

老年糖尿病远未获重视

▲ 北京医院内分泌科 郭立新



郭立新教授

我国 60 岁以上人群糖尿病患病率为 20.2%，约为总体成年人的 2 倍。老年糖尿病患者在病理生理特征、临床特点、血糖管理手段、药物选择等方面均有其特殊之处，是糖尿病处理中较为棘手的特定人群。

瑞典隆德大学将患者分为严重自身免疫性糖尿病、严重胰岛素缺乏糖尿病、严重胰岛素抵抗糖尿病、轻度肥胖相关糖尿病和轻度年龄相关糖尿病（MARD）5 型。

老年糖尿病患者往往共存多种慢性病，糖尿病性骨质疏松症和骨折、肌少症和老年衰弱综合征三种疾病对老年糖尿病影响很大，却远未得到临床重视。

自我管理能力下降

老年患者的管理能力降低，用药错误的风险增高。由于老年患者常合并其他疾病，同时服用多种药物，药物相互作用也增加不良反应的风险。一项纳入近 9000 例 2 型糖尿病患者的横断面研究显示，78% 以上的患者同时使用 5 种或以上的药物，在 60 岁以上人群中该比例高达 85%。老年患者还同时存在漏服、重复用药等问题，用药依从性显著下降。

因此，老年糖尿病患者的疾病自我管理教育更显得重要和具有挑战性，在对老年糖尿病患者健康教育时，要充分考虑到老年人听力、视力、认知能力下降的特点，教育对象要扩大到老年患者的家属或陪护人。



关联阅读全文
扫一扫

血糖控制目标的困境

老年患者合并使用的部分药物也有可能增强降糖药物的效果而引发低血糖。随着年龄增长，患者对低血糖的识别和处理能力逐渐下降，更易出现无症状性低血糖，且低血糖尤其是严重低血糖的后果也更加严重。目前尚缺乏证据证实老年糖尿病患者血糖控制在何种水平具有最大的获益/风险比。

IDF 在 2012 年发布的老年糖尿病管理指南是首个针对老年

糖尿病人群的国际性指南，根据患者的功能状况、认知能力、精神健康等因素将其分为功能独立类、功能依赖类、临终关怀类。建议降糖目标以 HbA_{1c} 值作为参考，功能独立类老年人为 7.0%~7.5%，功能依赖类为 7.0%~8.0%，对于衰弱的患者更可放宽至 8.5%。如何进行充分的教育培训，提高对老年糖尿病的认识和管理水平有待进一步探索。

如何进行生活方式干预

老年糖尿病患者生活方式干预有其区别于年轻患者的特殊之处，对老年患者进行饮食干预，需要充分评估饮食方案的可操作性、风险和获益，还要考虑经济支持状况。目前还没有足够的证据去帮助制定老年（尤其是老老年）患者热量摄入标准和主要营养物质比例。

国内外多个指南推荐糖尿病患者每周需进行至少 150 min 中等或中高强度体力活动，联合每周 2~3 次抗阻运动。

目前主流指南均建议将 2 型糖尿病患者 BMI 控制在正常范围（欧美人群为 <25 kg/m²，亚洲人群为 <24 kg/m²）。

体重与骨密度也具有相关性，无论是绝经后女性还是老年男性，糖尿病患者 BMI 和体重均与髋部或椎体的骨密度正相关。这意味着如果通过不恰当的干预手段，尤其是单纯热量限制所带来的体重减轻，反而可能对老年患者的健康有害。

药物疗效安全性数据的缺乏

随机对照研究是药物应用于临床疗效和安全性的主要证据来源，但大多数药物的临床研究入组人群多为 18~65 岁（个别研究 <75 岁），排除高龄以及患有并发症或合并症的高风险患者，几乎没有针对老年 2 型糖尿病人群进行的随机对照研究。

2011 年，一项研究对世界卫生组织临床试验登记平台上正在进行的 2 型糖尿病药物临床试验进行了分析，在总计 440 个临床试验中，有 289 项（65.7%）

设置了入组受试者的年龄上限，只有 6 项试验（1.4%）是专门设计用于老年糖尿病患者。

而真实世界中对老年人用药安全性和有效性数据可供借鉴的资料有限。多种降糖药说明书坦承其缺乏在老年人群，尤其是 75 岁以上人群的研究数据，还有部分药物的数据来源于研究总体人群中为数不多的老年亚组分析，这意味着老年患者药物暴露量有限，相关结果的统计分析效力弱，证据级别有限。

老年糖尿病是糖尿病的主要人群，也是糖尿病处理中较为棘手的特定人群。鉴于其高患病率和患者绝对人数巨大，老年糖尿病的控制状况影响着糖尿病的总体结局。关注老年糖尿病，改进老年糖尿病的管控，应该成为今后工作的重点之一。

新冠肺炎合并 2 型糖尿病患者严控血糖 适宜血糖改变临床结局

▲ 中国科学技术大学附属第一医院内分泌科 翁建平

鉴于高血糖可能通过炎症途径及刺激机体生成自由基影响肺部通气和肺泡弥散功能，且感染可能增强机体应激反应导致更大的血糖浮动这一恶性循环，医护人员亟需扎根临床的相关研究数据，对新冠肺炎患者的血糖控制情况与死亡等不良事件的风险关系进行分析，从而实施更有效的医疗干预。



翁建平教授

糖尿病感染新冠病毒更危险

5 月 1 日，武汉大学李红良教授团队报道了 7337 例新冠肺炎住院病例的资料，其中患有 2 型糖尿病 952 例及未患 2 型糖尿病的 6385 例。与未合并 2 型糖尿病患者相比，合并者新冠肺炎病例年龄更大（62 岁和 53 岁），出现呼吸困难等临床症状的比例更高（20.5% 和 15.4%），易于合并基础病。

研究发现，糖尿病患者可因体内高血糖状态导致免疫力低下，952 例合并 2 型糖尿病的新冠肺病例中，发生外周血淋巴细胞减少症的比例要显著高于未合并者（44.5% 和 32.6%），而表明炎症反应和高凝状态的血清标志物升高也显著高于无 2 型糖尿病组。

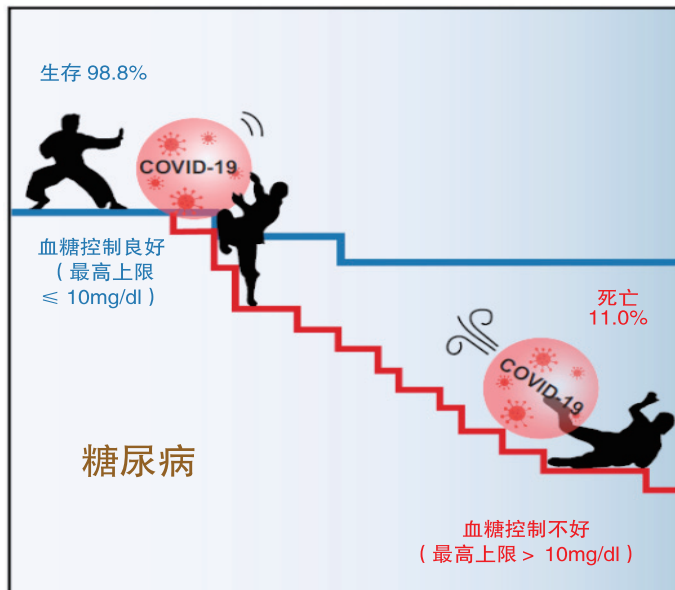
此外，该团队报道的 7337 例患者中，2 型糖尿病组入院时血氧饱和度低于 95% 的发生率更高（18.8% 和 13.2%），更容易出现成人呼吸窘迫综合征（16.9% 和 7.2%），因此也更频繁地采用各类呼吸支持手段（吸氧：76.9% 和 61.2%，无创通气：10.2% 和 3.9%，有创通气：3.6% 和 0.7%）。尽管合并 2 型糖尿病的新冠肺患者接受了强度更高的综合治疗，其不良预后的比例却未能就此降低，

说明患有 2 型糖尿病的新冠肺个体比非糖尿病个体需要更多的医疗干预，其死亡率更高，多器官损伤更明显。

控制血糖是关键

该团队通过对 2 型糖尿病组进行细化分析，对比该队列中 282 例血糖控制良好的患者（血糖 3.9~10.0 mmol/L）和 528 例血糖控制较差的患者（血糖上限 > 10.0 mmol/L），发现与血糖控制较差的新冠肺患者相比，血糖控制良好患者入院时血氧饱和度低于 95% 的比例更低（12.6% 和 22.7%），其淋巴细胞减少症发生率也较低（30.5% 和 49.6%），提示较好的血糖控制可能有助于改善新冠肺炎患者的肺部氧合状况和机体免疫力，因此需要呼吸支持的比例也更低（吸氧：70.2% 和 83.5%，无创通气：4.6% 和 11.9%，有创通气：0.0% 和 4.2%）。

该研究为改善新冠肺炎合并 2 型糖尿病患者的血糖状态和临床预后提供了充分证据，也明确提出对于 2 型糖尿病这类新冠肺炎进展和不良终点的重要危险因素，将血糖稳定在适宜的范围（3.9~10.0 mmol/L）有助于降低此类患者不良事件的发生和死亡率，改善其临床结局。



糖尿病专栏编委会

名誉主编：贾伟平

专栏主编：朱大龙

副主编：

郭立新 李小英 姬秋和陈丽 陈莉明 肖新华 窦京涛 韩学尧 宋光耀 杨静 李玲 匡洪宇 包玉倩 李益明 马建华 徐向进 向光大 雷闯湘 薛耀明 祝之明 冉兴无 时立新 刘静

青年编委：

毕艳于 森胡 承陈 刚

专栏秘书长：冯博