DOI:10.16016/j.1000-5404.2001.07.049

均表现为球形低密度影,囊结节型囊壁光滑,边界清楚,出血可见小液平面。囊腔壁结节和实质肿块型均呈等密度或稍高于囊液的密度影。增强扫描示壁结节和实质肿块明显强化,表现均匀或不均匀网格肿块型,强化密度曲线呈速升缓降型。MRI T_1WI 囊液为等或稍高于脑脊液信号,提示肿瘤囊液内含有较多蛋白成分,T_1 值缩短所致。壁结节或实质肿块为等或略高于囊液信号。T_2W1 囊液为高信号。壁结节或实质肿块呈稍高或等信号,小结节可被囊液掩盖而遗漏。增强扫描结节或实质肿块均可显著强化,信号增强率明显升高(即增强前后信号强度差与平扫信号强度之比值),本组平均132%,高于对照组胶质瘤的75%,经 χ^2 检验,二者之强化率有明显差别($P<0.05$)。囊壁可强化或无强化,囊壁强化率囊肿型高于囊结节型。瘤周水肿轻或水肿较重,本组有9例(30%),以实质型多见(3例中有2例)。瘤灶位于少见部位(幕上),实质型和瘤周水肿是误诊的主要原因。瘤内及瘤周异常扩张血管影也是本病的一个重要征象,以MRI显示率高。故MRI对显示肿瘤的形态、数目、边缘及瘤周改变优于CT扫描。

3.2 鉴别诊断

血管母细胞瘤具有典型表现者,CT、MRI诊断并不困难,对于部位及征象不典型者应与以下肿瘤鉴别:①胶质细胞瘤 青少年多见,多发于小脑半球。CT平扫示囊壁厚薄不均,壁结节不规则,瘤体呈低、等混杂密度或伴有钙化。增强扫描肿瘤呈不同程度强化,并与血脑屏障破坏呈正相关,但CT值仍低于血管母细胞瘤。MRI显示病灶呈长 T_1 长 T_2 信号,瘤周有较严重水肿,瘤壁不规则强化。尤其幕上血管母细胞瘤多合并水肿,又不是血管母细胞瘤好发部位,更易误诊为胶质瘤,如瘤内及瘤周出现异常血管,有助于二者鉴别。②转移瘤CT或MRI显示多发病灶,瘤周水肿广泛且严重,肿瘤强化不均匀。但与后颅凹单发,囊变的转移瘤鉴别诊断有一定困难。血管母细胞瘤无水肿或水肿轻,强化明显而年龄轻。结合前者年龄大,病程短,发展快,可找到原发灶,诊断一般不难。③动静脉畸形(AVM)实质肿块型血管母细胞瘤由于血窦丰富或伴粗大异常血管,CT可误诊为AVM。但AVM常伴有出血或钙化。增强扫描示瘤灶呈扭曲蚯蚓状强化。MRI见团状或蚯蚓状血管流空信号。一般无占位效应,更无瘤周水肿。

总之,血管母细胞瘤的CT、MRT诊断,既要注意典型征象,又要熟悉不常见部位和少见征象的血管母细胞瘤的表现,才能做出正确诊断和鉴别诊断。疑难者应CT、MRI或DSA联合检查,特别是CT动态增强扫描和密度曲线的测定以及MRI增强率的表达对诊断有较大的意义,并结合临床病史、实验室检查,一般能做出正确诊断。

参考文献:

[1] 刚宪祯,施增儒,刘智惠,等.血管母细胞瘤MRI诊断[J].实用放射学杂志,2000,16(1):15-17.
[2] 黄穗乔,孙 礼,梁碧玲,等.颅内血管母细胞瘤的MRI诊断[J].影像诊断与介入放射学,1999,8(1):4-6.
[3] 钟思陶,朱思敏.脑膜及小脑的血管性肿瘤免疫组织化学观察[J].中山医科大学学报,1994,15(3):174-176.
[4] Zimmermann M, Seifert V, Schreyer F, *et al*. Hemangioblastoma: description of a disease picture and report of 41 cases[J]. Zentralbl Neurochir, 1997, 58(1): 1-6.
[5] 尚京伟,戴建平,高培毅,等.颅内成血管细胞瘤的影像诊断(附39例分析)[J].中华放射学杂志,1998,32(5):306-308.
[6] Peter L C, Gladys M G, Mecllellan M W, *et al*. Von Hippel-Lindau disease: genetic, clinical, and imaging feature[J]. Radiology, 1995, 194(3): 629-642.

(编辑 王 红)

文章编号:1000-5404(2001)07-0859-01

个案与短篇

阻塞性睡眠呼吸暂停综合症手术的麻醉处理

Anesthesia for patients with obstructive sleep apnea syndrome

王秀琼,陶国才 (第三军医大学附属西南医院麻醉科,重庆 400038)

我院自2000年3月以来对行悬雍垂腭咽成形术(UPPP)的梗阻性睡眠呼吸暂停综合症(OSAS)病人实施全麻8例。现报告如下。

1 临床资料

8例男性患者,年龄27~51岁,体重62~88 kg,均有打鼾及夜间憋醒等症状,病史2~22年。合并高血压3例,ECG:ST-T改变2例,窦性心律不齐1例。手术时间70~185 min。

2 麻醉处理

术前30 min肌注阿托品0.5 mg。入手术室后监测BP、ECG、SpO_2。8例均为清醒气管内插管,5例经鼻腔、3例因鼻息肉而经口腔。用1%丁卡因2 ml行环甲膜穿刺及咽喉喷雾表麻,静注氟芬合剂半量。将气管导管插入声门后,静注2.5%硫贲妥钠5 mg/kg和琥珀胆碱1~2 mg/kg,机械控制呼吸。麻醉维持采用吸入70%笑气和30%氧气,间断静注芬太尼、潘库溴铵

(下转862页)

作者简介:王秀琼(1968-),女,四川省遂宁市人,硕士研究生,医师,主要从事肝移植的出凝血方面的研究。电话:(023)68753776
收稿日期:2001-02-20;修回日期:2001-05-25

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

长患者有关。从腹膜炎发生率与患者职业和受教育程度关系的分析发现，农民患者发病率最高，其次为工人、干部和知识分子；小学以下患者的发病率最高，大学以上患者发病率最低，与文献[1]的报道相同，说明不同职业和受教育程度患者，其所处生活环境及条件不同，对疾病认识的深度不一，处理和解决问题的能力也不一样，这些都是导致腹膜炎发生率高低有别的原因。本组病例中的一位年轻女性患者，高中文化，基层干部，把卫生同无菌混为一团，换液时充分洗刷双手，但为节约费用，经常不作管路消毒，导致 1 年内反复发生腹膜炎达 4 次之多；还有一些病人不使用碘伏帽，而用酒精或开水消毒，明显增加了感染的发生次数。这些现象在国内腹透患者中具有普遍性。在基础疾病与腹膜炎关系一项中，慢性肾小球肾炎、糖尿病肾病以及高血压肾病之间腹膜炎的发生率基本相同，并没有发现糖尿病患者腹膜炎的发生有明显增加现象，这与国外同类报道结果一致[6,8]，其他基础疾病组中，腹膜炎的发生率仅为 0.67 次/病人年，应该与该组病例数过少(仅有 3 例)有关，没有普遍性意义。对致病菌的分析发现，结核性腹膜炎和真菌性腹膜炎有增多趋势，国外有关方面的报道也渐频繁[2,7]，究其原因，一方面与近年结核病的增多有关，另一方面可能与临床上广谱抗生素的滥用有关[7]，当然也可能与本组病例数相对较小有关。其他致病菌的感染率与以往报道基本相同[3]。对连接系统的分析发现，直管连接系统组腹膜炎的发生率最高，双联系统组腹膜炎的发生率最低($P<0.01$)，Y 型连接系统和 O 型连接系统虽不及双联系统($P<0.01$)，但明显优于直管连接系统($P<0.05$)，说明连接系统的不断改进，对有效降低 CAPD 相关性腹膜炎的发生具有重要意义。

对本组 162 例次 CAPD 相关性腹膜炎的临床分析，我们认为，充分考虑以下 7 个方面的问题对于减少 CAPD 相关性腹膜炎的发生率具有积极意义。①在选择透析方式时，女性患者可优先考虑 CAPD；②相对年轻 CAPD 患者，年长患者全身状况、尤其是自身免疫能力的改善应放在重要位置；③对于受教育程度低、生活和工作环境差的 CAPD 患者及其家属，相关医学知识和操作技术传授要全面、仔细和贯彻始终；④对于国内农民患者，由于许多主观和客观条件的限制，最好不要选择 CAPD；⑤选择 CAPD 患者时不要受其基础疾病的困扰；⑥高度重视特殊病原菌(如结核杆菌、真菌等)腹膜炎的防治，避免抗生素的滥用；⑦建议积极选用双联腹膜透析系统。当然，CAPD 相关性腹膜炎的发生尚与患者血清白蛋白水平、体表面积、腹膜功能等许多患者自身客观条件有关[4,9]，由于该组病例有关资料不全，本研究未作分析。

参考文献：

[1] Figueiredo A E, de Figueiredo C E, d' Avila D. Peritonitis prevention in CAPD: to mask or not[J]? Perit Dial Int, 2000, 20(3): 354—358.

[2] Warady B A, Bashir I, Donaldson L A. Fungal peritonitis in children receiving peritoneal dialysis: A report of NAPRTCS[J]. Kidney Int, 2000, 58(1): 384—389.

[3] 王海燕. 腹膜透析[A]. 见：王海燕 主编. 肾脏病学[M]. 第 2 版. 北京：人民卫生出版社，1996. 1 544—1 560.

[4] Iaitras S, Burkart J, Fine A, *et al*. Patients on chronic peritoneal dialysis for ten years or more in North America[J]. Perit Dial Int, 2000, 20(Suppl 2): S127—133.

[5] Stompor I, Sulowicz W, Drozdz I. Is CAPD a renal replacement therapy method of choice for women[J]? Przegl Lek, 1999, 56(12): 778—782.

[6] Berisa F, IcGonigle R, Beaman I, *et al*. The treatment of diabetic renal failure by continuous ambutatory peritoneal dialysis[J]. Diabet Med, 1989, 6(1): 67—70.

[7] Talwani K, Horuath J A. Tuberculous peritonitis undergoing continuous ambulatory peritoneal dialysis: case report and review[J]. Clin Infect Dis, 2000, 31(1): 70—75.

[8] Tzamaloukas A H, Yuan Z Y, Balaskas E, *et al*. CAPD in end stage patients with renal disease due to diabetes mellitus-an update[J]. Adv Perit Dial, 1992, 8(1): 185—191.

[9] Bouts A H, Davin J C, Krediet R T, *et al*. Immunoglobulins in chronic renal failure of childhood: Effects of dialysis modalities[J]. Kidney Int, 2000, 58(2): 629—637.

(编辑 谢义霞)

(上接 859 页)

或维库溴铵。术中出现 SBP＞21.3 kPa 或 DBP＞13.3 kPa，用佩尔地平 0.5～1 mg/次静注降压，降压效果满意。术毕 3～5 min 病人清醒。自主呼吸恢复，8 例均给予肌松拮抗剂新斯的明对抗，病人抬头能持续 5 s 以上即拔管。拔管后 SpO_2＞95% 15 min 以上，且无舌根后坠征象即送回病房。

3 讨论

OSAS 病人对各种镇静药，特别是麻醉性镇痛药特别敏感，常规剂量就可能抑制呼吸[1]，所以术前用药中，应省略任何镇静药和麻醉性镇痛药。抗胆碱药选用阿托品，不宜用东莨菪碱，因后者有轻度镇静入睡作用，可能诱发睡眠呼吸暂停综合征(SAS)。

OSAS 病人多肥胖，颈粗短，咽腔狭小，下颌过窄等，属困难气管插管，我们采用清醒插管，在咽喉喷雾和行环甲膜穿刺表麻下，静注神经安定镇痛剂，病人安静合作，且能保持呼吸道通畅。本组无一例发生呼吸道梗阻。若清醒插管仍困难，则应考虑纤维支气管镜插管或逆行插管，特殊情况下可行气管切开置管。

由于 OSAS 病人多合并有心血管疾病，术中可能发生高血压和心律失常，因此术中需加强监测并及时对症处理。术中出现血压升高可考虑使用佩尔地平降压。

经口插管者，应防止开口器放置不当所导致的气管导管受压和移位。

术毕拔管后仍可能发生呼吸困难，因此要严格掌握拔管指征，要求达到生命体征平稳、意识清醒、肌张力恢复。拔管后密切观察病人呼吸及 SpO_2 变化，并备好面罩、口咽通气道和气管切开包等。

关键词：阻塞性睡眠呼吸暂停综合症；麻醉
中图法分类号：R614.2 文献标识码：B

参考文献：

[1] Boushra N N. Anaesthetic management of patients with sleep apnea syndrome[J]. Can J Anaesth, 1996, 43(6): 599—616.

(编辑 陈聪连)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net