

老年疑难病案讨论集

刘 刚 徐克宽 主编

71

人民军医出版社

93555

老年疑难病案 讨论集

LAONIAN YINAN BINGAN
TAOLUNJI

主 编

刘 刚 徐克宽

编 者

许凤芝 曹锦华 翟文华 申卫平

蒋朝利 张丽辉 徐克宽 刘 刚

1988年 北京

内 容 提 要

本书是沈阳军区总医院近十年来临床经过比较复杂或不典型的老年病例，包括具有老年疾病特点而容易误诊的疑难病例共64例，均经手术、病理检查、尸检或现代特殊仪器检查确诊。本书病例涉及到许多专科病种，其中有经验亦有教训，回顾与讨论这些病例，对老年疑难病例的早期诊断与鉴别诊断将有所裨益，适合于从事老年保健工作和临床各科医务人员阅读。

2W77/03

老年疑难病案讨论集

主编 刘 刚 徐克宽

人民军医出版社出版

新华书店北京发行所发行

中国农业机械出版社印刷厂印刷

开本：787×1092毫米1/32·印张：10.75·字数：235千字

1988年4月第1版 1988年4月第1次印刷

印数：1—7,000 定价：2.90元(压膜)

ISBN 7-80020-039-6/R·38

[科技新书目, 162—105①]

前 言

老年医学已成为现代医学上的一个独立分支。随着人类寿命的延长,老年人口的增加,对老年医学提出了新的要求。老年疾病比较复杂,与普通成年人疾病相比,其临床表现、诊断、治疗与转归等均有不同特点。本书系收集我院临床经过较复杂或不典型的老年(部分老年前期)病例,包括具有老年疾病特点而容易误诊的疑难病例,几经会诊讨论,终于经手术、病理解剖或现代特殊仪器检查而确诊者共64例。每份病例均分为病历摘要、临床经过、手术或尸检及讨论等部分。重点结合本病例与老年特点,参考国内外文献,对有关疾病诊断的关键问题进行深入的讨论。

本书包括循环系统疾病、呼吸系统疾病、消化系统疾病、内分泌与代谢疾病、老年肿瘤与血液病以及其他少见病等六个部分。供从事老年病防治工作的临床医师和保健医师参考。

本书编写过程中承蒙牟善初、诸骏仁教授审阅,并得到我院刘永祥、刘际清、夏玉亭等同志的关怀和沈阳军区后勤卫生部的大力支持。我院金石正主任医师给予文字加工、整理,使本书能与广大读者见面,在此表示衷心的感谢。

由于我们水平有限与经验不足,错误之处在所难免,欢迎读者批评指正。

沈阳军区总医院 刘刚

1987年8月

目 录

第一章 循环系统疾病

- 第1例**——突然上腹部剧痛，不能忍受，住院第3天猝死（肺动脉瘤破裂）……………（ 1 ）
- 第2例**——突然发生左肩背部剧痛，抗心绞痛无效伴血压下降（主动脉夹层动脉瘤破裂）……………（ 5 ）
- 第3例**——突然烦躁不安、大汗淋漓、咯粉红色痰，肺部x线片有团块状影（心脏转移癌致心肌梗塞）……………（ 10 ）
- 第4例**——失语、右侧偏瘫，突然烦躁、憋闷，心电图明显变化（老年化脓性心肌炎）……………（ 16 ）
- 第5例**——间断性胸骨后痛5年，加重1个月住院（不稳定心绞痛T波假性正常化）……………（ 23 ）
- 第6例**——心绞痛，用止痛与扩冠药无效，突然休克死亡（急性下壁心肌梗塞室间隔穿孔）……………（ 28 ）
- 第7例**——胸痛、发热，经抗感染与抗结核治疗无效，突然紫绀、气急死亡（急性心包填塞猝死）……………（ 36 ）
- 第8例**——胸闷、心动过缓，心率每分钟40次，心电图为三支阻滞（Lev或Lenegve氏病）……………（ 41 ）
- 第9例**——胸闷、气短2年，加重1周（老年主动脉二叶瓣畸形）（ 46 ）
- 第10例**——高血压11年，伴下肢痛半年，卧床不起2个月（Leriche氏综合征）……………（ 50 ）
- 第11例**——发作性胸痛10小时，加重并心悸、气短4小时，昏迷、瘫痪死亡（心脑血管综合征）……………（ 56 ）
- 第12例**——突然双下肢疼痛、麻木、发凉，足背动脉搏动消失3小时（主动脉夹层动脉瘤并腹主动脉栓塞）……………（ 61 ）
- 第13例**——腹部肿物10个月，术后22小时血压偏低，心率慢，

- STV₁~V₃ 呈单向曲线 (老年围手术期心肌梗塞) (68)
- 第14例——急性心肌梗塞后第9天猝死 (心脏破裂) (72)
- 第15例——左下肺圆形阴影, 伴咳嗽、咯痰半月
(先天性肺动静脉瘘)..... (78)

第二章 呼吸系统疾病

- 第16例——消瘦, 乏力, 呼吸困难4个月, 痰中带血1个月
(老年肺泡细胞癌) (84)
- 第17例——胸痛、发热, x线胸片膈肌上方半圆形边缘清楚影
(老年肺红斑狼疮) (88)
- 第18例——发热、咳嗽逐渐加重, 伴寒战, 胸片肺有网状及点状影
(粟粒型肺结核) (96)
- 第19例——头晕、头痛、步态不稳1年余, 近来大小便失禁
(肺癌脑转移) (101)
- 第20例——呼吸困难、发热、咳嗽, 经抗感染与对症治疗病情加重 (亚急性肺心病)..... (106)
- 第21例——发热、胸痛、咳嗽、痰中带血, 胸片示右肺中野大块状影 (肺炎性假瘤)..... (112)
- 第22例——四肢无力、行走困难3月余 (Eaton Lambert氏综合症)..... (117)

第三章 消化系统疾病

- 第23例——间断性右上腹疼痛3年, 加重2个月
(老年胃霉菌性溃疡) (123)
- 第24例——进餐后右上腹胀满, 胃肠透视无改变
(老年巨大肝囊肿) (128)
- 第25例——间歇性上腹痛、高热, 进行性消瘦2个月
(老年胰腺脓肿) (133)
- 第26例——胸骨后阵发性绞痛, 进食后痛加剧伴心律失常20余天

- (老年食管炎) (137)
- 第27例**——发冷、发热半月，胃部不适 8 天
(败血症并发肝胆脓肿) (142)
- 第28例**——皮肤色素沉着、脱发、指甲萎缩 3 个月 (Cronkhite-Canada综合征)..... (147)
- 第29例**——腹痛、腹泻10余天，无脓血便
(老年肠系膜囊肿) (153)
- 第30例**——右下腹部包块伴压痛半月余 (阑尾淋巴肉瘤) (158)
- 第31例**——腹痛伴恶心、呕吐半天 (急性肠梗阻并急性胰腺炎)..... (162)
- 第32例**——腹泻、发热、黑便 1 天 (老年球菌性肠炎) (167)
- 第33例**——腹胀、恶心、尿少10余天 (老年肝小静脉炎) (172)

第四章 内分泌与代谢疾病

- 第34例**——眼球外突、复视 4 月余 (Grave's突眼症) (178)
- 第35例**——四肢抽搐、牙关紧闭、二便失禁、大汗淋漓反复
发作 2 年 (胰岛素瘤)..... (181)
- 第36例**——眼睑下垂，复视 6 天 (糖尿病性动眼神经麻痹)..... (186)
- 第37例**——心前区疼痛伴心慌 20 年，加重 1 月
(老年不典型甲亢) (191)
- 第38例**——周身肌肉关节痛近10年，加重半月
(慢性甲亢性肌病) (195)
- 第39例**——腰背痛 2 个月，翻身困难10余天
(老年骨质疏松症) (199)
- 第40例**——双下肢软瘫反复发作多年
(肾小管性酸中毒并软瘫) (206)
- 第41例**——多发性关节肿痛伴低热20余年 (原发性痛风并感染形成窦道)..... (212)
- 第42例**——糖尿病伴肌萎缩10年，皮肤起水泡 2 天 (糖尿病性肌萎缩水泡病)..... (218)

- 第43例**——双下肢软瘫2天,呼吸困难1天
(甲亢型周期性麻痹) (223)
- 第44例**——疲乏、无力、恶心、呕吐1天
(老年糖尿病并酮症酸中毒) (228)
- 第45例**——胸闷、气短、食少、纳呆1年(老年甲减) (232)
- 第46例**——发作性高血压伴头痛、头晕13年,按高血压病治疗
无效(嗜铬细胞瘤) (238)

第五章 老年肿瘤与血液病

- 第47例**——发热伴肝脾肿大50天(恶性网状细胞病) (244)
- 第48例**——头晕、胸闷伴心律不齐、发热2天
(老年淋巴细胞性白血病) (249)
- 第49例**——头晕、颜面潮红、高血压1年余
(真性红细胞增多症) (254)
- 第50例**——胸背疼痛4月,翻身困难2月(多发性骨髓瘤) (259)
- 第51例**——双眼视力进行性下降1年,近4个月失明
(老年颅咽管瘤) (265)
- 第52例**——头晕、乏力1年余,加重1天(老年结肠癌) (270)
- 第53例**——反复发作头痛25年,逐年加重,伴恶心、呕吐(老年
蝶筛窦囊肿) (274)
- 第54例**——反复发作猝倒11个月,曾疑为脑血管意外
(老年脑干肿瘤) (279)
- 第55例**——发现左乳房包块1个月(老年男性乳腺癌) (282)
- 第56例**——食欲不振、厌油、皮肤黄染6个月(老年胆管癌) (287)
- 第57例**——上腹隐痛4个月,胸背皮肤剧痛20天
(老年胰腺体尾癌) (292)

第六章 其 他

- 第58例**——上腹胀痛,反复发热,经多种抗生素并激素治疗无 效

(老年细菌L型败血症)	(299)
第59例——无痛性肉眼血尿7天(蹄铁形肾伴肾结石)	(304)
第60例——风湿性心脏病并有瓣膜病,因突然少尿、无尿住院 (双侧尿路结石致急性肾功衰竭)	(309)
第61例——上腹部不适,恶心、呕吐,腹泻,腹部CT发现 上腹部肿物(老年无致死疾病死因探讨)	(314)
第62例——胸闷、心慌、气短1年余,症状缓解1个月,因上感、 腹泻后死亡(老年心衰加重的病因分析)	(319)
第63例——胰腺脓肿术后血小板减少,口渴多饮3年(肝外型 门脉高压症胰源性糖尿病)	(325)
第64例——腹痛伴黑便、发热20天(粟粒型肺、肝结核)	(331)

第一章 循环系统疾病

第1例——突然上腹部剧痛， 不能忍受，住院第3天猝死

病 历 摘 要

患者女性，56岁。于1986年4月4日上午10时突然上腹部疼痛、出冷汗、伴头痛，腹痛呈持续性，不能忍受而急诊入院。患者20年前出现上腹部持续性钝痛，未介意，曾在某医院检查治疗多次，诊断为胃炎，但服“胃药”疗效不佳。发病以来无发冷、发热、黄疸等。既往患高血压病8年，生育正常，无遗传病及药物过敏史。

体格检查 体温36℃，脉搏60次，血压200/110。急性病容，表情痛苦，发育、营养正常，皮肤、巩膜无黄染，表浅淋巴结不肿大，胸廓对称，心界向左扩大，心率60次，主动脉瓣区听及Ⅲ级收缩期杂音，向颈部传导。两肺未闻及啰音。腹部平坦，未见肠型及蠕动波，右上腹压痛(+)，无肌紧张及反跳痛，肝肋下触及3cm，脾未触及。四肢、脊柱正常。

实验室检查 血红蛋白115g/L(11.5g/dl)，白细胞 $13 \times 10^9/L$ (13,000/ μ l)，红细胞 $3.8 \times 10^{12}/L$ (380万/ μ l)，中性68%，淋巴32%，血淀粉酶16u，血钾、钠、氯、钙及 CO_2cp 正常，肝功正常。

腹部透视 右下腹及左中上腹部可见肠腔积气影像。

心电图 示心动过缓，心率50次，Q-T间期延长(0.52s)，未见QRS增宽及ST-T改变。

住院经过 患者入院后按胆道感染用过红霉素、氯霉素与青、链霉素治疗，并口服利血平等降压药物治疗，同时给予输液，补充电解质等，次日自述腹痛缓解，检查腹软，右上腹压痛减轻，无肌紧张。血压亦由入院时200/110降至120~146/80~100。但于住院后第3天清晨起床后，突然昏倒在床上，呼吸、心跳停止。医生当即进行抢救，给予气管插管、心内注射三联针、升压药治疗均无效而死亡。临床诊断：高血压病、胆囊炎、心肌梗塞？

尸检 (1) 肺动脉根部有5分硬币大小动脉瘤破裂出血，破入心包，心包腔内积血250ml左右。(2) 主动脉、肺动脉及冠状动脉粥样硬化。(3) 高血压病，高血压性心脏病。(4) 胆囊局限性纤维性粘连，腹部其他脏器未见异常。病理诊断：(1) 主动脉、肺动脉粥样硬化，肺动脉瘤破裂出血，急性心包填塞。(2) 高血压病，高血压性心脏病。

讨 论

肺动脉瘤是罕见的疾病^[1]，可分为先天性和后天性两种。先天性常见于年青患者，多为动脉中层粘液性变或中层滋养血管坏死，在长期压力作用下而形成动脉瘤。而后天性原因有慢性肺心病和梅毒。动脉瘤通常位于肺动脉干及其主分支；x线检查示瘤样扩张，囊状多于梭状。大的肺动脉瘤可引起咳嗽和呼吸困难，甚至咯血。但瘤体较小或突然发生者因无血液动力学影响，可无症状和体征。x线检查亦不能看到肺动脉干瘤样扩张，肺血管纹理正常，无明显肺门搏动等特征性变化。动脉瘤的产生为动脉壁中层组织损伤、破坏和变性的结果^[2]。正常动脉壁中层组织内有坚强的弹力纤维，因而可随每次心搏传导进行舒缩以完成血流输送。如中层组织

遭受病损,引起弹力纤维断裂、破坏,而代之以瘢痕组织,动脉壁也就失去良好的弹性,变为脆弱,难以承受管腔内血流的不断冲击,动脉周径不断扩大,最后向外膨出,形成动脉瘤。

本例年龄较大,又伴有肺动脉粥样硬化,以后天性动脉瘤可能性大。动脉瘤产生的病因较多,如创伤性、感染性、梅毒性、动脉中层囊性坏死、非感染性动脉炎、动脉粥样硬化等。本例生前无创伤、感染及梅毒史。经体检与实验室检查可除外上述病因所致,但是否可能有先天性动脉中层病变,病理解剖未能证实,亦可排除本病。患者生前曾有高血压病8年,应考虑与非感染性动脉炎相区别,但本例两侧脉搏与足背动脉搏动均正常,入院时血压200/110,经用利血平1mg肌注后迅速降至120/80,而动脉炎所致高血压较顽固,治疗反应较差,常需同时进行病因治疗与对症治疗,而且很难在短时间内奏效,因此本病的可能性亦较小。本例可能是动脉粥样硬化所致动脉瘤,这是老年性动脉瘤中最常见的原因。本例患者年龄为65岁,生前有高血压病史,尸检结果证明主动脉与肺动脉有明显的粥样硬化,均支持动脉粥样硬化所致。动脉硬化后由于动脉壁局部撕裂、管壁增厚使滋养血管受压造成营养障碍,部分滋养血管本身破裂后出血,致使中层组织内积血及粥样硬化时脂质堆积、内膜增厚、中层弹力纤维发生退行性变等综合因素的长期作用而引起动脉瘤。大多数见于60岁之后,其好发部位常常在周围无肌肉保护或活动时经常受牵张状态的动脉,因此常发生在升主动脉。本例发生在肺动脉,文献报道较少。扩张膨出的动脉瘤壁常不规则,厚薄不一,有时壁内可有钙化或粥样斑块存在。本例在肺动脉壁见有粥样斑块,血液经过狭窄的管腔至扩大的瘤体时,向侧壁之瘤体喷射。按 Laplace 定律,动脉

越扩张,其壁所受压力越大。如此长期反复作用,瘤体呈进行性增大、变薄,终致在最薄弱处破裂,引起严重出血。由于动脉瘤破裂部位不同,可引起咯血、呕血与血肿压迫症状。本例破裂口位于肺动脉根部,因此肺动脉瘤破入心包,尚未及反应出典型的剧烈锐痛,即由于急性心包填塞而死亡。在一般情况下,心包内压力为零,肺动脉收缩压为30(与右心室压相同),一旦肺动脉破裂出血,心包内压力急骤上升,直至与肺动脉压及右心室压相等,致心脏舒张受限,心跳停止,患者可迅速死亡。加之肺动脉破裂后,肺循环血容量锐减,肺静脉回流明显减少,相继左心回血量显著减低⁽⁹⁾,影响心脏充盈,终致心排血量减少与冠状动脉灌注不足,造成低排量休克。本例于晨起后突然摔倒在床上,呼吸心跳停止。其发作特点与文献报道相符。肺动脉瘤较大时,可造成肺动脉瓣区收缩期杂音,由于肺动脉瓣环扩张,也可发生粗而长的舒张期杂音。胸部x线检查显示肺动脉干突出肺不充血,有助于临床诊断。加之目前影像检查的发展,在胸部x线检查有可疑时,可行x线记波摄影或断层摄影及大血管的CT扫描。必要时心血管造影以便进一步确诊与定位,为手术治疗提供有利条件。但因本例生前无任何特殊体征与x线胸部检查所见,故未行进一步检查。

(刘刚 翟文华)

参考文献

1. 卞贺龄主编。内科疾病鉴别诊断学,第一版,北京,人民卫生出版社,1975:149。
2. 冯友贤主编。血管外科学,第一版,上海科技出版社,

1980: 287~319.

3. 王敬良主译. 心脏病的 诊断与治疗, 第一版. 南京, 江苏科技出版社, 1979: 676.

第2例——突然发生左肩背部剧痛, 抗心绞痛无效伴血压下降

病 历 摘 要

患者男性, 60岁。因公出差乘火车7个小时, 乘车期间一直下棋较为兴奋未感疲劳, 下车后进餐时突感后背部僵硬不适, 继之背部剧痛难忍, 当即被扶卧于床上休息, 疼痛仍无缓解, 同时全身出冷汗, 四肢厥冷。当即急查心电图, 结果显示Ⅱ、Ⅲ、aVF及V₁~V₆导联ST段略抬高, 考虑为急性心肌梗塞。即刻含服硝酸甘油片及肌注杜冷丁100mg, 约半小时后, 背部剧痛略缓解, 但仍有周身冷汗及肢端冰冷。血压最低为70/50, 经用多巴胺类药物抗休克治疗后血压恢复至108/80, 急诊入院。既往有高血压病史, 无冠心病史

体格检查: 体温36.2℃, 脉搏75次, 血压110/80。扶入病房, 无痛苦表情, 无紫绀、气急, 自动体位, 平卧时颈静脉无怒张, 颈部浅表淋巴结不大, 气管居中。两肺未闻及干、湿性啰音, 呼吸音正常。心脏各瓣膜区未闻及杂音, 心律齐, 心率90~100次。腹部略膨隆, 肝脾触诊不满意, 腹部无压痛。下肢无浮肿, 足背动脉搏动正常。

实验室检查 血红蛋白150g/L(15g/dl), 白细胞15.8×10⁹/L(15,800/μl) 中性83%, 淋巴16%, 单核1%。血沉3mm/h, 血糖7.5mmol/L(135mg/dl), 血淀粉酶32u, 尿酸脱氢酶与谷草酶正常, 血肌红蛋白7.9mmol/L(135mg/

m₁), 肝功、尿素氮、肌酐及钾、钠、氯、二氧化碳结合力正常, 胆固醇正常。尿常规正常。

超声检查 (住院后 3 天) 左肩胛线第 7~10 肋间探及液平反射约 4cm, 体表投影约 10×18cm 范围。

胸部 X 线片 (住院后 3 天) 左上纵隔影显著增宽, 主动脉弓降部呈瘤样突出, 范围约 9×8cm。气管向右侧移位, 左心室增大。双侧肺门影被掩盖, 左侧有胸腔积液。

住院经过 住院后诊断为冠心病, 变异性心绞痛, 心肌梗塞前兆。按急性心肌梗塞检查与治疗, 经用消心痛、潘生丁, 辅以抗感染治疗病情尚平稳。但次日晨又出现胸背部闷痛, 服硝酸甘油片后略缓解。晨 6 时疼痛突然加剧, 全身大汗, 经肌注杜冷丁、异丙嗪、罂粟硷等仍不缓解。血压降至 80/0, 经用阿拉明、多巴胺等升压药后血压维持在 80/50。经再次院内外会诊仍考虑为心肌梗塞或变异性心绞痛, 继续扩血管、止痛、抗休克治疗。但 X 线胸片见主动脉弓降部明显增宽, 呈瘤样突入肺野, 并有左侧胸腔积液。为除外肺部肿瘤并发性胸腔积液而行胸腔穿刺, 结果证明为血性胸水, 镜检红细胞 275 万/ μ l, 白细胞 2,200/ μ l, 中性 65%, 淋巴 35%。李凡他反应阳性, 病理检查未查到瘤细胞。血红蛋白由入院时 150g/L (15g/dl) 降至 100g/L (10g/dl), 尿素氮与肌酐较入院时均增高, 心肌酶谱基本正常。经 37 小时动态观察心电图仍无心肌梗塞特异性表现。据上述检查结果及临床所见, 均不支持原心肌梗塞诊断。经院内外会诊考虑为主动脉弓降部夹层动脉瘤可能性大。当即按夹层动脉瘤给予内科保护性治疗, 如吸氧、降血压、镇静等, 同时与外科研究在体外循环下手术治疗, 但在病程第 6 天, 患者较为兴奋。次日晨 4 时无任何诱因突然大叫一声, 心跳、呼吸停止, 即刻抢救无效而死亡。

尸检所见 主动脉弓降部，相当于左锁骨下动脉开口远侧端，可见1cm裂口破入主动脉中层形成血肿，向远端的胸主动脉段延伸约12cm处，夹层动脉瘤壁向外破口约1.5cm，血液注入胸腔，胸腔内积血1,700ml。左肺压迫性肺不张、脂肪心。

讨 论

本例特点：(1)60岁老年患者，既往有高血压病史；(2)突然发作左肩背部剧烈疼痛，用硝酸甘油片、杜冷丁等药物无效；(3)四肢冰冷，血压下降，经抗休克治疗血压曾回升；(4)心电图动态观察，大致正常。x线胸片示左上纵隔影增宽；(5)超声波探查示左侧胸腔积液，胸腔穿刺为血性胸水。

根据上述特点，本例应考虑以下诊断与鉴别诊断。

1. 急性心肌梗塞 本病在老年患者发病率较高，是最常见而易被误诊的疾患。心肌梗塞一般疼痛逐渐加重，有的用硝酸甘油可暂时缓解。而夹层动脉瘤一旦发作疼痛即达高峰，疼痛剧烈难忍，甚至用杜冷丁类强止痛剂均无效，疼痛部位较为广泛，用扩冠药无改善。

急性心肌梗塞合并休克时治疗效果较差，而夹层动脉瘤伴休克时血压下降不明显。本例最初发作时血压曾降至80/0，经抗休克治疗恢复迅速。

急性心肌梗塞时有典型心电图演变过程和血清酶活性增高。本例心电图发病6天来均无特异变化，血清酶正常，仅肌红蛋白单项略增高。x线胸片示左上纵隔影明显增宽并有胸腔积液。综合上述症状，治疗反应与检查所见，本例可除外急性心肌梗塞。

2. 肺部肿瘤 本例生前x线胸片见左肺相当于主 动脉

弓降部有半圆形边缘清楚影，左侧胸腔积液，因而不能除外左肺中心型肺癌并有胸膜转移。经胸腔穿刺见胸水为血性积液，病理检查未见瘤细胞，临床亦无咳嗽、咯痰、痰中带血或消瘦等病史。特别是本例以突然剧烈左肩背痛发病，用杜冷丁类止痛药无效，同时伴有休克，以上表现均与肺癌不符，因而可除外本病。

3. 急腹症 某些按Bailey等分类的B型夹层动脉瘤，常累及腹部，出现急腹症类似症状，如上腹痛、恶心、呕吐而被误诊为胰腺炎、胃病、胆石症。鉴别要点为急腹症一般腹部有压痛和反跳痛，腹壁僵硬。而夹层动脉瘤出现上述症状时腹部常可触及搏动性包块，本例因主动脉夹层动脉瘤位于胸主动脉段，故无以上症状与体征。

4. 主动脉夹层动脉瘤 本病是老年心血管急症之一。本例有突然发生肩背部剧烈疼痛，用扩血管药无效，同时伴有休克病史。x线胸片见左上纵隔影增宽并有左胸腔积液，心电图正常，均说明患者诊断应考虑夹层动脉瘤可能，因而生前曾按本病治疗。死后解剖证明本例属于Bailey等分类的B型。本病发生常与老化或老年性疾病有关。有作者研究了100例夹层动脉瘤和扩张型升主动脉瘤的动脉，发现在夹层动脉瘤中见到的囊性中层坏死，弹力纤维断裂和纤维化，在其正常主动脉部分也不同程度地存在。同时还注意到升主动脉扩张，马凡氏综合征，以及不完全或完全性夹层形成的主动脉，上述改变在正常和异常主动脉之间，仅有量的区别。

主动脉夹层动脉瘤患者既往常有高血压病和动脉粥样硬化，且常是重要的发病原因。国外报道有75~85%的患者合并有高血压病，此乃因主动脉承受过高的压力促进管壁损伤之故。从血液动力学观点来看，平均动脉压和收缩压升高均