DOI:10.16016/j.1000-5404.1995.04.045

受限造成食管扩张，营养状况下降，须行手术或气囊扩张法治疗。

3种手术方法疗效比较：贲门失驰缓症的手术方法繁多，目的皆在于切断环形肌纤维，解除痉挛或重建食管胃通道同时尽量避免返流食管炎发生[3]。Heller 手术方法简便，手术时间短，总有效率66%～90%；返流性食管炎发生率为28%～52%；本组返流性食管炎为21%；本组 Heller 加膈肌瓣成形术返流性食管炎发生率为9%；采用贲门成形加胃底折叠术6例，无返流性食管炎发生。返流性食管炎为贲门失驰缓症的主要并发症，可导致狭窄或癌变，从本组病例看，贲门成形加胃底折叠术较为优越。

手术适应症：首先要明确诊断，对青少年要除外先天性食管疾病，对超过40岁以上的病人要除外肿瘤疾患[3]。我们一例48岁的进食梗阻3年的患者，按贲门失驰缓症手术，发现为食管下端巨大平滑肌瘤。一旦明确诊断，药物缓解不理想者均应及早手术，手术拖延对病人造成精神负担。手术过晚仍可导致返流性食管炎。本组一例59岁患者确诊为贲门失驰缓症33年，行 Heller 手术。术后8个月再发生食管狭窄，食管镜检为食管鳞癌，经胃造瘘后半年死亡，估计可能手术后返流促进了癌变[4]，也充分说明了充分解除梗阻和建立完善的预防返流措施的必要性。

气囊、钡囊扩张法近年已被广泛推广应用，远期有效率65%～84%，具有不需手术、方法简便、心肺功能严重损害和晚期妊娠均可适用的优点[5]。有些观察认为扩张应列为首选治疗方法[5]，但 Csendes 等认为外科手术远期疗效较扩张法好，手术应该首选，我们认为扩张术失败后应尽早采取手术治疗。

关键词 贲门失驰缓症

中图法分类号 R656.6

参考文献

1 周允中，陈文虎，黄偶麟. 贲门失驰缓病. 见：顾恺时主编. 胸心外科手术学. 第二版，北京：人民卫生出版社，1993：439～450

2 王如文，蒋耀光，范士志等. 经腹贲门肌层切开加部分胃底折叠法治疗贲门失驰缓症. 重庆医药，1992；6：321

3 Ferguson MK, Achalasia. Current evalution and therapy. Ann Thorac Surg，1991；42：536

4 Onken JE, Baillie J. A prospective study of esophageal squamous cell carcinoma in achalasia. Gastrointest Endosc，1992；38(6)：738

5 Bonavina L, Nosadini A, Bardini R et al. Primary treatment of esophageal achalasia. Arch Surg，1992；127：222

(收稿：1994-08-30；修回：1995-05-04)

慢性喘息型支气管炎患者外周血中性粒细胞化学发光的改变及 M_2 对其的影响

The changes of chemiluminescence of peripheral neutrophil in chronic asthmatic bronchitis patients and the effect of M_2 on it

杨肇亨 周向东 洪 新 李天星* (第三军医大学附属大坪医院呼吸内科) 重庆，630038

本实验采用中性核粒细胞(PMN)化学发光的检测方法，观察中草药小叶女贞中提取的有效成份 M_2 对慢性喘息型支气管炎患者治疗前后外周血 PMN 化学发光及其血浆相关性介质的改变，旨在从细胞学水平探讨 M_2 治疗慢性喘息型支气管炎的作用环节和机理。

1 材料和方法

1.1 对象

实验组：系本科住院病人，共22名(男17名，女5名)，年龄在60～70之间，均为慢性喘息型支气管炎患者；M_2 治疗组：为实验组患者经静脉注射 M_2 20 ml 后60 min 所采标本；正常对照组：标本采自干休所60～70岁健康体检者，共15名，其中女性2名。急性发作期规定为一周内出现脓性或粘液脓性痰，痰量明显增多，咳嗽、喘息症状明显加重，肺部听诊闻及哮鸣音和湿罗音，可伴体温升高及外周血中性粒细胞升高。临床缓解期为患者经治疗后症状明显缓解一月以上且急性期所规定的症状、体征已基本消失。

1.2 方法

1.2.1 试剂与仪器 1×10^{-4} mol/L luminol 液：luminol (Sigma 公司)20 mg 加入三乙胺0.08 ml，pH8.4的磷酸盐缓冲液(PBS)10 ml，电磁搅拌20 h 后无菌过滤避光保存。应用前加入2%小牛血清并稀释成规定浓度。

* 临床免疫科

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

酵母多糖A液：ZymosanA(Sigma公司)50 mg加20 ml生理盐水隔水煮沸20 min，离心去上清后反复洗涤3次，按10%比例加入正常人血清37℃水浴调理30 min，配成5 mg·ml^{-1}悬液－4℃保存待用。

使用FJ－208细胞代谢闪烁计数仪，自动温控测试并打印结果，结果以单光子辐射捕捉光能转为脉冲输出。

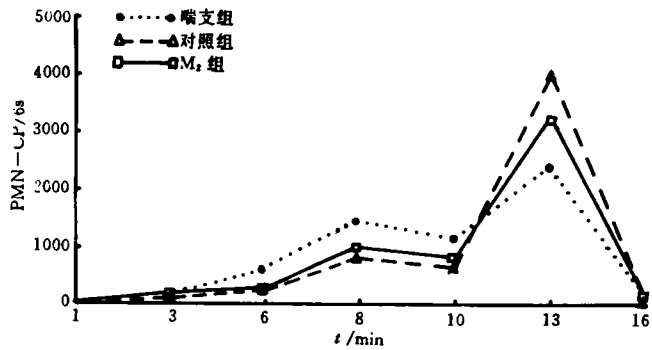
1.2.2 测试程序与方法 肝素抗凝血0.1 ml，加入pH7.6 PBS 0.6 ml，温控10 min，分别测本底发光、lumionol的基础发光，每次测6 s最大吞噬发光峰值出现的所需的时间为吞噬发光峰时(min)。

cAMP、cGMP试剂盒购自中国原子能研究所，超氧化物歧化酶(SOD)试剂盒购自成都同位素研究所(测定方法详见说明书)。

1.2.3 统计学方法 采用第三军医大学数理教研室医用统计程序包作t检验。

2 结果

三组样本PMN体外化学发光过程均呈双峰型，其发光动力学简图(见附图)。其中慢性喘息性支气管炎急性发作期患者外周血PMN基础发光显著增强($P<0.01$)，最大吞噬发光显著下降($P<0.01$)，峰时无明显改变($P>0.05$)。临床缓解期患者与正常对照无显著差别(见表1)。



附图 中性粒细胞化学发光动力学简图

表1 慢性喘息型支气管炎患者PMN化学发光结果及M_2的影响($\bar{x}\pm s$)

组别	n	本底发光(CP/6 s)	基础发光峰值(CP/6 s)	吞噬发光峰值(CP/6 s)	峰时(min)
对照组	15	15	840±74	3485±432	13.2±3
急性期组	22	14	1450±213**	2432±319**	14.8±4
急性期M_2组	22	14	986±124*++	3279±384++	13.9±5
缓解期组	21	16	857±98	3310±393	13.6±5
缓解期M_2组	21	16	849±103	3369±412	13.8±4

**：表示与对照组比较$P<0.05$和$P<0.01$；++：表示与上一组比$P<0.01$。

血浆相关指标的检测显示急性期患者cAMP、SOD水平显著降低($P<0.05$)，cGMP显著增高($P<0.05$)；临床缓解期组与正常对照无显著差别(见表2)。

表2 慢性喘息型支气管炎患者血浆cAMP、cGMP、SOD水平及M_2的影响($\bar{x}\pm s$)

组别	n	cAMP (nmol/l)	cGMP (nmol/l)	SOD (μg/L)
对照组	15	18.20±2.2	7.53±0.8	288±56
急性期组	22	14.32±1.6*	9.86±1.1*	209±41**
急性期M_2组	22	17.25±2.1+	8.01±0.8+	271±38++
缓解期组	21	17.87±2.7	7.64±0.9	279±46
缓解期M_2组	21	17.98±3.1	7.63±0.8	283±54

*，**：表示与对照组比较$P<0.05$和$PP<0.01$；
+，++：表示与上一组比较$P<0.05$和$P<0.01$。

M_2治疗组患者PMN的基础发光在急性期显著压低($P<0.05$)，最大吞噬发光随之抬高($P<0.01$)，峰时无明显改变，同时M_2可导致cAMP、SOD水平相应回升，cGMP水平回落。M_2对临床缓解期患者上述指标无明显影响(见表1、表2)。

3 讨论

白细胞化学发光的检测已广泛应用于多领域的研究。仅仅加入luminol以后所显示的发光称基础发光，它提示白细胞的基础激活水平即基础氧化代谢水平。加入酵母多糖后所测得的PMN的化学发光，是PMN激活后吞噬及呼吸爆过程中发所表现出的高峰形化学发光，它代表着PMN的吞噬潜能[1]。慢性喘息性支气管炎急性发作期由于各种致病因素成其是病原菌的感染，所产生的各种炎症介质有效地激活并提高了PMN的预激活水平，结果显示急性期患者PMN的基础发

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

光明显增强。而PMN的这种预激活状态使得PMN细胞内能耗增加、酶类消耗过多，故其吞噬能力下降，实验结果则表现为最大吞噬发光下降。随着感染的有效控制和临床缓解期的到来，PMN的有效刺激减少，因而其预激活水平下降，实验结果表现为基础发光水平压低至接近正常，吞噬发光恢复正常[2]。

cAMP和cGMP和平衡是维持细胞稳态的重要基础，炎性因子激活PMN的过程也不例外。炎性刺激使PMN内cAMP下降和cGMP的升高从而导致了细胞的激活及至炎性介质及氧自由基的释放，进而使SOD因消耗增多而下降。本实验中急性期患者cAMP、SOD下降，CGMP升高进一步佐证了上述机制[3]。

M_2作为中药小叶贞提取的有效成份，经体外及亚临床实验研究证实具有显著的抑制机体脂质过氧化反应、稳定溶酶体膜以及氧自由基清除剂样作用(已另文总结)。本实验表明M_2可显著压低急性期患者PMN已升高的预激活水平，抑制其基础氧代谢反应，使溶酶体酶及细胞能量储备增多，从而使吞噬潜能增加，表现为PMN吞噬发光增强，同时血浆cAMP和cGMP水平改善，加上M_2对氧自由基的直接清除作用，使SOD水平显著回升，从而在一定程度上减轻了气道的炎性损伤过程，另一方面提高了PMN的吞噬潜能，有利于增强机体对病原体的防御能力。

关键词 中性粒细胞；支气管炎；化学发光
中图法分类号 R329.24

参考文献

1 徐孝义. 人全血化学发光技术及其临床应用——用于白细胞吞噬功能的测定. 中国免疫学杂志，1986；2：34
2 李天星，扬肇亨，李华强等. 支气管哮喘患者血液多形核白细胞和淋巴细胞的化学发光及临床意义. 中华结核和呼吸杂志，1994；17(6)：361
3 Brigham KL. Oxidant stress and ARDS. Eur Respir J, 1990；(suppl)11：482

(收稿：1995-07-01；修回：1995-07-26)

医院获得性支气管－肺感染诊断的探讨(附35例分析)

An approach to the criteria of diagnosis of nosocomial bronchopulmonary infections (review of 35 cases)

吴莪如 邹 英 (第三军医大学附属西南医院内科教研室) 重庆，630038

支气管－肺感染是常见的医院获得性感染。近年来占我院院内感染的首位[1]，临床诊断时常遇到困难。本文就我院1991～1993年医院获得性支气管－肺感染35例进行回顾分析，并着重对诊断方面几个问题加以探讨。

1 对象和方法

1.1 诊断标准

根据1990年全国肺部感染学术交流会制定的医院内获得性支气管－肺感染诊断标准(试行方案)[2]，患者入院48 h后发生咳嗽、脓性痰或痰量增多伴发热，肺部有突变或罗音等下呼吸道感染体征；和(或)胸部X线检查有新发生/进展性的浸润等炎症性变化；原有慢阻肺患者出现急性呼吸道感染症状/感染加重，并且病原体发生改变者/痰培养找到特殊病原体。

1.2 病例

35例分析病例均为院感染研究室提供，包括1991～1993年各科住院病人抽样调查发现的院内感染患者，男性27例，年龄33～74岁(平均55.4岁)，女性8例，年龄31～72岁(平均54.2岁)。

1.3 标本来源及鉴定

用消毒生理盐水漱口后嘱患者用力咳出的深部痰并立即送检，部分标本为纤支镜检查深部取样。致病菌检查用5%血培养基按常规培养和鉴定，经口痰标本以细菌浓度≥10^5 cfu/ml为有意义。

2 结果

2.1 基础疾病

35例中发病前基础疾病(表1)，其中恶性肿瘤、白血病共9例占27.18%，慢性阻塞性肺部疾病共8例占22.85%，胶原性、自身免疫性疾病共5例占14.26%。

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