

糖尿病 115 例分析与治疗

应一珍

(浙江省缙云县斜氏伤科医院 缙云 321403)

关键词:2 型糖尿病;分析;治疗

中图分类号:R 587.1

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2007)01-0083-02

糖尿病是一组以慢性血葡萄糖(血糖)水平增高为特征的代谢疾病群。基本病理生理改变是由于胰岛素绝对或相对不足,引起糖、脂肪、蛋白质和继发的水、电解质代谢紊乱。早期无症状,典型症状为多尿、多饮、多食、消瘦等,并发症有酮症酸中毒、感染、动脉粥样硬化、肾和视网膜的微血管病变及

2 降酶的治疗

2.1 五味子的应用 五味子是目前降低转氨酶的常用有效药物之一。五味子其味酸咸,其性温收,按中医的传统认识,酸可以敛邪。而中医对转氨酶的升高,大都认为由于湿热郁蒸所致。若湿热不重有肺肾阴虚者用之较为恰当,若湿热重时配伍清利湿热药同用也未尝不可。目前不少病例在用五味子降酶以后,常存在停药后转氨酶反跳现象,这个问题尚未解决,有待进一步研究。

2.2 清热解毒药的应用 中医对肝病转氨酶的升高,大都采用清热化湿解毒来治疗。常用药物有紫参、糯稻根、野芹菜、茵陈、板蓝根、连翘、凤尾草、秦皮、白薇、虎杖、龙胆草、马兰、过路黄、田基黄、酢酱草、垂盆草等。有的单味使用,有的配合应用,均能收到一定的疗效,作者以往常用夏枯草与蒲公英二味为主,不少病例能降低转氨酶,但其疗效也不尽如人意。作者体会:如见肝热明显,症见舌红、苔黄、口苦者,用龙胆草、黄芩、大黄;肝经郁热不重者,用秦皮、土茯苓、蒲公英;如热不重、湿亦不甚者,用夏枯草、蒲公英、凤尾草;若热较偏重的,可加连翘、板蓝根;如脾虚不明显者,用秦皮、凤尾草、土茯苓;脾虚明显的可加苍、白术;两腿酸软无力加虎杖、苡仁;如出现明显的肝阴不足者,则以柔肝养阴为主,以一贯煎为基础再加降酶药物;若见脾阳不振者则当以平胃、理中为基础再辅以降酶之品;如见舌胖质淡紫者则可用桂枝、泽兰、马鞭草。

3 腹水的治疗

3.1 攻与补的体会 在腹水(单腹胀)的治疗中,对攻与补的问题,历代医家争论很多。作者认为,攻则弊多利少,补则反之。但是,在具有攻下条件的情况下,攻后可减少痛苦,缩短病程;但补并非是蛮补,而应予攻补兼施,所谓三分攻七分补或七分攻三分补,主要看病人的具体情况。如病人胃气未败,食欲尚好,大便比较正常者,则可以适当地攻逐,可先用小剂量攻逐,观察其反应。如病人体质较差,胃气已败,大便稀溏,则应以补为主,佐以消运利水。所谓攻,即攻逐其水邪,常用以十枣丸、舟车丸等为主。作者常用一味逐水药研粉投服,通过临床观察,其逐水之力大致是大戟最轻,甘遂较强,芫花则反应大,易致恶心呕吐。因此作者常用大戟、甘遂二味,每次 3~5 分,在早晨空腹时给服,同时加用温阳利气之肉桂、沉香

神经病变等。糖尿病分为四大类型,即 1 型糖尿病、2 型糖尿病、其他特殊类型和妊娠期糖尿病,2 型糖尿病占 95%以上。现将 2 型糖尿病 115 例分析如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组糖尿病 115 例,其中男性 58 例,女性 57 例。年龄 40~75 岁,平均 58 岁。病程 1~20 年,平均 10 年。现以逐水之力,以红枣十个煎汤送服。一般服后 20~30min 即出现反应,如泛恶欲吐,继则肠鸣腹泻,泻出先粪后水,泻 5~7 次,大约 2h 即能停止,小便有增多的现象者最为理想。如服后病人自觉舒适,腹胀减轻可再次给药,一般最多连续 3 次(可以天天服,也可以隔天服)。如服后虽得大便下泻,腹胀暂减而小便不见增多,腹围依旧或反见增加者亦属无效,可不予再给攻逐,免生他变。总之,治疗腹水补为常法,攻属权变也。

3.2 辨证论治 (1)脾虚气滞型:其病机在于脾虚,而致水湿中阻,常用方剂以胃苓汤或春泽汤为主,一般大都具有攻的条件;(2)脾肾阳虚型:其病机则由于脾肾阳虚而致水气泛滥,常用方剂以真武汤或桂附理中汤为主以温阳利水;(3)肝肾阴虚型:其病机一般是由阳虚及阴而成,但在现阶段既阴伤则需滋养其阴为主,但“独阳不生,孤阴不长”,故方以六味地黄汤加少量桂枝以通阳化气而利水,如阴虚不甚则用一贯煎或兰豆枫楮汤(泽兰、黑料豆、路路通、楮实子)加淡渗利水之玉米须、白茅根、芦根之类;(4)阴虚湿热型:病机既现阴虚而挟湿热,治疗时矛盾重重,但应先祛其邪,兼护其阴,常以清热解毒之茵陈蒿汤为主,若湿重可加化湿药,如川朴、茅术或佐四苓之意。服后如湿热渐化,小便增多,观其动态,随机应变,或可挽救。总之此型死亡率较高,凡属阴虚者则应慎用攻逐之药。

4 肝昏迷的治疗

据临床观察,大出血、放腹水、感染、电解质紊乱或肝功能衰竭时,常可导致肝昏迷的发生。按中医分析,诱发肝昏迷的原因有:(1)正虚邪陷,由于病久脾阳失运,肝阴竭绝,造成阴阳不能维系,邪毒乘虚内陷而致神错嗜睡或手足清冷、指甲青紫。(2)邪毒攻心,造成阴津亏耗,风火相煽,而致神错躁动、四肢抽搐,甚则狂妄谵语,有的高热面赤。治疗宜重用清热解毒,平肝息风,育阴生津配以清心开窍之剂,促使昏迷苏醒,或可挽救其万一。例如一肝硬化脾肿大患者,会诊时深度昏迷已三昼夜,躁动狂叫,给予汤水尚能吞咽,舌红绛、苔少、脉弦滑有力,为肝阴肾水耗竭,痰火肝风相互交煽,故即给予养阴泄火、平肝息风药,用沙参、麦冬、生地、黄连、栀子、川贝、钩藤、石决明、玄参等,另给羚羊粉二分吞服。服后神志渐清,终得挽救。以后行脾切除,康复如常。

(收稿日期:2006-06-22)

44 例支原体肺炎临床分析

潘娇芬

(浙江省宁海县第一医院 宁海 315600)

关键词:支原体肺炎;阿奇霉素;临床分析

中图分类号:R 563.19

文献标识码:B

文献编号: 1671-4040(2007)01-0084-02

我院 2005 年 1~11 月,共收住支原体肺炎 44 例。现作回顾性分析如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 44 例中,男 23 例,女 21 例。发病年龄 <1 岁 5 例,占 11.4%;1~3 岁 13 例,占 29.5%;3~5 岁 3 例,占 6.8%;>5 岁 23 例,占 52.3%。病程 3d 内 6 例,3d~1 周 28 例,1 周~半个月 8 例,半个月以上 2 例,其中最长达咳嗽 2 个月 1 例。

1.2 临床表现 先发热后伴咳嗽 29 例,伴有头痛、呕吐 3 例,仅发热 5 例,仅咳嗽 6 例,伴腹痛 1 例,伴气促 2 例。

1.3 体格检查 5 岁以上肺部多无阳性体征,本文仅 2 例可闻及湿性罗音,5 岁以下肺部可听见干湿罗音 17 例。

57 例,男性占 50.43%,女性占 49.56%;年龄 41~70 岁,平均年龄 58 岁,其中 41~50 岁 30 人,占 26.09%,51~60 岁 43 人,占 37.39%,61~70 岁 42 人,占 36.52%;无临床表现的 27 人,占 23.48%,伴多尿、多饮、多食、消瘦的 15 人,占 13.04%,多尿、多饮、多食的 23 人,占 20.00%,多尿、多饮的 26 人,占 22.61%,多尿的 24 人,占 20.87%;伴肥胖、高血压 47 人,占 40.87%,冠心病 24 人,占 20.87%,脑血管病 17 人,占 14.78%;城镇居民 88 人,占 76.52%,农村 27 人,占 23.48%。

1.2 临床表现 典型症状为“三多一少”,即多尿、多饮、多食及体重减轻。多尿:血糖升高后因渗透性利尿引起多尿。多饮:由于多尿、失水和高血糖时的高渗状态,因而烦渴多饮。饮量与尿量成正比。多食:葡萄糖为体内能量的主要来源,由于尿中丧失大量葡萄糖,为补充体内能量来源,则引起多食。体重减轻:由于糖代谢失常、负氮平衡、失水等,患者易感疲乏及软弱无力,但一般仍较肥胖。其它:皮肤瘙痒,尤其外阴瘙痒。

1.3 诊断标准 (1)糖尿病症状+休息时间血浆葡萄糖水平 $\geq 11.1\text{mmol/L}$ 或(2)空腹血浆葡萄糖水平 $\geq 7.0\text{mmol/L}$ 或(3)葡萄糖耐量试验中,2hBG $\geq 11.1\text{mmol/L}$ (注:需再测 1 次,予以证实,诊断才能成立)。

1.4 治疗及转归 坚持早期治疗、长期治疗、综合治疗、治疗措施个体化的原则。

1.4.1 一般治疗 坚持饮食治疗、体育锻炼和健康教育。

1.4.2 口服药物治疗 (1)磺脲类:格列本脲 1.25~20mg/d,1d 1~2 次,餐前半小时服。(2)非磺脲类:那格列奈每次 120mg,餐前口服。(3)双胍类:二甲双胍 500~1500 mg/d,1d 2~3 次,餐中服用。(4)阿卡波糖每次 50mg,1d 3 次。

1.4.3 胰岛素治疗 根据病人病情选择速效、中效或长效制剂。

1.4.4 中医中药治疗 (1)中成药:六味地黄丸、消渴丸等。

1.4 辅助检查 所有病例均做血常规、大小便常规、C-反应蛋白测定、血支原体-IgM 抗体测定、肝功能及部分脑电图、心电图、胸片检查。血常规白细胞稍偏高 8 例,10.9~13.2 $\times 10^9/L$,分类中性不高;C-反应蛋白异常 9 例,10~20mg/L;谷丙转氨酶升高 2 例;心肌酶谱升高 3 例;脑电图轻度异常 2 例,临界状态 1 例;尿蛋白(+~++)2 例;胸片提示:44 例均有肺炎,其中左下肺炎 5 例,右下肺炎 14 例,两下肺炎 23 例,右上肺炎 2 例,伴胸腔积液 2 例,伴肺不张 2 例。支原体抗体测定均阳性,滴度 1:80 21 例,1:160 7 例,1:320 5 例,1:640 4 例,1:1 280 7 例。

1.5 治疗 所有病人住院治疗,应用阿奇霉素 10mg/(kg·d), (2)中药:生山药 30g,生黄芩 15g,知母 15g,生鸡内金 6g,葛根 4.5g,五味子 9g,天花粉 6g,水煎服,1d 2 次,连服 7d。

1.4.5 结果 本组糖尿病患者经一般治疗和药物治疗,大多取得较好的疗效,有效率达 95.6%。

2 讨论

糖尿病病人,特别是 2 型糖尿病病人,有明显的遗传倾向,近年来有逐渐上升的趋势,发病年龄也趋年轻化,随着经济发展和都市化生活的普及,糖尿病及其并发症已成为严重危害人民群众健康的重大问题。各级政府和卫生部门应发动社会支持,共同参与糖尿病的预防、治疗、教育及保健。提倡不吸烟、少饮酒、少吃盐、合理膳食、经常运动,防止肥胖。糖尿病患者要结合口服药物治疗,通常 FBG<7.8mmol/L 者不需要胰岛素治疗;FBG 在 7.8~11.1mmol/L 者,若需胰岛素治疗,可于睡前注射中效胰岛素制剂,以维持基础胰岛素水平;重度者(FPG 11.1~13.9mmol/L)可每天注射 2 次中效胰岛素制剂;极重度病例(FBG $\geq 13.9\text{mmol/L}$),应按原 I 型糖尿病类似的方案治疗。

对 2 型糖尿病的预防,关键在于筛查出 IGT(葡萄糖耐量低减)人群,在 IGT 阶段进行干预处理,包括减轻体重、体力活动增加、饮食调整,可以降低糖尿病风险。也可用药物干预,如用二甲双胍、阿卡波糖。在 115 例 2 型糖尿病病人资料中,伴肥胖、冠心病、高血压病的比例较大,而且城镇人群比农村人群患糖尿病的比率高。当然,本组资料也许与农村患者就医不及时或有病少医、有病延治有关,但从一个侧面反映出患此病的倾向性。由此可见,城镇人群的活动、劳动量、体育锻炼应进一步加强,同时控制糖、脂肪、蛋白的摄入,以减少糖尿病及并发症的发生。对糖尿病应坚持预防在先,其工作可分为三级:一级预防是避免糖尿病发病,二级预防是及早检出并有效治疗糖尿病,三级预防是延缓和防治糖尿病并发症。

(收稿日期:2006-06-12)