

术野的清晰。(2)不应过分强调小切口。取囊肿为中心的横形或纵形大切口,即切口超出囊肿边缘约1~1.5 cm,横形切口应在皮肤浅筋膜以下行纵形分离,避免损伤切口桡侧的桡神经浅支,纵形切口显露较横形切口好,但缺点为术后瘢痕明显。使用改良Allower-Donati缝合法<sup>[5]</sup>,能降低切口张力,减少缝合对切口血运的影响,更好地对合皮缘以减小瘢痕形成。(3)为避免手术副损伤,分离囊肿前常规于囊肿两侧显露指伸肌腱及桡侧腕伸肌腱并保护之,必要时切除与囊肿粘连的部分桡侧伸指肌腱腱鞘,以利于显露,囊肿较大者可先用20 ml注射器抽出囊液。(4)囊肿根部前臂侧易于剥离,通常为剥离入手处,可用手术刀紧贴腕骨从前臂侧至手背侧予以切除囊肿,紧贴腕骨切除囊肿是术中保持囊肿完整并完整切除囊壁、防止术后复发的关键之一。隐性腕背腱鞘囊肿切除囊肿的同时还需要切除周围的舟月韧带及刮匙搔刮其下面增生的滑膜组织。(5)处理囊肿根部手背侧时注意保护桡动脉腕背支,是预防囊肿根部出血及形成术后血肿的主要方法之

一。此处不宜使用锐性分离。(6)有明显疼痛、腕无力的患者多有沃森试验阳性等腕关节动力性不稳表现,切除囊肿的同时需切除病变的舟月背侧韧带,尤其是隐形囊肿,可避免复发和加重为腕静力性不稳。(7)伤口内使用头皮针管、注射器自制的负压引流器引流,能有效引流积血,同时可避免加压包扎所致的肢体肿胀、疼痛等不适。

#### 参考文献

- 1 熊 革,陈 涛,高 岩,等.隐性腕背腱鞘囊肿的超声诊断与治疗[J].中华手外科杂志,2005,21(3):136-137.
  - 2 孙 洋,李涓涓,朱国新,等.腕背隆凸综合征误诊为腱鞘囊肿临床分析[J].实用医学杂志,2012,28(3):442-443.
  - 3 陈 刚.十字交叉缝扎法治疗腱鞘囊肿效果观察[J].中国全科医学,2010,13(3):315.
  - 4 何 立,付 荣,高秀领.火针治疗腱鞘囊肿30例[J].辽宁中医杂志,2008,35(10):1576.
  - 5 危 杰,刘 潘,吴新宝,等.骨折治疗的AO原则[M].第2版.上海:上海科学技术出版社,2010:153-154.
- [收稿日期 2012-02-06][本文编辑 杨光和 韦 颖]

## 学术交流

# 经皮穿刺胸膜活检在胸腔积液诊断中的价值

陈顺旺, 冯淑红

作者单位: 071051 河北,保定恒兴中西医结合医院普内三科

作者简介: 陈顺旺(1970-),男,大学本科,医学学士,主治医师,研究方向:胸膜病变、哮喘、慢阻肺的诊治和呼吸机应用。E-mail: 1138366219@qq.com

**[摘要]** **目的** 探讨胸膜活检在胸腔积液病因诊断中的价值。**方法** 对该院2009-01~2011-06行胸膜活检的120例胸腔积液患者的病例资料进行回顾性分析。**结果** 120例患者共行142次胸膜活检,1次成功检取组织105例,共197块;2次成功检取组织8例,共13块;3次成功检取组织7例,共10块。其中确诊结核性胸膜炎52例,胸膜转移瘤41例,间皮瘤2例,支气管黏膜淀粉样变合并胸腔积液1例,慢性嗜酸粒细胞增高症1例,慢性炎症12例,未取到胸膜者11例。出现的不良反应有胸膜反应3例,合并气胸6例,出血16例,术后发热17例,肿瘤细胞针道种植1例。**结论** 胸膜活检操作简单,费用低,创伤小,患者易接受,对胸腔积液病因有较高的诊断价值。

**[关键词]** 胸腔积液; 胸膜活检; 病因诊断

**[中图分类号]** R 561.3 **[文献标识码]** B **[文章编号]** 1674-3806(2012)10-0948-03

doi:10.3969/j.issn.1674-3806.2012.10.18

**Value of percutaneous pleural biopsy in the diagnosis of pleural effusions** CHEN Shun-wang, FENG Shu-hong.

Third Department of Internal Medicine, Baoding Hengxing Hospital of Intergrated Tranditional Chinese and Western Medicine, Hebei 071051, China

万方数据

[**Abstract**] **Objective** To explore the value of pleural biopsy in the diagnosis of the cause of pleural effusion. **Methods** The clinical data of 120 patients with pleural effusion underwent pleural biopsy were retrospectively analyzed in our hospital from January 2009 to June 2011. **Results** All patients accept the 142 pleural biopsy, 197 tissue pieces were successfully obtained in first biopsy in 105 patients, 13 tissue pieces in second biopsy in 8 patients; 10 tissue pieces in third biopsy in 7 patients. Tuberculous pleurisy was diagnosed in 52 patients, pleural metastases in 41, mesothelioma in 2, bronchial mucosa amyloidosis in 1, chronic eosinophilic granulocytes increased disease in 1, chronic inflammation in 12, and tissue was not obtained in 11. Adverse reactions included pleural reaction in 3 patients, merger pneumothorax in 6, bleeding in 16, postoperative fever in 17, tumor cells needle track implantation in 1. **Conclusion** Pleural biopsy is simple, low cost, minimally invasive, easy to be accepted by the patients, and has a high diagnostic value of pleural effusion.

[**Key words**] Pleural effusions; Pleural biopsy; Etiological diagnosis

胸腔积液病因复杂,肿瘤、感染、慢性炎症、免疫系统疾病、循环系统疾病均可引起,通过临床表现、生化检查、影像资料对部分病人很难作出病因诊断。为探讨胸膜活检在胸腔积液病因诊断中的价值,本文对我院 2009-01~2011-06 行胸膜活检的 120 例胸腔积液患者的病例资料进行回顾性分析,现报告如下。

## 1 资料与方法

**1.1 临床资料** 本组 120 例患者均经胸水生化、常规、细胞学检查明确为渗出液。其中男 69 例,女 51 例;年龄 18~81 岁,平均 53 岁。主要症状:咳嗽 72 例(60.0%),胸闷、气短 63 例(52.5%),胸痛 43 例(35.8%),乏力 35 例(29.2%),发热 32 例(26.7%),盗汗 23 例(19.2%),咯血 18 例(15.0%)。右侧胸腔积液 65 例,左侧胸腔积液 47 例,双侧胸腔积液 8 例。

**1.2 方法** 胸膜活检前行血常规和血凝机制检查,胸水 B 超定位。具体操作方法:患者取反坐位,取 B 超定位点为穿刺点,常规消毒、铺巾、2% 盐酸利多卡因局部麻醉至胸膜。沿肋骨上缘用胸膜活检针垂直胸壁穿刺进针,进入胸膜腔后退出针芯,有胸水流出,用拇指堵住活检针外孔,迅速插入钩针,将套管及钩针从垂直位变成与胸壁成 30°~40° 位,将套管针连同钩针一起缓慢后退,感觉有阻力时,轻轻推入套管,并旋转取出钩针。用针头挑出胸膜组织,分别于 3、6、9 点位钩取多块胸膜,10% 福尔马林固定后送病理检查。退出胸膜活检针,换胸腔穿刺针,抽取胸水 400~500 ml 分别送常规、生化、细菌学及细胞学检查。

## 2 结果

**2.1 胸膜活检结果** 120 例患者共行 142 次胸膜活检,其中 1 次成功检取组织 105 例,共 197 块;2 次成功检取组织 8 例,共 13 块;3 次成功检取组织 7

例,共 10 块。97 例明确诊断(80.8%),其中确诊结核性胸膜炎 52 例(43.3%),胸膜转移瘤 41 例(34.2%)(其中原发性支气管肺癌腺癌胸膜转移 13 例,鳞癌胸膜转移 10 例,小细胞癌胸膜转移 15 例,淋巴瘤胸膜浸润 3 例),间皮瘤 2 例,支气管黏膜淀粉样变合并胸腔积液 1 例(0.8%),慢性嗜酸性粒细胞增高症 1 例(0.8%),慢性炎症 12 例(10.0%),未取到胸膜者 11 例(9.17%)。

**2.2 胸腔积液生化、细菌学及细胞学检查结果** 乳酸脱氢酶(LDH) > 500 U/L 者 39 例(32.5%),腺苷脱氨酶(ADA) > 50 U/L 者 42 例(35.0%),癌胚抗原(CEA) > 10 μg/L 者 18 例(15%),胸腔积液中找到癌细胞 5 例(4.2%),找到抗酸杆菌 1 例(0.8%)。

**2.3 并发症** (1)气胸 4.23% (6/142),均经胸片或胸部 CT 证实,1 例行胸腔穿刺抽气后痊愈,其余均为肺压缩不足 20%,休息后自行吸收。(2)出血 11.27% (16/142),活检后再行胸穿时出现均匀一致的肉眼血性胸水或原血性胸水颜色加深,静置不凝固,未见胸水压迫症状或血流动力学改变,均未作特殊处理。(3)胸膜反应 2.11% (3/142),停止操作及吸氧、肾上腺素等处理后均缓解。(4)术后发热 11.97% (17/142),均为低到中热,3 d 后均降至正常。(5)肿瘤细胞针道种植:在 41 例恶性胸腔积液中出现 1 例(2.44%),患者出现穿刺部位皮肤结节,化疗后缩小。

## 3 讨论

**3.1 胸膜分为脏层胸膜和壁层胸膜,两者之间形成一密闭的腔隙,正常生理情况下,腔内有微量液体(约 5~15 ml)<sup>[1]</sup>,以保证胸膜的生理需要,减少胸膜在呼吸时的相互摩擦。正常胸膜腔内的液体形成和吸收为动态平衡,保持液体量基本稳定。当各种原因造成动态平衡被打破,使生成大于吸收,则形成胸腔积液。造成胸腔积液的病因复杂,分为:(1)感**

染性,如细菌、寄生虫、真菌、病毒、支原体、立克次体等;(2)肿瘤性,如支气管癌胸膜转移、胸膜间皮瘤及淋巴瘤、白血病等;(3)免疫损伤性,如系统性红斑狼疮、风湿热、类风湿关节炎等;(4)物理性,如创伤等;(5)化学性,如尿毒症等<sup>[1]</sup>。有文献<sup>[2]</sup>报道,结核和肿瘤是导致胸腔积液的主要原因,在恶性积液中以原发性支气管肺癌最常见为 68.6%,转移性肿瘤为 24.3%,胸膜间皮细胞瘤为 7.1%。胸腔积液的病因诊断常通过胸水(常规、生化、细菌学、细胞学等)检查和胸膜活检来明确。仅依据胸腔积液的常规、生化、细胞学等检查很难对部分病因作出明确诊断<sup>[3]</sup>,也为针对病因的治疗带来了困难。如行胸膜活检取得组织病理,大部分胸腔积液的病因则诊断明确,为胸腔积液的病因治疗指明方向。特别是对由结核和肿瘤引起的胸腔积液的诊断更有价值,其他原因引起的也有一定诊断价值。美国胸科协会建议,对于原因不明的渗出性胸腔积液,尤其怀疑结核性和恶性者,胸膜活检应列为常规诊断手段<sup>[4]</sup>。

**3.2** 本组对 120 例胸腔积液患者进行胸膜活检,1 次成功取材 105 例,成功率为 87.5%;明确病因诊断 97 例,诊断阳性率为 80.8%。胸水检查中仅 5 例找到癌细胞,1 例找到抗酸杆菌。142 次胸膜活检中发生的并发症有胸膜反应 3 例,气胸 6 例,胸膜种植 1 例,发生率为 7.0%。可见胸膜活检对明确胸腔积液患者的病因诊断有着重要的价值,并发症少。据文献<sup>[5]</sup>报道胸膜活检取得组织阳性率为 80%,诊断阳性率可达 40%~75%。本组取得组织阳性率、

诊断阳性率均略高于文献报道。原因:(1)病例的选择,明确胸水为渗出性胸腔积液患者;(2)多次多点取材;(3)病理科反复切片,结合免疫组化和特殊染色检查等。胸膜反应发生与患者的心理紧张度有关。本组 3 例胸膜反应者均为年轻男性,经心理疏导 2 次活检成功。而气胸的发生与医师的操作手法、胸水的多少有关,及时堵住活检针的外孔可减少气胸的发生。本组 6 例气胸者,1 例行胸腔穿刺抽气后痊愈,余者肺压缩均 <20%,均自行吸收,未作特殊处理。无一例重大不良事件发生,表明胸膜活检是安全的。

总之,胸膜活检作为胸腔积液的一种检查手段,具有操作简单易掌握、并发症少、安全性高、重复性好、患者易于接受、设备要求不高、诊断阳性率较高等优点,值得临床推广。

#### 参考文献

- 1 陈灏珠,林果为.实用内科学[M].第 13 版.北京:人民卫生出版社,2010:1866,1870.
- 2 陈国钟,吴春玲,贾维.238 例胸腔积液临床分析[J].浙江实用医学,2009,14(4):291.
- 3 朱贵卿.呼吸内科学[M].北京:人民卫生出版社,1984:620-630.
- 4 Sokolowski JW Jr,Burgher LW,Jones FL Jr,et al. Guidelines for thoracentesis and needle biopsy of the pleura. This position paper of the American Thoracic Society was adopted by the ATS Board of Directors, June 1988[J]. Am Rev Respir Dis,1989,140(1):257-258.
- 5 陆再英,钟南山.内科学[M].第 7 版.北京:人民卫生出版社,2008:110-116.

[收稿日期 2012-04-23][本文编辑 黄晓红 韦颖]

## 学术交流

# 可分离式髌骨爪加可吸收线治疗髌骨骨折的体会

卢永勇, 李卓球, 覃宏明, 李远文

作者单位: 537500 广西,容县人民医院骨科

作者简介: 卢永勇(1971-),男,大学本科,医学学士,主治医师,研究方向:创伤、骨病疾病诊治。E-mail:luyongyong1@126.com

**[摘要]** **目的** 探讨可分离式髌骨爪固定加可吸收线缝合环扎治疗髌骨骨折的临床疗效。**方法** 采用可分离式髌骨爪固定加可吸收线缝合环扎治疗髌骨骨折 46 例。**结果** 随访 6~20 个月,46 例患者切口均一期愈合,骨折端骨性愈合,优良率达 100%。**结论** 采用可分离式髌骨爪固定加可吸收线缝合环扎治疗髌骨骨折,具有操作容易、手术损伤小、固定牢固、对骨折端持续性加压、可早期活动、容易取出等优点。

**[关键词]** 髌骨; 骨折; 可分离式髌骨爪; 可吸收线