

肥胖型2型糖尿病二甲双胍单药治疗不理想者分别加用西格列汀与吡格列酮治疗的临床效果及安全性比较

阳新明

新化县人民医院 湖南娄底 417600

【摘要】目的 分析对于二甲双胍单药治疗效果不理想的肥胖型2型糖尿病患者联用西格列汀或吡格列酮的临床疗效。**方法** 对照组患者联合应用二甲双胍和吡格列酮治疗, 观察组患者则改为二甲双胍联用西格列汀治疗。**结果** 治疗后观察组患者的各血糖指标改善效果均较对照组更优 ($P < 0.05$); 治疗后观察组患者的各项血脂指标改善效果均较对照组更优 ($P < 0.05$); 观察组患者治疗期间的药物不良反应率是6.98%, 对照组的不良反应率为9.30% ($P > 0.05$)。**结论** 对于单独应用二甲双胍治疗效果不理想的肥胖型2型糖尿病患者联合应用西格列汀的治疗效果优于吡格列酮, 联用西格列汀有助于改善患者血糖水平与血脂指标水平, 且安全性较高, 值得临床应用并推广。

【关键词】 2型糖尿病; 肥胖型; 二甲双胍; 西格列汀; 吡格列酮

【中图分类号】 R587.1

【文献标识码】 A

【文章编号】 1672-0415 (2019) 02-069-02

2型糖尿病是临床中的常见病, 特别是肥胖型2型糖尿病的临床发病率较高, 并已成为社会各界广泛关注的公共健康问题。而药物二甲双胍是2型糖尿病患者治疗中的优选药物, 然而对于肥胖型2型糖尿病患者由于其病情迁延, 单独采取二甲双胍的治疗方案无法达到有效的血糖控制效果, 因此多采取联合用药^[1]。吡格列酮以及西格列汀两者均是2型糖尿病患者治疗中的常用药物, 两者在药理机制方面存在差异, 因此在药物选择中仍存在一定争议。本次研究将重点分析对于2型糖尿病患者单独应用二甲双胍血糖水平控制不理想时, 通过联用西格列汀或者吡格列酮的治疗效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选择我院2017年1月~2018年6月诊治的单独应用二甲双胍血糖水平控制不佳的2型糖尿病患者86例作为此次的观察样本, 随机数字表法进行分组, 依次纳入到观察组与对照组。观察组: 包括患者43例, 男25例, 女18例; 年龄46~87岁, 平均(60.4±0.3)岁; 病程1~16年, 平均(5.2±0.4)年; BMI 28.6~36.7 kg/m², 平均(32.1±0.3) kg/m²。对照组: 包括患者43例, 男23例, 女20例; 年龄47~86岁, 平均(61.2±0.2)岁; 病程1~14年, 平均(5.3±0.3)年; BMI 28.8~36.4 kg/m², 平均(31.9±0.6) kg/m²。两组研究对象的常规线性资料对比具有高度的均衡性, 有可比性 ($P > 0.05$)。

1.2 方法

两组患者均继续维持原有治疗方案, 即盐酸二甲双胍片口服, 500mg/次, 3次/日, 分别于三餐后30min口服, 在此期间进行适当的运动锻炼和日常饮食控制。对照组患者在此基础上联合应用吡格列酮治疗, 盐酸吡格列酮片, 口服, 30g/次, 1次/日, 于晨起空腹状态下口服; 观察组患者则改为联用西格列汀治疗, 磷酸西格列汀片, 口服, 100mg/次, 1次/日, 于晨起空腹状态下口服。两组患者均连续坚持服药治疗12周, 疗程结束后对其治疗效果进行评估。

1.3 评价指标

(1) 比较两组患者治疗前后血糖水平的变化情况, 包括空腹血糖水平、餐后2h血糖水平以及糖化血红蛋白水平; (2) 比较两组患者治疗前后的血脂指标变化情况, 包括总胆固醇水平、三酰甘油水平以及高密度脂蛋白胆固醇水平和低密度脂蛋白胆固醇水平; (3) 比较两组患者治疗期间的药物不良反应情况。

1.4 统计学方法

数据以SPSS17.0处理, 均数±标准差用($\bar{x} \pm s$)表示, 实施t检验, 采用率%表示, 实施卡方检验, 将 $P < 0.05$ 代表差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后血糖指标对比

两组患者治疗之前各项血糖指标均较高, 且组间对比无显著差异 ($P > 0.05$); 治疗后观察组患者的各血糖指标改善效果均较对照组更优, 且两组对比均存在显著差异 ($P < 0.05$)。

表1: 两组患者治疗前后血糖指标对比 [n(%)]

组别	例数	空腹血糖 (mmol/L)		餐后2h血糖 (mmol/L)		糖化血红蛋白 (%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
观察组	43	7.56±1.41	6.32±1.02	10.92±2.61	8.24±1.01	8.91±1.21	7.22±0.03
对照组	43	7.49±1.52	6.72±1.14	10.87±2.64	8.99±1.36	8.87±1.19	7.96±0.34
χ^2 值		0.528	5.241	0.672	5.382	0.368	6.921
p 值		0.102	0.000	0.093	0.000	0.067	0.000

2.2 两组患者治疗前后血脂指标对比

两组患者治疗前各项血脂指标对比并无明显差异 ($P > 0.05$); 治疗后观察组患者的各项血脂指标改善效果均较对照组更优, 并且两组对比均存在显著差异 ($P < 0.05$)。

表2: 两组患者治疗前后血脂指标对比 ($\bar{x} \pm s$, mmol/L)

组别	时间	TC	TG	LDL-C	HDL-C
观察组 (n=43)	治疗前	4.87±1.12	2.59±0.46	2.56±0.48	1.21±0.29
	治疗后	3.71±0.62	1.76±0.02	2.12±0.31	1.52±0.36
对照组 (n=43)	治疗前	4.86±1.14	2.58±0.51	2.56±0.52	1.20±0.28
	治疗后	4.13±0.73	2.01±0.13	2.42±0.43	1.44±0.31

2.3 两组患者的药物不良反应对比

观察组患者治疗期间出现低血糖者1例, 恶心者1例, 头晕者1例, 观察组的药物不良反应率是6.98%; 对照组患者治疗期间出现低血糖者2例, 恶心者1例, 头晕者1例, 未出现其他不良

反应者, 对照组的不良反应率为9.30%, 两组患者不良反应率均较低, 且组间对比并无明显差异 ($P > 0.05$)。

3 讨论

对于肥胖型2型糖尿病患者, 通过应用二甲双胍片治疗, 若

单独用药方案采取最大剂量后,患者糖化血红蛋白指标等仍未得以有效控制,则需要考虑改为联合用药方案治疗^[2]。通过二甲双胍联用西格列汀或者吡格列酮,均可改善患者糖化血红蛋白指标以及空腹血糖水平和餐后2h血糖水平,其发生低血糖的风险性均较低^[3]。而本次研究结果提示,通过联合应用二甲双胍和西格列汀观察组,患者治疗后血糖水平以及血脂指标改善效果均较对照组更优。这提示,二甲双胍与西格列汀的联合用药方案效果优于二甲双胍联合应用吡格列酮。吡格列酮属于胰岛素的增敏剂,其作用机制是通过提升外周及肝脏胰岛素敏感度而达到血糖水平控制效果,然而该药物属于胰岛素增敏剂,因此治疗期间容易产生水钠潴留而引发患者体重上升,因此应用于肥胖型2型糖尿病患者的治疗中,在患者血脂指标以及血糖指标控制方面不甚理想^[4]。而西格列汀则可选择性的对DPP-IV活性产生抑制性作用,有助于促进胰岛素的大量分泌,可有效控制患者血糖水平,同时还可有效改善机体胰岛素抵抗,其治疗效果优于吡格列酮^[5]。

综上所述,对于单独应用二甲双胍治疗效果不理想的肥胖型2型糖尿病患者,联合应用西格列汀的治疗效果优于吡格列酮,

联用西格列汀有助于改善患者血糖水平与血脂指标水平,且安全性较高,值得临床应用并推广。

参考文献

- [1] 闫晓洁,王丽娜,温小明.肥胖型2型糖尿病二甲双胍单药治疗不理想者分别加用西格列汀与吡格列酮的疗效对比[J].蚌埠医学院学报,2018,43(04):503-506.
- [2] 杨娟,徐瑾,杨金乐.吡格列酮二甲双胍片复合制剂与单用两药治疗2型糖尿病对血糖、胰岛素抵抗、血脂代谢影响及不良反应[J].现代医院,2018,18(02):274-277.
- [3] 龚敏,王爱华.二甲双胍和瑞舒伐他汀联合用于初诊肥胖型2型糖尿病的疗效观察[J].河北医学,2018,24(02):251-255.
- [4] 曾红菊,胡细玲,徐谷根.行为疗法对肥胖型2型糖尿病自我管理行为及代谢指标的影响[J].全科护理,2017,15(12):1413-1416.
- [5] 梁勇前,刘湘茹,胡德龙.二甲双胍联合西格列汀或吡格列酮对肥胖型2型糖尿病的疗效比较[J].北方药学,2015,12(05):134-135.

(上接第66页)

的概率,而且水杨酸能够促进糖皮质激素渗透到角质层的深处,促进氟米松的吸收,加快药效,同时,水杨酸具有轻度地抑制细菌、抵抗抗菌的效果,此外,复方氟米松软膏的基质是凡士林,能锁住皮肤水份的蒸发,保持皮肤滋润,对皮肤粗糙肥厚的慢性湿疹有很好的局部疗效。本研究中,观察组治疗有效率为95.0%高于对照组的80.0%($P < 0.05$),不良反应发生率2.5%低于对照组的12.5%($P < 0.05$)。数据说明对湿疹皮炎类皮肤病患者给予复方氟米松软膏治疗,治疗效果显著,且不良反应少,用药安全,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 雷小洪,王东.复方氟米松软膏治疗湿疹皮炎类皮肤病临床疗效探讨[J].医药前沿,2017,7(9):27-28.
- [2] 张丽娜.复方曲安奈德尿素软膏和复方氟米松软膏治疗湿疹皮炎类皮肤病的临床疗效分析[J].中国实用医药,2017,12(33):130-131.
- [3] 王时巧,任玲.复方氟米松软膏治疗湿疹皮炎类皮肤病的临床疗效分析[J].中国医药指南,2018(17):169-170.
- [4] 朱斌.复方氟米松软膏治疗湿疹皮炎类皮肤病临床治疗效果观察[J].现代诊断与治疗,2017(23):4380-4381.
- [5] 张士祥.复方氟米松软膏治疗湿疹皮炎类皮肤病效果探讨[J].中国保健营养,2017,27(21):297-298.

(上接第67页)

综上所述,在对慢性急性乙型肝炎肝衰竭患者预后敏感判断中,蛋白石、凝血酶原时间及血小板为主要指标,在对患者进行血浆置换治疗之后,能够使患者的凝血功能及肝功能进行改善,但是不会影响到患者生存。

参考文献

- [1] 王淑英,张杨丽,刘振红,等.血浆置换治疗乙型病毒性肝炎所致的慢加急性肝衰竭的因素分析[J].中国卫生检验杂志,2015(14):2336-2338.
- [2] 胡启江,江应安,拉米夫定联合血浆置换治疗乙型肝炎相关慢加急性肝衰竭的疗效分析[J].临床肝胆病杂志,2013,29(2):107-109.

- [3] 李芳.人工肝血浆置换术治疗慢加急性肝衰竭60例临床疗效观察[J].实用医技杂志,2016,23(10):1112-1113.
- [4] 李金强,黎晓武,杨丽辉,等.祛毒退黄汤联合血浆置换治疗乙型肝炎慢加急性肝衰竭患者的临床研究[J].中国医师杂志,2016,18(10):1554-1556.
- [5] 唐长华,李志彬,刘芳,等.不同终末期肝病模型评估血浆置换治疗慢加急性乙型肝炎肝衰竭患者短期预后[J].实用肝脏病杂志,2013(4):310-313.
- [6] 李铭,林伟,尚晓娟,等.平均每日血浆负电荷量对人工肝治疗慢加急性肝衰竭的预后影响分析[J].安徽医科大学学报,2017,52(7):1057-1061.

(上接第68页)

软镜+钬激光方案在减轻机体损伤及应激反应方面的显著优势。由于该术式对机体损伤更小,有利于患者术后早期恢复,缓解躯体疼痛,改善患者生理、情感职能,提高生活质量,建议对经皮穿刺难度较大、肾脏结构异常、凝血功能较差、多发性肾结石患者优先选择经皮输尿管软镜+钬激光治疗。

综上所述,组合式输尿管软镜+钬激光碎石术联合治疗肾结石清除率高,且手术创伤更小,术后并发症更少,有利于术后康复。

参考文献

- [1] 陈晨,王臣,李子良,鲁可权.组合式输尿管软镜联合钬激光碎石术与经皮肾镜碎石术治疗肾结石对比研究[J].河北医学,

2018,24(08):1358-1362.

- [2] 李永洪.探讨经皮肾镜联合输尿管软镜钬激光碎石术治疗复杂性肾结石的临床效果观察[J].中外医学研究,2018,16(19):35-37.
- [3] 彭仁德.输尿管软镜联合钬激光碎石术与微创经皮肾镜碎石术治疗肾结石的疗效对比[J].当代医药论丛,2018,16(02):82-84.
- [4] 潘卫兵,张遂兵,谢礼仁.微创经皮肾镜联合电子输尿管软镜钬激光碎石术治疗鹿角形肾结石的效果观察[J].中国当代医药,2016,23(31):47-50.
- [5] 唐浩,陈松宁,杨水华.经皮肾镜联合输尿管软镜钬激光碎石术治疗复杂性肾结石的临床疗效分析[J].安徽医药,2016,20(02):341-343.