

误诊为 Leriche 综合征的单侧髂总动脉闭塞 1 例

申潇竹

(江苏省连云港市第二人民医院老年医学科, 江苏省连云港市 222006)

[关键词] 单侧髂总动脉闭塞; Leriche 综合征; 动脉硬化闭塞症

[中图分类号] R5

[文献标识码] A

肾动脉以下腹主动脉、髂动脉及股动脉是动脉硬化闭塞症的好发部位。Leriche 综合征是其中较为特殊的一种, 病变发生在腹主动脉末端分叉并累及双髂动脉。本文报道 1 例单侧髂总动脉闭塞伴股动脉以下动脉闭塞的病例, 并与 Leriche 综合征相鉴别。

1 病例报道

患者男, 55 岁, 船员。4 年前步行数百米路后出现双侧小腿胀痛, 以右侧为重, 停止行走休息后症状可缓解, 双下肢无麻木及无力感, 肢体静息状态及近距离活动时无胀痛不适; 曾在当地诊所及社区医院多次就诊, 未行特殊检查, 以“腰椎间盘突出症”对症治疗, 后症状无明显好转。近 1 年来, 患者步行数十米即出现双侧小腿胀痛, 右侧为甚, 行走困难, 需停止休息。来我院就诊时查体: 右侧股动脉搏动弱; 右腘动脉、右胫后动脉及右足背动脉搏动消失; 左侧股动脉搏动好, 左腘动脉、左胫后动脉及左足背动脉搏动弱。血压: 右上肢 140/90 mmHg; 左上肢 140/90 mmHg; 左下肢(腘动脉) 150/95 mmHg, 右下肢(腘动脉) 未测出。臀部及双下肢无肌肉萎缩、无毛发减少、皮肤温度基本正常。患者既往体健, 有长期吸烟史 20 余年, 平均 40 支/天, 近 1 年来出现性功能阻碍。考虑“Leriche 综合征”可能。入院后完善相关检查, 中性粒细胞 73.7%, 凝血功能正常, 甘油三酯 3.24 mmol/L, 高密度脂蛋白 0.64 mmol/L, 同型半胱氨酸(HCY) 31.4 μmol/L。血管彩超示: 双侧下肢动脉硬化伴粥样斑块形成, 右侧髂外动脉起始端局部内径窄, 右下肢髂外动脉远端、右下肢深动脉流速低。左侧颈内动脉内膜毛

糙、局部增厚; 右椎动脉未探及血流信号。CT 血管造影术(CTA) 示: 腹主动脉、右侧髂总动脉管壁增厚, 右髂总动脉闭塞、右股动脉节段性闭塞伴局部侧枝形成; 左侧下肢动脉未见明显狭窄及闭塞征象(图 1)。遂建议行右下肢血管重建。



图 1. 患者腹主动脉及双下肢动脉 CT 血管成像图 腹主动脉、右侧髂总动脉管壁增厚, 右髂总动脉闭塞、右股动脉节段性闭塞伴局部侧枝形成; 左侧下肢动脉未见明显狭窄及闭塞征象。

Figure 1. CT angiography diagram of abdominal aorta and lower extremity arteries in the patient

2 讨论

单侧髂总动脉根部闭塞临床上较常见, 但此例患者股动脉以下动脉闭塞, 临床上处理较困难, 目前多趋向于杂交手术, 即在介入室行动脉探查, 尽可能取栓治疗, 或髂动脉置放支架, 股部行搭桥术, 变长段为短段病变^[1]。此外患者尚有吸烟、高同型

半胱氨酸、高甘油三酯等易栓因素^[1],控制危险因素、对因治疗、预防复发也是十分必要的^[2]。

下肢动脉闭塞患者由于出现下肢胀痛、麻木、乏力等症状,被误诊为“腰椎病”及“脊髓炎”的情况较为常见。本例患者就诊时主诉双下肢间歇性跛行,且合并性功能阻碍,说明不仅患者双下肢缺血,盆腔会阴部可能亦有血供阻碍表现,故考虑“Leriche 综合征”可能性大。该患者 CT 血管成像及血管彩超最终明确患者存在主动脉粥样硬化管腔增厚,无主动脉狭窄及闭塞依据,仅能证实右髂总动脉闭塞、右股动脉节段性闭塞,故尚不能诊断 Leriche 综合征。

动脉硬化容易发生在主要动脉分叉处,尤其在动脉明显成角之处,原因在于此处血流对动脉内膜撞击的物理机械力形成涡流,容易造成血管内膜损伤^[3]。因血流方向的变更而局部形成相对负压,更容易促成斑块的形成^[4]。腹主动脉和双侧髂动脉的位置恰好符合之一特点。通常内膜增厚和纤维化的病变,先起自一侧髂总动脉,而后向主动脉分叉处发展,继而形成粥样斑块,阻碍血流,最后两侧髂总动脉和主动脉分叉处相继闭塞^[5]。由此推断,本例患者是 Leriche 综合征的前期改变,有发展成为 Leriche 综合征的可能性。

由于动脉粥样硬化病变是一个缓慢的过程,这也为侧枝循环的建立提供了可能^[6]。患者病程 3 年后间歇性跛行症状加重并同时出现性功能阻碍,可能与责任血管血流梗阻加重以及侧枝循环血流失代偿有关。Leriche 综合征侧枝循环的建立主要由起源于锁骨下动脉的腹壁上动脉与直接进入股动脉的腹壁下动脉组成,这种颈部锁骨下动脉与腹股沟股动脉之间的链接,在缓解下肢缺血方面可能起着重要的作用^[7]。然而会阴部血供不良的问题并没有合理的改善,因此随病情的发展,在男性患

者最终出现阳痿。本例患者亦属于大动脉闭塞,上述侧枝循环的建立机制可能在本病例中也存在,虽然该患者左侧血供情况良好,但对于性功能来说,可能已经处于失代偿的状态,同时亦不能排除其他原因。

血管彩超示患者有严重的动脉硬化症,不仅双下肢动脉探及斑块,而且右椎动脉亦有闭塞的可能,虽然静息状态下尚无左下肢血管狭窄、闭塞等影像学依据,但严重的动脉硬化症或许可以解释患者长时间运动时左下肢血供不足的原因。

[参考文献]

[1] 李京雨, 刘 涛, 陆军良, 等. 介入治疗复杂下肢动脉硬化闭塞症技术与疗效分析[J]. 中华放射学杂志, 2011, 45(10): 960-963.

[2] 唐 锋, 刘昌伟, 管 珩, 等. 45 岁以下下肢动脉闭塞患者的病因及诊治[J]. 中国医学科学院学报, 2009, 31(1): 88-92.

[3] Frederick M, Newman J, Kohlwes J. Leriche syndrome[J]. J Gen Intern Med, 2010, 25(10): 1 102-104.

[4] Wang YC, Chiu YS, Yeh CH. Leriche's syndrome presenting as sciatica[J]. Ann Vasc Surg, 2010, 24(5): 694.

[5] Niizeki T, Kaneko K, Sugawara S, et al. Successful revascularization to right coronary artery by percutaneous coronary intervention after endovascular therapy for leriche syndrome[J]. Clin Med Insights Case Rep, 2014, 17(7): 33-36.

[6] Simpson EL, Kearns B, Stevenson MD, et al. Enhancements to angioplasty for peripheral arterial occlusive disease: systematic review, cost-effectiveness assessment and expected value of information analysis[J]. Health Technol Assess, 2014, 18(10): 1-252.

[7] Ellis H. René leriche: the Leriche syndrome[J]. J Perioper Pract, 2013, 23(6): 147-148.

(此文编辑 许雪梅)