



注:A 为嗜碱性粒细胞;B 为淋巴瘤样细胞。

图 3 瑞吉染色(×1 000)

3 讨论

白细胞/BASO 通道检测原理^[1]:嗜碱性粒细胞溶血素完全溶解红细胞、血小板和除嗜碱性粒细胞以外的白细胞溶解为裸核,而嗜碱性粒细胞保持原状。白细胞/BASO 散点图纵坐标(前向散射光)反映细胞大小,横坐标(侧向散射光)反映细胞内容物复杂程度,故正常白细胞及红细胞、血小板溶解后,在散点图上的位置均位于嗜碱性粒细胞左下,而淋巴瘤样细胞胞体体积大、核浆比高,被嗜碱性粒细胞溶血素溶解后,其裸核体积与嗜碱性粒细胞相当。经测量,嗜碱性粒细胞直径为 10.9~13.8 μm,淋巴瘤样细胞核直径为 11.6~15.1 μm,从嗜碱性粒细胞通道的散点图上看,二者的位置相当,考虑其内容物复杂程度相似。所以本文分析,仪器将淋巴瘤样细胞误认为嗜碱性粒细胞,导致嗜碱性粒细胞假性增高。血液中嗜碱性粒细胞含量相对较低,细胞结构和形态易受外环境影响而改变,是造成不同仪器间及手工法计数嗜碱性粒细胞相关性差的主因。本研究的 5 次结果经手工法复检,发现增高的嗜碱性粒细胞全部为淋巴瘤样细胞,若不经手工法复检,会给临床诊断带来严重的误判。国内陆丹^[2]认为在新生儿分类中嗜碱性粒细胞

假阳性率甚至高达 26.47%。而手工分类法分类嗜碱性粒细胞虽然存在外周血分布不均、受计数细胞个数限制等原因,会存在变异系数大的缺点,但可以避免极端的错误计数结果。淋巴瘤是常见的恶性肿瘤之一,发展到晚期,有 16%~75% 的患者出现骨髓转移^[3],骨髓侵犯越严重,治疗效果越差,预后也越差。

因此,对于已确诊淋巴瘤的患者,若在外周血涂片中看见淋巴瘤样细胞,应及时报告临床并建议骨髓穿刺确定是否发生骨髓转移。而对于无痛性表浅淋巴结肿大,持续原因不明的发热患者应特别注意,若外周血涂片查见淋巴瘤样细胞,可建议患者行相关检查确诊。在工作中,机器在分类时会出现细胞相互干扰,不能盲目信任机器的分类结果,必须手工分类确认,才能保证结果的准确性及对临床工作的有用性。

参考文献

[1] 熊立凡,刘成玉.临床检验基础[M].4 版.北京:人民卫生出版社,2007:96-97.
 [2] 陆丹.全自动血细胞分析仪与手工镜检分类新生儿白细胞相关性分析[J].临床血液学杂志,2010,23(4):231-232.
 [3] 卢进,陈萍,李晓,等.非霍奇金淋巴瘤侵犯骨髓及合并淋巴瘤细胞白血病的临床分析[J].四川肿瘤防治,2006,19(1):11-13.

(收稿日期:2012-06-10)

股骨近端髓内钉治疗股骨转子间骨折

赵 茂(四川省叙永县人民医院骨科 646400)

【关键词】 股骨转子间骨折; 股骨近端髓内钉; 手术

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.22.076 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)22-2907-02

本科室从 2008 年 9 月至 2011 年 12 月采用股骨近端髓内钉(PFN)治疗 27 例股骨转子间骨折患者,平均随访 12 个月。现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 27 例,其中男 17 例,女 10 例;年龄 35~63 岁,平均 53 岁;跌坐伤 17 例,交通伤 10 例;Evan's 分型^[1]:I 度 4 例,II 度 5 例,III 度 6 例,IV 度 5 例,V 度 7 例。

1.2 手术方法 全身麻醉或硬膜外麻醉,平卧位,“C”臂监视下手术。牵引,复位后,于大粗隆顶端向上 6~8 cm 纵形切口,钝性分开臀中肌直至大粗隆顶点,选择大粗隆顶点内壁偏前为进钉点,开口器开口,导针于“X”线监视下插入远端髓腔,逐级扩髓,近端扩髓至 15 mm,远端视髓腔情况决定是否扩髓或扩髓程度。内收患肢,插入合适的股骨近端髓内钉。再次外展复位,“C”臂监视下调整主钉深度,使近端拉力螺钉指向股骨颈内,“C”臂监视下钻孔,拧入长短合适的拉力螺钉,螺钉头距离股骨头皮质下约 0.5~1.0 cm。利用瞄准器或“C”臂固定远端锁定螺钉。

1.3 术前及术后处理 术前全面检查,必要时请相关科室会诊,积极控制原发内科疾病直至手术许可范围。术前 1 h 开始应用抗生素至术后 2~3 d。除非有禁忌证,从术前 1 d 开始至

术后 3 d 常规应用抗凝药物。术后 3 d 开始使用 CPM 机进行患侧髋膝关节被动活动。2 周拆线出院,每个月摄片复查。4 周后部分负重,视骨折愈合情况决定完全负重时间。

2 结果

全部病例无术中股骨近段继发骨折发生;随访 9~15 个月,1 例(3.7%)Evan's 分型 I 型 4 度者术中复位不良,1 例(3.7%)单纯近端拉力螺钉退出合并髓内翻;1 例(3.7%)切口延期愈合,伤口分泌物培养未见细菌生长;平均骨折愈合时间 3 个月;余 24 例(88.9%)例骨折愈合良好,髋关节活动良好。

3 讨论

股骨转子间骨折多属于低能量损伤,对于老年人由于骨质疏松、跌坐都可以引起骨折。有报道称针对骨质疏松的老年患者,采用髓外固定比髓内固定更能减少术后髓内翻的发生^[2]。因此本组选择患者平均年龄为 53 岁,术前检查无骨质疏松表现。采用 PFN 内固定是标准的髓内固定术式,PFN 具有很好的力学和生物学特性,对于顺转子间骨折和反转子间骨折都适合,特别适合于严重粉碎的不稳定骨折。PFN 的近端拉力螺钉同亚洲 Gamma 钉一样位于股骨距处,并且增加了一枚防旋钉位于头颈上方^[3]。整个手术过程操作比较简单,损伤小,治疗转子间骨折的远期疗效基本令人满意。

参考文献

[1] Evans EM. The treatment of trochanteric fractures of the femur[J]. Bone Joint Surg, 1949, 31B:190-203.

[2] 张经纬, 蒋垚, 张先龙, 等. 股骨转子间骨折不同手术方法比较[J]. 中华骨科杂志, 2005, 25(1):7-11.

[3] Simmermucher RK, Bosch AM, Van derWerken C. The AO/ASIF proximal femoral nail (PFN): a new device for the treatment of unstable proximal femoral fractures[J]. Injury, 1999, 30:327-332.

(收稿日期:2012-06-28)

日立 7180 全自动生化分析仪反应杯和管路清洗的技巧

王 华, 梁丁兮, 郭兴梁(四川省巴中市中心医院检验科 636000)

【关键词】 日立 7180 全自动生化分析仪; 管路清洗; 反应杯

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.22.077 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)22-2908-01

日立 7180 全自动生化分析仪是日本株式会社研究生产的一种适用于大中型医院的生化分析仪, 该仪器有自动化程度高, 操作维护简单, 稳定性好等优点。只要严格按照维护保养程序进行日保养、周保养和月保养, 该仪器就会减少故障的发生, 使仪器处于良好的运行状态。在长期的实际操作中本科室发现了一些关于反应杯, 管路等的一些清洗技巧, 现报道如下。

反应杯是 1 周清洗一次, 但现在大多医院为了节约成本就自己配制碱性清洗液, 因为其中缺少有效的活性成分, 清洗能力大大降低, 致反应杯脏得比较快, 严重时在运行中出现杯空白报警甚至出现机器停机^[1]。本科室的经验是: 1D1 位, 2D1 位, W1 位一直放原装清洗液; 平时做标本时 DETERGENT 1 位用自己配制的碱液(1 个 mol/L 的分析纯氢氧化钠+2% 的原装 HITERGENT 清洗液)来清洗杯子, 在进行周维护时 DETERGENT 1 位就换上原装的碱性清洗液。进行这样的改动后不但降低了成本, 而且清洗的效果几乎与全部用原装的碱性清洗液的效果是一样的^[2]。当清洗完后对于个别杯空白高的杯子就用棉签蘸 HITERGENT 原液擦拭杯子的内外壁^[3], 一般非机械性损伤杯空白都会下降。而且杯子最好是 2 套: 一套上机另一套用 2% 的 HITERGENT 浸泡, 每个月轮换一次, 能有效延长杯子的使用寿命。

管道的清洗主要是 1 号与 5 号管道的维护, 因为它们是直接吸反应原液, 反应物容易附着在管道内壁, 脏得比较快, 久而久之就容易使管道内腔变窄甚至堵塞。本科室的处理办法是把一号清洗针取下来放在盛次氯酸钠原液的烧杯内做机械检查 100 次, 然后换上蒸馏水再做 100 次机械检查。每个月一次可有效防止管道堵塞。

透光清洗: 大多医院是用棉签蘸 HITERGENT 原液擦

拭但棉签有一定的硬度容易划伤透光窗, 最好是用专用显微镜擦镜纸来代替棉签, 这样就把透光窗伤害降到了最低又能有效去除上面的污物。

废液收集瓶的清洗。因所有反应原液都收集到这个小瓶, 所以脏起来非常快。打开机器左边的侧板就可以看到这个小瓶。它脏了的主要后果就是影响下面电磁阀, 使之关闭不严, 至使反应杯中的废液吸不干净或倒吸进入真空泵。清洗的方法是从一号管注入次氯酸钠原液到小瓶 2/3 的位置, 浸泡 30 min 后放掉小瓶中的水, 再注入清水重复操作 2~3 次。每个月一次就能有效防止废液瓶变脏。还要注意的一个问题是注意小瓶内的几根管道口有没有污物结晶, 如果有就取下废液收集瓶用细铁丝通一通便可。

以上维护一般是先做管道清洗, 然后再做废液瓶清洗, 最后做反应杯的清洗。这样既可使 3 个机构充分清洗干净, 又可节约时间。

参考文献

[1] 李广权, 李璇. 日立 7060 生化分析仪杯空白报警原因及处理[J]. 中国医学检验杂志, 2003, 4(3):212-213.

[2] 万汝根, 孙建发, 张勇军, 等. 自配日立全自动生化分析仪碱性清洗液的应用研究[J]. 浙江检验医学, 2011, 9(2):34-35.

[3] 范宏. 日立 7060 全自动生化分析仪杯空白异常及数据错误故障的排除及处理[J]. 现代检验医学杂志, 2003, 18(2):39.

(收稿日期:2012-06-25)

1 例结节病误诊为肺结核、淋巴结结核

原亚文¹, 南鹏飞²(陕西省宝鸡市解放军三院:1. 检验科; 2. 结核病科 721004)

【关键词】 淋巴结肿大; 肺部阴影; 结节病; 误诊; 结核

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2012.22.078 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2012)22-2908-02

结节病是一种多系统器官受累的肉芽肿性疾病, 起病隐匿, 临床表现缺乏特异性, 临床上易误诊或漏诊。本文将本科室收治 1 例误诊为肺结核、淋巴结结核的结节病进行分析, 报道如下。

1 临床资料

患者, 男, 20 岁, 因间断咳嗽、发热、乏力 1 个月于 2011 年

11 月 1 日入院。入院前曾在外院拍胸片示“双上中肺结核”未行抗痨治疗来本专科医院。患病来偶尔低热、盗汗, 无痰中带血及咯血, 无明确结核患者接触史。查体: 发育正常、神志清楚、查体配合, 营养中等。双侧颈部可触及多个肿大的淋巴结, 黄豆大到花生米大小不等, 质地较硬, 活动度较好, 无明显压