维普资讯 http://www.cqvip.com

第21卷 第4期 重庆医科大学学报 Vol.21 No.4
1996 ACTA UNIVERSITATIS SCIENTIAE MEDICINAE CHONGQING 1996

脚间窝征在蛛网膜下腔出血中的诊断价值

第一医院放射科CT室 文 明 吴景全 张克随 程耀炎 石 军

提 要 在1985年至1995年间，我院CT共检出125例蛛网膜下腔出血患者，其中脚间窝积血32例(25.6%)。文中探讨脚间窝征在蛛网膜下腔出血中的诊断价值，并作出鉴别诊断。

关键词 蛛网膜下腔出血;脚间窝
中图分类号 R814.4

脚间窝征是指蛛网膜下腔出血Subarachnoid Hemorrhage SAH)时，血液积于在脚间窝(Interpeduncular fossa IPF)，在CT上形成特征性倒三角形血液密度影[1]。IPF征作为单独的CT征象，报道较少，本文收集我院1985年1月至1995年3月的SAH病例，进行分析，探讨IPF征在SAH中的实用性。

1 资料和方法

SAH病例共125例，男74例，女51例，年龄8—72岁。42例经CT检查及腰穿证实，83例作过两次以上CT复查，其中40例加作血管造影，手术37例。

外伤性SAH41例，动脉瘤破裂24例，高血压动脉硬化引起15例，动静脉畸形出血8例，MoyaMoya氏病1例，另36例原因不明。

CT扫描采用岛津SCT-ION头颅机(二代CT)及SCT—3000TX全身扫描机(三代CT)，以OM线为基线，仰卧平扫，51例增强。全部病例首次扫描均在发病后24小时内，92.8%(116例)的病例在病后12小时内完成。

2 结 果

2.1 直接征象

根据隋氏[2]等的标准，本组CT上显示的出血高密度影分布在9个部位，按频度依次为后纵裂93例(74.4%)，外侧裂87例(69.6%)，鞍上池71例(56.8%)，环池64例(51.2%)，大脑镰旁脑沟12例(9.6%)，四叠体池8例(6.4%)，小脑上池1例(0.8%)(图1,2)。

2.2 伴随征象

2.2.1 脑积水:共16例，占12.8%。

2.2.2 局限性脑梗塞:2例，1例在左额叶，另1例在左顶枕叶。

2.2.3 脑内血肿:43例占34.4%，其中外伤性18例(图2)，动脉瘤破裂7例，高血压脑出血4例，MoyaMoyalt病1例，原因不明9例。

2.2.4 脑室内积血:21例，仅位于第四脑室5例、第三脑室及侧脑室内14例，全脑室3例。

2.2.5 脑疝:9例，其中病侧脑室受压、脉络丛钙化影前内方移位5例，另4例伴IPF变形或消失。

3 讨 论

IPF位于左右大脑脚之间，为基底池的一部分，呈倒三角形影、前方为鞍上池。扫描时若头为后伸位，CT上见到它组成六角形鞍上池的后角，内有基底动脉[3]。在各种原因发生的SAH中，由于CT扫描时病人均采取仰卧位，受重力影响，血液易积聚在IPF内，因此CT表现为底边向上顶向下的倒三角形

维普资讯 http://www.cqvip.com



图1 基底动脉瘤破裂引起SAH.CT上见双外侧裂、前纵裂、鞍上池、IPF及环池内积血.IPF内积血呈倒三角形高密度影



图2 外伤性SAH,CT显示右颞叶小血肿.伴右外侧裂及IPF内积血.

血液密度影[1]，与IPF形态一致，并可延伸达中脑边缘。

本文前纵裂积血达48.0%，后纵裂积血占74.4%，对这种大脑半球间的出血要区别是SAH抑或是硬膜下血肿。Yeakley[1]等发现，一半以上的病例单凭放射学标准无法区别，只有当"镰征"较宽且伴有镰旁脑沟内出血时，则为SAH较可靠的证据[1,4,6]。当然，若发现有IPF征，则对二者的鉴别有帮助，因为硬膜下血肿时IPF不会发生积血[1]。

由于CT为横断位扫描，对脑疝的诊断有一定困难，不如MRI直观、可靠[2,6]，若CT上显示IPF发生扭曲、变形或消失，需考虑有脑疝发生[1]。本文4例有上述表现，2例在手术时证实为天幕裂孔下疝。

另外，IPF征需与脑干损伤及基底动脉影加以区别。脑干损伤CT常表现为IPF消失，高分辨CT可显示脑干内小出血灶[5]；基底动脉横切面为点状影，多居正中部位，有时可偏一侧，边缘为脑脊液密度[1,3,6]。

本组病例有IPF征为25.6%，与Yeakley[1]等的报道有一定差别，我们认为这与下列几种因素有关。(1)CT机精良程度：本文二代CT机检查的53例中，IPF征只占12.2%(7例)，三代CT机检查72例，IPF征为34.7%(25例)，而分辨CT则可达62%[1]；(2)所选择病例的病因与出血量：例如基底动脉小动脉瘤破裂，血液可直接聚积于IPF，若其它部位出血量较大，血液才经脑脊液通路到达IPF[2,3,6]；(3)头部扫描位置：扫描时头部采用后伸位，易显示IPF层面，若头部前屈位，则显示为桥脑平面[3]，不能很好发现IPF。因此在分析SAH病例时，要考虑这些因素。

参考文献

1. Yeakley JW,et al.Radiology.1986.158:699
2. 隋邦森，等主编.磁共振诊断学.人民卫生出版社.北京.1994:316
3. 吴恩惠主编.头部CT诊学.人民卫生出版社，北京.1985:27
4. Dsborn AG,et al .Radiology,1980,134:421
5. 沈天真，等.主编.中枢神经系统计算机体层(CT)和磁共振成象(MRI).上海医科大学出版社，上海。1991:160

(收稿日期 1996－05－24)

(下转393页)