

丸小、胡须稀少、喉结不清、多数乳房发育、皮肤光滑、声音较细,但未发现教科书上描述的身材高、四肢修长的特征。其中 1 例胡须多、喉结明显,声音粗,经复查仍确诊为 47,XXY。本病群体发病率约为 1/1 000^[2],新生儿睾丸大小正常,但至青春时期睾丸小而硬,体积为正常人的 1/3;睾丸曲线精骨萎缩,呈玻璃样变,故无精子。本征额外的 X 染色体是由于细胞减数分裂时性染色体不分离产生的。染色体确诊后,于青春期用雄激素替代治疗,以维持男性表型,改善患者心理状态。男性乳房发育,可手术切除。

3.2 Turner 综合征(先天性卵巢发育不全征) 本文检出的 13 例 Turner 综合征,仅 2 例为纯合型,占 15.38%(2/13),其余均为嵌合型,与多数文献报道的 55%病例为 45,X 相差较大。其临床表现为:表型为女性、身材矮小(130~140 cm 左右)、原发闭经、第二性征未发育、发际低、有的有黑痣、智力尚可、个别智力稍差、有 1 例嵌合型 45,X/46,XY 的病例有喉结。其中 1 例核型为 45,X/46,X,+mar,经外院 Y 基因检测,确定核型为 45,X/46,XY。因此 46,X,+mar 的患者必须做 Y 基因检测或用 Y 探针做 FISH 检测。具有 Y 染色体的病例有必要检查腹股沟有无包块存在,若有包块存在应尽早做切除术,以免恶变。本病新生女婴中约为 1/3 000。患者 8 岁时开始接受生长激素或联合应用同化激素治疗,最终身高可超过 150 cm,故早期诊断、及时治疗有重要的临床意义。于青春期用女性激素治疗可以改善患者心理状态,但不能解决生育问题。

3.3 性逆转 性逆转是指社会性别为女性,而染色体核型为 46,XY;以及社会性别为男性,而染色体核型为 46,XX。本文共检出 9 例。发病机制为:在减数分裂中,X 和 Y 短臂末端部分配对,可发生正常的交换重组,此段染色体彼此是同源的,如一对常染色体,故也将此段染色体称为 X 和 Y 染色体上拟常染色体区。如果 X 和 Y 染色体配对时发生不等位互换,可产生两种罕见异常:即 XX 男性和 XY 女性。XY 女性临床表现为:原发闭经、阴毛稀少、阴道盲端、腹股沟包块、B 超显示:子宫及双侧卵巢显示不清,左耻骨上偏腹股沟处多发回声对结节。激素检测:睾酮高。XX 男性临床表现为:乳房发育、阴囊小、阴茎略短、睾丸小而软、皮肤细、喉结不明显。辅助检查:雌二醇高、睾酮低。XY 女性若有腹股沟包块应尽早做两侧腹股沟韧带性腺切除术,避免睾丸组织恶变成精原细胞瘤,定期注

射雌激素。

3.4 多 X 综合征(超雌) 其临床表现为:月经周期不规则,月经稀发,乳房、外阴发育正常,幼稚子宫,卵巢结构不清。发生机制:生殖细胞形成的第一次或第二次减数分裂过程中发生了染色体的不分离。本病发病率在新生女婴中为 1/1 000。70%的病例第二性征发育正常,并可生育,30%的患者卵巢功能低下,原发或继发闭经。

3.5 X 染色体结构异常 46,X,i(Xq),Turner 综合征异常核型的一种,形成机制:染色体复制前后,其着丝粒可能横断,使复制后两条染色单体的长臂和短臂分开,两条长臂借着丝粒连接成一条等臂 X 染色体。46,X,i(Xq)由于缺失了整个短臂,患者既有 Turner 综合征身材矮小等体征,又有性腺发育不全。46,XX q- 短臂未缺失,因此仅有性腺发育不全、原发闭经、不育,而无身材矮小等体征。

3.6 Y 结构异常 本室检出 46,X,Yp+ 其中 1 例其父染色体核型也为 46,X,Yp+,这说明 46,X,Yp+ 与不育的关系有待进一步研究。

3.7 其他 含有两个细胞系的 46,XX/46,XY 染色体核型,是真两性畸形患者中常见的类型。真两性畸形上指在一个患者体内同时存在卵巢和睾丸。大多数的真两性畸形患者更多地表现为男性化外生殖器,因而被当做男性抚养。几乎所有真两性畸形患者都有乳房发育,许多有月经。有子宫并有月经的患者在除睾丸组织之后能够妊娠并分娩正常孩子。本病的发病机制:由于具有有正常染色体组的 X 精子和 Y 精子同时与一个卵子的两个卵裂细胞受精或与两个分离的卵子受精的两个胚胎后来融合,或一个卵核和一个极体受精的结果。均可形成 46,XX/46,XY 的嵌合体。

参考文献

[1] 左伋,张克雄.医学遗传学[M].2 版.上海:上海医科大学出版社,1998:173.
[2] 石东红,张珂.临床常见染色体病诊疗手册[M].北京:人民卫生出版社,2001:38.

(收稿日期:2010-08-15)

检验标本不合格原因分析

马祥斌,陈继芬(湖北省孝感市第一人民医院检验科 432000)

【摘要】 目的 通过对临床检验标本不合格原因的统计分析,加强分析前各个环节的质量控制,提高检验标本采集的合格率,保证检验质量。**方法** 根据检测目的和要求,对 2009 年 7 月至 2010 年 7 月孝感市第一人民医院住院患者送检标本中不合格标本,按不同类和原因分别进行回顾性统计分析。**结果** 血液标本 51 412 份,不合格 560 份;尿液标本 8 785 份,不合格 178;大便标本 3 712 份,不合格 26 份;胸腹腔积液标本 115 份,不合格 6 份;脑脊液标本 8 份,不合格 1 份;分泌物 176 份,不合格 7 份;痰液标本 49 份,不合格 2 份;不合格原因:血液标本以抗凝不完全、采集量不足、抗凝管错误和患者准备不符合要求为主;其他标本主要以标本污染和送检不及时为主。**结论** 分析前的质量保证直接关系到检验质量,加强临床医护沟通和培训,提高检验标本采集合格率,是保证检验结果准确可靠的前提,也是检验全程质量保证中非常重要的环节。

【关键词】 检验标本; 不合格标本; 质量控制

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.04.053 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)04-0474-03

随着临床医学诊疗技术的不断提高,检验结果数据越来越受到临床的重视。一个检验过程根据过程特性分为检验分析

前、分析中和分析后 3 个环节^[1]。目前,检验科都建立了完善的质量保证体系,保证了检验分析中和分析后的质量控制需

求。但分析前阶段存在于检验科以外,质量保证难以掌控。为了解本院近年来临床检验标本不合格的原因,查找失控环节,提高检验标本合格率,加强检验分析前质量保证,现对 2009 年 7 月至 2010 年 7 月本科收到的标本进行统计分析如下。

1 材料与方法

1.1 材料 2009 年 7 月至 2010 年 7 月检验科各专业组收到住院患者的检验标本。所有标本由护理人员采集,标本由专职人员定时集中收取标本。

1.2 方法

1.2.1 将送检标本分为两组,一组为血液标本,包括:临床化学、免疫、血凝、血细胞分析、化学发光、聚合酶链反应(PCR)室、血培养;一组为体液及分泌物标本,包括:尿液、大便、胸腹腔积液、脑脊液、痰液、分泌物。

1.2.2 检验人员按规定核对检验标本,通过标本外观、采集时间、检测分析、复查以及与临床沟通途径发现和确定不合格标本。对不合格标本原因进行详细登记。

2 结 果

2.1 标本分类 检验科共收到检验标本 64 257 份,不合格标本 780 份,占 1.21%。其中血液标本 51 412 份,不合格标本 560 份,占 0.81%;尿液标本 8 785 份,不合格标本 178 份,占 2.02%;大便标本 3 712 份,不合格标本 26 份,占 0.70%;胸腹腔积液标本 115 份,不合格标本 6 份,占 5.21%;脑脊液标本 8

份,不合格标本 1 份,占 12.5%;痰液标本 49 份,不合格标本 7 份,占 4.08%;分泌物标本 176 份,不合格标本 7 份,占 3.97%。不合格检验标本比例见表 1。

2.2 不合格标本原因分析 统计分析血液标本不合格原因以标本量少、抗凝不完全、治疗同侧采集和容器错误为主,分别占 28.2%(158/560)、19.1%(107/560)、11.8%(66/560)、11.1%(62/560),主要以血细胞分析、凝血功能和临床化学项目检查标本为主^[2];体液及分泌物标本不合格原因以送检不及时和标本污染为主,分别占 49.5%(109/220)、28.6%(63/220),主要是尿液标本。不合格标本原因见表 2、表 3。

表 1 不合格标本类型分布

标本类型	送检标本数	不合格标本数	不合格率%
血液	51 412	560	0.81
尿液	8 785	178	2.02
大便	3 712	26	0.70
胸腹腔积液	115	6	5.21
脑脊液	8	1	12.50
痰液	49	2	4.08
分泌物	176	7	3.97
总计	64 257	780	1.21

表 2 血液标本不合格原因统计

检验项目	溶血	凝固	抗凝不全	量少	容器错误	治疗同侧采集	标本污染	患者准备不足	送检不及时	合计
临床化学	12	/	3	12	13	26	/	36	18	120
血细胞分析	10	12	58	62	17	16	/	/	/	175
凝血功能	3	20	46	84	14	24	/	/	20	211
免疫	14	/	/	/	/	/	/	/	/	14
化学发光	13	/	/	/	/	/	/	/	/	13
PCR 室	2	/	/	/	18	/	/	/	/	20
血培养	/	4	/	/	/	/	3	/	/	7
合计	54	36	107	158	62	66	3	36	38	560

注:/表示无数据。

表 3 体液及分泌物标本不合格原因统计

标本类型	量少	标本污染	标本凝固	容器错误	药物影响	送检不及时	合计
尿液	12	54	/	12	17	83	178
大便	/	/	/	/	/	26	26
胸腹腔积液	1	3	2	/	/	/	6
脑脊液	/	1	/	/	/	/	1
痰液	/	2	/	/	/	/	2
分泌物	2	3	/	2	/	/	7
合计	15	63	2	14	17	109	220

注:/表示无数据。

3 讨 论

3.1 本文资料显示,在临床常规检验中,尿液检验不合格率相对较高,其次是凝血功能检查和血细胞分析^[2-3]。其不合格原因有标本污染、标本放置时间过长、送检不及时^[4];操作不规范和技术不熟练导致采集血液标本的抗凝不全、标本量不足;治疗中同侧标本采集导致标本检测结果不客观。而造成标本不合格的主要原因是分析前多个操作环节难以掌控,病理性和生

理性影响因素较多,人为因素的影响主要表现为护理工作人员责任心不强,基本功不扎实,缺乏基本的理论知识^[5]。

3.2 在本文资料统计分析中发现,临床标本不合格有一定的时限性,秋冬季节标本不合格率明显高于其他时期,主要是在这个时间阶段,医院新分配的医护人员和实习生对标本采集知识不全和操作不规范所致。这点应引起临床医务者和检验工作者的重视。

3.3 现代医学科技的进步和发展,促进医学检验的发展。临床对疾病的诊断和治疗越来越依赖实验室的检查,准确可靠的检验报告在临床医学中起着举足轻重的作用,这就需要把好检验质量关。全程质量保证包括分析前、分析中和分析后三个阶段的质量控制。在分析误差中,分析前误差占 70%^[6],因而分析前的质量保证对减少分析误差尤为重要,而这一环节在实验室外,环节多,临床医务人员不重视,实验室难以控制^[3]。排除干扰因素,采集正确合格的检验标本是检验质量保证的前提。本文就分析前质量保证对策总结如下,共同行和医务管理者参考。

3.3.1 检验科建立完善的质量保证体系,严格执行标本核收

制度,杜绝不合格检验标本的输入,减少检验资源浪费和检验结果对临床诊疗误诊,提高检验质量,保证临床医疗安全。

3.3.2 制订检验标本采集手册发放临床,保证医护人员人手一本。手册内容包括各种检验项目的临床意义、患者准备、标本采集要求(采集量、抗凝管、抗凝要求、容器)、检测时限和采集注意事项等。

3.3.3 加强临床医护人员的检验标本采集知识和操作技能的培训,特别是在秋冬季节,对新分配到医院的医护人员和进修实习生,要进行检验标本采集方面知识和技能的岗前培训。

3.3.4 与临床医护人员保持联系和沟通,及时发现采集标本不合格的原因,共同探讨寻求解决措施,降低检验标本不合格率。

3.3.5 推行各种真空采血管在临床的使用,降低标本不合格率,保证检验结果的真实准确。

参考文献

[1] 叶应妩,王毓三,申子瑜. 全国临床检验操作规程[M]. 3

版. 南京:东南大学出版社,2006:10.

[2] 黄衍锋,邹焕荣. 检验标本不合格原因分析与对策 [J]. 检验医学与临床,2007,4(1):37.

[3] 孙良起,马丽,王秀丽. 临床检验不合格标本原因分析及对策 [J]. 检验医学与临床,2010,7(3):281.

[4] 袁慧,曾小丽. 2003~2006 年北京安贞医院检验科标本不合格的特点分析及对策[J]. 中华检验医学杂志,2007,30(6):692.

[5] 胡晓芬,王登福. 护理因素对常用临床标本分析前质量的影响 [J]. 华北煤炭医学院学报,2003,9(5):569.

[6] 张智慧,许素菊. 急诊血标本采集过程中存在的问题 [J]. 临床误诊误治,2002,15(3):217-218.

(收稿日期:2010-08-16)

368 例腹腔镜胆囊切除术的治疗体会

马光梳(云南省会泽县人民医院外科 654200)

【摘要】 目的 慢性胆囊炎、胆囊结石、胆囊息肉是胆道外科的常见疾病。常用的治疗方法有开腹胆囊切除(OC)与腹腔镜胆囊切除术(LC)。**方法** 采用德国 Wolf 牌腹腔镜,常规用四孔或者三孔法完成 LC。**结果** 会泽县人民医院 2004 年 6 月至 2007 年 6 月共实行 LC 手术 368 例,患者术后恢复良好。**结论** LC 是治疗慢性胆囊炎、胆囊结石、胆囊息肉的经典术式,具有损伤小、术后患者痛苦轻、恢复快、住院时间短的特点。在熟练掌握 LC 手术操作技能的前提下,更应该了解 LC 手术的并发症与预防措施,只有这样,方能很好地开展 LC 手术。

【关键词】 胆囊切除术; 腹腔镜; 胆结石
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.04.054 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)04-0476-02

腹腔镜胆囊切除术(laparoscopic cholecystectomy,LC)已成为治疗胆囊结石、胆囊息肉的主要手段,但术中、术后并发症是影响 LC 疗效的主要因素。2004 年 6 月至 2007 年 6 月本院共实行 LC 368 例,均无并发症发生,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 368 例患者中女 316 例,男 52 例,年龄 18~73 岁。慢性胆囊炎并发胆囊结石 329 例,胆囊息肉 29 例,慢性胆囊炎并发胆囊结石急性发作 64 例。

1.2 手术方法 本组采用四孔法或三孔法。四孔法于脐下作第一孔,造气腹后置入 10 mm 套管穿刺针(Trocar),在剑突下、右锁骨中线肋缘下,腋前线脐平面 2~3 cm 处分别置入 10 mm 和 5 mm Trocar,三孔法是减少腋前线脐平面 Trocar。

2 结果

368 例患者均行 LC 手术,其中 4 例行术中中转小切口开腹手术,6 例术中放置引流管,术后 72 h 无液体引出拔除。所有患者均住院给予抗炎、补液、支持治疗,住院 4~10 d,痊愈出院,无任何并发症发生。

3 讨论

随着人们物质、文化生活水平的不断改善和提高,LC 手术将成为治疗慢性胆囊炎胆囊结石、胆囊息肉的重要手段。为了提高 LC 手术的治疗效果,避免各种并发症的发生尤为重要。

3.1 LC 手术常见的并发症有以下几种 (1)颈胸腹部皮下气肿,纵膈气肿;(2)胆漏;(3)腹腔出血致失血性休克;(4)胃十二指肠破裂;(5)戳孔疝;(6)黄疸;(7)肺栓塞;(8)下肢静脉血栓;

(9)高碳酸血症;(10)坠积性肺炎^[1-2]。

3.2 LC 手术中及术后并发症的防治

3.2.1 腹腔出血 主要原因是手术中炎症较重,解剖层次不清,结扎胆囊动脉不准确。胆囊动脉钛夹或银夹脱落,胆囊床出血,考虑为胆囊后动脉术中未钳夹,电凝止血后出血暂时停止,术后患者血压回升,血痂脱落,引起出血^[3]。本组患者虽未发生,但应随时警惕。预防 LC 术后腹腔出血,除了准确钳夹胆囊动脉外,还应注意有无胆囊动脉后支,应牢靠钳夹。

3.2.2 胆漏 胆漏系 LC 后严重并发症之一,其发生原因可归结为胆囊管残端钛、银夹脱落或夹闭不全,肝外胆管或右肝管电热灼伤,副肝管或迷走胆管损伤、胆总管横断或撕裂伤^[4]。预防方法是要求术者在行 LC 手术时,动作熟练,解剖层次清楚,随时想到有此并发症发生的可能。术中尽可能做到准确无误。

3.2.3 胃、十二指肠破裂 主要发生于慢性胆囊炎急性发作的患者,由于术中炎症较重,周围组织粘连紧密,致使术者在分裂胆囊、解剖胆囊三角时误伤胃及十二指肠^[5-6]。作者认为,对那些慢性胆囊炎急性发作的患者,术前必须抗炎治疗,控制炎症,术中发现炎症较重、粘连紧密、LC 手术难度较大者,应及时中转开腹,不能把中转开腹视为 LC 手术失败而勉强手术。

3.2.4 黄疸 LC 后黄疸也是严重并发症之一,一般为胆管损伤、胆管炎所致。胆管损伤主要发生于一些胆囊颈部结石患者,由于胆囊管较短,在结扎(钛、银夹)胆囊管时,钛夹紧靠胆总管,夹闭部分总管,或胆囊管变异,误夹胆总管。所以术后出