维普资讯 http://www.cqvip.com

三、讨论

通过以上对比，可发现该术式有着明显的临床意义，相对于传统术式有以下优点：①除皮肤及腹直肌前鞘需全部切开外，其余各层组织均只切一小口，用手撕开。熟悉此术式后，可明显缩短手术时间、胎儿娩出快，可为抢救宫内窒息的胎儿争取时间。②关闭切口过程中，不缝合腹膜。据1991年Hull报道54127位患与传统方法缝合腹膜组对比，两组在手术后发生伤口感染、伤口裂开、子宫内膜炎、肠梗阻的情况及住院时间上均无差别，且不缝腹膜的方法可减少手术时间5分钟。据我们观察，还可减少异物反应，降低粘连发生率。皮肤及皮下组织一起缝合，只缝3针，可减少术后线结反应，预防切口感染。术后切口瘢痕小，外观较好，宜为病人接受，并且愈合速度快，病人恢复快。③术程中多层组织均为钝性撕开，可避免组织中血管破裂及神经断裂，减少出血及副损伤，避免损伤肠管及膀胱。组织损伤亦小，利于切口快速愈合，且愈合牢靠。④相比较于传统的下腹横切口、此切口位置高，使腹直肌易于撕拉，不用切断锥状肌，且可避免传统横切口娩头困难的缺点。⑤该术式所用器械明显减少，手术室打包简单，器械护士工作量减少。病房用药亦可大量减少，可明显节省材料，降低成本，减少病人医疗费。

总之采用该术式，手术及住院时间均可明显缩短；成本及病人费用可下降；病人恢复快，切口美观。很受病人及医生的欢迎。

参 考 文 献

1. 马彦彦主编. 新式剖宫产术. 北京：北京科学技术出版社，1997：10.
2. Ali Y. Analysis of cesarean delivery in Jimma Hospital, south-western Ethiopia, Fast Afr Med J, 1995：60－63.
3. Burns LR. The effect of physician factors on the cesarean section decision, Med Care, 1995：365－382.
4. Cisse CT. Indications and prognesis of cesarean sections at the Dakar University Hospital Center. J Gynecol Obstet Biol Reprod Pairs, 1995：194－197.
5. Elhag BI. An audit of Cesarean section among Saudi females in Jeddah, Saudi Arabia, J Egypt Public Health Assoc, 1994：1－17.

（收稿：1999-05-06）

51-52 泡球蚴 人工感染 动物模型 2f

建立人工感染泡球蚴小鼠模型的体会

苗玉清* 王端玲**

R532.22 R-332

1997年10月～1998年4月，我们用泡球蚴人工感染小鼠，建立了一批（300只）感染泡球蚴动物模型，现总结如下。

一、材料与方法

1.感染材料及制备：将人工腹腔感染泡球蚴16周的昆明小白鼠作为本实验接种泡球蚴来源，将该快速处死，在无菌操作下取出腹腔内泡球蚴组织，选择光滑、透亮、成葡萄状游离于腹腔或附着在腹壁、肠系膜、肝表面的病灶，用生理盐水反复冲洗后，将泡球蚴组织剪碎后用组织研磨器研碎，再用生理盐水漂洗3次，配成20%浓度的混悬液，用0.5%伊红染色见泡球蚴原头节1～3个/视野，结构清晰，细胞形态基本正常，着色率85%以上，即可用于动物接种。

2.感染动物：动物由新疆医科大学动物室提供，雌性昆明小白鼠300只，体重20±2克，鼠龄25～28天。

3.感染方式：感染小鼠腹部用75%酒精消毒，将下腹部皮肤用手提起，用9号针头在小白鼠右下腹腔接种泡球蚴混悬液0.2ml。接种后小鼠在室温22±3℃，相对湿度30～73%，自然光线条件下饲养10周。随机抽样检查，小鼠体重25±2g，经解剖证实腹腔接种泡球蚴成功率在95%以上，该批小白鼠作为该实验动物模型。

二、结果

实验小白鼠腹腔接种泡球蚴后16周，除自然死亡外，存活247只，经解剖腹腔感染泡球蚴240只，阳性率为97%。解剖见泡球蚴病灶游离于腹腔或附着于腹壁、肠系膜、大网膜及肠管、肝脏、脾脏等实质脏器表面，少数侵及肝脏、脾脏，有1例累及肺脏。泡球蚴组织外观呈白色或黄白色，由密集小囊泡聚集成菜花状，表面凹凸不平，光滑透亮、张力较高。囊泡内含有少量清亮液体。病理形态学检查见泡球蚴结构基本正常，角质层、生发层清晰，多数见育囊或芽生结构，育囊内有多少不等的原头蚴、钙颗粒形态正常。

三、讨论

根据人工感染包虫实验动物模型制备方法[1]，对泡球蚴实验动物型的制备，可以置入泡球蚴组织[2,3]，或注射组织匀浆[4,5]。接种泡球蚴组织一般将泡球蚴组织修剪成0.3～0.5×0.5cm大小（约重0.1g），将小鼠麻醉后，通过手术剖腹，把泡球蚴组织移植于小鼠肝脏或腹腔。接种泡球蚴组织匀浆则将泡球蚴组织剪碎、研碎、过滤，制成混悬液，然后接种。张京元等比较了置入法和注射法小鼠泡球蚴感染率两者无显著性差异（P>0.05）。通过人工感染泡球蚴小鼠模型的制备，我们体会

* 作者单位：830000 乌鲁木齐市新疆医科大学附属第一医院动物实验室
** 河南省鹤壁矿务局总医院

维普资讯 http://www.cqvip.com

到接种泡球蚴组织匀浆具有如下优点：①操作简便，接种小鼠不用麻醉，一个人即可操作，并节约了大量时间。②对小鼠损伤小。接种时省去了手术操作，从而避免了损伤、出血等引起的动物死亡。③接种成功率高。接种泡球蚴组织匀浆后，泡球蚴组织均匀地分散于腹腔，泡球蚴组织及原头蚴易于附着于腹腔脏器或腹膜表面，从而利于泡球蚴的生长。同时还应该注意到：①接种时每一步操作都要按无菌操作要求进行，以避免小鼠腹腔感染。②泡球蚴组织要认真修剪，去除宿主脏器组织及结缔组织。②对泡球蚴组织要研磨的尽量碎，以防堵塞注射器针头。我们认为，用将泡球蚴组织剪碎后组织研磨器研磨，可以满足这一要求。研磨后用生理盐水漂洗三次，去除上清液及沉淀物，保留中部泡球蚴组织混悬液用于接种则接种成功率提高。③为了防止感染，可在下久的将来混悬液中按 100IU/ml 加入青霉素。④整个操作过程要在尽量短时间内进行，以防泡球蚴组织变性、坏死。

参 考 文 献

1. Schantz PM, et al. Effect of albendazole on Echinococcus multilocularis infection in Mongolian jird. J Infect Dis, 1990, 162: 1403 - 7.
2. 刘约翰，等. 阿苯哒唑治疗小鼠泡球蚴病的实验研究. 全国首届包虫病影像学、治疗学暨国际包虫病防治学术会议. 乌鲁木齐，1998: 42.
3. 李富荣，等. 吡喹酮脂质体、吡喹酮、阿苯哒唑、氟苯哒唑和甲苯哒唑对泡球蚴病的疗效观察. 中国寄生虫病防治杂志，1995, 8(1): 31 - 34.
4. 姚云清，等. 丙硫苯咪唑治疗长爪沙鼠泡球蚴病的效果. 实用寄生虫病杂志，1994, 2(3): 16 - 18.
5. 张京元，等. 泡球是细人工感染沙鼠的实验观察. 中华医学杂志，1987, 67(3): 152 - 154.

(收稿：1999-05-04)

小肠恶性肿瘤致肠套叠11例分析

郑裕隆*

由原发性小肠肿瘤致肠套叠多系良性肿瘤所致，由恶性肿瘤引起的较少。我院曾收治小肠肿瘤并发肠套叠11例，均经手术及病检证实，现报告如下。

一、临床资料

本组男9例，女2例；年龄7～75岁，平均43.5岁。病程7小时～16个月，平均3.8月。全组均有腹痛、腹胀1例，恶心、呕吐5例，腹泻粘液血便5例，便秘1例，食欲减退2例，体重减轻3例，畏寒发热、贫血各2例。腹部检查：肌紧4例，压痛10例，反跳痛4例，肿块5例；腹腔穿刺获血性液者1例，腹部X线检查示多处气液面者2例，X线钡餐检查见球部变形者1例，钡灌肠至结肠受阻，呈杯口状，弹簧改变或不规则欠盈缺损者4例。术中均见顺行性肠套叠，套入肠管8～20cm，平均12cm，属回回型4例，回盲型1例，回结型6例，肿瘤距回盲瓣10～60cm，平均22cm，居套叠中10例，在套叠近端1例，肿瘤大小2～13cm，平均4.8cm，形态为扁圆形5例，不整形3例，葫芦形、菜花形、分叶形各1例，生长方式呈腔内型10例，腔内外型1例，单发10例，多发1例（系未分化癌，有癌灶6个）。病检示空肠平滑肌肉瘤1例，回腺未分化癌4例，腺癌1例，恶性淋巴瘤3例，肠粘膜淋巴组织恶性淋巴瘤1例，间质瘤1例。淋巴结转移4例，肠坏死2例。作肠部分切除6例，回盲肠切除1例，右半结肠切除4例。术后均康复。

二、结果和讨论

1. 病理　由肿瘤引起的肠套叠多见于成人，很少发生在小儿，其发病率前者可高达60%，后者仅0.8～1.6%。综合国外成人肠套叠22组3254例中，由肿瘤诱发的占62.4%[1]，其中良恶性肿瘤约各半，国内成人肠套叠22例2177例中，由肿瘤引起的占12%，其中良性瘤7.7%，恶性瘤4.3%，但肿瘤发生率及其性质与套叠部位有关，Felix在成人肠套叠1214例中，结肠型占45%，其中良性瘤21%，恶性瘤48%，小肠型占55%，其中良性瘤40%，恶性瘤17%，提示结肠型套叠由恶性瘤而致者较多，而小肠型套叠则因良性瘤诱发者较多。Wilson[2]复习小肠恶性瘤808例，仅1%并肠套叠，而River[3]综合小肠良性瘤1399例，44.8%并套叠。我院历年收治小肠肿瘤126例，发生肠套31.8%，其中良性瘤55例，并发肠套叠52.7%，恶性瘤71例，发生肠套叠15.5%，不同的肿瘤病理类型发生肠套叠有别，本组为腺癌5/32，恶性淋巴瘤4/17，平滑肌肉瘤1/17，间质瘤1/2，类癌、粘液肉瘤、自主神经瘤各1例均未发生套叠；肿瘤部位发生套叠比较为十二指肠0/23、空肠1/18，回肠10/30。

小肠恶性瘤并发肠套叠多见于回肠，尤以回肠末端为甚，此因回肠较长，蠕动强，肠腔窄，发生恶性瘤较多；空肠较少，因其较短，腔隙大，发生恶性瘤较小；十二指肠罕见，虽发生恶性瘤较多，但长径甚短且腔隙大，Sander[4]指出小肠肿瘤致肠套叠发生于十二指肠2%，空肠22%，回肠76%，其中恶性瘤仅27%。另恶性瘤系浸润性生长，发展快，肠壁全层及系膜、淋巴结易被侵，致发生套叠较良性瘤为少。恶性瘤中发生套叠以恶性淋巴瘤较腺癌为多，类癌及平滑肌肉瘤甚少，其他肉瘤罕见。多见于恶性瘤瘤灶较小，浸润不显之早期。小肠恶性瘤所致套叠多急性，单发、顺行性，肿瘤常居套叠中，偶见于套叠近端或远端，肿瘤大小以长径3～5cm为多，形态不一，多属腔内型，此外套叠可合并扭转、出血、坏死、穿孔。

2. 诊治　此症临床表现与肿瘤组织类型、形态、部位、并发症类别有关。临床多有阵发性腹痛，恶心呕吐，腹泻、粘液血

* 作者单位　21006　南京市南京医科大学附属南京第一医院