



2019版2型糖尿病合并慢性肾脏病患者口服降糖药治疗中国专家共识发布

精确分级 个体用药 击破“互相成就”祸事

▲《医师报》融媒体记者 黄晶

“

7月12日,在中国医师协会内分泌代谢科医师年会(CEA)上,《2型糖尿病合并慢性肾脏病患者口服降糖药治疗中国专家共识(2019年更新版)》发布。新共识于2018CEA年会上启动,20余位内分泌与肾脏病领域的顶级专家积极参与、分工合作、智慧众筹、共筑医典,历时一年,新共识出炉。

新共识受到与会者热捧。上海交通大学医学院附属瑞金医院宁光院士、南京大学医学院附属鼓楼医院朱大龙教授、中南大学湘雅二医院周智广教授和上海交通大学医学院附属瑞金医院王卫庆教授等众多共识编写大咖们,还有众多与会者齐聚启动会现场。

2型糖尿病合并慢性肾脏病患者口服降糖药治疗
中国专家共识(2019年更新版)

糖尿病合并慢性肾病 抱团为祸

“近年来我国的肾脏病疾病谱正发生变化,糖尿病肾病所占比例上升。据统计,在2010年住院患者中糖尿病肾病所占比例(0.82%)低于肾小球肾炎(1.01%);2011年,糖尿病肾病所占比例超过了肾小球肾炎,且两者之间差距逐年增大。”大连医科大学附属第二医院内分泌科苏本利教授说。

疾病之间,往往喜欢“抱团为祸”,互相“成就”对方,糖尿病与慢性肾脏病

(CKD)就是“抱团犯罪小团伙”。

对糖尿病患者而言,肾脏损害如影随行,5~10年后,近40%的糖尿病患者开始出现微量白蛋白尿(初期肾病)。同时,CKD患者的血糖水平波动更大,血糖代谢平衡受影响因素愈加复杂,管理难度倍数增加。

另外,两病并存形成医疗支出“放大器”。据统计,合并糖尿病的透析患者医疗支出是不合并者的2倍。



两大指标

王卫庆教授介绍,新共识强调了尿白蛋白/肌酐比值(UACR)和肾小球滤过率估算值(eGFR)在糖尿病患者肾功能评价中的重要价值(图1)。

“GFR是肾功能的体现,蛋白尿可反映肾损伤的程度。微量白蛋白尿是肾损伤的早期临床表现,糖尿病患者需予以重视并及早干预。”新共识建议,

分级精细 分级用药 个性凸显

强化降糖 研究结果显示,强化降糖显著降低患者主要肾脏终点事件发生率20%,且对于已有大量蛋白尿者,可逆转为微量蛋白尿或正常蛋白尿。

选药原则 中国2型糖尿病合并CKD患者宜根据肾功能情况个体化

选择口服降糖药:轻-中度肾功能不全(1~3a期)尽量选择肾排较少的药物,优先选择具有肾功能保护的药物;重度肾功能不全(3b~5期),宜采用胰岛素治疗。若患者拒绝胰岛素等治疗,需尽可能选择不经肾脏排泄的降糖药。

格列喹酮早期应用更多肾脏保护 全程应用无需减量

“临床中,必须充分了解各种降糖药物的药代和药效动力学特点,结合患者肾功能情况进行个体化选择,确保有效降糖兼具肾脏保护,同时不增加低血糖风险。”王卫庆教授重点介绍了常用口服降糖药的临床证据以及适用人群(图2)。

王卫庆教授指出,2015版欧洲指南推荐,格列喹酮在CKD1~5期应用,无需减量。有研究对格列喹酮组和胰岛素进行对比研究,结果显示,用药4周后,格列喹酮有效降低UACR水平;

用药24周后,格列喹酮组UACR有效下降率($\geq 25\%$)达96.7%,显著高于胰岛素组70%。

因此该药适用于合并微量白蛋白尿的2型糖尿病患者,安全有效降糖同时为患者提供肾脏保护作用。

“临床中,应密切监测糖尿病合并CKD患者的血糖以及肾功能变化,及早选择能兼具肾脏保护的降糖药,达到糖尿病患者糖化血红蛋白分层管理和保护肾脏的双重要求,同时减少不良反应。”王卫庆教授强调。

根据2012年改善全球肾脏病预后组织(KDIGO)的推荐

表3 基于GFR和蛋白尿的慢性肾脏病分期及危险分层

UACR分期及危险分层		
	A1	A2
正常或轻度升高	正常或轻度升高	中度升高
<30 mg/g <3 mg/mmol	30~300 mg/g 3~30 mg/mmol	>300 mg/g >30 mg/mmol

绿色: 低危 (如无其他肾病指标)

黄色: 中危

橙色: 高危

红色: 极高危

GFR (ml/(min·1.73m ²))	G1	G2	G3a	G3b	G4	G5
正常或增高	≥90					
轻度下降	60~89					
轻度-中度下降	45~59					
中度-重度下降	30~44					
重度下降	15~29					
肾衰竭	<15					

图1 慢性肾脏病分级示意图

eGFR (ml/(min·1.73m ²))	1~2期 ≥60	3~4期 45~59	3~4期 30~44	4期 15~29	5期 <15
格列喹酮					
格列美脲					
格列吡嗪					
格列齐特					
瑞格列奈					
那格列奈					
双格列奈					
罗格列酮					
阿卡波糖					
伏格列波糖					
西格列汀					
维格列汀					
沙格列汀					
利格列汀					
阿格列汀					
达格列净					
卡格列净					
恩格列净					

图2 常用口服降糖药应用标准

大咖访谈

朱大龙 格列喹酮不可或缺

朱大龙教授表示,当前糖尿病肾病已经赶超其他原因导致的CKD,成为主力军,共识的制订与更新,顺应时代需求,为糖尿病CKD诊疗建言献策,意义非常。

朱大龙教授强调,糖尿病患者应重视预防,将肾脏病发症阻截,延缓肾脏损伤,尽量不出现微量白蛋白尿。一旦出现糖尿病肾病,选择用药要谨慎,如格列喹酮等,极少经肾脏排泄,用

药安全性大大提升。

“格列喹酮在上世纪80年代进入中国,为中国的糖尿病防控立下了不可磨灭的功劳,即使在糖尿病新药不断涌现的当下,格列喹酮仍不可或缺。”朱大龙教授强调,格列喹酮不经肾脏排泄,其血糖控制功能已被广泛证实,目前基础和临床试验已看到其对肾脏保护作用,期待更多的临床大数据进一步验证。

王卫庆 让中国人更健康!

“华润双鹤作为老牌国企,至今已有80年历史,应该肩负起健康中国建设的使命。”王卫庆教授表示,华润双鹤在内分泌领域所做的贡献有目共睹,希望企业可以利用自身资源,在患者教育方面加大力度,让老百姓意识到疾病的危害,与百姓形成良好互动。

王卫庆教授希望,华

润双鹤可以对国家标准化代谢性疾病管理中心等慢病机构建设大力支持,十年后,共同迎接糖尿病患病率的拐点。

王卫庆教授表示,感谢华润药业长期以来对内分泌事业、对中国糖尿病群体做出的巨大贡献,希望企业一如既往,继续支持,让中国人更健康!

共识更新要点

CKD患者血糖管理
想策略是遵循个体化
原则,在降糖达标的
同时尽量避免低血糖。

SGLT-2抑制剂具有,
部分DPP-4抑制剂
和格列喹酮可能具有
独立于降糖作用之外
的肾脏保护作用。

增加基于不同肾功
能分期的口服降糖
药推荐治疗路径。

CKD可根据估算
eGFR和蛋白尿水平
分为低危、中危、高
危和极高危。无论有
无危险因素,糖尿
病患者均应及早筛查
蛋白尿并监测eGFR。

常用口服降糖药在
CKD患者中应用的
临床证据更新,增加
SGLT-2抑制剂类药物。

增加特殊人群的用
药推荐。