

阿卡波糖联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病的疗效观察

李 婧 赵延香 张丽君

济南市第七人民医院 山东 济南 250101

【摘要】目的:探讨阿卡波糖联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病的临床效果。**方法:**选取在我院接受 2 型糖尿病治疗的患者 100 例,随机分为对照组和观察组,各 50 例;对照组仅服用盐酸二甲双胍配合饮食控制治疗;观察组在对照组的基础上联合阿卡波糖治疗;**结果:**观察组治疗效果优于对照组。**结论:**在对 2 型糖尿病患者治疗过程中,阿卡波糖联合二甲双胍治疗可以提高血糖控制的有效性,改善患者的各项临床指标效果显著,值得临床推广。

【中图分类号】R587.1 **【文献标识码】**B **【文章编号】**2096-1685(2021)37-0035-02

糖尿病是一种由于胰岛素分泌缺陷及(或)其生物作用障碍引起的以高血糖为特征的代谢性疾病,慢性高血糖导致各种脏器,尤其是眼、肾、神经及心血管的长期损害、功能不全和衰竭^[1]。糖尿病的发病机制包括:遗传与环境因素;胰岛 β 细胞破坏、功能缺陷;胰岛素抵抗;肥胖等^[2]。在我国,糖尿病前期患病率 15.5% 糖尿病患病率 9.7%,其中 60.7% 的糖尿病患者未被诊断^[3]。WHO (1999 年)的糖尿病分型体系,将糖尿病的临床分型为:1 型糖尿病;2 型糖尿病;妊娠糖尿病;其他类型糖尿病。

2 型糖尿病随着病程的进展,血糖会逐渐升高,控制血糖的治疗强度也应随之加强,常需要多种手段联合使用。2 型糖尿病的最基础治疗措施是生活方式的干预,如健康饮食、加强锻炼等,这种方式应贯穿于糖尿病治疗的全过程。如果单纯干预生活方式不能使血糖达标,应开始单药治疗,2 型糖尿病治疗药物首选是二甲双胍。若无禁忌证,二甲双胍应一直保留在糖尿病的治疗方案中。对二甲双胍治疗不适用患者可选择 α -糖苷酶抑制剂或胰岛素促泌剂。如单独使用二甲双胍治疗而血糖仍未达标,则可进行三联治疗,加用胰岛素促泌剂、 α -糖苷酶抑制剂、DPP-4 抑制剂、TZDs、SGLT2 抑制剂、胰岛素或 GLP-1 受体激动剂。三联治疗:上述不同机制的降糖药物可以三种药物联合使用。如三联治疗控制血糖仍不达标,则应将治疗方案调整为多次胰岛素治疗(基础胰岛素加餐时胰岛素或每日多次预混胰岛素)。采用多次胰岛素治疗时应停用胰岛素促泌剂^[3]。

本研究旨在探讨阿卡波糖联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病的临床效果,现将结果报道如下。

1 临床资料与方法

1.1 一般资料

研究对象均是我院 2019 年 1 月至 2019 年 12 月间收治的 2 型

糖尿病患者 100 例,随机按 1:1 的比例分成对照组和观察组,对照组 50 例仅服用盐酸二甲双胍配合饮食控制治疗,该组男女比例为 26:24,年龄 32~70 岁,平均(51.0±2.2)岁,病程 1~14 年,平均(7.1±2.0)年;观察组 50 例在对照组的基础上联合阿卡波糖治疗,该组男女比例为 27:23,年龄 30~72 岁,平均(49.2±3.4)岁,病程 2~15 年,平均(6.9±3.1)年。两组患者基本资料差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法

所有患者均给予糖尿病健康教育、饮食、运动干预。对照组给予盐酸二甲双胍片(齐鲁制药厂,规格为 0.25×48 片),2 片, tid, 三餐后服用;观察组在对照组基础上给予阿卡波糖片(杭州中美华东制药有限公司,规格为 50mg×45 片),1 片, tid, 开始进食时和食物一起嚼服。两组连续治疗 3 个疗程,4 周一个疗程后比较临床疗效。

1.3 检测指标

比较治疗前后两组空腹血糖(FBG)、餐后 2h 血糖(2hPG)、糖化血红蛋白(HbA1c)。

1.4 统计学处理

用统计学软件 SPSS 24.0 处理本研究数据,计量资料以均数±标准差($\bar{x}\pm s$)表示,以 t 检验;计数资料以百分率(%)表示,采用 χ^2 检验,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

两组患者治疗前后血糖指标对比,治疗前两组患者的 FPG、2hPG 以及 HbA1c 水平趋同,差异无统计学意义($P>0.05$),但经过治疗,观察组患者的 FPG、2 hPG 以及 HbA1c 值与对照组患者比较,差异有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

表 1 两组患者治疗前后的 FPG、2 hPG、HbA1c 水平比较($\bar{x}\pm s$)

组别	例数	时间	FPG (mmol/L)	2 hPG (mmol/L)	HbA1c (%)
对照组	50	治疗前	9.95±1.34	14.58±1.43	8.75±0.58
		治疗后	7.63±1.01	9.93±1.22	7.52±0.38
		t 值	8.124	12.71	7.37
P 值	0.000	0.000	0.000		
观察组	50	治疗前	9.71±1.23	14.56±1.26	8.81±0.75
		治疗后	6.13±0.98	8.26±0.56	6.12±0.34
		t 值	13.230	14.545	10.561
P 值	0.000	0.000	0.000		

3 讨论

2型糖尿病在临床上常见且多发,随着人们生活水平的不断提高、生活方式多样性及人口老龄化,其发病率、致死率及致残率呈逐年上升的趋势,我国已成为2型糖尿病患者人数最多的国家^[4]。目前,2型糖尿病是由于胰岛素相对缺乏引起的代谢紊乱综合征,大部分患者出现胰岛素抵抗状态,抵抗和胰岛β细胞功能异常导致空腹血糖和餐后血糖升高^[9]。对于2型糖尿病患者,如果血糖控制不好,极易出现心血管、肾脏、周围神经病变等多种并发症。所以临床针对糖尿病患者应做到及时诊断与治疗,不定期向患者普及糖尿病相关知识,指导患者形成健康的饮食习惯、加强运动锻炼,同时还应选择适宜的降糖药物来进行控制和治疗。

二甲双胍是临床疗效肯定,降糖效果理想且安全的常用降糖药。二甲双胍可提高组织对胰岛素的敏感程度、增加组织胰岛素的受体数量,促进机体血脂代谢,加快体内葡萄糖消耗。此外,二甲双胍对肝脏糖原合成的减少也有积极的作用,还能有效改善患者的血小板聚集、高血压、高血脂症状。不过单独给予2型糖尿病患者二甲双胍,限制于患者高龄、病程长等因素,患者长期用药极易产生耐药性,血糖控制效果不好,甚至出现低血糖,影响患者健康。

对100例2型糖尿病患者研究结果显示,通过阿卡波糖联合二甲双胍对照单一二甲双胍治疗对比分析,观察组患者的FPG(6.13±0.98)mmol/L、2hPG(8.26±0.56)mmol/L、HbA1c(6.12±0.34)%均优于对照组患者的(7.63±1.01)mmol/L、(9.93±1.22)mmol/L、(7.52±0.38)%($P < 0.05$)。从实验结果可见对2型糖尿病患者联合给予阿卡波糖与二甲双胍可取得较好的临床效益,联合阿卡波糖可优化患者的治疗效果。阿卡波糖是一种新型α-葡萄糖苷酶抑制剂,其可进入肠道内抑制葡萄糖苷水解酶的活性,减缓糖吸收,降低餐后血糖水平,减轻胰岛素抵抗,从而达到降糖效果,其也可降低糖化血红蛋白浓度和空腹血糖水平^[6]。在既往有研究资料中发现,阿卡波糖与二甲双胍联合使用一段时间,可减轻不良反应症状或不良反应症状消失,且不会引起低血糖,长

期接受阿卡波糖治疗,还可以降低其出现高血脂、冠心病的风险性^[7-9]。

因此,二甲双胍、阿卡波糖临床上联合应用于2型糖尿病患者,可以使机体细胞的葡萄糖摄入量提高,肝糖输出量减少,有利于糖类更好地向能量进行转化,进而减少患者机体肌肉内的糖类含量,调控肠道葡萄糖摄入量,并降低α-糖苷酶活性,实现对患者血糖指标的有效管控,且无严重不良反应,值得作为临床推广方案。

参考文献

[1] 徐曼音主编.糖尿病学[M].2版.上海:上海科技出版社,2010:12.
 [2] 徐曼音主编.糖尿病学[M].2版.上海:上海科学技术出版社,2010:67-85,87-104.
 [3] 中华医学会糖尿病学分会.中国2型糖尿病防治指南2010年版[J].中国医学前沿杂志(电子版),2011,3(6).
 [4] 王孝男.联合给予阿卡波糖与二甲双胍对糖尿病患者预后的影响[J].系统医学,2021,6(14):49-50.
 [5] 张波庆,江森,余颖.二甲双胍联合阿卡波糖治疗2型糖尿病的效果观察[J].中国生化药物杂志,2016,36(2):116-118.
 [6] 丁祥云.阿卡波糖联合二甲双胍治疗2型糖尿病的疗效和安全性分析[J].中国药业,2012,21(15):97-98.
 [7] 杨华,王述进,左红,等.二甲双胍联合阿卡波糖治疗新诊断2型糖尿病疗效观察[J].海南医学,2018,29(10):1442-1443.
 [8] 凌艳,关笑桃,何铁斌.二甲双胍与阿卡波糖口服治疗糖尿病合并高脂血症患者的降糖降脂效果分析[J].智慧健康,2021,7(2):148-149.
 [9] 朱志仑,邱贤澄,朱怀平,等.阿卡波糖联合二甲双胍治疗初诊2型糖尿病患者疗效观察[J].黑龙江医药,2011,24(2):223-225.

(上接第34页)药物在临床麻醉中具有很强的安全性。为了减少单独用药的不良反应,本次实验课题中数据显示,研究组在 T_1/T_2 中的心率、血氧饱和度、舒张压及收缩压指标高于常规组,研究组睁眼时间、呼吸恢复时间、拔管时间、定向力恢复时间上更短,同时在不良反应上更低,但是研究组对麻醉方案的满意度更高, $P < 0.05$ 。说明此种麻醉方案效果显著,和适当剂量的舒芬太尼联用后,能够减少麻醉药物的剂量,同时降低不良反应,避免因单独使用丙泊酚引起的呼吸抑制现象。将依托咪酯与丙泊酚联合后,能够有效控制依托咪酯的用药剂量,抑制对血管的刺激程度。

综上所述,依托咪酯联合丙泊酚在无痛胃肠镜检查中的麻醉效果显著,能够有效降低不良反应,具有一定安全性,值得推广。

参考文献

[1] 李新超,王保香.右美托咪定联合丙泊酚、舒芬太尼在老年无痛胃肠镜中的效果及其对认知功能探讨[J].系统医学,2021,6(15):32-34.
 [2] 张春燕.依托咪酯联合丙泊酚麻醉在老年患者无痛胃肠镜检查中的应用效果观察[J].中国肛肠病杂志,2021,41(1):26-28.

[3] 雷锦瑞,徐鹏.依托咪酯联合丙泊酚用于老年患者无痛胃肠镜检查的麻醉效果及对患者认知功能的影响[J].贵州医药,2020,44(5):765-767.
 [4] 李月玲,王华萍,李运繁.无痛胃肠镜中依托咪酯联合丙泊酚麻醉在老年患者中的应用效果及其对患者认知功能的影响[J].中国现代药物应用,2020,14(19):23-25.
 [5] 高保军.丙泊酚联合依托咪酯在无痛胃肠镜检查中对患者应激反应及炎症反应的影响分析[J].医学理论与实践,2020,33(15):2496-2498.
 [6] 温翔宇.枸橼酸芬太尼联合丙泊酚对接受无痛胃肠镜检查的胃肠道疾病患者进行静脉麻醉的效果[J].当代医药论丛,2020,18(13):99-101.
 [7] 夏述革,李俞锦.纳美芬在芬太尼复合丙泊酚无痛胃肠镜检查中的效果及其对呼吸循环的影响[J].中国实用医药,2020,15(33):101-103.
 [8] 罗益平,林智平,游逸升.依托咪酯复合丙泊酚用于老年患者无痛胃肠镜检查的麻醉效果及对患者认知功能的影响[J].临床合理用药杂志,2019,12(32):51-52.