

产;进口伊红及国产分析纯甲醛;倒置显微镜由重庆光学显微镜厂生产。严格按照操作规程进行操作。

1.3 统计学处理 计数资料以百分率(%)表示,采用 χ^2 检验, $P<0.01$ 为差异有统计学意义。

2 结果

HLA-B27 检测阳性率 AS 组、AS 疑似组分别为 90.76%、32.69%,明显高于非 AS 对照组的 4.02%, χ^2 值分别为 342.35 和 47.40,差异有统计学意义($P<0.01$)。AS 组 HLA-B27 阳性率明显高于 AS 疑似组, $\chi^2=62.04$,差异有统计学意义($P<0.01$),见表 1。

表 1 3 组 HLA-B27 结果

组别	总例数	阳性数(%)
AS 组	119	108(90.76)
AS 疑似组	52	17(32.69)
非 AS 对照组	348	14(4.02)

3 讨论

AS 主要症状是腰骶及下肢关节疼痛。发病早期主要累及骶髂关节、髋关节、椎间关节,以骶髂关节病变最常见。本院是三级乙等中医骨伤专科医院,收治的病例大多数是与 AS 有相似症状的患者,如腰椎间盘突出、腰肌劳损、风湿性关节炎、痛风性关节炎、关节滑膜炎等。因此 AS 患者容易被误诊为这些疾病,而不能得到正确的治疗,加之若已达到 AS 的诊断标准,一般是在发病后 3~8 年,这时已发生了局限性骨侵蚀、硬化等骨质破坏,晚期患者出现脊柱强直、活动受限,甚至致残^[2]。因此,AS 早期诊断成为争取良好预后的关键^[3]。有报道指出,HLA-B27 阳性在 AS 患者高达 90%以上,而正常群体中仅为 4%~7%,HLA-B27 阳性者患病的概率是 HLA-B27 阴性者的 200~300 倍,HLA-B27 携带者 AS 的相对危险率达 70%^[4]。

因此,HLA-B27 抗原检测,对 AS 的早期诊断和良好预后有较大价值。本研究中 AS 组的 HLA-B27 阳性率达 90.76%,与大多数文献报道相符,表明 HLA-B27 与 AS 高度相关。但 HLA-B27 阴性并不能完全排除 AS,因为有 1%~5%的 AS 患者 HLA-B27 为阴性,需要结合 X 线检查及临床症状等综合诊断。本研究中 AS 疑似组 HLA-B27 阳性率为 32.69%。有研究表明,在血清阴性的脊柱炎中,70%~90%的 HLA-B27 阳性者 10 年内可发展成为 AS^[5],因此在 AS 疑似患者中开展 HLA-B27 检测很有必要。特别是本院这类疾病患者众多,对这些患者进行 HLA-B27 检测,有利于 AS 患者的早期诊断和防治,及早控制疾病的发展,减少因 AS 造成的残疾等严重后果。

综上所述,HLA-B27 与 AS 高度相关,HLA-B27 的检测是早期诊断 AS 和对 AS 疑似患者进行确诊的有效实验室检验项目。

参考文献

[1] Brewerton DA, Hart FD, Nicholls A, et al. Ankylosing-spondylitis and HLAB27 [J]. Lancet, 1973, 281 (7809): 904-907.

[2] 王桂叶,孙振昌,张明智.强直性脊柱炎与 HLA-B27 的关联性分析[J].中原医刊,2006,33(5):11-12.

[3] 金朝晖.强直性脊柱炎的早期诊断[J].北京医学,2005,27(11):688-689.

[4] 李维,府伟灵.强直性脊柱炎与 HLA-B27[J].国外医学:临床生物化学与检验学分册,2002,23(5):295-298.

[5] 曾庆余.强直性脊柱炎风湿病学[M].北京:科学技术出版社,2003:941-964.

(收稿日期:2011-04-26)

一种提高浆膜腔积液细胞学阳性检出率的简易制片方法

朱立强¹,赵利²,朱玉秋¹,江涛¹(1.徐州医学院附属医院检验科,江苏徐州 221002;
2.江苏省徐州市肿瘤医院检验科 221005)

【摘要】目的 探讨影响浆膜腔积液细胞学制片质量的因素,寻求提高浆膜腔积液细胞学阳性检出率快速、可靠的制片方法。方法 从标本采集、制片方式、染色方法以及明显血性标本的处理等多个方面,将改进后的方法与改进前进行对比分析。结果 改进后的浆膜腔积液细胞学制片方法阳性检出率及符合率分别为 95.13%、97.32%,较改进前有显著提高。结论 采用该优化组合的浆膜腔积液细胞学制片方法,有利于肿瘤细胞的观察、鉴别,可提高浆膜腔积液的阳性检出率及符合率。

【关键词】细胞学技术; 标本制备; 染色与标记; 浆膜腔积液; 肿瘤/诊断

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.17.047 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)17-2133-03

浆膜腔积液细胞学检查是临床常用的最简便、快速的鉴别积液良、恶性的方法之一。改进浆膜腔积液细胞学制片方法,提高恶性肿瘤细胞的阳性检出率及符合率,对临床诊断及治疗非常重要。作者经过多年的工作实践和研究,对传统的浆膜腔积液细胞学检查技术进行了改进,探索出一套优化组合的制片方法,取得了较好的效果。

1 资料与方法

1.1 标本来源 本组病例来自徐州医学院附属医院 2008~2009 年住院及门诊 523 例抽取浆膜腔积液(送检积液总量大于 100 mL)的患者,其中男 278 例,女 245 例,年龄 34~89 岁,

平均年龄 62 岁。胸水 343 例(65.58%)、腹水 120 例(22.94%),心包积液 60 例(11.47%)。

1.2 检验方法

1.2.1 标本采集 一般方法:常规抽取患者胸、腹、心包腔积液 5~10 mL,30 min 内送检。改进方法:常规抽取患者胸、腹、心包腔积液 100~200 mL,枸橼酸钠按 1:10 抗凝,30 min 内送检。

1.2.2 制片 一般方法:取浆膜腔积液标本约 5~10 mL 以 2 000 r/min 离心 10 min,弃上清液,留取沉淀物,充分混匀后倾倒涂抹于洁净玻片上。改进方法:将 100~200 mL 标本均

匀倒入各试管中,以2 000 r/min 离心 10 min,弃上清液,留取沉淀物,充分混匀,集中于一个试管中,再次离心,弃上清液,留取沉淀物约 0.3 mL,充分混匀。用一次性吸管转移至洁净玻片上,用“推片法”(方法同血涂片)制备 6~8 张涂片,其中 3 张进行常规染色,其余以备用特殊染色或免疫细胞化学检测所用。如果沉淀物中有形成分较少而残留的液体较多时,可采用“二次推片法”,即用推片将沉淀物从玻片的头部推向尾部,再蘸取尾部的沉淀物再次推片。如果标本为明显血性,沉淀物的大部分为血液成分(红细胞成分大于 0.5 mL),则用一次性吸管吸取中间有核细胞层,再按上述方法制备涂片。

1.2.3 涂片染色 一般方法:伊红-苏木素染色或巴氏染色。改进方法:刘氏染色(快速瑞氏染色)。

表 1 两种方法制备涂片镜下特征比较

项目	一般方法	改进方法
细胞量	细胞成分较少,易挤压重叠或分布不均。	细胞成分集中于涂片体尾部,分布均匀,不易重叠。
染色情况	步骤多、耗时长,仅对肿瘤细胞染色较好。	步骤少,时间短,对各种细胞染色均着色鲜艳,结构清晰。
背景情况	红细胞、炎症反应细胞、黏液等背景较多,与肿瘤细胞混在一起。	红细胞、炎症细胞、黏液多在涂片头尾部,肿瘤细胞位于尾部,背景清晰,易于观察。
肿瘤细胞形态	易紧密成团,不易观察细胞核与细胞质形态。	肿瘤细胞平铺,少数成团,细胞核与细胞质的异常结构容易观察。

2.2 采用两种方法分别对 523 例患者浆膜腔积液进行制片,由两位细胞学诊断医师进行结果鉴定,结果见表 2。而积液的良、恶性结论由临床结合影像学、组织学、细胞学及会诊结果最终判定。523 例浆膜腔积液中 235 例为阴性,288 例为阳性。采用一般方法进行制片时,细胞学阳性检出率为 79.51%,符合率为 88.72%,而采用改进后的优化组合方法细胞学阳性检出率为 95.13%,符合率为 97.32%,未出现假阳性结果,两组差异有统计学意义($P<0.01$)。

表 2 523 例浆膜腔积液两种方法制备涂片的读片结果(n)

项目	一般方法	改进方法
I 级:阴性	240	238
II 级:少数核异质细胞	54	11
III 级:查见可疑恶性细胞	124	96
IV 级:查见典型恶性细胞	105	178

3 讨 论

引起浆膜腔积液的最常见原因有肿瘤转移、炎症刺激或循环障碍等。细胞学检查方法因其具有简便、快速、准确等优点逐渐成为临床鉴别积液良恶性的首选方法,浆膜腔积液细胞成分对肿瘤的诊断及鉴别诊断意义极大^[2-3]。

但在临床工作中,经常可以遇到患者已明确癌症存在,且已发生多脏器转移,而积液检查却均为阴性的情况。本研究采用两种方法,对最终确诊为恶性肿瘤患者的浆膜腔积液细胞学检查的阳性检出率分别为 79.51%和 95.13%。即有一部分恶性肿瘤患者浆膜腔积液细胞学结果出现假阴性结果。有报道认为并不是所有肿瘤患者的积液中都可找到癌细胞。癌症存在、癌症侵犯浆膜或转移以及癌细胞不断脱落于积液中,是找到癌细胞的必要条件^[4]。除此之外,送检标本质量、制片技术、制片方法、染色及阅片经验也是制约提高阳性检出率的重要因素^[5]。通过对多种制约因素的对比研究,作者认为,如果要找到一套提高浆膜腔积液细胞学阳性检出率及符合率的优化组

1.2.4 结果报告 采用“盲法”邀请两位不知道试验内容的细胞学诊断医师,按照 Ayre 细胞学四级描述形式作出诊断^[1]。I 级:阴性,见正常细胞或少许炎性反应细胞;II 级:为炎性变及少数核异质细胞;III 级:查见可疑恶性细胞;IV 级:查见典型恶性细胞。I、II 级作为阴性标本,III、IV 级作为阳性标本。
1.3 统计学处理 用 SPSS 11.5 统计软件进行数据处理。两组间率的比较采用 χ^2 检验,检验水准 $\alpha=0.05$ 、 $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。
2 结 果
2.1 对同一标本采用两种方法进行制片,显微镜下对两者的细胞量、染色情况、背景及肿瘤细胞形态等进行对比,其主要区别见表 1。

合方法,应从以下几方面进行改进:(1)留取积液标本讲求“多多益善”原则。日常工作中,应主动与临床医生沟通,要求其送检尽可能多的积液,以备找到更多的诊断依据。(2)采用“推片法”。该方法能将体积巨大的肿瘤细胞富集于玻片的尾部,“二次推片法”更是将这些细胞加倍富集,因而在涂片的体尾部可以得到足够数量的有诊断价值的细胞。染色后体尾部的恶性肿瘤细胞大都单层平铺、厚薄均匀的呈现于镜下,且结构完整,染色鲜艳,细胞核和细胞质对比清晰,易于细胞形态学鉴定。而将标本直接倾倒在玻片上会出现细胞层较厚、分布不均,各类细胞聚集成团,红细胞、炎症反应细胞常堆积在有意义的有核细胞旁或覆盖其上,染色时细胞容易脱片且着色不均,形态结构模糊,严重影响观察效果,在一定程度上影响细胞学阳性率和准确率。“推片法”不仅减轻了阅片者的视觉疲劳,还对识别恶性肿瘤细胞、鉴别细胞种类以及推断细胞来源起到举足轻重的作用,值得大力推广。(3)明显血性的浆膜腔积液标本离心后会由于密度差的原因分为三层:上清液层、中间有核细胞层、红细胞层。由于血液成分较多,离心后底层红细胞的体积远远多于中间有核细胞层。如果采取倾倒涂抹法,会出现大量红细胞掩盖恶性细胞成分的现象。即使采用“推片法”,亦不能达到理想的效果。因而诊断过程中常常会因为有意义的细胞少、证据不足而作出假阴性的诊断。而采用多次集中离心后,用吸管吸取有核细胞层的方法可以克服以上缺点,显著提高肿瘤细胞的阳性诊断率。(4)染色方法改为刘氏染色。该染色方法简单、快速,试剂易得,除对肿瘤细胞染色效果好,使之易识别外,还对浆膜腔脱落的间皮细胞、各种血细胞、淋巴瘤细胞以及细胞的吞噬现象、免疫岛、狼疮细胞、真菌、寄生虫等均有很好的染色效果,对分析鉴别积液性质、判断预后很有帮助^[6]。

近年来免疫细胞化学技术在脱落细胞检查中被广泛应用,它可以对肿瘤细胞进行诊断及鉴别诊断。而应用改进后方法制备的涂片不仅可以满足其要求,而且在进行免疫细胞化学染色时,可以将免疫细胞化学试剂集中于玻片的体尾部,极大地节约了试剂。

综上所述,成功的细胞病理学诊断,要有代表性的、制备良好的涂片作为基础,才能得出客观、准确的细胞学诊断,为临床诊断及治疗提供有效、可靠的依据。

参考文献

[1] 李影林. 临床医学检验手册[M]. 长春:吉林科学技术出版社,1987:234.
[2] 王永才. 最新脱落细胞病理诊断学多媒体图谱[M]. 北京:人民军医出版社,2006:240-252.
[3] 王永才,王颖,王忠利. 重新评价浆膜腔积液脱落细胞病

理学诊断价值及意义[J]. 医药世界,2006,8(2):24-26.
[4] 马正中,阚秀,刘树范. 诊断细胞病理学[M]. 郑州:河南科学技术出版社,2000:250-253.
[5] 方庆全,付莉,叶美华. 提高浆膜腔积液细胞学制片质量的体会[J]. 临床与实验病理学杂志,2009,25(6):669-670.
[6] 张树平,李立宏. 浆膜腔积液细胞学检查质量控制[J]. 河北北方学院学报:医学版,2010,27(1):72-75.

(收稿日期:2011-04-27)

花生油按摩减少软产道损伤效果观察

黄素芳(重庆市垫江县人民医院妇产科 408300)

【摘要】 目的 观察在阴道分娩过程中用灭菌后的花生油按摩会阴体及阴道壁降低软产道损伤的效果。**方法** 选择住院分娩的单胎头位、足月孕无妊娠并发症,且头盆相称的能经阴道分娩的产妇 400 例,随机分为实验组和对照组各 200 例,对照组予以常规产科护理、待产,实验组除接受常规产科护理、待产外,再由专职助产士用灭菌后的花生油在初产妇宫口开大 8 cm、经产妇宫口开大 5 cm 时按摩产妇的会阴体及阴道壁至第二产程结束。**结果** 对照组会阴完整 183 例(91.5%),会阴Ⅰ度裂伤 8 例(4%),Ⅱ度裂伤 8 例(4%),Ⅲ度裂伤 1 例(0.5%)。实验组会阴完整 193 例(96.5%),Ⅰ度裂伤 6 例(3%),Ⅱ度裂伤 1 例(0.5%),无Ⅲ度裂伤。两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 使用花生油按摩会阴体及阴道壁保护软产道的方法有效降低了软产道损伤的发生。

【关键词】 花生; 植物油类; 按摩; 软产道损伤
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.17.048 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)17-2135-02

软产道损伤是产科常见并发症。分娩时,母儿在解剖生理上的异常、产程进展不顺利和分娩处理不当均可引起软产道损伤^[1]。本院从 2010 年 1~6 月开展使用花生油按摩会阴体及阴道壁保护软产道的方法,有效降低了软产道损伤的发生。现将护理效果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2010 年 1~6 月住院产妇,年龄 23~40 岁,妊娠大于或等于 37 周,无妊娠并发症,骨盆测量无头盆不称的产妇 400 例。随机分为实验组和对照组各 200 例。

1.2 方法 实验组除常规产科护理待产外,再由专职助产士在初产妇宫口开大 8 cm、经产妇宫口开大 5 cm 时,按常规消毒外阴,铺好产包,采用高压蒸气灭菌后的花生油按摩产妇的会阴体及阴道壁至第二产程结束。按摩时注意轻重适度,花生油均一涂抹于阴道壁和会阴体。在按摩的同时配合扩张阴道和上拖会阴体。对照组予以常规产科护理、待产和采用常规方法保护会阴助产。

1.3 统计学处理 采用 SPSS12.0 软件、成组频数表资料的秩和检验进行数据处理和分析。

2 结果

实验组会阴完整 193 例(96.5%),对照组会阴完整 183 例(91.5%),两组差异有统计学意义($P<0.05$)。两组软产道损伤情况见表 1。

表 1 两组软产道损伤情况

组别	<i>n</i>	会阴完整	Ⅰ度裂伤	Ⅱ度裂伤	Ⅲ度裂伤
对照组	200	183(91.5)	8(4.0)	8(4.0)	1(0.5)
实验组	200	193(96.5)*	6(3.0)*	1(0.5)*	0(0.0)

注:与对照组比较,* $P<0.05$ 。

3 讨论

分娩时初产妇常发生会阴损伤。根据损伤部位分为会阴、阴道、宫颈裂伤;根据出血情况分为外出血型和内出血型软产道损伤。会阴裂伤按程度分为 3 度。Ⅰ度系指会阴皮肤及阴道入口黏膜撕裂,未达肌层,一般出血不多。Ⅱ度系指裂伤已达会阴体肌层,累及阴道后壁黏膜,甚至阴道后壁两侧沟向上撕裂,裂伤多不规则,使原解剖结构不易辨认,出血较多。Ⅲ度裂伤系指肛门外括约肌断裂,甚至阴道直肠膈及部分直肠前壁有裂伤,此种情况虽严重,出血量不一定多^[2]。

3.1 会阴损伤无论是在分娩后的短期内还是长期,都会对患者的生理、心理和社会适应方面产生影响。它甚至还可以影响到产后哺乳、家庭生活和性行为,严重者还会因为累及肛门括约肌导致大便失禁,或影响会阴肌引起小便异常。

3.2 花生油是一种植物油,润滑性能好,营养丰富,含丰富的蛋白质和不饱和脂肪酸,维生素 E、K 及钙、磷等元素,可调节人体生理功能,促进人体生长发育,预防疾病等。花生油中的维生素 E 可以防止基料中油脂类物质的氧化,增强皮肤柔软润滑感,防止色素沉淀,起到营养和改善皮肤的作用。

3.3 在民间,也有用花生油按摩来治疗烫伤等损伤,能起到消肿止痛的功效。

3.4 采用花生油按摩会阴和阴道壁,利用花生油的润滑作用,可以有效降低阴道壁的摩擦,利于胎儿的娩出。按摩与扩张阴道,可促使阴道扩张,增加阴道壁的弹性,促进阴道壁的血液循环^[3-4]。上拖会阴体,可向上保护会阴。通过上述护理措施可有效预防软产道损伤的发生。

3.5 花生油的抗氧化作用,不仅可营养和改善皮肤,黏膜代谢,还有利于产后软产道和会阴体的恢复。

3.6 花生油一定要灭菌消毒,以防止感染的发生。花生油经济,获取容易,因此,用花生油按摩减少软产道损伤的方法,值