

• 临床经验 •

颅外颈动脉瘤 5 例报告

席嘉元 吕梁 曹新华 李纪康 翟凌云

颅外颈动脉瘤少见,现将我院 1990 年 4 月~1997 年 1 月经选择性血管造影确诊的 5 例报告如下。

例 1 男,32 岁,汉族,工人。1990 年 4 月从高处跌下,颅底骨折,逐渐出现周围性面瘫、右眼视神经萎缩、间歇性反复喷射性鼻腔大出血。经双侧前、后鼻孔填塞后作右颈动脉 DSA:右颈内动脉颅外段沿颅底向前方突出约 $1.2\text{cm} \times 2.1\text{cm}$ 假性动脉瘤,瘤体前下壁有少量造影剂外溢,由于当时条件限制未作栓塞治疗,临床无法作修补或钳夹术,1 周后死于大出血。

例 2 男,49 岁,汉族,教师。右颈部包块半年,进行性吞咽及呼吸不畅 1 月,外院误诊为右扁桃腺肿大而行扁桃腺摘除术。术后肿块无缩小,于 1991 年 4 月 10 日到医院就诊,右颈上段触及 $6\text{cm} \times 7\text{cm}$ 搏动性包块有振颤及血管杂音,1991 年 4 月 15 日作颈动脉 DSA:右颈内动脉分叉上约 2.4cm 起有 $4.5\text{cm} \times 6.9\text{cm}$ 椭圆形夹层动脉瘤,瘤口在瘤体外上方,造影剂在瘤腔内形成涡流,上缘已靠近 C_1 段,诊断右颈内动脉颅外段巨大夹层动脉瘤。在外院作右颈动脉压迫耐受锻炼(Matas 试验),2 周后分别作右颈总动脉、颈内、外动脉结扎术,因解剖位置高,瘤体上方动脉未作结扎,术后夹层动脉瘤未缩小,反而进

行性增大,1999 年 3 月随访,动脉瘤较结扎前增大 50%,对吞咽有一定影响。

例 3 女,42 岁,工人。右颈部搏动性包块 2 年余,伴头昏乏力 6 个月,既往有高血压史,检查:右颈第 4 颈椎水平可以触及 $2\text{cm} \times 3\text{cm}$ 梭形搏动性包块,有血管杂音,1996 年 9 月 27 日行右颈动脉造影,见右颈内动脉起始段有 $1.2 \times 1.8\text{cm}$ 动脉瘤,未作特殊治疗。

例 4 男,57 岁,左颈部包块 1 年,逐渐增大,伴有头昏,乏力半年,既往有高血压史。检查:左上颈部(C_4 水平)触及 $2\text{cm} \times 3\text{cm}$ 搏动性包块;左下颈部(C_7 水平)触及 $3.5\text{cm} \times 5\text{cm}$ 包块,质硬,表面光滑,无搏动。1997 年 1 月 3 日作左锁骨下动脉、左颈总动脉 DSA:左颈内动脉起始段有 $1.4\text{cm} \times 2.0\text{cm}$ 梭形动脉瘤,下颈段未见病理血管及肿瘤染色。1997 年 1 月 10 日行左下颈部包块切除术,术后病检报告:左下颈部神经纤维瘤,部分瘤组织变性。颈内动脉瘤未作特殊治疗。

例 5 女,49 岁,右颈部搏动性包块 1 年余,伴有头昏,乏力,高血压史 8 年,检查:右上颈部(C_4 水平)有 $2\text{cm} \times 3\text{cm}$ 搏动性包块,1996 年 9 月 27 日作右颈动脉 DSA:右颈内动脉起始段有 $1.3\text{cm} \times 1.8\text{cm}$ 梭形动脉瘤。未作特殊治疗。

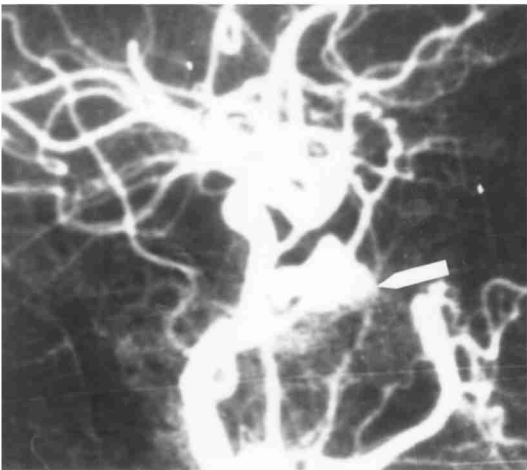


图 1 右颈总动脉造影侧位 剪头示假性动脉瘤,瘤体前下壁边缘毛糙,有少量出血

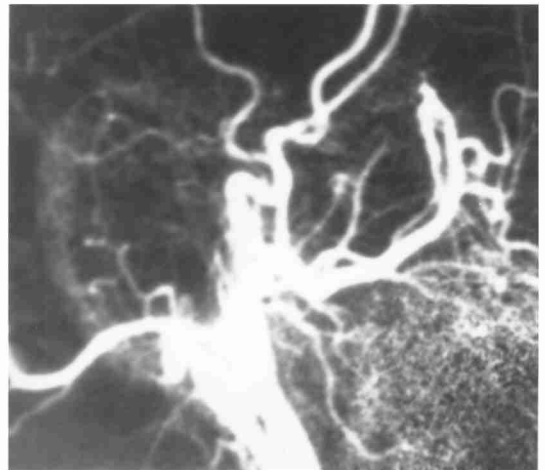


图 2 同一病例,右颈外动脉造影侧位,未显示巨大动脉瘤,可以排除颈动脉分支动脉瘤

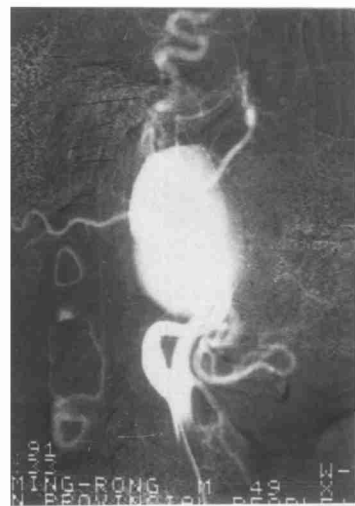


图 3 右颈总动脉 DSA 正位, 显示巨大动脉瘤

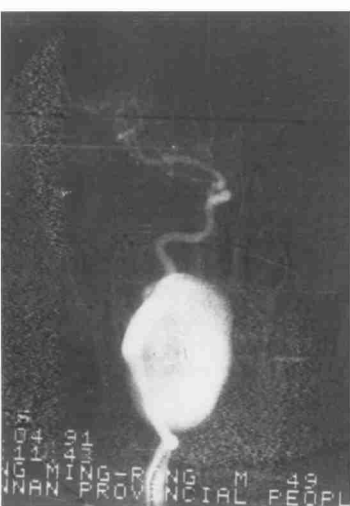


图 4 同一病例, 超选右侧颈内动脉 DSA, 显示巨大夹层动脉瘤位于右颈内动脉颅外段。真腔、假腔分界清楚



图 5 右颈总动脉 DSA 侧位, 剪头示右颈内动脉起始段瘤样扩大, 与正常颈内动脉交接部界限明显, 动态观察有造影剂涡流

讨 论

颅外颈动脉瘤极为少见。它包括颈总动脉、颈内动脉颅外段、颈外动脉及其分支的动脉瘤^[1]。常见的病因是动脉硬化和创伤, 本组 5 例中动脉硬化 3 例, 创伤 1 例, 夹层动脉瘤 1 例, 夹层动脉瘤多为大动脉炎所致, 但发生在颈内动脉颅外段的夹层动脉瘤罕见。

病例 1 为颅底骨折继发右颈内动脉颅外段创伤性假性动脉瘤, 产生面神经、视神经压迫症状及难以控制的喷射性鼻腔大出血, 造影显示瘘口及瘤体, 当时(1991 年) 由于还未具备微导管栓塞器材和技术, 临床也不能对紧贴颅底的动脉瘤进行修补或钳夹, 所以病人 1 周内死于多次突发性喷射状大出血休克。这充分说明在省市级大医院开展神经介入微导管栓塞技术的必要性和重要性。

病例 2 为右颈内动脉颅外段巨大夹层动脉瘤, 曾在外院五官科误诊, 冒险作了扁桃腺摘除术, 后转我院作了血管造影明确诊断, 当时尚无带膜血管内支架, 而仅作了载瘤动脉近端结扎术, 术后夹层动脉瘤不仅没有缩小, 反而逐渐增大, 说明夹层动脉瘤从对侧颈内动脉经前交通动脉获得了逆向供血, 在瘤

腔内形成涡流, 使动脉瘤逐渐扩大。由于入路血管已被结扎, 失去了带膜内支架治疗的机会, 要进一步治疗只有从对侧颈内动脉插入微导管, 通过前交通动脉逆向到达右侧颈内动脉 C₁₋₂段, 释放可脱球囊或微弹簧栓塞瘤腔的逆向血供, 瘤腔才会闭塞。

病例 3、4、5 为动脉硬化性动脉瘤, 既往都有多年高血压病史, 3 例均发生在颈内动脉起始段, 其原因除动脉硬化外, 可能与血液动力学因素有关, 颈内动脉分叉后向内后方弯曲, 容易受到血流的撞击。它与正常的颈膨大容易区别: 颈膨大主要位于颈总动脉分叉部, 从膨大过渡到正常血管无界限, 临床上听不到血管杂音。治疗这类动脉瘤可针对病因作些保守治疗, 防止动脉瘤进一步增大, 必要时可选择血管外科治疗。

参 考 文 献

1. 裴玉昆, 黄德祥, 吴庆华等主编. 周围血管病学. 北京: 北京科学技术出版社出版, 1993. 216-220.
2. 凌锋, 刘树山, 段和平, 等. 颈内动脉瘤的血管内球囊栓塞治疗. 中华神经外科杂志, 1989, 5: 254.
3. 马廉亭. 假性动脉瘤和动静脉畸形急性大出血的血管内治疗. 中华创伤杂志, 1991, 1: 225.