

颈动脉体瘤诊断和治疗探讨(附 8 例报告)

王亚秋,胡少南

Diagnosis and Therapy of Carotid Body Tumor (A Report of 8 Cases)

WANG Ya-qiu, HU Shao-nan

Department of Head and Neck surgery, Hubei Cancer Hospital, Wuhan 430079, China

Abstract: **Objective** To summarize the experience in diagnosis and treatment of carotid body tumor. **Methods**

A retrospective review was performed of 8 cases with carotid body tumors diagnosed and treated between 1983 and 1997. Two cases underwent simple tumor excision, two cases underwent combined resection of tumor and external carotid, the other four cases underwent combined resection of tumor and carotid bifurcation.

Results All cases survived after surgical treatment without serious complication. **Conclusion** DSA and ultrasonography are sufficient for the diagnosis of carotid body tumor. The carotid compression training is the premise of successful surgical treatment. Proper surgical procedures should be selected based on the connection of tumor and carotid.

Key words: Carotid body tumor; Diagnosis; Treatment

摘要:目的 探讨颈动脉体瘤的诊治方法。方法 回顾性分析 1983 至 1997 年间我院收治的 8 例颈动脉体瘤患者的临床资料。2 例单纯切除肿瘤,2 例合并颈外动脉切除,4 例合并颈动脉分支部切除术。结果 8 例患者(100%)手术后长期生存,且不伴有严重的并发症。结论 数字减影血管造影、超声检查足以明确诊断。充分的颈动脉压迫训练是手术成功的重要前提。可根据肿瘤与血管的关系选择适当的术式。

关键词:颈动脉体瘤;诊断;治疗

中图分类号:R730.264 文献标识码:A 文章编号:1000-8578(2004)07-0422-02

0 引言

颈动脉体瘤是发生于颈动脉体的化学感受器瘤,又称为颈动脉副神经节瘤,临床较少见。我院自 1983~1997 年共收治颈动脉体瘤 8 例,现报告如下。

1 资料与方法

本组患者 8 例,男 6 例,女 2 例,年龄在 23~48 岁之间,右侧 6 例,左侧 2 例。8 例均以上颈部肿块首诊,肿块在 3×4cm 至 6×6cm 之间,5 例可扪及血管搏动,2 例颈内颈外动脉分离,2 例颈动脉向外侧移位,1 例伴吞咽针刺感、右耳听力减退,1 例伸舌偏患侧,1 例头昏、头痛。

收治后行选择性颈动脉数字减影血管造影检查(DSA)3 例,彩超检查 3 例,B 超合并 MRI 1 例。3 例 DSA 均显示颈动脉分叉处夹角显著增大,颈内颈外动脉受压明显移位,1 例颈动脉分支部以下局限性向心性狭窄。1 例肿块椭圆形,血供来自多支颈外动脉分支。2 例哑铃形,1 例血供来自颈总动脉,1 例血供以颈外动脉为主,颈总动脉亦有分支供血。3 例彩超均显示颈动脉分支部界清不规则光团,内见丰富血流,血流速度较动脉慢。1 例显示颈内、颈外

动脉受压移位。1 例 B 超见颈动脉分支部界清不规则低回声光团,其内见丰富血流回声,MRI 提示颈动脉体瘤。

8 例患者均行手术治疗。1 例术前误诊为“血管瘤”者单纯切除肿瘤。1 例误诊为“颌下肿瘤”者手术探查发现颈动脉体瘤,血供来自颈总动脉,结扎 1/2 颈总动脉,行体外颈动脉压迫 144 天后再次手术。余 6 例收治后诊断为“颈动脉体瘤”者术前行颈动脉压迫训练 29~41 天不等,以自制的颈动脉压迫器垂直压迫患侧第 6 颈椎横突前至同侧颞浅动脉搏动消失,在患者不出现剧烈头晕、头痛及恶心的条件下,逐渐延长压迫时间。持续 40 分钟,患者神志清楚,无眩晕、头痛、恶心、肢体活动障碍的方可手术。8 例均采用颈丛神经阻滞麻醉,术中患者清醒,便于术者观察患者脑部缺血情况。1 例围手术期行脑血流仪监护,压迫颈动脉半小时脑血流图波幅差 30% 为脑侧支循环建立合格标准。根据肿瘤与颈动脉间关系,2 例行肿瘤切除术,2 例行肿瘤合并颈外动脉切除术,4 例行肿瘤并分支部切除术。1 例合并颈交感神经节切除。术中失血 50~700ml,3 例行输血治疗。术后 8 例均监护 24~48 小时,以防突发脑供血不足表现时应急处理。除 1 例术后轻微头痛给予对症处理后缓解,余 7 例均感觉良好。

收稿日期:2004-02-09;修回日期:2004-03-25

作者单位:430079 武汉,湖北省肿瘤医院头颈外科

2 结果

术后 8 例均经病理证实为颈动脉体瘤,无 1 例死亡或偏瘫、肢体张力改变。1 例迷走神经损伤(声嘶、呛咳),3 例舌下、舌咽神经损伤(吞咽困难、吐词不清),1 例 Horner's 征,1 例阵发性头痛,术后 1~8 月恢复正常。8 例随访至今,除 1 例术后 9 年出现肝、肺、骨髓转移,带瘤生存,余 7 例均能正常生活工作,未见肿瘤复发。

3 讨论

颈动脉体位于颈总动脉分叉处后内的外膜中,呈椭圆形或不规则形,直径 0.3~0.5 cm,是一种化学感受器,通过神经反射影响呼吸并借血管收缩反射使血压上升。其血运主要来自颈外动脉,少数来自颈内或颈总动脉;神经主要来自舌咽神经降支及颈上交感神经节,少数来自迷走神经及舌下神经。颈动脉体瘤(又称颈动脉体副神经节瘤)临床较少见,可单侧或双侧发病。本组均为单侧发病。

颈动脉体瘤生长缓慢,患者首诊时多无自觉症状,多以颈部肿块就诊。因其位置深在、血流丰富、解剖复杂,临床上常易误诊。李树玲^[1]提出颈动脉体瘤具有独特的三主征:颈前三角区肿物;颈动脉向浅侧移位;颈内与颈外动脉分离。此外,若合并颈动脉窦综合征,并触及肿物搏动,又听到杂音,更加强诊断依据。本组 8 例患者首诊时均有颈前三角区肿物,5 例可扪及颈动脉搏动,2 例颈动脉向浅侧移位,2 例颈内颈外动脉分离明显。

颈动脉体瘤如其向咽部及颅底方向生长,压迫周围组织、后组颅神经及颈交感神经链,引起咽侧壁膨隆,可因此饮水呛咳、吞咽困难、声嘶、舌肌萎缩、伸舌偏患侧,或出现 Horner's 征。本组患者术前有 2 例(25%)出现此情况。一旦临床怀疑颈动脉体瘤,应避免细针穿刺和活检,以免误诊及严重并发症的发生,并进一步行影像学检查。

术前颈动脉造影是诊断颈动脉体瘤的重要手段,DSA 检查是诊断颈动脉体瘤的金标准。文献报道^[2,3]报告 DSA 的诊断符合率为 90%~100%。本组 3 例 DSA 检查均表现出颈动脉体瘤的典型血管征象:颈动脉分叉部夹角增大,呈抱球状或高脚杯状改变,颈内、颈外动脉受压移位呈弧形,动脉间密度增高,软组织影血流丰富,速度较颈动脉慢。DSA 对明确诊断、判断血供来源和分析颈部血管情况具有决定性意义。此外,DSA 还可显示 Willis 氏环,观察其前后交通开放情况,对术中血管处理有指导意义。

超声检查对颈动脉体瘤的诊断有重要价值。Arslan 等^[3-5]认为 B 超诊断颈动脉体瘤的特异性和敏感性均较高,是目前确诊颈动脉体瘤最好的非创

伤性检查。本组 3 例彩超(3/3)、1 例 B 超(1/1)显示的颈动脉分叉部界清不规则肿物内血流丰富,颈内、颈外动脉受压移位,均符合颈动脉体瘤影像学特征。超声检查特别是彩超可在无创条件下重复观察肿瘤与周围血管关系、瘤内血流情况、颈动脉受压与否,为患者愿意接受。但超声不能清楚显示血供。

颈动脉体瘤的治疗以手术为主。为避免手术严重并发症,术前体外颈动脉压迫训练是非常重要的和必要的。颈动脉压迫训练能促进脑部侧枝循环的建立,可为计划性肿瘤合并血管重建的颈动脉切除创造条件,是手术成功的重要前提。脑血管造影、脑血流图、脑电图均可帮助客观了解颅内侧枝循环建立的情况。李树玲^[7]认为术前行颈动脉压迫训练中及术中切除颈动脉前以脑血流图检测,阻断颈总动脉 30 分钟以上压迫前后脑血流波幅差 30% 为侧枝循环建立合格的临界值。本组 7 例颈动脉压迫训练的患者中有 1 例围手术期行脑血流图监测,术中阻断颈动脉达 90 分钟,脑血流图患侧波幅差为 12.5%,患者自觉良好,对侧手握力正常,术中将肿瘤与颈动脉分叉部一并切除。

本组患者手术遵循以下原则:肿瘤能从血管壁剥离尽量剥离,但不硬性剥离;肿块紧密包绕颈外动脉,且血供丰富,行肿瘤合并颈外动脉切除;肿瘤包绕颈动脉分叉部、粘连紧密难以剥离,行肿瘤合并颈动脉分叉部切除。术中 2 例剥除肿瘤,6 例在神经阻滞麻醉下长时间(30 分钟至 90 分钟不等)阻断颈动脉后仍感觉良好,无神志、肢体张力及运动能力的改变,未出现脑缺血、脑血栓症状,其中 2 例合并颈外动脉切除,4 例合并分叉部切除。术后除 1 例轻微头痛对症处理后缓解,余 7 例无一不适,8 例患者均未发生偏瘫、脑血栓,更无 1 例死亡。分析原因,术前明确诊断及充分的颈动脉压迫训练功不可没。

参考文献:

- [1] 李树玲. 新编头颈肿瘤学[M]. 第 1 版. 北京:科学技术文献出版社,2002.1011-1028.
- [2] Zidi A, Bouaziz N, Mnif N, et al. Carotid body tumors: contribution of the various imaging techniques, a report of six cases[J]. Radiol, 2000, 81(9): 953-957.
- [3] 康维民, 管珩, 刘昌伟, 等. 颈动脉体瘤的诊断及外科治疗[J]. 中国医学科学院学报, 2003, 25(5): 622-625.
- [4] Arslan H, Unal O, Kutluhan A, et al. Power Doppler sonography in the diagnosis of carotid body tumors[J]. J Ultrasound Med, 2000, 19(3): 367-370.
- [5] 赵柏山, 贾化平, 段云友, 等. 彩色多普勒超声在颈动脉体瘤诊治中的应用价值[J]. 中国医学影像技术, 2003, 19(2): 175-177.
- [6] 李树玲. 新编头颈肿瘤学[M]. 第 1 版. 北京:科学技术文献出版社, 2002.1060-1076.

[编辑:周永红;校对:刘红武]