DOI: 10.16016/j.1000-5404.1997.01.036

率达 10% ~ 45% [4],本研究也显示,高选迷切复发率、胃潴留等并发症较高。为了克服上述术式的不足,我们于 1988年设计了高选迷切加半胃切除治疗消化性溃疡共 70例 [5],其中 20例为十二指肠球部溃疡穿孔,该术式在高选迷切的基础上加做保留胃窦浆肌层的半胃切除,因此保存了胃、幽门、十二指肠的正常解剖和胃研磨消化食物,节律性排空、阻挡胆汁返流的作用,有利于胃液水解食物和胃运动的研磨作用,促进食物变成食糜,达到进一步消化吸收。该术式由于保留了含神经、血管的胃窦浆肌层,切除了含胃窦粘膜在内的部分去神经的胃组织,残胃在胃窦浆肌层的带动下,胃的蠕动和排空功能不受影响,故不会发生胃潴留,而且克服了导致高选迷切复发率高的诱因和胃大部切除术由于切除了幽门引起的并发症。该组病人溃疡全部愈合,按 Visick标准衡量全部达到Ⅰ级标准。

综上所述,用高选迷切加半胃切除术治疗十二指肠溃疡穿孔的效果,明显优于高选迷切和胃大部切除术,重要原因是保留了支配胃窦幽门的神经,因而保存了胃、幽门和十二指肠的正常功能,切除了含胃窦粘膜在内的半胃,吻合口在胃窦浆肌层的覆盖下不会发生吻合口瘘,残胃在胃窦浆肌层的带动下不会发生胃潴留,可以避免或降低高选迷切和胃大部切除所引起的并发症,实属目前治疗消化性溃疡穿孔的较理想术式,值得推广应用。

关键词 十二指肠溃疡/外科手术;术式选择

中图法分类号 R573.1

参考文献

1 陈道达,菜开琳.迷走神经切断治疗 12指肠消化性溃疡穿孔,出血现状.普外临床,1995;10(4):200

2 Thomas W E G, Cooper M J, Mortensen N J M C. The clinical assessment of duodenogastric reflux by scintigraphy and its ralation to hisological changes in gastric mucosa. Scand J Gastroenterol, 1984; 19[suppl 92]: 195

3 Johnston D. Highly selective vagotomy without a drainage procedure in the treatment of duodenal ulcer. Br J Surg, 1970; 57(4): 289

4 Enskog L, Rydbery H, Enander J K. Clinical results 1-10 years after highly selective vagotomy in 306 patients with prepyloric and duodenal ulcer disease. Br J Surg, 1986; 73(5): 357

5 孙念绪,马宏敏.高选迷切加保留胃窦浆肌层的半胃切除对防止胆汁返流的价值.中国普通外科杂志,1995;4(6):345

(收稿: 1996-03-04;修回: 1996-12-20)

(编辑 汪勤俭)

直肠癌患者手术前后血清 α1抗胰蛋白酶的变化

Changes of serum α1-antitrypsin in patients with rectal carcinoma before and after operations

谢尔凡 (第三军医大学附属西南医院烧伤研究所)重庆,630038

余佩武 马宏敏 郑乃国 (第三军医大学附属西南医院普通外科)重庆,630038

已知 α1抗胰蛋白酶 (α_1-AT)缺乏与肺气肿、肝硬化等有关,其增加可作为某些新生物组织和血清标记,但与直肠癌的关系尚无定论。现报告 21例直肠癌患者手术前后血清 α_1-AT含量和活性的变化,并探讨其临床意义。

1 材料与方法

1.1 研究对象

本组 21例均为我院住院病人,男 13例,女 8例,年龄 27~ 70(平均 51.6± 12.2)岁,均经手术及病理检查证实为直肠癌,术前、术中检查均未发现远处转移,肝功能正常。手术方式为 Miles型直肠切除术或 Dixon′s术,术后无感染等并发症,切口Ⅰ期愈合。分别于术前及术后 1、3、7 d晨抽空腹静脉血,分离血清贮 -20℃待测。同时测取 27例健康献血员作为正常对照。

1.2 检测方法

α_1-AT含量采用单向免疫扩散法测定,抗血清和标准血清均由上海生物制品研究所提供。α_1-AT活性按 Dietz等[1]的方法测定,以 α-N-苯甲酰-DL-精氨酸-对硝基苯胺 (BApNA,中国

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

科学院上海生物化学研究所产品)为底物,结果以每毫升血清每分钟抑制胰蛋白酶水解底物的 μmol数表示。

1.3 统计分析

测定结果以 $\bar{x} \pm s$ 表示,采用我校医用统计程序包在微机上行统计分析。术前测定值与正常对照值作方差齐性检验和 t 检验;术后值与术前值作配对分析 t 检验;α1-AT含量及活性的变化作相关分析。$P<0.05$ 和 $P<0.01$ 分别表示相差显著和非常显著。

2 结果

检测结果见附表。直肠癌患者术前血清 α1-AT含量和活性与正常对照相比均无明显差异;术后 α1-AT的含量和活性均较术前明显升高。相关分析表明,手术前后 α1-AT的含量和活性的变化之间无线性关系($r=0.5426$, $P>0.05$)。

附表　直肠癌患者手术前后血清 α1-AT含量及活性的变化 ($\bar{x} \pm s$)

	正常对照	直肠癌			
		术前	术后 1 d	术后 3 d	术后 7 d
α1-AT含量 (g/L)	3.22±1.26	3.96±1.20	5.18±1.72	9.05±3.18**	6.46±1.93***
α1-AT活性 (μmol·min⁻¹·ml⁻¹)	1.20±0.49	1.49±0.51	2.32±0.73*	3.20±0.99**	2.21±0.79*

*: $P<0.05$, **: $P<0.01$ 与术前比较

3 讨论

α1-AT是血清蛋白电泳分离中 α1球蛋白带的主要成份,它由肝脏实质细胞合成并分泌入血,也主要在肝脏降解。实验提示,癌细胞生长可能依赖蛋白水解酶活性[2],而 α1-AT具有抑制多种蛋白酶的功能,故推测肿瘤患者在疾病过程中,机体为中和蛋白酶的活性,抑制肿瘤细胞的生长、扩散,α1-AT可代偿性增加。有资料表明[3],肝癌患者血清 α1-AT含量明显升高,与正常组及肝硬化组相差显著。α1-AT结合型异质体(LCA-AAT)对原发性肝癌的特异性更高[4]。有关直肠癌与 α1-AT的关系报道较少。王筱如等[4]报道6例肠癌患者血清中 α1-AT含量较正常对照组明显升高,而本研究发现,21例直肠癌患者血清 α1-AT含量和活性虽高于正常对照组,但无统计学意义。谢先火等[4]也发现直肠癌患者血清 LCA-AAT与正常对照者无明显差异。研究结果差异的原因有待进一步探讨,α1-AT能否作为直肠癌非特异性标记物尚无定论,需更多的资料累积证实。

α1-AT属急性期蛋白,在创伤、手术、急性炎症、严重感染等应激情况时,肝脏合成 α1-AT增多,其血浓度可明显增高。本研究亦发现,直肠癌患者手术后血清 α1-AT含量和活性均较术前明显升高,术后3 d达高峰,至术后7 d仍明显高于术前。除 α1-AT外,α2巨球蛋白、α1抗糜蛋白酶等蛋白酶抑制剂亦为急性期蛋白,而本研究中测定的 α1-AT活性,实际上反映的是血清总蛋白酶抑制能力,正常情况下 α1-AT在其中约占90%。在手术等应激情况时,各急性期蛋白均升高,这可能就是本实验中测得的 α1-AT活性较其含量升高早而明显的原因。相关分析证实,手术前后 α1-AT含量和活性的变化之间无线性关系,其原因可能是各急性期蛋白升高的时间及程度不一。

关键词　直肠肿瘤;外科手术;α1抗胰蛋白酶

中图法分类号　R657.1

参考文献

1 Dietz A A, Rubinstein H M, Hodges L. Measurement of alpha 1-antitrypsin in serum by immunodiffusion and by enzymatic assay. Clin Chem, 1974; 20(3): 396

2 华积德主编.肿瘤外科学.北京:人民军医出版社,1995. 92~96

3 王筱如,于竹英,朱其栋等.消化系良、恶性疾病患者血清 α1抗胰蛋白酶的测定.实用内科杂志,1989; 9(7): 356

4 谢先火,沈鼎明,沈　薇.三种肝癌标志物对肝癌诊断特异性的再评价.中华内科杂志,1994; 33(1): 47

(收稿: 1996-06-27;修回: 1996-12-13)

(编辑　张大春)

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