

临床报道 ·

健脾止泻饮治疗老年 糖尿病性腹泻31例

广东省茂名市人民医院 (525000)

梁 永

糖尿病性腹泻是非感染性腹泻,是糖尿病并发症之一。糖尿病性腹泻的病因复杂,现代医学对其发病机制尚未明确,缺乏特效治疗。笔者自拟健脾止泻饮治疗老年2型糖尿病性腹泻31例,现报告如下。

1 临床资料

一般资料:本组共57例,根据世界卫生组织(WHO)推荐的糖尿病诊断标准诊断为老年2型糖尿病性腹泻。选择我院1998年2月~2005年6月门诊患者,随机分为2组,治疗组31例,男19例,女12例;年龄60~78岁,平均66.3岁;并发间歇性腹泻史3~15个月,平均145日。对照组26例,男15例,女11例;年龄60~81岁,平均64.3岁;并发间歇性腹泻史48日~17个月,平均133日。2组一般资料经统计学处理差异无显著性意义($P>0.05$),具有可比性。

2 治疗方法

治疗组予自拟健脾止泻饮治疗。基本方:党参15g,黄芪20g,山药15g,苍术15g,炒白术10g,木香(后下)6g,槟榔10g。加減:伴饮食欠佳加神曲15g,麦芽30g;伴胸闷、心悸加丹参10g,沉香(后下)5g;伴腰痛加杜仲15g,续断15g;伴腹胀加厚朴10g,陈皮6g。每日1剂,水煎服。15日为1个疗程,疗程间隔2~3日。对照组用优降糖2.5mg,每日3次口服,以控制血糖;谷参肠安胶囊2粒,每日3次口服,疗程同治疗组。

3 治疗结果

3.1 疗效标准

临床治愈:大便成条状,色黄,日行1次,空腹血糖(FBG)5.6~6.8mmol/L,病情稳定6个月;显效:大便稀烂,日行1次,FBG ≤ 9.0 mmol/L而 >6.8 mmol/L,病情稳定6个月;无效:腹泻次数未减或短时间内反复发作,FBG下降不显著或持续 >9.0 mmol/L。

3.2 结果

(1)2组治疗前后FBG、餐后2小时血糖(PBG)水平比较:治疗组31例,治疗前FBG为(11.55 $\pm$ 2.49)mmol/L,治疗后(6.32 $\pm$ 1.60)mmol/L,对照组分别为(11.59 $\pm$ 2.55)mmol/L、(8.53 $\pm$ 1.45)mmol/L。两组与本组治疗前比较,差异均有显著性意义($P<0.01$)。治疗组治疗前后PBG分别为(17.78 $\pm$ 4.87)mmol/L、(7.46 $\pm$ 2.87)mmol/L,对照组分别为(17.85 $\pm$ 4.82)mmol/L、(11.97 $\pm$ 2.80)mmol/L,两组与本组治疗前比较,差异有显著性意义($P<0.01$)。两组治疗后组间比较,差异亦有显

著性意义($P<0.01$),治疗组优于对照组($P<0.05$)。(2)2组疗效比较:治疗组31例,临床治愈19例,显效10例,无效2例,总有效率为93.55%;对照组26例,分别为12例、10例、4例,84.61%。两组疗效比较,治疗组疗效优于对照组($P<0.05$)。

4 讨论

糖尿病属中医消渴范畴。我们在治疗老年2型糖尿病并发间歇性腹泻中体会到,脾气虚弱,中气不足贯穿于全过程。老年糖尿病病程较长,缠绵难愈,脾失健运,肾气不化,而致糖尿病性腹泻屡发屡止。自拟健脾止泻饮可健脾益肾止泻,调节肠道功能,并有降血糖的作用。方中党参补中气,和脾胃,除烦渴。黄芪配山药是当代名医施今墨先生用于降血糖的有效对药,谓黄芪甘温,补气升阳,利水消肿,而偏重于补脾阳;山药甘平,补脾益肺,养阴生津,益肾固精,而侧重于补脾阴。二药伍用,一阳一阴,阴阳相合,相互促进,相互转化,共收健脾胃,促运化,健脾精,止漏,消除尿糖之功。白扁豆和中健脾,祛湿止泻,与山药伍用则健脾止泻,和中化湿。白术健脾运中,燥湿止泻;茯苓渗湿利水,健脾补中;苍术芳香悦胃,疏化水湿,醒脾助运。三药合用,利湿健脾,相得益彰。木香、槟榔理气化滞。葛根升阳止泻,降低血糖。补骨脂、肉豆蔻合用亦即《本事方》二神丸之义,二药合用补脾肾,涩肠止泻。诃子酸收固涩止泻作用尤著。以上药物配伍严谨,临床应用可取得较佳疗效,然需控制饮食,方能获得满意效果。

筋骨并重、动静结合治疗踝部 骨折术后功能障碍75例

天津中医药大学2004级硕士研究生(300193)

晋 存

天津中医药大学第一附属医院

指导:王 平

踝部骨折是最常见的关节内骨折,约占全身骨折的3.92%。该病治疗的关键在于恢复踝关节功能、避免创伤性关节炎的发生。为达到关节面的解剖复位和恢复踝关节的生物力学稳定性,临床多采用手术治疗。但近年来患者术后出现踝部功能障碍的报道屡见不鲜,我科自2000年7月~2005年9月应用筋骨并重,动静结合的方法治疗75例,取得良好疗效,现总结如下。

1 临床资料

本组75例,男31例,女44例;右侧48例,左侧27例;年龄20~50岁42例,50~65岁33例,平均43岁;单踝骨折25例,双踝骨折36例,三踝骨折14例;开放性骨折11例,闭合性骨折64例;治疗上均行切开复位内固定术,在术后去除制动7天~1年6个月后,都有不同程度的踝关节负重疼痛,肿胀及功能受限。

2 治疗方法

2.1 中药熏蒸

伸筋草、透骨草、海桐皮各20g, 鸡血藤、宽筋藤各30g, 桃仁、红花、苏木、骨碎补、续断、牛膝15g。将药置布袋中, 于盆中浸泡30分钟后加水煮沸, 将患肢架于盆上, 熏蒸踝部15分钟(注意调整患肢与盆的距离, 防止蒸汽烫伤), 待药液渐温, 将患肢放入盆中浸泡15分钟。每日熏蒸浸泡2次, 每剂2天, 15天为1个疗程。

2.2 手法疏筋正骨

熏洗后首先对踝部肌腱、韧带进行手法松解, 以揉、点、按为主, 施术范围则主要侧重于胫前肌群、小腿后侧肌群及踝周围韧带、肌腱等结构。若以屈伸受限为主, 则以小腿前、后肌群为主, 配合手法活动距关节; 术者一手置于患者跟腱部, 尽量固定胫骨及跟骨, 使之不能后移, 另一手置于踝前, 推动距骨使之后移; 若是旋前、旋后功能受限, 在手法活动关节的同时, 应对内外侧支持韧带进行弹拨疏通。然后嘱患者主动活动踝关节, 视其活动度对其进行被动屈伸旋转, 应逐步加力、循序渐进进行功能锻炼, 以患者能耐受为度。避免暴力被动屈伸, 尤其是关节严重僵硬者, 更应注意。

2.3 指导患者进行规范的功能锻炼

首先应是肌力的恢复, 在非完全负重的情况下练习踝关节的背伸、跖屈, 一伸一屈为1次, 10次为1组, 每天锻炼5组以上。肌力恢复后, 完全负重练习屈伸、旋转运动, 此时的重点在于拉伸肌力及对平衡功能的锻炼即正确步态的练习。最后则是患肢特殊功能的锻炼, 如单腿站立, 提踵功能的锻炼。

3 治疗结果

3.1 疗效评定标准

优: 踝部肿痛消失, 活动范围 $60^{\circ} \sim 90^{\circ}$; 背伸 $>20^{\circ}$; 跖屈 $>40^{\circ}$; 良: 踝部肿痛基本消失, 活动范围 $40^{\circ} \sim 60^{\circ}$; 背伸 $>10^{\circ}$ 而 $\leq 20^{\circ}$; 跖屈 $>30^{\circ}$ 而 $\leq 40^{\circ}$; 中: 踝部肿痛减轻, 活动范围 $25^{\circ} \sim 40^{\circ}$; 背伸 $>5^{\circ}$ 而 $\leq 10^{\circ}$; 跖屈 $>20^{\circ}$ 而 $\leq 30^{\circ}$; 或踝关节活动范围较治疗前增加 20° 以上; 差: 踝关节肿痛, 活动范围 $<20^{\circ}$; 或治疗前后症状及功能无明显改变。

3.2 疗效评定结果

本组75例, 按两个疗程治疗, 根据上述标准, 优24例, 良37例, 中12例, 差2例, 总有效率97.33%。

4 体会

踝部骨折术后功能障碍的原因, 主要有: (1) 外踝及腓骨复位不良。(2) 三角韧带损伤。(3) 下胫腓联合不稳。(4) 术后外固定时间过长及固定角度不当, 尤以(2)、(4)为常见, 中医疗法应用效果显著。

熏洗疗法是中国传统医学的传统外治法, 具有理疗和中药的双重作用, 是将中草药加热后直接熏洗患处, 使药力从皮到肉, 从筋到骨, 层层传里, 通透支节, 温通经络, 更好地发挥其活血散瘀、消肿止痛、通利关节、松解粘连的功效。方中海桐皮、伸筋草、透骨草、宽筋藤舒筋活络, 通痹止痛; 艾叶温经通络, 祛寒通痹; 五加皮、威灵仙祛风湿止痹痛; 当归、红花活血化瘀; 牛膝引药下行, 诸药佐使共奏气血通畅, 经络舒展, 肿胀消退之功

效。诸药合用, 煎汤熏洗, 通过对局部的温热刺激, 改善血液与淋巴液的循环, 药力经毛窍而入, 直接作用于病变部位, 更好地发挥其松解韧带粘连, 软化瘢痕之功效。

再生方治疗老年骨髓增生异常综合征36例

河北省石家庄平安医院血液科(050021)

刘清池 吴维海 冯新旺 武大勇

梁春耕 李建英 宋淑花

骨髓增生异常综合征(MDS)是一组造血干细胞恶性克隆性疾病, 其基本特征是病态造血和无效血细胞形成。我院自2003年6月~2005年6月采用补肾中药——再生方治疗老年低危MDS, 取得较好疗效。现将结果报道如下。

1 临床资料

2003年6月~2005年6月共收治老年低危MDS患者36例, 均为本院住院患者, 按WHO诊断和分型, 其中难治性贫血(RA)8例, 伴有多系病态造血的难治性贫血(RCMD)28例, 男性23例, 女性13例, 年龄平均(65.3 ± 5.1)岁, 平均病程(2.2 ± 2.3)年, 平均血红蛋白(Hb) (51.25 ± 17.53) g/L, 白细胞(WBC) (3.06 ± 1.24) $\times 10^9$ /L, 血小板(PLT) (47.24 ± 24.57) $\times 10^9$ /L, 7例并发冠心病, 7例合并原发性高血压, 3例合并2型糖尿病, 1例合并脑血管疾病。所有患者就诊时均有头晕、面色苍白等症状, 出血者9例, 表现为程度不同的皮肤黏膜、鼻和牙龈出血, 黑便。轻度脾肿大2例。外周血三系减少者15例, 二系减少者9例(红系加粒系减少者6例, 红系加巨核系减少者3例)。全部病例均行骨髓穿刺检查及病理活检, 骨髓涂片: 增生减低7例, 增生活跃27例, 增生明显活跃2例。粒核 >1 者10例; <1 者26例。组织化学检查: 中性粒细胞碱性磷酸酶染色(NAP)增高5例, 减低17例。36例红系有程度不等的巨幼样变, 28例有核红细胞有核畸变, 10例可见到奇数核。核分裂相易见, 可见有核红细胞簇、点彩红细胞、Howell-Jolly小体, 成熟红细胞体积大小不等, 可见巨大红细胞。粒系表现在大多有成熟障碍(29例), 核浆发育不平衡, 细胞质中颗粒减少、缺乏或增多。15例可见pelger-Huet核异常, 4例患者有环形核, 36例均未见到Auer小体。巨核细胞数量多少不等, 可见0~172个/片, 12例出现淋巴样小巨核, 19例见到单圆核、多圆核巨核细胞。28例血小板形态异常, 有巨大血小板、球形血小板等。36例骨髓铁染色: 31例骨髓小粒阳性者细胞外铁阴性1例, (+) 7例, (++) 9例, (+++) 14例, 细胞内铁阳性率18%~92%, 平均52%。骨髓活检病理示: 造血低下13例(低下10例、极度低下3例), 前体细胞异常定位(ALIP) 14例, 嗜银染色(+) 者6例, (++) 者2例。染色体检查20例, 其中-7、-17各1例, 20q-1例, +8异常2例, del(6)(q23) 1例。8例做了Survivin基因检查, 7例阳性。

2 治疗方法

2.1 原发病治疗

全部病例均口服再生方, 本方由人参、黄芪、淫羊藿、补骨