

慢性脑内出血的 CT 表现*

许学孔

(东海县人民医院 CT 室, 江苏 东海 222300)

摘要:目的 分析慢性脑内出血的 CT 表现,并探讨其影像形成机制。方法 13 例慢性脑内出血患者均作 CT 平扫及增强扫描,其中 1 例作了脑血管造影。结果 所有病灶均表现为由等密度或略高密度区环绕的类圆形高密度病灶,病灶与正常脑组织间有低密度水肿带相隔。增强扫描病灶本身无强化改变。结论 慢性脑内出血的典型 CT 表现为由等密度或略高密度区环绕高密度灶形成的脑内双重密度水肿,其高密度病灶所在部位即病变血管所在。

关键词:脑内出血;计算机断层摄影术;诊断

中图分类号:R743.340 **文献标识码:**B **文章编号:**1000-2065(2001)05-0378-02

慢性脑内出血的报道少见,我院自 1998 年至 2000 年共发现 13 例,占同期脑出血病人的 1.8%。该病极易与脑瘤内出血相混淆。现将其 CT 表现总结如下,并简要探讨其影像形成机制。

1 资料和方法

1.1 临床资料 本组 13 例慢性脑内出血患者,男 10 例,女 3 例;年龄 17~20 岁 2 例,40 岁以上者 11 例。患者多以不同程度的肢体感觉、运动障碍就诊,但无明显突发病史。追溯病史多有较长时间的渐进性头痛。自发病到就诊时间最长 30 d,最短 3 d,平均 11 d。13 例中 5 例经手术治疗,其中 1 例为海绵状血管瘤,2 例为脑血管畸形,2 例为高血压性脑出血。除 1 例出血量过大继发脑疝者于术后 4 h 死亡外,余恢复良好,部分患者遗留程度不等的肢体活动障碍。其余 8 例采取保守治疗,经脱水、降低颅内压及相应对症支持治疗后患者恢复良好;经 3~5 次 CT 复查,3 例脑内出血灶全部吸收,5 例遗留有小的低密度软化灶。

1.2 检查方法 采用德国西门子 SOMATOM-AR 型 CT 扫描机,扫描条件:70 mA,130 kV,时间为 3 s,层厚、层距为 10 mm。13 例患者均作 CT 平扫及增强扫描,部分病例加作病变局部薄层扫描,1 例还作了脑血管造影检查。

2 结果

2.1 发病部位 单纯枕叶 1 例,额叶 1 例,顶叶 2

例,基底节区 5 例;病灶较大累及多叶者 4 例。

2.2 病灶密度 平扫表现为由等密度或略高密度区环绕的高密度灶。其中高密度灶密度均匀,CT 值一般在 60~80 Hu。外侧环绕的病灶,均匀密度 8 例,均匀略高密度 3 例,混杂密度 2 例。其中 1 例呈三重密度,前方为低密度灶,后方为高密度灶,两者之间有一液平,高密度灶外有一半月形略高密度区环绕。增强扫描上述病变本身无强化。少数脑血管畸形患者于高密度灶附近可见迂曲增粗的异常血管。

2.3 病灶形态 高密度病灶多呈类圆形,部分呈轻度不规则形,均位于病变边缘。其外侧环绕的等密度或略高密度区形态规则,依大小不同分别呈半月形或新月形,且多位于高密度灶背侧。位于枕叶的病灶,其等密度或略高密度区则位于前方。

2.4 病灶边缘 高密度病灶边缘均清晰锐利。其外环绕的等密度或略高密度区边缘光滑,与正常脑组织间有窄的低密度水肿带相隔,分界清晰。

2.5 占位效应 依病灶大小不同,邻近脑室、脑池及中线结构等均有程度不等的受压变形及移位现象。其中仅有邻近脑室或脑池轻度受压变形、无中线结构移位者 5 例;邻近脑室、脑池明显受压变形伴中线结构移位者 8 例。

3 讨论

慢性脑内出血主要应与脑肿瘤内出血相鉴别。其主要鉴别要点如下。

* 作者简介:许学孔(1950-),男,江苏东海人,主治医师。

3.1 病变中高密度病灶位置 由于慢性脑内出血时少量新鲜出血将等密度或略高密度的陈旧血液不断向外推挤,故高密度病灶均位于病变一侧边缘部。而脑瘤内出血则是由于肿瘤中心血供较差,导致出血坏死,故高密度病灶常位于病变中心^[1]。

3.2 高密度病灶形态及密度 慢性脑内出血时,高密度病灶形态较规则,多为类圆形或卵圆形,密度均匀。脑瘤内出血时,因出血多破入肿瘤坏死腔隙内,出血与坏死的肿瘤组织混杂,故病灶形态很不规则,密度也不均匀。

3.3 高密度病灶周围病变 慢性脑内出血高密度病灶周围为陈旧性血液,其密度较均匀,边缘光滑,形态多为新月形。脑瘤内出血高密度出血灶周围多为恶性肿瘤组织,形态不规则,密度不均匀,边缘不光滑。

3.4 病变周围水肿情况 慢性脑内出血病变周围水肿程度轻,多为窄带状。脑瘤内出血多见于恶性肿瘤,故病变周围水肿明显,水肿区宽度极不均一,且常见指样水肿灶。

3.5 增强扫描 慢性脑内出血除脑血管畸形可于高密度病灶附近见强化的异常血管外,余均无强化。脑瘤内出血则周围的肿瘤组织多见强化病灶^[2]。

3.6 随访复查 慢性脑内出血其密度演变符合脑内血肿的变化规律,即病灶密度呈渐进性向心性减低,直到最后病灶消失或演变为低密度软化灶,其占位效应也逐渐减小直至消失。而脑瘤内出血的血肿吸收后,其周围的肿瘤组织显示更加清楚,占位效应

持续存在,并随肿瘤组织不断增长而逐渐加重。

慢性脑内出血有时还需与吸收期脑内血肿鉴别。因脑内血肿的吸收是自出血灶边缘部逐渐向病灶中心推进,所以吸收期脑内血肿的高密度区位于病灶中心,其密度改变的特点是由内向外逐渐变淡,各密度层次之间无明显分界,整个病灶边缘模糊,呈晕状改变。病灶周围的低密度区较宽且不规则,系因其中包含部分吸收后密度减低的血肿及由于血肿压迫而引起邻近脑组织缺血或梗死之故^[3]。而慢性脑内出血则与此不同,其高密度区位于病灶一侧边缘而不是中心,高密度区与其外等密度或略高密度区及该区与病灶周围低密度水肿区之间分界清楚;因此,病灶边缘清晰锐利。病灶周围的低密度区窄而规则,呈窄带状。两者鉴别的意义在于慢性脑内出血为活动性出血,因此在临床处理上与吸收期脑内血肿不同。

参考文献:

- [1] 唐秀贞,吴珂,崔群生.慢性持续性脑内出血的CT表现[J].中国医学计算机成像杂志,1999,5(1):12-13.
- [2] Dolinskas CA, Bilaniuk LT, Zimmernan RA, et al. Computed tomography of intracerebral hematomas. I. Transmission CT observations on hematoma resolution[J]. AJR, 1977, 129(4): 681-688.
- [3] 周献光.脑内出血的影像学诊断(附60例CT、MRI和DSA分析)[J].临床神经病学杂志,1995,8(6):357-358.

收稿日期:2001-04-24 修回日期:2001-06-20

本文编辑:吴进

不同人群丙型肝炎病毒基因分型*

封波,魏来,吴文漪,张言超,陈勇

(徐州医学院附属医院传染科,江苏徐州221002)

摘要:目的 研究不同人群丙型肝炎病毒的基因分型。方法 对141例抗HCV(+)、60例抗HCV(-)及28例正常献血员的共132份HCV-RNA阳性血清,运用限制性片段长度多态性分析(RFLP)法作酶切分型。结果 3组人群不同基因型检出率分别是1b/II型87.18%、100%、100%;2a/III型1.71%、0、0;两者混合型(1b/2a型)11.11%、0、0。对抗HCV(+)血清,分为ALT正常组和异常组,2组人群不同基因型检出率分别是1b/II型93.33%、83.33%;2a/III型0、2.78%;两者混合型7.14%、13.89%。结论 我国不同人群中HCV感染者均以HCV 1b/II型为主,今后应以HCV 1b/II型为重点,加强HCV的诊断、治疗和疫苗研制工作。

关键词:肝炎病毒,丙型;基因型

中图分类号:R512.62 **文献标识码:**A **文章编号:**1000-2065(2001)05-0379-04

* 基金项目:本课题部分受国家自然科学基金资助(39770684)

作者简介:封波(1971-),男,江苏徐州人,主治医师,硕士。