

田慧：“四早”是老年糖尿病防治重要策略

● 潘锋

“近10年来，我国老年糖尿病患者患病率不断增长，老年糖尿病患者的高血糖、高血压及其他相关危险因素尚未得到有效控制，并发症及合并症致死致残率较高。”国家老年疾病临床医学研究中心（中国人民解放军总医院）、中国人民解放军总医院第一医学中心内分泌科主任田慧介绍说，我国近日正式发布了《中国老年2型糖尿病防治临床指南（2022版）》（以下简称《指南》）。

作为《指南》的通讯作者，田慧表示，《指南》汇聚了内分泌代谢专业、心血管病专业、肾脏病专业、神经内科专业、营养学专业、老年医学专业等多学科专家的智慧，具有很强的权威性和实用性。“‘早预防、早诊断、早治疗、早达标’是老年2型糖尿病（T2DM）优化治疗结局的基本原则，需制定个体化的血糖控制目标使老年T2DM患者获益最大化、风险最小化。”

坚持“四早”原则

《指南》中强调，坚持“四早”原则是老年糖尿病防治的重要策略。一是早预防。观念的转变很重要。糖尿病、高血压、血脂紊乱、高尿酸血症和向心性肥胖具有遗传背景，由于受环境因素影响且多项组合高发，预防需遵从“治未病”理念，积极进行糖尿病防治知识的学习和宣教，提倡健康生活方式，适度运动。特别是糖尿病的高危人群，如有家族史者、腹型肥胖者、高血压患者、高甘油三酯血症患者、高胰岛素血症患者应列为重点防治对象，做好糖尿病的一级预防。

二是早诊断。T2DM的发展要经历高胰岛素—正常血糖的代偿期、血糖轻度异常的糖尿病前期、糖尿病早期即血糖轻中度升高和并发症损害阶段。鼓励高危患者定期进行糖尿病筛查，早发现潜在的糖尿病风险，早开始保护自身细胞功能。联合空腹血糖（FPG）、随机或2小时血糖和糖化血红蛋白（HbA_{1c}）检测，或采用口服葡萄糖耐量试验进行糖尿病筛查有助于减少漏诊率，切勿放松糖代谢水平异常人群的前期管理。

三是早治疗，包括及早开始治疗性生活方式干预（TLC）、及时启动降血糖药物治疗和适时开始胰岛素治疗。检查发现FPG>6.1mmol/L、2小时血糖或随机血糖>7.8mmol/L或HbA_{1c}>6.0%，是开始通过TLC预防糖尿病的警戒点。单纯TLC可以使糖尿病的发病率减少40%~58%，虽然二甲双胍、阿卡波糖和吡格列酮药物干预研究可分别降低糖尿病发病率77%、88%和54%，但上述药物用于预防老年糖尿病的长期有效性和安全性尚待进一步验证。

《指南》认为，老年糖尿病管理和治疗不仅要避免因“过度放宽控制标准”而延误生活方式管理和降糖治疗，而且需改变临危就诊的“救赎”模式。老年糖尿病患者饮食和运动治疗的基础上HbA_{1c}>7.0%，需要考虑单药或联合除磺酰脲或格列奈类之外口服降糖药物治疗，根据患者胰岛素水平、肥胖程度及血糖波动的特点，将HbA_{1c}控制在7.0%以内有利于减少糖尿病并发症。

联合2~3种以上口服降糖药物治疗后HbA_{1c}仍大于7.5%，可以开始注射类降糖药物治疗，如需胰岛素治疗可首选基础胰岛素；但对饮食控制差、肥胖、自身胰岛素分泌水平不低的患者不宜过早使用胰岛素，首先应严格生活方式管理并优先选用有减轻体重作用的降糖药。

四是早达标。老年糖尿病患者的个性化控制目标包括血糖和非血糖的其他代谢相关指标。已有研究显示，对存在多项心血管危险因素老年糖尿病患者，尽早综合控制多种心血管危险因素达标，方可早获益。

田慧特别强调，《指南》就老年T2DM的筛查和三级预防作出了推荐：老年人健康体检除FPG外，推荐增加糖负荷后2小时血糖筛查。因各种原因急诊的老年患者应测定空腹或随机血糖，HbA_{1c}的测定有助于糖尿病患者病情判断和治疗选择。

老年T2DM一级预防是预防发病（治未病），二级预防是预防糖尿病并发症，保护脏器功能，三级预防是降低

并发症相关的致死致残率。糖尿病前期和新发糖尿病是老年糖尿病管理的重点，早预防、早诊断、早TLC，及时启用降糖药物是治疗优选策略，需定期进行糖尿病并发症筛查和脏器功能评估，指导综合治疗。

制定个体化治疗方案

针对高血糖药物治疗，《指南》推荐在治疗前应评估胰岛功能，同时根据患者治疗时的血糖水平，以HbA_{1c}检测值为参考依据制定治疗方案。选择降糖药物需关注心脑血管病变、肾脏功能、低血糖风险、对体重的影响、成本、副作用风险和医保承受能力等，从而为患者制定获益更多的个体化降糖治疗方案。

《指南》提到，选择简化、易操作、低血糖风险小的用药模式能提高依从性，二甲双胍是首选药物且无年龄限制，除严重肾功能不全者外其他人可长期应用。在生活方式管理和二甲双胍治疗基础上，HbA_{1c}>7.5%时，患者较早开始降糖药物联合治疗在维持血糖长期满意控制上效果更优。合并动脉粥样硬化性心血管疾病（ASCVD）或高风险因素、肾脏疾病或心力衰竭时，患者可根据个体情况优先选择SGLT-2i或GLP-1RA。

在生活方式管理和口服降糖药联合治疗的基础上，若血糖仍未达到控制目标，应开始胰岛素治疗，建议首选基础胰岛素。伴存高血糖[HbA_{1c}>9.5%，FPG>12mmol/L]、合并感染或急性并发症、处于手术或应激状态等特殊情况下，建议采用多次胰岛素注射的强化治疗，或持续皮下胰岛素输注（CSID）方法。

田慧指出，心脑血管病变是老年糖尿病患者死亡的主要威胁，危险因素管理不佳是重要影响因素之一。《指南》对心血管危险因素综合防治作出了推荐：一般情况下，老年糖尿病合并高血压的血压控制目标为<140/85mmHg，已有糖尿病肾脏病（DKD）或合并肾损伤者血压控制标准调整到<130/80mmHg，但血压不宜低于110/60mmHg，有脑梗死、长期血压控制不良的老年患者血压<150/80mmHg即可。



受访者供图

“早预防、早诊断、早治疗、早达标”是老年2型糖尿病（T2DM）优化治疗结局的基本原则，需制定个体化的血糖控制目标使老年T2DM患者获益最大化、风险最小化。

血管紧张素II受体拮抗剂（ARB）或血管紧张素转换酶抑制剂（ACEI）类降压药，是老年糖尿病患者首选和基础降压药。老年糖尿病患者血脂异常应重点关注低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C），可使用他汀类调脂药物按心血管危险分层控制在要求范围内。

控制高尿酸血症是老年糖尿病患者重要的管理目标之一，单纯糖尿病合并高尿酸血症，血尿酸控制在正常范围（<420μmol/L）即可，如合并心血管和肾脏病变，血尿酸需降至360μmol/L以下，对于有痛风发作的患者血尿酸应控制在300μmol/L以下。控制心血管危险因素还需注意体重管理、纠正高同型半胱氨酸血症、安全应用抗血小板聚集药物。老年糖尿病患者面临多疾病药物治疗，需关注药物间相互作用，降低多重用药风险。

“由于老年期生理变化及个体差异很大，在进行老年糖尿病管理时需坚持以人为本，而非以年龄为准。”田慧说道。