

---

# 2022 T2DM 藥物治療指引 摘要

Alex Lin, MD, FACC, FCCM

[https://diabetesjournals.org/care/issue/45/Supplement\\_1](https://diabetesjournals.org/care/issue/45/Supplement_1)



## 9.4a

一線治療取決於合併症、以患者為中心的治療因素和處置需求，通常包括Metformin和全面的生活方式改變。(A)

\*(2021: Metformin 是治療T2DM的首選初始藥物. A)



## 9.4b

**GLP-1RA、SGLT2i：**

根據血糖需要可加或不加上

**Metformin**，是T2DM合併動脈硬化心血管疾病、心衰竭和/或慢性腎病的高危險群合適的初始治療。(A)



## 9.5

胰島素治療開始後應繼續使用 Metformin ( 除非有禁忌或不耐受 ) ，以獲得持續的血糖和代謝益處。 A



## 9.6

一些患者在治療開始時可以考慮早期聯合治療，以延長治療失敗的時間。(A)

## 9.7

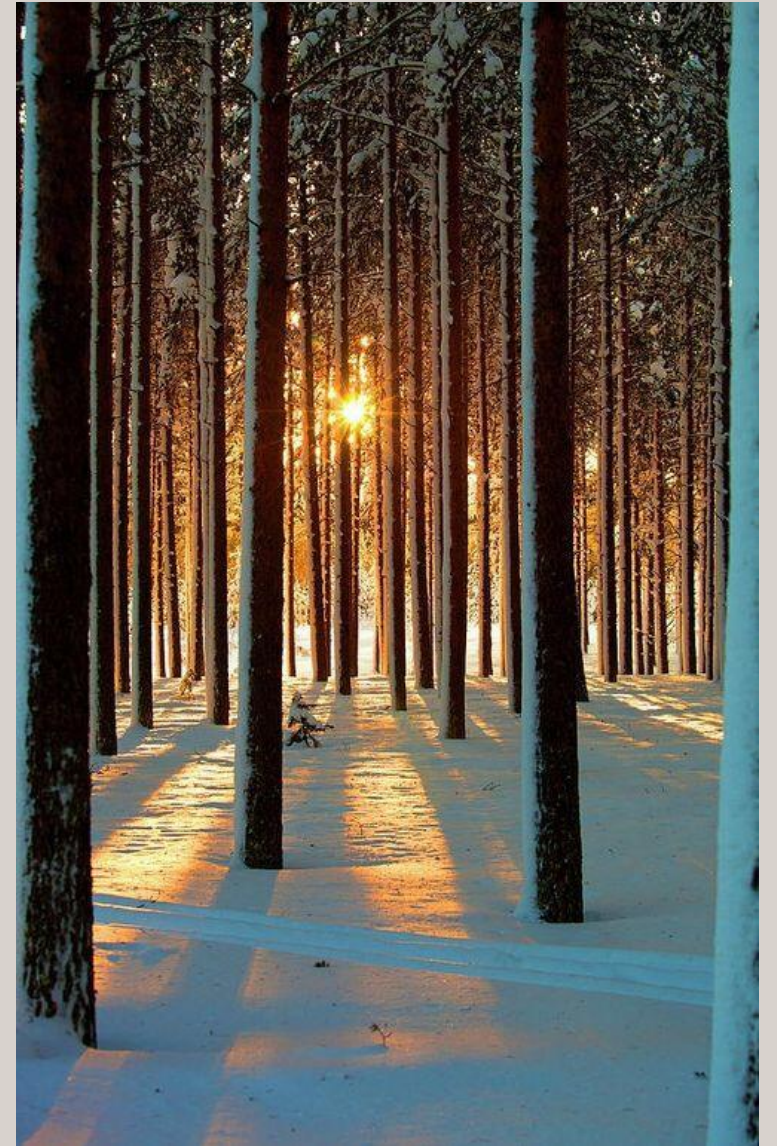
如果有證據顯示分解代謝持續中(體重減輕)，如有高血糖症狀，或 A1C >10%，或血糖值 $\geq 300$  mg/dL，則應考慮早期給予胰島素。(E)



## 9.8

應以患者為中心的方法指導藥物的選擇。

考慮對心血管和腎臟合併症、療效、低血糖風險、對體重、成本和可及性的影響、副作用風險和患者偏好的影響。E



## 9.9

在已確診動脈硬化性心血管疾病  
或有高心血管風險指標、已確診  
腎臟疾病或心衰竭的T2DM患者中

推薦使用SGLT2i和/或GLP-1RA  
對心血管疾病有益，亦可全面降  
低心血管風險。A



## 9.10

對於TDM患者，在可能的情況下，**GLP-1RA優於胰島素。A**

## 9.11

如果使用胰島素，推薦與**GLP-1 RA**聯合治療，以獲得更大的療效和療效的持久性。A



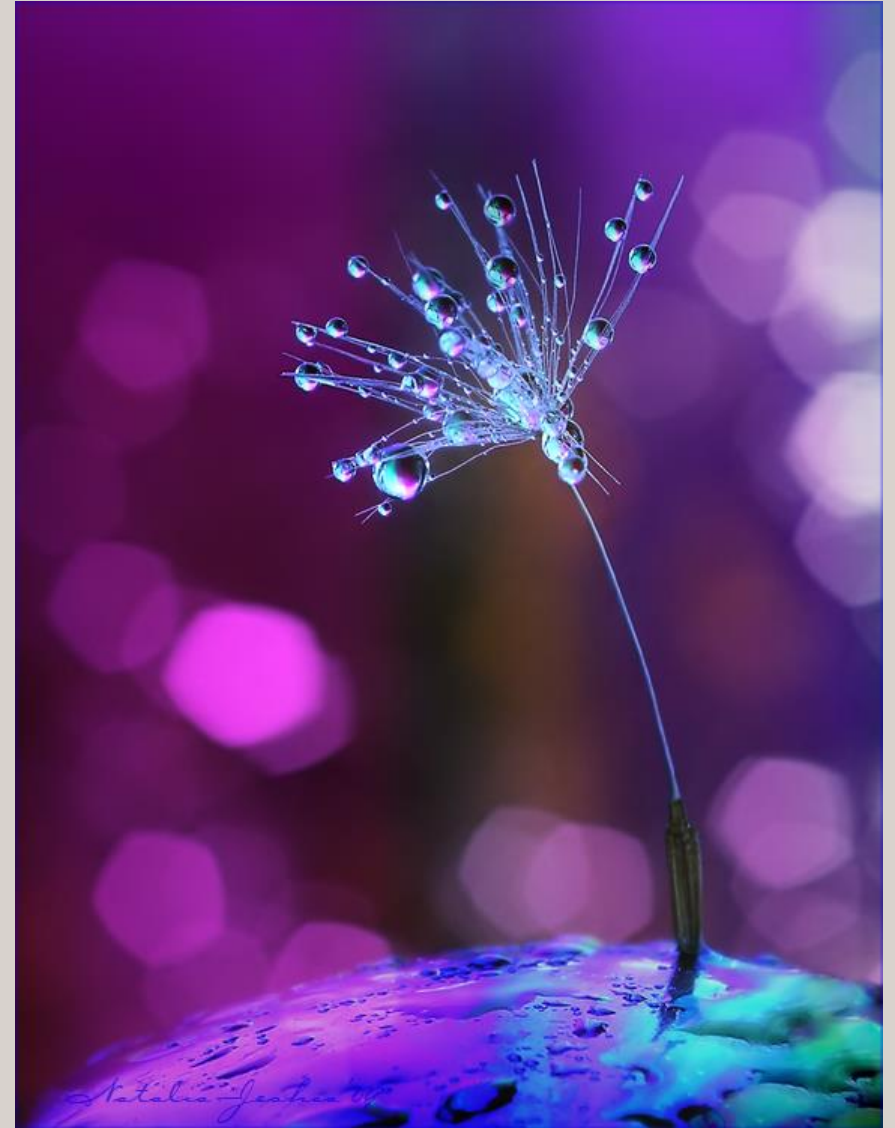


## 9.12

建議：對未達到治療目標的患者之強化治療，不應延遲。A

## 9.13

應定期(每3-6個月)重新評估用藥方案和用藥行為，並根據需要進行調整，以納入影響治療選擇的特定因素。E



## 9.14

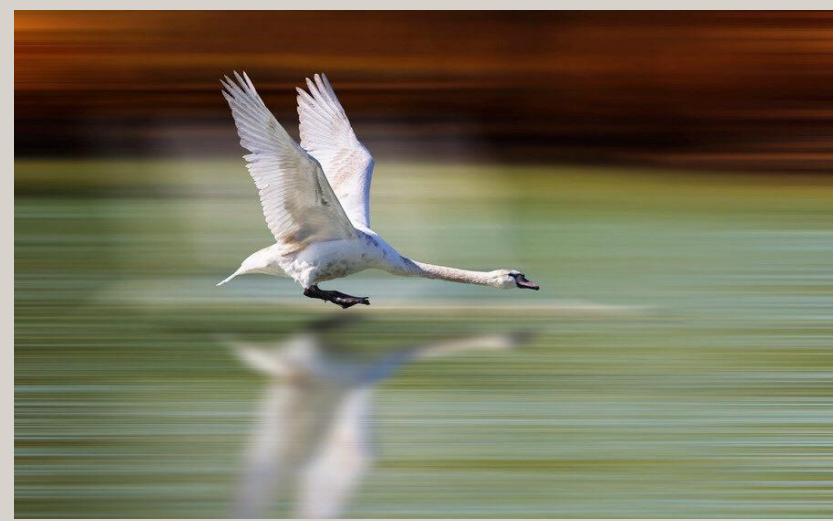
臨床醫師應該意識到胰島素治療過度基礎化的可能性。

過度基礎評估的臨床指標，包括：  
基礎劑量超過  $0.5 \text{ IU/kg/day}$   
早上睡前或餐後血糖差異高  
低血糖（有意識或無意識）  
高血糖變異性

過度基礎化的指標應促使重新評估以進一步個性化治療。E



## 2022 新加建議：



- **A1C 高於目標值 1.5-2.0%**，應考慮初始聯合治療。
- 結合降糖療效高或心腎風險保護的藥物，例如 **GLP-1 RA**、**SGLT2i**，可能允許停用當前可能增加低血糖風險的藥物。
- 因此，治療強化可能不一定遵循純粹的順序添加治療，而是反映了以患者為中心的治療目標的方向來制定。

**2022 刪除2021建議：**

**如果3 個月後 A1C 沒有達到目標，  
Metformin可以與以下六種首選  
治療方案中的任何一種聯合使用：**

**磺脲類、TZD、DPP-4i、SGLT2i、  
GLP-1RA 或基礎胰島素**

**選擇添加哪種藥物取決於藥物特  
異性作用和患者因素**

