

参考文献

- [1] 丁振荣,刘汉华,杨华,等.高血压脑出血术后近期再出血分析[J].中国临床神经外科杂志,2009,14(5):295-296.
- [2] Leira R,Davalos A,Silva Y,et al. Early neurologic in-tracerebral hemorrhage: predictors and associated factors [J]. Neurology,2004,63(3):461-467.
- [3] 刘承基.脑血管外科学[M].南京:江苏科学技术出版社,2002:307-335.
- [4] 崔宝文.脑出血早期血肿扩大 76 例临床分析[J].中国实用神经疾病杂志,2007,10(5):36-37.
- [5] 赵宪林,姜宏舟,杜敬华,等.颅脑穿刺术治疗高血压脑出血后再出血危险因素分析[J].中华神经外科疾病研究杂志,2011,10(6):537-539.
- [6] 饶明俐,林世和.脑血管疾病[J].北京:人民卫生出版社,2002:54-58.
- [7] 宋洋,崔益钿,万清,等.高血压脑出血的外科治疗[J].中华神经外科疾病研究杂志,2004,3(4):325-327.
- [8] 王忠诚.神经外科学[M].武汉:湖北科学技术出版社,2005:867.
- [9] 黄广苏,邱小鹰,陈汉明,等.脑出血早期血肿扩大的研究进展[J].中国脑血管病杂志,2009,6(1):54-56.
- [10] 王文杰,司文,牛国盛.高血压性脑出血术后出血 162 例临床分析[J].岭南心血管病杂志,2010,16(5):397-399.
- [11] 温冰涛,石义亨,李培永,等.甘露醇对脑出血早期血肿扩大影响的动物实验研究[J].卒中与神经疾病,2006,13(1):30-33.
- [12] Qureshi AI,Mohammad YM,Yahia AM,et al. A prospective multi center study to evaluate the feasibility and safety of aggressive antihypertensive treatment in patients with acute intracerebral hemorrhage [J]. J Intensive Care Med,2005,20(1):34-42.
- [13] 李波,王毅军,杜斌.超早期小骨窗显微手术治疗高血压脑出血[J].中国临床神经外科杂志,2005,10(3):218-219.

(收稿日期:2012-11-26)

• 临床研究 •

血清胱抑素 C 检测在糖尿病肾损害诊断中的应用价值

蓝永乐,李介华,钟国权(暨南大学附属清远医院/清远市人民医院,广东清远 511500)

【摘要】 目的 通过研究血清胱抑素 C 与肾小球滤过率之间的关系,探讨检测血清胱抑素 C 水平在糖尿病肾损害诊断中的应用价值。**方法** 记录患者的一般资料,包括性别、年龄、身高、体质量、血压、病程等;留取患者 24 h 尿混匀后取 10 mL 送检尿清蛋白排泄量;禁食 10 h 后采静脉血 4 mL 送检胱抑素 C、血清肌酐(SCr)。根据 24 h 内患者尿清蛋白排泄量将患者分为单纯性糖尿病组、早期糖尿病肾病组和临床糖尿病肾病组 3 组,比较 3 组血清胱抑素 C、SCr 水平及肾小球滤过率。**结果** 3 组患者年龄和性别差异无统计学意义($P>0.05$)。随着尿清蛋白量的增加,血清胱抑素 C 和 SCr 水平升高,肾小球滤过率降低,差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 血清胱抑素 C 可以作为反映糖尿病肾病的一项理想指标,而且比 SCr 能够更灵敏地反映糖尿病患者的肾损害情况,血清胱抑素 C 水平检测对糖尿病肾病的早期诊断具有很大的价值。

【关键词】 糖尿病肾损害; 胱抑素 C; 肾小球滤过率; 血清肌酐

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.10.033 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)10-1264-03

现代人的生活方式发生了很大改变,生活水平也得到了很大提高,但是肥胖及缺乏运动却日渐普遍,由此导致糖尿病患者逐年增加。世界卫生组织预计,到 2030 年,世界人口糖尿病的比率将达到 4.4%^[1]。糖尿病肾病(DN)是糖尿病众多并发症之一,临床证明是导致终末期肾脏疾病(ESRD)的重要原因。糖尿病患者大多数都合并心血管疾病,或者外周血管病变,加之患者自身体质量增加,血糖控制效果不佳等,种种因素使 DN 引起 ESRD,其肾脏替代治疗效果并不理想。所以,准确地评价 DN 患者的肾功能具有重要意义。近年来的研究表明,血清胱抑素 C(CysC)是检测肾功能损害的灵敏指标,能作为早期发现糖尿病肾损伤的生物标记。CysC 经肾小球滤过而被清除,所以也能作为反映肾小球滤过率变化的内源性标志物^[2]。因此,本文通过研究血清 CysC 与肾小球滤过率之间的关系,探讨检测血清 CysC 水平在糖尿病肾损害诊断中的应用价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 以 2012 年 4 月至 2012 年 11 月入住本院的 120 例 2 型糖尿病患者为研究对象,所有患者均符合 1999 年

世界卫生组织确定的《糖尿病的诊断及分型标准》。其中男 68 例,女 52 例,年龄 18~88 岁,平均 56 岁。

1.2 方法

1.2.1 观察指标 (1)一般资料:包括性别、年龄、身高、体质量、血压、病程等;(2)留取患者 24 h 尿并统计总量,混匀后取 10 mL 送检尿清蛋白排泄量;(3)禁食 10 h 后采静脉血 4 mL 送检 CysC、血清肌酐(SCr)。

1.2.2 仪器及方法 仪器为雅培(Abbott)公司生产的 c16000 全自动生化分析仪,CysC 由上海景源医疗器械有限公司提供检测试剂,采用颗粒增强免疫比浊法;尿微量清蛋白试剂由芬兰 Orion 提供;SCr 试剂由北京九强生物技术股份有限公司提供,利用简化的 MDRD 公式计算肾小球滤过率(GFR);质控品由美国伯乐公司(Bio-Rad)提供。

1.2.3 分组 根据 24 h 内患者尿清蛋白排泄量分为:(1)单纯性糖尿病组(UAE<30 mg/24 h)32 例,男 17 例,女 15 例。(2)早期 DN 组(UAE 30~300 mg/24 h)48 例,男 25 例,女 23 例。(3)临床 DN 组(UAE>300 mg/24 h)40 例,男 26 例,女

14 例。

1.3 统计学方法 采用 SPSS17.0 统计软件进行数据分析。计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 表示,以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

单纯性糖尿病组、早期 DN 组和临床 DN 组 3 组患者年龄和性别差异无统计学意义($P > 0.05$)。随着尿清蛋白量的增加,CysC 和 SCr 水平升高,GFR 差异有统计学意义($P < 0.05$)。CysC 水平早期 DN 组较单纯性糖尿病组明显升高,差

异有统计学意义($P < 0.01$),临床 DN 组较早期 DN 组升高,差异有统计学意义($P < 0.05$);GFR 早期 DN 组较单纯性糖尿病组降低,差异有统计学意义($P < 0.05$),临床 DN 组较早期 DN 组明显降低,差异有统计学意义($P < 0.01$);SCr 早期 DN 组较单纯性糖尿病组升高,差异有统计学意义($P < 0.05$),临床 DN 组较早期 DN 组明显升高,差异有统计学意义($P < 0.01$),见表 1。

表 1 各组研究对象临床资料结果比较($\bar{x} \pm s$)

项目	性别(男/女)	年龄(岁)	CysC(mg/L)	SCr(μ mol/L)	GFR(mL/mm ² ·1.73m ²)
单纯性糖尿病组	7/15	54.9±11.1	1.03±0.41	77.94±20.10	78.89±20.49
早期 DN 组	25/23	56.5±12.2	1.42±0.73	89.19±26.72	68.76±18.01
临床 DN 组	26/14	62.1±9.9	1.68±0.97	120.27±44.22	50.30±21.57
P	>0.05	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

3.1 DN 主要病理及尿微量清蛋白、SCr 诊断 DN 的主要病理变化为早期肾小球肥大,随着病理改变的发展,系膜区扩宽,系膜基质堆积,基底膜变厚,肾小球硬化。患者早期检测呈现出肾小球高滤过状态,随后出现微量清蛋白尿,由于患者尿中清蛋白量逐渐增高,最终会导致终末期肾功能衰竭,这是导致糖尿病患者死亡的主要原因之一。尿微量清蛋白是 DN 的最早临床证据,也长期作为筛选早期 DN 的主要指标。目前来看,尿微量清蛋白水平的检查仍然是早期 DN 诊断的重要指标,但由于尿清蛋白水平极易受尿路感染、机体运动及血压、酮症、月经状态等外在因素的影响,并不能作为早期 DN 的诊断标志物。随着医疗水平及技术的进步,SCr 水平检测在临床上常用来评价肾功能,也被广泛用来计算 GFR。SCr 测定方便又廉价,目前使用最广泛,是临床上常用的了解肾功能的指标,但是临床证明 SCr 浓度在反映肾小球滤过功能上不够敏感。由于 SCr 也容易受到一些外在因素的干扰,SCr 水平检测对于 DN 早期诊断有一定的局限性。理想的检测标志物应该是完全由肾小球滤过,并且能够以一个恒定的速率释放产生,经由肾脏排出而肾小管不分泌,不受年龄、性别、肌肉量等肾外因素的干扰。SCr 主要由肾小球滤过,在肾小管中有少量分泌,其水平容易受到年龄、性别、肌肉量、新陈代谢水平等肾外因素的影响^[3]。

本次实验结果显示,随着尿清蛋白量的增加,SCr 水平明显升高,GFR 明显降低,差异有统计学意义($P < 0.05$);SCr 水平早期 DN 组较单纯性糖尿病组升高,差异有统计学意义($P < 0.05$),临床 DN 组较早期 DN 组明显升高,差异有统计学意义($P < 0.01$);GFR 早期 DN 组较单纯性糖尿病组降低,差异有统计学意义($P < 0.05$),临床 DN 组较早期 DN 组明显降低,差异有统计学意义($P < 0.01$)。SCr 水平能够大致反映糖尿病患者肾损害情况。

3.2 血清 CysC 应用于 DN 早期诊断 血清 CysC 是近年来最新发现的能够很好地反映肾功能受损的标志物。CysC 产生于人体所有的有核细胞,是一种非糖化小分子蛋白质,呈碱性,是半胱氨酸蛋白酶的一种分泌性抑制剂,可对半胱氨酸蛋白酶的活性起调节作用。CysC 能在机体内几乎所有的有核细胞内以恒定速度持续产生,不受性别、年龄、肌肉量、活动、炎症反应

状态、饮食等因素的影响^[4-7]。肾脏是 CysC 惟一的清除器官,当肾小球出现轻微损伤时,血浆中的 CysC 水平就会升高。由于 CysC 相对分子质量很小,而且在环境中带正电荷,它可以完全自由地通过肾小球滤过膜,在肾脏近曲小管中几乎全部被细胞重吸收并分解代谢,而肾小管不分泌,所以 CysC 在血清中的浓度很大程度上由 GFR 决定。CysC 的这些特性说明它可以作为评估肾功能的一项理想指标。大部分研究结果支持 CysC 比 SCr 更能反映 GFR^[8]。近年来,血清 CysC 应用于 DN 的早期诊断的研究越来越得到重视^[9]。CysC 在少数情况下会受到一些因素的干扰,比如糖皮质激素大量摄入、甲状腺功能异常、恶性肿瘤细胞、风湿性疾病、肾小管间质损伤、免疫抑制剂等因素,在选择病例作为研究对象时这些都应该严格予以排除,以确保研究结果的准确性^[6]。

本次实验结果显示,随着尿清蛋白量的增加,血清 CysC 水平明显升高,血清 CysC 水平早期 DN 组较单纯性糖尿病组明显升高,差异有统计学意义($P < 0.01$),临床 DN 组较早期 DN 组升高,差异有统计学意义($P < 0.05$),由此证明血清 CysC 可作为反映 DN 的一项理想指标,而且相比于 SCr 能够更灵敏地反映糖尿病患者的肾损害情况,血清 CysC 水平检测对糖尿病肾病的早期诊断有很大的价值。

参考文献

[1] Wild S,Roglic G,Green A,et al. Global prevalence of diabetes:estimates for the year 2000 and projections for 2030 [J]. Diabetes Care,2004,27(5):1047-1053.

[2] 邹万忠. 肾活检病理学[M]. 2 版. 北京:北京大学医学出版社,2009:129-143.

[3] 徐静,贾爱华,张春虹,等. 胱抑素 C 及其他标志物诊断糖尿病肾病效能的比较[J]. 西安交通大学学报:医学版,2010,31(4):481-483.

[4] Fehrman-Ekholm L, Seeberqer A, Bjork J, et al. Serum cystatin C;a useful marker of kidney function in very old people[J]. Scand J Clin Lab Invest, 2009, 69(5): 606-611.

[5] Weinert LS, Prates AB. Gender does not influence cystatin C concentrations in healthy volunteers[J]. Clin Chem Lab

Med, 2010, 48(3): 405-408.

[6] Laterxa OF, Price CP, Scott MG. Cystatin C: an improved estimator of glomerular filtration rate [J]. Clin Chem, 2002, 48(5): 699-707.

[7] Filler G, Bokenkamp A, Hofmann W, et al. CystatinC as a marker of GFR-history, indications and future research [J]. Clin Biochem, 2005, 38(1): 1-8.

[8] 蒋最明, 顾敏, 任凤琴. 糖尿病肾损伤早期诊断的尿液联合检测[J]. 实用全科医学, 2008, 6(1): 85-86.

[9] 浦春, 张斌华. 糖尿病肾病患者尿视黄醇结合蛋白检测的意义[J]. 临床检验杂志, 2006, 24(6): 462.

(收稿日期: 2012-11-21)

• 临床研究 •

口腔吹氧联合蒙脱石散治疗小儿性口腔炎

吴爱忠¹, 董丹苗² (1. 广西壮族自治区来宾市妇幼保健院口腔科 546100; 2. 广西科技大学卫生所药剂科 545006)

【摘要】 目的 通过对来宾市妇幼保健院口腔科患口腔炎儿童实施口腔吹氧联合蒙脱石散的疗效观察, 对比使用喉风散喷涂口腔炎溃疡面进行治疗后的疗效, 探讨治疗小儿性口腔炎的最佳临床方法。**方法** 自来宾市妇幼保健院口腔科电脑系统随机抽取 2009 年 11 月至 2010 年 7 月本科室医治的 118 例口腔炎患儿, 分别给予喉风散喷涂口腔溃疡面和口腔吹氧联合蒙脱石散治疗的方式, 并设前者为对照组, 后者为治疗组, 治疗 7 d 后, 对比患儿治疗效果。**结果** 采用口腔吹氧联合蒙脱石散治疗的总有效率达到 96.8%, 疗效明显优于未使用该法的对照组 (51.8%)。**结论** 口腔科对于小儿性口腔炎的治疗, 在进行口腔常规护理的基础上, 实施口腔吹氧联合蒙脱石散治疗的方法具有治疗方式简单、疗效佳和无不良反应的优点, 临床满意度高, 值得推广。

【关键词】 口腔吹氧; 蒙脱石散; 小儿性口腔炎
DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2013.10.034 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)10-1266-02

小儿口腔炎属于口腔黏膜的炎症, 病变仅限于舌、口角、牙龈, 又被称为舌炎、牙龈炎、口角炎。口腔炎是口腔感染性疾病之一, 它是由多种病原及因素引起, 主要由病毒或细菌所致, 该病多发于儿童时期^[1-2]。患儿往往出现疼痛剧烈、发病迅速、不能饮食的症状, 所以口腔科医生在治疗时应从快速止痛, 促进患儿饮食入手, 避免因病情拖延导致患儿营养不良, 影响身体发育。该病症主要集中在舌、颊、上腭、唇以及咽等部位, 严重时甚至扩散到唇外及嘴角, 患病初期患儿一般表现为口腔黏膜充血和出现水肿, 若未采取积极治疗, 会引发患儿口腔出现大大小小的溃疡面, 造成患儿常因疼痛出现饮食困难、哭闹不止, 部分患儿还伴有发烧症状, 影响患儿生长发育, 也给患儿家长带来极大困扰。本院口腔科在 2009 年 11 月至 2010 年 7 月对收治的 118 例患儿分别实施口腔吹氧联合蒙脱石散疗法和喉风散喷涂口腔溃疡面疗法, 疗效对比发现, 前者疗效更佳, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本院口腔科 2009 年 11 月至 2010 年 7 月抽取的 118 例患儿, 男 58 例, 女 60 例, 年龄 6 个月至 12 岁, 平均 6 岁, 有 112 例患儿伴有发热症状, 普遍属低、中热, 也有 10 例患儿出现了高热现象。患儿均有口腔黏膜充血和水肿症状, 并伴有局部溃烂面和口腔疼痛、流涎、烦躁不安、进食困难、精神萎靡等症状。

1.2 治疗方法 对抽取患儿随机分为对照组 56 例和治疗组 62 例。两组患儿都接受常规口腔护理, 对有发热和白细胞增多症状的患儿给予抗生素等对症治疗。

1.2.1 对照组 56 例患儿在常规口腔护理基础上采用喉风散喷涂口腔溃疡部位, 每天 3~4 次, 观察记录用药后情况。

1.2.2 治疗组 62 例患儿在常规口腔护理基础上采取口腔吹氧联合蒙脱石散治疗。具体治疗方法: 给予患儿每天 2 次,

每次 20 min 的 4~6 L 高流量口腔吹氧, 并给予蒙脱石散粉末直接涂抹于患儿口腔溃疡部位, 每天 3~4 次。观察两组患儿口腔疼痛程度、体温是否正常、进食量多少、溃烂部位的愈合状况等, 并做好记录备用。两组患儿在年龄、性别、病程方面差异无统计学意义, 具有可比性。

1.3 疗效评判 显效: 患儿溃烂面完全愈合、体温正常、无疼痛症状, 能正常进食, 淋巴结恢复正常, 精神状态良好; 改善: 患儿溃烂面部分愈合, 疼痛症状明显缓解, 体温未完全恢复正常, 进食好转; 无效: 患儿病症未发生任何变化甚至有加剧现象。

1.4 统计学方法 采用 SPSS13.0 统计软件进行数据分析, 计数资料用 % 构成表示, 采用 χ^2 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组患儿治疗 7 d 后 (7 d 为 1 个疗程) 对照组患儿的总有效为 51.8%, 治疗组患儿的总有效率为 96.8%, 结果显示, 使用口腔吹氧联合蒙脱石散治疗小儿性口腔炎疗效明显高于使用喉风散喷涂口腔溃疡面的疗效, 且治疗组患儿用药后临床观察发现无任何不良反应。经统计学处理, 两组患儿疗效差异有统计学意义 ($P < 0.05$, $\chi^2 = 4.64$), 具可比性, 两组患儿疗效情况见表 1。

表 1 两组患儿疗效情况对比 [n (%)]

组别	<i>n</i>	显效	改善	无效	总有效率
对照组	56	19(33.9)	10(17.9)	27(48.2)	29(51.8)
治疗组	62	43(69.4)	17(27.4)	2(3.2)	60(96.8)

3 讨论

小儿口腔炎是口腔科常见的一种口腔疾病, 夏秋两季属于高发时期, 该病虽不受患儿年龄的影响, 但婴幼儿更多见, 临床