

# 天津医科大学代谢病医院 医政简报

第 6 期

天津医科大学代谢病医院医务科

2011 年 12 月 10 日

## 本期要点

- “望触叩听” 丢不得
- 我院主诊查房比赛圆满完成
- 我院通过了 2011 年度结核病筛查上报工作的检查
- 我院举办天津医科大学代谢病医院第二届临床知识竞赛

## 题记

在我院进行了“主诊查房比赛”时，专家们不断对临床医生的物理检查提出建设性的意见和建议，笔者就想到了如何通过专家-主诊医生-住院医生“传帮带”的方式不断强化医生最基本的技能、最看家的本领，让“望触叩听”留在临床。笔者读到刊登在《健康报》上的此文，感受颇多，摘录下来，以飨我院医生。

## “望触叩听” 丢不得

《健康报》今年 6 月 16 日头版刊发《一本用一生寻找的书》一文，记述了北京协和医院急诊科首任主任、已经 89 岁高龄的邵孝洪教授有一个一生的遗憾，那就是他用尽一生的时间一直在寻找、始终也没有找到的一本书。读罢此文后，同济大学附属东方医院临床心理科主任赵旭东心绪难平，发动自己在德国留学的 3 名学生，终于找到了这本德文名为《不需要辅助手段的紧急诊断》的书。

“如果有可能，我们愿意把这本书翻译成中文。”赵旭东说，“这不仅是为了帮老人家了却一个心愿，更是因为现在太多医生过于依赖仪器和药物。我认为，即使在今天，‘望触叩听’依然不会因为现代医学的进步而过时。”

## 物理检查弱化很自然

7月28日7点，在北京还没有完全“醒”来的时候，北京协和医院骨科年轻医生、进修医生和医学生已经开始每周一次的半小时晨读会，请本科主治医师以上的医生轮流介绍本专业包括“望触叩听”在内的基础知识和基本技能。骨科主任翁习生说：“年轻医生总希望一上来就做大手术，可我们培养的不是开刀匠，而是能看病、会看病以及知道为什么要这样去看病的医生。”

“‘望触叩听’再查能查出个花儿来吗？用X线机一照不就一目了然了吗？同时，传统的‘望触叩听’是依然一成不变，还是该与时俱进？”对于“望触叩听”的作用，很多医生有着不同看法。

北京协和医院急诊科住院医师须晋认为，当前，病人对诊断时间和就医效率有很高的期望，辅助检查不仅能快速地给出比医生的双手更加详细、精确的描述，而且还能留下一个客观的报告，何乐而不为？因此，物理检查应该简化。

北京协和医院急诊科副主任王仲认为，医学技术的发展不是为了省略“望触叩听”，医生的手还是要尽可能摸得仔细，接下来再用现代化的手段来验证发现的线索就可以了。“‘望触叩听’的水平是不是必须达到张孝骞时代的要求，这个问题值得商榷。”

一些疾病新的体征和症状也在不断被发现，吴东说，过去脑膜炎查体主要是判断有无颈项强直，由于主观性比较强，现在已改为让病人摇头。过去腹膜炎查体主要是看有无按压反跳痛，现在则改为让病人咳嗽，如果咳嗽时肚子痛则等同于反跳痛。

### 物理检查就是“勘察现场”

记者随北京协和医院神经内科主任崔丽英出诊时，面对一位被怀疑为“渐冻人”的患者，她不是先看核磁检查结果，而是从口袋里取出了一把小锤子，敲了敲患者已经失去知觉的右腿。

“别小看这把小锤子，再发达的国家用的也是这套工具。辅助检查不是万能的，神经科首先讲的是定位，然后才是定性，而要准确定位，就必须依靠最基础的物理检查。”崔丽英说。

这把锤子还帮崔丽英为一位70多岁的老人找到了正确病因。一年多来，这位老人总是感到双腿没劲，在别家医院做了脑部核磁，因为片子上

有几个小点而被诊断为脑梗。然而，住院治疗了几个月，不仅不见好转，反而越来越重。

老人进诊室后，崔丽英先是掏出了小锤子，发现老人腿部力量非常好，肌力达到 5 级。再做几个神经系统的检查发现，腱反射很低，没有病理征，拿针一扎，还有周围的感觉障碍。崔丽英断定，老人不是脑梗，而是深感觉的共济失调。再细问病史，老人说，因为胃不好，已经吃素很多年了。不吃肉就会缺乏叶酸，一查维生素血项，患者叶酸 B12 的指数非常低，需要马上补充叶酸 B12，一个月只需 100 多元就药到病除了。

“深感觉共济失调属于脊髓损害，光靠影像是查不出来的。”崔丽英说，事实上，很多神经科的疾病都无法通过影像作出诊断，甚至做了病理也无法判断。对于神经科来说，没有一种疾病仅凭 CT、PET 的结果就能够确诊。如果医生不能通过物理检查作出正确的定位，即使头、颈、胸、腰都做核磁共振，病人上万元都花出去了，最后可能还会诊断不清。

“单纯依赖物理检查或者辅助检查，都难以作出最终的诊断。”王仲说，比如病人的肝表面有个包块，到底是液性的还是实性的，是肝癌还是肝脓肿？光靠手是摸不出来的。以前只能采取开腹探查，而现在有很多手段可以给出一个明确的答案。但是，让这个病人做 CT，前提是医生首先要摸出这个包块，并依据摸上去的软硬程度及病人的体征，作出一个初步的判断和假设，再依据这个假设去选择检查项目。也就是说，没有前面的“望触叩听”就没有后面的 CT 检查。

北京协和医院感染科副教授范宏伟说：“诊断好比探案。难道因为有了 DNA 技术，就不用询问目击人，不去勘察现场了吗？问病史就是找证人，物理检查就是勘察现场。”

### **“望触叩听”也是一种“仪式”**

“望触叩听永远是正确诊断的基石。”范宏伟认为，物理检查的核心是一种医生工作和思考的方法，它教会医生如何和病人交流，如何从查体中发现异常，再如何将问和查结合起来去发现疾病的线索。这种方法永远不会过时。

吴东则认为，物理诊断的精髓是“医生要和病人在一起”的理念，而这一理念永远也不能改变。

在一号难求的北京协和医院免疫科，35 岁的王迁的门诊号已经被票

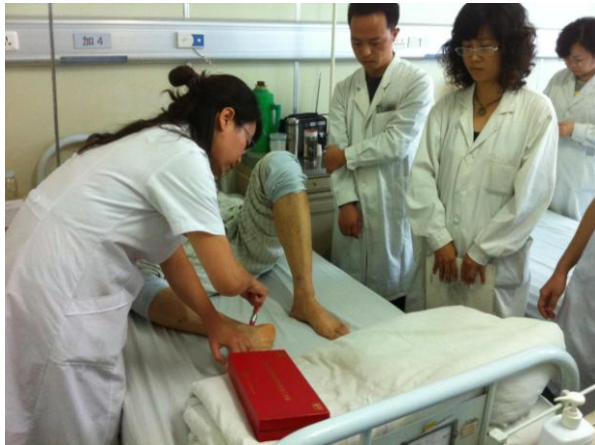
贩子炒到了 500 元，然而当患者经历千辛万苦终于走进诊室时，面对的却是一张天生的“娃娃脸”。在每个病人平均只有短短 10 分钟的诊疗时间里，如何才能取得他们的信任？王迁的办法很简单，就是依靠认真的物理检查。

“望触叩听是一种仪式，也是患者的一种心理需要。”王迁说，在当实习大夫时他就发现，大部分患者都特别愿意让医生查体，因为他们认为看病就应该是这个样子。已经走了几家医院的病人自己也会比较，如果大夫听他倾诉、为他触诊，他会觉得这个大夫确实会看病，应该很有经验。触诊是医生和病人的第一次“亲密接触”，认真查体是大夫对病人关心和在意的表现，它会使患者更加信任医生，而这种信任将直接关系到疗效。

“望触叩听在建立良好医患关系上具有重要意义。”赵旭东认为，到医院看病，患者期待的不仅是技术性的对待，还包括有效的沟通和心理的满足。很多医生都以为是刀和药治好了疾病，他们不知道医生治病的看家本领正是医生自己，医生应该把自己看成刀、当成药，使自己成为一个能够影响病人、促进疗效的安慰剂。

## 我院主诊查房比赛圆满完成

为强化临床诊疗质量，提升三级查房水平，发挥临床专家“传帮带”的作用，促进主诊医师的成长，近日，我院举行了主诊医师查房比赛，该比赛是我院提高医疗质量、保证医疗安全的一系列重要举措之一。



这项活动得到院领导、临床科室专家的大力支持和全院医生的积极响应。比赛共分为 4 期进行，覆盖了我院全部 9 个住院病房。评委组由陈莉明副院长、医务科宋振强副科长及各临床科室专家组成，参赛主诊医师采取科室选派的形式进行报名，共有 9 名主诊医师参赛。



比赛要求各参赛者自行准备病例，有针对性的进行示教查房。比赛过程中，专家评委到查房现场，围绕参赛医师的查房准备、病例汇报、体格检查、教学互动、医患沟通等多个方面参照查房评分标准进行打分，评委在赛后也纷纷对查房流程和内容进行点评，对参赛选手进行肯定的同时也指出了查房过程中的疏漏，如个别医师只注重专科局部检查，忽视系统查体，有的医师诊疗不符合指南和规范，有的偏重于经验医学，缺少循证支持等，为主诊医生在今后的查房工作提出了宝贵意见。经过激烈角逐，糖尿病内分泌科高璐医生荣获本次比赛一等奖，糖尿病肾病透析科吕琳医生与糖尿病肾病科单春艳医生共获二等奖，其余参赛医生获得优秀奖。

此次比赛是医院强化对主诊医师进行“有所专长，独挡一面”培育目标的有针对性举措之一。医院拟通过一系列的培育活动推动了主诊医师诊疗水平和带教能力的提高，激发主诊医生“精益求精”的专研热情，在医院内形成比、学、赶、超的良好氛围。通过这次比赛，巩固了主诊医师的临床基本功，增强了各级对医师查房工作的重视程度，促进了医院整体医疗水平的提高。



### **我院通过了 2011 年度结核病筛查上报工作的检查**

为贯彻落实《天津市 2011 年结核病防治工作方案》要求，进一步加强结核病疫情报告、归口管理工作，规范结核病网络直报工作，天津市结核病控制中心专家组于 12 月 6 日对我院结核病疫情上报工作进行了检查。

我院涉及 13 个报疫科室，共计 28 个报疫小组（门诊 15 个，病房 9 个，辅助科室 3 个，急诊 1 个）。检查依照市级结核病疫情监测医院的标

准进行，专家组检查了我院报疫工作制度的执行，各临床科室的报疫登记及疫情报告的合格率、及时率、漏报率等。此外，专家组到放射科进行了抽查，并检查了全年度的胸片报告结果。

我院本年度结核病上报的漏报率是 0%，本年度共报疫 28 例，报疫率 0.04%；同期网络报疫 28 例，归口 23 例，归口率 82%；主动到位 9 例，到位率 32%，其中肾病科、血透科、内分泌科、消化科主动到位率较好，接近标准百分率 38%。

天津市结核病控制中心对我院的结核病疫情年终检查给予了充分肯定，我院将在今后进一步做好结核病疫情的报告工作，做好并规范结核病网络直报工作。

## 我院举办第二届临床知识竞赛



按照天津医科大学“创先争优为民服务”活动的精神，结合医院实际，作为创先争优“三亮三比三创三评”重要组成部分，我院于 11 月 28 日举办了天津医科大学代谢病医院第二届临床知识竞赛。

知识竞赛包括必答题和抢答题两个环节。此次竞赛的内容更侧重于内科基础知识，包括诊断学，药学，临床检验，糖尿病相关学科的临床知识，同时也对医疗核心制度、相关法律法规、医保相关规定设定一些题目。

比赛开始前，院所党总支部书记柳春敏讲话，她指出开展临床知识竞赛有助于强化“三基三严”，提升医务人员的素质培养，并希望各参赛医师在比赛中正常发挥取得优异的成绩。比赛由医务科副科长宋振强主持，由陈莉明院长、医保科科长董志敏、医院法律顾问卢占奎及各临床科室专家担任评



委。竞赛过程中，参赛医师自信沉稳、从容不迫、谨慎答题，显示出了扎实的知识功底。抢答题环节中，参赛医师热情高涨，积极踊跃地参与抢答，比赛现场气氛热烈。评委们还针对参赛医师的回答进行了精彩点评，使参



赛医师和观众都受益匪浅。经过激烈角逐，糖尿病心血管科楼朱艳娟医生和糖尿病痛风科苏悦医师获得一等奖，糖尿病足科李一君医师和糖尿病肥胖科陈碧霄医师获得二等奖，其他参赛医师获得优秀奖。比赛结束后，陈莉明院长发表了讲话，她充分肯定了

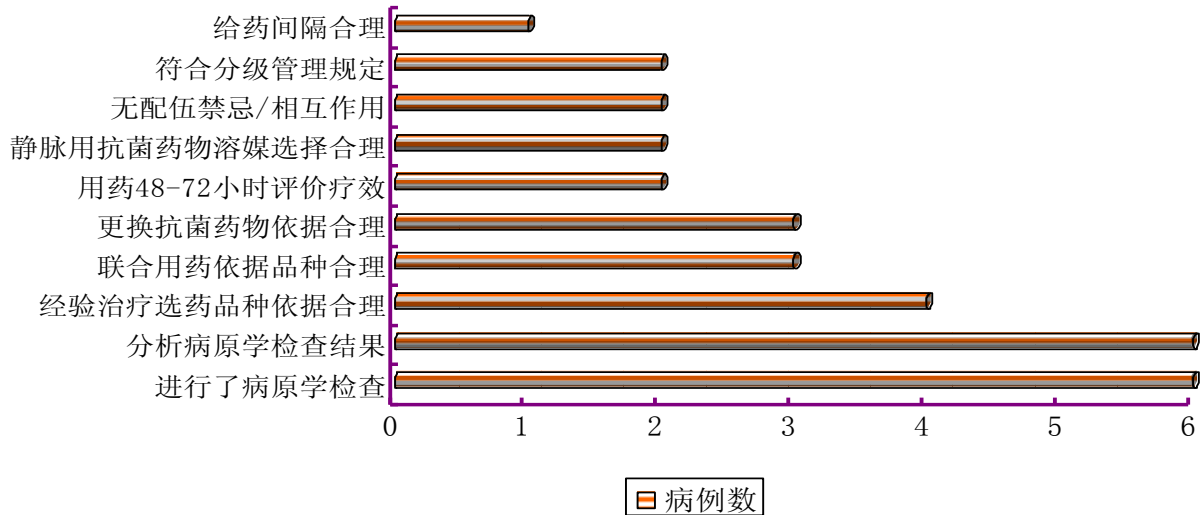
参赛医师的表现，希望我院医务人员以此次活动为契机，加强对医疗法律知识的学习和核心制度的掌握，不断夯实理论与实践基础，以确保我院的医疗安全和医疗质量。

本次临床知识竞赛是医院强调住院医师“基础扎实，专业规范”的专业化培训系列活动的一部分，对住院医师不定期的考核和竞赛有助于通过外力促进医务人员理论知识的夯实，营造良好的学习氛围。

## 十月份我院使用抗菌药物点评情况

我院 10 月份共点评 19 位医生的 48 份病历，平均分是 19.25 分，出现不合理的原因如下：

### 十月份我院抗菌药物点评出现的不合理原因



由以上图表可知：其中没有进行病原学检查及其缺少分析病原学检查结果各占 12.5%；经验治疗选药品种依据不合理占 8.3%；联合用药依据品种不合理及更换抗菌药物依据不合理各占 6.3%；缺少用药 48-72 小时评价疗效、静脉用抗菌药物溶媒选择不合理、有配伍禁忌/相互作用、不符合分级管理规定各占 4.2%；给药间隔不合理占 2%。

### 午间讲坛在我院继续开展

十月份，我院高璐副主任医师、谢云主任、李晨光医师分别就《糖尿病合并亚临床甲减的诊治进展》、《胰岛素泵的规范化治疗》、《慢性心衰的诊治》进行了讲座。



## 我院上报传染病和慢性病

2011年10月份我院上报市疾病预防控制中心疑似肺结核共2例，首诊糖尿病36例。

2011年11月份我院上报市疾病预防控制中心疑似肺结核共2例，首诊糖尿病32例。

## 住院患者满意度调查及医疗服务投诉情况

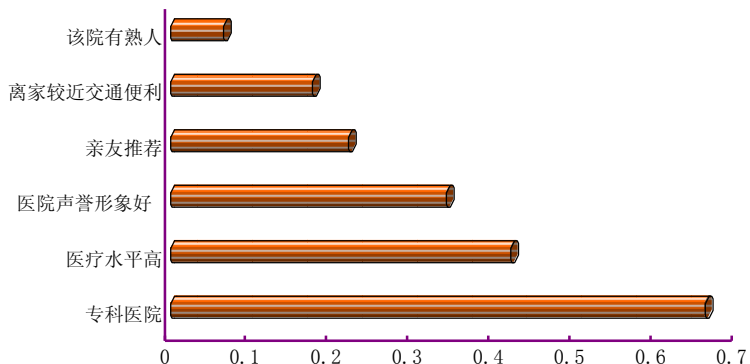
2011年10、11月份我院共随机问卷调查病房住院患者各180人，各收回问卷160份，各电话随访出院患者40人。电话随访对住院期间医疗服务的满意率为100%，对服务质量无意见和建议。住院患者总体满意度调查结果如下表。

## 2011 年 10 月份我院住院患者满意度调查统计

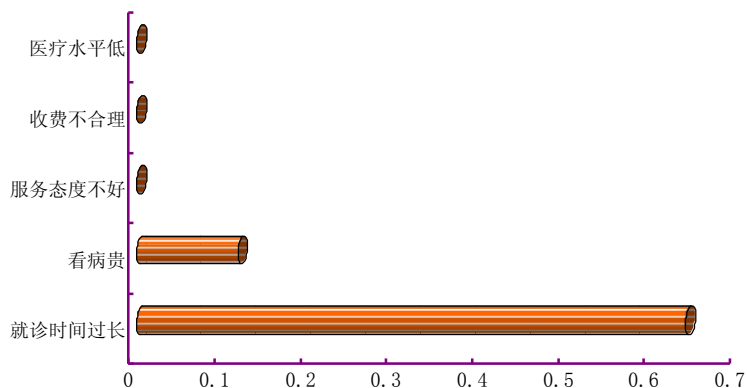
	项目	选项	百分比
对医生服务质量	服务态度	满意及以上	100
	决定治疗方案时询问患者意见	满意及以上	100
	耐心倾听病情	满意及以上	100
	特殊治疗征求患者意见	满意及以上	100
	进行特殊检查和使用贵重药时征求患者意见	满意及以上	100
对护士服务质量	服务态度	满意及以上	100
	入院时能否介绍规定	介绍	100
	定期巡视病房，有事及时到达	满意及以上	100
	发药打针时及时给予指导	满意及以上	100
对检验服务质量	服务态度	满意及以上	97.8
对特检服务质量	服务态度	满意及以上	96.7
对医院工作满意度	有需要时，医护人员能立即处理	满意及以上	96.1
	等待检查治疗时间合理	满意及以上	92.8
	就医流程方便	满意及以上	88.9
	办理住院手续等候时间合理	满意及以上	92.8
	医护人员尊重病人	满意及以上	93.3
	就医环境安静、干净	满意及以上	90
医院规章制度执行情况	是否收到过费用清单	每天收到	98
	就医过程中，是否清楚与哪个部门沟通	清楚	94.4
“五要五不得”制度执行情况	住院患者标本和报告是否有专人送取	无人送取	0
	住院患者需要检查时是否有专人陪护	无人陪护	0
	转科患者是否有专人护送	无人护送	0
	贵重药品是否由医务人员领取	非医务人员	1.7
	需要会诊的患者是否有专人陪护	无人陪护	0
收取红包	是否送过红包给医务人员	收过红包	0
	是否感觉医生提取药物回扣	有回扣和提成	0

**住院患者对就诊医院的看法：** 总体对医院满意程度评价：满意度占 96%

患者信任我院的主要原因



当前医院存在的主要问题

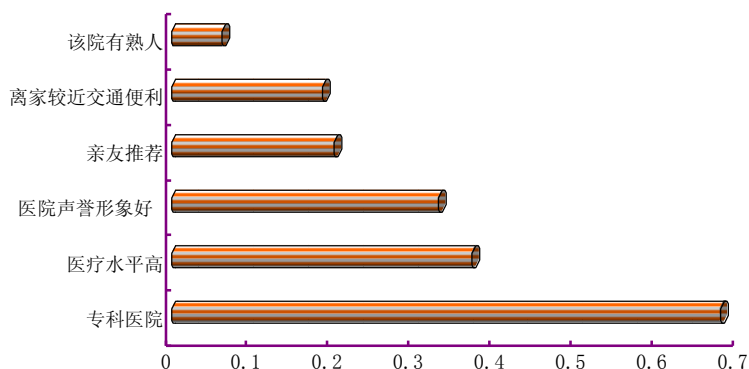


## 2011 年 11 月份我院住院患者满意度调查统计

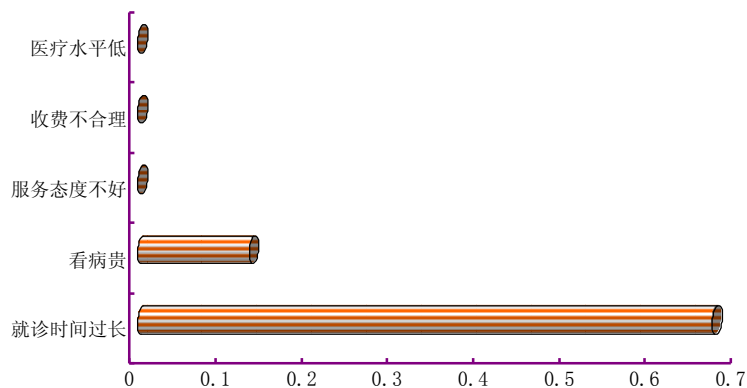
	项目	选项	百分比
对医生服务质量	服务态度	满意及以上	100
	决定治疗方案时询问患者意见	满意及以上	100
	耐心倾听病情	满意及以上	100
	特殊治疗征求患者意见	满意及以上	100
	进行特殊检查和使用贵重药时征求患者意见	满意及以上	100
对护士服务质量	服务态度	满意及以上	100
	入院时能否介绍规定	介绍	100
	定期巡视病房，有事及时到达	满意及以上	100
	发药打针时及时给予指导	满意及以上	100
对检验服务质量	服务态度	满意及以上	98
对特检服务质量	服务态度	满意及以上	96.7
对医院工作满意度	有需要时，医护人员能立即处理	满意及以上	97.2
	等待检查治疗时间合理	满意及以上	94.3
	就医流程方便	满意及以上	90.2
	办理住院手续等候时间合理	满意及以上	93.3
	医护人员尊重病人	满意及以上	93.3
	就医环境安静、干净	满意及以上	90.6
医院规章制度执行情况	是否收到过费用清单	每天收到	98.9
	就医过程中，是否清楚与哪个部门沟通	清楚	96.1
“五要五不得”制度执行情况	住院患者标本和报告是否有专人送取	无人送取	0
	住院患者需要检查时是否有专人陪护	无人陪护	0
	转科患者是否有专人护送	无人护送	0
	贵重药品是否由医务人员领取	非医务人员	2.8
	需要会诊的患者是否有专人陪护	无人陪护	0
收取红包	是否送过红包给医务人员	收过红包	0
	是否感觉医生提取药物回扣	有回扣和提成	0

**住院患者对就诊医院的看法：** 总体对医院满意程度评价：满意度占 98%

患者信任我院的主要原因



当前医院存在的主要问题



## 他山之石（中山大学附属第三医院） 疑难病例讨论

以显著肥胖为主要表现、伴糖尿病的 Prader-Willi 综合征

### 病例摘要：

患者男，18岁，体重增加15年，加剧5年，于2010年7月22日入住我科。15年前起无明显诱因出现多食，体重增加，无精神异常及性格改变，学习成绩较差，平素运动较少。5年前体重达80公斤，曾在当地医院就诊，经相关内分泌激素测定和垂体、肾上腺CT检查未发现明显异常，诊断单纯性肥胖，建议饮食运动干预，未进行药物治疗。近5年来体重不断增加，共增加约50公斤。为进一步诊治来我院就诊。起病来无口干、多饮，多尿；无怕冷、无汗、嗜睡、乏力；无头痛、视野缺损；无情绪不稳定、烦躁、失眠等变化。早产儿，无产伤史，出生体重2.6 kg；出生后发现患儿隐睾，肌张力低下，动作无力，哭泣无声和吸吮困难；3个月时方能哭泣有声，前3个月靠鼻饲和静脉营养，6岁时因为发现一侧睾丸坏死，行一侧睾丸切除并对侧睾丸复位固定术。7岁以后身高增长稍缓慢，略低于同龄儿童；上学后语文、数学成绩差，不爱活动，视力差但语言交流能力尚可。体查：身高156 cm，体重130 kg，BMI: 47.26 kg/m<sup>2</sup>。额径窄，杏仁眼，低鼻梁，满月脸，上唇薄，手足短小，手指细尖。男性外生殖器仍为幼稚型，一侧睾丸小，约2ml，阴茎细小，长4cm。无男性第二性征表现。生理反射存在，病理反射未引出。

### 实验室检查：

**糖代谢检查：**糖化血红蛋白 6.8%，空腹血糖 5.65 mmol/L

### OGTT：

时间点	2011年7月21日	2011年7月24日	2011年7月29日
0分钟	5.65	5.8	7.93
1小时	11.23	11.5	13.04
2小时	10.83	12.3	16.72

### 垂体激素检查：

测定值	参考值
ACTH	4.66 pmol/L      0~10.2 pmol/L
FSH	2.8 mIU/ml      1.4~18.1 mIU/ml

LH	0.24 mIU/ ml	1.5 ~ 9.3 mIU/ ml
PRL	97.26mIU/ ml	48 ~ 375 mIU/ ml
TSH	1.853 uIU/ ml	0.35-5.5 uIU/ ml
GH	0.126ng/ml	0-10 ng/ml

血清胰岛素样生长因子 1 浓度: 37.5ng/ml (参考值 : 11-18 岁 111 ~ 903 ng/ml)

**血皮质醇节律:**

0AM 105.84 nmmol/ L

8AM 157.13 nmmol/ L (参考值 : 118.6 ~ 618 nmmol/ L)

4PM 156.66 nmmol/ L (参考值 : 88.3 ~ 459.6 nmmol/ L)

**甲状腺激素:**

T3 2.89 nmmol/ L (参考值 : 0.92 ~ 2.79 nmmol/ L)

FT3 5.33 pmmol/ L (参考值 : 2.8 ~ 6.3 pmmol/ L)

T4 113.9 nmmol/ L (参考值 : 58.1 ~ 140.6 nmmol/ L)

FT4 16.21 pmmol/ L (参考值 : 11.5 ~ 22.7 pmmol/ L)

**性激素测定:**

血浆总睾酮 1.63 nmmol/ L (参考值 : 8.4 ~ 28.7 nmmol/ L)

垂体核磁共振示垂体微腺瘤，肾上腺 CT 未见异常，腹部及大腿 CT 示全身皮下脂肪明显增多，前盆壁皮下脂肪厚度 73.8mm，侧盆壁皮下脂肪厚度 97.5mm，后盆壁皮下脂肪厚度 66.6mm，双侧大腿皮下脂肪厚度 66.1mm。

呼吸睡眠监测提示为轻度呼吸睡眠暂停。

双腕关节正位片示双侧桡骨远端骨骺线未完全愈合，骨龄与实际年龄相符。

患者为 18 岁男性显著肥胖伴血糖升高达到糖尿病诊断。皮质醇水平正常，及甲状腺功能正常，排除库欣综合症及甲状腺功能减退；结合病史存在出生时手足无力，吸吮力差喂养困难，3 岁起逐渐肥胖，生殖系统发育低下，智力发育迟缓，食欲佳，有较特殊外貌额径窄，杏仁眼，低鼻梁，上唇薄，手脚相对于其身高和年龄较小。患者肥胖为病态肥胖，糖尿病可能系特殊类型糖尿病，临床考虑 Prader-Willi (PWS) 综合征可能，根据 Holm 等在 1993 年提出的诊断标准，进行临床评分，评分为 11 分，其中

主要标准得分 7 分，临床诊断 PWS。为进一步诊断通过染色体高分辨显带分析确定，该患儿核型为 46, XY, del (15) (q11~13)，临床确诊 PWS。给予 GH 按 1mg/m<sup>2</sup>d 治疗，针对肥胖和糖尿病给予二甲双胍 1.0 BID 治疗。

**教授查房意见：**Prader-Willi 综合征 (PWS) 因最早 (1956 年) 由 Prader 报道而得名，是一种遗传性的肥胖综合征，临床以多食肥胖，肌张力低下，性腺功能低下和生长激素缺乏为特征。发病率为 1:10 000 - 1:25 000。PWS 的分子基础是 15q11 - q13 位点父源染色体上的候选基因表达缺失，其中 75% 是父源等位基因缺失，22% 是母源的单亲二倍体，3% 是印迹中心的甲基化异常。PWS 儿童期开始就可表现过度摄食、肥胖，由于严重肥胖，糖尿病的发生率明显升高并且常伴胰岛素抵抗。临床上对年轻患者肥胖伴糖尿病或糖代谢异常者要考虑特殊类型的糖尿病，如伴有多食肥胖，出生时肌张力低下喂养困难史，伴有性腺功能低下特别是隐睾和生长激素缺乏等特征要考虑到 PWS，临床诊断可以根据 Holm 等在 1993 年提出的诊断标准进行评分，8 项主要标准每项 1 分，11 项次要标准每项 0.5 分，8 项支持证据；支持证据可增加诊断的确定性，但不计得分。小于 3 岁患儿计分 5 分，其中主要标准得 4 分即可诊断；大于 3 岁儿童和成年人累计 8 分，其中主要标准得 5 分即可诊断。治疗为综合治疗，饮食运动干预和药物治疗。以往的研究已经表明，在 PWS 的糖耐量异常的发病率是 16-83%，15 岁后糖尿病的发病率显著升高。其糖代谢异常被认为可能与肥胖有关的胰岛素抵抗相关。针对糖代谢治疗有双胍类和胰岛素增敏剂，最近有使用 GLP-1 受体激动剂治疗，观察到良好血糖控制及体重下降的效果。PWS 的早期诊断和治疗很重要，患者青春前期即开始治疗，可改善最终的身高，特别是青春期，骨龄小于 12 岁的女孩。在无外源性性激素治疗的患者，性发育多不完善，导致性征的成熟程度与众不同，使患者精神压力增大。性激素替代治疗可改善性征，并促进心理成熟，特别在男性患者，可促进男性第二性征发育。通过合理治疗许多患者能成活到成年，并体重控制良好。PWS 患者存在下丘脑性生长激素缺乏，因而 GH 治疗对改善患者的生长发育、身体组成、脂肪利用等多方面有显著效果，呼吸肌力量、身体力量及动作敏捷性同时得到改善。说明 GH 可能对 PWS 患者某些残疾有所改善。瑞典一项对平均年龄 25 岁的成人患者

进行了 GH 治疗,研究发现在 6 到 18 个月的治疗后,认知和运动能力测试有显著改善。当治疗停止后,身体、社交状况以及整体功能都有损伤。近些年来,有报道治疗中发生死亡事件,使人们对 GH 治疗的安全性提出质疑。回顾分析发现这些患儿有以下 1 个或多个问题:严重肥胖、呼吸道受损史、或睡眠呼吸暂停、或未确诊的呼吸道感染。男性患者危险性会增加。在行治疗前,应先解决患者上呼吸道梗阻问题,均应行呼吸睡眠监测和口咽部检查,有扁桃体肥大者考虑行切除术,并积极治疗上呼吸道感染,所有治疗者都应有效控制体重,若治疗中出现呼吸道梗阻表现,应停止治疗。该患者显著肥胖伴糖尿病,临床上存在出生时手足无力,喂养困难病史,有较特殊外貌,性腺功能低下和生长激素缺乏是一例典型的 PWS。经过呼吸睡眠监测提示为轻度呼吸睡眠暂停,给予 GH 治疗,治疗期间应密切注意观察呼吸道感染和梗阻的情况。该患者经过高胰岛素-正常葡萄糖钳夹评价胰岛素抵抗提示存在明显的胰岛素抵抗,因为 PWS 患者常存在多食故体重较难控制,又伴肥胖和糖尿病;最近一种治疗糖尿病的新药 GLP-1 受体激动剂 exenatide 显示良好的治疗效果,但还需要更多病例的观察。

## 危重病例讨论

### 病例 1: 暴发 1 型糖尿病并死胎

#### 病历摘要:

患者,23 岁,女,停经 32+6 周,恶心、呕吐 1 天,发现胎心消失 2 小时。于 2009 年 2 月 22 日入我院妇产科就诊。平素月经规则,7/28-32 LMP: 2008 年 7 月 7 日。定期在当地医院产检,50g 糖筛示 8.4mmol/L,OGTT 示: 4.54-6.15-5.96-5.69mmol/L。入院前 1 天无明显诱因出现恶心、呕吐,为胃内容物,胃纳欠佳,无腹痛、腹泻,无发热,诉可自觉胎动,较前无明显变化。夜间呕吐加剧,伴阵发性下腹痛,以右下腹最为明显,当地医院急诊彩超示:“晚孕,濒死胎(微弱胎心搏动,86-96 次/分)头位,胎盘前置,成熟度 II 级,羊水正常范围,注意脐带打结、胎儿心脏、脐带内血栓?脐带绕颈一周,脐带内未见血流信号”。转入我院妇产科。急诊 B 超示“胎儿大小相当于孕 33-周,胎心未闻及”。否认“高血压”、“心脏病”史,否认“乙肝”、“结核”等传染病史。“青霉素”过敏,否认家族性遗传病史。

**专科情况:** T 36.5℃, R 18 次/分, P 95 次/分, BP 101/55mmHg, 宫高 26cm, 腹围 84cm, 可及敏感宫缩, 胎位 LOP, 胎心未闻及。宫颈内口探查示宫颈消失约 40%, 宫口未开, 胎先露 S-2。

**实验室检查:** CRP 3.43mg/L, 血常规示: WBC  $17.29 \times 10^9$  /L, NEUT% 0.86; 生化示: AST 31U/L, ALT 15U/L, ALB 46g/L, GLU 30.68mmol/L, CREAT 63.7umol/L, UA681.6umol/L; 尿常规示: 尿酮体(++), 尿糖(+), 尿蛋白(+); 指尖血糖 26mmol/L; 血气分析示: PH 7.027, PCO<sub>2</sub> 6.7mmol/L, K 3.95mmol/L。

**诊疗经过:** 我科会诊, 考虑患者存在酸中毒, 血糖较高, 尿酮(++), 诊断糖尿病酮症酸中毒成立, 立即予胰岛素负荷量 10U 皮下注射, 10U 静推, 小剂量胰岛素 0.1U/(kg.h)(5U/h), 双管补液治疗, 碳酸氢钠 85ml 稀释后静滴。后复查血糖逐渐下降, 尿常规酮体阴性, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 正常, 改 5%GS 500ml+RI 6U 静滴维持。于 2009 年 2 月 23 日行穿颅术+接生术顺产一死女婴, 产后阴道流血不多, 宫缩好, 病理示: (胎盘) 部分胎盘绒毛纤维样变形, 纤维蛋白样物沉积, 部分绒毛内纤维增生, 胎盘散在淋巴细胞浸润; 脐带内见两条动脉、一条静脉, 脐带血管未见明显异常。术后转入我科, 查空腹胰岛素+C 肽: CpS: 0.01nmol/L, IRI: 0.17mu/L, 胰高血糖素刺激后: CpS: 0.02nmol/L, IRI: 0.06mu/L, 结合患者血糖情况、年龄、发病酮症倾向, 诊断 1 型糖尿病, 给予诺和灵 N 胰岛素 14U 及三餐前门冬胰岛素: 10U, 16U, 16U 控制血糖, 后因经济原因转回当地医院继续治疗。

## 病例 2: 1 型糖尿病酮症酸中毒合并急性胰腺炎

### 病历摘要:

患者, 女, 24 岁, 肌肉酸痛 1 周, 腹痛 3 天, 淡漠 2 小时于 2010 年 10 月 22 日入我院。患者入院前 1 周反复出现胸部、腰背部及四肢近端肌肉酸痛, 无放射痛, 改变体位无缓解。入院前 3 天出现全腹部疼痛, 无腹胀、腹泻, 不伴发热, 就诊华南师范大学校医院 (具体治疗经过不详) 无缓解, 转入我院 2 小时后出现神志淡漠、对答迟缓、呼吸深快及多尿。

**既往史:** “慢性阑尾炎”病史, 否认“高血压”、“心脏病”、“肾炎”等病史。否认“乙肝”、“结核病”史。

**专科情况:** T 36.5℃, BP 102/75mmHg, R 25 次/分, P 112 次/分,



神倦，轻度脱水貌，双肺呼吸音增快，双肺呼吸音粗，未闻及干湿啰音，无明显烂苹果味，HR: 112 次/分，律齐，未闻及杂音，腹平软，全腹轻压痛，无反跳痛，肠鸣音 4 次/分，肝脾肋下未及，移动性浊音阴性，双下肢无水肿、溃疡。

**实验室检查：**急诊查血常规：WBC:  $28.6 \times 10^9 /L$ ，NEUT%: 0.87；腹部超声示：盆腔少量积液，余部分显示不清；血生化：GLU 41.39mmol/L，BUN 10.07mmol/L；血气分析：PH 6.975，PCO<sub>2</sub> 9.2mmHg，PO<sub>2</sub> 107mmHg，BE -29mmol/L，BB 18.6mmol/L，HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 2.1mmol/L，st.HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 4.6mmol/L，TCO<sub>2</sub> 2.4mmol/L；胰腺炎 2 项：AMY 229.0U/L，LPS186.0U/L。

**诊疗经过：**血气分析示患者存在酸中毒，血糖水平较高，结合神情淡漠、呼吸深快等症状，糖尿病酮症酸中毒诊断明确，给予禁食、大量补液、小剂量胰岛素、纠正酸碱失衡等对症处理，建立 3 条补液通道，予生理盐水 500ml、生理盐水 500ml+10%KCl 15ml 及林格式液 500ml 快速滴注，生理盐水 500ml+普通胰岛素 50U（维持 50ml/h）滴注。复查血气仍示酸中毒，末梢血糖 Hi，尿常规：尿糖（++）、尿酮体（+++）。考虑患者存在胰岛素抵抗，提高小剂量胰岛素滴速，并予以诺和灵 R 6U 静脉注射，碱化血液。血糖降至 13.9mmol/L 以下后改为续滴 5%GNS+胰岛素（1g: 3U）。后患者情况逐渐稳定，糖尿病酮症酸中毒基本纠正。复查胰腺炎 2 项：AMY 880U/L，LPS 554U/L；腹部 CT 示：1. 急性胰腺炎，胰周及双侧肾周渗出，双侧肾筋膜增厚，少量腹水；2. 慢性胆囊炎，胆囊泥沙样结石；3. 双肺下叶后侧基底段炎症，双侧胸腔少量积液。胰腺炎诊断明确，予抑制胰腺分泌、抑酸、抗感染等对症治疗，请消化科会诊，**考虑：胆源性胰腺炎。**转消化科治疗后复查 CT 示：1. 急性单纯性胰腺炎治疗后改变，较前明显吸收、好转；2. 肝 S2 段小钙化灶；3. 慢性胆囊炎，胆囊结石；4. 小副脾。胰腺两项：AMY 80U/L，LPS 207U/L。转回我科以 MDI 方案继续控制血糖，并对患者进行糖尿病教育工作，血糖控制平稳后出院。