



•临床与药物•

阿仑膦酸钠联合阿托伐他汀在糖尿病合并骨质疏松治疗中的应用

陈敏奇

(安化县人民医院 湖南安化 413500)

摘要:目的:探讨阿仑膦酸钠联合阿托伐他汀在糖尿病合并骨质疏松治疗中的效果。方法:选取2016年10月-2017年10月在医院接受治疗的90例糖尿病合并骨质疏松患者作为此次研究对象,并将其随机分为观察组与对照组,每组患者45例,对照组患者单纯应用阿仑膦酸钠进行治疗,研究组患者应用阿仑膦酸钠联合阿托伐他汀治疗,对比两组患者的治疗效果。结果:两组患者治疗前各部位的骨密度接近,经治疗后,两组患者的骨密度值均有升高,且观察组的升高幅度明显高于对照组;观察组疼痛改善总有效率(93.33%)明显高于对照组(82.22%);两组患者不良反应发生率无明显差异。结论:在糖尿病合并骨质疏松治疗中应用阿仑膦酸钠联合阿托伐他汀治疗,有效改善骨密度,降低疼痛程度,安全性高,值得临床推崇。

关键词:阿仑膦酸钠;阿托伐他汀;糖尿病合并骨质疏松;应用效果;

中图分类号: R256.12

文献标识码: A

文章编号: 1009-5187 (2018) 14-116-02

糖尿病是常见的一类内分泌系统疾病,易引发骨代谢紊乱,从而引发糖尿病合并骨质疏松症,给患者的正常生活带来一定的影响[1]。骨质疏松作为全身性的一类代谢性骨骼疾病,骨密度明显下降,骨骼的生物力学强度下降,容易出现骨折。本次研究选取2016年10月-2017年10月在医院接受治疗的90例糖尿病合并骨质疏松患者作为此次研究对象,探讨阿仑膦酸钠联合阿托伐他汀在糖尿病合并骨质疏松治疗中的效果,现具体阐述如下。

1. 资料与方法

1.1 临床资料

选取2016年10月-2017年10月在医院接受治疗的90例糖尿病合并骨质疏松患者作为此次研究对象,并将其随机分为观察组与对照组,每组患者45例,对照组中男22例,女23例,患者的年龄在48岁至68岁之间,平均年龄(56.23±3.62)岁;病程在0.5年至3年,平均病程(1.35±0.53)年。观察组中男23例,女22例,患者的年龄在45岁至70岁之间,平均年龄(56.62±3.65)岁;病程在0.5年至3年,平均病程(1.39±0.51)年,两组患者在性别、年龄、病程等基本资料相仿,具有比较意义。

1.2 纳入标准排除标准[2]

纳入标准:患者的病情诊断符合世界卫生组织中糖尿病的诊断标准,并确定伴有骨质疏松;患者及其家属了解本次研究,并同意配合。

排除标准:伴有严重心、肝、肾功能障碍的患者;不配合研究的患者;药物过敏患者。

1.3 方法

对照组:单纯阿仑膦酸钠(厂家:杭州默沙东制药有限公司,批准文号:国药准字:J20130085)进行治疗,每周服用1次,每次70mg,指导患者服药前半小时不能进食,不能喝水,服用是用温开水送服,

连续治疗半年。

观察组:应用阿仑膦酸钠联合阿托伐他汀进行治疗,阿仑膦酸钠的使用方法同对照组,阿托伐他汀(厂家:广东百利制药有限公司,批准文号:国药准字 H20120021),开始的使用剂量为10mg,每天1次,最大使用剂量控制在80mg以内,在任一时间段均能使用,连续治疗半年。

1.4 指标观察[3]

在治疗前后对比两组患者的疼痛缓解效果,应用视觉疼痛评分标准进行疼痛程度判断,疼痛评分在0~3分之间,表示疼痛缓解显著;疼痛评分在4~6分之间,表示疼痛缓解有效;疼痛评分在7~10分之间,表示疼痛缓解无效。

应用双能X线骨密度测定仪对两组患者治疗前后前臂、股骨颈、腰椎正位、股骨粗隆等部位进行骨密度测定。记录两组患者治疗过程中不良反应发生情况。

1.5 统计分析

对研究所得数据利用SPSS 18.0软件进行处理,计量资料用($\bar{x} \pm s$)来表示,用t检验,计数资料n/%表示,用 χ^2 检验,检测P值,如果经检测P值小于0.05,则提示经比较两组数据间差异存在统计学意义。

2. 结果

2.1 两组患者治疗前后各部位的骨密度测定

两组患者治疗前各部位的骨密度接近,经治疗后,两组患者的骨密度值均有升高,且观察组的升高幅度明显高于对照组,组间差异具有统计学意义($P < 0.05$),详见表1。

表1. 两组患者治疗前后各部位的骨密度测定($\bar{x} \pm s$, g/cm²)

组别	例数	前臂		股骨颈		腰椎正位		股骨粗隆	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	45	0.65±0.14	0.65±0.16	0.64±0.13	0.66±0.18	0.62±0.12	0.70±0.05	0.62±0.11	0.65±0.13
观察组	45	0.62±0.16	0.70±0.15	0.63±0.09	0.75±0.16	0.62±0.11	0.79±0.12	0.62±0.10	0.75±0.15
P值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组患者的疼痛改善效果比较

观察组疼痛改善总有效率(93.33%)明显高于对照组(82.22%),组间差异具有统计学意义($P < 0.05$),结果见表2。

表2. 两组患者的疼痛改善效果比较(n/%)

组别	例数	显效	有效	无效	有效率
对照组	45	11	26	8	82.22
观察组	45	18	24	3	93.33
P值					<0.05

2.3 两组患者治疗过程中不良反应发生情况对比

对照组治疗过程中出现恶心1例,便秘1例,头痛1例,腹胀腹

痛1例,不良反应总发生率为8.89%(4/45);观察组治疗过程中出现恶心1例,便秘0,头痛1例,腹胀腹痛1例,不良反应总发生率为6.67%(3/45),两组患者不良反应总发生率无明显差异($P > 0.05$)。

3. 讨论

骨质疏松是糖尿病常见的一类严重并发症,目前对疾病的发生机制尚不明确,近年来,该类疾病的发生率呈现逐年上升的趋势,临床对该类疾病的关注度逐年上升。在糖尿病的治疗中注重对骨质疏松的防治,尽早筛查尽早诊断和治疗,指导患者合理饮食等[4]。

阿仑膦酸钠能抑制人体骨细胞的活性能力,另外阿仑膦酸钠紧密吸附在骨质羟基磷灰石的表面,能有效减少人体中骨量的丢失。阿仑



•临床与药物•

磷酸钠对骨细胞部位有亲嗜性,且不破坏骨细胞的集聚和粘附,且对骨细胞的活性具有明显的抑制作用[5]。阿托伐他汀是 HMG-CoA 还原酶抑制剂,具有一定的选择性,能有效降低低密度脂蛋白胆固醇的合成,有效预防心血管疾病的发生。在糖尿病合并骨质疏松症的治疗中应用阿托伐他汀,能有效抑制破骨细胞的生成,具有强的止痛作用[6]。本次研究结果表明,经治疗后,两组患者的骨密度值均有升高,且观察组的升高幅度明显高于对照组;观察组疼痛改善总有效率(93.33%)明显高于对照组(82.22%);两组患者不良反应发生率无明显差异。

综上所述,在糖尿病合并骨质疏松治疗中应用阿伦磷酸钠联合阿托伐他汀治疗,有效改善骨密度,降低疼痛程度,安全性高,值得临床推崇。

参考文献:

- [1] 王晓立.糖尿病合并骨质疏松症患者应用阿伦磷酸钠联合阿

托伐他汀治疗的临床探究[J].中西医结合心血管病杂志,2017,5(18): 25-26.

[2] 李雯,訾铁营,吴娟,等.阿伦磷酸钠联合阿托伐他汀治疗糖尿病合并骨质疏松的评价[J].西北药学杂志,2017,32(2): 214-217.

[3] 王深荣,陈频,段洪涛,等.阿伦磷酸钠联合阿托伐他汀治疗糖尿病合并骨质疏松效果观察[J].临床合理用药,2014,7(11A): 82-82.

[4] 黄永朱,梁汝忠,李锴.阿伦磷酸钠联合阿托伐他汀治疗2型糖尿病合并骨质疏松临床效果[J].青岛医药卫生,2016,48(2): 96-99.

[5] 李凝旭,涂艳,刘晓霞,等.糖尿病合并骨质疏松症患者炎症因子、脂肪因子变化的研究[J].海南医学学报,2016,22(5): 438-440.

[6] 王辉.阿伦磷酸钠联合阿托伐他汀治疗糖尿病合并骨质疏松效果观察[J].糖尿病新世界,2016,15(6): 46-47.

(上接第103页)

下,不会对人体造成大的伤害,一旦人体免疫能力降低,会使得真菌大量繁殖,导致人体功能异常,肺结核的产生,会导致患者的体内免疫能力极低,进而使得真菌对患者身体进行侵袭,最终形成肺结核合并真菌感染,应及时对症治疗,本文选用的治疗药物为伊曲康唑药物,伊曲康唑作为典型广谱抗真菌药物,能特异性的对真菌细胞壁合成进行抑制,破坏真菌细胞壁的完整性,提升抗菌效果,本文通过对比常规治疗与伊曲康唑治疗肺结核合并真菌感染的应用效果,发现,伊曲康唑治疗肺结核合并真菌感染的应用价值非常高,值得优先选用[5]。

综上所述,伊曲康唑治疗肺结核合并真菌感染的应用效果显著,改善了症状,降低了不良反应发生率,提高了治疗效果,伊曲康唑值

得肺结核合并真菌感染患者应用。

参考文献:

[1]何志彰,李国周,吴洁贞,等.肺结核合并真菌感染的临床特点及药物敏感性分析[J].国际检验医学杂志,2016,37(1):89-91.

[2]吴龙龙.伊曲康唑治疗结核伴发侵袭性肺部真菌感染的有效性及其安全性[J].世界最新医学信息文摘,2016,16(48):109-109.

[3]任先杰,廖德英.伊曲康唑联合温胆汤治疗肺结核并发肺部真菌感染28例[J].浙江中西医结合杂志,2017,27(6):506-507.

[4]龚瑜.伊曲康唑治疗血液病合并真菌感染的临床效果分析[J].中国现代药物应用,2016,10(3): 201-202.

[5]沈英.伊曲康唑联合氨溴索治疗老年慢阻肺患者合并真菌感染的临床疗效观察[J].临床医药文献电子杂志,2017,4(22):4169-4170.

(上接第104页)

急性呼吸困难的致病机理尚未明确,临床医学上普遍认为,急性呼吸困难的呼吸负荷增加、神经肌肉功能下降、呼吸反射异常等因素有关,并且,出现急性呼吸困难的病人中,仅有1/3的病人最终被诊断为呼吸衰竭,但是在呼吸频率上仍然存在异常现象[2]。

本次实验数据显示,急性呼吸困难多发生在老年人身上,病人的外周血氧饱和度普遍较低,呼吸衰竭患者占据了就诊病人的1/3,呼吸困难发病原因主要有肺部感染、慢性阻塞性肺病急性发作、心功能不全,急性呼吸困难患者最常见的中医证候为气虚痰瘀阻络,其次是痰热蕴肺和痰瘀阻络。

综上所述,从中医辨证治疗的角度而言,急性呼吸困难属于“喘证”“哮证”范围,其病因或则虚或实,或为虚实夹杂,为此,主治医师需要在分析患者基本病情的基础上,为患者选择相应的治疗方式

[3]。而针对急性呼吸困难患者,主治医师也需要结合患者实际情况,分析患者的临床特征和中医证候,以此来为患者的治疗提供有效依据,旨在为患者提供针对性治疗的同时,改善患者的治疗质量和质量,为患者的早日康复奠定基础[4]。

参考文献:

[1]邓屹琪,戴洁琛.急性呼吸困难患者临床特征及中医证候分析[J].中华中医药杂志,2017,3202:848-850.

[2]黄涛亮.肺栓塞的临床特点与中医证候研究[D].广州中医药大学,2014.

[3]胡旭贞.慢性阻塞性肺病急性加重期中医证候的初步研究[D].广州中医药大学,2016.

[4]黄秋华.急性肾损伤(AKI)中医证候分析及“和解少阳通利三焦”法治疗AKI的临床疗效观察[D].北京中医药大学,2013.