

等,引起足部损伤而出现感染、坏疽。

(收稿:1999-12-01)

糖尿病肢端坏疽的内治方法

天津市南开医院(天津 300100)

唐树楠

糖尿病肢端坏疽是糖尿病周身血管神经病变在肢端的表现,故又称为糖尿病性动脉闭塞症,常见于足部故又称之为糖尿病足,应进行全身相关检查,了解重要脏器功能,水、盐代谢情况,采取中西医结合治疗,效果较好。

1 控制血糖,强化饮食治疗 血糖高低虽与局部坏疽程度不成正比,但高血糖是导致糖尿病肢端坏疽的首要因素,且病变的恢复有赖于血糖的控制,当出现坏疽感染及尿酮阳性、发烧等情况,应用正规胰岛素进行治疗,此时应用口服降糖药效果多不理想,控制空腹血糖在 6.7mmol/L 或 7.8mmol/L 以下,尿糖(+)以下为好。当坏疽创面肉芽生长新鲜,感染基本控制,亦可选用磺脲类降糖药物。中药黄连、苦荞麦、三七、黄芪、夏枯草、绞股蓝、苍术、玄参、人参、女贞子、僵蚕、马齿苋、天花粉、玉竹、玉米须等有降糖作用,适当选用,可改善临床症状。

2 伴发酮症酸中毒的处理 坏疽感染是酮症酸中毒的诱因,当患者出现神志淡漠,反应迟钝,厌食,有脱水现象,应考虑酮症酸中毒,尿酮体阳性,血酮升高时诊断即可确立。治疗目的为加强肝、肌肉等对葡萄糖的利用与扭转酮血症、脱水对机体的影响。速予以吸氧、补液改善循环。若血糖高于 16.7mmol/L 时,可给 0.9% 氯化钠 500ml 加入速效胰岛素 8~12u 静脉滴注;2h 后复查血糖,若血糖下降不理想降幅不及 30%,则胰岛素用量加倍;若血糖渐降至 13.9mmol/L 时,可依情况使用 5% 葡萄糖注射液 500ml 加入胰岛素 4~12u(按 2~6g 糖用 1u 胰岛素)使血糖稳定下降,尿酮体消失,尿糖好转,血 pH、HCO₃⁻ 恢复;血糖达 11.1mmol/L 时可改为一般胰岛素治疗。总之应依病情变化调整液体及胰岛素用量。

3 血管神经病变的治疗 糖尿病患者由于中小动脉硬化,内膜损伤、闭塞,同时神经缺血损伤导致肢端坏疽,故治疗血管神经病变是不可忽视的措施。(1)控制血脂:糖尿病患者多有血脂异常,致血管内膜损伤形成斑块,引起狭窄或梗塞,故虽经饮食治疗而血清胆固醇 > 6.7mmol/L,甘油三酯 > 2.28mmol/L,低密度脂蛋白-胆固醇 > 4.9mmol/L,高密度脂蛋白-胆固醇:男性 < 0.91mmol/L,女性 < 1.21mmol/L 时,应进

行药物治疗。(2)抗栓酶的应用:蝮蛇抗栓酶、消栓酶被认为有去纤、降粘、解聚、溶栓作用,并含有一定的神经生长因子,3 周为 1 个疗程,也可加用 654-2 注意观察反应,定期查血小板,纤维蛋白原。蚓激酶、尿激酶也可选用。(3)恢复血管神经功能,减轻疼痛的治疗:选用神经生长因子、托瑞司他(Tolrestat)、硫酸软骨素、神经洛素、前列腺素 E₁、维生素 B₁、B₁₂、前列地尔脂肪乳注射液及 2.5% 硫酸镁新配置溶液。(4)中药治疗:中医学认为肢端坏疽乃瘀血阻络,症见肢麻痛紫,方用血府逐瘀汤加减。或用川芎注射液、丹参、脉络宁注射液加生理盐水静脉滴注。

4 抗感染治疗 肢端坏疽多为混合性感染,尤要注意厌氧菌与绿脓杆菌的感染,在清除坏死组织,引流通畅前提下,可适当选用氟诺喹酮、头孢菌素、半合成青霉素类抗生素,考虑有骨组织感染,也可选用林可及氯林可霉素,应以细菌培养,药敏试验为依据。

5 纠正贫血及低蛋白血症 可依情况给予氨基酸、人血蛋白、血浆,少量给予新鲜血有助于恢复。

6 微量元素治疗 (1)补锌治疗:锌可提高人体免疫力,胰岛素含锌最高,补锌可增加组织修复能力,提高糖耐量,故而利于坏疽足创口的愈合。可用硫酸锌 100~200mg,每日口服 2~3 次,有助于提高血清锌量。经查葵瓜子、白瓜子、桑椹子、黑芝麻、松子、黑豆、蘑菇、麸皮、扇贝、蚌肉中含锌量均高,可适量选用予食疗。(2)补铬治疗:缺铬为糖尿病病因说之一,铬能提高胰岛素活性,与糖及脂肪代谢有关,故高铬酵母也是糖尿病的营养补充剂。天安糖泰胶囊是国产有机铬制剂,无毒副作用,可适当服用。铬在肉类、酵母、干酪、黑胡椒中含量高,粗粮为人体铬的主要来源,细粮中含量甚微,故不可忽视铬的饮食治疗。

(收稿:1999-12-01)

糖尿病肢端坏疽研究动态

上海中医药大学附属曙光医院(上海 200021)

樊建开

糖尿病肢端坏疽是糖尿病常见而又严重的并发症之一,全世界每年在糖尿病患者中,大约有 55 000 例作肢端截除术,约占全年非创伤性截肢总数的 50%。这些数据清楚地显示,在全球范围内糖尿病肢端坏疽和截肢给患者、家庭和社会造成沉重负担,因此对本病的防治已日益引起国内外专家、学者的重视。

糖尿病肢端坏疽初期症状常不明显,或仅有肢端怕冷、麻木、疼痛、感觉迟钝等,不易为患者所重视。然坏疽多发生于老年糖尿病患者,老年人反应相对迟钝,

对一些创伤不能及时发现,故一旦合并感染,病情常迅速发展,导致溃疡甚至坏疽、指趾脱落。正如《疡科心得集》云:“有先渴而后患者,有先患而后渴者,皆肾水亏涸,不能制火也。此证形势虽小,其恶甚大”。Levin 认为“糖尿病足部病变,看上去似乎是浅表的溃疡,可能只是‘冰山一角’,实际已穿透深部组织”。临床上确实常见这类病例,患者尚未十分重视而病变已至肌腱、骨髓。感染主要有两种情况:一为急性软组织感染,常由足部皮肤受伤而诱发,大多始发于趾间蹼部(60%)和足趾(20%),足部表现为红、肿、热、痛,患者常有较明显的全身反应。二为足部溃疡感染和骨髓炎,当出现红肿扩大、渗液增多、疼痛加剧、异常气味、坏疽等情况,常提示发生感染、并逐渐加重。其中,无痛性溃疡突然出现疼痛提示深部感染;出现异常气味提示深部感染并有厌氧菌生长;坏疽进行性发展提示感染未予控制;足底溃疡似乎轻微但足背出现红肿等表现,则提示感染已向深部扩展。总之,糖尿病患者感染可在 24h 内迅速恶化,且由于患者个体情况差异,血糖控制水平不同,继发血管及神经病变轻重不一,病变程度和性质不同,临床表现也复杂多变。

感染是糖尿病肢端坏疽常见和主要的并发症,严重的感染是导致截肢的最常见的原因,Leichter 等回顾了有大量严重足部感染患者的实验室指标,发现他

们的血沉明显加快,平均达 58.6mm/h,而使人惊奇的是白细胞计数均值仅 $9.7 \times 10^9/L$,因此人们不能够仅凭白细胞计数作为衡量足部感染程度的标准。

糖尿病肢端坏疽是跨学科的疑难病证。坏疽一旦发生,治疗极为困难。Levin 等学者认为截肢是糖尿病足和腿部损害进行性发展的最终结果。近年来,我国运用中西医结合、内外并治等综合疗法治疗此病,已使该病的截肢率大为降低。然而,中医学历来提倡“不治已病治未病”,因此预防糖尿病及其并发症的发生似乎更为重要,对糖尿病患者、尤其老年患者,更应进行系统细致的检查及饮食、生活、护理等方面的教育。早期诊断是防治肢端坏疽发生的必要措施,如甲襞微循环监测、体表皮温测定、踝/臂血压指数、神经肌电图检查、足部 X 线检查、下肢多普勒超声等等。卫生宣教是预防肢端病变的重要前提,引用国际糖尿病咨询委员的一句话:“告诉医生,检查糖尿病患者时务必脱下他们的鞋”。这样可以早期发现,及时治疗,减少坏疽发生,降低截肢率。

目前,我国对本病的检查方法、临床分级、诊断标准可参照 1995 年 10 月中华医学会糖尿病学会第一届全国糖尿病足(肢端坏疽)学术会议的讨论草案。

(收稿:1999-12-01)

国际传统医药大会在北京举行

由国家中医药管理局和世界卫生组织共同主办的国际传统医药大会(北京 2000)于 2000 年 4 月 22~24 日在北京举行。

中国国家领导人彭珏云、钱正英,泰国副总理兼卫生部部长功·塔帕兰西,世界卫生组织官员尾身茂、张小瑞,我国有关方面领导徐荣凯、张文康、王陇德、朱庆生、刘淑莹等以及来自英国、意大利、韩国、挪威、菲律宾、新加坡、摩纳哥、马来西亚、越南、津巴布韦、马耳他等 24 个国家的卫生官员及包括中国在内 43 个国家的与会代表 2 500 余人出席了开幕式。

大会通过了国际传统医药大会《政府论坛倡议书》,发出将传统医药纳入国家卫生保健体系的呼吁。

(秦 秋供稿)

中国中西医结合学会第四届皮肤性病学术会议暨委员会会议在海口举行

中国中西医结合学会第四届皮肤性病学术会议暨委员会

会议于 2000 年 4 月 18~23 日在海南省海口市召开,参加本次会议的代表共 281 人,分别来自全国 30 个省、市、自治区,参加人数之多为历届会议之最。中国中西医结合学会副会长陈士奎教授和中国中西医结合学会穆大伟副秘书长出席了大会,陈士奎副会长代表学会作了报告,并对皮肤科学会的工作提出了希望和要求。大会收到了英、美传统医学会,韩国皮肤病学会及国、内外多个学会的贺信,大会还宣读了上届主任委员张志礼教授写给大会的贺信。

大会共收到论文 625 篇,其中会议交流 168 篇。提交本次大会的论文不但数量多而且质量高,基本反映了我国皮肤学科界近年来所做的工作,特别是在中西医结合方面所取得的成就。会议期间皮肤病专业委员会进行了换届改选,为加强中西医结合皮肤病专业委员会的工作,本届委员会确定了近阶段的工作任务和目标。

(本刊编辑部)