

外周占位性病变进行检查,所以其在肺部外周占位性病变定性诊断的应用中得到限制。超声引导下经皮肺穿刺活检也在肺部外周占位性病变的定性诊断中起到一定作用,但由于肺部气体的干扰,其只能对靠近胸壁的、较大的病灶进行穿刺活检。磁共振由于空间分辨率低、扫描速度慢、价格昂贵,很少应用于肺部穿刺活检。早期,普通 X 线透视也应用于经皮肺穿刺活检,但由于其重叠影像多,密度分辨率低,术前无法制定准确的穿刺路径,随着 CT 的广泛应用,此方法基本淘汰。

CT 由于其不受肺部气体的干扰,无重叠影像,能清晰显示正常肺组织、病灶以及病灶周围的血管、心脏、气管等重要器官,从而有效地避免了病灶邻近重要器官的损伤。CT 引导下经皮肺穿刺活检操作简单、定位准确,能快速地取到病变组织,进一步对病灶做出定性和鉴别诊断。据文献^[1]报道,对于肺部外周占位性病变的定性诊断,CT 引导下经皮肺穿刺活检是最有效的一种方法。

为了探讨 CT 引导下经皮肺穿刺活检对肺部外周占位性病变诊断的临床价值,笔者对 2013 年 6 月~2015 年 2 月影像学检查为肺部外周占位性病变 67 例患者进行 CT 引导下经皮肺穿刺活检,并对其临床资料进行回顾性分析,所有患者穿刺活检均成功,成功率 100.0%;66 例病理获得阳性结果,阳性率为 98.5%;穿刺活检的成功率和阳性率都非常高。根据笔者临床经验,穿刺活检成功的关键为:(1)患者术前要做增强 CT 检查,以便了解病灶内坏死和活性成分,以及邻近血管;(2)定位要准确,CT 扫描要核实穿刺针位于病灶内才能取组织;(3)要根据术

前 CT 增强图像,取标本时尽量取病灶内的活性成分,避开坏死组织和血管;(4)先用同轴活检针穿刺至病灶内,拔出针心,再经同轴针套入活检针,通过改变同轴活检针的方向,在病灶不同位置至少取 2~3 块病变组织,采集标本的量要足。本组病例中出现并发症 10 例 (14.9%),其中少量气胸 3 例 (4.5%)、术中或术后少量咯血 7 例 (10.4%),均未特殊处理。气胸和肺内出血是经皮肺穿刺活检常见的并发症,根据文献报道,如果操作得当出现大咯血和大量气胸的可能性极低^[4]。本组 66 例阳性结果中,肺部恶性肿瘤 54 例 (分别为腺癌 24 例、鳞癌 20 例、小细胞癌 7 例、腺鳞癌 2 例、复合性大细胞神经内分泌癌 1 例),炎性假瘤 5 例,结核 7 例。通过病理检查,进一步做出病变的定性和鉴别诊断,对于治疗方案的选择、制定,以及治疗后随访、预测预后等方面具有重要意义^[5]。综上所述,CT 引导下经皮肺穿刺活检对肺部外周占位性病变的诊断准确率高,手术安全、并发症少,可以指导临床制定正确的治疗方案,具有极高的临床价值,值得推广应用。

参考文献

[1]黄家宙,李瑞雄.CT 引导下经皮肺活检术对肺内占位病变的诊断价值[J].广西医学,2007,29(4):518-519
[2]高斌.CT 引导下非血管介入治疗学[M].北京:人民军医出版社,2012.19
[3]Montaudon M,Latrabe V,Pariente A,et al.Factors influencing accuracy of CT-guided percutaneous biopsies of pulmonary lesions [J].Eur Radiol,2004,14(7):1234-1240
[4]Martin DA,James OA,Allen Sllen SL,et al.Clinical Oncology[M].2nd ed.Beijing:Science press,Harcourt Asia,Churchill Livingstone,2001.1408
[5]胡效坤,张福君.CT 介入治疗学[M].北京:人民卫生出版社,2009.441
(收稿日期:2015-03-24)

糖尿病的中西医结合临床诊疗体会

翁燕红

(解放军第九四医院内分泌科 南昌 330002)

摘要:目的:观察六味地黄汤加味联合吡格列酮治疗糖尿病的临床疗效。方法:60 例糖尿病患者随机分为观察组 35 例,予六味地黄汤加味联合吡格列酮治疗;对照组 25 例,予吡格列酮治疗。结果:两组的空腹、餐后血糖较治疗前明显下降,且餐后 2 h 血糖的控制,观察组优于对照组($P<0.05$)。结论:六味地黄汤加味联合吡格列酮治疗糖尿病的疗效,优于单纯吡格列酮的治疗。

关键词:糖尿病;中西医结合;诊疗体会

中图分类号:R587.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2015.08.039

糖尿病(diabetes mellitus, DM)是一组以高血糖为特征的代谢性内分泌疾病,近十几年来,已经成为严重影响人类身心健康的重大疾病。目前,对于这一世界性医学难题中西医均未有重大突破。但中医

药以其独特优势,为中西医结合防治 DM,进而提高临床疗效提供了条件。笔者从 2008 年 2 月~2014 年 2 月以中西医结合方法治疗糖尿病 35 例,取得良好疗效。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 将 2008 年 2 月~2014 年 2 月来我院就诊的 60 例 DM 例患者随机分成两组, 观察组 35 例, 其中男 20 例, 女 15 例, 年龄 45~65 岁, 平均年龄 49.6 岁; 对照组 25 例, 其中男 15 例, 女 10 例, 年龄 47~67 岁, 平均年龄 51.6 岁。发病 1~6 个月。治疗前对所有患者进行心电图、肾功能、肝功能、空腹血糖、餐后 2 h 血糖等常规检查。

1.2 诊断标准 中医诊断参考《中医内科学》相关定义, 凡具有口渴、多饮、多食易饥、尿频量多、形体消瘦等临床特征者, 即可诊断为消渴病^[1]。西医诊断按照 1999 年 WHO 糖尿病专家咨询委员会正式公布的糖尿病诊断标准: (1) 有糖尿病症状(多尿、多饮及不能解释的体重下降), 并且随机(餐后任何时间)血浆葡萄糖 ≥ 11.1 mmol/L (200 mg/dl); (2) 空腹(禁食至少 8 h)血浆葡萄糖 ≥ 7.0 mmol/L (126 mg/dl); (3) OGTT 2 h 血浆葡萄糖 ≥ 11.1 mmol/L (200 mg/dl)。空腹血糖损伤 (IFG): 是指空腹血浆葡萄糖 ≥ 6.1 mmol/L (110 mg/dl), 但 < 7.0 mmol/L (126 mg/dl)。糖耐量损伤 (IGT): 是指 OGTT 2 h 血浆葡萄糖 ≥ 7.8 mmol/L (140 mg/dl), 但 < 11.1 mmol/L (200 mg/dl)。

1.3 治疗方法 两组均给予饮食控制、运动等常规治疗。西医根据 DM 患者年龄、体征、化验结果等, 口服降糖药, 必要时注射胰岛素; 中医依照辨证论治原则, 在常规治疗基础上进行中医治疗, 中药遣方在基本方上随证加减。观察组: 药用六味地黄汤加味(熟地 15 g、玄参 10 g、石斛 10 g、乌梅 10 g、茯苓 10 g、山药 15 g、山茱萸 15 g、茯苓 15 g、丹皮 15 g、泽泻 10 g、丹参 20 g、红花 12 g、鸡内金 15 g 等), 并根据患者病因病机的不同以及个体差异辨证加减用药, 日 1 剂, 水煎分 2 次服。同时服用吡格列酮(瑞彤, 国药准字 H20110047, 每片 15 mg), 15~30 mg, 1 次 /d; 对照组: 单纯口服吡格列酮 15~30 mg, qd。

1.4 疗效标准 (1) 患者自觉症状完全消失, 空腹血糖指标正常, 尿糖多次复查皆为阴性, 视为基本治愈; (2) 患者自觉症状基本消失或明显减轻, 空腹血糖 < 7.84 mmol/L, 空腹尿糖定性阴性或减至 (+), 视为有效; (3) 不能达到以上标准者, 视为无效。

1.5 统计方法 应用 SPSS 19.0 专业数据软件进行统计分析, 采用卡方检验, 对两组的相关数据进行比较, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 治疗结果

2.1 临床疗效 观察组总有效率明显高于对照组, 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1 两组糖尿病患者疗效比较[例(%)]

组别	n	基本治愈	有效	无效	总有效
观察组	35	15 (42.9)	18 (51.4)	2 (5.7)	33 (94.3)
对照组	25	10 (40.0)	12 (48.0)	3 (12.0)	22 (88.0)

2.2 血糖比较 两组空腹、餐后血糖较治疗前都有明显下降, 观察组餐后 2 h 血糖的控制明显优于对照组, 两组比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。见表 2。

表 2 两组治疗前后血糖值变化 (mmol/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间比较	空腹	餐后 2 h
观察组	35	治疗前	9.82 $\pm$ 2.36	12.46 $\pm$ 2.31
		治疗后	6.86 $\pm$ 1.68	7.8 $\pm$ 2.00
对照组	25	治疗前	10.62 $\pm$ 2.58	14.5 $\pm$ 2.36
		治疗后	6.70 $\pm$ 1.92	8.45 $\pm$ 1.90

3 讨论

3.1 辨证施治 中医药治疗 DM 自有特色。中医认为, 患 DM 的主要原因是素体阴虚、脏腑羸弱、饮食不节、情志失调、劳欲过度, 从而导致肾阴亏虚, 肺胃燥热; 其病机重点是阴虚燥热, 燥热是标, 阴虚是本。病延日久, 阴损及阳, 致阴阳俱虚。而阴虚燥热, 耗液灼津, 使血液瘀滞。又阴损及阳至阳虚, 阳虚则寒凝, 进而导致瘀血内阻^[2]。根据患者的不同特征, 辨证用药, 恰当地选用熟地、知母、玄参、石斛、乌梅、茯苓、山药、鸡内金等清热滋阴、生津止渴、健脾益气等药, 可取得理想疗效。中医治疗 DM 积累了丰富的经验, 尽管尚未建立统一的标准与规范, 其治疗方法难以在不同患者中重复应用, 但中医重视个体差异, 对患者辨证施治, 有较为理想的疗效。从辨证的角度理解, 这种“不统一”, 或许正是其特色优势所在。

3.2 辨证辨病 中医、西医治疗 DM 各有所长。DM 是以血糖升高为共同特征的慢性、进行性、全身性疾病, 表现复杂多变。现代医学对 DM 形成的内在因果关系及其病变规律进行了有益探索, 并形成了一套完整、规范、可重复应用的治疗方案; 而中医的整体思维强调个体差异, 辨证论治, 未病先防, 即病防变, 这些又符合 DM 病程长、复杂多变、并发症多等特点。两相比较, 从病因病机到治疗法则, 中医、西医各有所长, 亦各有不及者。临床应用若能相互参照、取长补短、有机结合, 定然获益不浅。

总之, 中西医结合治疗 DM 可理解为用西医辨病治其标, 取中医辨证治其本, 标本兼治, 以达到良好的临床疗效。虽中医、西医二者的研究思路各异、治疗方法不同, 但殊途同归, 最终都是为了防治 DM, 解除患者疾苦。

参考文献

[1]王永炎.中医内科[M].上海:上海科学技术出版社,2004.302
[2]郭跃,崔梅梅.中西医结合治疗 2 型糖尿病 86 例[J].中西医结合中国民间疗法,2010,18(7):48

(收稿日期: 2015-02-09)