

新版中国糖尿病肾脏疾病防治临床指南发布

血压目标值 130/80 mmHg 肾脏保护降糖新药获荐

▲《医师报》融媒体记者 史郁松

领衔者说

李启富 CDS 微血管并发症学组组长

强调糖尿病规范化综合管理



李启富 教授

“新指南较原共识相比，降压目标值更低，新增除降糖外具有肾脏保护作用的钠-葡萄糖共转运蛋白 2 (SGLT2) 抑制剂，同时上调了 DKD 患者进入替代治疗的预估肾小球滤过率 (eGFR)。”重庆医科大学附属第一医院内分

泌科李启富教授介绍，CDS 微血管并发症学组于 2014 年制定了“糖尿病肾病防治专家共识”，对规范我国 DKD 的诊治发挥重要作用。

近年来，DKD 的研究取得了重要进展。随着临床证据的陆续发布及一些新药的上市，有必要对 2014 版共识进行修订。

新指南更重视疾病的预防及早期筛查，强调糖尿病规范化综合管理的重要性。

李教授表示，3 月末，新指南发布会将于厦门举行，CDS 希望通过杂志、媒体、学术会议等途径做好新指南的推广、宣传工作。

权威解读

赵志刚 CDS 糖尿病神经并发症学组组长

双倍剂量 ACEI 或 ARB 可能获益更多



赵志刚 教授

河南大学附属郑州颐和医院院长赵志刚教授表示，新指南更加突出临床实用性。应用 ACEI 或 ARB 类药物保护肾脏时，其剂量应比降压时更大，双倍剂量 ACEI 或 ARB 可能获益更多。

用药期间应定期监测血肌酐和血钾，如果用药期间出现血清肌酐升高幅度 >30% 或高钾血症，应停用该类药并及时治疗。

赵教授指出，新指南将 DKD 患者合理蛋白摄入量调整为 $0.8 \text{ g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ ，高蛋白摄入（超过总热量 20%）与糖尿病患者肾功能下降、尿蛋白的增加相关，因此肾病患者应避

免高蛋白饮食。

研究结果显示，低于 $0.8 \text{ g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ 的蛋白摄入并未改善 eGFR 下降，也未减少心血管风险。

赵教授指出，糖尿病患者应注意防晕厥，原因有以下两点：其一、DKD 和糖尿病神经病变均属于糖尿病微血管病变，一项人群横断面研究显示，糖尿病神经并发症的发病率高达 60%，合并糖尿病自主神经病变的患者，从平卧位或坐位突然转为直立时，易发生体位性低血压而晕倒或晕厥；其二、应用降压药物时应防止体位性低血压的发生。

“我们将通过学术会议进行新指南的推广。据悉，CDS 新指南的推广将是 CDS 2019 年的工作重点之一。”赵教授强调。



关联阅读全文
扫一扫

糖尿病肾脏疾病 (DKD)

是指由糖尿病所致的慢性肾脏疾病 (CKD)，是糖尿病主要微血管并发症之一，是终末期肾病的重要病因。北京大学第一医院张路霞等在《新英格兰医学杂志》曾撰文称，我国估计有 2430 万 DKD 患者。

近日，中华医学会糖尿病学分会 (CDS) 微血管并发症学组制定并发布了新版《中国糖尿病肾脏疾病防治临床指南》。

新指南有五大特点：

- (1) 突出临床实用性；
- (2) 充分纳入 DKD 领域的中国证据；
- (3) 重视早期筛查；
- (4) 强调规范化综合管理的重要性；
- (5) 注重新型抗高血糖药物在 DKD 治疗中的作用。

新指南十大要点

1

我国成人 2 型糖尿病患者 DKD 患病率为 10%~40%；

2

重视对 DKD 危险因素的干预，包括高血糖、高血压、肥胖（尤其是腹型肥胖），避免肾毒性食物及药物、急性肾损伤、蛋白摄入过多；

3

DKD 患者应合理控制蛋白摄入量：蛋白质摄入应约为 $0.8 \text{ g} \cdot \text{kg}^{-1} \cdot \text{d}^{-1}$ ，尚缺乏证据证明更低的蛋白摄入可进一步获益，应限制盐的摄入 ($<6 \text{ g/d}$)；

4

严格降糖治疗可延缓 DKD 的发生和进展，推荐所有 DKD 患者合理降糖；

5

白蛋白尿并非使用二甲双胍的禁忌；SGLT2 抑制剂具有降糖以外的肾脏保护作用；DKD 患者使用二甲双胍后血糖不达标，可优选 SGLT2 抑制剂；胰高糖素样肽 1 受体激动剂可改善 DKD 肾脏结局；

6

DKD 患者应严格控制血压，一般目标值为 130/80 mmHg；DKD 患者降压药物首选血管紧张素转化酶抑制剂 / 血管紧张素 II 受体拮抗剂 (ACEI/ARB)；双倍剂量 ACEI/ARB 可能获益更多；ACEI/ARB 治疗期间应定期随访尿白蛋白 / 肌酐比值、血清肌酐、血钾水平；不推荐 ACEI/ARB 用于 DKD 的一级预防；不推荐联合使用 ACEI 和 ARB 类药物；

7

推荐 DKD 患者血脂治疗目标为：有动脉粥样硬化性心血管疾病病史或 $\text{eGFR} < 60 \text{ ml} \cdot \text{min}^{-1} \cdot 1.73 \text{ m}^{-2}$ 等极高危患者低密度脂蛋白胆固醇水平 $< 1.8 \text{ mmol/L}$ ，其他患者应 $< 2.6 \text{ mmol/L}$ 。

8

非甾体抗炎药、ACEI/ARB 类药物等，以及感染、尿路梗阻等是急性肾损伤的危险因素；

9

糖尿病是造影剂肾病的高危因素，应积极评估、合理预防造影剂肾病；预防感染（如注射流感疫苗）对 DKD 患者有益；

10

$\text{eGFR} < 30 \text{ ml} \cdot \text{min}^{-1} \cdot 1.73 \text{ m}^{-2}$ 的 DKD 患者应积极准备肾脏替代治疗。

权威解读

匡洪宇 CDS 糖尿病视网膜病变学组组长

新指南全程指导 DKD 诊疗



匡洪宇 教授

哈尔滨医科大学附属第一医院内分泌科匡洪宇教授指出，DKD 是糖尿病最常见、最重要的微血管并发症之一，它不仅影响糖尿病患者的生活质量，也会影响患者预期寿命。随着临床工作者对肾脏疾病的不断认识，相关的基础和临床研究越来越多，非常有必要归纳、整理、撰写出一部新指南，旨在更好地指导临床工作。

新指南三大特点

匡教授表示，新指南更加全面、详细，在 DKD 患者全程管理中更具指导意义，除此之外，新指南具有可操作性，突出临床实用性。

从整体结构来说，新指南具有三大特点：

第一、新指南提供非常全面的流行病学资料，医生从中了解到 DKD 国内外的患病率及其危害程度，有助于医生全面地认识 DKD。

第二、新指南在 DKD 的诊断标准方面撰写得非常细致，同时在筛查、转诊以及会诊方面进行详细介绍。新指南更加规范、科学地指导内分泌科、基层医生，何种情况下的糖尿病患者应请肾内科医生会诊，共同完善 DKD 的治疗过程。

第三、新指南对每

一类抗高血糖药物进行详细解读，包括新型降糖药——SGLT2 抑制剂。新指南令临床医生诊治患者有据可依，更加规范。同时对医生临床工作中易忽略、产生误区的部分进行精细地撰写，较全面地列举具有肾毒性的药物，警惕造影剂肾病。由于糖尿病患者感染风险较高，常可合并细菌等感染，新指南建议糖尿病患者通过定期注射流感疫苗等方式，降低 DKD 风险，减少糖尿病治疗费用。

新指南推广 越基层越好

“这样一部全面、细致、可操作、临床化、能够全程指导 DKD 诊疗的新指南，其推广具有重要意义。”匡教授介绍，随着分级诊疗的进行，将会有更多糖尿病患者下沉至基层，基层糖尿病医生更需要了解相关知识。

文化水平高，经济、医疗条件好的患者因能够及时治疗、复诊，并发症往往不是很严重；然而，文化水平、经济条件较差，医疗条件落后的地方，患者因对疾病缺少充分认识，导致糖尿病合并 DKD 患者更多。越基层的地方越需要指南的指导，新指南的推广，越基层越好！

“解读《中国 2 型糖尿病防治指南 (2017 版)》仍是 CDS 2019 年工作内容之一，我们可将 DKD 部分从微血管并发症章节中单独列出，将新指南更好地融入 2 型糖尿病防治指南中，旨在更加全面、系统地基层医生及糖尿病患者作以介绍，使广大医生及更多患者获益！”匡教授强调。

糖尿病患者慢性肾脏疾病分期 (CKD 分期)

分期	肾脏损害 ^a	eGFR ($\text{ml} \cdot \text{min}^{-1} \cdot 1.73 \text{ m}^{-2}$)
1 期 (G1)	有	≥ 90
2 期 (G2)	有	60~89
3a 期 (G3a)	有或无	45~59
3b 期 (G3b)	有或无	30~44
4 期 (G4)	有或无	15~29
5 期 (G5)	有或无	< 15 或透析

注：^a 肾脏损害：主要指白蛋白尿（尿白蛋白 / 肌酐比 $\geq 30 \text{ mg/g}$ ），也包括血尿、其他尿沉渣异常、影像学或病理异常等