本版责编：董杰
美编：张雨萌
电话：010-58302828-6853
E-mail：2660526318@qq.com
医师报 2015 年 12 月 17 日

中国首个糖尿病合并肥胖专家共识发布

2 型糖尿病伴肥胖治疗兼顾降糖和减重

在中华医学会糖尿病学分会第 19 次全国学术会议期间，中国医科大学附属第一医院单忠艳教授，北京大学第三医院洪天配教授对《中国 2 型糖尿病（T2DM）合并肥胖管理专家共识》进行了解读。该共识是中国首个 T2DM 合并肥胖管理的指导性文件。中国糖尿病患者的特点是超重和肥胖比例都很高。肥胖与糖尿病两者由于具有共病机制，即胰岛素抵抗，因此二者常形影相随，犹如“孪生兄弟”。

中国糖尿病和代谢病的流行病学研究发现，T2DM 患者中有约 2/3 患者为超重或肥胖。中国 T2DM 患者中，腹型肥胖约占 50%，腹型肥胖是内脏脂肪堆积的外在表现，提示需更多关注腹型肥胖。

共识要点

诊断标准符合两种疾病诊断

共识指出，符合两种疾病诊断（表 1、2）的患者即可按照 T2DM 合并肥胖进行管理。

表 1 糖尿病的诊断标准

诊断标准	静脉血浆葡萄糖水平（mmol/L）
（1）典型糖尿病症状（多饮、多尿、多食、体重下降）加上随机血糖检测	≥ 11.1
或加上	
（2）空腹血糖检测	≥ 7.0
或加上	
葡萄糖负荷后 2 小时血糖检测无糖尿病症状者，需改日重复检查	≥ 11.1

表 2 肥胖的诊断标准

诊断标准	目标值
BMI（kg/m^2）	
超重	≥ 24
肥胖	≥ 28
或	
腰围（cm）/ 腹型肥胖	
男性	≥ 90
女性	≥ 85

洪天配（左）教授和单忠艳（右）教授

综合控制各项目标

T2DM 合并肥胖专家共识对各项控制目标值进行了推荐。非空腹血糖控制目标 <10.0 mmol/L。空腹血糖和糖化血红蛋白（HbA_{1c}）控制目标值与普通 T2DM 患者控制目标相同，空腹血糖 4.4~7.0 mmol/L、HbA_{1c}<7.0% 即为达标。男性腰围 < 85 cm，女性腰围 < 80 cm；总胆固醇 < 4.5 mmol/L；高密度脂蛋白胆固醇在男性 > 1.0 mmol/L，女性 > 1.3 mmol/L；甘油三酯 < 1.7 mmol/L 等。

治疗应兼顾降糖、减重

共识指出，T2DM 合并肥胖患者的管理应降糖、减重双管齐下，综合评估患者血糖和肥胖程度，根据 HbA_{1c}、体质指数（BMI）、腰围制定管理策略。在控制血糖的基础上，对于超重患者应尽量使腰围达标，BMI 降至 24 kg/m^2 以下；超重且腰围超标患者至少减重 3%~5%。

对于 HbA_{1c} 已控制在 7% 以下的患者维持目前降糖方案，HbA_{1c} 在 7% 以上的患者，在减重的同时调整降糖方案。同时生活方式干预贯穿全程，控制心血管危险因素。如上述处理 6 个月无效，可考虑其他降低体重的治疗手段。共识推荐了 T2DM 合并超重或肥胖管理流程。

共识建议，T2DM 合并肥胖患者在选择降糖药物时，无论单药还是联合治疗，应根据不同降糖药物的作用机制进行选择，有利于减轻体重或对体重影响中性的药物应优先考虑；需要胰岛素治疗的肥胖 T2DM 患者，建议联合使用至少 1 种其他降糖药物，从而减轻由于胰岛素剂量过大引起的体重增加；体重控制仍不理想者，可短期或长期联合使用对糖代谢有改善作用的安全性良好的减肥药。

各种降糖药物的作用机制不同，对体重的影响也不同。T2DM 合并肥胖患者在选择降糖药物时，必须兼顾血糖和体重，即以降糖同时减轻或不增加体重为宜。与二甲双胍、磺脲、噻唑烷二酮类药物及 DPP-4 抑制剂相比，GLP-1 受体激动剂在这三方面具有非常明显的优势。（整理 马双艳）

我国亟待推进 HbA_{1c} 检测结果标准化和一致性

糖化血红蛋白（HbA_{1c}）以其稳定性佳、简便易行等诸多优势，近年来被广泛应用于糖尿病临床诊断、治疗监测和预后评估。国际上已积极推动 HbA_{1c} 检测标准化以进一步改善糖尿病患者的诊疗管理，而在中国，因 HbA_{1c} 检测结果标准化和一致性程度不够等原因，临床推广存在诸多局限。

日前，在上海召开的罗氏诊断亚太区 HbA_{1c} 交流会上，多位国内外糖尿病、检验及内分泌领域专家就 HbA_{1c} 的国际应用现状及临床价值进行了深入探讨。北京医院老年医学研究所、卫生部临床检验中心主任陈文祥研究员，复旦大学附属中山医院检验科主任潘柏申教授和内分泌科主任高鑫教授共同探讨了 HbA_{1c} 在糖尿病管理方面的价值、中国 HbA_{1c} 检测标准化进展及临床推广面临的挑战。

HbA_{1c} 已成为糖尿病筛查和诊断的重要指标

目前，临床普遍应用的糖尿病诊断指标是口服葡萄糖耐量试验（OGTT）和空腹血糖（FPG），但多项研究发现 OGTT 与 FPG 诊断糖尿病的符合率存在明显差异。与 OGTT、FPG 直接检测血糖水平不同，潘柏申教授指出：“HbA_{1c} 检测生物变异性较小、分析前不稳定性较小、能更好地反映长期血糖水平和慢性并发症风险，且无需空腹或特定时间取血，相对不受急性血糖波动影响，是糖尿病临床管理的重要指标之一。”

2009 年，美国糖尿病学会（ADA）专家共识提出，HbA_{1c} 可用于糖尿病诊断与治疗效果监测。2010 年，ADA 指南将 HbA_{1c} ≥ 6.5% 正式纳入糖尿病首要诊断指标。目前，部分国家已将 HbA_{1c} 作为筛查糖尿病高危人群和诊断糖尿病的重要指标。

然而，不同 HbA_{1c} 检测方法所得结果可能不完全一致。自 20 世纪 90 年代起，美国国家血红蛋白标准化计划（NGSP）便致力于实现美国 HbA_{1c} 检测标准化，随着国际临床化学协会（IFCC）参考系统和参考物质的确立，全球 HbA_{1c} 检测标准化进一步推进。

HbA_{1c} 标准化和一致性是热点问题

在我国，糖尿病未诊断比例高于发达国家，糖尿病前期患者数量庞大，且 90% 以上为 2 型糖尿病患者，糖尿病合并心脑血管病更加常见。

2013 年一项横断面、多中心、观察性研究发现，中国 2 型糖尿病患者血糖、血压、血脂控制状况存在巨大挑战，HbA_{1c}、血压、血脂均达标的患者比例仅为 5.6%。

根据《中国 2 型糖尿病防治指南（2013 年版）》，糖尿病防治重点立足于三级预防：早筛查、早干预；早治疗、早改善；控制并发症。指南要求尽早开展糖尿病筛查，更新糖尿病综合控制目标，强调对糖尿病心脑血管并发症的防治，重视对特殊人群及相关疾病的管理。

高鑫教授指出：“由于我国将 HbA_{1c} 作为糖尿病诊断指标的资料相对不足，检测方法标准化程度不够等，指南暂不推荐将 HbA_{1c} 作为糖尿病诊断指标，但对于采用标准化检测方法，并有严格质量控制、正常参考值在 4.0%~6.0% 的医院，HbA_{1c} ≥ 6.5% 可作为诊断糖尿病的参考。”

中国 HbA_{1c} 标准化进展及挑战

陈文祥研究员表示：“HbA_{1c} 检测结果准确可比是糖尿病诊疗工作的基本需要。我国相关工作起步稍晚，但近年来检测质量明显提高，在开展 HbA_{1c} 室间质评计划（EQA/PT）、推动 NGSP 水平Ⅰ或Ⅱ实验室认证及一致化、建立与实施参考系统、开展教育活动以及制定行业标准方面作了诸多努力。”

为进一步推动中国 HbA_{1c} 检测标准化，复旦大学附属中山医院联合上海交通大学附属瑞金医院内分泌代谢病研究所、上海交通大学附属第六人民医院糖尿病研究所共同开展了上海 HbA_{1c} 一致性计划（SHGHP）。潘柏申教授表示：“SHGHP 项目实施以来，参加实验室检测结果与参考实验室定值结果间比对标准已大大提高，偏差已小于 6%。2015 年，参加实验室通过率已达 94.3%，检测结果平均 CV 降至 3.04%。每年为至少 200 万例 HbA_{1c} 检测标本提供质量保证，为在全国范围内推动 HbA_{1c} 检测结果一致性积累经验。”

罗氏诊断是率先经美国食品药品监督管理局批准用于糖尿病诊断的 HbA_{1c} 产品制造商，亦是当前率先成为 IFCC 标准化委员会的厂商代表。Tina-quant®HbA_{1c} Gen.3 产品特异性识别 β 链 N 末端糖基化的氨基酸片段，精密度高，平均 CV<2%，具有独特的抗变异体及抗衍生物干扰能力，可保证高准确度检测结果。历年来参加 CAP 室间质评性能优良，同时拥有 NGSP 和 IFCC 溯源性证书，所有仪器均可报告 IFCC（mmol /mol）和 NGSP（%）双重单位。