

• 病例报道 •

锁骨下动脉及颈动脉双重盗血 1 例并文献复习

刘培慧¹, 丁姍², 祝秋实³, 袁达⁴, 龚慧⁵, 由佳玉¹, 张东圆¹, 金桂花¹, 孙晓红¹

1. 中国医科大学附属第四医院神经内科, 辽宁省沈阳市 110032

2. 中国医科大学附属盛京医院胸外科, 辽宁省沈阳市 110004

3. 山东省聊城市人民医院神经外科, 山东省聊城市 252000

4. 中国医学科学院·北京协和医学院·北京协和医院基本外科胰腺外科, 北京市 100032

5. 中国医科大学 7 年制, 辽宁省沈阳市 110001

1 病例介绍

患者,女,52岁,以“右侧肢体活动不灵4年,加重1周”为主诉入院。查体:T:36.5℃;BP:110/70 mmHg(右侧),BP:130/80 mmHg(左侧);P:74次/分;R:18次/分;右侧锁骨上窝可闻及收缩期杂音。神经系统查体:右下肢肌力5级弱,轻瘫试验阳性,右手指鼻、右下肢跟膝胫试验欠稳准,右手轮替、对指笨拙,右侧 Babinski 征(+),余查体均正常。影像学检查:头CT:左侧额叶、左侧半卵圆中心区及左侧枕叶可见多发低密度影,边界欠清楚。TCD:双侧椎动脉盗血。双侧颈动脉+椎动脉彩超:左侧颈总、颈内动脉考虑闭塞;注意锁骨下动脉盗血。双侧锁骨下动脉彩超:右侧锁骨下动脉起始段狭窄,左侧锁骨下动脉正常。DSA:右锁骨下动脉起始部狭窄,狭窄率96%,右椎动脉血流前向,右胚胎性大脑后动脉,左颈总动脉闭塞,左后交通动脉开放,后循环经左后交通动脉向左颈内动脉代偿,左甲颈干经左颈外动脉向左颈内动脉供血区代偿(图1、图2、图3、图4)。确定诊断:脑梗死,右侧锁骨下动脉狭窄;左颈总动脉闭塞。给予患者营养神经,改善侧支循环,加强缺血性脑卒中二级预防的相应治疗。后患者家属因经济原因要求出院,在给予患者及其家属相应的出院指导,并确定患者生命体征平稳后,准予其出院。半年后电话随访,患者未按照相应要求服药及复查,目前整体症状较出院前未见好转。

2 讨论

脑盗血综合征分为3种:锁骨下动脉盗血综合征、颈动脉盗血综合征和椎-基底动脉盗血综合征。脑盗血综合征的发病原因与脑供血相关的动脉本身发生了狭窄或者是闭塞,造成远端的压力降低,从而通过虹吸作用使得与其临近的动脉内的血流逆行至较低血压的动脉内,导致被盗动脉的血流减少,从而发生了相应的临床症状。

锁骨下动脉盗血征的临床常见的表现有以下3种:第一,椎基底动脉供血不足的症状,典型的有眩晕、吞咽困难、视物模糊、复视、共济失调或者是肢体感觉或者是运动异常。第二,上肢的缺血症状和体征,包括上肢在活动后出现无力感并且能够在休息后好转,同时上肢还可能出现疼痛以及感觉异常,皮肤可能出现发紫或者是出现苍白,上肢抬高时可能出现上述症状加重^[1-3]。患侧肢体的血压与健侧的脉压差在20 mmHg以上,患者患侧的肱动脉、桡动脉或者是锁骨下动脉的搏动可能消失。第三,体征上在锁骨下动脉区或者是锁骨上区可闻及明显的收缩期血管杂音^[4]。颈动脉盗血征的临床症状表现多样,其既可以表现为健侧颈内动脉系统缺血以及大脑半球供血不足,也可以表现为椎-基底动脉供血不足,极容易在临床被误诊和误治^[5,6]。在本例中,患者锁骨下盗血及颈动脉盗血出现的主要临床表现为椎-基底动脉供血不足。

目前对于颈动脉盗血综合征的诊断的金标准

基金项目:辽宁省科学技术计划项目(2013225049)

收稿日期:2015-06-01;修回日期:2015-08-07

作者简介:刘培慧(1989-),男,7年制(日文班)本硕博连读在读研究生,主要从事脑血管疾病及神经病理疼痛的研究。

通讯作者:孙晓红(1972-),女,副院长,博士生导师,主要从事遗传与变性神经疾病发病机制与治疗的研究。E-mail: sunxiaohong1972@hotmail.com。

仍然是 DSA ,但是在早期可以利用 TCD 进行筛查 ,但 TCD 诊断的准确性受到临床操作人员技术及经验的影响较大。对于锁骨下动脉盗血征的患者而言 ,若是狭窄程度较为严重的患者可以从相应的体征中做出一个初步的判断 ,典型的体征包括锁骨上下窝的杂音 ,双臂的脉压差大于 20 mmHg。有学者曾经提出在对于锁骨下动脉盗血综合征病因的判

断上 ,由动脉粥样硬化所导致的锁骨下动脉盗血在超声多普勒的图像上表现为:血管呈现出局限性的狭窄 ,且往往伴随着硬化斑块的形成;而对于病因为动脉炎的患者而言 ,一般不会形成硬化斑块 ,且往往有超过 2 条以上的血管呈现出均匀性增厚所导致的狭窄^[7]。但是对于本例患者 ,二维超声并未体现出上述特点。

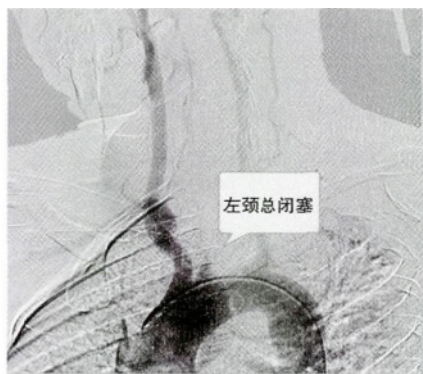


图 1 左侧颈总动脉闭塞

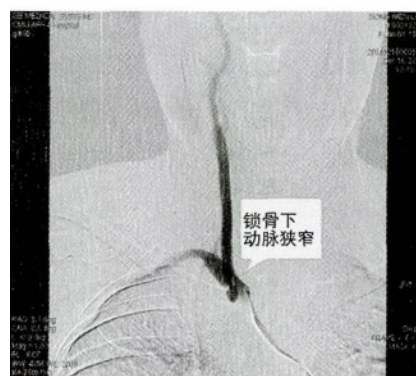


图 2 右侧锁骨下动脉术中可见 96% 狭窄

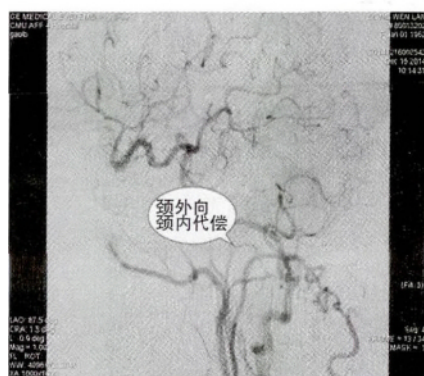


图 3 颈外向颈内代偿

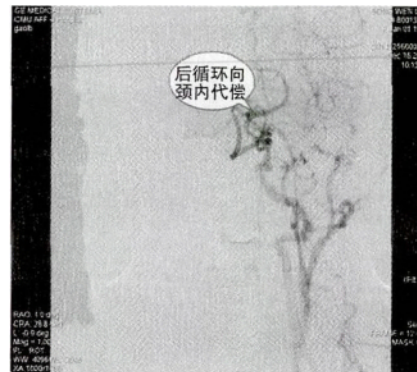


图 4 后循环向颈内代偿

对于脑盗血综合征的治疗 ,目前随着介入治疗技术的发展 ,在临床中越来越多的开始应用介入治疗脑盗血综合征 ,与开放式的手术相比 ,介入治疗现在可以在麻醉下以最小风险实现。但在实际操作的过程中笔者认为针对不同的患者 ,应该根据实际情况进行相应的治疗 ,针对不同的个体采取最佳的治疗方式。

参 考 文 献

- [1] Palchik E , Bakken AM , Wolford HY , et al. Subclavian artery revascularization: an outcome analysis based on mode of therapy and presenting symptoms. *Ann Vasc Surg* , 2008 , 22: 70-78.
- [2] Wang KQ , Wang ZG , Yang BZ , et al. Long-term results of endovascular therapy for proximal subclavian arterial obstructive lesions. *Chin Med J (Engl)* , 2010 , 123(1) : 45-50.
- [3] Galkin PV , Antonov GI , Mitroshin GE , et al. Surgical correction of cerebral blood flow steal syndrome by aortic branches stenosis. *Khirurgiia (Mosk)* , 2009 , 7: 15-21.
- [4] Linni K , Ugurluoglu A , Mader N , et al. Endovascular management versus surgery for proximal subclavian artery lesions. *Ann Vasc Surg* , 2008 , 22(6) : 769-775.
- [5] 陈海 ,倪福文 ,刘乙毅 ,等. 五例颈动脉盗血综合征的回顾性分析. *中华临床医师杂志(电子版)* , 2010 , 4(7) : 1090-1093.
- [6] 吴江 ,贾建平 ,崔丽英. *神经病学*. 北京: 人民卫生出版社 , 2013 , 188.
- [7] 韩玲 ,张慧颖. 彩色多普勒超声在锁骨下动脉盗血综合征诊断中的应用. *中国超声诊断杂志* , 2005 , 6(3) : 217-218.