维普资讯 http://www.cqvip.com

cm。

2.手术方法:切口在耻骨联合上1.5~2 cm,沿皮纹横弧形切口,按手术需要7~12 cm。切开皮下脂肪,V形剪开筋膜层,纵形分离腹直肌。对照组采用逐层缝合的方法(腹直肌对合缝合2针,间断缝合筋膜层,皮下脂肪1号丝线缝合3~5针,皮肤皮内缝合)。实验组除皮下脂肪不缝合外其余同对照组。术后均3 d检查切口,6 d拆线,6~7 d出院。术后一个月复查,观察切口愈合情况,两组比较,进行临床观察。

二、结果

术后两组并发症(切口感染、渗血、硬结)情况,见附表。

附表 对照组与实验组并发症的比较

	例数	正常例数	并发症例数	感染	渗血	硬结
实验组	500	488	12△	0	12	0
对照组	620	544	76	1	35	40

注:与对照组比较,△P<0.01

两组切口均Ⅰ期愈合,按时出院,术后一个月复查,实验组无硬结及感染。对照组硬结40例,个别局部有压痛。

三、讨论

1.腹部横切口是妇产科手术常用的切口部位,局部脂肪少,腹壁相对薄,对肥胖者局部术野变浅,易进行手术操作。另一方面肥胖者脂肪厚,腹部切口的抗张力主要是靠筋膜的缝合,加上腹壁松弛,脂肪层可自然对合,无空隙。

2.皮下脂肪缝合后,缝线过紧影响局部的血液循环,还是一种异物,术后包裹形成硬结,有时牵拉周围组织引起疼痛。异物本身产生的组织反应可能会削弱组织对细菌的防卫清除能力。另外,常用的多股丝线的间隙夹带细菌不易被清除或清洗掉,使之存留体内成为感染的来源。如出现感染,必须清理缝线。实验组无缝线,血液循环好,无脂肪液化,不易感染,愈合快。如感染,不需清理缝线。

3.切口沿皮纹切开,皮内缝合,表面无针眼,术后腹壁瘢痕小,横切口瘢痕部分被阴毛遮盖,非常美观。

4.两侧切缘不明显,且不容易产生腹壁切口疝。

5.注意清理干净切口处脂肪,止血彻底,压好沙袋6 h。

(收稿日期:2002-10-25)

经阴道行子宫粘膜下肌瘤切除术30例分析

曹丽秋* 李文宏* 张 丽*

我院于1996年1月至2002年6月应用单级高频电刀、电凝经阴道行子宫粘膜下肌瘤切除30例,术后配合止血治疗,收到满意疗效,现报道如下。

一、资料与方法

1.临床资料:患者30例,年龄23~54岁,该术式适用于单纯性子宫粘膜下肌瘤,瘤体脱出子宫颈管或阻道内,术前经妇科检查及B超证实,并且经病理检查除外子宫内膜腺癌及宫颈癌。30例瘤体最小体积为3 cm×3 cm×3 cm,最大体积有7 cm×6 cm×6 cm。瘤蒂直径1~4 cm。

2.手术方法:对肌瘤蒂直径<1 cm可不需要麻醉,对肌瘤大、蒂粗者超过2 cm以上,可选用连续硬膜外或骶管麻醉,取膀胱截石卧位,常规消毒,应用冷光源阴道拉钩,首先用棉纱将阴道穹隆四周保护好,用鼠齿钳夹瘤体,尽量接近宫口,用电刀环行切除,然后残端再电凝止血。对肌瘤较大者,充满整个阴道,其基底较宽大者,不能暴露瘤蒂,手术难度较大者,可先将肌瘤中部做楔形切除或分块切除,使肿瘤体积缩小,再于基底部将肿瘤切除,然后用电凝止血。如果肌瘤含于宫颈管内,可将宫颈前唇或后唇切开,将肌瘤蒂离断切除,检查创面是否有渗血,如出血再用电凝止血,然后用肠线再缝合宫颈前唇或后唇。

二、结果

1.术后情况:因无需要开腹手术,术后1~2 d内仅有轻微腰及下腹坠痛,6 h后可以进食,阴道有少量淡红色出血,持续3~7 d,对40岁以上妇女口服宫血停3个月,促进肌瘤蒂残端萎缩,术后口服或肌注抗生素预防感染。

2.术后随访:30例手术均1次成功。有4例月经不规律,经对症治疗3个月后恢复正常;有2例不孕,分别在术后3个月、6个月妊娠,并且足月分娩;有16例接近绝经期,于手术后32个月绝经,其余8例月经正常,无不良症状。

三、讨论

1.子宫粘膜下肌瘤特点:子宫粘膜下肌瘤占子宫肌瘤10%,粘膜下肌瘤可使宫腔增大变形,较浆膜层肌瘤比较容易形成蒂,此带蒂肌瘤,有如宫腔异物,由于子宫收缩的结果,可被迫逐渐由宫颈排入阴道,仅以长蒂与子宫粘膜层相连,成为

* 作者单位:154002 黑龙江省佳木斯市中心医院妇产科

维普资讯 http://www.cqvip.com

突出阴道内的粘膜下肌瘤，如其蒂短可形成慢性子宫内翻，据报道粘膜下子宫肌瘤占不孕妇女的5%，主要原因是肌瘤妨碍受精卵着床，以致不孕。

2.本术式优点：以往对粘膜下子宫肌瘤蒂粗者，特别是直径超过2 cm以上或蒂附着宫颈管者，传统手术方法行开腹子宫切除术，对肌瘤蒂细者可用结扎线或皮套将蒂的血液循环中断，使肌瘤坏死，自行脱落易出血和感染。该术式改进这一弊病，因为电刀小，操作准确，电凝可随时止血。手术一次成功，无出血和感染危险，而且应用冷光源阴道拉钩直接照明，克服阴道式手术野小和深照明不好的特点。

3.关于本术式实用价值

本手术不需开腹，能免除手术创伤和痛苦，特别对年轻妇女不仅保留生殖器官和生育能力，而且维持女性正常周期性内分泌变化和健康心理，本组病例有原发不孕2例，分别在术后3～6个月妊娠并足月分娩。作者认为对粘膜下子宫肌瘤不孕者，行电刀术后不损伤子宫内膜，不影响受精卵着床及发育，所以对要求保留生育能力的年青妇女更为适用。

（收稿日期：2002－08－12）

溶血标本对HBsAg检测影响的实验研究

李雅江* 张吉生* 斗 章*

乙型肝炎表面抗原（HBsAg）的检测，是诊断乙肝的主要指标。随着技术的不断发展，酶联免疫吸附试验（ELISA）被大多数实验室所采用。由于非特异性物质对ELISA试验的影响，致使实验结果出现假阳性或假阴性。因此，保证检测质量是实验室面临的重要任务。我室在监测ELISA法测定表面抗原试剂盒灵敏度的基础上，通过实验证实溶血标本（即血红蛋白，Hb）是引起非特异性反应的因素之一，并分析其机理。

一、材料与方法

1.ELISA法测定HBsAg试剂盒：上海实业科华生物制品公司。

2.HBsAg系列定值血清：卫生部临床检验中心提供。

3.HBsAg、抗HBs阳性及阴性血清：由省质控中心提供。

4.仪器：DG－3022型酶联免疫检测仪，国营华东电子管厂。

5.溶血标本的制备：抽取待检者静脉血5ml，置试管中待凝，分离一部分血清于另一试管中。在剩余的标本中用人工因素造成溶血，以3000 r/min，离心20 min，取上清液用HICN测定其Hb含量，并用无溶血血清稀释成一系列已知Hb浓度的待检标本。

6.严格按照科华生物制品公司试剂盒的说明书操作及判断标准进行检测HBsAg。

二、实验结果

1.标本溶血及无溶血状态下检测HBsAg阳性率，见表1。

由表1可见阴性溶血标本检测HBsAg阳性率为53%，而阳性溶血标本对实验无明显影响。

2.对呈阳性反应的阴性溶血血清测其血红蛋白值，并稀释成一系列血红蛋白含量不等的标本，测其表面抗原，结果见表2。

结果表明当阴性溶血血清中血红蛋白含量为0.225g/L时，S/N＞2.1呈阳性，且A值不随Hb含量的升高而升高。

表1 血液标本检测HBsAg阳性率

标本例数	HBsAg	科华生物制品公司试剂盒	
		A（吸光度）	阳性率%
30（无溶血）	阳性	1.08	100
30（无溶血）	阴性	0.06	0
30（溶血）	阳性	1.16	100
30（溶血）	阴性	0.18	53

表2 HBsAg阳性反应的阴性溶血血清的血红蛋白含量

Hb（g/L）	N(0.05) S	S/N
15.6	0.260	5.2
7.8	0.215	4.3
3.6	0.235	4.7
1.8	0.220	4.4
0.9	0.225	4.5
0.45	0.215	4.3
0.225	0.195	3.9
0.1125	0.095	1.9

三、讨论

ELISA法测定表面抗原的原理是形成双抗体夹心复合物，然后加入相应酶底物（含0.03% H_2O_2 的显示剂）时，底物被催化生成可溶性的有色产物，而血红蛋白是红细胞的主要成份，由珠蛋白和亚铁血红素结合组成。在ELISA中加待检血清时，Fe^{2+} 或 Fe^{3+} 均可使 H_2O_2 释放出原生态氧[O]，从而催化底物生成可溶性的有色产物，使溶血标本呈现阳性反应。因此，溶血标本不宜做乙型肝炎表面抗原的检测。

（收稿日期：2002－10－25）

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学临床医学院检验系