

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。

表 1 2006~2009 年高考体检 HBsAg 及 ALT 检查结果

年度	检测 人数	HBsAg 阳性	HBsAg 阳性(%)	ALT>40 U/L	ALT>40 U/L (%)	HBsAg 阳性 ALT>40 U/L	HBsAg 阳性 ALT>40 U/L(%)	HBsAg 阴性 ALT>40 U/L	HBsAg 阴性 ALT>40 U/L(%)
2006 年	2 130	346	16.24	81	3.80	49	2.30	32	1.50
2007 年	1 872	232	12.39	65	3.47	37	1.98	28	1.50
2008 年	1 867	222	11.89	72	3.86	24	1.29	48	2.57
2009 年	2 482	259	10.44	72	2.90	33	1.33	39	1.57
合计	8 351	1 059	12.68	290	3.47	143	1.71	147	1.76

表 2 市区与城乡高考体检 HBsAg 阳性检查结果

年度	地区	总数	HBsAg 阳性	HBsAg 阳性(%)
2006 年	市区	1 315	212	16.12
	城乡	815	134	16.44
2007 年	市区	1 118	119	10.64
	城乡	754	113	14.99
2008 年	市区	1112	133	11.95
	城乡	755	89	11.79
2009 年	市区	1 685	176	10.45
	城乡	797	83	10.41
合计	市区	5 230	640	12.24
	城乡	3 121	419	13.43

3 讨 论

3.1 由表 1 可见,2006~2009 年本地区参加高考体检学生的 HBsAg 阳性率平均为 12.68%,明显高于全国人群阳性率(9.75%)^[1],也高于全国大学生 HBsAg 阳性率平均水平(10%)^[2],也高于近年来部分文献的报道结果^[3],原因是高考体检为未经筛查的检测,是真实的阳性率,也反应了本地区 17~20 岁这一年龄段的乙肝阳性率,因此本地区在乙肝预防接种仍需进一步加强,特别是要加强新生儿出生后的主动免疫,以进一步降低乙肝感染率;但由表 1 也可以见到 HBsAg 阳性率呈逐年下降,说明在随着乙肝疫苗普及、生活条件改善、卫生保健意识的加强及对乙肝的预防越加重视,使得本区高考体检学生的 HBsAg 阳性率逐步下降。

3.2 由表 1 可见,ALT 升高在 HBsAg 阳性和 HBsAg 阴性检查者中平均分别为 1.71%和 1.76%,二者差异无统计学意义($t=0.1301, P>0.05$),ALT 是肝功能的重要指标,其高低与肝细胞受损程度一致,不仅见于病毒性肝炎,还常见于药物性肝损害、肝癌、肝硬化、慢性肝炎、酒精性肝病及心肌梗死、脂肪肝、阻塞性黄疸及胆道炎性反应等,甚至在健康人群中,也有 1%~4%的肝功能异常^[4],因此对于 ALT 异常者应提示进行复查及进一步的检查,明确病因,以及早诊治;而在体检后 2~4 周里,会对 ALT 升高的学生进行复查,其值在 60 U/L 以下的,很多(>90%)复查后 ALT 恢复正常,可能也与高考压力大,精神紧张,学习时间加长及强度加大或检查前剧烈运动、暴

食暴饮等有关,而引起的 ALT 暂时性升高^[5]。因此也提醒准备参加高考的学生在高强度的学习时,应合理安排起居饮食,保证足够的睡眠时间,适当的身体锻炼,让身体在最佳的状态下迎接考试。

3.3 由表 2 可见,市区与城乡在 HBsAg 感染率上两者并无太大区别, $t=1.0293(P>0.05)$,二者差异无统计学意义,主要是市区与城乡两者学生在预防接种、生活习惯、环境卫生及防患意识等各种方面并无区别,因此二者在 HBsAg 感染率上并明显差别。

3.4 因此,本地区的预防保健工作应积极推广乙肝疫苗的接种,预防的重点应放在保护易感人群上,以提高机体对乙肝病毒的免疫力,减少乙肝的感染和发病机会,从而有效地控制乙肝传播和流行,降低本地区人群的乙肝感染率;而学校应积极和广泛地开展健康教育,在不断提高学生的个人卫生保健意识的同时,应对 HBsAg、抗-HBs 2 项阴性者建议注射乙肝疫苗,使之产生自动免疫^[6-7],以减少学生在校内感染的乙肝可能性;并要加强对 HBsAg 阳性学生的管理,督促学生定期检查肝功能,以及早发现异常情况而及时治疗。

参考文献

[1] 李立明. 流行病学[M]. 4 版. 北京:人民出版社,1999: 293.

[2] 中华医学会肝病学会,感染病学会. 慢性乙型肝炎防治指南[J]. 中华肝脏病杂志,2005,13(12):881-891.

[3] 冷会勇,徐玉萍,李连赞,等. 高密市 2005 年高考体检 HBsAg、ALT 检测结果调查[J]. 医学检验与临床,2007, 18(3):76-77.

[4] 张顺财,石碧坚,王伟岸. 慢性肝病[M]. 北京:科学技术文献出版社,2005:11.

[5] 许正敏,李星军. 某校大学生乙型肝炎病毒感染及肝功能状况[J]. 中国学校卫生,2005,26(7):591.

[6] 徐维凤,刘染英. 重庆市江北区 2000~2007 年高考学生体结果分析[J]. 重庆医学,2008,37(14):1584-1585.

[7] 马晓建,周华,刘汝珍,等. 某高校新生体检乙肝病毒感染状况分析[J]. 实用预防医学,2003,10(1):96.