

腹压痛均深在,无肌紧张,疼痛同时伴有尿频、尿急,尿中有多量红细胞,90%病例腹部X线片显示阳性结石影。因此对右下腹疼痛不要只想到阑尾炎,以免造成误诊。

## 5 卵巢破裂

患者,女,28岁,转移性右下腹痛20h,伴有恶心,低热37.8℃,月经后15d。右下腹部固定性压痛及反跳痛,妇科会诊否定妇科疾患。按急性阑尾炎手术,术中见右侧卵巢破裂,行破裂卵巢切除术,痊愈出院。

卵巢破裂的临床症状与急性阑尾炎有很多相似之处,如转移性右下腹痛,右下腹固定性压痛及反跳痛。但腹痛发生较急性阑尾炎更为突然,白细胞计数多正常,妇科检查双合诊可有宫颈举痛。可借助超声检查不难诊断。

## 6 回盲部肿瘤

患者,男,56岁,右下腹部疼痛6d,呈阵发性。近1d右下腹痛加重,伴有恶心,抗炎治疗不见好转,便稀有粘液,无脓血便。全腹软,麦氏点有压痛,诊断为急性阑尾炎。术中见阑尾稍充血,切除阑尾后腹痛不见好转。于术后第3周行钡灌肠,盲肠有2cm×3cm×2cm充盈缺损。再次剖腹探查,见回盲部有3cm×3cm×4cm肿块,行右半结肠切除术,病理报告结肠腺癌。

回盲部肿瘤按阑尾炎手术而手术时没有发现真正病变,实属罕见,其教训是深刻的。由于术者满足于术前已有的诊断,发现病变与诊断不符时未引起注意,以错误诊断进行错误手术。因此阑尾病变与临床表现不符时,不应盲目切除,应继续探查真正病变。

(收稿:1999-09-03 修回:1999-11-09)  
(本文编辑:程春开)

# 颅内静脉窦血栓形成 22 例临床分析

陈士军

张倩 谢淑萍

(徐州市第一人民医院神经内科 221002) (首都医科大学宣武医院神经内科)

**关键词** 颅内静脉窦 血栓 诊断 治疗

**中图分类号** R743

颅内静脉窦血栓形成是一种少见的脑血管疾病。近年来,随着医学诊断技术的提高和临床上的高度重视,使本病确诊率不断提高,而且大部分病例能得到早期诊断、早期治疗,从而改善了预后。本文总结1989年4月~1998年11月间诊断为颅内静脉窦血栓形成的22例病人的资料,并就其病因、诊断、治疗等进行分析。

## 1 临床资料

1.1 一般资料 本组22例病人中男16例,女6例;年龄17~55岁,平均37.5岁,其中45岁以下者15例。发病前数日腹泻、感冒各1例,产后6~10d发病4例,经期及口服避孕药后发病各1例,4例辅助检查分别发现中耳、乳突、鼻窦等炎症,而病人无自觉症状。其余病人均无任何诱因。

1.2 首发症状及主要表现 首发症状为头痛者21例,头痛部位不一,表现为一侧或两侧头痛,咳嗽及打喷嚏时加重,大部分病人伴恶心、呕吐;癫痫大发

作1例。病程中视物模糊16例,复视4例,单眼无光感、光感各1例;肢体麻木、无力4例;癫痫大发作4例,局限性癫痫发作1例;入院时呈浅昏迷状态1例。22例病人眼底检查均有异常改变,表现为视盘边界不清,静脉充盈、增粗或迂曲,视网膜上有渗出或出血20例;视神经萎缩2例;单或双眼外展受限4例。出现病理征4例,颈抵抗、凯尔尼格征阳性3例。

1.3 辅助检查 22例病人入院时末梢血白细胞计数升高10例( $11 \times 10^9 \sim 24 \times 10^9/L$ )。本组病人入院前或入院时脑脊液压力均增高,达2.0~3.8 kPa。部分病人临床症状严重,估计脑脊液压力明显高于正常,于静脉滴注20%甘露醇250ml后约30min测脑脊液压力,故实际压力应更高。除1例血性脑脊液外,余脑脊液常规、生化及细胞学、囊虫抗体等有关检查均未见异常。头颅CT检查16例,1例发现蛛网膜下腔出血,4例分别见小梗死灶、数个片状脑出血及双侧顶枕部对称性大范围低密度脑水肿等,余

均未见异常。18 例病人行头颅 MRI 检查, 其中 14 例同时行磁共振静脉血流成像(MRV)检查, 发现上矢状窦单独受累 8 例, 余合并横窦、乙状窦、直窦中 1 个或 2~3 个静脉窦受累。4 例病人行 DSA 检查, 均发现上矢状窦等部分静脉窦受累。6 例病人脑电图示广泛轻度异常。

1.4 治疗及预后 本组除 2 例病人行 DSA 检查同时给予尿激酶动脉灌注溶栓治疗外, 其余病人均给予甘露醇、东菱克栓酶、肝素或速避凝、小剂量尿激酶静脉滴注及对症处理(如抗感染)等治疗。疗效判定按 1994 年全国第 4 届脑血管病会议标准。治疗结果: 治愈 16 例, 好转 5 例, 死亡 1 例。治愈的 16 例经 6 个月随访均未复发。

## 2 讨论

颅内静脉窦血栓形成是指上矢状窦、横窦、乙状窦等及其引流静脉的血栓形成, 造成静脉回流障碍, 导致内压增高及一系列中枢神经系统的损害。由于各静脉窦之间相互沟通吻合丰富, 故小的血栓可不出现症状<sup>[1]</sup>。血栓形成的部位以上矢状窦多见, 次为横窦与乙状窦, 偶见海绵窦受累<sup>[2]</sup>。本文组病人上矢状窦均受累。

2.1 病因 颅内静脉窦血栓形成的病因很复杂。横窦、乙状窦与海绵窦血栓形成多继发于面部、乳突、中耳、鼻窦炎症以及脑膜炎、脑脓肿、败血症等; 上矢状窦血栓形成多见于非感染性因素如分娩和流产后 1~3 周内的妇女以及酗酒、口服避孕药、严重脱水、蛋白 C 或蛋白 S 缺乏症等情况下, 也可由感染性因素引起。部分病例可无任何诱因。

2.2 临床表现 颅内静脉窦血栓形成使静脉窦完全阻塞后即可引起脑静脉回流障碍, 导致颅内压升高、脑组织淤血水肿、梗死或多灶性脑出血, 甚至引起蛛网膜下腔出血。本组病例首发症状为头痛者占 95.5%, 视物模糊及复视也常见。以癫痫为首发症状或病程中出现癫痫发作者也较常见(本组 6 例, 占 27.3%)。另外, 患者可出现意识改变、肌力、痛温觉改变及病理征阳性等。部分病人出现脑膜刺激征。

2.3 诊断 由于颅内静脉窦血栓形成的病因复杂, 临床表现各异, 因而给诊断带来一些困难, 有些病人长期得不到明确诊断。因此, 临床医生应提高对颅

内静脉窦血栓形成的认识。临床上以头痛为主诉的首诊病人, 均应做眼底检查, 若存在颅内压增高的征象, 应积极寻找病因。临床上发现颅内高压的病人, 尤其是早产和流产后 1~3 周内的妇女, 均应高度怀疑颅内静脉窦血栓形成的可能。头颅 MRI 是首选的检查方法, 若结合 MRV、TCD 等检查, 则绝大部分能明确诊断。必要时有条件的医院可行 DSA 检查。

临床上, 当头颅 CT 发现颅内低密度灶、出血灶或腰椎穿刺发现血性脑脊液后, 常满足于脑梗死、脑出血、蛛网膜下腔出血的诊断, 脑脊液压力增高的原因往往被勉强解释; 部分病人以意识障碍、癫痫大发作就诊, 则更易被误诊。有些病人则被误诊为颅内肿瘤、脑囊虫病等。头颅 CT 检查发现轴线征(cord sign)和空三角征(empty delta sign)为颅内静脉窦血栓形成的直接征象, 其中空三角征是上矢状窦血栓形成的最可靠征象。但本组 16 例头颅 CT 检查无一例见直接征象。高桂兰等<sup>[3]</sup>报告 25 例本病患者, 其中 14 例行头颅 CT 检查均未见直接征象, 可见其敏感性低。但头颅 CT 平扫或增强扫描可初步排除颅内肿瘤、脑脓肿、脑囊虫病等引起的颅内压增高。MRI 和 MRV 检查对本病具有高度的敏感性和特异性, 既可显示颅内静脉窦和血流, 又可作血栓形成与再通的动态观察, 是理想的辅助诊断方法<sup>[4]</sup>。

2.4 治疗 颅内静脉窦血栓形成早期, 特别是颅内压明显升高时应作为急诊抢救来处理, 在积极降颅内压、保护视力、挽救患者生命的同时, 可做一些辅助检查以尽早明确诊断。除常规治疗外, 在进行 DSA 检查的同时, 以尿激酶动脉灌注溶栓治疗疗效好, 具有溶栓时间短、临床症状改善快等特点<sup>[5]</sup>。

## 参 考 文 献

- 1 侯熙德主编. 神经病学. 北京: 人民卫生出版社, 1997. 134
- 2 徐 俊, 朗森阳, 西桂杰. 年轻男性颅内静脉窦血栓形成. 脑与神经疾病杂志, 1997, 5(3): 173
- 3 高桂兰, 吴卫平, 蒲传强, 等. 25 例颅内静脉窦血栓形成的诊断与治疗. 中风与神经疾病杂志, 1997, 14(5): 270
- 4 高永安, 李坤成, 王新民, 等. 脑静脉窦血栓磁共振成像的诊断价值. 中华放射学杂志, 1997, 31(12): 807
- 5 高慧娟综述. 脑静脉窦血栓的局部溶栓治疗. 国外医学·脑血管病分册, 1998, 6(4): 215

(收稿: 1999-06-23)

(本文编辑: 吴 进)