

### 3 讨论

周围型小肺癌是肿瘤直径 $\leq 3$  cm的肺癌,早期仅表现为咳嗽、咳痰,X线片可以精准定位病变部位,但难发现特征性改变,存在一定漏诊率、误诊率<sup>[2]</sup>。临床常采用常规CT检查,能清晰显示肿块在体层摄影片及胸部平片的表现,确定病灶大体形态、病变部位,但缺乏特异性,不能细致全面显示结节细节,难以区别周围型肺癌与肺良性结节。因此,寻找更为精准诊断早期周围型小肺癌检查方法,成为临床诊断和治疗的重点。随着医疗技术发展,HRCT越来越多应用于诊断周围型小肺癌,不仅显示病灶形态,还可显示病灶细微结构、边缘征象,为诊断疾病提供重要依据<sup>[3]</sup>。

周围型小肺癌诊断不能仅凭一种征象,需综合多种征象分析后判断,诊断准确性与肿瘤征象数目及细微征象清晰度有关。周围型小肺癌病灶边缘及内部CT征象是诊断主要依据,常见征象为毛短刺、分叶征、空气支气管征、胸膜凹陷征、血管集束征、空泡征、空气支气管征。分叶征是结节边缘呈锯齿状或细小深分分叶表现,是诊断周围型小肺癌较可靠的征象。毛短刺征由肿瘤浸润或刺激引起,以放射状向肺野伸展,表现为毛刺不规则、细短。相关研究表明,毛短刺征对周围型小肺癌特异性为98.5%,阳性预测值为97.2%<sup>[4]</sup>。胸膜凹陷征表现为胸膜与病灶间条索状致密影或V形,由肿瘤内瘢痕收缩导致,研究发现,胸膜凹陷征对肺癌的特异性为95.6%<sup>[5]</sup>。本研究结果发现,在常规CT扫描基础上,HRCT诊断早期周围型小肺癌检出率为91.30%,HRCT对于分叶征、血管集束征、毛短刺、胸膜凹陷征、空气支气管征、空泡征临床检出率均明显高于常规CT检查,差异具有

统计学意义( $P < 0.05$ ),其中分叶征、毛短刺、胸膜凹陷征HRCT显示率为69.57%、86.96%、65.22%,是常规CT的1.5~2倍,提示早期周围型小肺癌采用HRCT检查,具有较高诊断鉴别价值,癌肿征象检出率高,可作为临床诊断依据。HRCT检查是一种非侵入性影像学检查方法,与常规CT诊断早期周围型小肺癌比较,优势在于:(1)通过骨算法重建和薄层扫描,征象显示率高。(2)采用层距、层厚小,能减少容积效应,且空间分辨率高,从而清晰显示轮廓边缘和病灶内部结构,更好显示常规CT扫描不被发现的征象,为正确诊断提供证据。(3)增加病灶显示层面,能清晰显示未在中心层面的病灶特异性征象。

综上所述,HRCT对于早期周围型小肺癌具有较高诊断鉴别价值,癌肿征象临床检出率高,可作为临床诊断依据。

#### (参考文献)

- (1) 冯峰,夏淦林,强福林,等.周围型小肺癌动态增强MRI与18F FDG PET/CT的相关性初探(J).CT理论与应用研究,2017,26(4):467-472.
- (2) 王秀锦,白卓杰,王小进,等.周围型小肺癌50例的CT分析(J).中国临床研究,2017,30(10):1412-1414.
- (3) 唐文.多层螺旋CT增强扫描与HRCT在周围型小肺癌中的价值与影像学征象分析(J).临床和实验医学杂志,2017,16(4):401-404.
- (4) 田艳.临床I期周围型肺癌的MDCT特征及误诊原因分析(J).临床放射学杂志,2016,35(3):354-359.
- (5) 李庆,王万旗.MSCT对2cm以下周围型肺癌与炎性结节的诊断及鉴别(J).中国CT和MRI杂志,2017,15(1):52-54.

(文章编号) 1007-0893(2020)14-0062-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.14.031

## 生长激素激发试验在矮身材患儿诊治中的临床价值

何露丝 卢曦

(佛山市第一人民医院,广东 佛山 528000)

**[摘要]** **目的:**分析两种不同方法进行生长激素(GH)激发试验在矮身材患儿诊治中的临床价值。**方法:**选取佛山市第一人民医院2018年1月至2020年1月收治的387例矮身材患儿,根据用药方式的不同将患儿分为观察组(195例)与对照组(192例)。观察组患儿予左旋多巴联合精氨酸单日给药行GH激发试验,对照组患儿予左旋多巴联合精氨酸两日序贯给药行GH激发。采用化学发光法对两组患儿GH进行检验,并对结果进行分析。**结果:**两组患儿GH峰值多于给药后1h出现,观察组患儿占57.44%,对照组占53.65%,组间比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ );两组患儿GH阳性率比较,差异无统计学意义( $P > 0.05$ )。**结论:**生长激素激发试验的不同用药方式中,采用单日复合给药对矮身材患儿的诊断准确率与诊断效果显著高于对照组两日序贯给药方式。

**[关键词]** 生长激素激发试验;矮身材;儿童

**[中图分类号]** R 725.8; R 96 **[文献标识码]** B

**[收稿日期]** 2020-05-11

**[作者简介]** 何露丝,女,主治医师,主要从事儿科工作。

矮身材是指在相似环境下，儿童身高显著低于同龄、同性别、同种族以及同地区的正常健康儿童的平均身高，通常情况下，矮身材患儿与正常健康儿童相比，其生长曲线低于 3 个百分点，且身高低于平均身高 2 个标准差。在临床研究发现，生长激素（growth hormone, GH）的缺乏是导致矮身材的主要因素之一<sup>[1]</sup>。在对矮身材的临床治疗中，GH 激发试验是对 GH 缺乏进行诊断的重要确认试验。基于此，本研究针对两种不同方法行 GH 激发试验在矮身材患儿的诊治中的临床价值进行了比较，结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院自 2018 年 1 月至 2020 年 1 月收治的 387 例矮身材患儿作为研究对象，患儿均未进入青春发育期。根据用药方式的不同将患儿分为观察组与对照组。观察组患儿 195 例，男性患儿 106 例，女性患儿 89 例，年龄 3~10 岁，平均年龄（6.24±2.15）岁；对照组患儿 192 例，男性患儿 102 例，女性患儿 90 例，年龄 3~9 岁，平均年龄（6.15±2.23）岁。两组患儿的性别、年龄等一般资料比较，差异均无统计学意义（P > 0.05），具有可比性。纳入标准：符合中华医学会儿科学分会内分泌遗传代谢学组《矮身材患儿诊治指南》<sup>[1]</sup>相关诊断标准。排除标准：肝肾功能不全者；长期慢性疾病者；女童行染色体排查且先天性卵巢发育不全综合征者。

1.2 方法

1.2.1 对照组 予患儿左旋多巴联合精氨酸行两日序贯 GH 激发试验。在进行 GH 激发试验前，嘱咐患儿于试验前 8 h 禁食，确保患儿空腹状态。随后患儿取仰卧位、置留置针，于患儿安静状态下对患儿进行检测。给予患儿 10 mg·kg<sup>-1</sup> 左旋多巴（广西凌云县制药有限责任公司，国药准字 H45021472）进行口服；于第 2 天采用注射用水将 0.5 g·kg<sup>-1</sup> 精氨酸（天津金耀药业有限公司，国药准字 H12020999）稀释至浓度为 10%，总量 < 30 g，并采用输液泵进行药物泵注，并于 0.5 h 内滴完。

1.2.2 观察组 予患儿左旋多巴联合精氨酸行单日复合 GH 激发试验。在进行 GH 激发试验前，嘱咐患儿于试验前 8 h 禁食，确保患儿空腹状态。随后患儿取仰卧位、置留置针，于患儿安静状态下对患儿进行检测。给予患儿 10 mg·kg<sup>-1</sup> 左旋多巴进行口服，同时采用注射用水将 0.5 g·kg<sup>-1</sup> 精氨酸稀释至浓度为 10%，总量 < 30 g，并采用输液泵进行药物泵注，并于 0.5 h 内滴完。

两组患儿在用药结束的 0.5 h、1 h、1.5 h、2 h 时分别对血液标本进行采集，同时采用化学发光法对其血液中 GH 进行检测。

1.3 判定标准

观察两组患儿的 GH 峰值，即患儿体内 GH 激发试验后不同时段患儿体内 GH 所测最高值。GH 峰值 > 10 μg·L<sup>-1</sup>

表示患儿体内 GH 正常；5 μg·L<sup>-1</sup> ≤ GH 峰值 ≤ 10 μg·L<sup>-1</sup> 表示患儿体内 GH 部分缺乏；GH 峰值 < 5 μg·L<sup>-1</sup> 表示患儿体内 GH 完全缺乏。两种药物检测均呈部分缺乏、完全缺乏，表示患儿缺乏 GH，即激发试验呈阳性。

1.4 观察指标

- (1) 两组患儿 GH 激发试验后 GH 峰值出现时间；
(2) 两组患儿 GH 阳性率。

1.5 统计学方法

采用 SPSS 19.0 软件进行数据处理，计量资料以  $\bar{x} \pm s$  表示，采用 t 检验，计数资料用百分比表示，采用  $\chi^2$  检验，P < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患儿 GH 激发试验后 GH 峰值出现时间比较

两组患儿 GH 峰值多于给药后 1 h 出现，观察组患儿占 57.44%，对照组占 53.65%，组间比较，差异无统计学意义（P > 0.05），见表 1。

表 1 两组患儿 GH 激发试验后 GH 峰值出现时间比较 (n(%))

Table with 5 columns: 组别, n, 0.5 h, 1 h, 1.5 h, 2 h. Rows: 对照组, 观察组.

注：GH 一生长激素

2.2 两组患儿 GH 阳性率比较

两组患儿 GH 阳性率比较，差异无统计学意义（P > 0.05），见表 2。

表 2 两组患儿 GH 阳性率比较 (n(%))

Table with 5 columns: 组别, n, GH 完全缺乏, GH 部分缺乏, GH 不缺乏, 阳性. Rows: 对照组, 观察组.

注：GH 一生长激素

3 讨论

在临床研究中，矮身材是由于患儿青春期前由于垂体前叶 GH 的缺乏而导致生长发育出现障碍，且每年生长速度低于 5 cm 的疾病，对患儿的身心健康造成严重的影响。由于该病的发病机制较为复杂，与患儿的生长环境、心理因素、营养以及内分泌等都有着重要的关联。在对矮身材患儿的传统诊断中，通常采用运动试验以及深度睡眠实验来对 GH 进行检验，从而对患儿是否存在 GH 缺乏进行判断，但是由于 GH 分泌方式的原因，导致患儿白天与夜间血清 GH 浓度差异较大，导致试验检验中的准确率较低，因此其应用受到了较大的限制<sup>[3-5]</sup>。

本研究针对两种不同方法行 GH 激发试验在矮身材患儿的诊治中的临床价值进行了比较，结果显示：两组患儿 GH 峰值多于给药后 1 h 出现，观察组患儿占 57.44%，对照组占 53.65%，组间比较，差异无统计学意义（P > 0.05）；

两组患儿 GH 阳性率比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 因此, 笔者认为, 采用单日复合给药对矮身材患儿的诊断准确率与诊断效果显著高于对照组两日序贯给药方式。

#### 〔参考文献〕

- (1) 中华医学会儿科学分会内分泌遗传代谢学组. 矮身材患儿诊治指南 (J). 中华儿科杂志, 2008, 46(6): 428-4306.
- (2) 中华医学会儿科学分会内分泌遗传代谢学组, 《中华儿科杂志》编辑委员会. 基因重组人生长激素儿科临床规范应用的建议 (J). 中华儿科杂志, 2013, 51(6): 426-432.
- (3) 曾畿生, 王德芬. 现代儿科内分泌学 (M). 上海: 上海科学技术文献出版社, 2001: 486
- (4) 晏文华, 潘慧, 李艳英, 等. 左旋多巴生长激素激发试验在矮身材病因诊断中价值 (J). 中华实用诊断与治疗杂志, 2018, 32(6): 600-602.
- (5) 李坚旭, 卢秋婷, 邱明慧, 等. 265 例儿童矮身材的病因分析 (J). 实用临床医学, 2017, 18(1): 64-65.

〔文章编号〕 1007-0893(2020)14-0064-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2020.14.032

## 血清超敏 C 反应蛋白检测在心力衰竭诊断中的应用

余照斌 张广清 葛晶晶

(清远市妇幼保健院, 广东 清远 511500)

〔摘要〕 **目的:** 探究血清超敏 C 反应蛋白 (hs-CRP) 诊断心力衰竭 (HF) 的临床价值。**方法:** 从清远市妇幼保健院选取 2018 年 6 月至 2019 年 6 月期间接受治疗的 HF 患者 92 例作为研究对象, 随机分为对照组和观察组, 各 46 例。对照组接受心脏彩色多普勒超声检查, 观察组行 hs-CRP 检测, 比较两组患者确诊、误诊及漏诊的检测结果。**结果:** 观察组患者的诊出率与对照组比较, 差异无统计学意义 ( $P > 0.05$ )。**结论:** 血清 hs-CRP 可用于诊断 HF 患者, 能为临床治疗提供参考。

〔关键词〕 血清超敏 C 反应蛋白; 心力衰竭; 心脏彩色多普勒超声

〔中图分类号〕 R 541.6 〔文献标识码〕 B

心力衰竭 (heart failure, HF) 是由于人体心脏的收缩或是舒张的功能出现问题, 不可以将单位时间内由静脉回心的血量从心脏完全排出<sup>[1]</sup>。使得单位时间内流入动脉系统内的血液量无法得到保证, 上腔静脉系、下腔静脉系和心静脉系中的血液发生沉积, 而导致心脏循环发生障碍<sup>[2]</sup>。本研究从本院选取 2018 年 6 月至 2019 年 6 月期间接受治疗的 HF 患者 92 例为研究对象, 分析超敏 C 反应蛋白 (hypersensitive C-reactive protein, hs-CRP) 对 HF 患者的临床价值, 详细内容如下文所述。

### 1 资料与方法

#### 1.1 一般资料

从本院选取 2018 年 6 月到 2019 年 6 月期间接受治疗的 HF 患者 92 例作为研究对象, 所有患者均符合《左心室舒张功能障碍性心力衰竭诊断标准》<sup>[3]</sup>中关于 HF 的相关

诊断标准; 随机分为对照组和观察组, 各 46 例。观察组男性患者 25 例, 女性患者 21 例, 年龄 46 ~ 86 岁, 平均年龄 (63.70 ± 11.2); 对照组男性患者 26 例, 女性患者 20 例, 年龄 46 ~ 86 岁, 平均年龄 (63.70 ± 11.2)。两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ( $P > 0.05$ ), 具有可比性。

#### 1.2 纳入和排除标准

1.2.1 纳入标准 (1) 所有的患者参加本研究均为自愿, 且愿意在研究过程中积极合作; (2) 患者在治疗过程中记录的资料没有损坏或缺。

1.2.2 排除标准 (1) 合并消化系统的恶性肿瘤、肿瘤、脑血管意外和严重的肝脏肾脏方面的疾病还有免疫系统疾病; (2) 合并认知障碍、糖尿病或对实验无法积极配合的患者; (3) 参加其他研究的患者; (4) 炎症感染性疾病; (5) 慢性肝病、肾功能不全; (6) 心肌梗死、不稳定性心绞痛。 (7) 妊娠、哺乳期女性。

〔收稿日期〕 2020-04-12

〔作者简介〕 余照斌, 男, 主管检验师, 主要从事临床检验中心工作。