

编者按：多项研究显示，血糖控制情况影响心血管疾病（CVD）患者预后。UKPDS 研究提示，早期严格血糖控制对降低大血管并发症非常重要，但目前还未证明，更加严格的血糖控制可使所有 CVD 合并糖尿病患者有更进一步的心血管获益。对多项随机对照研究进行 Meta 分析，也未发现口服降糖药强化治疗可降低心血管事件风险。同时，强化血糖控制会增加低血糖事件发生率，低血糖可诱发合并 CVD 的糖尿病患者发生心肌梗死及脑卒中等。因此，重视低血糖的危害、预防，对心血管疾病合并糖尿病患者尤为重要。鉴于此，10 月，“心血管疾病合并糖尿病口服降糖药物应用专家共识”发布。（中华内科杂志 .2014;53:833）。

心血管疾病合并糖尿病口服降糖药物应用专家共识发布 降糖治疗：兼顾心血管获益

共识要点

遵循筛查流程及诊断标准

成人具有下列任何 1 个及以上危险因素，即可定义为糖尿病高危人群，应进行糖尿病筛查。（1）有糖调节受损史；（2）年龄 ≥ 40 岁；（3）超重（体质指数 $\geq 24 \text{ kg/m}^2$ ）或肥胖和（或）向心性肥胖（男性腰围 $\geq 90 \text{ cm}$ ，女性腰围 $\geq 85 \text{ cm}$ ）；（4）2 型糖尿病患者的一级亲属；（5）高血压（ $\geq 140/90 \text{ mmHg}$ ），或正在接受降压治疗；（6）血脂异常：高密度脂蛋白胆固醇 $\leq 0.91 \text{ mmol/L}$ 或甘油三酯 $\geq 2.26 \text{ mmol/L}$ ，或正在接受调脂治疗；（7）动脉粥样硬化性心脑血管疾病患者；（8）其他：静坐生活方式；有巨大儿（出生体重 $\geq 4 \text{ kg}$ ）生产史，妊娠期糖尿病史；有一过性类固醇诱导性糖尿病病史者；多囊卵巢综合征患者；严重精神科和（或）长期接受抗抑郁症药物治疗的患者。

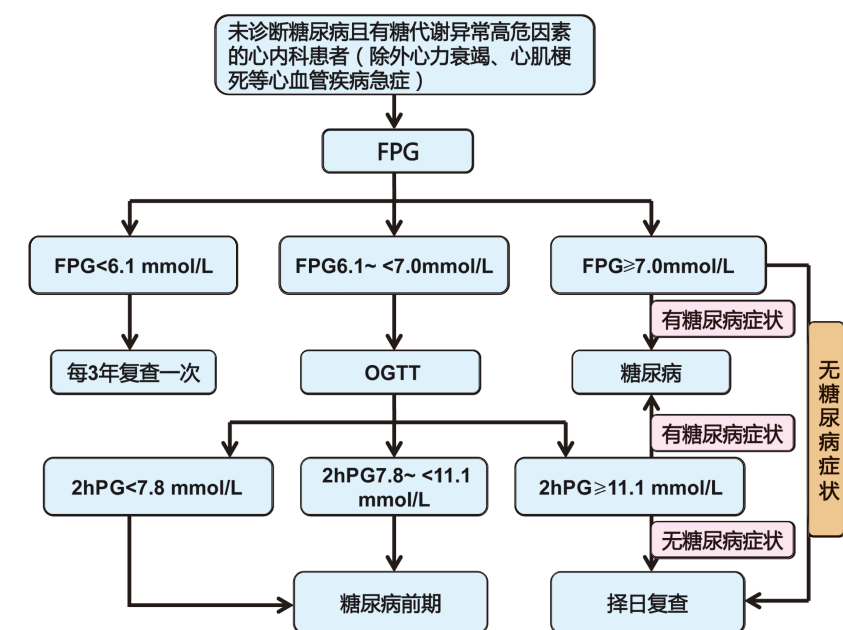


图 1 心血管疾病患者糖尿病筛查流程图

注：FPG：空腹血糖；2 hPG：餐后 2 h 血糖；OGTT：口服葡萄糖耐量试验

二甲双胍为糖尿病患者基础用药

常用口服降糖药物包括双胍类和胰岛素促分泌剂（磺脲类、格列奈类等）。口服降糖药物应遵循用药原则。

一线药物治疗 许多国家和国际组织制定的糖尿病指南推荐：若无禁忌且能耐受，二甲双胍是 2 型糖尿病患者的基础用药。UKPDS 研究显

示，二甲双胍可减少超重或肥胖 2 型糖尿病患者的 cardiovascular 事件和死亡。若存在禁忌或不能耐受，可考虑应用胰岛素促分泌剂或 α -糖苷酶抑制剂。如 $\text{HbA}_{1c} \geq 10.0\% \sim 12.0\%$ ，或血糖 $> 16.7 \text{ mmol/L} \sim 19.4 \text{ mmol/L}$ ，需胰岛素治疗。

联合用药 若起始 $\text{HbA}_{1c} \geq 9\%$ ，单药治疗

很难使血糖达标，需联合口服降糖药物治疗；若生活方式干预联合一线口服降糖药物单药治疗 3 个月不能使血糖达标，需考虑联合用药。根据患者的情况选择联合用药方案，如胰岛素促分泌剂或 α -糖苷酶抑制剂或 DPP-4 抑制剂或噻唑烷二酮类药物。

餐后血糖升高为主者，可优先选用格列奈类降糖药、 α -糖苷酶抑制剂或 DPP-4 抑制剂。若两种口服降糖药物联合治疗 3 个月不能使患者血糖达标，可考虑联合第三种口服降糖药物，或者联合胰岛素或 GLP-1 受体激动剂治疗。

促进用药安全 有效预防低血糖

糖尿病治疗的目的要兼顾心血管获益和用药安全，合并 CVD 的糖尿病患者，一旦发生低血糖可诱发心肌梗死及卒中等，因而对于这类人群应尽量在避免低血糖的情况下使血糖控制达标。

糖尿病患者的血糖控制可根据自我血糖监测的结果和 HbA_{1c} 水平综合判

断。在治疗之初或血糖未达标时，应每 3 个月进行 1 次 HbA_{1c} 的测定，血糖控制达标者至少每半年进行 1 次 HbA_{1c} 的测定。

已证实 $\text{HbA}_{1c} < 7.0\%$ 可减少糖尿病患者微血管并发症，故推荐血糖控制目标： $\text{HbA}_{1c} < 7.0\%$ ，FPG $< 7.0 \text{ mmol/L}$ ，餐后 2 h 血糖 $< 10 \text{ mmol/L}$ 。

对于糖尿病病史较短、预期寿命较长、无并发症的患者，在不发生低血糖的情况下可考虑将 HbA_{1c} 控制 $< 6.5\%$ 。

有严重低血糖病史，预期寿命较短，或有显著微血管或大血管并发症的患者，可放宽血糖目标值： $\text{HbA}_{1c} < 7.5\% \sim 8.0\%$ 。慢性疾病终末期，

如心功能 NYHA III ~ IV 级、慢性肾功能不全等， HbA_{1c} 可放宽至 $< 8.5\%$ 。

对于生活自理的老人， HbA_{1c} 为 $7.0\% \sim 7.5\%$ ；生活无法自理者，以 8.0% 为宜。

老年糖尿病患者治疗方案需更有针对性、更个体化、更重视安全性。（整理 董杰）

专家评议

孙宁玲：促进两学科互通 规范临床用药



作为共识的执笔人之一，北京大学人民医院孙宁玲教授指出，目前，心血管科医生缺乏对糖尿病的理解，心血管病患者常合并血糖增

高，但心血管科医生常常只关注本身的心血管病问题，而忽视了糖代谢异常与心血管病之间的关系。此外，也无相关的指导性建议、共识。

“该共识的制定，一方面希望心血管科医生能够关注糖尿病，检出糖尿病患者，使心血管科医生知晓糖代谢异常对心血管产生的危害。另一方面，一旦检出糖代谢异常，该共识能够对医生用药进行指导。”孙教授说。

霍勇：恰当使用药物 合理长期控糖



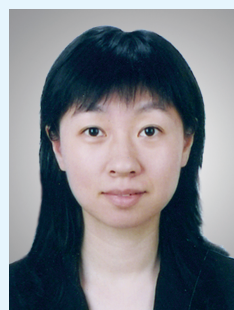
北京大学第一医院霍勇教授充分肯定了该共识的意义，他指出，目前，心血管病患者合并糖尿病的比例较高，如何更加合理地使患者

血糖得到长期控制，是医生面临的一大问题。

我国饮食习惯、遗传背景以及环境条件均与国外有所不同，因此，我国应该有自己的专家共识，来指导用药选择、整体管理、效果评价。

“一次严重的低血糖危害，会抵消一生降糖的努力。”霍勇教授非常认同这种观点，他指出，“使用口服降糖药时若过度强调控制血糖，并无太大好处，甚至有害。因此，把握降糖的力度非常重要。”

左庆瑶：合理用药 让患者最大获益



北京积水潭医院主治医师左庆瑶认为，该共识是连接心内科与内分泌科的桥梁，对心内科和

内分泌医生具有相同的指导作用。糖尿病患者合并 CVD 是临床上常见情况，如何合理用药使患者最大获益，是经常困扰内分泌科医生的问题。

本共识归纳了 CVD 合并糖尿病患者的血糖控制目标，CVD 常见临床降糖方案，对如何治疗进行了具体指导。特别是指出了口服降糖药与心血管药物合用的注意事项，让人耳目一新。