

性结肠炎诊断有一定意义,但不是诊断的特异性指标。两者在裂隙样溃疡、非干酪样肉芽肿和全壁性炎症的病理阳性率有显著性差异($P < 0.01$),是诊断克罗恩病的特征性病理表现。提高二者确诊率的关键是对溃疡边缘多处深凿取材活检,做病理诊断^[5]。

一般情况下克罗恩病与溃疡性结肠炎的鉴别并不困难,但某些患者病变局限在结肠且既具有溃疡性结肠炎又具有克罗恩病的一些特征,临床上将这类患者诊断为 IBD 类型未定型(IBDU),如行手术切除作病理检查亦无法鉴别则命名为未定型结肠炎,最后确诊有赖于随访。另外,外周型中性粒细胞胞质抗体(p-ANCA) 和酿酒酵母菌抗体(ASCA) 的检测有助于两者鉴别^[6]。

总之,克罗恩病与溃疡性结肠炎的确诊主要依靠内镜和病理检查,临床表现的不同点仅能作为诊断的参考指标。结肠镜是目前诊断两种疾病的最主要手段,但对于克罗恩病的病变仅累及或同时累及小肠,应用胶囊内镜和双气囊小肠镜对小肠病变的检出及其性质的判断对诊断和鉴别诊断至关重要^[7]。胶囊内镜可发现早期小肠损伤,双气囊小肠镜可进行活检帮助诊断,超声内镜有助于确定病变深度,发现腹腔内肿块和脓肿^[8]。

4 参考文献

- [1] 中华医学会消化病学分会炎症性肠病协作组. 对我国炎症性肠病诊断治疗规范的共识意见 [J]. 中华消化杂志, 2007, 27(8): 545.
- [2] Lakatos PL. Recent trends in the epidemiology of inflammatory bowel disease: up or down [J]. World J Gastroenterol, 2006, 12(38): 6102.
- [3] Loftus EV, Sandborn WJ. Epidemiology of inflammatory bowel disease [J]. Gastroenterol Clin North Am, 2002, 31(1): 1.
- [4] 杨晓瑜. 克罗恩病与溃疡性结肠炎鉴别诊断的临床病例分析 [J]. 临床和实验医学杂志, 2010, 9(2): 129.
- [5] 方春华, 刘少平, 李 凡, 等. 内镜检查在回盲部溃疡诊断中的价值 [J]. 中国内镜杂志, 2006, 12(3): 312.
- [6] 胡品津. 炎症性肠病诊断和鉴别诊断中的困难和对策 [J]. 现代消化及介入诊疗, 2008, 13(3): 193.
- [7] 陈灏珠. 肠道疾病. 实用内科学 [M]. 第 13 版. 北京: 人民卫生出版社, 2009: 2005 - 2011.

收稿日期: 2012 - 06 - 07 编校: 文立平/郑英善

2 型糖尿病合并脑梗死 62 例临床分析

付金玉, 李科伦 (广东省梅州市慢性病防治院, 广东 梅州 514021)

摘 要 目的: 探讨 2 型糖尿病合并脑梗死患者的临床表现、血糖水平及其与预后的关系。方法: 根据血糖水平分为三组, 观察血糖水平对糖尿病并发脑梗死患者的预后关系, 所有患者采取控制血糖, 并给予吸氧、控制血压、降低颅内压、保护脑功能、纠正酸碱平衡及水电解质紊乱等综合治疗。结果: 2 型糖尿病合并脑梗死患者血糖水平越高, 治愈率越低, 预后差。结论: 控制好 2 型糖尿病患者的血糖对脑梗死的治疗及预后非常有益。

关键词 糖尿病; 脑梗死; 预后

Clinic analysis of 62 patients of type 2 diabetes mellitus combined with cerebral infarction FU Jin - yu, LI Ke - lun (Meizhou Hospital for Chronic Diseases, Meizhou 514021, China)

Abstract: Objective To explore clinical features, blood glucose level and prognosis of type 2 diabetes mellitus combined with cerebral infarction. **Method** 62 cases were divided into 3 groups according to blood sugar level. Prognosis of diabetic patients combined with cerebral infarction was observed according to the different blood sugar levels. All patients were taken comprehensive measures of controlling blood sugar level, taking in oxygen, controlling blood pressure, reducing intracranial pressure and correcting acid - base balance and electrolyte disturbance. **Results** Blood glucose level of type 2 diabetes combined with cerebral infarction was more high, the cure rate was more low and the prognosis was more poor. **Conclusion** Controlling blood sugar level of type 2 diabetes is very useful in the treatment and prognosis of patients with cerebral infarction.

Key Words: Diabetes mellitus; Cerebral infarction; Prognosis

脑梗死是糖尿病患者严重并发症之一,其中以腔隙性脑梗死居多,而且发病较年轻,严重影响糖尿病患者的健康和生活质量。糖尿病增加脑梗死的发病率,目前由于医患双方加强对糖尿病治疗及健康教育,死于糖尿病急性并发症者明显减少,而心、脑、肾、视网膜等血管并发症都明显增加,尤其是脑

血管病已成为糖尿病患者的主要死亡原因之一,现将我院 2009 年 1 月 ~ 2012 年 8 月住院的 62 例 2 型糖尿病合并脑梗死患者的临床表现及预后给予分析讨论,现将分析讨论结果报告如下。

1 资料与方法

- 1.1 一般资料: 本组 62 例患者中,男 39 例,女 23 例,年龄 36~75 岁,平均 62.3 岁。糖尿病病程 2~24 年;发病前有糖尿病病史 42 例,入院后经检查发现血糖升高而确诊者 20 例。
- 1.2 临床表现: 本组 62 例患者中,急性起病 48 例,表现为偏瘫或单瘫 32 例(51.6%),头晕或肢体麻木 26 例(41.9%),不同程度意识障碍 25 例(40.3%),多饮、多尿、多食或消瘦 19 例(30.6%),语言不利 12 例(19.3%)。
- 1.3 诊断标准: 本组 62 例患者均为 2 型糖尿病,符合 1999 年 WHO 糖尿病诊断及分型标准。全部经头颅 CT 确诊为脑梗死,排除脑出血性疾病,符合全国第四届脑血管病学术会议修订的诊断标准^[1]。
- 1.4 分组方法: 根据空腹血糖水平将 62 例患者分为三组: A 组: 7.0 mmol/L < 血糖 ≤ 11.1 mmol/L; B 组: 11.1 mmol/L < 血糖 ≤ 16.7 mmol/L; C 组: 血糖 > 16.7 mmol/L。
- 1.5 治疗方法: 三组均采用吸氧、控制血压、降低颅内压、保护脑功能、纠正酸碱平衡及水电解质紊乱等基础治疗,控制血糖除采用饮食疗法外,针对血糖水平给予个体化治疗方案: 空腹血糖 < 11.1 mmol/L 给予口服降糖药治疗,空腹血糖 > 11.1 mmol/L 给予普通胰岛素泵治疗,连续治疗 2~3 周,观察疗效,并进行评定。
- 1.6 疗效评定标准: ①治愈: 临床症状与体征消失,患肢肌力在Ⅳ级以上,生活可以自理; ②显效: 临床症状与体征明显好转,患肢肌力提高在Ⅱ级以上; ③好转: 临床症状与体征有好转,患肢肌力提高在Ⅰ级以上; ④无效: 临床症状与体征无改善,患肢肌力无提高。

2 结果

- 2.1 头颅 CT 检查: 本组 62 例经头颅 CT 确诊,结果显示: 多发性腔隙性脑梗死 28 例(45.1%),基底节区脑梗死 24 例(38.7%),脑室体旁梗死 10 例(16.1%),额叶梗死 6 例(9.6%),小脑梗死 3 例(4.8%)。
- 2.2 预后: 治愈 12 例,显效 18 例,好转 25 例,无效 7 例。
- 2.3 空腹血糖水平与预后的关系: 见表 1。

表 1 空腹血糖水平与预后的关系

组别	血糖水平 (mmol/L)	例数	预后(例)			
			治愈	显效	好转	无效
A 组	7.0~11.1	18	5	7	6	0
B 组	11.2~16.7	31	6	9	14	2
C 组	>16.7	13	1	2	5	5

注: 组间比较, $P < 0.01$

3 讨论

糖尿病是脑血管病的危险因素,糖尿病患者合并脑血管病发生率较非糖尿病患者高 2~6 倍,据文献报告糖尿病患者约 25% 死于脑血管病,国内流行病学对糖尿病合并脑血管病调查显示,缺血性脑血管病占 89.1%^[2],远高于脑出血。糖尿病合并脑梗死头颅 CT 特点: 以基底节区、多发性、腔隙性梗死为其特点。糖尿病脑血管病发病机制至今尚未明确,目前认为可能是多种不良因素相互重叠作用的综合结果。一般认为糖尿病加速脑小动脉粥样硬化,原因如下^[3]: ①高血糖对脑血管内膜细胞有直接损害作用,进而导致其对血浆蛋白渗透性增加及引起血管凝聚,细胞外基质血糖化可引起纤维高联,引起其弹性减弱致丧失。②脂质代谢异常。糖尿病中常有血脂异常改变,促进血管壁细胞摄取脂质,糖尿病患者和非糖尿病患者相比,其动脉平滑肌细胞和巨噬细胞摄取胆固醇增加,堆积在巨噬细胞内而促进动脉粥样硬化斑块的形成。③高血糖造成内皮细胞损伤,致血小板功能亢进,血管舒缩功能失调,血液流变学异常,使血液高黏、高凝、高滞,加之糖尿病患者通常同时伴有微血管病变及循环障碍,致多发性腔隙性脑梗死多见。④ 2 型糖尿病起病隐匿。本组资料发现脑中风前无明确糖尿病史的患者占 32.2%,提示我们对脑梗死患者常规检查血糖,及时诊断、及时治疗十分重要。⑤高胰岛素血症。⑥高血压是脑血管病最重要因素。糖尿病患者更易患高血压,两者合并存在更易导致和促进脑动脉硬化发生与发展,说明高血压在糖尿病、脑血管病的发生、促进作用中起着不容忽视的作用,且可能与病程有关,足见控制高血压对糖尿病、脑血管病的重要性^[4]。

总之,通过本组病例,可见糖尿病合并脑梗死多见于中老年人群,主要与高血糖长期对机体损害有关,由于考虑其发病是上述多种因素,长期慢性综合的结果,故目前主要采取对症治疗,严格控制高血糖相当重要。对于糖尿病合并脑梗死的急性期,除了降颅压、脑细胞活化剂等常规治疗外,胰岛素早期应用至关重要,尤其对缺血性脑损伤中除了发挥调节血糖作用外,在脑缺血再灌注过程中有直接保护作用。

4 参考文献

[1] 全国第四届脑血管病学术会议标准(1995) [J]. 中华神经内科学杂志,1996,29(6):376.

[2] 张秀彬,李俐乐. 糖尿病合并急性脑血管病 41 例临床分析 [J]. 中国实用内科杂志,2003,7(4):424.

[3] 陈诺奇. 高血糖对糖尿病合并急性脑梗死的影响 [J]. 中国糖尿病杂志,196,4(1):18.

[4] 郑惠纯,许琪. 糖尿病合并脑卒中病情及转归的探讨 [J]. 中国实用内科杂志,1999,12(19):732.

收稿日期: 2012-10-18 编校: 费越/郑英善