

完整的胰腺被膜在保守治疗早期 SAP 中可取得良好疗效。认为 SAP 不宜早期手术,否则会因手术创伤而加重病情使多数患者不能度过休克期。日本学者研究认为,SAP 患者死亡的主要危险因素是感染性胰腺坏死,对于非感染因素引起的胰腺坏死,手术治疗只适用于少数特定病例而感染性胰腺坏

死是被广泛认可的外科适应证。手术时机应当拖延至症状开始后 4 周。

我院使用内科综合治疗 SAP 取得较好疗效。强调 SAP 的内科综合治疗,严格把握外科手术适应证。降低 SAP 的病死率关键是减少并发症的发生率和提高并发症的治愈率。

中药内服合穴位注射治疗进行性肌营养不良症 2 例

★ 邹桢 邹蓉 (江西省宜春市人民医院 宜春 336000)

关键词:进行性肌营养不良;穴位注射;中药内服

进行性肌营养不良(以下简称肌营养不良),是一组遗传性骨骼肌原性退行性变性疾病,临床以鸭形步态,肌力减弱,肌肉萎缩为特征。属中医学“痿症”范畴,目前对此病缺乏特效疗法,属难治性病症,本文在临床实践中,应用中西医结合治疗 2 例,获得较为满意的疗效,特报告如下:

1 病案资料

案例 1. 某男,10 岁,2002 年因走路易摔跤,面色青暗,双下肢无力,行走呈鸭步态,蹲下后,双手撑膝,才勉强起立,大腿肌肉渐萎缩,小腿腓肠肌肥大,平卧爬起时臀部上抬,双下肢伸直。起病时曾在某大医院作肌电图等检查,提示:呈肌原性损害电生理特征性改变。诊断:进行性肌营养不良。经用肌苷片、VitE、VitB₁、转移因子等药,连续治疗 2 年未愈,病情较前加重。

案例 2. 某男,3 岁,因四肢无力,走路易摔跤,行走呈鸭步摇摆不稳,性急易怒,腰背软弱,蹲下难以站立。懒言,便溏,腹胀,苔厚白,脉细。体检:大腿细瘦,小腿腓肠肌肥大,平卧爬起时臀部上抬,双下肢伸直。其兄有相同病症,在某大医院确诊为进行性肌营养不良症。经多方治疗半年无效。

2 治疗方法

中药以杜仲、川牛膝、地龙、肉苁蓉、熟地、黄芪、制马钱子(从小剂量开始冲服)为基本方。治疗 1 个月后,稍见好转,予本方加附子、桑寄生、山药、白术、丹参、当归、炙甘草,治疗 2 个月,肢体痿软有所改善,上方加菟丝子、枸杞、川芎、

白术、茯苓、赤芍。治疗 3 个月,病情及肢体痿软缓解,食欲增加,神疲乏力改善,予上方加胆南星、麦冬、石菖蒲、佛手、钩藤、伸筋草、桃仁、党参、珍珠母、牡蛎、白僵蚕、焦白术、焦三仙、陈皮、姜半夏、枸杞,合用以下针药穴注。

穴注:脱氧核苷酸钠针 50 mg/2ml,穴取肩髃、曲池、曲泉、外关、足三里、大椎,用平补平泻法,隔日 1 次,10 次为一个疗程,共治疗 3 个疗程。

3 疗效观察

经以上中药合并针药穴注 1 个月,病症稍见缓解,2 个月见效,照原方继用 1 个月病情告愈。经 1 年随访观察,病情稳定,未见复发。

4 讨论

本文采用中药健脾益气,补肾填髓,活血通络,方中用制马钱子,含有番木鳖碱能使骨髓兴奋,增强骨骼肌紧张度,改善肌肉无力状态,具有通络生肌作用,此方机理,正对此症,组方严谨,切合病机。

西药:脱氧核苷酸钠是一种具有遗传性的化学物质,与蛋白质相结合成核蛋白,为生物体的基本物质,它在个体的生长、繁殖、遗传、变性等生理功能方面起着重要作用,通过核糖核酸(RNA)控制蛋白质的合成,尤其对某些关键性酶蛋白的合成起协调作用,因此有促进细胞生长、增强细胞活力的功能。

儿童哮喘综合治疗及管理

★ 周玉珍 周玉兰 罗丽凤 刘川华 曾金香 (江西省吉水县人民医院 吉水 331600)

关键词:儿童哮喘;综合治疗

我科自 2005 年 10 月起开展对儿童哮喘综合治疗及管理,现报告如下。

1 对象与方法

1.1 研究对象 所选病例符合全国儿科哮喘协作组制定的诊断标准,严格按 GINA 方案分级阶梯治疗达 2 年,在采用本治疗方案(GINA)前均未得到有效控制,病情分轻、中、重度,年龄 4~14 岁,性别不限。入选对象共 46 例,男 32 例,女 14 例,男女之比为 2.29:1;平均年龄 8.87 岁(4~8 岁 34 例,9~14 岁 12 例)。自婴幼儿期始有哮喘 36 例,38 例有过敏史,

21 例有家族史。

1.2 治疗方法 通过对患儿及家长进行哮喘知识宣教,调动其对哮喘防治的主观能动性,树立战胜疾病的信心。治疗 2 年后,对患儿及家长进行治疗后的问卷调查。治疗方案采用阶梯式,使用药物:吸入皮质激素(丙酸氟替卡松气雾剂 125 μg/喷,二丙酸倍氯米松气雾剂 250 μg/喷,布地奈德气雾剂 200 μg/喷),轻度(200~400 μg),中度(400~600 μg),重度(600~800 μg)。治疗期间有发作者同时加用喘乐宁气雾剂 100~200 μg/次,每日 3~4 次,症状缓解后停用;病重

者,加口服 β_2 受体激动剂及全身激素作为急救用药,短期给药。血常规检查有明确细菌或病毒感染者,加用抗生素或抗病毒药物。

1.3 观察指标 (1)疗效观察:基本控制(包括临床治愈):治疗后喘息未发作或偶有小发作,最大呼气流量已恢复正常(观察达 6 个月以上);显效:病情已明显缓解,最大呼气流量明显改善,但需用吸入皮质激素维持治疗, β_2 受体激动剂偶尔使用;有效:喘息症状有所减轻,但仍需吸入皮质激素及 β_2 受体激动剂等药物治疗;无效:症状无明显好转。(2)生活质量观察:观察患儿住院率、急诊率、缺课率、学习成绩、心理障碍率、运动受限率、对刺激原的反应率。

2 结果

本研究中哮喘控制率 71.7%,显效率 17.4%,总有效率 100%。

3 讨论

让患儿及家长了解哮喘的概况、病因、临床分级及肺功能检查(峰速仪测量最大呼气流速 PEF)、预防及治疗,解除病人及家长的恐惧及忧虑,通过指导性的自我管理计划,使病人成为医生的伙伴,积极参与治疗,共同管理哮喘。住院率、急诊率、因病缺课率、心理障碍率、运动受限率、对刺激原的反应率极大地下降。哮喘长期反复发作,使部分患儿产生精神障碍,影响其心理健康,从而产生情绪障碍,而精神因素又反过来诱发或加重哮喘症状,形成恶性循环。本组治疗前有心理障碍者占 54.3%,治疗后占 10.8%,由此可见,让哮喘患儿及其家属对哮喘防治有个正确、全面的认识,同时消除家庭及社会因素对哮喘患儿的心理影响,可以极大地减少患儿的心理障碍。

4 结论

儿童哮喘通过综合治疗管理,哮喘可得到很好控制,患儿生活质量也得到很大提高。

高血压左室肥厚辨证分型与 2 型糖尿病的关系

★ 王兰玉¹ 指导:程伟² (1. 湖北中医学院 2006 级硕士研究生 武汉 460061;2. 湖北省中医院 武汉 430061)

关键词:高血压;左室肥厚;2 型糖尿病;辨证分型

高血压病(EH)患者的左心室肥厚(LVH)是心血管事件的独立危险因素。在 LVH 的发生、发展过程中起重要作用的不仅是血液动力学负荷过重,还有神经内分泌因素参与心肌结构的重塑,而且后者可能较血液动力学更为重要。本文研究一组伴有或不伴有 2 型糖尿病的高血压左室肥厚患者左室结构改变,以探讨糖尿病是否可加重或促进 LVH,以及高血压左室肥厚伴有 2 型糖尿病患者中医辨证分型的特点,旨在为高血压左室肥厚的发生机制及治疗提供客观依据和线索。

1 对象

选择高血压左室肥厚患者 98 例,其中伴有 2 型糖尿病患者 39 例,男性 20 例,女性 19 例,平均年龄(56.91 ± 7.42)岁,病程(6.52 ± 7.65)年;不伴糖尿病患者 59 例,男性 30 例,女性 29 例,平均年龄(58.50 ± 9.30)岁,病程(12.69 ± 8.24)年。

以上所有病例伴有非胰岛素依赖性糖尿病,均在患高血压病期间确诊。

2 方法

2.1 高血压诊断 采用 1999 年我国卫生部和高血压联盟制定的《中国高血压防治指南》的规定:未服用抗高血压药物的情况下,至少有 3 次非同日的标准肱动脉血压测定收缩压 ≥ 140 mmHg 和/或舒张压 ≥ 90 mmHg,并除外继发性高血压。

2.2 高血压左室肥厚诊断标准 采用美国 ATLUSound9 型彩色多普勒血流显像仪,探头频率为 2.5 MHz,患者卧床休息 15 分钟后取仰卧位或左侧卧位,采用美国超声心动图协会(ASE)推荐的测量方法测量舒张末期室间隔厚度(IVSTd),左室后壁厚度(LVPWTd)及左室舒张末期内径(LVEDd),至少测量三个心动周期取其平均值。根据 Devereux 公式计算^[2]左室重量(LVM)及体表面积(BSA),并计

算左室重量指数(LVMI): $LVM(g) = 0.8 \times 1.04 \times [(IVSTd + LVPWTd + LVEDd) \times 3 - (LVEDd)^3] + 0.6$; $BSA^{[3]}(m^2) = 0.0061 \times \text{身}(cm) + 0.0128 \times \text{体重}(kg) - 0.1529$; $LVMI = LVM/BSA$ 。LVH 的诊断主要参照美国超声心动图协会(ASE)推荐标准^[4]: (1) IVSTd ≥ 12 mm, (2) LVPWTd ≥ 12 mm, (3) LVMI ≥ 125 g/m²(男)、110 g/m²(女)。

2.3 糖尿病的诊断标准 采用 1977 年 WHO 推荐的糖尿病诊断标准: (1) 糖尿病的症状并且随机血浆葡萄糖浓度 ≥ 11.1 mmol/l(200 mg/dl)。 (2) 空腹血浆葡萄糖浓度 ≥ 7.0 mmol/l(126 mg/dl)。 (3) O GTT 2 小时血浆葡萄糖浓度 ≥ 11.1 mmol/l(200 mg/dl)。

2.4 分型 参照《中医心病诊断疗效标准与用药规范》^[1],将所有患者辨证分型为水气凌心证、血脉瘀阻证、气阴两虚证、心阳暴脱证、脾肾阳虚证五种证型。

3 统计分析

应用 SPSS13.0 统计软件进行统计学处理,计量资料用均值 ± 标准差表示,组间均数比较采用 *t* 体检,计数资料比较采用卡方(χ^2)检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

4 结果

(1)两组患者年龄、性别均无统计学差异($P > 0.05$),但 HVL 伴 2 型糖尿病组病程较 HVL 不伴糖尿病组短($P < 0.05$),见表 1。

表 1 两组患者一般情况比较

	例数	年龄/岁	男/女	病程/年
HVL 伴 2 型糖尿病	39	56.91 ± 7.42	20/19	6.52 ± 7.65
HVL 不伴糖尿病	59	58.50 ± 9.30	30/29	12.69 ± 8.24

(2)2 型糖尿病与高血压左室肥厚辨证分型的关系经 χ^2 检验,两组间构成比有显著差异($P < 0.05$)。高血压左室肥厚伴糖尿病患者以脾肾阳虚证较多,其次是血脉瘀阻证、水气凌心证、气阴两虚证、心阳暴脱证。见表 2。