

treatment of tentorial meningiomas: report of 30 patients [J]. Surg Neurol Int, 2010, 1(1): 36.

[4] Gasparetto EL, Leite Cda C, Lucato LT, *et al.* Intracranial meningiomas: magnetic resonance imaging findings in 78 cases [J]. Arq Neuropsiquiatr, 2007, 65(3A): 610-614.

[5] 方志伟,陈桂增,何锡华,等. 3D-CTA 容积再现技术在颅内占位性病变诊断治疗中的应用研究[J]. 中外医疗, 2015, 24: 24-26.

[6] Castro I, Christoph DH, Landeiro JA. Combined supra/infratentorial approach to tentorial meningiomas [J]. Arq Neuropsiquiatr, 2005, 63(1): 50-54.

[7] Kane AJ, Sughrue Michael E, *et al.* Anatomic location is a risk factor for atypical and malignant meningiomas [J]. Cancer, 2011, 117(6): 1272-1278.

[8] Samii M, Carvalho, Gustavo A, *et al.* Meningiomas of the tentorial notch: surgical anatomy and management [J]. J Neurosurg, 1996, 84(3): 375-381.

(2020-10-31 收稿, 2021-06-16 修回)

· 个案报告 ·

高原地区产后并发上矢状窦静脉血栓形成 1 例

郭彦俊 肖宗宇 刘 凯 张正平 李坤正

【关键词】上矢状窦静脉血栓形成;高原地区;产褥期
【文章编号】1009-153X(2021)08-0580-01 【文献标志码】B 【中国图书资料分类号】R 743; R 815.2

1 病例资料

17 岁女性,足月顺产分娩一健康婴儿后 9 d 突发左侧肢体无力,伴麻木,进行性加重,随后出现肢体抽搐,约 2 min 后自行缓解,期间间断发作。入院头颅 CT 示左侧顶叶低密度影并脑沟混杂高密度影,矢状窦高密度影。体格检查:神志浅昏迷, GCS 评分 11 分;双侧瞳孔直径约 3.0 mm,对光反射灵敏;左上肢肌力 0 级,其余肢体肌力正常;病理征阴性。血小板计数示 $287 \times 10^9/L$,纤维蛋白原为 3.927 g/L, D-二聚体为 5.7 mg/l。头颅 CTV 示上矢状窦后部腔内充盈缺损影,呈“空三角征”,考虑上矢状窦栓塞。急诊介入溶栓治疗,予尿激酶 40 万 U,溶栓后造影见上矢状窦通畅。术后予以普通肝素全身肝素化,维持活化部分凝血活酶时间在 60~70 s;持续尿激酶溶栓治疗(25 万 U, 1 次/6 h)。溶栓治疗 5 d、抗凝治疗 15 d,病人意识清醒。出院随访 3 个月,四肢肢体肌力正常,病人正常生活。

2 讨论

产后上矢状窦血栓形成的发病率极低,与血液高凝状态有关。本文病例居住在高海拔地区,低压、低氧、低温、低湿、强风、强太阳光照等气候,使机体脱水、红细胞增多、凝血功能变化,可能与发病有关。

矢状窦静脉血栓形成后影响静脉回流,使血液淤滞,并发脑梗死、脑出血及癫痫等,压迫周围神经组织和血管,出现神经功能障碍。产后上矢状窦静脉血栓形成的临床表现以颅内压增高症为主,可有局灶性功能障碍、癫痫、意识障碍、肢体无力等。本文病例主要表现为肢体无力,进而出现意识障碍。影像学检查对诊断有很大价值。CT 可作为常规筛查方法,特征为条索征、高密度三角征、Delta 征或空三角征,可有弥漫性脑水肿、出血性梗死、脑膜强化等表现。CTV 可出现充盈缺损,为 MRV 禁忌症的替代检查。本文病例颅脑 CT 表现为高密度三角征。MRI 表现为静脉窦流空影消失,高于 CT 平扫的敏感性。本文病例表现为出血性脑梗死、静脉性梗死、皮层水肿、蛛网膜下腔出血等。MRV 表现静脉窦流信号缺失,血流信号变细且粗细不均,晚期可见代偿性侧支循环成等,对确诊意义重大。DSA 表现为静脉窦不显影,间接征象为静脉窦狭窄、侧支引流增多、动静脉时间延长、静脉排空延迟、皮层静脉迂曲扩张等。DSA 是诊断的金标准。

确诊后,抗凝治疗是最关键的措施,包括药物抗凝、介入溶栓治疗和机械碎栓等。若无抗凝禁忌症,应尽早抗凝治疗,继发性脑出血不是肝素治疗的绝对禁忌症。对重症、病情进行性恶化及抗凝治疗无效者,考虑血管内溶栓治疗。机械碎栓治疗的优点是:①直接取出栓子并判断血管是否通畅,对有抗凝禁忌症、颅内出血量大的病人更有优势;②对血栓形成时间长、质地硬、不易被尿激酶所溶解的栓子,效果更好;③对直径较大、需要更长时间使用尿激酶溶解的栓子,可使血管快速通畅,减少对静脉壁的破坏;对抗凝药物治疗效果差的病人,机械碎栓治疗后再介入溶栓治疗效果会更好。