

维格列汀或阿卡波糖联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病疗效比较

郭美丽

(河南省焦作市武陟县第二人民医院 武陟 454950)

摘要:目的:探讨维格列汀或阿卡波糖联合二甲双胍对 2 型糖尿病患者血糖控制、胰岛功能的影响。方法:选取 2015 年 5 月~2016 年 4 月我院收治的 2 型糖尿病患者 78 例,随机分为研究组和对照组各 39 例。研究组给予维格列汀+二甲双胍治疗,对照组给予阿卡波糖+二甲双胍治疗,比较两组治疗前后餐后 2 h 血糖(2 h PG)、空腹血糖(FPG)、胰岛素抵抗指数(HOMA-IR)、稳态模型胰岛素分泌指数(HOMA-β)。结果:治疗前两组 2 h PG、FPG、HOMA-IR、HOMA-β 比较无显著性差异($P>0.05$);治疗后研究组 FPG、2 h PG、HOMA-IR 低于对照组,HOMA-β 高于对照组($P<0.05$)。结论:与二甲双胍联合阿卡波糖比较,二甲双胍联合维格列汀治疗 T2DM 效果更佳,可有效降低患者血糖,改善其胰岛功能,预后良好。

关键词:2 型糖尿病;二甲双胍;维格列汀;阿卡波糖

中图分类号:R587.1

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.11.065

2 型糖尿病(T2DM)为临床常见病,据相关数据统计,超过 90%糖尿病为 T2DM。早期患者多无明显症状,可有口渴、乏力等表现,随病情发展可出现微血管及大血管病变。临床上常给予二甲双胍治疗 T2DM,可增强胰岛素敏感性,减弱胰岛素抵抗,但疗效欠佳。因此,临床多联合其他药物以提高疗效,其中阿卡波糖可抑制多糖分解,减缓糖吸收,降低 2 h PG 水平;维格列汀为二肽基肽酶 4(DPP-4)抑制剂,可提高胰高血糖素样多肽 21(GLP-21)浓度,促进胰岛素分泌,有效控制血糖^[1]。本研究旨在探讨维格列汀或阿卡波糖联合二甲双胍对 T2DM 患者血糖控制、胰岛功能的影响。现报道如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 5 月~2016 年 4 月我院收治的 T2DM 患者 78 例,随机分为研究组和对照组各 39 例。研究组男 22 例,女 17 例;年龄 70~89 岁,平均年龄(79.26±3.74)岁;病程 5~24 年,平均病程(14.28±2.68)年。对照组男 23 例,女 16 例;年龄 71~89 岁,平均年龄(79.85±3.62)岁;病程 6~24 年,平均病程(14.12±2.51)年。两组患者一般资料比较无显著性差异, $P>0.05$,具有可比性。本研究经我院医学伦理委员会审核批准。

1.2 纳入及排除标准 (1)纳入标准:均符合《中国 2 型糖尿病防治指南(2013 年版)》中 T2DM 相关诊断标准^[2];均签署知情同意书。(2)排除标准:高血压者;胰腺炎者;免疫系统疾病者;治疗依从性差者。

1.3 治疗方法 两组患者均予以二甲双胍口服,0.5 g/次,3 次/d。研究组给予维格列汀(注册证号 H20170023)口服,50 mg/次,2 次/d。对照组给予阿卡波糖(国药准字 H19990205)治疗,随三餐第一口面食嚼服,50 mg/次,3 次/d。两组患者均持续治疗 8 周。

1.4 观察指标 (1)比较两组治疗前后餐后 2 h 血糖(2 h PG)、空腹血糖(FPG)、胰岛素抵抗指数

(HOMA-IR)、稳态模型胰岛素分泌指数(HOMA-β)情况。

1.5 统计学分析 通过 SPSS22.0 统计学软件对数据进行分析处理,计数资料以率表示,采用 χ^2 检验,计量资料以($\bar{x} \pm s$)表示,采用 t 检验, $P<0.05$ 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组血糖水平比较 治疗前两组血糖水平比较无明显差异, $P>0.05$;治疗后研究组 2 h PG、FPG 水平低于对照组, $P<0.05$ 。见表 1。

表 1 两组血糖水平比较(mmol/L, $\bar{x} \pm s$)						
组别	n	2 h PG		FPG		
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	
研究组	39	14.28±2.14	7.71±0.69	9.75±1.13	6.76±1.09	
对照组	39	14.45±2.09	8.92±0.75	9.62±1.08	7.84±1.14	
t		0.355	7.415	0.519	3.088	
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05	

2.2 两组胰岛功能比较 治疗前两组 HOMA-IR、HOMA-β 比较无显著性差异, $P>0.05$;治疗后研究组 HOMA-IR 低于对照组,HOMA-β 高于对照组, $P<0.05$ 。见表 2。

表 2 两组胰岛功能比较($\bar{x} \pm s$)					
组别	n	HOMA-IR		HOMA-β (%)	
		治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
研究组	39	3.74±1.18	3.05±0.51	28.42±2.87	61.58±10.24
对照组	39	3.82±1.39	3.36±0.62	28.64±2.76	54.79±8.62
t		0.274	2.412	0.345	3.168
P		>0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

T2DM 发病因素包括年龄、生活方式、遗传、环境等,肥胖、过激、缺少体力活动均可能诱发 T2DM,其发病机制主要与胰岛素抵抗及胰岛素细胞受损有关。临床治疗以降低胰岛素抵抗,修复胰岛功能,促进胰岛素分泌,稳定血糖为原则,要求患者控制饮食,加强锻炼,并给予药物治疗。因此,有效控制患者血糖水平,改善胰岛功能,对提高患者生活质量具有

重要意义^[3]。

柴丽青等^[4]研究指出,阿卡波糖可抑制肠道内 α 葡萄糖苷酶,减少食物多糖分解,减缓糖吸收,降低 2 h PG,但因小肠分解障碍,糖类在肠道内停留时间较长,可发生酵解并产气,易引起腹痛、腹胀。T2DM 患者葡萄糖依赖性促胰岛素多肽功能受损,导致胰岛素分泌不足,仅有 GLP-21 可促进胰岛素分泌,而 DPP-4 可使 GLP-21 失活,故对 DPP-4 抑制可增强 GLP-21 活性^[5]。维格列汀为 DPP-4 抑制剂,具有可逆、竞争性、选择性的特点,通过与 DPP-4 结合,抑制 DPP-4 活性,提高 GLP-21 浓度,促进胰岛 β 细胞分泌胰岛素,进而降低血糖。

本研究结果显示,治疗前两组 2 h PG、FPG、HOMA-IR、HOMA- β 比较无显著性差异 ($P>0.05$); 治疗后研究组 FPG、2 h PG、HOMA-IR 低于对照组,

HOMA- β 高于对照组 ($P<0.05$)。说明与二甲双胍联合阿卡波糖比较,二甲双胍联合维格列汀治疗 T2DM 效果更佳,可有效降低患者血糖,改善其胰岛功能,预后良好。

参考文献

[1]辛彩虹,李峥,闫吉,等.维格列汀联合二甲双胍对 2 型糖尿病血清氧化物质水平的影响[J].检验医学与临床,2016,13(1):24-26
[2]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].中华糖尿病杂志 2014,6(7):447-498
[3]李冬娟,鹿丽,王月,等.枸杞多糖联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病患者的疗效及对免疫功能的影响[J].中国老年学杂志,2017,37(14):3470-3472
[4]柴丽青,阎爱荣.阿卡波糖治疗 2 型糖尿病有效性与安全性的系统评价[J].中国药房,2015,26(6):772-776
[5]刘莉,魏莱,候君,等.维格列汀联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病肾病患者疗效及其对血清炎症因子的影响[J].疑难病杂志,2016,15(11):1124-1126
(收稿日期:2017-10-12)

CRRT 和 IHD 治疗脓毒症致急性肾损伤的效果对比

陈俊峰

(广东省东莞市人民医院重症医学科 东莞 523000)

摘要:目的:探讨间歇性血液透析(IHD)和连续性肾脏替代治疗(CRRT)治疗脓毒症急性肾损伤(AKI)的疗效。方法:选取我院 2015 年 1 月~2016 年 12 月收治的脓毒症 AKI 患者 72 例,通过随机数字表法分成 A 组和 B 组,每组 36 例。A 组接受 CRRT 治疗,B 组接受 IHD 治疗,比较两组治疗前以及治疗 1 周后血肌酐(SCr)和 C-反应蛋白(CRP)水平,记录两组尿量恢复时间、ICU 住院时间、器官支持时间以及心血管事件发生率。结果:治疗前两组 CRP 和 SCr 水平无显著差异 ($P>0.05$)。治疗 1 周后,A 组上述指标均明显低于 B 组 ($P<0.05$),A 组尿量恢复时间、ICU 住院时间、器官支持时间均显著短于 B 组,组间差异有统计学意义 ($P<0.05$),同时 A 组心血管事件发生率也显著低于 B 组。结论:CRRT 治疗脓毒症所致急性肾损伤能够显著降低患者的 CRP 和 SCr 水平,显著缩短患者住院时间,对患者心血管影响相对较小。

关键词:急性肾损伤;脓毒症;间歇性血液透析;连续性肾脏替代治疗

中图分类号:R459.7

文献标识码:B

doi:10.13638/j.issn.1671-4040.2017.11.066

脓毒症是烧伤、创伤、感染以及休克等临床危重症的严重并发症,它具有较高的发病率,并且每年约以 8.7%的速度增长,是 ICU 病人的一个主要死亡原因^[1]。而急性肾损伤(AKI)则使脓毒症患者的死亡率大大提升,高达 70%,而大约有 42%的脓毒症病人会发生 AKI,可见对 AKI 治疗的重要性^[2]。随着血液净化技术的不断发展,对 AKI 治疗已经有了新的血液透析模式。本研究重点对比 IHD 和 CRRT 两种治疗方法治疗脓毒症所致急性肾损伤的效果。具体报告如下:

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取我院 2015 年 1 月~2016 年 12 月收治的脓毒症 AKI 患者 72 例,通过随机数字表法分成 A 组和 B 组,每组 36 例。其中 A 组男 20 例,女 16 例;年龄 41~78 岁,平均年龄 (59.7 ± 10.3) 岁;APACHE II 评分(急性生理学与慢性健康状况评

分) (21.33 ± 2.18) 分。B 组男 18 例,女 18 例;年龄 40~77 岁,平均年龄 (59.5 ± 9.3) 岁;APACHE II 评分 (21.39 ± 2.09) 分。以上所有患者均确诊为 AKI,SCr 升高 2 倍。排除标准:(1)年龄 <18 岁者;(2)合并有危及生命或其他严重疾病者;(3)合并免疫抑制相关疾病者;(4)合并恶性肿瘤者;(5)有严重出血性疾病者;(6)各种原因导致中途不能完成治疗的患者。以上两组患者的基线资料比较无显著差异 ($P>0.05$),具有可比性。本研究经医院伦理委员会审核批准,患者知情且签署参与研究同意书。

1.2 治疗方法 两组患者均接受脓毒症的标准治疗方案治疗,主要有液体复苏、营养支持、心肺支持、各项生命体征的监护。在上述基础上 A、B 两组再接受以下治疗方案。

1.2.1 A 组 接受 CRRT 治疗,8~10 h/次,脱水量 200~300 ml/h,血流量 150~200 ml/min。右侧颈内静