

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<sup>△</sup>, 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

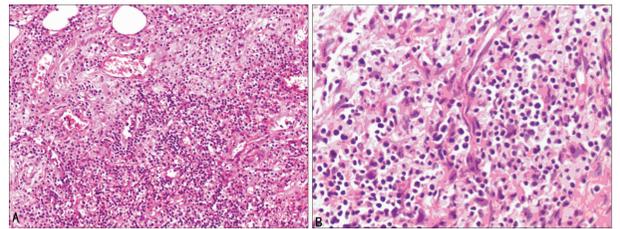
[文献标识码] C

[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.

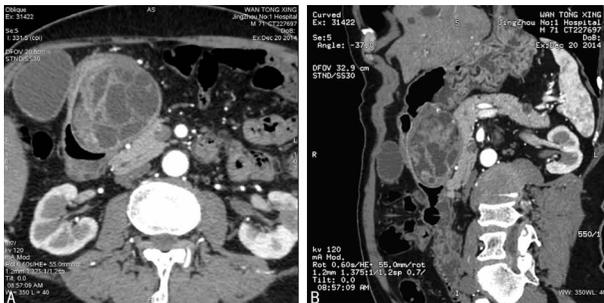
图 2 病理切片(HP 染色)

## 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黏膜纤维组织增生所致, 且增强扫描往往有不同程度的强化<sup>[1]</sup>, 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<sup>[2]</sup>, 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<sup>[3]</sup>, 但以腔内生长期型为主, 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一类圆形低密度区, 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<sup>[4-5]</sup>。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<sup>[6]</sup>。



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

## 参考文献

- [1] 岳文杰,董乐,刘懿,等. 多层螺旋 CT 小肠增强造影在诊断炎症性肠病中的价值研究[J]. 临床消化病杂志, 2011, 23(5): 263-267.
- [2] Changs CD, Lee SJ. Neuroendocrine neoplasms of the gastrointestinal tract: classification, pathologic basis, and imaging features[J]. Radiographics, 2007, 27(6): 1667-1679.
- [3] 吴恩惠, 白人驹, 刘望彭. 医学影像诊断学[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 627.
- [4] 唐智中. MSCT 及后处理技术对十二指肠腺癌的诊断

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.33.052

[J]. 实用放射学杂志, 2012, 9(28): 1384-1388.

- [5] Liang TJ, Wang BW, Liu SI, et al. Number of involved lymphnodes is important in the prediction of prognosis for primary duodenal adenocarcinoma[J]. J Chin Med Assoc, 2012, 75(11): 573-580.
- [6] 解骞, 窦妮芳, 梁宗辉, 等. 256 层多排螺旋 CT 小肠成像对小肠炎症性病变的临床应用研究[J]. CT 理论与应用研究, 2013, 22(2): 329-338.

(收稿日期: 2016-05-18 修回日期: 2016-09-13)

## 1 例急性白血病并发蛛网膜下腔出血患者的护理

孙恒蕊, 杜欣<sup>△</sup>, 张曦, 孔佩艳, 陈幸华, 曾东凤  
(第三军医大学新桥医院血液科, 重庆 400037)

[中图分类号] R733.71

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)33-4751-02

本科室 2015 年 3 月收治 31 例急性白血病并发蛛网膜下腔出血的患者, 现将其护理情况报道如下。

### 1 临床资料

患者, 女, 21 岁, 于 2015 年 3 月 6 日无明显诱因出现发热, 最高体温 42℃, 伴头昏、乏力、视物模糊, 咳嗽, 偶有双侧膝关节疼痛等不适。当地医院查血常规: 白细胞  $170 \times 10^9/L$  (其余指标不详), 未予治疗。4 月 1 日患者上述症状加重, 并伴头部胀痛、呕吐, 外院诊断为急性白血病, 给予羟基脲降白细胞治疗。患者反复出现发热, 体温最高 38.5℃, 伴头痛、呕吐, 烦躁不安, 遂于 2015 年 4 月 4 日收住本科室。入院后血常规示: 白细胞  $106 \times 10^9/L$ , 血红蛋白 44 g/L, 血小板  $37 \times 10^9/L$ 。骨髓穿刺结果提示: 急性髓系白血病 M5 型。头颅 CT 显示: 蛛网膜下腔出血。给予亚胺培南加替考拉宁抗感染、氨基乙酸注射液止血, 甘露醇降低颅内压, 尼莫地平注射液解除血管痉挛, 阿糖胞苷联合羟基脲降白细胞等治疗。治疗后患者头痛、呕吐症状减轻, 复查 CT 显示出血吸收, 无新发出血灶。

### 2 护 理

为了预防再出血, 对于蛛网膜下腔出血的患者, 在急性期应绝对卧床休息 4~6 周<sup>[1]</sup>, 因此要加强皮肤护理, 预防压疮。患者化疗期间由于药物作用, 造血及免疫系统受到严重抑制, 经过 5~11 d 的粒细胞缺乏期, 个体抵抗力急剧下降, 容易出现诸多不良反应如感染、出血及消化道症状等, 导致患者在治疗期间情绪低落, 焦虑恐惧而影响治疗的效果, 甚而危及生命, 因此护理显得尤为重要。

**2.1 病情观察** 患者持续心电监护监测生命体征, 每 30 分钟监测血压 1 次, 观察患者神志、瞳孔的变化。嘱患者绝对卧床 4~6 周, 头部抬高 15~20°<sup>[3]</sup>, 以增加脑部供血。

#### 2.2 预防再出血

**2.2.1** 该患者绝对卧床休息 8 周, 教患者学会床上大小便, 协助翻身、动作轻柔, 床头摇高 30°, 持续头部冰敷<sup>[4]</sup>, 减轻头部出血症状, 减少脑血流量, 降低颅内压。嘱家属尽量少搬动或不搬动患者。

**2.2.2** 治疗 1 个月后, 患者症状好转, 复查头部 CT 显示血液基本吸收, 逐步抬高床头, 让患者循序渐进从床上坐起→床上站立→床下活动→室内活动<sup>[5]</sup>。

**2.2.3** 合理膳食, 患者诉大便干结, 嘱患者多吃水果、蔬菜、多饮水, 饭后 1~2 h 自上而下、自右而左按摩腹部 5 min, 每天 2~3 次以促进肠蠕动。嘱患者切勿用力大便, 必要时给予灌肠或开塞露通便, 保持大便通畅。

**2.2.4** 当血小板计数小于  $20 \times 10^9/L$  时有自发出血的危险, 当低于  $10 \times 10^9/L$  时易发生脑出血而死亡, 密切观察患者皮肤、黏膜有无出血点等出血倾向, 嘱患者绝对卧床休息。

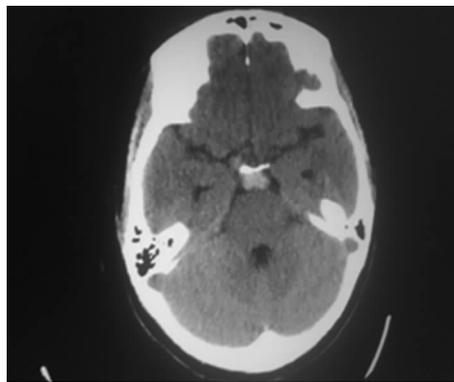


图 1 蛛网膜下腔出血 CT 图像

#### 2.3 预防感染

**2.3.1** 全环境保护 入住单人无菌层流床, 病房每日紫外线照射消毒 2 次, 每次 30 min, 层流床及床围帘予以 1:10 醋酸洗必泰液每日擦拭, 床单被套及患者衣物每日更换高温灭菌, 保持床上清洁、无碎屑, 保持室内空气新鲜, 患者家属不能与患者同睡于单人无菌层流床内, 日常生活用品一律不得带入, 避免交叉感染。

**2.3.2** 实施门禁系统 加强陪伴人员管理, 限制陪伴人数, 禁止有感染性疾病患者进入病房, 做好宣教, 让患者及家属认识