

中国首部老年糖尿病诊疗指南发布

治疗贯彻分层与高度个体化 首次提出“去强化”治疗理念

为了规范当前我国老年糖尿病的诊断和治疗,由北京医院郭立新教授、北京协和医院肖新华教授牵头,国家老年医学中心、中华医学会老年医学分会、中国老年保健协会糖尿病专业委员会组织国内糖尿病、老年病及相关领域知名专家共同制定了中国第一部《中国老年糖尿病诊疗指南(2021年版)》,指导和帮助临床医师对老年糖尿病患者进行全方位、全周期的综合管理,以改善患者的临床结局。



郭立新教授



肖新华教授

老年糖尿病分层及高度个体化管理

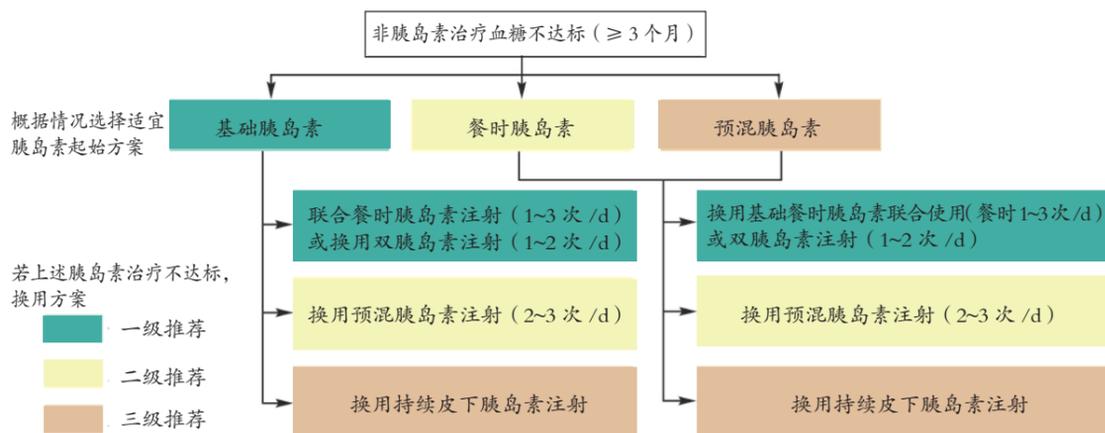


图1 老年2型糖尿病患者胰岛素治疗路径图

注:上述胰岛素包括胰岛素和胰岛素类似物,优选类似物。选用预混胰岛素注射3次/d时需选用胰岛素类似物。预混人胰岛素、双胰岛素不能3次/d注射。

指南提出分层与高度个体化管理策略,结合老年糖尿病患者的共患疾病、日常生活活动能力和工具性日常生活活动能力、认知功能等多方面情况进行综合评估,将老年糖尿病患者分为“良好(Group1)”“中等(Group2)”和“差(Group3)”三个等级(表1),再结合患者具体情况个体化的制定血糖控制目标及治疗策略。

指南推荐的血糖控制目标参考美国内分泌学会发布的老年糖尿病临床实践指南,根据老年健康状态综合评估结果与患者是否应用低血糖风险较高药物两项指标推荐糖化血红蛋白(HbA_{1c})、空腹或餐前血糖及睡前血糖目标值。值得注意的是,针对健康状态差(Group3)的老年糖尿病患者应根据患者自身情况适当放宽血糖控制目标。

指南提出,老年糖尿病患者治疗方案制定仍需分层与高度个体化制定。对于健康状态为“良好(Group1)”和“中等(Group2)”的老年2型糖尿病(T2DM)患者,需要选择生活方式联合非胰岛素单药治疗,而治疗3个月血糖控制不佳,可联合不同机制的非胰岛素药物进行治疗。而经过规范的老年患

者非胰岛素治疗控制血糖仍未达标的基础上可加用胰岛素治疗(图1)。

指南首次提出了“去强化”治疗理念,对于必须使用胰岛素治疗的老年糖尿病患者应尽量简化胰岛素方案以减少低血糖风险。老年糖尿病出现的严重高血糖状态,可采用短期胰岛素治疗,高糖状态解除时需再次评估并优化治疗策略。

对于健康状态为“差(Group3)”的老年T2DM(包括临终前状态的患者),应基于患者重要脏器功能、药物治疗反应、低血糖风险等,制定相对宽松的血糖控制目标,尊重患者及家属的意愿,选择合适的降糖方案。针对老年1型糖尿病(T1DM)患者,需结合患者的年龄、预期寿命、功能状态、基础疾病以及并发症情况等高度个体化的制定血糖控制目标以及降糖方案。



扫一扫 关联阅读全文

表1 老年健康状态综合评估

健康等级	老年糖尿病患者特点
良好(Group 1)	患者无共病或合并≤2种除糖尿病外的慢性疾病(包括卒中、高血压、1~3期肾脏病、骨关节炎等)和患者无ADL损伤, IADL损伤数量≤1
中等(Group 2)	患者合并≥3种除糖尿病外的慢性疾病(包括卒中、高血压、1~3期肾脏病、骨关节炎等)和(或)患者满足以下任意一项:(1)中度认知功能受损或早期痴呆;(2) IADL损伤数量≥2
差(Group 3)	患者满足以下任意一项:(1)合并≥1种治疗受限的慢性疾病(包括转移性恶性肿瘤、需氧疗的肺部疾病、需透析的终末期肾病、晚期心力衰竭)且预期寿命较短;(2)中、重度痴呆;(3)ADL损伤数量≥2;(4)需长期护理

注:ADL为日常生活活动能力,包括如厕、进食、穿衣、梳洗、行走; IADL为工具性日常生活活动能力,包括打电话、购物、做饭、服药和财务管理。

重点解读

《中国老年糖尿病诊疗指南(2021年版)》作为首部针对我国老年糖尿病患者的临床指南,详尽探讨了老年糖尿病的流行病学、临床特点、健康综合评估、血糖管理、ASCVD及危险因素管理、急慢性并发症管理、共患疾病管理、特殊情况管理等问题,并提出了分层及高度个体化管理策略、针对老年糖尿病患者的血糖管理路径、简约治疗理念、“去强化”治疗策略、低血糖防治策略、老年并发症及伴发病管理策略,有利于老年糖尿病患者精细化管理和临床结局的改善。

老年糖尿病患者

个体差异很大,且存在认知功能降低、老年综合征及营养不良等多种老年相关问题。因此,在老年糖尿病患者诊疗过程中应关注患者特殊性,基于患者特点个体化制定糖尿病管理策略,以提升老年糖尿病的治疗水平。低血糖风险高、认知功能下降、营养不良风险高,胃肠道功能差、并发症和伴发病多、多重用药现象和餐后血糖升高等,都是老年糖尿病患者的患病特点。老年糖尿病患者血糖波动影响其大血管及微血管,不利于治疗。因此,应充分考虑患者血糖特点,选择可使患者平稳降糖的治疗方案,减少患者血糖波动。

降糖药物推荐

一级推荐非胰岛素治疗药物

包括二甲双胍(MET)、二肽基肽酶-4抑制剂(DPP-4i)和钠-葡萄糖共转运蛋白2抑制剂(SGLT-2i)。二甲双胍在老年T2DM患者中使用广泛,在临床使用过程中需注意药物的胃肠道反应与体重下降,中小剂量起始,关注并定期监测肾功能,根据患者估算的肾小球滤过率(eGFR)调整二甲双胍剂量。

DPP4i在老年T2DM患者中研究证据充分,不增加老年患者的心血管及肾脏风险,是一类适用于老年T2DM患者的降糖药物。该类药物治疗时一般不出现低血糖,对体重影响小,在临床实践中需根据肝肾功能调整药物剂量(利格列汀除外)。

SGLT-2i在老年患者中具有心脏、肾脏获益的降糖作用,低血糖风险小,临床实践中需注意该类药物治疗降低体重及泌尿生殖系统感染,且需要根据患者eGFR判断是否可用。

二级推荐非胰岛素治疗药物

包括胰高血糖素样肽-1受体激动剂(GLP-1RA)、α糖苷酶抑制剂(AGI)和格列奈类。GLP-1RA是一类具有心血管获益的非口服降糖药物,单独使用时低血糖发生风险低,其主要的不良

反应为胃肠道反应,且有延缓胃排空的作用,使用需警惕诱发或加重老年患者营养不良及衰弱的可能性,并考虑用药依从性。

AGI适用于高碳水化合物饮食结构和餐后血糖升高的患者,但其胃肠道反应一定程度上影响了老年人群的使用,该类药物治疗需随餐服用。格列奈类降糖效果明确,但会引起患者体重增加及低血糖,需餐前15min内服用,需考虑老年患者依从性。

三级推荐非胰岛素治疗药物

磺脲类(SU)和噻唑烷二酮(TZD)。SU降糖疗效明确,但易导致老年患者低血糖及体重增加,临床使用时需考虑该类药物的药物相互作用。TZD为胰岛素增敏剂,单独使用不诱发低血糖,但此类药物可能导致患者体重增加、水肿、骨折、心衰的风险增加,有此类风险的老年患者慎用。

胰岛素治疗

在起始胰岛素治疗前,需要权衡患者获益风险比,个体化选择治疗方案。首选基础胰岛素治疗,必要时可加餐时胰岛素,需结合老年患者依从性。使用胰岛素治疗方案应加强患者低血糖防治及胰岛素注射方法宣教,尽量减少低血糖的发生。

合并症与并发症的管理

老年糖尿病的治疗过程中需要加强动脉粥样硬化性心血管病的筛查,并至少每年评估危险因素。糖尿病的严重急性并发症包括低血糖、高血糖高渗状态和糖尿病酮症酸中毒,在老年糖尿病的治疗过程中需要迅速识别与及时诊断治疗。通过建立合理的血糖控制目标、选

用低血糖风险低的药物、佩戴持续葡萄糖监测系统途径、关注高血糖危象症状等多种方式减少老年患者急性并发症的风险。老年糖尿病的慢性并发症包括肾脏病变、神经病变、相关眼病、下肢动脉病变和糖尿病足等,需早期发现并及时管理十分重要。