



短期胰岛素强化治疗诱导初诊2型糖尿病患者血糖长期良好控制的临床试验

肖 琴 (常德市第一中医院, 湖南常德 415000)

摘要: **目的** 分析短期胰岛素强化治疗诱导初诊2型糖尿病患者血糖长期良好控制的影响。**方法** 回顾分析2015年3月至2016年3月期间在我院诊治的96例初诊2型糖尿病患者临床资料,采用短期胰岛素强化治疗诱导,对比短期强化治疗对长期血糖控制的影响。**结果** 治疗14天后,患者餐后2h血糖(2hPBG)、空腹血糖(FBG)、胰岛素抵抗指数(HOMA-IR)明显降低,糖化血红蛋白(HbA1c)明显提高,与治疗前对比差异有统计学意义($P < 0.05$);治疗14天后患者餐后1h、2h胰岛素(INS1、INS2)、空腹胰岛素(FINS),胰岛 β 细胞分泌功能指数(HOMA- β)明显提高,与治疗前对比差异有统计学意义($P < 0.05$);随访6个月,33例患者仅通过饮食控制,FBG以及2hPBG均控制在较为理想的水平。**结论** 短期胰岛素强化治疗可以明显恢复胰岛细胞功能的血糖刺激的胰岛素分泌,使患者回到2型糖尿病自然病程更早阶段,部分患者仅通过饮食控制即可良好的控制血糖水平。

关键词: 胰岛素强化治疗 2型糖尿病 血糖长期控制

中图分类号: R587.1 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187(2016)07-079-02

2型糖尿病是临床常见的病症之一,其发病中心环节主要为胰岛素抵抗及胰岛 β 细胞功能障碍。随着疾病的不断进展,患者的致死率和致残率较高。近年来临床提出短期胰岛素强化治疗,可以有效控制患者血糖,并且在控制血糖的基础上可以改善患者的胰岛素抵抗作用,延缓病情,改善患者的预后效果^[1]。本文作者结合2015年3月至2016年3月期间在我院诊治的96例初诊2型糖尿病患者临床资料,分析短期胰岛素强化治疗诱导初诊2型糖尿病患者血糖长期良好控制的影响。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

回顾分析2015年3月至2016年3月期间在我院诊治的96例初诊2型糖尿病患者临床资料,其中男性61例,女性35例,年龄34-68岁,平均年龄(49.17±10.23)岁。患者空腹血糖均在10mmol/L以上,均未使用胰岛素及降糖药进行治疗。

1.2 方法

所有患者在治疗前均进行静脉葡萄糖耐量、胰岛素释放试验,不给予降糖治疗。患者入院后进食10-15h,晨间进行静脉葡萄糖耐量试验,留取空腹静脉血测定患者空腹血糖、空腹胰岛素^[2]。静脉输注50ml的5%葡萄糖溶液,输注速度控制在16ml/min左右。然后使用5ml生理盐水冲洗,进行血糖、胰岛素测定。治疗14天后,停止胰岛素泵,与次日进行静脉葡萄糖耐量试验,同时测定2hPBG、INS1、INS2、HbA1c。HOMA- β =20FINS/(FBG-3.5);HOMA-IR=(FBG×FINS)/22.5。

1.3 统计学方法

记录数据采用SPSS20.0统计软件处理分析,采用t进行检验,差异有统计学意义为 $P < 0.05$ 。

2 结果

2.1 临床治疗前后2hPBG、FBG、HOMA-IR、HbA1c对比

治疗14天后,患者餐后2hPBG、FBG、HOMA-IR明显降低,HbA1c明显提高,与治疗前对比差异有统计学意义($P < 0.05$),见表1。

表1: 临床治疗前后2hPBG、FBG、HOMA-IR、HbA1c对比 (n=96)

组别	2h PBG (mmol/L)	FBG (mmol/L)	HOMA-IR (mmol/L)	HbA1c (%)
治疗前	15.41±5.45	10.92±3.78	4.32±1.28	8.23±1.73
治疗后	9.01±2.83	7.34±3.11	3.45±1.11	9.71±1.62
t	6.723	4.539	3.789	3.456
P	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.2 临床治疗前后INS1、INS2、FINS、HOMA- β 对比

治疗14天后患者INS1、INS2、FINS、HOMA- β 明显提高,

与治疗前对比差异有统计学意义($P < 0.05$),见表2。

表2: 临床治疗前后INS1、INS2、FINS、HOMA- β 对比 (n=96)

组别	INS1 (μ U/L)	INS2 (μ U/L)	FINS (μ U/L)	HOMA- β (mmol/L)
治疗前	14.81±4.72	18.62±6.17	7.09±1.88	14.33±7.73
治疗后	18.01±7.66	22.02±7.65	8.15±2.11	25.11±10.3
t	3.679	7.328	3.280	12.327
P	< 0.05	< 0.05	< 0.05	< 0.05

2.3 临床随访结果

随访6个月,33例患者仅通过饮食控制,FBG以及2hPBG均控制在较为理想的水平。48例患者给予二甲双胍进行治疗,15例患者需联合应用拜糖平、诺和龙治疗。

3 讨论

2型糖尿病是一种异质性疾病,主要是因为血糖调节异常,导致胰岛素分泌缺陷。由于胰岛素 β 细胞功能减弱以及胰岛素抵抗作用,均会导致血糖调节异常,从而使 β 细胞功能进一步减弱^[3]。使胰岛 β 细胞发生失代偿的因素较多,持续性高血糖是引起或者加重胰岛 β 细胞功能受损的主要因素,而血糖升高会导致糖毒性,使血糖水平升高,加重对胰岛 β 细胞功能的损害^[4]。

研究显示2型糖尿病患者的 β 细胞功能损害是一个可逆的过程,如果相对减轻患者胰岛 β 细胞负荷,可明显改善或者回复 β 细胞的功能,继而有效控制血糖,缓解疾病的进一步发展。当前,临床对于明显高血糖症初诊为2型糖尿病的患者,在发病早期给予短期胰岛素强化治疗,可以较好的消除患者的葡萄糖毒性,进一步恢复患者的胰岛 β 细胞功能,从而实现长期控制血糖的目的^[5]。

本文研究结果显示,治疗14天后,患者2hPBG、FBG、HOMA-IR明显降低,HbA1c明显提高,并且INS1、INS2、FINS、HOMA- β 明显提高,与治疗前对比差异有统计学意义($P < 0.05$);随访6个月,33例患者仅通过饮食控制,FBG以及2hPBG均控制在较为理想的水平。提示短期胰岛素强化治疗可以快速降低血糖,及时清除高血糖的毒性,进而提高胰岛素的面感性,实现改善胰岛 β 细胞的分泌功能,帮助患者重建以运动、饮食控制对患者血糖水平的反应性,有效缓解病情的发展,值得在临床推广和应用。

总而言之,短期胰岛素强化治疗诱导初诊2型糖尿病患者血糖长期控制效果良好,可以使部分患者及时回到2型糖尿病自然病程的早期阶段,仅通过饮食控制有效控制血糖水平。

参考文献

[1] 祝方,纪立农,韩学尧,等.短期胰岛素强化治疗诱导初诊

(下转第81页)



高碳酸血症和低氧血症,引发呼吸衰竭^[4]。纳洛酮,自身没有内在活性,经竞争性拮抗阿片受体能够充分发挥自身的药物效果。一般情况下,应用于临床方面麻醉使用镇痛药物的急性中毒患者、急性乙醇中毒患者,从而能改善患者的临床症状、体征。纳洛酮对 COPD 合并呼吸衰竭进行治疗的过程,主要通过拮抗内啡肽缩血管、呼吸抑制的功效,有效的控制患者的肺动脉高压,并加强氧分压。对腺体分泌抑制的同时,还能够降低痰液的形成,防止大量痰液促使气道发生堵塞情况^[5]。与此同时,纳洛酮能使得血液粘稠度、抗凝作用得以控制,进而能降低肺内血栓的发生率。无创呼吸机,能够防止侵入性操作,可减少治疗的时间和费用,且不会产生严重的痛苦。当前,被临床方面所广泛使用。无创呼吸机的不断改进,使得其应用的范围越来越广。提高患者气道通气量的同时,能使得呼吸阻力下降,减轻持续自主呼吸所造成的呼吸疲劳。除此之外,还能确保患者氧供应情况,使得患者日常活动不受限制。COPD 通过纳洛酮联合无创呼吸机治疗,临床效果较好。

本次研究结果显示,观察组的治疗总有效率,明显高于对照组;同时,治疗后,观察组动脉血气变化(pH值、氧分压、二氧化碳分压),更加明显,且优于对照组和治疗前;两组呼吸频率、心率比较,差异显著,这与李兆昌的报道基本一

致^[6]。由此能够看出,COPD 经纳洛酮联合无创呼吸机治疗,临床疗效确切,并能改善患者的 pH 值、氧分压、二氧化碳分压、呼吸频率和心率,提高患者的生活质量。

总之,纳洛酮、无创呼吸机联合治疗 COPD 合并呼吸衰竭,临床效果较好,值得临床方面广泛应用和推广。

参考文献

- [1] 林创辉. 无创呼吸机联合纳洛酮治疗老年 COPD 并发呼吸衰竭的临床疗效分析[J]. 中国煤炭工业医学杂志, 2015, 18(2): 59 - 60.
- [2] 薛梅. 无创呼吸机联合纳洛酮对老年 COPD 并呼吸衰竭的临床疗效[J]. 中国现代药物应用, 2015, 9(20): 144 - 146.
- [3] 余瑞林, 吴晓燕. 老年 COPD 伴呼吸衰竭采用无创呼吸机联合纳洛酮治疗效果分析[J]. 国际呼吸杂志, 2015, 35(23): 1781 - 1784.
- [4] 张荣. 纳洛酮联合无创呼吸机治疗老年 COPD 并发 II 型呼吸衰竭的疗效观察[J]. 现代诊断与治疗, 2015, 26(15): 3411 - 3413.
- [5] 柳兴林. 纳洛酮治疗慢性阻塞性肺疾病合并 2 型呼吸衰竭的临床疗效观察[J]. 医学理论与实践, 2016, 29(4): 461 - 462.
- [6] 黄穗华, 蒋玲, 邓杰方. 无创呼吸机联合纳洛酮治疗老年慢性阻塞性肺疾病并发呼吸衰竭的临床疗效分析[J]. 中国实用医药, 2015, 18(6): 59 - 60.

(上接第 77 页)

F、其他部位的骨折及脱位处理:可先临床检查临时固定再行 X 片检查。在急症治疗和诊断时一定要细心观察,尤其要对患者的体征监测变化值和患者的体征变化相结合,并根据丰富的经验做出相对准确的初步判断^[3],为后续的手术治疗创造条件。

通过研究,我们认为除非病情特殊而需即行手术,后期的治疗应该在病情得到详尽诊断并适度稳定后再行手术,以减少手术的盲目性和增加手术的风险性,为患者提供安全可靠有效的治疗措施。在研究过程中,有 2 例患者腰椎合并骨盆骨折急诊手术后 5 天左右发现肠管破裂引起腹部感染,导致病情延长,增加病人痛苦,教训深刻。另外对四肢脊柱骨折合并脏器损伤患者的搬运要特别重视,以免搬运不妥而对

患者的脊柱造成二次伤害。研究发现,因交通事故造成的病例比例明显较高,达到 62.79%。因此我们借此呼吁社会对此应引起关注和重视,提前防范是最好的治疗方法。综上所述,对患者早期进行快速准确诊断及有效治疗是提高救治四肢脊柱骨折合并脏器损伤的关键。

参考文献

- [1] 黄冀, 韦健, 黎裕强. 四肢脊柱骨折合并脏器损伤临床探析[J]. 中国医学创新, 2013(2): 136-137.
- [2] 王保. 四肢脊柱骨折合并脏器损伤临床分析[J]. 中国医药指南, 2011, 09(20): 294-295.
- [3] 黄生. 四肢和脊柱骨折合并脏器损伤的临床分析探讨[J]. 医药前沿, 2012, 02(12).

(上接第 78 页)

外伤时直接受压,造成供血受阻。

低血压是颅脑损伤患者常见的并发症,发生率为 33% 左右。我们分析颅脑外伤在接受去骨瓣减压时,由于创面大,出血量多,加上手术止血不足,使患者病死率、致残率增加。还有学者^[5]在颅脑损伤动物模型上证实,低血压会启动自由基、钙内流,加重继发性脑损害。还有研究证实低血压造成脑灌注压下降,引起缺血性脑损害。

综上所述,本文认为脑疝、GCS 评分及低血压为发生外伤性脑梗塞的危险因素,对于患有此类高危因素的患者,应该积极进行干预。

参考文献

- [1] 王忠诚. 加强脑外科临床基础的研究,提倡规范化治疗[J]. 中华神经外科杂志, 2011, 17(2): 133-134.
- [2] 黄海林, 成刚, 谭学书. 外伤性脑梗塞的临床治疗[J]. 华西医学 2013, 23: 457-458.
- [3] 罗跃辉, 顾建文, 卢敏, 等. TCD 对颅脑外伤早期血管痉挛检测的临床意义[J]. 颅脑外伤. 四川医学, 2012, 27(1): 33.
- [4] 陈建良, 黄小平, 等. 深圳市 2011-2013 年颅脑损伤住院病例流行病学特征分析[J]. 中国现代医学杂志, 2012, 17(9): 1088-1091.
- [5] 柯尊华, 张毅, 方永军, 等. 中重型颅脑损伤患者并发外伤性脑梗死相关危险因素分析[J]. 中华创伤杂志, 2011, 27(10): 885-887.

(上接第 79 页)

2 型糖尿病患者血糖长期良好控制的临床试验[J]. 中国糖尿病杂志, 2013, 11(1): 345 - 349.

[2] 陶松桔, 宋卫红, 张亚萍, 等. 短期胰岛素强化治疗对初诊 2 型糖尿病患者循环内皮祖细胞水平的影响及意义[J]. 医学临床研究, 2012, 27(1): 27 - 29.

[3] 唐奇志, 廖志山, 冯妙坚, 等. 胰岛素泵精细调控血糖短期

强化治疗逆转初发 2 型糖尿病自然病程的疗效[J]. 实用医学杂志, 2013, 24(5): 759 - 761.

[4] 宋燕庆. 短期强化治疗初诊 2 型糖尿病临床效果[J]. 河北医药, 2014, 29(7): 703 - 704.

[5] 汪珊珊, 陈冬, 陈明卫, 等. 两种不同治疗方案对初诊 2 型糖尿病患者短期胰岛素强化治疗后长期缓解的影响[J]. 临床荟萃, 2011, 26(18): 1592 - 1594.