诊误治,延误病情,影响疗效。有以下情况者应考虑本病:(1)集体进食后发病且都有口唇甲床紫绀;(2)紫绀与呼吸困难不成比例;(3)尿亚硝酸盐阳性;(4)急性发绀氧疗无效;(5)可进一步作高铁血红蛋白鉴定试验,取静脉血 5 ml 在空气中停留 15 min,如始终呈深棕色^[3],即可诊断为亚硝酸盐中毒。

3.3 美蓝是亚硝酸盐中毒的特效解毒剂,具有药源足、经济、安全、疗效明显的特点。将高铁血红蛋白还原为氧合血红蛋白。在还原反应中,美蓝通过传递氢离子起到解毒作用,它依赖于戊糖旁路代谢中的还原型辅酶 II 提供氢离子,因此使用美蓝应小剂量,用量为 1~2 mg/kg^[4]。美蓝完全排泄需要 3~5 d,应避免反复大量应用导致体内蓄积中毒。快速大剂量美蓝则成氧化剂,使血红蛋白氧化成高铁血红蛋白。美蓝注射过快还可出现恶心、呕吐和腹痛等不良反应,故本组患者采用静脉滴注。大剂量维生素 C 将高铁血红蛋白还原为亚铁血红蛋白,但疗效不及美蓝迅速彻底,可作为辅助用药。葡萄糖在体内氧化过程可提供血红蛋白还原过程中需要的还原型辅酶 II,而起辅助治疗作用^[5]。

3.4 目前,亚硝酸盐仍被应用于食品加工工艺中。此外,蔬菜加工或存放不当亦会产生亚硝酸盐。因此,亚硝酸盐中毒应引起临床医生的高度重视。患者及时就诊,临床医生快速有效的诊断治疗,是本组患者救治成功的关键。为了预防亚硝酸盐中毒的发生,建议分装亚硝酸盐容器应有鲜明的标志;严禁当食盐使用;加强对饮食业滥用亚硝酸盐的管理。

参考文献

- 1 贾博琦,鲁云兰,主编.现代临床实用药物手册[M](第2版).北京:北京医科大学出版社,2001:852.
 - 2 沈 婕,王林萍.急性亚硝酸盐中毒 76 例临床分析[J].现代中西医结合杂志,2007,16(12):1668.
 - 3 李 洪.急性亚硝酸盐中毒 50 例的救治分析[J].中国现代药物应用,2008,2(15):76.
 - 4 蒋兴华,王旭东.群体急性亚硝酸盐中毒 30 例分析[J].中国误诊学杂志,2008,8(18):4492-4493.
 - 5 倪笑媚,王益群,陆 红,等.急性亚硝酸盐中毒 23 例临床分析[J].实用中西医结合临床,2008,8(2):50-51.
- [收稿日期 2010-03-05][本文编辑 宋卓孙 韦 颖(见习)]

经验交流

双极电凝钳与电凝钩配合施行腹腔镜胆囊切除 32 例临床分析

张良清, 高海鸿, 吴浩源

作者单位: 535300 广西,浦北县中医院

作者简介: 张良清(1968-),男,大学本科,医学学士,主治医师,研究方向:普通外科疾病诊治,普通外科腹腔镜技术。E-mail:zlg7329@yeah.net

[摘要] **目的** 总结双极电凝钳与电凝钩配合施行腹腔镜胆囊切除术(LC)的操作方法与临床效果。**方法** 先用双极电凝钳凝闭胆囊动脉,后用电凝钩切断,术野出血点用双极电凝钳电凝止血;其他步骤基本同常规 LC。**结果** 全组 32 例均痊愈出院;术后平均住院时间 3.5 d,平均手术时间 55 min,术中平均出血量 4.5 ml;无术后腹腔出血、胆漏、戳孔感染等并发症,无中转开腹病例。**结论** 双极电凝钳配合电凝钩施行腹腔镜胆囊切除术操作简单,止血效果好,安全可行。

[关键词] 双极电凝钳; 电凝钩; 腹腔镜胆囊切除术

[中图分类号] R 657.4 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2010)07-0673-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.07.30

Application of bipolar coagulation forceps and electrocoagulation hook in laparoscopic cholecystectomy: analysis of 32 cases ZHANG Liang-qing, GAO Hai-hong, WU Hao-yuan. Pubei County Chinese Medicine Hospital, Guangxi 535300, China

[Abstract] **Objective** To summarize the methods and clinical effect of the application of the bipolar coagulation forceps and electrocoagulation hook in laparoscopic cholecystectomy (LC). **Methods** First the cystic artery was coagulated and closed by bipolar electrocoagulation forceps, then was cut off by the electricity coagulation hook.

The surgical field bleeding points was coagulated with bipolar electrocoagulation forceps to stop bleeding. Other surgical steps were basically the same as conventional LC. **Results** In this group, 32 cases were cured and discharged from hospital. The mean hospital stay was 3.5 d; the average operative time was 55min; the average intraoperative bleeding volume 4.5 ml. There were no postoperative intra-abdominal hemorrhage, bile leakage, poke holes infections and other complications. No case was of transferred to laparotomy. **Conclusion** Application of bipolar coagulation forceps and electrocautery hook in laparoscopic cholecystectomy had the advantages of simple operation, good hemostatic effect, security and feasibility.

[Key words] Bipolar coagulation forceps; Electrocoagulation hook; Laparoscopic cholecystectomy

胆囊结石、胆囊息肉是常见病,目前治疗方法主要是行胆囊切除。胆囊切除术式主要有三种:传统胆囊切除术、小切口胆囊切除术、腹腔镜胆囊切除术(LC)。由于LC具有微创、术后恢复快、并发症少等优点,已成为治疗胆囊良性疾病的金标准。LC术中切割止血主要器械有:超声刀、电凝钩、双极电凝钳等,但超声刀要收取昂贵的费用,基层经济困难病人难以接受,我院于2009-03~2009-12应用双极电凝钳与电凝钩配合施行腹腔镜胆囊切除术32例,疗效满意,现报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组32例,男13例,女19例;年龄15~78岁,平均43岁。胆囊结石并慢性胆囊炎25例,其中多发结石17例,单发结石8例;胆囊息肉7例,其中多发性胆囊息肉4例,单发胆囊息肉(直径均>0.8cm)3例,术后病理为炎性息肉5例,腺瘤性息肉2例。所有病例均有右上腹部疼痛发作史,术前均经B超或CT诊断为胆囊结石或胆囊息肉。

1.2 手术方法 基本步骤同常规LC,采用四孔法,脐下缘1cm切口置入Trocar作观察孔,探查了解腹腔粘连、胆总管、胆囊三角情况。有粘连者先用电凝钩作粘连松解。提起胆囊颈部,用电凝钩在胆囊颈部稍左侧凝切一小口,电凝钩分离,显露胆囊管、胆囊动脉。距胆总管0.5cm处用塑料夹夹闭胆囊管,近胆囊颈侧上钛夹后在塑料夹与钛夹间切断胆囊管。胆囊动脉直接用双极电凝钳(接双极电凝器)夹住凝闭约1cm,再用电凝钩(接单极高频电刀)切断;找不到胆囊动脉时,双极电凝钳贴近胆囊壁夹凝少许组织后,电凝钩勾起切开。逆行或顺行用电凝钩将胆囊从胆囊床上剥离。术野出血点双极电凝钳轻夹凝闭止血。胆囊取出后先估算术中出血量,再根据具体情况是否冲洗创面及放置引流。术中无需用吸引器吸引积血,所有病例术中均不使用绵纱及其他材料抹血。

2 结果

32例患者均痊愈出院。术后住院时间3~7d,平均3.5d;手术时间30~85min,平均55min;术中出血量2~18ml,平均4.5ml;术中放置胶管引流2例,术后第一天引出20~30ml淡红色液,术后第二天无液体引出,两例患者均在术后第二天拔除引流管。所有病例术后48h内肛门排气,无术后腹腔出血、胆漏、戳孔感染、腹腔脓肿等并发症,无中转开腹病例。术后随访1~3个月,恢复良好。

3 讨论

胆囊结石、胆囊息肉是常见病,常合并胆囊炎而反复出现腹痛、发热等症状,目前治疗方法主要是行胆囊切除。胆囊切除术式主要有三种:传统胆囊切除术、小切口胆囊切除术、腹腔镜胆囊切除术(LC)。由于LC具有微创、术后恢复快、并发症少等优点,已成为治疗胆囊良性疾病的金标准^[1]。LC术中有效止血是手术成功的前提。LC术中常用的切割止血器械有超声刀、电凝钩(接单极高频电刀)、双极电凝钳(双极电凝器)等。超声刀能切开和凝固实质性组织和结缔组织,其优越性主要在于切割精度,凝血可控制,极少有烟雾和焦痂^[2]。但使用超声刀要增加1000多元的费用。单极电凝的工作原理是单极电刀的高频电流通过电刀头、人体组织和患者极板构成一个完整的回路,电凝时使组织细胞迅速脱水、凝固,达到止血目的。其优点是操作简单、省时、经济。缺点是:热损伤大,损伤周围组织可达15mm;止血效果较差,易发生电损伤,不宜用于较精细的手术。仅用单极电凝处理胆囊动脉难于达到有效止血的目的。双极电凝是通过双极电凝钳的两侧钳端向机体组织提供高频电能,使双极电凝钳两端之间的血管脱水而凝固,达到止血的目的。它的作用范围只限于电凝钳两端之间,对机体组织的损伤程度和影响范围远比单极高频电凝要小得多,止血效果较单极电凝好,适用于对小血管(直径<3mm)的封闭。笔者在临床中观察到,胆囊动脉一般<3mm,有时仅能看到数条微小分支,双极电凝钳足以将其凝闭而切断时不致出血。梅杰等在562例普外科手术(包括307例胆囊切除术)中用双极电凝器进行止血操作,均获成功,无一例发生因用双极电凝而造成的术后大出血^[3]。单极电凝切割效果好,止血效果欠佳;双极电凝止血效果好,切割效果差。笔者将两者结合用于腹腔镜胆囊切除术,利用各自优点,操作中根据切割或止血的不同需要,相互替换使用。在处理胆囊动脉时先用双极电凝钳凝闭,再用电凝钩切断,几乎达到术中无血的目的,而且不需用钛夹、塑料夹或结扎胆囊动脉,术野活动性渗血经双极电凝钳处理也很快止血。该方法操作简便,止血效果好,安全可靠,而且手术耗时不多,节约了使用超声刀增加的费用;不足之处是术中烟雾较多,但术中适当放气可减少烟雾,恢复术野清晰度。

参考文献

- 1 王庆,秦明放,勾承月. 万例腹腔镜胆囊切除术中转开腹原因分

- 析(附156例报告)[J]. 中国微创外科杂志, 2003, 3(6): 488 - 489.
- 2 全志伟, 田志杰. 外科止血技术的变迁及进展[J]. 中国实用外科杂志, 2005, 25(1): 22 - 23.
- 3 梅杰, 张光辉, 褚皓, 等. 双极电凝器在普外科手术中的应用[J]. 腹部外科, 2002, 15(2): 118 - 119.
- [收稿日期 2010-03-18][本文编辑 刘京虹 韦颖(见习)]

经验交流

脑膜瘤磁共振成像诊断和相关病理

蓝莉, 归云荣, 谢家良, 归俊, 马春艳, 利文倩

作者单位: 535000 广西, 钦州市第二人民医院

作者简介: 蓝莉(1969-), 女, 大学本科, 医学学士, 主治医师, 研究方向: 颅脑病变病理诊断。E-mail: eyblk2010@163.com

[摘要] 目的 探讨脑膜瘤磁共振成像表现特点及其相关病理类型。方法 回顾性分析 38 例经手术病理证实的脑膜瘤 MRI 表现, 从其信号特点、肿瘤-脑组织界面、瘤周水肿、脑膜尾征、病灶增强后 MRI 信号均匀度等方面进行归纳、分析, 并对照观察相关病理学资料。结果 脑膜瘤绝大多数 T₁WI 呈等信号, T₂WI 呈稍高信号和混杂信号, 脑膜尾征具有诊断价值。结论 脑膜瘤 MRI 征象有较高的敏感性和特征性, 绝大多数能在术前作出正确诊断。

[关键词] 脑膜瘤; 磁共振成像; 脑膜尾征

[中图分类号] R 739.41 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2010)07-0675-04

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2010.07.31

MRI diagnosis of meningioma and related pathology LAN Li, GUI Yun-rong, XIE Jia-liang, et al. Department of Radiology, the Second People's Hospital of Qinzhou, Guangxi 535000, China

[Abstract] **Objective** To assess the correlation between the MRI features of meningioma and related pathology. **Methods** Thirty-eight cases of meningioma confirmed by surgery and pathology were reviewed, and their MRI features of the meningioma and histological type were analyzed, including the signal appearance of the tumor, tumor-brain interface status, peritumorous edema, tail sign, and the signal uniformity after enhance. **Results** MRI signal features of meningioma included low SI on T₁W images, high and mixed SI on T₂W images, and there was diagnostic values of tail sign. **Conclusion** The MRI features of meningiomas have high sensitivity and characteristic feature, and most of meningiomas could be diagnosed before operation according to MRI features.

[Key words] Meningioma; Magnetic resonance imaging; Tail sign

脑膜瘤是常见的颅内脑外良性肿瘤, 其发病率占颅内肿瘤的 13% ~ 26%, 好发于大脑凸面和中线大脑镰旁, 另外小脑幕附近、嗅沟、鞍旁及蝶骨嵴、岩骨嵴均可发生^[1,2]。本文回顾性分析本院 2004-06 ~ 2009-06 经手术病理证实为脑膜瘤的 38 例磁共振成像图像信号特点及其病理类型, 旨在提高脑膜瘤的诊断水平, 为选择合理的治疗方案提供帮助。

1 资料与方法

1.1 临床资料 收集本院 2004-06 ~ 2009-06 经手术病理证实为脑膜瘤的患者 38 例, 其中男 11 例, 女 27 例, 年龄 13 ~ 76 岁, 平均 49 岁。病程 6 个月 ~ 5 年不等。临床主要表现为头痛、头晕、记忆力减退, 视觉障碍, 部分患者有恶心、呕吐等症状。

1.2 MRI 检查方法 全部病例均行平扫和增强扫描检查。使用 Siemens NOVUS 0.35T C 型开放式永磁 MRI 扫描仪。采用头部线圈, 行自旋回波(SE)、T₁WI 轴位、矢状位、冠状位扫描; 快速自旋回波(TSE)、T₂WI 轴位、矢状位扫描, 液体衰减反转恢复序列成像 (FLAIR) 轴位扫描。层厚为 5 ~ 6 mm, 间隔 1 ~ 1.5 mm。所有序列横断面扫描时层面一致。对比剂 Gd-DTPA 注射量为 0.1 mmol/kg, 流速为 3 ml/s。静注后, 作横断面、矢状面和冠状位 T₁WI 增强扫描。

1.3 观察分析项目 信号以与脑灰质接近为等信号, 从其信号特点、肿瘤-脑组织界面、瘤周水肿、脑膜尾征以及病灶增强后 MRI 信号均匀度等方面进行观察、记录、分析。

2 结果

2.1 肿瘤部位 38 例患者中, 34 例为单发, 3 例为颅内多