

颈动脉蹼 1 例报道及文献回顾

王锦雪 刘新平

【中图分类号】 R543.5 【文献标识码】 A 【文章编号】 1007-0478(2021)03-0342-02
【DOI】 10.3969/j.issn.1007-0478.2021.03.017

1 临床资料

1.1 病例特点

患者,男,56岁,已婚,农民,主因“进行性言语障碍伴右侧肢体无力1 d”于2019年12月收住入院。查体:神志清楚,BP153/94 mmHg,混合性失语,左侧肢体肌力5级,右上肢肌力1级,右下肢肌力0级,肌张力下降,腱反射减弱,右侧 Babinski sign(+),其余无明显异常。心率78次/min,心脏听诊无异常。

1.2 辅助检查

谷草转氨酶(Aspartate aminotransferase,AST)18 U/L,葡萄糖(Glucose, Glu)6.13 mmol/L,高密度脂蛋白(High density lipoprotein, HDL)0.80 mmol/L,低密度脂蛋白(Low density lipoprotein, LDL)2.51 mmol/L(本院)。凝血功能无异常。入院后行床旁心电图显示无明显异常。头颅核磁共振平扫(Magnetic resonance imaging, MRI)及头颅磁共振血管成像(Magnetic resonance angiography, MRA)表现如图1~2所示。颈部血管超声显示颈总动脉膨大处约为1.1 mm,内-中膜厚1.2 mm,颈内动脉起始处可见等回声,范围约17.7 mm×8.7 mm,活动度不明显,其远端流速约85 cm/s,阻力指数增高,约0.87,提示左侧颈内动脉起始处等回声,血栓?心脏彩超显示主动脉瓣微量反流。复查颈部超声显示左侧颈内动脉斑块,伴血栓形成。近一步行头颅电子计算机断层扫描血管成像(Computerized tomography angiography, CTA)显示颈内动脉管腔起始段内可见充盈缺损,长度约1.1 cm(图3),提示(1)颈动脉粥样硬化;(2)左侧颈内动脉起始段血栓形成;(3)右侧胚胎型大脑后动脉。轴位薄层电子计算机断层扫描(Computed tomography, CT)显示左侧颈动脉腔内隔膜(图4)

1.3 诊断、治疗及预后

依据病史初步诊断:(1)脑梗死;(2)慢性胃炎。治疗上给予阿司匹林 100 mg + 氯吡格雷 75 mg 双重抗血小板聚集、阿托伐他汀 60 mg 稳定斑块、丁苯酞氯化钠注射液 100 mL 2次/d 建立侧支循环、肌氨肽苷 17.5 mg 营养脑细胞、参芎葡萄糖注射液 200 mL 活血化瘀、甘露醇脱水降颅内压治疗,并于病情稳定后给予针灸、康复、磁疗、电按摩、气压泵等

康复治疗。患者病情无明显好转。

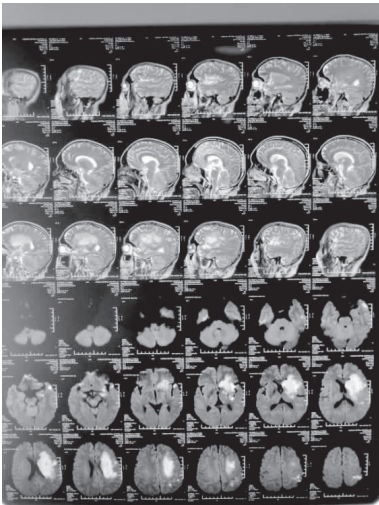


图1 DWI可见左侧基底节、额顶叶多发梗死灶

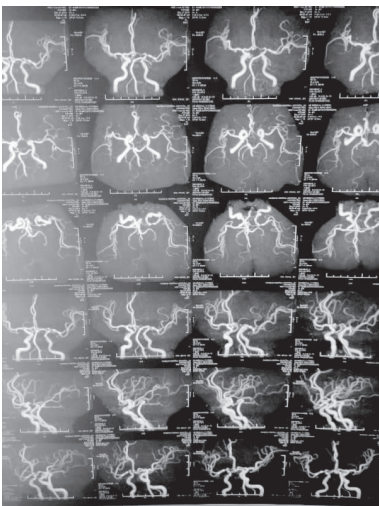


图2 MRA显示左侧大脑中动脉近端管腔狭窄,远端分支稀疏,左侧大脑后动脉狭窄闭塞

2 讨论

该患者为中老年男性,既往无高血压病以及糖尿病等脑血管病的常见危险因素,发病形式为急性起病,表现为混合失语伴右侧肢体无力,头颅 MRI 表现支持脑梗死,梗死部位

作者单位:075000 张家口市,河北北方学院研究生院[王锦雪(在读研究生)];邯郸市中心医院神经内科[刘新平(通信作者)]

与定位体征相同,明确诊断脑梗死,但患者血脂水平正常,入院心电图、彩超检查及体格检查可排除心源性栓塞,患者大面积脑梗死、颈部彩超发现可疑“血栓”,考虑患者发病机制

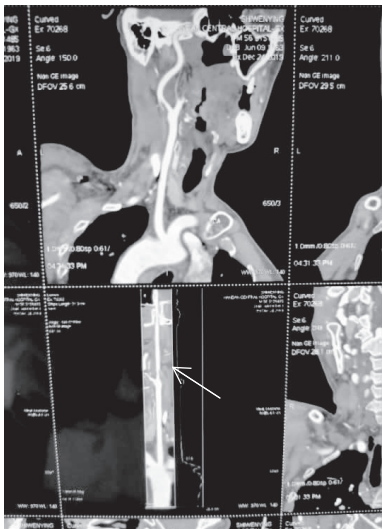


图 3 CTA 示左侧颈内动脉可见充盈缺损凸入腔内(箭头所示)

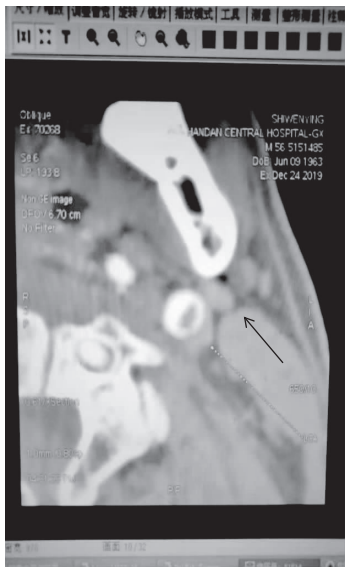


图 4 轴位薄层 CT 示左侧颈内动脉腔内隔膜(箭头所示)

为颈动脉斑块脱落所致动脉-动脉栓塞。但该患者颈动脉血栓形成机制尚不明确,颈动脉超声可见血栓,头颅 CTA 可见颈内动脉处充盈缺损,轴位薄层 CT 可见左侧颈动脉腔内隔膜,查询相关资料考虑该患者脑卒中病因为颈动脉蹼。

颈动脉蹼由 Momose 等首次发现并命名,它是颈动脉管腔内一种类似于“蹼”样的薄膜组织突出造成,常位于颈内动脉分叉处的远端管腔内。较多的学者认为“蹼”本质是非典型内纤维组织增生,近来相关研究报道,其为同侧隐匿性青中年脑卒中又一常见的潜在的危险因素,它的诊断依赖相关辅助检查,比如颈部血管超声、MRA、CTA、数字减影血管造影(Digital subtraction angiography, DSA)。超声主要表现为颈内动脉分叉处管腔内可见一薄膜状组织凸入管腔内,此部位常伴有血栓形成,彩色多普勒可见涡流信号。CTA 可见颈动脉条状充盈缺损,轴位面上可见薄层隔膜。DSA 显示颈动脉腔内可见线性充盈缺损、薄膜样凸起,凸起部造影剂排空延迟。其中,诊断金标准为 DSA 中的影像学表现。

颈动脉蹼为什么会形成,目前暂无统一说法,应与临床其他常见的情况相鉴别如颈动脉夹层、颈动脉粥样硬化斑块等。颈动脉夹层的病理生理表现为内膜与中膜撕裂、形成假腔,使动脉局部狭窄,有甚者形成动脉瘤,颈动脉夹层 CTA 可见偏心狭窄及漂浮内膜分离的真假腔结构,累及范围较为广泛,部分患者有头痛或外伤史;颈动脉蹼发生部位常只限于颈内动脉分叉处,CTA 上并无真假腔结构及动脉瘤形成,且无明显临床表现。动脉粥样硬化斑块形成尤其是当硬化斑块伴钙化时极易与颈动脉蹼混淆,但动脉粥样硬化斑块并不局限,可通过测定 CT 值及 CTA 表现分辨,两者的发病年龄也不尽相同,前者常见于中老年患者,血脂水平异常,而颈动脉蹼多见于中青年患者。颈动脉蹼致缺血性脑卒中的病理生理学机理主要为颈动脉蹼处血液动力学发生改变,局部形成湍流,继而造成血栓形成,血栓脱落随血流到达远端,引起相应部位栓塞,血栓反复形成,便会引起脑梗死反复发作。

有关于颈动脉蹼治疗,尚没有明确的指南,治疗方法主要有两种:药物和外科手术疗法。用药可以选择抗凝及抗血小板聚集治疗;外科手术主要为颈动脉内膜切除术(Carotid endarterectomy, CEA)以及颈动脉支架植入术(Carotid artery stenting, CAS)。无论抗凝还是抗血小板聚集药物用量均无相应指南明确其剂量,大多数学者认为单用药物治疗后脑血管疾病再发率仍较高,可见单用药物治疗对突发脑血管事件的预防并无较好效果,目前大多应用 CEA,其引起的脑血管事件复发率和围手术期并发症均较少,不过由于相关临床样本较少,仍需进一步研究。

颈动脉蹼无明显临床特征,易导致反复脑梗死发作,因此应及早发现并给予合理干预,能有效减少脑血管意外的发生,常规颈动脉超声检查可以提高该病的检出率,对于排除其他原因的青年脑梗死,高度怀疑颈动脉蹼的患者进一步 CTA 检查可帮助临床颈动脉蹼的诊断。

(2020-11-03 收稿)