

[参考文献]

[1] Louis DN, Perry A, Reifenger G, et al. The 2016 World Health Organization Classification of Tumors of the Central Nervous System:

A summary. Acta Neuropathol, 2016, 131(6):803-820.

[2] 蒋春秀, 朱建彬, 邹天宇, 等. 颅内孤立性纤维瘤/血管外皮瘤与脑膜瘤的临床和 MRI 对比分析. 中国医学影像技术, 2017, 33(6): 848-852.

Ultrasonic diagnosis of extracranial vertebral artery dissection: Case report

超声诊断颅外段椎动脉夹层 1 例

胡景¹, 原韶玲², 于世平³

(1. 山西医科大学影像系, 山西太原 030001; 2. 山西医科大学附属山西省肿瘤医院超声科, 山西太原 030013; 3. 山西医科大学第二医院介入治疗科, 山西太原 030001)

[Key words] Carotid arteries; Vertebral artery dissection; Ultrasonography

[关键词] 颈动脉; 椎动脉夹层; 超声检查

DOI: 10.13929/j.1672-8475.201711040

[中图分类号] R654.3; R445.1 [文献标识码] B [文章编号] 1672-8475(2018)03-0193-01

患者女, 39 岁, 主因“头痛 1 周, 2 天前情绪激动后突然出现眩晕伴恶心、呕吐, 走路不稳(向左侧倾斜), 且症状持续加重”就诊。查体: 左侧指鼻试验、轮替试验、跟膝胫试验欠稳准, 闭目难立征(+)。颈部动脉超声: 右侧椎动脉起始段管腔清晰, 椎间段(C₅₋₆、C₄₋₅、C₃₋₄)管腔内透声欠佳, 其内可见条带状高回声, 与血管内壁连续, 呈“双腔”结构, 真腔较窄处内径约 0.13 cm, 收缩期峰值血流速度 87 cm/s, 舒张末期峰值血流速度 33 cm/s, 阻力指数 0.62, 假腔内可见实性低回声充填; CDFI 示假腔内未探及血流信号。超声提示: 右侧椎动脉夹层伴壁内血肿形成(图 1)。全脑 DSA 支持超声诊断。

讨论 椎动脉夹层是椎基底动脉区缺血性卒中的重要原因, 发病率约 1.5/10 万, 好发于青壮年。根据发病原因可分为自发性和外伤性, 以前者居多。椎动脉夹层最常见的临床表现为枕区及颈部疼痛, 与脑干或小脑缺血性损伤有关。DSA 是诊断椎动脉夹层的“金标准”, 超声是颅外段椎动脉病变的首选检查方法, 诊断率达 79%~90%。颅外段椎动脉夹层的超声特征

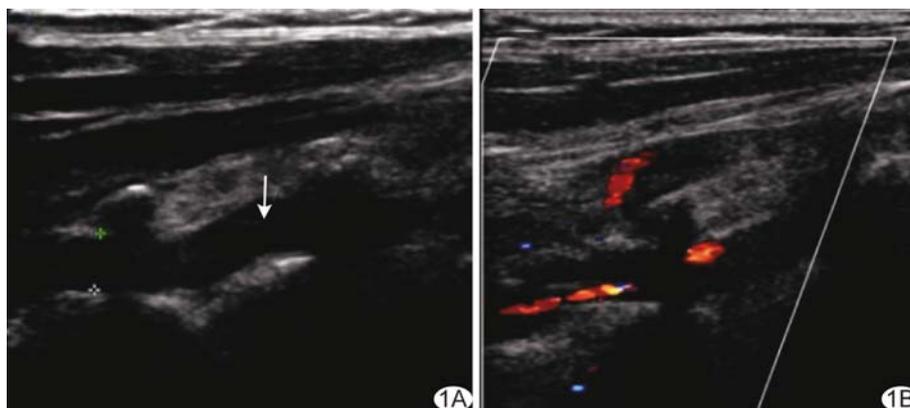


图 1 椎动脉夹层超声表现 A. 二维声像图示椎间段椎动脉夹层漂浮的内膜(箭); B. CDFI 示椎间段椎动脉血流信号明亮, 呈“窄带状”, 可见壁内血肿

主要包括管腔内漂浮的内膜活瓣、双腔结构、节段性壁内血肿、不规则动脉狭窄。根据病变累及血管的部位不同, 其超声表现各异。如病变仅累及血管内膜, 则内膜撕裂, 呈“双腔”结构; 如病变累及中层平滑肌层, 则可形成壁内血肿, 致使管腔变窄; 如壁内血肿发生于中膜与外膜之间, 外膜破裂易形成假性动脉瘤。本例可见右侧椎动脉管腔内漂浮的内膜活瓣及假腔内形成的壁内血肿, 提示夹层病变累及中层平滑肌层。椎动脉夹层超声表现需与动脉粥样硬化相鉴别, 前者管腔内可见线状膜样中等回声随血流飘动, 后者可在动脉内-中膜增厚基础上出现硬化斑块。

[第一作者] 胡景(1992—), 女, 山西运城人, 在读硕士。

E-mail: 1064386646@qq.com

[收稿日期] 2017-11-21 [修回日期] 2017-12-13