

## 彩色多普勒超声诊断颈部神经鞘瘤一例报告

### Color Doppler ultrasound in diagnosis of cervical neurilemma: a case report

姜建军<sup>2</sup>, 章建全<sup>1\*</sup>

(1. 第二军医大学长征医院超声科, 上海 200003; 2. 江苏省大丰市人民医院超声科, 大丰 224100)

[关键词] 超声检查, 多普勒, 彩色; 头颈部肿瘤; 神经鞘瘤

[中图分类号] R 739.91 [文献标识码] B [文章编号] 0258-879X(2006)08-封三-01

**1 临床资料** 患者, 女, 29岁, 发现“右侧颈动脉三角处无痛性肿块1个月余”。超声检查所见: 右侧颈总动脉分支部探及一大大小为50 mm×40 mm×30 mm的中等偏低回声团块, 位于颈内、外动脉的后方, 并将之向前方挤压, 但未包绕该二血管(图1A); 肿块边界清晰, 有包膜, 内部回声中等偏低, 欠

均匀(图1B); CDFI显示肿块的足侧探及稍丰富的血流信号, 而其余大部无明显血流信号(图1C)。超声诊断为: 右侧颈部实性占位, 考虑(1)神经鞘瘤可能; (2)颈动脉体瘤可能。术后病理诊断为神经鞘瘤。



图1 颈部神经鞘瘤的高频彩色多普勒声像图

A: 肿块向前方挤压颈内、外动脉; B: 肿块边界清, 有包膜, 内部回声不均匀; C: 肿块的足侧探及稍丰富的血流信号, 其余大部无明显血流

**2 讨论** 神经鞘瘤(neurilemma)是起源于神经鞘膜雪旺细胞的一种良性肿瘤, 偶可发生恶变, 可发生于人体各部, 多见于头、颈及纵隔, 因而容易被发现, 以中年患者多见, 男女比例为1.5:1。神经鞘瘤沿神经走行轨迹而存在, 多数情况下超声不能直接显示肿瘤的来源, 但声像图上具有一定的特征性: 肿瘤多为圆形、类圆形或葫芦状, 边缘清晰完整, 有包膜, 内部呈低回声, 较少有管道样结构, 肿瘤出血、坏死可致大小不等的片状液性暗区<sup>[1]</sup>; 肿块较大者周边及内部可有丰富血流信号, 其搏动指数、阻力指数均较高; 可沿神经轴侧向左右移动, 但不能沿神经轴方向活动; 肿瘤体积愈大愈易发生黏液性变, 此时质地软如囊肿, 穿刺抽吸可见不凝结的陈旧性血液。在肿块长轴的两端可探及低回声的神经干与肿块相延续, 则有助于明确神经的来源。

当肿块具有典型的特征性表现时不难诊断, 如果声像图不典型或早期无任何症状时需与下列常见的实性及囊性肿块鉴别: 常见的实性肿块如颈动脉体瘤、淋巴结炎、颈部转移性肿瘤等。(1)颈动脉体瘤: 颈动脉体瘤多位于颈总动脉分叉处, 瘤体边界清晰, 包绕颈内、外动脉, 肿瘤组织的占位效应致两血管间的夹角增大, 这是颈动脉体瘤的特征性解剖学表现; 血供丰富是颈动脉体瘤的另一特征, 需借助彩色多普勒检查<sup>[2]</sup>。彩色多普勒显像上往往颈动脉体瘤的瘤体内可见管道样结构, 内部整体的血供十分丰富; 而神经鞘瘤常位于颈内、外动脉分叉处, 沿神经走行方向生长, 但不具备包绕的特点, 两血管虽可受肿块挤压移位, 且两者的间距和角度均无增大。彩色多普

勒血流显示瘤体内部血流信号不丰富, 即使有也是局灶性的血流信号较丰富。(2)颈部淋巴结炎: 肿大的淋巴结常沿着颈静脉周边分布, 常为多发, 而颈内、外动脉分叉处的肿大淋巴结较少见。(3)颈部淋巴结转移灶: 为均匀类圆形肿块, 回声不均, 彩色多普勒血流显示瘤体内部血流信号不丰富, 常由甲状腺癌、胃癌、喉癌、食道癌等转移而来, 结合病史易于鉴别; 超声显像不仅可以显示颈部肿块的大小、形态, 内部结构及与周围组织关系, 同时CDFI、PW还可以动态观察瘤体内血供情况及大血管内的血流情况, 为临床制定手术方案提供有力的诊断参考依据, 降低手术风险。

总之, 我们在日常的工作中, 不仅要分析颈部肿块的二维声像图的特点, 而且要充分结合彩色多普勒血流情况, 才能为颈部肿块的诊断提供更有价值的诊断依据。

#### [参考文献]

- [1] 任卫东, 唐力主编. 血管超声诊断与基础[M]. 北京: 人民军医出版社, 2005: 127-128.
- [2] 周永昌, 郭万学主编. 超声医学[M]. 3版. 北京: 科学技术文献出版社, 1999: 723-724.

[收稿日期] 2005-12-09

[修回日期] 2006-05-20

[本文编辑] 贾泽军

[作者简介] 姜建军, 主治医师. E-mail: jiangjianjun-df@163.com

\* Corresponding author. E-mail: ultramez@sina.com