



田慧 教授

在我国老龄化进程中,女性所占比例呈增加趋势,且老年女性平均寿命常高于男性。我国最新数据显示,女性平均寿命(77.37岁)比男性(72.38岁)高4.99岁。在老年女性人群中,糖尿病和骨质疏松症的患病率也高于老年男性,随着年龄增长,这种趋势更明显。

调查显示,60~69岁人群中,糖尿病患病率男性18.1%,女性20.3%;≥70岁人群中,糖尿病患病率男性21.8%,女性22%。受绝经期早的影响,骨质疏松症女性发病早于男性10余年。一项以椎体和股骨颈骨密度值为基础的骨质疏松症总患病率调查显示,50岁以上人群女性为20.7%,男性为14.4%(图1)。70岁以上老年女性骨质疏松症检出率高至50%,其中约40%发生过胸腰椎体、髌关节、腕部骨折。

在如此高的患病率、涉及约70%的老年女性人群中,糖尿病和骨质疏松症的诊断率(知晓率)和治疗率均不到半数,良好控制率仅30%~40%,与“过小康需保健康”的目标相差太远。避免糖尿病、骨质疏松症的损害,最关键的是提高全民自我健康管理的主动性。

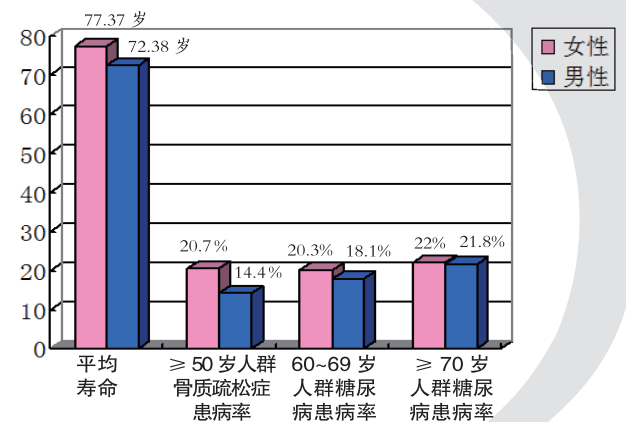


图1 我国人群平均寿命、50岁以上人群骨质疏松症患病率、60~69岁及70岁以上人群糖尿病患病率



五驾马车远离糖尿病 三要素摆脱骨质疏松

▲解放军总医院老年内分泌科 田慧



- 1、糖尿病教育,作为慢性进展性疾病,患者需明白糖尿病的性质以及防治原则。
- 2、主动参与自我管理和血糖监测。
- 3、有计划地控制饮食,在保证营养的基础上,不增加多食给自身营养代谢造成的负担。
- 4、适度运动,调节能量平衡也增强体质,预防少肌症,提高运动素质。
- 5、借助降糖药,良好控制血糖,避免或延缓并发症的危害。

五驾马车并驾齐驱 实现糖尿病早诊早治

随着国民经济发展,人民快速经历了从贫穷、温饱到小康的生活变更,但体内基因型是来自几百年贫困生活环境的积淀(节俭基因),调节过多糖类食物(包括谷薯、水果和蔬菜等)摄入后的处置能力有限,但消化吸收糖类食物、甚至保存糖不排出的能力很强,以致吃“不多点儿”粮食,血糖就很快升高。

一些糖尿病患者意识中要“吃饱”的欲望极高,改变饮食观念有时很困难,但听信“可随意进食”的伪宣传很容易。岂不知,如能尽量减少高血糖的存在,获益的是自己,如不能明白上述道理,很难脚踏实地的参与糖尿病自我管理。

监测血糖的目的是了解患者血糖变化规律和影响因素,有助于探寻控制血糖的方法,包括如何进食、运动和应用降糖药物。

最基础的血糖监测点是早晚餐前(半小时内),代表全天的2个基础点;必要时可每周2~3d测定3餐前和晚睡前血糖(基础血糖水平),结合抽检某餐前、后血糖,观察本人血糖控制情况。最好同时记录血糖测定的数据和进餐食品、餐后运动,找出影响血糖变化的原因总结改进。

治疗理念同样重要,糖调节的能力遗传基因是主要因素,应根据血糖、血脂、尿酸检测水平调整饮食结构。

定量主食,避免进食升糖指数高的食物;饮食应多蔬菜(1~1.5 kg/d)、低脂、低盐、适量蛋白质,酌情多饮水。进食顺序是先汤菜,后主食,避免胃肠先消化吸收主食而快速升高餐后血糖。

餐后20~30 min在室内或室外近距离散步15~20 min,避免进食后即坐卧,

有助于改善餐后高血糖。

每周3~5次30~60 min的适度体能锻炼,可选择适合自己且易于坚持的运动方式,达到一定运动量(脉率较平静时增加40%~60%)。

运动中要关注八大关节的功能位活动,注意结合抗阻力运动,可借助小区内健身器械。体弱、残疾、心肺功能不全、卧床的老年女性患者,只要有意识,就需鼓励尽可能完成力所能及的肢体运动。

现代医学已提供了7大类20余种口服降糖药、2大类10余种降糖注射剂(不包括中成药),可根据患者具体情况选择不同的组合用药方案。

糖尿病早期首选二甲双胍、α糖苷酶抑制剂、二肽基肽酶-4抑制剂,单用或联合应用,主要不良反应是胃肠道反应。胰岛素增敏剂因有浮肿和骨质疏松的不良反

荐老年女性患者服用。新药钠-葡萄糖协同转运蛋白2抑制剂促进尿糖排出,并有降体重、改善心功能的作用。

老年女性患者糖化血红蛋白至少应<8%,<6.5%则更好,空腹血糖<6.5 mmol/L,餐后血糖<10 mmol/L,特别是糖尿病病史不长的患者。

对每位老年女性糖尿病患者,均要做糖尿病并发症和高血压、高脂血症、高尿酸及心、肺、肝、肾功能、血管病变的综合评估,以便早发现、早治疗。



扫一扫 关联阅读全文

骨质疏松症三要素：强骨 增肌 防骨折

绝经期早、缺乏体能锻炼、缺少日晒、不良饮食习惯(多主食少蛋白质、少钙、少蔬果)均是进入老年后导致骨质疏松的后天因素。

骨质疏松症最大的危害是发生骨折,处置不佳可因此送命。骨骼强壮与否、骨质疏松发展速度也受先天(遗传基因)因素影响,存在骨代谢异常者甚至中年即可出现骨质疏松。

强骨、增肌、防骨折是骨质疏松症治疗的三要素。

早筛早治也是骨质疏松症的治疗原则,女性绝经后骨质疏松的风险就开始增加,需定期筛查骨密度,有条件者可检测血清维生素D₃水平,除非非老年性疾病引起的继发性骨质疏松症后,开始生活方式干预。

“强骨”：修补“骨建筑”

可适量补充钙剂、维生素D₃及必要时给予双磷酸盐(抑制骨钙的丢失)。虽然雌激素对减少骨钙丢失有益,毕竟与老年生理变化有悖,仅适用于早老年或在妇科监管下适量补充。

对于已存在骨质疏松的患者,推荐每日食物补充钙400 mg,药物补充600 mg。增加日晒改善维生素D缺乏在我国老年人有一定难度,可直接补充活性维生素D₃制剂(骨化三醇或阿法骨化

醇,25 μg 1~2粒/d),有条件亦可补充普通维生素D₃制剂(1000 IU/d)。

补充钙和维生素D₃的过程中需定期检测血钙磷和维生素D₃水平,调整剂量,补充双磷酸盐需在医生指导下进行,我国有口服制剂和注射制剂,可根据患者具体情况选择。

“增肌”：助强“骨建筑”

老年女性通过四肢、腰背肌的抗阻力运动使骨骼肌容质量增加,既能避免老年少肌症,又能增加骨组织的血流量和骨骼的稳定性。

“防骨折”：治疗骨质疏松症最主要目标

急性髌关节骨折和胸腰椎骨折对老年女性患者损害最大,严重疼痛和关节运动受限会引发很多危及生命的并发症。如疼痛诱发心梗;骨折关节出血引起急性贫血、心肾功能不全;卧床发生静脉血栓,血栓脱落引起急性肺栓塞;护理不当皮肤出现压疮并发感染等。

防骨折,避免摔跤很关键,肢体经常运动,体质质量好,平衡能力强,就不易摔倒。已有腰腿关节病、身高见矮的老年人,最好及时辅助助行器,避免久坐不动,不要坐有颠簸行驶的汽车。如遇突发站立不稳跌倒,争取手足先着地,避免腰、髌关节硬损伤。