

医学检验

# 一张腹水涂片 找出疾病“元凶”

□杜永光 张 强

“检以求真,验以求实”,是每一位检验人都要恪守的准则。虽然现在的检验科有先进的仪器设备,帮助我们提高了工作效率,但是我们不能迷信仪器而缺乏判断,要认真对待每一份标本。特别是一些操作烦琐的手工项目,只要你用心对待,其结果就能为临床医生诊断疾病提供重要线索。

下面,我们就给大家分享一个由腹水涂片帮助临床医生找出疾病“元凶”的小病例。

案例

患者,女,72岁,因“腹胀20余天”,来我院住院治疗。

现病史:20余天前,患者无明显诱因出现腹胀,伴纳差,无恶心、呕吐,无腹痛、腹泻,无乏力,无呕血、黑便,无发热、寒战、咳嗽、咯痰等不适。门诊以“1.肝占位;2.腹水?”收入院。

既往史:患者自述有乙型肝炎20余年,发现肝硬化10余年,未接受正规治疗;1年前发现肝癌,接受了“肝部分+胆囊切除术”;有糖尿病史20余年。

患者入院后,检查结果为:体温36.4摄氏度,心跳101次/分,血压127/72毫米汞柱(1毫米汞柱=133.322帕);腹部膨隆,剑突下压痛,无反跳痛及肌紧张,移动性浊音阳性;肠鸣音4次/分;肝脾肋下未及。

患者入院后,我们为她完善了腹部CT检查,检查结果如下。

1.肝硬化,门脉高压并侧支循环形成,肝癌部分肝切除术后:腹膜污浊,结节状增厚,腹膜后多发肿大淋巴结,考虑转移性病变可能性大。

2.肝左内叶小斑片状略低密度影,性质待查。

3.腹腔积液,盆腔积液。

结合实验室检查及其他辅助检查结果,临床医生最先考虑还是肝癌复发,腹胀原因

## 分析

为肝硬化伴腹水,但需要抽取腹水明确病情。

随后,我们抽取了患者的腹水送检。体液室医务人员对本标本进行瑞吉氏染色,结果在镜下发现大量异常细胞:大小不一,胞浆浅蓝色,内含大量空泡,染色质细致,疑似淋巴瘤细胞。

为了验证猜想,我们利用科室现有条件,把标本在流式细胞仪上做了一个淋巴瘤细胞亚群分析,结果提示该类细胞来源于造血组织且为B淋巴

细胞。

得此结果,我们随后和临床医务人员沟通,告知患者有可能是淋巴瘤。临床医务人员结合我们的提示进一步为患者做了腹部MRI(磁共振成像),果然有了新的发现:胃壁弥漫性增厚,不排除胃部占位性病变,必要时接受进一步胃镜检查。

随后,患者做了胃镜检查。结合胃镜检查结果,医务人员最后诊断为:胃非霍奇金淋巴瘤腹股多发转移。

## 总结

现代化、自动化、信息化方向发展,检验人员逐渐忽视了基础的手工检验。然而,本病例提示我们:“镜检”作为检验人员的基本功,仍然是检验科不可或缺的一部分。

张强副主任技师点评:胸腹水常规作为脱落细胞学检查的一部分,能够为临床提供非常重要的信息。但是,由于多种原因,相当多的医院对于常规分析仅限于红白细胞计

数和大致分类,这无疑会漏掉很多细菌学、细胞学方面的重要信息。

检验人员从患者腹水中发现淋巴瘤细胞并在临床上很快得以证实,就是一个非常好的例子。胸腹水常规检查完全可以发挥学科优势,从常规、生化、组化、流式分析等方面进行优势互补,为临床提供更准确、全面、及时的结果,更好地结合临床,为临床服务。

(作者供职于河南大学淮河医院)

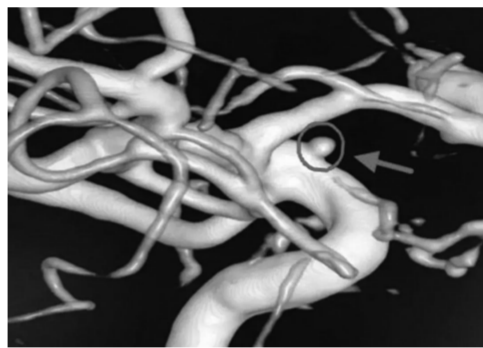
医技在线

脑动脉瘤患者在精神紧张、情绪激动、劳累或猛弯腰、急起身、用力排便、举重物时,很容易引发脑动脉瘤破裂出血。据统计,脑动脉瘤第一次破裂后,患者的死亡率为30%。因此,很多人将脑动脉瘤比喻为埋藏在人脑中的“不定时炸弹”,而神经外科专家就是治疗脑动脉瘤的“拆弹专家”。

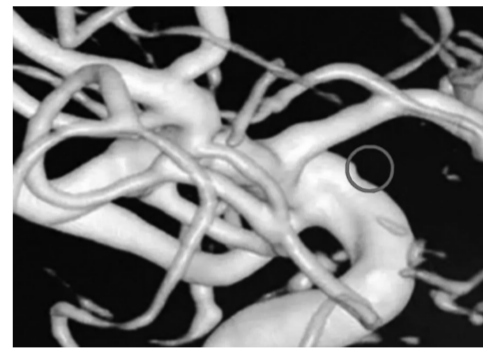
脑动脉瘤的常规治疗方法有两种:一种是夹闭法,用特制的夹子夹闭脑动脉瘤颈部,阻断瘤腔与载瘤血管的沟通,从而降低脑动脉瘤破裂出血的可能性。但是,运用这种方法需要进行开颅手术。另一种是填塞法,运用介入技术,将微型弹簧圈或医用生物胶送入脑动脉瘤腔内,逐步塞满整个瘤腔,促进瘤腔内血栓形成,从而闭合瘤腔。

脑动脉瘤按大小可以分为微小型(5毫米以下)、小型(5~10毫米)、大型(11~25毫米)、巨大型(25毫米以上)。对于2毫米以下微小型脑动脉瘤,传统方法无法适用。电凝法治疗微小型脑动脉瘤,就是将微导线直接插入脑动脉瘤腔内,通入直流电后,微导线尖端吸引带负电荷的血液成分(红细胞、白细胞、血小板等)发生电凝,在动脉瘤腔内形成血栓,从而达到治愈效果。

新乡医学院第一附属医院神经外科神经介入组王明盛团队,自2019年1月以来,已成功运用电凝法开展手术9例,均取得了显著的治疗效果。电凝法由于不需要开颅、不需要填塞,只需一根微导线,因此与传统方法比较,具有创伤小、耗材少、花费低、见效快的特点。此外,王明盛通过多次实践证实,电凝法配合填塞法治疗其他类型的脑动脉瘤,还可以有效提高填塞效果。



左图:颅内动脉造影三维重建显示,C1段上壁微小动脉瘤。



右图:术后颅内动脉造影三维重建显示,C1段上壁的微小动脉瘤消失。

(作者供职于新乡医学院第一附属医院)

# 电凝法治疗 微小型脑动脉瘤

□段桂洪 文/图

『拆弹专家』有了新武器

## 征稿

科室开展的新技术,在临床工作中积累的心得体会,在治疗方面取得的新进展,对某种疾病的治疗思路……本版设置的主要栏目有《技术·思维》《技术在线》《临床笔记》《精医怪药》《医学检验》《医学影像》等,请您关注,并期待您提供稿件给我们。

联系人:杨小沛 投稿邮箱:343200130@qq.com

# 李长青:让急危重症患儿痊愈回家

本报记者 杨 须 通讯员 樊改萍 王梦梦 文/图

7年后,回忆起那个冬天,将那名仅有两三个月大的婴儿从死神手里抢夺回来的情形,李长青依然抑制不住心中的兴奋。作为新郑市人民医院儿童医院院长兼新生儿重症监护病房的直接负责人,善于换位思考的李长青,记不清楚接诊过多少患儿,有多少位年轻的父母抱着病痛中的孩子焦急而来,而后又带着康复的孩子安心而归。

在新生儿重症监护病房(NICU),早产儿占很大一部分,特别是2千克以下的低体重、低孕周早产儿。他们大多病情危急、感染严重,不管是诊断、治疗,还是做护理、喂养,都需要医务人员更细心、更有耐心一些。

“儿科素有哑科之称。这里的患儿除了哭,没有别的表达方式。而且,婴幼儿病情变化快,先天性、遗传性疾病等不确定因素多,相对来说,对医务人员的要求要高一些。”在儿科临床工作近20年,深受患儿家长信任的李长青坦言。



李长青



李长青为患儿做检查

## 我相信能把孩子救过来

2012年年底的一天下午,一名生命垂危的患儿被送到李长青所在的新郑市人民医院儿科。

这名刚出生2个多月的婴儿,被送来时还戴着呼吸机,此前被某大医院诊断为先天性低通气障碍综合征。医生直言,救治意义不大。不甘心的家长,带着孩子前往上海某知名医院再次求助,得到的诊断结果相同。上海的医生同样告知患儿父母,患儿将离不开呼吸机……无奈之下,患儿父母租了一辆带急救设备的专车,拉着患儿回到新郑后,直接将孩子送到新郑市人民医院住院治疗。

“我知道你们也救不了这孩子,我们只是想尽到做父母的责任。”当天值班的李长青清楚地记得,患儿父母说话时,脸上那绝望的表情。

当时,孩子全身青紫,呼吸微弱,体温异常低。到了次日凌晨1点多,患儿病情加重,反复出现呼吸暂停现象。在得知孩子病情极度危险时,患儿父母明确表示不治了,当即要求出院。

在患儿一家离开后,李长青对患儿入院时的情形进行梳理,并翻查资料,认为患儿是重症肺炎引起的呼吸道堵塞。

当时为上午10点左右,李长青立即给患儿父亲打电话,得知当时患儿还有呼吸;下午3点,不甘心的李长青再次打电话询问,得知孩子仍有呼吸。此时,李长青坚信自己的判断没有错。他语气中肯地劝说患儿父母:“赶紧过来吧,我能把孩子救过来,千万别再等了!”

当天晚上6点左右,再次来到新郑市人民医院的患儿已呈严重缺氧状态。李长青立即对患儿加强给氧,并按“重症肺炎并呼吸衰竭”进行抗感染、静脉注射营养等治疗,观察体温,24小时监护……经过一系列操作,孩子的情况逐渐稳定下来。

那天,李长青、赵丽霞、段瑞强、闫伟玲等几名儿科医生没睡过一个安稳觉,大家都盼着“奇迹”出现。

星光不问赶路人,时光也不负有心人。经过3天的治疗,患儿情况好转很多,可以脱离呼吸机自主呼吸,这说明治疗方向是正确的。

李长青继续细心观察,并适当调整护理方案。12天后,患儿恢复正常;再经过3天的巩固及观察,孩子康复出院。

如今,这个孩子已经7岁了,很健康。孩子父母每次带着三四年级的宝贝来看病时,总会忍不住跟其他患儿父母聊上几句:“我家

二孩儿也是李院长的小粉丝。李院长每次都看得很仔细,开的药管用还不贵。”

也就是在这一年,李长青所在的儿科率先开展机械通气联合肺表面活性剂治疗新生儿呼吸窘迫综合征,填补了新郑地域诊疗空白。以后,该科又先后成功开展了超低体重儿及肺出血、休克、DIC(弥散性血管内凝血)、早产儿呼吸衰竭合并张力性气胸等急危重症患儿的救治。

## 能为患儿解决问题才是硬道理

在被治愈的急危重症患儿中,有很多患儿都是由母亲慕名带着前来就诊的。

一个来自长葛的3个月大的男婴,来院时高热、凝血功能不好,浑身都是暗紫色的瘀血点,稍微碰触一下就止不住地出血;加之其他客观因素,孩子家人准备放弃救治。

在李长青的印象中,这样的病情他还是头一次碰到。一边是患儿的生命,一边是可能的责任,李长青的团队毅然选择了担当。李长青接诊在孩子病床前守了近4天,在不间断输血浆、应用肝素、进行消炎、加强营养等治疗措施下,在经历了呼吸关、喂养关、感染关、贫血关等多个环节后,患儿成功获救。

“我们要干一行爱一行,不管干啥,都要全力以赴,别嫌辛苦,别问收获。”梳理自己的行医过往,李长青颇为感慨。早在2004年,他刚入职新郑市人民医院时,儿科只有28张床位,治疗手段有限,遇到病情稍重一点儿的患儿,医务人员就束手无策。

“改变,一定要改变!突破口就是儿童重症疾病的诊断与治疗。”目标、方向明确后,剩下的就是有效执行。医生少,那就加班、加任务,不能等、不能靠。回顾儿科刚起步时的情形,李长青最深的体会是:“最初观念最难改变,一旦观念改变,一切都不再是难题!”

为此,2009年,李长青还专门到上级医院进修重症医学,钻研儿科重症疾病的诊治。2010年,接任儿科主任后,李长青从建章立制入手,要求团队人员严格遵循指南,规范操作,并且每周都开展业务学习,比如基础护理操作技术、留置针技术、诊疗技能等。

团队医务人员脚踏实地,扎实提升。经过一年的坚持,科室整体服务水平上了一个大台阶,“效果特别好,大家扔掉了老观念。现在,科室患者多了,且患者对我们的信任度增加不少,一些疑难患儿也能在我们这里治疗了。”

## 注重言传身教 给孩子更安全的治疗

因设备精良、技术力量雄厚,新郑市人民医院儿科在当地获得了百姓的认可。为了更好地满足不同患儿的就医需求,及儿童疑难重症的救治,2015年,以李长青为院长的新郑市人民医院儿童医院中院成立,设置床位200张,涵盖儿科门诊、儿童急症科、输液中心、新生儿病区、普儿病区、小儿康复病区等科室;共有医务人员108人,其中副主任医师8名,主治医师12名,住院医师15名,护理人员70人;开展了中医特色门诊、儿童喘息门诊、高危儿门诊等专科门诊,满足了不同年龄段的患儿的需求。

正是基于配有先进的医疗设备,以及软实力的提升,这里还成立了新郑区域新生儿重症监护病房。新郑市儿童及新生儿危重症救治中心也设在这里。

“对一个家庭而言,孩子是希望,是未来,也寄托着这个家庭对幸福的期盼。作为医者,为患儿解除病痛是分内之事,这是责任,也是挑战。”为此,李长青很注重团队的业务理论学习,注重查房带教。比如,气管插管的操作难度大,理论与实际操作不一致,李长青就手把手地教技巧,带年轻

医生一点一点成长。

在闫伟玲看来,李长青是干实事儿的人。“科室医务人员有啥新想法,只要是对患儿有利的,他都会支持,还会提出中肯的意见。”比如,引入PICC(经外周静脉置入中心静脉导管)穿刺技术等——在超低胎龄患儿的后续治疗上,没有这个技术,静脉用药是无法保障的。此外,他们还引进了适合新生儿的高频通气设备等。

去年2月13日,一个胎龄约30周、体重为1.37千克的新生儿,因呼吸困难,在出生后4小时,转入李长青所在的新生儿重症监护病房抢救。

医务人员立即给予心肺复苏抢救、呼吸机应用及肺表面活性剂应用。随后,患儿出现凝血功能障碍,医务人员给予输注血浆,抗感染及对症处理;3天后,改为无创呼吸机;1周后,改为鼻导管吸氧;10天后停氧……现在,孩子一岁多了,生长发育良好。

## 怀抱是最好的安慰方式

基于新生儿抵抗力差,容易感染等因素,在服务细节及院感制度执行层面,李长青的管理督导更严格。特别是手卫生,是否达标是李长青关注的重点,每一个医务人员进入新生儿重症监护病房前,必须先用流动水洗

手,然后用消毒液洗手;奶瓶每天至少消毒8次以上,“一用一洗消、一灭菌”;确保室内空气质量,一天至少进行2次洗消打扫,一季度一检测;30多套暖箱每天都要用消毒巾消毒,一周进行一次彻底消毒。

为了缓解家属见不到孩子的焦虑情绪,新生儿重症监护病房结合每周二、周四、周六探视的规定,推出走廊探视,通过走廊玻璃窗,家属每天都能看到孩子治疗的情况;购置恒温冰箱,把如何挤奶、如何运送母乳跟年轻的妈妈们讲清楚,推广母乳喂养,在助力婴儿渡过难关的同时,最大限度减少患儿家长的焦虑情绪。

更值得一提的是,婴儿哭闹时,除了做更多的抚触外,抱着哄已成为这里的医务人员的习惯。

“怀抱是最好的安慰方式。”护士长王红娥说,“一旦发现问题,我们会立即通知医生。有时候,李院长为了守护危重症患儿,在病房一待就是几天几夜。他以身作则的态度感染带动了整个团队,大家从不言苦、不言累、不抱怨,齐心协力帮助患儿平安回归父母的怀抱。我们最开心的事儿,就是看到孩子父母接回康复的宝宝后,脸上露出的开心笑容。”