DOI:10.16016/j.1000-5404.2002.06.029

物均可用于心肌桥的治疗,β受体阻滞剂、钙通道阻滞剂对改善心肌桥患者的症状有较为肯定的作用。另外,阿司匹林、肝素和美托洛尔也可应用于心肌桥的治疗以预防血栓形成和减少心肌损伤。外科手术主要有冠状动脉心肌桥松解术(肌桥切断术)和冠状动脉旁路移植术两种。近年来,随着心血管介入诊疗技术的不断提高,经皮穿刺腔内冠状动脉成形术(PTCA)和冠状动脉支架置入术应用于心肌桥治疗的报道逐渐增多,术后患者症状得以改善,冠脉血流储备得到明显提高[8,10],本研究两例行介入治疗的心肌桥患者术后获得了较为满意的疗效。

总之,心肌桥作为心肌缺血的原因之一,可能导致严重的心血管事件或心率失常,因此,对有症状的心肌桥患者应当积极治疗,对药物治疗无效者应考虑外科手术或介入治疗。

参考文献:

[1] 霍 勇,高 炜,张励庭,等.冠状动脉心肌桥及其临床意义[J].中国介入心脏病学杂志,1998,6(3):97-99.
[2] Noble J, Bourassa M G, Petitclerck R, *et al*. Myocardial bridging and milking effect of the left anterior descending coronary artery: Normal variant or obstruction[J]. Am J Cardiol, 1976, 37(7): 993-999.
[3] 戢新平,黄建群.冠状动脉肌桥的研究进展[J].急诊医学,2000,9(3):206-207.
[4] 赵 俊,孙善全.心肌桥和壁冠状动脉的形态及相关性研究[J].解剖学杂志,1998,21(5):443-446.
[5] Harikrishnan S, Sunder K R, Tharakan J, *et al*. Clinical and angiographic profile and follow-up of myocardial bridges: a study of 21 cases[J]. Indian Heart J, 1999, 51(5): 503-507.
[6] Cutler D, Wallace J M. Myocardial bridging in a young patient with sudden death[J]. Clin Cardiol, 1997, 20(6): 581-583.
[7] Mauser M. Combination of aneurysm and myocardial bridging at the same site of a coronary artery in a patient with obstructive hypertrophic cardiomyopathy[J]. Catheter Cardiovasc Interv, 2000, 49(3): 325-327.
[8] Klues H G, Schwarz E R, Vom Dahl J, *et al*. Disturbed intracoronary hemodynamics in myocardial bridging: early normalization by intracoronary stent placement[J]. Circulation, 1997, 96(9): 2 905-2 913.
[9] Schwarz E R, Klues H G, Vom Dahl J, *et al*. Functional characteristics of myocardial bridging. A combined angiographic and intracoronary Doppler flow study[J]. Eur Heart J, 1997, 18(3): 434-442.
[10] Prendergast B D, Kerr F, Starkey I R. Normalisation of abnormal coronary fractional flow reserve associated with myocardial bridging using an intracoronary stent[J]. Heart, 2000, 83(6): 705-707.

(编辑 陈聪连)

个案与短篇

文章编号:1000-5404(2002)06-0698-01

饮食控制对早期糖尿病肾病影响的观察

Observation of the influence of controlling diet for diabetes nephropathy

王 建[1],徐 静[2],李明秀[1],姜学英[1] (第三军医大学附属新桥医院:[1]营养科,[2]内分泌科;重庆 400037)

早期肾病是糖尿病最常见的合并症之一,其中饮食治疗是糖尿病肾病治疗的基础,它对肾功能的纠正和血糖的控制非常重要。为探讨饮食治疗对早期糖尿病肾病的影响,我们对我院1998-1999年收治的糖尿病肾病病人进行观察,观察指标有空腹血糖、餐后2 h血糖和尿微量清蛋白。

观察对象:1998-1999年我院共收入48例糖尿病肾病患者住院,均符合WHO诊断标准,其中经营养科饮食治疗的设为控制组有33例,男13例,女20例,年龄(57±5)岁,病程(4.2±1.5)年;没有经营养科饮食治疗的设为对照组有15例,男4例,女11例,年龄(55±4.8)岁,病程(3.8±1.3)年。

观察方法:①治疗组饮食控制标准及实施:首先,制订适宜的总热量和低蛋白饮食原则。主食为麦淀粉和粳米各半,蛋白质主要来源于动物蛋白,脂肪主要来源植物油,低盐饮食[1]。其次,要求治疗组出院后按照配制的食谱进行坚持饮食控制;而对照组患者饮食无特殊要求。②观察指标:入院时,7 d后,1个月末和2个月末或随访时,分别查空腹血糖、餐后2 h血糖和尿清蛋白,比较两组这4次指标的改变。③检测方法:葡萄糖氧化酶法测定腹血糖(仪器:我院检验科日立717型检测仪)。放免法测定微量尿清蛋白(北京北方生物技术研究所试剂盒),然后计算每分钟尿清蛋白排泄率。

统计学方法:用Microcsoft excel作χ^2检验和t检验。

两组随访1年内第二次入院情况比较:在观察中,控制组中第二次入院只有2人占6%。没有死亡患者;对照组中第二次入院有5人占33%,其中1人死于糖尿病肾病。经χ^2检验(经校正χ^2值)两组间二次入院率有显著性差异($P<0.05$)。

两组饮食治疗前后实验室检测指标比较,见表1。

表1 两组饮食治疗前后尿微量清蛋白排泄率和空腹血糖的比较($\bar{x}\pm s$)

检测项目及单位	组别	入院时	7 d后	1月末	2月末
尿微量清蛋白	控制组	142.5±15.8	77.7±8.6 *	76.5±7.8 *	76.8±7.4 *
排泄率(μg/min)	对照组	139.3±15.2	116.8±11.8	102.6±10.7	108.8±11.9
空腹血糖	控制组	11.2±1.8	6.7±1.6	6.5±1.8 **	6.8±1.4 **
(mmol/L)	对照组	11.3±2.0	6.8±1.8	8.6±1.7	8.8±1.9
餐后2 h血糖	控制组	19.4±5.5	12.6±2.4 *	10.8±2.2 **	10.7±2.1 **
(mmol/L)	对照组	19.3±5.1	15.5±3.7	12.4±3.1	13.5±3.6

*:$P<0.01$, **:$P<0.05$与对照组比较

两组入院治疗后尿微量清蛋白显著低于入院时,饮食控制组更为显著($P<0.01$)。第2次,第3次、第4次复查时两组的微量清蛋白排泄率波动不明显,但两组间差异有显著性,对照

(下转701页)

作者简介:王 建(1970-),男,湖南省邵阳市人,医师,主要从事临床营养工作。电话:(023)68755675
收稿日期:2001-05-20;修回日期:2001-09-31
?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved. http://www.cnki.net

的小结节则 CT 随访, 按 2、6、12 和 24 个月阶段观察病灶的形态、大小、生长速度等, 2 年内病灶无增大或缩小, 则属阴性, 可中止随访[3]。

3.3　并发症问题

3.3.1　主要为气胸, 发生率与肿块大小, 离胸壁的距离, 穿刺针的粗细和肺功能、操作者的熟练程度等有关, 其中肺气肿, 肿块大小, 肺组织与外界相通是主要影响因素。迟发性气胸是发生于穿刺后 24 h 后发生的气胸, 原因不明, 可能与病人剧烈活动或咳嗽有关。穿刺点向下的限制性体位可能有助于防止气胸的发生[4]。本组气胸发生率为 34.78%, 比文献[5] 报道 15%~30%小结节的气胸发生率高, 可能与使用穿刺针的类型、病变特点、位置、操作等有关。与患者的肺功能也有关, 有报道 1s 用力呼气容积(FEV1)、1s 用力呼气容积与肺活量比值(FEV1/FVC%)等指标对预测气胸的发生率可能有参考价值[6]。本组肺压缩达 30%的 1 例, 即为肺气肿和肺纤维化患者。

3.3.2　出血, 一般为少量, 无需特殊处理, 有 1 例穿刺后即出现咯血, 为一过性, 未经特殊处理。严格掌握适应证, 选择合适的穿刺针, 加上熟练的操作技术均可防止或减少并发症的发生。本组无 1 例经胸腔插管闭式引流处理, 也未见大量肺出血等其他并发症, 说明小结节 CT 引导穿刺气胸的发生率与较大结节相比无显著差异, 因此可以推广应用。

3.4　禁忌证的问题

无绝对禁忌证, 相对禁忌证为严重肺气肿、肺大泡和心肺功能不全者, 有出血性疾病或疑动静脉瘘者; 另外, 肿块贴近心脏、膈肌, 无法控制咳嗽的病人也不适宜穿刺。

参考文献:

[1] 李成州, 张电波, 刘士远, 等. 直径< 3 cm 肺部结节的 CT 引导经皮肺活检[J]. 临床放射学杂志, 1999, 18(7): 427-430.

[2] 韩雪梅, 丘　晨. 经皮肺穿刺活检的应用现况[J]. 广东医学, 1999, 20(5): 396-397.

[3] Westcott J L, Rao N, Colley D P. Transthoracic needle biopsy of small pulmonary nodules[J]. Radiology, 1997, 202(1): 972-976.

[4] Li H, Bioselle P M, Shepard J O, *et al*. Diagnaotic accuracy and safety of CT-guided percutaneous needle aspiration biopsy of the lung: comparison of small and large pulmonary nodules[J]. AJR, 1996, 167(1): 105-109.

[5] Laurent F, Latrabe V, Vergier B, *et al*. CT-guided transthoracic needle biopsy of pulmonary nodules smaller than 20 mm: results with an automated 20-gauge coaxial cutting needle[J]. Clin Radiol, 2000, 55(4): 281-286.

[6] Kazerrooni E A, Lim F T, Milhail A, *et al*. Risk of pneumothorax in CT-guided transthoracic needle aspiration biopsy of the lung[J]. Radiology, 1996, 185(3): 371-378.

(编辑　郭建秀)

(上接 698 页)

组高于控制组($P<0.01$)。两组入院治疗后空腹血糖和血糖都低于其入院时, 治疗 7 d 后复查空腹血糖两组间差异无显著性($P>0.05$)。住院或出院带药 1 个月末, 2 个月末随访时复查空腹血糖和餐后 2 h 血糖, 对照组高于治疗组($P<0.05$)。

讨论

血糖、血压与尿清蛋白: 蛋白尿是肾脏受损的表现之一, 当肾小球疾病时, 毛细血管通透性增加, 滤过的血浆蛋白量增多, 其中主要是清蛋白。目前临床上对早期糖尿病肾病的诊断主要是根据尿清蛋白排泄率增多来进行的[2]。高血糖可促进肾脏对钠的重吸收, 使细胞外液容量增加, 心房利钠因子(ANF)释放增多, ANF 使肾小球血管扩张, 球后血管收缩, 导致肾脏高灌注与高滤过形成; 糖基化终末产物可致肾小球基膜和系膜基质增多, 损伤肾脏的结构与功能[3]。所以尿清蛋白与血糖控制优劣极为相关, 严格控制血糖是预防和减少糖尿病早期肾病的关键, 而饮食治疗是控制血糖重要措施之一。本研究结果说明, 控制组出院后仍坚持饮食控制, 其空腹血糖和尿清蛋白排泄率水平的维持明显比未饮食控制组好转。大多认为高血压本身(除非血压很高, 持续时间很长)一般不会对肾脏产生明显的障碍[4], 所以我们没有对血压进行观察研究。但是, 一旦糖尿病肾病进入临床期, 则血压对尿清蛋白排泄率的影响大于血糖的影响, 其饮食控制在这阶段的作用尚待进一步研究。

限制蛋白质的摄入: 本研究控制组以麦淀粉取代大米作主食, 目的是在有限的蛋白质摄入范围内尽量减少植物蛋白, 而增加优质蛋白的摄入量。蛋白质摄入过多, 尤其是植物蛋白分子颗粒较大, 可加重肾的滤过损伤, 加速肾小球毛细血管的硬化。虽然低蛋白饮食有利于保护肾脏, 但作为早期糖尿病肾病的饮食治疗为时尚早。低蛋白饮食并不意味着蛋白质摄入越少越好, 过分限制蛋白质容易发生营养不良, 机体免疫力低下。因此选用何种来源蛋白质在糖尿病肾病饮食治疗中非常重要。植物蛋白, 非必需氨基酸的含最高, 生物利用率小, 可加重肾脏负担。而动物蛋白质必需氨基酸的含量高, 利用率最高, 营养价值最好[5]。结果提示: 优质蛋白质为主的饮食对尿清蛋白的降低更为显著, 对糖尿病血糖无不良影响, 并且所有控制组病人出院后都能习惯我们为其制订的食谱。

关键词: 糖尿病肾病　饮食控制
中图法分类号: R587.1　　文献标识码: B

参考文献:

[1] 李明秀. 实用临床营养治疗学[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社, 2000. 69-71.

[2] 张　训. 糖尿病肾病的发病机理[J]. 实用内科杂志, 1993, 13(6): 259-260.

[3] 王青玲, 魏玉臻, 王素霞. 不同饮食对非胰岛素依赖型糖尿病患者早期肾病影响的观察[J]. 中华护理杂志, 2000, 3(35): 147-148.

[4] Burton C, Harris K P. The role of proteinuria in the progression of chronic renalfailure[J]. Am, J Kindey Dis, 1996, 27(2): 765.

[5] 杜　平. 糖尿病性肾病饮食疗法的要素[J]. 国外医学: 社会医学分册, 1999, 6(16): 95.

(编辑　张大春)

?1994-2016 China Academic Journal Electronic Publishing House. All rights reserved.　http://www.cnki.net