

双侧慢性硬膜下血肿的 CT 诊断(附 43 例分析)

杨其根 华晓

【摘要】 目的: 本文报告 43 例双侧慢性硬膜下血肿的 CT 诊断。方法: 回顾分析 43 例双侧慢性硬膜下血肿的 CT 检查资料。结果: 43 例共 86 个血肿。血肿呈混杂密度 42 个, 等密度 32 个, 低密度 12 个; 血肿呈新月形 66 个, 半月形 15 个, 3 字形 5 个; 伴脑灰白质界面内移 43 例, 侧脑室变窄 41 例, 中线结构移位 17 例。结论: 双侧慢性硬膜下血肿多见于老年男性患者, CT 检查是诊断本病最简单而可靠的方法。

【关键词】 硬膜下血肿 体层摄影, X 线计算机

【中图分类号】 R814. 42, R651. 1⁺ 5 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1000-0313(2002)05-0398-02

CT diagnosis of chronic bilateral subdural hematoma (an analysis of 43 cases) YANG Qigen, HUA Xiao. The first Jiaxing hospital, Zhejiang 21400

【Abstract】 Objective: To study the CT diagnosis of chronic bilateral subdural hematoma. **Methods:** The CT features of 43 cases of chronic bilateral subdural hematoma were analysed retrospectively. **Results:** There were altogether 43 patients with 86 hamatomas. From them, 42 hamatomas revealed heterogeneous density, 32 isodensity and 12 low density; 66 hamatomas were crescent-shaped, 15 were semi-lunar shaped and 5 were 3-shaped. There was displacement of the borderline between grey and white matter toward the midline in 43 cases, narrowing of the lateral ventricle in 41 cases and displacement of the midline structure in 17. **Conclusion:** Chronic bilateral subdural hematoma is encountered often in older males. CT examination is the most simple and accurate method for diagnosis of this disease.

【Key words】 Subdural hematoma Tomography, X-ray computed

双侧慢性硬膜下血肿(bilateral chronic subdural hematoma, BCSDH)多见于老年男性患者,其临床常易误诊或诊断不明,CT 检查则多可确诊,目前尚无专题报道。本文搜集经 CT 检查诊断的 43 例 BCSDH,其中 39 例经手术证实,4 例 CT 表现典型。现将对本病的发病机制及 CT 表现作一分析报道。

材料与方法

43 例中男 41 例,女 2 例。年龄 43~85 岁,平均 66.3 岁。发现症状到 CT 检查时间为 22~186d,平均 52d。主要症状表现为头痛头昏 42 例,肢体肌力减退 18 例,肢体活动障碍 11 例,神志不清 2 例。43 例中 22 例有头部外伤史,21 例无外伤史。其中 12 例有高血压史,2 例脑梗塞。

CT 检查使用 SIEMENS Somatom CR 全身扫描机及 GE Light speed plus 多层螺旋 CT 机。扫描条件:TI 1 和 5s,层厚 5、8 和 10mm,间距 5 和 10mm。43 例均行 CT 平扫,其中 2 例同时加作增强扫描。

结 果

43 例 BCSDH 共 86 个血肿。①部位:血肿位于额顶部 63 个,额顶部 18 个,颞顶部 3 个,额颞部 2 个;②形态:血肿呈新月形 66 个,半月形 15 个,3 字形 5 个;③大小:血肿最长径为 9~15cm,高径 5~8cm,宽径 0.8~3.5cm;④密度:血肿呈混杂密度 42 个,等密度 32 个,低密度 12 个;⑤占位效应:43 例 86 侧均有不同程度的脑灰白质界面内移,远离颅骨内板;双侧侧

脑室变窄 24 例,单侧侧脑室变窄 17 例;中线结构移位 17 例,其程度为 0.5~2cm;⑥并有脑梗塞 2 例。

讨 论

发病机制:BCSDH 并不少见,文献报道^[1,2]占 CSDH 的 8.1%~25%。其形成 BCSDH 的原因有以下几点:①头部轻微外伤后 3 周以上形成的血肿,不伴有脑挫裂伤者,它并非是亚急性硬膜下血肿的演变而来。其出血多系皮质小血管或静脉窦旁桥静脉撕裂,血液缓慢溢入硬膜下腔所致。血肿常较大,可掩盖整个大脑半球,本组中 22 例占 51.26%。②高血压、脑血管硬化、血管脆性增加也是本病的发病基础。本组中 12 例有高血压史占 27.96%。③老年性脑萎缩致蛛网膜下腔扩大,使桥静脉相对延长并充盈,增加了血管的易损伤性,同时由于脑在颅内移动^[1],容易发生血管撕裂而造成出血。此外由于蛛网膜下腔扩大,当少量硬膜下出血后不但不能自行停止,反而易扩大形成血肿。④血液凝固系统与纤维蛋白溶解系统的过度活化是本病发生发展的基本病理因素,从而导致血肿膜微血管不断少量出血使血肿逐步扩大。在纤维包膜形成前达到相当大体积,血肿呈新月形。蛋白质分解成较小分子,吸收水分,血肿体积增大,也可呈 3 字形凸或透镜状。血肿包膜与硬膜黏连成为外膜,血肿包膜与脑表面或蛛网膜黏连部成为内膜。

临床表现:BCSDH 多见于老年男性患者,其临床症状以头痛头昏为常见,可有肢体肌力减退、活动障碍,少数神志不清。本组 43 例中在 CT 检查前无 1 例诊断为本病,多误诊为脑内出血、脑梗塞、脑肿瘤或诊断不明。因为本病的临床表现无特异性,所以常导致临床误诊或诊断不明。故临床医生凡是碰到以上表现时,应考虑到本病可能,必须作 CT 检查,以及时正确诊断,选择治疗方案。

作者单位:314000 浙江,嘉兴市第一人民医院放射科
作者简介:杨其根(1958~),男,浙江平湖人,主治医师,主要从事放射诊断工作。

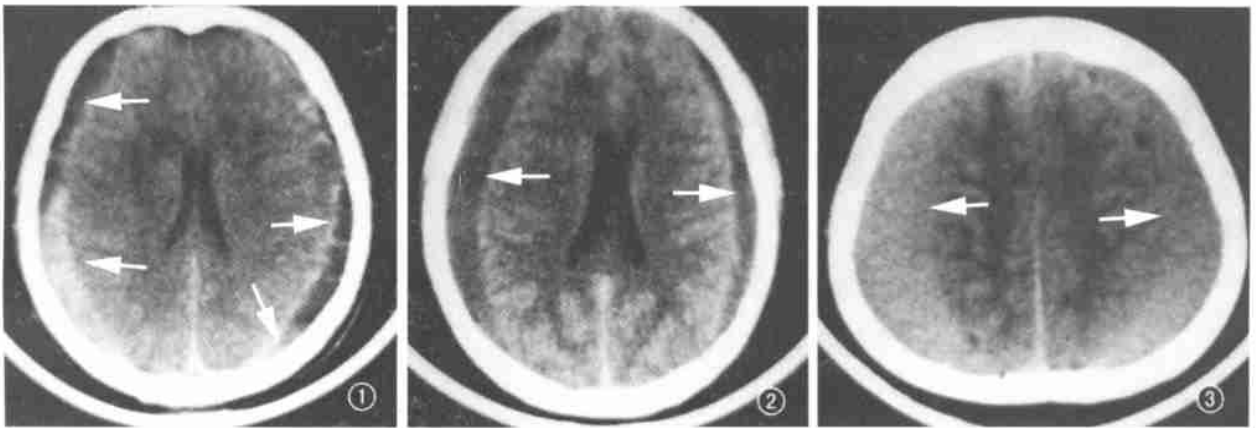


图 1 两侧新月形混杂密度影,上部呈低密度,下部为高密度。图 2 两侧新月形低密度影。图 3 两侧半月形等密度影,脑灰白质界面内移,远离颅骨内板。

CT 表现与分型:BCSDH 的 CT 表现:早期(<1 个月)血肿呈过渡形的高低混杂密度,部分上部呈低密度,下部呈高密度(图 1)或等密度,有时其间可见液平,但也可分界不清。此系因红细胞、细胞碎片及血块沉积与血肿下方或在液化的陈旧血肿再次出血所致。中期(1~2 个月)血肿呈 3 字形或双凸形低密度。后期(>2 个月)血肿呈过渡形的新月形低密度(图 2)。等密度 BCSDH 并不少见,本组中 32 个占 37.12%。血肿呈新月形、半月形的等密度影,脑灰白质界面内移、远离颅骨内板(图 3),增强扫描上述表现更清楚。如两侧血肿大小不等时,则表现一侧侧脑室变窄,中线结构向小的血肿一侧移位。CT 分型:根据血肿的密度可分为:①混杂密度型:血肿密度低于、等于或略高于脑组织密度,CT 值 15~45HU,本组中 42 个 48.72%。②等密度型:血肿密度等于或略高于脑组织密度,CT 值 30~45HU,本组中 32 个占 37.12%。③低密度型:血肿密度低于脑组织密度,CT 值 15~28HU,本组中 12 个占 13.94%。④分隔型:血肿内见有纤维条索状影形成分隔,可单发或多发^[3]。本组中未见典型病例。

BCSDH 的 CT 特点:①两侧颅骨内板下新月形、半月形及 3 字形的混杂密度、等密度及低密度影,②脑灰白质界面内移,远离颅骨内板,③双侧或单侧侧脑室变窄,④中线结构移位而没有占位病变的征象等特征。绝大多数 CT 平扫即可作出诊

断,且可明确血肿的部位、范围及有无占位效应等征象,所以 CT 扫描是诊断 BCSDH 最简单而可靠的方法。但对等密度血肿的诊断有时仍有困难,因为,在 CT 平扫上仅表现为脑灰白质界面内移,远离颅骨内板及侧脑室变窄。若两侧血肿大小不等时,则为一侧侧脑室变窄,中线结构向小的血肿一侧移位。所以对小的一侧血肿的诊断应值得注意,以防漏诊。如本组 32 个等密度血肿中 2 个小血肿首次 CT 检查漏诊,其漏诊原因是:因为两侧血肿大小差别较大,CT 平扫为一侧侧脑室变窄,中线结构向小的血肿一侧移位,无增强 CT 检查。所以把注意力集中到大的血肿上,而忽视了小的血肿造成漏诊。CT 增强检查有助于诊断^[4],可显示血肿包膜的轮廓,边缘呈点状或线状强化。

参考文献

- 1 惠国桢,韩莘莘,兰青,等.慢性硬脑膜下血肿发病机理的研究[J].中华神经外科杂志,1992,8(2):80-83.
- 2 李果珍.临床 CT 诊断[M].北京:中国科学技术出版社,1994.69-72.
- 3 胡洪斌.分隔型慢性硬膜下血肿的 CT 诊断(附 16 例分析)[J].放射学实践,2001,15(5):313-315.
- 4 吴恩惠.头部 CT 诊断学[M].北京:人民卫生出版社,1984.131.

(2002-03-04 收稿)

第十一届全国放射学大会通知

经中华医学会学术会部批准,中华放射学会第十一届放射学年会将于 2003 年 11 月在广州市召开,本次大会由广东医学会及广东医学会放射学会承办,学术交流内容包括传统放射诊断,CT、MRI 和介入放射、数字放射学及放射学管理、教学、质量控制以及放射技术等;学术交流的形式包括大会和分会场发言、墙报展览(Poster)或发言与墙报展览并用。欢迎广大学术同道踊跃投稿、参会。同时欢迎有关厂商参会并在这次国内最高级别的学术大会上展示新技术和新产品。论文要求撰写全文(4000 字以内)和 400 字以内的结构式摘要(目的、材料与与方法、结果、结论四要素并以中英文两种文字书写)。投稿方式可采取以下任何一种方式:①直接邮寄:附 word 格式软盘一张,包含论文全文、中英文摘要、作者单位、邮编、地址、联系电话和 E-mail 地址,投寄地址:510080 广州中山大学附属第一医院介入放射科 陈景萍 杨建勇;②通过以下 E-mail 地址传送稿件:jpch1@yahoo.com.cn 或 yang_jianyong@hotmail.com;③直接通过放射医生网站投稿

www.chinaradiology.org

(中华医学会放射学会 广东医学会放射学会)

© 1994-2012 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net