

中国2型糖尿病合并心肾疾病降糖药应用共识发布

4大角度 17条推荐意见 明确危险分层 精准施治

近日，由中华医学会糖尿病学分会（CDS）与中华医学会内分泌学分会（CSE）联合制订的《中国成人2型糖尿病合并心肾疾病患者降糖药物临床应用专家共识》发布。该共识由CDS主委、南京鼓楼医院内分泌科朱大龙教授与CSE前任主委、中国人民解放军总医院母义明教授领衔，携手内分泌领域诸多专家共同完成。

2型糖尿病（T2DM）易合并心肾疾病，而心肾疾病又是T2DM患者致残和致死的主要原因。因此，规范T2DM合并心肾疾病患者综合管理流程，制订共识具有重要意义。



朱大龙教授



母义明教授

扫一扫
关联阅读全文

4大角度 17条推荐意见 条条解析

T2DM患者的心血管风险评估与肾脏疾病筛查

推荐1 T2DM患者每年至少系统评估心血管风险1次，对于心血管风险极高或单个危险因

素达到启动治疗水平者，应及时采取相应的临床干预措施。

推荐2 T2DM患者每

年至少检测1次尿常规，尿白蛋白/肌酐比值及血清肌酐，以早期发现慢性肾脏病（CKD）。

T2DM合并心肾疾病患者的血糖管理策略和控制目标

推荐3 包括生活方式干预、降糖药物治疗、血糖监测及糖尿病教育在内的综合管理是T2DM合并心肾疾病患者血糖管理的基本策略

推荐4 糖尿病病程较长、已合并ASCVD或心血管风险极高危的T2DM患者的HbA_{1c}目标值为<8.0%。

推荐5 T2DM合并心衰（HF）患者的HbA_{1c}目标范围控制在7.0%~8.0%。

推荐6 年龄<40岁的T2DM合并CKD患者及≥40岁的CKD1~2期患者的HbA_{1c}目标值为6.5%~7.5%；未使用胰岛素治疗的CKD3~4期患者HbA_{1c}目标值为

7.0%~7.5%；正在使用胰岛素治疗的CKD3~4期及接受透析治疗的患者HbA_{1c}目标值为7.5%~8.5%。

推荐7 在T2DM合并ASCVD、HF或CKD患者中，若患者年龄≥60岁或预期寿命<5年或反复出现低血糖发作，HbA_{1c}目标值放宽至8.0%~9.0%。

T2DM合并心肾疾病患者降糖药物的合理应用

推荐8 如果没有禁忌证或不耐受，二甲双胍应作为T2DM合并ASCVD或心血管风险极高危、HF或CKD患者的一线降糖药物，并且一直保留在治疗方案中。

推荐9 对于T2DM合并ASCVD或心血管风险极高危患者，不论其

HbA_{1c}是否达标，建议联合具有心血管获益证据的GLP-1RA或SGLT2i以降低心血管事件风险。

推荐10 对于T2DM合并HF患者，不论其HbA_{1c}是否达标，建议联合SGLT2i，以降低HF住院或进展风险。

推荐11 对于T2DM合并CKD患者，不论其HbA_{1c}是否达标，建议联合SGLT2i，以改善肾脏结局；若不能使用SGLT2i，建议选择具有肾脏获益证据的GLP-1RA。

推荐12 如果患者已经采用不包含SGLT2i或GLP-1RA在内的二联（或三联）降糖治疗方案且HbA_{1c}已达标，在加用SGLT2i或GLP-1RA时，可考虑停用二甲双胍以外的降糖药物或减少

其剂量；如果患者在联合SGLT2i或GLP-1RA治疗3个月后HbA_{1c}仍未达标，可启动包括胰岛素在内的三联治疗。

推荐13 如果T2DM合并ASCVD、HF或CKD的患者使用胰岛素或胰岛素促泌剂，应加强血糖监测，特别注意防范低血糖。

推荐14 不推荐T2DM合并重度HF或急性HF患者使用二甲双胍治疗，不推荐T2DM合并eGFR<45 ml·min⁻¹·1.73m⁻²的CKD患者起始进行二甲双胍治疗。

推荐15 不推荐T2DM合并HF患者使用噻唑烷二酮类药物和沙格列汀。

推荐16 不推荐T2DM合并eGFR<45 ml·min⁻¹·1.73m⁻²的CKD患者使用SGLT2i。

T2DM合并心肾疾病患者其他危险因素的管理

推荐17 对于T2DM合并ASCVD、HF或CKD的患者，应做到早期血糖控制达标并且长期维持，

同时全面管理好其他心血管危险因素，具体措施包括生活方式干预、降压、调脂、抗血小板治疗等。

明确风险分层 分类管理糖尿病患者

T2DM患者至少应每年系统评估心血管风险1次。对于心血管风险极高或单个心血管危险因素达到需要启动治疗水平的T2DM患者，应及时采取相应的临床干预措施。

本共识参考欧洲心脏病学会（ESC）与欧洲糖尿病学会（EASD）联合制订的糖尿病、糖尿病前期及心血管疾病指南推荐的糖尿病患者心血管风险分层方案（表1）。

表1 T2DM患者的心血管风险分层

风险分层	描述
极高危	已合并CVD；或其他靶器官损害[白蛋白尿，eGFR<30ml/(min·1.73m ²)，左心室肥厚或视网膜病变]；或≥3项其他心血管危险因素（年龄≥50岁、吸烟、肥胖、高血压、血脂异常）
高危	病程≥10年，无靶器官损害，但伴有1~2项其他心血管危险因素
中危	病程<10年，年龄<50岁，且无其他心血管危险因素

注：T2DM：2型糖尿病；CVD：心血管疾病；eGFR：估算肾小球滤过率

对于有CVD相关症状（如胸部不适等）或体征及心血管风险极高危的T2DM患者，建议行冠状动脉疾病筛查，筛查方法包括CT冠状动脉血管成像等。CVD相关的

生物标记物的临床价值有限，不推荐常规测定。对于无明显临床症状或体征、心血管风险中危和高危的T2DM患者，不推荐常规筛查冠状动脉疾病。

优选具有心血管和肾脏获益降糖药

T2DM合并心肾疾病患者选择降糖药物时，应根据药物的疗效、安全性、卫生经济学、药品可及性、使用方便性等因素综合考虑，可考虑优先选择具有心血管和肾脏获益证据的降糖药物，以改善患者的预后。

共识分别对T2DM合并ASCVD、HF或CKD患者的一线降糖药物、T2DM合并ASCVD或心血管风险极高危患者的降糖药物选择治疗、T2DM合并HF患者的降糖药物

药物类别	ASCVD	HF	CKD
二甲双胍	获益 ^a	中性 ^b	中性
磺脲类	中性	中性	中性
格列奈类	中性	中性	中性
α-糖苷酶抑制剂	中性	中性	中性
噻唑烷二酮类	获益 ^a	增加风险	中性
二肽基肽酶4抑制剂(DPP-4)	中性	中性 ^d	中性
胰高血糖素样肽-1受体激动剂(GLP-1RA)	显著获益	中性	获益 ^a
钠-葡萄糖协同转运蛋白2抑制剂(SGLT2i)	显著获益	显著获益	显著获益
胰岛素	中性	中性	中性

a：目前无CVOT研究数据，但英国糖尿病前瞻性研究（UKPDS）、多项观察性研究及荟萃分析均显示有获益；b：对HF发生风险的影响是中性的，但可能降低HF患者死亡风险；c：仅限于吡格列酮，且为二级终点的数据；d：沙格列汀可能增加HF住院风险，维格列汀缺乏CVOT数据；e：目前仅有二级终点或探索性终点的数据

选择、T2DM合并CKD患者的降糖药物选择和低血糖的防范等问题进行了详细解读（表2）。

规避低血糖 流程图为您解忧

ASCVD和HF患者对低血糖的耐受性降低，CKD患者易发生低血糖。因此，对于T2DM合并ASCVD、HF或CKD患者，应特别注意防范低血糖。如果使用胰岛素和胰岛素促泌剂治疗，应从小剂量起始，逐渐滴定，同时加强血糖监测和低血糖知识宣教，并且适当放宽血糖控制目标。如果出现低血糖，应立即处理，并且调整治疗方案。

共识绘制了降糖药物治疗路径，以更好规范诊疗（图1）。

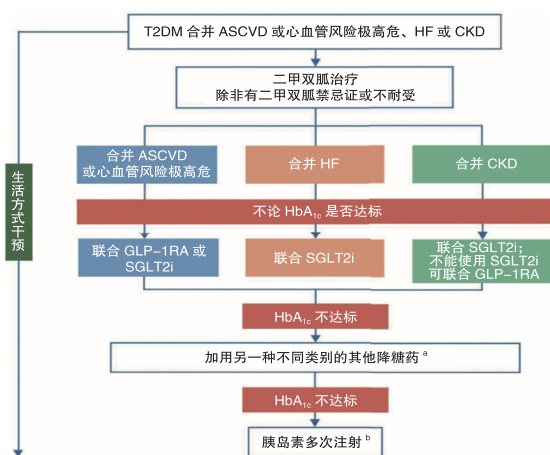


图1 T2DM合并ASCVD、HF或CKD患者的降糖药物治疗路径

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