维普资讯 http://www.cqvip.com

文章编号：0253-3626(2001)02-0195-02

腰穿及头颅CT在诊断原发性蛛网膜下腔出血中的作用

毛思中

（重庆医科大学第二临床学院神经内科 重庆 400010）

【摘 要】目的：了解腰穿及头颅CT在诊断原发性蛛网膜下腔出血中的作用。方法：分析62例初诊为原发性蛛网膜下腔出血（其中60例为原发性蛛网膜下腔出血、1例为误诊为原发性蛛网膜下腔出血的脑叶出血、1例为误诊为原发性蛛网膜下腔出血的Jackson癫痫）的临床表现、腰穿及CT检查。结果：原发性蛛网膜下腔出血CSF异常在发病后10天内的阳性率为100%，11～15天为89%，21～30天为45%；CT检查的阳性率，发病48h内为100%，3～5天内的为80%，5天以后的阳性率很低。结论：腰穿与CT检查对诊断原发性蛛网膜下腔出血各有利弊，两者结合可提高诊断的正确性和减少误诊。

【关键词】原发性蛛网膜下腔出血；腰穿；头颅CT

【中国图书分类法分类号】R743.35 【文献标识码】A 【收稿日期】2000-02-25

Use of the lumbar puncture and CT in diagnosis of primary SAH

MAO Si-zhong

(Department of Neurlogy, Second College of Clinical Medicine, Chongqing Medical University)

【Abstract】 *Objective*: To investgate the use of the lumber puncture and CT in diagnosis of primary SAH. *Methods:* Clincal data and lumbar puncture and CT of 60 patients with primary SAH, 1 patient with cerebral lobar hemorrhage and 1 patient with Jackson's epilepsis were analysed. Both cases were wrong erraneously diagnosed as primary SAH. *Results* The postive rate of CSF is 100% in 10 days,89% in 11 to 15 days , 45% in 21 to 30 days after coming on of primary SAH.The positive rate of CT is 100% in 48 hours ,80% in 3 to 5 days and is very lower after 5 days coming on of primary SAH. *Conclusion:* Either lumbar puncture or CT has advantage and deficiency in diagnosis of primary SAH. The combination of lumbar puncture and CT can increase correctness and decrease wrong diagnosis.

【Key words】primary SAH; Lumbar puncture; CT

原发性蛛网膜下腔出血（SAH）是神经科的常见疾病，为了解腰穿及头颅CT在诊断原发性蛛网膜下腔出血中的作用，对我院近年来收治的62例病例分析如下。

1 资 料

62例病人系本院近十年来收治的，60例系根据突然剧烈头痛、恶心呕吐、脑膜刺激征(+)、脑脊液呈均匀一致血性，压力高[1]而诊断的原发性蛛网膜下腔出血，1例为误诊为原发性蛛网膜下腔出血的脑叶出血、1例为误诊为原发性蛛网膜下腔出血的Jackson癫痫。

60例原发性蛛网膜下腔出血，男25例，女35例，年龄21～74岁。临床症状：头痛57例，呕吐51例，肢体酸胀乏力6例，抽搐4例，腰背痛4例，复视3例，颈痛2例，畏寒发热2例，头昏1例，眩晕1例，精神异常1例。体征：短暂意识丧失19例，嗜睡9例，昏迷6例，颈阻55例，克氏征(+)47例，动眼神经麻痹7例，一侧轻偏瘫5例，病理征(+)7例，蛛网膜出血1例。并发症：再出血8例，血管痉挛6例，脑积水4例，死亡10例。脑血管造影16例，发现动脉瘤12例。所有病人均做了1次以上的腰穿检查，表现为血性或黄变脑脊液，压力增高。检查时间与脑脊液颜色的关系：发病后第1～5天48次脑脊液检查均为血性（镜检RBC++～++++，WBC 10×10^6/L～60×10^6/L），阳性率100%；第6～10天14次脑脊液检查7次淡红色（镜检RBC-+～++-+，WBC 12×10^6/L～68×10^6/L）、7次为黄色(镜检RBC 2×10^6/L～16×10^6/L，WBC 8×10^6/L～40×10^6/L)，阳性率100%；第11～15天9次脑脊液检查1次淡红色（镜检RBC+，WBC 20×10^6/L）、7次黄色(镜检RBC 2×10^6/L～23×10^6/L，WBC 4×10^6/L～30×10^6/L)、1次正常(镜检RBC 2×10^6/L、WBC 4×10^6/L)，阳性率89%；第16～20天3次脑脊液检查1次黄色(镜检RBC 2×10^6/L、WBC 18×10^6/L)、2次正常(镜检RBC 2×10^6/L～4

作者介绍：毛思中（1962- ），女，四川人，讲师，硕士

主要研究方向：神经系统疾病。

维普资讯 http://www.cqvip.com

$\times 10^6$/L、WBC 1×10^6/L～4×10^6/L)；第21～30天11次脑脊液检查5次淡黄色(镜检RBC 2×10^6/L～11×10^6/L、WBC 8×10^6/L～30×10^6/L)、6次正常(镜检RBC为0～7×10^6/L、WBC 2×10^6/L～5×10^6/L)，阳性率45%；第31天以后脑脊液检查5次全部正常(镜检RBC为0～6×10^6/L、WBC 2×10^6/L～5×10^6/L)。40例病人做了一次以上CT检查，CT扫描主要表现为脑沟、裂、脑池中高密度影。检查时间与CT表现的关系：发病后48h以内检查17例均为阳性；3～5天检查5例，4例阳性；6～10天检查6例，1例阳性；11天以后检查18例均无蛛网膜下腔出血的表现。

病例1：胡某，男，70岁，因突发枕部剧痛、呕吐，短暂意识丧失14h时入院。入院前14h活动中突然枕部剧烈疼痛、呕吐，继之呼之不应，面色苍白，二便失禁，持续约10min清醒，发病后四肢活动自如，感觉正常，无精神异常症状。既往无高血压病史。入院查体：颈阻，克氏征阳性，其余神经系统无阳性发现。腰穿为血性脑脊液，压力增高。入院诊断为原发性蛛网膜下腔出血。入院以后绝对卧床休息，给与6-氨基己酸、降颅压等治疗，病情好转，半月后脑膜刺激征消失，仅遗留右额、右枕隐痛。头颅CT检查发现右额叶团状高密度影，附近少许水肿带，轻度占位效应。最后诊断：脑叶出血，继发性蛛网膜下腔出血。

病例2：吴某，男，23岁，因反复左侧肢体抽搐13天入院。入院前13天无明显诱因出现左下肢抽动，持续约1min缓解。以后类似发作2次。入院前3天又出现左下肢抽动，并逐渐向上发展至腰、胸、左上肢，继之站立不稳，昏到在地，呼之不应，四肢强直、抽搐，5～10min后抽搐逐渐停止，意识恢复。到本院就诊CT检查发现：小脑幕切迹、直窦及纵裂池内密度明显增加。以原发性蛛网膜下腔出血收入住院。入院查体：神清，颈软，克氏征阴性，神经系统检查无阳性发现。腰穿脑脊液无色透明，压力正常，镜检无红细胞。入院后给与卡马西平抗癫痫治疗，未再发作。1月后复查CT结果与第一次检查完全一样，腰穿脑脊液检查仍完全正常。最后诊断：Jackson癫痫。

2 讨 论

传统诊断原发性蛛网膜下腔出血是根据突然剧烈头痛、恶心呕吐、脑膜刺激征（+）、脑脊液呈均匀一致血性、压力高[1]。腰穿脑脊液检查是主要诊断手段。本组病例显示：发病10天以内的阳性率为100%，11～15天阳性率为89%，21～30天阳性率为45%。这说明原发性蛛网膜下腔出血后脑脊液的变化持续时间较长，有利于诊断，特别是对发病几天以后才就诊的病例。从病例1可以看出脑脊液检查诊断原发性蛛网膜下腔出血有其局限性，不能鉴别脑叶出血，原发性脑室出血、小脑出血、尾状核出血等无明显肢体瘫痪的脑内出血，而且对明显颅内压增高的病人腰穿有一定危险性，所以必须在无脑疝或颅内压增高时方可行腰穿检查。

CT为无创性检查，不仅能防止腰穿的潜在危害，还可以提供颅内有无出血之外的其他信息，如有无并发血肿形成、脑血管痉挛所致脑梗塞以及脑积水。目前主张在原发性蛛网膜下腔出血时首选CT检查。本组病例显示：发病48h内CT的阳性率为100%，3～5天内的阳性率为80%，5天以后的阳性率很低。前5天的阳性率与其他报道相近[2]，5天以后的阳性率不如其他报道高[2,3]。由此可见，CT是发病早期可靠的诊断手段，但发病一段时间后CT阳性率不高，需结合临床及腰穿检查。由例2看出，CT检查时其他原因导致的脑池、脑沟高密度可误诊为蛛网膜下腔出血，所以临床表现不典型者即使CT显示脑池、脑沟高密度也需行腰穿检查。出血量较少的蛛网膜下腔出血靠CT诊断较困难，也需腰穿，并镜检CSF。

腰穿与CT检查对诊断原发性蛛网膜下腔出血各有利弊，两者相结合可提高诊断的正确性和减少误诊。

参 考 文 献

[1] 饶明俐. 神经病学[M]. 第二版. 北京：人民卫生出版社，1996:128.

[2] 赵家璧，段昌琦. 蛛网膜下腔出血诊断若干问题的讨论[J]. 中华神经科杂志，1997;30(4):124-125.

[3] 田增民，刘宗惠. 蛛网膜下腔出血的诊断和处理[J]. 国外医学脑血管疾病分册，1995;3(1):16-19.