

12例被误诊的颅内静脉窦血栓形成患者的临床特点分析

罗求云¹,黄天清²,肖波³

摘要 目的:探讨被误诊的颅内静脉窦血栓形成(CVST)患者的临床特点、辅助检查及误诊情况。**方法:**回顾性分析12例被误诊的CVST患者的临床资料。**结果:**12例CVST患者分别误诊为蛛网膜下腔出血、血管性头痛、肥厚性脑膜炎、脑梗死、良性颅内高压、神经性头痛各1例,脑出血2例,脑炎4例。平均误诊时间为21.3 d(1~90 d)。头痛为CVST的最常见临床表现。脑脊液检查常为CVST的诊断提供重要线索。MRI联合MRV检查常作为CVST的首选检查方法。**结论:**CVST临床表现缺乏特异性,容易误诊,头痛是最常见症状,当患者出现不典型头痛和颅内压增高时,应高度警惕为CVST的可能,颅脑CT检查未见明显异常时,应及时行MRV检查,必要时DSA检查明确诊断,以减少误诊。

关键词 颅内静脉窦血栓形成;临床特点;误诊

中图分类号 R741;R743.32 **文献标识码** A **DOI** 10.16780/j.cnki.sjssgncj.2018.09.010

颅内静脉窦血栓形成(cerebral venous sinus thrombosis, CVST),是指由多种原因引起的脑静脉回流受阻的一种特殊类型的脑血管疾病。由于病因复杂,临床表现缺乏特异性,容易误诊^[1]。现对我院被误诊的12例CVST患者的临床资料进行回顾性分析,旨在提高临床医师对CVST的认识,减少误诊。

1 资料与方法

回顾性分析2012年1月至2016年12月我院被误诊的12例CVST患者的临床资料。12例CVST患者中,男6例,女6例,男女比例为1:1;年龄24~82岁,平均48.8岁。

2 结果

2.1 临床特点

发病至就诊时间为1~30 d,平均15 d;误诊时间为1~90 d,平均21.3 d。可能病因:哺乳期1例,上唇疱疹病毒感染1例,上呼吸道感染3例,无明显病因7例。起病形式:急性起病(1周内)3例(25.0%),亚急性起病(1周至1个月)5例(41.7%),慢性起病(大于1个月)4例(33.3%)。主要临床症状:头痛12例,其中2例突发剧烈爆炸样头痛,1例持续性搏动性头痛并且渐进性加重,2例反复顶部胀痛,1例前额部阵发性跳痛并且渐进性加重,2例持续性后枕部、顶部胀痛,1例双侧颞部持续性胀痛,1例前额部阵发性胀痛,1例间歇性头部隐痛,1例右侧颜面部持续性针刺样跳痛;恶心、呕吐5例,其中喷射性3例;抽搐1例,呈癫痫部分发作;焦虑1例;视物模糊2例;耳鸣2例;复视1例;肢体乏力1例。主要临床体征:昏迷1例;双侧视乳头水肿5例;右侧肢体偏瘫1例;颈抗阳性2例,巴氏征阳性2例,克氏征阳性1例,无明显神经定位阳性体征7例。合并基础疾病:血小板减少增多症1例,骨髓增殖

性疾病1例,脑梗死1例,高血压病2例,高脂血症1例,糖尿病1例,高同型半胱氨酸血症1例,肺结核1例,甲亢2例,慢性鼻炎1例,脑外伤1例,双眼视网膜膜病变1例。12例CVST患者的脑脊液检查资料见表1。

2.2 影像学检查

12例CVST患者均做了CT检查,其中7例异常,分别为脑组织低密度影3例(25.0%),诊断为脑梗死1例、脑炎2例;有空三角征1例(8.3%),诊断为CVST;高密度影3例(25.0%),其中大脑镰、后纵裂高密度影1例,诊断为蛛网膜下腔出血,左枕叶、左侧丘脑片状高密度影各1例,诊断为脑出血;颅脑CT未见明显异常5例(41.7%)。12例患者均做了MRI检查:发现脑组织异常信号6例(50.0%),分别诊断为脑梗死1例、脑出血2例、脑炎3例;发现脑组织血液流空现象3例(25.0%),诊断为CVST;未见异常3例(25.0%)。12例患者均做了MRV检查,10例(83.3%)确诊为CVST,其中横窦乙状窦血栓形成4例、乙状窦血栓形成1例、上矢状窦血栓形成1例、横窦上矢状窦血栓形成1例、横窦乙状窦上矢状窦血栓形成1例、横窦血栓形成1例、上矢状窦直窦横窦乙状窦血栓形成1例;2例疑似有下矢状窦、乙状窦变异或狭窄,行DSA检查均确诊为CVST。

2.3 误诊类型

2.3.1 蛛网膜下腔出血 误诊为蛛网膜下腔出血1例。患者突发剧烈头痛伴恶心、呕吐4 d,加重伴意识模糊2 h,颈抗阳性,颅脑CT示大脑镰、后纵裂高密度影,误诊为蛛网膜下腔出血。

2.3.2 血管性头痛 误诊为血管性头痛1例。患者既往有高血压病史,亚急性起病,头痛呈血管搏动性疼痛、渐进性加重,头痛位置不固定,口服止痛药物无明显缓解,颅脑CT检查未见异常,误诊为血管性头痛。

作者单位

1.吉首大学医学院
湖南 吉首 416000

2.湘西自治州人民医院神经内科
湖南 吉首 416000

3.中南大学湘雅医院神经内科
长沙 410008

基金项目

湖南省科技创新平台与人才计划项目
(20166SK4007)

收稿日期

2017-04-26

通讯作者

罗求云

1342832228@qq.com

com

表1 12例CVST患者的脑脊液检查资料

患者序号	性别	年龄/岁	脑脊液压力/(mmH ₂ O)	总蛋白浓度/(mg/L)	细胞总数/($\times 10^6$ /L)	白细胞数/($\times 10^6$ /L)	葡萄糖/(mmol/L)	氯/(mmol/L)
1	女	36	390	2606	6005	5	4.0	120
2	女	40	375	212	4	0	3.5	130
3	女	82	250	2400	24	4	3.8	125
4	男	63	270	488	8	3	4.2	123
5	男	52	210	509	6	1	0.5	105
6	女	27	>400	292	40	10	4.1	133
7	女	76	210	1086	1009	9	3.8	130
8	男	28	220	629	6	0	4.1	127
9	男	63	290	1707	50	40	5.2	125
10	女	55	218	328	110	80	3.7	131
11	男	24	229	539	470	25	2.8	129
12	男	40	170	556	2	0	3.3	127

参考范围:脑脊液压力80~180 mmH₂O,总蛋白浓度150~450 mg/L,白细胞数(0~5) $\times 10^6$ /L,葡萄糖2.5~4.5 mmol/L,氯115~135 mmol/L

2.3.3 脑炎 误诊为脑炎4例。患者突发头痛、发热,部分患者出现抽搐、意识障碍及脑膜刺激征阳性,颅脑CT可见低密度影或MRI检查可见异常信号,脑脊液压力、细胞数和蛋白增高,误诊为脑炎。

2.3.4 肥厚性硬脑膜炎 误诊为肥厚性硬脑膜炎1例。患者反复头痛伴恶心、呕吐,渐进性加重,CT和MRI平扫检查未见异常,MRI增强扫描发现脑膜增厚、异常强化,脑脊液压力、细胞数及蛋白增高,误诊为肥厚性硬脑膜炎。

2.3.5 脑出血 误诊为脑出血2例。老年患者,既往有高血压及糖尿病史,突发头痛,伴恶心、呕吐,肢体偏瘫,颅脑CT发现高密度影,误诊为脑出血。

2.3.6 脑梗死 误诊为脑梗死1例。老年患者,既往有高血压、高脂血症、糖尿病及脑动脉硬化,突发头痛、视物模糊,肢体乏力,颅脑CT见低密度影,误诊为脑梗死。

2.3.7 良性颅内高压 误诊为良性颅内高压1例。患者间歇性头痛、耳鸣、复视,颅脑CT检查未见异常,脑脊液压力大于400 mmH₂O,细胞数及蛋白稍增高,止痛药效果不佳,误诊为良性颅内高压。

2.3.8 神经性头痛 误诊为神经性头痛1例。患者反复头痛1个月,症状有波动性,伴焦虑、紧张、失眠,头部CT和MRI平扫未见异常,误诊为神经性头痛。

3 讨论

CVST是一种特殊类型的脑血管疾病,发病率低,国内外文献报道每年发病率为1.5~2.5/100万,占有卒中中的0.5%~1%^[2]。文献报道误诊率达50%^[9]。

3.1 临床特点分析

头痛为CVST的最常见临床表现。国内外文献报道高达90%的CVST患者存在不同程度的头痛症状^[4,5],本组12例患者(100%)均出现头痛,可能与病例数偏少有关。头痛部位、性质、

伴随症状及持续时间缺乏特异性,难以与其他疾病鉴别,容易误诊。

脑脊液检查常为CVST的诊断提供重要线索。本组12例均做了脑脊液检查,脑脊液压力增高11例,阳性率达91.7%。其中3例经头颅CT及MRI检查未见异常,行腰穿检查均发现脑脊液压力及脑脊液蛋白不同程度增高而行MRV检查发现静脉窦血栓形成。故头痛原因不明,颅脑CT和MRI检查均未见异常,要及时做脑脊液检查。

3.2 影像学检查分析

CT检查作为CVST患者初步检查方法^[6],其CT阳性率及特异性不高。本组有7例行CT检查发现异常,阳性率为58.3%,仅有1例(8.3%)有空三角征,诊断为CVST,余6例表现为低密度影、高密度影或高低密度混杂影,误诊为脑梗死、脑炎、脑出血、蛛网膜下腔出血等疾病,故CT检查不是诊断CVST的可靠检查手段。

MRI联合MRV检查可直接显示静脉窦流空影或充盈缺损,多能够确诊CVST,文献报道MRI联合MRV检查阳性率可达90%^[7],因此常作为CVST的首选检查方法。本组经MRV检查确诊为CVST有10例(83.3%),与文献报道基本一致;疑似为CVST有2例,最终行DSA检查确诊为CVST。虽然DSA是CVST的诊断金标准,但由于费用高、耗时长及有创伤性,只适用于临床表现及MRV不典型或需要介入治疗的患者。

3.3 误诊原因分析

本组误诊原因可能是:①缺乏对本病的全面认识。该病可急性或亚急性起病,部分患者起病隐匿,病因复杂多样。临床表现变化多端,常见有头痛、恶心、呕吐、视乳头水肿、视物模糊、耳鸣、抽搐、意识障碍等局灶神经功能缺损和全脑神经功能受损等症状和体征,可单独或合并存在,缺乏特异性,早期诊断较困难^[8],容易误诊。②牵强附会,满足常见病诊断。如患者出现头痛、恶心、呕吐伴意识障碍,CT发现大脑镰区疑有高

Surg, 2015, 25: 397-405.

[7] Schmitz G, Orsó E. Lipoprotein(a) hyperlipidemia as cardiovascular risk factor: pathophysiological aspects[J]. Clin Res Cardiol Suppl, 2015, 10: 21-25.

[8] 王建平, 樊瑞红, 王彦, 等. 消脂胶囊治疗高脂血症的临床疗效研究[J]. 中国中西医结合杂志, 2013, 33: 736-740.

[9] de Vries MA, Alipour A, Klop B, et al. Glucose-dependent leukocyte activation in patients with type 2 diabetes mellitus, familial combined hyperlipidemia and healthy controls[J]. Metabolism, 2015, 64: 213-217.

[10] 谷鑫, 吴承玉. 高脂血症诊治思路探析[J]. 中医杂志, 2014, 55: 166-167.

[11] 孙浩, 孙媛. 消脂胶囊联合非诺贝特治疗高脂血症的临床疗效观察[J]. 现代药物与临床, 2014, 29: 766-769.

[12] Pisciotto L, Bellocchio A, Bertolini S. Nutraceutical pill containing berberine versus ezetimibe on plasma lipid pattern in hypercholesterolemic subjects and its additive effect in patients with familial hypercholesterolemia on stable cholesterol-lowering treatment[J]. Lipids Health Dis, 2012, 11: 123.

[13] 张晓慧, 李光韬, 张卓莉. C反应蛋白与超敏C反应蛋白的检测及其临床意义[J]. 中华临床免疫和变态反应杂志, 2011, 5: 74-79.

[14] 吕燕宁, 邱全璞. 小檗碱对小鼠DTH及其体内几种细胞因子的影响[J]. 中国免疫学杂志, 2000, 16: 139-141.

(本文编辑:王晶)

(上接第468页)

密度影或脑实质有高密度影,就诊断为蛛网膜下腔出血或脑出血。少量蛛网膜下腔出血或脑实质出血一般不会出现意识障碍,意识障碍只出现在出血量比较大时。③过分相信影像学检查,缺乏全面分析。如患者出现顽固性头痛,做了CT或MRI平扫检查未见异常,考虑血管性或神经性头痛,颅内出现低密度灶或高密度灶就诊断为脑梗死或脑出血。④忽视脑脊液检查的重要性。本组12例均及时做了CT或MRI平扫检查,而没有及时做脑脊液检查,导致误诊,病情加重,无法用其他疾病解释,做脑脊液检查压力增高,而考虑CVST,后经MRV检查证实为该病。

综上所述,为了避免和减少误诊,对于出现头痛、治疗效果差,颅脑CT或MRI平扫等检查未见异常,不能明确头痛原因者,要及时做脑脊液检查,发现压力增高,应及时做MRV检查确定有无CVST,若MRV检查仍然不能明确诊断,应及时做DSA检查明确诊断;对伴有或不伴有高颅压综合征的神经功能受损

者,颅脑CT或MRI平扫检查未见异常,尽早行MRV检查,确定有无CVST。

参考文献

[1] 庄菁,吴成翰.颅内静脉窦和脑静脉血栓的诊断研究进展[J].北方药学, 2014, 11: 56-58.

[2] 贾建平,陈生弟.神经病学[M].第7版.北京:人民卫生出版社, 2013: 205.

[3] 冯璞,黄旭升,郎森阳,等.影响颅内静脉窦和脑静脉血栓形成正确诊断的因素与诊断探讨[J].中华神经科杂志, 2001, 34: 148-148.

[4] Sasidharan PK. Cerebral vein thrombosis misdiagnosed and mismanaged[J]. Thrombosis, 2012, 2012: 210676.

[5] 彭圣威,李子孝,宋田,等.脑静脉窦血栓的预后影响因素分析:155例病例回顾性研究[J].中国卒中杂志, 2015, 10: 563-567.

[6] 唐宇凤,张彬彬,张芸,等.颅内静脉窦血栓形成的临床分析[J].华西医学, 2015, 30: 1849-1852.

[7] 张志华,陈剑锋,胡满棉,等.颅内静脉窦血栓形成的早期诊断及治疗[J].中国基层医药, 2012, 19: 413-416.

[8] 傅建辉,孙一恣,耿昌明,等.脑静脉窦血栓形成16例临床分析[J].复旦大学(医学版), 2006, 33: 254-256.

(本文编辑:雷琪)