

## • 短篇 •

## 颅内静脉窦血栓致反复脑出血引发癫痫 1 例临床分析

王媛媛 杨文琼

【中图分类号】 R743 R742.1 【文献标识码】 A 【文章编号】 1007-0478(2024)03-0298-02

【DOI】 10.3969/j.issn.1007-0478.2024.03.013

颅内静脉窦血栓(Cerebral venous sinus thrombosis, CVST)是由各种原因引起的静脉窦血栓形成,使血液或脑脊液循环障碍为特征的一类较为少见的脑血管病。CVST有复杂多样的发病机制,其临床表现缺乏特征性,容易漏诊及误诊,具有较高的致残率和致死率。本研究现将 1 例颅内静脉窦血栓致反复脑出血引发癫痫的病例报道如下。

## 1 临床资料

患者,男,59岁,因头晕及行走不稳 3 d 入院。患者于 2023 年 9 月 3 日出现头晕,主要为头晕不适感,行走不稳,伴恶心、呕吐,无头痛,无耳鸣、听力下降,无心慌、胸闷,无冷汗。既往史:2019 年大面积脑梗死史,遗留右侧肢体偏瘫、言语不清,服用吲哚布芬及瑞舒伐他汀钙片治疗,已自行停用 2 月余;否认高血压病、糖尿病、冠心病史;否认乙肝、结核病史。入院体格检查:体温 36.5℃ 脉搏 76 次/min 呼吸 18 次/min 血压 163/108 mmHg。患者嗜睡,大声呼唤可唤醒,能配合部分指令动作如抬手、伸舌等,言语含糊,双侧瞳孔等大等圆,球结膜稍水肿,直径 3 mm,直接、间接对光反射灵敏,右侧鼻唇沟浅,左侧上肢肌力 5 级,左侧下肢肌力 3 级,肌张力正常,腱反射(++),左侧病理征(+);右侧肢体肌力 1 级,右侧肢体肌张力增高,右侧病理征(+);颈部强直,右下肢克氏征可疑阳性,余查体欠合作;9 月 5 日外院辅助检查:血常规示中性粒细胞绝对值  $7.6 \times 10^9/L$ ,凝血功能、肝肾功能、电解质、尿液分析大致正常;头颅计算机断层扫描(Computed tomography, CT)提示未见出血;头颅磁共振血管造影(Magnetic resonance angiography, MRA)示左侧颈内动脉闭塞、基底动脉狭窄;入院后给予倍他司汀针改善头晕,吲哚布芬抗血小板聚集,瑞舒伐他汀钙片调脂稳定斑块,眩晕宁片及经颅磁刺激止晕等治疗;9 月 6 日凌晨 5 点患者突发癫痫全面强直阵挛发作,表现为意识丧失,呼吸急促,伴牙关紧闭及舌咬伤,双眼往左侧凝视,呼之不应,约 2 min 左右肢体抽搐停止,后肢体抽搐反复发作,予以地西洋静推,加用丙戊酸钠抗癫痫同时给予心电、血压、血氧饱和度监测;完善相关检查:中性粒细胞数  $7.6 \times 10^9/L$ ,C 反应蛋白 67.47 mg/L;凝血功能:纤维蛋白原 5.91 g/L、纤维蛋白降解产物 10.09

ug/mL、D-二聚体 2.30 ug/mL;电解质:钾 3.4 mmol/L,尿酸 174 umol/L,血脂、血同型半胱氨酸、肝肾功能、动脉血气分析大致正常;急查颅脑磁共振弥散加权成像(Diffusion weighted imaging, DWI)提示右侧侧脑室旁少许点状急性梗死灶;颅脑磁敏感加权成像(Susceptibility weighted imaging, SWI)示双侧枕顶叶陈旧性微出血灶、小出血灶;头颅 CT 示双侧顶叶出血灶,右侧顶叶出血范围较前扩大,静脉窦密度增高,考虑静脉窦血栓?(图 1)。磁共振静脉血管成像(Magnetic resonance venography, MRV)示双侧乙状窦、横窦、上矢状窦、窦汇均未见显示,考虑静脉窦血栓形成(图 2)。患者脑出血伴癫痫全面发作反复出现,病情稳定后完善脑血管造影(Digital subtraction angiography, DSA)示上下矢状窦、乙状窦血栓,左侧颈内动脉自开口闭塞,右椎动脉远端闭塞(图 3)。入院主要诊断为静脉窦血栓、脑出血及癫痫持续状态。

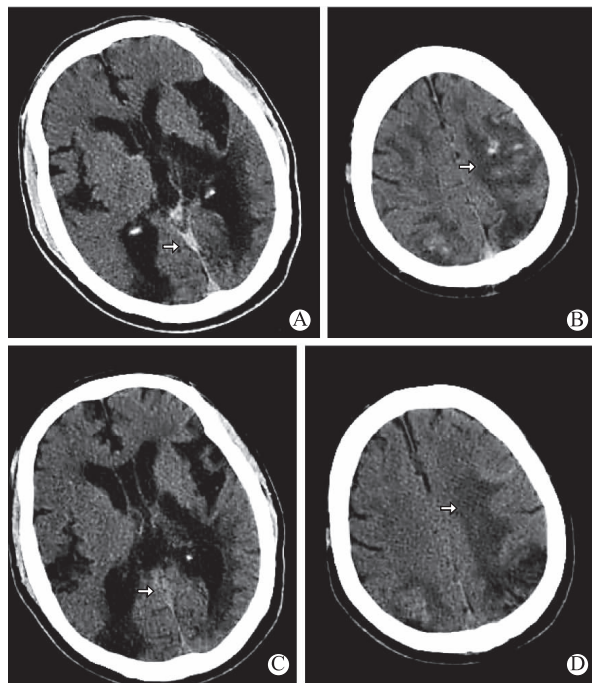


图 1 头颅 CT 示 A 为静脉窦密度增高,考虑静脉窦血栓;B 为双侧顶叶出血灶,右侧顶叶出血范围较前扩大;C, D 为治疗后复查 CT 示静脉窦血栓及顶叶出血灶较前吸收

基金项目:湖北省卫计委(WJ2019M055)

作者单位:442000 湖北省十堰市湖北医药学院附属国药东风总医院神经内科(王媛媛);深圳市蓝生脑科医院神经内科[杨文琼(通信作者)]

治疗上予以低分子肝素钙抗凝(4100 IU,Q12 h)、甘露醇脱水降颅内压(125 mL,Q12 h)、盐酸乌拉地尔泵降压治疗;治疗后患者精神较前好转,能说出少许短句,血压平稳,进食可,大小便基本正常,复查头部 CT 示脑出血及静脉窦血栓较前吸收(图 1);患者病情平稳,癫痫未再发作,目前出院且正在随访中,无明显不良并发症。

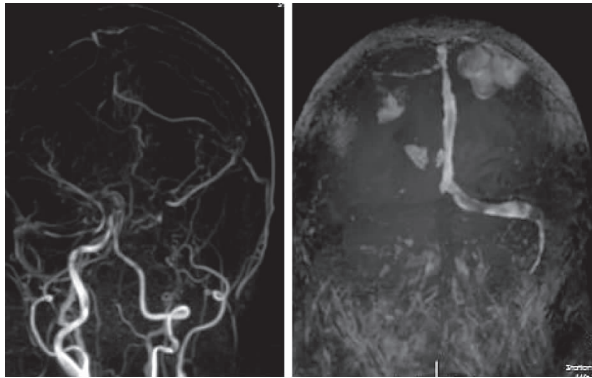


图 2 磁共振静脉血管造影(MRV)示双侧乙状窦、横窦、上矢状窦、窦汇均未见显示

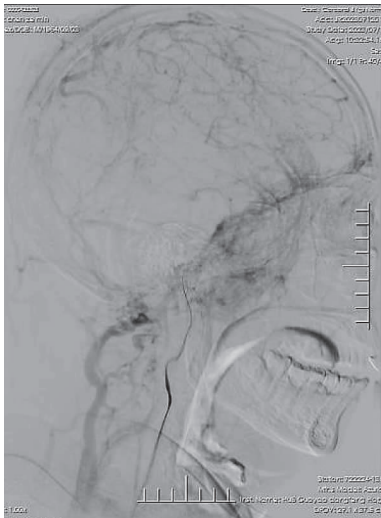


图 3 脑血管造影(DSA)示上下矢状窦、乙状窦血栓

## 2 讨论

颅内静脉窦血栓形成的病因极为复杂,多与其合并症密切相关。常见病因包括感染因素及非感染因素。感染性因素中脑膜炎、中耳炎等头面部化脓性炎症通过静脉窦引起颅

内感染性血栓有较多报道;非感染因素包括妊娠产褥期、口服避孕药、凝血功能障碍、各种基因突变为特征的遗传性易栓症<sup>[1]</sup>等使血液呈高凝状态均能引起 CVST。其中上矢状窦及横窦最常累及。有研究表明,COVID-19 感染也会引起 CVST。

回顾本病例,中年男性患者,有体型肥胖(BMI 26.1%),脑梗死后遗留的肢体障碍等血栓形成高危因素;结合院内头颅 CT 提示静脉窦密度增高,考虑静脉窦血栓;脑血管造影(DSA)示上下矢状窦、乙状窦血栓,左侧颈内动脉自开口闭塞,右椎动脉远端闭塞。依据《中国颅内静脉血栓形成诊断和治疗指南(2015 版)》可诊断颅内静脉窦血栓。患者近期无明显感染史,否认家族静脉血栓栓塞(Venous thromboembolism,VTE)史。病因考虑为获得性凝血功能障碍引起的颅内静脉窦血栓。

颅内静脉窦血栓形成多数为急性或亚急性发病,临床表现无特异性,首发症状主要为头痛,亦可以局灶神经功能缺损、意识障碍或癫痫起病。本例患者以头晕及恶心、呕吐起病,入院后并有全面强直阵挛反复发作,其临床表现复杂多样而无特异性,故临床诊断较为困难。我们仍需在完善头颅 CT 提示颅内静脉窦血栓后明确诊断为 CVST。磁共振静脉血管造影(MRV)、数字减影血管造影(DSA)等成熟影像学检查对诊断该类疾病具有良好的效果。对于此类患者,明确病因后行病因治疗或许比起诊断更为重要且困难。此例颅内静脉窦血栓诊断明确后我们结合患者的年龄、合并症进一步常规筛查凝血功能、感染指标;上述筛查后未明确病因后综合考虑仍是多项获得性血液高凝态引起的血栓栓塞。在此类隐匿患者中可以建议行遗传性易栓症基因筛查。

CVST 目前治疗主要是针对血栓进行抗凝治疗。溶栓、介入治疗和手术治疗在临床上需进一步评估其适应症。本例患者在病情稳定后完善 DSA 发现上下矢状窦及乙状窦血栓形成,大部分静脉窦系统受累不显影。考虑溶栓及取栓难度及风险大,暂不予以溶栓及取栓,治疗上予以低分子肝素抗凝治疗;规律行抗凝治疗后患者意识逐渐恢复,癫痫无再发,病情得到控制。此例患者,本研究建议长期规范的抗凝治疗,后期需监测患者 CT 表现及临床症状。CVST 的长期管理需要进一步在临床诊治中不断总结。

本例患者诊治得到的启示是,颅内静脉窦血栓形成极其复杂,且严重并发症可危及生命。CVST 患者的抗凝治疗方案需结合患者的年龄、临床表现及合并症,探索个体化防治方案,以便利于颅内静脉窦血栓患者的预后。

(2023-09-24 收稿)