

能坚固,可以有效地控制弯曲和旋转,在骨端吸收、压缩的同时仍能起到加压及牢固的内固定作用。拉力钉螺纹粗大,把持力强,钉板间有滑动功能,使股骨颈部与股骨干部固定为一体,保持良好的颈干角,在人体负重时其滑动作用有效地增加了骨折端的刺激,有利于骨的愈合及塑形。DHS 可广泛用于不同类型的粗隆部骨折,是目前最具代表性的治疗粗隆间骨折的钉板系统。在老年人,骨折块较碎小,且骨质疏松更为明显,因此 DHS 是较理想的内固定物,是目前股骨粗隆间骨折最好的治疗方法^[3]。

3.3 手术技巧 手术的质量直接决定术后的效果。作者认为,DHS 治疗股骨粗隆间骨折术中操作非常关键,术中应注意几点:(1)骨折直视下复位后,导针定位应在 C 形臂 X 线监护下定位;定位针与股骨干角度要用导向器打入,并且经导针测量套筒钢板与股骨干外侧平行,以防内翻或外翻位植入;对老年骨质疏松者,术中导针要求一次性定位准确,丝锥和 DHS 三联扩孔器要一次性到位,不能反复开道。(2)动力滑动螺纹钉应位于股骨颈中央,动力螺纹钉的长度要合适,选用动力螺纹钉最理想的深度应达关节面下 1 cm,过浅固定不够可靠,过深容易穿透股骨头进入髋关节。(3)动力螺纹钉的螺纹部应在骨折近端,以免影响近端骨折滑动,起不到加压作用。(4)小粗隆部骨折的治疗,小粗隆为髂腰肌的附着处,髂腰肌是主要的屈髋肌肉,不固定小粗隆将影响屈髋功能,导致髋内翻畸形。小粗隆骨折是否固定取决于其是否累及股骨距。小粗隆大块的骨折累及内侧弓的完整性,压应力不能通过股骨距传导,断钉、钢板折断及切割股骨头颈等并发症发生率较高。对于此类骨折给予钢丝或螺钉固定,保持骨内侧皮质的完整性,防止髋内翻,同时增加内固定的效果。有学者认为股骨小粗隆缺损(治疗中未做固定)是造成 DHS 治疗股骨粗隆间骨折失败的重要原因^[4]。因此,在治疗股骨粗隆间骨折时,对小粗隆应作重点处理。若小粗隆有小块的骨折,对股骨距无影响,可不予固定,因为小粗隆有良好的血供,骨折愈合快。

3.4 围手术期处理及原发病(骨质疏松)的治疗 由于手术的创伤,同时大部分老年人并发症多,术后并发症发生率较高,治疗风险大,对各种并发症应及时请相关专业的医生会诊,术前做相应的处理,对不可能在较短时间内完全解决的问题,如糖尿病、高血压、冠心病等,可请内科相关专业的医生协助作术中

监护及术后治疗。术后需重视内科疾病和原发疾病(骨质疏松)的治疗,合理应用抗生素预防感染;术后可适当经静脉补充营养,加强全身支持治疗;应用活血化瘀中药和理疗,对预防静脉血栓形成、促进骨折愈合和伤肢功能恢复有利;加强护理,如协助患者翻身和患肢的被动活动,对预防肺炎、褥疮等并发症的发生亦很重要。患者功能恢复好坏与重视围手术期处理不无关系。在选择外科手术治疗的同时,也应重视原发病(骨质疏松)的治疗,以提高手术疗效。骨折早期,破骨细胞活跃,骨吸收增强,而且因制动和卧床,导致骨量进一步丧失,宜用抗骨质吸收药物抑制破骨。在恢复期和功能康复期,活性维生素 D 不仅有增加骨量、降低再骨折率的作用,而且有助于改善神经、肌肉功能。

3.5 功能锻炼 DHS 治疗股骨粗隆间骨折的目的是使患者能早期下床活动、减少长期卧床的并发症。伤肢肌肉训练和髋、膝、踝关节锻炼是伤肢功能恢复的重要环节。功能锻炼应循序渐进,主动与被动相结合。术后应尽早开始肢体的康复训练,包括肌肉的等长收缩与下肢功能恢复锻炼,这不仅能使关节、肌肉在活动中恢复功能,还能预防下肢深静脉血栓形成。本组患者术后次日可坐起,鼓励患者做患肢肌力训练,3 d 开始被动、主动运动膝关节,使患肢在不负重的情况下早日恢复髋关节生理功能。对于 A1 型骨折患者术后 2~3 周可扶双拐下地不负重行走;对于 A2、A3 型特别是 A3 型骨折不强调早期下地活动,应根据 X 线片复查情况决定下地行走及部分负重行走时间。

参考文献

[1] 黄公怡. 鹅头钉治疗股骨转子间骨折的疗效分析[J]. 中华骨伤杂志, 1984, 4(6): 349-353.
 [2] 王亦聰. 骨与关节损伤[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2001: 866.
 [3] 翟桂华. 骨科内固定[M]. 3 版. 北京: 人民卫生出版社, 2000: 367.
 [4] 蔡迎峰, 陈胜, 张维. 股骨小粗隆缺损的生物力学评价及临床意义[J]. 骨与关节损伤杂志, 2001, 16(3): 178-179.

(收稿日期: 2011-04-06)

18 例胃间质瘤临床病理分析

秦美云(江苏省南通市通州区第八人民医院病理科 226361)

【摘要】 目的 探讨胃间质瘤的病理组织学特点、免疫表型特征、诊断标准、治疗原则及决定预后的因素。**方法** 对 18 例胃间质瘤患者的手术切除标本用 10% 甲醛固定, 常规 HE 染色、光镜观察, SP 染色后检测 CD117、CD34、平滑肌肌动蛋白(SMA)、S100 蛋白的表达。**结果** 18 例胃间质瘤的病理形态呈梭形细胞样 12 例, 上皮细胞样 6 例, CD117 阳性 + 6 例、++ 8 例、+++ 4 例, CD34 + 8 例、++ 2 例, +++ 6 例、阴性 2 例, S100 蛋白仅有 1 例散在阳性, SMA 仅有 2 例散在阳性, 其余均为阴性。**结论** CD117、CD34 是胃间质瘤的诊断标记物, 病理检查及免疫组织化学是诊断胃间质瘤的可靠方法, 肿瘤大小及核分裂是判断危险度的标准, 手术切除是首选的治疗方法。术后密切随访、定期复查, 必要时配合甲磺酸伊马替尼治疗对控制复发、转移, 延长患者生命有重要意义。

【关键词】 胃肠道间质肿瘤/病理学; 间质瘤/病理学; 免疫组织化学; 诊断, 鉴别

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2011. 18. 049 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2011)18-2264-02

胃间质瘤是常见的消化道间叶源性肿瘤, 易被误诊为胃平滑肌瘤或神经源性肿瘤, 病理检查及免疫组织化学是明确诊断的可靠手段^[1]。作者对本院 2001 年 1 月至 2010 年 12 月收治的 18 例

胃间质瘤患者进行了临床病理分析及随访跟踪, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院 2001 年 1 月至 2010 年 12 月收治胃间

质瘤 18 例,其中男 12 例,女 6 例,年龄 38~81 岁,平均 59 岁。胃底部 4 例,胃小弯 6 例,胃大弯 4 例,胃窦部 4 例;肿块直径 1.5~7.5 cm,平均 4.2 cm;病程 6 个月至 10 年。

1.2 方法 所有标本为手术切除标本,均经 10% 甲醛固定,常规石蜡 4 μm 连续切片,HE 染色,光镜观察,采用 SP 法进行免疫组织化学标志,检测 CD117、CD34、平滑肌肌动蛋白(SMA)、S100 蛋白的表达情况。设阳性及阴性对照,以结构清晰,着色明显高于背景,在相应部位出现棕黄色颗粒者为阳性,不着色或显色强度与背景无差别者为阴性。每例切片随机选择 5~10 个高倍视野(×400)统计阳性细胞数并取其平均值,无着色或小于 10% 为阴性,10%~25% 为阳性(+),26%~50% 为 ++,大于 50% 为 +++。

1.3 病理诊断标准 根据肿瘤形态及免疫组织化学结果,结合肿瘤大小及核分裂活性进行病理诊断及危险度分类。肿瘤直径小于 2~5 cm,核分裂少于 5/50 HP(高倍视野)为低危险性;直径小于 5 cm,核分裂 6~10/50 HP 或肿块 5~10 cm,核分裂少于 5/50 HP 为中度危险性;肿块大于 5 cm,核分裂大于 5/50 HP 或肿块大于 10 cm,核分裂无论多少及任何大小核分裂 10/50 HP 为高危险性^[2]。

2 结 果

2.1 巨检 肿块大部分位于黏膜下层,并向腔内生长形成光滑的突起,部分较大的肿块黏膜表面形成继发性溃疡,体积较小的肿块切面灰白质韧编织状,境界清,有恶性倾向或恶性或肿块较大的切面质嫩、细腻或鱼肉状,常伴有出血坏死或囊性变,境界欠清。

2.2 镜检 光镜下主要有梭形细胞或上皮样细胞组成,梭形细胞排列成束状、漩涡状或栅栏状,细胞丰富时伴有奇异深染核或大细胞,显著的弥漫性血管分布,上皮样细胞表现为圆形或多角形细胞,具有位于中心的细胞核及丰富的嗜酸性或透明胞质,细胞膜界限清楚。

2.3 免疫组织化学 18 例中 CD117 + 6 例,++ 8 例,+++ 4 例;CD34 + 8 例,++ 2 例;+++ 6 例,阴性 2 例;S100 仅有 1 例散在阳性,其余均为阴性,SMA 有 2 例散在阳性,其余为阴性。

2.4 病理诊断 本组低度危险性 6 例,中度危险性 8 例,高度危险 4 例。

2.5 治疗方法 本组病例中行胃楔形切除 13 例,胃大部切除 5 例,术后有 2 例服用甲磺酸伊马替尼(商品名格列卫)治疗。

2.6 预后 本组死亡 4 例,病程最短 6 个月,最长 38 个月。存活者中病程最长已达 10 年,1 例患者进行二次手术,仍存活。由于经济问题仅有 2 例术后坚持服用甲磺酸伊马替尼,均未见复发^[3]。本组低度危险性者均存活,中度危险性者有 7 例存活。

3 讨 论

胃间质瘤是间叶源性肿瘤,明确诊断主要依靠手术切除标本进行病理检查及免疫组织化学分析,其生物学行为表现为从良性到显著恶性,对人体的侵袭性与肿瘤的大小、核分裂数及有无周围组织侵犯和肿瘤性坏死(凝固性坏死)密切相关。通过健康体检,胃镜及影像学检查,可早期发现肿瘤,采取手术切除并尽可能完整切除肿块和保证切缘阴性,对于控制复发,延长患者生命有积极意义^[4]。但胃间质瘤手术治疗后仍有 40%~80% 出现局部复发、腹腔内种植,预后较差^[5]。因此术后需定期行影像学检查,长期严密随访,对复发和转移者应争取再次手术,同时联合分子靶向治疗。

参考文献

- [1] 纪小龙,虞积耀. 胃肠道间质瘤[J]. 诊断病理学杂志, 2000,7(1):3-5.
- [2] 回允中. 外科病理学[M]. 北京:北京大学医学出版社, 2006:680.
- [3] 杨尚契,李著,杨辛. 987 例妇科阴道炎患者感染病原体的调查分析[J]. 检验医学与临床,2010,7(7):646.
- [4] 卢震海,万德森. 胃肠道间质瘤的外科治疗[J]. 广东医学,2006,25(3):233-235.
- [5] 秦新裕,刘凤林. 胃肠道间质瘤的研究与展望[J]. 中华普通外科杂志,2007,22(8):561-563.

(收稿日期:2011-03-21)

3 种血浆与血清标本检测乙型肝炎病毒标志物结果比较

杨 军,李时芳(四川省自贡市第四人民医院检验科 643000)

【摘要】 目的 探讨 3 种血浆与血清标本检测乙型肝炎(简称乙肝)病毒标志物结果的一致性。**方法** 采用酶免疫检测试剂(深圳月亮湾公司产品),20 例患者同时采集 4 种标本,与常规标本一同检测。**结果** 3 种血浆与血清标本的吸光度值无明显差异。**结论** 可以用 3 种血浆中的任意一种来检测乙肝病毒标志物。

【关键词】 肝炎,乙型; 肝炎抗原,乙型; 肝炎抗体,乙型; 血浆; 血清; 酶联免疫吸附测定

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.18.050 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)18-2265-02

乙型肝炎(简称乙肝)病毒标志物检测是检验科的常规项目,对于临床诊疗工作有着较为重要的作用,一直以来都是采用血清进行检测。即使在使用促凝胶管的情况下,血清的析出仍然需要一定的时间。当患者就诊较晚时,就不得不让其第 2 天来拿结果。这种情况无疑给患者造成不便,尤其对于远道而来的患者。因此,作者试图用血浆来代替血清进行检测,以方便患者。

1 资料与方法

1.1 标本采集 20 例标本随机取自本院门诊患者,每例患者都留取血清及乙二胺四乙酸(EDTA)、肝素、草酸钾血浆 4 种

标本,与当天的常规标本进行检测。

1.2 试剂与仪器 乙肝病毒标志物(两对半)检测试剂为深圳月亮湾公司产品,酶标仪为英国 DENLEY DRAGON 酶标仪。

1.3 方法 采用酶联免疫吸附试验检测乙肝病毒标志物,结果用本科室自编软件判定。

1.4 统计学处理 采用最小差值(LSD)显著性 *t* 检验,数据分析使用 SPSS16.0 软件。

2 结 果

2.1 4 种标本各项指标光密度(A)值 见表 1。