

纵膈肿块 5.0% ~ 10.0%^[3],它位于胸骨后、气管前间隙内,其中 75.0% ~ 80.0% 起自颈部甲状腺下极或峡部,由于临床症状不典型,早期发现和诊断均有一定困难^[2]。胸骨后甲状腺肿由于胸腔负压作用,往往会进行性向下生长,最终出现气管压迫导致呼吸困难,一旦肿物下缘低于主动脉弓,手术难度极大,甚至需要劈开胸骨完成手术。因此,胸骨后甲状腺肿是明确的手术指征。CT 检查是胸骨后甲状腺肿最佳的术前检查手段,它不仅能显示肿物的大小、形态、位置及内部情况,还能显示肿物与周围脏器、组织的关系以及周围脏器的移位情况。本病的主要治疗方式是手术切除,目前手术方式主要有 3 种,即颈前低位领形切开术、颈胸联合胸骨劈开术和开胸术。亦有文献^[4]报道,改良内侧入路胸骨后甲状腺腺叶切除术亦是一种较为安全、可行的手术方式。

2.2 本例患者早在 1 年前 CT 检查提示为甲状腺右侧叶巨大结节凸入上纵膈内。因无明显压迫症状,未予重视,未行手术治疗。随着甲状腺肿大的渐

进性发展,食管、气管压迫愈发严重,导致了患者本次的急性起病、病情危重,出现气促、呼吸困难症状。急诊行胸骨后甲状腺包块切除术可解除患者呼吸梗阻,及时避免老年患者因缺氧出现的各种不良并发症。该病例的教训是临床医师对明确诊断的胸骨后甲状腺肿,尤其是老年或者伴有慢性心肺疾病的患者,应充分评估患者的气管、食管、神经等的压迫情况,尽早行手术,解除压迫,降低出现呼吸困难、甲状腺恶变等的可能风险。

参考文献

- 1 龚新雷,秦叔逵. 胸骨后甲状腺肿物的诊断和治疗[J]. 中国医师进修杂志, 2006, 29(8):3-6.
- 2 王黎明,许 顺,杨春鹿,等. 胸骨后甲状腺肿的诊断与治疗[J]. 中国医科大学学报, 2013, 42(2):189-191.
- 3 徐进志,李 野,王俊峰,等. 巨大后纵隔结节性甲状腺肿 2 例诊治分析[J]. 中国实用外科杂志, 2007, 27(4):315-316.
- 4 杜国能,肖玉根,王 昆,等. 改良内侧入路胸骨后甲状腺腺叶切除术的研究[J]. 中国实用医药, 2017, 12(16):100-101.

[收稿日期 2017-10-20][本文编辑 黄晓红]

儿童肾病综合征合并颅内静脉窦血栓形成一例

· 病例报告 ·

刘桂良, 陆明旭, 王 敏, 梁珍花, 张 健

作者单位: 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院儿科(刘桂良,王 敏,梁珍花,张 健); 530021 南宁,广西壮族自治区江滨医院儿科(陆明旭)

作者简介: 刘桂良(1986-),男,医学硕士,住院医师,研究方向:小儿心血管疾病的诊治。E-mail:journey450@163.com

通讯作者: 陆明旭(1989-),男,医学硕士,住院医师,研究方向:小儿肾脏疾病的诊治。E-mail:972304601@qq.com

[关键词] 肾病综合征; 血栓; 儿童

[中图分类号] R 725 [文章编号] 1674-3806(2018)01-0078-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2018.01.23

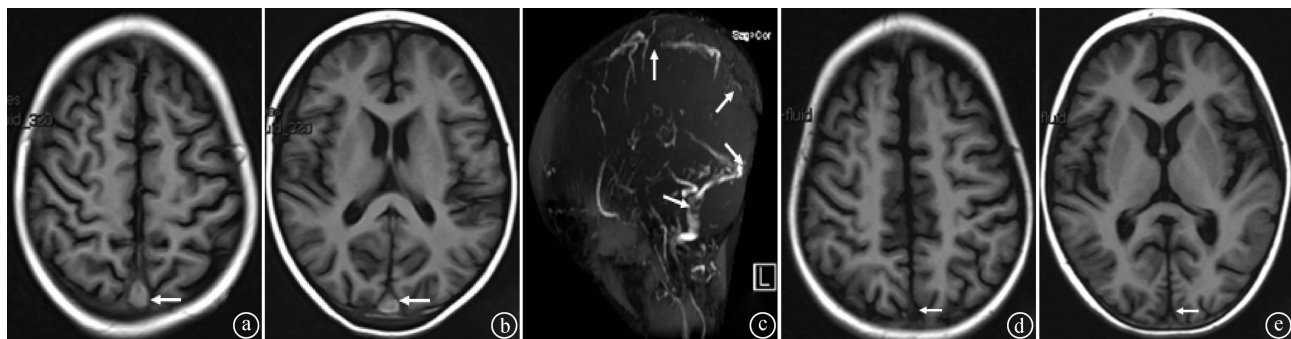
1 病例介绍

患儿,男,2岁11月,因“发热2 d,头痛、呕吐1 d”于2017-05-28入院。既往于2017-04-20因“浮肿、尿少5 d”在广西壮族自治区人民医院儿科住院治疗,诊断“肾病综合征”,予口服激素6片[2 mg/(kg·d),21/4~19/5]治疗,期间定期复查尿常规,经激素治疗约2周后,尿蛋白开始逐渐转阴,尿量增加,每天约1 000 ml[3.0 ml/(kg·h)],无泡沫尿及肉眼血尿。此次入院2 d前患儿出现发热,以高热为主,1 d

前出现头痛伴呕吐,呕吐呈喷射状,为胃内容物,病程中共呕吐10余次。入院查体:体温38.8℃,脉搏128次/min,呼吸26次/min,血压103/75 mmHg,体重14 kg,指脉氧98%。神清,精神萎靡,全身无皮疹,满月脸,颜面部、眼睑无浮肿,咽充血,扁桃体Ⅱ度肿大,无脓点、滤泡。双肺呼吸音粗,未闻及干湿啰音。心率128次/min,律齐无杂音,腹稍胀,腹壁软,移动性浊音阴性,双肾区无叩击痛。阴囊、会阴部无水肿,双下肢无凹陷性浮肿。神经系统:神志

清,精神萎靡,双侧瞳孔散大,直径均约 6 mm,对光反射迟钝,肌力、肌张力正常,腹壁、提睾反射可引出,颈强直,布鲁金斯基征阳性,巴宾斯基征等病理征均阴性。实验室检查结果提示血细胞分析+超敏 C:白细胞计数 $15.53 \times 10^9/L \uparrow$,粒细胞比率 64.9%,淋巴细胞比率 20.2%,血红蛋白 141 g/L,血小板计数 $256 \times 10^9/L$,C-反应蛋白 86.38 mg/L $\uparrow$ 。凝血六项:血浆纤维蛋白原 5.89 g/L $\uparrow$ (参考值 2~4 g/L),血浆 D-二聚体 $>20.00 \text{ mg/L} \uparrow$ (参考值 3.81 mg/L),抗凝血酶 III 138.0% $\uparrow$ (参考值 80%~120%),血浆凝血酶原时间 14.90 s (参考值 9~15 s),PT 国际标准化比值 1.25 (0.75~1.35),活化的部分凝血活酶时间 33.40 s (参考值 28~43 s),凝血酶时间 14.10 s (参考值 14~21 s)。降钙素原 0.40 ng/ml $\uparrow$ 。白蛋白 41.4 g/L,总胆固醇 5.02 mmol/L。脑脊液检查提示脑压 $>500 \text{ mmH}_2\text{O}$,脑脊液常规、生化、涂片及培养未见异常。眼底检查可见双眼视乳头水肿。颅脑 MRI 平扫 T1WI,上矢状窦、窦汇走行区可见条带状异常信号影,T1WI 呈高信号。见图 1(a)(b)。头颅磁共振静脉成像(MRV)提示:(1)右侧横窦及乙状窦、上矢状窦、窦汇走行区条带状异常信号影,颅

脑 MRV 示右侧乙状窦、右侧横窦、上矢状窦、窦汇血流信号未见明确显示,下矢状窦血流信号减弱,考虑静脉窦血栓形成可能性大。见图 1(c)。根据患儿既往病史、临床症状、体格检查及实验室检查结果,入院诊断“(1)颅内静脉窦血栓形成;(2)颅内高压综合征(重度);(3)肾病综合征(激素敏感型)”,住院期间,积极予甘露醇、甘油果糖、呋塞米脱水降颅压,低分子肝素钠[10 IU/(kg·次),q6h]抗凝,水合氯醛适当镇静、头孢曲松抗感染、酚妥拉明改善循环等治疗,醋酸泼尼松抑制免疫反应(5片 1/6~16/6,4片 17/6~7/7),口服华法林[2/6~7/7 起始量 0.2 mg/(kg·d),据凝血功能 INR 值调整华法林用量,保持 INR 在 2~3 之间]。治疗的第 7 天,复查脑脊液明显下降至 245 mmH₂O,治疗的第 22 天,复查脑压提示 150 mmH₂O,抗凝治疗过程中,监测凝血功能 D-二聚体及纤维蛋白原逐渐下降至正常,血浆凝血酶原时间 PT 延长(20.70~40.30 s)及 PT 国际标准化比值 INR 延长(1.80~4.07)。经一个多月的治疗后,患儿症状好转,无头痛、呕吐,体温维持正常,神志清,精神、反应可,治疗后的第 34 天,复查颅脑 MRI 平扫未见异常。见图 1(d)(e)。



①①治疗前的颅脑 MRI 平扫 T1WI,上矢状窦、窦汇走行区可见条带状异常信号影,T1WI 呈高信号(箭头指示处);②治疗前颅脑 MRV 图像,图示右侧乙状窦、窦汇、上矢状窦血流信号未见明确显示,考虑静脉窦血栓形成;③④治疗后复查的颅脑 MRI 平扫 T1WI,上矢状窦、窦汇走行区未见异常信号影,经肝素钠及华法林抗凝溶栓治疗后,血栓消除。

图 1 颅脑 MRI 及 MRV 图

2 讨论

2.1 儿童颅内静脉窦血栓形成(cranial venous sinus thrombosis,CVST)是一种罕见的突发的严重血栓性疾病^[1],年发病率为 0.67/10 万。血栓是肾病综合征(nephrotic syndrome,NS)的并发症之一。然而,相对于常见部位的深静脉血栓栓塞,如肾脏、四肢和肺部,颅内静脉窦血栓极其罕见。截至目前,国内外关于 NS 继发 CVST 的病例报告寥寥无几。CVST 的病因复杂,凡能使静脉血流异常、静脉内壁炎性反应或渗出及血液高凝状态者,均可发生 CVST。

其中,NS 被认为是颅内静脉窦血栓形成的重要病因之一^[2]。此外,头部创伤、手术、恶性肿瘤、遗传性血栓也是儿童 CVST 的危险因素^[3,4]。

2.2 目前 NS 并发 CVST 的机制比较明确。血栓形成的主要原因是 NS 患儿血液存在高凝状态,其原因:(1)肝脏合成凝血因子增多,形成高纤维蛋白原血症,II、V、VII、VIII、X 因子增加;(2)血浆抗凝血物质浓度降低,特别是尿中丢失抗凝血酶 III 过多;(3)血小板数量增多,黏附性和聚集率增加;(4)高脂血症时血流缓慢,血液粘稠度增高;(5)感染或血管壁

损伤激活内源性凝血系统;(6)过多利用强有力的利尿剂使血容量减少、血液浓缩;(7)长期大剂量激素可促进高凝状态。高凝状态是 NS 并发 CVST 最特征性的病理生理状态,血栓是与高凝状态相关的严重并发症,严重影响 NS 患儿的预后,早期预防和治疗至关重要。在 NS 患儿中,静脉血栓形成较成人病例更为常见,血栓形成的部位主要是肾脏静脉^[5]。儿童自发形成 CVST 的发生率很低,但对于 NS 患儿,CVST 的发生率明显增加。由于解剖结构不同,儿童 CVST 最常见的部位是上矢状窦^[6]。

2.3 颅内静脉窦血栓可引起静脉回流障碍,静脉压升高,导致脑组织淤血、水肿和颅内压增高,缺血性神经元损害和点状出血。静脉压的升高,影响脑脊液的吸收循环,导致颅内高压。CVST 临床上常有头痛、呕吐等颅内高压症状,头痛是 CVST 的最常见的症状(70%~80%),也可有抽搐(24%)及麻木、乏力、失语等局限性神经系统症状^[7,8]。目前 CVST 的诊断依赖于影像学检查,主要的检查方法有头颅 CT、头颅平扫 MRI、头颅 MRV。研究^[9]表明,头颅 MR 对 CVST 的诊断是很敏感的,头颅 MRI 和 MRV 相结合,在大多数情况可以明确诊断 CVST。

2.4 NS 导致高凝状态或血栓形成后,应该坚持使用抗凝治疗。NS 患儿如发现浮肿明显,如腹部膨隆,积液增多,会阴部透亮水肿,实验室检查提示血浆白蛋白低下,明显的高脂血症,血小板升高,血浆纤维蛋白原降解产物,血浆凝血酶原时间及活化的部分凝血活酶时间缩短,以上提示 NS 患儿存在高凝状态,是血栓形成的高危因素,医师需警惕血栓形成的可能。对于 CVST 来说,头痛通常是首发症状,有时会出现局部神经缺陷和癫痫发作。临床上一旦发现头痛、嗜睡、呕吐等症状时应尽早进行头颅 MRI 及 MRV 或 MRA 检查,以便明确是否存在颅内静脉窦血栓形成。一旦确诊颅内静脉窦血栓,立即给予低分子肝素与抗血小板凝聚药物抗凝,同时辅以降颅压及镇静等治疗。在没有颅内出血情况下,CVST 的治疗标准是使用低分子肝素进行抗凝,其被认为是有效和安全的^[1,10],抗凝治疗在儿童 CVST 的过程中起着重要作用,贯穿整个治疗过程,但在治疗失败的同时,患儿的临床状况也不佳。一方面,抗凝治疗有可能引起皮肤黏膜、脏器及颅内出血;另一方面,一旦抗凝药物溶栓效果欠佳,CVST 疾病进展,将会形成不受控制的重度颅内高血压,脑出血、脑梗死^[2]。NS 患儿血小板数量增多,黏附性和聚集率增加,在 NS 患儿中血小板改变与血栓栓塞之间的因

果关系仍不清楚,此外,使用抗血小板药物能否预防 NS 患儿血栓发生仍不确切,因此,目前不推荐抗血小板药物用于常规预防性治疗^[11]。

2.5 本例 NS 患儿在糖皮质激素治疗的情况下,继发了 CVST。当时患儿血液高凝状态明显(纤维蛋白原及 D-二聚体明显升高,PT 缩短),症状表现为头痛、呕吐、嗜睡及精神萎靡,查体脑膜刺激征明显时,腰椎穿刺提示颅内压 > 500 mmHg,同时,颅脑 MRV 提示右侧乙状窦、窦汇、上矢状窦血流信号未见明确显示。患儿有 NS 的疾病基础,存在血液高凝状态,表现颅内高压综合征症状,查体脑膜刺激征明显及 MRV 提示颅内静脉窦无明确血流信号,故可明确诊断“颅内静脉窦血栓形成”,并开始抗凝及降颅压治疗,在低分子肝素钠抗凝约 2 周,华法林抗凝一个多月后,患儿症状逐渐消失,复查颅脑 MRI 正常,患儿好转出院,定期门诊随访。

2.6 NS 是继发 CVST 的重要高危因素,如不及时诊断和治疗,可能危及患儿生命。对于出现头痛、呕吐、抽搐、嗜睡等症状的 NS 患儿,及时行颅脑 MRI 及 MRV 检查,有助于诊断 CVST。对于发生 CVST 的 NS 患儿,尽早给予抗凝与溶栓治疗^[12],并辅以脱水降颅压及适当镇静、制动等对症支持治疗,抗凝与溶栓等治疗有可能引起皮肤黏膜、脏器及颅内出血的可能,需提高警惕,定期监测凝血功能。总之,本病例强调了当 NS 患儿出现神经系统症状时,临床怀疑和早期诊断 CVST 的重要性,通过仔细的查体,适当的影像学检查,CVST 的诊断并不困难,加上急性抗凝治疗,可以有效地缓解病情并预防危及生命的并发症。

参考文献

- 1 Sebastián SI, Aparicio BA, Carpio MÁD. C0475: Cerebral sinus venous thrombosis in children: An emergent disease[J]. *Thromb Res*, 2014, 133: S22-S23.
- 2 Wang Y, Meng R, Duan J, et al. Nephrotic Syndrome May Be One of the Important Etiologies of Cerebral Venous Sinus Thrombosis[J]. *J Stroke Cerebrovasc Dis*, 2016, 25(10): 2415-2422.
- 3 Silvis SM, Middeldorp S, Zuurbier SM, et al. Risk factors for cerebral venous thrombosis[J]. *Semin Thromb Hemost*, 2016, 42(6): 622-631.
- 4 Alhassan S, Pelinescu A, Gandhi V, et al. Clinical Presentation and Risk Factors of Venous Thromboembolic Disease[J]. *Crit Care Nurs Q*, 2017, 40(3): 201-209.
- 5 Hârza M, Ismail G, Mitroi G, et al. Histological diagnosis and risk of renal vein thrombosis, and other thrombotic complications in primitive nephrotic syndrome[J]. *Rom J Morphol Embryol*, 2013, 54(3):

555-560.

6 Kurt-Şükür ED, Özçakar ZB, Fitöz S, et al. Two children with steroid-responsive nephrotic syndrome complicated by cerebral venous sinus thrombosis[J]. Nefrologia, 2015, 35(5): 497-500.

7 Fischer C, Goldstein J, Edlow J. Cerebral venous sinus thrombosis in the emergency department: retrospective analysis of 17 cases and review of the literature[J]. J Emerg Med, 2010, 38(2): 140-147.

8 Ye H, Chen M, Wu W. A retrospective analysis of cerebral venous sinus thrombosis-a series of 25 cases[J]. Nutr Metab & Cardiovasc Dis, 2015, 19(19):383-390.

9 Khaladkar SM, Thakkar DK, Thakkar DK, et al. Cerebral venous sinus thrombosis on MRI: A case series analysis[J]. Medical Journal

of Dr. D. Y. Patil University, 2014, 7(3): 296.

10 Mortimer AM, Bradley MD, O'Leary S, et al. Endovascular treatment of children with cerebral venous sinus thrombosis: a case series[J]. Pediatr Neurol, 2013, 49(5): 305-312.

11 Eneman B, Levchenko E, van den Heuvel B, et al. Platelet abnormalities in nephrotic syndrome[J]. Pediatr Nephrol, 2016, 31(8): 1267-1279.

12 Hong C, Sheng L, Qi W, et al. Clinical analysis of cerebral venous sinus thrombosis[J]. Acta Universitatis Medicinalis Nanjing(Natural Science), 2013, 33(8):1126-1130.

[收稿日期 2017-08-20][本文编辑 刘京虹]

护理研讨

Das-Naglieri 认知评估系统测验与视听整合持续性操作测试对儿童注意缺陷多动障碍的诊断比较

林经纬

作者单位: 530021 南宁,广西壮族自治区人民医院体检中心
作者简介: 林经纬(1972-),女,大学专科,主管护师,研究方向:精神心理。E-mail:291057055@qq.com

[摘要] **目的** 探讨 Das-Naglieri 认知评估系统测验(DN:CAS)与视听整合持续性操作测试(IVA-CPT)在诊断儿童注意缺陷多动障碍(ADHD)中的应用价值。**方法** 采用 DN:CAS 及 IVA-CPT 对门诊 383 例疑似 ADHD 患儿进行测试,比较两种方法对 ADHD 的诊断差异。**结果** DN:CAS、IVA-CPT 对 ADHD 的诊断结果与 DSM-IV 诊断的结果差异无统计学意义,且一致性较好($P > 0.05$);DN:CAS 诊断 ADHD 的灵敏度为 83.90%,特异度为 83.05%,诊断符合率为 83.55%,AUC 为 0.801[95% CI(0.755~0.845)],IVA-CPT 诊断 ADHD 的灵敏度为 87.50%,特异度为 64.57%,诊断符合率为 79.9%,AUC 为 0.660[95% CI(0.600~0.718)],两者 ROC 曲线下面积比较,DN:CAS 优于 IVA-CPT($P < 0.01$)。**结论** DN:CAS、IVA-CPT 两种方法对临床辅助诊断 ADHD 有较高的应用价值,DN:CAS 诊断 ADHD 的准确性更优。

[关键词] 认知评估系统测验(DN:CAS); 视听整合持续性操作测试(IVA-CPT); 儿童注意缺陷多动障碍(ADHD)

[中图分类号] R 47 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2018)01-0081-04
doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2018.01.24

注意缺陷多动障碍(ADHD)是儿童中最常见的心理行为障碍之一^[1],早期诊断、早期治疗尤为重要。既往临床中对 ADHD 的诊断以儿童临床表现及行为特征为依据,并结合家长老师对相关量表的回答为参考进行诊断,缺乏客观的量化诊断标准。近年来越来越多的研究认为,ADHD 的核心症状是反应抑制功能和持续性注意的缺陷所致^[2]。鉴于此,研究者开发了相关的认知功能评估工具用于临

床 ADHD 的辅助诊断。已有研究^[3]表明,使用广泛的视听整合持续性操作测试(IVA-CPT)对 ADHD 有辅助诊断价值,而近年来被邓赐平教授引入中国的 Das-Naglieri 认知评估系统(DN:CAS)已有学者用于评估 ADHD 患儿的注意力水平等认知功能。DN:CAS 是加拿大的 Das 等^[4]学者根据智力 PASS(Planning-Attention-Simultaneous-Successive)理论,将认知过程分为计划、注意、同时性加工、继时性加工 4 个