DOI:10.16016/j.1000-5404.2001.07.042

维细胞的增殖状态无关。那么肥厚性瘢痕究竟如何发生?Desmouliere等[7]观察到创伤愈合后期成纤维细胞的终末分化细胞—肌成纤维细胞的改变类似细胞凋亡,提出肌成纤维细胞可能通过此种死亡方式而消失。并发现创伤愈合第20~25 d时凋亡细胞的比率最高,因此认为正常创伤愈合过程中,肉芽组织中成纤维细胞的减少是通过其凋亡而实现。同时推测凋亡调控失调可能是病理性瘢痕发生发展的原因之一。Wassermann等[8]对烧伤后瘢痕研究也发现其凋亡诱导蛋白Fas和ICE表达呈降低改变。我们曾对比检测了肥厚性瘢痕与非肥厚性瘢痕细胞凋亡,结果显示肥厚性瘢痕增厚期的成纤维细胞凋亡率为6.64%,远低于成熟期的25.62%,也低于非肥厚性瘢痕早期组的22.18%。细胞凋亡时间亦较非肥厚性瘢痕明显延迟,正常创伤的非肥厚性瘢痕在伤后1~1.5个月达凋亡高峰,而烧伤肥厚性瘢痕约在22.75个月后方达凋亡高峰,显示其成纤维细胞没有按正常创伤规律及时凋亡,即成纤维细胞生存期明显延长,结果是成纤维细胞不断积累,形成肥厚性瘢痕[9]。为此,我们认为肥厚性瘢痕中成纤维细胞数的增多并非由细胞增殖活性增高所致,在肥厚性瘢痕的增厚期,成纤维细胞的增殖活性并无明显增加,表明瘢痕肥厚的原因主要不是成纤维细胞增殖过度,肥厚性瘢痕不应命名为增殖性瘢痕。

参考文献:

[1] Nakaoka H, Miyauchi S. Proliferating activity of dermal fibroblasts in keloids and hypertrophic scars[J]. Acta Derm Venereol, 1995, 75(2): 102—104.
[2] Linares H A, Kischer C W, Dobrkovsky M, *et al*. The histiotypic organization of the hypertrophic scar in humans[J]. J Invest Dermatol, 1972, 59(3): 323—331.
[3] Elias J M. Cell proliferation indexes: a biomarker in solid tumors[J]. Biotech Histochem, 1997, 72(2): 78—85.
[4] Tanno M, Taguchi T. Proliferating cell nuclear antigen in normal and regenerating rat livers[J]. Exp Mol Pathol, 1999, 67(3): 192—200.
[5] Liu S C, Klein-Szanto A J. Markers of proliferation in normal and leukoplakic oral epithelia[J]. Oral Oncol, 2000, 36(2): 145—151.
[6] Zhu Q, Tipoe G L, White F H. Proliferative activity as detected by immunostaining with Ki-67 and proliferating cell nuclear antigen in benign and malignant epithelial lesions of the human parotid gland[J]. Anal Quant Cytol Histol, 1999, 21(4): 336—342.
[7] Desmouliere A, Redard M, Darby I, *et al*. Apoptosis mediates the decrease in cellularity during the transition between granulation tissue and scar[J]. Am J Pathol, 1995, 146(1): 56—66.
[8] Wassermann R J, Polo M, Smith P, *et al*. Differential production of apoptosis-modulating proteins in patients with hypertrophic burn scar[J]. J Surg Res, 1998, 75(1): 74—80.
[9] 汪 琴, 吴宗耀. 细胞凋亡与肥厚性瘢痕发生关系的研究. 中华物理医学与康复杂志, 1999, 21(4): 223—225.

(编辑 潘式文)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2001)07-0846-01

双阑尾畸形1例报告

A case report of malformation of duplex vermiform appendix

林大富,涂永久,高传文 (解放军174医院普通外科,厦门 361003)

患者男,36岁,因转移性右下腹痛3 d入院,查体:一般情况尚可,右下腹部压痛、反跳痛及轻度肌紧张,腰大肌及闭孔肌试验阳性,肠鸣音正常存在,无气过水声及金属音。检验:血WBC 18.9×10^9/L,中性90%,尿常规正常,腹部X线透视正常,诊断急性阑尾炎。入院后即在硬膜外麻醉下经麦氏切口行阑尾切除术,术中见腹腔内脓性分泌物100 ml,大网膜下移包裹直肠,推开后发现盲肠下方有一1 cm×5 cm的条索状物,中段有0.2 cm穿孔,有脓液流出,在其后方又见4 cm×5 cm条索状物,表面充血,确诊为双阑尾,行常规阑尾切除,痊愈出院。病理检查符合双阑尾畸形,随访4个月无不良反应。

讨论

双阑尾畸形相当罕见,发病率为0.003%~0.240%,如果没有手术,不易发现,如术中检查不仔细亦有漏诊,北京某医院30年来12 000例阑尾切除中仅见1例[1]。该病以女性多见(占65%~70%),常伴有双阑尾双盲肠双阴道等畸形[2],临床常以转移性右下腹痛入院,体检与阑尾炎相符。WBC(11.0~20.0)×10^9/L之间,中性85%~90%,与本病相一致。该患者阑尾穿孔与文献报道近似(占70%)[3],阑尾都呈粗短,直径极少超过10 mm,也是粗短一条穿孔,另一条呈慢性炎症。双阑尾畸形类型有:①两个盲肠各有一个阑尾;②同一个盲肠的不同部位发出两个完整的的阑尾;③袢状阑尾,本病属第2类型,文献报道该型占双阑尾畸形的60%。本病发生类癌机会较多,腺癌或转移性癌也有报道,比正常阑尾发生癌变率高。因此,外科医师在阑尾手术中需仔细检查有否双阑尾,以防漏诊。

关键词:双阑尾;外科手术
中图法分类号:R656.8 文献标识码:B

参考文献:

[1] 潘 波. 罕见双阑尾畸形1例报告[J]. 中国普外基础与临床杂志, 1999, 6(6): 336.
[2] 干佳斌, 刁秀军, 于 宇. 双阑尾双盲肠结肠并阴道瘘1例[J]. 中华小儿外科杂志, 1995, 16(2): 82.
[3] 胡素英. 盲肠异位双阑尾1例[J]. 中国普通外科杂志, 1999, 8(4): 75.

(编辑 郭建秀)

作者简介:林大富(1951—),男,福建省连江县人,副主任医师,主要从事胃肠及乳腺方面的研究,发表论文20余篇。电话:(0592)2025971

收稿日期:2001-03-26;修回日期:2001-05-14

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