



# 甘精胰岛素联合门冬胰岛素与诺和灵 R 联合诺灵 N 两种胰岛素强化治疗方案对 2 型糖尿糖化谢影响

陈 强

云南省荣誉军人康复医院 650000

**【摘要】目的** 探索长期失能的残疾军人 2 型糖尿病的发病率。**方法** 选取 2010 年 2 月~2011 年 3 月本院收治的 37 例 1 级、2 级残疾军人作为此次的研究对象, 37 例残疾军人在本院进行长期修养, 并定时检查各项身体指标, 回顾分析 37 例残疾军人 2 型糖尿病的发病率。**结果** 在 37 例残疾军人中有 12 人诊断为 2 型糖尿病并且发病时间均大于 1 年, 糖尿病发病率高达 32.43%。**结论** 在残疾军人当中由于失能自主活动的减少, 2 型糖尿病发病率与常人相比明显增高。

**【关键词】** 残疾军人; 2 型糖尿病; 发病率

**【中图分类号】** R587.1 **【文献标识码】** A **【文章编号】** 1674-9561 (2017) 02-074-02

## 前言:

随着社会的发展, 生活与饮食习惯也有了较大的改变, 使得 2 型糖尿病的发病率不断上升, 具统计得出, 在常人中, 2 型糖尿病的发病率就高达 11.40%, 严重威胁着患者的生命健康和生活质量<sup>[1]</sup>。在残疾人中, 由于自主活动量的减少, 2 型糖尿病的发病率更是居高不下, 在本文中, 对 37 例残疾军人进行回顾分析, 在进行护理干预的前提下, 仍有 12 人并发了 2 型糖尿病, 并给予 12 例 2 型糖尿病患者使用甘精胰岛素、门冬胰岛素、诺和灵 R、诺灵 N 进行强化治疗, 取得了较好的治疗效果, 详细内容如下。

## 1 资料与方法

### 1.1 一般资料

云南省荣誉军人康复医院长期住院休养的 1 级、2 级残疾军人 37 例为本次的研究对象。其中, 最大年龄为 87 岁, 最小年龄为 29 岁, 平均年龄为 58.62±10.36 岁; 负伤时间最长为 62 年, 负伤时间最短为 9 年, 平均负伤时间为 37.49±10.47 年; 脊髓损伤截瘫患者有 22 例、颅脑损伤患者有 8 例、双目失明患者有 3 例、双下肢高位截肢患者有 3 例、类风湿性关节炎患者有 1 例。以上残疾军人均无不良饮食习惯与不良嗜好, 家族均无糖尿病史。

### 1.2 护理方法

均给予 37 例残疾军人进行护理干预, 做好预防糖尿病以及其他疾病的预防工作, 1、均给予高蛋白、高营养的食物, 尽量食用低糖、低脂类食物; 2、医护人员每天对残疾军人进行关节按摩, 早晚各一次, 避免血栓的形成; 3、每日带残疾军人进行户外活动, 例如晒太阳、散步、下棋等; 4、告知残疾军人每日不要静坐太久, 需自行活动各个关节; 5、保持残疾军人病房的洁净卫生, 空气质量与湿度均要保持适宜; 6、医护人员需关心爱护残疾军人, 对其有耐心与信心, 为其答疑解惑, 帮助其消除内心的不良情绪。

### 1.3 治疗方法

给予患 2 型糖尿病的残疾军人使用甘精胰岛素(赛诺菲安万特制药有限公司, 国药准字 S20050051)、门冬胰岛素(诺和诺德制药有限公司, 国药准字 J20100037)、诺和灵 R(丹麦诺和诺德制药股份有限公司, 国药准字 J20050012)、诺灵 N(丹麦诺和诺德制药股份有限公司, 国药准字 J20050011)进行强化治疗, 并对比观察治疗前后 2 型糖尿病患者的血糖水平、胰岛 β 细胞功能指标水平。

### 1.4 诊断标准

37 例残疾军人中若有出现糖尿病症状加任意时间血浆葡萄糖 ≥ 11.1mmol/l (200mg/dl) 或 FPG ≥ 7.0mmol/l (126mg/l) 或 OGTT2hPG ≥ 11.1mmol/l (200mg/dl) 的, 均初步诊断为 2 型糖尿病, 但仍需在第二天再进行一次测量, 予以证实, 诊断才能成立<sup>[2]</sup>。

### 1.5 观察指标

对比观察患 2 型糖尿病患者治疗前后的血糖水平 (FBG、2hPBG、HbA1c)、胰岛 β 细胞功能指标水平变化 (FINS、2hINS、△ I30/△ G30、HOMA β)。

### 1.6 统计学处理

所得数据均采用 SPSS20.0 统计学软件进行分析处理, ( $\bar{x} \pm s$ ) 表示计量资料, 用 t 检验, 用  $\chi^2$  检验计数资料, 若 P<0.05 则差异显著具有统计学意义。

## 2 结果

### 2.1 残疾军人 2 型糖尿病的发生率

37 例残疾军人经过全面有效的护理后仍并发 12 例 2 型糖尿病患者, 2 型糖尿病发病率高达 32.43%, 与常人 (11.40%) 相比, 差异显著, 且 P<0.05, 具有统计学意义。

### 2.2 治疗前后 2 型糖尿病患者的血糖水平比较

12 例 2 型糖尿病残疾军人经过治疗后, 能够使血糖维持在稳定的范围内, 与治疗前相比, 差异显著, 且 P<0.05, 具有统计学意义。详见表一。

表一 治疗前后的血糖水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

时间	例数	2hPBG (mmol/L)	HbA1c (%)	FBG (mmol/L)
治疗前	12	13.27±2.21	8.39±1.90	9.20±1.02
治疗后	12	8.99±1.04	6.47±0.87	5.98±0.76
t		6.07	3.18	8.77
P		<0.05	<0.05	<0.05

### 2.3 治疗前后胰岛 β 细胞功能指标水平变化

12 例 2 型糖尿病残疾军人经过治疗后, 胰岛 β 细胞功能指标水平变化均大于治疗前, 且 P<0.05, 差异显著具有统计学意义。详见表二。

表二 治疗前后胰岛 β 细胞功能指标水平比较 ( $\bar{x} \pm s$ )

时间	例数	FINS (μIU/mL)	2hINS (μIU/mL)	△ I30/△ G30	HOMA β
治疗前	12	11.76±3.39	35.67±7.90	2.05±0.23	26.01±5.60
治疗后	12	15.77±4.39	52.18±9.09	6.55±0.79	72.12±11.08
t		2.50	4.75	18.95	12.87
P		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

## 3 讨论

有研究表明 2 型糖尿病患者的血糖控制效果的影响因素有以下几个方面, 1、血糖监测频率; 2、受教育程度; 3、运动锻炼情况; 4、BMI (肥胖人群)<sup>[3]</sup>。其中, 运动锻炼情况属于主要因素, 当患者能每日进行有规律的运动时, 肌肉内的糖原便能得到消耗, 当糖原转化为葡萄糖时, 就能降低体内血糖的储存量, 并且, 运动还能提高胰岛素对于机体的敏感性, 使胰岛素的降糖效果提升, 达到降低胰岛素抵抗的作

(下转第 77 页)



上述研究表明, 观察组患者的并发症发生率 5.88% (4/68) 明显低于对照组患者的并发症发生率 26.47% (18/68), 两组数据差异显著, 具有统计学意义。对于肺结核患者而言, 实施必要的胸腔镜手术治疗, 是挽救生命, 解决痛苦的有效治疗方法, 也是切实提高生活和生存质量的显示。我院开展的胸腔镜肺叶切除术治疗肺结核的临床疗效确切, 且比开胸手术肺叶切除术治疗肺结核组拥有更少的并发症发生率。这从临床实践来看, 对我院下一步的临床治疗和护理开展工作而言, 将是更深层次的进步, 从远期效果来看, 治疗和应用该手术治疗, 切除患者病变肺叶, 实现患者结核消解, 具有积极的引导意义和价值, 从深层次来看, 是我院手术治疗工作中, 取得临床治疗价值的体现。电视胸腔镜手术治疗必须做好体位选择, 和孔径选择, 以及合理选择操作孔大小, 才外在手术严格适用症情况下, 实现对暴露组织的全方位切除, 尤其要注意切除中, 避免碰触血管, 以免延长手术时间, 增加术中风险。

我院开展多孔胸腔镜手术对结核患者的治疗, 同时也多次尝试单操作孔和单孔全胸腔镜状态下开展相对简单或复

杂度小的胸外科手术, 且在我院肺结核患者的治疗中取得了较理想的效果。

综上所述, 电视胸腔镜肺叶切除术治疗肺结核的临床疗效确切, 具有较高的安全性、有效性、可行性, 且能够有效减少并发症发生率, 值得临床推广应用。

#### 参考文献:

[1] 蒋连勇, 王明松, 李国庆等. 单操作孔完成全胸腔镜肺癌完全切除 329 例经验报告 [J]. 临床肺科杂志, 2015, (6):1006-1008

[2] 袁源, 谭群友, 王如文等. 单操作孔胸腔镜与辅助小切口肺叶切除治疗早期 NSCLC 的疗效分析 [J]. 重庆医学, 2014, (12):1431-1433

[3] 王云. 胸腔镜下不同术式肺叶切除术治疗早期 NSCLC 的手术效果对比研究 [J]. 临床肺科杂志, 2016, (2):327-331

[4] 李辉, 黄文峰, 李明珠等. 单操作孔电视胸腔镜肺叶切除术治疗肺结核的临床疗效研究 [J]. 解放军医药杂志, 2016, 28(6):58-61

#### (上接第 73 页)

外针对表现出缺血威胁的患者, 此种方法对于患者的血管扩张可以加以有效促进, 可以将患者的心率速度加以有效减缓, 可以将相关代谢与患者心脏前后负荷有效降低, 进而将患者的心肺功能加以有效改善, 并且可以防止因为疼痛刺激最终导致患者出现心血管合并症的情况。

综上所述, 对冠心病患者开展非手术治疗工作期间, 需要依据冠心病患者的具体表现以及治疗方法合理进行麻醉方法的选择, 确保对于手术过程中患者的血流动力学稳定等可以进行有效维持, 从而优化冠心病治疗效果。

#### 参考文献:

[1] 刘子嘉, 许力, 于春华等. 高龄冠心病患者行非心脏手术的围术期心脏事件危险因素分析 [J]. 中国医学科学院学

报, 2015, 37(5):541-548.

[2] 曲歌, 许力, 于春华等. 术前血清超敏 C 反应蛋白对冠心病患者非心脏手术围术期心脏事件的预测作用 [J]. 基础医学与临床, 2012, 32(12):1406-1410.

[3] 李莉, 余剑波, 张圆等. 针刺辅助全身麻醉对冠心病患者行非心脏手术时应激反应的影响 [J]. 临床麻醉学杂志, 2012, 28(10):950-953.

[4] 田树平, 李春平, 吴芳等. 多排螺旋 CT 冠状动脉造影在中、高危险度非心脏手术术前排除冠心病的价值 [J]. 中国医学科学院学报, 2014, 36(3):255-260.

[5] 许力, 于春华, 姜晶梅等. 七氟醚对老年冠心病患者非心脏手术血流动力学及心肌缺血事件的影响 [J]. 基础医学与临床, 2013, 33(5):567-571.

#### (上接第 74 页)

用, 运动还能增强心肺功能, 使小血管的弹性增强, 患者的免疫力以及抵抗力均能得到不同程度的增加<sup>[4]</sup>。但对于残疾军人来说, 最缺乏的就是运动量, 长期的静坐或久卧, 使得其引发了较多的并发症, 从而增加患 2 型糖尿病的几率。从本文研究中也可见, 在残疾军人中, 2 型糖尿病的发病率远远高于常人 ( $P < 0.05$ )。在 2 型糖尿病的治疗中, 甘精胰岛素、门冬胰岛素、诺和灵 R、诺灵 N 为常用治疗药物, 其能有效的控制患者的血糖, 使之长期保持在平稳状态下, 并且用药的安全性高、半衰期长, 获得了较多医护人员以及患者的肯定<sup>[5]</sup>。从本文研究中也可见, 经过治疗后, 12 名 2 型糖尿病残疾军人的血糖、胰岛  $\beta$  细胞功能指标与治疗前相比, 差异较大, 且  $P < 0.05$ , 具有统计学意义。

综上所述, 在残疾军人当中由于重度残疾, 自主活动的

减少, 2 型糖尿病的发病率明显增高, 可使用甘精胰岛素、门冬胰岛素、诺和灵 R、诺灵 N 进行强化治疗, 其效果显著, 值得临床推广应用。

#### 参考文献:

[1] 曲爱民, 张吉敏. 门冬胰岛素联合甘精胰岛素治疗糖尿病的临床疗效观察 [J]. 中国现代医生, 2015, 53(15): 73-74.

[2] 沙开香. 睡眠时间与 2 型糖尿病发病风险的关系 [J]. 吉林医学, 2016, 37(04): 848-849.

[3] 黄承洲. 2 型糖尿病患者血糖控制效果的影响因素分析 [J]. 实用心脑血管病杂志, 2014, 22(11): 118.

[4] 高钰洵, 田小草, 张东峰, 等. 糖尿病发病高危人群的转归相关因素研究 [J]. 当代医学, 2013, 19(36): 29.

[5] 宿建芳, 康文娟. 糖尿病肾病早期诊断生物学标志物研究进展 [J]. 中国药物与临床, 2016, 16(10): 1453-1454.

#### (上接第 75 页)

40mg, 地塞米松 5mg, 维生素 B12 1mg, 生理盐水加至 20ml。

银质针导热治疗按治疗部位, 让患者采取适宜体位, 局部充分暴露, 定位, 常规消毒后, 铺无菌巾, 用 1% 利多卡因表面麻醉后, 选用长度适宜的银质针进行直刺、斜刺, 直达骨面, 获得针感, 银质针针柄端连接电子巡检仪加热, 设定适宜温度加热, 20min 后停止加热, 针身冷却后起针, 针眼消毒, 敷上消毒的纱布, 休息 20min 无不良反应即可离院。

布针方案: 腰部, 髂后上棘内侧缘与髂嵴后 1/3 肌附着处, 沿骨盆、髂嵴缘弧形布针 2 行, 针距为 1.0 ~ 1.5cm, 每

行约为 6 ~ 8 枚针即可, L3-S1 棘突旁椎板处, 及骶骨背面沿棘突旁 1.0 ~ 2.0cm 直线布针 2 行, 针距为 1.0 ~ 1.5cm, 每行约为 5 ~ 6 枚垂直进针, L2-4 横突处每处布针 2 枚, 横向斜刺至横突背面及末端。臀部, 臀中、小肌髂骨翼附着处, 12 枚分 3 行直刺达骨膜。坐骨大孔内上缘 8 枚分 2 行向前上斜刺达骨膜。股骨转子间窝 8 枚分 2 行向前下斜刺达关节囊。髂后下棘与骶髂关节外缘 8 枚分 2 行内前方斜刺达骨膜。按上述部位分次治疗, 一周一次, 同一部位不重复治疗。

第一次治疗后患者症状明显缓解, 3 周后腰腿部症状消失, 行动自如。嘱其休息, 适当功能锻炼。