

现,过去多被大家所忽视。现在由于胃镜的广泛应用,发现 HU 所致上消化道出血亦不少见。HU 的镜下特点与消化性溃疡有以下不同:(1)溃疡面积小,本组 83 例 HU 中除 5 例直径大于 1.0 cm 外,其余均小于 1.0 cm;(2)溃疡表浅、多发、薄苔;(3)除溃疡周围黏膜外,其余部位黏膜也有充血、水肿,且可有糜烂,发病部位可与消化性溃疡相近,以球部居多。故胃镜检查见上述特点的溃疡时,应仔细观察食道静脉有无曲张,以免漏诊。

PHG 和 HU 的发生机制门静脉高压是必要条件。门静脉高压导致静脉回流受阻,胃黏膜和黏膜下毛细血管扩张、通透性增加,血浆外渗,导致黏膜下广泛水肿。门静脉高压还使胃黏膜下形成大量动、静脉短路,黏膜下血流分流,使有效血流量减少,导致组织缺氧、代谢紊乱、黏膜防御机制减弱、氢离子渗透增加,造成胃黏膜组织损伤,屏障作用破坏。由于肝功能受损,组织胺灭活减少,胃酸分泌增加,在缺氧情况下增加胃蛋白酶的致溃疡作用^[6-7]。同时肝硬化患者高胃泌素血症可抑制缩胆囊素和胰泌素对幽门括约肌和 Oddis 括约肌的调节,使胆汁胰液反流入胃引起黏膜损伤。内毒素及其应激反应都可引起胃黏膜糜烂、出血,甚至引起溃疡形成。然而,肝硬化时凝血功能障碍、血小板减少、使 PHG 和 HU 并发出血的概率增加,有文献报道,PHG 伴出血占门静脉高压性上消化道出血的 10%~60%,HU 出血占门静脉高压性上消化道出血的 7%~8%^[8]。本文 NEVB 患者中 79 例为重度食管静脉曲张,占 77.45%,也反映了 NEVB 与门静脉高压密切相关。HU 和 PHG 为肝硬化 NEVB 常见原因,如患者肝功能 Child-Pugh 分级相对较差,预后也较差,在临床上应引起足够重视。有文献报道,HU 和 PHG 的发生与幽门螺旋杆菌感染无关,与肝硬化门静脉高压所致胃黏膜充血,黏膜层病变,不利于幽门螺旋杆

菌生存有关。正是由于 HU 特殊的发生机制,使消化性溃疡的常规治疗方法往往效果不佳,因此,对 PHG 和 HU 宜采用降低门静脉高压,保护肝功能、胃黏膜及制酸等综合性治疗。有学者在常规治疗消化性溃疡的基础上加用小剂量普蔡洛尔,以降低门静脉高压治疗 HU 取得了较满意的效果^[9]。

参考文献

- [1] 温晓晔,李雪飞,张丽娜.肝硬化并发门脉高压性胃病的研究[J].中国综合临床,2004,20(4):338-339.
- [2] 李兆申,张晓华.肝硬化合并上消化道出血的病因及诊断[J].肝脏,2002,7(3):60-63.
- [3] 李艳,熊元治,马颖才.肝硬化上消化道出血的分析(附 48 例报告)[J].青海医学院学报,2002,23(3):42-43.
- [4] 曹桂懿.门脉高压性胃病 106 例临床分析[J].中国基层医药,2004,11(7):852-853.
- [5] 刘建生,费正权,傅极,等.肝源性溃疡临床特点与治疗探讨[J].中华消化内镜杂志,2000,39(1):29.
- [6] 杨华元,张明刚,常建军,等.230 例肝硬化患者上消化道出血与门脉高压性胃病关系临床分析[J].中日友好医院学报,2001,15(5):276-277.
- [7] 张子昭,刘奋学,胡汝东.肝源性溃疡 46 例临床分析[J].中国全科医学,2004,7(4):274-275.
- [8] 孙建国,邢淑珍,任丽君.肝源性溃疡 49 例分析[J].黑龙江医药科学,2002,25(4):66.
- [9] 王成武,朱立仁.肝源性消化性溃疡 27 例临床分析[J].泸州医学院学报,2002,25(4):347-348.

(收稿日期:2010-06-13)

临床研究

白城市成人血脂及尿酸水平的性别差异分析

阮桂芝(吉林省白城中心医院 137000)

【摘要】目的 探讨白城市成人血脂和尿酸水平及性别差异。**方法** 采用全自动生化分析仪对 1 333 例成人血脂 4 项及尿酸水平进行测定。**结果** 血脂 4 项及血尿酸异常率男性均高于女性,差异有统计学意义;血脂 4 项和血尿酸水平与北京和深圳比较有一定差异。**结论** 健康生活方式能够降低高脂血症和高尿酸血症异常率,预防和控制心脑血管疾病。

【关键词】 血脂代谢紊乱; 高脂血症; 高尿酸血症

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2010.21.034

中图分类号:R446.1

文献标志码:A

文章编号:1672-9455(2010)21-2364-02

血脂代谢紊乱与动脉粥样硬化的形成关系密切,是动脉粥样硬化形成的关键因素。尿酸(UA)是嘌呤代谢的最终产物,血清 UA 与多种疾病密切相关,其浓度升高是痛风、高血压、冠心病、糖尿病、肾病及周围血管病变的潜在因素。随着我国人民生活水平的提高,人群血脂代谢紊乱及高 UA 血症患病率有逐年增加的趋势^[1]。本文对白城市 2008 年 1 333 例成人血脂 4 项及血 UA 水平进行性别差异分析,并与不同地区的相关研究结果进行比较,报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2008 年白城市成人健康体检者 1 333 例,其中男 905 例,女 428 例,年龄 18~93 岁。

1.2 检测方法 10:30 前采空腹静脉血,分离血清,当天用奥林巴斯 640(AU640)全自动生化分析仪对三酰甘油(TG)、胆固醇(TC)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)和 UA 进行检测。TG、TC 和 UA 用酶比色法检测,HDL-C、LDL-C 用清除法检测。试剂来自中生北控生物科技股份有限公司,标准品及质控品由奥林巴斯公司提供,所有项目均符合技术指标。

1.3 评定标准 参考我国血脂异常防治建议^[2],TC \geq 5.20 mmol/L、LDL-C \geq 3.12 mmol/L 为边缘升高;TC \geq 5.72 mmol/L、LDL-C \geq 3.64 mmol/L、TG \geq 1.70 mmol/L 为升高;HDL-C \leq 1.03 mmol/L 为边缘偏低;HDL-C \leq 0.91 mmol/L

为偏低。高 UA 血症参照标准为男性 UA \geq 417 mmol/L, 女性 UA \geq 357 mmol/L^[3]。

1.4 统计学方法 用 Excel 2003 对数据进行统计描述和计数处理, 采用 χ^2 检验对率进行假设检验。

2 结果

2.1 血脂 4 项及 UA 结果 1 333 例体检者 TG 范围为 0.23 ~ 23.38 mmol/L, 中位数 1.48 mmol/L; 总的 TC 水平 (4.90 ± 0.89) mmol/L, 1 183 例 HDL-C 浓度为 (1.41 ± 0.34) mmol/L, 1 179 例 LDL-C 浓度为 (2.92 ± 0.82) mmol/L, 709 例总的 UA 浓度为 (292.6 ± 79.1) mmol/L。

2.2 不同性别血脂 4 项和 UA 异常率比较

2.2.1 不同性别体检者 TG 异常率比较 在所有体检者中, TG 升高 558 例 (41.86%), 其中男 447 例 (49.39%), 女 111 例 (25.93%), 男女性异常率差异有统计学意义 ($\chi^2 = 65.70, P < 0.01$), 男性显著高于女性。

2.2.2 不同性别体检者 TC 异常率比较 在所有体检者中, TC 边缘升高 283 例 (21.23%), 其中男 225 例 (24.86%), 女 58 例 (13.55%), 男女之间差异有统计学意义 ($\chi^2 = 22.23, P < 0.01$), 男性显著高于女性; TC 升高 227 例 (17.03%), 其中男 170 例 (18.78%), 女 57 例 (13.32%), 男女之间差异有统计学意义 ($\chi^2 = 6.15, P < 0.05$), 男性高于女性。

2.2.3 不同性别体检者 HDL-C 异常率比较 在 1 183 例检

测 HDL-C 的体检者中, 男 793 例, 女 390 例。边缘偏低 114 例 (9.64%), 其中男 95 例 (11.98%), 女 19 例 (4.87%), 男女之间差异有统计学意义 ($\chi^2 = 15.17, P < 0.01$), 男性显著高于女性; 偏低 50 例 (4.23%), 其中男 41 例 (5.17%), 女 9 例 (2.31%), 男女之间差异有统计学意义 ($\chi^2 = 5.34, P < 0.05$), 男性高于女性。

2.2.4 不同性别体检者 LDL-C 异常率比较 在 1 179 例检测 LDL-C 的体检者中, 男 789 例, 女 390 例。边缘升高 423 例 (35.88%), 其中男 311 例 (39.42%), 女 112 例 (28.72%), 男女之间差异有统计学意义 ($\chi^2 = 12.99, P < 0.01$), 男性显著高于女性; 升高 205 例 (17.39%), 其中男 149 例 (18.88%), 女 56 例 (14.36%), 男女之间差异有统计学意义 ($\chi^2 = 3.72, P < 0.05$), 男性高于女性。

2.2.5 不同性别体检者高 UA 血症发生率比较 在 709 例检测 UA 的体检者中, 男 482 例, 女 227 例。升高 56 例 (7.90%), 其中男 45 例 (9.34%), 女 11 例 (4.84%), 男女高 UA 血症发生率差异有统计学意义 ($\chi^2 = 4.28, P < 0.05$), 男性高 UA 血症发生率高于女性。

2.3 不同地区相关检测项目异常率比较 本组血脂 4 项与北京 2005 年的分析结果^[4] 比较及高 UA 血症与深圳 2007 年的分析结果^[3] 比较, 见表 1。

表 1 不同地区血脂 4 项与 UA 异常率的比较

比较项目	男性			女性			合计		
	异常率 (%)	χ^2	P	异常率 (%)	χ^2	P	异常率 (%)	χ^2	P
高 TG 血症	49.39	88.50	<0.01	15.27	34.03	<0.01	24.73	181.92	<0.01
高 TC 血症	15.71	5.61	<0.05	15.54	1.52	>0.05	15.60	1.70	>0.05
低 HDL-C 血症	8.51	10.59	<0.01	2.56	0.09	>0.05	5.65	4.19	<0.05
高 LDL-C 血症	34.21	75.61	<0.01	21.96	12.58	<0.01	28.30	64.82	<0.01
高 UA 血症	24.30	52.70	<0.01	9.60	5.56	<0.05	16.49	35.11	<0.01

3 讨论

随着人民生活水平的提高及生活节奏的加快, 高脂血症和高 UA 血症的异常发生率有上升趋势, 血脂异常与冠心病、动脉硬化、脑卒中等心脑血管疾病关系密切; 高 UA 血症导致高血压、糖尿病、冠心病、痛风关节炎、肾功能不全等疾病的发病率增高。经常性监测人群血脂及血 UA 的流行情况, 对心脑血管疾病的预防和治疗有十分重要的意义。

按照我国血脂异常防治建议, 本研究发现白城市成人人群中血脂和 UA 异常率较高, 且男性均高于女性, 这与男性不良生活方式有关, 如吸烟、饮酒、不良饮食习惯、生活无规律等, 这些因素是导致高脂血症和高 UA 血症的重要危险因素。同时, 由表 1 可见, 白城市成人血脂 4 项异常率与经济比较发达的北京地区比较, 除女性和合计高 TC 血症异常率差异无统计学意义外, 其他检测项目的异常率差异均有统计学意义, 其中高 TG 血症异常率高于北京, 低 HDL-C 血症和高 LDL-C 血症的异常率低于北京; 而高 UA 血症发生率与经济比较发达的深圳地区比较, 差异也有统计学意义, 但低于深圳, 说明白城市居民的行为生活方式与经济发达地区尚有一定差异。随着白城市经济的进一步发展, 应改变传统的饮食习惯、膳食结构和生活

习俗等, 摒弃不良行为生活方式, 养成良好的行为生活习惯。

本研究提示, 要加强重点人群的健康教育工作, 积极开展自我保健活动, 注重养成健康的行为生活方式; 要定期对重点人群进行健康体检, 做到早发现、早诊断和早治疗, 控制高脂血症和高 UA 血症的发生率, 预防和控制心脑血管等慢性疾病在人群中的流行。

参考文献

[1] 邵继红, 徐耀初, 莫宝庆, 等. 痛风与高尿酸血症的流行病学研究进展[J]. 疾病控制杂志, 2004, 8(2): 152-154.
 [2] 血脂异常防治对策专题组. 血脂异常防治建议[J]. 中华心血管病杂志, 1997, 25(3): 169-175.
 [3] 刘佳, 张海钢, 向东, 等. 深圳市民高尿酸血症调查和相关疾病及疗效分析[J]. 临床肾脏病杂志, 2007, 7(3): 115-118.
 [4] 王琼, 张青云, 刘娟. 北京地区 13 336 例成人空腹血脂水平分析[J]. 中华检验医学杂志, 2007, 30(5): 524-528.