

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。

表 2 两组辨证分析型情况比较 例

	血脉瘀阻证	水气凌心证	脾肾阳虚证	气阴两虚证	心阳暴脱证	合计
HVL 伴 2 型糖尿病	9	5	18	5	2	39
HVL 不伴糖尿病	28	11	14	7	1	59
合计	37	16	32	12	3	98

5 讨论

在高血压病人中,约 1/3 发生左室肥厚,为高血压的重要并发症之一,可导致心血管事件发生率及死亡率增加,故其重要性远远超过血压的升高。糖尿病患者左室肥厚发生率很高,其发病基础为胰岛素抵抗(IR)^[5]。Rutter 等^[6]发现,糖耐量异常患者左室重量和室壁厚度随糖耐量下降而发生明显改变,且女性远多于男性,而 IR 与 LVM 的相关性仅存在于女性,尤其是肥胖者。Paolisso 等^[7]相关分析表明胰岛素抵抗与左室重量指数成正相关,且高胰岛素血症亚组左室重量指数明显高于正常胰岛素亚组,提示胰岛素抵抗可能与高血压左室肥厚有关。人们逐渐认识到高胰岛素血症不仅仅是心血管系统疾病高危的标志,它本身即是促使这些疾病发生、发展的重要因素。本文研究结果显示,高血压左室肥厚伴有 2 型糖尿病患者的病程明显短于高血压左室肥厚不伴有糖尿病患者,在一定程度上说明糖尿病与左室肥厚密切相关。

对糖尿病病因病机的研究,在传统的阴虚燥热说的基础上,近年来又提出了瘀血阻滞、脾气虚弱、肝郁气滞、气阴两虚等,其中脾虚在糖尿病发生发展中的重要作用正日益受到人们的重视^[8]。本研究结果显示高血压左室肥厚伴 2 型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。脾虚日久,不能化生精血滋补肝肾,可致肝肾精血匮乏,尤其是肾虚,可见头晕耳鸣、腰膝酸软等表现。脾虚不能充养心肺,可见心慌胸闷、咳嗽气短等心肺不足的表现。因此临床上治疗高血压左室肥厚伴有糖尿病患者时,要注意温补脾肾,治疗原发病,即积极降压、有效控制血糖,才能有效减少高血压左室肥厚的发生。

参考文献

- [1]沈绍功,王承德. 中医心病诊断疗效标准与用要规范[M]. 北京:北京出版社,2002;9.
- [2]Palmieri V, Bella JN, Arnett DK, et al. Effect of type 2 diabetes mellitus on left ventricular geometry and systolic function in hypertensive subject[J]. Circulation, 2001, 103:102-107.
- [3]吴之理. 实用医学大词典[M]. 北京:人民军医出版社,1990;1011.
- [4]DEVEREUX RB, Reichek N. Echocardiographic determination of left ventricular mass in man; anatomic validation of the method[J]. Circulation, 1987, (55):631.
- [5]Reaven GM. Role of insulin resistance in human disease[J]. Diabetes, 1988, 37:959-607.
- [6]Rutter MK, Benjamin EJ, Larson MG, et al. Impact of Glucose Intolerance and Insulin Resistance on Cardiac Structure and Function[J]. Circulation, 2003, 107(3):448-458.
- [7]Paolisso G, Galderrisi M, Tagliamonte MR, et al. Myocardial wall thickness and left ventricular geometry in hypertensives. Relationship with insulin[J]. Am J Hypertens, 1997, 10:1250-1256.
- [8]钱秋海. 中西医结合专科病诊疗大系-糖尿病学[M]. 太原:山西科学技术出版社,1997;30.

中西医结合治疗术后早期炎性肠梗阻 36 例

★ 吴耀友 (福建省尤溪县医院 尤溪 365100)

关键词:早期炎性肠梗阻;中西医结合疗法;麻子仁汤加味

术后早期炎性肠梗阻(EPISBO)是腹部外科手术后常见并发症之一,一般发生在术后 2 周内,少部分可达 4 周。以往不为人们所重视,常当作一般术后肠梗阻而处理不当。如急诊手术治疗,往往不能解除梗阻症状,且增加病人的创伤,故一般不宜手术。目前多采用非手术治疗。我院于 2002 年 1 月~2007 年 12 月对 36 例早期炎性肠梗阻患者采用中西医结合治疗,疗效满意,现报道如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 本组 36 例,男 22 例,女 14 例,年龄 18~79 岁,平均 43 岁。其中急性化脓性阑尾炎合并穿孔术后 8 例,胃癌根治术后 4 例,结肠肿瘤术后 3 例,肠破裂修补术后 6 例,肠粘连松解术后 10 例,胆道术后 3 例,肾或输尿管切开取石术后 2 例。肠梗阻出现时间多数为术后 3 天~2 周,少部分达 4 周。

1.2 症状及体征 本组 36 例均有近期腹部手术史 1 次或多次,全部经普外科诊断而请中医会诊。诊断主要依靠临床、体征,并排除其他梗阻因素而获得。患者肠蠕动可一度恢复,一般于术后 3 天~2 周内出现症状,有典型的肠梗阻症

状、体征,全部病例均有腹胀、压痛,而以腹胀为主,排气排便停止或术后肠功能恢复延迟,未见肠型及蠕动波,肠鸣音减弱。6 例有反跳痛,恶心呕吐 15 例,肠鸣音减弱或消失 20 例。腹部 X 线摄片可见大小不等的液气平面,伴有腹腔积液,表现为不完全性肠梗阻。腹部 CT 扫描可见肠壁增厚、肠祥成团。

1.3 治疗方法 基础疗法:(1)禁食、胃肠减压;(2)维持水、电解质和酸碱平衡;(3)肠道外营养;(4)应用广谱抗生素;(5)生长抑素。中药治疗:麻子仁汤加味,药用火麻仁 20 g,生大黄(后下)、枳实、厚朴、白芍、苦杏仁各 10 g,加用郁李仁、槟榔各 10 g。加减:腹胀明显者,加芒硝 10 g(冲服);恶心呕吐者加姜半夏、陈皮各 10 g;湿浊重者加苍术、藿香各 10 g;湿郁化热者加黄连 6 g、蒲公英 15 g;年老体虚者加党参、黄芪各 30 g。加水煎成 250 ml,每日 1 剂由胃管分别注入 125 ml,夹管 2~3 小时后放开。平均疗程 7 天,部分延长至 4 周。

2 结果

本组 36 例经非手术中西医结合治疗后 32 例症状逐渐