

以下肢麻木为首发症状不典型主动脉夹层 A 型 1 例

黄玉春 邓启熹 刘兵 通讯作者

四川大学华西医院宜宾医院 宜宾市第二人民医院, 四川宜宾, 644000;

摘要: 主动脉夹层是一种严重的血管疾病, 具有起病急、进展快、死亡率高的特点。主动脉夹层 A 型更是其凶险, 常表现为剧烈的胸痛、背痛等症状^[1]。然而, 临幊上也存在一些以不典型症状起病的患者, 给疾病的早期诊断识别带来困难。本文报道的病例即以下肢麻木为首发症状, 该表现并不常见于主动脉夹层 A 型, 因此给临幊诊断和治疗带来挑战。通过本病例的分析, 旨在提高临幊医生对主动脉夹层不典型症状的认识, 以便及时准确地做出诊断, 从而改善患者的预后。

关键词: 主动脉夹层; Stanford A 型; 下肢麻木; 不典型症状

A case of atypical aortic coarctation type A with lower extremity numbness as the first symptom

Huang Yuchun, Deng Qixi, Liu Bing

Yibin Hospital, West China Hospital of Sichuan University - Yibin Second People's Hospital, Yibin, Sichuan Province

Abstract: Aortic coarctation is a serious vascular disease characterized by acute onset, rapid progression and high mortality. Aortic coarctation type A is even more dangerous, often manifested as severe chest pain, back pain and other symptoms^[1]. However, there are some patients with atypical symptoms, which makes the early diagnosis of the disease difficult. The case reported in this article, in which lower limb numbness was the first symptom, is not commonly seen in aortic coarctation type A, thus posing a challenge to clinical diagnosis and treatment. The analysis of this case aims to increase clinicians' awareness of atypical symptoms of aortic coarctation so that a timely and accurate diagnosis can be made to improve patients' prognosis.

Keywords: Aortic dissection; Stanford type A; Lower limb numbness; Atypical symptoms

DOI: 10.69979/3029-2808.25.04.048

1 病例资料

1.1 基本信息

患者, 男, 43岁。患者因“发现左下肢肢体麻木1小时余。”于2025年3月6日入宜宾市第二人民医院·四川大学华西医院宜宾医院急诊科。

现病史: 患者无明显诱因出现左侧下肢肢体麻木1小时余, 症状持续未缓解, 遂即拨打120, 由我院120出诊接回我院急诊科行进一步诊疗。既往史: 诉高血压疾病史4年余, 长期服用降压药物控制血压, 未规律监测血压, 否认糖尿病、冠心病、肺部疾病、慢性肾病、慢性肝病、否认青光眼、否认结核、肝炎等传染病史及密切接触史、否认手术史。

1.2 入院查体

体温: 36.3°C, 血压: 144/92mmHg, 脉搏: 99次/分, 呼吸: 20次/分, 血氧: 98%, 意识清醒。患者神志清楚, 双侧瞳孔等大形圆, 直径约3mm, 对光反射灵敏。呼吸平稳, 双肺呼吸音稍粗, 未闻及干湿啰音。心脏查

体未见异常。腹平软, 肝脾未及, 无压痛, 无肌紧张, 无反跳痛, 未见肠型及蠕动波, 肠鸣音正常。肾区无叩痛, 脊柱四肢无畸形, 左下肢温度较右侧明显减退, 左侧感觉减退, 左下肢足背动脉未触及, 双下肢无水肿, 病理征阴性。

1.3 辅助检查

实验室检查: WBC: 26.63×10⁹/L, RBC: 4.29×10¹²/L, Hb: 139g/L, 红细胞压积 39.9%, K⁺: 2.86mmol/L, 葡萄糖: 9.44 mmol/L。

1.4 影像学检查

①心脏多普勒超声: 心脏: 左房稍大, 余房室内径正常范围; 主动脉窦部增宽, 主动脉升部及肺动脉显示不清, 室间隔及左室后壁厚度正常。静息状态下左室壁未见明显节段性运动异常。主动脉瓣回声及开放未见明显异常, 关闭欠佳, 余瓣膜形态、结构及开闭活动未见异常。心包腔内查见线状液性暗区。M型曲线示: 二尖瓣前后叶呈逆向运动。多普勒检测: 二尖瓣前向血流E峰<

A 峰, 提示: 左室舒张功能降低。主动脉瓣关闭时瓣口下方测及轻度反流。②左侧下肢动、静脉血管多普勒超声: 探查受限左侧股动脉、股深动脉、腘动脉、胫后动脉、胫前动脉、足背动脉管径正常范围, 内中膜欠光滑, 管壁上未见异常回声附着, 管腔内未见确切异常充填, CPFI: 其内血流充盈欠佳; PW: 频谱均呈小慢波改变。左侧股静脉、股深静脉、腘静脉、胫后静脉管径正常范围, 内壁光滑, 其内透声清晰, 未见确切异常回声充填, 压之变扁; CDFI: 其内血流充盈好。③右侧下肢动、静脉血管多普勒超声: 右侧股动脉、股深动脉、腘动脉、胫后动脉、胫前动脉、足背动脉管径正常范围, 内中膜欠光滑。管壁上未见异常回声附着, 管腔内未见确切异常充填, CPEI: 其内血流充盈好。右侧股静脉、股深静脉、腘静脉、胫后静脉管径正常范围, 内壁光滑, 其内透声清晰, 未见确切异常回声充填, 压之变扁; CDFI: 其内血流充盈好。

CTA 急诊报告: 1. 升主动脉、主动脉弓、胸降主动脉、腹主动脉内膜分离, 考虑为主动脉夹层 (Stanford A 型), 真腔明显减小, 并于左上肺静脉层面消失, 以下胸降主动脉、腹主动脉均由假腔供血。2. 腹腔干、肠系膜上动脉、左右肾动脉由第 2 假腔供血, 左肾动脉开口下方出现再破口可能, 肠系膜下动脉由第 3 假腔供血, 左侧髂总动脉、部分髂内外、右侧髂内动脉延迟扫描未见显影。3. 左肾前下份梗死可能。双肾囊肿。4. 肝右后叶下段血管瘤可能, 长径约 2.9cm。5. 部分肠壁强化稍减低, 提示缺血可能。6. 前列腺钙化, 余腹部目前未见明显异常。

1.5 诊断与治疗

确诊为 Stanford A 型主动脉夹层, 累及内脏动脉及左下肢分支、高血压。急诊予以降压等对症处理, 请重症医学科、胸心外科会诊, 后与患者家属沟通病情后患者家属选择保守治疗, 入重症医学科继续治疗。

2 讨论

主动脉夹层是由于主动脉内膜突发撕裂性破裂, 在血流高压冲击下, 血液渗入动脉壁层间, 导致内膜与中层或中层与外膜发生分离的危重血管疾病。该病进展迅猛, 预后极差, 发病 48 小时内死亡率可接近 70%^[2]。主要危险因素包括高血压及动脉粥样硬化, 其他诱因涵盖马凡综合征等结缔组织病、医源性血管损伤等。国际学

界依据病变范围分为两种分型体系: DeBakey 分型: I 型 (破口位于升主动脉, 累及主动脉弓及远端)、II 型 (病变局限于升主动脉)、III 型 (破口始于左锁骨下动脉以远, 向远端延伸); Stanford 分型: A 型 (累及升主动脉, 含 DeBakey I / II 型)、B 型 (未累及升主动脉, 即 DeBakey III 型)。临床表现取决于夹层累及部位、范围及并发症情况。典型症状为突发性胸背部撕裂样剧痛, 但约 10%-15% 的病例以非特异性表现为首发症状, 如意识障碍、肢体运动异常、截瘫或器官功能障碍 (肝功能异常、淀粉酶升高)。由于症状多样性, 临床误诊率高达 85%, 多数病例需通过影像学检查确诊^[3]。神经功能损害是其常见并发症之一, 通常急性起病且迅速进展, 可表现为脑、脊髓或周围神经受累, 初期症状多表现为支配区域剧烈疼痛, 其次为感觉异常或运动障碍。

本例患者以突发左侧下肢麻木为首发症状, 无典型胸背部撕裂样疼痛表现, 属于 Stanford A 型主动脉夹层的罕见非典型临床表现。患者既往高血压病史 4 年, 未规律监测血压, 提示长期血压控制不佳可能是夹层发生的重要诱因。入院查体显示左下肢皮温降低、感觉减退及足背动脉搏动消失, 提示下肢动脉缺血可能; 实验室检查提示白细胞显著升高、低钾血症及血糖升高, 可能与急性应激反应相关。影像学检查 (CTA) 明确诊断为 Stanford A 型主动脉夹层, 累及升主动脉至腹主动脉, 伴多支内脏动脉假腔供血及左肾梗死, 进一步凸显病情的复杂性。

下肢麻木常见于腰椎疾病、周围神经病变或下肢血管栓塞, 易误导初诊方向。本例患者无胸痛, 接诊时首诊科室可能忽略主动脉夹层可能。尽管存在下肢缺血体征 (皮温低、动脉搏动消失), 但缺乏典型“痛-麻分离”特征 (即疼痛与感觉障碍并存), 易与急性动脉栓塞混淆。本例患者以“左下肢麻木”为主诉就诊, 与主动脉夹层 A 型 (Stanford A 型) 常见的剧烈胸痛、背痛或撕裂样疼痛显著不同。文献报道, 约 5%-15% 的主动脉夹层患者可能以非典型症状起病, 如神经功能障碍、腹痛、晕厥或肢体缺血表现^[4]。本病例中, 主动脉夹层累及左侧髂总动脉及下肢分支, 导致左下肢动脉供血不足, 表现为麻木、皮温降低及足背动脉搏动消失。这种症状的隐匿性易被误诊为腰椎间盘突出、周围神经病变或下肢动脉栓塞, 从而延误治疗。因此, 对突发肢体感觉或运动障碍患者, 尤其合并高血压等危险因素时, 需高度警惕主动脉夹层可能。

主动脉夹层引起下肢神经功能异常可能与动脉缺血直接损伤有关。夹层假腔扩展至髂动脉或股动脉，造成管腔狭窄或闭塞，导致下肢急性缺血。此时，神经细胞因缺氧发生可逆性或不可逆性损伤，表现为感觉减退、肌力下降等。本例患者左侧足背动脉未触及、CTA显示左侧髂动脉显影延迟，符合动脉缺血机制。

综上所述，本例以下肢麻木为首发症状的Stanford A型主动脉夹层，凸显非典型临床表现的诊疗复杂性。因此临床医生需拓宽诊断思维，对于具有神经系统或肢体缺血症状尤其是既往诊断有高血压疾病史，血压监测不规律的患者保持对主动脉夹层的高度警觉，结合影像学技术早期识别，提高早期诊断率，减少误诊率，以改善此类危重症患者的预后，同时结合急诊手术及多学科协作，让患者获得有效救治。

参考文献

- [1] 张永志, 李艳敏, 马晓雯, 等. 以双下肢无力麻木为首发表现的主动脉夹层1例并文献复习[J]. 临床荟萃, 2023, 38(10):912-916.
- [2] 万百艳, 吴壮填, 黄春阳, 等. 高压氧治疗主动脉夹层所致双下肢乏力1例[J]. 中华航海医学与高气压医学杂志, 2024, 31(04):573-574.
- [3] 刘亚杰, 刘蒙蒙, 邓松柏, 等. 以突发晕厥为首发症状的Stanford A型主动脉夹层1例[J]. 中国临床案例成果数据库, 2023, 05(01):3001.
- [4] 蔡昌宏, 梁晓迪. 主动脉夹层误诊为脑梗死并溶栓治疗一例[J]. 医师在线, 2023, 13(9):58-60.
- 第一作者: 黄玉春 (1996.01-) 男, 汉族, 四川宜宾人, 本科, 研究方向: 外科
 第二作者: 邓启熹 (1992.10-) 男, 汉族, 四川泸州人, 本科, 急诊科主治医师, 研究方向: 急诊专业
 通讯作者: 刘兵 (1973.07-) 男, 汉族, 主任医师, 成都医学院兼职教授, 急诊科副主任, 研究方向: 急救创伤、美容整形.