

能力,改善了患者的预后。且住院时间短,不增加患者经济费用,此方法值得基层医院推广应用。

参考文献

[1] 乐杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社,2008: 205.
[2] 杜红梅. 剖宫产大出血双侧子宫动脉结扎 25 例的临床分析[J]. 临床医学工程,2009,16(8):81-82.
[3] 郭群兰. B-Lynch 缝合术在剖宫产术中大出血的应用[J]. 实用妇产科杂志,2008,24(2):83-84.
[4] 张翠梅. 剖宫产率上升因素分析[J]. 中国医药指南,

2010,8(6):38-39.
[5] 杨延冬,杨慧霞. 前置胎盘并胎盘植入诊断和处理策略[J]. 中国实用妇科与产科杂志,2011,27(6):416-420.
[6] 张继红. 双侧子宫动脉结扎手术在剖宫产时子宫大出血治疗中的临床应用分析[J]. 中国妇幼保健,2012,27(23):3677-3678.
[7] 曹泽毅. 中华妇产科[M]. 北京:人民卫生出版社,2004: 8402-8403.

(收稿日期:2013-01-24 修回日期:2013-04-13)

• 临床研究 •

导致 2 型糖尿病发生低血糖的相关因素分析

吴江涛(江苏省南通大学附属医院分院内分泌科 226001)

【摘要】 目的 探讨影响 2 型糖尿病(T2DM)患者发生低血糖的相关因素及对策。**方法** 选择 2007 年 1 月至 2012 年 12 月 60 例低血糖入院或住院治疗期间发生低血糖的 T2DM 患者作为研究对象(观察组),按照 1:1 比例选择同期住院的无低血糖患者作为对照组,比较两组年龄、性别、T2DM 诊断情况、患者 T2DM 知识认知程度、病程、血肌酐、降糖药物构成方面上等的差异。**结果** 观察组平均年龄(62.11±14.40)岁、新近诊断 T2DM 占 23.33%、T2DM 知识认知差 43.33%、胰岛素及磺脲类比例 81.67%、血肌酐水平(122.02±13.32)mmol/L,明显高于对照组($P<0.05$),是影响 T2DM 发生低血糖的因素,两组性别构成、病程长短比较差异无统计学意义($P>0.05$)。**结论** T2DM 患者发生低血糖与多种因素有关,应采用相应的对策减少 T2DM 低血糖的发生。

【关键词】 2 型糖尿病; 低血糖; 因素; 预防
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.19.044 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)19-2582-02

糖尿病已成为世界上继肿瘤、心脑血管疾病之后,第 3 位严重危害人类健康的疾病,低血糖发病率也随之增加^[1]。本文回顾性分析本院 2 型糖尿病(T2DM)的临床资料,探讨引起 T2DM 患者发生低血糖的危险因素及预防对策,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2007 年 1 月至 2012 年 12 月本院 60 例低血糖入院或住院治疗期间发生低血糖的 T2DM 患者作为研究对象(观察组);其中男 29 例,女 31 例;年龄 49~83 岁,平均(62.11±14.40)岁;糖尿病病程最短 0.5 个月,最长 29 年,平均(11.17±4.78)年。发生低血糖时血糖水平最低 0.2 mmol/L,最高 3.9 mmol/L,平均(2.56±0.34) mmol/L。按照 1:1 比例选择同期住院的无低血糖患者作为对照组,

1.2 方法 比较两组患者年龄、性别、T2DM 诊断情况、患者 T2DM 知识认知程度、病程、血肌酐、降糖药物构成方面等的差异。

1.3 统计学处理 SPSS11.0 统计软件处理,计数资料应用百分率表示,采用 χ^2 检验,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,采用 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

观察组平均年龄(62.11±14.40)岁、新近诊断 T2DM 占 23.33%、T2DM 知识认知差 43.33%、胰岛素及磺脲类比例 81.67%、血肌酐水平(122.02±13.32)mmol/L 均高于对照组($P<0.05$),是影响 T2DM 发生低血糖的因素,两组性别构成、病程长短比较差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1。

表 1 影响 T2DM 发生低血糖有关因素比较

组别	<i>n</i>	年龄 ($\bar{x}\pm s$,岁)	性别 (男/女)	新近诊断 T2DM [<i>n</i> (%)]	T2DM 知识认知差 [<i>n</i> (%)]	胰岛素及磺脲类 [<i>n</i> (%)]	病程 ($\bar{x}\pm s$,年)	血肌酐 ($\bar{x}\pm s$,mmol/L)
观察组	60	62.11±14.40	29/31	14(23.33)	26(43.33)	49(81.67)	11.17±4.78	122.02±13.32
对照组	60	55.40±15.12	28/32	5(8.33)	11(18.33)	33(55.00)	10.98±4.65	98.28±9.56
统计值		$t=4.22$	$\chi^2=0.19$	$\chi^2=10.32$	$\chi^2=14.30$	$\chi^2=13.93$	$t=0.31$	$t=4.34$
<i>P</i>		<0.05	>0.05	<0.05	<0.05	<0.05	>0.05	<0.05

3 讨论

糖尿病患者在使用胰岛素和口服降血糖药物治疗过程中,常常会发生低血糖,甚至低血糖昏迷,低血糖的发生发展与多种因素相关^[2]。通过本组资料观察发现,T2DM 低血糖影响因素复杂,包括患者年龄大、新近诊断 T2DM、T2DM 知识认知

差、胰岛素及磺脲类比例、血肌酐水平高。

观察组平均年龄[(62.11±13.40)岁]高于对照组,说明老年患者容易发生低血糖,老年 T2DM 患者常伴有肾功能不全,造成降糖药物的积蓄而发生药物性低血糖症;老年 T2DM 患者合并多种慢性并发症,多病同治,其中部分药物可导致胰岛

素释放增加,胰岛素敏感性提高,糖代谢紊乱;老年糖尿病患者抵抗力低,易合并各种感染,食欲下降,进食减少,部分患者营养状态差,糖原储备少,且胰岛素拮抗激素分泌反应障碍容易诱发低血糖^[3]。因此,对老年 T2DM 患者应选择选用半衰期短,蓄积作用小的降糖药,尽可能使用双胍类、α-糖苷酶抑制剂,餐时血糖调节剂瑞格列奈,慎用胰岛素及磺脲类药物^[4]。注意药物相互作用联合应用时应酌情减量,治疗过程中注意观察血糖变化,进行降糖药剂量调节。

新近诊断的 T2DM 患者急于使用降糖药物,容易造成低血糖。有研究表明,新近诊断的 T2DM 患者尤其是超体质量者,经过运动及饮食控制,机体对胰岛素敏感性改善,常可使血糖得到较好控制^[5];如果不及时调整降糖药物剂量,可导致发生低血糖。因此对于新近诊断的 T2DM 患者治疗应在运动及控制饮食未能奏效时,再使用降糖药物,用药从小剂量开始,注意个体化差异。

观察组应用胰岛素及磺脲类比例(81.67%)高于对照组(55.00%),提示胰岛素及磺脲类降糖药物是引起低血压常见的原因,可能与胰岛素用量过大或病情好转未及时减量,或是注射混合胰岛素,中、长效胰岛素剂量比例过大有关^[6];在口服磺脲类降糖药中发生低血糖症以格列苯脲、消渴丸(主要成分为格列苯脲)为最多,格列齐特次之,与磺脲类药物与β-细胞结合释放慢,持续时间长,同时其代谢速率慢,代谢产物活性高有关^[7]。近年来胰岛素品种较多,各种胰岛素作用时间不同、浓度不一,非专科医师难以全面掌握,专科医师应向患者详细介绍所用药的特点,告知准确剂量,避免注射超量胰岛素;应用磺脲类药物时,必须小心选择病例及所用剂量,且只能针对每天饮食规律的患者,宜从小剂量开始,监测血糖,逐渐调节药物剂量。

由于患者糖尿病的认识不够全面,刻意要求血糖的正常而擅自减少进食量或未进食,而继续常规注射胰岛素或服用降糖药,引起低血糖^[8]。实施健康教育,要让糖尿病患者及其家属了解低血糖反应发生的原因和症状,定期检查血糖,根据病情及时调整治疗药物的剂量;按时、按量进餐,并根据体力情况在医师的指导下选择合适的运动量和运动方式;临时有较大的体

力活动,要适当增加进食量,提高患者的自我监测和自我管理能力。

肾脏为胰岛素灭活主要场所之一,正常肾脏每天可降解胰岛素 7 U,肾功能不全时降解胰岛素能力下降,仅可降解 0.5 U 以下胰岛素^[9]。因此,糖尿病合并肾病时胰岛素灭活减慢,使降糖药物在体内积蓄,此时如用药不变,容易引起低血糖^[10];观察组血红蛋白水平 $[(122.02 \pm 13.32) \text{ mmol/L}]$ 高于对照组 $[(98.28 \pm 9.56) \text{ mmol/L}]$ ($P < 0.05$)。要根据患者进餐情况、病情、肝肾功能等情况适当调整药物剂量。

参考文献

[1] 杨彦平,崔彩芹. 糖尿病并药物性低血糖症 38 例诊治体会[J]. 临床急诊杂志,2009,10(4):243-245.
[2] 程文辉,黄帆,刘捷. 初诊糖尿病治疗并发医源性低血糖原因分析[J]. 中国医药科学,2011,1(24):180-181.
[3] 邹晓莹,孙中华,韩晶. 糖尿病患者治疗过程中发生低血糖的原因分析[J]. 中国全科医学,2012,15(6):690-693.
[4] 刘福平. 老年糖尿病并发低血糖症 30 例临床分析[J]. 当代医学,2011,17(22):17-18.
[5] 向春. 糖尿病患者医源性低血糖发病特点与预防[J]. 现代医药卫生,2008,24(9):1371-1372.
[6] 李光伟. 糖尿病达标治疗中的低血糖不容忽视[J]. 中华内科杂志,2009,48(1):2-3.
[7] 陈军. 老年 2 型糖尿病患者低血糖相关因素分析[J]. 中国乡村医药杂志,2012,19(12):28-29.
[8] 张舒婷,杨华章. 住院糖尿病患者低血糖的危险因素[J]. 实用医学杂志,2012,28(16):2659-2661.
[9] 李庆川. 糖尿病患者低血糖反应 47 例临床分析[J]. 临床医药实践杂志,2008,7(17):569-570.
[10] 何兰萍,王琼莲,欧阳淑一. 糖尿病低血糖危险因素分析及干预[J]. 四川医学,2010,31(8):1208-1209.

(收稿日期:2013-01-21 修回日期:2013-04-20)

• 临床研究 •

糖尿病并发大血管病变患者两种血清蛋白检测的临床价值

邢 巍(中国人民解放军第四五四医院检验科,南京 21000)

【摘要】 目的 探讨老年 2 型糖尿病患者血清可溶性单核巨噬细胞血红蛋白清道夫受体(sCD163)和视黄醇结合蛋白 4(RBP4)与大血管病变的关系。**方法** 测定 200 例糖尿病患者及 50 例健康对照者 sCD163 和 RBP4 水平,200 例糖尿病患分为大血管病变组(120 例)与无大血管病变组(80 例),比较 3 组间 sCD163 和 RBP4 水平,并进行相关性分析。**结果** 与对照组比较糖尿病组 sCD163 与 RBP4 水平较高、糖尿病并发大血管病变组 sCD163 与 RBP4 水平高于糖尿病无血管病变组,各组间差异有统计学意义($P < 0.05$),且 sCD163 与 RBP4 水平具有一定的正相关性,差异具有统计学意义($P < 0.05$)。**结论** sCD163 与 RBP4 与糖尿病大血管病变的发生发展密切相关且联合检测可能对早期动脉硬化的诊断具有重要的指导意义。

【关键词】 糖尿病; 大血管病变; 可溶性单核巨噬细胞血红蛋白清道夫受体; 视黄醇结合蛋白 4
DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.19.045 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)19-2583-03

糖尿病(DM)并发大血管病变是其重要的并发症之一,大血管病变的基本机制是动脉粥样硬化(AS)。作者分析 200 例 DM 患者血清视黄醇结合蛋白 4(RBP4)和可溶性单核巨噬细胞血红蛋白清道夫受体(sCD163)水平,研究其与 DM 大血管

病变的发生、发展及其相关性的临床价值。

1 资料与方法

1.1 一般资料 2 型糖尿病(T2DM)组:来源于 2010 年 12 月至 2012 年 3 月在本院内分泌科就诊的 200 例 DM 患者,其中