

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 1 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。

透光的清洗: 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 1 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

痛,局部皮肤无红肿、溃烂。双侧扁桃体无肿大。双肺呼吸音粗,未闻及干湿啰音。心腹未见异常,四肢皮下未见结节,关节活动正常。外院 2011 年 10 月 31 日门诊胸部 X 线片示上中肺结节状、片状阴影,肺门淋巴结肿大,心隔如常。辅助检查:血常规示白细胞 $3.2 \times 10^9/L$,中性粒细胞 72%,红细胞 $4.4 \times 10^{12}/L$,血红蛋白 128 g/L,血小板 $182 \times 10^9/L$,红细胞沉降率 24 mm/h;B 超示肝胆脾未见异常,心电图未见异常。颈部彩超示双侧颈部、锁骨上窝淋巴结肿大,多考虑淋巴结结核。初诊为:(1)双肺继发型浸润结核初治;(2)颈部淋巴结结核。入院给予 3HRSZ/9HR 方案抗痨加保肝治疗,入院后痰结核菌连续 3 次阴性、结核菌素试验阴性,患者症状无明显改善,行颈部淋巴结活检病理回报:淋巴结结核。考虑双肺病变亦为结核所致,行气管镜肺活检。活检病理示:慢性肉芽肿性炎,未见干酪样坏死,抗酸染色未找到结核杆菌,证实为结节病。立即停用抗痨药物,给予泼尼松 30 mg/d,一次顿服,1 周后病情明显好转。1 个月后计算机断层扫描(CT)显示双肺病变及肺门肿大淋巴结明显缩小,双侧颈部淋巴结亦明显缩小,继续口服泼尼松治疗。

2 讨 论

结节病是一种原因不明的以非干酪样肉芽肿为病理特征的系统性疾病。可侵犯全身多个器官,以肺和淋巴结发病率最高,其次为皮肤、眼、神经系统、心脏等。临床表现多种多样,可无明显临床症状,也有少数病例病情呈进行性进展,晚期呈多器官受累、衰竭。部分结节病可自愈或呈慢性进展,好发年龄 20~40 岁,女性多于男性,临床大多数发病隐匿,约 90% 以上的病例有肺部病变,常规 X 线片检查可发现肺部异常阴影。胸内结节病早期常无明显症状和体征,有时有咳嗽、咳少量黏痰、胸痛,偶尔少量咯血、乏力、发热、盗汗、体质量减轻等。约 1/4 的病例有眼和皮肤病变,周围淋巴结肿大占 1/3,还有心脏改变,肾脏受累,消化系统及关节炎等,易误诊为淋巴结结核、淋

巴瘤、肺结核、肺癌并纵隔淋巴结转移及关节炎等^[1]。

结节病诊断主要依靠病理学检查。从病理学角度看,结节病与结核病同属于肉芽肿类疾病,典型病例鉴别不难,但不典型病例表现为非干酪样肉芽肿形成,有时很难鉴别,不典型结核病即增殖结核病理学改变可为结核肉芽肿不伴干酪样坏死,抗酸染色阴性,与结节病肉芽肿病理上区分很困难。病理学报告常是“请结合临床排除结核后考虑结节病”,“请结合临床排除结节病后考虑结核病”或“请结合临床相关化验检查”,可见二者病理鉴别难度很大^[2]。胸片及 CT 可见双肺门及纵隔淋巴结增大,伴或不伴肺内结节、片状影。本例误诊原因:患者有咳嗽、发热、乏力、盗汗等类似结核中毒症状样表现。双侧颈部有多个肿大的淋巴结,双肺有结节状、片状密度增高影,专科医生有先入为主惯性思维,故首先考虑为肺结核和淋巴结结核。由于结节病临床较少见,非专科医生对结节病认识不足,双肺结节状、片状密度增高影及颈部和肺门淋巴结肿大很容易使临床医生首先考虑肺结核、淋巴结结核及肺癌伴纵隔转移,导致误诊。结节病误诊率较高,有文献报道达 39%,胸部影像显示双肺结节状、网状、片状阴影及肺门、纵隔淋巴结肿大者应引起重视,有浅表淋巴结肿大者,可做活检,以明确诊断,特别是对于非专科医生,更应加强对结节病知识的学习、拓宽临床思路、综合分析,不能主观臆断,这样才能尽量减少误诊和漏诊,提高对结节病的正确诊断和治疗。

参考文献

[1] 陈灏珠. 实用内科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:2610-2613.
[2] 王成志. 15 例肺结节病临床病例分析并文献复习[J]. 临床肺科杂志,2008,13(1):26-27.

(收稿日期:2012-06-11)

(上接第 2898 页)

生素、高矿物质、富含铁质的食物,少量多餐,根据个人喜好经常更换菜谱,使营养更全面。

2.2.8 预防便秘 宫颈环扎术后发生便秘的原因是多方面的。大量干硬的粪便寄存于直肠内,可引起肠道强烈收缩,进而诱发宫缩,增加早产、流产的危险^[4]。鼓励孕妇多吃纤维性食物,多饮水。养成定时排便习惯,排便时抬高床头指导孕妇深呼吸,切忌用力避免诱发宫缩。大便干结无法排出,可戴手套从肛门进入帮助其排出。鼓励其在病情允许下,适当增加活动量,预防和减轻便秘对孕妇的影响。

2.2.9 出院指导 患者术后观察 2~4 周,病情稳定、无宫缩及阴道流血即可出院。出院后可轻微活动,禁止性生活,避免剧烈咳嗽、大笑及抬重物等增加腹压的动作。指导孕妇自数胎动,每天早、中、晚卧床各数 1 h 胎动并记录,≥4 次/小时,反应胎儿状况良好。3 次结果相加乘以 4 得 12 h 胎动数。≥30 次/12 小时为正常,<10 次/12 小时提示胎儿缺氧,如过快过慢应立即就诊。定期接受产前检查,向接诊医生说明病史。通常 B 超检查频率 1 次/2~3 周,在检查过程中掌握宫颈管缩短程度及宫口扩张情况,并根据实际需要尽早入院密切观察。如无异常可在孕 36 周提前住院等待分娩,妊娠达 37 周或出现规律宫缩应及时拆线,若临产时间提前应立即拆线,以免加重宫颈裂伤。

宫颈环扎术是治疗宫颈机能不全的有效方法,做好手术前后的护理是手术成功的重要保障。其中加强术后病情观察、用药期间的监测至关重要。既要有效抑制宫缩,又要警惕药物中毒和不良反应的出现。在护理中还应做好孕期健康宣教,避免劳累等诱发宫缩的因素,注意临产后及时拆除缝线,以免加重宫颈裂伤^[5]。本组 16 例均安全度过围生期,顺利分娩,由此可见妊娠期宫颈机能不全孕妇通过宫颈环扎术及一系列护理,可顺利度过危险期,保证母婴安全。

参考文献

[1] 曹泽毅. 中华妇产科科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2005:325-335.
[2] 范继青,隋爱慈. 89 例宫颈机能不全行环扎术治疗的护理[J]. 天津护理,2010,18(2):85-86.
[3] 丰有吉,沈铿. 妇产科学[M]. 北京:人民卫生出版社,2008:100.
[4] 苏应宽,刘薪民. 妇产科手术学[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社,1992:312-313.
[5] 郭碧云. 妊娠期宫颈环扎 31 例术后护理及疗效观察[J]. 临床合理用药,2001,8(4):92-93.

(收稿日期:2012-06-02)