

3 讨 论

糖尿病直接影响患者免疫功能,因而患者并发症种类多、发病率高,易致残,而常见的心脑血管病变、肾损伤等并发症还可能致死,严重威胁人类生命^[3]。尽管目前临床已经普遍认同,糖尿病早期发现对于病情治疗及延缓进展有重要意义,且积极预防和治疗并发症可以避免恶性事件发生,但针对糖尿病并发症的临床预警性检测的相关报道不多,而预警性检测又是有效提高并发症预防效率的重要指标。

尿常规是目前临床应用广泛、且不可或缺的一种疾病初步筛查手段,尤其对肾脏类病变有较好的提示作用^[4]。尿常规中不同指标的异常可能代表糖尿病不同并发症的发病可能性,比如尿蛋白、隐血和尿沉渣中红细胞阳性情况对肾脏损伤情况具有提示作用,尤其是尿蛋白水平目前已常用肾损伤的检测标志物^[5]。一般而言,糖尿病肾损伤多采用肾活检病理组织化验,但由于活检创伤性和痛苦性大,不易被患者接受,且不利于反复监测。尿沉渣检测被称为“体外肾活检”,是泌尿系统疾病诊断的一种有效方法。

糖尿病并发症的发生在不同性别患者中是否存在差异目前较少有报道。本研究中,尿糖、酮体、尿蛋白、隐血和红细胞阳性率在男、女性患者间差异无统计学意义($P > 0.05$),而女性组患者白细胞酯酶和白细胞阳性率明显高于男性组,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。白细胞酯酶和白细胞水平的联合检测可提示尿路感染的发病,可见糖尿病患者尿常规检测中女性患者发生尿路感染的可能性较高,这可能与女性生理结构有关。糖尿病患者的尿常规检测结果显示,尿糖阳性率为 70.5%(564/800)。在尿糖阳性患者中,酮体、尿蛋白、隐血、白细

胞酯酶、白细胞和红细胞阳性的比例均明显高于尿糖阴性组患者。尿蛋白、隐血、红细胞水平提示患者可能存在肾损伤。酮症酸中毒起病急、病情变化快,机体内酮体分泌过多,引发酸中毒,临床表现出脱水、呕吐、精神萎靡、腹部疼痛等,严重者可能出现昏迷。而白细胞酯酶、白细胞的水平变化又提示了尿糖阳性患者尿路感染的可能性增大。

尿糖水平可指导糖尿病诊断和疗效,根据本研究结果,如能在尿糖水平基础上,综合尿常规检测指标水平变化,可有效提示糖尿病进展程度和并发症的发生危险性,且尿常规易于反复检测,经济投入低,更易于临床操作。

参考文献

- [1] 唐立平,唐政权,孙洪华. 糖尿病肾病的早期诊断及其临床意义[J]. 中国实用医药,2010,5(25):250.
- [2] 张素玲,玉芳,许士民,等. 尿糖和尿微量白蛋白联合检验对糖尿病肾病早期的诊断价值[J]. 浙江临床医学,2012,14(4):482-483.
- [3] 李红芝. 门诊发热儿童尿常规检测结果及临床分析[J]. 中国保健营养:上旬刊,2013,23(4):2133-2133.
- [4] 曲志春,朱秀云,丁旭,等. 1230 例孕妇尿常规检测结果分析[J]. 中国临床研究,2011,24(6):518.
- [5] 施春晓,徐磊. 门诊患者尿常规筛查糖尿病 600 例结果分析[J]. 基层医学论坛,2009,13(19):618-619.

(收稿日期:2013-09-24 修回日期:2013-11-21)

肺鳞癌伴肥大性骨关节病 1 例

苟锡军¹,杜 飞²,余 洁³(1. 四川省成都市新都区人民医院呼吸内科 610500;2. 贵州省遵义市第一人民医院呼吸内科 563000;3. 四川省内江市市中区人民医院呼吸内科 641000)

【关键词】 肥大性骨关节病; 肺鳞癌; 肺性骨病

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.08.073 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)08-1149-02

肺鳞癌伴肥大性骨关节病(HOA)的患者其骨关节病变往往先于肺部症状数月或数年出现,容易误诊为单纯骨关节病变,而忽略肺癌的诊断。现对本院收治的 1 例肺鳞癌伴 HOA 患者患病、发展及诊治过程,结合肺活检病理结果进行分析,并结合文献资料分析讨论如下。

1 病例资料

患者女,53 岁,因“四肢关节肿痛 4 个月”入院。院外曾考虑类风湿性关节炎,予以抗风湿治疗 2 个月无效。既往身体健康,无粉尘接触史及吸烟史。体查:生命征平稳,无浅表淋巴结肿大,心肺无异常,双膝关节及腕关节肿胀、压痛,双手指、脚趾肥大并杵状指。SPECT 全身骨象显示,全身骨象未见确切肿瘤骨转移征象;四肢骨及上肢附带骨代谢增高灶,考虑肺性 HOA。双下肢动静脉超声未见异常。胸部 CT:左肺上叶尖后段软组织块影,疑似肿瘤性病变。头颅 CT 及腹部增强 CT:未见明显异常。双手 X 线片:双手及双腕骨质疏松,部分指间关节间隙变窄,周围软组织肿胀,类风湿性关节炎改变可能。血常规未见异常。C 反应蛋白 103 mg/L。抗中性粒细胞胞浆抗体、蛋白酶 3、乳铁蛋白、髓过氧化物酶、弹性蛋白酶、组织蛋白酶、杀菌性膜通透性蛋白均阴性。癌胚抗原 2.59 ng/mL,血清

糖链抗原(CA)125 14.12 U/mL,非小细胞肺癌抗原(CY-FRA21-1)1.83 ng/mL,烯醇化酶 9.40 ng/mL。自身抗体:ANA 可疑阳性,余项均阴性。RF、抗角蛋白抗体及抗 CCP 抗体均阴性。纤支镜刷片查见鳞癌细胞,肺活检查见肺鳞状细胞癌(中-高分化)。

2 讨 论

HOA 可分为原发性和继发性两种。原发性 HOA 有家族史,病因不明,可能与遗传有关。继发性患者 HOA(SHOA)以肺性 HOA 最常见,往往先于肺部症状数月或数年后出现,容易误诊为单纯骨关节病变,而忽略肺癌的诊断。近年来,由于肺癌发病率显著上升,肺癌伴 HOA 也在增多,在肺癌患者中,约 5% 病例伴有骨关节反应^[1]。

肺癌首发症状多种多样,不少患者在肺癌早中期出现非转移性首发肺外症状和体征,其中杵状指较常见,可单独也可作为 HOA 的一种症状出现^[2-3]。张毅和潘铁成^[4] 回顾分析 3 584 例经病理证实的肺癌中以杵状指为首发症状的 36 例患者临床资料,以杵状指为首发症状者占全部病例的 1.00%;36 例中吸烟者占 83.3%;鳞癌 12 例(33.3%),腺癌 21 例(58.3%);7 例合并 HOA 表现,占 19.4%;杵状指组中有 7 例存在

SHOA 的表现,占 19.4%,与文献报道 10%~20%相符^[5]。SHOA 症状包括厚皮症、骨膜炎及杵状指 3 种主要症状和皮脂溢出、粉刺、多汗及头皮松垂等其他症状^[6];与原发 HOA 对比,骨痛症状在 SHOA 中较重,而皮肤改变则呈轻中度表现。

关于肺癌伴杵状指属 SHOA,其机制有很多假说,如感染毒素、机械因素、内分泌因素、神经反射以及异位内分泌激素等。目前 Dickinson 和 Martin 基于血小板生成的学说得到很多学者认可。该学说认为当巨核细胞因为肺部感染、肺肿瘤、外伤等原因,无法在肺循环内转变为血小板时,则易滞留于周围循环中,释放“血小板衍生生长因子”,导致杵状指改变^[7]。患者的杵状指(趾)不同于慢性阻塞性肺疾病患者,其发生快,有疼痛感且甲床周围红晕。HOA 则以大骨末端疼痛、骨膜增生、新骨形成、关节肿胀疼痛为特点,但不出现关节畸形或强直,二者同时伴发多见鳞癌、腺癌,亦可见其他类型肺癌。

HOA 为肺癌常见肺外体征,在肺癌早中期即可为首发症状出现,患者缺乏呼吸道症状和体征,容易误诊或漏诊,临床医师应提高认识。对中老年人,尤其长期吸烟患者更应警惕肺癌可能性,进行全面细致检查,以期早发现、早诊断、早治疗。

参考文献

[1] 董杰,郭瑞,李军,等. 肥大性骨关节病临床 X 线分析:附

7 例分析[J]. 医学影像学杂志,2005,15(2):168-169.

[2] Hamilton W, Peters TJ, Round A, et al. What are the clinical features of lung cancer before the diagnosis is made? A population based case-control study[J]. Thorax, 2005, 60(12):1059-1065.

[3] Moreira Jda S, Hass M, Moreira AL, et al. Reversal of digital clubbing in surgically treated lung Cancer patients [J]. J Bras Pneumol, 2008, 34(7):481-489.

[4] 张毅,潘铁成. 36 例以杵状指为首发症状的肺癌临床分析 [J]. 临床肺科杂志, 2009, 14(8):1008-1009.

[5] Yang WC, Lin SC, Liu TC, et al. Clubbed fingers and hypertrophic osteoarthropathy in a patient with squamous cell carcinoma of the lung[J]. Kaohsiung J Med Sci, 2003, 19(4):183-187.

[6] Santos-Durán JC, Yuste-Chaves M, Martínez-González O, et al. Pachydermoperiostosis (Touraine-Solente-Golé syndrome)[J]. Actas Dermosifiliogr, 2007, 98(2):116-120.

[7] Brouwers AA, Vermeij-Keers C, van Zoelen EJ, et al. Clubbed fingers; the claws we lost[J]. Med Hypotheses, 2004, 62(3):321-324.

(收稿日期:2013-08-25 修回日期:2013-12-05)

儿科长期住院患儿影响因素分析

何足元(广西医科大学第四附属医院,广西柳州 545005)

【关键词】 早产儿; 住院时间; 因素分析

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.08.074 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)08-1150-02

积极稳妥推进公立医院改革,不断提高医疗质量,保证医疗安全,本研究对住院时间超过 30 d 的患儿长时间住院原因进行分析,对这类患儿进行管理与评价,为科室日常管理与持续改进提供依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2011 年 1 月至 2012 年 12 月本院儿科住院患者 6 350 例,按照患儿住院原因分为两组,其中早产儿组 489 例,其他病种组 5 861 例。

1.2 方法 对住院时间超过 30 d 患儿的住院原因进行分析,主要包括住院病种构成,并发症情况等。

1.3 统计学处理 使用 SPSS13.0 对数据进行统计分析,计数资料采用 χ^2 分析,以 $\alpha=0.05$ 为标准,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 住院时间超过 30 d 患儿病种构成比 住院时间超过 30 d 的患儿有 52 例,其中早产儿 42 例(占 80.77%),其中胎龄小于 34 周的新生儿 34 例,晚期早产儿 8 例;男 31 例,女 21 例。与其他病种相比,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 住院时间超过 30 d 患儿儿科住院病种分组构成比

组别	n	住院时间超过 30 d 患儿[n(%)]
早产儿组	489	42(80.77) ^a
其他病种组	5 861	10(19.23)

注:与其他病种组比较,^a $P<0.05$ 。

2.2 儿科住院时间超过 30 d 疾病构成 52 例长期住院患儿中,胎龄小于 34 周的新生儿 34 例,占 65.38%;晚期早产儿 8 例,占 15.38%;脑性瘫痪患儿 6 例,占 11.54%;病毒性脑炎 2 例,占 3.85%;肾病综合征和白血病各 1 例,占 1.92%。

2.3 早产儿主要并发症 42 例早产儿中,黄疸患儿 38 例占 90.48%;极低出生体质量儿与新生儿呼吸窘迫综合征患儿一样,都为 13 例占 30.95%;颅内出血患儿 9 例,占 21.43%,肺炎患儿 8 例,占 19.05,真菌感染患儿 2 例,占 4.76%。

3 讨论

我国人口基数大,每年出生早产儿约 25 万,且逐年增多,早产儿的治疗和护理问题日益突出^[1]。随着新生儿专业医疗技术的进步,早产儿抢救成活率有了大幅度提高,但在生命得到救治的同时,早产儿住院时间延长,尤其是在新生儿重症监护病房(NICU)内接受治疗时间延长。NICU 环境与子宫内环境有着巨大的差别,是一种高噪音、强光度、疼痛刺激多、缺乏母子交流的压力环境,这对早产儿发育造成不良影响^[2-3]。因此积极改善现有的 NICU 环境模式,在提高抢救成功率和生存率的同时,减少因环境不良刺激造成的伤残和后遗症有着重要意义^[4-5]。长期以来儿科住院床位紧张,住院难的问题未得到解决,合理有效地管理儿科住院时间超过 30 d 患者,充分利用卫生资源,可以综合性地反映一个医院医疗、教学、科研和后勤管理的质量和效率^[6]。

本研究结果显示,儿科住院时间超过 30 d 的患儿主要原因是早产儿、并发症多,说明儿科应加强早产儿的管理,加强母