关键词 营养不良;儿童营养
中图法分类号 R723.2

参考文献

1 李志方.农村山区73例小儿营养不良病因探讨.临床儿科杂志,1994,12(1):57
2 余泽缓编译.胃肠道的发育与早产儿喂养参考.国外医学儿科学分册,1996,23(1):39
3 杨裕霞,杨 谦.母乳喂养与早产儿低体重儿合并硬肿症关系探讨.中华儿童保健杂志,1996,4(1):7

(收稿:1997-09-25;修回:1998-06-25)
(编辑 冷怀明)

真菌直接镜检几种染液效果的比较

Comparison between the effects of the direct microscopic examination for fungi with different dyes

唐书谦* 叶庆俏 钟白玉 (第三军医大学附属西南医院皮肤科)重庆,400038

提 要 目的:为了使真菌直接镜检易于鉴别、辨认,以提高真菌直接镜检的阳性率。方法:在常用10%氢氧化钾(KOH)溶液制片标本的基础上,采用不同透明剂和分别加上不同染料直接染色涂片。结果:几种染液的比较,以刚果红、伊红染色液对真菌的染色较好,细胞与菌体的反差明显,易于鉴别、辨认。结论:本法操作简单、方便,有利于对真菌的鉴别和提高真菌镜检阳性率。

本实验在常用10%氢氧化钾(KOH)溶液制片的基础上,比较不同透明剂和加上不同染料直接染色涂片的方法,以有利于真菌直接镜检的鉴别和提高镜检的阳性率。

1 材料与方法

1.1 材料

皮肤鳞屑或分泌物真菌直接检查阳性标本30份,其中花斑癣标本4份,甲癣标本4份,体癣标本2份,手足癣标本14份,皮肤糠秕孢子菌病标本2份,阴道念珠菌病标本4份。

1.2 方法

1.2.1 染料直接加入10% KOH溶液染色法 置标本于载物片上,分别以含0.2%伊红、0.2%红墨水、0.2%米他尼黄、0.1%刚果红、0.05%棉蓝的10% KOH染色溶液常规制片,普通光镜观片。

1.2.2 染料非直接加入10% KOH溶液染色法 即先加一滴染液与标本混匀染色10~20 s,随后再加KOH常规制片,普通光镜观片。

1.2.3 常规10% KOH制片后水洗染色法 首先以10% KOH制片,标本溶解透明后,反复从盖片旁加水冲洗,洗除KOH后再从盖片旁或去掉盖片后加入染色液染色,普通光镜观片。

1.2.4 染料直接加入10%硫化钠液或5%十二烷基硫酸钠液常规制片,但不加热处理,普通光镜观片。

1.2.5 对照 常规10% KOH溶液制片,普通光镜观片。

2 结果

常规KOH涂片:普通光镜观察,角质细胞不着色,背景结构不十分清晰,菌丝或孢子有暗绿色折光。

染料直接加入或非直接加入KOH制片染色法,或KOH透明后除去KOH染色法,角质细胞和菌体均有不同程度的着色,结构清晰,易于辨认。伊红和红岩红墨水:角质细胞染呈鲜红色,菌丝无明显着色,但菌体胞浆呈淡红或鲜红色。刚果红染色:角质细胞呈淡橘红色,菌体呈橘红色。米他尼黄染色:角质细胞呈淡黄色或金黄色,菌丝无色或胞浆淡黄色。棉蓝染色:染料加入KOH内染色,菌体淡蓝色,有折光。

染料加于10%硫化钠溶液和5%十二烷基硫酸钠液染色。染色较果同KOH加染液染色结果,但透明时间较长,背景结构也无KOH标本清晰。

KOH制片后染色法,角质细胞和菌丝均与染液直接加入或非直接加入法无明显差异,但标本可封固保存。

3 讨论

临床真菌直接镜检,常规KOH制片对菌体较难辨认。本研究提示透明剂中加入染色液的方法,有助于临床直接镜检和教学[1,2]。

染液直接加入KOH和KOH制片后加染色液法比较,虽然当时结果一样,但染液直接加入KOH液中,由于强碱性的影响,染液很快失去染色能力。如伊红或墨水染料加入KOH后很快就由鲜红色变为紫黑色。因此,KOH制片后水洗加入染液染色比较好,显色鲜艳,如除去KOH后再染色,标本可保存。

* 唐书谦,男,58岁,大专,主任技师

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

有作者用刚果红染色后以 KOH透明[3],也有人用派克墨水加等量 20% KOH制片者。本作者认为 KOH加染色液制片是一种比较好的方法,特别是除去 KOH后再染色,可保存标本并有利教学。硫化钠和十二烷基硫酸钠透明剂加染液法,虽然与上述结果差异不明显,但两者溶解角质的能力较弱,背景无 KOH标本清晰。刚果红直接加入 KOH溶液会不溶解,需先溶于水后再加入。

上述几种染液的比较,以刚果红、伊红染色液对真菌染色较为鲜艳,角质细胞与菌体反差明显,易于辨认。红岩牌红墨水可以代替伊红染料。

关键词 真菌;真菌直接镜检

中图法分类号 R379

参考文献

1 郭宁如,席丽艳,孙秋宁.关于皮肤癣菌病病原菌变迁及临床诊治进展的讨论.临床皮肤科杂志,1997,26(6):408

2 Ramos A M, Sales A, Andrade M C, *et al*. Simple method for detecting subcutaneous phaeohypho mycosis with light-cdored fungi, Am J Surg Pathol, 1995, 19(1): 109

3 李顺凡,卢荣熙,吴国风,等.刚果红染色快速检查真菌.中华皮肤科杂志,1993,26(1):52

(收稿:1997-11-04;修回:1998-05-15)

(编辑 汪勤俭)

肝包膜下血肿的诊断和治疗

Diagnosis and treatment of subcapsular hematoma of the liver

顾晓东* 何振平 马宽生 (第三军医大学附属西南医院肝胆外科)重庆,400038

提 要 目的:对肝外伤致肝包膜下血肿的诊断和治疗作一回顾。方法:对 7例肝包膜下血肿的诊断和治疗进行临床分析。结果:6例经临床资料结合 B超、CT检查作出诊断,1例系术中发现获诊。CT诊符合率 100%。4例行手术清创引流治愈;3例保守治疗,2例治愈,1例合并多发伤死亡。结论:临床资料结合 B超、CT检查容易确诊。保守治疗的条件包括患者血动力学稳定、完备的重症监护系统以及随时改行手术处理的准备。

肝外伤包膜下血肿因其症状、体征不甚明显,易为临床忽视,若诊治延误,可致严重后果。我院 1991~1997年共收治肝包膜下血肿患者 7例,现就诊治分析如下。

1 临床资料

7例中,男性 6例,女性 1例。年龄 7~ 68岁。

1.1 致伤原因及部位

车祸伤 3例,坠落伤 2例,碰撞伤 2例;受伤部位右肝叶 6例,左肝内叶 1例。5例合并其它部位伤。入院就诊时间 4例在伤后 4 h内,3例分别在伤后 15 21 d和 3个月。

1.2 伤情分级

本组经 CT检查或术中测得肝包膜下血肿范围在 5 cm× 5 cm以下者 5例,5 cm× 5 cm至 10 cm× 10 cm之间者 1例,最大 1例 15 cm× 13 cm。肝包膜下血肿损伤程度的分级参照美国创伤外科协会(AAST)制定的肝外伤分级标准[1],本组I 级 5例,II 级 1例,III级 1例。

1.3 术前诊断

根据受伤部位(右季肋部,上腹部及右胸背部)和腹部症状、体征、结合 B超、CT结果等作出诊断。6例首诊与最后诊断吻合,就诊时生命体征平稳、血压平稳,均行 CT检查,肝包膜下血肿诊断与影像学结果符合率为 100%。另 1例因合并失血性休克及腹腔脏器伤,急诊剖腹,术中发现血肿。

1.4 治疗及结果

本组 7例,4例行手术治疗,均行血肿清创引流,治愈。3例保守治疗:2例血肿在 4周内自行吸收、治愈;1例合并多发伤死于呼吸衰竭、肾衰竭。

2 讨论

肝包膜下血肿应用 B超检查可见肝外形和肝内正常结构的改变以及肝周存在血液;CT检查可精确鉴别肝内出血、肝包膜下出血和肝周积血,也能估计出肝外的出血量[2]。据 Wing等[3]报道,腹部 CT对钝性腹部外伤的敏感性高达 100%,特异性达 98.8%,准确率达 97.6%。因此,根据患者受伤部位,结合 B超、CT及实验室检查,诊断并不困难。肝脏右叶占肝脏体积的 65%左右,在打击中容易受伤。据 Stain等[4]报道,肝外伤中右肝叶伤占 59%,左、右叶联合伤为 7%。与本组报告病例一致。

肝包膜下血肿有如下特点:① 钝性伤,有"爆裂"效应,受伤范围由单个肝段至两个肝叶;② 肝包膜完整;③ 多数血肿可自行吸收;④ 较大血肿在微弱外力作用

* 顾晓东,男,31岁,住院医师,硕士

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net