

首诊眼科的后交通动脉瘤致动 眼神经麻痹 2 例

毛俊峰¹, 魏世辉², 许雪亮¹, 刘双珍¹, 向前¹

作者单位:¹(410008)中国湖南省长沙市,中南大学湘雅医院眼科;²(100853)中国北京市,中国人民解放军总医院眼科

作者简介:毛俊峰,男,博士,主治医师,研究方向:神经眼科、眼底病及近视眼的发病机制。

通讯作者:毛俊峰. mao_junfeng@163.com

收稿日期:2009-10-28 修回日期:2009-12-01

毛俊峰,魏世辉,许雪亮,等. 首诊眼科的后交通动脉瘤致动眼神经麻痹 2 例. 国际眼科杂志 2010;10(1):196-197

0 引言

后交通动脉瘤通常指颈内动脉-后交通动脉分叉处的动脉瘤,在我国的颅内动脉瘤中所占的比率居第一位^[1,2]。颅内动脉瘤是一种潜在的致命性疾病,发病前无明显先兆、起病急、症状重、致死率及致残率高,动脉瘤破裂引起的颅内出血是其致死、致残的主要原因^[3,4]。重视颅内动脉瘤的早期症状,早发现、早治疗是预防其破裂出血的根本途径。动眼神经自脑干发出后,在进入海绵窦前与后交通动脉并行,位于后交通动脉的外下方,因此后交通动脉常引起同侧动眼神经麻痹,出现相应的眼部表现^[5]。临床上,以动眼神经麻痹为首发症状的颅内动脉瘤约占 18%,许多患者因复视、上睑下垂首诊于眼科。现将我们收集的 2 例因动眼神经麻痹首诊眼科的后交通动脉瘤患者的临床资料报道如下。

1 病例报告

病例 1:患者,女,54 岁。2009-05-26 突然出现复视,伴头晕,28d 后出现上睑下垂,无头痛及视力下降,无肢体运动障碍,2009-06-03 就诊于我院神经眼科门诊。无高血压、糖尿病史。眼部检查:视力右眼 1.2、左眼 0.9,左上睑下垂,完全不能上抬,瞳孔直径右眼 3mm、左眼 6mm,左眼对光反射消失,双眼视盘色淡红、界清,左眼球固定于外下斜位,向上、内、下运动受限。头颅 CT 及 MRI 未见异常;磁共振动脉成像(MRA)报告左侧后交通动脉起始处见一 6.1mm × 8.8mm 的动脉瘤,瘤顶指向后外下方,瘤颈宽 4.4mm(图 1)。诊断:左侧后交通动脉瘤。转入介入科,行数字减影血管造影(DSA)证实左侧后交通动脉瘤,并了解其详情(图 2),并于 2009-06-06 行动脉瘤弹簧圈栓塞术,术后再次 DSA 检查证实栓塞成功(图 3)。2009-09-29 复查,患者左上睑能上抬约 3mm,余眼部情况同前。

病例 2:患者,女,57 岁。2009-04-24 突然出现左上睑下垂,伴左侧轻微头痛,无复视、视力下降及肢体运动受限,2009-05-20 就诊于我院神经眼科门诊。无高血压、糖尿病史。眼部检查:视力右眼 1.0、左眼 1.2,左上睑下垂,完全不能上抬,左瞳孔散大、直径 6mm、对光反射消失,双眼视盘色淡红、界清,左眼球固定于外下斜位,向上、内、下运动受限。头颅 CT 未见异常;CT 血管造影(CTA)怀疑左侧后交通动脉瘤;MRA 报告左侧后交通动脉起始处见一 3.5mm × 3.7mm 及 6.1mm × 5.4mm 的葫芦形动脉瘤,瘤

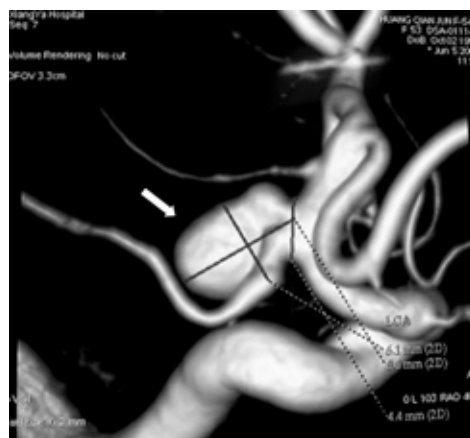


图 1 病例 1 的 MRA 照片,显示左侧后交通动脉瘤。



图 2 病例 1 的 DSA 照片,显示左侧后交通动脉瘤。



图 3 病例 1 的 DSA 照片,左侧后交通动脉瘤被弹簧圈栓塞。

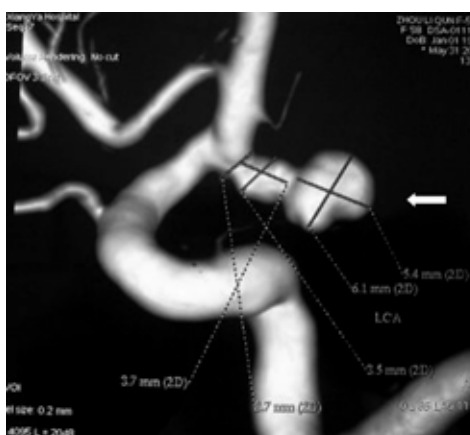


图 4 病例 2 的 MRA 照片,显示左侧后交通动脉瘤。

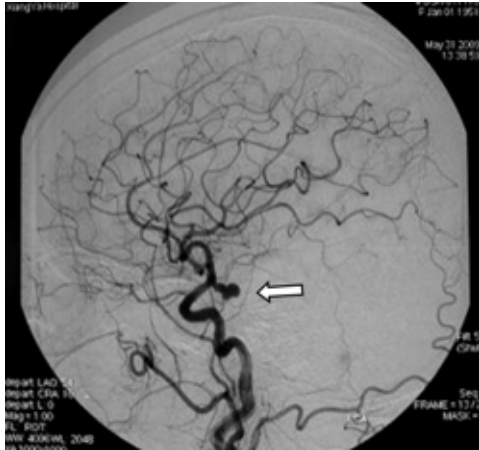


图5 病例2的DSA照片,显示左侧后交通动脉瘤。

顶指向后外下方,瘤颈宽2.7mm(图4)。诊断:左侧后交通动脉瘤。患者拒绝血管内治疗,转入神经外科,行DSA证实左侧后交通动脉瘤,并了解其详情(图5),于2009-05-28行经翼点入路动脉瘤夹闭术。2009-09-22复查,患者左上睑下垂消失,眼球能向上、内、外转动较术前明显好转,瞳孔直径右眼3mm、左眼4mm,左眼对光反射较右眼迟钝,余眼部情况同前。

2 讨论

颅内动脉瘤引起的临床表现主要分为两类:一是动脉瘤压迫或刺激临近组织而引起局灶性症状;二是动脉瘤破裂引起的颅内出血,主要是蛛网膜下腔出血。因后交通动脉与动眼神经的特殊毗邻关系,许多后交通动脉瘤的患者常以动眼神经麻痹发病。这两个病例均为左侧后交通动脉瘤,瘤体尚未破裂、出血,以突发的左侧动眼神经麻痹首诊于眼科。此类动眼神经麻痹几乎均具有瞳孔扩大、对光反射迟钝或消失的特征,其原因是:(1)支配瞳孔缩小的副交感神经纤维主要分布于动眼神经的浅层,尤其上方偏内侧;(2)后交通动脉瘤通常位于颈内动脉-后交通动脉交叉处,大多数向后外下、向后下、向后方生长,其中瘤顶指向后外下方者最易压迫动眼神经,本组的两个患者均为瘤顶指向后外下方;(3)动脉瘤破裂出血首先影响位于浅层的神经纤维^[6,7]。因此,对于伴有瞳孔扩大、固定的突发动眼神经麻痹的患者,应高度警惕颅内动脉瘤的可能。另外,还应详细追问病史,是否曾有蛛网膜下腔出血,这也是诊断颅内动脉瘤的一个有力证据。

临床上,要完成对后交通动脉瘤的诊断及治疗,离不开对动脉瘤的大小、部位、形状、数目、瘤颈宽窄及瘤顶指向等情况的准确掌握,这些又依赖于当今的影像学检查手段,如CT, MRI, DSA, CTA和MRA等。CT是影像诊断的第一步,能明确动脉瘤破裂引起的颅内出血,并与脑内肿瘤鉴别,但CT平扫对直径1cm以下的动脉瘤多不能显示。MRI可判断动脉瘤内有无血栓,并有助于发现直径0.5cm以上的动脉瘤。DSA图像分辨率高,能从不同角度显示颅内血管及动脉瘤的细节特征,明确动脉瘤的大小、数目、形态、瘤颈、载瘤动脉及侧支循环等,为诊断和治疗提供可靠的依据,是目前诊断动脉瘤的金标准,但不能很好显示颅内出血的情况。CTA及MRA是近年兴起的检查脑血管疾病的新技术,通过计算机软件能对图像进行任意角度的旋转,有助于了解动脉瘤的全貌,且均为无创检查方法,易为患者接受。由于颈内动脉、后交通动脉与床突、颅底骨、海绵窦等关系密切,CTA在后交通动脉瘤的三位形态和空间关系方面显示不够理想^[8]。MRA是利用血液流动成像的,动脉瘤较大时,其内部血液流动常形成湍流或缓慢的流动,因此大动脉瘤多不能被MRA完全显示。在后交通动脉瘤的诊断和治疗过程中,需充分认识上述检查手段的优缺点,结合使用,相互补充。

总之,眼科医生应高度重视后交通动脉瘤及其引起的动眼神经麻痹的临床特征,及早诊断,为患者争取宝贵的治疗时间。

参考文献

- 1 王忠诚,李溪光,刘旭光. 颅内动脉瘤520例手术治疗的临床分析. 中华神经外科杂志 1985;1(4):193-195
- 2 赵继宗,李京生,王硕,等. 颅内动脉瘤1041例显微手术治疗的临床研究. 中华医学杂志 2003;83(1):6-8
- 3 魏世辉,孙堂胜. 颅内动脉瘤与眼科疾病的关系探讨. 武警医学 2008;19(2):101-104
- 4 Mcocco J, Evan R, Ricardo J, et al. Preoperative prediction of long-term outcome in poor-grade aneurismal subarachnoid hemorrhage. *Neurosurgery* 2006;59:529-538
- 5 芮德源,陈立杰. 临床神经解剖学. 北京:人民卫生出版社 2007:533-534
- 6 冷守忠,吕小琪,庞式琪. 动眼神经麻痹246例的病因分析. 中华眼科杂志 1994;30(1):31-32
- 7 傅相平,李安民,张志文,等. 动眼神经麻痹与后交通动脉瘤. 中国微侵袭神经外科杂志 2004;9(8):368-369
- 8 宋晓娜,曹喜才,王金胜,等. 前、后交通动脉瘤DSA与CTA诊断的对比研究. 医学理论与实践 2008;21(1):21-23