

糖尿病肾病发病情况及危险因素统计分析

马巧丽

定西市第二人民医院肾病血液 / 风湿免疫科 甘肃定西 743000

【摘要】目的 了解糖尿病肾病(DN)患者的发病情况及其危险因素,为防治DN提供科学依据。**方法** 从医院2020年1月到2023年4月治疗的2型糖尿病(T2DM)患者中随机取样法抽取80例为调查对象,对入选患者进行问卷调查、体格检查和实验室检测,统计学分析DN发病情况和DN发病的影响因素。**结果** 80例T2DM患者中,DN发病23例(28.75%);年龄、文化程度、T2DM病程、饮酒、吸烟、肉类摄入频次、肥胖、高血压、TC升高、HDL-C降低、LDL-C升高是DN发病的危险因素,而参加体育锻炼和HbA1c达标是DN发病的保护因素。**结论** T2DM患者DN发病率较高,对患者进行健康宣教,合理控制饮食,进行体育锻炼,严格控制血糖、血脂、血压,保持健康生活对DN患者尤为重要。

【关键词】 糖尿病肾病; 2型糖尿病; 发病率; 危险因素

【中图分类号】 R587.2

【文献标识码】 A

【文章编号】 1000-8039 (2026) 03-015-03

【基金项目】 定西市科技计划资助,项目编号:DX2023BZ69

DN也称为糖尿病肾小球硬化,是T2DM患者微血管并发症中最常见、最严重的并发症,主要临床表现为水肿、蛋白尿、进展性肾功能障碍^[1]。DN的发生机制主要与长期高血糖对肾脏微循环的损害有关,一旦发展到终末期肾脏病,其治疗通常比其他肾脏疾病更加困难,因此及时预防和干预对延缓DN具有重要意义。

1 对象和方法

1.1 研究对象

从医院2020年1月到2023年4月治疗的2型糖尿病(T2DM)患者中随机取样法抽取80例为调查对象,入组患者男37例,女73例,年龄18-83岁。本研究经本院伦理委员会核实并批准,且所有调查对象均知情同意。

1.2 方法

1.2.1 DN诊断标准

T2DM患者符合以下任何1条即可诊断为DN:1)大量白蛋白尿;2)糖尿病视网膜病变伴任何一期慢性肾脏病;3)在10年以上糖尿病病程的1型糖尿病中出现微量白蛋白尿。

1.2.2 问卷调查

使用自制调查问卷,由经过培训且考核合格的医务人员采用面访形式填写调查问卷。询问内容包括性别、年龄、T2DM病程、婚姻状况、居住地及文化程度、饮酒、吸烟、肉类摄入频次及参加体育锻炼情况等。其中饮酒指饮白酒、红酒、啤酒等含有酒精成分的饮料,每周至少1次,且超过半年以上;吸烟指近6个月内每日吸烟至少1支;体育锻炼指每周至少2h参加体育活动。

1.2.3 体格检查

由经过培训且考核合格的医务人员测量调查对象身高、体重及血压。其中体重指数(BMI) < 18.5为偏瘦,18.5 ≤ BMI < 24.0为正常体重,24.0 ≤ BMI < 28.0为超重,BMI ≥ 28.0为肥胖。每个调查对象均测量3次血压,取平均值,高血压指收缩压 ≥ 140mmHg (1mmHg=0.133kPa)和(或)舒张压 ≥ 90mmHg。

1.2.4 实验室检测

现场采集调查对象血标本送实验室,检测甘油三酯(TG)、总胆固醇(TC)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)、糖化血红蛋白(HbA1c)。

其中TG升高指TG ≥ 2.26mmol/L,TC升高指TC ≥ 6.22mmol/L,HDL-C降低指HDL-C < 1.04mmol/L,LDL-C升高指LDL-C ≥ 4.14mmol/L;HbA1c达标指HbA1c < 7.00%。

1.3 统计分析

建立数据库双录入数据,使用SPSS25.0进行一般描述性分析、 χ^2 检验及多因素非条件Logistic回归分析。检验水准均为双侧, $\alpha=0.05$ 。

2 结果

80例T2DM患者中,DN发病23例(28.75%);年龄、文化程度、T2DM病程、饮酒、吸烟、肉类摄入频次、肥胖、高血压、TC升高、HDL-C降低、LDL-C升高是DN发病的危险因素,而参加体育锻炼和糖化血红蛋白(HbA1c)达标是DN发病的保护因素。详见表1,表2。

3 讨论

研究显示^[2]DN属于不可逆性疾病,临床医学需要不断研究分析什么因素会加剧DN发展成为终末期肾病,而后相关的因素进行有针对性预防与管理,这样可以在一定程度上预防,延缓,遏制患者疾病恶化的发生,同时提升患者生活质量。

本研究结果发现,年龄、文化程度、T2DM病程、饮酒、吸烟、肉类摄入频次、肥胖、高血压、TC升高、TG升高、HDL-C降低、LDL-C升高是DN发病的危险因素,而参加体育锻炼和糖化血红蛋白(HbA1c)达标是DN发病的保护因素。DN患者发生高血压会加速糖尿病肾病的恶化,血压升高可导致外周阻力增加和血管功能下降,从而加重T2DM患者微血管病变。因此T2DM患者需要控制自身血压水平,以减少T2DM合并高血压发生,从而降低T2DM患者DN等并发症发生率。控制血糖水平也可以在一定程度上延缓DN疾病恶化,积极控制患者血红蛋白,改善患者尿酸水平,尽量避免终末期肾病的发生。血脂水平,空腹状态下的血糖、HbA1c、LDL-C、TC、HDL-C等都存在一定的疾病影响。吸烟为T2DM患者DN发病的危险因素之一,香烟中的有毒物质可影响脂质代谢,诱发血管收缩和扩张,刺激肾上腺素,使血糖发生变化。同时烟草烟雾中的尼古丁可通过刺激肾脏的肾小管减弱胰岛素功能,严重者可诱发T2DM患者出现一系列并发症。肉类摄入频次 > 1次/周的T2DM患者DN发病率较高,考虑可能与羊、牛、猪等肉类摄入较多可加重脂质代谢紊乱有关,易发生高脂血症。胆固醇和饱和脂

表 1: T2DM 患者 DN 发病情况分析

项目	例数 (n)	DN 例数 (n)	发病率 (%)	χ^2	P	
性别	男	37	11	29.73	1.234	0.497
	女	43	12	27.91		
年龄 (岁)	18-29	2	0	0.00	23.518	0.000
	30-45	12	2	16.67		
	46-60	41	13	31.71		
	61 岁以上	25	8	32.00		
T2DM 病程 (年)	1-5	16	4	25.00	12.318	0.000
	6-10	45	12	26.67		
	10 年以上	19	7	36.84		
婚姻情况	非在婚	20	6	30.00	0.628	0.635
	在婚	60	17	28.33		
居住地	城市	34	10	29.41	0.837	0.508
	农村	46	13	28.26		
文化程度	小学及以下	27	9	33.33	7.684	0.000
	初中	32	9	28.13		
	高中及以上	21	5	23.81		
饮酒	否	60	16	26.67	15.327	0.000
	是	20	7	35.00		
吸烟	否	54	14	25.93	17.361	0.000
	是	26	9	34.62		
肉类摄入频次 (次/周)	≤ 1	63	17	26.98	12.636	0.000
	> 1	17	6	35.29		
体育锻炼	否	38	12	31.58	6.308	0.000
	是	42	11	26.19		
BMI	偏瘦	11	3	27.27	9.075	0.000
	正常	25	6	24.00		
	超重	33	10	30.30		
	肥胖	11	4	36.36		
高血压	否	49	13	26.53	9.073	0.000
	是	31	10	32.26		
TG	正常	70	19	27.14	13.739	0.000
	升高	10	4	40.00		
TC	正常	68	19	27.94	12.319	0.000
	升高	12	4	33.33		
HDL-C	正常	72	20	27.94	9.372	0.000
	降低	8	3	33.33		
LDL-C	正常	66	18	27.27	11.754	0.000
	升高	14	5	35.71		
HbA1c	不达标	48	15	31.25	7.083	0.000
	达标	32	8	25.00		

表 2: T2DM 患者 DN 发病危险因素多因素非条件 Logistic 回归分析结果

相关因素	分类	β	P	OR	95% 可信区间
年龄 (岁) (参照: 18-29)	30-45	0.365	0.267	1.441	0.756-2.746
	46-60	0.243	0.191	12.75	0.885-1.836
	61 岁以上	0.690	0.000	1.994	1.409-2.821
T2DM 病程 (年) (参照: 1-5)	6-10	0.033	0.752	1.034	0.840-1.272
	10 年以上	0.425	0.000	1.530	1.207-1.939
	吸烟 (参照: 否)	是	0.365	0.008	1.441
肉类摄入频次 (次/周) (参照: ≤ 1)	> 1	0.298	0.003	1.347	1.134-1.599
体育锻炼 (参照: 否)	是	-0.489	0.012	0.613	0.426-0.883
BMI (参照: 正常)	偏瘦	0.080	0.416	1.083	0.894-1.312
	超重	0.026	0.715	1.027	0.814-1.295
	肥胖	0.518	0.000	1.678	1.338-2.104
高血压 (参照: 否)	是	0.735	0.000	2.086	1.367-3.182
TC (参照: 正常)	升高	0.728	0.000	0.070	1.842-2.327
HDL-C (参照: 正常)	降低	0.587	0.000	1.799	1.550-2.089
HbA1c (参照: 不达标)	达标	-0.557	0.006	0.573	0.413-0.794

(下转第 19 页)

及人们治疗预期的提升,乳腺癌手术切除治疗中,手术切除范围不断缩小,逐渐完善改进后的保乳术逐渐成为早期乳腺癌临床治疗的常用术式。与根治切除术相比,保乳术也能将肿瘤完整切除,但手术的切口小,手术时间短,术中失血量显著减少,患者术后恢复更快,住院时间显著缩短,也间接减轻了患者的经济负担;在手术中,尽量减少切除健康组织,保留了乳房的完整性,更好地维持了乳房的外形和美观度,在很大程度上减轻了手术切除治疗对女性心理的影响;患者心理压力得到有效缓解,心理健康和社会功能受到的影响更小,其情感状况也更为放松,精神方面压力的缓解,有效促进了生理机能的恢复,生活质量明显得以提升。本研究中,给予乙组患者保乳术治疗,相关手术指标均较行改良根治术的甲组患者更优,差异有统计学意义($P<0.05$);而对两组患者术后的生活质量进行对比分析,乙组也显著高于甲组吗,差异有统计学意义($P<0.05$)。

综上所述,应用保乳术治疗早期乳腺癌,手术操作更快速便捷,手术的创伤性更小,患者术后恢复效果好,生理、心理状况更佳,对生活影响小,能保证较高的生活质量,是理想的术式,值得推广。

参考文献:

[1] 王斌,付肥郭,王学究等.改良根治术及保乳术治

疗早期乳腺癌的对比研究[J].实用临床医药杂志,2023,19(13):47-49.

[2] 周强.保乳术与改良根治术在早期乳腺癌治疗中的效果比较[J].中国医药导报,2024,12(32):100-103.

[3] 马志军.保乳手术与改良根治术治疗早期乳腺癌的临床效果[J].中国肿瘤临床与康复,2022,22(11):1345-1347.

[4] 余敏,徐正丰,邱涵等.保乳术与改良根治术治疗乳腺癌患者临床疗效及预后影响的系统评价[J].安徽医药,2024,19(12):2330-2334.

[5] 王妍,原晓燕,邱衍哲等.保乳手术和改良根治术在乳腺癌患者临床治疗的效果研究[J].现代生物医学进展,2023,16(24):4759-4762.

[6] 郭慕红,姜鹏,张斌.早期乳腺癌患者行保乳手术与改良根治术的疗效对比研究[J].实用临床医药杂志,2024,21(21):91-92.

表1:两组患者相关手术指标对比($\bar{x}\pm s$)

分组	例数	手术时间(min)	术中失血量(ml)	住院时间(d)
甲组	39	163.28±25.63	126.45±13.97	14.71±4.31
乙组	39	117.75±19.03	97.21±9.69	9.59±2.81
T		8.907	10.740	6.215
P		0.001	0.001	0.001

表2:两组患者生活质量评分对比结果($\bar{x}\pm s$),分]

分组	例数	生理职能	心理健康	情感职能	社会功能
甲组	39	73.17±7.97	75.15±6.92	74.32±7.59	73.39±7.29
乙组	39	84.72±8.01	85.65±8.15	87.12±6.78	83.697±8.13
T		6.383	6.133	7.854	5.895
P		0.001	0.001	0.001	0.001

(上接第16页)

肪酸摄入过多易导致动脉粥样硬化,增加心血管疾病、高血压等患病风险。此外,过量的摄入蛋白质可能会增加肾脏负担,因此T2DM患者蛋白质摄入应适量,以降低DN发生风险。肥胖者体内多存在胰岛素抵抗有关,胰岛素抵抗可降低机体内葡萄糖利用率,易导致胰岛功能受损,出现慢性高血糖现象。因此T2DM肥胖患者应积极参加体育锻炼,每周坚持运动可能对降低T2DM患者DN发生风险有帮助。此外,本次调查还发现HbA1c达标的T2DM患者DN发生风险低于HbA1c未达标者,

提示T2DM患者HbA1c达标可能有利于减少DN发生。

综上所述,T2DM患者DN发病率较高,对患者进行健康宣教,合理控制饮食,进行体育锻炼,严格控制血糖、血脂、血压,保持健康生活对DN患者尤为重要。

参考文献:

[1] 蒲凤,梁财,周云.糖尿病肾病相关危险因素的研究进展[J].安徽医药,2025(11):2153-2157.

[2] 周忠冉,王川,辛蕾蕾.初诊2型糖尿病患者发生糖尿病肾病的危险因素分析[J].糖尿病新世界,2024(19):23-26.

(上接第17页)

比无明显差异($\chi^2=3.981, P=0.046$);A组2例复发,复发率5.88%,B组8例复发,复发率23.53%,两组对比有明显差异($\chi^2=4.221, P=0.040$)。由此可以看出,口服用药不仅短期疗效明显,同时还能有效降低复发率。外部用药治疗一般将药物放置于阴道,多为栓剂,或将制霉菌素片磨碎后加水混合,涂抹于阴道,这种治疗方式能直接作用于患处,起效速度较快,能迅速抑制炎症。但外部用药治疗仅作用于患处,对患者体内的真菌无杀灭作用,因此治疗后的复发率较高^[5]。口服制霉菌素虽然起效速度较慢,但预后良好。由于制霉菌素的胃肠反应较严重,治疗过程中容易出现不良反应,因此一般与其他药物联合使用,从而缓解药物的毒副作用,保证临床疗效。因此在临床治疗中,应当根据患者的病情选择合理的治疗方式,若患者病情较重,可以考虑采用联合治疗的方式控制病情,促进患者康复。

综上所述,口服制霉菌素与外部用药治疗霉菌性阴道炎疗效相近,但口服制霉菌素治疗的复发率较低,远期疗效较好,值得推广应用。

参考文献:

[1] 库淑华,李丽岩.霉菌性阴道炎的诊疗进展[C]//2016全国慢性病诊疗论坛.2016.

[2] 库淑华,李丽岩.霉菌性阴道炎的诊疗进展[J].中华临床医师杂志:电子版,2024(4):149-150.

[3] 管晓丽,杨明,杨岩.口服制霉菌素与外部用药治疗霉菌性阴道炎的疗效探究[J].中国妇幼保健,2024,29(29):4789-4791.

[4] 班显艳.碳酸氢钠冲洗联合制霉菌素局部用药治疗妊娠期霉菌性阴道炎的体会[J].中国医药指南,2024,22(4):82-82.

[5] 杨爱青.唯阴康联合制霉菌素治疗霉菌性阴道炎的效果观察[J].北方药学,2023,14(9):55.