

. 个案报告 .

# 外伤性颅内静脉窦血栓形成1例

肖连福 黄瑞宏 陈昌勇

【关键词】 颅脑损伤;静脉窦;血栓形成;诊断;治疗

【文章编号】 1009-153X(2016)04-0256-01 【文献标志码】 B 【中国图书资料分类号】 R 651.1\*5

颅脑损伤所致颅内静脉窦血栓形成(cerebral venous sinus thrombosis, CVST)临床少见,临床表现不典型,易被颅脑损伤表现所掩盖,易被忽略。本文报道1例外伤性CVST。

## 1 病例资料

患者,男,14岁,因车祸致头痛、呕吐2 h入院。入院体格检查未发现异常体征。头颅CT平扫(图1A、1B)示:右额叶小点状高密度影,考虑脑挫裂伤,左侧枕部乳突区周边有少量积气,左侧枕骨骨折(骑跨横窦及乙状窦),左侧枕顶部头皮血肿。入院诊断为:脑挫裂伤,颅底骨折,左枕骨骨折,左枕顶部头皮血肿。入院后保守治疗,前3天头痛、呕吐较明显,第4天开始无呕吐,头痛有改善;但第7天再次出现剧烈头痛,有恶心,无呕吐,无发热、抽搐、呼吸困难。复查头颅CT,因经管医师及CT影像医师均忽略了左侧乙状窦处的CT改变(图1C),继续保守治疗。第14天,头痛呈进行性加剧,行腰椎穿刺术测脑脊液压力为320 mmH<sub>2</sub>O,为无色透明状;脑脊液蛋白定性阴性,细胞数1个,葡萄糖3.3 mol/L,氯化物114 mol/L,蛋白定量192 mg/L;血D-二聚体0.3 μg/L;高度怀疑左侧乙状窦血栓。急查MRI+MRV检查示:左侧乙状窦不显影,血流完全中断(图1D)。结合病史、血液、脑脊液检查及影像学检查临床可确诊为CVST。当天给予低分子肝素治疗(5 000 U,1次/12 h)。2 d后,头痛症状开始改善;10 d后,头痛完全消失。2周后改为口服华法令(2.5 mg,1次/d),定期监测凝血功能,使INR控制在2~3。1个月后复查MRV(图1E)示左侧乙状窦已显影,血流再通,较右侧稍细。住院2个月痊愈出院。

## 2 讨论

外伤性CVST临床少见,常发生在上矢状窦、横窦及乙状窦。颅脑损伤后进行性加重的头痛是外伤性CVST常见症

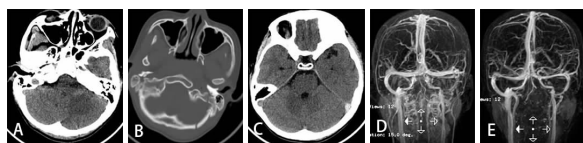


图1 外伤性左侧乙状窦血栓形成影像

A. 受伤当天CT,示枕部少量颅内积气;B. 受伤当天CT,示左侧枕骨骨折;C. 伤后7 d CT,示左侧乙状窦高密度影;D. 伤后14 d MRV,示左侧乙状窦不显影;E. 伤后1个半月MRV复查,示左侧乙状窦再通

状。血栓形成部位不同及静脉窦是否完全闭塞,临床表现有所不同,可能症状轻微,也可能急性起病而引起脑疝。本例病人的唯一症状是颅内压增高性头痛,很容易跟一般的外伤性头痛混淆。

外伤性CVST头部CT直接征象表现为静脉窦内三角形或索条样高度,增强后可见空三角征/Delta征、条样充盈缺损,其出现率低,不足2%;间接征象就是血栓伴随征象,包括脑水肿、静脉性脑梗死、脑出血、脑静脉扩张及大脑镰异常强化等。但CT检查易受到干扰,易漏诊,无特异性。现在主张将MRI+MRV检查作为诊断CVST的首选方法和确诊依据,可使CVST诊断敏感性达到90%以上。MRV检查可显示静脉窦血流高信号缺失、局部变细、狭窄、不显影或窦腔粗细不均等直接征象及病变远端静脉侧枝或出现其他途径的引流静脉异常扩张等间接征象。

外伤性CVST病情容易进行性恶化,一旦确诊,应尽早治疗,主要是抗凝及溶栓治疗,还有病因及对症治疗。抗凝治疗是目前比较公认的治疗方法,可改善临床症状,预防血栓进展。在监测凝血功能的条件下,肝素的安全性较高,出血率低,是目前CVST治疗的一线用药。介入溶栓治疗能迅速改善脑血流状态,使闭塞静脉迅速再通,应把握治疗适应症。

总之,对跨静脉窦骨折、大剂量脱水、血肿压迫静脉窦的病人要高度重视。颅脑损伤后头痛进行性加重,出现难以解释的颅内压增高,要高度怀疑外伤性CVST,尽早行MRI+MRV或DSA检查,早发现、早诊断、早治疗,改善病人预后。

(2014-07-27收稿,2014-09-03修回)