

阿卡波糖与二甲双胍联治初发 2 型糖尿病伴高脂血症病人的治疗机制分析

何 利

陕西省西安 630 医院内科 陕西西安 710089

【摘要】目的 分析阿卡波糖联合二甲双胍治疗初发 2 型糖尿病伴高脂血症病人的治疗机制。**方法** 择取本院 2020 年 4 月-2022 年 5 月收治的 196 例初发 2 型糖尿病伴高脂血症病人, 随机分成两组, 各 98 例。对照组采取二甲双胍单用, 研究组采取阿卡波糖与二甲双胍联治。对比两组病人治疗后的血糖、血脂水平。**结果** 治疗后, 研究组的 FBG、2hPG、HbA_{1c} 血糖水平均低于对照组, 差别具有显著意义 ($P < 0.05$); 研究组的 TG、TC、LDL-C、HDL-C 水平均优于对照组 ($P < 0.05$)。**结论** 阿卡波糖联合二甲双胍治疗初发 2 型糖尿病伴高脂血症的治疗机制是通过降低病人的血糖、血脂水平实现。

【关键词】 阿卡波糖; 二甲双胍; 2 型糖尿病; 高脂血症; 治疗机制

【中图分类号】 R587.1

【文献标识码】 A

【文章编号】 2095-9753 (2022) 12-030-02

2 型糖尿病是临床常见的内分泌系统慢性疾病, 该病发病率高, 发病群体以中老年人为主, 常见临床症状为病人的多尿、多饮、多食、体重下降等^[1]。一般情况下, 2 型糖尿病病人会出现一定程度的胰岛素功能障碍, 导致体内胰岛素分泌不足, 血糖水平异常上升的情况。高脂血症属于慢性疾病, 会对病人的血液运输循环过程造成阻碍。2 型糖尿病伴高脂血症病人在两种疾病的双重作用下, 容易造成心脑血管和脏器的严重损害, 极大地影响病人的身体健康和生活质量^[2]。基于此, 本研究结合本院收治的 196 例初发 2 型糖尿病伴高脂血症病人, 分析探讨阿卡波糖联合二甲双胍治疗的疗效与机制, 现将研究内容及结果报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

择取 2020 年 4 月-2022 年 5 月于本院进行治疗的 196 例初发 2 型糖尿病伴高脂血症病人, 根据不同治疗方案随机分成对照组与研究组, 各 98 例。对照组中, 男 52 例, 女 46 例; 年龄区间 38 ~ 72 岁, 平均年龄 (53.54 ± 4.61) 岁; 研究组中, 男 50 例, 女 48 例; 年龄区间 36 ~ 75 岁, 平均年龄 (56.54 ± 4.90) 岁。两组病人资料差别无显著意义 ($P > 0.05$), 可以用作比对、研究。

纳入标准 ①符合《中国 2 型糖尿病防治指南(2013 年版)》相关诊断标准^[3], 经临床检查确诊者; ②了解本次研究目的及内容且同意参与研究。

排除标准: ①合并传染病患者; ②合并血液疾病和免疫系统疾病患者; ③合并传染性疾病患者; ④精神异常者。

1.2 方法

治疗期间为两组病人制定科学合理的饮食运动计划, 使其保持充分睡眠时间及良好作息习惯。对照组病人给予二甲双胍口服治疗, 用药剂量每次 0.5g, 每天 3 次, 治疗周期 3 个月。研究组病人给予阿卡波糖与二甲双胍联用口服治疗, 二甲双胍用药方案与对照组保持一致, 阿卡波糖剂量每次 50mg, 每天 3 次, 治疗周期 3 个月。

1.3 观察指标

(1) 对比两组病人的血糖水平情况, 具体包括空腹血糖 (FBG)、餐后 2 小时血糖 (2hPG)、糖化血红蛋白 (HbA_{1c}) 三项指标。(2) 对比两组病人的血脂水平情况, 具体包括三酰甘油 (TG)、总胆固醇 (TC)、低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C)、高密度脂蛋白胆固醇 (HDL-C) 四项指标。

1.4 统计学方法

使用 SPSS 21.0 软件对研究数据进行处理, ($\bar{x} \pm s$) 代表计量资料, 用 t 检验; [n(%)] 代表技术资料, 用 χ^2 检验。 $P < 0.05$ 代表组间差别有统计学意义。

2 结果

2.1 对比两组血糖水平

研究组治疗后的 FBG、2hPG、HbA_{1c} 各项水平均低于对照组 ($P < 0.05$)。见表 1。

表 1: 两组血糖水平对比 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	FBG (mmol/L)		2hPG (mmol/L)		HbA _{1c} (%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	98	10.14 ± 1.24	7.45 ± 0.79	13.01 ± 2.82	10.63 ± 1.48	9.41 ± 1.32	7.76 ± 1.08
研究组	98	10.12 ± 1.16	6.09 ± 0.55	12.85 ± 2.63	8.20 ± 1.05	9.35 ± 1.29	6.15 ± 0.97
t		0.117	13.986	0.411	13.257	0.322	10.979
P		0.907	0.00	0.682	0.000	0.748	0.000

2.2 对比两组血脂水平

研究组治疗后的 TG、TC、LDL-C 水平均低于对照组, HDL-C 水平高于对照组 ($P < 0.05$)。见表 2。

3 讨论

随着我国经济的不断发展, 近年来人们的生活水平不断提高, 人口老龄化趋势不断加深, 2 型糖尿病病人规模的逐年扩大。2 型糖尿病病人容易诱发高脂血症等多种并发症,

严重影响病人的身体健康与生活质量, 如未及时进行治疗, 高脂血症可能进一步引发胰腺炎、脑梗塞、冠心病等疾病, 对病人的生命安全构成巨大威胁^[4]。因此, 有必要采取临床治疗手段, 确保病人机体内的血糖、血脂水平正常, 从而有效抑制病情进展, 降低相关并发症发生风险。

目前临床常使用二甲双胍对 2 型糖尿病伴高脂血症病人进行药物治疗, 通过增强机体细胞的蛋白激酶活性, 进而改

善血脂水平。阿卡波糖通过降低机体内 α -葡萄糖苷酶活性,抑制葡萄糖的代谢过程,从而改善病人血糖水平^[5]。本次研究发现,治疗前对比两组的血糖水平与血脂水平差别不具有显著意义($P > 0.05$),治疗后研究组的FBG、2hPG、HbA_{1c}血糖水平均低于对照组,差别具有显著意义($P < 0.05$);研究组的TG、TC、LDL-C、HDL-C水平均优于对照组($P < 0.05$)。可见,阿卡波糖联合二甲双胍治疗具有重要临床应用价值。

综上所述,在初发2型糖尿病伴高脂血症病人的临床治疗中,应用阿卡波糖联合二甲双胍的治疗方案,可以有效降低病人的血糖、血脂水平,达到良好的治疗效果。

参考文献:

[1] 孙雯雯,王露.阿卡波糖+二甲双胍治疗2型糖尿病

伴高脂血症的疗效和安全性分析[J].中国实用医药,2022,17(3):147-150.

[2] 巫岳庆,徐冠雄.阿卡波糖联合二甲双胍治疗初发2型糖尿病伴高脂血症患者的临床疗效分析[J].中国现代药物应用,2020,14(12):167-169.

[3] 中华医学会糖尿病学分会.中国2型糖尿病防治指南(2013年版)[J].中国糖尿病杂志,2014,30(8):893-942.

[4] 许艳玲.阿卡波糖联合二甲双胍治疗糖尿病伴高脂血症患者的效果[J].中国医药指南,2022,20(14):85-87.

[5] 赵瑞春,张丽艳,李红侠.阿卡波糖联合二甲双胍治疗2型糖尿病伴高脂血症的临床研究[J].实用医技杂志,2020,27(5):617-619.

表2: 两组血脂水平对比 (mmol/L, $\bar{x} \pm s$)

组别	例数	TG		TC		HDL-C		LDL-C	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组	98	7.37 $\pm$ 0.84	6.14 $\pm$ 0.68	3.71 $\pm$ 0.43	2.87 $\pm$ 0.38	1.02 $\pm$ 0.13	1.34 $\pm$ 0.15	4.45 $\pm$ 0.62	3.49 $\pm$ 0.55
研究组	98	7.41 $\pm$ 0.91	4.37 $\pm$ 0.51	3.60 $\pm$ 0.52	1.41 $\pm$ 0.45	1.04 $\pm$ 0.16	1.75 $\pm$ 0.27	4.51 $\pm$ 0.70	2.07 $\pm$ 0.46
t		0.320	20.614	1.614	24.539	0.960	13.141	0.830	19.605
P		0.750	0.000	0.108	0.000	0.338	0.000	0.408	0.000

(上接第28页)

效时平均次数10次、15次、20次, $P < 0.05$,有显著性差异,见表2。

3 讨论

盆底尿道括约肌是在脑脊髓系统分出的神经控制下工作的,脊柱为神经自颅腔出脊髓腔提供通道,任何一个椎体的偏位、骶骨、骨盆的偏位以及脊柱形态的异常都会阻碍神经传导,导致神经支配功能失常。脊椎骨盆矫正是为解除这一阻碍,恢复神经调节的平衡而实施治疗的。脊椎矫正将偏位的椎体、骨盆纠正,就是在神经通路上去除障碍物,临床应用脊椎矫正的方法来治疗产后脊源性漏尿取得了较好的疗效。

产后脊椎矫正研究创始人王勇、陈伟清、整脊界王刚根据本大量临床实践研究证明,采用脊椎矫正治疗产后脊源性漏尿,将产后脊椎矫正治疗漏尿疗效、疗程进行对比,最终的有效率达到94.0%, $P < 0.05$,有显著差异,减轻了患者的

痛苦并为了提高患者的生活质量,降低产后疾病发病率,改善患者的家庭和谐关系有良好的促进作用,受到了广大患者的欢迎,可以广泛应用在临床治疗中。陈伟清从事脊椎形体矫正抗衰事业,创建和传承形体抗衰文化,在形体抗衰方面有丰富的经验,提倡全人类拥有好体态、减少病痛。

参考文献:

[1] Quiboeuf E, Saurel-Cubizolles M J, Fritel X. Trends in urinary incontinence in women between 4 and 24 months postpartum in the EDEN cohort.[J]. Bjog An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2015, 123(7):1222-1228.

[2] 安妮·迪安.怀孕圣经[M].山东科学技术出版社,2012,3:348-351.

[3] 肯尼思·F.基普尔.剑桥世界人类疾病史[M].上海科技教育出版社,2007.12:145-150.

(上接第29页)

势开始呈现年轻化^[4]。子宫肌瘤的致病因素当前还未形成统一机制,但大部分医学研究者认为,子宫肌瘤的发病机制与女性激素变化可能有相关关联。子宫肌瘤在临床治疗中需根据患者年龄、分娩方式及生育所需进行考虑,并根据患者实际状况采取针对性手术治疗方案,在常规治疗方式中,开腹手术是子宫肌瘤切除术常用治疗措施。以临床体积较小的子宫肌瘤类型来说,若子宫肌瘤因体积因素经B超难以被有效查出,其开腹手术能够通过手触方式发现子宫肌瘤的存在,且在直视下完成腹腔关闭,使子宫部位保持完好。

相对来说,开腹手术更适用于子宫肌瘤数量较多的条件下,但该手术方式会给患者造成较大创伤,且术中出血量较多,对患者腹腔极易造成不良影响。在我国临床医学开始广泛推崇微创手术方式后,腹腔镜手术治疗开始应用于子宫肌瘤手术中,该手术方式与开腹手术相比,其能够有效达到微创手术治疗标准,并在手术治疗时能够完好的保留患者子宫腔,使患者生育系统防止破坏,同时,该手术方式能够缩减手术创伤面积,患者术后并发症发生率较低,且恢复时

间相对更快,术后恢复更为美观,因此临床手术治疗更为推荐。

经本文研究结果得出,观察组患者的术中出血量、体温恢复时间、术后排气时间、住院时间及术后病率均优于对照组患者,两组患者组间结果差异明显,具有统计学意义($P < 0.05$),

综上所述,针对子宫肌瘤患者实施腹腔镜下子宫肌瘤剔除术能够有效提高康复效率,缩减术后创伤面积,减少并发症的发生几率,临床应用具有较高安全性。

参考文献:

[1] 王瑞敏,侯懿.腹腔镜子宫肌瘤剔除术与传统开腹手术治疗子宫肌瘤的临床疗效比较[J].重庆医学,2018,11(07):852-853.

[2] 杨琳琳.腹腔镜下子宫肌瘤剔除术与开腹子宫肌瘤剔除术临床疗效分析[J].中外医疗,2020,22(06):49-50.

[3] 黄巧玲.腹腔镜下子宫肌瘤剔除术与开腹手术的临床效果比较[J].中国实用医药,2019,15(05):95-96.

[4] 张林丽,孟敏,杨晓东.腹腔镜下子宫肌瘤剔除术与开腹手术的临床疗效对比[J].中国社区医师,2020,12(09):81+83.