



你了解老年糖尿病吗

文 / 北京医院 郭思瑞



郭思瑞，北京医院药学部主管药师，药物分析学博士。长期从事药品质量和安全性评价方面的工作，涉及药品非法添加、农残重金属检测等方面研究。参与多项国家级及院级课题，担任《沈阳药科大学学报》青年编委，共发表SCI论文7篇、中文核心论文10余篇，参编专著2部。致力于药品及保健品的安全性检查，为公众提供科学的药学服务。

国际糖尿病联盟发布的全球糖尿病概览显示：2021年中国20~79岁成年人中糖尿病患者约1.41亿，位居全球第一；预计到2045年我国将有1.74亿糖尿病患者。截至2022年，我国65岁及以上老年人占人口总数的比例为14.2%，可想而知，这个比例随着老龄化的逐渐加深还会不断提高；而年龄大于65岁的糖尿病患者即属于老年糖尿病患者，因此我们对于老年糖尿病需要给予更多的关注。

老年糖尿病具有症状不典型、并发症多、合并使用药物种类多、患者自我管理水平低等特点，相对其他年龄段的糖尿病更加繁杂。笔者想去繁就简，通过几个问题为大家介绍一下老年糖尿病的诊断及日常生活和用药管理。

【重要提示】以下论述主要涉及2型糖尿病。

问题一：如何诊断老年糖尿病？

诊断标准主要包括典型症状、空腹血糖、餐后血糖、糖耐量试验、糖化血红蛋白等。

(1) 典型症状：多饮、多食、多尿和体重减轻（“三多一少”），这些症状的出现提示患者可能存在高血糖状态。但是，老年糖尿病患者的症状可能不典型或隐匿，需要注意。

(2) 空腹血糖：指至少8小时内无任何热量摄入后所测得的血糖值。在糖尿病的诊断中，如果空腹血糖水平 ≥ 7.0 mmol/L（或126 mg/dl），且伴有糖尿病的典型症状，即可诊断为糖尿病。若无典型症状，则需另日重复检测确认。

(3) 餐后血糖：特别是餐后两小时血糖，是糖尿病诊断的重要依据。如果餐后两小时血糖 ≥ 11.1



mmol/L (或200 mg/dl), 且伴有糖尿病的典型症状, 可诊断为糖尿病。同样, 若无典型症状, 则需重复测试以确认诊断。

(4) 糖耐量试验 (OGTT): OGTT是评估个体对葡萄糖负荷的反应能力的方法。在试验过程中, 患者需空腹口服一定量的葡萄糖溶液, 然后定时测定血糖水平。如果服用后两小时血糖 ≥ 11.1 mmol/L, 且伴有糖尿病的典型症状, 即可诊断为糖尿病。对于无症状者, 需另日重复试验以确诊。

(5) 糖化血红蛋白 (HbA1c): HbA1c是红细胞中血红蛋白与葡萄糖结合的产物, 其水平可以反映过去2~3个月的平均血糖水平。HbA1c是糖尿病诊断和长期血糖控制的重要指标之一。根据国际糖尿病

联盟和世界卫生组织的推荐, 只要HbA1c水平 $\geq 6.5\%$, 就可诊断为糖

尿病。

问题二: 老年糖尿病患者如何控制血糖?

首先我们应该明确一点: 老年糖尿病患者的血糖并非越低越好, 而是需要根据具体情况进行个体化调整, 尽可能避免低血糖。《中国老年糖尿病诊疗指南》建议根据患病情况、肝肾功能、用药情况、日常生活活动能力 (ADL) 和工具性日常生活活动能力 (IADL)、认知功能、精神状态、营养情况等多方面综合评估, 将老年糖尿病患者的健康状态等级分为良好、中等和差3个等级 (表1)。

根据老年糖尿病患者健康综合评估的结果, 同时结合治疗中是否应用了低血糖风险较高的药物, 再来制订个体化的血糖控制目标 (表2), 进行分层管理。

表1 老年糖尿病患者健康状态综合评估

健康状态等级	老年糖尿病患者身体功能状态
良好	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期慢性肾脏病、骨关节炎等) 和患者无ADL损伤, IADL损伤数量 ≤ 1
中等	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期慢性肾脏病、骨关节炎等) 和/或患者满足以下任意一项: (1)轻度认知障碍或早期痴呆; (2)IADL损伤数量 ≥ 2
差	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

表2 老年糖尿病患者的血糖控制目标

血糖监测指标	未使用低血糖风险较高的药物			使用低血糖风险较高的药物		
	健康状态良好	健康状态中等	健康状态差	健康状态良好	健康状态中等	健康状态差
HbA1c (%)	<7.5	<8.0	<8.5	7.0~7.5	7.5~8.0	8.0~8.5
空腹或餐前血糖 (mmol/L)	5.0~7.2	5.0~8.3	5.6~10.0	5.0~8.3	5.6~8.3	5.6~10.0
睡前血糖 (mmol/L)	5.0~8.3	5.6~10.0	6.1~11.1	5.6~10.0	8.3~10.0	8.3~13.9

问题三：老年糖尿病患者如何控制饮食？

对于老年糖尿病患者而言，合理的饮食控制是管理血糖、预防并发症的重要措施之一。

在严格控制摄入总热量的基础上，保证少量多餐很关键，老年人的消化功能较弱，一次进食过多易造成消化不良。还要注意蛋白质的补充，适量的蛋白质摄入可以维持肌肉量，防止肌肉萎缩，提高身体免疫力。同时，应选择低血糖生成指数(GI)的主食，如糙米、燕麦、全麦面包等，这些食物富含膳食纤维，有助于延缓血糖上升速度；多吃蔬菜，补充维生素、矿物质和膳食纤维。另外，老年糖尿病患者应严格控制油脂和盐的摄入量，以减少心血管疾病等并发症的风险。建议选择植物油进行烹饪，减少动物脂肪和油炸食品的摄入。

需要提醒的是，控制饮食应避免过度节食或过量运动，否则可能引起低血糖。所以，为防止意外发生，外出时应随身携带含糖食品或饮料，以备不时之需。此外，定期监测血糖水平，及时调整饮食和治疗方案，也是预防低血糖的重要措施。

问题四：老年糖尿病患者常用药物有哪些？

经过生活方式干预后血糖仍不达标的老年糖尿病患者应尽早进行药物治疗。

(1) 二甲双胍：主要通过抑制肝脏葡萄糖输出，改善外周组织对胰岛素的敏感性、增加葡萄糖的摄取和利用而降低血糖。二甲双胍

是2型糖尿病治疗的一线药物，特别适用于肥胖患者，它不仅可以降低血糖，还能够减轻体重和改善血脂。需要注意的是，二甲双胍会增加老年糖尿病患者维生素B₁₂缺乏的风险，患者至少每年检查一次血液学参数。

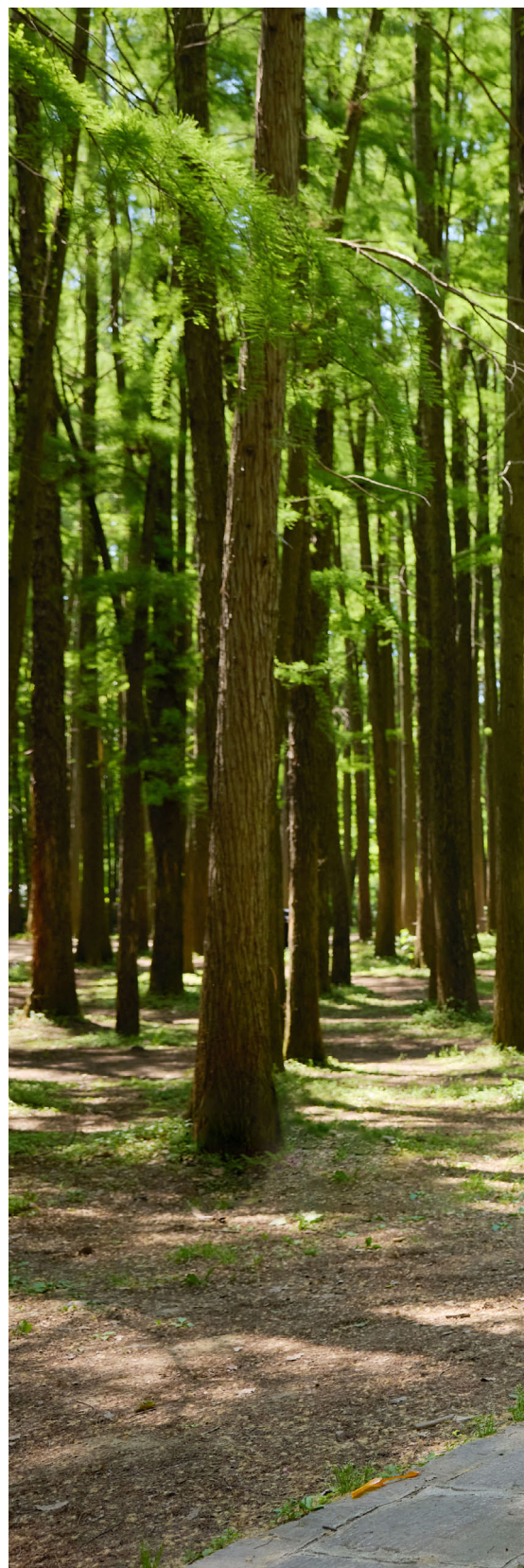
(2) 磺脲类：常用的有格列吡嗪、格列齐特、格列吡嗪、格列喹酮和格列美脲。这类药物主要通过刺激胰岛β细胞分泌胰岛素来降低血糖，适用于新诊断的非肥胖2型糖尿病患者，以及当饮食和运动治疗效果不佳时。

(3) 格列奈类：常用的有瑞格列奈、那格列奈。这类药物必须在餐前15分钟内服用，故对患者的用药依从性要求较高。那格列奈主要经肝脏代谢，轻中度肾损害的患者无需调整剂量。

(4) α-糖苷酶抑制剂：常用的有阿卡波糖、伏格列波糖、米格列醇。这类药物通过抑制小肠α-糖苷酶活性，延缓碳水化合物的分解、吸收，从而降低餐后血糖。服药后常见腹胀、腹泻、排气增多等胃肠道反应。

(5) 噻唑烷二酮类：常用的有罗格列酮、吡格列酮。这类药物是胰岛素增敏剂，通过增加骨骼肌、肝脏及脂肪组织对胰岛素的敏感性发挥降糖作用。单独使用时不容易诱发低血糖，但与胰岛素或胰岛素促泌剂联用时会增加低血糖的风险。

(6) 二肽基肽酶-4(DPP-4)抑制剂：常用的有西格列汀、维格列汀、沙格列汀、阿格列汀、利格列汀、曲格列汀、瑞格列汀和替格





列汀。这类药物通过抑制DPP-4的活性,提高内源性胰高糖素样肽-1的水平,同时促进内源性胰岛素分泌,抑制胰高糖素分泌,降低血糖。胃肠道不良反应小,适合老年患者服用。

(7) 钠-葡萄糖共转运蛋白2 (SGLT2) 抑制剂:常用的有达格列净、恩格列净、卡格列净、艾托格列净和恒格列净。这类药物通过抑制近端肾小管SGLT2的活性,增加葡萄糖排泄,从而起到降糖作用。常见的不良反应为泌尿生殖系统感染、血容量减少等。

(8) 胰高糖素样肽-1 (GLP-1) 受体激动剂:常用的有艾塞那肽、利拉鲁肽、利司那肽、度拉糖肽、贝那鲁肽、洛塞那肽和司美格鲁肽,以上均需皮下注射。这类药物通过与GLP-1受体结合发挥作用,以葡萄糖浓度依赖的方式促进胰岛素分泌和抑制胰高糖素分泌而降低血糖。用药后常见恶心、呕吐、腹泻、食欲减退等胃肠道不良反应。

(9) 胰岛素:老年糖尿病患者,在生活方式干预和非胰岛素治疗的基础上,如血糖控制仍未达标,可加用胰岛素治疗。起始胰岛素治疗时,首选基础胰岛素、双胰岛素或基础胰岛素/GLP-1RA复方制剂,此方案用药方便、依从性高,适用于多数老年患者。

最后,需要强调:目前糖尿病无法治愈,治疗的目的主要是有效地控制血糖水平,提高患者的生活质量,而积极的生活方式和良好的饮食习惯可以为此保驾护航。此外,定期检查并与医生沟通也很重要,是保证健康的关键。**万物与人**