

• 头颈疾病 •

双颈段颈内动脉延长折曲伴颈总动脉瘤1例

中国人民解放军第252医院介入血管外科 (河北 保定 071000)

田锦林 郭跃辉 李云松 王伟 李春雷

【关键词】折曲; 颈内动脉; 动脉瘤

【中图分类号】R73; R65

【文献标识码】D

DOI: 10.3969/j.issn.1009-3257.2015.03.008

1 病例资料

患者男性, 68岁, 发现“左颈部搏动性肿物1年伴左咽部疼痛不适半年”。查体: 左颈动脉走行区可触及2.5cm×2.5cm大小搏动性包块, 质软, 轻压痛。既往无高血压、糖尿病及血脂异常病史, 患有神经性耳聋2年。实验室检查无异常。CTA示双颈总动脉迂曲, 角度约90度, 双颈内动脉延长、折曲, 角度小于30度(图1), 双侧颈总动脉近分叉处瘤样扩张, 右侧最大直径20mm, 左侧26mm, 左侧瘤腔内见环形、大

量的附壁血栓形成(图2-3)。头颅MR: 双侧大脑中动脉供血区见散在缺血灶, MRA示颅内血管未见异常(图4)。

2 讨论

随着CTA的检查应用增多, 发现颈动脉颅外段延长、迂曲率有上升趋势。迂曲的机制尚不十分明确, 目前认为可能与先天发育异常、迂曲处动脉弹力纤维受损、内弹力层不完整、动脉壁老化、退行

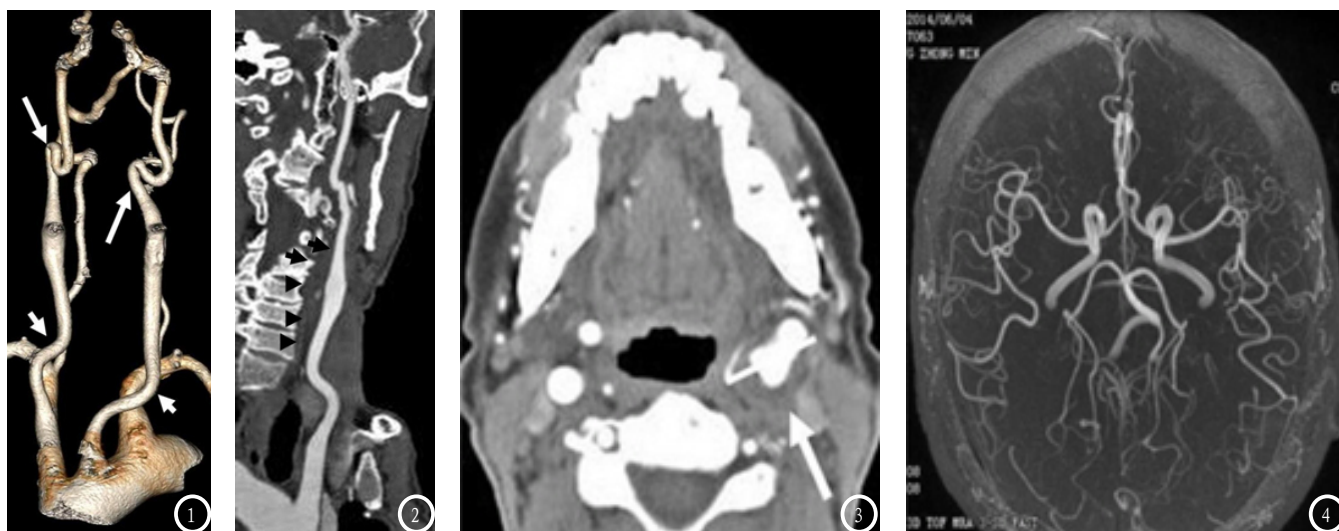


图1 CTA示双侧颈总动脉呈90°扭曲(短白箭), 双颈内动脉延长, 呈“S”型折曲, 最小角度小于30°(长白箭); 图2 MPR曲面重建示左颈总动脉瘤伴附壁血栓(黑箭); 图3 为颈总动脉分叉水平横断面CT增强示左侧颈总动脉瘤样扩张伴附壁血栓形成; 图4 MRA示颅内血管未见异常。

作者简介: 田锦林, 男, 医学博士, 副主任医师, 研究方向: 介入诊疗

通讯作者: 田锦林

性变、高血压及动脉粥样硬化等因素有关。迂曲的严重程度及类型不同,对神经功能的影响及后果也不同。1961年Metz^[1]等将颈动脉迂曲根据迂曲程度的不同分为3型,I型:迂曲角度 $60^{\circ} \sim 90^{\circ}$,II型: $30^{\circ} \sim 60^{\circ}$,III型: $<30^{\circ}$,又称sharp型;Weibel和Fields等将颈动脉迂曲延长分为扭曲(tortuosity)、盘曲(coiling)及折曲(kinking)3类,扭曲即动脉迂曲呈“C”、“U”或“S”形;盘曲即动脉以一个或多个轴心盘旋成袢状;折曲为动脉迂曲折成锐角。扭曲及盘曲一般不会引起症状,折曲

可能影响颅内血流动力学,在超出脑血管自身调节范围后可能出现缺血症状,折曲伴有动脉瘤形成时,其内血流呈涡流而易形成附壁血栓,血栓脱落可造成不同程度的脑梗塞,导致神经功能缺失甚至致残。

参考文献

- [1] Metz H, Murray-lesUier RM, Bannister R, et al. Kinking of the internal carotid artery in relation to cerebrovascular disease [J]. Lancet, 1961;25:424-429.

【收稿日期】2015-05-25

(上接第13页)

对侧眼球水平注视时不能内收,可以外展,但有水平眼震,大多定位于脑干PPRF或外展神经核水平,如果损伤绕同侧外展神经核的面神经或损伤面丘,就导致了八个半综合征。Wall M. Wary^[5]曾回顾性研究了20例一个半综合征,其中有4例伴有面神经麻痹。表现这两个综合征的患者,磁共振检查证实均有脑桥被盖部病变,因此加深对其认识有重要的临床定位意义。

脑桥被盖部病变可由梗死、出血、多发性硬化、肿瘤(脑干神经胶质瘤)、基底动脉瘤、血管炎、动脉畸形等引起,其中以腔梗、多发性硬化多见。脑桥被盖部梗死临床比较罕见,可导致一系列神经眼科学表现如凝视麻痹、复视、核间性眼肌麻痹、眼球震颤、外展麻痹等。除此之外,还可有其他表现,若病变累及双侧脑桥被盖部可表现双侧水平凝视麻痹、双侧面瘫^[6],或表现一个半综合征合并单侧及双侧面瘫,有学者将其称为“八个半综合征”、“十五个半综合征”^[2]。Uysal S^[7]报道1例脑桥被盖部梗死表现八个半综合征及对侧短暂性轻偏瘫,可能系梗死病灶水肿累及皮质脊髓束相关,故偏瘫恢复较快。

本例患者急性起病,既往有脑梗死、高血压病、糖尿病、烟酒嗜好,临床表现符合八个半综合征,并经MRI证实存在右侧脑桥被盖部新发梗死病灶。虽然

患者MRA未见椎基底动脉狭窄,但右侧椎动脉较左侧纤细,且患者存在多个卒中危险因素,故考虑右侧脑桥旁中央动脉粥样硬化斑块形成或闭塞导致此综合征。文献报道八个半综合征预后好,内收恢复较外展快,本例患者病情演变符合文献报道,可能系其仅累及MLF,未累及动眼神经核团有关。

参考文献

- [1] Eggenberger E. Eight-and-a-half syndrome: one-and-a-half syndrome plus cranial nerve VII palsy[J]. Neuroophthalmol, 1998, 18:114-116.
- [2] Bae JS, Song HK. One-and-a-half syndrome with facial diplegia: The 151/2 syndrome?[J]. Neuroophthalmol, 2005, 25:52-53.
- [3] 赵帅.八个半综合征1例报告[J].临床神经病学杂志,2014,27(2):122.
- [4] 郭婷辉,陈跃鸿.表现为八个半综合征的脑桥梗死一例[J].中华神经科杂志,2012,45(3):215-216.
- [5] Wall M, Wray SH. The one-and-a-half syndrome--a unilateral disorder of the pontine tegmentum:a study of 20 cases and review of the literature[J]. Neurology, 1983, 33:971-980.
- [6] Utku U, Celik Y, Balci K. Bilaterally persistent horizontal gaze palsy and facial palsy caused by pontine infarction[J].Stroke Cerebrovasc Dis, 2001, 10:242-243.
- [7] Uysal S, Demirtas-Tatlidede A, Selcuk OY, et al. Diffusion-weighted imaging in eight-and-a-half syndrome presenting with transient hemiparesis[J]. Clin Neuroradiol, 2013, 23(3):235-236.

【收稿日期】2015-05-28