

大脑镰和小脑幕硬膜下出血的 CT 表现及其解剖学基础 (附 28 例分析)

• 短篇报道 •

黄癸卯 潘素芬

【中图分类号】R743.34, R814.42 【文献标识码】B 【文章编号】1000-0313(2000)05-0350-02

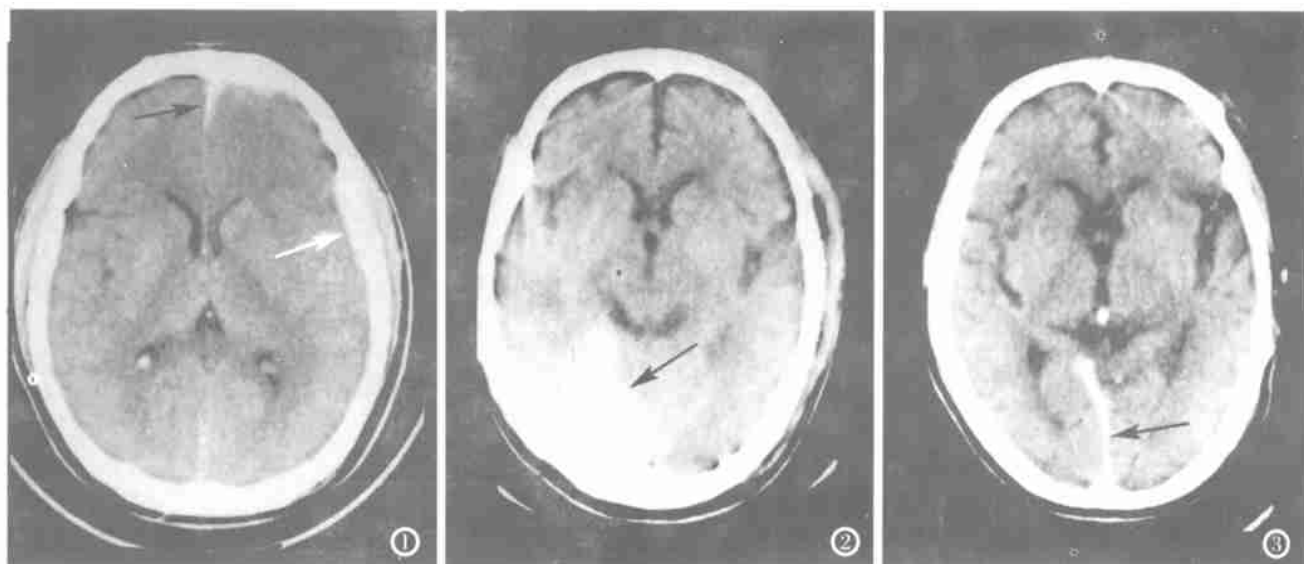


图1 大脑镰硬膜下出血,大脑镰增宽、密度增高,脑侧光滑。图2 小脑幕硬膜下出血,与小脑幕形态相应,内侧止于小脑幕切迹处,边缘光滑,无占位。图3 大脑镰及小脑幕硬膜下出血,右侧大脑镰及右侧小脑幕密度增高,边缘光滑。

大脑镰和小脑幕是由硬脑膜折叠形成,与蛛网膜之间形成的硬膜下腔在解剖上较特殊,此处硬膜下腔出血在 CT 表现上也较特别。在颅脑外伤中,硬膜下血肿约占 20%^[1],作者收集本院 28 例颅脑外伤合并典型大脑镰或小脑幕硬膜下出血病人的 CT 资料并加以分析,目的是对大脑镰和小脑幕硬膜下腔隙的解剖及其出血的 CT 表现有更全面的认识。

材料与方法 本文收集我院 1997 年 7 月~2000 年 6 月间 28 例相关病例 CT 资料,其中男 22 例,女 6 例。年龄 3 天至 57 岁,平均年龄 29 岁。外伤后到 CT 检查时间 0.5~12h,14 例 3 天内进行过 CT 复查。使用东芝 TCT-300/EZ 全身 CT 机,层厚、层距为 5mm 或 10mm。

结果 大脑镰硬膜下出血 12 例(图 1)。其中合并脑挫裂伤 8 例、硬膜外血肿 4 例、颅骨骨折 3 例、头皮血肿 11 例。

小脑幕硬膜下出血 8 例(图 2)。其中合并脑挫裂伤 3 例,硬膜外血肿 1 例,颅骨骨折 1 例,头皮血肿 7 例。

大脑镰小脑幕硬膜下出血并发者 8 例(图 3)。

讨论 1. 大脑镰和小脑幕硬膜下腔的解剖特点

大脑镰和小脑幕是硬脑膜在一定部位折叠形成隔幕,并突入脑的裂隙中,其与蛛网膜之间腔隙称大脑镰和小脑幕硬膜下

腔,彼此借结缔组织小梁互相连接,脑部蛛网膜除半球间裂外均未有深入沟裂之内。

大脑镰呈镰刀状,沿正中中线楔入大脑半球间裂,下缘游离,直到胼胝体上方。大脑镰在 CT 上呈细线状密影,一般宽度 $\leq 3\text{mm}$,分前、上、后段,其显示率依次为 38%、68%、88%,其显示的原因为本身之密度与其两旁纵裂池内脑脊液密度明显不同形成对比所致^[2]。

后段大脑镰后端见三角形后矢状窦影,其前后径 $< 10\text{mm}$,左右径流 $< 3\text{mm}$ 。后段大脑镰之下部与小脑幕相连,在下位层面上,其前端达天幕口部,形成“Y”形密影,“Y”形后边延续为后段大脑镰^[3]。小脑幕横于大脑半球枕叶基底面与小脑之间,前方附于蝶骨后床突,内侧缘游离呈弧形缺口,称小脑幕切迹,正好围绕中脑。后缘和两侧附于枕骨和颞骨上,呈幕状。

2. 大脑镰和小脑幕硬膜下腔出血的 CT 表现及鉴别诊断

大脑镰和小脑幕硬膜下腔出血通常因直接头颅外伤引起,间接外伤偶尔亦可引起。常为外伤时使桥形静脉断裂出血所致。大脑镰和/或小脑幕硬膜下腔出血,少量出血远比大量出血多见,仅少数病例血肿大到足以引起临床症状的程度。

大脑镰硬膜下出血 CT 表现为大脑纵裂呈带状增宽、密度增高,宽度 3~12mm,CT 值 68~85HU,出血的 CT 密度因出血时间而定。脑实质侧边界清楚,脑组织无水肿、无占位效应。小

作者单位:510370 广州市芳村区人民医院放射科
作者简介:黄癸卯(1963~),男,湖南人,副主任医师,主要从事神经消化诊断工作。

脑幕硬膜下出血呈扇形高密度,与小脑幕形态相应,内侧缘止于小脑幕切迹处,边缘光滑、锐利,无占位效应。

在分析大脑镰和小脑幕硬膜下出血的 CT 表现时,应注意与下列情况鉴别:①正常大脑镰呈细线状,宽度 < 3mm,并随年龄增长显示率越高,钙化时 CT> 100HU。小脑幕在薄层扫描时显示,其边缘呈 V 形、Y 形、M 形、八字形等^[4],随年龄增长其边缘可有钙化;②蛛网膜下腔出血:其脑侧呈毛糙或齿样与脑沟相通,双侧者呈羽毛样,复查时出血吸收较快,常在 24h 内吸收;③外伤性硬膜下积液:出现部位、形态与硬膜下出血同,但其 CT 值为水样密度。根据外伤后出现的时间与 CT 值,亦能与

慢性硬膜下出血鉴别。

参考文献

1 李加得,陈巨坤,刘汝萍,等. 大脑纵裂和小脑幕硬膜下血肿的 CT 诊断[J]. 中国医学影像技术,1998(7):497.
2 Zimmerman RD, Yurberg E, Russel EJ, et al. Falx and interhemispheric fissure on axial CT: I. normal, Anatomy[J]. AJR, 1982, 138: 899.
3 傅元芳,李启权,李恒国. 大脑镰和纵裂池的正常 CT 解剖[J]. 实用放射学杂志,1998, 14(12):714.
4 吴恩惠. 头部 CT 诊断学(第 2 版). 北京:人民卫生出版社,1995:33.

(2000-12-19 收稿)

¹⁴C 尿素呼气试验检查慢性荨麻疹患者幽门螺杆菌感染

陈峻 曹海萍 叶强

【中图分类号】R445.5, R758.24 【文献标识码】B 【文章编号】1000-0313(2001)05-0351-01

慢性荨麻疹病因复杂,治疗困难,局部感染病灶可能是其原因之一。国外学者报告:根除幽门螺杆菌(Hp)感染治愈部分慢性荨麻疹患者^[1],但其采用间接 ELISA 技术测定的是血清抗 Hp 抗体,¹⁴C-尿素呼气试验(¹⁴C-UBT)为目前检测 Hp 感染的最好的无创手段。现将初步结果报告如下。

材料和方法 所有患者均为 2000 年 3~10 月本院皮肤科门诊及住院就诊者,荨麻疹患者 32 例,年龄 9~41 岁,平均 21 岁,排除了各种上呼吸道、胃肠道和泌尿生殖道的炎症病灶,对照组为 30 例寻常痤疮患者,年龄 12~32 岁,平均 19 岁,经各种检查无其它任何疾病。

结果 见表 1、2。

表 1 慢性荨麻疹患者¹⁴C-UBT 测定值

组别	例数	¹⁴ C-UBT(dpm/mmol CO ₂)	P 值
慢性荨麻疹组	32	250 ± 37	< 0.001
寻常痤疮组	30	80 ± 26	

表 2 慢性荨麻疹与寻常痤疮 Hp 检出率比较

慢性荨麻疹	寻常痤疮	合计
阳性例数	22	3
阴性例数	10	27
合计	32	30

计量资料用 t 检验,计数资料用 χ^2 检验, P < 0.001

患者空腹以冷开水送服一粒¹⁴C-尿素胶囊(剂量为 0.75μ

g,尿素已晶体化),静坐 25min,通过塑料吹气管直接向 CO₂ 收集瓶吹气使粉红色吸收剂饱和变成无色,加入闪烁剂 4.5ml,然后在上海原子核研究所日环仪器一厂生产的 SN-6918 Hp 测试仪上作¹⁴C-放射性活性测定 2min,以 dpm/mmol CO₂ 表达结果,以 ≥ 100dpm/mmol CO₂ 为阳性。

讨论 自 Marshall^[2]建立了¹⁴C-UBT 以来因其具有非侵入性,准确性高,操作简便,成本不高的突出优点,在国外早已广泛应用,通过以 Hp 细菌学培养及病理组织学作为全标准对比,¹⁴C-UBT 诊断符合率达 95%,与国内陈洁平^[3]等报道一致,它可以作为诊断 Hp 的“金标准”。

慢性荨麻疹是皮肤科常见多发病,病因复杂治疗棘手,慢性局部感染灶是其原因之一。临床上在应用抗组胺学的同时加用一些敏感抗生素,往往可以收到较好效果,本文结果证实 Hp 感染与慢性荨麻疹有一定关联,与国外学者报道类似^[1],Hp 可能加重慢性荨麻疹,使之反复发作,对于久治不愈的慢性荨麻疹,作者认为应常规做¹⁴C-UBT 以排除 Hp 感染,目前有关 Hp 与某些皮肤病的确切关系及其确切作用机理尚有待更进一步深入研究。

参考文献

1 Tebbe B, Geilen CC, Schulz JD, et al. Helicobacter pylori infection and chronic urticaria[J]. J Am Acad Dermatol, 1996, 34(7): 685.
2 Marshall BJ, Plankey MW, Hoffman SR, et al. A 20-minute breath test for Helicobacter pylori. Am J Gastroenterol 1991, 86(4): 438.
3 陈洁平,徐采朴,程绍钧,等. 胶囊微量法¹⁴C-尿素呼气试验检测幽门螺杆菌感染的初步研究. 中华消化杂志[J]. 1995, 8(15): 44.

(2001-01-15 收稿)

作者单位: 430022 湖北省,武汉市第一医院同位素
作者简介: 陈峻(1965-),男,武汉人,主治医师,主要从事核医学诊疗工作。