维普资讯 http://www.cqvip.com

原发性恶性肿瘤的3%～4%[1]，占第四位。脊索瘤可发生于任何年龄阶段，随年龄增长发病率上升，发病年龄峰值在40～60岁。脊索瘤几乎全部累及中轴骨，绝大多数发生在骶尾部(50%)和颅底部(35%～40%)，其余病例可发生在脊柱的其它部位。脊索瘤的直径从1～10 cm不等，绝大多数病例肿块直径在2～5 cm，肿瘤质软、灰褐色，胶冻样多小叶的肿块，分界清楚，并有假包膜，在镜下则由大的空泡化的黏液细胞-液滴细胞组成。另外，脊索瘤中可有坏死区、出血灶和钙化灶。脊索瘤的MR扫描一般应用冠状位、矢状位及横断面。这些可综合显示病灶中心部位、边缘、骨质改变以及显示肿瘤在颅内侵犯的范围和程度。脊索瘤的低场MRI表现与中、高场MRI表现的不同之处为：二者的T_1WI信号表现相似，但在T_2WI时，中、高场MRI表现为高信号，而低场MRI则表现为稍高信号，与皮下脂肪的信号相似，内可杂有散在的小斑状高信号区。增强扫描低场MRI与中、高场MRI的信号表现相似，均表现为中度至重度不均匀强化，但当脊索瘤内有坏死或大量黏液物质时，偶可表现为轻度强化或不强化。

二、颅底脊索瘤的鉴别诊断

一般须与垂体瘤、鼻咽癌鉴别。鞍区巨大肿块伴有明显骨破坏时，注意辨认正常垂体组织是否存在，有助于鉴别肿瘤是否起源于垂体。另外，还应观察斜坡骨质的信号变化。鼻咽癌颅内侵犯，多表现为颅底骨质破坏，尤其斜坡与蝶窦，但肿块主要位于鼻咽腔有助于与脊索瘤鉴别。此外，还应与脑膜瘤、软骨瘤相鉴别。有的学者通过颅底脊索瘤的动态MRI研究，发现其表现为缓慢持续强化，动态MRI信号呈曲线分上升期、平台期和消退期。上升期平均27 min，平均强化速率10；平台期持续时间平均50 min；消退期下降缓慢，平均速率1.5。脊索瘤缓慢强化主要与肿瘤血供不丰富有关，而持续强化则可能与脊索瘤细胞或细胞间质的粘蛋白具有吸附Gd-DTPA分子特性有关。因此，动态MRI不仅能反映肿瘤的灌注情况，并可反映肿瘤的生物学特点，具有鉴别诊断价值[2,3]。

小结：低场MRI T_2WI呈稍高信号是其表现特点，经观察其诊断价值与中、高场强MRI无明显差异。

参 考 文 献

1. Weber AL, Brown EN, Hug EB, et al. cartilaginous tumors and chordomas of the cranial base. Otolaryngol Clin North Am, 1995, 28(3): 453.
2. Kushim I, kovogiy Y, Hinai T, et al. Chordomas of the skull base: dynamic MRI. J Comput Assist Tomogr, 1996, 20: 547－550.
3. Tokenaka K, Nishimura Y, Andoh T, et al. Delayed postcontrast CT and MR imaging of chondroid chordoma: case report. Neurol Med chondroid chordoma : case report. Neurol Med Chir(Tokyo), 1992, 32: 28－31.

(收稿日期：2002－09－05)

·个案与短篇·

一次性输液器用于甲状腺手术切口的术后引流

鲁 琴* 聂智容*

长期以来，甲状腺术后常规应用橡皮条引流，但橡皮条质软，较薄，易脱落，易被切口挤压致引流不畅，造成伤口积血、积液，严重可导致伤口感染不愈。我科于2000年至今，将一次性输液器用于甲状腺手术切口术后引流539例，其中男212例，女327例。术后手术切口愈合良好，效果满意，现介绍如下。

一、材料准备

1.巡回护士取一副一次性输液器，仔细检查外包装是否破损及有效期，沿撕开处撕开放于手术台上。

2.将输液器两端剪去，留取管腔部分30～35 cm，管腔长度不宜过短，避免术后发生逆行感染。在其一端沿管壁在不同平面剪出多个椭圆形小孔，将准备好的引流管放于手术台上备用。

二、使用方法

将准备好的引流管有侧孔一端放于甲状腺腺床，使引流管侧孔位于创面内，以免连接负压后漏气。另一端从切口下自颈前肌群深面戳孔引出，用1号丝线缝合固定于皮肤上，接负压引流瓶置于患者身旁。

三、讨论

1.有报道用小儿"T"管引流甲状腺术后切口，虽能充分引流，但所引流出的血液易浸湿敷料，给病人以不良的心理及生理刺激。同时，术后24 h内要多次更换切口处敷料，增加了工

(下转332页)

* 作者单位：400015 重庆市第三军医大学大坪医院手术室

维普资讯 http://www.cqvip.com

讨 论

一、钩突的界定

据报道钩突的出现率为80%[2]，亦有统计为98.3%[3]。本文调查40例，均有钩突存在，但有2例钩突左端仅达肠系膜上静脉右缘。作者认为，出现这一统计差异的可能原因就是判断钩突的标准不一致。依据公认的胰颈定义：胰颈相当于肠系膜上静脉及门静脉所对应的位置，则位于此两静脉之左缘和十二指肠降部之间的胰组织即为胰头。因而，作者建议可根据肠系膜上动、静脉界定钩突：即位于肠系膜上静脉、动脉与下腔静脉、主动脉之间的胰头向左突起部分为钩突。按此界定办法，本文所调查的40例，则有2例无钩突，占5%。这一定义有利于控制手术切除钩突的切除范围。钩突胰液引流变异较大，有报告为一般属于副胰管的引流范围[4]，亦有报告由主胰管下支引流，由于副胰管和主胰管的位置关系个体变异较大，如果将钩突范围界定过大，在行钩突切除时，有可能损伤主、副胰管[4]。同时由于胰头前、后血管弓的存在[5]，钩突范围定义过大，切除时容易损伤胰十二指肠血管弓而至术后胰头和十二指肠的缺血。

二、钩突的位置、大小及临床意义

根据本文的调查结果，钩突大小个体差异较大，差异最为显著的又是宽度（上下径）和厚度（前后径），最大值与最小值之比均达3倍，因而在影像学上根据钩突的大小和位置间接推断胰头占位性病变时，有必要考虑到存在钩突过大者。又由于钩突和肠系膜上静脉关系最为密切，临床上如果出现以肠瘀血、腹水为主要表现而脾脏大小正常之病例，应着重排除胰头钩突的肿瘤。

本组研究显示，钩突达肠系膜上动脉后方者仅占12%，越过该动脉者为0，而且位于该动脉后方的钩突均为极菲薄的腺组织，这提示：(1)在胰腺CT、MRI横断扫描时，如果发现在肠系膜上动脉左后方存在有大块实质性结构应高度怀疑胰头占位性病变，如果该结构和胰头无延续关系，则应考虑腹膜后淋巴结肿块。(2)在行胰十二指肠切除术时，术前胰头部CT或MRI横断扫描是必需的[2]，并应特别注意肠系膜上动、静脉后方有否实质性团块；在探查分离肠系上动脉和钩突时，大多数动脉后方并无腺组织，但要保护好后方的腹主动脉。肠系膜上静脉的后方95%有钩突存在，分离有难度，应特别小心。

三、其它

随着断层解剖和影像断层解剖的发展，对钩突的解剖位置及毗邻关系已有了更准确的认识[2,5]，本文的调查结果也显示钩突真正伸入到肠系膜上动脉后方者很少，越过者几乎不存在，又据Martin称正常钩突向左延伸部分不应超过肠系膜上静脉横径的一半，如果钩突延伸到该动脉后或肠系膜上动脉移位超过邻近椎体左缘均应考虑为病理情况[7]。但是目前的解剖学教材包括Clinically Oriented Anatomy第四版，Gray Anatomy第六版及全国五年制统编《局部解剖学》第五版所采用之插图，均显示钩突明显超过肠系膜上动脉。作者认为，现有之插图并没有准确反应出钩突的解剖学形态特征。

参 考 文 献

1. Moore KL, Dalley AF. Clinically Oriented atomy. fourth edition. Canad: Lippincoot Williams and Wilking, 1999.257－259.
2. 裘法祖，王建本，主编.腹部外科临床解剖学. 济南：山东科技出版社，2001.74.
3. Silen W. Surgical anatomy of the pancreas. Surg Clin North Am, 1964,44:1253－126.
4. Dowdy GS, Waldron GW, Brown WG. Surgical anatomy of the pancreatobiliary ductal system. Arch Surg, 1962,84:229－246.
5. Bertelli E, Gregorio FD, Bertelli L, et al. The artery blood supply of the pancrease: A review I. The Superior pancreaticoduodenal and the anterior superior pancreaticoduodenal arteries. An anatomical and radiological study. Surg Radiol Anat, 1999,21:283.
6. 韩方海. 胰腺钩突的外科解剖及切除术（综述）. 国外医学外科学分册，2000, 27:2,79－78.
7. Martin DF. Computed tomography of the normal pancreatic uniciate. Clinical Radiology, 1988,39:195－196.

（收稿日期：2002－09－08）

（上接330页）

作量及病人的经济负担。牟淑贤曾报道，用一次性输液器连接胸腰椎术后引流管和负压吸引器，效果良好。我院将一次性输液器用于甲状腺切口引流，引流管直接与负压引流瓶相连，避免了引流液浸湿敷料，保持切口处干燥，利于伤口愈合。

2.另有报道用头皮针塑料管引流，虽可避免引流液浸湿敷料，但头皮针塑料管过细，易造成引流不畅使切口内液体潴留而压迫气管，导致呼吸困难、窒息、血肿、感染等。一次性输液器管壁光滑，管腔粗细适中，采用多孔引流，能最大限度借助负压吸引出渗血、渗液，促进伤口愈合。而且一次性输液器无色透明，方便观察引流液性质，色泽。

3.一次性输液器用于甲状腺术后切口引流，取材方便，制作过程简单。制管时所剪的多个侧孔大小要均匀，边缘要光滑，避免拔管时侧孔边缘与伤口组织磨擦加重伤口渗血。术毕引流管要妥善固定，避免引流管皱折致引流不畅。

（收稿日期：2002－06－12）