

浅谈2型糖尿病患者的科学管理

文 / 陕西中医药大学第二附属医院 谢苗 景莎莎

根据病因学特征，糖尿病可以分为4种类型，即1型糖尿病（T1DM）、2型糖尿病（T2DM）、特殊类型糖尿病和妊娠期糖尿病（GDM）。其中，在我国T2DM所占的比例最高，所以其也是现在治疗和管理的重点。糖尿病的典型临床症状包括多饮、多食、多尿、体重减轻（“三多一少”），诊断标准见表1。

一、T2DM高危人群有哪些

糖尿病患者的典型症状虽然较容易被察觉，但是早期症状并不明显，往往难以发现，大多数患者是在健康体检或各种疾病（皮肤瘙痒、视力骤降、心脑血管疾病等）就诊化验时才发现高血糖的。为预防和减少高血糖的不良影响，以及延迟糖尿病并发症的发生发展，对于T2DM高危人群——具有一个及以上危险因素者可视为T2DM高危人群：①有糖尿病前期（空腹血糖受损或糖耐量异常）史；②年龄

表1 糖尿病诊断标准

诊断标准	静脉血糖 (mmol/L) 或HbA1c (%) 水平
有典型临床症状	多饮、多食、多尿、体重减轻
+ 随机血糖	≥11.1
± 空腹血糖	≥7.0
± OGTT2小时血糖	≥11.1
± 糖化血红蛋白 (HbA1c)	≥6.5%

【注】“+”表示“且”，“±”表示“或”。

≥40岁；③BMI≥24 kg/m²和（或）向心性肥胖；④父母、同胞、子女有糖尿病史；⑤体力活动缺乏者；⑥有妊娠期糖尿病病史的女性；⑦有多囊卵巢综合征病史的女性；⑧有黑棘皮病者；⑨有高血压或血脂异常病史；⑩有冠心病史；⑪有类固醇类药物使用史、长期接受抗精神病药物或抗抑郁症药物治疗者。——应该定期进行健康教育和指导。我们建议T2DM高危人群每年至少测量一次空腹血糖，而糖尿病前期患者应每半年测一次空腹

血糖（或餐后2小时血糖），并每年到医院进行一次筛查。

二、T2DM应该如何治疗

1.非药物治疗

新确诊的T2DM患者的治疗方案第一步是非药物治疗，即包括糖尿病患者健康教育的生活方式干预。确诊的T2DM患者和糖尿病前期患者均应接受全面的糖尿病教育，这既可以减轻国家和个人治疗糖尿病的经济负担，也有助于预防和延迟糖尿病并发症的发生发展，是决

定糖尿病治疗成功的关键，亦应贯穿于糖尿病治疗的始终。《中国糖尿病健康管理规范（2020）》针对T2DM患者和糖尿病前期患者推荐的生活方式干预内容和目标见表2。

2.药物治疗

（1）如果单纯生活方式干预3个月不能使血糖控制达标，应及时使用抗高血糖药物。常用降糖药物（不含胰岛素）的作用特点见表3。

（2）胰岛素是一种由胰腺产生的激素，可以帮助血液中的葡萄糖进入细胞内分解代谢产生能量。糖尿病患者的身体无法有效产生或使用胰岛素，因此会表现出高血糖，而长期的高血糖会损害心、脑、眼、肾等重要器官。T2DM患者经生活方式干预和降糖药物治疗3个

月后，若血糖仍未达到控制目标，则说明胰腺细胞产生的胰岛素很少甚至几乎不产生胰岛素，应该开始胰岛素治疗。使用胰岛素治疗的T2DM患者需联合应用降糖药物，并坚持生活方式干预。根据患者的血糖水平调整胰岛素剂量，每3~5

日调整1次、每次调整1~4U，直至血糖达标。需要注意的是，使用短效胰岛素降糖时，应将一日用量分2~3次皮下注射，以降低低血糖的发生风险。

3.综合干预管理

对于T2DM患者除了降血糖治

表2 糖尿病患者生活方式干预内容和目标

内容	目标
控制体重	肥胖患者减重目标是3~6个月减轻5%~10%的体重，消瘦者应长期维持理想体重
合理膳食	减少碳水（如米饭、面食等）和含糖饮料的摄入，以全谷物或杂豆类替代1/3精碳水主食
适量运动	每周2.5小时中等强度的有氧运动，以运动时稍微出汗、呼吸稍快为宜，可以选择挥拍运动、快走、骑自行车、打太极等；应增加日常身体活动（做家务、购物等），每周进行2~3次抗阻运动（两次间隔≥48小时），同时减少静坐时间
戒烟戒酒	科学戒烟，避免被动吸烟。有饮酒习惯的应当戒酒
限盐	每日食盐摄入量不超过5 g
心理平衡	规律作息，保持心情愉悦

表3 T2DM常用降糖药物（不含胰岛素）

药名	规格（mg/片、支）	剂量（mg/d）	半衰期（h）	用药频次	注意事项与主要不良反应
二甲双胍片	250、500	500~2000	1.5~1.8	3次/日，随餐	禁用于肾功能不全；胃肠道反应、乳酸性酸中毒
二甲双胍缓释片	500	500~2000	6.2	1次/天，随晚餐	
格列吡嗪	2.5、5	2.5~15	2~4	3次/日，餐前30分钟	低血糖、体重增加
格列齐特	80	80~320	6~12	1次/日	
格列美脲	1、2	1~8	5	1次/日	
瑞格列奈	0.5、1、2	1~16	1	3次/日，餐前15分钟内	低血糖、体重增加
阿卡波糖	50	100~300	-	3次/日，随餐	胃肠道反应，如腹胀、排气增多
吡格列酮	15/30	15~45	3~7	1次/日	体重增加、水肿，增加骨折和心力衰竭发生的风险
西格列汀	100	100	12.4	1次/日	总体不良反应发生率低，可能出现超敏反应、头痛
利格列汀	5	5	12	1次/日	
达格列净	10	10	12.9	1次/日	生殖或泌尿系统感染、血容量不足相关不良反应，罕见酮症酸中毒
卡格列净	100	100~300	10.6~13.1	1次/日	
利拉鲁肽	18/3 mL	0.6~1.8	23	1次/日	胃肠道反应，如腹泻、恶心、腹胀、呕吐
度拉糖肽	1.5/0.5 mL	0.75~1.5 mg，qw	108~112	1次/周	
司美格鲁肽	2/1.5 mL	0.25~1 mg，qw	168	1次/周	

【注】GLP-1RA：胰高糖素样多肽-1（GLP-1）受体激动剂，目前国内上市的GLP-1RA仅供皮下注射；qw表示每周一次。

疗外, 还应综合干预血压、血脂和抗血小板聚集、控制体重和改善生活方式等, 各项指标的治疗目标和治疗药物见表4。对于身体状态差的糖尿病患者可以适度放宽控制目标, 但应警惕高血糖可能引发的酮症酸中毒等急性并发症。

三、T2DM用药注意事项

(1) 降糖药物联用: 相同作用机制的药物不应同时使用, 如胰岛素促泌剂格列美脲片与瑞格列奈片, 联用会增加低血糖的药物不良反应。

(2) 警惕低血糖: 接受降糖药物治疗的患者血糖<3.9 mmol/L可判断为低血糖。当患者出现交感神经兴奋(如心悸、头晕、手抖、饥饿感等)或中枢神经异常(如神志改变、认知障碍、抽搐和昏迷), 可能与血糖下降速度过快有关, 应立即测定血糖水平; 若无法测定血糖



表4 T2DM患者综合干预目标

指标	治疗目标
血糖 (mmol/L)	
空腹	4.4~7.0
非空腹	<10.0
HbA1c (%)	<7.0
血压 (mmHg)	<130/80
调脂治疗	
总胆固醇 (mmol/L)	<4.5
甘油三酯 (mmol/L)	<1.7
低密度脂蛋白胆固醇 (LDL-C, mmol/L)	未合并ASCVD<2.6 合并ASCVD<1.8
体重指数 (BMI, kg/m ²)	<24.0
抗血小板治疗	

时, 则按低血糖处理, 需要立即补充葡萄糖, 意识障碍者立即就近送医就诊。同时, 建议患者外出随身携带糖果、饼干等, 可及时应对低血糖的发生。

(3) 综合考虑: T2DM患者的药物治疗多为2~3种及以上药物的长期治疗, 选择治疗方案应以患者为中心, 综合考虑患者合并症、药物的不良反应和使用禁忌(遵医生医嘱并以药品说明书为准)、药物费用及家庭经济能力(结合本地糖尿病慢性病政策)和患者用药依从性。

(4) 定期随访: 所有糖尿病患者应分情况定期随访, 如对空腹血糖控制良好的患者可每半年随访一

次, 对空腹血糖控制不佳(血糖水平过高或过低)的患者可每2~4周随访一次。

最后, 应该对所有糖尿病患者进行健康教育, 告知患者及家属一旦出现血糖急剧上升且难以控制、频繁的低血糖(因药物或饮食等原因引起)、严重感染迹象(高热寒战)、肾功能恶化(尿量减少、水肿等)、视力急剧下降(视物模糊)、下肢跛行疼痛及足部血管皮肤异常等情况应立即就诊。日常生活中, 严格的血糖控制和定期的体检也是延缓糖尿病并发症和提高糖尿病患者生活质量的有效手段。**药物与人**