

# 等密度硬膜下血肿的 CT 诊断

宋绿林 胡贵锋

【中图分类号】R816.1 【文献标识码】B 【文章编号】1000-0313(2000)04-0301-01

本文分析了 25 例等密度硬膜下血肿 (ISDH) 的 CT 及临床表现,以期进一步提高对 ISDH 的认识。

**材料与方法** 男 24 例,女 1 例,年龄 23~79 岁,平均 57.5 岁,60 岁以上 18 例。从出现首发症状至就诊时间 2~30d。临床症状:头痛、呕吐 19 例,肢体乏力、行走不稳 15 例,反应迟钝、意识模糊 7 例,下肢肌力最低为 III 级。临床拟诊小脑疾病 2 例;脑血管意外 12 例;3 例在脑挫裂伤恢复过程中出现 ISDH,8 例临床未提出诊断。有明确外伤史 9 例,年龄越轻外伤史越明确,外伤时间距发病时间 20d~2 个月。手术治疗 23 例,仅 1 例死于肺炎;1 例保守治疗痊愈;1 例放弃治疗。使用岛津 SCT-4500T 全身 CT 机,层距、层厚 10mm,扫描时间 2.8s,4 例行增强扫描。

**结果** 血肿位于额、颞、顶骨内板下,呈新月形。位于单侧

23 例,双侧 2 例。出血量 30~130ml。单侧者中线结构向健侧移位,双侧者无移位。25 例均见脑沟消失,灰白质界面内移。患侧脑室不同程度受压变窄,其中 18 例可见扣带回大脑镰下疝即病侧脑室前角后移,下角及后角受压前移,病侧侧脑室脉络膜丛钙化前移/侧移,对侧脑室扩大(图 1)。双侧者双侧脑室均受压变窄且内聚(图 2)。4 例增强扫描血肿无强化(图 3、4)。

**讨论** ISDH 起病缓慢,大部分病例无外伤,即使有外伤也较轻微,且当时不发病,临床易误诊为脑血管病,本组 12 例曾误诊为脑血管意外,而两者的治疗方法截然不同,说明 CT 检查的重要性。仔细询问病史及体格检查是减少临床误诊的关键。本病多见于老年男性,本组 24 例,女性仅 1 例,60 岁以上 18 例(占 72%),与文献报道一致<sup>[1,2]</sup>。男性多见可能与活动多,外伤机遇多有关,同时亦与男性易发生血管硬化,血管易破裂有关。老年

人因脑萎缩引起蛛网膜下腔增宽,硬脑膜——皮层间虹桥静脉缓冲减少,外伤时易致破裂出血<sup>[1]</sup>。虽然 ISDH 不一定是亚急性或慢性血肿<sup>[1]</sup>,但从本组出血量大,而症状轻可以看出其出血速度较缓慢,以致大脑逐渐适应,至颅内压升至一定程度才出现症状。因而从症状出现距 CT 检查来计时以判定是否急或慢性血肿也不准确,因为症状出现前,颅内出血可能已有一段时间。

关于 ISDH 的 CT 诊断,结合文献及本组 CT 表现,认为下列征象较为重要:①病侧脑沟消失,蛛网膜下腔闭塞,脑、灰白质界面内移。②病侧脑室受压变窄,对侧脑室扩大,中线结构普遍向对侧移位。如果一侧出现第一种征象,而中线结构无移位,双侧脑室亦对称,可推测对侧亦存在 ISDH,仔细观察可以发现双侧脑室虽对称,但均有变窄、内聚征象,本组有 2 例属该情况。有作者提出扣带回大脑镰下疝对 ISDH 的诊断有重要价值<sup>[1]</sup>,本组有 18 例(占 72%)符合该征象。本组 4 例增强扫描未提供更多诊断信息,本组亦未出现误诊治情况,说明平扫即可。即使增强扫描亦应延时至少 30min 扫描,这样就可完整显示血肿腔<sup>[2]</sup>。

## 参考文献

- 1 陈琪宝,全冠民.等密度硬膜下血肿的 CT 诊断(附 13 例报告)[J].临床放射学杂志[增刊],1994,13(2):162.
- 2 陈自谦,冯亮,孔庆德,等.等密度硬膜下血肿的 CT 研究[J].中华放射学杂志,1993,27:552.

(2000-01-17 收稿)

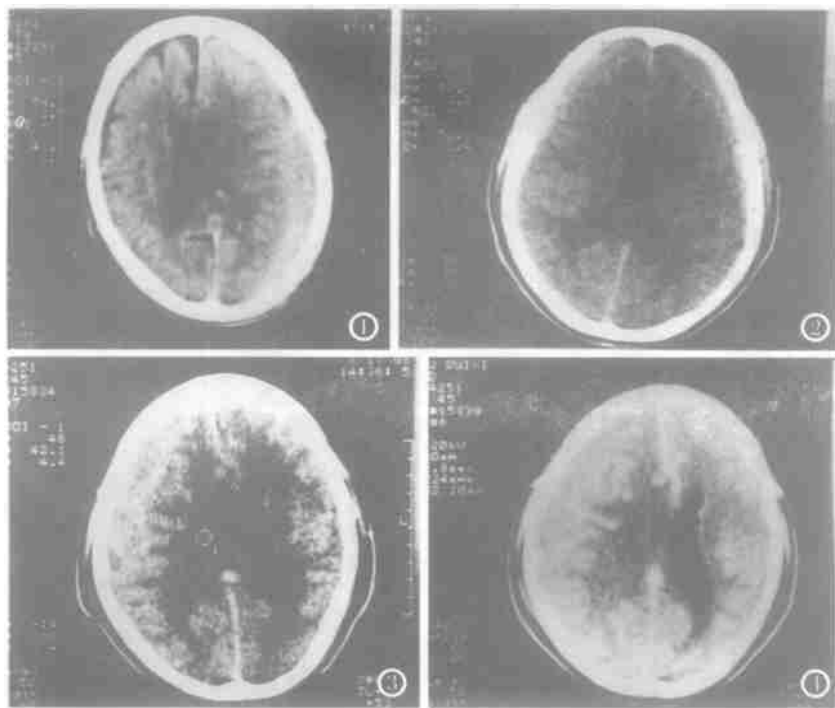


图 1 左侧颅骨内板下新月形等密度硬膜下血肿,与皮质分界清,皮髓质界面内移,并可见扣带回大脑镰下疝。图 2 双侧颅骨内板下新月形等密度硬膜下血肿,中线结构无移位,但双侧脑室受压变窄、内聚。图 3 平扫于右侧颅骨内板下见等密度新月形影,同侧脑室受压消失,对侧脑室扩大。图 4 与图 3 为同一病例,增强扫描血肿无强化(增强方式为静脉推注 60% 泛影葡胺 60ml 立即扫描)。

作者单位: 338025 江西新余市人民医院 CT 室

作者简介: 宋绿林(1959~),男,江西新余人,副主任医师,学士,主要从事颅脑疾病 CT 诊断的临床及研究。