

剂,能迅速通过血脑屏障,竞争性阻断并取代吗啡样物质与受体结合,从而阻断吗啡或β-内啡肽的作用,纳洛酮与分布在脑等部位的啡受体结合,解除了β-内啡肽对呼吸、心血管交感神经的抑制作用,可迅速逆转呼吸抑制,引起高度兴奋,使心血管功能亢进,心输出量增加,并增加脑血流量和脑灌注后,阻断继发性脑损伤的发病过程<sup>[2]</sup>,还具有抑制氧自由基释放、稳定溶酶体膜等非啡受体作用<sup>[3]</sup>。因此,纳洛酮具有促进脑苏醒和改善脑代谢的双重功效。

**3.2 醒脑静的主要成分有麝香、冰片、栀子、郁金等,具有醒脑、开窍、清热解毒、活血行气等功效。药理研究表明,醒脑静注射液能通过血脑屏障,直接作用于中枢神经,能有效抑制乙醇中毒患者脑组织中钠、钙及含水量,降解和清除氧自由基,降低脑组织脂质过氧化物水平<sup>[4]</sup>。在抗脑水肿方面,醒脑静能降低血脑屏障的通透性,减轻脑水肿,并通过调节血管活性物质和神经递质的释放,改善脑水肿,降低颅内压,提高脑灌注压,使脑血流循环改善,在保护脑细胞、缩短昏迷时间等方面有显著作用,用于治疗急性乙醇中毒引起的意识障碍,可显著减轻**

神经功能损害,未见不良反应。

综上所述,盐酸纳洛酮和醒脑静注射液联合治疗急性乙醇中毒效果满意,具有明显的相加作用,作用快、疗效显著,未发现任何不良反应,且疗程缩短。

**参考文献**

[1] 叶任高,陆再英.内科学[M].6版.北京:人民卫生出版社,2004:983-985.  
 [2] 孟庆林.盐酸纳洛酮在急诊和急性中毒的应用[J].临床荟萃,1996,11(9):399-420.  
 [3] 董哲,郭丽华,高玉宝,等.纳洛酮治疗急性乙醇中毒 126 例疗效观察[J].中国误诊学杂志,2006,6(6):1077-107.  
 [4] 陈庆明.醒脑静注射液的药理基础与临床应用[J].中西医结合实用临床急救,1999,4(6):191-192.

(收稿日期:2011-03-18)

# 参麦注射液减轻恶性肿瘤化疗不良反应临床观察

秦玉芬(青海省西宁市湟源县人民医院内一科 812100)

**【摘要】目的** 观察参麦注射液对减轻恶性肿瘤化疗不良反应的效果。**方法** 收集 2004 年 11 月至 2009 年 4 月住院恶性肿瘤患者 180 例,均接受化疗药物静脉滴注,其中 90 例使用参麦注射液 40 mL 加入 5% 葡萄糖溶液 250 mL 静脉滴注,每天 1 次,连用 7~10 d 为 1 个疗程。对照组 90 例未使用参麦注射液,化疗 21~28 d 为 1 个周期。**结果** 参麦组患者外周血细胞、体力下降,消化道反应,心电图及肝功能改变程度均明显减轻。**结论** 参麦注射液能减轻化疗药物不良反应,增强化疗效果,提高恶性肿瘤患者的生活质量。

**【关键词】** 参麦注射液; 肿瘤/药物治疗; 抗肿瘤药/副作用

**DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.18.058 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)18-2274-02**

恶性肿瘤患者一旦确诊大多属中晚期,免疫力下降,体质较差,在接受化疗的同时骨髓造血系统受到抑制,从而影响化疗长期顺利地进行。在化疗期间配合使用参麦注射液,可提高患者体质,减轻化疗药物的不良反应。现报道如下。

**1 资料与方法**

**1.1 一般资料** 本院 2004 年 11 月至 2009 年 4 月共收治恶性肿瘤患者 180 例,其中胃癌 98 例,食管癌 44 例,结直肠癌 18 例,乳腺癌 17 例,肺癌 3 例。所有患者均经手术病理确诊,随机分为两组,基本情况无明显差异。

**1.2 治疗方法** 两组均为初治患者,180 例均接受全身静脉化疗药物滴注,术后辅助化疗。采用标准化疗方案<sup>[1]</sup>,参麦组加用参麦注射液 40 mL 和 5% 葡萄糖注射液或生理盐水 250 mL 静脉滴注,每天 1 次,7~10 d 为 1 个疗程。

**1.3 观察标准** 患者入院至化疗结束,参麦注射液结合化疗 4 个周期以上,采用世界卫生组织(WHO)批准的国际统一的急性、亚急性毒性分级评定标准和 Kamofsky 评分制评定体力状况。

**2 结果**

**2.1 对骨髓造血功能及心脏、肝功能和消化道反应的影响** 根据 WHO 化疗药物急性、亚急性毒性反应分级标准,参麦组白细胞、血小板降低程度明显低于对照组。心电图改变较少,丙氨酸氨基转移酶(ALT)、天门冬氨酸氨基转移酶(AST)改变也较少,恶心、呕吐及腹泻症状较轻,见表 1。

**2.2 两组体力状况的变化** 见表 2。结果显示参麦组显著优于对照组。

**表 1 两组治疗后白细胞、血小板变化情况(n)**

组别	n	急性、亚急性毒性反应分级			
		I	II	III	IV
参麦组	90	40	36	11	3
对照组	90	28	26	25	11

**表 2 两组体力状况变化情况**

组别	n	化疗前			化疗后			P
		<50	50~60	>70	<50	50~60	>70	
参麦组	90	21	32	37	0	36	54	<0.01
对照组	90	20	30	40	12	42	36	>0.05

**3 讨论**

化疗药物既能抑制癌细胞甚至杀死癌细胞,也会杀伤正常细胞,耗伤正气,导致不同程度的不良反应,致使部分患者难以顺利完成化疗疗程。恶性肿瘤治疗原则是在综合治疗的基础上提高机体的免疫功能,减少不良反应,改善临床症状,达到延长生存期,提高生活质量的目的<sup>[2]</sup>。参麦注射液主要采用红参、麦冬为主要原料,具有益气养阴,扶正固本的功效。人参可诱导肿瘤坏死因子、白细胞介素-2 生成,提高干扰素水平<sup>[3-4]</sup>;能使红细胞和血红蛋白升高,促白细胞生成,防治化疗药物引起的白细胞减少,并能使淋巴细胞数增加。麦冬具有润肺养

阴、益胃生津、清心除烦作用,主要成分麦冬皂苷具有增加心肌收缩力、抗心律失常及保护心肌细胞等作用。本实验结果显示,参麦组的各种化疗不良反应(如白细胞下降、恶心呕吐等)明显少于对照组,Kamofsky 评分明显提高。参麦注射液配合化疗,可减少化疗药物的不良反应,降低感染率,提高治疗效果,减轻患者痛苦,使患者能顺利完成术后辅助化疗,同时能提高肿瘤患者的免疫功能,值得临床推广应用。

参考文献

[1] 储大同. 当代肿瘤内科治疗方案评价[M]. 2 版. 北京:北

京大学医学出版社,2004.

[2] 孙燕. 内科肿瘤学[M]. 北京:人民卫生出版社,2001:90.  
 [3] 刘鲁明,林胜友,吴良村,等. 参麦注射液对恶性肿瘤化疗药物治疗增效减毒作用的临床观察[J]. 中国中药杂志, 1996,21(5):306-308.  
 [4] 古红莉. 参麦注射液减轻恶性肿瘤化疗毒副作用 60 例临床观察[J]. 新中医,2008,40(10):20-21.

(收稿日期:2011-03-17)

# 启东市 1 082 名社区居民血糖检测结果分析

汤卫菊,卢卫强(江苏省启东市第二人民医院检验科 226241)

**【摘要】 目的** 了解启东地区社区居民血糖现状。**方法** 对社区居民进行空腹血糖和餐后 2 h 血糖检测,并对结果进行分析。**结果** 启东地区社区居民糖尿病的发病率为 7.86%(85/1082),糖调节受损的发病率 14.70%(159/1082)。**结论** 应该对社区居民进行健康知识教育,采取生活方式干预,控制糖尿病的发生。

**【关键词】** 血糖; 葡糖耐量试验; 社区居民; 糖尿病; 健康教育

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2011.18.059 文献标志码:B 文章编号:1672-9455(2011)18-2275-02

随着人民生活水平的不断提高,人们的生活方式和饮食结构发生改变,糖尿病等代谢性疾病呈逐年上升趋势,其导致的心脑血管并发症成为危害人类健康和生命的重要因素<sup>[1-2]</sup>。本文对社区居民进行血糖检测,以了解启东地区糖尿病(DM)和糖调节受损(IGR)的发病率。

## 1 资料与方法

**1.1 一般资料** 所有居民均长期在本地区生活,随机选择各年龄段居民 1 082 名,其中男 579 名,女 503 名,18~30 岁 175 名,31~40 岁 180 名,41~50 岁 179 名,51~60 岁 183 名,61 岁以上 365 名,已经诊断为糖尿病的 51 例。糖尿病和糖调节受损的诊断标准参照 1997 年 ADA 糖尿病诊断标准(空腹血糖大于或等于 7.0 mmol/L,或随机血糖大于或等于 11.1 mmol/L,或口服糖耐量试验(OGTT)2 h 血糖大于或等于 11.1 mmol/L)<sup>[3]</sup>,空腹血糖受损(IFG,空腹血糖 6.1~7.0 mmol/L),

糖耐量受损(IGT,餐后 2 h 血糖 7.8~11.1 mmol/L)。

## 1.2 方法

**1.2.1 标本采集** 所有受试者隔夜空腹(至少 8~10 h 未进任何食物,饮水除外)后早餐前采血,测定空腹血糖。测定空腹血糖后口服 100 g 面粉馒头,2 h 后测定餐后血糖。

**1.2.2 检测仪器** 京都 GT-1640 型血糖仪。

**1.2.3 检测方法** 检测毛细血管血血糖。打开检测试纸的包装撕至标示位置,按正确的方向将试纸条插入仪器,听到一声哨声后自动开机,用乙醇消毒手指,待消毒部位干燥后,用采血笔在消毒后的手指面端采血,用血糖仪的试纸顶端与血滴接触,仪器自动吸血,听到仪器发出哨音后,即可把手指移开。仪器 30 s 倒计时显示测量结果,读取血糖值并作记录。

## 2 结果

空腹血糖和餐后 2 h 血糖检测结果见表 1。

表 1 空腹血糖和餐后 2 h 血糖检测结果(例)

年龄组(岁)	n	I-IFG	I-IGT	IGT/IFG	I-FPG >7.0 mmol/L	I-2 hPG >11.1 mmol/L	FPG>7.0 mmol/L 2 hPG>11.1 mmol/L	已确诊糖尿病
18~30	175	1	3	0	0	1	0	1
31~40	180	2	5	1	0	1	1	3
41~50	179	6	14	4	1	3	2	8
51~60	183	12	29	9	2	5	2	16
≥61	365	17	43	13	2	9	5	23
合计	1 082	38	94	27	5	19	10	51

注:I-IFG 为单纯空腹血糖受损;I-IGT 为单纯糖耐量受损;FPG 为空腹血糖;2 hPG 为餐后 2 h 血糖。

## 3 讨论

本研究发现,社区居民健康保健意识不强,对糖尿病和糖调节受损的知晓率低,平时不进行健康体检,不定期进行血糖检测。2 型糖尿病早期无特殊的不适症状,许多患者待有了症状后才发现糖尿病,甚至由于并发症的出现才发现糖尿病。本组检查发现,社区居民糖尿病的发病率达到 7.86%(85/1 082)。糖调节受损的发病率达到 14.70%(159/1 082)。糖调节受损是糖尿病的前期,是发生糖尿病的危险阶段,在未来数年内发生糖

尿病的风险明显高于血糖正常人群,应该积极干预控制。

许多社区糖尿病居民认为测血糖均要空腹,只注重空腹血糖的检测,不注重餐后血糖的检测。而大部分糖尿病患者多为先餐后血糖升高,然后空腹血糖升高,单纯检查空腹血糖判断糖尿病会使许多糖尿病被漏诊<sup>[4-5]</sup>。本组检查发现空腹血糖受损为总糖调节受损的 40.88%(65/159),空腹血糖大于 7.0 mmol/L 的占新发现糖尿病的 44.12%(15/34)。

由于生活方式不佳,饮食结构改变,糖尿病的发病呈年轻