

表 2 治疗前后两组血液流变学指标变化

 $\bar{x} \pm s$

项目	例数	血浆黏度比	全血黏度/(mPa·S)	血小板黏附率/%	纤维蛋白含量/(g·L ⁻¹)
治疗组	20				
治疗前		4.37 ± 0.19	6.94 ± 0.83	50.0 ± 6.0	5.63 ± 1.45
治疗后		1.92 ± 0.25 ^{*1}	4.11 ± 0.67 ^{*1}	29.0 ± 8.0 ^{*1}	2.15 ± 1.17 ^{*1}
对照组	20				
治疗前		4.38 ± 0.20	6.92 ± 0.81	51.0 ± 6.0	5.64 ± 1.44
治疗后		4.38 ± 0.18	6.91 ± 0.81	51.0 ± 5.0	5.63 ± 1.44

注:与本组治疗前比较,^{*1} $P < 0.01$

3 讨论

糖尿病周围神经病变一般在患糖尿病 2~3 a 后出现症状,发病机制不清,可能与下列因素有关:①山梨醇旁路代谢增强导致山梨醇增多^[1];②滋养周围神经的微血管病变,表现为毛细血管基底膜增厚,内皮细胞肿胀、增生、透明变性,管壁内脂肪及糖蛋白沉积,管腔狭窄,血流减少,从而导致神经缺血、缺氧。有研究发现糖尿病大鼠神经内膜血流量较正常减少 33%,其神经损害远较正常对照组严重^[2];③糖尿病病变时机体处于高凝状态,存在血液流变学异常,血小板聚集、全血及血浆黏度均增高,凝血因子 I 增高,微血管内血流障碍,微血栓形成,引起神经缺血、缺氧。根据以上可能的发病机制,治疗糖尿病周围神经病变,除控制血糖外,改善周围神经的微循环,保证血流畅通尤为重要。巴曲酶是一种单链蛋白,具有分解凝血因子 I,诱发磷脂

酸(t-PA)释放,增强 t-PA 作用,并通过降低凝血因子 I 浓度,进而降低血小板聚集功能并溶解血栓。巴曲酶还有降低血黏度、抑制红细胞聚集、降低血管阻力、畅通血流的作用。巴曲酶既能溶解微循环血栓,又能改善微血管内血流障碍,从而使周围神经缺血缺氧得到明显改善,用于治疗糖尿病周围神经病变切实可行。

本实验结果表明,巴曲酶治疗糖尿病周围神经病变疗效显著,值得临床推广。

[参考文献]

- [1] 傅祖植. 内科学[M]. 第 5 版. 北京:人民卫生出版社,2001. 807.
- [2] Crawford C L, Hardwicke P. Animal models of human diabetic polyneuropathy[J]. JAMA, 2003, 289(14):1779-1780.

中西药结合治疗糖尿病坏疽 48 例

王立敏,王铁牛,石杏柳,张 兰,郑 鹏

(河北省保定市第五医院脉管炎科,071051)

[摘要] 目的 观察中西药结合治疗糖尿病坏疽的疗效。方法 糖尿病坏疽患者 68 例,随机分为治疗组 48 例和对照组 20 例。两组均采用相同的基础治疗,即控制血糖,改善微循环,应用敏感抗生素。对照组根据创面分泌物细菌培养结果选用敏感抗生素纱条外用,并且充分引流。治疗组根据中医辨证施治,口服中药煎剂,外用三黄汤浸泡创面,生肌玉红膏外敷。结果 治疗组截肢率 4.2%,治愈率为 66.7%,对照组截肢率 45.0%,治愈率为 20.0%,两组治愈率差异有极显著性($P < 0.01$)。结论 中西药结合治疗糖尿病坏疽效果显著,可作为治疗该病的有效方法。

[关键词] 中西药结合;糖尿病坏疽

[中图分类号] R587.1

[文献标识码] A

[文章编号] 1004-0781(2005)11-1025-02

糖尿病坏疽是由于血管病变导致肢端缺血、周围神经病变、感觉障碍及并发有外伤感染所致的手足肢端坏疽,在糖尿病发病 5 a 后开始增多,糖尿病发病 7~15 a 后该病发生率达到高峰^[1]。是糖尿病的常见并发症之一,以下肢较为多见。在临床上主要表现为组织溃烂、坏死。本病一旦发生,发展迅速,病情凶险,截肢率极高,其中高位截肢率 > 20%。近年来,由于生活水平的提高,饮食结构的改变,糖尿病患者急剧增多,截肢率

也有明显上升趋势。本病属中医“脱疽”范畴,祖国医学对糖尿病坏疽治疗有独到的效果,近年来加之以西医综合治疗,疗效更加明显。能在理想控制血糖的基础上显著促进创口愈合,提高治愈率,明显降低截肢率。1998 年 1 月~2003 年 12 月,笔者对我院 48 例糖尿病坏疽患者采用中西药结合治疗,西医合理降糖,局部清创,中医辨证施治,配以中药浸泡,取得了很好的疗效。

1 资料与方法

1.1 临床资料 入选患者均为我院收治的糖尿病坏疽患者,均符合 1980 年 WHO 糖尿病专家委员会提出的糖尿病诊断标准^[2],且均合并有肢体坏疽。共 68 例,男 35 例,女 33 例,发病

[收稿日期] 2004-11-29

[作者简介] 王立敏(1971-),女,河北保定人,主治医师,学士,主要从事周围血管病的临床研究。电话:0312-3111354, E-mail: wtnwlm1974@yahoo.com.cn。

年龄 41 ~ 73 岁,平均 53.6 岁,均为 2 型糖尿病,发生于下肢。糖尿病病程 5 ~ 20 a,平均 12.3 a。空腹血糖 $\leq 15 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$ 者 23 例,空腹血糖 $> 15 \text{ mmol} \cdot \text{L}^{-1}$ 者 45 例。参考周围血管病肢体溃疡和坏疽分级标准^[3], I 级:坏疽只位于趾部; II 级:坏疽延及跖趾关节或跖部; III 级:坏疽延及全足背及踝关节、腿部。I 级坏疽 26 例, II 级坏疽 40 例, III 级坏疽 2 例。将 68 例患者随机分为对照组 20 例和治疗组 48 例。两组年龄、病程、病情分级等方面差异无显著性。

1.2 给药方法 两组均给予相同的基础治疗:① 控制血糖,患者均服用格列本脲(优降糖) $7.5 \sim 15.0 \text{ mg} \cdot \text{d}^{-1}$,二甲双胍片 $750 \sim 1500 \text{ mg} \cdot \text{d}^{-1}$ 。② 改善微循环,脉络宁 $20 \sim 30 \text{ mL}$ 加入 0.9% 氯化钠注射液 250 mL 静脉滴注,14 d 为 1 个疗程,连用 1 或 2 个疗程。③ 静脉应用敏感抗菌药物。对照组患者根据创面分泌物细菌培养结果,选用敏感抗生素纱条外用,并且充分引流。治疗组根据中医辨证施治,口服中药煎剂,通常分三型:① 湿热壅盛型,四妙勇安汤加减(银花、元参、苍术、苡米、土茯苓、赤芍、连翘、黄柏、生甘草、牛膝);② 阴寒阻滞型,当归四逆汤加减(当归、桂枝、赤芍、细辛、甘草、通草、桃仁、大枣、附子、干姜);③ 气阴两虚型,麦味地黄汤加减(党参、黄芪、麦冬、五味子、熟地、山药、泽泻、山萸肉、茯苓、丹皮、花粉、桃仁、鸡血藤)。外用三黄汤(黄柏、银花、大黄、败酱草、地丁草、紫草、当归、皂刺)浸泡创面,每天 30 min,生肌玉红膏外敷, qd。

1.3 疗效判定标准 参照全国糖尿病会议和活血化瘀会议有关指标和疗效评定标准进行综合评定。痊愈:溃疡愈合,血糖正常,尿糖阴性,肢体血流量明显增加,临床症状明显改善,能从事一般工作;好转:溃疡范围缩小 $\geq 50\%$,血糖超过正常值,部分较治疗前降低 $\geq 50\%$,尿糖较治疗前降低 $\geq 50\%$,肢体血流量稍有增加,临床症状改善;无效:溃疡范围、血糖、尿糖、肢体血流量及临床症状无变化或加重。

2 结果

治疗组治愈 32 例,好转 14 例,无效 2 例,截肢 2 例,截肢率 4.2%,治愈率 66.7%;对照组共 20 例,治愈 4 例,好转 7 例,无效 9 例,截肢 9 例,截肢率 45.0%,治愈率 20.0%,其中 2 例发

生二重感染。两组治愈率比较,差异有极显著性($P < 0.01$)。治疗组血流量增加 38 例(79.2%),无变化或降低 10 例(20.8%),对照组肢体血流量增加 11 例(55.0%),无变化或降低 9 例(45.0%)。

3 讨论

糖尿病坏疽是糖尿病较为常见且异常严重的并发症。治疗比较棘手。由于长期体内血糖浓度过高,血液处于黏滞状态,容易造成较为严重的血管壁和神经损害,影响肢体血液循环及感觉,加之肢体局部烫伤、冻伤、鸡眼、胼胝等原因致使皮肤破损,并发感染,迅速波及肌肉、肌腱、神经并沿着肌腱迅速扩散,造成大范围的坏死。因此,以降低血糖、控制感染、改善血液循环为主的整体治疗就显得非常重要。早期抓住主证,给予合理的降糖药物,敏感抗菌药物及活血药物治疗,并根据中医辨证分型,应用中药煎剂,不但可以改善血液循环,还可以提高患者免疫力,起到标本兼治、较快改善全身症状的作用。此外,对肢体局部病变的处理至关重要,往往影响疾病的预后,局部处理首先切开病变部位并低位充分引流,予以蚕食清创术,逐步剪除完全坏死的筋膜、肌腱等组织,中药浸泡病变部位,外用生肌玉红膏。糖尿病坏疽患者病程长,长期应用抗生素易致耐药或二重感染,局部应用中草药浸泡,不仅可有效抑菌、杀菌,还可以长期应用,达到有效控制感染、改善局部微循环、促进坏死组织脱落、肉芽组织生长、创面愈合的目的,这是任何抗生素都无法代替的。

总之,通过中西医结合,整体与局部治疗本病,标本兼治,可以较快改善症状,明显提高治愈率,降低致残率。

[参考文献]

[1] 李仕明. 糖尿病足与相关并发症的诊治[M]. 北京:人民卫生出版社,2002. 18.
 [2] 李振宗. 内科学[M]. 第3版. 北京:人民卫生出版社,1998. 246 - 247.
 [3] 裴玉崑. 周围血管病学[M]. 北京:北京科学技术出版社,1993. 333.

昂丹司琼预防腹腔镜手术后恶心呕吐的疗效

施伟民,徐土荣

(杭州市余杭区第二人民医院麻醉科,311121)

[摘要] **目的** 探讨昂丹司琼对腹腔镜手术后恶心呕吐的预防作用。**方法** 将 120 例须行腹腔镜手术的患者随机分成 3 组,每组 40 例。手术前对照组静脉注射氯化钠注射液 4 mL;治疗组静脉注射昂丹司琼 8 mg,药物对照组静脉注射地塞米松 10 mg。分别于手术后 8,24 h 评估并记录患者的恶心呕吐程度。**结果** 与对照组相比,治疗组和药物对照组术后 8 h 内恶心呕吐发生率显著下降($P < 0.05$ 或 $P < 0.01$),治疗组和药物对照组比较差异无显著性($P > 0.05$),3 组术后 8 ~ 24 h 恶心呕吐发生率差异无显著性(均 $P > 0.05$)。地塞米松可能对创口愈合有影响。**结论** 昂丹司琼预防腹腔镜手术后恶心呕吐效果较好。

[关键词] 昂丹司琼;腹腔镜手术;恶心;呕吐

[中图分类号] R971.2;R656

[文献标识码] A

[文章编号] 1004-0781(2005)11-1026-02