

糖尿病临床治疗中联合应用甘精胰岛素与阿卡波糖片的效果观察

王亚宁 戴 庆^{通讯作者}

临潼康复疗养中心 陕西西安 710000

【摘要】目的 观察糖尿病临床治疗中联合应用甘精胰岛素与阿卡波糖片的效果。**方法** 我院2019年6月-2020年6月收治的80例糖尿病患者为本次研究对象,按照应用甘精胰岛素与阿卡波糖片治疗将患者分为对照组(40例:阿卡波糖片治疗)与实验组(40例:甘精胰岛素与阿卡波糖片治疗),比较两组患者治疗效果。**结果** 实验组患者治疗后空腹血糖、餐后2h血糖以及糖化血红蛋白等血糖检测指标均低于对照组,此外,实验组不良反应发生率(7.50%)略高于对照组,数据差异明显($P<0.05$)。**结论** 糖尿病患者甘精胰岛素与阿卡波糖片治疗效果显著优于单纯阿卡波糖片治疗效果。

【关键词】 糖尿病;联合治疗;甘精胰岛素;阿卡波糖片**【中图分类号】** R587.1**【文献标识码】** A**【文章编号】** 2095-9753 (2021) 02-005-02

糖尿病基础病理改变为胰岛素分泌相对不足,确诊患者需长期接受降糖治疗,阿卡波糖为常用口服降糖药物,近些年,部分医学研究者提出认为,对于糖尿病患者应用阿卡波糖与甘精胰岛素联合给药治疗可显著提升治疗效果^[1]。本次研究为论证上述观点,比较我院2019年6月-2020年6月80例阿卡波糖片治疗以及甘精胰岛素与阿卡波糖片治疗糖尿病患者治疗效果。

1 资料与方法

1.1 一般资料

实验组阿卡波糖片治疗的40例患者中男($n=20$)、女($n=20$),年龄区间为:66岁~81岁、平均(73.52 ± 1.42)岁,糖尿病病程/平均病程为:1年~5年、(3.02 ± 0.11)周。对照组甘精胰岛素与阿卡波糖片治疗的40例患者中男($n=21$)、女($n=19$),年龄区间为:65岁~80岁、平均(73.51 ± 1.45)岁,糖尿病病程/平均病程为:1年~5年、(3.01 ± 0.14)周。两组患者平均年龄、糖尿病平均病程等基础资料无显著差异($P>0.05$)。

1.2 病例选择标准

纳入标准: 本次研究对象结合其空腹血糖、餐后2h血糖以及糖化血红蛋白等相关血糖检测结果均确诊糖尿病,且患者均获悉本次研究目的后表示自愿参与本次研究。

排除标准: (1)排除本次研究用药前1周服用可影响本次研究结果药物患者。(2)排除确诊糖尿病并发症患者。(4)排除未遵照医嘱用药患者。

1.3 方法

对照组患者应用阿卡波糖(拜耳医药,国药准字:H19990205)治疗,初次单次口服剂量为50mg,每日给药3次,持续给药3天后结合患者空腹血糖、餐后2h血糖结果调整临床给药剂量,该品患者每日最大口服剂量为300mg。

实验组患者应用甘精胰岛素(珠海联邦制药股份有限公司,国药准字:S20173001)联合阿卡波糖片治疗,阿卡波糖片给药方法参考对照组,甘精胰岛素初始给药剂量为皮下注射10IU,结合患者空腹血糖、餐后2h血糖结果调整甘精胰岛素给药剂量,甘精胰岛素单次最大给药剂量应控制在40IU。

1.4 观察指标

随访3个月,比较两组患者给药前、3个月后空腹血糖、餐后2h血糖以及糖化血红蛋白等血糖检测指标以及两组不良反应发生情况。

1.5 统计学处理

结果中计量数据录入SPSS21.0系统进行处理,计量数据以(%)形式表示,用 χ^2 检验,计量数据以($\bar{x}\pm s$)形式表示,用t检验, P 值 <0.05 预示组间数据差异明显,统计学意义成立。

2 结果

2.1 两组患者给药前后相关血糖指标变化情况

具体情况(见表1),与给药前相比,两组患者给药3个月后空腹血糖、餐后2h血糖以及糖化血红蛋白等血糖均降低,实验组患者给药3个月后空腹血糖、餐后2h血糖以及糖化血红蛋白等血糖指标均低于对照组。

表1: 两组患者相关血糖指标变化情况 [$\bar{x}\pm s, n$]

例别	例数	空腹血糖 (mmol)		餐后2h血糖 (mmol)		糖化血红蛋白 (%)	
		给药前	3个月后	给药前	3个月后	给药前	3个月后
实验组	40	13.26 $\pm$ 0.22	5.73 $\pm$ 0.17	24.55 $\pm$ 1.12	6.48 $\pm$ 1.09	9.14 $\pm$ 0.21	5.28 $\pm$ 0.07
对照组	40	13.29 $\pm$ 0.24	8.73 $\pm$ 0.15	24.57 $\pm$ 1.11	10.46 $\pm$ 1.11	9.16 $\pm$ 0.24	8.11 $\pm$ 0.09
t 值		0.324	11.581	1.254	11.404	0.194	10.158
P 值		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

2.2 两组患者不良反应发生情况

表2: 两组患者不良反应发生情况 [$n/\%$]

组别	n	低血糖	酮症酸中毒	糖尿病足	不良反应率
实验组	40	2 (5.00%)	1 (2.50%)	0 (0.00%)	7.50%
对照组	40	6 (15.00%)	4 (10.00%)	1 (2.50%)	27.50%
χ^2 值					5.705
P 值					<0.05

具体情况(见表2),实验组患者不良反应发生率低于对照组。

3 讨论

糖尿病好患者既往临床研究显示单一给药往往无法获得较好的降糖治疗效果,临床常用降糖药物根据给药方式分为口服给药降糖药以及皮下注射给药类降糖药,其中临床常用口

(下转第8页)

能够把血液中多余的胆固醇运送至肝脏,然后分解为胆酸盐,再经胆道排出体外,具有抗炎、抗氧化、保护血管内皮细胞、抗动脉粥样硬化的功能^[3]。HDL-C水平下降也是诱发脑卒中的因素之一。实验组的TC、TG、LDL-C水平均与对照组差异明显($P < 0.05$)。提示三者与脑卒中的发生有一定关联性。从表2可知颈动脉狭窄患者的TG、TC、LDL-C水平高于无颈动脉狭窄的患者($P < 0.05$)。说明老年高血压缺血性脑卒中合并2型糖尿病患者的血脂水平异常程度和颈动脉狭窄的发生密切相关,不仅如此,同时还是导致颈动脉狭窄的高危因素。

综上所述,定期检测老年高血压缺血性脑卒中合并2型

糖尿病患者的血脂水平与颈动脉斑块,对于控制病情进展、改善预后意义重大。

参考文献:

- [1] 张蕾,刘亚辉,沈婷.血脂指标判断2型糖尿病患者发生颈动脉狭窄的价值分析[J].医药前沿,2020,10(2):93-94.
- [2] 王宏宇,凌莉萍.血脂水平与缺血性脑血管病患者颈动脉狭窄的相关性[J].中国卫生工程学,2020,19(1):71-73.
- [3] 王兴华,付文亭.探讨血脂及部分血脂比值与颈动脉斑块形成狭窄程度相关性分析[J].中国保健营养,2019,29(22):284-285.

表2:实验组患者的血脂水平检测结果(mmol/L , $\bar{x} \pm s$)

组别	n	TG	TC	HDL-C	LDL-C
无颈动脉狭窄	82	1.83±0.77	4.43±0.87	1.07±0.21	2.25±0.63
有颈动脉狭窄	68	1.97±0.78	4.61±0.95	1.04±0.22	2.38±0.75
t		6.5387	6.7148	1.0625	5.6482
P		0.035	0.036	0.061	0.041

(上接第4页)

潜在寿命损失分析[J].中国初级卫生保健,2019,33(5):58-60.

[5] World Health Organization. Global status report on noncommunicable diseases 2014[EB/OL].[2020-10-08]. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>

[6] 谢平,韦贤瑞,张强,等.2012—2016年北海市合浦县居民恶性肿瘤发病死亡分析[J].中国肿瘤,2020,56(1):57-62.

[7] 孟军,毛玮,黄金梅.2008—2017年广西死因监测点四种主要慢性病死亡及早死概率分析[J].应用预防医学,2018,24(5):343-348.

[8] 陈丽莉,程晓萍,白明宇,等.2013—2018年营口市城市户籍居民恶性肿瘤死因分析[J].中国全科医学,2020,23(27):3427-3432.

[9] 杨君崎,李江峰,樊丽辉,等.温州市四类慢性病早死概率及去死因期望寿命分析[J].预防医学,2021,33(2):178-180.

[10] 黄金梅,毛玮,蔡剑锋,等.2013—2017年广西国家级死因监测点居民慢性病死亡情况分析[J].中国临床新医学,2019,12(2):171-175.

[11] 谭东,陈国伟,林艺兰.厦门市居民10年肺癌死亡趋势和寿命损失分析[J].中国城乡企业卫生,2016,172(2):39-41.

(上接第5页)

服降糖药为阿卡波糖,甘精胰岛素为常用皮下注射给药^[2]。阿卡波糖为葡萄糖苷酶抑制剂,该品口服给药后作用于肠道葡萄糖甙水解酶,通过抑制葡萄糖甙水解酶的活性,以抑制糖尿病患者经饮食摄入的多糖、蔗糖转化为葡萄糖,从而延缓糖尿病患者体内糖类物质的吸收速率,甘精胰岛素为人工合成胰岛素,注射给药后可增加人体胰岛素含量^[3,4]。本次研究显示应用甘精胰岛素联合阿卡波糖治疗的实验组与单纯应用阿卡波糖治疗的对照组,两组患者与给药前相比,空腹血糖降低且低于对照组,餐后2h血糖降低且低于对照组,糖化血红蛋白降低且低于对照组,实验组患者不良反应发生率比对照组低。

综上所述,糖尿病患者甘精胰岛素联合阿卡波糖治疗可

显著提升降糖效果,降低血糖控制不平稳诱发低血糖、糖尿病酮症酸中毒等不良反应发生率。

参考文献:

- [1] 陈昌燕.甘精胰岛素联合二甲双胍阿卡波糖在2型糖尿病的临床中应用[J].中国保健营养,2020,30(20):155-156,158.
- [2] 奚文.老年糖尿病临床治疗中联合应用甘精胰岛素与阿卡波糖片的效果[J].中外女性健康研究,2019,1(8):41,43.
- [3] 刘燕霞.甘精胰岛素和阿卡波糖片用于老年糖尿病治疗中的临床效果[J].黑龙江医药,2019,32(1):101-102.
- [4] 王曹锋,蔡文玮,陈谊,等.阿卡波糖控制不佳的老年2型糖尿病患者联合甘精胰岛素或中效胰岛素对血糖的影响[J].老年医学与保健,2017,23(2):105-108.

(上接第6页)

变的传统危险因素如糖尿病、风湿免疫系统疾病及血液透析患者和部分危险因素。从而也说明,即便除去传统的病因及危险因素,CKD仍存在较高的左室肥厚发生率。

总之,CKD患者左室肥厚发生率高,并在CKD早中期就已出现病变。随肾功能的减退,心脏结构和功能病变逐步加重。

参考文献:

[1] 唐盛,etal.,广西6城市成年人慢性肾脏病流行病学调查.医学理论与实践,2011,24(14):1625-1626.

[2] 彭炎强,梁馨苓,陈永松等.慢性肾脏病对患者心脏结构和功能的影响及意义[J].中国实用医刊,2011,38(7):11-14.

[3] 吕玉凤 and 刘必成.透析患者心血管疾病危险因素逆流流行病学现象.中华肾脏病杂志,2006,22(3):183-186.

[4] 侯凡凡,马志刚,梅长林,等.中国五省市自治区慢性肾脏病患者心血管疾病的患病率调查[J].中华医学杂志,2005,85(7):458-463.

[5] 彭道有,岳华,何卫等.慢性肾脏病并发左室肥厚现况及其危险因素[J].现代生物医学进展,2011,11(8):1509-1513.