

本组病例,治疗组 116 例,无 1 例肠痿发生;对照组 92 例,发生肠痿 13 例,发生率 14.1%,死亡 1 例,死亡率 1.1%。其它并发症经过局部对症处理、中西医对症治疗而愈(见表 2)。

### 3 讨论

经阑尾残端回肠插管造口术,兼有小肠插管及盲肠插管造口术的功能作用,在负压引流下,可同时引流回肠及盲肠肠内容物,达到较好的减压作用。术后护理简单,优于单纯回肠及盲肠造口引流。

适应证:①急性结肠损伤时结肠一期行肠切除肠吻合、肠修补术。②结肠癌一期肠切除吻合术。③急性结肠梗阻,病人情况差,伴有心、肺、肝、肾功能不全,不能一期切除或不能耐受其它经腹减压手术。④乙状结肠永久性造口术的辅助治疗,减轻造口处污染,促进造口处愈合,降低吻合口泄漏发生的可能性。

优点:经阑尾残端回盲肠造口有以下优点:①阑尾靠近右下腹,手术时寻找容易,手术操作简单,并发症少。②经阑尾残端回肠造口术不影响左半结肠癌病变的切除及结肠急性损伤的修补。③可立即将胀气的小肠及盲肠引流减压。④可保护结肠永久性造口,促进其愈合。⑤在第二期肿瘤切除手术,可保护吻合口,预防腹胀。⑥造口拔管后,可自行封闭。

缺点:①由于受阑尾腔内径限制,引流导管的直

径较细,容易被食物残渣及粪渣堵塞,影响引流效果,因而要注意冲洗,确保通畅。②由于经常冲洗导管,增加护理工作量。③导管留管时间太长,易滑脱。④术后患者饮食受到限制,以流质为主。

术中注意事项:①术中应严格注意无菌操作,否则将引起难以控制的腹壁感染。②预留阑尾残端约 0.5cm,所有缝线应在阑尾残端上进行,缝线在盲肠上进行,易发生肠痿,后果严重。③阑尾残端与侧腹壁固定要牢固,防止导管滑脱,发生阑尾残端痿。

结肠一期手术的优点多,但是仍有较高的术后并发症发生率。吻合口漏是最严重的并发症之一。国外作者报告行一期修补结肠伤肠外置后并发吻合口漏的发生率为 27%。国内报告发生吻合口漏后死亡率为 35%左右。二期手术给患者带来很多痛苦,而且二期手术难度大、加重腹腔粘连,并发症及死亡率都高。因此,结肠一期手术的关键在于肠痿的预防。根据本组病例治疗情况,早期诊断,早期手术治疗可以降低腹腔感染,减轻全身炎症反应综合征。在常规治疗的基础上,治疗组采用了经阑尾残端回肠插管造口术,两组结果比较,治疗组无肠痿及死亡发生,其它并发症 25 例次。对照组发生肠痿 13 例,发生率 14.1%;死亡 1 例,死亡率 1.1%其它并发症 71 例次。治疗组并发症较对照组明显降低。由此说明经阑尾回肠插管造口术,在预防肠痿发生上是一种既简单又有效的辅助手术治疗措施。

## 心肌中穿孔素和颗粒酶 B 基因表达水平与心脏移植急性排斥反应的关系

[于波,李天发,侯静波,等.中华心血管病杂志,2002,30(5):305]

目的 研究穿孔素和颗粒酶 B 基因在移植心的心肌组织中表达水平与心脏移植急性排斥反应的关系。方法 应用大鼠腹腔同种异位心脏移植模型。实验组为同种移植,SD 大鼠为受体,Wistar 大鼠为供体;对照组为同系移植,供受体均为 SD 大鼠。观察术后 1,3,5,7,9,11d 的移植心病理改变,同时采用 RT-PCR 法测定移植心心肌组织中穿孔素和颗粒酶 B 基因表达水平。用免疫组化方法观察穿孔素及颗粒酶 B 的表达情况。结果 术后 3d 起移植心心肌组织中穿孔素和颗粒酶 B 基因表达水平即明显升高(术后 3,5,7,9,11d 与对照组相比均为  $P < 0.01$ ),其中穿孔素基因表达在 7~9d 达高峰,而颗粒酶 B 基因表达在 11d 达高峰。此两种基因表达与心脏的病理学变化有明显的相关性。免疫组化显示术后 5d 浸润细胞胞浆中穿孔素和颗粒酶 B 表达明显增多。结论 移植心心肌组织中穿孔素和颗粒酶 B 基因表达水平与心脏移植急性排斥反应的经过相平行,可作为判定排斥反应的诊断指标。