

# 高血糖对脑出血疾病预后的影响

汪利平 颜晓军

(浙江省富阳市第二人民医院 富阳 311404)

**摘要:**目的:观察高血糖对脑出血患者预后的影响。方法:128 例脑出血患者根据血糖有无异常分为高血糖组与血糖正常组,2 组患者治疗方法相似,观察 2 组患者生存率以及治疗效果。结果:高血糖组存活率为 58.14%,血糖正常组为 75.29%,后者显著高于前者, $P<0.05$ 。存活者经相似的治疗,血糖正常组治疗效果显著优于高血糖组, $P<0.01$ 。结论:高血糖对脑出血患者预后有不影响,应加强血糖监测与控制。

**关键词:**高血糖;脑出血;预后

**Abstract:** Objective: To observe the effect of hyperglycemia on prognosis of cerebral hemorrhagic stroke. Methods: 128 patients were divided into two groups (the hyperglycemia group and the natural blood glucose group) based the blood glucose level, two group patients were treated with the similar therapy, observe the survival rate and the therapy effect. Results: The survival rate was 58.14% in the Hyperglycemia group, and that was 75.29% in the natural blood glucose group, the latter was evidently higher than that in the Hyperglycemia group,  $P<0.05$ . The survival patients after the similar therapy, the effect in the natural blood glucose group was evidently better than that in the hyperglycemia group,  $P<0.01$ . Conclusion: Hyperglycemia can do bad to the prognosis of the cerebral hemorrhagic stroke patients, so we should pay attention to observe and control blood glucose level in the cerebral hemorrhagic stroke patient.

**Key words:** Hyperglycemia; cerebral hemorrhagic stroke; prognosis

中图分类号: R 743.34

文献标识码: B

文献编号: 1671-4040(2007)04-0017-02

急性脑出血疾病为内科常见的急危重症,在我国脑出血性疾病占全部中风患者的 20%~48%,死亡率在 30%~50%之间,即使存活的患者也有超过 30%存在功能障碍,已严重影响中老年人的健康<sup>[1]</sup>。影响脑出血疾病发生发展与预后的原因很多,血糖因素不容忽视。笔者观察了血糖异常对脑出血疾病患者预后的影响,结果报道如下:

## 1 资料与方法

1.1 一般资料 本文观察了 128 例患者,均为 2003 年 8 月~2006 年 3 月我院住院患者。其中男性 75 例,女性 53 例;年龄最小 42 岁,最大 76 岁,平均(58.6±10.2)岁;经 CT 扫描示脑内高密度阴影,其中基底节区 54 例,丘脑区 38 例,脑干区 9 例,小脑 2 例,外囊 6 例,颞叶 2 例,颞叶 3 例,枕叶 2 例,突破入脑室 12 例。既往明确有高血压病史 92 例、糖尿病史 21 例。

1.2 研究方法 治疗前,空腹采静脉血 2mL,以葡萄糖氧化酶法测定血糖值,以连续 2 次>7.1mmol/L 为高血糖标准。根据有无血糖增高分为 2 组,高血糖组与血糖正常组,其中高血糖组 43 例,血糖正常组 85 例。所有患者治疗均采用我院常规治疗措施,疗程 1 个月,观察其存活率,并根据《脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准》<sup>[2]</sup>评定治疗效果,分基本痊愈、显著进步、进步、无变化与恶化 5 个等级。

1.3 治疗方法 2 组患者均接受我院常规降低颅内压、营养脑细胞以及其他对症、支持治疗。

1.4 统计学方法 本研究数据采用 PEMS 3.1 for windows 统计学软件进行数据分析,率的比较采用  $\chi^2$  分析,治疗效果比较采用 radit 分析。

## 2 结果

2.1 2 组存活率比较 见表 1。

组别	n	存活	死亡	存活率(%)
高血糖组	43	25	18	58.14
血糖正常组	85	64	21	75.29

注:存活率经  $\chi^2$  比较,  $P=0.0464$ , 有显著性差异。

2.2 2 组临床疗效比较 见表 2。

组别	n	基本痊愈	显著进步	进步	无变化	恶化	总有效率(%)
高血糖组	25	2	4	7	8	4	52.0
血糖正常组	64	8	28	19	5	4	85.9

注:经 radit 分析,  $u=3.2581$ ,  $P=0.0011$ , 有显著性差异。

## 3 讨论

高血糖是影响脑出血预后的一个重要的独立因素,有实验研究发现<sup>[3]</sup>,高血糖可使出血机会增加 5 倍,出血范围加大 2.5 倍。血糖升高对脑出血发生发展的影响机制尚未明确,有研究认为高血糖患者在大脑组织缺血缺氧的情况下,糖无氧酵解产生乳酸,乳酸堆积导致细胞内酸中毒,血管内壁受损,通透性增加,毛细血管脆性增加易于破裂出血,加重脑组织水肿和坏死;同时,扰乱了脑组织代谢功能,加重了脑组织损伤<sup>[4-6]</sup>。

脑出血患者血糖水平升高主要有两种:(1)原有糖尿病患者。(2)急性应激状态下产生应急反应或胰岛素抵抗现象从而导致血糖值升高。脑血管意外患者血糖升高是较为普遍的病理现象,有报道其发生率高达 40%<sup>[7]</sup>。本文观察了 128 例脑出血患者,其中血糖升高者 43 例,约占总数的 33.6%。

据本文观察结果,血糖升高对脑出血患者预后有着不利影响,高血糖组存活率为 58.14%,血糖正常组为 75.29%,后者显著高于前者,  $P<0.05$ 。同时,存活者经相似的治疗,血糖正常组治疗效果显著优于高血糖组,  $P<0.01$ 。因此,笔者认为,血糖升高对脑出血患者预后有着不利影响,应加强血糖

显,揭示早期治疗预后较好。

### 参考文献

[1]杨厚乾,刘京亮,韩清利,等.蝮蛇抗栓酶胸膜腔内注射防治胸膜粘连肥厚的疗效观察[J].中国厂矿医学,2001,14(2):112  
[2]崔巍,孙德斌,乔瑞君.尿激酶治疗结核性胸膜肥厚粘连 56 例[J].沈阳医学院学报,2001,3(1):37~38

[3]宋镇星.中西医结合治疗结核性渗出性胸膜炎胸膜肥厚粘连疗效观察[J].中国中西医结合杂志,2003,23(1):67~68

[4]吴乐文.活血化瘀并化疗治疗胸腔积液[J].吉林中医药,1999,23(10):32~33

(收稿日期:2007-01-25)

# 中西医结合治疗反流性食管炎 40 例临床观察

叶锐

(陕西省商洛市中医医院 商洛 726000)

**摘要:**目的:观察中西医结合治疗反流性食管炎的临床疗效。方法:将 70 例患者随机分为治疗组 40 例,对照组 30 例。治疗组采用中医辨证分型加西药基础治疗,对照组单用西药治疗。结果:治疗 8 周后,治疗组在临床症状改善、内镜复查结果及半年后复发率等方面均优于对照组,治愈率 42.5%,显效率 32.5%,总有效率 97.5%,明显高于对照组的 16.7%、6.7%及 83.3%( $P < 0.01$ )。结论:中西医结合治疗反流性食管炎可提高临床疗效,减少复发率。

**关键词:**反流性食管炎;中西医结合疗法;雷尼替丁;多潘立酮;奥美拉唑;辨证施治;中药煎剂

中图分类号:R 571

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)04-0018-02

反流性食管炎(RE)是指胃内容物(包括十二指肠液)反流入食管,引起食管黏膜破损的病变,属于胃食管反流病(GERD)。其主要病变在食管黏膜,日久可累及整个食管壁,多发于食管中、下段,其主要病理改变是食管黏膜充血、水肿、糜烂,严重者可并发食管狭窄和溃疡。目前西医治疗反流性食管炎存在疗效不满意、复发率高的问题。近年来,笔者运用中西医结合治疗反流性食管炎 40 例,并与单纯西药治疗 30 例进行对照观察。

## 1 临床资料

**1.1 诊断标准** 参照中华医学会消化内科分会于 1999 年烟台专题研讨会制定的反流性食管炎的诊断及分级标准:(1)有典型的胃食管反流病(GERD)症状,如明显烧心、反流、胸骨后灼痛等。(2)反流性食管炎(RE)的内镜诊断及分级,0 级:正常(积分 0 分);I 级:点状或条状发红,糜烂,无融合现象(积分 1 分);II 级:有条状发红、糜烂,并有融合,但非全周性(积分 2 分);III 级:病变广泛,发红、糜烂,糜烂融合呈全周性,或有溃疡(积分 3 分)。

**1.2 一般资料** 70 例病例均是我院门诊与住院病人,经胃镜诊断符合以上诊断标准,且排除消化道溃疡、癌症、心脏病、糖尿病及哮喘病,并且无消化道手术史。70 例患者随机分为治疗组 40 例与对照组 30 例。治疗组男 29 例,女 11 例;年龄 20~70 岁;病程最短 1 个月,最长 5 年,平均 1.6 年;内镜诊断 I 级 6 例、II 级 11 例、III 级 23 例。对照组 30 例,男 21 例,女 9 例;年龄 22~68 岁;病程最短 2 个月,最长 4 年,平均 1.5 年;内镜诊断 I 级 4 例,II 级 8 例,III 级 18 例。2 组临床资料无明显差异,具有可比性( $P > 0.05$ )。

**1.3 治疗组辨证分型** 治疗组 40 例临床辨证如下:(1)肝胃郁热型:症见胸骨后灼痛,反酸,脘痞嘈杂,胸胁胀闷,心烦易怒,口苦口干,舌红苔黄,脉弦数。(2)湿热中阻型:症见胸骨后灼痛,反酸,纳呆恶心,口苦,渴不欲饮,身重肢倦,舌苔黄

腻,脉滑数。(3)胃阴不足型:症见胸骨后灼痛,反酸嘈杂,似饥不欲食,消瘦乏力,口燥咽干,五心烦热,舌红少津,脉细数。(4)脾胃虚弱型:症见胸骨后闷痛不适,泛吐清水,时有嘈杂,食入难化,神疲乏力,面白无华,大便溏薄,舌质淡,苔薄白,脉细数。

## 2 治疗方法

**2.1 对照组** 据其内镜分级予西药如下:内镜分级为 I 级,即轻度反流性食管炎者,予雷尼替丁 150mg 口服,每日 2 次,餐前半小时服用;内镜分级为 II 级,即中度反流性食管炎者,予雷尼替丁 150mg 口服,每日 2 次,多潘立酮 10mg,每日 3 次,餐前半小时服用;内镜分级为 III 级,即重度反流性食管炎者,予奥美拉唑 40mg 口服,每日 2 次,多潘立酮 10mg 口服,每日 3 次,餐前半小时服用。

**2.2 治疗组** 在对照组分级西药治疗的基础上,按中医辨证分型而治。(1)肝胃郁热型:疏肝清热,和胃降逆。方药:四逆散合左金丸加味:柴胡 10g,芍药 10g,枳实 10g,炙甘草 10g,黄连 12g,吴萸 2g,陈皮 10g,栀子 10g,乌贼骨 10g。(2)湿热中阻型:清热化湿,理气和胃。方药:清中汤化裁:陈皮 15g,半夏 10g,茯苓 10g,甘草 6g,黄连 10g,白豆蔻 10g,白及 10g,乌贼骨 12g,大黄 5g,厚朴 10g。(3)胃阴不足型:滋阴益胃,和中降逆。方药:麦门冬汤加味:麦门冬 35g,半夏 5g,太子参 10g,甘草 3g,粳米 5g,生地 10g,山药 10g,白芍 10g,石斛 10g,大枣 4 枚。(4)脾胃虚弱型:益气健脾,和胃降逆。方药:香砂六君子合旋覆代赭汤化裁:旋覆花 9g,代赭石 9g,生姜 12g,半夏 9g,党参 10g,甘草 6g,木香 10g,砂仁 10g,白术 10g,茯苓 10g,大枣 4 枚。

## 3 疗效观察

**3.1 疗效评定标准** 参照中华医学会消化内科分会于 1999 年在烟台专题研讨会制定的反流性食管炎诊断及治疗方案中的疗效分级:内镜积分 0 分者为痊愈;内镜积分减少 2 分

监测与控制。

## 参考文献

[1]叶健.脑内出血病因及影响预后因素的研究进展[J].国外医学·神经病学神经外科学分册,2001,28(4):232~235

[2]全国第 4 届脑血管病学术会议.脑卒中患者临床神经功能缺损程度评分标准[J].中华神经科杂志,1996,29(6):381

[3]陈莹,季晓林.29 例出血性脑梗死临床危险因素分析[J].福建医药杂志,2003,25(1):115~116

[4]Anderson RE,Tan WK,Matin HS,et al.Effects of glucose and PaO<sub>2</sub> modulation on cortical intracellular acidosis NADH redox state,and

infarction in the ischemic penumbra[J].Stroke,1999,30(1):160

[5]Dora B,Mihci E,Eser A,et al.Prolonged hyperglycemia in the early subacute period after cerebral infarction effects on short term prognosis Acta[J].Neurol Belg,2004,104:64~67

[6]王忠诚.神经外科学[M].武汉:湖北科学技术出版社,1998.55~56

[7]Capes SE,Hunt D,Malmberg K,et al.Stress hyperglycemia and prognosis of stroke in nondiabetic and diabetic patients a systematic overview[J].Stroke,2001,32(10):2426~2432

(收稿日期:2006-09-14)