

脑静脉窦血栓形成 17 例临床分析

王丽春

(山西省临汾市第一人民医院,山西 临汾 041000)

摘要 目的 探讨脑静脉窦血栓形成(Cerebral Venous Sinus Thrombosis,CVST)的临床特征及诊治策略。**方法** 回顾性分析我院近年来收治的 17 例患者的临床资料,包括发病年龄、起病形式、临床表现、影像学特征、诊治经过及预后情况。**结果** CVST 的临床表现以颅内高压症状最为多见,大部分患者存在局灶性神经系统损害的表现,影像学表现为静脉窦闭塞、狭窄、局部性梗死灶、部分伴渗血或血肿。**结论** 在临床治疗过程中,应正确采用各种神经影像诊断技术,采取标准化、规范化治疗,尽量降低 CVST 患者的病死率和致残率。

关键词 脑静脉窦血栓形成;临床分析

中图分类号:R743 **文献标志码**:B **文章编号**:1000-9760(2012)12-417-02

脑静脉窦血栓形成(cranial venous sinus thrombosis,CVST)是由于多种病因引起的一种以脑静脉回流受阻、脑脊液吸收障碍为特征的特殊类型脑血管病,约占所有卒中的 0.5%~1%。和动脉卒中不同,由于其病因的多样性及临床表现缺乏特异性,往往造成误诊或漏诊^[1-2]。本研究拟将我院近年来收治的 17 例 CVST 患者的一般临床资料、影像学特征及治疗康复情况进行总结分析,结合国内外文献报道,综合探讨 CVST 的发病机制、诊断及治疗,从而提高对 CVST 的整体认知。

1 资料和方法

一般资料:17 例患者均为 2005 年 8 月至 2011 年 10 月于山西省临汾市人民医院神经内科的病人,男性 5 例,女性 12 例,年龄 20~65 岁,经 MRV 和/或 DSA 诊断证实均为 CVST 患者。

发病时间:在 17 例患者中,急性起病者 5 例(1 周内),亚急性起病者 11 例(1 周~1 个月),慢性起病者 1 例(1 个月以上)。

临床表现及体征:病程中头痛 11 例;痫性发作 4 例;单纯肢体麻木 2 例;意识障碍 2 例;视物不清 1 例;肢体瘫痪 8 例。17 例患者进行眼底检查,视盘水肿 11 例;眩晕 1 例。

实验室检查:17 例患者中,2 例脑脊液压力正常,6 例脑脊液压力范围在 220~300mmH₂O,9 例脑脊液压力>300mmH₂O。

影像学检查:本组 17 例患者均行头颅 CT 和 MRI 检查,其中 11 例行 MRA,15 例行 MRV 检查。结果显示所有患者均有颅内静脉和(或)静脉

窦受累的表现,主要表现为大静脉和静脉窦正常的流空现象消失。DSA 检查 4 例患者出现静脉窦充盈缺损,并伴有浅静脉向深静脉逆行充盈;CTA 检查显示 2 例患者有静脉窦充盈缺损显像。

影像表现:双侧脑实质出血 6 例,单侧脑实质出血 2 例,单或双侧脑实质梗死 5 例,上矢状窦高密度征 14 例,乙状窦高密度征 2 例,直窦及窦汇高密度征 1 例,直接显示静脉窦内血栓 1 例。MRI 及 MRV 检查:双侧脑实质多发病灶 11 例,单侧脑实质多发病灶 4 例,显示静脉窦充盈缺损或高信号 10 例,MRI 直接显示静脉窦内血栓征象 2 例。

治疗及预后:明确诊断后,脑脊液压力高者给予甘露醇脱水,并给予低分子肝素钙 4000~6000 U,每日 2 次,皮下注射,疗程 2~4 周。抗凝及口服华法林治疗,同时给予控制癫痫发作、对症治疗。17 例患者中 6 例治愈,9 例好转,死亡 2 例。死亡 2 例患者均颅高压进展迅速,1 例诊治延迟,均死于脑疝。抗凝治疗:10 例患者给予低分子肝素治疗,结果 4 例治愈,4 例好转,总体疗效较好。

2 讨论

2.1 CVST 的危险因素

遗传性 CVST(遗传性易栓症):抗凝血酶 III、蛋白 S 和蛋白 C 缺乏症、凝血因子 V Leiden 基因突变、活化蛋白 C 抵抗、凝血酶原 G20210A 基因突变。

非感染性 CVST:好发部位以上矢状窦血栓最为多见,如手术、创伤、妊娠和产褥期、抗磷脂和抗心磷脂抗体、癌症、口服避孕药、肾病综合征、系统

性红斑狼疮、白塞氏病等。

感染性 CVST: 由于其解剖特点, 感染性颅内静脉窦血栓形成好发部位为海绵窦和乙状窦。

另还有约 20% 的患者病因未明^[3], 本组资料显示, 患者多为青壮年, 且以育龄期女性为主。口服第 3 代避孕药、妊娠和分娩往往是 CVST 发病的诱因, 这与国外的文献报道相一致^[4]。

2.2 CVST 的诊断误区

CVST 的临床主要表现为头痛, 视力下降和视乳头水肿, 不少患者长期被误诊为良性高颅压。CVST 患者的临床特征也有很大差异: 起病时间从数小时至数十天不等, 部分文献报道部分患者发病可达数年之久^[5]。

头颅 CT 检查方便, 快捷且价格便宜, 但对 CVST 的诊断缺乏特异性, 对显示大脑静脉窦血栓直接征象灵敏度较差, 且易受颅骨伪影干扰, 成像效果不佳, 因此难以成为确诊的手段。因此, 对头颅 CT 正常或可疑的患者及时进行 MRI 或/和 MRV 检查, 且 MRI 和 MRV 联合项检查被认为是目前诊断 CVST 的金标准。

MRV 检查可以发现相应部位静脉和静脉窦狭窄或闭塞, 静脉侧枝形成或异常扩张。对 MRI 和 MRV 联合检查仍可疑的患者可进一步行 DSA 检查。DSA 可直接显示患者血栓的部位、大小和轮廓, 是 CVST 的诊断金标准, 但缺点是有创性的操作和颅内压增高的风险, 通常用于其它检查完成后仍不能确诊或需要同时经导管进行药物治疗时。

2.3 CVST 的治疗及预后

CVST 的治疗原则是尽早诊断尽早治疗, 针对不同病例的病因及发病具体情况, 采取对症治疗和抗凝治疗相结合的治疗方法, 对于其他促发因素, 则必须进行特殊针对治疗。

病因治疗: 对于感染性 CVST, 应积极查找引起 CVST 的可能病因, 及早使用足量敏感抗生素或广谱抗生素、外科手术清除原发化脓性病灶等; 对于非感染性 CVST, 应在原发病治疗基础上积极脱水、降低血液黏度、改善局部血液循环。

抗凝治疗: 低分子肝素: 按体重调整剂量皮下注射, 180 抗 XaU/(kg, 24h), 每日 2 次, 可能引起的出血风险较小, 且无需监测凝血指标。普通肝素: 应使 APTT 延长至少 1 倍, 有建议首先团注 1000U, 随后续予 400~600U/h 的低剂量维持。

急性期的抗凝时间不统一, 通常可持续 1~4 周。急性期后抗凝治疗: 多数 CVST 恢复好, 死亡率和复发率较低, 但儿童患者死亡率较高。关于 CVST 规范性治疗, 荟萃分析证明应用低分子肝素治疗安全有效, 不会加重出血或导致新的出血, 肝素可使 CVST 患者绝对危险率下降 13%, 病死率或完全致残率下降 15%。对于 CVST 出血性梗死患者, 临床证据表明同样可以应用肝素进行治疗, 且不会对患者的最终转归产生不良影响^[6]。本组 17 例患者对症治疗后, MRV 显示患者受累静脉窦再通或隐约显示, 由此可以表明 CVST 患者病情恢复情况除与静脉窦解剖结构恢复正常有关外, 还与侧枝静脉开放回流增多有关。

血管内介入治疗: 对抗凝治疗病情无好转或进行性加重的患者, 在治疗过程中也可考虑血管内介入治疗, 主要包括药物及机械取栓治疗, 但本组病例资料较少, 未做进一步研究。

总之, CVST 病因及临床表现多样, 但早期诊断积极治疗大部分病例预后良好。因此, 要提高对 CVST 的认识和警惕性, 正确应用神经影像诊断技术, 采取规范化治疗, 即有望在最大程度上降低 CVST 的病死率和致残率^[7]。

参考文献:

- [1] 马越涛, 王春雷, 王拥军. 脑静脉及静脉窦血栓形成的临床特点与影像学分析[J]. 中国卒中杂志, 2007, 2(9): 734-737.
- [2] 唐开雄, 陈瑞陶, 黎冠东, 等. 颅内静脉窦血栓形成的临床和磁共振血管成像[J]. 中国实用内科杂志, 2000, 20(8): 473-474.
- [3] 吴江, 贾建平, 崔丽英. 神经病学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 181.
- [4] De Keyser K, Paemeleire K, De Clerck M, et al. Diabetic ketoacidosis presenting as a cerebral venous sinus thrombosis[J]. Acta Neurol Belg, 2004, 104(3): 117-120.
- [5] 郑昆文, 马莎, 张金章. 脑静脉窦血栓形成的早期诊断与治疗[J]. 中国现代神经疾病杂志, 2004, 4: 165-168.
- [6] Einhäupl K, Boussier MG, De Bruijn SF, et al. EFNS guideline on the treatment of cerebral venous and sinus thrombosis[J]. Eur J Neurol, 2006, 13(6): 553-559.
- [7] Kosinski CM, Mull M, Schwarz M, et al. Do normal D-dimer level reliably exclude cerebral sinus thrombosis? [J]. Stroke, 2004, 35(12): 2520-2525.

(收稿日期 2012-10-22)