

CT 诊断盆腔内隐睾继发精原细胞瘤 1 例

张开富(重庆市荣昌县人民医院放射科 402460)

【关键词】 体层摄影术, X 线计算机; 隐睾; 精原细胞瘤

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.02.076 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)02-0245-01

精原细胞瘤属于睾丸生殖细胞的恶性肿瘤,分为原发于阴囊内的精原细胞瘤和隐睾恶变而成的精原细胞瘤^[1]。隐睾恶变为精原细胞瘤临床上较少见。现将 1 例报道如下。

1 临床资料

患者,男,53 岁。近年自觉右下腹可摸及包块逐渐增大,近几日感该包块较前明显胀痛,遂来院就诊。查体:右下腹可见明显膨起,触之约 9 cm×9 cm 大小,质地较硬,边界不清,位置固定很难推动,压痛(+)。阴囊左侧可触及正常睾丸,右侧未及,站立位肿块无明显变化。饮食及二便正常,育有一男一女。CT 检查示:盆腔内膀胱右前上方见一实质性肿块,形态规则,边界清晰,有完整包膜,大小约 9.3 cm×6.8 cm×10 cm,CT 值约 42 Hu(图 1),其内见点状坏死,内缘与膀胱壁间隙模糊(图 2),增强扫描肿块明显强化,CT 值 72 Hu。CT 诊断:右下腹隐睾继发肿瘤,膀胱右前侧壁提示受侵。行肿块切除术,手术所见:肿块位于右下腹盆腔内,大小约 9.6 cm×7.4 cm×10.5 cm,质硬,表面光滑,有完整包膜。术后病理诊断:睾丸精原细胞瘤。

2 讨论

隐睾症是指一侧或双侧睾丸在胚胎发育过程中停留在下降途径中的任何部位。80% 的隐睾在腹股沟区触及,其余则在腹股沟管内口及腹壁肌肉深部,仅少数病例隐睾见于后腹膜较高位置^[2]。隐睾发生肿瘤的机会是正常睾丸的 12~40 倍,其中腹腔内睾丸恶性变的危险较腹股沟睾丸大 5 倍。睾丸先天性缺陷以及睾丸处于不正常的位置、周围温度较高是隐睾发生恶性变的原因^[3]。隐睾单侧多见,也可以为双侧。CT 检查的重要性在于确定隐睾的位置并判断有无恶变以及转移病变范围。无恶变的隐睾小于正常的睾丸,退化萎缩的隐睾直径可以小于 1 cm。如恶变则体积增大,密度不均,边缘毛糙,周围脂肪间隙消失。隐睾 CT 检查应注意常规用 2%~3% 泛影葡胺口服及灌肠,使第 6 组小肠及乙状结肠充盈造影剂,避免与隐睾相混淆,并常规平扫及增强扫描。血管影强化明显,且有一定走向,而淋巴结与血管关系密切,通常多不止一个,与精索、引带无关,因而可以鉴别。

参考文献

- [1] 林建斌,陈敏惠,张善明,等. 腹腔未降睾丸精原细胞瘤 1 例[J]. 临床放射学杂志,2006,8(5):159-160.
- [2] 李洪顺. 兄弟二人均双侧隐睾双侧睾丸恶性肿瘤[J]. 中国肿瘤临床与康复,2000,7(1):16.
- [3] 陈杰,李瑞英. 睾丸精原细胞瘤 78 例临床分析[J]. 中国肿瘤临床,2003,30(3):203-205.

(收稿日期:2010-07-10)

图 1 右下腹实质性肿块 形态 CT 示意图 图 2 右下腹肿块侵犯膀胱 右侧壁 CT 示意图

野战条件下血液运输冷链的维持

苏庆军,唐茂林,陈建国(解放军第三二二医院检验科,山西大同 037006)

【关键词】 低温保存; 血液制品; 野战条件; 运输

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2011.02.077 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)02-0245-02

现代战争是高技术条件下的陆海空一体化战争,军队武器装备、编制体制及作战方式方法的重大变化,也使得现代战争较传统战争更具有突发性、不确定性和惨烈性。由于新式高杀伤性武器的不断研发和普遍应用,致使急需输血进行救治的危重伤员的数量急剧增加。同时,由于血液来源特殊,难以保存和储备,运输条件要求苛刻,各种血液制品,包括全血、悬浮红细胞、血小板、血浆及冷沉淀等都有各自不同的使用指征、储存温度和有效期限^[1]。为了保证各血液制品的质量和生物活性,保证血液输注有效和战时的用血安全,必须严格遵守和确保储存及运输温度的恒定^[2],确保血液制品在非常条件下的运输过程中的冷链维持。

冷链是指从志愿者采血开始到血液输注给患者均保持适当的温度,是贯穿于从血液采集、制备、保存、运输、发放到临床用血的整个过程。冷链是确保血液质量的重要环节,忽视以上

任一细节,都可能因温度过高或过低影响到血液质量^[3],导致血液输注无效,甚至出现输血反应。

1 野战条件下血液运输的特点

1.1 运输方式及运输工具 战时,鉴于战场环境和野战救护要求的特殊性,血液供应通常以适时运输为主,运输工具多为军用卡车或专用的野战输血车。在条件允许时,亦可考虑使用直升飞机。

1.2 运输种类多、运输数量大 随着战争的逐渐展开和战场的不断深入,尤其是遭遇战、城市巷战的出现,危重伤病员往往会在短时间内大量增加。为维持伤员生命体征、保证救治效果及赢得后送时机,抢救中不仅需要大量的悬浮红细胞,对其他血液制品也会有一定的需求,这就要求在一次运输中不仅要保证足量悬浮红细胞的供应,也要保证血浆、血小板等其他血液制品的抢救需要。由于各血液制品的储存、运输温度差异较

大,运输条件也有所不同,这在某种程度上也增加了卫勤保障的难度。

1.3 战场环境恶劣,运输时间难以准确预计 战争伊始,道路、桥梁往往是首要的攻击目标,运输通道难免会不同程度的遭到破坏,甚至是损毁,致使保障车队不得不临时寻找、开辟新的运输线路。新的运输通道有可能会穿越山区、荒漠、沙漠、丘陵或沼泽地带,在这样恶劣的运输条件下,很难准确预计到达指定地点的时间,这无疑极大地增加了维持冷链的难度。

1.4 其他不确定因素的影响 如运输设备在颠簸中出现故障,卫星定位系统受到干扰等。

2 如何保证野战条件下血液运输冷链的维持

2.1 运血箱的选择 野战运输中,应结合战场环境、温度、道路等实际情况和救治需求选用专用储血冰箱、塑料泡沫运血箱、两层一次性泡沫箱和聚苯乙烯运血箱等^[4-6]。这些运血箱既能很好的容纳血液,起到保温、隔热和防冻的作用,也比较结实,具有一定的抗震性,便于固定,能满足非正常条件下的各种特殊要求。

2.2 运血箱温度的控制和维持 为保证运血箱在长时间运输中温度的恒定及维持在可控范围之内,冰袋数量是冷链的重要保证。一般来说,血袋与冰袋的数量至少应达到 1:1,如遇特殊情况或运输时间难以预计时应加大冰袋的比例^[5]。

有条件的单位还应积极选用新材料和新技术,以保证冷链的维持,如南京军区南京总医院研制的新型变相保温材料就能极大的提高冷链维持效率,值得应用和推广。文献^[6-7]表明,使用前应将冰和变相保温材料放入-40℃低温冰箱冷冻,然后放入运血箱进行长途运输试验,箱内温度维持在 2~6℃,最长可达 100 h。在冷藏温度不能达到-40℃时,应每 24 或 48 h 更换变相保温材料和冰,不仅可防止冰袋融化造成冰量不足,也可避免运血箱内潮湿和积水。此外,血液温度监测芯片的应用,有助于对到达目的地后了解运输过程中血液温度的波动范围,以协助判断冷链维持状况^[8]。

2.3 血小板的运输 血小板可冷冻保存,亦可在 20~24℃ 范围内振荡保存。冷冻血小板保存时间相对较长,但到达目的地后的复溶对设备和技术要求较高,野战条件下恐怕难以保证。

若运输条件较好,能保证 24 h 内到达指定目的地和进行输注,20~24℃ 振荡保存的新鲜血小板应该是首选。目前有血小板手提运输箱可供选择,它体积小、自带电源、具恒温及摇摆功能,对防止血小板聚集、温度对产品的质量影响具有很强的实用性^[3]。

2.4 其他注意事项 运输中务必对运血箱进行固定,途中应经常进行检查,发现有松动、破损及其他异常情况要及时处理,确保温度恒定。对于需直升机进行空投的血液制品,应选用具有良好抗震效果的包装材料将运血箱多层包裹,选择地势较为平坦的地方进行投放,以免运血箱破损导致温度发生变化,影响血液质量。

参考文献

- [1] 苏庆军,李鸿颖,陈建国.成分输血技术及其应用[J].人民军医,2004,47(11):673-676.
- [2] 严秀娟,吴才良,蒋清波,等.温度控制与血液质量的关系探讨[J].中国输血杂志,2003,16(5):320-322.
- [3] 刘玉英,丁东平.影响采供血冷链系统因素分析及对策[J].华南国防医学杂志,2006,20(4):43-44.
- [4] 徐卫平,鲁云敏,林春河,等.简易标准运血箱的研制与应用[J].医疗卫生装备,2006,27(11):11-12.
- [5] 张评,高国静,蔡崢,等.SARS 流行期间北京市临床供血的管理[J].中华医院感染学杂志,2004,14(9):1029-1030.
- [6] 栾建凤,叶东,朱培元,等.悬浮红细胞长途运输的温度控制[J].医学研究生学报,2008,21(12):1302-1303.
- [7] 王海林,栾建凤,刘卫,等.四川汶川抗震救灾野战条件下血液的储存[J].中国输血杂志,2008,21(8):594-595.
- [8] 汤晓娟,彭明喜,张亚琴,等.宁波市血液运输完整冷链管理系统的建立[J].中国农村卫生事业管理,2009,29(5):352-354.

(收稿日期:2010-08-05)

检验科医院感染的主要原因及防范措施

卢振华(湖北省中医院,武汉 430074)

【关键词】 医院实验室; 交叉感染; 预防和控制

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.02.078 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)02-0246-02

医院感染是指患者入院后 48 h 以上或入院治疗出院后在某种疾病感染的潜伏期时间内引起的感染,即医院内获得性感染,包括在医院内发病和医院外发病。通常在医务人员心目中,医院感染的主要场所为病区,而对于与临床相关的检验科则未予重视。而检验科作为医院重要的医技科室,每天承担着全院患者血液、体液、分泌物及排泄物等标本的检测和检验。而这些极具传染性的物质存在着极大的感染安全隐患,也是造成医源性感染的源头,抓好检验科的感染安全管理是控制医院感染的重要环节,不可忽视^[1]。

1 检验科引起医院感染的主要原因

1.1 安全防范意识淡漠^[2] 检验人员虽说多数是专科毕业,具有相当的医学知识,也清楚每天接触标本的危害及危险,但因长时间接触,往往忽视和放松警惕,尤其是工作量大时,更容易忽视自我防护。

1.2 防护措施及方法不当

1.2.1 房间布局不够合理 受我国国情限制,除极少数大型医院检验科近年来经过改造重建,符合现代化检验及医院感染安全标准外,绝大多数检验科,尤其是中小型医院检验科仍是过去的老式格局,面积不足,布局不够合理,清洁区、污染区、半污染区划分不够明确,通风采光差等问题均广泛存在。

1.2.2 个人防护不佳,存在职业暴露危险 临床检验科由于历史原因,很少有采用戴手套、口罩等作为防护手段的严格要求,只有人类免疫缺陷病毒(HIV)实验室制度完整、要求严格。而实验工作又常会使用一些玻璃、剪刀等锐器,这样,随时存在手部及其他部位皮肤被刺伤及污染等职业暴露的危险。

1.2.3 工作生活兼用物品的交叉感染 有一些工作和生活中均使用的物品如电话、工作用笔等,工作中污染的手或手套拿用后,洗手或摘掉手套后再次拿用,造成无意识的污染。