DOI: 10.16016/j.1000-5404.1999.01.034

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

下可能破裂,病情迅速恶化。对此类患者临床医师应根据临床资料、血液动力学情况及影像学检查等作出判断和及时地处理。随着诊断和监护水平的不断提高,钝性肝外伤患者越来越多地采用了非手术方案。Pachter等[5]报道了405例非手术治疗的肝外伤,占该组病例的47%,成功率达98.5%。采用非手术治疗必须符合以下条件[6]:① 血液动力学稳定,包括最初就诊时和适当输液后;② 无腹膜炎体征;③ 无意识障碍使一系列外科体检得以进行;④ CT示肝脏伤情Ⅰ~Ⅲ级;⑤ 无腹腔内其它合并伤证据;⑥ 与肝损伤相关的输血不超过2次;⑦ CT监测证实肝损伤稳定或有所改善,此外尚需具备重症监护系统以及立即改行手术探查的条件。非手术治疗方案包括:重症监护系统持续观察;反复查体;经常性的实验室检查以及病情评估;绝对卧床;镇静、止痛、吸氧,持续胃肠减压;广谱抗生素应用及输血、补液。

肝包膜下血肿可在任何时候破裂,迟者可达伤后6周。Cheatham等[7]认为患者应入ICU 3~5 d,并限制活动6周。Farnell等[8]认为肝外伤非手术治疗患者应在伤后1~2周、1、2、3月复查CT,了解伤情转归。非手术治疗期间,血液动力学是最重要的观察指标。任何突然发生的血液动力学变化都可能预示着血肿破裂出血,需随时做好手术准备。肝包膜下血肿有以下情况者需行手术探查:① 经输血、输液(800~1000 ml),血液动力学仍不稳定;② 合并腹腔其它脏器伤;③ 发生了腹膜炎;④ 血肿出血量>250 ml[2];⑤ 检查发现血肿进行性增大;⑥ 非手术治疗中血液动力学突然变化,或血肿未完全吸收并出现感染征象。肝包膜下血肿的手术治疗原则:清除失活的组织,迅速、彻底、有效地止血,结扎损伤胆管,腹腔充分引流。大部分患者行单纯清创缝合止血,若肝实质破损较深可采褥式缝合并明胶海绵或大网膜填塞。若有广泛的肝包膜下出血,可考虑选择性地结扎该侧肝动脉的分支[2]。手术中应注意对肝脏再次打击尽可能控制到最小程度。

关键词　肝疾病;包膜下血肿

中图法分类号　R657.3

参考文献

1 Moore E E, Shackford S R, Pachter H L, *et al*. Organ injury scaling: spleen, liver and kidney. J Trauma, 1989, 29(12): 1664

2 陈　汉,尉公田,吴孟超.肝外伤诊断和治疗的现状.中国实用外科杂志, 1996, 16(4): 236

3 Wing V W, Federle M P, Jr Morris J A, *et al*. The clinical impact of CT for blunt abdominal trauma. A J R, 1985, 145(6): 1191

4 Stain S C, Yellin A E, Donovan A J. Hepatic trauma. Arch Surg, 1988, 123(11): 1251

5 Pachter H L, Knudson M M, Esrig B, *et al*. Status of nonoperative management of blunt hepatic injuries in 1995: a multicenter experience with 404 patients. J Trauma, 1996, 40(1): 31

6 Pachter H L, Frank C S, Sreren R H, *et al*. significant trends on the treatment of hepatic trauma. Am Surg, 1992, 215(5): 492

7 Cheatham J E, Smith E Z. Nonoperative management of subcapsular hematomas of the liver. Am J Surg, 1980, 140(6): 852

8 Farnell M B. Nonoperative management of blunt hepatic trauma in adults. Surgery, 1988, 104(4): 748

(收稿: 1998-05-10;修回: 1998-07-27)

(编辑　刘　鹏)

多发性骨髓瘤的放射学诊断

Radiographic diagnosis of multiple myeloma

谢　强*　易习之　(第三军医大学附属新桥医院放射科)重庆, 400037

提　要　目的:确定影像学对多发性骨髓瘤的诊断价值。方法:42例多发性骨髓瘤均行X线平片检查,CT检查8例,核素检查2例。结果:约80%多发性骨髓瘤患者X线检查异常,表现为骨质疏松,骨质破坏,骨质硬化及髓外浸润。CT能发现平片表现为阴性的骨质破坏。结论:X线检查是多发性骨髓瘤最重要的辅助检查之一,但诊断必须结合临床。CT在发现病变能力上优于平片,可作为补充手段。

多发性骨髓瘤(Multiple myloma, MM)为骨髓内浆细胞异常增生所致的一种复杂而特殊的恶性肿瘤。其发病率也很高,为常见的骨恶性肿瘤,但临床诊断率低而漏、误诊率很高[1]。X线检查是该病的主要诊断手段之一。故作者总结我院1983年至1996年确诊的42例MM资料并复习文献,以提高对MM诊断和鉴别诊断

* 谢　强　男,29岁,住院医师,学士

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