表 5 各年龄组空腹血糖的比较（$\bar{x} \pm s$）

年龄	血糖（mmol/L）
18~29岁	4.79 ± 0.48
30~39岁	4.94 ± 0.82
40~49岁	5.16 ± 1.13
50~59岁	5.42 ± 1.50

上升趋势[5]。据世界卫生组织统计的资料，1998 年全球 DM 患者为 1.2 亿，预计到 2025 年将达 3 亿[7]。DM 是目前继肿瘤和心血管疾病之后严重影响人类健康的第三大疾病[8]。

本次调查显示，重庆市成人居民血糖大于 7.0 的比例为 3.33%、空腹血糖异常率达 6.62%。按照国际 DM 联盟公布的资料，2003 年我国 20 岁以上的成年人口约为 8 亿 7 800 万，DM 的患病率为 2.7%。因此在重庆市成人居民 DM 患病比例存在较高流行水平，预防和控制血糖水平已成为刻不容缓的任务。

2002 年全国营养调查调查了 DM 的流行情况，该调查显示随着年龄的增加，DM 的患病率也明显增高[9]，本次分层分析结果显示，男性占了绝大多数比例，空腹血糖水平数据亦显示男性居民和 40 ~ 58 岁年龄段居民的空腹血糖水平已超过正常值、中年人群的空腹血糖水平明显比青年人群高。

我们的研究发现：非主城区人群的空腹血糖水平都明显比主城区人群高，我们分析可能主要是因为非主城区居民生活水平提高引起膳食结构改变，膳食中热量、蛋白质、脂肪的来源从以植物为主转向以动物为主，总热量过剩，同时生活模式不健康不科学，包括对 DM 的无知，缺乏锻炼等关系密切；其次，可能因为抽血前禁食禁饮没有达到 8 h；另外可能存在抽样误差，由于重庆农村大多数地区都是山区，人口分布分散，抽样不是很具有代表性。因此，我们需要进一步调查研究不同居住地人群的血糖水平。

本次调查主要反映了重庆地区不同居住地点、性别及年龄段人群的空腹血糖水平、空腹血糖水平增高的人群包括已患 DM 的患者，也包括有没有被诊断的 DM 患者。因此，课题组下一步工作将结合糖耐量实验和胰岛素释放实验进一步调查重庆地区 DM 患病率的分布特点。

综上我们可以得出：不同居住地点，性别和年龄对重庆 19~60 岁人群的空腹血糖水平有明显的影响，非主城区的中年男性人群的空腹血糖水平增高明显；男性空腹血糖异常的比例也明显比女性多；各年龄段之间空腹血糖水平的比例差异也有显著性差异，即随着年龄的增加，空腹血糖异常的比例也随之增加。

参 考 文 献

[1] 王吉耀，主编.内科学[M].北京：人民卫生出版社，2005.969-1005.

[2] 张 波，王金平，杨文英，等.空腹血糖受损诊断标准下调的合理性分析[J].中华内分泌代谢杂志，2004，20（5）：396-398.

[3] 贾伟平，潘洁敏，陈 蕾，等.空腹血糖受损切点变化与糖尿病及心脑血管事件风险的关系-上海华阳社区 40 岁以上人群的随访研究[J]. 中华内分泌代谢杂志，2004，20（5）：392-395.

[4] 王先令，陆菊明，潘长玉，等.空腹血糖受损诊断标准下调对糖调节受损人群检出率的影响[J].中华糖尿病杂志，2005，13（4）：265-268.

[5] Association of American diabetes. Diagnosis and classification of diabetes mellitus[J].Diabetes care，2007，30（s1）：42-47.

[2] 张家庆.空腹血糖受损的下限切点下调[J].新医学，2006，37（5）：283-285.

[3] 张印发，杨月欣，马中亮，等.食物血糖生成指数在糖尿病营养教育中的应用研究[J].营养学报，2003，25（3）：248.

[4] Atkinson M A，Maclaren N K.Mechanisma of diseas：The patho-genesis of sulin-diabetes mellitus[J].New Eng J Med，1994，33（4）：1428-1436.

[5] European ll DM Policy Group 1993.Consensus guideline for themanagement of insulin-dependent（type1）diabetes[J].Diabete Med，1993，10（10）：990-1005.

[6] Edelman S V.Type 2 diabetes mellitus[J].adv letern Med，1998，43（2）：449-500.

[7] 李 丽，谈瑄忠.我院口服降糖药的应用分析[J].江苏药学与临床研究，2006，14（2）：121-122.

[8] 杨 妍，李肖甫，明 辉，等.7092 机关干部健康体检空腹血糖与年龄关系分析[J].检验医学，2007，22（5）：601-604.

[9] 李立明，饶克勤，孔灵芝，等.中国居民 2002 年营养与健康状况调查[J].中华流行病学杂志，2005，26（7）：478-484.

（责任编辑：关蕴良）

个案与短篇 文章编号：0253-3626（2011）04-0509-02

颈总动脉假性动脉瘤 1 例报道

徐 强，代远斌

（重庆医科大学附属第一医院血管外科，重庆 400016）

【中国图书分类法分类号】R653 【文献标志码】B 【收稿日期】2010-06-06

作者介绍：徐 强（1984-），男，硕士，研究方向：血管外科基础与临床。

通信作者：代远斌，男，教授，Email：dyb630611@163.com。

1 临床资料

患者，女，28 岁，因“颈部包块 4 年，增大 15 d”于 2009 年 11 月 17 日入院。患者于 4 年前无意间于右颈部扪及一约

2 cm × 3 cm 大小包块，无压痛。未行任何处理。15 d 前包块明显增大，且表面能扪及搏动感（图 1）。伴有轻度头痛，无眩晕、偏瘫、失语等不适。与 5 d 前就诊于某医学院附属医院，行彩色多普勒超声（Doppler）示右侧颈总动脉假性动脉瘤，数字减影血管造影（Digital subtraction angiography，DSA）示右侧颈总动脉中段假性动脉瘤，胸片示右肺上叶继发性肺结核。因当地医院无血管外科，遂转入我院治疗。既往肺结核病史 8 年。查体：右侧颈部扪及约 7.5 cm × 4.5 cm 大小包块，超过颈中线。表面皮肤红肿，能扪及搏动感。入院诊断：（1）右颈总动脉假性动脉瘤；（2）肺结核。入院后完善术前检查，血常规 WBC 11.69 × 10^9 个/L，凝血象出凝血时间正常、D-二聚体：837 μg/L（0~342 μg/L），纤维蛋白降解产物：9.0（0~5.0）；肝肾功未见异常。于 2009 年 11 月 24 日在全麻下行右颈总动脉假性动脉瘤切除 + 颈动脉重建术。手术先经右侧股动脉穿刺造影示：右颈总动脉破口约 3 cm 长（图 2）。置入 60 mm × 8 mm 的球囊于破口处张开阻断颈总动脉血流（图 3），然后做右颈部纵切口，瘤腔约 10 cm × 6 cm × 6 cm 大小，分开瘤腔，清除机化血栓，见颈总动脉约 3 cm 长的破口（图 4），分出破口近远端，控制血流后，以 6 mm 直径的人工血管行端端吻合，重建颈总动脉。术后病理报告示右颈部动脉壁平滑肌显示变性、分离、出血伴中性粒细胞浸润，符合假性动脉瘤。手术时间为 90 min，阻断颈总动脉、颈内动脉 30 min。术后病人肢体活动自如，左侧肢体未见活动异常，肌力 5 级，对答切题。伤口愈合良好。术后凝血象出凝血时间正常、D-二聚体：457 μg/L（0~342 μg/L）、纤维蛋白降解产物：3.7（0~5.0）。术后 10 d 病人康复出院。



图 1　病人术前假性动脉瘤



图 2　术前瘤体（DSA）



图 3　球囊阻断颈总动脉



图 4　假性动脉瘤破口

2　讨　论

颈动脉假性动脉瘤在临床上十分少见。假性动脉瘤是充满血液并与动脉管腔交通的囊腔，其囊壁并非动脉壁本身，而是由漏出物刺激周围结缔组织形成的，瘤壁极薄。最常见于创伤、医源性损伤、血管旁路术后吻合口动脉瘤、感染等[1]。早期往往没有临床症状，肿块增大后病人可自觉搏动性肿块，后期表现主要有以下 3 个方面：瘤内附壁血栓形成，瘤体压迫症状，瘤体破裂。瘤体破裂和压迫多见。此病人病因为感染引起，病检示中性粒细胞浸润。患者颈部有搏动性包块。有轻度头痛，未出现明显的压迫症状。

此类疾病的诊断依靠病史和体征可以做出初步的诊断[2]。Doppler、CT 血管造影、磁共振血管造影、DSA 对明确诊断重要价值。此例病人彩超示右侧颈总动脉假性动脉瘤，DSA 示右侧颈总动脉中段假性动脉瘤。假性动脉瘤的诊断不难，但要与颈动脉体瘤、颈动脉扭曲、肿大淋巴结、神经鞘膜瘤相鉴别。

颈动脉假性动脉瘤治疗有颈动脉近远端结扎术，瘤壁清创、静脉补片法，瘤体切除血管重建术，腔内治疗包括栓塞治疗、血管内支架术[3,4]。不论哪种单一手术方式，术后中枢神经系统并发症较高，术后病人出现偏瘫的风险较大[5]。我们采用术前 DSA 造影，包括颈总动脉造影和双侧椎动脉造影，即全脑血管造影。可全面观察颈内动脉、颈外动脉系统血管出血的部位及原因，有无血管异常或广泛性动脉瘤形成，并可观察对侧侧支循环是否建立。此方法的好处是明确了破口的位置，同时了解对侧侧支循环是否建立。尽量缩短手术时间，尤其是阻断颈动脉的时间。

手术采用腔内球囊阻断破口 + 瘤体切除颈动脉人工血管重建术。此手术方式较好的将假性动脉瘤破口定位，缩短了手术时间。术中出血相对较少，术后神经系统并发症发生率较低。此例病人术中出血 <200 ml，手术时间 90 min，阻断颈动脉 30 min。此病人我们选用 6 mm 人工血管主要考虑是尽量缩短手术时间。术后病人未发生神经系统并发症。术后加强抗感染，未发生感染及其它并发症，恢复较好。

参　考　文　献

[1] Mansour M A，Gorsuch J M.Diagnosis and management of pseudoaneurysms[J].Perspect Vasc Surg Endovasc Ther，2007，19（1）：58-64.

[2] Sancak T，Bilgic S，Ustuner E.Endovascular stent-graft treatment of a traumatic vertebral artery pseudoaneurysm and vertebrojugular fistula[J].Korean J Radiol，2008，9（s1）：68-72.

[3] 刘建民，洪　波，许　奕，等.血管内支架成形术治疗颅外颈动脉狭窄[J].中国微创外科杂志，2003，3（5）：393-396.

[4] 韩　伟，张　强.人工血管内支架植入治疗外伤性颈动脉假性动脉瘤 2 例报告[J].中国微创外科杂志，2008，12（12）：1098-1099.

[5] 王玉琦，叶建荣.血管外科治疗学[M].上海：上海科学技术出版社，2003.2.

（责任编辑：冉明会）