

胰岛素联合调糖汤治疗 2 型糖尿病疗效观察

王丽丽

(浙江省杭州市萧山区政府机关事物管理局 杭州 311200)

摘要:目的:探讨中西医结合治疗 2 型糖尿病的疗效。方法:将 40 例 2 型糖尿病患者,随机分成两组,中西医结合强化治疗组(观察组)20 例,采用基础疗法加胰岛素泵强化治疗联合调糖汤;胰岛素泵强化治疗组(对照组)20 例,采用基础疗法加胰岛素泵治疗。观察两组治疗有效率及低血糖发生率、血糖稳定性等。结果:治疗 2 周后,观察组与对照组相比,治疗有效率及低血糖发生率、血糖稳定性差异均有显著性意义($P<0.05$)。结论:中西医结合综合疗法治疗 2 型糖尿病,效果明确,具有较大的临床应用价值。
关键词:2 型糖尿病;中西医结合疗法;胰岛素;调糖汤

中图分类号:R 587.1 文献标识码:B 文献编号: 1671-4040(2008)05-0020-02

本文针对初诊 T2DM 患者采取中西医结合强化治疗,经临床研究观察,取得显著的临床疗效。现总结报告如下:

1 对象与方法

1.1 一般资料 选择 2005~2007 年 2 型糖尿病患者 40 例。纳入标准:按照 2 型糖尿病诊断标准确诊为 T2DM。排除标准:(1)1 型糖尿病、妊娠糖尿病、其他特殊类型糖尿病;(2)T2DM 并发严重急性并发症者;(3)有严重心、脑、肝、肾等并发症;或合并其他严重原发性疾病;(4)既往有精神病史者;(5)不合作者,指不配合基础治疗或不能按规定进行治疗而影响疗效观察者。观察组 20 例为中西医结合强化治疗组,对照组 20 例为胰岛素泵强化治疗组。两组患者一般资料无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 两组均给予基础疗法:控制饮食、适当有氧运动、心理调节。观察组在基础疗法基础上加胰岛素泵强化治疗联合口服自拟方调糖汤(主要药物组成为黄芪、太子参、天花粉、葛根、白豆蔻、白毛藤、赤芍、丹参等)。对照组在基础疗法基础上加用胰岛素泵强化治疗。

1.3 疗效判定标准 参照《中药新药临床研究指导原则》(2002 年第一版)中的疗效判定标准分为显效、有效、无效。(1)显效:治疗后症状基本消失,血糖控制理想;(2)有效:治疗后症状明显改善,血糖控制良好;(3)无效:治疗后症状无明显改善,血糖控制差。

2 结果

2.1 低血糖发生率和血糖稳定性比较 见表 1。治疗后两组低血糖发生率差异有显著性意义($P<0.05$),两组间血糖稳定性对比差异具有非常显著性意义($P<0.01$)。

表 1 两组治疗前后低血糖发生率、治疗中血糖稳定天数 ($\bar{X}\pm S$) 例(%)

组别	n	低血糖发生率	血糖稳定天数(d)
观察组	20	4(20.0)	9.7± 0.8
对照组	20	11(55.0)	6.5± 0.7

2.2 两组有效率比较 见表 2。观察组总有效率 90.0%,对照组总有效率为 55.0%,组间疗效差异有显著性意义 ($P<0.05$),提示中西医结合强化治疗组总疗效优于强化治疗组。

总之,本研究初步证实,在面罩上开侧孔的方式进行呼吸机辅助通气有助于二氧化碳的排出,对于不能耐受鼻罩的慢性阻塞性肺疾病并 II 型呼吸衰竭患者,不失为一种有效的选择。由于本研究病例数少、观察时间短,慢性阻塞性肺疾病的

0.05),提示中西医结合强化治疗组总疗效优于强化治疗组。

表 2 两组治疗后临床症状疗效评价 例(%)

组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	20	7(35.0)	11(55.0)	2(10.0)	18(90.0)
对照组	20	1(5.0)	10(50.0)	9(45.0)	11(55.0)

3 讨论

DM 属中医学“消渴”范畴,中医认为本病源于饮食不节,嗜食肥甘厚味,导致脾胃损伤,脾失健运,积热内蕴,化燥伤津;或由素体阴虚,复因劳欲过度,导致阴虚火旺;或由情志郁结,肝气不舒,郁久耗气伤阴,肝肾不足,气血癰阻。病机特点以阴虚为本,燥热为标,阴虚燥热迁延日久致气阴两伤,气为血帅,血为气母,气虚推动无力,血行涩滞而发癰血^[1]。陈氏等通过对 502 篇文献 23 139 例调研分析以及 1 500 例临床流行病学调查报告研究发现,T2DM 的最多见证型为气阴两虚证,气阴两虚夹癰证排第二位^[2]。杨氏认为脾气虚弱是导致 T2DM 发生的根本原因,补脾益气是治疗 T2DM 的根本治法^[3]。

《素问·经脉别论》曰“饮食入胃,游溢精气,上输于脾,脾气散精,上归于肺,通调水道,下输膀胱,水津四布,五经并行。”这说明食物的消化吸收,精微物质的输布,糟粕、废物的排泄,必须通过多脏腑协调平衡才能完成。DM 发病是由于机体平衡失调的结果,而人体气血、阴阳、脏腑等进一步平衡失调致使 DM 各种慢性并发症产生,同时由于平衡失调可使胰岛素抵抗,血糖难控。运用中医药治疗本病,可以从治病求本出发,调节平衡、标本兼治,以有效控制血糖及防治其慢性并发症。调糖汤方中重用黄芪补气健脾,太子参助黄芪益气,配天花粉、葛根以补益阴津,共奏补气养阴之效;白毛藤利湿、解毒、活血,赤芍、丹参等活血化癰,白豆蔻理气化痰,共奏化癰通络之功。全方具有益气养阴、化癰通络之功效,以气阴双补扶其正,以化癰通络祛其邪,使正复邪去,调节机体代谢平衡。

本项目观察组在控制饮食、适当有氧运动、心理调节等疗效受多种因素影响,所以,长期疗效尚需进一步研究。

参考文献

[1]中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组.慢性阻塞性肺疾病诊治指南[J].中华结核和呼吸杂志,2002,25(8):453-460
[2]中华医学会呼吸病学分会慢性阻塞性肺疾病学组.无创正压通气临床应用中的几点建议 [J]. 中华结核和呼吸杂志,2002,25(3):130-134
[3]陈荣昌,张秀燕,何国清,等.改进的面罩对无创人工通气死腔效应的影响[J].中华结核和呼吸杂志,2000,23(12):734-736

(收稿日期: 2008-03-31)

中西医结合治疗泌尿系感染临床观察

张秋霞

(广州中医药大学第一附属医院 广东广州 510405)

摘要:目的:探讨中西医结合治疗泌尿系感染的临床疗效。方法:采用中药配合西药治疗泌尿系感染 85 例。结果:痊愈 37 例,显效 29 例,好转 14 例,无效 5 例,总有效率达 94.1%。结论:中西医结合治疗泌尿系感染价格低廉,复发率低,临床疗效高。

关键词:泌尿系感染;中西医结合疗法;八正散;知柏地黄汤;抗生素

中图分类号:R 691.3

文献标识码:B

文献编号:1671-4040(2008)05-0021-02

泌尿系感染是临床上的常见病,在内科性疾病中仅次于上感而居第二位,尤以女性发病率高。临床以尿急、尿频、尿痛、小腹坠痛及排尿不爽等表现为主,属中医学的“淋证”范畴。单纯抗生素治疗虽能收到一定疗效,但复发率和再感染率很高,治疗棘手,疗效差,反复发作常年不愈易导致肾功能衰竭,加用中药治疗不仅提高疗效,而且症状消除疗效显著。笔者于 2004 年 5 月~2007 年 4 月观察 85 例病人,采用中西医结合方法治疗收到良好效果。现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 临床病例 85 例均来源于我院门诊。其中女 57 例,男 28 例,女性多见于男性,以 30~55 岁为多见。年龄 16~72 岁,平均年龄 42.5 岁;病程 <3d 者 42 例,4~7d 者 27 例,8~15d 者 14 例,1 个月以上者 2 例;初次发病 55 例,复发或重新感染 30 例。中医分型:下焦湿热型 64 例,阴虚湿热型 21 例。主要临床表现有:急性期发热,寒战伴尿频、尿急、尿痛及肉眼血尿,下肢痛及腰酸疼痛,周身不适,肾区有叩痛。

1.2 诊断标准 根据 1985 年第二届全国肾脏病学术会议确立的泌尿系感染的诊断标准:(1)清洁中段尿(要求尿液在膀胱内停留了 4~6h 以上)细菌定量培养,菌落计数 $\geq 10^5$ /mL;(2)清洁离心中段尿沉渣显微镜下白细胞 ≥ 10 个/高倍视野,或有尿路感染症状者。同时 B 超检查排除泌尿系肿瘤、结石者,尿常规检查排除淋病。中医分型按卫生部中药新药临床研究指导原则中医辨证标准,分为下焦湿热型与阴虚湿热型。

1.3 治疗方法 85 例病人均采用中西医结合治疗,以中药为主。下焦湿热型:选用八正散加减,方用生地 6g,木通 9g,栀子 9g,滑石 12g,车前子 9g,柴胡 15g,竹叶 9g,瞿麦 9g,甘草 6g 等。阴虚湿热型:选用知柏地黄汤加减,方用知母 9g,黄柏 9g,生地 12g,丹皮 9g,山药 12g,茯苓 9g,泽泻 9g,金银花 18g,续断 12g,旱莲草 6g 等。每日 1 剂,重煎分两次口服。部分病情较重者(体温 39℃ 以上,白细胞及中性粒细胞均明显增高),短期内加用头孢菌素类或喹诺酮类口服或静脉滴注治疗。均 3d 为 1 个疗程,2 个疗程后进行疗效统计。对病程 1

基础疗法的基础上运用胰岛素泵联合具有益气养阴、化癥通络之自拟方调糖汤进行中西医结合强化治疗。该疗法既能使血糖尽快控制达标,又能从治病求本出发,通过益气养阴、化癥通络有效调节机体的代谢紊乱,使糖代谢归于平衡。临床观察结果表明中西医结合强化治疗 T2DM 其疗效明显优于单纯胰岛素泵强化治疗,观察组能明显降低低血糖发生率,有效提高血糖控制的稳定性,显著改善患者症状,两组在有效率上具有显著差异性。T2DM 的发病是多种因素的综合作用所致,采取中西医结合强化治疗综合性防治为最佳策略。

个月以上者治愈后仍服 1 周巩固治疗,以防复发。

2 疗效观察

2.1 疗效标准 参考卫生部颁发的中药新药临床研究指导原则的治疗泌尿系感染的疗效判定标准。痊愈:临床症状、体征全部消失,尿常规检查连续 2 次阴性,尿菌培养为阴性。显效:经治疗后,症状大部分消失,尿常规转阴,尿细菌培养阴性。好转:经治疗后,症状部分消失或减轻,尿常规较治疗前有好转,尿培养有时为阳性。无效:经治疗后,症状及尿常规检查与治疗前相比改善不明显,尿细菌培养仍为阳性。

2.2 治疗结果 痊愈 37 例,显效 29 例,好转 14 例,无效 5 例,总有效率达 94.1%。

3 典型病例

3.1 病例 1 某女,57 岁,尿频、尿急、尿痛反复发作约 2 个月,曾多次门诊治疗,病情时好时坏,于 2005 年 7 月 12 日因上述症状来我院就诊。查体:T 37.2℃,脉沉缓,舌质淡红有齿印,苔薄白而黄,左肾区叩击痛。尿检:红细胞(++),白细胞满视野,脓细胞成堆;血常规正常;中段尿培养报告为大肠杆菌生长。诊断:泌尿系感染。中医证属:阴虚湿热型,予口服知柏地黄汤加减,第 4 天临床症状及体征消失,尿常规正常,继续巩固治疗 1 周后,连续 3 次中段尿培养转阴,治愈出院,至今未发。

3.2 病例 2 某男,28 岁,以畏寒发热、尿频、尿急、尿痛、腰痛 4d 于 2006 年 2 月 13 日就诊。查体:T 39.2℃,脉浮数,舌质红,苔薄白而燥,右肾区叩击痛。尿镜检:蛋白(+),红细胞(++),白细胞无计数;血常规:白细胞 15×10^9 /L,中性 87%,淋巴细胞 13%;当日中段尿培养报告有白色葡萄球菌生长。诊断:泌尿系感染。中医证属:下焦湿热型,予口服八正散加减,并加服氧氟沙星,次日热退,第 3 天症状及体征消失,血、尿常规正常,1 周内连续 3 次尿培养转阴,治愈。

4 讨论

目前,泌尿系感染在临床较为常见,近年来由于抗生素应用泛滥,患者多数在外自行治疗,往往难治难愈,应用中医而中医药由于其治疗作用上多靶位、多层次,体现了综合治疗的优势,值得临床推广。

参考文献

[1]王永炎,李明富.中医内科学[M].第 6 版.上海:上海科学技术出版社,1997.301-302
[2]陈大舜,董克礼.2 型糖尿病中医(中西医结合)证治研究[J].中医药学刊,2005,23(4):581-585
[3]杨洁,何威.论脾气虚弱在 2 型糖尿病发病中的作用[J].福建中医药,2005,36(6):60

(收稿日期:2008-05-04)