

收缩,肾血流量减少,肾小球系膜细胞增生,滤过孔径增加,使血浆蛋白随尿排出。早期心衰阶段即可出现肾功能损害,而肾功能损害可以进一步加重心衰的程度;肾功能不全已成为慢性心衰患者死亡的一个独立危险因素<sup>[2]</sup>。微量清蛋白尿(MAU)是心血管疾病独立危险因素<sup>[3]</sup>,只有肾脏发生了亚临床的结构和功能改变,才会出现 MAU,如不及早进行干预,进一步发展可加重器官损害。

正常人尿中的蛋白含量极其微量,尿蛋白持续增多通常是肾损害的标志。24 h 尿蛋白定量长期以来一直作为评估尿蛋白排泄量的金指标,但是收集 24 h 尿标本费时并且繁琐,美国 K/DOQI 推荐晨尿或随意尿 P/C 评估 24 h 尿蛋白定量<sup>[4]</sup>,尿蛋白和肌酐在水中溶解性很好,它们在尿中的稀释程度是相似的,如果一天中肌酐的排泄相对恒定,随机尿中的蛋白-肌酐比值将反映尿蛋白的排泄。多数作者报道随意尿 P/C 比值与 24 h 尿蛋白测定有很高的相关性<sup>[5-6]</sup>。

本研究发现,慢性心力衰竭患者在 B 阶段,即心脏发生器质性改变但尚未出现明显临床症状时,就已经出现肾功能损伤,表现为 GFR 下降、24 h 尿清蛋白含量和 P/C 升高。随着心力衰竭的进一步发展,在患者出现明显临床症状的 C、D 阶段,上述指标进一步恶化,与 A 阶段比较差异有统计学意义。这说明在器质性心脏病早期阶段,已开始出现肾脏损害,并且随着心力衰竭的发展,肾损害进一步加重。而尿蛋白/尿肌酐(P/C)与 24 h 尿清蛋白含量测定比较,具有明显正相关,差异有统计学意义,与其他作者的临床报道符合,而前者具有简单、方便的优点。

因此,对于器质性心脏病患者,可以早期检测尿蛋白/尿肌酐(P/C)以发现早期肾损伤,为制定心脏病患者的治疗方案提

供依据,同时它也可以作为随访指标方便医生了解患者的肾功能。

#### 参考文献:

- [1] Grundy SM, Cleeman JI, Daniels SR, et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement[J]. *Circulation*, 2005, 112(17): 2735-2741.
- [2] 黄君富,夏涵,府伟灵. 中性粒细胞明胶酶相关脂质运载蛋白在慢性心力衰竭患者肾功能评估中的临床意义[J]. *重庆医学*, 2009, 38(10): 1193-1194.
- [3] Daniel E, Forman DE, Butler J, et al. Predictors at Admission, and Impact of Worsening Renal Function Among Patients hospitalized With Heart Failure[J]. *Journal of the American College of Cardiology*, 2004, 43(1): 102-105.
- [4] Smith GL, Lichtman JH, Bracken MB, et al. Renal impairment and outcomes in heart failure: Systematic review and meta analysis[J]. *J Am Coll Cardiol*, 2006, 47: 1987-1996.
- [5] 夏邦俊,袁先琢,张祥宝. 慢性心力衰竭患者肝功能损伤、肾功能不全发生率及其与心力衰竭严重程度的关系[J]. *实用医学杂志*, 2009, 25(4): 580-581.
- [6] Ronco C, Haapio M, House AA, et al. Cardiorenal syndrome[J]. *J Am Coll Cardiol*, 2008, 52: 1527-1539.

(收稿日期:2010-11-09 修回日期:2011-04-11)

#### · 短篇及病例报道 ·

## 婴幼儿食管异物漏诊 1 例报道

唐力行

(首都医科大学附属北京儿童医院耳鼻喉科 100045)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.20.027

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)20-2035-01

### 1 病例资料

患儿,女,11个月,9 d前因饮奶困难,伴喘憋症状前往当地医院就诊。当地医生根据患儿喘憋症状及肺部听诊情况,诊断患儿为“肺炎”,并认为饮奶困难是因“肺炎”咳嗽所引起,未对进食困难原因加以重视。予以输液抗炎治疗后,患儿喘憋症状无缓解。期间患儿可断续饮奶,但饮奶量较发病前明显减少。治疗9 d后因治疗效果不好,患儿家长带患儿前往当地儿童医院就诊,医生对患儿饮奶困难症状引起重视,追问患儿家长有无异物史,家长表示异物史不详,予以颈胸正侧位X线拍片检查后,发现患儿相当于食管入口、胸椎1~3水平可见金属异物影(图钉1枚),为进一步诊治,转来本院。

患儿入院后体温低热,吸气性喉鸣明显,予以禁食补液治疗,并急诊全麻气管插管下行食管镜检查术。手术中于食管上段见黑色异物,距门齿10 cm处食管黏膜肿胀明显,表面有伪膜,异物嵌顿在食管黏膜当中,Hopkins气管窥镜检查下,将图钉异物完整取出。术后考虑患儿异物特殊性,予以鼻饲喂养,并给予足量抗生素治疗。术后食管造影示食管上段

背侧见一异常通道,与颈椎前软组织内一憩室样囊腔相通,CT示第5颈椎至第1胸椎水平前,食管左侧不规则纵行低密度影,部分层面与食管相通,考虑为椎前脓肿,患儿同时出现左侧声带麻痹及肺部炎症等临床症状。持续予以鼻饲及抗生素静点治疗后,患儿病情于术后1个月才有所好转,肺部炎症吸收,声带麻痹好转,但吃奶仍有呛咳症状,出院回家后继续鼻饲治疗。出院后1个月门诊复查未见明显异常,撤除鼻饲管,患儿饮水无呛咳,吞咽、发音正常。

### 2 讨论

由于儿童咽喉部保护性反射不完善,又常喜欢将玩物含在口中不慎将其咽下,故食管异物在儿童患者中时有发生。食管异物的主要临床表现为吞咽疼痛及吞咽困难,但还有一些患儿表现为以呼吸道症状为主,这是由于食管异物阻塞引发炎症或出血肿胀,压迫喉及气管而致呼吸困难;或因唾液误吸或伴食管气管瘘而呛咳、咳嗽、多痰等症<sup>[1]</sup>。部分患者往往前往儿科就诊。对儿科医生而言,如果忽略了异物史的询问,并将吞咽异常认为是患儿呼吸道炎症引起咳嗽所致,(下转第2079页)

· 短篇及病例报道 ·

## 颌面部汗腺癌 1 例报道及文献复习

张玉奎<sup>1</sup>, 冯红超<sup>2</sup>, 闫明<sup>2</sup>

(贵阳医学院:1. 第二附属医院口腔科 556000;2. 附属医院口腔颌面外科 550004)

doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2011.20.050

文献标识码:C

文章编号:1671-8348(2011)20-2079-01

汗腺癌是比较少见的皮肤附件恶性肿瘤,占皮肤恶性肿瘤的 2.2%~8.4%<sup>[1]</sup>。发生颌面部组织尤其是颞下颌关节区,更罕见。本院曾诊治 1 例颞下颌关节区汗腺癌患者,现报道如下,并复习文献进行讨论。

## 1 病例资料

患者,男,32 岁。于 2010 年 3 月 1 日以“左耳屏前疼痛性包块 3 个月”为主诉就诊贵阳医学院第二附属医院。患者 3 个月前自觉吃饭、说话时左耳关节区酸痛,开口时闻及弹响音,于耳屏前发现一约枣子大小包块,开口困难,后包块逐渐增大,弹响音消失,开口困难缓解。就诊于当地医院行腮腺 CT 平扫(封 2 图 1)、增强扫描(封 2 图 2)示:左侧下颌骨髁状突来源肿瘤(倾向恶性),遂于本院病理细胞学检查示:左耳前涎腺慢性炎症可能性大。追问病史无家族遗传史。专科检查:左侧耳屏前皮肤色泽正常,见一 3 cm×4 cm×2 cm 大小包块,质韧,界不清,活动度差,轻压痛,与表面皮肤无粘连,无波动感及搏动感,耳屏前扪及左侧颞下颌关节无活动,右侧活动度正常,患者全身皮肤无破溃、皮下未见结节。临床诊断:左耳屏前骨肉瘤。于 3 月 5 日在全麻下行左颞下颌关节区包块探查切除术。术中进入关节区,见大量烂鱼肉状组织从中溢出,吸除后,探查关节腔,未扪及髁状突存在,后于下颌角上方将下颌升支切除,观察发现髁状突溶解破坏,冰冻活检显示恶性肿瘤,考虑界限不清,难于扩大切除,故关闭创面。术后病理结果回示汗腺癌(封 2 图 3),免疫组化结果 CK+、P63-、S100-、CgA-、Syn-。1 周后拆线,本拟转肿瘤科行放、化疗,但患者放弃治疗。

## 2 讨论

汗腺肿瘤大多为良性肿瘤,汗腺癌由良性肿瘤的基础发展而来,其组织发生可来自于大汗腺或小汗腺,亦可发生于汗腺导管部或分泌部。文献报道中位年龄为 47 岁<sup>[2]</sup>,男女差别不大<sup>[3-4]</sup>,但位于颌面部发病年龄较小,30 岁左右多见。好发部位以头皮、颞部、腋下多见,其次为颌面、外阴及四肢等<sup>[2,5-6]</sup>,颌面部以面颊部较多<sup>[3]</sup>,亦可出现在唇、腮腺区<sup>[3]</sup>、颌下<sup>[7]</sup>、眼睑<sup>[8]</sup>等。多数患者汗腺癌的临床症状及体征缺乏特异性,由于多汗腺位于真皮层内,早期多表现为完好皮肤的皮下结节,少数出现皮肤破溃生长,界限不清晰,活动差。由于发病率低,诊断比较困难,容易误诊<sup>[2-7]</sup>,确诊主要依靠病理诊断。病程多甚

缓慢,多在数年,少数患者病史长达 60 年,少数患者发病较急骤。本例患者发病时间较短,但病变范围较大,术前虽进行了穿刺针吸细胞学检查,仍存在误诊,所查文献中不少病例进行了 2 次以上的手术<sup>[2-3,5]</sup>,亦有患者进行了穿刺针吸细胞学检查<sup>[6]</sup>,极少能在术前获得正确诊断,因此,临床医生应提高对汗腺癌的认识。

汗腺癌存在局部易复发,早期多出现淋巴结转移<sup>[3,5-6]</sup>。因此,其治疗以广泛切除的手术治疗为主,有可疑淋巴结转移者应作区域淋巴结清扫术,术后辅助放、化疗,早期患者可以获得较好的治疗效果,早期患者 3 年生存率可达 100%<sup>[5-6]</sup>,患者 5 年生存率为 53.3%~63%<sup>[5]</sup>,多死于远处骨、脑、肺转移<sup>[2-3,5-6]</sup>。在颌面部早期患者多数采用扩大切除或加颈部清除术,但缺乏长期随访资料。本例患者手术由于范围较广未能扩大切除,后期放弃治疗,无法对放、化疗的效果进行观察。

## 参考文献:

- [1] 汤钊猷. 现代肿瘤学[M]. 上海:上海医科大学出版社, 1993:75-142.
- [2] 单毅,邵永孚. 汗腺癌临床病理讨论(附 35 例报道)[J]. 中国肿瘤临床与康复,1995,2(2):35-36.
- [3] 周泉,高东旺,周世英同,等. 颌面部汗腺癌 5 例[J]. 实用口腔医学杂志,2008,24(4):598-599.
- [4] 李连科,周桂芬. 右颊部汗腺癌误诊为纤维肉瘤 1 例报道[J]. 口腔医学,2000,20(3):117-118.
- [5] 彭江南,樊大庆,胡少男. 27 例皮肤汗腺癌的临床分析[J]. 咸宁学院学报:医学版,2008,22(4):333-334.
- [6] 樊大庆. 汗腺癌临床治疗浅析(附 8 例临床报道)[J]. 现代肿瘤医学,1996,26(4):214-215.
- [7] 苏锦云. 警惕汗腺癌的误诊误治[J]. 临床误诊误治, 2009,22(4):16-17.
- [8] 燕洪涛,杨建东. 双眼睑多发性黏液性汗腺癌 1 例[J]. 牡丹江医学院学报,2003,24(5):55-59.

(收稿日期:2010-12-10 修回日期:2011-02-10)

(上接第 2035 页)

往往会对患者造成漏诊。在临床工作中,对于一些咳嗽症状明显,同时伴有吞咽异常的患儿,一定要对有无异物吞咽史加以询问,辅助检查时应在胸部正侧位 X 线拍片时加拍颈部正侧位片,明确有无异物存在。在食管镜检查取异物时,对于类似图钉等尖锐异物刺入食管黏膜的病例,可利用在气管异物取出术中常用的 Hopkins 窥镜,监视下将异物取出,减少对食管黏膜的损伤<sup>[2]</sup>。

## 参考文献:

- [1] 黄选兆,汪吉宝. 实用耳鼻咽喉科学[M]. 北京:人民卫生出版社,1998:598-640.
- [2] 赵绯,张亚梅. 83 例小儿特殊食管异物及并发症的处理[J]. 重庆医学,2010,39(3):350-351.

(收稿日期:2010-11-26 修回日期:2011-01-24)