

〔文章编号〕 1007-0893(2021)13-0181-03

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.13.086

二甲双胍与格列美脲联合治疗初诊 2 型糖尿病的临床效果

赖晓华 杨 竞 廖 尚

(河源长安医院, 广东 河源 517000)

〔摘要〕 目的: 观察二甲双胍、格列美脲联合治疗初诊 2 型糖尿病 (T2DM) 患者的效果。方法: 选取 2018 年 3 月至 2020 年 5 月在河源长安医院就诊的 98 例 T2DM 患者, 按随机表法分为对照组及联合组, 每组 49 例。对照组给予二甲双胍治疗, 联合组在对照组基础上加用格列美脲, 观察两组患者糖脂代谢 [空腹血糖 (FBG)、餐后 2 h 血糖 (2h PG)、糖化血红蛋白 (HbA1c)、总胆固醇 (TC)、三酰甘油 (TG)]、胰岛素功能 [空腹胰岛素 (FINS)、餐后 2 h 胰岛素 (2h INS)、胰岛素抵抗指数 (HOMA-IR) 水平] 及不良反应。结果: 治疗前, 两组患者糖脂代谢水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 两组患者 FBG、2h PG、HbA1c、TC、TG 水平均有所下降, 且联合组低于对照组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。治疗前, 两组患者胰岛素功能水平比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 治疗后, 两组患者 FINS、2h INS 水平均有所上升, 且联合组高于对照组; HOMA-IR 水平均有所下降, 且联合组低于对照组, 差异均具有统计学意义 ($P < 0.05$)。两组患者不良反应发生率比较, 差异无统计学意义 ($P > 0.05$)。结论: 二甲双胍、格列美脲联合治疗初诊 T2DM 可有效控制血糖, 促进胰岛细胞分泌胰岛素, 用药安全。

〔关键词〕 2 型糖尿病; 二甲双胍; 格列美脲

〔中图分类号〕 R 587.1 〔文献标识码〕 B

2 型糖尿病 (type 2 diabetes, T2DM) 是一种代谢紊乱性疾病, 最主要发病因素是胰岛素抵抗及胰岛素分泌缺陷^[1]。以往研究指出, 大部分患者于 35 岁以后发病, 且我国患该病的患者占有糖尿病患者 90% 以上^[2]。临床上常用治疗方法为口服降糖药或注射胰岛素治疗^[3]。二甲双胍属于糖尿病治疗中常见的口服降糖药, 降糖效果显著^[4]。格列美脲属于磺胺类药物, 可刺激胰岛功能细胞促进胰岛素的释放, 同时有利于葡萄糖进入细胞参与代谢^[5], 临床上对于这两种药物联合使用治疗糖尿病报道较少, 本研究二甲双胍、格列美脲联合治疗初诊 T2DM 的效果, 报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取 2018 年 3 月至 2020 年 5 月在本院就诊的 98 例 T2DM 患者, 按随机表法分为对照组及联合组, 每组 49 例。联合组男性 29 例, 女性 20 例, 年龄 36 ~ 57 岁, 平均年龄 (45.25 ± 5.74) 岁, 体质指数 (body mass index, BMI) 23 ~ 32 kg · m⁻², 平均 BMI (27.21 ± 3.24) kg · m⁻²; 对照组男性 31 例, 女性 18 例, 年龄 33 ~ 58 岁, 平均年龄 (46.17 ± 5.54) 岁, BMI 24 ~ 33 kg · m⁻², 平均 BMI (27.41 ± 3.16) kg · m⁻²; 两组患者一般资料比较, 差异均无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

纳入标准: (1) 符合糖尿病诊断及分型标准^[6]; (2) 初次确诊; (3) 未进行过糖尿病治疗者; (4) 患者

及家属均知情同意本研究。排除标准: (1) 有严重并发症者; (2) 对药物过敏者; (3) 遗传性疾病者。

1.2 方法

两组患者在治疗期间均控制饮食, 并进行适量运动。

1.2.1 对照组 口服盐酸二甲双胍缓释片 (重庆康刻尔制药有限公司, 国药准字 H20052243), 开始为每次 0.5 g, 每日 1 次, 晚饭时服用, 根据患者个人血糖水平可每周增加 0.5 g, 每日最大剂量为 2.0 g。

1.2.2 联合组 在对照组服药基础上加服格列美脲片 (上海天赐福生物工程有限公司, 国药准字 H20010565), 每次 1 ~ 4 mg, 每日 1 次, 早饭时服用。

两组均治疗 3 个月。

1.3 观察指标

(1) 糖脂代谢: 治疗前后采集患者血标本, 采用全自动分析法检测空腹血糖 (fasting blood glucose, FBG)、餐后 2 h 血糖 (2-hour postprandial blood glucose, 2h PG)、糖化血红蛋白 (glycosylated hemoglobin, HbA1c); 总胆固醇 (total cholesterol, TC)、三酰甘油 (three triacylglycerol, TG)。(2) 胰岛素功能: 治疗前后采用同位素标记法检测空腹胰岛素 (fasting insulin, FINS)、餐后 2 h 胰岛素 (2-hour postprandial insulin, 2h INS)、胰岛素抵抗指数 (homeostasis model assessment-insulin resistance, HOMA-IR) 水平。HOMA-IR = (FINS × FBG) / 22.5。(3) 不良反

〔收稿日期〕 2021 - 04 - 15

〔作者简介〕 赖晓华, 男, 主治医师, 主要从事内科诊疗工作。

应：观察两组患者在治疗过程中是否出现胃肠道反应、低血糖等不良反应。

1.4 统计学方法

采用 SPSS 20.0 软件进行数据处理，计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示，采用 *t* 检验，计数资料用百分比表示，采用 χ^2 检验，*P* < 0.05 为差异具有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者治疗前后糖脂代谢水平比较

治疗前，两组患者糖脂代谢指标水平比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗后，两组患者 FBG、2h PG、HbA1c、TC、TG 水平均有所下降，且联合组低于对照组，差异均具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 1。

表 1 两组患者治疗前后糖脂代谢水平比较

(*n* = 49, $\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 时间 | FBG/mmol · L ⁻¹ | 2h PG/mmol · L ⁻¹ | HbA1c/% | TC/mmol · L ⁻¹ | TG/mmol · L ⁻¹ |
|-----|-----|----------------------------|------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|
| 对照组 | 治疗前 | 10.21 ± 1.34 | 15.32 ± 4.36 | 8.45 ± 1.36 | 5.82 ± 1.13 | 2.83 ± 0.72 |
| | 治疗后 | 6.33 ± 1.21 ^a | 10.59 ± 2.54 ^a | 7.19 ± 1.12 ^a | 4.53 ± 0.71 ^a | 1.83 ± 0.58 ^a |
| 联合组 | 治疗前 | 10.11 ± 1.25 | 15.37 ± 4.28 | 8.26 ± 1.29 | 5.87 ± 1.17 | 2.80 ± 0.70 |
| | 治疗后 | 5.57 ± 1.13 ^{ab} | 8.61 ± 2.17 ^{ab} | 5.47 ± 1.07 ^{ab} | 4.11 ± 0.35 ^{ab} | 1.45 ± 0.51 ^{ab} |

与同组治疗前比较，^a*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，^b*P* < 0.05

注：FBG 空腹血糖；2h PG 餐后 2 h 血糖；HbA1c 糖化血红蛋白；TC 总胆固醇；TG 三酰甘油

2.2 两组患者治疗前后胰岛素功能比较

治疗前，两组患者胰岛素功能水平比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)；治疗后，两组患者 FINS、2h INS 水平均有所上升，且联合组高于对照组；HOMA-IR 水平均有所下降，且联合组低于对照组，差异均具有统计学意义 (*P* < 0.05)，见表 2。

表 2 两组患者治疗前后胰岛素功能比较 (*n* = 49, $\bar{x} \pm s$)

| 组别 | 时间 | FINS/mU · L ⁻¹ | 2h INS/mU · L ⁻¹ | HOMA-IR |
|-----|-----|---------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| 对照组 | 治疗前 | 7.31 ± 1.28 | 19.23 ± 2.51 | 3.67 ± 0.74 |
| | 治疗后 | 8.03 ± 0.92 ^c | 23.47 ± 3.16 ^c | 2.71 ± 0.38 ^c |
| 联合组 | 治疗前 | 7.39 ± 1.31 | 19.19 ± 2.41 | 3.62 ± 0.69 |
| | 治疗后 | 8.91 ± 1.03 ^{cd} | 28.26 ± 3.34 ^{cd} | 2.13 ± 0.29 ^{cd} |

与同组治疗前比较，^c*P* < 0.05；与对照组治疗后比较，^d*P* < 0.05

注：FINS 空腹胰岛素；2h INS 餐后 2 h 胰岛素；

HOMA-IR 胰岛素抵抗指数

2.3 两组患者不良反应发生率比较

两组患者不良反应发生率比较，差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，见表 3。

表 3 两组患者不良反应发生率比较 (*n* = 49, 例)

| 组别 | 胃肠道反应 | 低血糖 | 肝肾损伤 | 总发生 / <i>n</i> (%) |
|-----|-------|-----|------|--------------------|
| 对照组 | 3 | 2 | 0 | 5(10.20) |
| 联合组 | 2 | 1 | 0 | 3(6.12) |

3 讨论

有研究显示，在 2017 年时全球患糖尿病人数已经达到 4.25 亿以上^[7]。中国糖尿病患病率高达 10.9%，控制率仅仅只有 49.2%^[8]。随着患病的人数增加，控制率却较低，因此寻找更有效的治疗措施显得尤为重要。

本研究显示，治疗后联合组糖脂代谢各指标水平均低于对照组，差异具有统计学意义 (*P* < 0.05)，说明两种药物联用可有效改善患者糖脂代谢率。分析原因为二甲双胍可促进细胞对葡萄糖的利用，格列美脲可刺激胰岛 β 细胞释放胰

胰岛素，促使葡萄糖进入细胞进入代谢，两种药物联用可明显降低血糖。本研究显示，治疗后联合组 FINS、2h INS 水平高于对照组，HOMA-IR 水平低于对照组，说明两种药物联合使用可有效促进胰岛素分泌，与前有研究结果类似^[9]。分析原因为二甲双胍可减少肝脏糖类物质的输出，促进其他脏器消耗血液中葡萄糖，减轻胰岛素抵抗；格列美脲可与胰岛 β 细胞表面受体结合，使得钙离子内流，从而达到降低血糖的作用。本研究显示，两组不良反应发生率之间比较差异无统计学意义 (*P* > 0.05)，说明两种药物联合使用并未增加其他不良反应，可安全用药。

综上所述，二甲双胍、格列美脲联合治疗初诊 T2DM 可显著控制血糖，改善糖脂代谢率，改善胰岛素抵抗的状态。

[参考文献]

- (1) 吴建博, 陶竹君, 龚皓鸣, 等. 合理用药效能表在老年 2 型糖尿病患者用药效能中的评价 (J). 中华老年医学杂志, 2020, 39(6): 648-652.
- (2) 刘烈华, 许丽娟, 柯伟健, 等. 短程胰岛素强化治疗后二甲双胍联合吡格列酮序贯治疗对新诊断 2 型糖尿病患者的作用 (J). 中华糖尿病杂志, 2020, 12(9): 696-701.
- (3) 何明倩, 王静雅, 邓梅, 等. 西格列汀与格列美脲联合二甲双胍治疗初诊 2 型糖尿病并高糖毒性患者的有效性及安全性比较: 一项随机对照非劣效性研究 (J). 西安交通大学学报 (医学版), 2021, 42(1): 86-92, 98.
- (4) 邵珠林, 杨杭妹, 徐向进, 等. 沙格列汀与二甲双胍单药治疗对初发 2 型糖尿病患者骨代谢及体脂分布的影响 (J). 中华糖尿病杂志, 2019, 11(2): 114-119.
- (5) 何凌云, 陈尚武. 二甲双胍联合格列美脲对老年 2 型糖尿病患者糖脂代谢、血液流变学及氧化应激的影响 (J). 中国老年学杂志, 2020, 40(11): 2283-2286.
- (6) 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南 (2017 年版) (J). 中国实用内科杂志, 2018, 38(4): 292-344.
- (7) 张童, 鲁佳, 叶山东. 利拉鲁肽联合格列美脲和二甲双胍

治疗难治性 2 型糖尿病的临床疗效及对胰岛功能的影响分析 (J). 世界临床药物, 2020, 41(4): 296-300.

(8) 孙婷婷, 郝伟, 李明明, 等. 利格列汀片联合二甲双胍片治疗初诊 2 型糖尿病的临床研究 (J). 中国临床药理学杂志,

2019, 35(7): 633-636.

(9) 朱鸿玲, 王菁楠, 尤文, 等. 二甲双胍联合维格列汀治疗初诊 2 型糖尿病的疗效及对血糖波动的影响 (J). 临床和实验医学杂志, 2016, 15(11): 1078-1081.

[文章编号] 1007-0893(2021)13-0183-02

DOI: 10.16458/j.cnki.1007-0893.2021.13.087

侧卧位重建外侧结构治疗外侧壁破裂型股骨粗隆间骨折

王波 杨超 钟陈杨 梁伦高
 (东莞常安医院, 广东 东莞 523560)

[摘要] **目的:** 探讨侧卧位重建外侧结构治疗外侧壁破裂型股骨粗隆间骨折的安全性和有效性。**方法:** 选取东莞常安医院 2016 年 9 月至 2019 年 9 月收治的 32 例外侧壁破裂型股骨粗隆间骨折患者, 对其实施侧卧位重建外侧结构治疗。对患者手术安全性和临床效果进行分析。**结果:** 手术指标统计分析, 患者手术时间平均 (30.08 ± 8.85) min, 术中出血量平均 (163.07 ± 80.48) mL, 下床行走时间平均 (7.78 ± 2.65) d, 首次负重时间 (12.38 ± 3.22) d, 骨折完全愈合时间平均 (6.36 ± 4.18) 个月。髋关节 Sanders 评分优 18 例、良 10 例、可 4 例, 优良率为 87.50 %。并发症发生情况统计, 32 例患者中仅有 1 例发生伤口血肿, 并发症发生率为 3.33 %。**结论:** 采用侧卧位重建外侧结构治疗外侧壁破裂型股骨粗隆间骨折具有较高的临床安全性和有效性。

[关键词] 股骨粗隆间骨折; 外侧壁破裂; 重建外侧结构
[中图分类号] R 683.42 **[文献标识码]** B

对于外侧壁破裂型骨折患者, 由于骨折粉碎比较严重, 且具有很强的不稳定性, 在手术后, 更容易发生固定失败^[1]。很多专家学者在临床实践过程中, 认为外侧壁稳定性是决定粗隆间骨折手术成败的重要因素。尤其是对于外侧壁破裂型患者, 在治疗过程中, 由于外侧壁破裂导致近端骨折块没有了依托^[2]。逐渐向外滑动, 发生旋转, 这是导致骨折复位手术失败的重要原因。采用侧卧位进行牵引, 并经股骨近端外侧入路进行切开复位操作, 将大粗隆外侧壁进行重建。最后在根据患者骨折情况, 选择不同的固定手术方法。本研究选取本院收治的 32 例外侧壁破裂型股骨粗隆间骨折患者进行研究, 旨在探讨侧卧位重建外侧结构治疗外侧壁破裂型股骨粗隆间骨折的安全性和有效性, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取本院 2016 年 9 月至 2019 年 9 月收治的 32 例外侧壁破裂型股骨粗隆间骨折患者, 其中, 男患者 11 例, 女患者 21 例, 在年龄 58 ~ 95 岁, 平均 (73.44 ± 5.52) 岁。股骨

粗隆间骨折 Evans 分型为, III 型 (部分骨折, 由于大转子骨折块移位而缺乏后外侧支持) 8 例、V 型 (由于小转子或股骨矩骨折缺乏内侧支持) 24 例。患者均为摔倒导致的低能量损伤。

1.1.1 纳入标准 患者经临床诊断与影像学检查确诊为外侧壁破裂型股骨粗隆间骨折; 符合手术指征。

1.1.2 排除标准 有手术禁忌患者; 高能量损伤; 骨折难以行动或者病理性骨折患者; 合并其他重大内科疾病患者。

1.2 方法

患者均行侧卧位股骨近端外侧入路切开复位抗旋股骨近端髓内钉 (proximal femoral nail antirotation, PFNA) 内固定加外侧壁重建。对患者进行全身麻醉或硬膜外麻醉后, 采用健侧卧位, 取股骨近端外侧切口切开, 显露骨折端, 清理骨折端, 首先复位粗隆部, 恢复颈干角、前倾角, 使其尽量达到解剖复位, 然后再直视下复位外侧壁, 将碎骨块用克氏针临时固定, 注意置入的克氏针要避开 PFNA 主钉和颈内防旋钉的通道。C 型臂透视确认骨折复位理想后, 常规置入 PFNA 完成粗隆间骨折的内固定。然后再处理外侧壁骨块,

[收稿日期] 2021 - 04 - 29

[作者简介] 王波, 男, 副主任医师, 主要从事创伤骨科临床诊疗工作。