

白蛋白血症。

3.4 此外,产内毒素细菌感染后,引起内毒素血症,可刺激库氏细胞等非实质细胞,产生 TNF、IL-1、IL-6 等介质,作用于肝细胞,抑制白蛋白 mRNA 表达导致低白蛋白血症<sup>[1]</sup>。

综合上述原因分析,感染是老年患者低白蛋白血症的最主要原因。而其中肺部感染对低白蛋白血症的影响最为明显,与有关报道一致<sup>[2]</sup>。结合临床,我体会到:处理这些患者,应因病制宜,即不同情况不同对待。特别是有感染的患者,常规的补充白蛋白没有明显疗效。静脉输注白蛋白后,血清白蛋白大都无明显提高。与文献报道一致<sup>[3]</sup>。既往认为,危重低白蛋白血症患者能有效提高胶体渗透压。目前认为,白蛋白是跨毛细血管分布的,白蛋白渗漏至血管外间隙,可减少跨毛细血管壁的渗透压差,而更易导致水肿<sup>[4]</sup>。而危重病患者这一过程更加快。因此我们在处理这些患者时,应首先积极治疗原发病,控制感染。不能进食或进食有呛咳的患者应及早留置胃管,予以鼻饲。这样既减少吸入性肺炎的发生,又能加强营养的摄入,改善体质,提高机体免疫力。

在感染患者的处理中,根据患者的心功能情况,加强热量补充,给予较高浓度的葡萄糖液体和脂肪乳剂,尽可能使

总热量达到一个较高水平,减少因热量不够而进一步消耗白蛋白的可能。

目前我国已进入到老龄化社会,这一过程还在加快。老年患者低白蛋白血症的发生率如此之高,约占患者总数的2/3左右,应引起我们足够的重视和注意。也是我们临床今后亟须认真思考和对待的问题。由于本文仅仅局限于我院的回顾性临床资料分析,所以有关这方面的问题还有待进一步研究探讨,以提高对这一问题的认识和处理水平。

## 参 考 文 献

- 1 李维勤,黎介寿,顾军.腹腔感染后低白蛋白血症的分子机理和防治实验研究.中华外科杂志,1997,35:52-55.
- 2 保志军,郑松柏.老年医学与保健.2002,8(4):218-224.
- 3 Hedlund JU, Hansson LO, Orikvist AB. Hypoalbuminemia in hospitalized patient with community-acquired pneumonia. Arch Intern Med, 1995, 155:1438-1442.
- 4 Fleck A, Raines G, Hawker F. Increased vascular permeability: a major cause of hypoalbuminaemia in disease and injury. Lancet, 1985, 1: 781-784.

# 中医内外合治在“三伏”、“秋末冬初”预防治疗慢性支气管炎 X 线追踪观察

程忠 刘素峰 胡冠雄 李江

1998~2003年,我们在“三伏”、“秋末冬初”采用体穴贴敷、耳穴磁珠贴压和中药内服综合疗法预防治疗慢性支气管炎,并与菌苗预防治疗进行对照观察,现报告如下。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 选取门诊患者443例,随机分为两组。中医内外合治组(治疗组)297例,男171例,女126例;年龄21~70岁,平均(49.24±13.06)岁,病程3~36年;治疗组分为<50岁组171例,50岁组126例。菌苗预防组(对照组)146例,男82例,女64例;年龄22~69岁,平均(48.43±12.56)岁,病程3~34年;对照组分为50岁组55例。两组患者一般资料比较差异无统计学意义( $P>0.05$ ),具有可比性。针对50岁发病率较高的特点,全部通过胸片重点观察其预防效果。

1.2 诊断标准 慢性支气管炎的诊断、分型、分期、分度参照文献标准。X线诊断标准:肺纹理的改变;肺气肿的改变;肺间质的改变。

1.3 图像分析 由两位放射科主治医师共同判读X线胸片。检查设备为西门子800mA X光机。

## 1.4 治疗方法

1.4.1 治疗组 “三伏”体穴贴敷穴位分为3组。第1组:大椎穴、肺腧穴(双侧)、心腧穴(双侧)、膈腧穴(双侧);第2组:天突穴、厥阴腧穴(双侧)、督腧穴(双侧)、足三里(双侧);第3组:膻中穴、肝腧穴(双侧)、脾腧穴(双侧)、肾腧穴(双侧)。

耳穴磁珠压贴,耳穴:肺、肾、肾上腺、皮质下、内分泌等。方法:将“三伏”分为3个操作时期,即每一伏操作实施1次,体穴贴敷和耳穴磁珠压贴同步进行。初伏第1天进行第1次治疗,二伏第1天进行第2次治疗,三伏第1天进行第3次治疗。体穴贴敷药膏药物组成:白芥子(6份)、甘遂(3份)、延胡索(3份)、细辛(1份)、肉桂(0.5份)、麻黄(0.5份),上药粉碎过七号筛(120目),鲜姜汁调成泥糊状,将大小约2cm的药膏平摊于6cm×6cm的医用胶布上,按上述穴位分组进行贴敷。贴敷时间:初伏第1天贴敷第1次,贴敷时间为6~10h;二伏第1天贴敷第2次;末伏第1天贴敷第3次,贴敷时间均与第1次相同。初伏使用第1组穴位;二伏使用第2组穴位;末伏使用第3组穴位;医用磁珠固定压贴耳穴、肾、肾上腺、皮质下、内分泌上。嘱患者定时按压磁珠,压贴3d后摘掉。2耳交替压贴;“秋末冬初”内服中药。偏阳虚者予扶正固本1号方,以玉屏风散加味;50岁组药物组成、剂量为:生黄芪15g,白术12g,防风12g,淫羊藿10g,仙茅10g,补骨脂10g,丹参10g,陈皮15g。偏阴虚者予扶正固本2号方,以沙参麦冬汤加味;70岁组药物组成、剂量为:沙参12g,麦门冬10g,天门冬10g,玉竹10g,生地黄8g,百合8g,川贝母8g,桔梗8g,玄参6g,赤芍药10g。一般情况服3付即可。水煎温服,2次/d,早、晚饭前1h服。

1.4.2 对照组 发作季节前1个月注射气管炎溶菌疫苗,开始0.1~0.5ml,每周1次,每次加量0.1~0.5ml,最大量0.5~1ml,3岁以下0.5ml,可注射1个发作季节亦可全年注射。

作者单位:075000 河北北方学院附属三院

1.5 疗效标准 所有患者预防治疗前拍胸片作为基础片,与连续3年预防性治疗和2年临床观察后的胸片比较。显效:在原胸片基础上病变基本吸收或大部分吸收;好转:部分吸收;控制:胸片无明显改变;无效:与原胸片比较加重。

1.6 统计学分析 计数资料采用<sup>2</sup>检验,( $P < 0.05$ )为差异有统计学意义。

### 2 结果

2.1 两组 50岁患者 X线变化比较 见表1。

表1 两组 50岁 X线变化情况比较 例(%)

组别	例数	显效	好转	控制	无效
治疗组	126	26(20.6)*	31(24.6)*	44(35.0)	25(19.8)
对照组	55	8(14.5)	11(20.0)	19(34.5)	17(31.0)

2.2 两组第1~5年有效率比较 见表2。

表2 两组第1~5年有效率比较 例(%)

组别	例数	50岁组				
		第1年	第2年	第3年	第4年	第5年
治疗组	126	15(11.90)	60(47.62)	93(73.81)	111(88.10)*	113(89.68)*
对照组	55	9(16.36)	27(49.09)	40(72.73)	40(72.73)	34(61.82)

注:与对照组比较,\* $P < 0.05$

由表1可见,治疗组第1年有效率略低于对照组,第4、5年有效率呈上升趋势,明显高于对照组( $P < 0.05$ )。且中医内外联合对自身免疫力低下的老年人疗效更突出。

### 3 讨论

3.1 慢性支气管炎是我国北方的常见病多发病,老年人患

病率更高。临床重点放在急性发作期的治疗、改善症状上,本研究针对慢性支气管炎冬春季高发期“三伏”“秋末冬初”这一缓解时期分步实施中医联合预防措施,达到增强自身修复能力,明显提高机体抵抗力和免疫力。而胸部X线表现可以客观的评价慢性支气管炎的预防效果。

3.2 慢性支气管炎的发展是一个缓慢的渐变过程,早期无异常X线征象,当病变发展到一定阶段,胸片可以出现某些异常征象。主要表现为:肺纹理的增多、增粗、紊乱、扭曲、变形。追踪观察表明治疗组57例有不同程度改善、减轻、吸收。肺气肿表现为肺野透光度的增加,肋间隙的增宽。治疗组80%均有所改善或得到控制。表明该研究对于轻度和中度慢性支气管炎的预防效果显著。“双轨征”是慢性支气管炎的特征性表现。治疗组出现“双轨征”17例占13.5%,平片显示部分吸收或略有吸收8例,占6.4%。对照组出现“双轨征”9例,占18.2%,平片显示部分吸收或略有吸收2例,占3.6%。肺间质纤维化可表现为条索状、网状并伴有点状阴影。治疗组有62例患者在治疗预防期间发现肺内纤维化逐渐减轻部分完全消失。这也许提示该治疗方法对间质纤维化的疗效显著。或者认为慢支得到控制,一些病灶吸收,从而引起肺纤维化的改善。此点有待于观察。

### 参 考 文 献

- 1 陈灏珠.内科学.人民卫生出版社,1995:12-29.
- 2 吴恩惠,刘人驹.医学影像诊断学.人民卫生出版社,2001:5.

## 创伤性膈疝的诊治体会

金波宁

创伤性膈疝常发生于严重胸腹部复合伤者,因其伤情的隐蔽性和复杂性,诊断困难,易漏诊或误诊,并发症较多,死亡率高,早期诊断和及时处理十分重要。我院自1991年8月至2005年5月共收治创伤性膈疝患者24例,现报告如下。

### 1 临床资料

1.1 一般情况 本组24例,男20例,女4例。年龄15~60岁,平均37.5岁。锐器伤5例,交通事故伤11例,挤压伤2例,坠落伤3例。左侧膈疝18例,右侧膈疝6例,均为复合伤。

1.2 诊断 入院时表现为腹痛20例,胸痛18例,呼吸困难16例,腹膜刺激征12例,液气胸15例。术前X线诊断明确10例,术前误诊13例,经术中探查后确诊,1例术中漏诊。

1.3 治疗方法 本组24例中经腹手术16例,经胸手术6例,经胸腹联合切口2例。10例有膈疝形成,其中12例为绞窄性膈疝,有6例为陈旧性膈疝,疝入脏器胃、脾、结肠、小肠、网膜及部分肝脏。手术为还纳腹腔,切除坏死器官,修补膈肌缺损。

1.4 结果 全组治愈22例,死亡2例,死亡原因为严重复合伤,失血性休克。

### 2 讨论

2.1 发病原因及发病率 创伤性膈疝占胸腹联合伤的0.8%~1.6%,术前确诊率53%,术中漏诊率5%,死亡率8%~34%,误诊或漏诊是死亡的主要原因之一。创伤性膈疝常发生在机体遭受严重外伤时,临床上分为开放性和闭合性2种,据发病的轻重可分为急性膈疝和陈旧性膈疝。由于右侧膈肌发育较左侧好,又有肝脏的阻挡与缓冲作用,故右侧明显少于左侧。本组75%发左侧膈疝。由于胸腹压力差的作用迫使腹腔脏器入胸腔导致膈疝,本组发生者10例。

2.2 早期诊断 创伤性膈疝多为复合伤,其临床表现复杂,症状隐匿,术前诊断困难,尤其是贯通伤引起的膈肌裂口较少,若未形成膈疝,症状、体征及X线表现都不明显。因此,应提高对创伤性膈疝的认识,争取早期诊断,术中仔细探查。

2.3 治疗 创伤性膈疝不能自愈,手术为唯一有效的治疗方法。故诊断明确或疑有膈疝者应尽早手术。紧急处理:急性膈疝患者多伤情危急,休克发生率高,早期抗休克治疗是抢救成功的关键,妥善积极处理合并伤是治疗的关键,可有效降低死亡率。有血、气胸患者,应先行胸腔闭式引流术,否则在气管插管加压给氧时,会出现纵膈移动,导致心肺功能衰竭;手术径路:按受伤部位选择,对右侧膈疝或陈旧性膈疝宜经胸手术,对疑有腹腔脏器伤者宜经腹手术,必要时行联合切口。

2.4 体会 对下胸部以及腹部的创伤,应考虑膈疝的发

作者单位:432600 湖北省安陆市普爱医院

