

妊娠相关主动脉夹层的治疗困境

钱永军¹, 杨思姝²

1. 四川大学华西医院 心脏大血管外科(成都 610041)

2. 四川大学华西临床医学院(成都 610041)



目前,中国孕产妇的死亡率明显降低,约在 19.9/10 万左右。普通人群中,主动脉夹层发病率非常低约为 2.9/10 万。妊娠及产后初期发生主动脉夹层或夹层破裂的比例仅为 0.55/10 万,但却显著增加母婴死亡率,母亲死亡率约在 16 700/10 万^[1-2]。由于该类疾病发生率低,死亡率高且常导致突然死亡,医生或患者对该类疾病认识不足等,极易导致本病的漏诊、误诊及医患纠纷。

妊娠相关主动脉夹层的诊断及治疗相比普通的主动脉夹层具有特殊性^[3-6],这是一个需要心脏大血管外科医生、麻醉科医生、产科医生及新生儿医生多学科合作的疾病,以达到最好的治疗效果。但关于该类疾病的诊断及治疗方面经验介绍主要是个案或小样本量的文章呈现,在妊娠相关主动脉夹层的诊断及治疗结果方面差异性较大^[4-6]。武汉同济医院郭倩男等^[4]报道 6 年内收治 10 例妊娠合并急性主动脉夹层患者,其中 9 例接受手术,8 例母体及 6 例新生儿存活^[5]。上海长海医院金磊等报道 5 年内收治 7 例妊娠合并急性主动脉夹层患者,7 例母体及新生儿均存活。北京安贞医院朱俊明等报道 17 年内收治 15 例妊娠合并主动脉夹层患者(另外,其它 9 所医院 10 例共 25 例),21 例母体及 15 例新生儿存活。各个医疗中心在妊娠合并主动脉夹层治疗结果上存在差异,这种差异可能和各中心单纯的主动脉夹层治疗水平有关,和主动脉夹层分型有关,也应该和主动脉夹层发生在孕程的早晚有关。

诊断方面,CT 因辐射可能对胎儿产生不利影响妊娠伴主动脉夹层的诊断方法的选择需要同时考虑孕妇及胎儿相关风险,不能完全依赖于 CT,

而无钆磁共振成像(MRI)对胎儿是安全,但费用较昂贵。应向患者及家属充分交代后,由患者、家属、医生三方共同作出决定,但也可能由于担心风险和费用的问题出现诊断和处理的延误的情况。在临床工作中,由于考虑到主动脉夹层疾病本身对孕妇的风险,诊断方面基本均采用动脉 CT 进行确诊^[4-6],至于辐射对胎儿的影响文中并没有提及,也许对胎儿的长期随访可能有答案。另外,妊娠相关主动脉夹层主要发生在孕程晚期,CT 辐射对胎儿影响可能较小。

预防方面,妊娠相关主动脉夹层的发生包括妊娠期间母体的血容量及心输出量等心血管生理发生变化,妊娠相关雌孕激素分泌增加血管壁脆性、孕妇本身的结缔组织病等原因,使得妊娠期间主动脉夹层发生的预防比较困难。约半数妊娠合并主动脉夹层患者因患有马凡综合征结缔组织病,马凡患者妊娠发生主动脉夹层的风险为 3.07%,但是由于倍他乐克的使用,预防性主动脉修复及有马方综合征患者被建议避免妊娠,故这个风险被低估。 β 受体阻滞剂被认为是治疗马方综合征患者重要的药物,但其有效性一直被争议,同时虽然 β 受体阻滞剂可有效的减少马方综合征孕妇主动脉根部增加,但并没有影响夹层发生率和最终的主动脉大小,也有文献指出马凡的孕妇使用 β 受体阻滞剂没有负性心血管事件出现。可以对于孕妇来说,其需母体诊断和胎儿安全性方面进行平衡,在整个孕期都避免使用药物是孕妇的愿望,特别是目前并没有很强证据证明有效的药物。

早期诊断马方综合征比较重要,可能避免急性主动脉事件,例如在孕期进行倍他乐克的使用,预防性主动脉修复及主动脉测量等。美国心脏学院推荐主动脉根部超过 40 mm 进行预防性主动脉修复,而加拿大和欧洲的指南推荐大于 45 mm 进行预防性主动脉修复。由于缺乏孕前的主动脉根部直径的准确资料,使用 40 mm 还是 45 mm 作为马

DOI: 10.7507/1007-4848.201805046

基金项目: 国家“十三五”重点研发专项资助(2016YFC1302003); 四川省科技计划重点研发项目(2017SZ0056), 四川省卫生和计划生育委员会科研课题(17PJ177)

通信作者: 钱永军, Email: yongjunqian@sina.com

凡患者或其它结缔组织并患者的主动脉处理界限无法作出评价。但对于产科患者来试并没有特异性的检查,但对于有家族史或明确为马方综合征患者来说,要教他们识别发生主动脉夹层的早期症状。马方综合征患者产后发生主动脉夹层可以发生在产后任何时间,几天到几个月不等,产后发生夹层患者占整个妊娠相关夹层的 26%。基于这些信息,应该对马方综合征患者产后随访延长至 3~6 个月。当前指南认为主动脉根部直径是妊娠相关主动脉夹层最强的因素,但不能忽略非马方综合征孕妇发生主动脉夹层的可能。

总之,目前国内外文献主要以个案形式进行汇报,甚至有些妊娠相关主动脉夹层被发现和报道。因此,结果可能存在偏倚,不足以反映妊娠伴发主动脉夹层的临床整体及真实情况,影响对该类疾病的总结,进而也无法提供治疗证据。另外,对产后的新生儿随访目前常在 1 年内,可能需要更长时间的随访。提高产科医生对孕妇发生该类疾病风

险评估及诊断水平也迫在眉睫。

参考文献

- 1 Liu YY, Li HY, Jiang WJ, *et al.* Treatment of patients with aortic disease during pregnancy and after delivery. *J Inter Med Res*, 2017; 1359-1368.
- 2 Kamel H, Roman MJ, Pitcher A, *et al.* Pregnancy and the risk of aortic dissection or rupture: a cohort-crossover analysis. *Circulation*, 2016, 134(7): 527-533. doi: [10.1161/CIRCULATIONAHA.116.021594](https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.116.021594).
- 3 Goland S, Elkayam U. Pregnancy and marfan syndrome. *Ann Cardiothorac Surg*, 2017, Nov, 6(6): 642-653.
- 4 郭倩男,李魁,朱硕,等.妊娠合并主动脉夹层的外科治疗.中国胸心血管外科临床杂志,年份?. doi: [10.7507/1007-4848.201801043](https://doi.org/10.7507/1007-4848.201801043).
- 5 金磊,乔帆,蔡成良,等.妊娠晚期及产褥期合并急性主动脉夹层的临床治疗策略.中国胸心血管外科临床杂志,2018,25(8): 676-680.
- 6 Zhu JM, Ma WG, Peterss S, *et al.* Aortic dissection in pregnancy: management strategy and outcomes. *Ann Thorac Surg*, 2017, 103(4): 1199-1206. doi: [10.1016/j.athoracsur.2016.08.089](https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2016.08.089).

收稿日期: 2018-05-16 修回日期: 2018-07-29

本文编辑: 刘雪梅