

糖蛋白不同,HBV 在血清中有 3 种形式的病毒颗粒存在,包括直径 22 nm 的球状空壳颗粒、直径 22 nm 的棒状颗粒以及直径 42 nm 的球状完整颗粒。前二者颗粒缺乏完整颗粒所含有的 N 端氨基酸残基(118~119),即前 S1 蛋白的序列,另外空壳颗粒还缺乏 N 端氨基酸残基 55,即前 S2 蛋白的序列^[1]。

3.2 在本次试验中,e 抗原阳性患者前 S1 抗原阳性率(77.36%)远高于 e 抗原阴性(41.86%),二者显著相关。说明 HBeAg 在由阳转阴或 HBcAb 产生的过程中,前 S1 蛋白的表达也随之减弱。临床上常把 HBeAg 转阴作为病情好转和抗病毒治疗有效的判断指标,那么前 S1 蛋白也有同样的临床意义^[2]。

3.3 在临床中常用 HBeAg 作为病毒复制是否活跃,是否具有强传染性的指标之一,但有研究^[3]发现 HBeAg 转阴这一部分患者体内 HBV 复制并没有完全终止而是仍在继续进行,病情不断演变而造成这一现象的原因是由于 HBV-DNA 出现前 C 区末端或 C 区启动区变异,使 HBeAg 不表达,但病毒本身复制不受影响,导致这种基因突变有报道说可能是由于治疗中某种药物所致^[4]。这一改过去认为凡 HBeAg 转化为抗-HBe 即预示 HBV 复制中止,病变缓解的传统观念。Pre-S1 不受 HBeAg 变异的影响,能更真实地反映病毒的复制情况。在本试验中 HBeAg 阴性血清中前 S1 抗原阳性率达 45.16%(154/341),故作前 S1 抗原测定可避免由于 HBeAg 变异而产生的阴性误导。

3.4 许多研究表明前 S1 抗原与 HBsAg 几乎同时出现,但在不同的随访时间其阴转率均高于 HBsAg,提示 Pre-S1 在反映病毒清除、判断病情转归方面优于 HBsAg。临床上检测 Pre-S1 抗原对病情的预后及疗效判断更有帮助意义,且操作简便,经济实惠。本试验 455 例 HBsAg 阳性患者中前 S1 抗原阳性率为 53.63%(244/455),而在 2026 例 HBsAg 阴性患者中前

S1 抗原阳性率为 0.00%。

3.5 在本次试验中有 25 例前 S1 抗原阳性标本同时有抗 HBe-IgM 阳性,故检测前 S1 抗原可能有助于对急性乙肝的早期诊断,而在慢性 HBV 感染中,前 S1 抗原持续阳性可提示患者病情呈进行性发展^[5]。

综上所述,由于前 S1 抗原含有肝功能膜受体,在 HBV 感染肝细胞和机体免疫应答等方面起到重要作用,同时还可以动态监测以用于临床治疗效果的评价,因此,将前 S1 抗原与 HBV-M 有机地结合检测,可弥补单独测定的不足,对乙肝的诊断、疗效和预后判断都具有非常重要的意义。

参考文献

- [1] Hu WG, Wei J, Yang XX, et al. Expression of overlapping PreS1 fragment recombinant proteins for the determination of limonogenic domains in HBsAg PreS1 region [J]. Acta Biochim Biophys Sin, 2004, 36(6): 397-404.
- [2] 沈铮, 高峰, 沈霞. 前 S1 蛋白在 HBV 指标中的重要意义 [J]. 放射免疫学杂志, 2002, 15(1): 61-62.
- [3] 安银东, 黄萍, 顾娟珍. 乙型肝炎病毒携带者血清 IL-6、IL-8、TNF- α 检测及临床意义 [J/CD]. 中华临床医师杂志: 电子版, 2011, 5(1): 226-227.
- [4] 关秀茹, 张萱, 韩丽, 等. 乙型肝炎病毒前 S1 抗原在乙型肝炎病情诊断和预后判断中的应用 [J]. 哈尔滨医科大学学报, 2003, 37(1): 80-81.
- [5] 施新萍, 姜域峰, 周凡清, 等. 一步法检测乙型肝炎病毒前 S1 蛋白及其临床意义 [J]. 浙江检验医学, 2004, 2(2): 18-19.

(收稿日期: 2012-01-07)

11 例左半结肠癌急性梗阻一期切除体会

赵 鹏, 刘代强(重庆市荣昌县人民医院 402460)

【关键词】 结肠癌; 急性梗阻; 一期切除

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2012.13.080 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)13-1669-02

左半结肠癌急性梗阻在临床上较常见。施行一期切除还是一期造口、减压,二期吻合尚存在争议。近年来,由于术中外科处理技术进步,尤其是术中肠道处理方法的改进,术后强效抗生素的应用,营养支持的合理化,左半结肠癌并急性梗阻行一期切除吻合是可行的。现就本院 2006 年 1 月至 2010 年 12 月共收治 11 例左半结肠癌并急性梗阻一期切除吻合术,取得满意效果,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本组 11 例,男 5 例,女 6 例,年龄 43~70 岁,临床表现及辅助检查符合低位肠梗阻表现,所有患者清蛋白大于 35 g/L,血红蛋白均未低于 95 g/L。全组病例术后病理活检确诊结肠癌。

1.2 治疗方法 全组患者均于纠正水、电解质及酸碱平衡,休克者抗休克治疗好转后手术探查,胃肠减压至术后胃肠功能恢复,无腹膜炎表现,术中术后给予 3 代头孢类抗生素联合抗厌

氧菌抗生素治疗。

1.3 手术方法 开腹探查术中情况行姑息切除或根治切除。先行结肠游离,切断远端,将近端移置于腹腔外,排除肠内容物。从大肠开始轻轻挤压肠管,排净肠内容物。近端结肠内塞入直径 2.5 cm 左右的排水管、接口用线绑紧,排水管另一端套入污物桶中,在回肠末端缝一荷包插入气囊导尿管,使导管的气囊进入盲肠,扎紧荷包,气囊中注入液体 10 mL 轻轻提起,使水囊填住回盲瓣口。经导管缓慢注入生理盐水 1 000~5 000 mL 直至基本无粪渣,再灌入 0.5% 甲硝唑 200 mL、庆大霉素 24 万 U 后拔管。在上述操作中严格执行无菌技术避免污染腹腔及切口,吻合前仔细判断肠管血供,对于 2 可疑病例近端横结肠预留袢式造瘘。吻合口通畅血供好,无张力。对吻合口要求“上要空、口要松、下要通”。术毕冲洗腹腔,置腹腔引流管。

2 结 果

本组 1 例合并慢性支气管炎、肺气肿,术后并发呼吸衰竭

抢救无效,放弃治疗出院后死亡,另 1 例切口感染裂开,经减张缝合后,换药痊愈。全组无吻合口漏发生。

3 讨 论

3.1 术前准备纠正水、电解质及酸碱平衡 由于较长时间的腹痛、腹胀,患者不能正常进食或较长时间禁食引起的摄入过少,脱水,电解质紊乱较多见,术前积极的改善全身情况,纠正水和电解质平衡,从提高对手术的耐受性,本组 3 例脱水,低血容量休克,经积极处理后,休克好转积极手术,术后恢复顺利。

3.2 有效的胃肠减压 由于回盲瓣的存在,左半结肠癌理论上为闭性肠梗阻,而实际上回盲瓣的功能多不完全,有效的胃肠减压能吸出胃肠道中的气体和积存液,减轻腹胀,改善肠壁血运,为手术创造有利条件,并可以改善呼吸及循环功能^[1-2]。

3.3 术中术后抗生素的运用 结肠梗阻的肠腔内的细菌大量繁殖,由于肠壁血循环障碍,肠黏膜屏障功能受破坏,可导致细菌易位,术前常见使用头孢米诺钠 1.5 g,0.5% 甲硝唑 100 mL,手术时间超过 3 h 再次追加半量,术后继续使用至白细胞低于 $15 \times 10^9/L$,临床排除吻合口漏发生的阶段。

3.4 肠道清洁 急诊手术时术中尽力将肠腔内的粪便全部排空,减少肠道内的细菌,降低其活力。术中反复灌洗,直至冲洗液清亮,冲洗量大约 5 000 mL,这样冲洗量不致产生患者的水、电解质紊乱,在灌洗时一定要注意不要让灌洗液逆行流入腹腔,被冲洗的肠管明显回缩肠管血供也有改善,结肠被灌洗后可显得空虚无力。术中严防污染,以减少切口感染和腹腔残余脓肿发生^[2]。

3.5 术中处理 术中梗阻的肠段减压和清洗要彻底。梗阻肠段有效的减压和肠道灌洗不应缺少,这一操作手段使肠腔细菌数量及毒素得以大幅度减少,可以提高肠吻合成功的概率,减少吻合口瘘的发生,并有益于术后全身状况的尽快恢复^[3]。结肠血液循环较小肠差,对吻合口愈合不利。因此术中分离时,不要损伤边缘动脉以保证吻合口血供,为确保吻合口肠壁血液循环良好。术中做到:(1)敞开结肠断端,用剪刀修剪断端肠壁至良好出血。(2)系膜及脂肪组织清除不超过断端 0.8~1.0

cm。(3)缝合不要过疏或过密,过疏容易造成早期吻合口瘘,过密影响吻合口血运,造成后期肠吻合口瘘,针距以 3~5 mm 为宜。(4)禁用连续缝合。临床上常用 1 号线先作全层内翻间断缝合,在肠腔内打结,外加浆肌层间断缝合。吻合时内翻不宜过多,针距适中,打结松紧适宜,第二层缝合不穿过黏膜层,这些精细的操作技术,是保证吻合口血液供应、促进愈合、防止肠痿的有效措施^[4-5]。

3.6 术后处理 持续有效的胃肠减压,维持水、电解质及酸碱平衡、抗生素运用,术后早期扩肛促进胃肠功能恢复及吻合口愈合。腹腔引流排除腹腔感染及吻合口瘘时拔除。

左半结肠癌并急性梗阻的手术方法有一期切除吻合和分期手术。分期手术患者需承受多次手术的痛苦,住院时间长、经济负担重,另因时间长有肿瘤扩散,转移而丧失肿瘤切除的机会,一期切除还可以为患者放疗、化疗、免疫治疗等综合治疗争取机会。只要充分的术前处理,术中有效的清洁肠道,术后有力的抗感染、支持治疗,左半结肠癌急性梗阻一期切除吻合是可行、安全的。

参考文献

- [1] 朱建平. I 期手术治疗左半结肠损伤的探讨[J]. 重庆医学, 2009, 38(23): 3046-3047.
- [2] 解俊生, 聂广跃. 梗阻性左半结肠癌术中灌肠 I 期吻合术 9 例体会[J]. 安徽医学, 2010, 31(9): 1092-1093.
- [3] 甘泉, 周兰. 左半结肠癌并发急性肠梗阻 I 期切除吻合术治疗 32 例[J]. 重庆医学, 2005, 34(4): 633-634.
- [4] 谭伟超. 左半结肠癌并肠梗阻 I 期吻合临床分析[J]. 中国实用医药, 2010, 5(25): 84-85.
- [5] 薛世航, 陆振一, 张同成. 结肠顺行灌洗在左半结肠癌并急性梗阻 I 期切除吻合中的应用[J]. 医学信息, 2010, 23(9): 3343-3345.

(收稿日期: 2012-01-06)

泉州市丰泽区 2006~2009 年高考学生 HBsAg 及 ALT 检查结果分析

卢海景, 饶华春, 郭庆昕(福建省泉州市正骨医院检验科 362000)

【关键词】 高考学生; 乙型肝炎病毒表面抗原; 丙氨酸氨基转移酶

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2012.13.081 文献标志码: B 文章编号: 1672-9455(2012)13-1670-02

每年的高考体检同征兵体检一样,是检验科重要的体检工作之一,而乙型肝炎病毒(下称乙肝)表面抗原(HBsAg)和丙氨酸氨基转移酶(ALT)检查一直以来都是高考体检必查项目,为了解本地区即将参加高考的学生 HBsAg 携带及肝功能情况,并对其动态变化、分布特点、影响因素进行了解,分析 2006~2009 年 8 351 名准备参加高考学生的 HBsAg 及 ALT 检测结果,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 为本区 2006~2009 年在本院进行高考体检的学生,年龄在 17~20 周岁。

1.2 标本采 采集空腹静脉血 3~5 mL,离心分离血清,当日

检测。

1.3 试剂 HBsAg 的检测,用厦门新创酶联免疫吸附试验(ELISA)法诊断试剂盒,ALT 使用上海科华(速率法)试剂盒。

1.4 仪器 芬兰丹尼 Wellscan MK3 酶标仪及 Wellwash 4 洗板机,日立 7020 全自动生化仪。

1.5 结果判断 HBsAg 以样品孔 OD 值大于或等于阴性对照平均 OD 值 $\times 2.1$ 时为阳性;ALT >40 U/L,为肝功能异常。

2 结 果

2006~2009 年高考体检 HBsAg 及 ALT 检查结果见表 1,市区与城乡高考体检 HBsAg 阳性检查结果见表 2。