

高血脂糖尿病黄斑水肿患者采用普罗布考辅助治疗的效果观察

崔福义(河北省唐山市丰润区人民医院检验科 063000)

【摘要】 目的 研究分析高血脂糖尿病黄斑水肿患者临床治疗期间采用普罗布考辅助治疗的疗效,为其临床研究提供有效依据。**方法** 研究对象为 2012 年 3 月至 2013 年 12 月接受治疗的高血脂糖尿病黄斑水肿患者共 104 例(208 眼)。根据患者治疗期间接受的不同治疗方案,将患者分为两组:对照组 52 例(104 眼),临床期间给予常规降糖、降压治疗;观察组患者 52 例(104 眼),临床期间在常规治疗的基础上加用普罗布考辅助治疗。比较两组患者的治疗效果。**结果** 经临床治疗,对照组患者的临床有效率为 40.38%,观察组为 44.23%,组间比较差异无统计学意义($P>0.05$);观察组患者的总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)和低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)水平均明显优于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$)。**结论** 采用普罗布考辅助治疗高血脂糖尿病黄斑水肿效果明显,安全性高,值得临床关注和推广。

【关键词】 高血脂; 糖尿病; 黄斑水肿; 普罗布考

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2015.02.037 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2015)02-0225-02

糖尿病视网膜病变是临床常见的疾病类型,其中氧化应激是其关键的发病环节。而 DNA 的氧化损伤情况可通过对 8-羟基脱氧鸟苷的检测完成。患者的高血脂水平对糖尿病视网膜病变的发生和发展具有促进作用,故降血脂治疗十分关键。本文以 2012 年 3 月至 2013 年 12 月在本院接受治疗的 104 例(208 眼)高血脂糖尿病黄斑水肿患者为研究对象,探究其疗效情况,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 本次研究选取的入选对象选自 2012 年 3 月至 2013 年 12 月在本院接受治疗的高血脂糖尿病黄斑水肿患者,共 104 例(208 眼)。所有患者入院后均经过严格的检查和诊断,并符合 WHO 中规定的相关诊断标准^[1]。排除标准:年龄低于 18 岁或 75 岁以上患者;合并患有严重肝、心、肾等器质性疾病患者;具有精神系统疾病患者;合并青光眼患者和妊娠、哺乳期妇女。根据患者治疗期间接受的不同治疗方案,将其分为两组:对照组患者 52 例(104 眼),其中男 22 例(44 眼)、女 30 例(60 眼);治疗组患者 52 例(104 眼),其中男 18 例(36 眼)、女 34 例(68 眼)。两组患者的一般情况进行初步分析,组间差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。

1.2 方法 所有患者临床期间均给予科学的运动、饮食指导和常规胰岛素降糖治疗、降压治疗(阿伐他汀,每次 10 mg,每日 1 次)。格栅样激光光凝治疗:氩黄激光的波长控制为 568 nm,避开患者的黄斑乳头束,行“C”形格栅样光凝治疗,保证其余黄斑中心的凹部距离超过 500 μm ,将治疗期间的光斑直径控制为 100 μm ,按照自内向外的顺序进行乳斑束排列治疗^[2],共 3 至 4 排,具体参数如下,间距:1 个光斑直径以上,曝光时间:0.1 s,视网膜光凝强度:2 级。观察组患者临床期间在对照组治疗的基础上加用普罗布考治疗,用药剂量为每次 0.5 g,每日 2 次。

1.3 观察指标 患者治疗期间严密观察其视网膜黄斑水肿症状变化,并加强监测血糖、血压的变化,监测总胆固醇(TC)、三酰甘油(TG)、高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)、低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)和 8-羟基脱氧鸟苷等指标的变化。

1.4 评价标准 经治疗患者的视力水平提高 4 行或以上为显

效;实力水平提高 2 行或以上,为有效;治疗后患者的视力水平增减情况在 1 行范围内浮动,或下降 2 行,为恶化^[3]。治疗有效率=(显效+有效)/总例数 $\times 100\%$ 。

1.5 统计学处理 对本组研究中所获得的数据资料采用 SPSS17.0 统计学软件分析、处理,计数资料使用率表示,组间比较采用 χ^2 检验;计量资料采用 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;以 $\alpha=0.05$ 为检验标准, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 治疗效果 两组患者的视力水平均有明显好转,观察组患者的治疗有效率为 44.23%,对照组患者的治疗有效率为 40.38%,组间比较差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1。

表 1 两组患者的临床疗效比较分析[n/n(%)]

组别	例数/眼数	显效	有效	不变或恶化	有效率(%)
观察组	52/104	16/32(15.38)	30/60(28.85)	58/116(55.77)	44.23*
对照组	52/104	14/28(13.46)	28/56(26.92)	62/124(59.62)	40.38

注:与对照组比较,* $P>0.05$ 。

2.2 TC、TG、LDL-C 及 HDL-C 水平 两组患者治疗后的血脂水平均有明显下降,但两组 TC、TG、LDL-C 及 HDL-C 水平比较差异无明显统计学意义($P>0.05$),见表 2。

表 2 两组患者治疗前后血脂中 TC、TG、LDL-C、HDL-C 水平变化($n=52, \bar{x}\pm s$)

指标	观察组		对照组	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
TC(mmol/L)	6.78 \pm 2.04	4.12 \pm 1.05*#	6.80 \pm 2.14	4.65 \pm 1.03*
TG(mmol/L)	2.54 \pm 1.06	1.23 \pm 0.14*#	2.61 \pm 1.04	1.24 \pm 1.02*
LDL-C(mmol/L)	4.87 \pm 2.46	2.15 \pm 0.07*#	4.78 \pm 2.34	2.10 \pm 0.10*
HDL-C(mmol/L)	1.45 \pm 0.02	1.37 \pm 0.04*#	1.43 \pm 0.03	1.41 \pm 0.02*

注:与组内治疗前比较,* $P<0.05$;与对照组比较,# $P>0.05$ 。

2.3 8-羟基脱氧鸟苷水平 观察组患者治疗后的 8-羟基脱氧鸟苷水平低于对照组,组间比较差异有统计学意义($P<0.05$),详见表 3。

表 3 两组患者治疗前后 8-羟基脱氧鸟苷水平比较($\bar{x} \pm s$)

组别	例数/眼数	治疗前	治疗后
观察组	52/104 眼	12.25±2.06	7.92±1.04*#
对照组	52/104 眼	12.14±2.10	9.78±2.01*

注:与组内治疗前比较,* $P < 0.05$;与对照组比较,# $P > 0.05$ 。

3 讨 论

有相关文献研究指出,TG 水平与糖尿病视网膜病变之间具有密切的联系,LDL-C 水平异常与糖尿病黄斑水肿相关,高血脂水平是导致患者发生糖尿病黄斑水肿的重要因素,故有效降低患者的血脂有助于降低脂质渗出及渗出物的清除^[4]。

氧化应激是高血脂糖尿病视网膜病变发生的关键环节,故在临床期间加强抗氧化治疗可为糖尿病视网膜病变的治疗带来新的突破^[5-6]。8-羟基脱氧鸟苷为羟自由基在 DNA 碱基的 C-4、C-5 或 C-8 位置中与脱氧鸟嘌呤核苷酸残基相结合后,经进一步的氧化生成的,能够作为反映氧化应激及反映自由基水平的有效标志物^[7]。普罗布考是临床常见的降低血脂药物,其对细胞间黏附因子-1 及 P-选择素的表达具有有效抑制作用,进而阻碍单核细胞黏附至内皮细胞,改善内皮舒张效果明显^[8]。本组研究中,观察组患者在常规降糖、降压和激光治疗的基础上加用普罗布考辅助治疗,其疗效及血脂变化与对照组比较差异均无统计学意义($P > 0.05$),但其 8-羟基脱氧鸟苷水平的下降情况明显优于对照组,组间比较差异有统计学意义($P < 0.05$)。

参 考 文 献

[1] 宋丹,刘庆淮,王桂云,等. 基质细胞衍生因子-1 α 在增生性糖尿病视网膜病变继发新生血管性青光眼中的作用[J]. 中华眼底病杂志,2010,26(6):548-551.
 [2] Ismail-Beigi F, Craven T, Banerji MA. Effect of intensive

treatment of hyperglycaemia on microvascular outcomes in type 2 diabetes: an analysis of the ACCORD randomised trial[J]. Lancet, 2010, 22(10):419-430.

[3] 师燕芸,梁忠英,杨继红,等. 黄斑区脉络膜新生血管患眼光动力疗法治疗前后黄斑结构和功能的光相干断层扫描联合微视野检查[J]. 中华眼底病杂志,2012,28(4):404-406.
 [4] Huang YW, Jian L, Zhang MB. An investigation of oxidative DNA damage in pharmacy technicians exposed to antineoplastic drugs in two Chinese hospitals using the urinary 8-OHdG assay[J]. Biomed Environ Sci, 2012, 11(12):109-116.
 [5] 刘清云,胡洁,胡旭铤,等. 渗出型老年性黄斑变性玻璃体腔注射抗血管内皮生长因子单克隆抗体 bevacizumab 前后房水中血管内皮生长因子浓度变化[J]. 中华眼底病杂志,2010,26(1):70-71.
 [6] 彭清,宣懿,董洋,等. 高度近视脉络膜新生血管患者玻璃体腔注射抗血管内皮生长因子单克隆抗体 bevacizumab 后房水中血管内皮生长因子含量变化[J]. 中华眼底病杂志,2010,26(1):72-73.
 [7] Panagiotoglou TD, Ganotakis ES, Kymionis GD, et al. Atorvastatin for diabetic macular edema in patients with diabetes mellitus and elevated serum cholesterol[J]. Ophthalmic Surg Lasers Imaging, 2010, 41(10):316-322.
 [8] 王丽丽,张雯,李立婕,等. 玻璃体内注射抗血管内皮生长因子单克隆抗体 bevacizumab 联合超全视网膜激光光凝治疗高危型糖尿病视网膜病变[J]. 中华眼底病杂志, 2010, 26(2):116-119.

(收稿日期:2014-03-12 修回日期:2014-11-07)

(上接第 224 页)

puted tomography appearance of inflammatory myofibroblastic tumor in the mediastinum[J]. J Comput Assist Tomogr, 2012, 36(6):654-658.
 [3] Whitehead MT, Grimm J, Nelson MD. Case 185: inflammatory myofibroblastic tumor[J]. Radiology, 2012, 264(3):912-916.
 [4] Jeon YK, Chang KH, Suh YL, et al. Inflammatory myofibroblastic tumor of the central nervous system: clinicopathologic analysis of 10 cases[J]. J Neuropathol Exp Neurol, 2005, 64(3):254-259.
 [5] Meng X, Wang R. Inflammatory myofibroblastic tumors in the mediastinum[J]. J Cancer Res Ther, 2013, 9(4):721-723.
 [6] Coffin CM, Watterson J, Priest JR, et al. Extrapulmonary inflammatory myofibroblastic tumor inflammatory pseudotumor. A clinicopathologic and immunohistochemical study of 84 cases[J]. Am J Surg Pathol, 1995, 19(8):859-872.
 [7] Stelow EB, Shami VM, Moskaluk CA, et al. Esophageal

inflammatory myofibroblastic tumor sampled by EUS-FNA[J]. Gastrointestinal Endoscopy, 2010, 72(1):209-210.
 [8] Yeh YS, Ma CJ, Yang SF, et al. Inflammatory myofibroblastic tumor of the ileum causing an unusual ileocecal intussusception[J]. Fooyin J Health Sci, 2010, 2(1):36-39.
 [9] Coffin CM, Hornick JL, Fletcher CD. Inflammatory myofibroblastic tumor: comparison of clinicopathologic, histologic, and immunohistochemical features including ALK expression in atypical and aggressive cases[J]. Am J Surg Pathol, 2007, 31(4):509-520.
 [10] Butrynski JE, D'Adamo DR, Hornick JL, et al. Crizotinib in ALK-rearranged inflammatory myofibroblastic tumor[J]. N Engl J Med, 2010, 363(18):1727-1733.
 [11] Ong HS, Ji T, Zhang CP, et al. Head and neck inflammatory myofibroblastic tumor (IMT): evaluation of clinicopathologic and prognostic features[J]. Oral Oncology, 2012, 48(2):141-148.

(收稿日期:2014-06-09 修回日期:2014-11-09)