

围:内侧为腹直肌外缘,外侧为精索/圆韧带,上侧为腹膜,下侧为腹股沟韧带。术中患者需将患侧屈髋屈膝,松弛髂腰肌,将股血管、髂腰肌与精索或圆韧带一起牵向外侧,就可显露髂白四边体。该入路与改良Stoppa入路相比,既保留了其原来的优点,如可显露四边体、损伤小、对血管神经影响小等,又增加了可操作性,如更靠近髂白区、适合肥胖患者手术等。由于该入路更靠近患侧,可更好地显露髂白四边体,因此手术时间更短,出血量更少。Andersen et al

及Sagittal报道改良Stoppa入路治疗髂白骨折有并发症发生,本研究结果显示改良组术后出现了5例并发症,与上述文献报道一致。而新改良组术后未发生并发症,均获得优良复位,因此,采用新改良Stoppa入路治疗骨盆、髂白骨折具有较大的临床应用价值。

新改良与改良的Stoppa入路术中向外侧暴露时,遇到髂腰肌、股血管的妨碍,仅能显露真骨盆外缘,不能暴露髂骨部分,因此,对于双柱骨折以及部分波及髂翼的前柱骨折,需选择或联合应用髂窝入路等其他手术入路,本研究中C型骨折的患者均联合了髂窝入路治疗,患者术后恢复良好。

综上所述,新改良的Stoppa入路操作简单,血管神经损伤小,手术时间短,值得在临床推广。但无论哪种手术入路都有其优缺点,没有一种入路能解决所有类型骨盆、髂白骨折,临床医生需要把握各种手术入路的适应证及禁忌证,结合手术中需要显露的解剖部位和相关组织以及患者的具体情况选择相应的单个入路或者联合入路以扬长避短。同时不断的探索新的或改进相关入路以更好的解决骨盆、髂白骨折,也是临床医生的长远目标。

参考文献

- [1] 邢兆国,濮孟辉.不稳定骨盆骨折合并髂白骨折的手术治疗[J].亚太传统医药.2010.6(1):80-81.
- [2] 杨洪昌,吴照祥,陈仲,等.改良Stoppa入路在骨盆髂白骨折治疗中的初步应用[J].中华创伤骨科杂志.2010.12(10):931-935.
- [3] 贾斌,张勇,曹国庆,等.经改良Stoppa入路治疗骨盆、髂白骨折[J].临床骨科杂志.2011.14(3):345-346.
- [4] 魏帅帅,刘勇,李国庆.新改良Stoppa入路治疗骨盆、髂白骨折[J].临床骨科杂志.2012.15(3):264-266.

清除幽门螺杆菌对缺铁性贫血的干预效果分析

孔令福

(曲阜市吴村卫生院, 山东 曲阜 273100)

【摘要】目的 观察清除幽门螺杆菌对缺铁性贫血的干预效果。**方法** 2008年01月至2012年12月在我科确诊为感染幽门螺杆菌的缺铁性贫血患者70例,随机分为对照组和观察组各35例,两组缺铁性贫血患者均服用右旋糖苷铁,观察组在常规补铁的同时,给予清除幽门螺杆菌治疗。分别在治疗前和治疗开始后4周末观察血液学指标变化。包括血红蛋白(Hb)、平均红细胞体积(MCV)、血清铁(SI)。结果 两组HP阳性的缺铁性贫血患者治疗后Hb、MCV及SI均有不同程度的提高,且观察组在服用铁剂的同时,给予清除幽门螺杆菌,血Hb、MCV及SI提升幅度高于对照组。结论 幽门螺杆菌感染可致缺铁性贫血,注意监测原因不明的缺铁性贫血患者幽门螺杆菌感染情况,对感染幽门螺杆菌的缺铁性贫血患者进行清除HP治疗,能够提高临床疗效。

【关键词】 清除;幽门螺杆菌;缺铁性贫血;干预

中图分类号: R556.3

文献标识码: B

文章编号: 1671-8194 (2013) 22-0505-02

幽门螺杆菌感染可引起消化性溃疡^[1],近年研究发现HP感染是非溃疡性消化不良发生的一个重要致病因素^[2],与胃癌及慢性荨麻疹有一定的相关性,也可造成或加重机体铁营养不良。2008年01月至2012年12月我科对确诊为感染幽门螺杆菌的缺铁性贫血的35例患者进行清除HP治疗。观察清除幽门螺杆菌对缺铁性贫血的干预效果。现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 临床资料

2008年01月至2012年12月在我科确诊为感染幽门螺杆菌的缺铁性贫血患者70例,均符合缺铁性贫血的诊断标准^[3],男性血红蛋白(Hb) < 120g/L,女性 < 110g/L,平均红细胞体积(MCV) < 80fL,血清铁 < 6.5 μmol/L,且所有患者经进行¹⁴C呼气试验检测证实HP阳性。其中男29例,女41例;年龄16~56岁,平均(32.4 ± 16.8)岁;病程1年~6年,平均(3.5 ± 2.5)年。血红蛋白50~89g/L,平均(71.5 ± 7.9)g/L。临床表现为皮肤苍白、乏力懒动、头晕眼花、记忆力减退等。并排除有明确原因的缺铁性贫血患者,包括消化性溃疡、肠息肉、食管静脉曲张、痔疮、钩虫感染等所致胃肠道活动性出血,月经过多、妊娠、鼻衄、恶性肿瘤、再生障碍性贫血、胃切除术后等疾病。采用随机自愿原则将70例患者分为对照组和观察组各35例,两组年龄、性别、病程、贫血程度等资料均具有可比性(P < 0.05)。

1.2 方法

70例缺铁性贫血患者均服用右旋糖苷铁,每天0.15g,分3次。疗程12周。观察组在常规补铁的同时,给予清除幽门螺杆菌治疗,具体方案:口服奥美拉唑40mg,分2次;克拉霉素1000mg,分2次;阿莫西林克拉维酸钾0.7,分2次。15d为1个疗程。

1.3 观察项目

分别在治疗前和治疗开始后4周末观察血液学指标变化。包括血红蛋白(Hb)、平均红细胞体积(MCV)、血清铁(SI),均在本院同一检验室检测。用库尔特JT型全自动血细胞分析仪(美国)测定血红蛋白、平均红细胞体积;血清铁用常规生化方法检测。

1.4 统计学方法

采用SPSS 12.5统计软件。计数资料比较采用χ²检验,计量资料采用t检验,P < 0.05为有统计学差异。

2 结果

两组HP阳性的缺铁性贫血患者治疗前Hb、MCV及SI等经统计学处理,P > 0.05,均无统计学差异;治疗后两组患者Hb、MCV及SI均有不同程度的提高,与治疗前比较,P < 0.05,均有统计学差异;且观察组患者Hb、MCV及SI提升幅度高于对照组,治疗后两组患者Hb、MCV及SI等经统计学处理,P < 0.05,均有统计学差异。详见附表。用药过程中35例对照组患者中5例(14.3%),35例观察组患者中7例(20.0%)出现食欲减退、恶心呕吐、腹部疼痛不适、黑便稀便等药物不良反应。

应,两组不良反应发生率无统计学差异 ($P < 0.05$)。见表1。

表1 两组缺铁性贫血患者治疗前后血液学指标变化的比较 ($\bar{x} \pm s$)

项目	时间	Hb (g/L)	Mcv (fl)	SI ($\mu\text{mol/L}$)
观察组 (n=35)	治疗前	68.1 $\pm$ 5.2*	70.1 $\pm$ 7.4**	7.3 $\pm$ 3.4***
	治疗后	108.5 $\pm$ 6.7 [△]	80.2 $\pm$ 7.5 ^{△△}	25.0 $\pm$ 6.8 ^{△△△}
对照组 (n=35)	治疗前	67.9 $\pm$ 5.3 [△]	69.7 $\pm$ 8.1 ^{△△}	7.5 $\pm$ 3.5 ^{△△△}
	治疗后	89.2 $\pm$ 7.3 [△]	75.3 $\pm$ 9.2 ^{△△}	21.3 $\pm$ 7.5 ^{△△△}

注: 两组治疗前比较: $P > 0.05$; 两组治疗后比较: $\triangle P < 0.05$; $\triangle\triangle P < 0.05$; $\triangle\triangle\triangle P < 0.05$; 观察组治疗前后比较: * $P < 0.05$; ** $P < 0.05$; *** $P < 0.05$ 。对照组治疗前后比较: $\triangle P < 0.05$; $\triangle\triangle P < 0.05$; $\triangle\triangle\triangle P < 0.05$ 。

3 讨论

缺铁性贫血是由于机体长期处于铁负平衡,体内储存铁逐渐耗尽,造成红细胞内缺铁,致血红蛋白合成减少。幽门螺杆菌感染可能导致萎缩性胃炎,影响胃酸的分泌,升高胃液pH值,并可降低胃液中维生素C的浓度,影响铁的吸收。同时,幽门螺杆菌在生长过程中需要消耗铁质^[1],如果胃中的HP量多且弥漫分布,会增加机体对铁的需求量,从而造成铁的相对不足。故单纯铁剂的补充可能同时也促进了

HP的生长^[1]。本组资料显示,两组HP阳性的缺铁性贫血患者治疗后Hb、MCV及SI均有不同程度的提高,且观察组在服用铁剂的同时,予清除幽门螺杆菌,血Hb、MCV及SI提升幅度高于对照组。提示幽门螺杆菌感染可致缺铁性贫血,注意监测原因不明的缺铁性贫血患者幽门螺杆菌感染情况,对感染幽门螺杆菌的缺铁性贫血患者进行清除HP治疗,能够提高临床疗效。

参考文献

- [1] 胡伏莲.消化性溃疡发病机制的现代理念[J].中华消化杂志.2005.25(3):189-190.
- [2] 梁爱萍.施展.根除幽门螺杆菌治疗非溃疡性消化不良疗效分析[J].第四军医大学学报.2008.29(17):235.
- [3] 牛明华.雷艳珍.邹晓平等.幽门螺杆菌感染与缺铁性贫血的相关性研究[J].陕西医学杂志.2009.38(9):1201.
- [4] 张玉斗.袁薇.常春等.幽门螺杆菌与临床相关疾病[J].临床消化杂志.2003.15(1):46.
- [5] Perez GI.Israel DA.Role of iron in He-licobacter pylori:its influence in outer membrane pro-teín expression and in pathogenicity[J].Eur J Gastroenterol Hepatol.2000.12(12):1263-1265.

慢性阻塞性肺疾病合并肺纤维化的临床特点及诊治分析

蒋洪梅 高奉元

(山东潍坊诸城市辛兴卫生院, 山东 潍坊 262218)

【摘要】目的 探析慢性阻塞性肺疾病合并肺纤维化的临床特点以及诊断分析,并分析相关的临床意义。**方法** 收集从2007年5月至2009年6月间我院收集诊断的46例慢性阻塞性肺疾病合并肺纤维化(PF-COPD)患者和46例慢性阻塞性肺疾病(COPD)患者的相关临床资料,对两组患者的临床表现、CT以及血气检查结果和患者的肺功能改变等进行相关的回顾分析。**结果** 经过分析对比可发现PF~COPD患者在性别、发病年龄等方面与COPD患者没有差别,但是PF-COPD患者的临床表现则在慢性阻塞性肺疾病和肺纤维化之间,临床表现具有两种疾病并存的特点,PF-COPD患者表现出呼吸困难,对患者的肺功能测定表现为混合型的呼吸功能障碍,患者的血气分析为低氧血症^[1]。**结论** 慢性阻塞性肺疾病(COPD)与慢性阻塞性肺疾病合并肺纤维化(PF-COPD)是两种不同的疾病,应该对两种疾病分类治疗。根据PF-COPD表现出独特的临床特点,对其进行治疗时除了要控制感染、防止有害物质吸入外,当该病急性发展时可对患者使用糖皮质激素以及环磷酰胺等免疫抑制剂。

【关键词】 慢性阻塞性肺疾病; 肺间质纤维化; CT; 治疗

中图分类号: R563

文献标识码: B

文章编号: 1671-8194 (2013) 22-0506-02

慢性阻塞性肺疾病是一种不完全可逆的气流受限特征疾病,临床表现为患者出现肺间质纤维化阻塞性通气障碍^[1]。传统的观点认为慢性阻塞性肺疾病(COPD)和IPF在临床医学上的表现以及病理特点上是相互独立、不会并存的疾病,但是近年以来,发现慢性阻塞性肺病(COPD)可以合并肺间质纤维化^[1]。笔者通过对比分析我院从2007年5月到2009年6月间我院收集诊断的46例慢性阻塞性肺疾病合并肺纤维化(PF-COPD)患者和46例慢性阻塞性肺疾病(COPD)患者的相关临床资料,探析慢性阻塞性肺疾病合并肺纤维化疾病的相关临床特征,相关的资料现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

收集从2007年5月至2009年6月间我院收集诊断的46例慢性阻塞性肺疾病合并肺纤维化(PF-COPD)患者作为治疗组和46例慢性阻塞性肺疾病(COPD)患者作为观察组,其中慢性阻塞性肺疾病(COPD)患者相关资料包括:男性患者24例,女性患者22例,年龄46~78岁,平均(57.4 $\pm$ 8.8)岁,病程为6个月~4年,平均(2.9 $\pm$ 3.1)年;对COPD患者的相关诊断符合中华医学会制定的COPD诊断标准^[1],

COPD患者中有吸烟患者7例,吸烟时间为7~35年。46例慢性阻塞性肺疾病合并肺纤维化(PF-COPD)患者的相关资料包括:男性患者25例,女性患者21例,年龄45~79岁,平均(53.4 $\pm$ 8.7)岁,病程为6个月~5年,平均(3.9 $\pm$ 2.7)年;对COPD患者的相关诊断符合中华医学会制定的COPD诊断标准之外同时出现肺部Velcro啰音,患者的肺功能测定结果没有完全符合限制性通气功能障碍,CT显示患者出现肺气肿以及肺间质纤维化的双重特点。

1.2 方法

对我院收集诊断的46例慢性阻塞性肺疾病合并肺纤维化(PF-COPD)患者作为治疗组和46例慢性阻塞性肺疾病(COPD)患者作为观察组回顾性对比分析这两组患者的临床表现、CT以及血气检查结果和肺功能改变等资料。

1.3 统计学方法

用SPSS10.0对相关的数据进行统计分析,计量资料用(均数 $\pm$ 标准差)来表示,组间比较采用T检验,相关的数据差异有统计学意义($P < 0.05$)。

2 结果