

# Ⅱ型糖尿病合并高血压 54 例临床分析

武汉市第二人民医院内分泌科(430014) 毕少芳 周玲

**摘要** 本文对 54 例非胰岛素依赖型糖尿病(NIDDM)合并高血压患者及 30 例高血压病患者的空腹胰岛素、胆固醇、甘油三酯及高密度脂蛋白胆固醇水平进行对照分析,结果表明两组胰岛素及血脂水平均高于正常对照组( $P < 0.01$ ),两组间无显著差异( $P > 0.05$ ),显示(1)NIDDM 合并高血压组血浆胰岛素水平与血压、血脂水平呈正相关;(2)高血压组有高胰岛素与高血糖并存的胰岛素抵抗现象和脂代谢障碍。本文还将两组的血管合并症进行了比较,发现糖尿病合并高血压组并发症的发生率高,其中尤以冠心病和脑血管病发生率高。提示我们应将上述疾病作为一个整体而寻找新的有效的治疗方法。

**关键词:** I 型糖尿病 高血压 高胰岛素血症

NIDDM、血脂异常症、高血压病(HT)、冠心病常合并存在相互影响加重病情,本文对 148 例 45~70 岁中老年糖尿病患者其中合并高血压 54 例(占 36%)与 42~72 岁高血压患者 30 例的空腹血浆胰岛素水平、血脂水平及并发症进行回顾性对照分析以探讨相互关系及防治规律。

### 临床资料与分析

一、对象:NIDDM 合并 HT 54 例(男 21,女 33)平均年龄 55 岁,平均高血压病程 6.8 年,HT 组 30 例(男 18,女 12)平均年龄 57 岁,平均高血压病程 8.2 年,正常对照组 30 例,年龄相当无糖尿病、高血压及肥胖者。

二、诊断标准:NIDDM 根据 WHO1980 年关于糖尿病分类及其诊断标准,HT 根据 WHO1978 年高血压专家委员会制定的标准,冠心病按 1980 年第一届全国内科学会议建议的 WHO 标准诊断。

三、方法:胰岛素应用放射免疫法测定。

四、结果与分析:

(一). NIDDM+HT 与 HT 空腹胰岛素、血脂水平的比较(见表一)

表一可见 NIDDM 合并 HT 组和 HT 组空腹胰岛素及胆固醇、甘油三酯水平均高于正常对照组,高密度脂蛋白胆固醇均低于正常对照组( $P < 0.01$ ),且两组间无显著差异性( $P > 0.05$ )。

表一, NIDDM+HT, HT 与正常人胰岛素血脂比较

	Insulin ( $\mu\text{mol/L}$ )	Tcb ( $\text{mmol/L}$ )	TG ( $\text{mmol/L}$ )	HDL ( $\text{mmol/L}$ )
NIDDM+HT 组:(n=54)	16.4 $\pm$ 10.8	6.3 $\pm$ 0.4	1.9 $\pm$ 0.5	0.8 $\pm$ 0.6
HT 组: (n=30)	17.3 $\pm$ 9.7	5.9 $\pm$ 0.6	1.8 $\pm$ 0.8	0.9 $\pm$ 0.5
正常对照组: (n=30)	9.2 $\pm$ 4.6	4.3 $\pm$ 1.1	0.9 $\pm$ 0.7	1.1 $\pm$ 0.4

注:与正常对照组比较  $P < 0.01$

与高血压组比较  $P > 0.05$

结果显示:1. HT 组与 NIDDM 合并 HT 组均有胰岛素抵抗现象和脂质代谢障碍。2. NIDDM 合并 HT 组血浆胰岛素升高值与血压血脂水平呈正相关。

(二). NIDDM 合并 HT 与 HT 组血管并发症患病率的比较(见表二)

表二

病种:	NIDDM+HT 组 (n=54)	HT 组 (n=30)
冠心病	14	10
脑血管病	11	7
肾功能不全	6	4
眼底出血	5	6
有并发症	36	27
无并发症	18	23
百分比	67%	54%

从表二可见 NIDDM+HT 组血管并发症的发生率明显多于 HT 组

### 讨论

近十年来,糖尿病、高血压、冠心病发病率明显升高,流行病学调查发现<sup>[1]</sup>糖尿病患者发生高血压是非糖尿病患者的 2.5 倍,在 70%~80% 的病例中两者共存,表一可见 NIDDM、HT、脂代谢紊乱、动脉粥样硬化的病人均存在高胰岛素血症,根据 Halfner 等的报告<sup>[2]</sup>,血浆胰岛素的浓度与 HT 及 NIDDM 的发病率显著相关,Reaven<sup>[3]</sup>等认为高胰岛素血症是继发于胰岛素抵抗,是这些相关疾病发展的一个致病原因。胰岛素有类似生长因子的作用,胰岛素过多症导致血管壁诸成分的增生,进而引起和加重大血管病变,若累及小动脉可引起高血压,胰岛素使血压升高的作用还可能通过以下机制<sup>[4]</sup>:1. 刺激交感神经增加儿茶酚胺的分泌。2. 胰岛素和高血糖二者损伤血管床,加上凝血机制异常,造成局部高凝状态和血小板聚集,血管内皮增

# 中西医结合治疗慢性鼻炎100例观察

安徽省蒙城县中医院(233500) 马登坤

慢性鼻炎属中医“鼻塞”，以鼻分泌物增多或粘脓鼻塞、头痛、嗅觉障碍及说话带鼻音，1992年~1993年采用中西医结合治疗100例，效果满意，现小结如下：

资料调查：蒙城雪茄烟厂，现有干部、职工645人，行管人员45人，分六个车间，粉碎车间180人，卷烟三个车间330人，配料车间30人，装订车间60人，1年零4个月，在厂医的配合下，进行检查100例中，男72例，女28例，最小年龄18岁，最大年龄42岁，平均年龄30岁，发病最多的是粉碎车间与卷烟车间，因为生产粉尘多，是污染生产环境影响工人身体健康重要因素之一，配料车间5例，装订车间未发现，病程5个月~三年，其中慢性单纯鼻炎为84例，慢性肥大性鼻炎16例。

### 治疗方法：

自中药方：柴胡、防丰、白芷、苍耳子、丝瓜络各12g、辛夷14g、鱼腥草10g、荆芥15g、薄荷12g、细辛5g、鼻流黄涕者加黄芩15g、菊花15g、鼻流清涕者加活萸本，反复感冒者为气虚，加党参、党黄芪2g，上为成人剂量，儿童酌减，每日1剂水煎2次，分2次服。10剂为一疗程，同时复方新诺明2片/日，赛庚定2mg，一日3次，配滴鼻液，1%盐酸麻黄素5%磺胺嘧啶、0.5%可的松，一日3次滴鼻，治疗期忌食辛辣及饮酒防感冒。

### 治疗结果

疗效标准痊愈，鼻气好，鼻分泌物，其它诸症状消失，嗅觉恢复，显效鼻气较好，鼻分泌物消失，无效症状无明显改善。结果痊愈84例，随访一年无复发，特效12

例，总有效率98%，平均治疗22.4天，一般服药7剂见效，6剂症状无改善，即为无效。

### 典型病例：

张某，男24岁，工人，于1992年1月14日就诊，因反复鼻塞呈交替性流清黄涕、头痛、头昏，说话带鼻音，嗅觉减退，时轻，时重，2年余，某地区医院，诊为慢性鼻炎，服鼻炎康、麦迪霉素及麻黄素、滴鼻等疗效不佳，查鼻腔有粘脓性分泌物，粘膜潮红，水肿表面光滑，探针触柔软富于弹性，用1%麻黄素滴鼻，粘膜肿胀迅速消退，鼻窦X线照片(卡凡氏位)，额窦、筛窦、上颌窦及血常规正常，诊断慢性鼻炎，主方加黄芩、菊花，萸本9g，每日1剂，水煎服，复方新诺明2片，一日2次，赛庚定2mg，一日3次，自配滴鼻液一日3~4次，滴鼻，鼻塞、黄涕、头痛减轻，继续服原方12剂，诸症完全消失。

### 讨论：

慢性鼻炎，是长期受各种刺激所引起鼻粘膜血管扩张充血、水肿、粘膜未能完全复原及纤维组织增生，血管壁增厚，属中医的鼻塞，多为多感风寒或风热，热使肺气失和鼻窍不能通利，历代医学家主张用辛散清凉通利鼻窍为主配合消炎抗过敏及局部用药而相互增加疗效，对大部分患者，仅需服4~7剂即有疗效，因此中西医结合配合针灸上星、攒竹(双)、迎香(双)、合谷(双)每日1次，3~4次，治疗慢性鼻炎奏效迅速，药源丰富，药费低廉，方法简便易行，安全可靠，又无明显副作用。

(参考资料，略)

殖，促进动脉粥样硬化。3. 引起持续性钠潴留和容量扩张。

表二显示 NIDDM 合并 HT 对具有与一般 HT 不同的特点，其血管并发症发病率高，是心脑血管并发症的发生和加剧的重要信号。

本文的对照说明，糖尿病、高血压、冠心病三者关系密切。提示我们应将上述疾病作为一个整体，充分认识高胰岛素血症和胰岛素抵抗是这些疾病发病的重要中心环节，从这一观点出发寻找有效的可同时治疗这一组疾病的综合措施，来打断这一重要环节，在选择降糖药及降压药时，应兼顾提高胰岛素受体的敏感性；抗血管紧张素转换酶抑制剂、 $\alpha$ -受体拮抗剂、甲磺吡啶

及吡嗪环己脲均有此作用。相反， $\beta$ -受体拮抗剂、噻嗪类利尿药氯噻丙脲有诱发高胰岛素血症，加重胰岛素抵抗作用。这对于积极治疗糖尿病患者的高血压，维持其血压正常，对减少糖尿病血管并发症有重要意义。

### 重要文献

1. 高平进、胰岛素抵抗与高血压，国外医学内科学分册 1991,10:444。
2. Haffner SM, Valdez RA, Hazuda HP, et al. Prospective analysis of the insulin-resistance syndrome (syndromex) Diabetets 1992;41(6):715.
3. Weidonaup. Hypertensior 1985;7(suppl2):33
4. King GL, Metabolism 1985;34(suppl):17