

确的体位姿势摆放、正确固定及穿刺手法;根据患儿情况,脂肪厚度,灵活准确定位及选取进针角度;若一次穿刺不成功,换人操作,同时不能反复穿刺同侧;若患儿活动厉害,一人操作困难,应两人协同操作;若不慎穿刺到股动脉,拔针后做到有效的止血,合适的压迫力度,压迫时间 10 min;同时观察穿刺侧肢体的血液循环有无障碍。切忌在按压途中反复打开棉球观察止血情况,以免造成血肿;对疑有血管损伤或凝血功能障碍者,延长压迫止血时间,定时观察,做好交接班,及时发现并处理穿刺部位血肿。曾有报道患儿因股静脉穿刺出血致死的案例,因此应该引起足够的重视。

4 讨 论

PSA 是动脉壁外伤、感染等原因造成血管局部破口,血液溢至血管外,被周围纤维组织包裹形成的搏动性瘤腔。其内血流通过破裂口与动脉相通,此种病变并非动脉真性扩张所致^[11];PSA 是在动脉壁损伤后在动脉附近形成血肿,随着时间推移,血肿部分溶解导致血管内和血管外间隙之间形成。因局限性沟通而形成,由于没有真正的血管壁结构,仅为血肿机化形成瘤壁,故称为 PSA。如未能及时诊断或处理,血肿进行性增大,甚至可能导致大出血^[12]。PSA 各年龄段均可发病,多见于成人,外伤及医源性介入治疗所致的报道多;临床有幼儿颈内动脉先天发育畸形动脉破裂而致颈内动脉 PSA 的报道。而报道新生儿因股静脉穿刺致 PSA 的案例较少。本科室却发生了因股静脉穿刺损伤股动脉致 PSA 病例,敲响了护理的警钟。全科室护士认真分析原因,自查自纠,以提高整体护理质量为已任;提高思想认识,培训股静脉穿刺理论知识,规范股静脉穿刺技术,杜绝类似事件重现。同时也希望通过该病例的报道,给护理同仁一些警示。

参考文献

[1] 徐彬. 2 例小儿股静脉穿刺致假性动脉瘤的护理[J]. 天津

结节性甲状腺肿伴微小乳头状癌⁹⁹Tc^m-甲氧基异丁基异腓显像分析

周 文,王 丹,张绍兰,吴维玉(第三军医大学大坪医院野战外科研究所核医学科,重庆 400042)

【关键词】 结节性甲状腺肿; 微小乳头状癌; ⁹⁹Tc^m-甲氧基异丁基异腓显像
DOI:10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2014. 23. 073 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)23-3391-02

结节性甲状腺肿的病因主要是在单纯性弥漫性甲状腺肿基础上反复进展,导致滤泡上皮由弥漫性转变为局灶性增生,部分区域则出现退行性变;由于长期的增生性病变和退行性病变反复交替,腺体内出现不同发展阶段的结节。部分结节性甲状腺肿由于上皮细胞的过度增生,可以形成胚胎性腺瘤或乳头状腺癌,也可形成甲状腺癌^[1]。单纯结节性甲状腺肿的临床诊断较为容易,伴有微小乳头状癌的临床诊断则比较困难。本文采用⁹⁹Tc^m-甲氧基异丁基异腓(⁹⁹Tc^m-MIBI)核素显像,对 1 例结节性甲状腺肿伴微小乳头状癌患者进行显像,现报道如下。

1 临床资料

患者,女,55 岁,2009 年 5 月因甲状腺肿行甲状腺肿切除

护理,2008,16(5):272-273.

[2] 蔡招林,黄寄志. 反复穿刺导致假性动脉瘤 3 例[J]. 现代中西医结合杂志,2005,14(8):1073.

[3] 吕海权,陆敏. 假性动脉瘤病因和处理 5 例分析[J]. 临床荟萃,2011,26(8):716-717.

[4] 程琼,李永坤,吴松松,等. 4 例股动脉假性动脉瘤的病因分析和处理[J]. 福建医药杂志,2009,31(1):67-68.

[5] 张巧兰. 提高股静脉穿刺成功率的对策研究[J]. 临床合理用药杂志,2012,5(6):144.

[6] 崔焱. 儿科护理学[M]. 4 版. 北京:人民卫生出版社,2006:97.

[7] 胡裕红. 新生儿使用一次性静脉采血针行股静脉斜刺法采血的体会[J]. 中国医学工程,2013,21(1):180.

[8] 骆丽科. 新生儿股静脉采血法[J]. 中国医学创新,2010,7(22):107-108.

[9] 崔惠玲,袁雪梅,罗永明. 三种穿刺方法在新生儿股静脉采血中的比较[J]. 内蒙古中医药,2012,31(6):32.

[10] 苏红梅. 新生儿股静脉采血斜刺法与直刺法的比较[J]. 中国实用神经疾病杂志,2010,13(19):95-96.

[11] 朱昆,陈欣,何玲. 儿童股动脉假性动脉瘤影像学表现 1 例[J]. 创伤外科杂志,2012,14(3):285-286.

[12] 郭蕾,林巍,应斌宇. 假性动脉瘤的治疗与诊断[J]. 医学综述,2005,11(3):227-228.

(收稿日期:2014-04-26 修回日期:2014-06-20)

术,1 年前复检发现左侧颈部包块,并进行性增大来本院就诊,B 超检查提示:左侧甲状腺下部见一大约 3.9 cm×2.8 cm 实性回声,考虑甲状腺肿可能性大。血清学三碘甲腺原氨酸(T3)、甲状腺素(T4)、促甲状腺激素(TSH)、甲状腺球蛋白抗体(TGA)、甲状腺微粒体抗体(TMA)、甲状腺球蛋白(TG)等指标正常。为进一步诊断,来本科室行核素显像检查。使用 GE 公司生产的 Infinia- II 型单光子发射型计算机断层扫描仪(SPECT),设置能峰 140 Kev,窗宽 20%,配低能通用型准直器,256×256 矩阵,放大 2.57 倍。生理盐水淋洗钼铈发生器(原子高科股份有限公司提供),即得⁹⁹Tc^mO₄Na,⁹⁹Tc^mO₄Na 按说明书操作,标记甲氧基异丁基异腓(MIBI,北京师宏药物研制中心提供)即得⁹⁹Tc^m-MIBI,检测放化纯度大于 90%。患

者仰卧于检查床上,探头视野中心对准颈部,先行常规⁹⁹Tc^mO₄-显像,即肘静脉注射 8 mCi⁹⁹Tc^mO₄Na 15 min 后采集甲状腺影像,采集计数为 500 K,提示甲状腺左叶下部冷结节。2 d 后行⁹⁹Tc^m-MIBI 显像,采用同样采集方法,肘静脉注射 8 mCi ⁹⁹Tc^m-MIBI 15 min 后采集 1 次甲状腺影像,延迟 2 h 后再采集 1 次甲状腺影像。采用勾画感兴趣区的方法,在 2 h 延迟影像上勾画甲状腺左叶冷结节区及右叶相同和相等面积的区域,得出平均像素值,计算左右比率,>1.0 判断为阳性显像。显像提示:左叶下部团块状增强影,强度随时间延长减低,左右等像素比率 1.08。术后病理诊断为左侧结节性甲状腺肿、微小甲状腺癌。

2 讨 论

甲状腺微小乳头状癌(PTMC)是指瘤体直径小于或等于 1.0 cm 的甲状腺乳头状癌,好发生于青壮年,女性明显多于男性,儿童少见。PTMC 生长缓慢,病程较长,临床常无特殊症状,有咽部异物感及吞咽不适等压迫症状时,多为结节性甲状腺肿等伴发的疾病所致^[2]。由于 PTMC 具有隐匿性和无症状性的特点,临床诊断常难以明确。超声检查、CT 扫描可以发现 1 mm 以下的甲状腺微小结节,但是对判断结节的良恶性无特异性。细针针吸细胞学检查效果很好,但 PTMC 瘤体较小,标本采集与操作者的个人能力密切相关^[3]。

⁹⁹Tc^mO₄-/⁹⁹Tc^m-MIBI 联合显像是在⁹⁹Tc^mO₄-显像基础上,通过观察甲状腺冷区对⁹⁹Tc^m-MIBI 摄取量的变化来判断良恶性。⁹⁹Tc^m-MIBI 是核医学常用的一种心肌灌注显像剂,因它可被肿瘤细胞摄取而应用于亲肿瘤显像。⁹⁹Tc^m-MIBI 在肿瘤细胞中聚集的机制目前还不是十分清楚,但大多数研究认为,⁹⁹Tc^m-MIBI 为脂溶性,所带正电荷与线粒体内膜所带负电荷形成电位差,促使⁹⁹Tc^m-MIBI 进入细胞,约 90% 的⁹⁹Tc^m-MIBI 浓聚在线粒体中,瘤体部位血流丰富、线粒体活跃、毛细血管通透性增加均可促使瘤体摄取⁹⁹Tc^m-MIBI,延迟显像恶性瘤体放射性充盈消退较慢而显影^[4]。

除恶性肿瘤细胞外,代谢旺盛的其他细胞亦可摄取 MIBI,例如高功能甲状腺瘤、非典型性增生和瘤样增生等^[5]。以往有对单纯甲状腺肿采用⁹⁹Tc^m-MIBI 亲肿瘤显像出现阳性的报道,两叶同区域同面积平均像素计数率约为 1.50~2.10,有的甚至高达 3.51,阳性率约为 5%~12%^[6-8];但对甲状腺肿伴发乳头状癌的报道少见。本文发现⁹⁹Tc^mO₄-显像为甲状腺下极

冷结节,冷结节区有⁹⁹Tc^m-MIBI 放射性充盈,延迟显像放射性充盈减低,平均像素计数率为 1.08,低于单纯结节性甲状腺肿,属弱阳性显像。作者认为这可能与该结节反复进展,上皮细胞增生和退行性变同时出现有关,而上皮细胞的过度增生则有可能形成乳头状癌。

甲状腺微小乳头状癌较小(≤1.0 cm),分化程度较高,恶性程度低,摄取⁹⁹Tc^m-MIBI 的能力还不是很强,而 SPECT 的分辨力一般在 1.0 cm 左右,对微小乳头状癌的探测尚有一定难度;但提示在对待⁹⁹Tc^m-MIBI 弱阳性显像的结节性甲状腺肿患者时,应预判其伴发乳头状癌的可能,并采取相应的治疗措施。

参考文献

- [1] Lawrence W Jr, Kaplan BJ. Diagnosis and management of patients with thyroid nodules[J]. J Surg Oncol, 2002, 80(3):157-170.
- [2] 施文标,孔林,陈鑫,等. 甲状腺乳头状微小癌诊治分析[J]. 北京医学, 2011, 33(7):569-571.
- [3] 杜雪梅,张延军,张欣,等. ⁹⁹Tc^mO₄-及⁹⁹Tc^m-MIBI 联合显像判定甲状腺结节性质[J]. 辽宁医学杂志, 2006, 20(2):57-58.
- [4] 张永学. 核医学[M]. 北京:人民卫生出版社, 2005:187-188.
- [5] 杨爱民,薛建军,胡国瑛,等. ⁹⁹Tc^m-MIBI 半定量显像对甲状腺癌的诊断价值[J]. 中华核医学杂志, 2002, 22(2):112-113.
- [6] 苏敏,杨健. ^{99m}Tc- MIBI 和^{99m}TcO₄-比较显像诊断甲状腺结节的临床价值[J]. 中国医学影像学杂志, 1999, 7(2):116-118.
- [7] 杨文定,覃卫华. ⁹⁹Tc^m-MIBI SPECT/CT 亲肿瘤融合显像对甲状腺结节良恶性鉴别的临床价值[J]. 海南医学, 2012, 23(23):90-91.
- [8] 覃伟武,黄秒,韦智晓,等. ^{99m}Tc- MIBI 显像对甲状腺“冷结节”鉴别诊断的临床研究[J]. 广西医科大学学报, 2007, 24(5):708-710.

(收稿日期:2014-02-10 修回日期:2014-05-22)

临床围术期隐性失血问题探讨

盛伟武¹, 钱厚明²△(江苏省高邮市中医院 225600; 2. 江苏省扬州市第一人民医院 225001)

【关键词】 用血评价; 围术期; 显性失血; 隐性失血

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.23.074 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)23-3392-02

2012 年 8 月 1 日正式实施的《医疗机构临床用血管理办法》,要求“医疗机构应当建立科室和医师临床用血评价及公示制度”。临床用血评价的主要内容包括:输血前检查是否完善、知情同意书是否签署、输血指证是否具备、病程记录是否完整、输注后疗效评估等。作者在临床用血评价中发现,临床医师往往在病程记录中忽视对隐性失血(HBL)的评估,即根据检验

结果计算的理论失血量与手术及麻醉记录的失血量不相符,存在 HBL 可能时,不能予以充分评估。本文就 HBL 的问题结合 2 例病例进行探讨。

1 HBL 的概念与计算

围术期失血总量可由显性失血与 HBL 两部分组成,当围术期血红蛋白水平急剧下降,理论失血量明显大于显性失血量