

以霍纳综合征为主要表现的颈动脉夹层一例

方兴,徐子奇,罗本燕,袁怀武,朱雄超,袁圆

浙江大学医学院附属第一医院神经内科,浙江杭州310003

[摘要] 一例44岁患者因“左侧眼睑下垂伴左侧头部及颈部疼痛20天”入院,颅脑核磁共振成像示左侧顶叶亚急性脑梗死,左侧颈内动脉壁间血肿,颈部血管计算机断层扫描血管造影示左侧颈内动脉C₁段颈段线状狭窄,全脑血管造影术示左侧颈内动脉C₁段夹层。经抗凝等治疗后病情好转。

[关键词] 霍纳综合征/诊断;脑梗死/并发症;颈动脉疾病/药物治疗;肝素低分子量/治疗应用;磁共振成像;脑血管造影术;病例报告

[中图分类号] R543.4 **[文献标志码]** A

Carotid artery dissection with Horner syndrome as main manifestation: a case report

FANG Xing, XU Zi-qi, LUO Ben-yan, YUAN Huai-wu, ZHU Xiong-chao, YUAN Yuan.
(Department of Neurology, First Affiliated Hospital, Zhejiang University School of Medicine, Hangzhou 310003, China)

Corresponding author: LUO Ben-yan, E-mail: luobenyan@zju.edu.cn

[Abstract] A 44-year old male patient was admitted to the First Affiliated Hospital, Zhejiang University School of Medicine with left ptosis and pain on the left head and neck for 20 days. Brain MRI showed subacute cerebral infarction on left parietal lobe and intramural hematoma on left internal carotid artery. CT angiography showed stenosis line on the C₁ segment of left internal carotid artery. Digital subtraction angiography showed dissection on the C₁ segment of left internal carotid artery. The condition of patients was improved after anticoagulant therapy.

[Key words] Horner syndrome/diagnosis; Brain infarction/complications; Carotid artery diseases/drug therapy; Heparin, low-molecular; Weight/therapeutic use; Magnetic resonance imaging; Cerebral angiography; Case reports

[J Zhejiang Univ (Medical Sci), 2015,44(2):229-232.]

收稿日期:2014-10-03 接受日期:2015-01-15

第一作者:方兴(1982-),男,硕士研究生,主治医师,主要从事神经病学研究;E-mail: funshine8@163.com

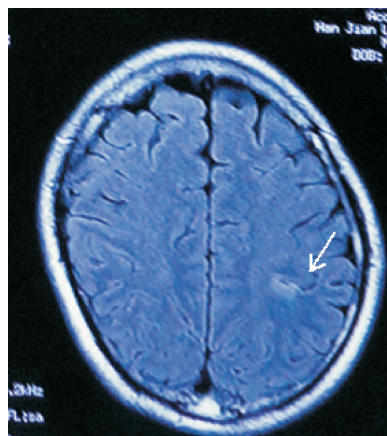
通讯作者:罗本燕(1963-),女,博士,主任医师,教授,博士生导师,主要从事神经病学研究;E-mail: luobenyan@zju.edu.cn

颈动脉夹层(carotid artery dissection)是指颈动脉血管内膜撕脱,血液流入血管壁内,形成壁内血肿,导致动脉管腔狭窄或血管破裂^[1]。研究表明在青年卒中患者中,动脉夹层所致比例高达20%^[2]。然而,颈动脉夹层的临床表现多样,有时给诊断带来困难^[3]。我们在临床发现一例以霍纳综合征为主要表现患者,现报道如下。

1 病例摘要

患者,男性,44岁,长途车司机,因“左侧眼睑下垂伴左侧头部及颈部疼痛20天”于2013年12月30日收入浙江大学医学院附属第一医院神经内科治疗。入院20d前感冒后出现左眼眼睑下垂,感左侧头部及颈部胀痛,无头晕,无视物不清,无肢体麻木无力。起病3d后于当地医院治疗,检查颅脑磁共振成像(MRI),结果示左顶叶异常信号(图1)。给予治疗后病情无好转转诊。既往无高血压病、糖尿病、心脏病等疾病史。有长期吸烟史20年,每天约15支。体格检查:体温37.0℃,血压:左上肢121/61 mmHg(1 mmHg = 0.133 kPa,下同),右上肢120/62 mmHg,神志清楚,言语流利,对答切题,时间、地点定向力可,左侧瞳孔直径1.5 mm,右侧瞳孔直径3 mm,对光反射灵敏,眼球活动自如,左侧眼裂较右侧小,左侧面部无汗,额纹对称,伸舌居中,颈软,四肢肌力正常,双侧肢体腱反射对称存在,深浅感觉检查正常,指鼻稳准,双侧病理征阴性。

患者入院后实验室查抗核抗体、抗心磷脂抗体等均未见明显异常。查颅脑MRI提示左侧顶叶亚急性脑梗死,同时见左侧颈内动脉壁间血肿(呈T1WI、T2WI高信号改变,见图2);颈动脉计算机断层扫描血管造影(CTA)示左侧颈内动脉C1段颈段线状狭窄(图3);颅脑核磁共振灌注成像提示双侧脑实质灌注基本对称(图4)。为进一步明确血管病变情况,后行全脑血管造影术示左侧颈内动脉C1段夹层(图5)。治疗给予低分子量肝素钙注射液0.4 mL每12 h 1次抗凝,瑞舒伐他汀钙片10 mg每



MRI 弥散成像示左侧枕叶异常信号(箭头所示)。图1 患者起病3 d时的颅脑MRI表现

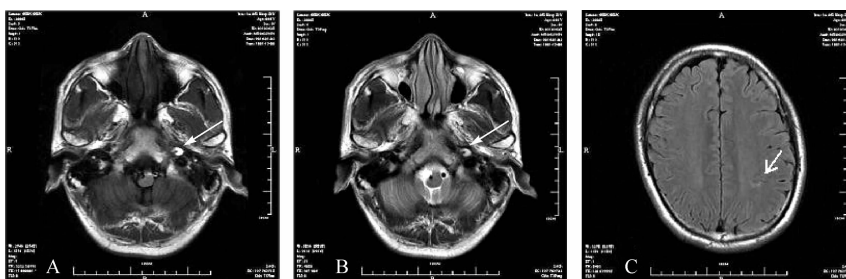
Fig.1 Cranial MRI image of the patient on day 3 after onset

天1次调脂稳定斑块等治疗。后低分子肝素改为华法林抗凝治疗,将国际标准化比值控制在2~3之间。情况稳定后出院门诊随访,出院后10个月复查颈部血管CTA血管未见狭窄(图6)。

2 讨论

脑动脉夹层由Tumbull于1915年首次报道,研究表明动脉夹层人群年发病率约3/10万,约2%的缺血性卒中可能由此引起^[1,3]。本例患者为青壮年男性,长途车司机,有吸烟史,否认高血压、糖尿病病史,从颈动脉CTA及颅脑MRI的影像学表现结合其临床特征,确诊为左侧颈内动脉夹层。患者病因检查均未发现明显异常。因此,我们推测该患者为自发性颈动脉夹层^[2]。

颈部动脉夹层临床表现可呈现典型的三联征,包括一侧头、面及颈部疼痛、部分霍纳综合征及数小时或数天后脑或视网膜缺血。该3种临床



T1WI(A)和T2WI(B)显示左侧颈内动脉颅底部见壁间血肿呈高信号改变(箭头所示);Flair成像(C)显示左侧顶叶高信号改变与图1改变一致(箭头所示)。

图2 患者起病20 d颅脑MRI表现

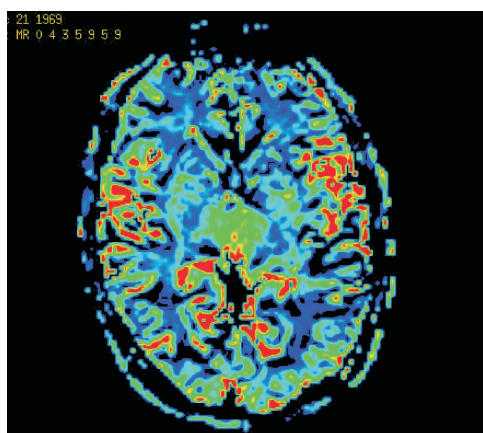
Fig.2 Cranial MRI image of the patient on day 20 after onset



A、B 显示左侧颈内动脉窦部以上纤细延续至岩骨管外口(箭头所示),符合夹层表现.

图 3 患者起病 20 d 颈部血管 CTA 表现

Fig. 3 Cervical CTA image of the patient before treatment



双侧脑实质灌注基本对称.

图 4 核磁共振灌注成像图

Fig. 4 MR perfusion weighted image of the patient

表现均在本例患者中出现,症状十分典型。霍纳综合征是颈动脉夹层的临床表现之一,由于交感神经纤维沿颈内动脉走行,脑血管病影响交感神经纤维引起同侧霍纳综合征。但颈部动脉夹层导



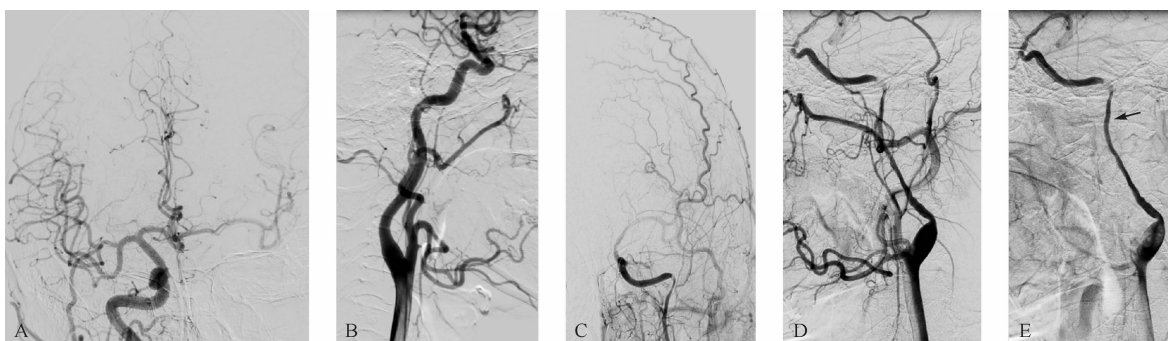
箭头所示血管未见狭窄.

图 6 患者治疗后颈部血管 CTA 表现

Fig. 6 Cervical CTA image of the patient after treatment

致的霍纳综合征常为不完全性的,主要表现为眼睑下垂和瞳孔缩小,没有同侧面部出汗减少,这是因为支配出汗功能的交感神经纤维走行于颈外动脉。研究表明,约 50% 颅外段脑血管病患者可出现霍纳综合征^[4]。因此,在临床工作中,当患者出现霍纳综合征、疼痛及脑视网膜缺血时要高度怀疑颈动脉夹层^[5-6]。

颈动脉夹层最严重的问题是造成神经功能缺血,其机制可能与局部血栓形成、内膜损伤后血栓因子的释放有关^[7]。本例患者颅脑 MRI 提示左侧顶叶皮层梗死病灶,符合动脉到动脉栓塞机制表现。



A、B:右颈内动脉造影提示前交通开放,右颈内动脉未明显血管狭窄;C~E:左颈内动脉造影提示左侧颈内动脉 C1 段颈段全程纤细呈“条带”状表现(箭头所示),前线血流缓慢.

图 5 患者全脑血管造影表现

Fig. 5 Craniocerebral DSA image of the patient

尽管现代影像学方法众多,脑血管造影仍是诊断本病的金标准。颈动脉夹层最常见的脑血管造影表现是动脉管腔长段狭窄导致的“线样征”、“鼠尾征”、“火焰征”,夹层特征性改变——内膜瓣及双腔征只在约 10% 夹层患者中出现^[8]。随着 MRI 技术的发展, MRI 成为脑血管病首选的影像学诊断方法, 因为其对血管壁、血管内膜及血流的影像信号不同, MRI 对动脉夹层壁间血肿的显示具有其他检查无法替代的优势^[9]。

对于颈动脉夹层的治疗,常用抗凝或抗血小板治疗,没有证据表明抗凝优于抗血小板治疗^[10]。相关指南推荐:无抗凝禁忌的患者发生缺血性卒中或短暂脑缺血发作,首先推荐肝素治疗;存在抗凝禁忌的患者建议给予抗血小板治疗 3 ~ 6 个月;对于药物治疗失败的患者可以考虑血管内治疗和外科手术治疗^[11-12]。本例给予抗凝治疗后病情好转,出院后 3 个月复查夹层血管不再狭窄。

参考文献:

- [1] BESSELMANN M, VENNEMANN B, LOWENS S, et al. Internal carotid artery dissection[J]. **Neurology**, 2000,54(2):442.
- [2] LEE V H, BROWN R D JR, MANDREKAR J N, et al. Incidence and outcome of cervical artery dissection: a population-based study[J]. **Neurology**, 2006,67(10):1809-1812.
- [3] SCHIEVINK W I. Spontaneous dissection of the carotid and vertebral arteries[J]. **N Engl J Med**, 2001,344(12):898-906.
- [4] BIOUSSE V D, ANGLEJAN-CHATILLON J, MASSION H, et al. Head pain in nontraumatic carotid artery dissection: a series of 65 patients [J]. **Cephalgia**, 1994, 14: 33-36.
- [5] 赵洪芹,刘 贤. 头颈部动脉夹层[J]. **中国卒中杂志**, 2009,4(3):255-258.
ZHAO Hong-qin, LIU Xian. Cervicocerebral arterial dissection[J]. **Chinese Journal of Stroke**, 2009,4(3):255-258. (in Chinese)
- [6] DEBETTE S, LEYS D. Cervical-artery dissections: predisposing factors, diagnosis, and outcome [J]. **Lancet Neurol**, 2009,8(7):668-678.
- [7] BENNINGER D H, GEORGIADIS D, KREMER C, et al. Mechanism of ischemic infarct in spontaneous carotid dissection [J]. **Stroke**, 2004, 35(2):482-485.
- [8] RODALLEC M H, MARTEAU V, GERBER S, et al. Craniocervical arterial dissection: spectrum of imaging findings and differential diagnosis[J]. **Radiographics**, 2008,28(6):1711-1728.
- [9] CAPLAN L R. Dissections of brain-supplying arteries [J]. **Nat Clin Pract Neurol**, 2008,4(1):34-42.
- [10] ENGELTER S T, BRANDT T, DEBETTE S, et al. Antiplatelets versus anticoagulation in cervical artery dissection[J]. **Stroke**, 2007,38(9):2605-2611.
- [11] GEORGIADIS D, ARNOLD M, VON BUEADINGEN H C, et al. Aspirin vs anticoagulation in carotid artery dissection: a study of 298 patients [J]. **Neurology**, 2009,72(21):1810-1815.
- [12] 中华医学会神经病学分会脑血管病学组缺血性脑卒中二级预防指南撰写组. 中国缺血性脑卒中和短暂性脑缺血发作二级预防指南 2010 [J]. **中华神经科杂志**, 2010,43(2):154-160.
Cerebrovascular Disease Study Group, Chinese Medical Association Branch of Neurology. Chinese guidelines for secondary prevention of ischemic stroke 2010 [J]. **Chinese Journal of Neurology**, 2010, 43(2):154-160. (in Chinese)

[本文编辑 沈 敏 陈韶华]