

总住院日期,降低病死率,减少耐药菌及二重感染的发生率,值得在临床推广应用。

参考文献

- [1] 郝振华. 老年性肺炎 60 例临床分析[J]. 临床探讨, 2009, 47(25):163-164.
- [2] 陈文彬. 重症肺炎初期经验治疗的抗生素选择及降阶梯疗法策略[J]. 新医学, 2002, 33(7):390-391.
- [3] 中华医学会呼吸病学分会. 社区获得性肺炎诊断和治疗指南[J]. 中华结核和呼吸杂志, 2006, 29(10):651-655.
- [4] Marcos I, Eric M, Jose A, et al. A comparative study of community-acquired pneumonia patients admitted to the ward and the ICU[J]. Chest, 2008, 133(3):610-617.
- [5] American Thoracic Society, Infectious Diseases Society of America. Guidelines for the management of adults with hospital-acquired, ventilator-associated, and healthcare-associated pneumonia[J]. Am J Respir Crit Care Med, 2005, 171(4):388-416.
- [6] Ben-David D, Rubinstein E. Appropriate use of antibiotics for respiratory infections; review of recent statements and position papers[J]. Curr Opin Infect Dis, 2002, 15(2):151-156.
- [7] Colodner R, Rock W, Chazan B, et al. Risk factors for the development of extended-spectrum beta-lactamase-producing bacteria in nonhospitalized patients[J]. Eur J Clin Microbiol Infect Dis, 2004, 23(3):163-167.
- [8] 沈洪. 急诊危重病合并感染的降阶梯治疗策略[J]. 中国

危重病急救医学, 2002, 14(8):451-452.

- [9] 温海鸿, 李庆忠. PICU 中应用抗生素治疗新进展——降阶梯疗法[J]. 海南医学, 2004, 15(6):105-106.
- [10] Liu W, Kato M, Akhand A, et al. 4-Hydroxynonenal induces acellular redox status-related activation of the caspase cascade for apoptotic cell death[J]. J Cell Sci, 2000, 113(4):635-641.
- [11] Leone M, Garcin F, Bouvenot J, et al. Ventilator-associated pneumonia; breaking the vicious circle of antibiotic overuse[J]. Crit Care Med, 2007, 35(2):379-385.
- [12] Bodí M, Ardanuy C, Olona M, et al. Therapy of ventilator-associated pneumonia; the Tarragona strategy[J]. Clin Microbiol Infect, 2001, 7(1):32-33.
- [13] Ibrahim EH, Sherman G, Ward S, et al. The influence of inadequate antimicrobial treatment of bloodstream infections on patient outcomes in ICU setting[J]. Chest, 2000, 118(1):146.
- [14] 刘大为. 实用重症医学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2010:817-823.
- [15] Hartwig W, Werner J, Müller CA, et al. Surgical management of severe pancreatitis including sterile necrosis[J]. J Hepatobiliary Pancreat Surg, 2002, 9(4):429-435.
- [16] 高花兰. 老年性肺炎如何使用抗生素[J]. 药物与人, 2008, 21(4):21.

(收稿日期:2013-01-16 修回日期:2013-03-18)

• 临床研究 •

深度探讨硬脑膜炎和硬脊膜炎的磁共振成像表现

朱 峰, 董险峰, 张振明, 张海燕, 张丽艳, 张玉玲, 高志刚(河北省唐山市滦县人民医院影像科 063700)

【摘要】 目的 探讨硬脑膜炎和硬脊膜炎的磁共振成像(MRI)表现。**方法** 回顾性分析 15 例硬脑膜炎患者和 15 例硬脊膜炎患者的临床资料, 两组患者均经 MRI 检查, 总结两组患者的 MRI 特点。**结果** 硬脊膜炎 MRI 表现为硬脊膜增厚, T1WI 及 T2WI 上均呈低信号, 横轴上呈不规则新月形。硬脑膜炎可见沿颅顶或颅底之颅板下方以及小脑幕、大脑镰分布的硬脑膜局部或弥散性增厚, 形状多呈条带状或斑块状, T1WI 及 T2WI 上均呈低信号。**结论** 硬脑膜炎和硬脊膜炎各自的 MRI 表现不同, 各自有典型的影像学表现, 结合临床资料可以做出较明确诊断。

【关键词】 硬脑膜炎; 硬脊膜炎; 磁共振成像表现; 影像学

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.15.037 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)15-1992-02

硬膜炎是一种较罕见的疾病, 临床诊断较困难, 但其影像学表现有一定特征性。硬脑膜炎和硬脊膜炎都属于硬膜炎, 各自都具有自己典型的影像学特点。为提高临床上对硬脑膜炎和硬脊膜炎的鉴别, 现回顾性分析本院 2002 年 3 月至 2010 年 8 月收治的 15 例硬脑膜炎和 15 例硬脊膜炎患者磁共振成像(MRI)影像学资料, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 15 例肥厚性硬脊膜炎患者, 其中男 11 例, 女 4 例; 年龄 21~52 岁, 平均(38.5±18.2)岁; 12 例病情缓慢进展, 3 例急性发作。15 例肥厚性硬脑膜炎患者, 其中男 8 例, 女 7 例; 年龄 22~59 岁, 平均(37.2±12.7)岁; 13 例病情缓慢进展, 2 例呈急性发作。

1.2 诊断方法 两组患者均经 MRI 检查, MRI 采用东芝公司生产的 TOSHIBA 0.5T 超导型全身磁共振扫描机。头颅横断位和冠状位扫描行 MRI 及 MR 扩散加权成像(DWI); DWI 采用 SE 序列的回波平面成像, TR 2000 ms, TE 73 ms, NSA 2 次。矢状位: SE, T1WI: TR 400 ms, TE 8 ms; 在横断面扫描, 层厚 6.0 mm, 间距 0.6 mm, 层数 20, 扫描矩阵为 179×256, 视野 21 cm×21 cm。对进行快速矢状面自旋回波序列 T2WI (TR 4000 ms, TE 112 ms)、横断面行 T1WI、T2WI 成像, 矩阵为 256×256, 层距为 0.5 mm, 层厚 3.0 mm。

2 结果

2.1 硬脑膜炎 MRI 表现特点 硬脑膜炎可见沿颅顶或颅底之颅板下方以及小脑幕、大脑镰分布的硬脑膜局部或弥散性增

厚,本组弥散性 9 例,局限性 6 例。位于鞍旁海绵窦区 7 例,小脑幕 6 例,中颅窝底、大脑凸面各 4 例,累及大脑镰 3 例。形状多呈条带状或斑块状,T1W1 及 T2W1 上均呈低信号。增强后增厚的硬脑膜明显强化。

2.2 硬脊膜炎 MRI 表现特点 硬脊膜炎 MRI 表现为硬脊膜增厚,位于椎管背侧,呈不规则新月形,密度较均匀,类似于黄韧带,二者界限不清,增厚硬脊膜位于椎管左侧(长箭),硬脊膜外脂肪组织增多;T1W1 及 T2W1 上均呈低信号,横轴上呈不规则新月形。C2~T4 水平 T1W1 及 T2W1 上均呈低信号,硬脊膜增厚(长箭)。T2~T4 水平硬脊膜硬膜囊受压、变细,外脂肪组织增多(短箭);T10~S2,水平硬脊膜增厚,T1W1 及 T2W1 上均呈低信号,硬膜囊略受压。

3 讨 论

肥厚性硬膜炎是中枢神经系统一种少见的硬膜弥散性炎性反应致其组织肥厚的疾病,主要表现为脊髓和神经根受压的症状,该病病因不明,致瘫率高,病程缓慢,临床表现复杂,临床特征和实验室检查无特异性,临床诊断较困难,容易误诊^[1]。尽管该病的诊断“金标准”应是肥厚的硬膜活检病理诊断,但随着 MRI、CT 技术的进步,其神经影像学表现有一定特征性,影像医生及临床医生对该病认识的提高,均给该病的确诊提供了支持。MRI 由于具有多轴位成像、高软组织分辨率及无颅底区骨伪影等优势^[2],不仅具有较高的软组织分辨率,而且可进行多方位扫描,比 CT 能更好地显示颅底区结构。硬脊膜炎的发病机制尚不明确,可能是一种自身免疫性疾病。硬脊膜炎好发部位为颈椎和胸椎,但也可见于脊柱的其他部位,多见于成年人,儿童较少见。有研究显示若 MRI 有脊神经根或多个水平的脊髓压迫,仅表现为硬脊膜增厚而在 X 线片上无骨质的改变,应高度怀疑^[3]为脊膜炎。本研究结果显示,硬脊膜炎 MRI 的表现为硬脊膜增厚,平扫可见受累硬脊膜不均匀增厚,T1W1 及 T2W1 上均呈低信号。横轴上呈不规则新月形,蛛网膜下腔变窄。相邻脊髓受压变细,T2W1 上可见片状高信号。

硬脑膜炎的病因和发病机制也尚未十分明确,可发生于任何年龄组,50~60 岁好发,其临床表现因发生部位不同而各异。硬脑膜炎实验室检查无特异性,可见自身抗体如抗核抗体、抗 dsDNA 抗体等升高^[4-6]。有报道认为,硬脑膜炎是一种非特异性硬脑膜慢性进行性炎性反应。MRI 可见硬脑膜局部或弥散性肥厚,病变在 T1、T2 加权像呈低信号或等信号,增强

扫描可见强化,在 T1 像更明显,强化影与纤维组织的增生及炎性反应有关。若为局部硬脑膜肥厚,有时可出现硬膜嵴及病灶周围脑组织水肿^[7-10]。本研究结果显示硬脑膜炎可见沿颅顶或颅底之颅板下方以及小脑幕、大脑镰分布的硬脑膜局部或弥散性增厚,形状多呈条带状或斑块状,T1W1 及 T2W1 上均呈低信号。综上所述,硬脑膜炎和硬脊膜炎各自的 MRI 表现不同,各自有典型的影像学表现,结合临床资料可以做出较明确诊断。

参考文献

[1] 上官景俊,苏衍峰,刘吉华. 肥厚性硬脊膜炎的影像学表现(附 2 例报告)[J]. 实用放射学杂志,2006,22(2):154-157.

[2] 张忻宇,隋庆兰. 耳源性肥厚性硬脑膜炎的临床表现和 CT、MRI 特点[J]. 中国医学影像技术,2007,23(3):370-373.

[3] 张忻宇. 耳源性肥厚性硬脑膜炎的 CT、MRI 诊断[J]. 中华放射学杂志,2007,41(7):769-770.

[4] 曲红丽,林青,鲁丛霞,等. 肥厚性硬膜炎诊断初探[J]. 脑与神经疾病杂志,2005,13(1):55-56.

[5] 曹代荣,慕容慎行,倪希和,等. 肥厚性硬脑膜炎 12 例临床表现和影像特征[J]. 中华神经科杂志,2005,38(3):171-174.

[6] 杨任民,石元洪,胡纪源. 以癫痫发作为首发症状的肥厚性硬脑膜炎 1 例[J]. 中国临床神经科学,2003,23(1):57-59.

[7] 王志红,郭力,齐铭润. 特发性肥厚性硬脑膜炎[J]. 脑与神经疾病杂志,2003,12(5):79-87.

[8] 李书剑,赵国华,方佳,等. 3 例肥厚性硬脑膜炎临床、病理和影像学研究[J]. 卒中与神经疾病,2007,13(1):53-56.

[9] 陈冰,杨晓苏,张丽芳,等. 肥厚性硬脑膜炎的临床、影像学及病理学特征(附 1 例报告)[J]. 临床神经病学杂志,2008,24(1):70-71.

[10] 万慧,张玉生,洪道俊,等. 肥厚性硬脑膜炎 3 例报告[J]. 江西医药,2005,34(12):825-826.

(收稿日期:2012-12-17 修回日期:2013-03-28)

• 临床研究 •

高血压脑出血患者的临床分析

何瑞深,王锡铭,魏建功(广东省深圳市宝安区沙井人民医院 518104)

【摘要】 目的 分析探讨高血压脑出血患者的临床症状、治疗过程中的注意事项和手术治疗措施,有效提高患者预后生存质量。**方法** 对广东省深圳市宝安区沙井人民医院 2009 年 11 月至 2010 年 11 月期间收治的 89 例高血压脑出血患者的临床资料进行回顾性分析。**结果** 本组患者保守治疗 32 例,手术治疗 57 例,其中微创组 26 例,小骨窗组 18 例,去骨瓣组 13 例。术后随访 6 个月,随访 84 例,失访 5 例。应用格拉斯哥昏迷评分法评判预后标准,良好 17 例,轻残 31 例,重残 21 例,植物生存 7 例,死亡 13 例。**结论** 高血压脑出血患者治疗的关键在于早期解除脑部受压,掌握手术适应征和选择最佳的手术时机、手术方式,对改善和提高患者预后至关重要。

【关键词】 高血压; 脑出血; 临床治疗分析

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.15.038 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)15-1993-02

急性高血压脑出血是危害人类健康的三大疾病之一,多见于 50~60 岁以上老年人。资料显示,高血压脑出血患者发病