

创处理，术后胸部X线检查发现左胸第3~6肋骨骨折及气胸。虽经积极处理，但无好转而死亡。所以对于胸部严重创伤的患者，必须全面检查，以免延误了诊断，造成不良后果。

二、掌握早期处理的原则。胸部闭合性创伤包括最简单的软组织挫伤或肋骨骨折和致命的心肺损伤，有的立即出现危重伤情，短时间内因呼吸循环衰竭而死亡，所以一旦诊断明确就应立即进行处理。本组40例严重胸伤中，有15例呼吸道内大量分泌物滞留，其中用导尿管作气管内吸引8例，纤维支气管镜吸痰3例，紧急作气管内插管和气管切开各2例。血胸7例，其中早期胸腔穿刺抽血2例，开胸结扎肋间动脉出血1例。气胸和血气胸25例，其中作胸腔穿刺抽气或抽血5例，胸腔闭式引流4例。链枷胸3例及时加压包扎控制反常呼吸运动。上述病例由于早期作出诊断和处理，均保证了患者的顺利康复。

三、辨病和辨证相结合的优越性：本组

150例患者全部经西医确诊。治疗方法除19例因有严重呼吸、循环功能障碍采用西医为主的急救措施外，其余131例均以中医治疗为主，内服行气散和外敷伤药粉，以疏理气机为主。方药组成从行气、理气、破气入手，达到气行则血行的目的，很少应用破血药。使用本方时也不可拘泥，按照整体观点，辨证施治，随证加减，灵活运用。本组病例用行气散加减治疗，效果满意。

耳针止痛效果常常优于药物，其机理可能是直接疏通了经气，使胸部病理损伤迅速得以改善。本组使用耳针止痛者，约85%以上的患者得到很好的效果。

中医以气血论治为纲，兼顾标本，使机体迅速恢复，而西医对于严重胸外伤的抢救措施优于中医，两者结合运用，可互补其短，互扬其长，具有疗效显著、疗程缩短、节省费用等优点。因此认为，中西医结合的治疗方法不失为治疗胸部创伤的可取途径。

慢性肝病患者血清 T_3 、 T_4 变化与中医辨证分型的联系

中国中医研究院西苑医院肝炎科 杨鑑英 关茂会 李艳荣[△] 刘红旗[△]

1984年2月~10月我们对31例慢性肝病患者进行了血清 T_3 、 T_4 的测定，并就 T_3 、 T_4 水平与中医辨证的关系进行初步探讨。

一般资料 本组31例患者（经检测证实28例为乙型肝炎）包括慢迁肝11例，慢活肝11例，肝硬变9例（1983年全国病毒性肝炎防治方案标准）。按中医辨证分型属气滞血瘀型（胁胀痛或刺痛，精神不振，面色晦暗，舌质暗紫或有瘀，脉弦细或涩）11例，肝郁脾虚型（两胁胀痛，胃脘胀满，便溏食少，舌苔薄白或白腻，脉弦滑）10例，肝肾阴虚型（头晕耳鸣，口渴咽干，肋肋隐痛，腰膝痠软，五心烦热，舌红少苔，脉细或细数）8例，湿热内蕴型（口苦咽干，纳呆腹胀，便干溲黄，舌苔黄腻，脉弦滑或数）2例。31例中男22例，女9例，年龄22~66岁。病程最短1年，最长18年。全部病例临床上均无甲状腺功能减退表现。

检测方法 血清 T_3 、 T_4 采用放射免疫法测定，药盒由中国原子能科学研究院提供。 T_3 用双抗体法，正常值为130~224ng%； T_4 用PEG法，正常值为4.6~15μg%。

结果 本组31例中慢活肝及肝硬变共20例，血清 T_3 值为71.35±68.31，慢迁肝11例为143.90±47.68，两者对比，前者明显低于后者（ $P<0.01$ ）；血清 T_4 值慢活肝及肝硬变为5.20±4.46，慢迁肝为6.09±2.46，二者差异不明显（ $P>0.05$ ）。31例按中医辨证除湿热型2例血清 T_3 、 T_4 在正常范围外，其余三型29例均有下降，尤以肝肾阴虚和肝郁脾虚型为明显。 T_3 与 T_4 同时低于正常的10例中，7例属肝肾阴虚型。

讨论 本文观察到慢活肝，肝硬变血清 T_3 下降较慢迁肝为显著，提示 T_3 的降低与肝病的轻重密切相关。慢性肝炎中血清 T_3 、 T_4 降低者多数辨证属肝肾阴虚型，故测血清 T_3 、 T_4 可作为肝病辨证时客观参考指标之一。