

老年 2 型糖尿病采用格列吡嗪联合阿卡波糖治疗的效果分析

付金孝

云南大学附属医院老年病科 650021

【摘要】目的 探讨格列吡嗪联合阿卡波糖治疗老年 2 型糖尿病的效果。**方法** 选取 2019 年 5 月至 2020 年 5 月在本院进行治疗的老年 2 型糖尿病患者 80 例, 将这些患者作为本次的研究对象, 并随机分为实验组和对照组两组, 其中对照组的患者给予二甲双胍进行治疗, 而实验组的患者则是在对照组患者的治疗基础上给予格列吡嗪联合阿卡波糖进行治疗, 在两组患者进行有效的治疗后, 将两组患者治疗前后的临床疗效指标进行对比分析。**结果** 两组患者在进行治疗前, 临床疗效指标所产生的差异数据不具有统计学意义 ($p > 0.05$), 而两组患者在进行治疗以后, 实验组患者的临床疗效指标优于对照组的患者, 且差异数据具有统计学意义 ($p < 0.05$)。**结论** 对于老年 2 型糖尿病患者使用格列吡嗪联合阿卡波糖进行治疗, 可以有效的提高治疗的疗效, 同时可以稳定老年患者的血糖水平, 具有良好的安全性, 在临床上值得推广和使用。

【关键词】 格列吡嗪; 阿卡波糖; 老年糖尿病; 临床效果

【中图分类号】 R587.1

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2021) 04-001-02

临床上糖尿病是内分泌科比较常见的一类疾病, 主要表现为持续性的高血糖。临床上将糖尿病分为两类: 1 型糖尿病和 2 型糖尿病。1 型糖尿病可以发生于各个年龄段的人群, 临床上的症状主要有饮多食多、多尿和消瘦乏力的症状。而 2 型糖尿病的发病率较高达到 90%, 多发生在 35 ~ 45 岁以后的人群, 起病比较隐蔽, 在早期没有典型的症状, 多伴有高血压和高脂血症以及冠脉粥样硬化等疾病。糖尿病会造成人体内部的水电解质出现紊乱的现象, 同时脂肪、糖类以及蛋白质代谢会出现异常, 从而引发多种器官功能出现障碍或衰竭的现象, 给患者的生命健康造成了严重的影响, 所以需要采取合理且科学的药物进行治疗, 使患者的血糖水平得到有效的控制。本文将对老年 2 型糖尿病患者使用格列吡嗪联合阿卡波糖进行治疗, 并将结果进行处理和分析。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2019 年 5 月至 2020 年 5 月在本医院进行治疗的老年 2 型糖尿病患者 80 例, 将这些患者作为本次的研究对象, 并随机分为实验组和对照组两组, 每组有 40 例患者, 其中对照组的 40 例患者中, 有男性患者 25 例, 女性患者 15 例, 年龄在 60 ~ 83 岁之间, 平均年龄在 (72.8 ± 1.1) 岁, 而实验组的 40 例患者中, 有男性患者 24 例, 女性患者 16 例, 年龄在 61 ~ 82 岁之间, 平均年龄在 (72.9 ± 1.0) 岁。两组患者在年龄和性别等一般信息之间所产生的差异数据中, 不具有统计学意义 ($p > 0.05$) 具有可比性。

1.2 方法

对照组的患者采用二甲双胍进行治疗, 主要是使用盐酸

二甲双胍肠溶胶囊进行口服, 2 ~ 3 次 / 天, 在餐前的半小时服用, 初次的使用剂量为 250mg / 次, 随后根据患者血糖的控制情况以及患者的耐受程度逐步的增减药量, 最大的药量是 2000mg / 天。

实验组的患者则是在采取二甲双胍的治疗基础上, 使用格列吡嗪联合阿卡波糖进行治疗, 口服格列吡嗪控释片 1 次 / 天, 初次的用药剂量为 5mg / 次, 随后结合患者的血糖控制情况以及耐受的来调整服用的药物剂量, 格列吡嗪的最大给药剂量为 20mg / 次; 口服阿卡波糖片 3 次 / 天, 初次的药物剂量为 50mg, 随后根据患者血糖的控制情况和耐受的来增减药量, 最大的药物剂量为 100mg / 次。

两组患者均连续用药 6 周, 患者在服用药物期间需要加强饮食管理和运动的管理, 在疗程结束以后, 将两组患者的临床效果进行对比分析。

1.3 观察指标

将两组患者在进行治疗前后的护理效果进行对比分析。

1.4 统计学分析

采用 SPSS20.0 软件对数据进行处理和分析, 计数资料用 ($n/\%$) 来表示, 用 χ^2 进行检验, 计量资料用标准差 $\pm$ 来表示, 用 t 进行检验, 当 $p < 0.05$ 时具有统计学意义。

2 结果

两组患者在进行有效的治疗前, 两组患者的临床疗效指标所产生的差异数据不具有统计学意义 ($p > 0.05$), 两组患者在进行有效的治疗后, 实验组患者的临床疗效指标情况优于对照组的患者, 且差异数据具有统计学意义 ($p < 0.05$) 见表 1

表 1: 两组患者临床疗效指标的对比情况

组别	FPG 治疗前	FPG 治疗后	2hPG 治疗前	2hPG 治疗后	HbA1c 治疗前	HbA1c 治疗后
实验组	10.03 $\pm$ 2.18	6.32 $\pm$ 1.19	14.32 $\pm$ 2.73	9.65 $\pm$ 1.13	9.52 $\pm$ 1.34	6.25 $\pm$ 0.52
对照组	10.15 $\pm$ 2.09	8.90 $\pm$ 1.52	14.37 $\pm$ 2.71	10.94 $\pm$ 1.36	9.47 $\pm$ 1.31	8.10 $\pm$ 0.64
t	0.251	8.453	0.082	4.614	0.169	14.190
p	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

目前根据研究表明, 我国糖尿病的发病率在 4% 左右, 而老年糖尿病的患者致死率极高, 在临床上需要引起充分的重视。糖尿病的病程进展较慢, 目前没有治愈的方案且长期血糖

偏高的患者, 人体内环境平衡会遭到破坏, 严重的影响人体内分泌的系统和免疫的系统以及营养吸收的系统, 引发高渗性高血糖以及心脑血管的疾病。糖尿病为终身性的疾病, 在

远端骨折多见于 25 岁以下的年轻人和 65 岁以上的老人。青年人主要是由于强大的外力所致,包括车辆损伤、高空坠等。在这个时候,骨折最容易损伤关节面。不适当的治疗会影响到后期的关节功能。

老年骨质疏松症是老年人桡骨远端骨折的主要原因。所以,当外力(例如行走时跌倒)作用于桡骨远端时,很容易破坏正常结构,在压力下容易被插入、插入,导致桡骨缩短、关节分离解剖角度的改变。无论手术还是保守治疗,其目的都是尽可能地恢复解剖结构,使尺骨的偏角、掌骨倾斜角及关节面接近正常,尽量减少出现功能障碍的可能性。

在保守治疗方面,以往手法复位为主,成功复位后用石膏或夹板固定。此方法虽然避免了手术治疗所带来的创伤,但由于骨折早期位置不稳定,易发生移位或变形而导致固定失败。如不及时纠正,可导致畸形或关节功能障碍。对于固定时的肢体位置要求较高,易发生并发症^[2]。

随着医疗技术的发展,以手术治疗桡骨远端骨折为主。外科治疗的目的是在直视下进行解剖学复位,能有效地恢复关节面的平整。断端严重粉碎。受压可以明显地恢复关节面和桡骨长,减少外伤性关节炎等并发症^[3]。手术前应根据病人的一般情况、骨折的严重程度、骨质疏松程度严格掌握手术指征。外科治疗能最大限度地恢复桡骨远端正常解剖结构和角度,减少关节表面粗糙度,预防关节功能障碍及畸形的发生。当然,手术治疗也有其适应证,通常选择如下:AO 型 A 型(桡骨远端干骺端骨折),闭合复位石膏外固定是首选。在封闭复位不满意的情况下,对 B、C1、C2、C3 型骨折首选切开复位钢板固定。

(上接第 1 页)

考虑到患者的生命安全后,需要明确并合理的使用降糖药以及胰岛素等相关的药物,将患者的血糖控制在一定的范围内。二甲双胍是临床上治疗糖尿病的常用药物,可以增强机体对于胰岛素的敏感性,并促进葡萄糖的吸收和脑、肠道以及皮肤等非胰岛素依赖组织对于葡萄糖的利用效率,同时还具有抑制肝糖原异生的作用,使肝糖的生成迅速的降低,进一步的抑制肠壁细胞摄取葡萄糖。格列吡嗪是一种磺脲类的降糖药物,可以刺激胰腺增加胰岛素的分泌,同时还可以增加胰岛素的敏感性,能够有效的抑制肝脏生成葡萄糖的胰外作用,有效的降低血糖以及糖化血红蛋白水平,改善高脂血症。阿卡波糖是一种 α -葡萄糖苷酶抑制剂,能够竞争性的与麦芽糖酶和葡萄糖淀粉酶、蔗糖酶等进行可逆性的结合,从而抑制酶的活性,减缓淀粉和蔗糖分解以及果糖和葡萄糖的生成速度,有效的减缓肠道对于葡萄糖的吸收速度,降低餐后的血糖。

(上接第 2 页)

者机体耐受下,实施膝关节活动,经消肿、抗感染、镇痛、各项训练避免患者出现骨折疏松、肌肉萎缩情况,加之适宜牵引可将韧带、结缔组织损伤情况降低,使膝关节功能予以改善,有利于愈合^[4-5]。

综上所述,对胫骨平台骨折患者予以康复治疗,将康复时间缩短,有利于膝关节功能恢复,使关节角度、活动情况予以改善。

参考文献:

[1] 陈小平. 胫骨平台骨折术后康复治疗对膝关节功能恢

干骺端骨折线邻近关节面,不能用钢板钉固定时,采用切开复位外固定,根据术中是否满意复位来确定克氏针内固定^[4-5]。

本研究显示,手术组镇痛治疗时间、住院时间短于保守组,治疗后患者疼痛应激评分低于保守组,Mayo 腕关节评分高于保守组,优良率高于保守组, $P < 0.05$ 。

综上所述,手术治疗桡骨远端骨折的有效性高,可提高治疗效果,减轻患者痛苦,缩短住院的时间。

参考文献:

[1] 王楠,杜国庆,蔡雨卫,王辉昊,曹贺,郑春伟,胡启龙,陈晶晶,石瑛. 三种固定方法治疗中老年桡骨远端伸直型骨折的疗效观察 [J]. 上海中医药杂志, 2021, 55(08):58-62.

[2] 王进,王志旭,李自才,蒲彦川,王虎林,苗生龙,毕虎,王冬,徐栋林,徐志斌. 桡骨远端“T”形钢板结合缝合锚钉治疗 Neer II b 型锁骨远端骨折 [J]. 中国骨伤, 2021, 34(07):679-683.

[3] 王振旺,李立东,郑秋涛,梁卫东. 不同入路锁定钢板内固定治疗不稳定型桡骨远端骨折效果及对腕关节功能恢复和生活质量影响 [J]. 临床误诊误治, 2021, 34(07):65-70.

[4] 郑冰,刘跃华,李红良,孙以华,梁超. 掌侧入路解剖型锁定钢板内固定术治疗桡骨远端骨折的临床效果 [J]. 临床医学, 2021, 41(07):37-39.

[5] 王彬,付备刚,王秀会,李卓凯,陈诚,夏胜利. 桡侧辅助钢板治疗外侧柱不稳定型桡骨远端骨折的临床效果分析 [J]. 中国医学创新, 2021, 18(20):60-65.

此外,长期服用阿卡波糖会降低 FPG、HbA1c。本文对于老年 2 型糖尿病患者使用格列吡嗪和阿卡波糖进行治疗,有效的将患者的血糖控制在一定的范围内,并且增强胰岛 β -细胞的功能,在临床值得推广和使用。

参考文献:

[1] 陈金玉,郭晓霞,曹琳玲. 短期胰岛素强化治疗对老年初诊 2 型糖尿病患者分泌型卷曲相关蛋白的影响 [J]. 中国临床医生杂志, 2020, 48(1):36-39.

[2] 何相成,温志刚,李艳君,等. 地特胰岛素与门冬胰岛素 30 起始治疗老年 2 型糖尿病伴轻度认知障碍患者的疗效比较 [J]. 中国临床新医学, 2020, 13(1): 85-89.

[3] 王丽娜,郭玉卿,赵红艳,等. 门冬胰岛素 30 与甘精胰岛素联合瑞格列奈治疗老年初发 2 型糖尿病患者的疗效比较 [J]. 中国基层医药, 2020, 27(12): 1439-1444.

复的影响 [J]. 中国伤残医学, 2020, 28(17):73-74.

[2] 尚建伟. 胫骨平台骨折内固定术后系统性康复治疗对膝关节功能的影响 [J]. 中国伤残医学, 2020, 28(16):54-55.

[3] 王博. 胫骨平台骨折术后膝关节功能的康复治疗方法及疗效观察 [J]. 中国保健营养, 2019, 29(1):62.

[4] 曾海潜,罗燕,马成龙. 胫骨平台骨折的康复治疗及患者膝关节功能评估 [J]. 养生保健指南, 2019(30):338.

[5] 张庆. 胫骨平台骨折的康复治疗对膝关节的影响 [J]. 临床合理用药杂志, 2019, 12(19):142-144.