

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 性 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,有疼痛感且伴甲床周围红晕。 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

亲孕期保健,预防早产,减少极低体质量儿的出生,预防产前新生儿呼吸窘迫综合征的发生,关注早产儿在 NICU 住院期间的护理,减少肺炎及真菌感染等并发症的发生,是儿科缩短平均住院时间,提高医疗质量的重要措施。

参考文献

[1] 魏克伦,杨于嘉,姚裕家,等.中国城市早产儿流行病学初步调查报告[J].中国当代儿科杂志,2005,7(1):25-28.
[2] 张继东,闻大翔,范关荣.住院日超过 12 天的患者影响因素分析[J].中国医院,2009,12(12):41-44.
[3] 曹立杰,李松.住院早产儿并发症 12 年回顾性分析[J].

中国新生儿科杂志,2006,21(5):265-267.
[4] 钱继红,张丽人,陈惠金,等.住院早产儿脑室内出血 10 年回顾性调查及影响因素分析[J].中国实用儿科杂志,2002,17(7):415-418.
[5] 单若冰,郭莉.新生儿重症监护室环境对早产儿的不良影响和干预对策[J].中华围产医学杂志,2005,8(1):63-65.
[6] 姚银莲.新生儿重症监护室环境因素对早产儿发育的影响[J].中国妇幼保健,2010,25(13):1875-1876.

(收稿日期:2013-08-24 修回日期:2013-11-06)

不同雾化吸入方式治疗小儿哮喘的疗效比较

刘艳红(河北省保定市定兴县医院儿科 072650)

【关键词】哮喘; 雾化吸入; 小儿; 空气压缩泵; 超声
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2014.08.075 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2014)08-1151-02

支气管哮喘是儿科常见的慢性呼吸道疾病之一^[1]。临床中常采用空气压缩泵和超声雾化吸入两种方法对小儿哮喘进行治疗,可直接作用于呼吸道的炎症部位,效果良好^[2-3]。但是,在实际治疗过程中,对于两种方法的选用存在着一定的盲目性^[4]。本研究选择 80 例小儿哮喘患儿进行研究,分别采用空气压缩泵和超声雾化吸入方法对患儿进行治疗。现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2011 年 3 月至 2013 年 3 月本院接诊的 80 例哮喘患儿进行研究。随机均分为试验组和对照组。两组患儿均符合支气管哮喘诊断的相关标准。试验组 40 例患儿,其中男 24 例,女 16 例;年龄 2~13 岁,平均(5.4±0.7)岁;病程 2 个月至 3 年,平均(6.4±1.3)个月。对照组 40 例患儿,其中男 26 例,女 14 例;年龄 1~15 岁,平均(5.7±0.5)岁;病程 3 个月至 4 年,平均(7.1±1.0)个月。两组患儿的年龄、性别及病程等一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 两组患儿均进行常规方式的哮喘治疗。主要包括止咳化痰的对症支持治疗措施,对于合并有感染的患儿应采用抗菌药物进行常规的抗感染治疗。雾化吸入所采用的药物为 1 mg/2 mL 的普米克令舒(阿斯利康制药有限公司,国药准字 H 20030410)联合 2.5 mg/mL 特布他林(阿斯利康制药有限公司,国药准字 H32022694)进行。试验组采用 PARIBOY 空气

压缩泵对患儿进行雾化给药。具体操作为将雾化药物加入到装置的药皿中去,将喷雾器安装好,并将其与雾化面罩连接好,采用 1.4 bar 的运行压力进行雾化给药。流量设定为 4.4 L/min。雾化给药的时间为 20 min,每天 3 次。连续进行 3 d 为 1 个疗程。对照组采用雾化罐进行氧气雾化给药。在雾化吸入过程中,采用 20 mL 生理盐水配合雾化的药物加入到装置中。雾化给药的时间为 20 min,每天 3 次。并对两组患儿雾化吸入前后的呼吸频率(RR)、心率(HR)及血氧饱和度(SPO₂)进行检测。

1.3 观察指标 小儿哮喘的疗效评价标准:显效为患儿的哮喘症状较治疗前明显得到改善,呼吸正常,肺部听诊哮鸣音完全消失;有效为患儿的哮喘症状有所减轻,呼吸状况出现好转,肺部听诊哮鸣音减弱;无效为患儿的各项临床症状未得到改善,甚至加重。

1.4 统计学处理 采用 SPSS18.0 统计软件进行分析,计量资料采用 $\bar{x} \pm s$ 来表示,比较采用 t 检验,计量资料采用率表示,比较采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿雾化吸入前后的 RR、HR 及 SPO₂ 的检测分析 雾化吸入前,两组患儿 RR、HR 及 SPO₂ 的差异无统计学意义($P>0.05$);雾化吸入后,试验组患儿的 RR、HR 及 SPO₂ 水平的状况明显优于对照组,差异有统计学意义($P<0.05$)。见表 1。

表 1 两组患儿雾化吸入前后的 RR、HR 及 SPO₂ 的比较分析($\bar{x} \pm s$)

组别	<i>n</i>	雾化吸入前			雾化吸入后		
		RR(次/分)	HR(次/分)	SPO ₂ (%)	RR(次/分)	HR(次/分)	SPO ₂ (%)
试验组	40	35.6±4.3	131.2±3.1	89.4±3.4	34.6±5.6	129.1±3.2	96.1±3.1
对照组	40	36.1±4.4	129.9±2.8	90.1±2.8	37.8±5.1	138.5±6.3	91.1±2.8
<i>t</i>		0.514 0	1.968 2	1.005 1	2.672 0	8.413 5	7.570 1
<i>P</i>		0.608 7	0.052 6	0.317 9	0.009 2	0.000 0	0.000 0

2.2 两组患儿治疗的疗效的调查分析 试验组患儿治疗的总有效率(92.5%)明显高于对照组(72.5%),两组比较差异有统