

主动脉弓及右侧锁骨下动脉假性动脉瘤一例

荣增辉

【中图分类号】R814.42; R543 【文献标识码】D 【文章编号】1000-0313(2001)08-0926-01

病例资料 患者,男,55岁,胸腹部外伤1.5小时后来院就诊。体检:痛苦面容,胸腹部压痛,右锁骨区肿胀、压痛,呼吸、血压未见明显异常;无其他阳性体征。B超:肝、胆、胰、脾、双肾未见明显异常,肝周可见少量积液。实验室检查:血常规、血糖、生化及大小便常规未见明显异常。

CT表现:急诊行胸腹部平扫和增强扫描及多平面重建(MPR)、三维重建。平扫显示主动脉弓上方及右侧第一胸肋关节后方类圆形肿块影,瘤体1大小约51 mm×43 mm×51 mm,CT值46 HU,后部有钙化斑点;瘤体2大小约33 mm×28 mm×35 mm,CT值39 HU(图1、2)。增强扫描及MPR显示瘤体1位于主动脉弓上缘及头臂干后方,其内有团状强化影,密度与主动脉弓一致,大小约30 mm×27 mm×20 mm(图1b),并与主动脉弓相通,口部约25 mm,周边环状影无强化,厚度约31 mm(图1c);瘤体2位于头臂干上段后方及右侧锁骨下动脉下方,其内有团状强化影,密度与头臂干一致,大小约18 mm×29 mm×19 mm(图2a),并与锁骨下动脉相通,口部约19 mm,周边环状影无强化,厚度约15 mm(图2b)。三维重建清楚直观显示2个瘤体分别与主动脉弓、右侧锁骨下动脉相连(图2c)。另见多发肋骨骨折、右侧锁骨骨折。CT诊断:主动脉弓、右侧锁骨下动脉假性动脉瘤;多发肋骨骨折、右侧锁骨骨折。

讨论 主动脉弓假性动脉瘤较少见,而同时合并锁骨下动脉假性动脉瘤则罕见,笔者查阅相关医学文献,未见此类报道。假性动脉瘤为多种原因引起的血管破裂后的并发症之一,瘤壁不是正常的动脉壁结构,而由包裹的纤维组织构成。瘤体与母体血管之间常有一个破口相通^[1]。本病病因包括外伤、术后并发症、动脉粥样硬化和感染等,其中以外伤和术后并发症较为常见。本例患者虽然有急性外伤病史,但临床和CT表现均不支持急性大血管损伤所致假性动脉瘤,由于瘤壁可见钙化影,加之两个瘤体均位于血管分支处,受血流冲击影响较大,因此考虑动脉粥样硬化所致可能性大^[2]。目前,大血管假性动脉瘤

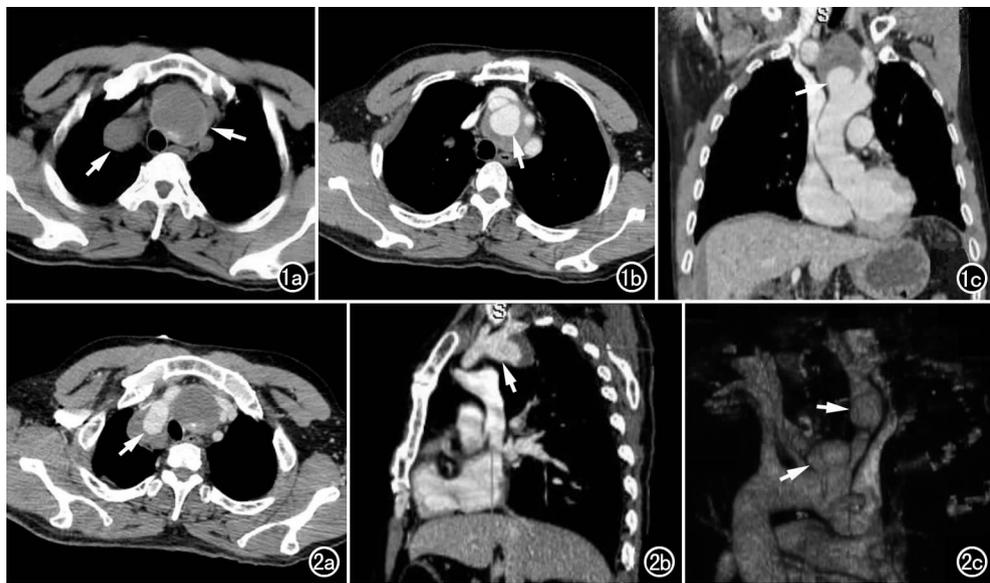


图1 a) CT平扫示主动脉弓上方及右侧第一胸肋关节后方类圆形肿块影(箭),瘤体1后缘可见钙化影; b) CT增强示瘤体1及强化的假腔(箭); c) MPR示瘤体1(箭)与升主动脉的关系及破口大小。图2 a) CT增强示瘤体2及强化的假腔(箭); b) MPR示瘤体2(箭)与右侧锁骨下动脉的关系及破口大小; c) 三维重建同时显示2个瘤体假腔与母体血管的关系(箭)。

的检查方法主要有超声、MRA、增强CT和血管造影,超声简便、无创,可测定假性动脉瘤大小、范围、搏动、杂音,并作为术前、术后随访检查。超声显示无回声的囊腔,周围有低回声血栓,破裂处可探及双期、双向血流频谱的典型表现,是诊断假性动脉瘤有效的方法,但是典型的假性动脉瘤并不常见;MRA具有多平面成像的能力,能清晰显示假性动脉瘤位置及范围,但检查时间长,要求患者呼吸配合等,不适合急诊检查;动脉造影是诊断此病的金标准,但属有创检查,费用较高;多层螺旋CT增强扫描及后处理不仅能显示假性动脉瘤瘤体的大小和瘤体内血栓,而且可显示母体血管通向瘤体的破口,以及通过瘤体密度变化反映其血液动力学改变,是检查大动脉假性动脉瘤的有效方法,可以替代血管造影^[3]。本病例2个假性动脉瘤CT平扫显示2个肿块,增强扫描及重建清楚显示瘤体及瘤腔的大小和形态,瘤体与母体血管的关系及破口大小。

参考文献:

- [1] 李艳英,张在人,王丹,等. 64层螺旋CT在主动脉假性动脉瘤中的应用[J]. 临床放射学杂志,2009,28(5):636-639.
- [2] 支爱华,戴汝平,蒋世良,等. Behcet综合征累及心血管系统的CT诊断[J]. 中华放射学杂志,2009,43(6):608-611.
- [3] 郑海军,周海军,张任华,等. 16层CT血管造影对主动脉假性动脉瘤的诊断价值[J]. 医学影像学杂志,2010,20(8):1208-1211.

(收稿日期:2011-06-13)

作者单位:312030 浙江,绍兴县中心医院放射科

作者简介:荣增辉(1962-),男,重庆人,主任医师,主要从事腹部影像诊断工作。