

达,中和炎症反应中过量产生的反应性氧化产物,拮抗疼痛。(3)臭氧通过改变关节腔内的内环境恢复或增强了关节软骨的修复能力。(4)臭氧注射时产生的压力能对粘连的组织产生机械性分离,松弛局部组织。陈付强等^[9]研究发现玻璃酸钠联合臭氧治疗能缓解骨性关节炎患者膝关节疼痛,患者的日常活动能力改善更显著。解小丽等^[10]研究发现肩关节腔注射玻璃酸钠联合复方倍他米松或医用臭氧对肩周炎有显著疗效,但糖皮质激素可能出现骨质疏松、血糖升高、血压升高的反应故并不适用于所有肩周炎患者。在治疗过程中注射玻璃酸钠及臭氧尚未出现过过敏反应等不良反应患者,安全性尚可。

正确和客观地评估患者肩关节疾病严重程度和治疗效果对于医生有着十分重要的意义。本研究采用了 VAS 评分和调整的 CMS 肩关节功能评分两个量表来进行临床疗效评价。VAS 评分主要侧重于肩周炎患者的疼痛程度,无肩关节功能评价。1987 年发表的 CMS 肩关节功能评分,被定为欧洲肩关节协会的评分系统^[11]。调整的 CMS 肩关节功能评分是将原有的 CMS 评分去除肌力量表,调整为总分 75 分的评分,这样可以避免性别和年龄的个体因素引起肌力评分差异,是全世界使用较多的肩关节功能评分。它分别由疼痛(15 分),日常生活活动(20 分)及肩关节主动活动范围(40 分)三个量子表组成,分数越高表示功能越好^[12]。本研究发现治疗后 A、B 两组患者 VAS 评分均明显下降但无统计学差别。治疗后 A、B 两组患者调整的 CMS 肩关节功能评分差异有统计学意义($P > 0.05$),B 组患者评分较 A 组有所升高,表明肩关节功能恢复更好。

本研究表明玻璃酸钠联合臭氧治疗肩周炎能有效地改善关节的活动度范围,同时也可缓解疼痛症状,临床疗效较玻璃酸钠、臭氧的单独治疗效果更好,证实两者联合应用可能具有协同效应。

参考文献

[1] 郭长发,陈敏. 肩周炎的诊治与康复[M]. 北京:中国医药科技出版社,1993.
 [2] 李承球. 肩周炎的分类诊断和治疗[J]. 继续医学教育, 2011, 25(12): 1-4.
 • 临床探讨 •

2005,19(7):39-43.

[3] Patel VR, Singh D, Calvert PT, et al. Arthroscopic subacromial decompression: results and factors affecting outcome[J]. J Shoulder Elbow Surg, 1999, 8(3): 231-237.
 [4] Tagliafico A, Serafini G, Sconfienza LM, et al. Ultrasound-guided viscosupplementation of subacromial space in elderly patients with cuff tear arthropathy using a high weight hyaluronic acid: prospective open-label non-randomized trial[J]. Eur Radiol, 2011, 21(1): 182-187.
 [5] Bocci V. Ozone as a bioregulator. Pharmacology and toxicology of ozonotherapy Today[J]. J Biol Regul Homeost Agents, 1997, 10(2/3): 31-53.
 [6] Bocci V, Zanardi I, Travagli V. Has oxygen-ozonotherapy a future in medicine? [J]. Journal of Experimental & Integrative Medicine, 2011, 1(1): 5-11.
 [7] Gracer RI, Bocci V. Can the combination of localized "proliferative therapy" with "minor ozonated autohemotherapy" restore the natural healing process? [J]. Med Hypotheses, 2005, 65(4): 752-759.
 [8] 沈爱东,徐瑞生,郑志荣,等. 医用臭氧局部注射治疗肩周炎的疗效观察[J]. 中国疼痛医学杂志, 2008, 14(2): 126-127.
 [9] 陈付强,刘慧松,胡丹,等. 玻璃酸钠联合臭氧或复方倍他米松注射治疗膝骨关节炎临床观察[J]. 中国疼痛医学杂志, 2012, 18(6): 325-327.
 [10] 解小丽,苏圣贤,张志刚,等. X 线直视下肩关节腔注射治疗在肩周炎中的应用[J]. 中国疼痛医学杂志, 2014, 20(9): 639-642.
 [11] 王伟,毕大卫. 肩关节功能评分的研究现状[J]. 浙江中西医结合杂志, 2010, 20(5): 323-325.
 [12] 戈允申,陈世益. 肩关节功能评分系统的现状和展望[J]. 中华骨科杂志, 2007, 27(10): 786-789.

(收稿日期:2016-04-25 修回日期:2016-07-01)

利格列汀对二甲双胍联合吡格列酮控制不佳的 2 型糖尿病治疗效果

章 婧,谢 洁,王 慧

(武警重庆总队医院内分泌科,重庆 400061)

摘要:目的 观察利格列汀联合吡格列酮及二甲双胍对 2 型糖尿病的临床疗效。方法 选择 32 例服用二甲双胍(500 mg/次、3 次/d)和吡格列酮(30 mg/次、1 次/d)6 周后病情控制不佳的患者,并随机分成两组,每组 16 例,观察组加给利格列汀(5 mg/次、1 次/d),对照组则加给安慰剂,持续 12 周后检测相关指标。结果 利格列汀联合二甲双胍及吡格列酮对空腹血糖(FBG)、糖化血红蛋白(HbA1c)、餐后 2 h 血糖及体质指数(BMI)均显著下降,差异有统计学意义($P < 0.05$)。结论 利格列汀联合二甲双胍及吡格列酮在血糖控制,体质指数减少方面均优于二甲双胍联合吡格列酮。

关键词: 2 型糖尿病; 利格列汀; 二甲双胍; 吡格列酮

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2016.18.031 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2016)18-2636-03

糖尿病是一种以多饮多食多尿消瘦为特征的代谢性紊乱疾病,我国患者大部分属于 2 型糖尿病(T2DM)。目前用于治疗的药物主要双胍类、磺脲类、噻唑烷二酮类、 α -葡萄糖苷酶抑制剂及二肽基肽酶-4(DPP-4)抑制剂类,传统的治疗方案不

足之处在于患者在长期治疗中存在低血糖、体质量增加、肝肾损伤风险。DPP-4 抑制剂可以与双胍类及噻唑烷二酮类联合使用不存在药代动力学的相互影响,联用耐受性和安全性好^[1]。本文以新型 DPP-4 抑制剂利格列汀为研究对象,旨在

评估在传统二甲双胍联合吡格列酮治疗取得效果不佳时加服利格列汀对患者治疗的安全性和有效性,为 T2DM 患者提供新的降糖方案。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2015 年 3 月至 2015 年 5 月本院收治的 32 例符合 1999 年世界卫生组织(WHO)诊断标准的 T2DM 患者,选取对象男女各半,年龄 40~55 岁,病程为 1~3 年且为应用吡格列酮联合二甲双胍治疗 6 周效果不佳者,即患者空腹血糖(FBG)≥6.7 mmol/L、糖化血红蛋白(HbA1c)≥8%以及餐后 2 h 血糖(2 hPBG)≥7.8 mmol/L。排除标准:不能坚持按计划完成试验者;患有严重心功能、肝肾疾病患者;使用其他影响糖代谢的药物;手术及严重外伤史者;对本品过敏者;精神病患者。

1.2 方法 本研究已经患者与家属知情同意及本院伦理委员会批准。患者随机分为两组,均进行饮食控制和适量运动并服用吡格列酮(天津武田药品有限公司)30 mg/次、1 次/d,联合

二甲双胍(中美上海施贵宝制药有限公司)500 mg/次、3 次/d 治疗,6 周后对控制不佳的患者随机分为两组,分别为对照组和观察组;观察组加服利格列汀(美国 Boehringer Ingelheim Roxane)5 mg/次、1 次/d,对照组加服安慰剂 1 次/d,12 周后检测相关指标,并进行比较分析。

1.3 观察指标 比较对照组和观察组治疗前后 FBG、2 hPBG、HbA1c、体质量指数(BMI),并进行统计分析。

1.4 统计学处理 使用统计学软件 SPSS19.0 进行统计分析,数据资料以 $\bar{x} \pm s$ 进行 *t* 检验, $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

观察组治疗后 FBG、2 hPBG、HbA1c、BMI 均低于治疗前,差异有统计学意义($P < 0.05$);观察组治疗后 FBG、2 hPBG 低于对照组治疗后,差异有统计学意义($P < 0.05$),对照组治疗后 FBG 低于对照组治疗前,差异有统计学意义($P < 0.05$),见表 1。

表 1 治疗前后两组的各临床指标水平的比较($\bar{x} \pm s, n = 32$)

组别	时间	n	FBG(mmol/L)	2 hPBG(mmol/L)	HbA1c(%)	BMI(kg/m ²)
对照组	治疗前	16	7.25 ± 0.38	10.10 ± 0.46	8.61 ± 1.46	27.33 ± 1.61
	治疗后	16	6.86 ± 0.39*	9.66 ± 0.64	8.29 ± 0.57	27.70 ± 1.96
观察组	治疗前	16	7.29 ± 0.35	10.01 ± 0.30	8.67 ± 1.27	27.74 ± 1.89
	治疗后	16	5.29 ± 0.59*#	7.20 ± 0.51*#	6.62 ± 0.49*#	23.19 ± 1.32*#

注:与本组治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组治疗后比较,# $P < 0.05$ 。

3 讨论

利格列汀是属于 DPP-4 抑制剂的一类药物,以葡萄糖依赖性的方式增加胰岛素分泌,主要通过胆汁和肠道以原型形式代谢,不增加肝肾负担^[2]。二甲双胍则可促进糖酵解、抑制糖异生、降低肝糖输出并增强外周组织对胰岛素的敏感度^[3]。吡格列酮为过氧化物酶体增殖物激活受体 γ (PPAR γ)合成型配体,过氧化物酶体增殖物激活受体 α 能够通过抑制下游基因表达调节脂代谢^[4],研究表明 PPAR γ 能够改善脂肪细胞敏感性,进而发挥胰岛素增敏作用^[5]。二甲双胍和吡格列酮是胰岛素增敏剂,分别为临床上 T2DM 患者最常用的双胍类降糖药和噻唑烷二酮类药物,二者联合用药可降低血糖,改善胰岛素抵抗^[6]。DPP-4 抑制剂被认为在有效性和耐受性方面优于上述二者^[7]。研究表明服用利格列汀便可改善 T2DM 并可改善胰岛 B 细胞分泌功能^[8]。双胍类可能引起乳酸酸中毒及引起消化道反应,噻唑烷二酮类可导致肝功能异常^[9]。臧彦楠等^[10]已利用数据库检索,获得利格列汀与安慰剂对照以及与其他阳性药物比较治疗 T2DM 随机对照试验数据,并进行 Meta 分析证实利格列汀对 T2DM 有确切疗效,安全性较好,因此本次研究中单一服用利格列汀并未设组。

目前 T2DM 治疗情况日益严峻,而对于上述三药联合研究较少,本研究中对联合二甲双胍和吡格列酮控制不佳患者分别加服利格列汀(观察组)和安慰剂(对照组)进行治疗,对照组治疗后 FBG 为(6.86 ± 0.39)mmol/L,低于对照组治疗前,结果有统计学意义($P < 0.05$),但其他 3 项未见明显降低,提示延长服用吡格列酮联合二甲双胍时间可一定程度降低 FBG,而对 2 hPBG、HbA1c 及 BMI 影响不大;观察组治疗后 FBG 为

(5.29 ± 0.59)mmol/L、2 hPBG 为(7.20 ± 0.51)mmol/L、HbA1c 为(6.62 ± 0.49)%,与本组治疗前及对照组治疗后比较均显著降低,差异有统计学意义($P < 0.05$),且降低至正常水平,而加服利格列汀后 BMI 显著下降,差异有统计学意义($P < 0.05$),证实三药联合对于 T2DM 患者血糖控制和体质量减少存在一定积极作用。

参考文献

- [1] 刘瑛,赵豫梅,宋滇平. DPP4 抑制剂与其他药物的相互作用[J]. 中华临床医师杂志(电子版),2015,9(10):162-166.
- [2] 刘琼,何翠英,卫家芬. DPP-4 抑制剂治疗 2 型糖尿病的研究进展及临床应用[J]. 实用药物与临床,2015,18(7):856-859.
- [3] 梁菁菁,邹大进. 二甲双胍控制不佳的 2 型糖尿病患者联合应用磷酸西格列汀的成本-效果分析[J]. 上海医学,2013,36(5):414-417.
- [4] 李微. Alpha-亚麻酸对大鼠肝脏、HepG2 细胞脂肪酸氧化及合成的影响[D]. 北京:中国人民解放军军事医学科学院,2014.
- [5] 姜腾,胡蜀红,杨雁,等. 吡格列酮改善 2 型糖尿病大鼠脑内胰岛素抵抗以及阿尔茨海默病样 tau 蛋白磷酸化[J]. 华中科技大学学报(医学版),2013,42(2):137-142.
- [6] 穆杰. 二甲双胍联合吡格列酮及磷酸西格列汀治疗 2 型糖尿病的疗效观察[J]. 医学理论与实践,2015,28(7):883-884.

- [7] Ji LN, Pan CY, Lu JM, et al. Efficacy and safety of combination therapy with vildagliptin and metformin versus metformin up-titration in Chinese patients with type 2 diabetes mellitus; study design and rationale of the vision study[J]. *Cardiovasc Diabetol*, 2013, 12(1):118.
- [8] 董健. 利格列汀对初发 2 型糖尿病患者胰岛 β 细胞功能的影响[J]. *中国慢性病预防与控制*, 2015, 23(4): 295-297.

- [9] 黄伟萍. 利格列汀治疗 2 型糖尿病的研究进展[J]. *南昌大学学报: 医学版*, 2013, 53(12): 98-101.
- [10] 臧彦楠, 谢振伟, 方翼. 利格列汀治疗 2 型糖尿病的系统评价[J]. *中国临床药理学与治疗学*, 2015, 20(7): 778-787.

(收稿日期: 2016-03-12 修回日期: 2016-05-21)

• 临床探讨 •

综合性护理措施用于肛肠患者对其术后自理能力及康复情况的影响

唐 敏

(成都医学院第一附属医院中西医结合科 610500)

摘要:目的 分析综合性护理措施对肛肠患者术后自理能力及康复情况的影响。方法 选取该院 2014 年 12 月至 2015 年 12 月收治的 94 例肛肠患者并将其按数字表法分为对照组和观察组, 每组 47 例患者。对照组患者术后采用一般的护理方法, 观察组患者术后采用综合性护理措施。对比两组患者的护理后自理能力、疼痛情况、排尿情况及住院时间。结果 观察组护理干预后自我护理能力总分为(113.25±19.63)分, 明显高于对照组护理后自我护理能力总分(95.41±18.23)分, 差异有统计学意义($P<0.05$); 观察组干预后术后 24、48、72 h 的 VAS 评分明显低于对照组护理后 24、48、72 h 的 VAS 评分($P<0.05$); 但术后 6 h 的 VAS 评分两组间比较差异无统计学意义($P>0.05$); 观察组护理干预后出现尿潴留、尿路刺激征、导尿的患者明显少于对照组, 且观察组住院时间(11.95±2.63)d 明显少于对照组住院时间(15.96±3.01)d, 差异有统计学意义($P<0.05$)。结论 肛肠患者术后采用综合性护理措施效果显著, 可以有效地提高患者的自理能力, 减轻疼痛, 减少尿潴留、尿路刺激征及导尿的发生, 明显缩短患者的住院时间, 加快患者康复。

关键词:综合性护理; 肛肠; 自理能力; 康复

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2016.18.032 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2016)18-2638-03

肛肠是一种常见的肛肠疾病, 是肛门周围的肉芽肿性的异常通道, 包括内口、瘘管、外口, 临床上常采用手术治疗^[1]。由于肛周神经丰富, 神经元的敏感性较高, 术后常伴有疼痛且持续时间较长, 加之病变部位隐私, 护理难度大, 为患者术后的康复带来了一定的阻力^[2]。术后长时间的疼痛会使患者产生焦虑情绪, 从而引起尿道括约肌痉挛, 膀胱逼尿肌麻痹而出现尿潴留等并发症^[3]。所以肛肠患者术后采用何种护理模式可以减轻患者疼痛及减少排尿困难的发生是目前临床上值得研究的课题。为了进一步找寻护理肛肠患者术后的有效方法, 特采用综合性护理措施对本院收治的 94 例患者进行护理, 现将结果报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 将本院 2014 年 11 月至 2015 年 11 月收治的肛肠患者 94 例纳入本组研究对象, 均符合肛肠的诊断标准。所有患者根据数字表法随机分为对照组和观察组, 每组 47 例。对照组中, 男 22 例、女 25 例; 年龄 23~40 岁, 平均年龄(28.47±8.23)岁; 病程 45 d 至 10 年, 平均病程(5.06±4.25)年。观察组中, 男 24 例、女 23 例; 年龄 20~38 岁, 平均年龄(30.56±8.49)岁; 病程 40 d 至 10 年, 平均病程(5.05±4.42)年。两组患者均对本次护理目的和护理方法知情同意, 自愿参与本次研究。经过统计学处理, 两组患者在年龄、性别比、病情、病程等方面显差异无统计学意义($P>0.05$), 具有可比性。纳入标准: (1)明确诊断为肛肠患者; (2)年龄 20~40 岁, 性别, 民族, 职业不限; (3)无泌尿系统疾病; (4)术后意识清醒, 可明确表达自己意愿; (5)自愿参加者。排除标准: (1)有其他重要

脏器功能障碍者; (2)有凝血功能障碍、贫血及恶病质的患者; (3)有精神病史者或依从性差无法完成本研究者; (4)围生期、哺乳期患者; (5)有免疫系统疾病者; (6)不愿参与本研究者。

1.2 方法 两组患者在接受基础治疗的基础上, 对照组患者采用一般的常规护理和必要的心理护理方法。观察组患者采用综合性护理措施, 具体方法: (1)对疼痛的干预: 对患者进行术后健康教育, 告知患者术后疼痛的原因及必然性, 增加患者对疼痛的接受度, 减轻患者因疼痛出现的焦虑、烦躁等不良的情绪。对疼痛患者要表现出高度的同情心、耐心及爱心, 要充分展现人文关怀理念, 通过各种语言或非语言的沟通方式使患者淡化或摆脱疼痛的干扰, 例如听音乐、看电视、聊天、深呼吸等。护士在给患者进行护理操作时动作要轻柔, 不可反复进行, 减少对患者疼痛的刺激。在换药时告知患者最佳的配合方式, 最大程度的缓解患者疼痛, 换药时若出现伤口粘连, 不可强拉硬拽, 应用温的无菌溶液浸湿后轻轻揭开, 以免再出血及引起疼痛。患者每次排便后都给予三黄汤坐浴, 时间为 10 min 左右, 水温保持在 45℃, 在坐浴的同时提醒患者有规律地进行肛提肌收缩, 增强肛门的收缩功能, 加快药物的吸收。(2)促排尿护理干预: 及时与患者进行沟通, 了解患者对排尿的认知水平及排尿习惯, 告知患者尿潴留的危害及防御方法, 提高患者的认知。在术前指导患者采取合适体位进行床上排尿训练, 术后不习惯在床上排尿的患者病情允许的情况下鼓励患者床边或入厕排尿, 家属或护理人员全程陪同防止意外发生, 鼓励患者术后适当饮水以便及时排尿。在麻醉消退后, 遵医嘱可适当的用些镇痛药, 减轻疼痛, 缓解尿道括约肌的痉挛, 也可指导患