维普资讯 http://www.cqvip.com

临床研究 文章编号:0253-3626(2007)07-0772-02

窦汇至左颈内静脉血栓形成 1 例报告并文献复习

苏 海,孙晓川,唐文渊,朱 继,杨 刚

(重庆医科大学附属第一医院神经外科,重庆 400016)

【中国图书分类法分类号】R651 【文献标识码】B 【收稿日期】2006-10-04

1 病例报告

患者女,49 岁。因突发头痛,伴恶心呕吐 4 天入院。既往体健,口服避孕药 10 月。起病 2 天后被收入其他医院,院外查体:意识昏睡,颈阻(+),无神经系统定位体征。脑脊液(CSF):压力 170cmH_2O,RBC3400 × 10^6/L,有核 2 × 10^6/L;头颅 CT:颅内未见明显异常;TCD:基底动脉流速偏高。诊断为蛛网膜下腔出血。予以脱水、抗纤溶、抗血管痉挛治疗,病情未见好转反而逐渐加重,精神症状明显,伴右侧肢体肌活动明显减少。转入我院,意识昏睡,眼底检查:双侧视乳头边界欠清,A:V=2:3,无出血、渗出。右侧肢体肌力 2 级,右侧 Babinski 征(+)。出凝血时间正常,红细胞压积:31.7%,血小板:201 × 10^9/L,血粘度正常。脑电图:广泛性慢波,以 δ 波为主。头颅 CT:左侧颞顶叶见大片不规则低密度影,混杂高密度影,边界模糊(图 1)。CTA:颈内静脉胸廓出口至左乙状窦窦汇充盈缺损,考虑血栓形成(图 3)。临床诊断:窦汇 - 左颈内静脉 T1 段血栓形成。脱水降颅压、低分子肝素抗凝、预防性抗癫痫等治疗;抗凝治疗过程中监测出凝血时间均正常,纤维蛋白酶原减少。治疗 1 周后,患者临床症状和体征明显好转,意识清楚,存有感觉性失语,右侧肌体肌力恢复到 4 级,双侧 Babinski 征(-),先后 3 次复查 CTA 见血栓部分自溶,但血管未能完全再通(图 4)。治疗 1 月后,头颅 CT 示左颞顶叶软化灶(图 2),尽管 CTA 复查血管仍未能完全再通(图 5),但患者症状消失,右侧肌体肌力恢复到 5 级,但仍有部分失读,患者好转出院。

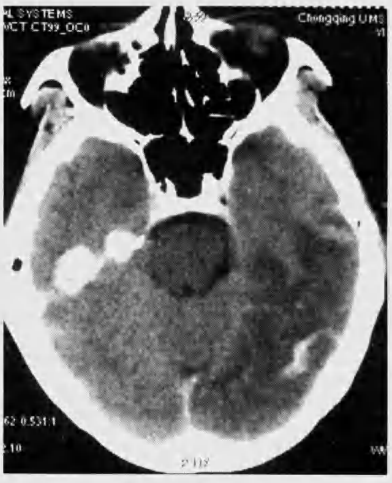


图 1 急性期 CT 示出血性梗死灶

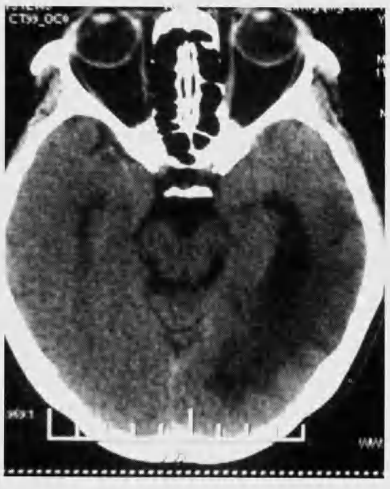


图 2 恢复期 CT 示颞叶软化灶

2 讨 论

颅内静脉或静脉窦血栓形成是脑血管疾病中的一种特殊类型,由 Ribes1825 年首次报道,在青壮年脑卒中患者中占 1%~2%[1]。颅内静脉窦合并颈内静脉血栓形成罕见,国内外都少有报道。单纯的颅内静脉窦血栓多见于女性,文献报道男女比例为 1:3,发病平均年龄为 38.5 岁[2]。本病可发生于任何年龄,但多见于口服避孕药、妊娠期及产褥期的中年妇女。口服避孕药和妊娠可以引起血液高凝状态,凝血因子Ⅶ、Ⅸ、X,凝血酶原和纤维蛋白原水平增高,血小板粘附性增加,从而形成血栓。本例患者有口服避孕药史,以头痛为首发症状,考虑颅内静脉窦血栓形成在先,迅速发展到颈内静脉,与文献的报道相符[3]。该病的病因大致分为感染性和非感染性两类,还有近 20%~30%的病人病因不明。本病的发病形式多样,可急性、亚急性和慢性起病。由于病因和病变部位不同以及复杂的病理改变,因而临床表现复杂,缺乏特异性,易与缺血和出血性卒中、脑脓肿、肿瘤、炎症、变性疾病和特发性颅内压增高等疾病混淆,常漏诊、误诊。本病诊断困难,单纯的 CT 平扫表现缺乏特异性,甚至有 30%的患者 CT 检查并无异常。本例患者以头痛为首发症状,首次头颅 CT 阴性,腰

作者介绍:苏 海(1978-),男,硕士生,
主要研究方向:脑血管疾病。

维普资讯 http://www.cqvip.com

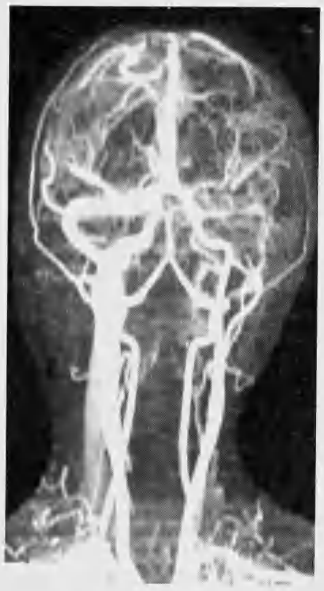


图 3 急性期 CTA



图 4 治疗过程中 CTA



图 5 恢复期 CTA

穿见血性脑脊液，所以院外诊断为蛛网膜下腔出血。而 MRI 一度被认为的诊断颅内静脉血栓的金标准，特别是 T_2 像的诊断价值更大[4]。但 MRI 诊断本病具有明显的时间窗，可能出现有假阴性，颅内静脉血栓发病的 5 天和发病后 6 周，MRI 均无特异性改变。目前认为 MR 静脉血管成像和螺旋 CT 血管造影(CTA)对本病诊断的特异性和灵敏性都很高，并且无上述时间窗限制。本例患者通过螺旋 CTA 检查，清楚直观的显示窦汇－左颈内静脉血栓形成，前后 3 次复查了解血栓发展和溶解情况，更好的指导治疗和评估预后。

颅内静脉窦伴发颈内静脉血栓患者的治疗主要包括抗凝、溶栓、抗癫痫、脱水降颅内压等。抗凝治疗的安全性和有效性都得到了肯定，即便是发生出血的患者，仍可以进行抗凝治疗。溶栓治疗逐渐成为另一种常用的治疗手段。目前溶栓治疗分为全身性和局部血管内溶栓，使用较多的溶栓剂有尿激酶和重组组织型纤维蛋白酶原激活剂(rt-PA)。rt-PA 因为半衰期短而具有比尿激酶更高的安全性。Wasay[5]对于两组患者的研究发现 rt-PA 的溶栓效果明显优于尿激酶。但融栓治疗的有效性和危险性仍很难评估，仍没有足够证据显示联合治疗能够取得更好的预后，而且溶栓治疗也加大了出血的危险性，因此仍未能将溶栓治疗推荐为一线的治疗手段。预防性抗癫痫治疗一直存在较大争议，此类患者癫痫的发生率为 10%~25%，大多为局灶性发作[6]。但有早发性癫痫和入院时颅内有出血的患者，其迟发性癫痫的发生率会明显升高[7]。因而认为对于这种患者可以预防性的使用抗癫痫药物。本例患者在抗凝治疗后病情很快得到控制，尽管没有使用溶栓治疗，但患者在抗凝治疗后，临产症状和体征明显好转，血栓部分溶解。血管虽然没能完全再通，但由于其他静脉的代偿作用，其症状和体征基本消失。

尽管文献报道认为颅内静脉窦血栓的预后好于动脉性栓塞，但其预后却难以估计，常与临床症状和体征不符，伴发颈内静脉血栓后，其致残率和死亡率都大大增加，颅内压持续性增高和栓子脱落造成肺栓塞是导致患者死亡的主要原因，有文献报道死亡率为 20%~25%[8]。在一组颅内静脉血栓患者的追踪调查研究中发现，57%的患者完全恢复不遗留任何症状，22%的患者残留很小的症状，2.2%的患者再次发生静脉栓塞，10.2%的患者继发癫痫[6]。而对本病的女性患者的追踪调查发现，妊娠期及产褥期的妇女再发生颅内静脉栓塞的机率为 6%，因而认为发生过颅内静脉栓塞的女性可以怀孕[9]。但对于是否在妊娠期及产褥期预防性的抗凝治疗仍需要进一步的研究。

参 考 文 献

[1] 王 晔，郑惠明，谢惠君.脑静脉血栓形成[J].国外医学脑血管疾病分册，1999；7(1)：16-18.

[2] Ameri A.Cerebral venous thrombosis [J].Neurol Clin，1992；10：87-111.

[3] Lacour JC，Ducrocq X，Moret C，et al. Thrombus of the left lateral sinus spreading to the internal jugular vein[J].Rev Neurol，2003；159(4)：451-454.

[4] Idbaih A，Boukobza M，Crassard I，et al. MRI of clot in cerebral venous thrombosis：high diagnostic value of susceptibility-weighted images[J].Stroke，2006；37(4)：991-995.

[5] Wasay M，Bakshi R，Kojan S，et al.Nonrandomized comparison of local urokinase thrombolysis versus systemic heparin anticoagulation for superior sinus thrombosis[J].Stroke，2001；32：2310-2317.

[6] Ferro JMM，Canhao P，Stam J，et al.Prognosis of cerebral vein and dural sinus thrombosis：results of the International Study on Cerebral Vein and Dural Sinus Thrombosis (ISCVT)[J].Stroke，2004；335：664-670.

[7] Ferro JM，CM，Rosas MJ，et al.Seizures in cerebral vein and dural sinus thrombosis [J].Cerebrovasc Dis，2003；15：78-83.

[8] Bousser MG，RRR.Cerebral Venous Thrombosis[M].vol 1. London：WB Saunders，1999.35-36.

[9] Mehraein S，Ortwein H，Busch M，et al.Risk of recurrence of cerebral venous and sinus thrombosis during subsequent pregnancy and puerperium[J].Neurol Neurosurg Psychiatry，2003；74：814-816.