

1.3 疗效指标 根据《中药新药临床研究指导原则》中的评定标准,将临床疗效分为临床控制、显效、有效和无效四个等级。总有效率=(临床控制+显效+有效)/例数×100%。

1.4 统计学分析 所有数据均采用统计学软件 SPSS17.0 进行统计分析,数据结果以($\bar{X} \pm S$)表示,组间比较采用 χ^2 检验。 $P<0.05$ 示存在显著性差异,具有统计学意义。

2 结果

2.1 临床疗效 经过治疗后,76 例患者中未出现死亡病例。临床控制 15 例 (19.7%), 显效 25 例 (32.9%), 有效 29 例 (38.2%), 无效 7 例 (9.2%), 总有效率为 90.8%。

2.2 CO₂ 分压及 O₂ 分压情况比较 与治疗前相比,CO₂ 分压及 O₂ 分压变化情况均存在显著性差异, $P<0.05$,具有统计学意义。见表 1。

表 1 治疗前后 CO ₂ 分压及 O ₂ 分压对比 ($\bar{X} \pm S$) mmHg			
组别	n	CO ₂ 分压	O ₂ 分压
治疗前	76	51.4± 4.6	85.6± 3.8
治疗后	76	33.2± 2.8*	93.7± 2.3*

注:与治疗前相比,* $P<0.05$,差异具有统计学意义。

3 讨论

慢性阻塞性肺疾病属于呼吸道常见疾病,近几年死亡率逐年上升,居致死率第四位。研究认为,遗传、感染、环境等因素(如吸烟、粉尘、大气污染等)均可引起 COPD 的发生。患者临床主要表现为营养不

良,呼吸肌结构及呼吸功能均受到严重损害,形成严重通气功能障碍^[3]。患者的临床症状在急性发作期后虽有一定程度的缓解,但肺功能的恶化程度并未有效阻止,受外界因素及自身免疫功能下降的影响,病情易反复发作,进而引发心肺多种并发症的产生。

目前对慢阻肺的临床治疗主要有三种方式:早期干预、稳定期治疗及手术治疗等^[4]。据相关研究表明,吸烟是导致慢阻肺的主要原因,故戒烟是早期干预治疗的主要手段;稳定期治疗以药物治疗、给氧治疗、呼吸康复等,药物治疗以支气管扩张剂为常用药物;手术治疗多采用肺大泡切除、肺移植、肺减容等方法。本实验中针对患者病情还采取了辅助治疗措施,取得了良好的效果。但临床治疗时应注意每次试验至少间隔 24 h,注意患者身体承受力。经过治疗后,患者的 CO₂ 分压及 O₂ 分压均有所好转。综上所述,对慢阻肺患者实施积极有效的诊断及治疗方案,可有效改善患者的心肺功能,提高患者的呼吸功能和生活质量,临床疗效良好,值得临床推广。

参考文献

[1]徐宏光.慢性阻塞性肺疾病的临床治疗观察与分析[J].中国医药指南,2013,11(25):157
[2]余志杰.慢性阻塞性肺疾病 90 例临床治疗效果探析[J].当代医学,2012,18(29):87-88
[3]刘金丽,唐颖,李佳,等.孟鲁司特钠治疗慢性阻塞性肺疾病临床疗效观察[J].实用临床医药杂志,2011,15(7):86-87
[4]徐震,黄河.舒利迭联合金水宝胶囊治疗慢性阻塞性肺疾病的临床观察[J].中国保健营养,2012,22(3):187-188

(收稿日期:2014-03-25)

柔肝滋肾法治疗糖耐量异常的疗效观察

钟雯¹ 曾科学^{2#}

(1 广东省广州市越秀区光塔街社区卫生服务中心 广州 510120;2 广东省第二中医院 广州 510095)

关键词:糖耐量异常;柔肝滋肾汤;肝郁脾虚;肾阴不足

中图分类号:R587.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.06.050

随着人们生活水平的不断提高,2 型糖尿病患者率逐年增高,糖耐量异常(impaired glucose tolerance, IGT)的患者作为糖尿病的后备军,其危险性较正常糖耐量者相比明显增加,研究已经证实饮食和运动疗法可以预防 IGT 向 2 型糖尿病的转化^[1-2],且经济简便,但难以长期坚持,因此药物治疗成为有效干预手段。糖耐量异常在中医看来多因肝郁脾虚、肾阴不足,我院临床上多应用柔肝滋肾汤以健脾疏肝、柔肝滋肾,可有效控制糖耐量异常。现报告如下:

1 临床资料

1.1 一般资料 选取 2008 年 6 月~2010 年 7 月在

本院内分泌门诊就诊确诊为 IGT 的 66 例患者为研究对象,其中男 31 例,女 35 例,平均年龄(49.2±8.2)岁,平均病程(3.5±1.1)年。根据随机双盲原则分为治疗组 33 例(使用柔肝滋肾汤辅以饮食加运动)和对照组 33 例(模拟柔肝滋肾汤辅以饮食加运动)。治疗组与对照组性别、平均年龄、体质指数、腰臀比、血糖等比较均无显著性差异($P>0.05$),具有可比性。

1.2 诊断标准 符合 1999 年 WHO 诊断标准。IGT 均按 1999 年 WHO 标准经口服 75 g 葡萄糖耐量试验(OGTT)诊断。

1.3 纳入标准 本院内分泌门诊或体检时发现空

通讯作者:曾科学, E-mail: zengkexue@163.com

腹血糖在 6.5~7.3 mmol/L，经强化生活方式干预 1 个月后，OGTT (采用 75 g 无水葡萄糖负荷) 检查 2 hPG 仍在 7.8~11.1 mmol/L。

1.4 治疗方法 治疗组在饮食与运动控制基础上服用柔肝滋肾汤(柴胡 15 g、白芍 15 g、郁金 15 g、知母 10 g、山萸肉 15 g、山药 30 g、甘草 5 g)，早晚各 1 次；对照组在饮食加运动控制基础上使用模拟柔肝滋肾汤(熟地 20 g、枣皮 10 g、山药 20 g、茯苓 10 g、丹皮 10 g、泽泻 10 g、枸杞 15 g、菊花 10 g、当归 10 g、白芍 30 g、何首乌 30 g、甘草 5 g) 加减治疗，早晚各 1 次；1 个月为 1 个疗程，2 个疗程后统计疗效。

1.5 观察指标 应用血糖仪(强生 L2291RA00581 快速血糖仪，美国)按时监测空腹血糖或餐后末梢全血测定。

1.6 统计学方法 应用 SPSS10.0 统计软件处理，计量资料以 ($\bar{X} \pm S$) 表示，组内治疗前后数据比较用配对 *t* 检验，不同组间治疗前或治疗后数据比较用 *t* 检验，*P* < 0.05 为差异有统计学意义。

1.7 治疗结果 两组 IGT 人群治疗并观察至 2 个疗程。见表 1。

表 1 两组疗效比较 例(%)				
组别	<i>n</i>	糖耐量转为正常者	仍为 IGT	转为糖尿病
对照组	33	10(30.3)	16(48.5)	7(21.2)
治疗组	33	27(81.8)*	5(15.2)*	1(3.0)*

注：与对照组比较，**P* < 0.05。

2 讨论

根据世界卫生组织统计资料显示，预计 2025 年全球糖尿病患者将突破 3 亿人。在发达国家中，45 岁以上人群糖尿病患病率已高达 10%~20%，我国糖

尿病患病率也呈逐年增加的趋势。IGT 属于糖尿病前期，因此减少 IGT 向 2 型糖尿病的转化是临床的重点。2 型糖尿病和 IGT 都是遗传和环境因素共同作用的结果，目前的干预措施均为考虑如何改善餐后血糖指数，提高机体对胰岛素敏感性，使胰岛素分泌增加从而改善其他症状。主要通过行为和药物两种手段来干预。目前相关研究均重视饮食控制及运动锻炼，虽然这两者的有效性均经过证实，然而改变并非短期可有明显效果，并且这些研究仍然只是起步状态，而且观察时间较短，样本量较小，因此还需进一步的循证医学观察。

糖耐量异常属中医“消渴”范畴，多因肝郁脾虚、肾阴不足引起。而脾虚多因肝郁所致，肝郁迁延日久，郁而化火，灼伤肝阴，而传脾累肾，出现精血耗损，临证可见一派肝肾阴虚之证。故出现口渴欲饮、多食易饥、小便频多等症状。中医认为“肝肾一体，精血同源”，肾藏精，肝藏血，精血互相生化滋养，且肝为刚脏，非柔不克。故用柔肝滋肾汤加减，方中知母、山萸肉、山药滋养肾阴，郁金疏肝行气活血止痛，柴胡、白芍疏肝，甘草酸甘化阴。全方以柔肝滋肾之法，达到津液充、肝木柔而肾阴自足，从根本上控制糖耐量异常。实践证明用柔肝滋肾汤加减治疗糖耐量异常，患者症状缓解明显，疗效满意。

参考文献

[1]唐学杰,林海龙,陈淑敏,等.2 型糖尿病患者动脉弹性功能改变研究[J].中国实用医药,2007,2(18):32-33
[2]姜淑琴.在社区进行糖尿病健康教育与健康促进的新策略[J].中国全科医学,2009,12(16):1 558

(收稿日期：2014-02-25)

扩大壁细胞迷走神经切断术治疗十二指肠溃疡并发急性穿孔的效果

欧阳玉成 易再良 柴滨

(江西省宜春市袁州区芦村卫生院 宜春 336026)

摘要：目的：探讨扩大壁细胞迷走神经切断术(EPCV)治疗十二指肠溃疡并发急性穿孔的效果。方法：选择 2003 年 1 月~2013 年 1 月我院确诊为十二指肠溃疡并发急性穿孔患者 203 例，按患者和家属对术式的选择分为治疗组和对照组，治疗组采用 EPCV 治疗，对照组采用单纯开腹穿孔修补术治疗，随访 1~5 年，比较两组患者术后营养状态、胃排空功能、并发症几率、复发率等。结果：治疗组胃排空功能、营养状况好，并发症少，复发率低，体重增加者多，生活质量评分高，与对照组比较，差异有统计学意义(*P* < 0.05)。结论：EPCV 操作简便，远期疗效好，可以作为十二指肠溃疡并发急性穿孔治疗的首选术式。

关键词：十二指肠溃疡；急性穿孔；扩大壁细胞迷走神经切断术

中图分类号：R656.62

文献标识码：B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2014.06.051

十二指肠溃疡并发穿孔是临床最严重的消化系统疾病之一，因发病急、病情发展快、预后不佳而归结为急腹症^{〔1〕}。治疗方法以急诊手术居多，常用手术方式为胃大部切除术、穿孔修补术、迷走神经切断术

加穿孔修补术(EPCV)等，本研究以 EPCV 和传统开腹穿孔修补术进行对比。现报道如下：

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2003 年 1 月~2013 年 1 月，