

· 经验交流 ·

中西医结合治疗糖尿病53例临床分析

上海市第五人民医院 姚庆姑

临床观察到部分糖尿病患者虽经胰岛素或口服降糖药治疗仍不能改善临床症状，血糖控制不甚满意。本文在糖尿病原治疗基础上加用自制中药降糖合剂，以中西医结合方法治疗，收到了较好的疗效。现就门诊53例疗效分析如下。

临床资料

一、一般资料：本组共53例，男26例，女27例。年龄37~76岁。其中>50岁者35例占66%。病程最短2个月，最长26年，其中<5年34例，5年以上者19例占36%。胰岛素依赖型(糖尿病Ⅰ型)6例，非胰岛素依赖型(糖尿病Ⅱ型)47例。

二、症状：主要临床症状有乏力、视力模糊或减退、头晕、胸闷气短、肢麻等，见表1。典型“三消症”多数不甚显著，以病程短的初发患者中为多，其中烦渴多饮、多尿11例，多食7例。

三、中医辨证：本组舌质红25例；淡红舌伴边有齿痕者25例；紫舌3例。舌苔薄白39例，腻苔13例，(白腻苔9例，黄腻苔4例)；红光剥苔1例。脉象以细脉、弦细、沉细脉为主。辨证以阴虚和气阴两虚型为主共48例占90.5%，气阴两虚火旺型、血瘀型共5例占9.5%。

四、实验室检查：治疗前空腹血糖(葡萄糖氧化酶法)最低为102mg/dl；最高为360mg/dl，均值(M±SD)177.31±57.45mg/dl，其中<120mg/dl 5例；120~200mg/dl 30例；200~300mg/dl 15例；>300mg/dl 3例。血胆固醇155.79±54.62mg/dl；甘油三酯95.71±51.45mg/dl，β-脂蛋白453.07±211.31mg/dl。尿素氮、肌酐(1例为2.75mg/dl)、肝功能(SGPT、ZnTT、A/G)均在正常范围。

降糖合剂组成与用法：根据本组辨证以阴虚和气阴两型为主，本方以益气养阴为主而组方，由党参84g 黄芪95g 白术84g 生地、熟地各95g 麦冬95g 枸杞子70g组成。各药混合常规煎煮二次，浓缩成500ml，每次服30ml，每日服2次，3个月为一疗程。

治疗方法

本组治疗前6例为糖尿病Ⅰ型，用胰岛素治疗。46

例为糖尿病Ⅱ型口服甲苯磺丁脲片(D860)，1例服优降糖。45例在原西药、饮食控制的基础上加服降糖合剂分为Ⅰ型组6例(胰岛素+降糖合剂)，Ⅱ型组39例(口服降糖药+降糖合剂)，8例停原西药单服降糖合剂为单服组。

治疗效果

一、本组病例经3个月治疗后，多饮、多尿、多食及体重减轻症状全部消失，其它主要临床症状均有不同程度的好转，尤以乏力、头晕、胸闷气短改善明显。见表1。

表1 53例患者治疗前后主要症状比较(例数)

		乏力	头晕	胸闷	气短	肢麻	视力减退	夜尿	多尿	多饮	多食	体重减轻
治前		46	42	36	24	44	20	11	6	13		
治后	痊愈	26	12	10	6	—	—	11	6	13		
	好转	16	25	20	13	30	10	—	—	—		
	无效	4	5	6	5	14	10	—	—	—		

二、治疗前、后空腹血糖的变化：治疗前空腹血糖均值为177.31±57.45mg/dl，治疗后为134.8±35.21mg/dl，平均下降值为46.2mg/dl，P值<0.001。三组治疗后血糖下降均值Ⅰ型组50.85mg/dl，Ⅱ型组29.46mg/dl，单服组58.36mg/dl，经统计学处理均有显著性差异。见表2。

表2 各组治疗前后血糖比较 (M±SD)

	例数	空腹血糖 (mg/dl)			P 值
		治前	治后	平均下降值	
Ⅰ型组	6	178.33 ±40.2	127.48 ±31.68	50.85	<0.02
Ⅱ型组	39	174.31 ±61.58	145.04 ±35.40	29.46	<0.001
单服组	8	190.24 ±50.58	131.88 ±36.69	58.36	<0.01
合计	53	177.31 ±57.45	141.07 ±35.21	36.24	<0.001

三、血脂治疗前后变化：胆固醇、甘油三酯、β-脂蛋白治疗前为155.79±54.62、95.71±51.45、453.07±

211.31, 治疗后分别为 158.83±49.63、99.06±34.31、574.96±272.12, 经统计学处理无显著性差异 ($P>0.05$)。

四、疗效评定: 显效者症状好转, 空腹血糖 $<120\text{mg/dl}$ 和/或治疗后血糖下降值 $>50\text{mg/dl}$; 有效者症状好转, 空腹血糖 $<150\text{mg/dl}$ 和/或治疗后血糖下降值 $>30\text{mg/dl}$; 无效者空腹血糖 $>200\text{mg/dl}$ 和/或治疗后血糖下降变化不大。本组显效 13 例, 有效 21 例, 无效 14 例, 总有效率 70.83% (治疗前有 5 例空腹血糖 $<120\text{mg/dl}$ 未计入疗效统计内)。

五、I 型组 6 例加服降糖合剂后 3 例原胰岛素治疗量分别从每日 48u、70u、30u 减少至 36u、48u、19u。II 型组有 10 例加服降糖合剂后 D860 剂量较前减少, 血糖均有下降。

讨 论

本病以虚(气虚、阴虚)为主。病之初起或以“三消”症状明显者主要表现为阴虚和燥热两个方面。阴虚为本, 引起燥热, 治以养阴清热为主。病久则由阴及阳, 脾、肾受损失司, 气阴两虚为主, 治疗当以益

气养阴为本兼补脾胃。成年糖尿病者“三消”证候多不显著或“三消”证兼而有之, 主次不甚分明, 因此从“三消”辨证分型治疗较难普遍应用。临床上以气阴两虚为本的原则治以益气养阴, 健脾补肾为主可较普遍的适用于本病, 尤其对轻、中型糖尿病及老年者。

本组病例中, 老年为多 (>50 岁占 66%), 病程也较长, 临床上“三多”症状均不显著, 以乏力、头晕、胸闷气短、视力减退、夜尿增加为主诉, 脉象细为主, 苔薄白、舌质红或淡红, 伴有齿痕提示气阴两虚、脾肾亏损为主的证候, 长期以胰岛素或口服降糖药治疗, 症状改善及血糖下降欠佳, 经加服中药降糖合剂, 通过益气养阴、健脾补肾的调理, 患者症状改善, 血糖普遍下降, 总有效率达 70.83%。其中部分病例在服降糖合剂后停药或减少原西药剂量仍获得疗效, 提示中药降糖合剂具有一定的降糖作用, 与胰岛素及口服降糖药合用似有协同降糖作用。

中医对糖尿病的认识和治疗有其独特的理论和丰富经验, 实践证明中医治疗糖尿病确实有效, 中西医结合治疗糖尿病较单纯西药治疗为好。

综合措施抢救急性重型病毒性肝炎 1 例

解放军 106 医院 周天仇

潘××, 男, 19 岁, 未婚, 战士, 病案号 96821。1986 年 1 月 10 日因腹胀、纳差、厌油、恶心呕吐、乏力、尿黄一周入院。两月前有肝炎患者接触史, 无肝炎病史。检查: 神清, 巩膜和全身皮肤明显黄染, 无蜘蛛痣, 肝掌和出血点。心肺正常。腹平软, 肝脾肋下未触及, 肝上界右锁骨中线第五肋间, 无移动性浊音。血清总胆红素 (TSB) 12mg/dl , GPT 594u, GOT 539u, A/G 4.8/2.2g/dl, 血清前白蛋白 6.1mg/dl 。初诊病毒性肝炎, 急性重症黄疸型。

入院后病情急骤恶化, 呕吐频繁, 饮水即吐。第 5 天由躁动进入昏迷状态。肝臭明显, 黄疸加深, 肝浊音界进行性缩小, 入院第 7、8 天在右锁骨中线上难以叩出肝浊音界, 体温升高达 39.4°C (腋下), 呕血一次约 450ml, 血压下降 ($90/70\text{mmHg}$)。头向右侧不自主摆动, 持续 24 小时。TSB 20mg/dl , 凝血酶原时间 120s (对照 13s), A/G 3.3/4g/dl, 血氨 $75\mu\text{g/dl}$, 甲胎蛋白 1326ng/ml 。

入院后给维生素、葡萄糖、门冬氨酸钾镁液等药物治疗, 随着病情的恶化, 给予胰高血糖素 1mg、胰岛素 10u (G—I 疗法) 及支链氨基酸 250ml 静滴, 每日 1

~2 次; 东莨菪碱 0.6mg 静脉注射, 1 次/6~8h。患者呕血后即静脉输入低分子右旋糖酐 500ml、鲜血 400ml、20% 白蛋白 50ml; 插入胃管吸出胃内积血、注入去甲肾上腺素生理盐水; 静脉注入甲氧咪胍、止血环酸等止血剂。

经治疗第 8 天患者逐渐苏醒, 2 天后神志恢复正常, 但仍恶心呕吐频繁, 经常吐出咖啡样液体, 一次量可达 400ml, 反复鼻衄, 9 日未解大便, 黄疸持续加深, TSB 为 27mg/dl 。于入院第 10 天给予生大黄 20g 水煎服, 11 小时后大便 5 次, 排出柏油样便约 800g, 以后每日生大黄 40g 煎服, 日大便 3~5 次, 量 400g 左右, 共服 30 天。入院第 13 天凝血酶原时间明显缩短, 以后逐渐恢复正常, 呕吐亦同时缓解。随着病情好转, 肝脏逐渐增大, 入院第 17 天肋下可及 1.5cm, 上界第五肋间, 3 月 7 日肝肋下 0.5cm, 脾不大, 肝功能及各项生化指标全正常, 多次检测 HBsAg 及抗-HBs IgM 阴性。于 3 月 31 日痊愈出院。1986 年 11 月随访一切正常。

体会: 本例急性重型病毒性肝炎患者, 经 G—I 疗法、支链氨基酸、东莨菪碱和大黄等 (下转 365 页)