



第三届和新论坛召开 培养基层医疗力量 致力改变糖尿病

▲本报记者 牛艳红

8月22-23日，由诺和诺德主办的第三届和新论坛在呼和浩特召开，共有来自地级市、县级和社区医院的200余名基层医生参会。大会邀请了纪立农、郭立新、许樟荣、石勇铨、李光伟、杨涛、冯凭和谌贻璞教授做学术报告。各位专家专业、严谨、极富启发性的演讲课题引发了参会医生的热烈讨论，其中问答环节更是将气氛推向了高潮。在分会场讨论中，陈宏、刘军、刘石平、

沈捷和郑骄阳教授与参会医生分享了糖尿病及常见问题治疗的临床经验，并进行了深层次交流。大会主席高妍教授指出，我国有逾1亿糖尿病患者。医务工作者，特别是工作在第一线的临床医生，担负着和糖尿病患者一起改变糖尿病的重要任务。和新论坛为基层医生搭建了顶级的学习交流平台，对临床经验和知识传播起到了桥梁作用，与临床医生共同为战胜糖尿病而努力。

纪立农教授报告了COMPASS研究结果：我国接受胰岛素治疗的2型糖尿病患者血糖控制差；血糖监测差可能是疗效不佳的原因；医患沟通也存在一些问题。对此，应及时起始胰岛素治疗；提高患者血糖仪拥有率及自我血糖监测频率。许樟荣教授提出，对于糖尿病患者，评估其是否合并心血管危险因素至关重要。而对于因心脑血管住院的患者，也要进行血糖监测。研究显示，高血糖在住院患者中普遍存在，而严格控糖可降低不良预后风险，但严格控糖时应避免重度



会议现场照片

低血糖发生。李光伟教授指出，高血压患者新诊断糖尿病以餐后血糖升高为主，而餐后血糖升高可影响氧化应激，增加心血管死亡风险。瑞格列奈可重塑早相胰岛素分泌，降低餐后血糖，有效控制血糖波动，心血管安全性理想，是高血压合并糖尿病患者口服降糖治疗的理想选择。冯凭教授表示，住院患者高血糖普遍存在且危害严重，需更好的“家-医院-

家”一体化管理。胰岛素强化治疗住院患者安全、有效且低血糖发生率低，其中门冬胰岛素+地特胰岛素作为基础-餐时胰岛素强化方案获益更多；门冬胰岛素在胰岛素泵中应用独具优势。谌贻璞教授指出，慢性肾脏病（CKD）患者使用口服降糖药要格外谨慎，区分不同药物的特征来进行调整。双胍类用于CKD 1-2期无需减量。格列奈类中，瑞格列奈用于CKD 1-5期无需减量；那格列奈用于CKD 1-3a期无需减量。二肽基肽酶-4抑制剂中，利格列汀用于CKD 1-4期无需减量。

慢性肾脏病患者降糖药物选择“按图索骥”

▲上海交通大学附属第六人民医院肾内科 程东生 汪年松



汪年松 教授

CKD合并糖尿病患者中选择降糖药物时，需充分考虑机体糖代谢变化情况，熟悉药物代谢动力学，知晓肾脏安全性因素，尽量避免低血糖发生及药物不良反应。在制定个体化血糖目标时，需权衡控制血糖的风险与获益。对于不同肾功能分期患者，口服降糖药选择可参考2013年发布的“2型糖尿病合并CKD患者口服降糖药物应用原则中国专家共识”（图1）。

CKD分期 GFR	1-2期 ≥ 60	3a期 59-45	3b期 44-30	4期 29-15	5期 < 15
二甲双胍	深蓝色箭头	浅蓝色箭头	虚线箭头	虚线箭头	虚线箭头
格列本脲	深蓝色箭头	浅蓝色箭头	虚线箭头	虚线箭头	虚线箭头
格列美脲	深蓝色箭头	浅蓝色箭头	虚线箭头	虚线箭头	虚线箭头
格列吡嗪	深蓝色箭头	浅蓝色箭头	虚线箭头	虚线箭头	虚线箭头
格列喹酮	深蓝色箭头	浅蓝色箭头	虚线箭头	虚线箭头	虚线箭头
格列齐特	深蓝色箭头	浅蓝色箭头	虚线箭头	虚线箭头	虚线箭头
瑞格列奈	深蓝色箭头	浅蓝色箭头	虚线箭头	虚线箭头	虚线箭头
那格列奈	深蓝色箭头	浅蓝色箭头	虚线箭头	虚线箭头	虚线箭头
吡格列酮	深蓝色箭头	浅蓝色箭头	虚线箭头	虚线箭头	虚线箭头
阿卡波糖	深蓝色箭头	浅蓝色箭头	虚线箭头	虚线箭头	虚线箭头
伏格列波糖	深蓝色箭头	浅蓝色箭头	虚线箭头	虚线箭头	虚线箭头
西格列汀	深蓝色箭头	浅蓝色箭头	虚线箭头	虚线箭头	虚线箭头
沙格列汀	深蓝色箭头	浅蓝色箭头	虚线箭头	虚线箭头	虚线箭头
维格列汀	深蓝色箭头	浅蓝色箭头	虚线箭头	虚线箭头	虚线箭头
利格列汀	深蓝色箭头	浅蓝色箭头	虚线箭头	虚线箭头	虚线箭头

注：深蓝色箭头表示无需减量 浅蓝色箭头表示减量 虚线箭头表示用药经验有限。

图1 不同肾功能分期患者的口服降糖药选择

促胰岛素分泌剂

磺脲类是最常用的促胰岛素分泌剂，CKD患者应用最为突出不良反应是低血糖风险。使用推荐：第一代磺脲类禁用，第二代磺脲类除格列本脲禁用外，格列吡嗪、格列美脲、格列齐特片建议监测血糖水平从小剂量开始使用。

格列类降糖机制是刺激胰岛素的早期分泌，中重度肾功能不全患者需要依据血糖调整剂量，研究证实瑞格列奈在CKD包括透析患者中具有良好药物安全性。二肽基肽酶-4（DPP-4）抑制剂竞争抑制DPP-4酶的活性，

维持胰高糖素样肽-1（GLP-1）的高活性，是一种葡萄糖依赖性新型降糖药物，具有不增加低血糖风险及良好药物耐受性特点。在中重度肾功能患者中不同DDP-4抑制剂需根据肾功能情况调整用量，而利拉利汀不受肾功能影响无需调整剂量。

非促胰岛素分泌剂

二甲双胍在CKD患者中存在药物蓄积致使乳酸中毒风险，故被限制使用。2012年改善全球肾脏病预后组织指南推荐，肾小球滤过率（GFR）<45 ml·min⁻¹·1.73m⁻²需评估后使用，GFR<30 ml·min⁻¹·1.73m⁻²停用。噻唑烷二酮类药物不增加低血糖风险，在肾衰患者中无需调整剂量，但存在水钠潴留增加心衰风

险，中重度肾功能不全患者慎用。α-糖苷酶抑制剂延缓肠道碳水化合物吸收，降低餐后高血糖，主要不良反应为胃肠道反应，CKD 4-5期禁用。钠-葡萄糖协同转运蛋白2抑制剂通过抑制肾脏对葡萄糖重吸收，增加尿糖排泄，可增加泌尿生殖系统感染风险，禁用于CKD 3b-5期患者。

胰岛素及类似物

胰岛素治疗需监测血糖做个体化剂量选择，部分胰岛素抵抗加重患者需增加剂量，而胰岛素清除代谢水平明显下降的患者

需减少用量。速效胰岛素剂型及皮下胰岛素泵具有一定减少低血糖风险的优势，但仍需更多前瞻性研究证实。

GLP-1类似物

GLP-1类似物皮下注射降糖治疗，指南不推荐艾塞那肽在CKD 4-5期

患者中使用，不推荐利拉鲁肽在CKD 3-5期患者中使用。