

查,观察到的有核细胞增生情况受到多方面的限制,诊断率较低。本文 55 例患者经涂片检查有 32 例细胞形态提示有核细胞增生减低,无法判断出最终诊断结果,其相应的骨髓印片和切片的有核细胞增生程度与之相比较,则会提高到 1~2 个级别,甚至 3~4 个级别。在随后的骨髓印片检查中,仅有 5 例细胞形态提示有核细胞增生减低,但仍有 8 例无法得到最终诊断结果,最后经切片、流式细胞学、基因检测,确诊为溶血性贫血 3 例,地中海贫血 3 例,慢性病性贫血 2 例。骨髓涂片、印片、切片,三者在诊断符合率上差异有统计学意义。

血细胞数量与功能缺陷是很多疾病所共有的表现,而对血液系统疾病常常是主要原因。采用骨髓穿刺涂片细胞形态学检查,取材、制片与染色方便,细胞形态清晰,出示诊断报告时间短,因此容易在基层医院开展。但是,骨髓穿刺液涂片易受穿刺技术、“干抽”与“血稀”等影响,使得标本不能真实反映骨髓情况,导致临床误诊、误治。病理切片的形态学观察本来源于一块完整的骨髓组织,不仅可以更加准确地判断骨髓造血细胞增生程度,而且能够对造血血细胞与血管、骨小梁、脂肪等组织的解剖关系进行观察,对局灶性病变或弥漫性受累进行区别。骨髓活检组织印片兼有涂片和切片的特征;与骨髓穿刺液涂片比较,骨髓印片可以更加客观地评估骨髓有核细胞增生程度;与骨髓组织病理切片相比,骨髓印片中细胞的形态特征会更清晰。

总之,在基层医院目前还无法推广开展流式细胞术、细胞遗传学与分子生物学检测的情况下,将骨髓穿刺液涂片与骨髓活检组织印片、切片三者的形态学观察结合起来,三者优势互补,可弥补彼此不足,将有利于最大限度地提高基层医院的血液病诊断水平。

参考文献

- [1] 龚旭波,卢兴国,徐根波,等.骨髓印片在骨髓细胞学检验中的应用价值[J].中华医学杂志,2010,22(90):1531-1536.
- [2] 范贤斌,朱蕾,卢兴国,等.骨髓涂片、印片和切片联检在诊断慢性骨髓增殖性疾病中的意义[J].实验与检验医学,2008,3(26):281-283.

甘精胰岛素和预混胰岛素治疗 2 型糖尿病的临床效果比较

福建省仙游县总医院(仙游 351200) 张明谦

2 型糖尿病临床多见,给患者的身心健康带来不良影响;长期的高血糖状态容易导致患者出现慢性功能障碍,如心脏、血管神经等受到的损伤将严重影响患者的生活质量^[1-2]。因此,及时采取有效措施,帮助患者控制症状,改善预后是临床急需开展的工作之一。以往,我院多为患者作单一的口服药物治疗,不能很好地控制血糖。为此,笔者以 2018 年以来收治的 80 例 2 型糖尿病患者为观察对象,使用甘精胰岛素和预混胰岛素进行治疗,旨在探讨两种药物的临床应用效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料:以 2018 年 1 月至 2019 年 1 月我院收治的 80 例 2 型糖尿病患者为观察对象,纳入患者符合 WHO 制定的诊断标准,且符合胰岛素的使用指征,排除肿瘤及肝脏损伤。将患者随机分为观察组和对照组各 40 例。观察组男 23 例,女 17 例,年龄 50~80 (61.28±2.63) 岁,病程 4~52 (32.58±1.03) h;对照组男 29 例,女 11 例,年龄 51~79 (63.24±1.27) 岁,病程 5~48 (29.67±1.25) h。两组患者的年龄、病程,性别具有可比性,差异无统计学意义 ($P>0.05$)。该项目经院伦理委员会批准,且患者家属知情同意。

1.2 治疗方法:1) 对照组给予预混胰岛素(国药准字 H20133107,诺和诺德(中国)制药有限公司),每次 4 IU,每日 3 次,三餐前注射。2) 观察组给予甘精胰岛素(国药准字 J20140052,赛诺菲北京制药有限公司)治疗,每天 12 IU,晚上睡前注射 1 次。患者早餐前测定空腹血糖,之后在患者进食 100 g 或者口服 75 g 葡萄糖,于第一口进食起计算时间,2 h 之后测量患者餐后 2 h 血糖。根据血糖值监测结果及时调整用药,记录出现的不良反应。实时对患者进行健康宣教,增加糖尿病相关知识;告知患者合理饮食,适当锻炼,戒烟酒,养成良好生活习惯;遵医嘱用药,使增强对治疗的信心,提高治疗的依从性。

1.3 观察指标:分析对比两组不同药物治疗后的空腹血糖、餐后 2 h 血糖值,以及可能出现的不良反应。正常空腹血糖值是 3.9~6.1 mmol/L,餐后 2 h 血糖 ≤ 7.8 mmol/L。如果患者空腹血糖 ≥ 7.0 mmol/L,或者餐后 2 h 血糖 ≥ 11.1 mmol/L 则为高血糖;如果患者空腹血糖值 ≤ 3.9 mmol/L,则患者出现低血糖。观察治疗后患者低血糖的发生情况、达标时间、胰岛素用量对比。

1.4 统计学方法:本组数据均经 SPSS 18.0 软件处理分析。符合正态分布的计量资料其表现形式为平均值±标准差,组间及组内比较采用 t 检验;计数资料用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组空腹血糖和餐后 2 h 血糖比较:治疗前两组空腹血糖和餐后 2 h 血糖比较无明显变化,治疗后观察组空腹血糖和餐后 2 h 血糖较对照组明显降低(表 1)。

表 1 两组患者治疗前后空腹血糖和餐后 2 h 血糖比较
($n=40, \bar{x} \pm s$)

组别	空腹血糖		餐后 2 h 血糖	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	8.2±2.5	6.82±1.9	13.5±4.8	7.43±2.8
对照组	8.5±2.8	8.35±3.4	13.6±5.0	9.85±5.1
t 值	1.642	9.752	2.641	8.296
P 值	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组低血糖的发生情况、达标时间、胰岛素用量对比:观察组的低血糖的发生情况、达标时间、胰岛素用量少于对照组。观察组出现低血糖 1 例(2.5%),达标时间(7.15±

1.36) d, 胰岛素用量 (16.5 ± 3.02); 对照组出现低血糖 2 例 (5.0%), 达标时间 (9.68 ± 2.85) d, 胰岛素用量 (28.5 ± 3.65), 两组达标时间、胰岛素用量比较的差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。

2.3 两组不良反应发生情况: 观察组不良反应的发生率为 5.0%, 对照组不良反应的发生率为 12.5%, 两组比较的差异有统计学意义 ($\chi^2 = 2.273$, $P = 0.025 < 0.05$, 表 2)。

表 2 两组不良反应发生情况 [n (%)]

组别	例数	恶心	呕吐	低血糖	总发生率
观察组	40	1 (2.5)	0	1 (2.5)	5.0%
对照组	40	2 (5.0)	1 (2.5)	2 (5.0)	12.5%

3 讨论

2 型糖尿病临床常见, 如管控不当对患者的身心健康和生活质量影响较大^[3]。2 型糖尿病主要是因为患者出现胰岛素抵抗或者是 β 细胞损伤而引起, 临床上应予以重视。以往临床上主要通过控制血糖治疗, 但效果不是很理想, 可能会导致患者出现并发症或者是低血糖。2 型糖尿病多见老年患者, 其年纪大, 免疫力低下, 基础病多, 肝肾功能降低, 加上长期高血糖, 使得治疗过程易出现低血糖, 甚至发生不良反应事件, 影响生命安全^[4]。

甘精胰岛素是近年来应用比较广泛的一种药物, 结构上主要由胰岛素 B 链 C 末端加 2 个精氨酸组成, 临床用药注入皮下时出现的微小沉淀可持续释放胰岛素, 从而维持血药浓度, 稳定峰值, 发挥出良好的效果; 其次, 还可以模拟生理性胰岛素的分泌, 减少低血糖的出现^[5]。本文对照组采用预混胰岛素治疗也有一定的疗效, 但是用药后会导致患者出现较大的血糖波动, 有作用高峰, 从而影响治疗的效果, 且预混胰岛素一日三餐前注射, 操作起来相对比较麻烦。而甘精胰岛素一般情况下仅需睡前注射 1 次, 操作简单快捷、不良反应少, 患者的接受度更高, 疗效也较为显著。此外, 甘精胰岛素的溶解性能较好, 血药浓度稳定, 可以和机体受体有效结合后发挥作用。

本次观察结果也显示: 治疗后观察组患者空腹血糖和餐后 2 h 血糖较对照组明显低下, 出现低血糖的例数也较少, 达标所需的时间和胰岛素用量也明显减少, 且治疗后的不良反应发生率明显降低。这些都说明, 甘精胰岛素疗效较好, 临床应用的安全性较高。

总之, 对 2 型糖尿病患者采用甘精胰岛素治疗效果较好, 可以有效帮助患者管控血糖, 减少不良反应发生, 增强治疗的依从性。

参考文献

- [1] 黄洁. 甘精胰岛素与预混胰岛素分别联合口服降糖药治疗 2 型糖尿病患者的效果比较 [J]. 实用临床医药杂志, 2019, 23 (20): 35-38.
- [2] 段瑜, 余林红, 方庆梅. 甘精胰岛素与预混胰岛素治疗 2 型糖尿病效果比较 [J]. 临床医学, 2018, 38 (12): 99-100.
- [3] 简树财, 刘毅, 李明秀, 等. 甘精胰岛素与预混胰岛素联合瑞格列奈治疗 2 型糖尿病的疗效及安全性评价 [J]. 检验医学与临

床, 2017, 14 (11): 1605-1607, 1610.

- [4] 励晶, 赵廷启, 王黎明, 等. 甘精胰岛素联合预混胰岛素治疗 2 型糖尿病的临床疗效及其对血浆氧化低密度脂蛋白的影响 [J]. 现代实用医学, 2016, 28 (3): 336-338.
- [5] 张晓红, 韩伟, 林涛. 甘精胰岛素联合阿卡波糖治疗预混胰岛素疗效欠佳的老年糖尿病 [J]. 实用医药杂志, 2016, 33 (3): 227-228.

超声漏诊阑尾炎与阑尾位置、病理分型关系的分析

山东省肥城矿业中心医院超声科 (肥城 2701608)

张 巍 王 玲

急性阑尾炎是外科常见急腹症, 多数患者发病时病情较为危急, 症状典型, 但也有部分患者发病时, 没有出现明显的剧烈疼痛, 临床容易出现误诊, 需要采取及时、准确的诊断措施, 尽快明确诊断并进行有效的治疗, 以使患者尽早康复。如果急性阑尾炎患者未得到及时有效的治疗, 就很容易引发多种并发症, 严重者甚至有生命隐患^[1]。近年来, 超声诊断急性阑尾炎在临床中得以普遍应用, 并已取得了良好的临床效果, 获得了广大患者的认可^[2]。本文通过对近 3 年来我院经手术病理证实而超声未能提示的急性阑尾炎与阑尾的解剖位置、病理分型之间的关系进行探讨, 以提高超声诊断的准确性。

1 资料与方法

1.1 一般资料: 选择 2016 年 1 月至 2019 年 5 月期间在我院普外科急性阑尾炎住院手术患者 509 例, 其中女 186 例, 男 323 例, 年龄 2~84 岁 (40.1 ± 5.1) 岁, 病程 4 h~11 d。患者均有不同程度的右下腹部压痛或腹部不适, 部分伴恶心、呕吐、发热。全部病例均经手术病理证实。

1.2 方法: 应用 HITACHI Avius、Mindray DC-8、PHILIPS EPIQ-5 彩色超声诊断仪, 探头频率 1.0~12 MHz。检查时患者常规采取仰卧位。首先用腹部低频探头对右侧腹部检查有无异常回声, 然后再应用高频探头对右侧腹部周围组织及脏器进行观察, 并采用探头加压扫查方法, 以麦氏点为中心, 360°加压寻找患者腹部有无压痛点, 并观察患者有无不适表情, 以发现阑尾炎声像图。

1.3 超声影像学诊断标准: 1) 急性单纯性阑尾炎: 高频探头可清晰显示增厚的阑尾管壁结构, 内层黏膜面与外层浆膜层为高回声, 中间肌层为低回声, 壁厚大于 2 mm, 阑尾直径大于 6 mm, 纵切面可见阑尾呈长条样或腊肠形肿胀, 横切面呈“同心圆”或“靶环”征。阑尾管腔闭合可见线状高回声, 有时轻度扩张呈无回声。阑尾无蠕动, 可探其盲端, 局部加压不变形。2) 急性化脓性阑尾炎: 阑尾明显肿胀, 直径可大于 10 mm, 黏膜层明显增厚, 回声增强, 欠规整, 纵切面呈“腊肠样”肿大, 横切面显示“同心圆征”, 管腔内为充满散在粗大点状或絮状物的弱回声区。阑尾周围及右侧腹腔可见无回声暗区, 部分阑尾腔内可见粪石强回声团, 后方伴声影。3) 急性坏疽性及穿孔性阑尾炎: 阑尾壁与管