DOI:10.16016/j.1000-5404.1990.05.041

3.2 选择假体大小时，应根据患者身高、体重、年龄、职业等全面考虑，但各人爱好不同，术后评价最重要的是本人是否满意，故首先应尊重其本人选择。手术的成功可使患者克服自卑感，精神上得到满足，本组2例术后神经衰弱症状自然消失。

3.3 常用的手术入路有腋部、乳房下、乳房后外侧。后外侧切口不需特殊器械，入路快、损伤小、可迅速直达胸肌外缘，分离间隙容易，分离时宜切断胸外侧神经，增加美容效果。

3.4 皮下乳房切除术的要点是保留乳头乳晕。我们在其深面保留腺体1 cm～1.5cm厚，未发生1例坏死。为年轻妇女行乳房切除时，应保留乳头乳晕，以便将来有机会成形。

（收稿：1990.02.13；修回：1990.05.29）

几种软组织肉瘤标记物应用体会

王国超 王晓东（病理学教研室）

软组织肿瘤是一类较常见的恶性肿瘤。其类型复杂，组织形态多样，用一般组织化学染色不能证实肿瘤的组织发生，故难以作出正确的病理诊断[1]，应用抗中间丝抗体和免疫细胞化学技术有助于研究肉瘤组织的发生、细胞分化、病理分类及鉴别诊断[2][3]。

本文应用Vimentin（波型蛋白）、Desmin（结蛋白）、S-100蛋白标记抗体，并采用PAP和ABC法，对近年来100例10%福尔马林固定的外检恶性软组织肿瘤标本进行了研究。PAP法用羊抗人Vimentin作为一抗体，ABC法用Desmin和羊抗人S-100蛋白为一抗体，均用5 μm厚的石蜡切片，56℃烤片3 h，其结果如下：

	Vimentin			Desmin			S-100蛋白		
	例数	阳性	阴性	例数	阳性	阴性	例数	阳性	阴性
纤维肉瘤	18	15	3						
脂肪肉瘤	9	8	1						
平滑肌肉瘤				15	12	3			
横纹肌肉瘤				11	10	1			
神经源性肿瘤							23	21	5
恶性黑色素瘤							20	16	4
透明细胞肉瘤							4		1
合计	27			26			47		

讨论

目前应用于软组织肉瘤的标记物主要是中间丝和分化特异的蛋白质，它们对特有的软组织肉瘤有较高的特异性。但必须注意不同类型的肉瘤又有相同的标记物，如S-100蛋白，最初被认为是神经源组织的一种特异性蛋白[4]，但后来被相继证实S-100蛋白不仅分布于神经细胞、雪旺氏细胞及其来源的肿瘤中，也见于间叶和上皮来源的肿瘤，如皮肤黑色素细胞及黑色素瘤、脑垂体的间质细胞和乳腺肿瘤等[5]。

本文用S-100蛋白共作软组织肉瘤47例，其中阳性率，神经源性肿瘤93%，恶性黑色素瘤80%、透明细胞肉瘤75%。用Vimentin作了27例，间叶组织来源的肿瘤，纤维肉瘤83%为阳性，17%为阴性（可能因石蜡包埋块保存太长—18年）、脂肪肉瘤89%。用Desmin标记抗体共作26例，横纹肌肉瘤和平滑肌肉瘤，其阳性率，前者为91%，后者达80%。

从以上结果可以看出，不同的标记物，对它特有的恶性肿瘤有较高的特异性；但不同类型的肉瘤又有相同的标记物。因此，在分析研究这些标记物标记的结果时，必须结合临床表现、病理组织形态和各种肉瘤免

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

疫组织的形态特征，还应排除因标本处理不当等造成的非特异性显色（即假阳性）。为了消除技术误差，本文作者认为在技术操作过程中用胰蛋白酶对不同组织的消化时间及对照实验很重要，一定要设法消除假阳性或假阴性。

（标本及试剂由西南医院病理科提供。本文承蒙史景泉教授审修，特致谢）。

参 考 文 献

1. Chung EB, et al, Melignant melanoma of softparts. Am J surg Pathol 1983; 7 (5) :405～413
2. Immunohistochemistry of soft tissue tumoursIn AREV:Ew Journal of pathol 1985; 147:77～94
3、Duboulayc EH.软组织肿瘤的免疫组织化学。国外医学：肿瘤分册 1986；3,167
4. Moore BW. A soluble protei charactenistic of the nervous system. Biochem Biophys Res Commun 1965; 19:739
5. 陈丽荣，等。软组织肉瘤标记物的研究和应用。国外医学：肿瘤分册 1988；4,212

（收稿：1989.11.27；修回：1990.07.11）

氧气湿化瓶细菌污染情况调查

邹 英（西南医院 医院感染研究室）

薛国文（流行病学教研室）

吸氧在临床治疗中被广泛应用，在重危病人以及各种原因引起的呼吸衰竭病人的抢救治疗中起重要作用。但由于无菌操作不当以及其它原因，造成吸氧用湿化瓶严重污染，给病人带来了新的感染机会。

调查了27个科的正在使用和备用的氧气湿化瓶50个，采用半定量培养法及快速革兰氏染色法相结合。细菌培养结果：50个湿化瓶标本，绿脓杆菌检出15份占30%，枯草杆菌8份占16%，它有葡萄球菌、肺炎双球菌、变形杆菌、链球菌、大肠杆菌等混合或单独存在。

每科调查湿化瓶1个～5个不等，细菌培养阳性率在50%～100%。各科使用湿化瓶的50%～90%有绿脓杆菌污染。特别是危重病人多，医护工作量大，使用氧气多的科室，湿化瓶污染严重。以上结果与同时进行的该院医院感染现患率调查中揭示的下呼吸道感染多以及绿脓杆菌占主要地位的结果，基本一致。

氧气湿化瓶的严重污染常常不被医护人员重视。调查中发现大部分科室对湿化瓶使用前后不清洗，不消毒，长时间不更换瓶内液体，以及病房空气、环境及医护人员的手污染了湿化瓶，更易给危重病人造成新的肺内感染。

针对以上情况，提出以下几点建议：

（1）对吸氧湿化瓶，使用前后应认真清洗。用0.5%过氧乙酸或0.1%新洁尔灭泡15min～30min，或用0.1%洗必泰液浸泡20min，然后用水洗干净备用。

（2）正在使用中的氧气湿化瓶应根据情况24h～48h更换瓶内液体1次。

（3）更换湿化瓶时应认真洗手，防止污染。

（4）有条件的单位可采用两套吸氧装置，便于消毒处理，又不影响临床使用。

（5）湿化瓶内液体最好用冷开水。

（收稿：1990.06.07；修回：1990.07.04）

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net