

FLAIR 序列因其抑制自由水信号(如脑脊液), 使含结合水的病变呈明显高信号^[7]。本组病例均常规作 FLAIR 序列检查, 其病变信号均较 T₂WI 高, 且边界更为清晰, 有 8 例病灶范围增大, 5 例病灶增多, 其中有 2 例 T₁WI、T₂WI 上无明显异常信号, FLAIR 序列上发现双侧海马片状高信号。因此, FLAIR 序列在病毒性脑炎 MR 检查中有非常重要的意义, 应常规应用。

病毒性脑炎应与脑梗死、胶质瘤、胶质瘤病、其它脱髓鞘性病变等相鉴别^[2,4,6]。本组 6 例 MR 初诊均未能明确诊断, 文献亦有较多将病毒性脑炎误诊为胶质瘤而行手术的报道。部分病毒性脑炎的 MR 表现复杂, 单纯依靠 MR 表现难以定性, 应密切结合临床, 尽量避免误诊。病毒性脑炎常呈急性或亚急性起病, 主要临床表现为: 发热、头痛、精神异常、意识障碍、癫痫等, 脑脊液中蛋白及细胞均可增多, 经激素和抗病毒治疗后症状可消失。脑梗死患者常常年龄偏高, 有高血压病史, 起病急, 常有卒中的症状和体征。胶质瘤的主要临床特征是病情发展慢、病程长, 常见临床症状为头痛、呕吐、视乳头水肿、抽搐等, 脑脊液中细胞及蛋白多为正常。多发性硬化患者常常亚急性起病, 病程多波动, 常有自然缓解和复发^[5]。胶质瘤病 MR 及临床均难与病毒性脑炎鉴别, 谢淑萍等^[6]报道 5 例胶质瘤病 MR 均误诊为脑炎。胶质瘤病临床呈进行性发展趋势, 缺乏特征性体征, MR 上病变呈弥漫性浸润生长,

可累及额叶、顶叶、颞叶、枕叶、基底节、脑干及小脑, 占位效应不明显, 以邻近中线结构的弥漫性生长和胼胝体弥漫性肥厚为常见^[6]。胶质瘤病是肿瘤性病变, 目前无特殊有效的治疗方法, 病毒性脑炎经抗病毒治疗后复查可与胶质瘤病鉴别。

因此, 病毒性脑炎多数可由 MR 做出早期诊断, 单纯病毒性脑炎的 MR 具有特征性, FLAIR 序列常规应用在病毒性脑炎的显示和诊断中有十分重要的意义。部分病毒性脑炎的 MR 表现复杂, 应密切结合临床症状及脑脊液检查, 同时建议临床定期复查, 以尽量避免误诊。

参考文献:

- [1] 郭燕军, 徐忠宝. 病毒性脑炎的头颅 MRI 表现[J]. 临床神经病学杂志, 2000, 13(2): 96-97.
- [2] 陈坚, 陈刚. 假瘤型病毒性脑炎[J]. 临床神经病学杂志, 2001, 14(5): 301.
- [3] 罗敏, 肖家和. 病毒性脑炎的 CT 和 MRI 诊断(附 48 例报告)[J]. 临床放射学杂志, 2000, 19(3): 135-136.
- [4] 鱼搏浪, 王泽忠, 杨广夫, 等. 病毒性脑炎的 CT 和 MRI 诊断[J]. 中华放射学杂志, 1995, 29(12): 839.
- [5] 史玉泉. 实用神经病学[M]. 上海: 上海科学技术出版社, 1995. 398.
- [6] 谢淑萍, 李冬华, 曹家康, 等. 脑胶质瘤病的临床和 MRI 研究[J]. 中华放射学杂志, 2001, 35(4): 279-280.
- [7] White ML, Edwards-Brown MK. Fluid attenuated inversion recovery (FLAIR) MRI of herpes encephalitis[J]. JCAT, 1995, 19(3): 501.

(收稿日期: 2003-11-05 修回日期: 2004-01-20)

• 外刊摘要 •

腹腔镜阑尾切除术失败的 CT 预测

Bettina S, Vassilions R, Shiu-Inn L, et al

目的: 通过认识 CT 征象, 帮助预测经腹腔镜阑尾切除术的失败可能性及手术方式的转变。方法: 234 例患者均行术前的 CT 检查和经腹腔镜阑尾切除术, 其中有 26 例需转而行开放式阑尾切除术。手术方式的转变与以下 CT 表现有关: 阑尾的位置、阑尾结石、阑尾基底部盲肠壁的增厚、淋巴结肿大和阑尾的直径。炎症程度可分为 6 级标准: 0 级, 正常阑尾; 1 级, 可能异常的阑尾(直径达 6 mm 但无其它异常); 2 级, 异常阑尾(直径大于或等于 6 mm 并伴有管壁的强化); 3 级, 被脂肪包绕的异常阑尾; 4 级, 被脂肪和液体包绕的异常阑尾; 5 级, 炎性包块或脓肿。用 *t* 检验和 χ^2 检验进行统计学分析。结果: 虽然成功进行经腹腔镜阑尾切除术患者的阑尾直径(11.3 ± 3.5) mm 与需要手术方式转变患者的阑尾直径(12.9 ± 3.9) mm 有统计学上的显著

性差异, 但两者并无截然的分界。对五种 CT 征象进行评估发现, 任何一种征象均不能对改变而行开放式阑尾切除术提供有意义的预测。经 CT 检查确定炎症级别为 0~3 级的 164 例患者, 仅有 11 例(占 7%) 需要改变手术方式。然而炎症级别为 4 级或 5 级的 70 例患者就有 15 例(占 21%) 需要改变手术方式 ($P < 0.04$)。结论: 大多数阑尾炎患者可行经腹腔镜阑尾切除术治疗。然而, 经 CT 检查确定炎症级别为 4 级或 5 级的患者, 即有阑尾周围液体或炎性包块或脓肿形成者, 需转而行开放式阑尾切除术。

华中科技大学同济医学院附属同济医院 王娟译 周义成校
摘自 Radiology, 2003, 229(2): 415-420.