

adults[J].JAMA,2013,310(9):948-959

[5]阮丹杰,杨正强,王雪琴,等.胰岛素强化治疗对初诊 2 型糖尿病患者胰岛 β 细胞功能和胰岛素抵抗的影响[J].中国糖尿病杂志,2009,17(7):516-518

[6]杨兆军,张波,陈海燕,等.短期胰岛素泵强化治疗对新诊断 2 型糖尿病患者胰岛素分泌和敏感性的影响[J].中华内分泌代谢杂志,2012,24

(2):126-128

[7]Weng JP,Li YB,Xu W,et al.Effect of intensive insulin therapy on β -cell function and glycaemic control in patients with newly diagnosed type 2 diabetes: a multicentre randomised parallel-group trial[J].Lancet,2008,371(5):1753-1760

(收稿日期: 2017-07-13)

甘精胰岛素联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病的疗效观察

高晓丽

(河南省内黄县人民医院普内科 内黄 456300)

摘要:目的:探究甘精胰岛素联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病(T_2DM)的临床疗效。方法:选取 2015 年 10 月~2016 年 10 月我院收治的 2 型糖尿病患者 98 例,按照随机数字表法分为对照组和观察组,每组 49 例。对照组采用甘精胰岛素治疗,观察组采用甘精胰岛素联合二甲双胍治疗,比较两组的临床疗效、不良反应及治疗前后的血糖和糖化血红蛋白(HbA1c)变化。结果:治疗后,观察组的临床治疗有效率为 93.88%高于对照组的 75.51%,差异有统计学意义, $P<0.05$;观察组的空腹血糖(FPG)、餐后 2 h 血糖(2 h PG)及 HbA1c 均低于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$;观察组的不良反应发生率低于对照组,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。结论:甘精胰岛素联合二甲双胍治疗 T_2DM 临床疗效显著,能有效降低患者的血糖及 HbA1c 水平,且不良反应发生率低。

关键词:2 型糖尿病;甘精胰岛素;二甲双胍;疗效

中图分类号:R587.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.10.013

2 型糖尿病(Diabetes Mellitus Type 2, T_2DM)是一种临床常见慢性病,近年来, T_2DM 的发病率呈逐年上升趋势, T_2DM 的致病因素主要是胰岛素抵抗及胰岛素相对缺乏,临床表现为多饮、多食、多尿及体重下降等,长期高血糖可引发心脏病变、感染、脑血管疾病等多种并发症,严重影响患者生活质量^[1]。 T_2DM 早期主要通过控制饮食及增强运动控制病况,随着内源性胰岛素分泌的不足及胰岛细胞功能进行性衰弱,在单纯服用降糖药物无法控制血糖时,应及时进行胰岛素治疗,基础胰岛素联合口服降糖药是目前治疗 T_2DM 的有效方案。本研究选取我院收治的 T_2DM 患者 98 例,分组研究了甘精胰岛素联合二甲双胍与单用甘精胰岛素治疗 T_2DM 的临床疗效。现报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 10 月~2016 年 10 月我院收治的 2 型糖尿病患者 98 例,按随机数字表法分为对照组和观察组,每组 49 例。其中观察组中男 27 例,女 22 例;年龄 31~51 岁,平均年龄(41.32 \pm 8.61)岁;病程 5~10 年,平均病程(7.64 \pm 1.25)年。对照组中男 26 例,女 23 例;年龄 29~51 岁,平均年龄(40.16 \pm 9.45)岁,病程 4~10 年;平均病程(7.27 \pm 1.34)年。两组患者的性别、年龄、病程等一般资料相比较,差异无统计学意义, $P>0.05$,具有可比性。

1.2 纳入与排除标准 纳入标准:符合 1999 年 WHO 制定的糖尿病诊断标准^[2];知晓本研究用药方案,并签署知情同意书者。排除标准:患有其他免疫

性疾病及严重心、肺、肾功能不全者。

1.3 治疗方法 两组均进行饮食控制并适量运动,均连续治疗 3 个月。对照组:餐前 30 min 皮下注射门冬胰岛素(国药准字 S20153001)10 U/次,3 次/d;晚餐前 30 min 皮下注射甘精胰岛素(国药准字 S20050051)10 U/次,1 次/d;两种胰岛素均根据血糖监测结果增加或减少剂量,调整单位 2 U/次。观察组在对照组基础上服用二甲双胍(国药准字 H20060164)0.25 g/次,3 次/d,餐后服用。

1.4 观察指标 (1)临床疗效,显效:FPG 下降 \geq 3.3 mmol/L;有效:FPG 下降 1.1~3.2 mmol/L;无效:FPG 下降 $<$ 1.1 mmol/L。总有效率=(显效+有效)/总例数 \times 100%。(2)统计对比两组患者治疗前后的 FPG、2 h PG 及 HbA1c 水平;(3)不良反应:统计对比两组患者低血糖、体重增加、胃肠道反应及谷丙转氨酶(ALT)升高等不良反应的发生率。

1.5 统计学方法 采用 SPSS21.0 统计学软件分析数据,计数资料以%表示,行 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,行 t 检验。 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组临床疗效比较 观察组的临床治疗总有效率为 93.88%高于对照组的 75.51%,差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组临床疗效比较[例(%)]

组别	n	显效	有效	无效	总有效
观察组	49	21 (42.86)	25 (51.02)	3 (6.12)	46 (93.88)
对照组	49	15 (30.61)	22 (44.90)	12 (24.49)	37 (75.51)
χ^2					6.376
P					0.012

2.2 两组治疗前后 FPG、2 h PG 和 HbA1c 比较 治疗前两组的 FPG、2 h PG 和 HbA1c 相比较, 差异无统计学意义, $P>0.05$; 治疗后观察组的 FPG、2 h PG 和 HbA1c 均低于对照组, 差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组治疗前后 FPG、2 h PG 和 HbA1c 比较($\bar{x} \pm s$)

组别	n	时间	FPG (mmol/L)	2 h PG (mmol/L)	HbA1c (%)
观察组	49	治疗前	14.21± 2.35	24.45± 2.12	9.37± 2.65
对照组	49	治疗前	14.25± 2.17	24.19± 1.96	9.74± 2.12
t			0.088	0.630	0.763
P			0.930	0.530	0.447
观察组	49	治疗后	5.17± 2.01	9.42± 4.23	5.89± 3.53
对照组	49	治疗后	7.78± 2.29	12.44± 3.34	7.19± 3.22
t			5.617	3.922	3.340
P			0.000	0.000	0.001

2.3 两组不良反应发生率比较 观察组不良反应发生率为 10.20% 低于对照组的 26.53%, 差异有统计学意义, $P<0.05$ 。见表 3。

表 3 两组不良反应发生率比较[例(%)]

组别	n	低血糖	体重增加	胃肠道反应	ALT 升高	总发生
观察组	49	1(2.04)	2(4.08)	1(2.04)	1(2.04)	5(10.20)
对照组	49	3(6.12)	4(8.16)	3(6.12)	3(6.12)	13(26.53)
χ^2						4.356
P						0.037

3 讨论

近年来, 糖尿病的发病率呈逐年上升趋势, T₂DM 占糖尿病人总数的 90% 左右, 其发病机制主要与胰岛生产胰岛素能力下降及细胞对胰岛素作用不敏感有关^[1]。T₂DM 属于典型的慢性疾病, 多数患者初期不会出现相关病症, 确诊时 50% 的患者胰岛 β 细胞功能已丧失, 及时诊断并选择有效的临床治疗方案对治疗 T₂DM 具有重要的意义。

甘精胰岛素是利用基因重组技术生产的长效胰岛素相似物, 和普通胰岛素作用一样, 它能增加葡萄糖的利用效率, 加快葡萄糖有氧氧化与无氧分解, 促进肌糖原和肝糖原的合成与贮存, 并通过促进葡萄糖脂肪转化, 抑制糖异生和糖原分解, 达到降血糖的目的^[4]。甘精胰岛素皮下注射后, 持续作用时间长, 机体不同位置吸收差异性小, 降糖效果稳定, 能有效模仿生理胰岛素的分泌代谢方式。二甲双胍是临床治疗 T₂DM 的一线药物, 其作用机制是减少肝脏内糖异生, 通过肝脏细胞膜中的 G 蛋白实现胰岛素对腺苷酸环化酶的抑制作用, 促进肌细胞葡萄糖无氧酵解及周围组织葡萄糖利用效率, 减轻胰岛素抵抗^[5]。

本研究结果显示, 治疗后观察组临床总有效率高于对照组, FPG、2 h PG 和 HbA1c 均低于对照组, 观察组的不良反应发生率低于对照组, 差异均有统计学意义, $P<0.05$ 。综上所述, 甘精胰岛素联合二甲双胍治疗 T₂DM 临床疗效显著, 能有效降低患者血糖及糖化血红蛋白水平, 且不良反应发生率低。

参考文献

- [1]黎克江,雷永红,刘新华.甘精胰岛素联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病的疗效[J].江苏医药,2014,40(2):183-185
- [2]孙毅宏,张永莉,石洁.甘精胰岛素联合二甲双胍治疗初发 2 型糖尿病的疗效观察[J].中国临床研究,2014,27(5):544-545
- [3]陈亮,姚志灵,刘文浩.甘精胰岛素联合二甲双胍对老年 2 型糖尿病患者氧化应激的影响[J].重庆医学,2016,45(11):1502-1504
- [4]郭伟,高明松,彭聪,等.利拉鲁肽联合二甲双胍对 2 型糖尿病合并非酒精性脂肪肝肝病脂肪变的影响[J].中国现代医学杂志,2016,26(13):107-111
- [5]戴筱君,高斯,施克新.地特胰岛素联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病疗效观察[J].现代中西医结合杂志,2015,24(1):75-77

(收稿日期: 2017-05-28)

卵圆孔未闭与不同年龄人群不明原因脑卒中的相关性研究

王秋菊

(河南省郑州市第九人民医院神经内科 郑州 450000)

摘要:目的:探讨卵圆孔未闭(Patent Foramen Ovale, PFO)与不同年龄人群不明原因脑卒中(Cryptogenic Stroke, CS)的相关性。方法:按随机抽样法选取 2014 年 1 月~2016 年 7 月我院收治的 160 例急性脑梗死患者作为观察组,根据年龄分为中青年(< 65 岁)CS 组 85 例和老年(≥ 65 岁)CS 组 75 例,同时分别选取同年龄段非脑卒中患者作为相应对照组,所有 CS 患者均进行发泡试验明确是否存在 PFO,探讨两者之间的相关性。结果:观察组老年、中青年 CS 组的 PFO 发病率分别为 17.3% 和 23.5%,对照组老年、中青年组的 PFO 发病率分别为 6.7% 和 7.1%,差异均有统计学意义, $P<0.05$;观察组中青年 CS 组的纤维蛋白原水平与其对照组的相比较,差异有统计学意义, $P<0.05$;观察组发生 PFO 与年龄无明显相关性,而 PFO 是隐源性卒中发作的独立危险因素。结论:PFO 与 CS 具有相关性,但是与年龄并无明显相关性,可进一步深入研究,以给予患者有针对性的有效干预。

关键词:卵圆孔未闭;脑卒中;年龄;相关性

中图分类号:R743.3

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.10.014

调查显示,导致脑卒中的病因复杂多样,已知病因已经超过 150 种,但仍有约 1/4 的患者病因尚不能完全明确,上述情况可称为“隐源性卒中”^[1]。众所周知,脑卒中具有较高的致残率和致死率,加强对其

病因及危险因素的探讨具有重要的实践意义,有助于患者的治疗。近年来,有研究显示,PFO 可能是缺血性卒中的危险诱发因素,但关于其是否会引发缺血性卒中及其与年龄之间的关系,尚存在较多争议^[2]。本