

二甲双胍治疗 2 型糖尿病的有效性及其安全性分析

刘文爱 仲跻凤

济南高新区龙园社区卫生服务站全科 250100

〔摘要〕目的 观察二甲双胍治疗 2 型糖尿病的有效性及其安全性。方法 我院 2018 年 6 月-2019 年 6 月收治的 74 例 2 型糖尿病患者为本次研究对象,按照临床给药种类不同将所有患者分为 A 组(37 例:吡格列酮)与 B 组(37 例:二甲双胍),比较两组患者预后。结果 B 组患者给药 4w 后疾病控制有效率(94.59%)高于 A 组,数据差异不明显($P>0.05$)。A 组患者给药期间不良反应发生率(21.64%)明显高于 B 组(8.10%),数据差异明显($P<0.05$)。结论 2 型糖尿病患者二甲双胍给药治疗效果明显优于吡格列酮。

〔关键词〕二甲双胍; 2 型糖尿病; 有效性; 安全性

〔中图分类号〕R587.1 〔文献标识码〕A 〔文章编号〕2095-7165(2019)10-021-02

据相关医学报道显示糖尿病已发展为严重威胁人类身心健康的三大疾病之一,随着我国人口结构的改变以及生活质量的提升,2 型糖尿病发病率逐年增长,据不完全统计我国 2 型糖尿病发病率已达 1.0% 亿,机体血糖过高可对心、肝、肾等靶器官功能造成影响^[1]。本次研究为探究二甲双胍在 2 型糖尿病临床治疗中的价值,比较我院 2018 年 6 月-2019 年 6 月 37 例行吡格列酮治疗患者与 37 例二甲双胍治疗患者单位时间病情控制情况,具体情况如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料

我院 2018 年 6 月-2019 年 6 月收治的 74 例 2 型糖尿病患者按照临床给药种类不同将所有患者分为 A 组(吡格列酮)与 B 组(二甲双胍),A 组 37 例患者一般资料如下:男(20 例)女(17 例)比例为 20:17,年龄在 34 岁至 58 岁,中位年龄为(41.12±1.12)岁,平均体质量为(27.14±0.12) kg/m²。B 组 37 例患者一般资料如下:男(21 例)女(16 例)比例为 21:16,年龄在 33 岁至 57 岁,中位年龄为(41.11±1.11)岁,平均体质量为(27.16±0.11) kg/m²。A 组与 B 组两组患者一般资料经统计学验证, P 值大于 0.05。

1.2 病例选择标准

纳入标准:(1)本次研究参考我国世界卫生组织 WHO 制定的 2 型糖尿病相关内容,①患者均伴有“多食、多饮、多尿、身体消瘦”等三多一少症状。②生化检查显示患者空腹血糖超过 10mmol/L,糖化血红蛋白超过 9%,糖耐量试验为阳性。(2)参与本次研究的患者均确诊后 4 周饮食控制联合运动无法有效控制血糖。(3)患者在参与本次研究前 2w 均停用相关药物,参与本次研究后均在医嘱指导下规律用药。

排除标准:(1)排除病情较重需接受胰岛素治疗的患者。(2)排除合并继发性感染患者。(3)排除合并继发性感染或心、

肝、肾等脏器损伤患者。

1.3 方法

A 组患者均给予吡格列酮(江苏德源药业股份有限公司,国药准字:H20110048)治疗,吡格列酮每次口服给药 30mg,每日餐后给药一次。

B 组患者均给予二甲双胍(江苏苏中药业集团股份有限公司,国药准字:H32021625)治疗,二甲双胍每次口服给药 0.5g-2g,医师结合患者血糖变化情况,适当调整二甲双胍给药量,每日餐后给药 3 次。

1.4 观察指标

(1)观察比较两组患者持续性给药 4 周血糖控制情况,若患者持续性给药 4 周后空腹血糖在 3.9mmol/L-7.1mmol/L,餐后 2h 血糖在 5.6mmol/L-11.1mmol/L 则表示患者血糖控制有效。若患者持续给药 4 周后空腹血糖超过 7.1mmol/L,餐后 2h 血糖超过 11.1mmol/L,则表示血糖控制不佳。

(2)观察比较两组患者持续给药期间不良反应发生情况。

1.5 统计学处理

SPSS21.0 软件系统处理相关数据,(%)表示的数据用 χ^2 检验, P 值低于 0.05 表示数据差异有统计学意义。

2 结果

2.1 观察比较两组患者持续给药 4 周血糖控制情况

具体情况如下:A 组有 34 例患者血糖控制有效,B 组有 35 例患者血糖控制有效,B 组血糖控制有效率明显高于 A 组(94.59%VS91.89%),两组患者血糖控制有效率经 χ^2 检验 5.889,两组患者持续给药期间血糖控制有效率不存在明显差异。

2.2 观察比较两组患者持续给药期间不良反应发生情况

具体情况(见表 1),A 组、B 组持续给药期间不良反应发生例数分别为 8 例、3 例,A 组患者不良反应发生率明显高于 B 组,数据差异明显。

表 1: 两组患者不良反应发生情况 [n(%)]

组别	n	下肢水肿	低血糖	恶心呕吐	头晕	不良反应率
A 组	37	2 (5.41%)	2 (5.41%)	2 (5.41%)	2 (5.41%)	21.64%
B 组	37	0 (0.00%)	1 (2.70%)	1 (2.70%)	1 (2.70%)	8.10%
χ^2 值						5.1208
P 值						< 0.05

3 讨论

糖尿病属于终身性疾病,根据病因以及临床症状将糖尿

病分为 1 型糖尿病与 2 型糖尿病,其中 2 型糖尿病的发生与胰
(下转第 24 页)

导致有害代谢物质、炎症因子、免疫复合物及酶类物质产生，最终引发关节疼痛及肿胀^[5]。有相关研究表明^[6]：玻璃酸钠关节腔注射联合小针刀松解治疗可有效改善膝骨关节炎患者的膝关节功能并提高的治疗效果。

本文研究发现：观察组的治疗总有效率为 90.00% 显著高于对照组的 75.00% ($P < 0.05$)，说明玻璃酸钠关节腔注射配合小针刀松解具有更佳的治疗效果。这是由于组成关节液与关节软骨的重要成分就是玻璃酸钠，而在关节腔注射玻璃酸钠时，可使药物直接进入至软骨表面、肌间隙、滑囊及对应肌肉组织，从而快速的发挥润滑效果，以减轻组织间的相互摩擦，并预防粘连，且还可缓解关节软骨所受到的压力刺激，进而明显改善关节腔的生理环境，最终达到促进关节软骨再生与愈合的目的；小针刀松解则可有效剥离有害组织与粘连组织，从而改善膝关节软组织的血液循环与邻近组织的痉挛情况，以降低膝关节的疼痛与肿胀症状，进而促进恢复膝关节功能，同时此方法还具有调和气血、疏通经络、松解瘢痕及平衡力学（韧带与肌肉）等作用^[7]。本文研究亦发现：观察组的膝关节功能评分变化情况显著优于对照组 ($P < 0.05$)，提示玻璃酸钠关节腔注射配合小针刀松解还具有明显改善膝关节功能作用，与上文所述基本一致，进一步体现了其临床价值。

综上所述，对于膝骨关节炎患者而言，玻璃酸钠关节腔

注射配合小针刀松解具有更佳的治疗效果，值得临床推广使用。

[参考文献]

- [1] 徐彬, 薄金南, 田万青, 等. 针刀松解联合玻璃酸钠关节腔注射及益肾健脾汤口服治疗肝肾亏虚型髌骨软化症 [J]. 中医正骨, 2018, 30(2):61-62.
- [2] 赵志宏, 王锐, 国宇, 等. 膝关节骨关节炎患病率及与骨质疏松症相关性研究 [J]. 中华骨科杂志, 2019, 39(14):870-875.
- [3] 张卓. 小针刀松解臭氧玻璃酸钠关节腔注射联合中药外敷治疗膝骨关节炎 [J]. 中国中医药现代远程教育, 2018, 16(6):135-136.
- [4] 吴顺林, 熊巍, 邓志亨, 等. 观察玻璃酸钠关节腔注射配合小针刀松解治疗膝骨关节炎的临床疗效 [J]. 医学信息, 2016, 29(18):404-405.
- [5] 李刚, 朱彬, 李香, 等. 小针刀治疗膝关节炎的疗效观察及部分机理研究 [J]. 世界中医药, 2016, 11(6):1077-1081.
- [6] 张虹, 程秀宇, 季有波. 中西医结合治疗中老年膝关节炎的临床疗效 [J]. 中国老年学杂志, 2019, 39(18):4481-4485.
- [7] 胡怀军, 赵朝锋. 小针刀松解臭氧玻璃酸钠关节腔注射联合中药外敷治疗膝骨关节炎 [J]. 中医正骨, 2015, 27(1):47-48.

(上接第 21 页)

胰岛素抵抗以及胰岛细胞功能降低有着密切的联系，2 型糖尿病属于糖尿病常见类型，约占糖尿病总确诊数量的百分之九十^[2]。吡格列酮为胰岛素增敏剂，该药口服后可选择性激动过氧化物酶生长因子，活化葡萄糖代谢相关胰岛素基因转录，从而增加胰岛素组织应答，从而减少外周组织胰岛素抵抗以及肝脏胰岛素抵抗，减少肝糖元的输出，提升机体葡萄糖处理能力^[3]。吡格列酮临床药效的发挥需在胰岛素存在的情况下才能正常发挥，从而导致吡格列酮在临床给药时易存在低血糖、肢体水肿等不良反应。二甲双胍口服给药后可延缓胃肠道自食物中摄入葡萄糖，抑制肝、肾糖原异生，提高胰岛素敏感性，与外受葡萄糖利用率，继而达到控制 2 型糖尿病患者血糖的目的^[4]。

本次研究 A 组给予吡格列酮与 B 组给予二甲双胍治疗的

有效率不存在明显差异，B 组患者不良反应发生率低，由此可见，2 型糖尿病患者二甲双胍有较高的临床推广价值。

[参考文献]

- [1] 卢汶, 陈小燕. 格列美脲联合二甲双胍或阿卡波糖治疗 2 型糖尿病临床对比研究 [J]. 中南医学科学杂志, 2019, 47(4):404-406, 410.
- [2] 李瑞花, 李景. 十味玉泉片联合二甲双胍治疗初发 2 型糖尿病疗效观察 [J]. 西部中医药, 2019, 32(7):110-113.
- [3] 常娟. 西格列汀联合二甲双胍治疗老年 2 型糖尿病疗效及安全性的临床研究 [J]. 河北医药, 2019, 41(15):2332-2334, 2338.
- [4] 高伟聪, 李丽, 张中华, 等. 二甲双胍联合多西他赛治疗乳腺癌并 2 型糖尿病临床研究 [J]. 中国药业, 2019, 28(12):81-83.

(上接第 22 页)

受压椎体的高度，具有良好的生物力学强度，为患者的椎弓根内固定治疗奠定了良好基础。而且椎体成形术属于微创手术，术后患者可以尽早的下床活动，促进血液循环和肢体功能的恢复，减少卧床时间。但手术对骨质疏松症状并没有良好的改善效果，中医学理论认为：肝肾亏虚、血瘀阻络和骨质疏松性胸腰椎压缩骨折的发生密切相关^[5]，益肾补骨丸中的川续断、当归、具有接骨续损、活血止痛的效果；黄芪、淮山药能够益气健脾；三七可行气止痛兼养血活血；红花可活血化瘀；淫羊藿、土鳖虫、巴戟天、龙骨能够强壮筋骨，上述中药物联合应用，可实现止痛、活血、疏通经络、补肾阳、强筋骨等多重功效。

本次研究结果显示：椎体成形术与益肾补骨丸联合应用于老年骨质疏松性胸腰椎压缩骨折患者的临床治疗中，疗效显著，中药丸剂方便使用，值得推广。

[参考文献]

- [1] 李中锋, 彭冉东, 邓强, 等. 中药热敷治疗骨质疏松性胸腰椎压缩骨折 PKP 术后残留痛临床观察 [J]. 西部中医药, 2018, 31(11):87-90.
- [2] 盛东, 鱼竞成. 经皮球囊扩张椎体后凸成形术联合补肾健骨汤治疗老年骨质疏松性胸腰椎压缩骨折效果观察 [J]. 现代中西医结合杂志, 2018, 27(28):3170-3172.
- [3] 孙国荣, 尤冬春, 石鑫, 等. 经皮球囊扩张椎体后凸成形术联合虎潜丸治疗骨质疏松性胸腰椎压缩骨折 45 例 [J]. 中医药导报, 2015, 21(2):67-69.
- [4] 文光彬, 严成渊, 马达. 经皮球囊成形术联合中药治疗骨质疏松性胸腰椎压缩骨折临床观察 [J]. 深圳中西医结合杂志, 2017, 27(17):130-131.
- [5] 潘猛, 皮安平, 辛志强, 等. 椎体成形术配合补肾活血中药治疗胸腰椎骨质疏松性重度压缩性骨折的疗效观察 [J]. 内蒙古中医药, 2017, 36(14):49-50.