

# 合并急性心肌梗死的 Leriche 综合征 1 例

杨奕 李晓丽

doi:10.3969/j.issn.1673-6583.2020.05.016

## 1 病例资料

患者男性,52 岁,因“突发胸痛 2 h”入院。患者入院 2 h 前在活动过程中突发剧烈胸闷、胸痛,伴心悸、大汗淋漓。既往有高血压病史 10 年,未服药,有脑梗死病史 5 年,吸烟 30 年,20 支/d,无饮酒史。入院查体:生命体征正常,急性面容,心律齐,各瓣膜未闻及杂音,下肢皮肤温度降低,双侧膝部以下部分痛觉减退,肌张力正常,双下肢肌力 4~5 级,股动脉搏动明显减弱,足背动脉搏动消失。心电图示窦性心律,频发室性早搏, $V_1 \sim V_6$  导联 ST 段弓背抬高 0.1~0.3 mV。心肌标志物:肌红蛋白 904 ng/mL,超敏肌钙蛋白 20.14 pg/mL。诊断急性前壁 ST 段抬高型心肌梗死,予以吗啡止痛,负荷量替格瑞洛、阿司匹林后行急诊经皮冠状动脉介入术(PCI)。冠状动脉造影示前降支中段次全闭塞,心肌梗死溶栓试验(TIMI)血流 2 级,回旋支中段弥漫性重度狭窄,右冠状动脉弥漫性中-重度狭窄。于前降支闭塞处行球囊扩张,置入支架 1 枚。因查体发现患者双下肢足背动脉未扪及,行冠状动脉造影时右股动脉穿刺后造影示髂总动脉重度狭窄,通过困难,遂追问病史。患者 1 年前出现双下肢发凉,行走后出现麻木、乏力、疼痛,休息片刻后缓解,后呈进行性加重,伴有小便费力、尿线变细、性功能障碍。进一步行踝臂指数(ABI)检查示右侧 0.64,左侧 0.57。胸腹主动脉 CT 血管造影(CTA)示主动脉弓管壁局部小溃疡形成,腹腔干起始处轻度狭窄,左肾动脉毛糙伴轻度狭窄,腹主动脉下段及左侧髂外动脉管壁增厚,考虑环形腹壁血栓形成合并部分管腔重度狭窄;双下肢动脉 CTA 示双侧髂外动脉血栓形成,右侧髂外动脉闭塞,左侧髂外动脉重度狭窄,伴双侧侧支动脉形成,见图 1。遂行双下肢血运重建,经左肱动脉至腹主动脉造影示腹主动

脉远段重度狭窄,左髂外动脉重度狭窄,右髂总动脉远段局限性重度狭窄,右髂外动脉起始段闭塞,双侧股动脉通过腹主动脉侧支循环显影。分别于左右髂外动脉闭塞病变处置入支架 1 枚,见图 2。患者腰臀部及双下肢疼痛缓解,双侧股动脉、足背动脉搏动较前明显。复查 ABI 示右侧 0.96,左侧 0.93。

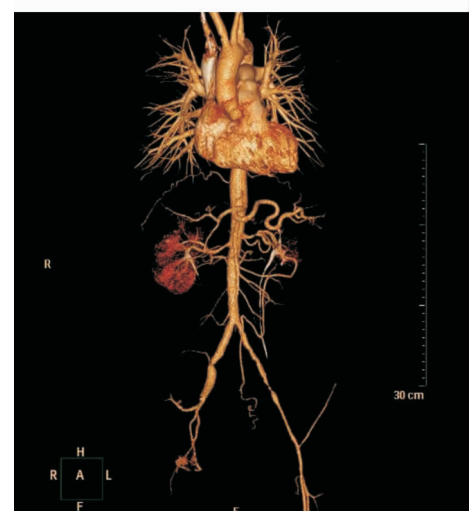
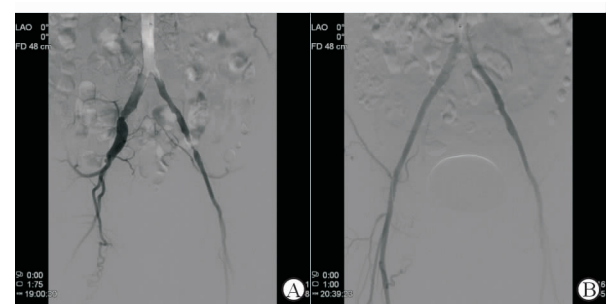


图 1 介入治疗前腹主动脉及下肢动脉 CTA



注: A 示介入治疗前图像;B 示介入治疗后图像

图 2 介入治疗前后下肢血管造影比较

## 2 讨论

1923 年法国医生 Leriche 报道了 1 例腹主动脉分叉部动脉闭塞的病例,1940 年又描述了主动脉分叉处硬化性闭塞引起的下肢缺血综合征,故此类腹

主动脉远端和髂动脉严重狭窄和(或)闭塞导致盆腔和(或)下肢动脉缺血,主要表现为下肢间歇性跛行、阳痿和股动脉搏动消失的临床综合征称为 Leriche 综合征,其危险因素主要包括年龄、吸烟、糖尿病、高血压、高脂血症、肥胖、家族性心脏病史、高同型半胱氨酸等<sup>[1-2]</sup>。

Leriche 综合征典型的临床表现为“三联征”:双下肢乏力;间歇性跛行和静息痛;阳痿或女性会阴坏死,部分患者表现为腓肠肌或臀部肌肉疼痛。其发病机制可能是动脉粥样硬化、血栓形成、血管炎等因素导致腹主动脉远端闭塞,引起盆腔器官和(或)双下肢缺血。该综合征早期需与其他引起间歇性跛行的疾病,尤其是椎管狭窄、腰椎间盘突出症等疾病鉴别。本例患者以急性 ST 段抬高型心肌梗死为首表现,但入院查体时发现双下肢足背动脉搏动消失,右股动脉穿刺通过困难,追问患者病史发现有双下肢间歇性跛行,且合并性功能阻碍,说明患者不仅存在双下肢缺血,盆腔会阴部也可能存在血供阻碍,故考虑 Leriche 综合征,最终通过 CTA 及血管造影明确。本例患者较为特殊的是,不仅存在腹主动脉、髂动脉、股动脉硬化闭塞,而且合并严重的冠状动脉硬化及闭塞,临床上较为少见,可能与患者长期未控制血压、吸烟、高脂血症等危险因素相关,但须排除大动脉炎等非特异性炎症导致的多发性大动脉狭窄。

合理应用辅助检查是诊断 Leriche 综合征的关键。ABI 用于外周动脉疾病(PAD)的初步筛查,指南推荐年龄 $\geq 50$ 岁、有糖尿病病史、心血管病危险因素的患者应常规筛查 ABI,可早期发现 PAD 患者<sup>[3]</sup>。外周血管彩超及腹部彩超应作为本病的首选检查,可做出定位定性诊断。CTA 和核磁共振血管成像(MRA)等无创检查可用于选择手术入路及手

术方案,评价患者术后疗效<sup>[4]</sup>。血管造影为有创检查,是诊断血管疾病的金标准,可判断血管病变范围 and 程度,判断主动脉分支、远端闭塞血管及侧支循环情况,指导血管介入治疗。

Leriche 综合征的治疗应根据不同的病变阶段、重要脏器的支配动脉是否受累、是否有流入道和流出道而定。根据大西洋学会共识(TASC) II 分级, Leriche 综合征属于 D 级病变,首选外科手术,主要包括主动脉内膜剥脱术、切开取栓及人工血管转流术,其有效性和安全性在长期随访和大量病例中得到充分肯定,是此类疾病的首选治疗方法<sup>[5]</sup>。但外科手术对患者心肺肾功能要求高、患者意愿等多种因素限制了外科手术的应用。随着血管介入技术及器械的发展,经腔内血管成形术和支架置入术已逐渐成熟。本例患者行支架植入术后取得良好效果,且该术式成功率高,创伤微小,操作简洁,并发症少,是治疗 Leriche 综合征的有效手段。

#### 参 考 文 献

- [1] Kumagai S, Amano T, Takashima H, et al. Impact of cigarette smoking on coronary plaque composition[J]. Coron Artery Dis, 2015, 26(1):60-65.
- [2] Sugimoto T, Ogawa K, Asada T, et al. Leriche syndrome. Surgical procedures and early and late results[J]. Angiology, 1997, 48(7):637-642.
- [3] 杨士伟, 胡大一. 踝肱指数检测规范[J]. 中国医刊, 2006, 41(4):52-53.
- [4] Rutherford RB. Options in the surgical management of aortoiliac occlusive disease; a changing perspective[J]. Cardiovasc Surg, 1999, 7(1):5-12.
- [5] Haap M, Haas CS. Acute Leriche syndrome following percutaneous transluminal angioplasty[J]. J Cardiovasc Med, 2011, 12(7):524-526.

(收稿:2018-10-19 修回:2020-07-24)

(本文编辑:胡晓静)