

患者血清甘油三酯浓度升高是动脉粥样硬化的独立危险因素。甘油三酯脂蛋白、小而密的低密度脂蛋白增加,高密度脂蛋白组成异常,极低密度脂蛋白(very low density lipoprotein, VLDL)中胆固醇与甘油三酯比值增加,这些残余富含胆固醇可为巨噬细胞摄取,均有助于动脉粥样硬化的发生。因此,防治 IGT 必须防治动脉粥样硬化和与之有关联的高血脂状态。本研究显示干预组经 3 年干预后,通过合理饮食、增加体力活动、控制高血压等措施的实施,总胆固醇、甘油三酯等均显著降低,达到了减轻 IGT 和防治动脉粥样硬化的目的。

IGT 人群与正常人群相比,前者体重增加是常见的。Moclan 等指出在 $BMI \geq 23 \text{ kg/m}^2$ 的人群中 IGT 患病率增加,而 BMI 一旦超过 27 kg/m^2 , IGT 患病率则急剧增加。BMI 反映了肥胖程度, BMI 增加是独立的预测 IGT 发展为 DM 的危险因素。另外, IGT 患者腰围-臀围比值也较正常人增加。腰臀比反映体内脂肪分布的类型,总体脂增多可导致糖、脂代谢明显异常,然而不同部位脂肪增多对糖、脂代谢的影响在性质上有明显区别。腰臀比高的内脏型肥胖(又称腹内型或中心型肥胖)更易发生 DM,主要是由于腹内脂肪积聚和该部位脂肪溶解增加,游离脂肪酸释放增多,抑制了门静脉对胰岛素的摄取,使胰岛素代谢异常从而呈现出明显的胰岛素抵抗和高胰岛素血症^[8]。如乌兹别克的大样本调查证明腰围-臀围比值和年龄是强有力的预测高血糖的指标。与上述研究相一致的是,本研究中 IGT 患者的 BMI 和腰臀比干预后的下降与 IGT 向 DM 的转归下降相平行。

此外,在 IGT 中胰岛素分泌存在轻微缺陷,第一时相的胰岛素分泌峰消失,胰岛素受体下降,胰岛素不敏

感,胰岛素介导的葡萄糖处置障碍,大多有前胰岛素血症。本研究中患者情况与之相同,但干预前、后血清空腹和餐后胰岛素变化不大。

综上所述,本研究表明,长期的综合社区干预可有效减缓 IGT 向 DM 的转变,降低各种 DM 高危因素指标。我们开展 DM 社区防治模式,将 DM 和 IGT 患者均作为干预对象,将过去单纯治疗 DM 的模式改变为防治一体化模式,有望减少 DM 的发病率和慢性并发症的发生率,延长 DM 患者的生命,提高生活质量。

参 考 文 献

- 1 潘长玉. 葡萄糖耐量减低干预治疗的必要性和可行性. 医学进展, 1997, 2:5-8.
- 2 Melander A. Intervention trials in impaired glucose tolerance. IDF Bulletin, 1996, 41:22-24.
- 3 Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care, 1997, 20:1183-1197.
- 4 Hanefeld M, Temelkova-Kurktschiev T. The postprandial state and the risk of atherosclerosis. Diabet Med, 1997, 14:6-11.
- 5 Weinberger M, Kirkman MS, Samsa GP, et al. A nurse-coordinated intervention for primary care patients with non-insulin-dependent diabetes mellitus: impact on glycemic control and health related quality of life. J Gen Intern Med, 1995, 10:59-66.
- 6 Barnard RJ, Jung T, Inkeles SB. Diet and exercise in the treatment of NIDDM. The need for early emphasis. Diabetes Care, 1994, 17:1469-1472.
- 7 叶文春. 2 型糖尿病患者的非糖尿病一级亲属的脂代谢紊乱. 国外医学内分泌学分册, 1999, 19:210-212.
- 8 陈吉棣. 体力活动、膳食营养与慢性病. 中国运动医学杂志, 1999, 18:46.

(修回日期:2004-09-17)

(本文编辑:郭正成)

冷光紫外线辅助治疗小儿急性化脓性扁桃体炎

杨林萍 杨林巧 崔永民

我们自 2000 年起,采用冷光紫外线辅助治疗小儿急性化脓性扁桃体炎,取得了满意效果,现报道如下。

资料与方法

一、临床资料

选择 2000 年 9 月至 2004 年 2 月于我院儿科住院或门诊就诊的急性化脓性扁桃体炎患儿 97 例,均表现为双侧扁桃体 II ~ III 度肿大,表面覆以黄白色点状或片状脓性分泌物,充血明显;咽痛,颈、颌下淋巴结肿大,合并全身症状,伴发热。患儿按入院或就诊顺序分为治疗组与对照组。治疗组 56 例,其中男 26 例,

女 30 例;年龄 3 ~ 14 岁,平均 7.8 岁;病程 1 ~ 4 d,平均 2.3 d。对照组 41 例,其中男 21 例,女 20 例;年龄 3 ~ 13 岁,平均 8.1 岁;病程 1 ~ 4 d,平均 2.6 d。2 组性别、年龄、病程等比较,差异均无统计学意义($P > 0.05$),具有可比性。

二、治疗方法

2 组患儿均给予抗感染、降温等常规对症支持治疗。治疗组在此基础上采用紫外线光疗。应用北京产 ZYY-8 型冷光紫外线体内照射光疗仪,频率 50 Hz,波长 253.7 nm,以 1 s 为 1 个生物剂量。将冷光紫外线石英直光导管伸入患儿口腔内,同时嘱其发出短促的“啊”声,充分暴露咽喉部,使直光导管尽可能接近患处,以不引起恶心等咽反射为佳。根据局部炎性分泌物的量选择生物剂量。常规照射一般每次 30 ~ 40 个生物剂量,

作者单位:046000 山西,长治市人民医院儿科(杨林萍),内科(崔永民);长治医学院附属和济医院麻醉科(杨林巧)

每日 1~2 次;如局部脓性分泌物较多,则首次采用 60~80 个生物剂量,照射 1~2 次后恢复为常规剂量,每日 1 次,直至痊愈。

三、评定标准

显效:治疗 2 d 后扁桃体肿胀、充血消退,脓性分泌物完全吸收,全身症状消失。有效:治疗 2 d 后扁桃体充血减轻,脓性分泌物大部分吸收;治疗 3 d 后扁桃体肿胀、充血消退,脓性分泌物完全吸收,全身症状消失。无效:治疗 4 d 或 4 d 以上,扁桃体脓性分泌物方能吸收,全身症状消失。

四、统计学分析

应用 SPSS 10.0 软件统计,采用 t 检验与 χ^2 检验。

结 果

一、治疗组与对照组患儿疗效与疗程分析

治疗组患儿光疗次数平均 2.7 次,有效率达 94.6%,明显高于对照组 ($P < 0.01$);治疗组退热时间及疗程也明显短于对照组 ($P < 0.01$,表 1)。

表 1 治疗组与对照组患儿疗效与疗程比较

分 组	疗效(例,%)				退热时间(d)	疗程(d)
	显效	有效	无效	有效率		
治疗组	12	41	3	94.6*	1.3±0.6*	2.82±0.54*
对照组	2	16	23	43.9	2.9±0.7	4.09±1.22

注:与对照组比较,* $P < 0.01$

二、紫外线照射副反应

治疗组无 1 例患儿出现咽痛、声嘶等灼伤副反应。照射过程中,部分患儿出现恶心症状,是因咽反射所致,此时宜采用间歇照射,即照射数秒后休息片刻,累计完成每次治疗。

讨 论

临床研究已肯定了短波紫外线照射对控制局部感染和促进伤口愈合的作用^[1-4]。小儿化脓性扁桃体炎以急性起病、局部炎性渗出明显为特点,局部与全身症状多较重,且易并发中耳炎、猩红热等局部或全身症状。我们的研究结果显示,采用冷光

紫外线辅助治疗小儿化脓性扁桃体炎,其退热时间和疗程较对照组明显缩短,总有效率达 94.6%。提示在患儿炎症早期采用紫外线进行照射可迅速控制感染,且起效快,证实紫外线局部照射具有消炎、杀菌、控制感染和促进脓性分泌物吸收的显著功效。大剂量的紫外线照射可使细菌变性、坏死^[2],在局部起到消炎、杀菌的作用,同时可改善组织微循环、促进组织再生、减少炎性渗出,与抗生素协同作用可促进脓性分泌物的吸收,抑制抗生素耐药菌的产生。

我们发现,紫外线的消炎、杀菌作用的发挥和副反应的发生与其生物剂量的大小和照射距离密切相关。用于体腔照射的冷光紫外线在靠近炎性病变组织时才能最大限度地发挥其作用,因此在治疗过程中应尽可能缩短照射距离,但同时应注意尽量减少咽反射造成的不适感,以获得最佳疗效。为避免因咽反射而引起的恶心等不适症状,我们照射时多采用 30~40 个生物剂量,以免因单次照射时间过长或总疗程延长而导致患儿拒绝配合,使治疗失败,同时还可避免局部灼伤。治疗时,为防止患儿咬碎光导管而造成不良后果,可将导管两旁上、下齿间用消毒软木或硬橡胶固定。只要严格掌握操作要点,紫外线疗法将不失为一种安全、简便、无明显副作用且患儿易于接受的辅助治疗手段。

参 考 文 献

- 1 秦洪云,王书友,束国防. 短波紫外线与氩-氟激光照射对感染性伤口愈合影响的研究. 中华理疗杂志,2000,23:29-32.
- 2 朱贞国,秦洪云,赵冀平,等. 实用物理治疗学. 南京:南京出版社,1997. 103-105.
- 3 吴勇. 冷光紫外线照射治疗口腔溃疡. 中国针灸,2002,22:685-686.
- 4 邓炳海,王桂梅,迟振海. 冷光紫外线照射并耳尖放血治疗口腔溃疡 56 例. 中华物理医学与康复杂志,2003,25:45-46.

(修回日期:2004-08-29)

(本文编辑:吴倩)

顽固性肱骨外上髁炎的显微外科及康复治疗

陆晓文 张少成 马玉海 桑井贵 羊国民

肱骨外上髁炎是骨科的常见病和多发病,其发生率高、病程长、易复发,为临床顽症之一。顽固性肱骨外上髁炎是指反复发作、多次治疗无效的肱骨外上髁炎,目前对其尚无较好的非手术治疗方法,而常规手术治疗是以前臂伸肌总腱起点的剥离、松解术为主,手术创伤大,并发症也较多。我们于 2001 年 10 月至 2003 年 1 月,对 37 例顽固性肱骨外上髁炎患者进行显微松解、切断微神经支,术后早期活动,取得了明显临床效果。现报道如下。

资料与方法

一、临床资料

顽固性肱骨外上髁炎患者 37 例(其中双侧 1 例),其中男 21 例,女 16 例;年龄 26~58 岁,平均 43 岁;病程 11 个月~5 年。临床特点:全部患者有反复发作史 3 次以上,受凉或劳累后易发作,肘关节疼痛,并向前臂及手部放射,握物无力,拧毛巾、扫地困难,肱骨外上髁处轻度肿胀,并有明显压痛点,前臂伸肌牵拉试验(Mills 征)阳性,肘关节正、侧位 X 线片无明显异常,经物理疗法、服药、局部封闭等多次治疗无效。

二、治疗方法

1. 手术方法:以肘关节外侧压痛最明显部位为中心,在局

基金项目:镇江市 2004 年科技发展项目(No. FZ 2004105)

作者单位:212001 镇江,江苏大学附属第四医院骨科(陆晓文、羊国民);上海第二军医大学长海医院骨科(张少成、马玉海、桑井贵)