维普资讯 http://www.cqvip.com

表 2　恶性乳腺病变术中冷冻切片误诊例数及准确率

病理类型	冷冻切片（n）	常规病理（n）	误诊（n）	准确率 100%
导管内癌并浸润性导管癌	1	1	0	100
硬　　癌	1	2	1	50
导管内乳头状腺癌、局部浸润管外组织	1	1	0	100
男性乳腺癌（粘液腺癌）	1	1	0	100
粉刺癌	1	2	1	50
合　　计	5	7	2	95.45

三、讨论

术中冷冻切片的准确诊断对临床治疗十分关键。本文23例乳腺良性病变中 2 例误诊为恶性。误诊原因：①制片过快，固定时间＜2min，细胞体积胀大，密集变形，染色不佳，结构模糊；②1 例乳晕下导管内乳头状瘤，在乳头状与腺样结构的瘤组织中，局部伴有明显纤维结缔组织增生，形成假浸润的特殊图象，误诊为乳头状癌；③1 例因末梢导管上皮呈乳头状、筛头、实性、显示高度增生而误诊为导管内癌。

本文 7 例恶性病变，冷冻切片误诊 2 例。误诊原因：①冷冻切片质量欠佳；②取材局限，癌性病灶遗漏；③1 例硬癌因胶原纤维增多、腺体呈结节状或呈增大的小叶状，局部实性条索散在，无小叶轮廓，但细胞结构不清，患者年龄 27 岁，而误诊为硬化性腺病；④1 例粉刺癌（导管内癌）因中央坏死物脱落，管腔明显扩张，周边只剩单层癌细胞而误诊为乳汁囊肿。

提高术中冷冻切片诊断的准确率，须注意：①冷冻切片须完整，厚度＜5μm，②固定时间＞2min，盐酸分化后，在清水中促蓝时间适当长一些，使核、浆着色清晰；③诊断医师亲自取材，镜下该片和大体标本相结合；④乳腺硬癌大体标本肿瘤内间质多而实质少，质硬，瘤体积小境界不清，边缘有黄白色的条纹，凡此种标本镜下出现实性条索，细胞呈单列线状排列，其大小、形态不一应高度怀疑为硬癌；⑤乳晕下导管内乳头状瘤，镜下见细胞胞浆宽广、红染，有的细胞胞浆较空，胞核规则，导管壁基底膜完整，细胞坏死及核分裂象少均可与乳头状癌鉴别；⑥对镜下病变不典型的病例，应待常规石蜡切片后再行病理诊断。

（收稿：2001-07-01）

健康成年人异常心电图随访观察

吴坤凌*　张继泽*

1999年在本市邮电系统职工健康普查中，经询问病史及体格检查 890 名无心肺病患、无胸痛、踝部浮肿，异常呼吸音及心脏病理性杂音，外观健康成年人，检出异常心电图 198 例，其中男 120 例，女 78 例，平均年龄 40.2 岁。对各种异常心电图的发生率、年龄、性别、吸烟与否与血压分组统计分析（表 1）。ST-T 改变伴左室肥大检出率最高（53.5%），次为传导阻滞（18.2%）。除传导阻滞的发生率在年龄组有差异外，其它异常心电图在年龄、性别、吸烟与否与血压有直接关系，分组之间无显著差异（P＞0.05）。随诊 3~4 年初步评定其愈后意义（表 2），全组发生冠心病 13 例（6.56%）。传导阻滞、尤其完全性束支传导阻滞与早博（均为单纯性、频率≤10 次/min）相比，临床冠心病的发生率前者明显增高（P＜0.05）。

本组检出异常心电图占普查中 890 例外观健康人的 22.25%，与国内外大部分文献报道近似，ST-T 改变伴左室肥大改变最多见，经随访观察，其中血压有直接关系，发生临床冠心病也多见（82.3%），另外，束支传导阻滞也是外观健康人影响愈后的重要因素，这可能与本组所检人群的自然分布、基础体质、随访时间因素不同有关。

* 作者单位：154002 黑龙江省佳木斯大学第一临床医学院心电室

维普资讯 http://www.cqvip.com

表1 198例异常心电图发生频情况（单位/例）

	窦性心律失常		异位博动		传导阻滞			ST-T改变左室大	电轴左偏
	过速	过缓	房早	室早	Ⅰ度AVB	LBBB	VBBB	平坦低平倒置	（-10、-30）
性别									
男（n=120）	12	3	5	15	4	6	15	56	4
女（n=78）	5	0	2	9	0	2	9	5	1
年龄									
≥40岁（n=139）	6	1	6	19	3	5	20	77	2
<45岁（n=59）	11	2	1	5	1	3	4	29	3
吸烟									
吸（n=51）	3	1	2	10	2	2	9	17	3
否（n=147）	14	2	5	14	2	6	15	89	2
血压									
收缩压									
≤150（n=104）	10	2	5	17	3	5	18	63	1
<150（n=94）	7	1	2	7	1	3	6	43	4
舒张压									
≤85（n=123）	12	2	4	16	2	1	14	69	3
>85（n=75）	5	1	3	8	2	7	10	37	2

表2 198例异常心电图随访结果

	心绞痛	房颤	心肌梗塞	猝死	昏厥	脑血管意外
室早（n=24）	0	0	0	0	1	1
房早（n=7）	0	3	0	0	0	0
Ⅰ度AVB（n=4）	0	0	0	0	0	0
LBBB（N=8）	1	2	0	0	0	0
VBBB（N=24）	0	3	1	0	1	0
电轴左偏（n=5）	1	0	0	0	0	0
窦缓（n=3）	0	0	0	0	0	0
窦速（n=17）	0	2	0	0	0	0
ST-T左室大（n=106）	0	6	0	0	2	0
合　计　198	2	16	1	0	4	1

（收稿：2001-08-01）

胃肠道一层吻合的临床观察

郝治中* 高 彤*

我院自1988年至1999年期间对胃肠道手术应用一层吻合113例，术后恢复良好，取得满意疗效。现报告如下：

一、临床资料和方法

1、一般资料：本组病人113例，男性79例、女性34例。年龄16~79岁。胃癌51例、十二指肠球部溃疡26例、胃溃疡12例；大肠癌21例。

2、手术方法：采用改良的Gambee一层吻合方式，包括胃小弯残端封闭处均行一层吻合。利用三点牵引线，先缝合后壁、再缝合前壁。缝合线自浆膜斜向断缘粘膜面进针，再由对端粘膜面斜向浆膜面出针，缝线呈V字形，线结全部

* 作者单位：050011 河北省石家庄市石家庄铁路医院外科