

形态结构评价分析[J]. 重庆医学, 2015, 44(36): 5084-5086.

[9] 蔡香然, 刘琼, 罗新, 等. 静动态 MRI 及 DTI 对盆腔器官脱垂患者肛提肌形态和功能的评估[J]. 临床放射学杂志, 2013, 32(8): 1128-1133.

[10] Loubeyre P, Copercini M, Petignat P, et al. Levator ani muscle complex: anatomic findings in nulliparous patients at thin-section Mri-maging with double opacification [J]. Padiology, 2012, 262(2): 538-543.

[11] 陈瑶, 于诗嘉, 史铁梅. 超声断层显像技术观察盆腔器官脱垂患者盆底结构[J]. 中国医学影像技术, 2012, 28(8): 1577-1582.

[12] Ying T, Li Q, Xu L, et al. Three-dimensional ultrasound appearance of pelvic floor in nulliparous women and pelvic organ prolapsed women [J]. Int J Med Sci, 2012, 9(10): 894-900.

[13] 蒋莹, 刘静华, 杨硕, 等. 经会阴超声观察不同分娩方式对盆底结构的影响[J]. 临床超声医学杂志, 2014, 8(2): 538-540.

(收稿日期: 2017-04-18)

• 病例报道 •

**Color Doppler ultrasound in diagnosis of neck pseudo venous tumor: a case report**

**彩色多普勒超声诊断颈部假性静脉瘤 1 例**

倪娜 李新军

[中图分类号] R543.4; R445.1

[文献标识码] B

患者男, 57 岁, 因发现右侧颈部可复性包块 30 余年, 近来自感高声说话时包块较前明显增大, 有时可伴有闷胀感来我院入院。体格检查: 患者颈部无明显异常, 患者说话时右侧颈部可见一包块隆起且逐渐增大, 最大时范围约 3.0 cm×1.5 cm。质软, 光滑, 边界清楚, 未随吞咽动作移动, 局部皮肤颜色正常, 无破溃, 无压痛。包块于患者蹲位、用力屏气或大声说话时体积扩大, 于患者仰卧、休息、平静呼吸时包块缩小至肉眼无法辨识。听诊无明显血管杂音。超声检查: (嘱患者用力屏气后) 于右侧颈外静脉前方探及一范围约 3.2 cm×1.4 cm 无回声包块, 呈扁椭圆

形, 边界清晰, 内壁毛糙, 内可见带状强回声及絮状回声缓慢流动, 包块后壁似有破口于颈外静脉相通(图 1, 2); CDFI 于颈外静脉前壁可探及一宽约 0.38 cm 的血流束经破口处流入包块内(图 3); 脉冲多普勒于破口处探及反向、双期血流。超声诊断: 右侧颈部囊性包块, 考虑右侧颈外静脉假性静脉瘤可能。颈部 CTA 示颈外静脉旁可见一范围约 2.5 cm×1.2 cm 囊状高密度病灶, 与颈外静脉相连。CTA 诊断: 颈外静脉旁囊性包块, 考虑静脉瘤可能。后经手术病理证实为右侧颈外静脉假性静脉瘤。

讨论: 假性静脉瘤的发病机制常见于外伤、静脉穿刺、医源



图 1 颈外动脉前方的囊性包块(囊性包块后壁 图 2 包块内部可见带状强回声及絮状回声缓慢流动 图 3 CDFI 示血流束经破口处流入包块内疑似破口处)

性创伤及炎症等造成静脉壁破损所致, 也可见于先天性静脉管壁发育异常, 或者用力(剧烈咳嗽、高声讲话、屏气等)后导致静脉血管内压瞬间增高所致静脉壁受损、血管破裂。由于颈外静脉为颈部最大浅静脉, 位于胸锁乳突肌的浅面, 汇入锁骨下静脉, 其缺少周围组织覆盖, 该处间隙相对狭窄, 结构比较疏松, 长时间受到血流冲击, 使得静脉管壁受损, 血液进入周围组织而形成假性静脉瘤。而患者长期便秘是造成该病的主要原因。假性静脉瘤临床上无特异性表现, 诊断主要依据影像学检查。彩色

多普勒超声检查不仅能准确显示瘤体的大小、形态、位置、毗邻关系、内部结构及内壁有无赘生物或交通口, 而且可以通过对瘤体加压、嘱患者改变体位或做特殊动作后动态观察瘤体变化; CDFI 可显示交通口处的血流情况及其频谱。本病例超声表现较为典型, 不难做出诊断。而 CTA 对于静脉显影为延迟显影, 在诊断静脉病变时受到延迟效应的影响, 导致动、静脉分辨不清而误诊, 本例亦是如此。

(收稿日期: 2016-07-26)