

胶质瘤可能性大。手术：肿瘤突破右颞侧硬膜，侵犯颞骨骨质，并与颞肌相粘连，肿瘤向后侵及岩骨、天幕，肿瘤血供来自颅底，血供非常丰富，肿块质韧，呈结节状与脑相粘连。病理诊断：后中颅凹血管外皮瘤（低度恶性）。

例2：女46岁，患者头晕50天，行走不稳20天，CT平扫左侧桥小脑脚区可见高密度病灶，直径3.5cm×2.2cm，边界清晰，左侧小脑半球、中角部位及桥脑左侧受压，增强扫描病灶明显强化，呈亚铃状。CT诊断：左桥小脑角脑膜瘤可能大，神经鞘瘤不排除。手术：左枕直切口，见肿瘤来源于天幕、岩骨尖，大小约3×2×2cm，边界清晰，血供一般，肿瘤质硬色白，可见结节。病理诊断：左CPA恶性血管外皮瘤。

讨论。血管外皮瘤是一种原发于血管源性肿瘤，非常少见，肿瘤起源于毛细血管外皮细胞，可发生于任何年龄，男女无差别，体内任何部位均可发生，占血管性肿瘤的1%^[1]。本组2例，一例位于中颅凹，一例位于CPA区，术前均误诊，一例误诊为胶质瘤，一

例误诊为脑膜瘤。回顾观察血管外皮瘤CT表现特点，二例位于脑外或涉及脑外，均表现为边界清晰的高密度影，呈分叶状，占位效应明显，但无明显瘤周水肿，靠近颅板可穿破骨质，使颅骨破坏，颅骨无增生性表现，增强扫描病灶明显均一强化^[1]。颅内血管外皮瘤应与星形胶质细胞瘤、脑膜瘤、转移瘤、淋巴瘤相鉴别。星形胶质细胞瘤，CT平扫呈低密度，可以发生囊变，伴有钙化，增强扫描没有血管外皮瘤明显。脑膜瘤，边界多光滑，分叶状少见，邻近骨质呈反应性增生。转移瘤多发生在灰白质交界部位，脑水肿明显，有原发肿瘤病史。淋巴瘤多位于脑组织深部。

参考文献

- 1 郭晓东，高元柱，曹丹庆，颅底椎管血管外皮细胞瘤的影像学表现，中国医学影像学技术，1994，10：222-223。
- 2 NICER百年纪念1995（纪念伦琴发现X线100周年），放射学教科书，I，219。

（收稿：1998-03-29）

双重脑中风的CT诊断

合肥市第二医院CT室（230011） 陈琪宝

双重脑中风又称混合性脑卒中，系指脑部不同部位同时或先后出现脑出血和脑梗塞两种病灶，它既不同于出血又不同于梗塞的一种特殊类型的中风，其临床、病理及治疗均与单独脑出血或单独脑梗塞不一样，国外尚无报道，国内专题报道甚少^[1-4]，随着CT机在脑血管病变方面的应用，双重脑中风日趋增多，我院自1991年8月CT开诊以来发现双重脑中风33例，占同期脑出血患者8.85%，现将其临床、CT资料初步分析报道，以提高对本病认识，为临床治疗提供可靠依据。

材料和方法。男性26例，女性7例，男女之比为3.7:1。年龄45-82岁，平均63.79岁，50-70岁24例，占69.96%，既往高血压史18例，风心病史1例。临床发病症状到CT检查时间为1小时-15天，其中1小时-2天为30例；临床表现不典型、无症状1例，头痛头晕7例，意识障碍6例，大小便失禁4例，中枢面瘫5例，外伤史2例，肢体偏瘫25例（73%）。

CT检查均在GE8800CT扫描机上进行，矩阵为320×320，以听眦线向上10mm为基线向颅侧扫描10-11层，层厚与层距为10mm。

结果。本组病例均进行了一次或多次CT扫描。33例CT所见既有高密度脑出血征象又有低密度脑梗塞

的征象。32例经治疗后好转出院，1例死亡。

1 脑出血：

1.1 直接征象：血肿总共33个。

1.1.1 部位：基底节区17个（51.52%），小脑2个（6.06%），丘脑9个（29.03%），颞顶叶1个（3.03%），额叶1个（3.03%），破入脑室3例，脑干血肿2例（6.06%）。

1.1.2 形态：肾形17个，类圆形16个。

1.1.3 大小：最大10.83×6×6cm，最小1.14×0.9×1cm。

1.1.4 密度：血肿密度均比脑实质高，CT值51-74Hu。

1.1.5 水肿：31个血肿周围均有低密度水肿区，其宽度0.2-0.5cm之间。

1.2 间接征象：20例患者均有不同程度占位效应，同侧脑室受压、变形、移位，中线结构局限性移位等。

1.3 其它：合并蛛网膜下腔出血1例，少量积血，见于纵裂，随诊复查完全吸收。

2 脑梗塞：

2.1 直接征象：低密度梗塞灶总共45个。

2.1.1 部位：基底节区37个（82.22%），丘脑4个（8.89%），小脑2个（4.44%），枕叶1个（2.22%），

额叶1个(2.22%),其中包括10例多发性脑梗塞。

2.1.2 形态:圆型34个,小片状11个。

2.1.3 大小:最大5.83×1.96×2cm,最小0.3×0.3×1cm。

2.1.4 密度:均比脑实质密度低,CT值13—25Hu。

3 分型:根据CT扫描所见可分三型。

3.1 脑出血与脑梗塞并存:总共27例(81.21%),其中10例(30.3%)脑出血并存多发性脑梗塞,脑出血与脑梗塞在同侧不在同一部位有3例;脑出血与脑梗塞不在同侧24例,经中性治疗后,血肿基本吸收,梗塞范围缩小而出院,1例死亡。

3.2 陈旧性脑梗塞合并脑出血:共计5例,脑梗塞后出现脑出血间隔时间长短不一,其中最一例脑梗塞后五年并发脑出血,同时伴蛛网膜下腔出血,最短的一例多发性脑梗塞5个月后并发基底节区出血。首次扫描出现梗塞灶至脑出血平均间隔时间为16.2月。

3.3 陈旧性脑出血合并脑梗塞:1例,首次扫描右基底节脑出血间隔6年后出现左丘脑梗塞。

4 其它:本组33例双重脑中风中,有4例脑皮质萎缩,3例脑白质萎缩,2例全脑萎缩,另3例合并皮质下动脉硬化型脑病。

讨 论

1 双重脑中风是一种常见的特殊类型中风,发病率约占1.34%—10.67%^[1,2]不等,本文资料表明双重中风多见于50—70岁男性患者72.72%(24/33),长期高血压病史54.55%(18/33),占同期脑出血8.85%,与文献报道大致相同,其临床表现不典型,73%患者常以肢体偏瘫就诊,仅靠临床表现难以作出双重脑中风的正确诊断。笔者认为凡疑有脑血管疾病患者在条件许可情况下,首选CT扫描检查确诊双重中风具有重大价值,为临床治疗提供可靠依据。

2 双重脑中风是近年国内学者首先提出一种新型特殊类型脑血管疾病,自1988年国内黄如训首次报告4例后,先后陆续均有报道,发病率日趋增高,但本病发生机制尚不明,根据本文资料表明临床多见高龄,长期高血压患者,CT扫描所见到脑血肿部位51.52%发生在基底节区,血肿形态肾形、类圆形多见,出血灶以大灶性出血居多,最大10.83×6×6cm故从临床及血肿部位、形态证明主要是小穿支动脉变性坏死形成微型动脉瘤,血压升高,微型动脉瘤破裂是引起大灶性脑出血常见原因^[3],脑梗塞82.2%亦同样发生在基底节区,梗塞形态呈圆形、小片状,以腔隙性梗塞居多,Fisher^[4]病理研究证实,腔隙性脑梗塞是脑深部

穿支动脉闭塞所致脑出血的原因,另外大量脑出血后,可使小动脉处于痉挛状态,其发生率为20%—30%,痉挛小动脉远端的脑组织会发生缺血性软化。另外脑出血释放出神经递质如5-羟色胺、儿茶酚胺、组织胺、血管紧张素、凝血活素等,也可使小动脉长时间痉挛,从而导致脑梗塞,这也就解释为何同一病人可产生脑出血和脑梗塞二种不同性质病灶的病理机制之原因。

3 国内报道双重脑中风的分型方法不一,黄如训分二型即出血——梗塞型和梗塞——出血型,唐桂华等分三型即梗塞——出血型、出血——梗塞型及蛛网膜下腔出血——梗塞型;而李杨彬等分出血梗塞并存、出血继发梗塞和梗塞继发出血三型,笔者认为后者分型似乎比前二者更为确切适用,但笔者与其不同的是陈旧性脑出血合并动脉狭窄和陈旧性脑梗塞合并脑出血患者两种病灶,先后出现间隔时间较长,本文资料陈旧性脑梗塞合并脑出血有5例,其首次出现梗塞到出血先后间隔时间5个月—2年,而陈旧性脑出血并梗塞有1例,其首次出现出血到梗塞先后间隔时间6年,这6例患者均无高血压病史,经治疗后痊愈出院,预后较佳,笔者认为陈旧性脑出血合并脑梗塞和陈旧性脑梗塞合并脑出血则是动脉粥样硬化导致上述二型双重脑中风的主要原因。

4 双重脑中风是近年逐渐被认识的脑血管疾病,须与脑动脉瘤破裂出血后并发血管痉挛产生脑梗塞相鉴别,同时也须与脑动脉畸形破裂出血合并梗塞及其出血性脑梗塞相鉴别,若鉴别有困难者可做脑血管造影检查进一步确诊。

参 考 文 献

- 1 黄如训. 脑出血合并脑梗塞, 中国神经精神疾病杂志, 1988, 14: 195.
- 2 李杨彬, 杨宏, 朱建坤等. 混合性中风的CT表现及诊断, 临床放射学杂志, 1993, 12: 14.
- 3 唐桂华, 王晓霖, 武爱云. 混合性脑卒中122例分析, 中华神经精神科杂志, 1993, 26: 338.
- 4 毛振邦, 王思明. 混合型脑卒中16例CT与临床, 临床神经病学杂志, 1990, 3: 27.
- 5 沈天真, 陈星荣主编. 中枢神经系统计算机断层摄影(CT)和磁共振成像(MRI), 上海医科大学出版社, 1992: 144.
- 6 隋邦森, 吴恩惠, 陈雁冰主编. 磁共振诊断学, 人民卫生出版社, 1992: 308.

(收稿: 1998-03-29)