

## 老年 2 型糖尿病并低血糖症临床分析

王青\* 况佩君\* (通讯作者)

关键词: 糖尿病; 低血糖症

中图分类号: R587.1

文献标识码: A

文章编号: 1006-0979(2013)22-0034-01

低血糖症是糖尿病治疗中最严重的并发症之一,尤其在老年患者中多见,对机体危害大,如不及时救治可造成中枢神经系统不可逆损伤。及时早期诊断和正确治疗至关重要,同时应加强预防措施,减少老年人糖尿病患者低血糖反应的发生。2011年09月至2012年12月我院收治老年2型糖尿病患者入院或住院期间出现低血糖症30例,报道如下:

### 1 临床资料

1.1 一般资料:本组30例均符合1999年WHO糖尿病诊断标准,均为2型糖尿病住院老年患者。其中男18例,女12例,年龄62-85岁,平均74岁,病程5~20年,平均病程13年。合并高血压病15例、冠心病8例、肾病8例、陈旧性脑梗塞8例、视网膜病变18例、肝功能损害3例,其中15例患者有2种或2种以上并发症。无严重并发症或合并疾病2例。

1.2 发病诱因:进餐与用药不相配;肝、肾功能不全患者降糖药物或胰岛素未减量;新近诊断的2型糖尿病患者,未经饮食或运动疗法而用足量优降糖;胰岛素用量不当或运动量变化造成低血糖反应者;血糖经强化治疗后达正常,未及时调整胰岛素剂量所致者;运动量太大、未按时进食。

1.3 低血糖症诊断标准:对非糖尿病患者来说,低血糖症的诊断标准为血糖 $<2.8$  mmol/L。而接受药物治疗的糖尿病患者只要血糖水平 $\leq 3.9$  mmol/L就属低血糖范畴。

1.4 临床表现:临床表现多样而不典型,表现为面色苍白、出汗、心悸、四肢颤抖及饥饿等交感神经兴奋症状14例;表现为脑功能障碍症状10例,其中出现意识障碍甚至昏迷3例,但头颅CT均未见梗死灶;表现为心律失常2例;表现为心绞痛1例;表现为精神行为异常1例;无明显症状或表现2例。

### 2 结果

低血糖症确诊后意识清楚者口服糖水或进食后症状迅速缓解,15分钟后复查血糖;意识障碍者立即静脉推注50%葡萄糖液20-60 ml,随后以10%葡萄糖静脉滴注,病情严重时加用糖皮质激素,每30分至1小时监测1次血糖,直到患者神志转清醒,血糖稳定在8-10 mmol/L,患者意识恢复后密切监测血糖24-48 h。老年2型糖尿病并低血糖患者中,没有及时进食或进食量减少者20例,肝、肾脏功能受损害未及时改变降糖药物剂量者7例,增加体力活动没有及时改变降糖药物剂量者3例,所有患者经治疗后全部治愈,均没有出现严重的并发症。

### 3 讨论

3.1 低血糖是老年糖尿病治疗过程中较常见且危险的并发症

之一,与口服药和使用胰岛素相关,严重低血糖危险性随年龄增长而增加<sup>[1]</sup>。本组患者 $\geq 70$ 岁病例有21例,占70%。老年糖尿病患者往往病程较长,而交感神经过度兴奋症状不明显,有时易被误诊为脑血管疾病而延误抢救时机<sup>[2]</sup>。

3.2 低血糖的危害:持续的低血糖可危及生命,还可导致脑功能障碍,增加心、脑血管意外的危险;低血糖时体内胰高糖素、生长激素、肾上腺皮质激素及肾上腺素均显著增多,导致反应性高血糖,造成血糖波动,病情加重,会增加治疗难度;经常发生低血糖的患者,智商损伤非常明显,如果低血糖不及时抢救则可造成不可逆的脑组织损坏,甚至死亡,即使抢救过来,很可能并发痴呆症;还可导致中枢神经系统不可逆的损害,导致患者性格变异、精神失常、痴呆等。

3.3 为防止低血糖的发生,治疗中应注意磺脲类药物尤其是优降糖不能短时间内在体内清除,易致低血糖反复发作,应持续监测血糖至平稳<sup>[3]</sup>。对老年患者避免使用作用强、持续时间长的磺脲类药物,可用新一代的磺脲类药物格列美脲,其与细胞上的受体蛋白结合与解离迅速、灵活,发生低血糖频率低,副作用少,患者顺应性、安全性好。对肝肾功能不好者,用胰岛素治疗时要减量。初次用药应从最小量开始,根据血糖调整剂量;严格按照药物性能选择给药时间,服药后定时进食,避免服药后进食前剧烈运动;联合应用降糖药要严密观察病情和血糖变化,避免同时使用诱发低血糖的药物;对易发生夜间低血糖患者,尤其是老年低血糖患者,除测量晨起空腹及三餐后2h血糖外,还应监测凌晨3:00血糖;老年2型糖尿病患者一旦出现不明原因的意识障碍,应考虑低血糖昏迷。

3.4 老年患者各种器官功能衰退,降糖药物在体内的代谢分解及排泄作用下降,导致低血糖反复发生。向患者及其家属介绍低血糖的早期症状,教导发生低血糖时的急救措施;随身携带病情说明卡,写明姓名、地址、病情及用药情况,身边备甜食以便出现低血糖症状时服用;定期检测血糖,调整药物剂量。通过对老年2型糖尿病患者进行低血糖教育引导,使其合理服药和增加运动,减少和避免低血糖并发症的发生。

### 参考文献

[1]叶任高,陆再英,谢毅,等.内科学[M].人民卫生出版社,2004:815-817.

[2]衡先培.糖尿病神经病变诊断与治疗[M].人民卫生出版社2002:153.

[3]李若男,林桂芳,吕琦等.老年糖尿病患者低血糖原因及预防探讨[J].实用糖尿病杂志,2010,6(1):22-23.

\* 湖北黄石二医院老年病科(435002)

2013年5月21日收稿

## 前列解毒胶囊联合盐酸坦洛新缓释胶囊、左氧氟沙星治疗慢性前列腺炎疗效观察

乔玉华\* 左树森\* 李东顺\* 朱磊\* 郝强\* 豆振京\* 牛忠涛\* 张志勇\* 王华玖\* 袁宏毅\*

关键词: 前列解毒胶囊; 坦洛新缓释片; 左氧氟沙星; 慢性前列腺炎; 治疗

中图分类号: R697.33

文献标识码: A

文章编号: 1006-0979(2013)22-0034-02

慢性前列腺炎(Chronic Prostatitis, CP)是中、青年的多发病、常见病之一,据国内外有关文献报道,CP患者占泌尿外科门诊患者的8%~25%<sup>[1]</sup>。参照1995年美国国立卫生研究院制定的新的分类方法<sup>[2]</sup>,慢性前列腺炎/慢性骨盆疼痛综合征,

属于Ⅲ型,约占前列腺炎的90%以上<sup>[3]</sup>。至今对病情轻重判断、治疗方法选择以及疗效评价等方面无明确的标准。对CP的治疗虽已有不少药物和其他方法,但仍有部分患者疗效欠佳,CP常常并发有下尿路功能障碍<sup>[4]</sup>。慢性前列腺炎临床治疗方法颇多,疗效不一,常采用抗菌药物、消炎止痛和 $\alpha$ 受体阻滞剂治疗<sup>[5]</sup>。本研究就前列解毒胶囊联合 $\alpha$ 受体阻滞剂、抗生素治疗慢性前列腺炎做一对照研究,旨在探讨联合用药在CP

\* 邢台医专第二附属医院泌尿外科(054000)

2013年5月17日收稿

治疗中的作用,为有效治疗 CP 提供依据,现报告如下。

### 1 资料与方法

1.1 一般资料:我院门诊 2008 年 3 月至 2013 年 2 月间诊治的慢性前列腺炎患者 424 例,年龄 19~58 岁,平均 33.8 岁;病史 3 个月~12 年;症状表现为尿道口滴白、尿频、尿急、尿不尽感、长期、反复不同程度的骨盆区域,持续时间超过 3 个月等,由于慢性疼痛久治不愈,患者生活质量下降,甚至出现功能障碍、失眠、记忆力下降等。排除标准:(1)急性细菌性前列腺炎;(2)急性尿路感染;(3)有泌尿系结核、结石、前列腺癌等影响排尿者;(4)存在神经源性膀胱、有严重神经衰弱、或严重精神症状者;(5)有高血压、心、肝、肾及造血系统等严重疾病者;(6)对唑诺酮类药物过敏者。所有患者在入选前 4 周内未使用其它治疗慢性前列腺炎和影响排尿功能的药物。

1.2 治疗方法:(1)用药品种:实验组:前列解毒胶囊+盐酸坦洛新缓释胶囊+左氧氟沙星片中西医结合组;对照组 1:前列解毒胶囊+安慰剂 1+安慰剂 2;对照组 2:安慰剂 3+左氧氟沙星片+盐酸坦洛新缓释片。(2)药物用量及治疗时间:盐酸坦洛新缓释胶囊 0.2mg,1 次/晚(积大本特制药有限公司);左氧氟沙星片 0.2g,2 次/日(北京双鹤药业);前列解毒胶囊 3 粒,3 次/

表 1 治疗 4 周后四组患者 NIH-CPSI 评分及前列腺液中白细胞计数的比较( $\bar{x} \pm s$ ,分)

组别	NIH-CPSI 总分		疼痛症状评分		生活质量		排尿症状		WBC(个/HP)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
实验组	25.6±5.2	12.3±4.2	12.8±4.3	6.7±2.6	6.8±3.4	3.1±2.1	5.6±2.2	2.2±1.3	72.8±21.6	21.8±13.4
对照组 1	24.9±4.6	15.9±6.7	12.9±5.2	8.6±3.6	6.6±3.4	4.9±2.8	5.6±1.9	2.9±1.5	69.8±24.8	39.6±17.6
对照组 2	25.5±6.4	14.8±5.5	12.6±4.8	8.9±4.1	6.5±3.2	4.6±3.3	5.2±2.5	2.8±1.6	66.9±26.5	37.4±15.8

注:组内治疗前后相比较  $P < 0.05$ ,实验组与对照组组间治疗后相比较  $P < 0.05$ ,对照组组间比较  $P > 0.05$ 。

### 3 讨论

慢性前列腺炎发病机制尚未明了,病因学十分复杂,存在广泛争议:可能是多种病因同时起作用,其中一种或几种起关键作用;或者是许多不同疾病,但具有相同或相似临床表现;甚至这些疾病已经治愈,而它所造成的损害与病理改变仍然持续独立起作用。前列解毒胶囊联合盐酸坦洛新缓释胶囊、左氧氟沙星片治疗慢性前列腺炎将祖国传统医学与西方现代医学完美结合,采用中西医结合的治疗方案,弥补了中药治疗起效慢、效果不明显而西药治疗易复发的缺点,适当延长治疗时间效果更加明显,且口服药物方法简便,患者易于接受,值得临床推广。但本研究尚缺乏长期、大样本、前瞻性的临床资料,证明其长期疗效,同时在药物优化组合及用药时间和时机方面还需要进一步研究和探讨。

日(石家庄科迪药业有限公司);安慰剂:相当规格的淀粉片(石家庄科迪药业有限公司)。所有治疗患者前列解毒胶囊、盐酸坦洛新缓释胶囊及相当安慰剂治疗时间为 12 周,左氧氟沙星片及相当安慰剂治疗时间为 4 周,治疗期间养成良好的生活习惯、避免久坐和长时间骑车,已婚人士保持规律性生活。

1.3 统计学分析:采用 SPSS13.0 软件进行计算,组间、组内计量资料采用  $t$  检验,各组有效率采用  $\chi^2$  检验。

### 2 结果

三组患者治疗 4 周、12 周后 NIH-CPSI 评分及前列腺液中 WBC 计数等指标分别见表 1。从数据中可以看出,治疗后 4 周后三组患者 NIH-CPSI 总分、疼痛症状评分、生活质量评分、排尿症状评分均与治疗前有显著降低( $P < 0.05$ ),EPS 中 WBC 计数明显减少( $P < 0.05$ ),但中西医结合组 NIH-CPSI 总分、疼痛症状评分、生活质量评分、排尿症状评分、前列腺液中 WBC 计数与西医组、中医组相比较有显著性差异( $P < 0.05$ ),中西医结合组总有效率明显高于西医组、中医组( $P < 0.05$ ),说明采用前列解毒胶囊联合、盐酸坦洛新缓释胶囊、左氧氟沙星片中西医结合治疗慢性前列腺炎能有效缓解患者的疼痛等临床症状,改善患者生活质量,效果优于单独应用西医治疗或中医治疗。

### 参考文献

- [1]Krieger JN, Riley DE. Epidemiology of prostatitis: new evidence for a world-wide problem[J]. World J Urol 2003; 2: 70-74.
- [2]Krieger JN, Nyberg LJ, Nickel JC. NIH consensus definition and classification of prostatitis[J]. JAMA, 1999; 282: 236-237.
- [3]Schaeffer AJ. Leukocyte and bacterial counts of symptoms in men with chronic prostatitis: the National Institutes of Health Chronic Prostatitis Cohort Study [J]. J Urol, 2002; 168(3): 1048-1053.
- [4]Walsh PC. Campbell's urology [M]. Philadelphia: W. b Saunders, 2002: 603-625.
- [5]彭光平主编.泌尿生殖疾病的临床治疗[M].北京:北京科技出版社,2003: 56-57.

## 氧化型低密度脂蛋白对培养人脐静脉内皮细胞生长的影响

汤阳<sup>\*</sup> 罗轩<sup>\*\*</sup> 黄跃<sup>\*\*\*</sup> 冯赞杰<sup>\*\*\*\*</sup> 陆红玲<sup>\*\*\*\*</sup>

关键词:氧化型低密度脂蛋白 ox-LDL; 人脐静脉内皮细胞; 生长  
中图分类号: R543.5 文献标识码: A

文章编号: 1006-0979(2013)22-0035-02

动脉粥样硬化形成是一个多因素多途径协同作用的过程,发病机制复杂。在各独立危险因素中脂代谢异常是首要因素,尤其是低密度脂蛋白(low density lipoprotein, LDL)是 AS 的一个主要危险因子。研究发现,低密度脂蛋白经氧化修饰后其致 AS 作用大为加强<sup>[1]</sup>。本实验参考低温超速离心法提取 LDL<sup>[2]</sup>,用  $\text{Cu}^{2+}$  氧化法制备 ox-LDL,并以人脐静脉内皮细胞(HUVECs)为对象,观察 ox-LDL 对培养的 HUVECs 生长的影响,旨在为临床研究 AS 的发生、发展机制提供实验依据。

### 1 材料与方法

1.1 实验材料:HUVECs 细胞株(中南大学湘雅中心实验室);

RPMI1640 培养基、胎牛血清(美国 Gibco 公司);普通光学显微镜及倒置相差显微镜(IX-71-S8F, Olympus, Japan);四甲基偶氮唑盐(MTT)购自 Sigma 公司;丙二醛含量测定试剂盒(南京建成生物制品公司);人血浆(遵义医学院附属医院血库);其他试剂均为国产分析纯。

1.2 实验方法:(1)制备 LDL 及 ox-LDL:将人血浆置于以 NaBr 为介质的离心管中,通过不连续密度梯度超速离心法(50000rpm 即 257320g, 4℃)分离出人血浆低密度脂蛋白(LDL)。于 4℃ 经 PBS 液(含 200 $\mu\text{mol/L}$  EDTA, pH 7.6)透析 72h,琼脂糖凝胶电泳检测纯度,BCA 法测定蛋白浓度。将 LDL 置于含 500 $\mu\text{mol/L}$  硫酸铜的 PBS 溶液中,室温振荡 12h,测定丙二醛含量,同时经琼脂糖凝胶电泳判定 LDL 是否氧化。(2)培养 HUVECs 并分组:HUVECs 培养条件:RPMI 1640 培养基(含青链霉素各 100U/ml 及 10% FBS),37℃,95% 湿度,5%  $\text{CO}_2$ ,常规换液以维持细胞处于对数生长期。将细胞按  $4 \times 10^3$ /孔接种于

\* 遵义医学院附属医院心胸外科(563099)

\*\* 贵州省六盘水市六枝特区人民医院药剂科(553400)

\*\*\* 遵义医学院形态学实验室

\*\*\*\* 遵义医学院生物化学教研室

2013 年 5 月 12 日收稿