

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^[1]。

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^[2]。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^[3]。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^[4]。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 Fleek 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,并与疫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。疫苗预防组(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 线胸部平片。检查设备为西门子 800 mA 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 2 cm 的药膏平摊于 6 cm×6 cm 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 6~10 h;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 3 d 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 15 g,白术 12 g,防风 12 g,淫羊藿 10 g,仙茅 10 g,补骨脂 10 g,丹参 10 g,陈皮 15 g。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 12 g,麦门冬 10 g,天门冬 10 g,玉竹 10 g,生地黄 8 g,百合 8 g,川贝母 8 g,桔梗 8 g,玄参 6 g,赤芍药 10 g。一般情况服 3 付即可。水煎温服,2 次/d,早、晚饭前 1 h 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 0.1~0.5 ml,每周 1 次,每次加量 0.1~0.5 ml,最大量 0.5~1 ml,3 岁以下 0.5 ml,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 χ^2 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