



糖尿病诊疗十年回眸 十年展望

经济 精准 组合 根治：糖尿病未来方向

▲ 本报记者 宋菁



许樟荣 教授

近日，美国糖尿病学会（ADA）2017 糖尿病诊疗标准发布。据上一版本（2007 版）已有十年的时间，十年时间的沉淀是进步，是发展。将其与 2007 糖尿病诊疗标准对比，糖尿病领域发生了哪些改变？我们可以从中得到哪些启示？未来十年，糖尿病的诊治将走向何处？本期《医师报》采访中国人民解放军第 306 医院全军糖尿病诊治中心主任许樟荣教授，谈谈过去十年，未来十年糖尿病的诊治。

许教授表示，ADA 诊疗标准的发布在国际上影响重大，起到了引导的作用。“注重最近的研究成果、先进性、接地气、独立性。”许教授指出，这是 ADA 诊疗标准的四大特征，尤其是独立性方面，不受任何的企业影响。如果与企业相关，会有利益冲突说明。从这几个方面来看，都值得我们学习。

十年变化之最：人性化

许教授表示，从 ADA 糖尿病诊疗标准的变化来看，近些年来最大的变化是临床上

对患者治疗管理越来越人性化。

诊治上不再强求一个标准，强调关爱患

者，从患者实际角度出发选择用药、检查，还需考虑患者本人的意愿。

十年之糖化血红蛋白变化：更加宽松

为何糖化血红蛋白（HbA_{1c}）的控制更加宽松？许教授表示，近些年的临床研究证实，HbA_{1c}<7% 时，患者的很多并发症都可以避免，对于中青年患者来说，也意味着将来可以生存得更长。

对此，临床也提出是否血糖降得越低，并发症就越少？许教授介绍，研究发现，血糖降得更低，但效果变化不大，反而患者发生低血糖的风险增加，且会增加老年患者的死亡率。

因此，对于糖尿病的患者而言，HbA_{1c}<7% 即可。中青年患者 HbA_{1c}<6.5% 获益将最大，完全没有必要将之降至 <6%。要降低这 0.5%，不仅会提高患者低血糖发生风险，而且从卫生经济学的角度来看，花费的资源和患者的获益不成正比，会导致医疗资源的浪费。

针对美国将 HbA_{1c} 作为 2 型糖尿病的诊断指标，许教授说，“过去美国不推荐使用的原因是 HbA_{1c} 测定的

2007 版的诊疗标准建议，对于个别无明显低血糖或其他治疗副作用的患者 HbA_{1c} 建议尽可能 <6.0%；而 2017 版则建议 <6.5%。2007 版不推荐使用糖化血红蛋白作为诊断指标，而在 2017 版诊疗标准中推荐使用糖化血红蛋白作为 2 型糖尿病的诊断指标。

方法不标准。”如今，美国 HbA_{1c} 测定的方法已标准化，且建立了美国人自己的数据，其诊断的特异性也得到了验证。

加之美国人喜欢把事情简单化，他们通过检测空腹血糖、HbA_{1c} 就可以诊断糖尿病。1 型糖尿病的诊断不推荐使用，是因为其不能反应实际情况，不够敏感。

许教授介绍，HbA_{1c} 反映的是 2~3 个月的平均血糖水平。如果患者在这 2~3 个月内，一段时间血糖高，一段时间血糖低，那么 HbA_{1c} 检测值可能是正常的。值得注意的是，新发糖尿病患者血糖可以非常高，但

HbA_{1c} 不高，例如暴发性糖尿病。

“在我国，并未将 HbA_{1c} 放到诊断标准中去。”许教授介绍，但如果在未来，大小医院的检测方法可以实现标准化，有更多的国人数

据，找到适合我国糖尿病患者的诊断切点，HbA_{1c} 也会变成我国的诊断标准。

十年之药物治疗变迁：“打组合拳”

许教授表示，在糖尿病药物治疗方面的最大变化在于胰岛素的使用理念变得更加科学；降糖药物的选择策略是“打组合拳”，不是单纯使用哪一种药物，而是组合用药，让患者获益最大。

近十年来，糖尿病治疗的药物在不断地增加，各类药物的作用机制不一样，患者的选择性也越来越大。同时，不良反应大的药物不断被淘汰。许多药物的适用范围也扩大，如肾功能正常的老年人也适用二甲双胍。

目前，药物种类的增

加，给患者带来了诸多益处：（1）个性化用药：患者在选择药物时，可以更个体化。（2）符合患者病理生理情况：不论是餐后高血糖还是空腹高血糖，临床都有相应的降糖药物。医生可以选择更符合患者病理生理的药物，或者组合药物。（3）有更多综合效益。药物不仅可以降糖，还可以降压、降脂，以及控制体重，在糖尿病患者的血管因素综合管理方面有了更大的选择。（4）经济因素考虑：可选择患者用得起、用得好、能长期坚持使用的药物。

糖尿病之未来十年：四大发展趋势 助力未来

“首先，在未来，糖尿病治疗用药将更精准，更经济。”许教授表示，

临床上为什么同一种疾病，

有效性，这样就不用因为一种药物使用无效，再换另一种了，这不仅使患者的治疗更加精准，也更加经济。

其次，用药更合理。糖尿病的药物治疗不仅仅是降糖、降压、降脂以及控制体重。“我们还要找

到导致患者糖尿病的病理生理机制是什么？是胰岛素抵抗，还是胰岛功能障碍，抑或两者都有。”许教授说，针对发病机制，选择合理的药物，将使治疗更科学。

再者，更加个性化。用药的目的是治疗患者疾病，不要因为用药反而给患者带来更大的麻烦。包括胰岛素注射技术的改进，例如针头埋在皮下的方法，每周一针的方法等，让患者更易接受，不再那么痛苦。

最后，未来开发的技术或可根治一部分糖尿病患者。许教授认为，运用胰岛再生的方法使根治一部分患者成为可能。通过科学技术，让糖尿病患者过上正常人的生活指日可待。

“亦”又：如何理解
当下指南的制定综合了古往今来的科学依据

如何理解我们今天奉之为科学的诊疗标准，或许不用多久就会被推翻？对此，许教授认为，我们当下指南的制定综合了古往今来的科学依据，是当下最接近科学的证据。我们需要理解是，每个时代都有其时代的局限性。我们今天认为的精华，可能过两年就认为不那么精华了，这也说明社会发展了。但通过实践我们不断地修正，不断地努力，我们在不断地接近糖尿病的更科学、更精准的治疗，用最好的方法使糖尿病患者回归正常的生活。血糖的监测和胰岛素泵技术的进步就是很好的例子。

用同一种药，有的患者治疗效果不好？

“这是因为遗传背景不同。”许教授指出，未来精准医疗将会发挥很大的作用，可以通过人体某一段基因的测序，了解到患者对特定药物的