

• 论 著 •

利拉鲁肽结合二甲双胍治疗对 2 型糖尿病病人血糖水平、炎症状态改善分析

杨冬梅

宁夏吴忠市同心县人民医院肾病内分泌科 751300

【摘要】目的 分析二甲双胍、利拉鲁肽联合方案对 2 型糖尿病患者血糖水平和炎症状态的影响。**方法** 我院收治的 120 例 2 型糖尿病患者均行随机分组处理, 通过比较实验组和对照组治疗后的血糖水平、炎症状态差异, 评估 2 型糖尿病患者采用二甲双胍、利拉鲁肽联合方案的效果。**结果** 实验组治疗后的空腹及餐后 2h 血糖水平均低于对照组, 且治疗后实验组的验证状态改善情况优于对照组, $P < 0.05$ 。**结论** 2 型糖尿病患者的血糖水平和炎症状态经药物联合方案治疗后均明显改善, 这证明利拉鲁肽和二甲双胍的联用可有效帮助患者控制血糖水平, 能够促进炎症反应的减轻, 有助于患者的健康保障。

【关键词】 利拉鲁肽; 二甲双胍; 2 型糖尿病; 血糖水平; 炎症状态

【中图分类号】 R587.1

【文献标识码】 A

【文章编号】 1009-4393 (2025) 28-009-02

2 型糖尿病是最为常见的糖尿病类型, 约 90% 以上的糖尿病患者为 2 型糖尿病, 该疾病发生后胰岛素对于葡萄糖的降解能力会逐渐下降, 从而会导致患者葡萄糖水平的升高, 而长时间处于高葡萄糖水平状态, 则会导致一系列健康损伤的发生, 严重时甚至会造成各类慢性并发症的发生, 故针对 2 型糖尿病患者的葡萄糖水平进行控制, 对于其身体健康保障而言意义显著^[1]。在临床上, 利拉鲁肽和二甲双胍均是 2 型糖尿病患者常用的治疗药物, 前者可通过增加细胞内环磷酸腺苷水平起到降血糖的作用, 后者则可通过抑制肝脏糖异生过程等功效促进血糖水平的降低^[2]。为此, 本文便针对性分析了二甲双胍、利拉鲁肽联合方案对 2 型糖尿病患者血糖水平和炎症状态的影响, 现报道如下。

1 资料与方法

1.1 资料

于我院收治的 2 型糖尿病患者中选取 120 例, 其于 2022 年 4 月-2024 年 8 月间在我院就诊, 并采用电脑随机的方式进行分组。实验组患者的年龄均值为 48.67 岁 (± 9.12), 病程均值为 6.88 年 (± 1.44), 不同性别者占比为 33:27 (女:男)。对照组患者的年龄均值为 48.52 岁 (± 9.15), 病程均值为 6.93 年 (± 1.38), 不同性别者占比为 31:29 (女:男)。经 SPSS26.0 软件进行对照组和实验组的年龄等一般资料差异进行验证发现: $P > 0.05$ 。

1.2 方法

1.2.1 对照组

60 例研究对象采用基础治疗和二甲双胍, 其中基础治疗包含降血压、调血脂、饮食指导、锻炼指导等干预内容, 且患者每日餐前进行二甲双胍片的服用, 该药物为中美上海施贵宝制药有限公司生产, 国药准字 H20023370, 每次服药 0.5g, 每日 3 次, 共治疗 4 个月。

1.2.2 实验组

60 例研究对象采用基础治疗和二甲双胍+利拉鲁肽, 在对照组的基础上患者每日均进行利拉鲁肽的使用, 给药途径为皮下注射, 该药物为丹麦诺和诺德公司生产, 国药准字 J20160037, 具体药物使用剂量根据患者的血糖变化进行调整, 给药时间为早餐前 1h, 初始剂量为 0.6mg/次, 最大剂量为 1.8mg/次, 共治疗 4 个月。

1.3 观察指标

血糖水平: 包含空腹血糖 (FBG)、餐后 2h 血糖 (2hPG) 两项, 患者治疗开始后均每日晨起空腹状态及午餐后 2h 采用便携式血糖检测仪进行上述两种指标的测量。

炎症状态: 包含白细胞介素-6 (IL-6)、肿瘤坏死因子- α (TNF- α)、NOD 样受体蛋白 3 (NLRP3), 患者治疗后 4 个月均采用酶联免疫吸附试验法进行上述三种指标的测量。

1.4 数据处理

所有数据均进行准确核对和录入, 采用 SPSS22.0 软件分析数据。涉及计量资料与计数资料, 分别: T 检验、卡方检验; $p < 0.05$ 为数据对比差异有统计学意义。

2 结果

2.1 血糖水平差异

表 1 显示: 实验组治疗后的血糖水平比对照组低, $P < 0.05$ 。

表 1: 血糖水平差异 ($\bar{x} \pm s$) mmol/L

组别	例数	血糖水平	
		FBG	2hPG
实验组	60	8.64 $\pm$ 1.33	10.65 $\pm$ 1.47
对照组	60	11.28 $\pm$ 1.45	12.39 $\pm$ 2.12
t		10.3931	5.2245
P		0.0000	0.0000

2.2 炎症状态差异

表 2 显示: 实验组治疗后的各项炎症状态指标水平比对照组低, $P < 0.05$ 。

表 2: 炎症状态差异 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	IL-6	TNF- α	NLRP3
		(pg/ml)	(pg/ml)	(ng/ml)
实验组	60	405.53 $\pm$ 56.85	118.64 $\pm$ 24.16	0.85 $\pm$ 0.16
对照组	60	432.46 $\pm$ 58.12	128.34 $\pm$ 26.74	0.93 $\pm$ 0.21
t		2.5658	2.0849	2.3472
P		0.0115	0.0392	0.0206

3 讨论

2 型糖尿病患者会随着病程的延长和病情的加重而出现各类急性慢性并发症, 因此应强化对于 2 型糖尿病患者的血糖控制, 以达到延缓并发症发生, 促进患者健康保障的目的。本研究便针对性分析了药物联合方案对 2 型糖尿病患者的影响,

(下转第 11 页)

1.5 统计学方法

SPSS26.0 分析 IS 病例信息，计量资料符合正态分布，以“均数 ± 标准差 ($\bar{x} \pm s$) ”分析，t 检验，斑块与狭窄检查情况以率 (%) 分析， χ^2 检验， $P < 0.05$ 有统计学意义。

2 结果

2.1 颈动脉斑块

CUS 检查灵敏度、特异度、准确度均比较接近 CTA 结果 ($P > 0.05$)。见表 1。

表 1：颈动脉斑块诊断效果 [n, % (n)]

CTA 检查	CUS 检查		
	阳性	阴性	合计
阳性	50	2	52
阴性	4	44	48
合计	54	46	100
灵敏度 (%)	96.15 (50/52)		
特异度 (%)	91.67 (44/48)		
准确度 (%)	94.00 (94/100)		

2.2 颈动脉狭窄诊断

DSA 检出颈动脉狭窄 39 例，无狭窄 61 例，发生率 39.00% (39/100)。CUS 检查与 DSA 无显著差异 ($P > 0.05$)。见表 2。

表 2：颈动脉狭窄诊断效果 [n, % (n)]

DSA 检查	CUS 检查		
	阳性	阴性	合计
阳性	36	3	39
阴性	2	59	61
合计	38	62	100
灵敏度 (%)	92.31 (36/39)		
特异度 (%)	96.72 (59/61)		
准确度 (%)	95.00 (95/100)		

2.3 颈动脉狭窄分级

表 3：颈动脉狭窄检查符合率 [n, % (n)]

组别	DSA 检查	CUS 检查	符合率
轻度狭窄	13	12	92.31 (12/13)
中度狭窄	20	18	90.00 (18/20)
重度狭窄	6	6	100.00 (6/6)
合计	39	36	92.31 (36/39)

CUS 检查其中轻度狭窄 33.33% (13/39)、中度狭窄 51.28% (20/39)、重度狭窄 15.38% (6/39)。CUS 分级符合

率较高，与 DSA 无显著差异 ($P > 0.05$)。见表 3。

3 讨论

CUS 检查应用成本较低，方便操作，无辐射、无创检查，支持实时动态观察^[4]。利用 CUS 检查，可以明确斑块性质，评估斑块稳定性^[5]，有效区分硬质斑块、软质斑块、溃疡等。根据血流速度间接计算斑块狭窄程度，辅助颈动脉狭窄分级^[6]。CUS 检查在颈动脉斑块一线筛查、术后随访等医疗活动中均具有一定价值^[7]。

该研究中，CUS 检查对颈动脉斑块与颈动脉狭窄检查效果均较好，诊断特异度、灵敏度、准确度较高，颈动脉斑块检出效果符合 CTA 结果，颈动脉狭窄分级与 DSA 检查一致性较高，检查效果较好。

综上所述，针对缺血性脑卒中患者进行颈动脉粥样硬化检查时，采用颈动脉斑块超声效果较好。局部超声检查可以辅助医师科学诊断颈动脉斑块与狭窄，提供可靠依据，指导精准医疗，应用价值较高。

参考文献：

[1] 秦淑琦, 郭翔宇, 杨魏壕, 等. 3 009 例中风病高危人群颈动脉斑块中西医结合风险预测模型构建及验证 [J]. 中国实验方剂学杂志, 1-14.

[2] 杨贻金, 曾文赟, 黄志平, 等. 高频超声颈动脉斑块特征鉴定与老年动脉硬化患者脑卒中风险的关系 [J]. 中国老年学杂志, 2025, 45(09):2106-2110.

[3] 胡劼, 焦明克, 尹淑荣, 等. 颈动脉 CEUS 联合 TCCD 评估早期大动脉粥样硬化型缺血性脑卒中风险分层的研究 [J]. 中国超声医学杂志, 2025, 41(04):370-373.

[4] 金志璞, 李俊康, 姜莹, 等. 颈动脉斑块超声联合埃森卒中风险评分量表预测缺血性脑卒中发生风险的研究 [J]. 中国超声医学杂志, 2024, 40(11):1208-1212.

[5] 秦杰, 李玉娟, 王蕊莉, 等. 基于临床基线特征与颈动脉超声参数构建脑卒中高危人群颈动脉易损斑块模型 [J]. 中国组织工程研究, 2025, 29(12):2444-2449.

[6] 原媛, 刘敏, 徐加莉, 等. 老年缺血性脑卒中患者颈动脉斑块超声造影及 ADAMTS-4、SIRT1、YKL-40 检测的临床意义 [J]. 中国老年学杂志, 2024, 44(04):774-777.

[7] 程好堂, 陈海兵, 陆惠良, 等. 颈动脉狭窄斑块放射组学及超声列线图预测无症状患者卒中风险 [J]. 中国医学计算机成像杂志, 2023, 29(04):352-359.

(上接第 9 页)

结果显示实验组治疗后的血糖和炎症状态指标水平比对照组低 ($P < 0.05$)，通过分析药理作用发现，二甲双胍可从减少肝脏 / 肠道葡萄糖输出、增加外周组织葡萄糖摄取和利用的角度降低 2 型糖尿病患者的血糖水平，利拉鲁肽则可从促进胰岛素分泌、减少胰高血糖素分泌和延缓胃排空的角度促进 2 型糖尿病患者血糖水平的降低。因此，两种药物联用对 2 型糖尿病患者的血糖控制而言意义显著^[3]。另外，利拉鲁肽还可通过下调 NLRP3 表达的方式起到抑制其他炎症因子产生的作用，故能够改善 2 型糖尿病患者的炎症状态^[4]。

综上所述，2 型糖尿病患者的血糖水平和炎症状态经药物联合方案治疗后均明显改善，这证明利拉鲁肽和二甲双胍的联用可有效帮助患者控制血糖水平，能够促进炎症反应的减

轻，有助于患者的健康保障。

参考文献：

[1] 张天英, 刘思佳. 利拉鲁肽在 2 型糖尿病患者中的临床效果及对炎症因子、血脂及安全性的影响研究 [J]. 中华养生保健, 2025, 43(03):48-51.

[2] 李进, 杭婷婷, 王冰蕾, 等. 利拉鲁肽和艾塞那肽分别联合二甲双胍片治疗老年 2 型糖尿病的有效性及对微炎症反应脂肪因子的影响 [J]. 中国药物与临床, 2024, 24(06):375-380.

[3] 郭超花, 何晴, 邢媛媛. 二甲双胍联合利拉鲁肽对老年 2 型糖尿病炎症和肠道菌群失衡的临床治疗效果 [J]. 吉林医学, 2022, 43(04):969-971.

[4] 翁黎明. 采用利拉鲁肽联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病临床疗效研究 [J]. 糖尿病新世界, 2021, 24(22):91-94.