

图 6 术后免疫组化病理切片(×400)

2 讨论

CHE 可见于新生儿至老年人任何阶段,大多数发生在四肢远端的皮肤和皮下组织,目前报道也可发生在口腔、头皮、肾、脾、胸骨、纵隔和肺等脏器^[5]。它们通常表现为低度恶性,虽局部复发率相对较高,但远处转移罕见^[6,1]。CHE 初诊率约为 25%,大多数依赖外科手术切除术后确诊^[1]。本例患者起病隐匿,无临床症状,胸部 CT 平扫见右后外侧胸膜及胸壁多发不规则软组织影,肋骨破坏,胸部增强 CT 延迟期也未见明显强化。并且已有报道发生于胸骨的 CHE 患者 PET-CT 与骨扫描均为恶性肿瘤的表现^[7],容易怀疑恶性病变,从而行穿刺活检术导致大出血,临床上需慎重。CHE 治疗上以手术为主,可考虑辅助放疗,但目前尚没有更多的研究证实可减少复发率^[7]。

参考文献

[1] McNab PM, Quigley BC, Glass LF, et al. Composite he-
• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.33.050

mangioendothelioma and its classification as a low-grade malignancy[J]. *Am J Dermatopathol*, 2013, 35(4): 517-522.

[2] Shang Leen SL, Fisher C, Thway K. Composite hemangioendothelioma: clinical and histologic features of an enigmatic entity[J]. *Adv Anat Pathol*, 2015, 22(4): 254-259.

[3] Zhang J, Wu B, Zhou GQ, et al. Composite hemangioendothelioma arising from the kidney: case report with review of the literature[J]. *Int J Clin Exp Pathol*, 2013, 6(9): 1935-1941.

[4] Dong A, Bai Y, Wang Y, et al. Bone scan, MRI, and FDG PET/CT findings in composite hemangioendothelioma of the manubrium sterni[J]. *Clin Nucl Med*, 2014, 39(2): e180-e183.

[5] Mahmoudizad R, Samrao A, Bentow JJ, et al. Composite hemangioendothelioma: An unusual presentation of a rare vascular tumor[J]. *Am J Clin Pathol*, 2014, 141(5): 732-736.

[6] Leen SL, Clarke PM, Chapman J, et al. Composite hemangioendothelioma of the submandibular region[J]. *Head Neck Pathol*, 2015, 9(4): 519-524.

[7] Stratton JS, Billings SD. Vascular tumors of intermediate malignancy: a review and update *ermatol* [J]. *Sinica*, 2009(27): 140-153.

(收稿日期:2016-05-22 修回日期:2016-09-06)

1 例晚期血液病患者无效造血抢救置管的护理^{*}

陈小丽,曾东风,张曦,高蕾,冯一梅,杜欣,孙爱华[△]

(第三军医大学新桥医院血液科,重庆 400037)

[中图分类号] R248.1

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)33-4748-03

骨髓增生异常综合征(myelodysplastic syndromes, MDS)是起源于造血干细胞的一组异质性髓系克隆性疾病,其临床特点是髓系细胞分化及发育异常,表现为无效造血、难治性血细胞减少、造血功能衰竭等,并呈现出高风险向急性髓系白血病(AML)转化的趋势^[1],临床以贫血、出血、感染为主要表现,好发于中、老年患者。晚期 MDS 患者经反复化疗,外周血管穿刺条件极差,骨髓抑制后易并发感染、出血等,长期的无效造血血小板极度低下,约有 40%~60% MDS 患者血小板减少并发出血。PICC(peripherally inserted central catheter)即外周静脉置入中心静脉的导管 PICC 是血液肿瘤患者保障长期化疗最重要的通路之一,而血小板往往是 PICC 导管置入参考的重要指标,通过释放纤维蛋白原等凝血因子参与机体的凝血过程从而达到止血的目的,当血小板减少时穿刺 PICC 导管,因凝血机制被破坏,出血时间延长,穿刺点易渗血不止或形成皮下血肿风险极大。2015 年 1 月本科室为 1 例血小板计数(PLT)为

3×10⁹/L 的晚期 MDS 患者在紧急抢救情况下而外周静脉穿刺条件极差时成功留置 PICC 导管,顺利完成抢救治疗,保障了临床安全,经过护理未出现 PICC 相关并发症,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料 患者女,61 岁,因“确诊骨髓异常综合征 6+ 年”于 2014 年 12 月 24 日收入本科室。患者于 2008 年 3 月因“咽喉部新生物行鼻内镜下手术摘除术”时查血常规三系减少,外院诊断为“骨髓增生异常综合征”于 2009 年 10 月 2 日后长期在本院随访就诊,于 2014 年 9 月 10 日开始在本科室先后予以 3 个疗程地西他滨治疗,地西他滨:20 mg(d1、8、15)。2014 年 12 月 22 日患者出现咳嗽,干咳为主,发热 1 次,38℃,无畏寒、寒战、鼻塞、流涕,自服莫西沙星治疗,仍反复发热、咳嗽于 2014 年 12 月 24 日住院治疗。患者化疗间歇期带管入院,入院后反复发热怀疑导管感染;遵医嘱予以拔除 PICC 导管,行血培养及导管尖端细菌培养报告为阴性,提示无导管血流相关

^{*} 基金项目:国家自然科学基金(81400081)。 作者简介:陈小丽(1982—),护师,主要从事血液肿瘤的护理。 [△] 通讯作者,E-mail: 1050698479@qq.com。

性感染。入院时复查血常规提示白细胞(WBC) $1.02 \times 10^9/L$, 血红蛋白(Hb) 58 g/L, PLT $7 \times 10^9/L$, 肺部 CT 提示真菌合并细菌感染。入院后经积极抗感染治疗、输注红细胞及血小板等对症支持治疗后 2015 年 1 月 4 日查电解质 K^+ 2.81 mmol/L, Na^+ 134 mmol/L, 清蛋白 33.8 g/L, 球蛋白 40.3 g/L。血气分析提示: I 型呼吸衰竭, 血常规示 WBC $0.75 \times 10^9/L$, Hb 77 g/L, PLT $3 \times 10^9/L$, 体温 $38 \sim 39.5^\circ C$, 心率每分钟 110~135 次, 呼吸每分钟 28 次, 血压正常, 张口呼吸, 被迫半坐卧位, 四肢皮肤轻度凹陷性水肿。患者因反复化疗外周静脉穿刺条件极差, 拔除 PICC 导管后各种输液治疗非常困难。鉴于患者病情危重随时有抢救的可能, 经麻醉科会诊后主治医师充分评估患者病情及各项检查指标决定置入 PICC 导管, 并详细向患者及家属交待置管过程中可能出现的并发症和风险, 家属表示接受和理解配合治疗。

1.2 方法

1.2.1 插管前准备 置管前签署知情同意书, 详细交待置管过程中可能出现的并发症和风险及置管过程中的配合事项, 做好患者心理护理以消除其紧张情绪。充分评估患者生命体征及意识状况, 积极预约血小板液, 于 1 月 4 日 16:00 遵医嘱输注同血型新鲜血小板悬液 200 mL, 同时予以止血药物治疗。准备好抢救仪器、药物及抢救应急预案, 请本院有经验的静脉输液 PICC 小组组长副主任护师穿刺, 主治医师全程参与。

1.2.2 材料准备 采用美国巴德公司生产的增强型三向瓣膜 4 Fr PICC 导管, 彩色多普勒超声仪为荷兰 Philips IU22、线阵浅表高频探头、频率为 5~10 MHz、灭菌探头支架、塞丁格穿刺套件、PICC 置管专用穿刺包、记号笔、无菌塑料薄膜套。

1.2.3 插管方法 有文献报道^[2]当血小板计数低于 $20 \times 10^9/L$ 时, 应谨慎行 PICC 置管术, 或遵医嘱输注血小板治疗后, 严密监测血小板计数后再行置管, 置管前后应做好充分的止血准备^[3]。患者在输注血小板悬液 18 h 后, 因外周静脉血管条件极差, 拒绝再次进行血常规检查, 于 1 月 5 日上午 10:00 进行 B 超支持下 PICC 导管置入术。患者病情重, 置管时体温 $38.8^\circ C$ 、I 型呼吸衰竭张口呼吸、四肢轻度凹陷性水肿、电解质紊乱、被迫半卧位插管, 予以心电监护仪监测心率、血压及血氧饱和度, 吸氧 3 L/min, 插管置管过程由主治医师全程陪同, 观察病情, 如有病情变化及时予以抢救^[4]。为减轻患者穿刺过程中的疼痛, 运用前置麻醉^[5]的理论对穿刺点进行麻醉, 进行全程无痛穿刺。置管程序均严格按美国输液护士协会 (Intravenous Nurses Society, INS) 有关 PICC 操作规则及静疗小组制订的 B 超引导下结合 MST 行 PICC 置管流程进行穿刺。(1)血管评估: 穿刺前仔细评估患者双上肢静脉后在左上贵要静脉进行置管, 在 B 超探测的穿刺点用记号笔做好定位点标识, 测量臂围为 29 cm。(2)测量置管长度: 左上肢与躯干成 90° 并从穿刺点贴皮肤测量至右侧胸锁关节向下至第三肋间, 测量长度 36 cm。(3)以穿刺点为中心, 直径 20 cm 整臂消毒, 穿刺人员按要求着无菌手术衣、戴无菌手套, 建立最大无菌屏障。无菌原则套入超声探头塑料套, 备好用物, 穿刺人员左手执探头, 右手持放入在探头上针尖斜面朝上支架槽内的套管针, 目视屏幕进针。(4)穿刺: 屏幕上血管影像中心点显现一亮点, 并有较好的回血时, 稳住穿刺针与导针器分离后移去探头。(5)送导丝: 减小穿刺针角度迅速将导丝轻柔送入血管, 体外保留 10~15 cm, 撤钢针、穿刺点皮下局部麻醉后扩皮。(6)送血管扩张器: 推送插管鞘套件保持插管鞘与血管走向一致, 边旋转插管鞘边向前推进, 然后撤出导丝与扩张器。(7)送导管: 将导管沿血管鞘轻柔放入, 当置入 10~15 cm 时行助手按压颈静脉, 导管插入测量刻度后拔出血管鞘, 迅速用纱布按压穿刺点,

超声探头探查颈内静脉未见导管, 抽出导丝, 修剪导管长度, 安装减压套筒及延长管, 抽回血后用预充式冲洗器冲洗导管后连接正压接头。穿刺点按压无明显出血后使用 2 层 $5\text{ cm} \times 5\text{ cm}$ 的无菌纱布对折后压迫在置管处, 外贴 $10\text{ cm} \times 12\text{ cm}$ 的 3M 贴膜, 再用 3M 自黏性弹力绷带包 2 圈加压包扎穿刺处, 松紧度以能塞进 2 个手指为宜^[6], 每 2 小时松懈观察局部渗血情况及肢体肿胀情况。

1.2.4 进行床旁 X 线照片 PICC 导管尖端位于第 7 胸椎, 做好插管记录。

1.3 健康指导与穿刺点渗血维护 患者病情危重, 高热、干咳、喘憋、张口呼吸, 为避免患者高热烦躁时引起非计划性拔管及躁动引起插管处出血等并发症, 每班评估患者穿刺部位, 并取得家属的配合。插管 24 h 内穿刺点有少量渗血, 皮下未出现血肿等并发症, 予以更换无菌敷料再次用 3M 自黏性弹力绷带轻微加压包扎并定时松解。患者在置管后第 3 天经导管内采血复查血常规结果提示 WBC $0.62 \times 10^9/L$, Hb 63 g/L, PLT $3 \times 10^9/L$, 经局部加压包扎及输注止血药物等对症支持治疗后, 血小板计数仍未恢复, 插管部位未出现大量渗血、感染等并发症。

2 讨论

骨髓增生异常综合征主要病变为克隆性造血干、祖细胞发育异常, 导致无效造血, 其特点是血小板减少持续时间较长。本例患者外周静脉血管穿刺条件极差, 留置 PICC 导管可有效保障治疗安全, 但 PICC 置管术中、术后极易引起出血等并发症, 增加了患者的风险及操作者的顾虑。本例患者穿刺的难点: 患者病情危重, 插管时高热 $38.8^\circ C$, 血小板低下伴咳嗽, 有肺咯血的并发症, 危及生命。患者喘累明显, 不能平卧, 插管时采取 30° 体位, 给穿刺带来难度。患者血小板极低为 $3 \times 10^9/L$, 接近临界点, 插管极易引起皮下血肿等出血, 所以穿刺过程必须由有插管经验的护师来完成, 这也是插管成功的首要保障。患者虽血小板低下, 但凝血功能正常, 在输注血小板后可以行抢救性置管, 为患者后期输液提供了便利。本病例的缺陷: 患者入院时留置有 PICC 导管, 住院期间反复高热, 怀疑导管血流感染, 将 PICC 导管拔除, 行血液细菌培养为阴性说明无导管相关血流感染, 但拔除导管后对患者血管极差时治疗带来很大的难度, 说明医护人员对导管相关性血流感染认识不足, 需加强培训。本例患者由于插管后第 5 天病情加重, 经抢救无效死亡, 对 PICC 后期的观察局限。笔者在置管前及早遵医嘱为患者输注血小板悬液, 筛选置管方式与穿刺人员, 准备好抢救仪器、药物及抢救预案, 置管后遵医嘱积极进行止血治疗、置管部位加压包扎、做好各班交接、取得家属配合等措施, 本例患者置管后 72 h 未出现出血、感染等并发症。因患者在置管后第 5 日病情加重, 经抢救无效死亡, 无法对 PICC 后期并发症进行观察, 但也为病情危重血小板计数极低患者在体位改变时行 PICC 穿刺护理及并发症的观察提供了指导意见, 对危重患者 PICC 置管适应证的拓宽积累了经验。

参考文献

- [1] 陈淑霞. 不同方案在骨髓增生异常综合征中的疗效对比 [J]. 中国实用医药, 2011, 6(18): 20-21.
- [2] 李黎. 1 例血小板极低白血病患者的 PICC 置管及维护 [J]. 齐齐哈尔医学院学报, 2013, 34(20): 3085-3086.
- [3] 方云, 杨英, 彭娟. 血液肿瘤患者 PICC 置管术后出血与血小板计数相关性研究 [J]. 护理学杂志, 2010, 25(19): 25-26.
- [4] 张艳, 林静, 揭菊, 等. 高龄患者视锐 V 引导下 PICC 置

管的护理[J]. 护理学杂志, 2011, 26(17): 62-63.

[5] Ong B, Gibbs H, Catchpole I, et al. Peripherally inserted central catheters and upper extremity deep vein thrombosis[J]. Australas Radiol, 2006, 50(5): 451-454.

[6] 胡德红, 刘婉明, 高国贞, 等. 护理干预对化疗患者 PICC

置管穿刺点出血预防效果的观察[J]. 中国医疗前沿, 2010, 5(14): 80-81.

(收稿日期: 2016-06-18 修回日期: 2016-09-06)

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.33.051

十二指肠黏膜下局限性脓肿 1 例报道

骆 静, 王远梅[△], 赵会传

(长江大学附属荆州市第一人民医院放射科 434000)

[中图分类号] R574

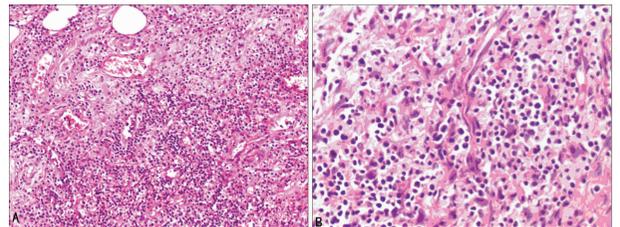
[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)33-4750-02

十二指肠管壁慢性炎症伴黏膜下局限性脓肿较为罕见, 本科室 2014 年底收治了 1 例十二指肠黏膜下局限性脓肿患者, 现报道如下。

1 临床资料

患者, 男, 71 岁, 因“吞咽困难伴返酸、嗝气 10 个月, 加重 1 周”入院。既往史: 高血压病史 10 余年, 血压最高 160/110 mm Hg, 曾口服 0 号降压片以及硝苯地平缓释片, 否认糖尿病史, 否认食物、药物过敏史。入院查体: 体温 36.5℃, 心率每分钟 89 次, 呼吸每分钟 20 次, 血压 160/100 mm Hg。神清, 全身皮肤、巩膜无黄疸, 浅表淋巴结未扪及肿大, 双肺呼吸音清, 心律齐。腹部平坦, 未见胃肠型及蠕动波, 无手术疤痕, 腹肌软, 未扪及明显肿块, 右侧腹部轻度压痛, 反跳痛阴性, 肝脾肋下未扪及, 双肾区叩击痛阴性, Murphy 征阴性, 移动性浊音阴性, 肠鸣音正常, 双下肢无水肿。心电图: (1) 窦性心律; (2) 电轴左偏。上腹部 CT 平扫联合增强扫描提示胃贲门-十二指肠部可见类圆形囊实性占位性病变; 边界清晰光整, 增强后边缘轻度强化, 与肠管管壁分界不清(图 1), 考虑良性占位性病变, 肝脏 MRI 平扫联合增强提示十二指肠以及胰腺间囊性为主占位, 多考虑肠管外或肠管黏膜下良性肿瘤性病变, 间质瘤或神经源性肿瘤, 肝脏、双肾多发囊性病变, 胰尾部多发囊性病变, 左肾血管平滑肌脂肪瘤。于 2014 年 12 月 29 日在静脉吸入复合麻醉下行远端胃大部切除术。术中未见腹腔积液, 盆底、肝脏、肠系膜根部、腹膜未见肿块或结节样病灶, 肿块位于胃窦及十二指肠球部, 呈膨胀性生长, 约 6 cm × 8 cm 大小, 质韧, 边界尚清, 未侵入浆膜层, 周围脏器无直接侵犯。术后予以抗感染、抑酸、营养等支持治疗, 患者症状好转出院。病理检查: 慢性炎症伴脓肿形成及柱状上皮导管扩张(图 2)。



A: ×100; B: ×400.

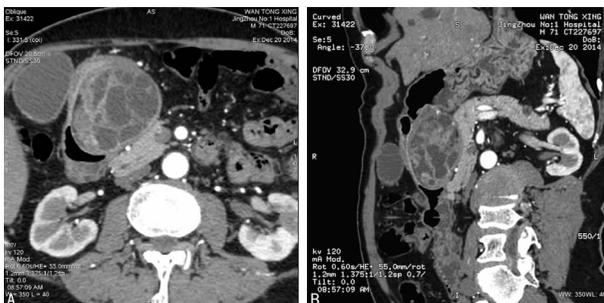
图 2 病理切片(HP 染色)

2 讨 论

查阅国内外文献发现, 十二指肠管壁慢性炎症伴黏膜下局限性脓肿形成病变罕有报道。小肠炎性病变常见的影像学表现为肠道管壁增厚, 为急性肠黏膜水肿或慢性肠壁纤维组织增生所致, 且增强扫描往往有不同程度的强化^[1], 病灶周围脂肪间隙不清, 可见肠周渗出甚至脂肪间隙内伴脓腔形成, 该表现与本例报道不符。

本病例发病部位特殊, 为胃窦-十二指肠球部, 该处炎症较多见于溃疡、憩室合并感染, 但本病例中通过薄层重建及后处理技术并未发现病变与肠腔相通, 病变边缘清晰光整, 内侧管壁黏膜光滑, 排除了憩室合并感染的可能。本术前影像诊断困难, 主要有以下几个原因: (1) 与肠壁良性肿瘤如腺瘤、间质瘤及神经源性肿瘤等鉴别困难^[2], 十二指肠良性肿瘤约占小肠良性肿瘤的 15% 左右, 其中以腺瘤最为常见^[3], 但以腔内生长型为主, 黏膜下腺瘤少见, 且增强后往往强化明显, 与本例强化方式不同, 可予以鉴别, 而间质瘤与神经源性肿瘤往往呈实性成分为主, 增强后分别为明显或轻中度强化。(2) 病灶内部呈囊实性改变, 与常见脓肿不同, 脓腔多表现为密度较均匀的类型圆形低密度区, 实性成分较少见, 且增强后脓肿边缘呈圈环分层样强化, 而本例增强后仅边缘轻度强化, 且灶内有明显实性成分。(3) 病灶周围脂肪间隙清晰, 未见明显炎性渗出表现, 结合术中所见, 考虑与慢性病程且未突破浆膜层相关。

同时, 诊疗过程中发现, CT 后处理技术能充分评价病灶部位、病变累及范围、病灶血供并初步定性, 与原始轴位图像相比, 能提供更多定位、定性的诊断依据^[4-5]。目前多层螺旋 CT 小肠造影已较多应用于临床, 小肠炎性病变在 CT 小肠造影检查上具有特征性表现, 能全景、多方位地展示小肠肠道, 对肠系膜及系膜血管也可较好显示, 对小肠炎性疾病诊断具有重要价值^[6]。



A: 动脉期原始薄层轴位图像; B: 动脉期曲面重建图像。

图 1 上腹部 CT 图像