

糖转阴; 2 例患者在激素减量至停用配合中医中药(温补肾阳汤、滋阴降火汤)治疗。

3 讨论

类固醇性糖尿病为既往无糖尿病史,而在使用类固醇激素过程中发生该病,也可称为由于类固醇激素之毒副作用伴发(或继发)性糖尿病。它与原发性糖尿病之发病机理有本质不同。原发性糖尿病代谢紊乱综合征的主要原因为胰岛病变导致胰岛素分泌绝对或相对不足所出现多饮、多食症状,酮症倾向以及酮症酸中毒;而类固醇性糖尿病为大量激素抑制葡萄糖的利用而促进肝糖异生,进入肝脏的氨基酸、甘油、脂肪酸及乳酸增多,肝内促进糖异生的酶活性增加,使血糖升高;此外,激素拮抗胰岛素的作用,减少葡萄糖的利用,因而病人对葡萄糖耐量减低,故临床症状多数较原发糖尿病轻。

据临床观察和文献报道,类固醇性糖尿病有如下特点:①与应用激素的剂量大小和时间长短有关,剂量大、时间长者易发生糖尿病,每日剂量>30mg者较<30mg者发生糖尿病为多<sup>[1]</sup>,激素应用时间超过6个月的发生糖尿病机会大大增加;②与年龄及性别有关,国内住院患者中原发性糖尿病中男性多于女性,而类固醇性糖尿病中女性发病较男性为多。③有报道<sup>[2]</sup>,肝病者小剂量激素即可诱发类固醇性糖尿病,可能因为肾上腺皮质激素大多在肝脏代谢,而肝功能受损后,其解毒灭活等功能减弱,故小剂量激素长期应用易诱发类固醇性糖尿病。笔者体会,该病以治疗原发病为主,辅以治疗糖尿病,大多数患者经严格的饮食控制及激素减量、停用后,糖尿病症状可消失,血糖恢复正常;对于类固醇性糖尿病的重症者,在病情允许的情况下,可边减少激素用量,边口服降糖药,同时中医中药治疗均可取得满意疗效。故大剂量、长期应用类固醇激素时,一定要严格掌握激素应用的适应症,同时由于该病症状不典型,要定期检测血糖、尿糖,以便及早发现,早期治疗,一般预后良好。

参考文献

1 李铁民. 肾病综合征并类固醇糖尿病 3 例. 临床荟萃, 1995,10(24):1132  
2 施曼珠,张素芬. 类固醇糖尿病 28 例临床分析. 中华内科杂志. 1989,28(3):139

收稿日期:2002-02-25

肝豆状核变性并发糖尿病 2 例

李 凯 杨任民 RSB B

安徽中医学院神经病学研究所 合肥 230061

肝豆状核变性(hepatolenticular degeneration, HLD)是一种铜代谢障碍引起的铜沉积于全身各器官和组织的常染色体隐性遗传病,由 Wilson(1912)首先对 2 例本病患者作了详细的尸检研究,故又称 Wilson 病。本病多于青少年发病,主要临床表现有肝硬化、锥体外系症状、角膜色素环(K-F 环)阳性及肾脏损害。亦有少数患者表现为精神障碍、癫痫,骨关节疼痛、畸形,溶血性贫血及内分泌异常,如月经失调,闭经等。本文 2 例均符合 HLD 及糖尿病的诊断标准<sup>[1,2]</sup>,且皆经胰腺 B 超检查排除胰腺肿大及占位性病变。HLD 患者出现糖尿病国内尚未见报告,故报道如下。

1 病例资料

例 1 男,42 岁。因渐进性腹胀大 1 年半,讲话不清,四肢僵硬 10 个月,于 2000 年 1 月 19 日入院。1998 年 7 月始出现腹部不适且逐渐胀大,同年 12 月份在当地医院经 B 超检查提示“肝硬化、腹水”,按“肝炎后肝硬化”给予“保肝、利尿”等治疗,腹水渐消退。1999 年 3 月始出现行走不稳,讲话不清、流涎,渐发展至四肢僵硬,不能行走。在北京某医院查双眼角膜 K-F 环“阳性”,血清铜氧化酶活力“低于正常”,“空腹血糖 12.5mmol/L”。诊断肝豆状核变性,糖尿病。给予“青霉素、胰岛素”等治疗,无明显疗效转入我院。入院体检,神志清楚,言语不清、表情呆板,四肢肌力 I 度,双上肢屈曲挛缩,四肢明显铅管样及折刀样混合性肌张力增高。腱反射减弱,双侧 Babinski 征(+). 腹部稍膨隆,肝脾肋下未满意触及,移动性浊音(+). 裂隙灯检查角膜后 K-F 环(+). 实验室检查:红细胞计数  $4.35 \times 10^{12}/L$ ,血红蛋白 141.5g/L,白细胞计数  $4.8 \times 10^9/L$ ,血小板计数  $70 \times 10^9/L$ . 肝功能:总胆红素 37.6 $\mu$ mol/L,结合胆红素 21.7 $\mu$ mol/L,谷丙转氨酶<40 卡门氏单位,总蛋白 62.9g/L,白蛋白 29.3g/L,球蛋白 33.6g/L. 尿糖(III). 葡萄糖耐量试验(OGTT)、C 肽、胰岛素释放试验,见表 1. 血铜 2.7 $\mu$ mol/L,铜氧化酶 0.105 活力单位,血铜蓝蛋白 56mg/L,24h 尿铜 2.53  $\mu$ mol. B 超:肝脏实质回声增粗、增强、分布不均,呈结节型,门静脉内径 16mm,脾静脉内径 12mm,脾脏

大小正常,胰腺未见异常。颅脑 CT 示:双侧尾状核头部萎缩,双侧脑室扩大。入院诊断:①肝豆状核变性;②继发性糖尿病。经二巯丙磺酸钠、中药肝豆片 1 号驱铜,胰岛素降血糖,保肝,利尿,美多巴对症等治疗 2 个月,病情明显好转,乃停用降糖药。1 年后随访,复查血糖均正常,尿糖(-)。

表 1 例 1 的 OGTT、C 肽、胰岛素释放试验

	餐前	餐后/min			
		30	60	120	180
血糖/(mmol/L)	9.5	15.3	20.7	21.5	12.7
C 肽/(mmol/L)	1.1	1.3	1.8	1.4	1.0
胰岛素/(U/L)	21.5	25.5	36.5	34.0	19.5

例 2 女,29 岁。因渐进性脾气暴躁,流涎,双膝疼痛 1 年,于 2000 年 3 月 19 日入院。1999 年初始双腿上楼费力及下蹲时双膝疼痛。同年 10 月在当地医院查双眼角膜 K-F 环“阳性”,诊断为“肝豆状核变性”而转我院。9 岁时曾患“黄疸性肝炎”经治“痊愈”。入院时体检,神志清楚,言语清晰,皮肤黑。双上肢细小姿位性震颤、四肢肌力正常、肌张力稍减低。双上肢腱反射正常,双膝反射减弱,病理反射未引出。肝脾肋下未触及,腹水征(-)。实验室检查:血常规、肝、肾功能正常。尿糖(++),空腹血糖 12.4 mmol/L,血铜 7.2 $\mu$ mol/L,铜蓝蛋白 26mg/L,铜氧化酶 0.112 活力单位,血胰岛细胞抗体(+),胰岛素抗体(-),谷氨酸脱羧酶抗体(-)。葡萄糖耐量试验、C 肽、胰岛素释放试验,见表 2。裂隙灯检查角膜 K-F 环(++),B 超示:肝脏大小正常,肝实质回声增粗、增强、分布不均,呈结节型。脾脏、胰腺未见异常。入院诊断:①肝豆状核变性;②继发性糖尿病。给予二巯丙磺酸钠、葡萄糖酸锌、中药肝豆片 1 号<sup>[3]</sup>等驱铜,胰岛素等降血糖治疗 2 个月余,病情明显好转出院。2001 年 3 月份复诊,已停用降糖药 3 个月,复查血糖正常,尿糖(-)。

表 2 例 2 的 OGTT、C 肽、胰岛素释放试验

	餐前	时间/min			
		30	60	120	180
血糖/(mmol/L)	8.5	13.7	18.3	17.8	11.3
C 肽/(mmol/L)	1.0	1.2	1.5	1.4	1.1
胰岛素/(U/L)	20.5	24.4	35.5	36.0	21.5

2 讨论

糖尿病是以高血糖以及继发的脂肪、蛋白质和水电解质等全身代谢紊乱为特征的综合征,与机体

内胰岛素绝对或相对不足以及靶细胞对胰岛素敏感性降低或胰岛素本身结构上的缺陷,胰岛素受体或受体后缺陷有关。此二例临床表现既符合典型肝豆状核变性诊断,其 OGTT、C 肽及胰岛素释放试验又符合 1 型糖尿病特点。按照美国糖尿病学会(ADA)关于糖尿病新的类型和诊断标准<sup>[4]</sup>,本文二例糖尿病应归入“其它特殊类型糖尿病”范围。

早在 Wilson 报道之前,Anton(1908)、Fleischer(1910)便发现本病患者有尿糖阳性。此后,Brann(1954)报道约 1/3 的 HLD 患者有尿糖阳性及葡萄糖耐量减低。Johansen(1972)和 Luca(1966)先后证明,凡 HLD 合并葡萄糖耐量减低的患者,其血丙酮酸、乳酸及醛缩酶水平也都相应降低。Ialshe(1961)对 16 例 HLD 并葡萄糖耐量异常的患者进行青霉胺治疗,其中 10 例葡萄糖耐量基本恢复正常<sup>[5]</sup>。本文 2 例经中西医结合驱铜疗法后,血糖恢复正常,尿糖(-)。因此,HLD 并发糖尿病的发病机制,可能为铜沉积胰腺组织造成 $\beta$ 细胞受损,使胰岛素分泌减少有关。如能早期驱铜治疗,糖代谢异常可以恢复。

参考文献

- 1 杨任民. 肝豆状核变性. 合肥:安徽合肥科技出版社, 1995. 167
- 2 陈灏珠. 实用内科学. 第 10 版. 北京:人民卫生出版社, 1998. 12,828
- 3 胡文彬,杨任民. 肝豆片 1 号治疗肝豆状核变性临床疗效观察. 中国中西医结合杂志,1998,18(1):12~14
- 4 The expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes. Diabetes Care,1997;20(7):1183
- 5 Charles A, Owen, Jreds. Wilson's Disease, Noyes Publications New Jersey. 1981:110~111

收稿日期:2002-01-04

得力生合并化疗治疗晚期  
食道癌 23 例临床体会

薛凤林 潘述平 刘 岑 A73 B

山东省邹城市中医院 邹城 273500

我院自 1996 年 10 月~2000 年 8 月采用得力生注射液(北京凯环制药厂生产)配合 PF 方案治疗晚期食道癌 23 例,取得了满意的疗效,现报道如下。