



2017ADA 糖尿病诊疗标准发布（二）

帮助患者尽可能地正常生活

▲ 海南医学院第一附属医院内分泌科 王新军 王转锁

12月15日，美国糖尿病学会（ADA）2017 糖尿病诊疗标准发表在 Diabetes Care 上。ADA 首席科学及医学官 Robert E. Ratner 表示，ADA 一直致力于寻找和发现会对糖尿病患者治疗结局产生重要影响的新证据，并且每年对其进行分析与呈现。

更新七大要点

1 在糖尿病分类和诊断方面，新标准推荐对 1 型糖尿病一级亲属进行胰岛自身抗体筛查，并根据之前发布的三阶段模型进行分类。新标准认为，两次自身抗体检查中出现至少 2 种自身抗体阳性者发生 1 型糖尿病的可能性超过 95%，需要进行密切监测。此外，新标准还强调要对无症状的 1 型糖尿病患者进行抗体筛查以期积极预防糖尿病酮症酸中毒。

4 生活方式管理方面，新标准关注了糖尿病管理中的睡眠评估，推荐根据脂肪及蛋白质摄入情况来计算胰岛素给药剂量，推荐每坐立 30 min 起来做短暂运动，并推荐考虑将代谢手术的体质指数（BMI）界值降至 30 kg/m²。

5 新标准新增“促进健康与减少群体差异”内容，就如何在慢病管理模式下促进以患者为中心的管理、以团队为基础的管理以及如何利用当地社区资源获得进一步支持提供了相应指导。

7 新标准强调，要对影响糖尿病患者自我管理能力的社会、心理及财务状况进行评估，帮助糖尿病患者尽可能地正常生活。

2 血糖目标方面，新标准推荐将“严重、具有临床意义的低血糖”正式定义为血糖值 < 3.0 mmol/L（54 mg/dl），并推荐将血糖值 ≤ 3.9 mmol/L（70 mg/dl）视为需采取行动的警戒值，将症状从低血糖定义中移除。

3 糖尿病药物治疗方面，新标准推荐，对于伴有已知动脉粥样硬化性心血管病的长期血糖控制欠佳的 2 型糖尿病患者，可考虑应用恩格列净或利拉鲁肽，因为这两种药物被证实可在标准治疗基础上降低心血管死亡或全因死亡风险。此外，基于临床证据，新标准还提出了一项新推荐，即对长期应用二甲双胍的患者应考虑定期测定维生素 B₁₂ 水平并在必要时应用补充剂。

6 新标准建议，对可影响患者自我糖尿病管理能力的非医疗因素（如医疗途径、经济障碍、食品不安全、心理或精神疾病等）进行评估。

血糖目标

★ 许多非妊娠成人合理的糖化血红蛋白（HbA_{1c}）目标为 <7%。

★ 对于部分无明显低血糖或其他治疗不良反应的患者，建议更严格的 HbA_{1c} 目标（如

<6.5%）或是合理的。这些患者可能包括糖尿病病程较短、仅用生活方式或二甲双胍治疗的 2 型糖尿病患者、预期寿命较长或无明显心血管病（CVD）的患者。

★ 对于有严重低血糖病史、预期寿命有限、有晚期微血管或大血管病并发症、有较多伴发病，以及尽管实施了糖尿病自我管理教育、适当的

血糖检测、应用了包括胰岛素在内的多种有效剂量的降糖药物，仍难达标且病程较长的糖尿病患者，应设定较宽松的 HbA_{1c} 目标（如 <8%）。

糖尿病诊断

1 型糖尿病

★ 对于有高血糖症状的个体，诊断急性起病的 1 型糖尿病应该用血糖而非 HbA_{1c}。

★ 用胰岛素自身抗体筛查 1 型糖尿病目前仅建议在临床研究机构或有 1 型糖尿病先证者的亲属中进行。

★ 临床上，两种或多种自身抗体持续阳性可预测糖尿病，且在临床研究机构可作为干预指征。干预结局包括自

身抗体转阴，预防血糖进展并保持在正常或糖尿病前期范围，预防临床糖尿病发生或保留残存 C- 肽的分泌。

2 型糖尿病

★ 对于无症状的成年人，用风险因素评估或经认证的工具筛查 2 型糖尿病。

★ 超重或肥胖（BMI ≥ 25 kg/m² 或

亚裔美国人 ≥ 23 kg/m²）并有 1 项或以上其他糖尿病危险因素的症状成人，不论年龄，应该考虑筛查 2 型糖尿病。

★ 对所有患者，应从 45 岁开始筛查。

★ 如果检查结果正常，至少每 3 年筛查 1 次。

★ 可通过空腹血糖、75 g 口服葡萄糖耐量试验、2 h 血糖或 HbA_{1c} 筛查糖尿病。

★ 对于糖尿病患

者，评估并治疗其他 CVD 危险因素。

★ 超重或肥胖且伴有 2 项或 2 项以上其他糖尿病危险因素的儿童和青少年，应该考虑筛查 2 型糖尿病。

糖尿病的药物治

1 型糖尿病药物治疗

★ 大多数 1 型糖尿病患者应该用 MDI 注射（基础和餐时胰岛素）或连续皮下胰岛素输注方案治疗。

★ 大多数 1 型糖尿病患者应该使用速效胰岛素类似物以减少低血糖风险。

★ 应该教育大多数 1 型糖尿病患者如何根据碳水化合物摄入量、餐前血糖和预期运动量调整餐前胰岛素剂量。

★ 成功应用持续皮下胰岛素输注的患者，应该持续应用到 65 岁。

2 型糖尿病药物治疗

★ 若无禁忌证且能够耐受，二甲双胍是 2 型糖尿病起始治疗的首选药物。

★ 长期使用二甲双胍或与维生素 B₁₂ 缺乏有关。应用二甲双胍治疗的糖尿病患者，尤其是伴贫血或周围神经病变的患者，应该考虑定期监测维生素 B₁₂ 的水平。

★ 对于新诊断的 2 型糖尿病患者，如有明显高血糖症状

和（或）HbA_{1c} 水平 ≥ 10% 和（或）血糖 ≥ 16.7 mmol/L，考虑开始胰岛素治疗（用或不用其他药物）。

★ 如果最大耐受剂量的非胰岛素单药治疗在 3 个月不能达到或维持 HbA_{1c} 目标，加用第二种口服药物、GLP-1 受体激动剂或基础胰岛素。

★ 在用药选择上，应以患者为中心。考虑有效性、花费、潜在不良反应、体重、伴发病、低血糖风险和患者意愿等

因素。

★ 对于没有达到血糖目标的 2 型糖尿病患者，不应推迟胰岛素的治疗。

★ 对于长期血糖控制不良且已有动脉粥样硬化性心血管病的 2 型糖尿病患者，应该考虑恩格列净或利拉鲁肽治疗，已证实标准治疗的基础上，加用这些药物可减少心血管和全因死亡率。这些种类的其他药物正在进行相关的研究，旨在观察其心血管益处。