

STM 呈正相关,提示 PNS 患者血清中 TGF-β₁ 能够直接反映患者的病情,可以作为病情评价指标。

此外本研究在进行研究时选取的样本量较小,因此需要进一步扩大样本量验证结果,此外对于血清中 TWEAK、TGF-β₁、sTM 作用机制未进行深入研究,在后续研究应进一步深入研究。

综上所述,TWEAK、TGF-β₁、sTM 可能参与 PNS 发病,能够间接反映其肾小管损伤程度,三者间存在一定的相关性,可以作为预测病情的指标。

参考文献

[1] 王来亮,罗群.肾小管上皮间充质转化与肾脏纤维化[J].中国病理生理杂志,2014,30(10):1910-1914.
 [2] 贾慧,李缨,金惠良.血、尿 RBP 水平判断原发性肾病综合征肾脏损伤程度和预后的价值[J].山东医药,2014,54(13):19-21.
 [3] 刘涛,张碧丽,王健.儿童原发性肾病综合征外周血 TGF-β₁ 及 IL-18 mRNA 检测的临床意义[J].临床儿科杂志,2015,33(6):520-524.
 [4] 刘爱民.儿童原发性肾病综合征诊治循证指南(试行)解读[J].浙江医学,2010,32(8):1139-1140.
 [5] Mirrakhimov AE, Ali AM, Barbaryan A, et al Primary Nephrotic Syndrome in Adults as a Risk Factor for Pulmonary Embolism: An Up-to-Date Review of the Literature[J]. Int J Nephrol,2014,14(3):191-204.
 [6] 李宇红,邵晓珊,江超,等.原发性肾病综合征患儿肾组织中 IL-17、IL-6、TGF-β₁ 表达水平与临床病理分析[J].贵州

医药,2015,39(1):65-67.

[7] Jaffer A,Unnisa W,Raju D,et al. NPHS2,mutation analysis and primary nephrotic syndrome in southern Indians [J]. Nephrology,2014,19(7):398-403.
 [8] 许辉,罗洁,冯岚,等. TGF-β₁-509C/T 基因多态性与原发性膝骨关节炎的关系[J].实用预防医学,2016,23(8):65-67.
 [9] 罗莉. TWEAK 与原发肾病综合征肾小管间质损伤的相关性研究[D].长沙:湖南师范大学,2015.
 [10] 周发为,游文忠,覃仕锋,等. 小儿激素敏感型肾病综合征血清中 IL-4、IL-5、TGF-β 与 IL-10 水平变化及意义[J].中国免疫学杂志,2014,24(5):673-676.
 [11] Wu B, Mao J, Shen H, et al. Triple immunosuppressive therapy in steroid-resistant nephrotic syndrome children with tacrolimus resistance or tacrolimus sensitivity but frequently relapsing[J]. Nephrology,2014,20(1):18-24.
 [12] 王玉路,褚以德,胡文博. 血栓调节蛋白和纤维蛋白原在原发性肾病综合征中的相关性研究[J].重庆医学,2012,41(17):1696-1697.
 [13] Jaiswal A,Prasad N,Agarwal V,et al. Regulatory and effector T cells changes in remission and resistant state of childhood nephrotic syndrome [J]. Indian J Nephrol,2014,24(6):349-355.
 [14] 左科,李世军,刘志红. 肾病综合征合并静脉血栓栓塞症[J].医学研究生学报,2014,27(7):737-739.

(收稿日期:2017-01-31 修回日期:2017-04-10)

• 临床探讨 •

二甲双胍联合 α-糖苷酶抑制剂对 2 型糖尿病患者的影响

王 敏

(皖北煤电集团总医院内分泌科,安徽宿州 234000)

摘要:目的 探讨二甲双胍联合 α-糖苷酶抑制剂对 2 型糖尿病(T2DM)患者维生素 D 和糖化血红蛋白(HbA1c)的影响。
方法 选择该院 120 例 T2DM 患者为研究对象,分为观察组和对照组,分别给予二甲双胍和二甲双胍联合 α-糖苷酶抑制剂控制血糖,观察两组患者空腹血糖(FBG)和餐后 2 h 血糖(PBG)情况、维生素 D 水平和 HbA1c 的变化。**结果** 观察组的 FBG 和 PBG 分别为(6.3±1.6)、(7.9±2.0)mmol/L,对照组分别为(7.2±1.7)、(9.1±2.3)mmol/L;观察组患者维生素 D 水平和 HbA1c 的值分别为 19.8(18.2~32.8)μg/L、(6.5±1.5)%,对照组分别为 16.6(16.9~28.8)μg/L、(7.7±1.8)%,两组比较差异有统计学意义(P<0.05)。**结论** 二甲双胍联合 α-糖苷酶抑制剂对 T2DM 患者维生素 D 和 HbA1c 的水平改善明显,治疗效果显著,值得临床推广应用。

关键词:二甲双胍; α-糖苷酶抑制剂; 2 型糖尿病; 维生素 D; 糖化血红蛋白

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2017.20.051 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2017)20-3105-03

糖尿病是世界上三大慢性病之一,严重危害着人们的生活质量和身体健康。临床上用于治疗糖尿病的药物有很多,近年来,将二甲双胍同其他抑制剂药物联合应用取得了很好的效果,相关文献资料显示,2 型糖尿病(T2DM)患者的血糖、血压和糖化血红蛋白(HbA1c)经过药物有效控制,会改善患者的预后结局^[1-2]。本文主要探讨 α-糖苷酶抑制剂和二甲双胍联合应

用治疗 T2DM 的效果及患者血糖的控制情况、维生素 D 水平和 HbA1c 的变化,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取本院 2015 年 3 月至 2016 年 3 月收治的 120 例已明确诊断为 T2DM 的患者作为研究对象。排除有严重精神病史的患者、有重大器质性疾病的患者、血糖升高时间

超过半年的患者。将 120 例患者随机分成观察组和对照组,每组 60 例。观察组中男 36 例,女 24 例;年龄 58~77 岁,平均(69.8±5.9)岁;病程约 1~5 年,平均为 3.4 年;舒张压平均为(83.6±9.15)mm Hg,收缩压平均为(133.6±8.86)mm Hg。对照组中男 34 例,女 26 例;年龄 59~79 岁,平均(71.3±6.2)岁;病程约 1~6 年,平均为 3.7 年;舒张压平均为(86.4±9.06)mm Hg,收缩压平均为(132.7±8.94)mm Hg。两组患者在年龄、性别、病情、病程等一般资料比较差异无统计学意义($P>0.05$),有可比性。

1.2 方法 对照组给予二甲双胍治疗,服药方式为口服,服药剂量为每次 0.5 g,3 次/天,患者配合适量的运动,坚持合理饮食。观察组在对照组的基础上联合应用 α -糖苷酶抑制剂进行治疗。服药方式为口服,剂量为每次 50 mg,3 次/天,然后每日测量血糖,观察血糖值来调整给药剂量,但 α -糖苷酶抑制剂的最大应用剂量为每次 100 mg,3 次/天。两组不同治疗方案的疗程均为 12 周。两组分别记录用药前和用药后的空腹血糖(FBG)、餐后 2 h 血糖(PBG)、HbA1c 和维生素 D,记录患者的肝、肾功能、体质量以及低血糖反应次数。当患者血糖低于 3.3 mmol/L 时则被视为低血糖。

1.3 观察指标 观察两组患者的血压、心率、血脂还有肾功能情况、体质量指数(BMI)、体质量。在治疗期间需要对研究对象进行定期的随访检查并做好记录,记录患者的 FBG 值、餐后血糖值、维生素 D 水平以及 HbA1c 值。

1.4 统计学处理 采用 SPSS 18.0 对数据进行统计学分析,计量资料以 $\bar{x}\pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以 $[n(\%)]$ 表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $P<0.05$ 表示差异有统计学意义。

2 结果

2.1 两组患者血糖情况结果比较 两组患者治疗前后的 FBG、PBG、HbA1c 水平比较差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 1。

2.2 两组患者的收缩压、舒张压和维生素 D 水平比较 两组患者治疗前后的血压比较,差异无统计学意义($P>0.05$);维生素 D 的水平治疗后与治疗前比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

2.3 两组患者胰岛素、BMI、胰岛素抵抗指数(HOMA-IR)的结果比较 两组患者治疗后除 BMI 无差别外,胰岛素、BMI 及 HOMA-IR 比较差异有统计学意义($P<0.05$),见表 3。

表 1 两组患者血糖情况结果分析($\bar{x}\pm s$)

组别	治疗前			治疗后		
	FBG(mmol/L)	PBG(mmol/L)	HbA1c(%)	FBG(mmol/L)	PBG(mmol/L)	HbA1c(%)
观察组	9.8±1.7	14.6±1.4	8.8±1.3	6.3±1.6	7.9±2.0	6.5±1.5
对照组	9.5±1.8	13.8±1.5	8.9±1.4	7.2±1.7	9.1±2.3	7.7±1.8
t	-0.387	0.155	-0.735	-2.156	-2.273	-2.309
P	0.686	0.836	0.451	0.032	0.038	0.028

表 2 两组患者的收缩压、舒张压和维生素 D 水平比较

组别	治疗前			治疗后		
	收缩压($\bar{x}\pm s$,mm Hg)	舒张压($\bar{x}\pm s$,mm Hg)	维生素 D($\mu\text{g/L}$)	收缩压($\bar{x}\pm s$,mm Hg)	舒张压($\bar{x}\pm s$,mm Hg)	维生素 D($\mu\text{g/L}$)
观察组	133.60±8.67	83.70±9.05	14.6(12.6~17.5)	132.80±8.01	84.05±8.69	19.8(18.2~32.8)
对照组	134.09±8.43	84.12±8.86	14.2(13.1~18.2)	133.56±8.05	83.72±8.39	16.6(16.9~28.8)
t	-1.482	-0.676	-0.056	-0.826	-0.067	2.109
P	0.196	0.589	0.067	0.377	0.836	0.031

表 3 两组患者胰岛素、BMI、HOMA-IR 的结果比较($\bar{x}\pm s$)

组别	治疗前			治疗后		
	胰岛素(mU/L)	BMI(kg/m ²)	HOMA-IR	胰岛素(mU/L)	BMI(kg/m ²)	HOMA-IR
观察组	8.2±2.05	22.9±4.16	2.8±0.45	10.7±3.36	23.3±4.89	1.9±1.23
对照组	8.1±1.96	23.1±3.97	2.9±1.26	8.9±3.28	23.1±4.35	2.6±1.12
t	0.313	0.815	1.213	2.301	0.091	-2.191
P	0.728	0.398	0.245	0.028	0.928	0.041

3 讨论

T2DM 的发病率呈逐年递增的趋势,降糖药物的选择、坚持健康的生活行为方式对于糖尿病患者是尤为重要的^[3]。有关 T2DM 研究的资料中显示, β 细胞会慢慢地衰竭和脱落,随

着病程年限增长,使用一种胰岛素或者口服降糖药物的治疗效果并不理想,而常用的 FBG、PBG 和 HbA1c 等指标水平恢复得也较差^[4]。本研究将二甲双胍与 α -糖苷酶抑制剂联合,用单一药物治疗进行参照对比分析,从试验研究的结果来看,联合

用药与最初的假设相符,有较好的治疗作用。

二甲双胍目前是临床上降糖的首选药物之一^[4],药理机制是通过抑制肠道对葡萄糖的吸收,增加外周组织的糖利用而降低血糖,降低肝脏对葡萄糖的输出水平;其药物的生物学活性也不高,增加了胰岛素的分泌^[5],除此之外,还有葡萄糖通过在肌肉内的糖酵解、减少糖异生、糖输出,来提高胰岛素灵敏度,达到降糖减脂的目的^[6]。单独应用的效果虽然不如联合用药,但是二甲双胍不会像其他降糖药物一样引发药物性的低血糖反映,降糖效果也更好^[7]。

研究的文献显示,人的肠促胰素是人在进食后肠道细胞分泌的一种多肽类物质,主要负责在小肠远端的黏膜内分泌 L 细胞,胰岛血糖素样肽-1 (GLP-1) 对葡萄糖具有一定的依赖性,但并不是机体任何情况都会依赖产生 L 细胞,只有当机体血糖升高到一定程度才会激发^[8-10]。除此之外^[11], GLP-1 还能够抑制胃排空的速度,控制人食欲,帮助患者体质量的减轻有助于糖尿病人的恢复。但半衰期过短是阻碍 GLP-1 途径治疗糖尿病的最重要问题,在以往学者的研究中发现了二肽基肽酶 4 抑制剂能够帮助克服 GLP-1 途径治疗这一缺憾^[12]。因为胰岛 β 细胞功能受损造成胰岛素抵抗是 T2DM 发生的主要原理,而维生素 D 对糖尿病的影响在相关研究中也显示^[13]。从本文研究的结果来看,联合用药的降糖效果明显,不良反应发生率低,维生素 D 的水平也恢复得较好,各项指标水平与单纯一种药物的应用比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 这证明了两项联合用药在临床上可行,并能取得更好的治疗效果,值得临床推广应用。

参考文献

- [1] 阮璐雅, 吴积升. 我院老年糖尿病降糖药使用现状调查 [J]. 实用药物与临床, 2013, 16(11): 1115-1118.
- [2] 庞胜峰, 何胜虎. 二甲双胍对原发性高血压合并糖耐量降低患者心率变异性影响及其机制探讨 [J]. 实用医学杂志, 2014, 30(21): 3502-3504.

志, 2014, 30(21): 3502-3504.

- [3] 占美, 吴逢波, 徐珽, 等. 维格列汀与其他口服降糖药对照治疗 2 型糖尿病的 Meta 分析 [J]. 中国医院药学杂志, 2011, 31(21): 1824-1828.
- [4] 贝雪艳, 孟杰, 樊子爽, 等. 诺和龙治疗 2 型糖尿病合并动脉粥样硬化患者临床疗效观察 [J]. 河北医学, 2013, 19(12): 1864-1866.
- [5] 邹大进. 大力加强新诊断 2 型糖尿病患者的治疗策略研究 [J]. 医学与哲学, 2015, 36(4B): 8.
- [6] 牛鹏云. 二甲双胍对晚期胃癌合并糖尿病患者生存的影响 [D]. 郑州: 郑州大学, 2016.
- [7] 李静, 邵亮, 王庆周, 等. 利拉鲁肽和门冬胰岛素 30 对肥胖 2 型糖尿病患者 B 细胞功能影响的比较 [J]. 山西医药杂志, 2017, 46(11): 1303-1305.
- [8] 傅晓莹, 邓海鸥, 杨华章. 盐酸吡格列酮治疗 2 型糖尿病患者的有效性和安全性研究 [J]. 实用医学杂志, 2010, 26(3): 451-453.
- [9] 张军, 韩扬, 张焱, 等. 新诊断 2 型糖尿病患者血糖水平及用药特点 316 例分析 [J]. 中国临床医生, 2011, 39(9): 26-28.
- [10] 田慧. 从指南到实践--浅谈老年糖尿病的诊治策略 [J]. 中华老年多器官疾病杂志, 2011, 10(4): 289-292.
- [11] 陆菊明. 目前我国常用口服降血糖药的临床评价 [J]. 中华糖尿病杂志, 2015, 7(1): 10-13.
- [12] 孙般若, 龚燕平, 成晓玲, 等. 80 岁及以上男性 2 型糖尿病患者降糖药物使用情况调查 [J]. 临床药物治疗杂志, 2014, 12(5): 44-48.
- [13] 虞玲玲. 中西医结合治疗 2 型糖尿病脂代谢异常临床观察 [J]. 光明中医, 2012, 27(7): 1403-1404.

(收稿日期: 2017-02-10 修回日期: 2017-04-19)

PDCA 循环在消毒供应中心护理管理中的有效性评价

刘毅

(陕西省西安市临潼核工业四一七医院消毒供应室 710600)

摘要:目的 探索质量环(PDCA 循环)模式在消毒供应中心护理管理工作中的有效性评价。方法 PDCA 循环模式实施前后,对比该院消毒供应中心各项管理的工作效能,对手术器材、手术器材包装及消毒用品进行随机抽样检查,考察其清洗消毒质量。结果 实施 PDCA 循环模式后,消毒供应中心各项管理工作评分较应用前均有了明显提高,手术器材、手术器材包装及消毒用品的合格率分别由之前的 92.1%、91.3%、89.8% 提升至 98.5%、97.1%、95.8%,各科室人员对消毒供应中心的工作满意度由 78.0% 提升至 89.0%。结论 PDCA 循环增强了消毒供应中心护理管理工作的计划性及系统性,有效提高其护理管理质量及各科室的满意度。

关键词:质量环; 消毒供应中心; 有效性评价

DOI: 10.3969/j.issn.1672-9455.2017.20.052 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2017)20-3107-03

随着医疗事业的发展,公众对医疗安全的关注度越来越高,医院消毒供应中心是我国医疗水平的重要体现,它承担着医院内各科室所有需要反复使用的医疗器械、物品的清洗消毒以及灭菌的工作,是医院的一个重要组成部分,在诊疗过程中

起着关键作用,故加大该科室的管理制度,在一定程度上直接影响了医院整体的医疗质量^[1]。质量环(PDCA 循环)理论最早是由统计学家沃特·阿曼德·休哈特提出,后来美国质量管理学家戴明博士将其进一步发掘并运用于持续优化产品质量