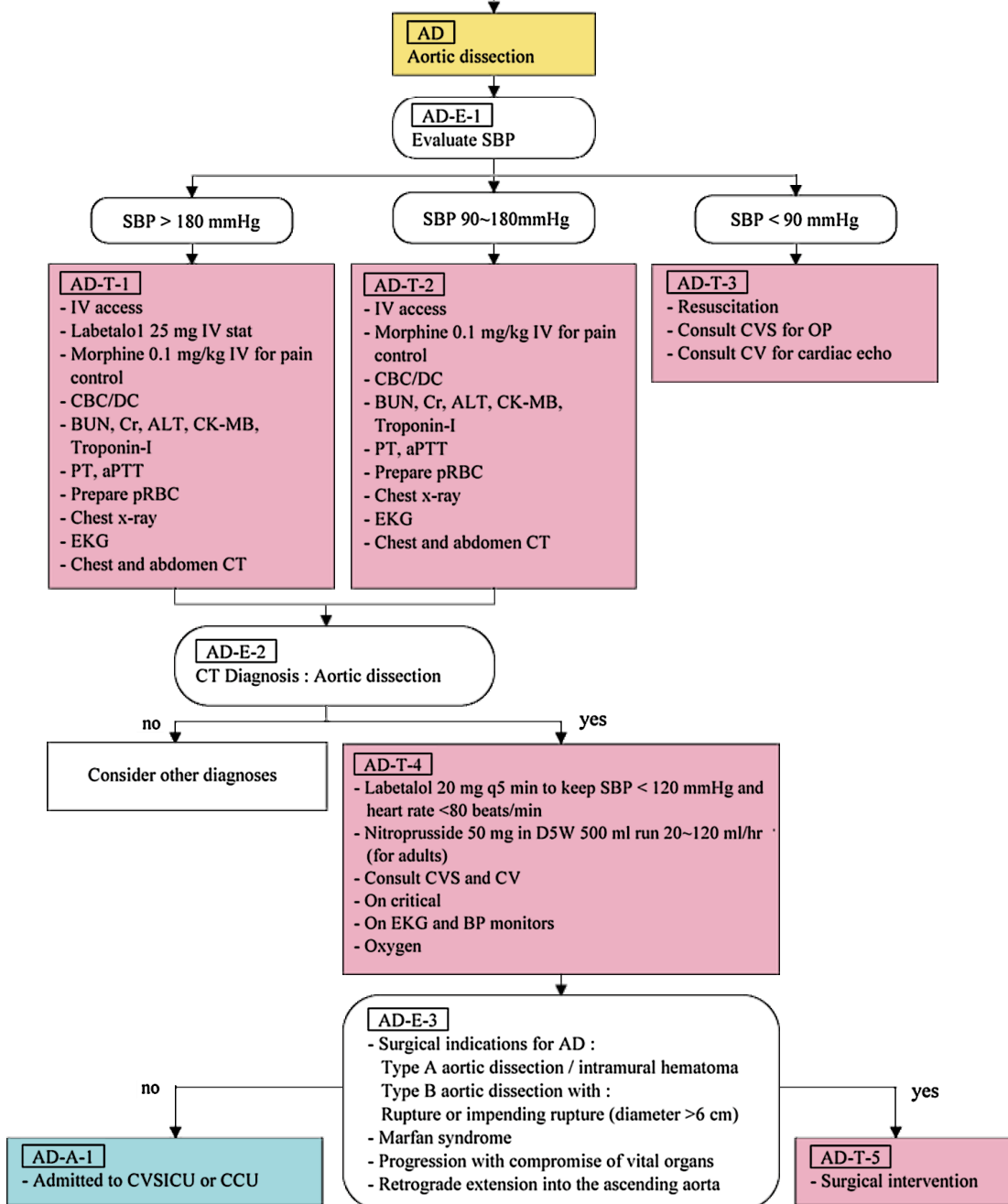
主動脈剝離 Aortic Dissection

關鍵字：急性胸痛 (Acute chest pain) ；腹痛 (abdominal pain) ；背痛 (back pain) ；高血壓 (hypertension) ；昏厥 (syncope)

流程代碼：AD

流程指引

S :	O :	PAST ILLNESS :
<ul style="list-style-type: none"> • Sudden Onset Sharp Stabbing Chest Pain • Sudden Onset Sharp Stabbing Back Pain • Abdominal Pain • Syncope Transient 	<ul style="list-style-type: none"> • Marfan Appearance · Hypertensive · Hypotensive • Tachycardia · Bradycardia • Abdominal Mass · Unequal Pulses Inguinal • Unequal Pulses 	<ul style="list-style-type: none"> • Marfan Syndrome • Hypertension



I. 引言

Top

主動脈剝離為急診致命胸痛的原因之一，且臨床表現千變萬化，必須有高度警覺心及快速反應的團隊。目前的文獻多將aortic dissection、intramural hemorrhage、penetrating aortic ulcer等主動脈的疾病歸類成所謂的acute aortic syndrome。隨著年紀老化，或是本身有遺傳性結締組織疾病加上高血壓、心臟病等造成大血管（主動脈）耐壓性及結構改變，當出現不尋常的血壓或外來壓力時（如撞擊力）將會造成大血管內層的破裂。因內層破裂位置不同，可能會引發不同的併發症，如心臟休克、缺血性腦中風、腎動脈、腸子缺血等。主動脈剝離較常出現在男性，60~80歲老人且平時有高血壓病史者。

Top

II. 重點摘要

A. 診斷提示 AD

主動脈剝離的典型表現為急性嚴重撕裂性胸痛或背痛，可能合併有昏厥產生。影像學檢查可能發現胸部X光有縱膈腔變寬的現象。目前認為可由觸摸而感覺到的脈搏差異（pulse deficit）為最有意義的理學檢查。如果病人來到急診有如前所述的典型病史，但生命徵象已經不穩定，除了緊急復甦處置維持穩定的血行動力學外，可考慮做超音波及電腦斷層檢查，同時會診心臟內科以及心臟外科醫師。

B. 流程說明

1. 若病人呈現休克則進入急救處置並緊急照會心臟外科醫師 AD-T-3，若是病人沒出現低血容性休克的現象，則安排電腦斷層 AD-T-2；若收縮壓大於180 mmHg，則開始以靜脈注射藥物來控制血壓外科醫師 AD-T-1。
2. 電腦斷層檢查若符合acute aortic syndrome診斷，必須控制血壓在收縮壓小於120 mmHg且心跳小於80/min。建議使用的藥物有labetalol以及nitroprusside。同時會診心臟內科以及血管外科醫師安排心臟超音波，以決定是否進行手術 AD-T-4。
3. 手術的適應症包括：所有Type A的主動脈剝離；Type B的主動脈剝離且合併有以下情況：主動脈破裂或半徑大於6 cm、馬凡氏症候群（Marfan syndrome）、生命徵象逐漸惡化、剝離情形影響到主動脈根 AD-E-3。
4. 若決定內科治療則安排加護病房住院 AD-A-1。

C. 住院標準

所有符合acute aortic syndrome診斷的病患皆需要住院治療。

D. 出院評估

無。

Top

III. 衛教

Q. 甚麼是主動脈剝離？

- A. 主動脈剝離是一個非常危險的疾病，主要是因為長期血壓控制不良而導致大血管（主動脈）耐壓性及結構改變，當出現不尋常的血壓或外來壓力時（如撞擊力）將會造成大血管內層的破裂。因內層破裂位置不同，可能會引發不同的併發症，如心臟休克、缺血性腦中風、腎動脈、腸子缺血等。部分病人會影響的心臟瓣膜的功能而需要手術修復，手術危險性頗高但仍為必要之處置。

Top

IV. 臨床問題討論

Q. 能否以D-dimer排除主動脈剝離？

- A. Sodeck et al. (2007) 系統性回顧16個研究（共437病人），發現這些研究常取用的異常值為0.1~0.9 µg/ml，可得極佳的sensitivity (0.97) 與negative likelihood ratios (0.06)。然後作者將此結果驗證於65名主動脈剝離患者，發現若取臨界值為0.1 µg/ml，平均negative predictive value (NPV) 為100%；若取臨界值為0.9 µg/ml，則平均NPV為92%。IRAD-Bio研究 (2009) 則從14個醫療院所收案220名病患，最後診斷為主動脈剝離者有87名。研究發現：若前24小時之D-dimer小於0.5 µg/ml，則NPV為95%；若前6小時D-dimer超過1.6 µg/ml，則發生主動脈剝離的可能性大增。目前仍建議對症狀符合的患者進行CT檢查，唯有臨床低度懷疑之患者，才適合以D-dimer作為排除的判準。

參考資料[Top](#)

1. Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, et al. The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD) : new insights into an old disease. *JAMA* 2000; 283:897-903.
2. Sodeck G, Domanovits H, Schillinger M, et al. D-dimer in ruling out acute aortic dissection: a systemic review and prospective cohort study. *Eur Heart J* 2007; 24:3067-75.
3. Spittell PC, Spittell JA Jr, Joyce JW, et al. Clinical features and differential diagnosis of aortic dissection: experience with 236 cases (1980 through 1990) . *Mayo Clin Proc* 1993; 68:642-51.
4. Sullivan PR, Wolfson AB, Leckey RD, et al. Diagnosis of acute thoracic aortic dissection in the emergency department. *Am J Emerg Med* 2000; 18:46-50.
5. Suzuki T, Distanto A, Zizza A, et al. Diagnosis of acute aortic dissection by D-dimer. The International Registry of Acute Aortic Dissection Substudy on Biomarkers (IRAD-Bio) experience. *Circulation* 2009; 119:2702-7.
6. von Kodolitsch Y, Schwartz AG, Nienaber CA. Clinical prediction of acute aortic dissection. *Arch Intern Med* 2000; 160:2977-82.

[Top](#)