

# 蛛网膜下腔出血误诊 1 例分析

刘 渠 李露斯

(第三军医大学附属西南医院神经内科 重庆市介入脑血管病学研究所 重庆 400038)

中图分类号 R743.35

文献标识 D

文章编号 1009-6604(2007)08-0822-01

蛛网膜下腔出血(subarachnoid hemorrhage, SAH)是指脑底部或脑表面血管破裂后,血液流入蛛网膜下腔引起相应临床症状的一种脑卒中,是一种常见疾病,但临床表现常不典型,易误诊误治。现就我院收治的 1 例不典型蛛网膜下腔出血报道如下。

## 1 临床资料

患者男,68 岁,以“腰腿痛 20 天”入院,既往无类似病史。在旅游时发病,2006 年 4 月底出现流涕、咳嗽伴有头痛,主要为前额胀痛,持续 3~5 min 缓解,无其他不适。在当地按感冒治疗 3 天,咳嗽、头痛、流涕消失。5 月 5 日起双侧腰腿痛,按坐骨神经痛治疗,但腰腿痛逐渐加重,5 月 30 日门诊以“坐骨神经痛”收入神经内科。入院后查体:双下肢牵拉试验阳性,双下肢直腿抬高试验阳性;“4”字试验、加强试验阴性,Kernig 征阳性;其余神经系统无阳性体征。血、尿常规和肝功能、血糖正常,血沉 66 mm/h(正常值男性 0~15 mm/h)。腰椎穿刺检查:脑脊液初测压力 19.0 cm H<sub>2</sub>O(1 cm H<sub>2</sub>O=0.098 kPa),呈淡黄色,糖 2.23 mmol/L,氯化物 124.1 mmol/L,潘氏试验阳性,细胞总数 2.100 × 10<sup>9</sup>/L,红细胞呈皱缩状态,白细胞数 0.028 × 10<sup>9</sup>/L,真菌涂片阴性,结核抗体阴性。腰椎 CT 提示:L<sub>4-5</sub>、L<sub>5</sub>S<sub>1</sub> 椎间盘膨出。心电图、胸片正常。左下肢肌电图:左胫神经运动神经传导速度减慢,左腓总运动神经传导速度正常;左胫神经 H 波传导速度减慢,诱发电位潜伏期延长。诊断蛛网膜下腔出血的可能性较大,行全脑血管造影术,右侧颈内动脉虹吸段巨大动脉瘤,长 2.7 mm,宽 2.4 mm(图 1)。

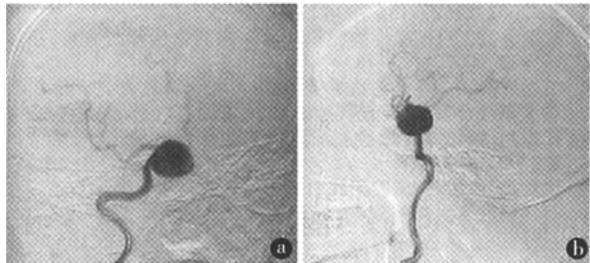


图 1 全脑血管造影示右侧颈内动脉虹吸段巨大动脉瘤 a. 正位+头位 30° b. 动脉侧位片

行压颈试验,即压住患者右侧颈内动脉 10 min 后,出现左侧肢体麻木及头昏,不能行右侧颈内动脉栓塞术。经过术前充分讨论,准备行右侧颈内动脉虹吸段带膜支架植入术,但颈瘤太宽,微导丝不能通过动脉瘤,带膜支架无法植入,患者拒绝直视下手术切除动脉瘤,自动出院。

万方数据

## 2 讨论

典型的 SAH 有剧烈头痛、脑膜刺激征及血性脑脊液(CSF)所谓“三联征”,诊断不难。根据经验,动眼神经麻痹是后交通支动脉瘤,外展神经麻痹(颅内压升高)、双侧下肢无力或意志缺失(abulia)是前交通支动脉瘤,偏瘫伴失语或视空间忽视是大脑中动脉动脉瘤。但是临床上遇到的病例往往不典型,症状特殊,表现各异,诱因可有可无,起病或急或缓,动态或静态发病,就诊时间有迟有早,体征明显或者缺如等等,均可使 SAH 诊断困难。本病例开始就有头痛,但其头痛轻微,无明显高颅压症状,并且几天后头痛消失,使我们对原发疾病忽略,不易想到蛛网膜下腔出血,后以双侧腰腿痛为主,并且逐渐加重,使我们对原发疾病的判断更加困难。该患者颈抵抗阴性,而 Kernig 征始终阳性。若病人就诊较早,特别是在急性期 6 h 以内常无脑膜刺激征,约在 6~12 h 以后,有的迟至 1~3 d 后方始出现颈抵抗阳性和 Kernig 征阳性,这与脑膜发生炎症反应的时间有关。老年病人此征出现率低,程度轻,出现时间较晚。此外,病情重、深昏迷者可无此征,而轻型病人也可不出现此征。因此,不能因未发脑膜刺激征而排除 SAH 的可能。其他误诊的有:①SAH 病人初期常有白细胞增多,可能误诊为感染性疾病,如化脓性脑膜炎、感染性休克、伤寒、上感等;②有头痛的误诊为偏头痛和紧张型头痛;③以精神异常为首发症状者较少见,极易误诊,容易误诊为急性脱髓鞘脑病、病毒性脑炎、癫痫等;④以眩晕、呕吐等起病的容易误诊为椎-基底动脉供血不足等;⑤以轻偏瘫、失语起病者容易误诊为脑梗塞、脑出血;⑥有误诊为痛性眼肌麻痹的<sup>[1]</sup>。SAH 约 10% 在接受治疗前死亡,2 周内再出血率为 20%~25%,病死率约为 50%<sup>[2]</sup>,约 10% 出现昏迷<sup>[3]</sup>,故应该引起我们高度注意。目前,即使对大多数基层医院来说,如临床上有相应的症状、体征,脑脊液检查时的压力、蛋白升高,其他检验值基本正常和血性脑脊液或看见皱缩红细胞,则不难确诊 SAH。值得一提的是,颅脑 CT 扫描仍然有一部分是阴性。所以脑脊液检查为诊断 SAH 的可靠依据。腰穿简便易行,临床价值又高,也较安全,应充分、及时利用。

总之,对不典型 SAH,如果临床医生疏忽或经验不足,往往可误诊。

## 参考文献

1 杨国东,宋彦,安红征.误诊为痛性眼肌麻痹的蛛网膜下腔出血 4 例报告.临床神经病学杂志 2003,16:58.  
2 吴江.神经病学.北京:人民卫生出版社 2005:179.  
3 Siddique MS, Mendelow AD. Surgical treatment of intracerebral haemorrhage. Br Med Bull 2000,56(2):444-456.

(收稿日期 2006-08-21)

(修回日期 2006-11-14)

(责任编辑 王惠群)