

以意识障碍为首发症状的主动脉夹层 DeBakey I 型 1 例并文献复习

侯巧, 宋治, 刘鼎

中南大学湘雅三医院神经内科, 湖南省长沙市 410013

1 一般资料

男性患者, 60 岁, 因突发意识障碍 12 h 于 2012 年 4 月 7 日入院。患者于清晨起床后突发意识不清, 摔倒在地, 呼之不应, 呕吐两次, 非喷射性, 呕吐物为胃内容物。无发热、气喘、呼吸困难, 无肢体抽搐、乏力麻木, 无大小便失禁, 立即送至我院。既往否认高血压病、糖尿病、心脏病病史。查体: 体温 36.7℃, 脉搏 55 次/min, 呼吸 18 次/min, 血压 156/96 mmHg。神志模糊, 查体不合作。心肺无异常。双侧瞳孔等大等圆, 直径 3 mm, 直接及间接对光反射灵敏, 余颅神经检查不配合, 颈部无抵抗。四肢肌力、肌张力正常, 双侧巴宾斯基征

阳性。血常规: 白细胞 $12.21 \times 10^9/L$ 。肌钙蛋白 210.5 ng/ml。心肌酶、血淀粉酶、电解质、凝血四项、血沉正常。急诊头部 CT 检查发现多发性腔隙性脑梗死。心电图: 窦性心律不齐。

患者入院后予以对症治疗, 次日神志转为清楚, 自诉胸闷, 无恶心、呕吐, 无呼吸困难。追问病史患者诉其发病时无剧烈疼痛。肺部 CT 检查发现主动脉改变, 怀疑主动脉瘤样扩张或合并夹层动脉瘤。进一步完善胸腹主动脉平扫及增强检查, 确诊为主动脉夹层 (DeBakey I 型) (见图 1)。遂转中南大学湘雅二医院心胸外科行手术治疗。

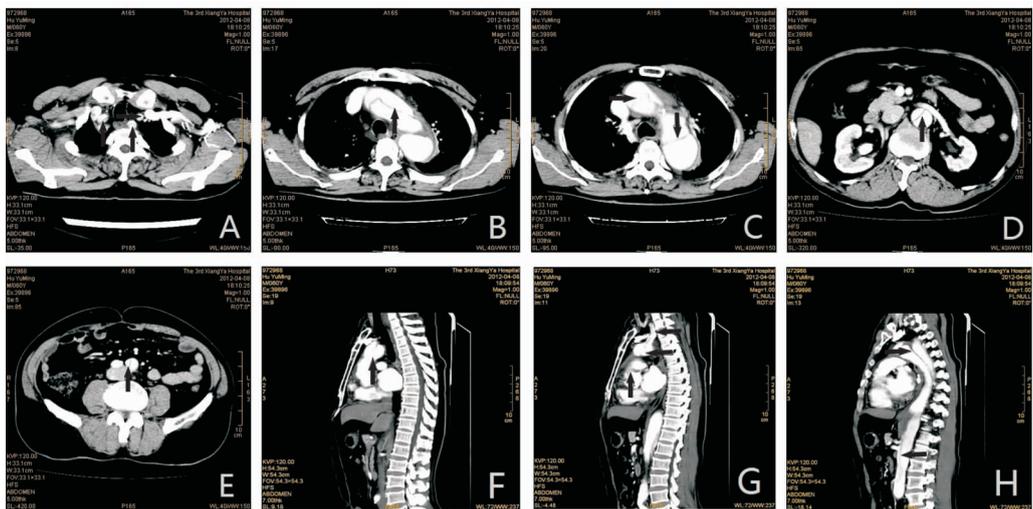


图 1 胸、腹主动脉增强 CT 所见。A-E 为横断位成像, F-H 为矢状位成像。图中升主动脉根部 (图 F、G 箭头所示)、主动脉弓部 (图 B 箭头所示) 及降主动脉 (图 C、D、H 箭头所示) 内可见内膜撕裂影, 累及头臂干、右侧颈总动脉、左侧颈总动脉及左侧锁骨下动脉 (图 A、G 箭头所示), 向下累积左侧髂总动脉起始端 (图 E 箭头所示)。

收稿日期: 2012-12-14; 修回日期: 2013-01-16

作者简介: 侯巧 (1987-), 女, 在读硕士研究生, 主要从事癫痫及颅内感染的研究。Email: hqiaox@126.com。

通讯作者: 宋治 (1965-), 男, 主任医师, 博士生导师, 科主任, 主要从事脑血管病及癫痫的研究。Email: docsong@126.com。

2 讨论

主动脉夹层(aortic dissection)是一种极为凶险的大动脉疾病,病情进展非常迅速,急性期死亡率高达22.7%~68%^[1]。早期诊断和积极合理的治疗是降低主动脉夹层死亡率的关键。此病诊断主要依靠临床症状和影像学检查,早期诊断困难。主动脉夹层一般表现为剧烈疼痛、休克、血压变化和其他系统损害。临床上主动脉夹层多以突发剧烈疼痛为首发症状。约有84.8%的主动脉夹层患者主诉为疼痛^[2]。因此当主动脉夹层无疼痛,仅以某一系统受损症状为首发症状时,往往容易导致误诊或漏诊。上述病例中患者首发症状为意识障碍,无疼痛。根据临床症状,结合既往病史、体格检查首诊考虑脑血管疾病。患者神志清楚后诉胸闷,结合肺部CT异常改变,进一步行胸腹主动脉增强CT检查,确诊为主动脉夹层DeBakey I型。

近年来,关于无痛性主动脉夹层患者意识障碍的发病机制有多种说法,但都没有得到明确的证实。Imamura等^[3]通过对98例病人的回顾性研究,认为无痛性主动脉夹层的发病机制是由于晕厥或缺血性卒中等脑损伤导致痛觉减弱,或者是因为这些患者在被送至急诊室的时候表现为意识障碍而不能明确表达疼痛症状。意识障碍最常见的病因是夹层动脉波及颈动脉或椎动脉,导致脑血流量的大量减少。根据同样的机制,我们认为局部脑血流减少也可导致肢体偏瘫或失语^[4,6]。关于意识障碍的另一种常见机制是心脏填塞,心脏填塞导致休克,引起一过性或持续性的意识障碍^[7]。Nallamothu等^[8]对在急性主动脉夹层的国际注册表(The International Registry of Acute Aortic Dissection, IRAD)中表现为晕厥的急性主动脉夹层患者进行研究,发现有13%的患者表现为晕厥,3%的患者表现为晕厥但没有任何疼痛症状。他们认为表现为晕厥的患者更常合并心脏填塞、卒中或其他神经功能缺损症状,但是有将近一半的患者没有合并上述症状。因此他们认为急性主动脉夹层表现为晕厥可能由另一机制所致,即夹层撕裂处的强烈不适感及对主动脉壁上压力感受器的直接拉伸引起迷

走神经兴奋而引起晕厥或意识障碍。在Imamura等^[3]的研究中,发现主动脉夹层无疼痛的患者比有疼痛的患者的确诊时间要长。首发症状无疼痛的患者被转诊的概率明显低于有疼痛的患者。一部分首发症状无疼痛的患者在被转诊以前没有得到正确的诊断而死亡。在Spittell等^[7]的研究中,主动脉夹层患者中只有62%的患者有初始临床症状,有28%的患者直至尸检时才明确诊断。很多首发症状无疼痛的患者被怀疑为脑血管疾病而误诊。因此作为临床医生,当碰到这些非典型临床表现的患者,应考虑到此病。

参 考 文 献

- [1] Meszaros I, Morocz J, Szlavi J, et al. Epidemiology and clinicopathology of aortic dissection. *Chest*, 2000, 117(5): 1271-1278.
- [2] Hagan PG, Nienaber CA, Isselbacher EM, et al. The International Registry of Acute Aortic Dissection (IRAD): New insights into an old disease. *JAMA*, 2000, 283(7): 897-903.
- [3] Imamura H, Sekiuchi Y, Iwashita T, et al. Painless acute aortic dissection. Diagnostic, prognostic and clinical implications. *Circ J*, 2011, 75(1): 59-66.
- [4] Morita S, Shibata M, Nakagawa Y, et al. Painless acute aortic dissection with a left hemiparesis: a case report. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 2005, 14(1): 36-38.
- [5] Baydin A, Nargis C, Nural MS, et al. Painless, acute aortic dissection presenting as an acute stroke. *Mt Sinai J Med*, 2006, 73(8): 1129-1131.
- [6] Stanley I, Sharma VK, Tsvigoulis G, et al. Painless aortic dissection with unusual extension into intracranial internal carotid arteries. *Cerebrovasc Dis*, 2007, 24(2-3): 314-315.
- [7] Spittell PC, Spittell JA Jr, Joyce JW, et al. Clinical features and differential diagnosis of aortic dissection: experience with 236 cases (1980 through 1990). *Mayo Clin Proc*, 1993, 68(7): 642-651.
- [8] Nallamothu BK, Mehta RH, Saint S, et al. Syncope in acute aortic dissection: diagnostic, prognostic, and clinical implications. *Am J Med*, 2002, 113(6): 468-471.