

病例讨论

胰岛素瘤病案

韩凤芹*

主题词 胰岛素瘤/中西医结合疗法

1 病情简述

患者时某某,女,76岁,因眩晕倒地、意识障碍半天,于2004年8月24日被家人送入我院。现病史:其子述患者于2002年春季时感眩晕,胸闷,周身乏力,易饥,每日多次进食,常年服用逍遥丸合并知柏地黄丸,住院当日因家事争吵而突然晕倒,呼之不应,目合不开。现症:面色苍白,目闭失语,气息均匀,消瘦,脉弦细。既往史:其子述患者于35岁时患营养不良性水肿,经输血等综合治疗后调养而愈。无肝炎、肺结核等传染病史。家族史:患者之母不知何病病故,患者之父病故于偏瘫。

查体:体温 36.5℃,呼吸 20 次/分,脉搏 70 次/分,血压 110/75mmHg。神昏,全身皮肤及巩膜无黄染,睑结膜淡白,全身浅表淋巴结未触及肿大,口唇淡紫,头颅无畸形,甲状腺未触及异常。胸廓对称,双肺未闻及病理性呼吸音,心脏听音有早搏。腹凹,肝脾未触及,脐上中部触诊不确定,腹部无移动性浊音。瞳孔散大,角膜反射消失,巴彬斯基征阳性。辅助检查:头部 CT 显示:双基底节片状低密度影,脑双侧基底节梗死;彩色多普勒超声肝胆胰检查:肝胆未见异常,胰头部可见一处 2.0cm × 1.5cm 的低回声区,边界尚清,其内回声尚均匀,未见明显血流信号,显示胰头部实性占位。血糖 1.34mmol/L。

入院诊断:中医诊断为眩晕。西医诊断为胰岛素瘤,脑双基底节梗死。

治疗经过:入院后第 1 天一次给予 10% 葡萄糖 500ml 加入 50% 葡萄糖 20ml、灯盏花素 4ml 静脉滴注,24 小时接续,特护,第 2 天上午 10 点患者清醒,眼目缓慢开启。清醒后于原滴液中加入舒血宁注射液 10ml,改为日 2 次,5 天后精神恢复,言语如常,要求出院,查血糖 4.48mmol/L。出院时携药:吡拉西坦,每次 2 片,每日 3 次。并嘱托以甜食为餐调养。回家 2 天后神昏复发,8 月 31 日再次入院,查血糖 1.98mmol/L,

治疗同前。于 2004 年 9 月 2 日邀请普外科杨主任医师商讨治疗方案。

2 病历讨论

赵主治医师:患者因良性占位胰岛素瘤,胰岛素分泌亢进引起低血糖而出现眩晕、乏力、神昏,目前采取补糖缓解治疗的方法,瘤体依存,根源未除,故症状反复出现。消除瘤体有二种途径:一为手术切除,快而有效;二为中药治疗,疗效尚疑。

韩副主任医师:患者年事已高,查房时征求家属意见,应尽量避免手术。考虑患者因正气不足,气滞痰凝血瘀而发病,其瘤体形成已久,采用中医药扶正消症,在增强患者自身抗病能力的基础上缓慢缩小瘤体,祛除引发的症状,或许能够实现。

杨主任医师:因为胰岛素瘤引发低血糖,长时间低血糖损害脑组织,所以患者继发脑双基底节梗死,手术切除是治疗胰岛素瘤最彻底的方法。但从临床手术结果看,手术后不能排除反向糖尿病的出现。囿于患者高龄,可依从家属意愿,以中医药的治疗优势克瘤,药物奏效后,撤除葡萄糖,促进自身胰腺功能的恢复。

3 后记

根据商讨意见,结合正气不足、气滞痰凝血瘀的发病机制,拟法益气养血、理气化痰、活血消症。处方:太子参 15g,黄芪 15g,当归 15g,白芍 15g,枳实 10g,香附 15g,白芥子 5g,浙贝母 10g,天花粉 15g,郁金 10g,三棱 10g,生牡蛎 30g(先煎),丹参 10g,水煎服,每日 1 剂。方中太子参、黄芪益气,当归、白芍养血,枳实、香附理气,白芥子、浙贝母化痰散结,生牡蛎软坚散结,天花粉、郁金、三棱、丹参活血消症。服用中药的同时,每日静脉滴注 10% 葡萄糖 500ml 加入香丹注射液 6ml,治疗 2 周后,患者精神佳,要求出院,查血糖 4.7mmol/L,嘱其怡情志,出院后坚持服中药 2 个月。其后神昏未发,可正常餐食,2004 年 12 月 29 日 B 超复查:胰头部可见一 1.3 × 0.9cm 低回声区,边界清。应患者要求改服丸剂,大黄䗪虫丸每次 1 丸,速效救心丸每次 4 粒,当归补血片每次 4 片,每日 2 次,续服 2 个月。至 2005 年 3 月 5 日随访未见复发。