

顿,及时调整管道角度后及头颈位置后立即点滴顺畅,预先在针柄下垫一小棉花球并固定,使之与颈部呈 $5\sim 10^\circ$ <sup>[9]</sup>,可以预防点滴不畅。

对肥胖患儿采用颈外静脉留置针穿刺输液,操作简单,一针见血成功率优于在四肢与头皮部位穿刺输液,减少了患儿被反复穿刺以及肢体被约束的痛苦,减轻了护理人员的工作和心理负担,保证了治疗药物能及时被输入患儿体内,避免或减少了用药时间延误。肥胖患儿选择颈外静脉留置针穿刺输液,延长了留针时间,减少了滚针肿胀发生率及重复穿刺率,避免了留置针、输液贴、消毒用品等耗材的浪费,更易获得患儿家长的信任,提高了服务满意度,值得同行借鉴。

### 【参考文献】

- [1] 李锦娟.约束带在小儿头皮静脉输液时的应用[J].护理研究, 2011(1): 186-186.
- [2] 曹燕芬.门诊小儿输液护理纠纷原因分析及防范对策[J].齐齐哈尔医学院学报, 2010, 31(18): 3018.
- [3] 许玲,方勤.儿科护理学[M].5版.合肥:安徽大学出版社, 2012: 126-127.
- [4] 郭春玲,何庆梅,张建玲.颈外静脉穿刺置管病人的护理[J].中华现代护理杂志, 2010, 16(18): 2131.
- [5] 李晓燕,刘洋,陈卫红.套管留住时间的探讨[J].中华护理杂志, 2000, 3(5): 300-301.
- [6] 韩春芳.颈外静脉留置针在重症儿童监护室中的应用及护理[J].中国医刊, 2015, 50(2): 67-68.
- [7] 崔丹.微信群发平台辅助健康教育的效果观察[J].中国临床护理, 2014, 6(4): 338-339.
- [8] 张会芳,王雪利.颈外静脉留置针穿刺方法的改进[J].吉林医学, 2011, 32(4): 2267-2268.
- [9] 莫贝霞,韦月兰,尹秀丹.颈外静脉留置针在高度水肿患者中的应用[J].吉林医学, 2015, 36(3): 1705-1706.

• 短篇报道 •

文章编号: 1002-0217(2017)01-0101-02

## 右侧胸膜神经鞘瘤 1 例

胡淑慧,王莹

(皖南医学院第一附属医院 弋矶山医院 呼吸内科,安徽 芜湖 241001)

**【摘要】**目的:提高临床医生对于胸膜神经鞘瘤的认识,减少误诊及漏诊。方法:通过报道 1 例手术后病理确诊的胸膜神经鞘瘤,总结分析该病的临床特点、影像学改变、诊断及治疗。结果:该患者早期转胸心外科行手术治疗,现健在。结论:对于发生于胸膜处的神经鞘瘤,应与其他胸膜肿瘤相鉴别,术后行病理检查可明确诊断。

**【关键词】**神经鞘瘤;胸膜;诊断

**【中图分类号】**R 734.3 **【文献标志码】**A

**【DOI】**10.3969/j.issn.1002-0217.2017.01.032

神经鞘瘤(schwannoma)是一种来源于神经鞘的良性肿瘤,可发生于任何有神经纤维分布的组织 and 器官,周围神经源性肿瘤多见,但胸膜神经鞘瘤极为罕见<sup>[1]</sup>,仅见少数个案报道。

### 1 临床资料

患者,男,60岁,入院前5月体力劳动时突然出现左胸疼痛,呈针刺样,持续数十秒后自然缓解,无呼吸困难,无胸闷心悸,无咳嗽咳痰,无咯血,5个月中反复发作,遂于2015年1月3日来我院诊治。门诊胸部CT示(图1):左肺下叶少许纤维灶,左侧斜

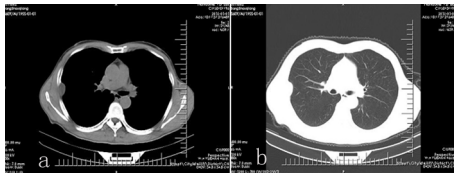
裂水平小结节,右胸膜下病变;余辅助检查未见明显异常;拟“右侧胸壁包块待查”收住。病程中,患者胃纳可,睡眠一般,大小便正常。查体:神清,精神可,心脏体征(-),双肺呼吸音清,未闻及干湿性啰音。请胸心外科会诊,建议行手术治疗,转入胸心外科后完善相关术前检查,后于2015年1月13日在全麻下行胸腔镜下右侧胸壁肿瘤摘除术,取右腋前线第7肋间做一1.5cm切口作观察孔,右腋前线第4肋间做一2cm切口作操作孔,探查右胸腔,于壁层胸膜下、肋间隙中见一囊实性包块,胸膜无粘连。沿包块基底部分开壁层胸膜,分离组织后见包块包

收稿日期:2016-03-31

作者简介:胡淑慧(1991-),女,2014级硕士研究生,(电话)18155386723,(电子信箱)18155386723@163.com;

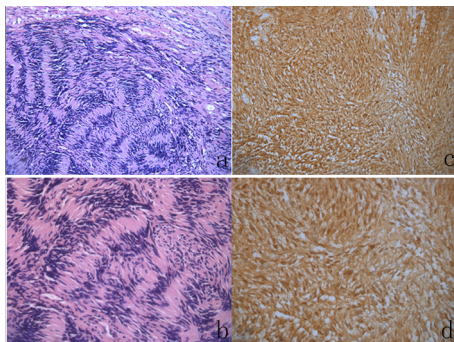
王莹,女,主任医师,副教授,硕士生导师,(电子信箱)w19y29h@163.com,通信作者。

膜完整,与周围组织无浸润,紧贴肿瘤包膜完整游离出肿瘤,肿瘤两侧为肋间神经,将神经向远端游离后剪断,取出肿瘤标本送检,术中顺利,术后安返病房。2015年1月21日术后病理(1500624)(图2)示:(右胸膜)神经鞘瘤,瘤体大小约为6.0 cm×2.5 cm×1.2 cm,免疫组化标记(201501097):瘤细胞 AE1/AE3(-),EMA(-),S-100(+),CD34(+,部分),D2-40(+/-),HBME(-),CR(-),SMA(-),calponin(-),Ki-67(+,<1%),p53(+,部分)。术后予以抗感染等对症支持治疗,恢复后出院,现术后随访,患者一般情况可,无明显不适主诉。



a:纵膈窗;b:肺窗;胸部CT可见右侧胸膜处有一境界清楚的椭圆形软组织密度影。

图1 术前CT



a、b: HE 染色,可见细胞排列成梭形; c、d: 免疫组化; a、c×200; b、d×400。

图2 术后病理

## 2 讨论

神经鞘瘤又称施万细胞瘤,起源于神经鞘,可发生于各个部位。胸部的神经鞘瘤相对罕见<sup>[2]</sup>,20~50岁多见,无性别差异,左右两肺无差异,良性多见,多起源于脊神经及肋间神经,无典型的临床症状,其诊断主要通过影像学资料及病理。其多呈孤立生长,具有完整的包膜,主要影像学表现为靠近胸壁或叶间裂胸膜的近软组织密度影,密度均匀,多为

球形或卵圆形,边缘光滑<sup>[3]</sup>。该病例的CT具有上述临床表现,表现为胸膜处的类圆形的软组织密度影,其未做增强扫描,仅根据影像学不能明确诊断。

神经鞘瘤早期胸部CT改变并不具有特异性,因此该种疾病应与神经纤维瘤、胸膜间皮瘤、包裹性胸腔积液、局限性纤维性肿瘤等累及胸膜的疾病相鉴别<sup>[4]</sup>。胸膜肿瘤以间皮瘤最多见,其多伴有胸痛、胸腔积液等症状,CT表现为胸膜结节影。因此,临床上对于神经鞘瘤的诊断应尽早获取病理学资料。神经鞘瘤的病理常分为两种构象<sup>[5]</sup>:①束状型,细胞呈梭形,境界不清,核呈现梭形和卵圆形<sup>[6]</sup>,排列呈栅栏状或不完整的漩涡状;②网状型,细胞稀少,排列呈稀疏的网状结构,细胞间有较多液体,常有小囊腔形成;免疫组化提示S-100(+).该病例的病理以束状型为主。

胸膜神经鞘瘤的治疗以手术切除为主<sup>[7]</sup>,若肿块界限清晰,应尽量保留肺组织;若不能确定肿瘤的良恶性,应行相应的肺叶切除;胸膜的恶性神经鞘瘤极其少见,应扩大手术范围,术后易发生转移,放疗及化疗均不敏感,预后较差。

## 【参考文献】

- [1] SORIA-CÉSPEDES D,ROBLES-VIDAL C,GÓMEZ-GONZÁLEZ A *et al.* Primary pleural hybrid cellular schwannoma/perineurioma: A case report[J].Respiratory investigation,2014,52(4):269-273.
- [2] SAWAS F A,LABABEDE O,MEZIANE M A *et al.* A 54-year-old woman with incidentally discovered mass on a chest radiograph[J].CHEST Journal,2009,135(6):1673-1678.
- [3] HU S,CHEN Y,WANG Y *et al.* Clinical and CT manifestation of pleural schwannoma[J].Acta Radiologica,2012,53(10):1137-1141.
- [4] 郑海军,周海军,邝艳超.胸膜神经鞘瘤误诊1例[J].实用放射学杂志,2008,24(5):716.
- [5] DASGUPTA S,BOSE D,BHATTACHARYYA N K *et al.* A clinicopathological study of mediastinal masses operated in a tertiary care hospital in Eastern India in 3 years with special reference to thymoma[J].Indian Journal of Pathology and Microbiology,2016,59(1):20.
- [6] 顾龙,冯海霞,时克伟,等.右侧胸腔神经鞘瘤一例[J].实用医学影像杂志,2015,16(4):364-365.
- [7] TAKATA M,MIYAMOTO Y.Surgery for benign schwannoma arising at the thoracic apex[J].Kyobu geka.The Japanese journal of thoracic surgery,2013,66(11):1014-1017.