



2015 版美糖尿病诊疗标准更新解读

他汀使用更广泛，餐前血糖、舒张压目标上调，阿司匹林一级预防标准更严格

▲上海长海医院内分泌科 邹大进

近日，美国糖尿病学会（ADA）发布糖尿病诊疗标准。这是首个超过 50% 的推荐意见来自 A 级证据（质量可靠、设计良好的随机试验）和 B 级证据（队列或病例对照研究）的指南，具有较高的权威性和学术影响力，对我国糖尿病临床诊治具有一定参考价值。

更新一 他汀使用范围更加广泛

在新标准的修订中，他汀的使用推荐建议更新最多。从年龄分类使用、血脂检测、风险评估等各个方面进行了论述。

☆新标准将糖尿病患者按年龄分为 3 类（图 1）。

☆新标准推荐，应定期进行血脂监测以评估他汀治疗的依从性。对于年龄 <40 岁但尚未开始他汀治疗的糖尿病患者应每年监测 1 次血脂。

新标准建议，要重视低密度脂蛋白胆固醇（LDL-C）检测，这不仅

可帮助医生了解他汀治疗对患者是否有效以及患者是否在按时服药，还可帮助患者了解其 LDL-C 水平是否已下降。但新标准同时强调，无需基于 LDL-C 检测结果来进行他汀治疗。

☆新标准不建议使用风险计算公式，因其对糖尿病患者的风险评估价值有限。而且在临床工作中，在该工具中输入数据的可能性不大。因此，该工具在实际临床中无可操作性，对糖尿病患者有多用处还有待证实。

解读

采用他汀降低胆固醇已经是公认的抗动脉粥样硬化手段，因此要提高他汀的使用率。现有证据证明他汀不良反应较少，获益巨大。他汀使糖尿病患者每年空腹血糖约增加 0.1 mmol/L，这么低的升高血糖水平与控制大血管并发症的效益对比，可以说是微乎其微。

新标准取消基于 LDL-C 水平使用他汀的传统模式有着重要意义，不是说 LDL-C 水平不高就不要用他汀。糖尿病患者必须要使用他汀，而且要坚持服用，不是吃一两年 LDL-C 水平正常了就停用。

年龄 <40 岁者

若无除糖尿病之外的心血管病危险因素无需使用他汀；若存在额外的心血管病危险因素，如基线 LDL-C 水平 ≥ 2.6 mmol/L、高血压、吸烟、超重/肥胖，应使用中等强度或高强度他汀治疗；若存在明确的心血管病（既往发生过心血管事件或急性冠脉综合征），应使用高强度他汀治疗。

年龄 40~75 岁者

若无额外心血管病危险因素，应使用中等强度他汀治疗；若存在心血管病危险因素或明确的心血管病，应使用高等强度他汀治疗。

年龄 ≥ 75 岁者

若无额外心血管病危险因素，应使用中等强度他汀治疗；若存在心血管病危险因素，应使用中等强度或高强度他汀治疗；若存在明确的心血管病，应使用高强度他汀治疗。

图 1 新标准对不同年龄糖尿病患者他汀使用的推荐建议

基于最新循证医学证据，ADA 新标准启示我们，在临床实践中应大力加强糖尿病心血管危险因素的综合管理，以预防不断到来的心血管病的不良预后。内分泌医生的工作重心要从单纯降糖向管理转变。



邹大进 教授

更新四 阿司匹林一级预防使用标准更严格

新标准将阿司匹林一级预防的使用标准更为严格。

☆心血管风险增加的 1 型及 2 型糖尿病患者（10 年风险 $> 10\%$ ），才考虑阿司匹林一级预防治疗（剂量 75~162 mg/d）。这包括大部分 > 50 岁的男性或 > 60 岁的女性，并至少合并一项其他主要危险因素者，如心血管病家族史、高血压、吸烟、血脂异常或蛋白尿（C 级证据）。

☆心血管病低危的成年糖尿病患者（10 年心血管病风险 $< 5\%$ ，如 < 50 岁男性或 < 60 岁女性且无其他主要心血管病危险因素者），不应推荐使用阿司匹林预防心血管病，因为出血的潜在不良反应可能抵消了其潜在益处（C 级证据）。

☆ < 50 岁男性或 < 60 岁女性且具有多项其他危险因素者（如 10 年风险 5%~10%），需临床判断（E 级证据）。

解读

阿司匹林一级预防一直存很多争议，由于在糖尿病不伴心血管病人群中，使用阿司匹林预防心血管病的效能不高，但潜在出血风险不小，因此更加严格规范阿司匹林一级预防的使用标准具有重要价值，对患者更有利。

其他更新要点

☆新标准将美籍亚裔糖尿病前期和糖尿病患者的体质指数筛查切点由 25 kg/m² 降至 23 kg/m²，因为相关研究提示亚洲人群相比欧美人群在较低体质指数时糖尿病风险更高。

☆新标准建议，限制每次坐着的时间至 ≤ 90 min；之前的运动推荐意见一直是按每

周坐着的总时间，现在 ADA 建议即使每周总时间不变，最好也是间隔进行，简而言之，不应仅在工作后再走动，而应该在工作期间多起身和走动。

☆新标准不推荐用电子烟来代替吸烟或帮助戒烟。

☆新标准推荐儿童糖尿病患者的 HbA_{1c} 目标 $< 7.5\%$ 。

更新二 餐前血糖控制目标上调

新标准更新了餐前血糖控制目标，餐前血糖目标由 70~130 mg/dl 放宽至 80~130 mg/dl，该更新反映了相比糖化血红蛋白（HbA_{1c}）目标平均血糖水平的最新研究数据。

解读

对所有的糖尿病患者，尤其是老年和已经合并心脑血管病的糖尿病患者，低血糖比高血糖的危害更严重。低血糖反复发生可增加糖尿病并发症风险，尤其是心血管病风险。此外，低血糖还与死亡率增高相关。因此，低血糖风险最小化是选择糖尿病治疗药物时需要解决的一个重要问题。新标准更新了餐前血糖控制目标对于防止低血糖具有重要意义。

更新三 舒张压控制目标上调

新标准将舒张压控制目标由 80 mmHg 放宽至 90 mmHg。大部分随机临床研究推荐 90 mmHg（A 级证据），这并非表示将舒张压降至 80 mmHg 不行，只是证据等级不强。

解读

ACCORD 研究的证据表明，降压目标 $< 140/90$ mmHg 与 $< 130/80$ mmHg 相比，全因死亡风险和心血管病死亡风险相同，但节约了医疗资源，减少了高钾血症。130/80 mmHg 的降压目标值仅限于年轻的糖尿病高血压患者。多项研究显示，即使高血压控制良好，大部分患者依然不能避免心血管事件的发生。所以，高血压的控制目标要从绝对的血压数值向综合心血管危险因素改变。