

SGLT2 抑制剂联合二甲双胍治疗老年糖尿病合并肌少症的疗效分析

 杨柳¹ 王树人²

(1.大庆龙南医院; 2.黑龙江省大庆市 163000)

摘要: 目的: 探讨并分析钠-葡萄糖协同转运蛋白 2 抑制剂 (SGLT2i) 联合二甲双胍治疗老年糖尿病合并肌少症的临床治疗效果。方法: 选取我院 2021 年 10 月到 2022 年 10 月期间的 60 例老年糖尿病合并肌少症患者作为本次研究对象, 并采取计算机表法, 将其分为对照组 (n=30) 和研究组 (n=30), 对照组采取二甲双胍联合阿卡波糖治疗, 研究组采取二甲双胍联合达格列净治疗, 对比两组治疗效果。结果: 治疗后, 研究组 FPG、2hPG 以及 HbA1c 等血糖相关水平平均低于对照组; 骨骼肌质量指数高于对照组, 组间存在差异; 两组不良反应的总发生率比较, 组间不存在差异。结论: SGLT2i 联合二甲双胍治疗老年糖尿病合并肌少症, 能够有效改善患者的病情状态, 且用药安全性较高, 值得推广应用。

关键词: SGLT2 抑制剂; 二甲双胍; 老年; 糖尿病; 肌少症

糖尿病是一种常见的老年慢性疾病, 具有患病率高、起病隐匿、危害性高等特点, 导致老年患者的机体健康和生活质量受到严重威胁^[1]。有研究资料表明, 大部分老年糖尿病患者, 其骨骼肌质量下降, 肌力减退, 再加上自身病情的影响, 使得老年糖尿病患者并发肌少症的风险性较高, 不仅会增加临床治疗难度, 同时对于患者预后的改善也造成一定的不良影响^[2]。二甲双胍是现阶段临床中常用的降糖药物, 对于降低患者的空腹及餐后高血糖具有一定的治疗效果, 但是在肌少症病情的干扰下, 会导致临床疗效受到一定的局限性^[3]。SGLT2i 是一种新型的降糖药物, 降糖效果十分理想, 基于此, 本文旨在探究 SGLT2i 联合二甲双胍治疗老年糖尿病合并肌少症的临床疗效, 研究内容如下。

1 资料和方法

1.1 一般资料

截取时间为 2021 年 10 月到 2022 年 10 月期间, 选取我院 60 例老年糖尿病合并肌少症患者, 将其作为本次研究对象, 通过计算机表法进行组别划分, 其中, 对照组 30 例患者, 男性 17 例、女性 13 例, 年龄范围为 60-82 岁, 平均年龄为 (75.36 ± 2.23) 岁, 病程范围为 2-12 年, 平均病程为 (6.42 ± 1.18) 年; 研究组 30 例患者, 男性 16 例、女性 14 例, 年龄范围为 60-83 岁, 平均年龄为 (75.48 ± 2.39) 岁, 病程范围为 2-12 年, 平均病程为 (6.31 ± 1.25) 年。将上述两组临床基本数据资料, 实施对比, 发现 (P > 0.05), 代表具有对比性。

1.2 方法

对照组采取二甲双胍联合阿卡波糖治疗: 选用盐酸二甲双胍片【生产厂家: 北京嘉德制药有限公司; 批准文号: 国药准字 H19983070; 包装规格: 0.25g】, 每次服用剂量为 0.5mg, 每日 3 次; 选用阿卡波糖片【生产厂家: 拜耳医药保健有限公司; 批准文号: 国药准字 H19990205; 包装规格: 50 毫克】, 每次服用剂量为 50mg, 每日 3 次, 随餐嚼服。

研究组采取二甲双胍联合 SGLT2i 达格列净治疗: 盐酸二甲双胍片的服用剂量、方式、方法均与对照组一致, 同时选用达格列净片【生产厂家: 瑞典阿斯利康; 批准文号: 国药准字 J20170040; 包装规格: 10mg*30s/盒】, 起始服用剂量为 5mg, 随后根据患者的病情状态适宜的调整用药剂量, 最大剂量不超过 10mg, 每日 1 次, 于晨起餐前或者餐后服用。

1.3 评价指标及判定标准

对比两组血糖相关水平: 其中主要包括空腹血糖 (FPG)、餐后 2h 血糖 (2hPG) 以及糖化血红蛋白 (HbA1c) 等指标水平的变化情况。

对比两组骨骼肌质量指数: 通过双能 X 线吸收测量法, 分别对患者的双上肢以及双下肢的骨骼肌质量的总和进行测量, 将其除以身高的平方, 其结果为骨骼肌质量指数。

对比两组不良反应的发生情况: 其中主要包括低血糖、恶心呕吐、下肢水肿、皮疹等不良反应的总发生率。

1.4 统计学处理

在本次研究中, 两组老年糖尿病合并肌少症患者的相关研究数据, 均选择软件 SPSS21.0 进行数据分析和处理, 主要实施卡方检验和 t 检验, 其中, 计数资料以百分比表示; 计量资料以 (均数 ± 标准差) 表示, 组间差异的判定标准为 P < 0.05。

2 结果

2.1 血糖相关水平分析对比

治疗前, 两组血糖相关水平比较发现, 组间并不存在差异 (P > 0.05); 治疗后, 研究组 FPG、2hPG 以及 HbA1c 等水平平均低于对照组, 组间存在差异 (P < 0.05)。详见表 1。

表 1 血糖相关水平分析对比

组别	FPG (mmol/L)		2hPG (mmol/L)		HbA1c (%)	
	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后	治疗前	治疗后
对照组 (n=30)	8.78 ± 4.27	7.39 ± 2.08	15.42 ± 5.13	12.19 ± 3.98	8.59 ± 3.82	7.95 ± 3.17
研究组 (n=30)	8.75 ± 4.11	6.14 ± 1.67	15.36 ± 5.27	8.81 ± 3.23	8.57 ± 3.79	6.05 ± 2.06
t	0.0277	2.5666	0.0446	3.6117	0.0203	2.7527
P	0.9780	0.0129	0.9645	0.0006	0.9838	0.0079

2.2 骨骼肌质量指数分析对比

治疗前, 两组骨骼肌质量指数水平比较, 发现组间并不存在差异 (P > 0.05); 治疗后, 研究组指数水平高于对照组, 组间存在差异 (P < 0.05)。详见表 2。

表 2 骨骼肌质量指数分析对比 (kg/m²)

组别	治疗前	治疗后
对照组 (n=30)	5.83 ± 0.98	6.44 ± 0.62
研究组 (n=30)	5.76 ± 1.12	7.09 ± 0.84
t	0.2576	3.4100
P	0.7976	0.0012

2.3 不良反应分析对比

研究组不良反应的总发生率与对照组相比较发现, 组间并不存在差异 (P > 0.05)。详见表 3。

表3 不良反应分析对比(%)

组别	低血糖	恶心呕吐	下肢水肿	皮疹	总发生率
对照组 (n=30)	1	3	1	1	20.00(6/30)
研究组 (n=30)	1	2	1	0	13.33(4/30)
X^2					0.4800
P					0.4884

3 讨论

肌少症主要是由于衰老引起骨骼肌量流失、强度和功能下降的一种临床表现^[4]。有研究资料表明,该病的发生与糖尿病具有一定联系,对于老年糖尿病患者而言,胰岛素抵抗较为严重,其水平的降低会影响肌肉内蛋白质的合成,甚至造成分解紊乱,而机体的餐后血糖水平通常是依靠骨骼肌对其调控,在肌量下降时,也会加重糖代谢的异常状态,所以,两种疾病的发生和发展相互影响,并不断加剧^[5]。近年来,老年糖尿病合并肌少症的发生风险处于较高水平,导致患者的生活质量严重下降。二甲双胍属于双胍类降血糖药物,在药物作用下,对于内源性胰岛素能够充分利用,进而控制患者的血糖水平^[6]。SGLT2i 是现阶段临床中的新型“列净”类降糖药物,其中,达格列净较为常见,在药物作用下,能够减少滤过葡萄糖的重吸收,降低葡萄糖的肾阈值,进而增加尿糖的排泄,进而达到治疗的目的^[7]。结合本次研究能够发现,治疗后,研究组血糖相关水平均优于对照组;骨骼肌质量指数高于对照组,两组之间比较存在差异;其组间不良反应的总发生率比较,无差异,说明,SGLT2i 联合

二甲双胍治疗,对于老年糖尿病合并肌少症患者而言,整体疗效较好,安全性较高,对于控制患者的血糖水平,改善肌少症具有重要作用。

综上所述,SGLT2i 联合二甲双胍治疗老年糖尿病合并肌少症,能够明显改善患者的病情状态,对于患者预后的提升具有重要的应用价值,为疾病的治疗提供可靠的用药指导。

参考文献:

[1]张均平,刘焕宁,刘建平.维生素 D 和体力活动水平与老年 2 型糖尿病肌少症的相关性研究[J].国际老年医学杂志,2022,43(06):703-708.
 [2]陈俏,邓斌,陈婷.老年住院 2 型糖尿病患者合并肌少症的情况及其影响因素分析[J].糖尿病新世界,2022,25(19):43-46.
 [3]朱瑾英,王尚农,刘泮力.GLP1 受体激动剂和 SGLT2 抑制剂分别联合二甲双胍治疗 2 型糖尿病的疗效对比[J].河北医学,2022,28(07):1213-1218.
 [4]张超虎,潘清蓉,任小丽等.老年 2 型糖尿病患者肌肉减少与低度微量白蛋白尿的相关性研究[J].中华老年心脑血管病杂志,2022,24(03):264-268.
 [5]刘思琪,赵一璟,杨昱等.GLP-1 受体激动剂对 2 型糖尿病肥胖患者肌少症影响的研究进展[J].东南大学学报(医学版),2021,40(04):552-556.
 [6]任碧琦,苗登顺,雷敏聪.血浆鸢尾素水平对 2 型糖尿病患者合并肌少症的影响[J].中国医药,2021,16(07):1043-1047.
 [7]刘杓岢,陈毅光,朱咏瑶等.二甲双胍对新诊断 2 型糖尿病患者身体组分影响的研究[J].中国实用医药,2020,15(24):5-7.