



• 药物与临床 •

胰岛素联合西格列汀对 2 型糖尿病的疗效和安全性观察

李 齐 郝书华 彭彪承 姚 创 吴金秀 (益阳市人民医院内分泌科 湖南益阳 413001)

摘要：目的 探讨胰岛素联合西格列汀对 2 型糖尿病的疗效和安全性。**方法** 将 2016 年 2 月-2017 年 4 月 140 例 2 型糖尿病患者作为研究对象随机原则分组，各纳入 70 例。对照组采用胰岛素皮下注射治疗，试验组在对照组基础上给予西格列汀治疗。比较两组 2 型糖尿病治疗疗效；治疗安全性；干预前后患者 BMI、血糖监测值、糖化血红蛋白监测值、胰岛素抵抗指数。**结果** 试验组 2 型糖尿病治疗疗效高于对照组， $P < 0.05$ ；试验组治疗安全性和对照组无显著差异， $P > 0.05$ ；干预前两组 BMI、血糖监测值、糖化血红蛋白监测值、胰岛素抵抗指数相近， $P > 0.05$ ；干预后试验组 BMI、血糖监测值、糖化血红蛋白监测值、胰岛素抵抗指数优于对照组， $P < 0.05$ 。**结论** 胰岛素联合西格列汀对 2 型糖尿病的疗效和安全性高，可有效改善血糖、糖化血红蛋白，降低 BMI，无严重不良反应，值得推广。

关键词：胰岛素 西格列汀 2 型糖尿病 疗效 安全性

中图分类号：R587.1 **文献标识码：**A **文章编号：**1009-5187 (2017) 10-172-02

2 型糖尿病是常见慢性病，其发生和遗传、环境等有一定关系，属于内分泌疾病。随着老年人口数不断增多，近年来，2 型糖尿病的发病率也有所升高。众所周知，2 型糖尿病的发生和胰岛素抵抗、缺乏密切相关，口服二甲双胍容易出现胃肠道反应，且心肺功能不全的高龄患者有出现乳酸性酸中毒风险；而糖苷酶抑制剂降糖效果不佳，且胃肠道反应较多；单纯皮下注射胰岛素血糖控制欠佳，且可引发低血糖和体重增加等不良事件^[1-3]。本研究分析了胰岛素联合西格列汀对 2 型糖尿病的疗效和安全性，报告如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料

将 2016 年 2 月-2017 年 4 月 140 例 2 型糖尿病患者作为研究对象随机原则分组，各纳入 70 例。试验组男 46 例，女 24 例；年龄 44-79 岁，平均 (59.24 ± 2.77) 岁。发病时间 1 年-27 年，平均 (12.55 ± 6.24) 年。对照组男 45 例，女 25 例；年龄 45-79 岁，平均 (59.94 ± 2.84) 岁。发病时间 1 年-26.8 年，平均 (12.14 ± 6.67) 年。

两组一般资料具有可比性，差异不显著。

1.2 方法

对照组采用胰岛素皮下注射治疗，用门冬胰岛素 30 皮下注射，每天给药量在 50U 以上，根据血糖监测值对胰岛素用量进行调整。治疗 3 个月。试验组在对照组基础上给予西格列汀治疗，每天 1 次，每次口服 100mg。治疗 3 个月。

1.3 观察指标

比较两组 2 型糖尿病治疗疗效；治疗安全性；干预前后患者 BMI、血糖监测值、糖化血红蛋白监测值、胰岛素抵抗指数。

显效：血糖和糖化血红蛋白均恢复正常水平，胰岛素抵抗指数显著降低，症状消除；**有效：**血糖和糖化血红蛋白均有所降低，胰岛素抵抗指数一定程度上降低，症状改善；**无效：**症状、胰岛素抵抗、血糖情况均无改善。2 型糖尿病治疗疗效为显效、有效百分率之和^[4]。

1.4 统计学处理方法

采用 SPSS18.0 软件统计数据，计量资料、计数资料分别作 t 检验、 χ^2 检验，结果以 $P < 0.05$ 说明有统计学意义。

2 结果

2.1 两组 2 型糖尿病治疗疗效相比较

试验组 2 型糖尿病治疗疗效高于对照组， $P < 0.05$ 。如表 1。

表 1. 两组 2 型糖尿病治疗疗效相比较 [例数 (%)]

组别	例数	显效	有效	无效	总效率
对照组	70	23	32	15	55(78.57)
试验组	70	45	23	2	68(97.14)
χ^2					7.755
P					0.006

2.2 干预前后 BMI、血糖监测值、糖化血红蛋白监测值、胰岛素抵抗指数相比较

干预前两组 BMI、血糖监测值、糖化血红蛋白监测值、胰岛素抵

抗指数相近， $P > 0.05$ ；干预后试验组 BMI、血糖监测值、糖化血红蛋白监测值、胰岛素抵抗指数优于对照组， $P < 0.05$ 。如表 2。

表 2. 干预前后 BMI、血糖监测值、糖化血红蛋白监测值、胰岛素抵抗指数相比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	时期	FBG (mmol/L)	胰岛素 抵抗指数	HbA1c (%)	BMI (kg/m ²)
试验组	干预前	13.21±3.25	3.31±0.72	11.21±1.92	28.13±4.11
	干预后	7.31±1.81**	1.45±0.21**	6.78±2.59**	24.55±4.00**
对照组	干预前	13.43±3.22	3.18±0.16	11.26±1.41	28.13±4.29
	干预后	9.25±2.41*	2.15±0.43*	8.37±1.94*	27.75±4.03*

注：和干预前比较，* $P < 0.05$ ；和对照组比较， $P < 0.05$

2.3 两组治疗安全性相比较

试验组治疗安全性和对照组无显著差异， $P > 0.05$ 。见表 3。

表 3. 两组治疗安全性相比较 [例数 (%)]

组别	例数	低血糖	食欲减退	恶心呕吐	发生率
对照组	70	1	1	1	3 (4.29)
试验组	70	0	1	1	2 (2.86)
χ^2					0.166
P					0.688

3 讨论

2 型糖尿病患者采用胰岛素皮下注射治疗可一定程度上控制血糖水平，改善临床症状和预后，但单用胰岛素注射用量多，不良反应多^[5-6]。西格列汀为第一个被批准可在临床应用的 DPP-4 抑制剂，为新型降糖药物，其作用机制在于肠促胰岛素，具有高度选择性，可竞争性结合 DPP-4 活化部位结合，高度抑制二肽基酶水解释活性，促进胰高血糖素样肽水平的升高，对胰高血糖素分泌进行抑制，并促进胰岛素分泌，实现对血糖的有效控制^[7-8]。从安全性看，西格列汀无明显不良反应，服用后吸收迅速，服药 1 至 4 小时后血浆药物浓度达峰值，不良反应主要为消化道反应，包括恶心呕吐、腹泻等，但均比较轻微，患者可耐受。

本研究中，对照组采用胰岛素皮下注射治疗，试验组在对照组基础上给予西格列汀治疗。结果显示，试验组 2 型糖尿病治疗疗效高于对照组， $P < 0.05$ ；试验组治疗安全性和对照组无显著差异， $P > 0.05$ ；干预前两组 BMI、血糖监测值、糖化血红蛋白监测值、胰岛素抵抗指数相近， $P > 0.05$ ；干预后试验组 BMI、血糖监测值、糖化血红蛋白监测值、胰岛素抵抗指数优于对照组， $P < 0.05$ 。

综上所述，胰岛素联合西格列汀对 2 型糖尿病的疗效和安全性高，可有效改善血糖、糖化血红蛋白，降低 BMI，无严重不良反应，值得推广。

参考文献

- [1] 李文亚. 西格列汀联合诺和锐 30 治疗老年 2 型糖尿病的疗效观察 [J]. 现代诊断与治疗, 2015, 26(18):4156-4157.
- [2] 胡晓丽. 胰岛素泵 (门冬胰岛素) 联合西格列汀方案对 T2DM 的治疗效果分析 [J]. 中国现代药物应用, 2016, 10(15):119-120, 121.

(下转第 173 页)



药剂人员对临床合理用药知识的研究

聂满菊 (中方县铜湾镇中心卫生院 湖南中方 418005)

摘要: **目的** 药剂人员临床合理用药相关知识分析, 提高临床合理用药情况。**方法** 对当前医院药剂人员在工作中存在的不合理用药情况加以提出, 寻找改善和提升临床合理用药的有效方式。**结果** 医药工作者从使药物效果最大化、安全最优化、以及作用多重化等角度, 根据患者病情和药理学理论选择最合理的药品。**结论** 在临床中积极开展药剂学服务工作, 规范临床用药合理性非常重要。

关键词: 合理用药 药剂人员 不良反应 药剂

中图分类号: R192 **文献标识码:** A **文章编号:** 1009-5187 (2017) 10-173-01

随着我国临床医学技术的不断发展和进步, 药物品种逐年增多, 数量也大大增加, 当前我国医学工作开展的重点之一就是保证用药的安全、科学、有效^[1], 必须重视药物间的相互作用, 因为并非所有的结合用药都能使药效增大, 有的药物相互作用会使药物失去药效甚至会导致治疗结果的失败。当前在很多医院药物使用过程中, 都存在一些不合理用药的情况, 下面针对当前医院药剂人员在工作中存在的不合理用药情况加以提出, 寻找改善和提升临床合理用药的有效方式。

1 常见用药差错类型

1.1 医护之间缺乏沟通。现如今, 药品名用拉丁文或者英文缩写已成为普遍现象, 同时存在着医师书写不规范, 医护之间没有进行药品确认, 导致用错药从而出现差错。

1.2 药品质量的缺陷。即使达到 GMP 标准的药物, 但不同的厂家, 不同的工艺, 不同的设备, 生产出的药品也是参差不齐的, 导致疗效受到一定的影响。

1.3 工作人员资质不符。有些医院的药剂师由护理或与没有从业资格证书的人员担任, 后续教育也未能实现, 导致专业知识匮乏, 未能跟上时代的脚步, 严重制约着临床医学的发展。

1.4 医药人员发药程序不规范。没有严格执行《处方管理办法》中“四查十对”的规定。

2 合理用药的条件

2.1 选择药物。治疗的效果如何与用药合理息息相关。在用药选择时, 以下几点必须加以重视: ①有没有必须用药的理由, 如果可以在不用药的情况下使得病情得以缓解就不用药。②如果必须用药, 就要将用药效果放在考虑的首位, 在同样疗效的药物中, 应尽量选择效果显著的药。③医药人员必须在药物效用与副作用之间做好权衡。④系统用药。在中西药结合使用时, 必须尽可能发挥药物间的协同作用, 降低拮抗作用。

2.2 药用制剂的选择。由于制剂在制造过程中存在差异而导致利用度不同的药用生物制剂。这也是同种药物在剂量相同的情况下使用但药效确不同的原因。因此, 合理的选择制剂也成为合理用药不可分割的因素。

2.3 用药时间的选择。血药浓度的稳定性以及保证药物无副作用且有效的必要条件即为合理安排用药时间。间隔时间过长, 会导致血药浓度下降, 从而影响治疗效果。间隔时间过短, 又可能会使得药物在人体内囤积, 无法吸收, 甚至会导致药物中毒。

3 合理用药的对策

(上接第 172 页)

[3] 文晓寰. 门冬胰岛素 30 联合西格列汀治疗老年 2 型糖尿病的临床观察 [J]. 西北药学杂志, 2016, 31(5):519-522

[4] N. G. Balabushevich, M. A. Pechenkin, I. N. Zorov et al. Mucoadhesive Polyelectrolyte Microparticles Containing Recombinant Human Insulin and Its Analogs Aspart and Lispro [J]. Biochemistry, 2011, 76(3):327-331.

[5] 李翔, 祁梅, 史春等. 西格列汀联合门冬胰岛素 30 治疗磺脲类药物继发性失效 2 型糖尿病临床观察 [J]. 中国医师进修杂志,

3.1 基本原则安全系数大、治疗疗效好、费用最低化的使用药物即为合理用药的基本原则。具体包括以下几点: ①正确的诊断: 只有对症下药才能最大化的缓解患者的病情, 特别是对于急症和重症患者正确的诊断尤为重要, 如果出现误诊导致用药错误, 可能会出现难以弥补的过错。②彻底透彻的了解药物的治疗机理和药效特点, 特别是注意药物的选择和用法。③用药对象适宜, 无禁忌症, 不良反应小。④用药要符合药物经济学。近年来, 社会人口老龄化问题日益加深, 医药费用急剧增长, 特别是农村人口, 常常出现有病没钱医的情况, 因而, 用药时必须在保证药效的前提下尽可能的降低费用。

3.2 合理用药具体办法。①合理用药实时监测。依托于强大的科技, 条件允许的医院可以引进合理用药自动监测软件处方自动监测系统数据库对医嘱实施自动监测, 尽可能的于源头扼杀用药差错导致药源性疾病的事件。②进行制度改革, 实行双重核对制度且严格执行下去, 绝对不能在实际工作中“偷工减料”, 使制度形式化。③对药剂师护士等员上进行在岗培训, 同时加强素质教育, 将降低差错发生的几率。④规范医师的书写字迹, 尤其是有毒副作用的药物, 必须做到字迹清晰, 容易判别。对存在差异的药物绝对不能敷衍了事, 要进行二次确认。⑤明确岗位职责且严格落实, 要严格执行各项规章制度。⑥充分发挥医院药事管理委员会的作用。

4 讨论

调查得知, 中心摆药制度和科室集中领药制度是大多数医院对住院患者药物使用的方式, 但是不论哪种方式, 其源头均是由药剂人员来进行药物的分发。再由护士分发到患者手中。因此, 消除药源性疾病的发生率的最根本的措施, 就是要强化每一位医务人员的专业知识, 使其掌握全面的用药知识。

即使科技的发展速度令人咂舌, 但不能否认的是, 一些药物的药效、用法、用量以及用药时间的问题依然存在着不足。对于药物间的相互作用机理等方面的研究仍未成熟, 尤其是一些新型药物的副作用未能正确认知。这也对医药人员提出了新的挑战, 因此掌握扎实的药理学基础知识, 不断在实践中提高自身专业素养才能更好的完成身为医护人员的职责, 合理用药也才能更加妥善的实施。

参考文献

[1] 杜中良. 行政干预对临床合理用药的影响.《中国医药》.2011 年 11 期.

[2] 王仲霞, 鄢丹, 王立福. 中药注射剂临床合理用药监测与不良反应应急系统的临床应用.《中国中医药科技》.2013 年 1 期.

2016, 70(3):258-260.

[6] 王力, 王群慧, 何扬等. 强化血糖控制对糖尿病患者第一时间胰岛素分泌的影响 [J]. 中国医药导报, 2016, 13(18):76-79.

[7] 孔亚坤, 耿秀琴, 周艳红等. 甘精胰岛素与西格列汀联用治疗口服降糖药控制不佳的老年 2 型糖尿病的有效性和安全性 [J]. 中国药师, 2016, 19(4):695-697.

[8] 华瑞芳, 刘勇, 曾小兵等. 西格列汀片联合门冬胰岛素 30 治疗糖尿病肾病血液透析患者合并心力衰竭的疗效观察 [J]. 药品评价, 2016, 13(8):42-44.