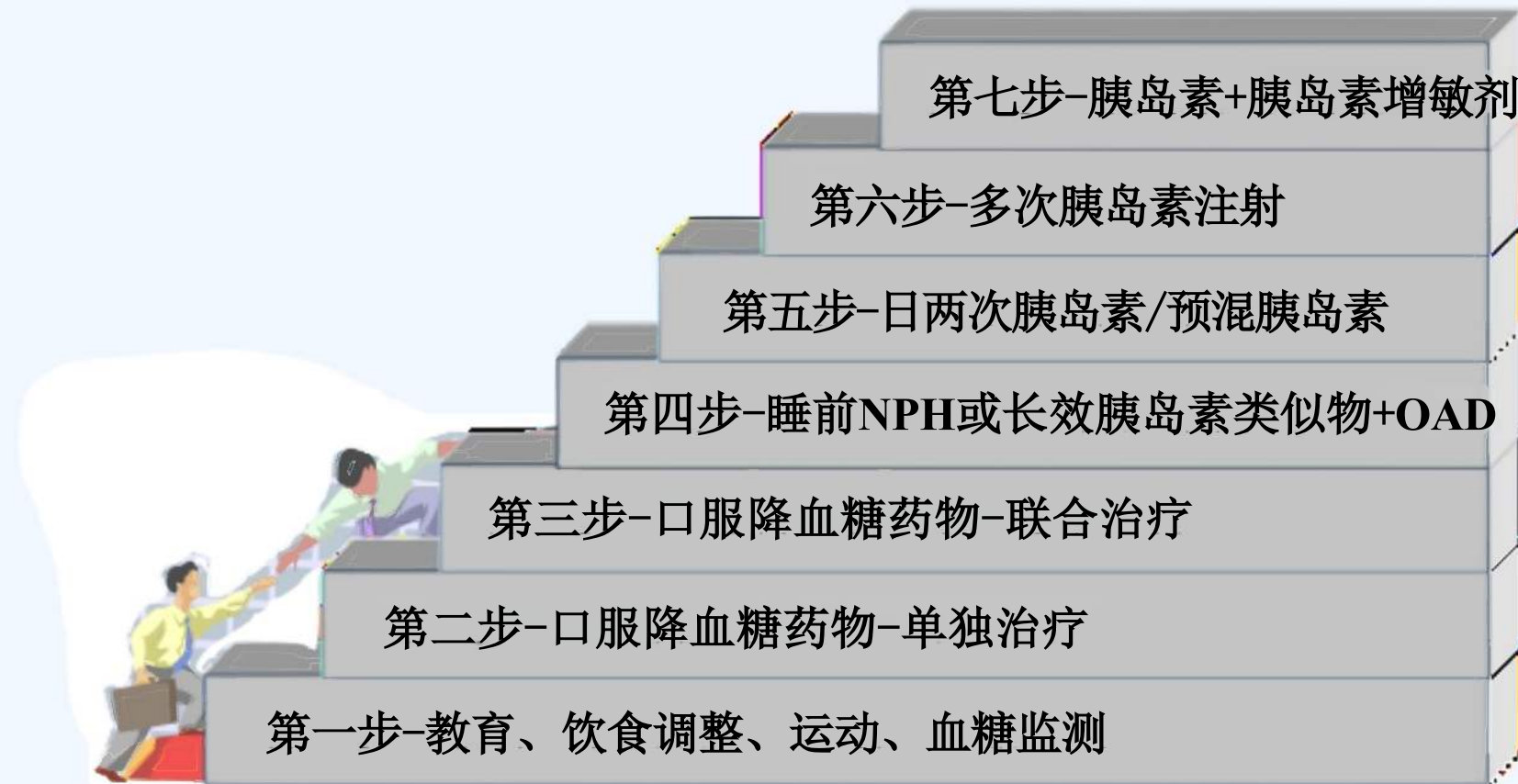
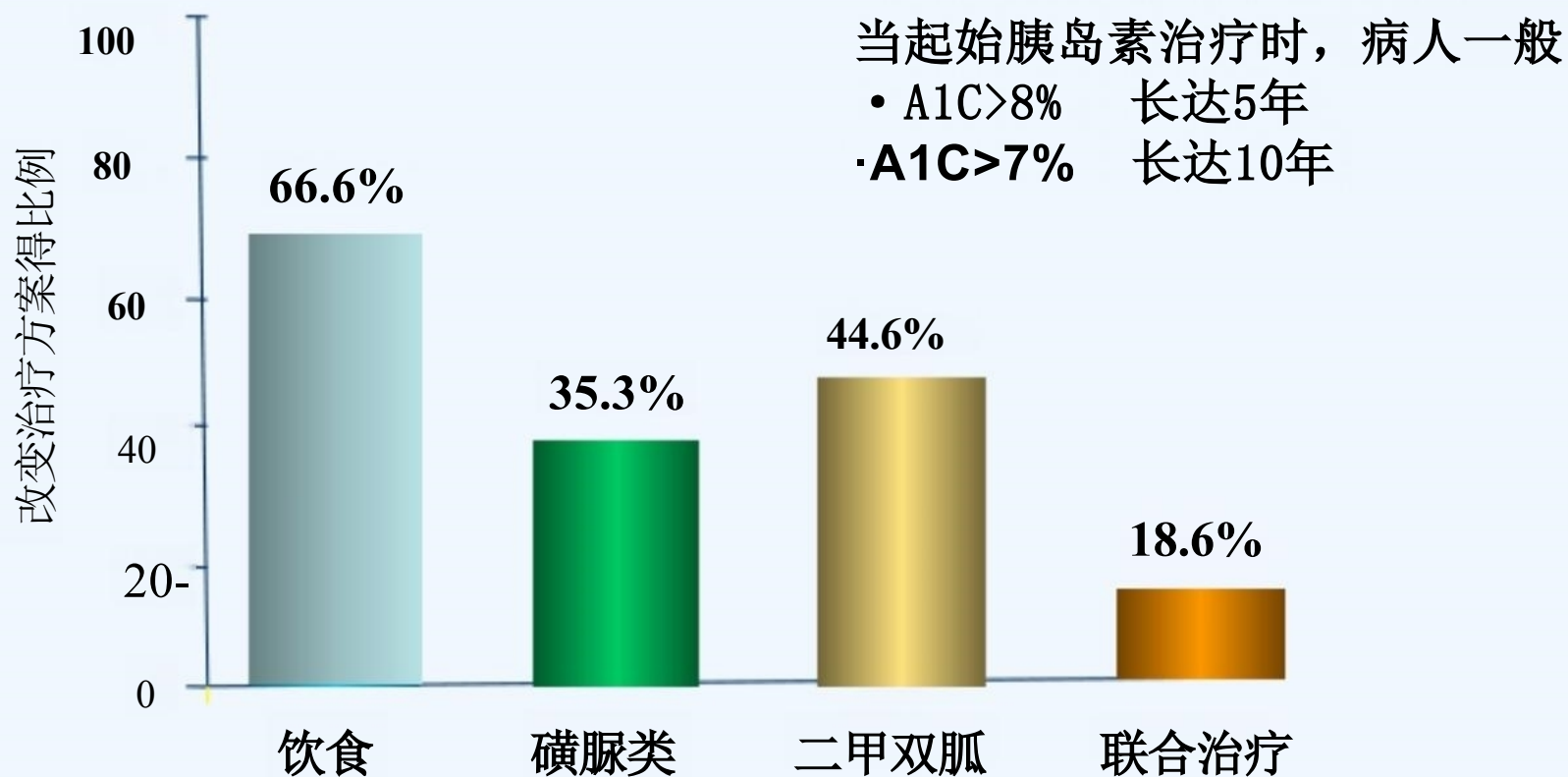


# 胰岛素治疗经验及体会

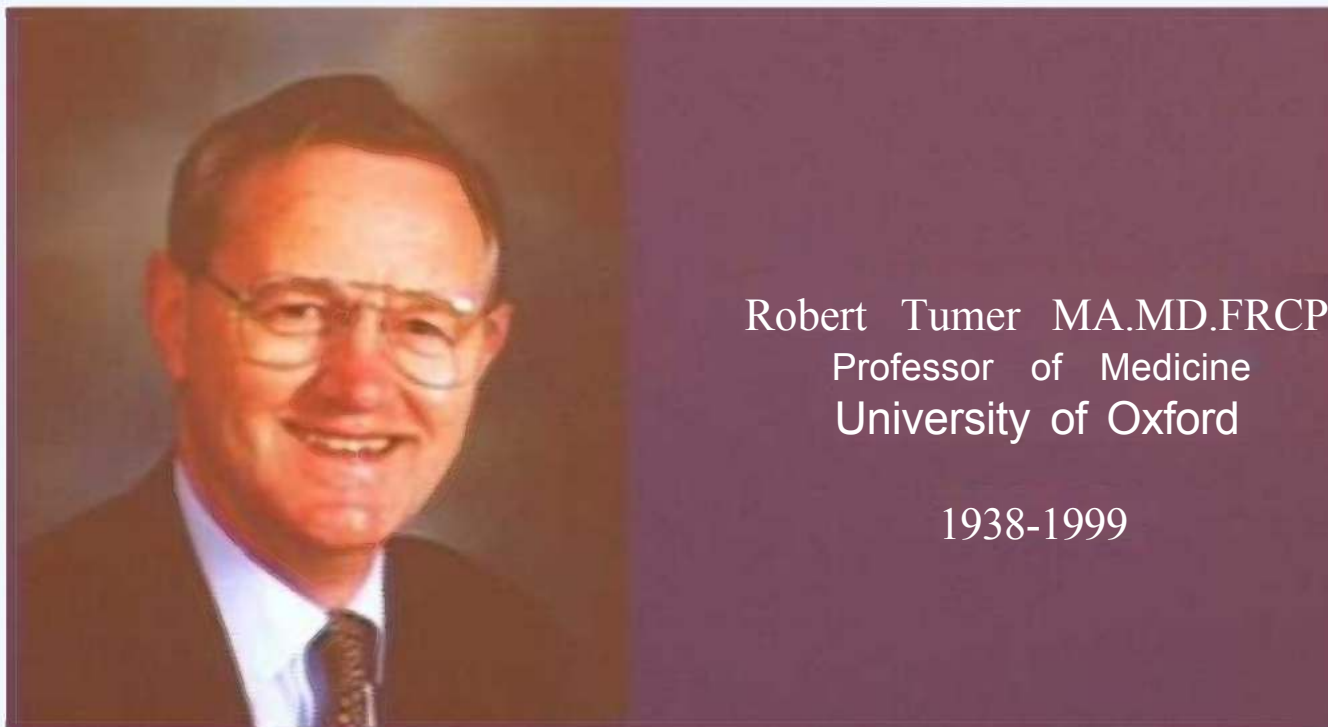
# T2DM: 传统得阶梯式得治疗方式



## 当患者A1C>8%, 改变现有治疗方案得比例



# 积极治疗2型糖尿病



*“We don't start insulin early enough, or use it aggressively enough”*

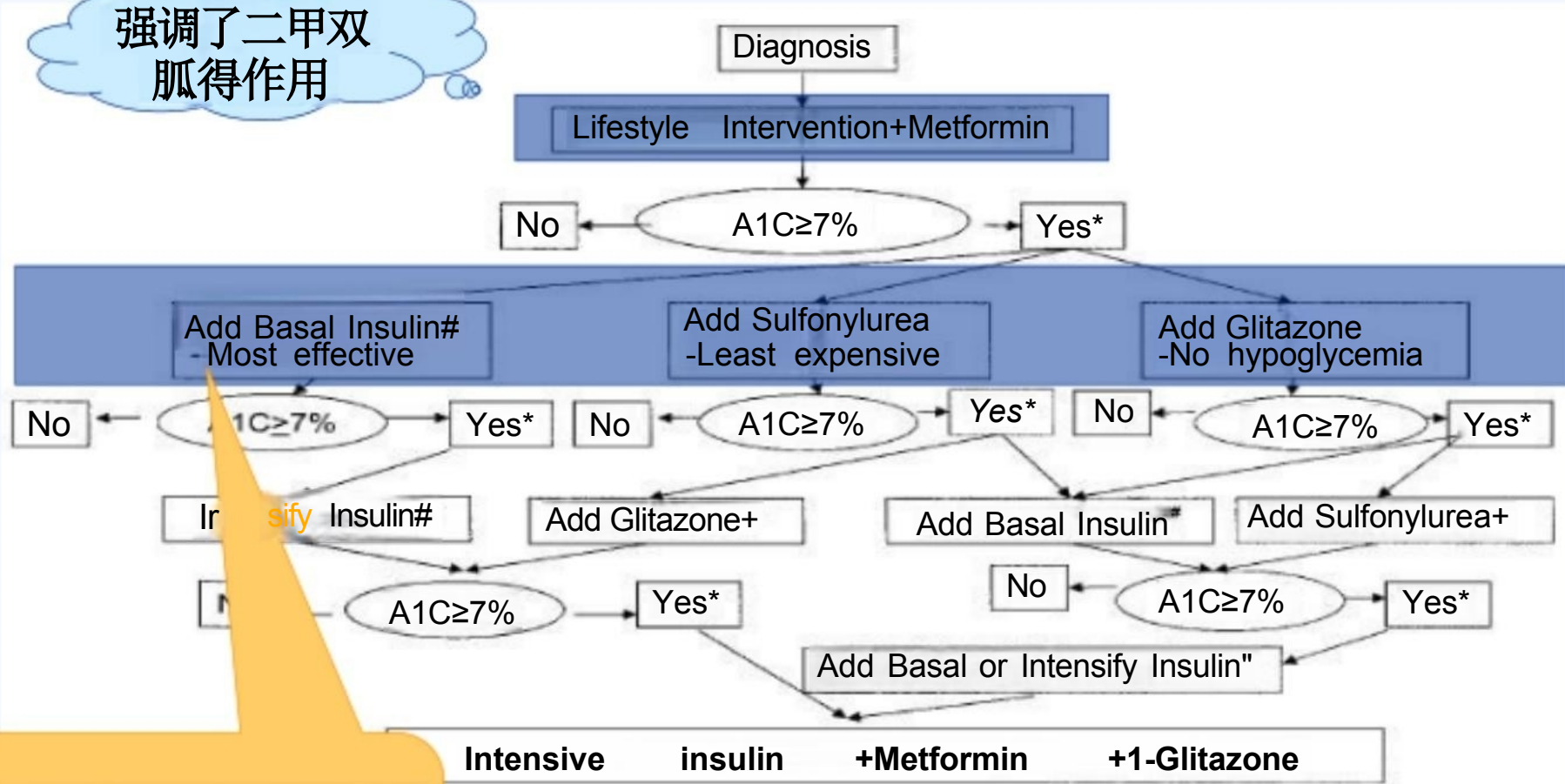
**“我们在胰岛素得使用上并没有做到真正得早期应用，使用过程中也不够积极...”**

# 糖尿病治疗新理念

口服药物失效之前尽早使用胰岛素治疗使血糖尽快持久达标

# 2006 ADA/EASD共识

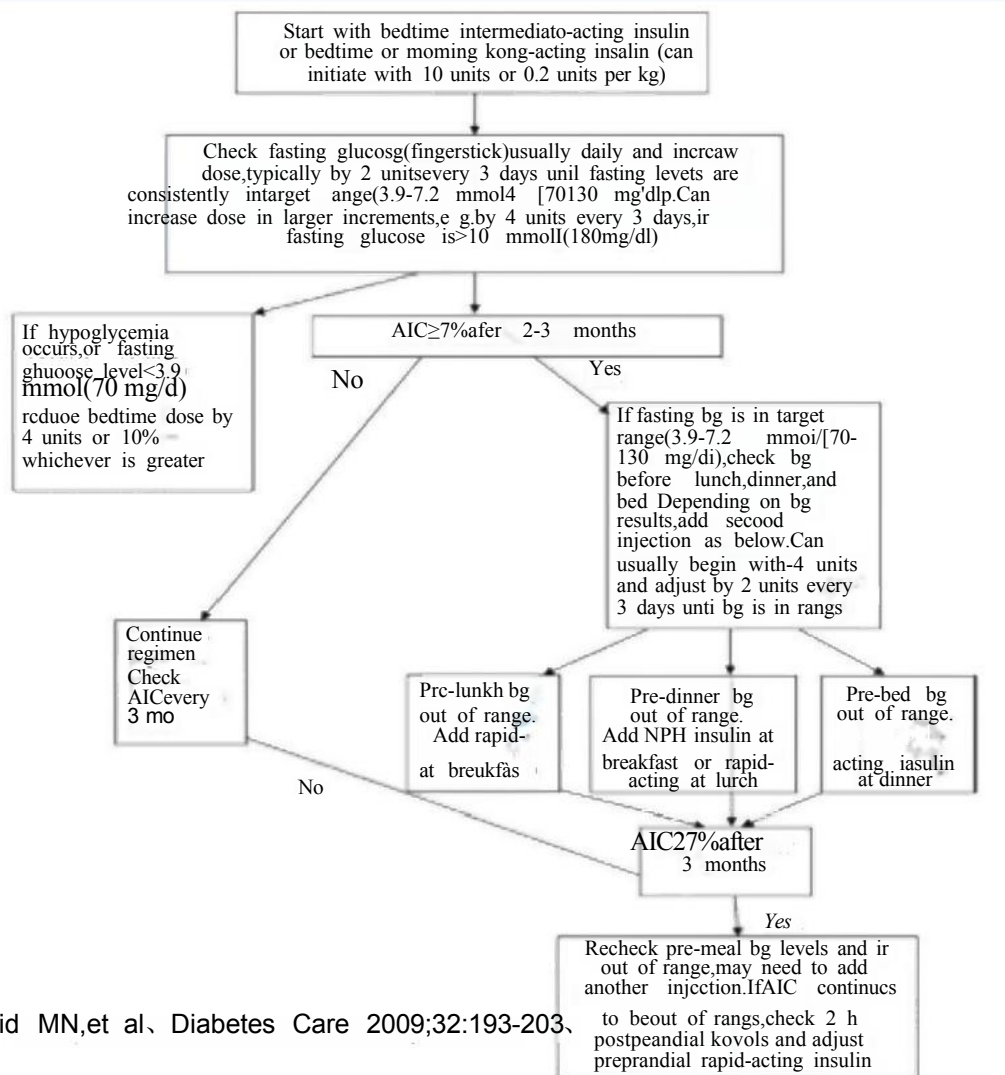
强调了二甲双胍得作用



将胰岛素得位置提高到了二线用药，与促泌剂、增敏剂齐平

# 胰岛素治疗流程

## ——2009年1月ADA、EASD 2型糖尿病治疗共识



### 胰岛素治疗得绝对适应症

• FPG > 13.9 mmol/l (250 mg/dl)

• 随机血糖持续超过 16.7 mmol/l (300 mg/dl)

• HbA1c > 10%

• 存在酮尿症

• 具有多尿、多食、体重减轻等糖尿病症状

通过胰岛素治疗尽快达标后，可考虑换用口服降糖药。

# IDF2005指南一提出治疗分级

## - 标准治疗:

- ① 基础胰岛素或
- ① 每日两次预混胰岛素 (特别在HbA1c高得人群) 或
- ⑩ 每日多次胰岛素 (在血糖控制不佳或者需要餐时灵活性较强得病人)

## - 全面治疗:

- ⑩ 胰岛素类似物应该被广泛应用
- ① 胰岛素泵也就是好得选择

## - 最低治疗:

口服降糖药 (通常就是二甲双胍) 联合每日两次NPH或者每日一次 (初始阶段) 或每日两次预混胰岛素



AAACE-2007: 2型糖尿病治疗路径指南  
 达到得ACE控制目标  
 (A1c、FPG与PPG) 治疗措施 持续调整处方(2-3个月)

若A1c ≤ 6、5%未达到

起始  
A1c(%)

起始 A1c(%)	生活方式干预	6-7	评估: FPG PPG	首选: 二甲双胍4 TZD10 -AGI DPP-IV 抑制剂 可选: 格列奈类 SU(小剂量) 餐时胰岛素5	监测/调整处方至 达到ACE控制目标	强化生活方式干预 加强或联合药物包括 肠促胰岛素拟似物*1
		7-8	目标: PPG FPG	联合用药7: 可选 二甲双胍 • 餐时胰岛素5 格列奈类 预混胰岛素制剂 AGI • 基础胰岛素类似物 TZD SU -DPP-V抑制剂	监测/调整处方至 达到ACE控制目标	强化生活方式干预 加强或联合药物, 包括肠促胰岛素拟似物 与 SU、TZD及/或二甲双胍联合
		8-9	目标: FPG PPG	针对FPG和PPG联合 用药7: 二甲双胍 • 餐时胰岛素5 • TZD • 预混胰岛素 • SU NPH 格列奈类 其他已证实得联合 用药 DPP-IV抑制剂 • 基础胰岛素类似物9	监测/调整处方至 达到ACE控制目标	强化生活方式干预 起始或强化胰岛素治疗 或加肠促胰岛素拟似物
		9-10	目标: FPG PPG	针对FPG和 PPG联合用 药7: • 二甲双胍 • 餐时胰岛素5 TZD • 预混胰岛素8 -SU -NPH 基础胰岛 • 其他已证实得联合 素类似物 用药	用7类药物 大有效剂量以 达到ACE血糖控 制目标	强化生活方式干预 起始或强化胰岛素治疗 或加肠促胰岛素拟似物
		>10	胰岛素治疗	基础胰岛素类似物或 NPH+餐时胰岛素 预混胰岛素制剂		强化生活方式干预

预混胰岛素就是HbA<sub>1c</sub> > 7%  
 各血糖水平患者得重要选择

备注: 8、类似物制剂首选

# 糖尿病治疗指南和新理念

## 不同指南共同得信息

- 更严格得血糖控制目标
- 更积极地调整治疗方案
- 更早得应用胰岛素



血糖尽快  
持久达标

# PRESENT 研究中国数据结论

@HbA<sub>1c</sub> 下降2、0%;FPG下降3、5mmol/L;PPG下降6、3mmol/L

重度低血糖发生率降低0、9次/患者年；轻度低血糖发生率降低4、6次/患者年

□在血糖控制差得中国2型糖尿病患者中，单独应用诺和锐30或诺和锐”30联合口服降糖药物治疗就是一种有效、安全得治疗方案

# IMPROVE

# 研究中国数据小结

## 血糖控制

总体改善血糖控制情况  
显著降低

- HbA<sub>1c</sub> 2.8%,  
-FPG 4.9mmol/L
- 早午晚餐后PG 均明显下降

## 低血糖

- 轻度低血糖事件显著增加 1.05  
次/患者年
- 重度低血糖事件显著降低  
0.060次/患者年

## Diab-MedSat

研究前接受治疗得患者治疗满意度总体增加

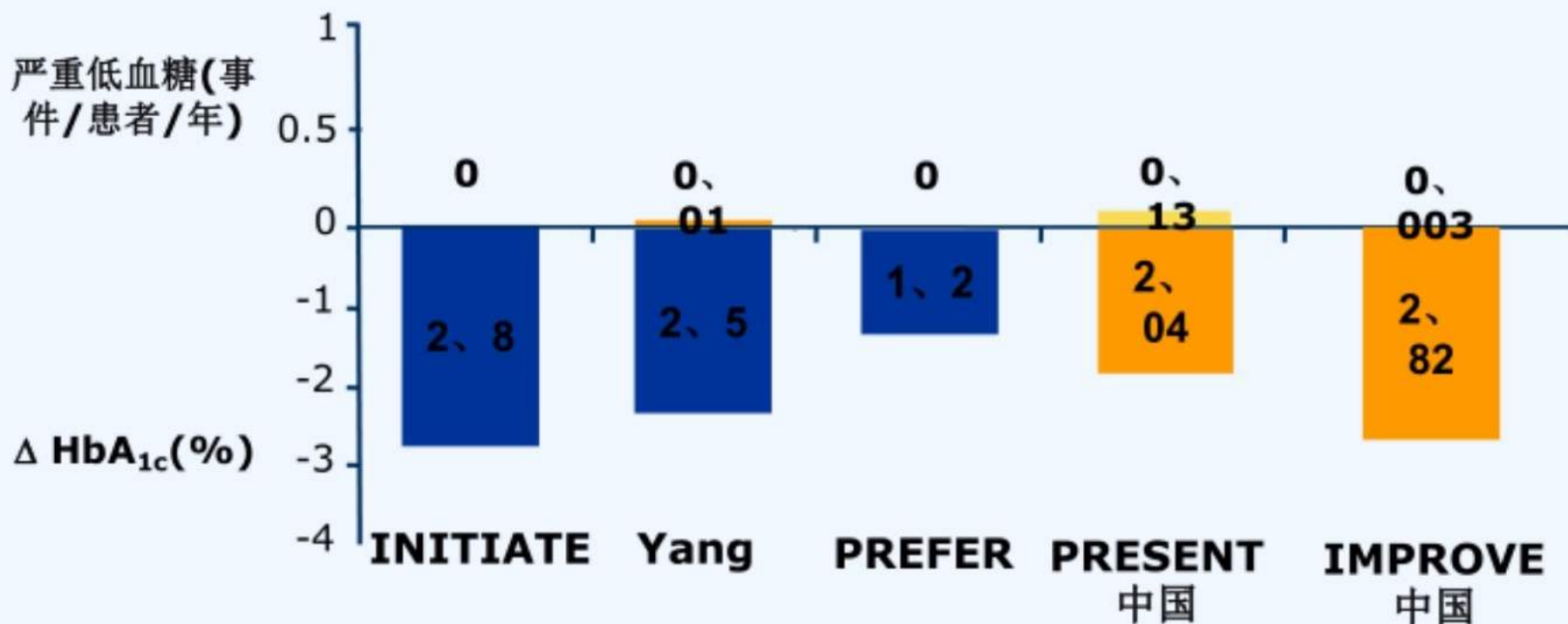
## 体重

- 治疗前后体重较小, 所有样本  
体重增加0、1kg(P<0、05)

IMPROVE Study, Data on file

## 诺和锐③30起始治疗

# 显著降低HbA<sub>1c</sub>同时极少发生重度低血糖



# 诺和锐30得初始剂量

## 胰岛素开始治疗剂量

T1DM            0、4-0、5U/kg/d,

.....  
T2DM            0、2-0、4U/kg/d,

.....  
年老体弱0、2-0、3U/kg/d

陈凝珠著《实用内科学》12th,人民卫生出版社  
廖二元著《内分泌学》,人民卫生出版社

# 诺和锐Q30应用方案推荐： 每日一次注射

开始诺和锐@30  
治疗，晚餐前12  
单位起始

根据空腹血糖情  
况，调整诺和锐  
@30治疗剂量，每3  
天调整1次，每次  
调整2~6U

目标

- HbA<sub>1c</sub>≤6、  
5% (每3个月评估)
- FBG<7mmol/L
- 2h-PBG  
<9mmol/L

# 口服药不达标患者 开始诺和锐@30每日一次治疗方案

1-2-3研究1设计方:

12U晚餐前皮下注射

1731研究2设计方案:

12U 晚餐前皮下注射

诺和诺德推荐方案3:

12U 晚餐前皮下注射

根据早餐前血糖水  
平调整注射剂量

- 1.Garber et al、Diabetes Obes Metab 2006;8:58-66
- 2.Data on file
- 3.Novonordisk



# 诺和锐30QD可用于——

- OAD联合治疗血糖不能达标  
病程较短 (<5年?)  
HbA1c 轻中度升高 (<8、5%?)  
至少有一餐PPG高
- 应启动 $\geq 2$ 次/日胰岛素治疗，但患者只同意接受1次/日注射胰岛素
- **诺和锐30BID治疗血糖控制佳，且某一餐前注射得单次剂量 $\leq 10$ IU**

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：  
<https://d.book118.com/137023035144006162>