

染色(PAS)和酸性磷酸酶(ACP)也呈灶状阳性^[7]。电子显微镜检查血小板过氧化物酶(PPO),是诊断 M7 有价值的指标。PPO 阴性或弱阳性,这些细胞难以定性,也可能是真正意义上未分化的原始巨核细胞或巨核祖细胞^[8]。CD41、CD61 等巨核细胞及血小板标记的抗原在急性白血病免疫分型中不常规检测是 AML-M7 检出率低的又一原因。原始巨核细胞表达血小板特异的糖蛋白(CD41、CD42、CD36、CD61),是诊断 M7 有价值的指标^[9]。

急性巨核细胞白血病是临床难治性白血病的一类,国内外学者做了不少探索,积累了许多资料,但迄今为止在临床上仍无很好的治疗方案。一般认为标准诱导方案疗效欠佳,以往报道 DA(柔红霉素+阿糖胞苷)方案对 M7 疗效不佳^[10]。Velati 等^[11]在一组儿童 M7 患者中,采用短期大剂量甲基泼尼松诱导分化治疗,可明显见到血小板计数上升。有报道认为标准剂量的阿糖胞苷(Ara-C)诱导方案和大剂量的 Ara-C 诱导方案治疗可以提高该病的缓解率和生存^[12]。也有学者提出小剂量 Ara-C 是目前治疗 M7 的较佳方案^[13]。国内有报道用 VCP、VP、VMMP、OP 方案治疗早期原发性 M7 获缓解^[14]。地西他滨是去甲基化药物,目前主要应用于高危组的骨髓增生异常综合征和老年性急性髓系白血病中^[15]。本例患者采用地西他滨联合小剂量 Ara-C 方案诱导达到完全缓解。

综上所述,AML-M7 是一类少见的急性白血病,无论是诊断还是治疗都有一定难度,需要进一步探索。

参考文献

- [1] Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, et al. WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues[M]. Lyon, France: IARC, 2008.
- [2] 梁建英, 吴德沛. 细胞形态学诊断图谱[M]. 合肥: 安徽科学技术出版社, 2004: 106-109
- [3] Dastugue N, Lafage-Pochitaloff M, Pagès MP, et al. Cytogenetic profile of childhood and adult megakaryoblastic leukemia (M7): a study of the Groupe Français de Cytogénétique Hématologique (GFCH)[J]. Blood, 2002, 100(2): 618-626.
- [4] Oki Y, Kantarjian HM, Zhou X, et al. Adult acute megakaryocytic leukemia; an analysis of 37 patients treated at MD anderson cancer center[J]. Blood, 2006, 107

(3): 880-884.

- [5] 汤宇, 薄兰君, 丁懿, 等. 原发性骨髓纤维化转化为急性巨核细胞白血病 1 例及文献复习[J]. 同济大学学报(医学版), 2008, 29(4): 132-135.
- [6] 李保才. 急性巨核细胞白血病一例诊断分析[J]. 检验医学, 2006, 21(4): 438-439.
- [7] Athale UH, Razzouk BI, Raimondi SC, et al. Biology and outcome of childhood acute megakaryoblastic leukemia: a single institution's experience[J]. Blood, 2001, 97(12): 3727-3732.
- [8] 茹永新, 赵轼轩, 刘津华, 等. 11 例急性巨核系白血病患者巨核细胞的超微结构分析[J]. 中国实验血液学杂志, 2007, 15(4): 720-723.
- [9] 王东侠, 吕志强, 张文艺, 等. CD41 诊断急性巨核细胞白血病假阳性原因探讨[J]. 临床误诊误治, 2006, 19(8): 54-56.
- [10] Hicsonmez G, Cetin M, Okur H, et al. The potential effect of short-course high-dose steroid on the maturation and apoptosis of leukaemic cells in a child with acute megakaryoblastic leukemia[J]. Leuk Lymphoma, 2003, 44(6): 1037-1042.
- [11] Velati C, Sciarada L, Fantasia R, et al. Abnormal platelet function in a case of megakaryoblastic leukaemia[J]. Scand J Haematol, 1982, 29(5): 363-367.
- [12] 赵冰冰, 王苓, 唐璋, 等. 大剂量阿糖胞苷巩固治疗细胞遗传学预后中等的急性髓系白血病疗效分析[J]. 中华血液学杂志, 2012, 33(3): 229-232.
- [13] 张小红. 小剂量阿糖胞苷 FLAG 方案治疗难治或复发急性髓系细胞白血病的疗效观察[J]. 山东医药, 2009, 49(1): 82-83
- [14] 李正发, 沈晓梅, 王云娟, 等. 急性巨核细胞白血病 5 例临床分析[J]. 中国综合临床, 2002, 18(6): 532-533.
- [15] 郝杰, 程澍, 王艳煜, 等. 地西他滨联合预激方案和传统治疗方案治疗老年 MDS/MPD 转化的急性髓系白血病的疗效和安全性的比较研究[J]. 临床血液学杂志, 2014, 27(1): 15-18.

(收稿日期: 2016-05-18 修回日期: 2016-08-21)

• 短篇及病例报道 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.34.049

创伤性膈疝伴肝脏疝入胸腔破裂出血 1 例

刘小兰, 陶 武

(重庆医科大学附属永川医院重症监护室, 重庆 402160)

[中图分类号] R642

[文献标识码] C

[文章编号] 1671-8348(2016)34-4893-02

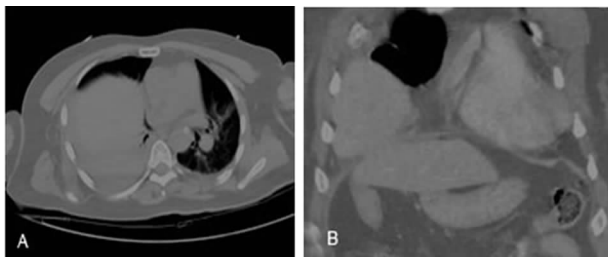
创伤性膈疝多是因为胸腹部钝性暴力或锐器伤导致。膈肌出现破口, 胸腔负压作用导致腹腔脏器通过膈肌破口进入胸腔, 压迫肺脏和引起纵隔移位, 影响呼吸和循环。最常见的疝

入胸腔的腹腔脏器: 胃、肠, 肝脏比较少见。

1 临床资料

患者, 女, 50 岁, 2014 年 12 月 2 日因“车祸致全身多处受

伤 1 h 以上”入重庆医科大学附属永川医院急诊科,患者诉右胸背部、上腹部疼痛,查体:心率(HR)92 次/分,呼吸(R)17 次/分,BP 110/78 mm Hg,全身多处皮肤擦伤,以右侧下胸部、右侧上腹部、右侧背部为主。胸廓挤压正(+),双肺呼吸音清楚。心率 92 次/分钟,未闻及异常杂音。腹软,上腹部压痛,无反跳痛,无肌紧张。肝脾未扪及,肝肾脾区叩痛。胸部 CT 示:(1)右肺散在斑片影,考虑肺挫伤。(2)右侧第 7~12 多根单处肋骨骨折。(3)双侧少量胸腔积液。腹部 CT 提示:(1)右侧膈肌肿胀并抬高,考虑膈肌挫伤。(2)右侧肝脏及肾脏挫伤伴周围血肿。(3)腹腔少量积液。急诊科诊断为车祸伤:(1)肋骨骨折、肺挫伤、心脏挫伤、双侧胸腔少量积液;(2)肝脏挫伤、肾脏挫伤、腹腔少量积液;(3)胸 12 椎体骨折;(4)全身多处软组织伤。在急诊科留诊约 0.5 h,患者血压较前下降波动于(90~100)/(60~70) mm Hg,血红蛋白由 126 g/L 降为 93 g/L,随访彩色多普勒超声检查:胸腹腔少量积液,肝肾周血肿。经多学科会诊后决定入 ICU 监护。受伤后 2 h 入 ICU,诉右侧胸背部、上腹部疼痛。既往无特殊病史。入院查体:HR 98 次/分,R 19 次/分,BP 97/68 mm Hg。余查体较前无明显变化。辅助检查:血红蛋白 86 g/L,乳酸 3.6 mol/L,凝血象、血气分析未见明显异常。诊断:(1)失血性休克 失血性贫血。(2)右侧膈肌挫伤,余诊断同前。给予输入悬浮红细胞 400 mL、氨甲环酸、补液等治疗。入院后 6 h,HR 110 次/分,R 23 次/分,BP 98/66 mm Hg,右下肺呼吸音消失,腹部无膨隆,腹软,上腹部压痛,无反跳痛,无肌紧张。复查血常规、血气分析较前无明显变化。复查胸腹部 CT 平扫提示:双侧胸腔少量积液,右侧膈肌肿胀并较前进一步抬高,纵隔向左移位。多学科会诊后考虑右侧膈肌上抬原因待查:(1)右侧膈肌挫伤。(2)是否右侧肝脏挫伤及肝周血肿导致膈肌上抬。(3)是否膈疝。建议继续观察。入院后 18.0 h 患者呼吸困难加重,再次给予复查胸腹腔 CT 平扫+增强 CT 扫描+上腹部重建:右侧膈疝,肝脏疝入胸腔,肝脏挫伤,肝周血肿,双侧胸腔少量积液。入院后 19.0 h(伤后 21.0 h)请胸外科会诊和肝胆外科会诊,建议手术治疗。入院后 19.6 h,患者突然出现呼吸困难再次较前明显加重,休克血压,给予立即建立人工气道,快速扩容补液、输血,查血红蛋白由 90 g/L 降到 30 g/L,床旁 B 超提示右侧大量胸腔积液,少量腹腔积液,患者很快出现心跳停止,经过抢救无效死亡。尸体解剖结果:右侧膈肌的腰肋弓韧带断裂并向前延伸一 6 cm 破口,肝脏通过膈肌破裂处疝入胸腔并破裂出血。



A:复查胸部 CT 平扫扫描,右侧膈肌抬高,肝脏上移,但不能判断膈肌是否完整;B:通过三维重建可以直观地判断膈肌不连续,肝脏疝入胸腔。

图 1 胸部 CT 图像

2 讨 论

创伤性膈疝容易漏诊,延迟诊断率、误诊率较高^[1-3]。早期

临床表现和 X 线片均不敏感,尽管国内外报道高分辨率 CT 对膈疝诊断敏感^[3-4],但事实取决于疝入的脏器,如果胃、肠疝入容易鉴别,但肝脏较难鉴别,在早期 CT 很难做出判断。早期手术治疗是膈疝的主体治疗手段,时间越往后延迟,在手术技术上难度越大,膈肌和疝入器官的状态:局部水肿和粘连的程度决定手术的难度。所以及早识别,早期手术干预,在创伤性膈疝治疗中尤为重要^[5]。

本病例的特点:(1)右侧膈肌较左侧厚,并且肝脏质地较软,有一定缓冲作用,所以膈疝较少见;正常情况下一般右侧膈肌较左侧膈面高,所以容易忽略右侧膈肌抬高这一信息。但该例患者存在胸腹腔多个脏器的钝挫伤,CT 提示膈肌肿胀,并有下胸部多根肋骨(膈肌肌束附着点)、第十二肋骨和第十二胸椎椎体骨折(膈肌脚的附着处)^[6],所以一开始就对膈疝提高了警惕。(2)一般认为高分辨率 CT 的膈疝识别率较高,在 CT 上肝脏的密度和膈肌密度接近,难以区分;本病例前面 2 次 CT 均无法判断是否存在膈疝。增强 CT 扫描+三维 CT 重建很直观地显示了肝脏膈疝。三维重建有利于膈疝的诊断及鉴别诊断,其应用正在逐步增加^[7]。(3)患者死亡原因:创伤性膈疝伴肝脏疝入胸腔破裂出血,目前国内少见类似报道。

综上所述,(1)创伤性膈疝早期容易漏诊,CT 平扫对肝脏膈疝的诊断有一定的局限性,增强 CT 扫描+三维重建可能会提高肝脏膈疝的敏感性。(2)胸腔负压作用导致质地柔软肝脏通过膈肌破口进入胸腔,陷入的肝脏体积进行性增加,伴挫伤的肝脏可能出现破裂导致患者死亡。(3)入院后 6 h 该患者存在以下情况高度怀疑膈疝:下胸部及上腹部严重钝伤;同时出现呼吸和消化系统症状;膈面进行性抬高,纵隔移位。一旦高度怀疑或确诊为创伤性膈肌破裂或膈疝,应该尽早行手术探查和膈肌修补术^[8]。

参考文献

- [1] 李长江,黄钰. 创伤性膈疝 44 例临床分析[J]. 中国社区医师(医学专业),2010,12(18):44.
- [2] 姬宇宙,薛霞,郭金成. 创伤性膈疝 21 例诊治分析[J]. 中国误诊学杂志,2011,11(7):1723.
- [3] 齐书山,田锋. 创伤性膈疝的早期诊断及误诊原因分析[J]. 中国医刊,2015,50(8):57-60.
- [4] 黄学胜. 26 例创伤性膈肌破裂及膈疝诊治分析[J]. 重庆医学,2008,37(10):1079.
- [5] 汤鹭鹭,王芝钧,刘鸿亚,等. 25 例创伤性膈疝的诊断与治疗体会[J]. 中华全科医学,2010,8(12):1511-1512.
- [6] Nason LK, Walker CM, McNeeley MF, et al. Imaging of the diaphragm: anatomy and function[J]. Radiographics, 2012,32(2):E51-70.
- [7] 程静. 螺旋 CT 三维重建对膈疝及膈膨升诊断及鉴别诊断的价值[J]. 医学影像学杂志,2013,23(10):1649-1651.
- [8] 林国毅,黎斌. 闭合性胸腹伤致膈肌破裂、膈疝诊治体会[J]. 中国社区医师(医学专业),2010,12(33):132-133.

(收稿日期:2016-05-24 修回日期:2016-08-12)