

3.2 脂肪肝与高脂血症密切相关 血脂代谢紊乱是形成脂肪肝的重要因素之一。特别是单纯甘油三酯增高及甘油三酯、胆固醇均增高者尤为明显,尤其是中老年人,可能是中老年人转化过多摄入能量并加以储存的能力有限,使血中甘油三酯增高,中性脂肪在肝内蓄积而形成脂肪肝。大量研究资料表明,加强运动锻炼能有效地改善人体脂质代谢,使血清胆固醇、甘油三酯、LDL-C 和 VLDL 含量降低,而使 HDL-C 含量增高,能促进机体代谢,提高脂蛋白酶的活性,加速脂质的运转、分解、排泄<sup>[5]</sup>。

3.3 脂肪肝与血脂、糖尿病的相关性密切 高甘油三酯血症是发生二型糖尿病的独立预测指标。有报道<sup>[6]</sup>,高甘油三酯血症人群 6 年后糖尿病的患病率为 38.6%,是低甘油三酯组 2.3 倍。由于明显高的甘油三酯水平长期与葡萄糖竞争进入细胞内,高甘油三酯通过游离脂肪酸干扰胰岛素在周围组织中与受体的结合,使胰岛素作用减弱,造成机体的胰岛素抵抗,胰岛  $\beta$  细胞长期在胰岛素抵抗负荷下而发生二型糖尿病。本次调查脂肪肝合并糖尿病患者为 11.9%,比普通人群<sup>[7]</sup>(7.68%)显著增高。除此之外,还有部分血糖  $>6.1$  mmol/L,而  $<7.0$  mmol/L 者称为血糖异常(占 23.2%),较普通人群(12.63%)显著增高。对这部分高危人群,应采取定期随访和健康保健、以及

饮食控制、增加活动量等方法进行监测与控制。

3.4 脂肪肝与谷丙转氨酶 脂肪肝可以无症状及体征,但肝功酶学可以发生异常。有 20%~30% 的脂肪肝有一项或一项以上血清酶学指标异常。成人健康体检发现肝功能异常者中,约 35% 为脂肪肝。因此,无症状性谷丙转氨酶增高最常见的原因是脂肪肝,而不是病毒性肝炎,本组调查脂肪肝引起谷丙转氨酶增高者为 37.3%。

## 参考文献

- 1 陈华萍. 脂肪肝患病率的调查. 上海预防医学杂志, 1998;10(1): 38
- 2 项志敏, 胡大一. 如何规范诊治高血压—全科医生高血压规范诊治研讨会纪要. 中国医刊, 1999;34(5):15
- 3 尤尔科, 吴家兵. 3291 名职工肥胖状况及肥胖与高血压关系的研究. 中国慢性病预防与控制, 2000;8(5):230
- 4 叶维法. 临床肝胆病学. 第 4 版. 天津: 天津科学技术出版社, 1994:927
- 5 徐济民. 高脂血症的防治对策. 上海预防医学杂志, 2000;12(3): 103
- 6 李文君, 顾 耀, 王小燕, 等. 糖尿病高危人群糖尿病患病率的调查. 上海预防医学杂志, 2000;12(3):118
- 7 刘耀炎, 余璇玮, 蒋尚武, 等. 宝钢部分处级干部及高级工程师健康调查. 上海预防医学杂志, 2000;12(7):330

(收稿 2001—02—14)

# 京西产业工人居住区部分居民健康情况的调查

王淑梅 王健松 穆苏红 旷敏旭 R1 B  
北京首钢总医院模式口门诊部 (北京 100041)

1999 年 6~12 月在北京市卫生局的组织下,首钢总医院模式口门诊部,用 6 个月时间对所在社区——石景山区金顶街街道的部分居民,进行了健康情况的调查。本次调查的金顶街模式口居民区有人口 31079 人 9694 户,入户调查 25482 人 8753 户,占应调查人数的 82%,居民中工人及退休人员占 58%。首钢职工及家属占 79%,基本反映了京西产业工人居住区居民的健康状况。

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 本次调查对象为该地区常住居民,人口、职业相对固定,以调查员入户调查为主,同时与所在地派出所管理的档案核实。调查项目:姓名、性别、出生日期、文化程度、职业、家庭人口、世代、身高

体重、患病情况、影响健康的危险因素等。

1.2 方法 将所调查结果输入计算机,使用数据库统计资料,去掉不完整的档案,有效调查 85432 户 24882 人,占总人数的 80.1%。

## 2 结果

2.1 居民年龄性别构成 见表 1。

2.2 居民家庭结构 一家 2 代、3 口人组成的家庭分别占 62.1%、47.7%,3 代人居住的家庭占 23.1%,出现家庭小型化,今后随着住房制度的改革和生活水平的提高,3 口之家将更加普遍。

2.3 居民文化程度构成 居民中接受过职高以上职业教育的人数为 5461 占 23.9%,只接受了九年制义务教育的数为 11471 人占 50.1%(10 岁以下年龄人

表 1 年龄性别构成比

年龄组(岁)	男(例)	女(例)	构成比
~10	714	687	5.6
11~20	1462	1339	11.3
21~30	1160	1032	8.8
31~40	2299	1967	17.2
41~50	3850	3473	29.4
51~60	1177	1310	10.0
61~70	1513	1521	12.2
71~80	646	544	4.8
81~	82	106	0.7
合计	12903	11979	

群受教育程度未统计在内),基本为初中以下 50%,高中 25%,职高以上 25%。如表 2。

表 2 文化程度构成比

文化程度	男(例)	女(例)	构成比
小学	1760	1666	14.97
初中	4542	3503	35.16
高中	3138	2812	26.00
职高	310	524	3.65
中专	873	937	7.91
大专	908	644	6.78
大学	683	544	5.36
研究生	31	7	0.17
合计	12645	10816	100.0

2.4 居民主要职业分类 该小区中工人 9818 占 39.5%,退休人员 4706 占 18.9%,科技人员、教师、医务人员及行政管理人员合计 3140 占 12.6%。其他分类里包括学生、无业人员及其他职业。

2.5 居民中患病情况 见表 3。

2.6 影响健康的危险因素 家庭中有高血压、糖尿病、心脏病、慢性支气管炎、慢性肝炎、慢性肾炎等慢性病家族史的占 38%。每天吸烟 20 支以上,吸烟 10 年以上的占 15%。每天饮白酒 2 两以上或啤酒 1 瓶以上,超过 5 年的占 6%。居民中体重指数在正常范围(BMI=20~24)的占 65.4%,超重者(BMI≥25)占 29.4%,肥胖者(BMI≥30)占 5.1%。

2.7 死亡原因 从该地区 1999 年死亡人口统计结果看,前 7 位死亡原因分别为:恶性肿瘤、循环系统疾

表 3 主要慢性病患病率

病名	患病人数	患病率(%)
高血压	2379	9.6
冠心病	653	2.8
糖尿病	523	2.1
脑血管病	446	1.8
慢支	225	0.9
骨关节病	178	0.7
恶性肿瘤	95	0.4

表 4 不同年龄组慢性病患病率(%)

年龄组(岁)	高血压	冠心病	糖尿病	脑血管病	慢支
~35	0.5	-	-	-	-
36~59	9.8	1.8	1.7	0.8	0.6
60~	22.6	8.8	6.1	7.2	3.0

病、脑血管病、呼吸系统疾病、猝死、中毒损伤、消化系统疾病。

3 讨论

3.1 人口老龄化 60 岁以上人群占总人口 10% 以上时,即为老龄社会,该地区 60 岁以上人口已占 17.7%,预计该地区 5 年后老年人口将达到 20%,10 年后将超过 25%。随着人口寿命延长,老年人口增加,老年病患者也将增多,对医疗保健的需求也将加大,老年人的健康,是社区卫生保健应该关注的问题。

3.2 家庭小型化 2 代人、3 口之家占 55% 今后随着生活质量的提高,生活节律的加快,子女与老人共同生活的机会减少,这个比例还会加大,老年人依赖家庭内成员照顾的机会减少,需要社会关照的比例会逐渐增加,老年病的康复问题,应该受到社会的重视。

3.3 慢性病是影响居民健康的主要因素 高血压居慢性病患病率的首位,控制高血压是降低心脑血管疾病的关键,通过有效控制高血压也可以降低其它疾病的死亡率,因为在死亡原因统计的前四位的疾病中,有三项与高血压有关。

3.4 社区医生的健康促进作用 吸烟、过量饮酒、肥胖、高盐高脂肪饮食等是影响健康的主要危险因素,在社区卫生保健中,因为社区医生的服务对象基本固定,在工作中易建立起密切的医患关系,医生对患者进行戒烟、限酒、控制体重、限制食盐和脂肪摄入的宣

传指导比大医院方便,更容易收到效果。

3.5 健康教育的作用 该社区中工人和退休人员居多,受教育程度以初中以下为主,对健康知识了解有限。但是经过长期宣传防治,高血压的患病率低于本市平均水平,说明即使缺乏健康知识,只要积极宣传积极预防也可以降低高血压的患病率。

3.6 高血压的防治 应确定近期干预目标与长期干预计划,近期目标以提高治疗率和控制率,减少高血压合并症的发生为主,远期目标以降低高血压的发病率为目的<sup>[1]</sup>。

3.7 目前北京市高血压患病率为 10~12%,由于首钢总医院数十年来重视心血管病的预防工作,坚持三

级预防,使该地区高血压患病率低于北京地区平均水平<sup>[2,3]</sup>。从以上结果看,高血压的防治应是社区卫生保健工作的重点,社区医生通过健康教育能够降低高血压的患病率。

## 参考文献

- 1 陶寿淇,武阳丰主编.医疗卫生人员心血管病防治知识.北京:中国友谊出版公司,2000:34
- 2 卢昉春.运用综合干预措施防治高血压.中国慢性病预防与控制,1999;7(5):228
- 3 方 圻.我国心血管病防治研究展望.中华心血管病杂志,1999;27:245

(收稿 2000—12—12)

## 胸壁神经外胚层小细胞癌 1 例 R73 B

马国恩 梁 音 鞍钢铁东医院(辽宁鞍山 114002)

**病例报告** 患者男,18岁。因左侧胸壁阵发性疼痛1月余伴局部肿块半月入院。入院检查:一般情况良好,左侧前外侧胸壁第5~7肋处可触及一个形状不规则的4 cm×7 cm×2 cm的肿物,边界不清,与胸壁固定,中等硬度,表皮无红肿及压痛。手术所见:病灶位于肌肉深层,呈囊性,约10 cm×6 cm×2 cm,囊内为干酪样及暗红色脓汁样物。囊周组织为暗红色,鱼肉状,相邻肋骨破坏,长约10 cm。镜检:肿瘤细胞小圆形,核深染,核分裂像可见,胞浆少。瘤细胞呈弥漫及巢状排列,部分区域可见菊形团样结构,并可见不规则的纤维组织间隔。肿瘤组织内有片状坏死。瘤细胞浸透肋骨皮质达髓质内。免疫组化:NSE(+),NF(+),LCA(-),Desmin(-),Vimentin(-)。

**病理诊断:**神经外胚层小细胞癌。

**讨论** 神经外胚层小细胞癌为神经嵴衍生的原始性肿瘤,可发生于中枢或外周神经系统。临床表现为一种有界限性肿块,可不规则或伴有坏死囊性变。镜下见瘤细胞为小圆形,椭圆形、核深染、胞浆少,弥漫排列。突出特点是可见菊形团样结构及纤维组织分隔的小叶结构,据此可与其类型的恶性小圆形细胞肿瘤鉴别。免疫组化:至少有2种神经标记物阳性,如NSE、NF、S-100、HNK-1等;而LCA、myoglobin、CK为阴性。电镜下可见瘤细胞浆内有神经分化特征——有致密的核膜颗粒、丛状的细胞骨架或神经样细胞突起。

(收稿 1999—04—26 修回 1999—08—12)

## 脾切除术后发热的原因分析 R65 B

李 科<sup>1</sup> 王 智<sup>2</sup> 鞍山矿山公司东鞍山医院外科<sup>1</sup>(辽宁鞍山 114000) 鞍山市中心医院外科<sup>2</sup>

脾切除术后常会出现一较长时期的发热,短者2周,长者可达数月。脾切除术后发热的可能性远较其他腹腔手术为大。一般术后7~14天体温即恢复正常。若2周后体温仍在38℃以上,则必须查明其原因,方能作出有效的处理。对于脾切除后1周内不能恢复正常体温的除伤口、尿路感染等一般术后并发症外还应考虑到以下可能:(1)局部感染:对658例脾切除的患者进行分析,局部感染的发生率为9.1%(62/658)。发生在各个不同部位,包括弥漫性腹膜炎、胰尾损伤、左膈下脓肿、左侧脓胸、左胸积液或肺不张。若发热在1周以上,抗生素及其他积极处理而体温不能恢复正常,应高度怀疑有局部感染的可能。检查腹部切口有无炎症反应、肺部体检、胸透或B超以及白细胞分类等一般可明确诊断。(2)免疫功能低下:多发生在婴幼儿的脾切除术后。脾脏是一周围性免疫器官,与IgM的合成、吞噬功能有关。脾切除术后多有IgM水平低下。术前进行免疫功能测定(IgG、IgA、IgM、玫瑰花环形成率、淋巴细胞转化率)。术后定期复查。致病菌最多见的是肺炎双球菌。患儿一旦发生呼吸道感染或肺炎,即应考

虑到。(3)脾热:术后2周以上,排除感染等其它原因后才能下此诊断。病者体温多在38~38.5℃,但亦有高达39℃以上,持续2~4周或更久,且应用抗生素效果不明显。脾热的原因并不完全清楚,可能与以下因素有关:①胰尾损伤:处理脾门过程中,胰尾损伤后,局部胰液消化,组织坏死,造成脾静脉炎,这是非化脓性的炎症反应。②膈下积液的吸收:左上腹遗留之残腔内渗血、积液等异性蛋白的吸收可致发热。脾窝内血肿的感染尚未发展成脓肿。③脾静脉血栓形成:脾静脉结扎后,血流缓慢,血小板升高,局部炎症及术后血液浓缩因素均可诱发脾静脉血栓形成。除发热外,无其他症状。④白细胞凝集素增加:它正常是通过脾脏消除的,术后增高后可引起发热。脾热的临床表现与感染所致发热相比不同点是患者一般情况(包括食欲、精神等)尚好,发热前无先兆,往往在下午体温超过38℃,B超、胸片等检查均无异常发现,嗜伊红细胞绝对计数偏高,试于消炎痛治疗有效。

(收稿 2001—02—03)