

接送标本工作人员 1 名,负责咨询解释、发送报告单工作人员 1 名,且每一张报告单都有资深技师的审核、签名。

2 仪器设备

一个现代化的门诊检验中心,不能是 20 世纪 50 年代的三大常规检验模式,应该是确定凡是能够在 1~2 h 内发报告的项目都应设在门诊检验中心——这就应该根据所确定的检测项目确定仪器设备。并且每个项目所需的仪器都应该有备用仪器,临时调用^[1],否则一旦仪器有故障,就有可能堆积大量的报告单。总而言之,不能因为仪器设备故障而影响检测项目的时间。

3 检测项目及报告时间

前面在仪器设备上讲到现代化的检测中心已不再是三大常规检验。这就要根据以患者为中心,想患者之想,急患者之急来具体确定。每一位患者都想在最短的时间拿到自己准确无误的报告单。目前随着现代在高速公路、高速铁路以及私家车的普及,一般以医院为中心,以 100~200 km 为半径的地方,

都可以当天来回,一般患者都想节约开支,不想在外过夜。因此报告时间的长短,无疑就决定了一个医院门诊人数的多少。一般三大常规应该是 20 min 内就可以完成。常规生化,肝、肾功能,肝酶,心肌酶,血脂等能够上自动化大型仪器的应以 1 h 内完成为准。临床免疫,微生物,止凝、血等就应以最短的时间给患者发出报告单,且跟患者解释清楚。如果在医院技术水平、服务质量、检测项目价格相同的条件下,报告时间的长短就决定一个医院门诊量的大小,成为医疗效益好坏的一个条件^[2]。

参考文献

- [1] 陈泽斌,许时菲. 医学检验设备的维修思路[J]. 中外医学研究, 2011, 9(22): 183-184.
- [2] 周亚春,董军,王彦霞,等. 缩短门诊检验报告时间的持续改进[J]. 中华医院管理杂志, 2010, 26(5): 331-333.

(收稿日期:2011-06-19)

超声诊断胆囊癌的价值

雷 丽 (重庆市万州区第四人民医院功能科 404000)

【关键词】 超声检查; 胆囊肿瘤; 胆囊结石; 胆囊炎

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.24.081 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)24-3070-02

胆囊癌是一种致命的恶性病变,由于症状不典型,术前确诊较困难。近年来超声诊断的应用,有助于胆囊癌的诊断。本院几年来经手术、病理证实 16 例胆囊癌患者,现将其超声诊断的应用报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2006~2011 年本院经手术和病理证实 16 例胆囊癌患者,其中男 5 例,女 11 例,年龄 40~73 岁,平均 60 岁,其中 50 岁以上 14 例。临床表现为发热、右上腹疼痛 13 例,黄疸 8 例,右上腹包块 3 例。鳞癌 1 例,肌腺瘤恶变 1 例。

1.2 超声诊断 超声探测除急诊外,一般在空腹 8~12 h 进行,在胆囊区探测胆囊形态、大小、囊壁厚度,内膜面是否光整,胆囊腔内有无异常回声及其改变,体位移动时情况。

2 结果

胆囊癌的超声声像图表现取决于肿瘤大小、部位、形状及浸润范围和胆汁充盈情况,基本按 YEN 分型分为 4 种:(1)实块型 3 例,肿瘤充满胆囊腔,显示为弱回声或强弱不均匀回声。(2)蕈伞型 4 例,胆囊内膜面有蕈状或息肉状低回声光团,向腔内隆起,后方无声影。(3)囊壁增厚型 2 例,囊壁局限性增厚或弥漫性不均匀增厚,内膜面不光整。以上 3 型超声诊断与手术所见病变相符合。(4)囊壁增厚伴蕈伞状肿块型 4 例,囊壁模糊不清,腔内未能显示暗区,为回声增强或强弱之光团、光带,本组有 4 例均伴胆囊炎及结石,光团之后伴声影,而仅诊断为慢性胆囊炎、胆囊萎缩伴结石而漏诊。其余 3 例均见胆囊增大,壁欠均匀、增厚,囊内可见随体位移动的光团伴声影,诊断为胆囊炎、胆囊结石。

3 讨论

X 线对胆囊癌的诊断难以获得满意结果。口服或静脉胆囊造影剂虽可显示胆囊内的占位病变,但 85% 患者胆囊不显影或显影不良。本组有 10 例患者口服胆囊造影剂均未显影,经皮穿刺胆道造影可显示胆管及其分支,但在胆囊颈部堵塞时亦无法观察到胆囊内的病变。本研究中 2 例患者经皮穿刺胆

囊造影,显示总胆管阻塞,未能观察到胆囊的占位病变,考虑为总肝管癌,手术见胆囊癌已侵犯肝门周围,引起胆道梗阻。胃肠道钡餐在肿瘤侵犯十二指肠,使其受压变形、黏膜破坏、管腔变窄时,才出现间接征象。本组 1 例患者胃肠道钡餐诊断为十二指肠球部溃疡伴幽门梗阻,超声显示为实块型胆囊癌伴淋巴结肿大,手术时见胆囊内有 8 cm×7 cm×5 cm 的肿瘤,侵犯十二指肠、横结肠。选择性或超选择性血管造影可见胆囊动脉增粗,囊壁不规则,有异常血管。新生血管对胆囊癌的诊断有意义,但对胆囊内病灶的显示并不理想。

超声图像可显示胆囊壁、胆囊腔及胆囊周围情况,而不受胆囊功能和胆道阻塞等因素的影响,有助于胆囊癌的诊断。其检出率随肿瘤的形态、部位及周围结构等而不同,蕈伞型由于胆汁的衬托在图像上可清楚显示,是诊断肿瘤的重要依据。囊壁的改变是诊断胆囊癌的又一依据,正常胆囊壁纤薄,均匀,其厚度小于 3 mm。胆囊壁局限性增厚可代表肿瘤的早期浸润。弥漫性增厚表现为密集不规则的回声环,但应在禁食 12 h 检查,因餐后胆囊收缩至 2 cm 以下时,也可产生胆囊壁增厚的假象。此外,超声可观察到胆囊癌邻近组织的直接浸润和肿大淋巴结,本组有 5 例患者术前观察到肝内有散在的低回声转移病灶,2 例显示肿大淋巴结符合肿瘤淋巴结转移的征象。

胆囊癌有典型的声像图改变时,探测不难作出诊断,但部分患者病变部位不利于探测或图像改变不典型,或合并其他病变时诊断比较困难。最困难的是胆囊内无暗区显示,仅见增厚或强弱不均的强光带或光团,囊壁显示不清,均由于缺乏胆汁作为声学对比物质,这与胆囊内完全为胆石充满或胆囊病理性缩小(萎缩),难以区别^[1]有关。更何况部分胆囊癌与炎症、结石并存,炎症反复发作,囊壁纤维化、钙化,甚至形成“瓷胆囊”^[2],用图像诊断法做出鉴别客观上是困难的,本组中漏诊的患者主要为这种类型。

另一原因是肿大的胆囊伴有结石,而病灶在胆囊颈部,本组 3 例均为急诊患者,临床出现右上腹肿块,超声检查为胆囊

增大伴结石而诊断。其中 1 例是胆囊颈部扭曲,并有一肿瘤嵌顿在胆囊管造成胆囊积液。另 2 例手术中见胆囊肿大伴结石,颈部可扪及质硬的组织,取活检组织进行冷冻切片提示为炎症,而在石蜡切片确诊为胆囊腺癌。对这类患者,超声检查不可能超过手术肉眼所见,更不可能超过冷冻切片所提供的细胞学诊断水平。

其他如胆固醇性息肉、腺瘤等亦可显示向囊腔内隆起的实质性回声,但可用胆囊收缩功能检查,以及定期随访观察病灶的动态变化。

胆囊癌的预后差,缺乏有效的早期诊断措施,对长期患有

胆结石、胆囊炎的患者,应提高警惕,手术治疗被认为是预防胆囊癌的积极有效措施。

参考文献

[1] 金秋龙,郭建锋,黄敏,等.原发性胆囊癌的超声诊断及漏误诊分析[J].临床和实验医学杂志,2009,8(9):44-45.
[2] 汤焕亮,曹浩强,费建国.胆囊癌的超声漏误诊分析[J].肝胆外科杂志,2007,15(6):434-435.

(收稿日期:2011-09-19)

探讨献血中采血不畅的原因及相应护理措施

唐泽萍¹,陈卫²(1.四川省内江市中心血站采血成分科 641000;
2.四川省新成生物科技有限责任公司,成都 611731)

【关键词】 采血不畅; 无偿献血; 凝块; 护理

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.24.082 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)24-3071-02

随着无偿献血的广泛宣传,人们对无偿献血的认识越来越多,无偿献血的意识不断增强,越来越多的人加入到无偿献血的行列中来。然而在采血过程中由于种种原因导致采血不畅,若处理不当,不仅造成血液资源的浪费,给献血者造成痛苦,影响献血者的积极性,同时,血液的采集直接影响血液质量及成分血液制品制作效果。及时发现血液采集过程中出现的异常情况并正确处理,以保证血液质量及献血者安全。本文对采血不畅原因进行分析,探讨护理对策,以减少采血不畅的发生^[1]。

血流不畅是指采血过程中血流呈滴柱状或中断^[2]。本站 2008、2009 年在血液采集过程中采血不畅发生率分别为 0.38%(61/16 067)、0.33%(56/16 733)。

1 采血不畅的原因

1.1 采血护士静脉穿刺失误^[3]。护士在进行采血操作时,对进针的角度、力度掌握欠佳,进针的深度过深或深度不够,针尖斜面未完全进入血管腔,导致部分血液流入周围组织形成血肿,出现血流缓慢;穿刺过深,可能穿过静脉,表现为血流中断。

1.2 献血者因素。(1)由于是初次献血,对献血知识了解不多,常常出现恐惧、焦虑心理,采血过程中精神高度紧张,或由于采血者技术不熟练,反复穿刺引起局部疼痛,导致植物神经功能紊乱,迷走神经功能亢进,从而引起血管收缩痉挛,血流缓慢。(2)献血者饮水太少,血液黏稠度高,血流缓慢,多见于空腹献血者。(3)献血者血管太细,管腔狭小,血流缓慢。

1.3 静脉充盈不足。针尖滞留静脉瓣内,针尖斜面被静脉瓣膜阻挡,血液流出受阻,造成导管内血流缓慢。

1.4 针尖。(1)针尖的斜面紧贴血管壁,血液流出受阻。(2)针尖阻塞,针尖不锐利,进针时带有皮下组织碎片;血流缓慢,凝血因子被激活,纤维蛋白析出,凝血块阻塞针头。

1.5 压脉带因素。压力不足或过大造成浅表静脉充盈不足或深部静脉回流受阻,影响血流。

1.6 环境因素。环境温度过低,尤其是在冬天,献血者因寒冷导致肌肉血管收缩,外周循环欠佳,使穿刺困难或血流不畅。

1.7 血袋采血导管因挤压粘连,或弯曲打折,导致血流不畅或中断。

2 采血不畅的后果

2.1 影响血液质量,造成血液资源的浪费。血流不畅导致采集时间延长,血液中出现凝块,或纤维蛋白析出和采血不足量,是血液报废的原因之一^[4]。

2.2 引起献血者穿刺处静脉损伤、渗血、疼痛、炎症、肿胀,造成献血者痛苦。

2.3 血流不畅及二针穿刺,导致献血者紧张恐惧,易发生献血不良反应,影响献血者的献血积极性。

3 预防及护理措施

3.1 穿刺静脉的选择。采血护士应熟悉肘部静脉的解剖学结构,选择浅表粗直、充盈饱满、弹性好、较固定、不易滑动的静脉,以肘正中静脉和贵要静脉为首选,其次是头静脉。根据各静脉特点,结合献血者皮下脂肪情况,选择最佳穿刺静脉及进针点。

3.2 熟练的穿刺技术^[5]。采血护士应具有高度的责任心及娴熟的操作技术,穿刺时应做到“一针见血”。熟练掌握静脉穿刺技术及触摸技巧。手指触摸判断穿刺进针点的准确位置。(1)掌握进针的角度和力度。正确掌握穿刺方法:采血时穿刺角度要适宜,一般针头斜面向上,针梗与皮肤呈 30°角,对静脉表浅者要适当减小穿刺角度,一般为 10°~20°角,静脉较深者应加大穿刺角度,从血管的正中进针,当针尖有落空感时,再沿静脉方向推进 0.5~1.0 cm,固定。对易滑动的静脉可用左手拇指绷紧皮肤,压住可触及静脉上段再行穿刺。(2)避开静脉瓣,进针动作迅速,减少组织损伤。(3)压脉带的位置及压力适中。压脉带要扎在肘关节上方 6~7 cm 处,压力相当于血压计 40~60 mmHg,以仅仅阻断浅静脉血流,而不阻断动脉血流为原则,力求使穿刺静脉充盈饱满,利于穿刺。

3.3 采血过程中,出现血流不畅应及时分析处理。(1)检查针头斜面是否准确适当。(2)重新调整压脉带的位置和压力,并嘱咐献血者握拳加压配合,切忌拍打血管,以免造成血管破裂及针头滑落。(3)检查血袋采血导管有无折压或扭曲。

3.4 献血者的护理^[6]。献血前仔细询问献血者的饮食及睡眠情况,防止空腹献血及疲劳献血。空腹者可饮白开水 2~3 杯(约 300 mL),吃些小点心、面包等,防止因血液黏稠引起的血