

中,空肠输入肠内营养方式具有更好的临床效果。

参考文献

[1] Napier KJ, Scheerer M, Misra S. Esophageal cancer: A Review of epidemiology, pathogenesis, staging workup and treatment modalities[J]. World J Gastrointest Oncol, 2014,6(5):112-120.

[2] Berry MF. Esophageal cancer: staging system and guidelines for staging and treatment[J]. J Thorac Dis, 2014,6 (Suppl 3):S289-297.

[3] Wu AJ, Bosch WR, Chang DT, et al. Expert consensus contouring guidelines for intensity modulated radiation therapy in esophageal and gastroesophageal junction cancer[J]. Int J Radiat Oncol Biol Phys, 2015, 92(4): 911-920.

[4] McClave SA, Martindale RG, Vanek VW, et al. Guidelines for the Provision and Assessment of Nutrition Support Therapy in the Adult Critically Ill Patient: Society of Critical Care Medicine(SCCM) and American Society for Parenteral and Enteral Nutrition(A. S. P. E. N.) [J]. J Parenter Enteral Nutr, 2009,33(3):277-316.

[5] 余鸿,王理瑛. 胰十二指肠切除术后2种不同肠内营养途径并发症的临床观察与护理[J]. 新疆医科大学学报, 2015,38(5):646-648.

[6] Heneghan HM, Zaborowski A, Fanning M, et al. Prospective study of malabsorption and malnutrition after esophageal and gastric cancer surgery[J]. Ann Surg, 2015, 262(5):803-807.

[7] Garcia NM, McClave SA, Bozeman MC, et al. Emerging concepts in critical care nutrition and the provision of enteral nutrition support[J]. Curr Surg Rep, 2015, 3(11): 1-6.

[8] 韩超,赵艺媛,陶立燕,等. 食管癌患者术后早期肠内营养支持耐受性及影响因素的研究[J]. 中国中西医结合急救杂志, 2015,22(3):304-306.

[9] 曹玉根,林明,闫志坚,等. 胃癌根治术后早期联合肠内营养的应用[J]. 蚌埠医学院学报, 2015,40(8):1042-1043.

[10] 李刚,邹磊,童智慧,等. 床边放置鼻空肠营养管在重症急性胰腺炎病人中的应用[J]. 肠外与肠内营养, 2014, 21(1):20-23.

(收稿日期:2017-02-16 修回日期:2017-04-13)

• 临床探讨 •

小儿过敏性紫癜性肾炎临床特征及其相关危险因素分析

张小华,朱小晖

(湖北省天门市第一人民医院儿科 431700)

摘要:目的 观察小儿过敏性紫癜性肾炎(HSPN)的临床特征,并对其危险因素进行分析,探讨影响HSPN的危险因素,以期临床防治工作提供可靠依据。**方法** 选择2010年3月至2013年3月该院收治的过敏性紫癜(HSP)患儿318例,按照是否发生肾炎将其分为HSPN组和HSP组,比较两组患儿的一般资料、临床表现及实验室检查结果,对各主要影响因素首先进行单因素分析,对于有意义的因素再进行多因素Logistic回归分析。**结果** 单因素分析结果显示,两组患儿腹痛、皮疹反复、消化道出血构成,以及IgA、清蛋白、血小板计数(PLT)、抗链球菌溶血素(ASO)、胆固醇、三酰甘油水平差异有统计学意义($P < 0.05$);多因素Logistic回归分析结果显示,皮疹反复、清蛋白、消化道出血、三酰甘油及腹痛为HSPN的影响因素($P < 0.05$)。**结论** 皮疹反复、清蛋白、消化道出血、三酰甘油及腹痛是HSPN的独立危险因素,由此提示当患者出现以上表现时,应及早采取积极的治疗及预防措施,防止肾损伤的出现及进一步发展。

关键词:过敏性紫癜性肾炎; 临床特征; 危险因素

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.16.056 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)16-2473-03

过敏性紫癜(HSP)是一种较为常见的血管炎性综合征,其主要以小血管炎性病变为主。据报道,HSP多发生于儿童及青少年,且男性患者较女性患者多见^[1]。HSP性肾炎(HSPN)指由于HSP引起的肾脏损害,它是HSP最为严重的一种并发症,有文献报道HSPN一般发生于10岁以下的儿童,在成年人较为少见^[2-4]。本研究选择2010年3月至2013年3月本院收治的318例HSP患儿,分析HSPN的临床特征,并对其危险因素进行分析,探讨影响HSPN的危险因素,以期临床防治工作提供可靠的依据,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择2010年3月至2013年3月本院收治的318例HSP患儿,其中男186例,女132例;年龄2~18岁,平均(8.45±1.93)岁。发生HSPN患儿137例,将其作为HSPN组,其余181例患儿作为HSP组。HSP诊断标准按照2005年维也纳国际会议制定的关于HSP的诊断标准^[5],其内容包括:

(1)出现皮肤紫癜;(2)出现弥漫性腹痛;(3)出现急性关节炎或关节疼痛;(4)组织学检查显示主要以IgA为主的免疫复合物沉积。在诊断时(1)为必要条件,同时再出现(2)~(4)中至少一项则可诊断为HSP。HSPN诊断标准按照2009年中华医学会儿科学会肾脏病学组所拟定的诊断标准进行,其内容包括:在HSP的病程半年之内出现蛋白尿或者血尿。排除标准:(1)患有急性肾小球肾炎、肾病综合征、遗传性肾炎、IgA肾病、肾脏外伤、肾脏肿瘤的患者;(2)患有自身免疫性疾病的患者;(3)在发病前3个月内服用过对肾脏有损伤的药物。

1.2 方法 对患者的一般情况进行调查,包括患者的性别、年龄、发病季节、发病原因;对患者的临床表现进行观察,包括皮疹反复情况(皮疹1个月发作在3次以上为反复发作)、腹痛、消化道出血(包括呕吐血丝或者咖啡样物质、大便隐血试验为阳性、黑便)、关节症状(由于关节肿痛所引起的活动受限)、血管神经性水肿(症状包括肩背部、四肢及头部肿胀剧痛)。实验

室指标包括 IgA、三酰甘油、胆固醇、纤维蛋白原(FIB)、血小板计数(PLT)、红细胞沉降率(ESR)、抗链球菌溶血素 O(ASO)及血浆清蛋白。

1.3 统计学处理 采用 SPSS19.0 对数据进行统计分析, 计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示, 组间比较采用 *t* 检验; 计数资料以例数或百分率表示, 组间比较采用 χ^2 检验。HSPN 的影响因素采用 Logistic 回归分析。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

表 1 两组患儿相关临床资料比较($\bar{x} \pm s$)

因素	<i>n</i>	年龄 (岁)	IgA (g/L)	清蛋白 (nmol/L)	PLT ($\times 10^9/L$)	ASO (U/L)	ESR (mm/h)	胆固醇 (mmol/L)	三酰甘油 (mmol/L)
HSPN 组	137	9.43 \pm 1.74	2.54 \pm 1.16	30.67 \pm 5.92	248.17 \pm 124.64	103.26 \pm 117.35	14.08 \pm 8.92	4.13 \pm 1.03	1.51 \pm 0.84
HSP 组	181	8.05 \pm 2.28	2.06 \pm 1.23	36.01 \pm 6.28	279.83 \pm 103.71	151.47 \pm 210.83	14.80 \pm 11.63	3.29 \pm 0.77	1.03 \pm 0.72
<i>t</i>		1.472	5.823	7.281	4.322	4.931	0.847	3.193	6.281
<i>P</i>		>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05	<0.05

表 2 两组患儿一般资料及临床症状比较(*n*)

组别	<i>n</i>	性别		发病季节				过敏诱因			腹痛		
		男	女	春	夏	秋	冬	无诱因	药物	食物	感染	无	有
HSPN 组	137	81	56	41	32	33	31	60	2	6	69	51	86
HSP 组	181	105	76	52	43	40	46	84	2	8	87	97	84
χ^2		0.040		0.428				0.280			8.393		
<i>P</i>		>0.05		>0.05				>0.05			<0.05		

组别	<i>n</i>	皮疹反复		消化道出血		关节症状		血管神经性水肿	
		无	有	无	有	无	有	无	有
HSPN 组	137	54	83	73	64	81	56	89	48
HSP 组	181	105	76	152	29	120	61	124	57
χ^2		10.785		35.501		1.726		0.443	
<i>P</i>		<0.05		<0.05		>0.05		>0.05	

2.2 多因素 Logistic 回归分析 见表 3。对上述 8 项具有统计学意义的因素进行多因素 Logistic 回归分析, 结果显示, 皮疹反复、清蛋白、消化道出血、三酰甘油及腹痛是影响 HSPN 的独立危险因素($P < 0.05$)。

表 3 HSPN 影响因素的 Logistic 回归分析

因素	β	OR	Wald	<i>P</i>
皮疹反复	1.431	4.382	18.445	0.003
清蛋白	1.583	3.077	8.384	0.012
消化道出血	1.795	2.964	7.452	0.037
三酰甘油	1.842	2.503	6.381	0.042
腹痛	1.867	2.283	6.037	0.046

3 讨 论

HSP 是临床儿科常见的以小血管炎为主要病变的一种系统性血管炎, 其常常累积到患儿的皮肤、关节、胃肠道、肾、肺及脑等。据报道大约有 85% 的 HSP 患儿其皮疹出现 1 个月之内出现尿液检测异常, 而大约 97% 的患儿在 6 个月之内出现尿液检测异常, HSP 患儿其肾脏受累的发生率为 20%~80%^[6-7]。肾脏的症状一般出现在皮肤紫癜发生后 7~28 d, 虽然出现肾脏症状的患儿其预后良好, 但是若症状反复发作, 则

2 结 果

2.1 两组患儿相关临床资料、一般资料及临床症状比较 见表 1、2。两组患儿性别、年龄、发病季节、过敏诱因、关节症状、血管神经性水肿、ESR 比较差异均无统计学意义($P > 0.05$); 腹痛、皮疹反复、消化道出血、IgA、清蛋白、PLT、ASO、胆固醇、三酰甘油比较, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。

对肾脏损害会不断加重, 造成病程延长, 影响患儿远期预后, 甚至发展成为末期肾脏病, 因此, 对于危险因素的分析在 HSPN 早期发现并及时治疗有非常重要的临床意义^[8]。

HSP 是一种好发于春季的变态反应性疾病, 且一般男性多于女性, 在本研究中, 男女比例为 1.41 : 1.00, 且发病在春季最多, 为 29.25% (93/318), 这与文献^[9]报道结果相似。在一般资料比较中, 两组患者性别分布、年龄分布、发病季节及主要诱因之间差异均无统计学意义($P > 0.05$)。在年龄上, HSPN 组患儿年龄较 HSP 组大。有研究报道称 HSPN 多发于年龄较大的儿童中, 但本研究中两组年龄比较差异无统计学意义($P > 0.05$), 可能是由于本研究样本量不足所造成, 由此提示在下一步研究中应增大样本量。

临床症状比较显示, 两组患儿在腹痛、消化道出血及皮疹反复构成方面差异有统计学意义($P < 0.05$), 而在关节症状、血管神经性水肿构成上差异无统计学意义($P > 0.05$)。本研究选取的 318 例患儿全部发生皮肤症状, 主要发生于患儿的臀部、四肢远端及下腹部, 且多呈现对称性分布。HSPN 组患儿皮疹反复 83 例 (60.58%), HSP 组患儿皮疹反复 76 例 (41.99%), 两组比较差异有统计学意义($P < 0.05$), 且通过多因素 Logistic 回归分析可知, 皮疹反复是 HSPN 最危险的因

素。本研究结果与文献[10]报道结果相似,由此提示致病因素的持续或反复出现更容易导致血管发生变态反应性炎症反应,使肾小球及肾间质发生一系列炎症反应而最终导致肾脏损伤发生。本研究结果显示,两组患儿消化道出血及腹痛症状构成差异均有统计学意义($P < 0.05$),且多因素 Logistic 回归分析显示,二者均为 HSPN 的独立危险因素。

在实验室检查结果中,两组患儿 IgA、清蛋白、PLT、ASO、胆固醇、三酰甘油差异有统计学意义($P < 0.05$),在多因素 Logistic 回归分析中,清蛋白和 IgA 进入回归模型,为 HSPN 的独立危险因素。在机体肾脏发生损伤时,肾小球通透性有所增加,导致出现蛋白尿,这与肾小球滤过膜的电荷屏障受损有关^[11]。近年来,大量研究结果显示,IgA 在 HSP 的发病中起到至关重要的作用,IgA 包括 IgA1 及 IgA2,但是只有 IgA1 参与了发病^[12-14]。

综上所述,皮疹反复、清蛋白、消化道出血、三酰甘油及腹痛是 HSPN 的独立危险因素,提示当患儿出现以上表现时,应及时采取积极的治疗及预防措施,防止肾损伤的出现及进一步发展。

参考文献

[1] Li YY, Li CR, Wang GB, et al. Investigation of the change in CD4⁺ T cell subset in children with Henoch-Schönlein purpura[J]. *Rheumatol Int*, 2012, 32(12): 3785-3792.
 [2] Mohey H, Laurent B, Mariat C, et al. Validation of the absolute renal risk of dialysis/death in adults with IgA nephropathy secondary to Henoch-Schönlein purpura: a monocentric cohort study[J]. *BMC Nephrol*, 2013, 14(1): 169-171.
 [3] 杨进孙,汪长生,杨善兵,等. 乙型肝炎肝硬化并发肝肾综合征危险因素 Logistic 回归分析[J]. *中国病原生物学杂志*, 2012, 7(2): 115-117.
 [4] 郭宏湘,张建江,史佩佩,等. 儿童紫癜性肾炎和 IgA 肾病临床病理对比分析[J]. *中国当代儿科杂志*, 2012, 14(7): 506-509.

[5] 厉红,杨松,岳爱红,等. 血栓调节蛋白在过敏性紫癜合并紫癜肾炎患儿中的表达及其意义[J]. *中国妇幼保健*, 2012, 27(12): 1810-1811.
 [6] 曾嵘,石明芳,张罡. 过敏性紫癜患儿血清 sE-选择素和 sP-选择素水平的变化及其意义[J]. *海南医学院学报*, 2014, 20(2): 241-243.
 [7] 陶红,吴祥,肖红,等. 异常糖基化 IgA1 在过敏性紫癜患儿肾损害中的作用[J]. *海南医学院学报*, 2014, 20(1): 114-115.
 [8] Du Y, Hou L, Zhao C, et al. Treatment of children with Henoch-Schönlein purpura nephritis with mycophenolate mofetil[J]. *Pediatr Nephrol*, 2012, 27(5): 765-771.
 [9] 熊子波,罗琼,熊祖应,等. 成人紫癜性肾炎的临床病例分析与转归[J]. *中国中西医结合肾病杂志*, 2010, 11(12): 1077-1080.
 [10] Deng F, Lu L, Zhang Q, et al. Improved outcome of Henoch-Schönlein purpura nephritis by early intensive treatment[J]. *Indian J Pediatr*, 2012, 79(2): 207-212.
 [11] Zhou B, Yin S. Association of matrix metalloproteinase-9 level with the risk of renal involvement for Henoch-Schönlein purpura in children[J]. *Ren Fail*, 2013, 35(3): 425-429.
 [12] Jauhola O, Ronkainen J, Koskimies O, et al. Outcome of Henoch-Schönlein purpura 8 years after treatment with a placebo or prednisone at disease onset[J]. *Pediatr Nephrol*, 2012, 27(6): 933-939.
 [13] Calvo-Rio V, Loricera J, Martin L, et al. Henoch-Schönlein purpura nephritis and IgA nephropathy: a comparative clinical study[J]. *Clin Exp Rheumatol*, 2013, 31(Suppl 75): S45-51.
 [14] Mao YN, Liu W, Li G, et al. Urinary angiotensinogen levels in relation to renal involvement of Henoch-Schönlein purpura in children[J]. *Nephrology (Carlton)*, 2012, 17(1): 53-57.

(收稿日期:2017-03-19 修回日期:2017-05-27)

• 临床探讨 •

开腹手术与腹腔镜手术治疗早期卵巢癌临床效果对比研究

金娜,于岩岩,山广慧[△]

(山东省青岛市市立医院东院区重症医学科 266071)

摘要:目的 对比开腹手术与腹腔镜手术治疗早期卵巢癌的临床效果。方法 以该院 2011 年 6 月至 2014 年 6 月收治的 50 例早期卵巢癌患者作为研究对象,其中行开腹手术(开腹组)和腹腔镜手术(腹腔镜组)患者各 25 例,比较两组术后胃肠功能恢复、下地活动时间、术中出血量、并发症发生率和住院时间。结果 开腹组与腹腔镜组手术时间比较,差异无统计学意义($t = -0.877, P = 0.385$)。开腹组与腹腔镜组术后胃肠功能恢复、下地活动时间、术中出血量和住院时间比较,差异均有统计学意义($t = -6.487, -4.042, -8.606, -2.165, P < 0.05$)。开腹组与腹腔镜组术后并发症发生率比较,差异无统计学意义($\chi^2 = 1.020, P = 0.312$)。结论 腹腔镜手术在治疗早期卵巢癌中疗效显著,具有明显的优势,是一项安全的新技术,同时为腹腔镜治疗卵巢癌的护理提供了理论依据。

关键词:开腹; 腹腔镜; 卵巢癌; 临床效果

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.16.057 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)16-2475-03

卵巢癌是一种常见的女性生殖器恶性肿瘤^[1]。在卵巢癌的诊断和治疗中,是否采用腹腔镜手术一直是个具有争议性的

话题。既往早期的卵巢癌手术主要以开腹手术为主,这是因为担心腹腔镜手术造成肿瘤穿刺口转移、肿瘤播散和破裂。有研

[△] 通信作者, E-mail: 937965101@qq.com.