

近日，《2018 AACE/ACE 2 型糖尿病综合管理策略共识声明》发布。AACE/ACE 共识声明以患者生命获益为基本立足点，关注糖尿病前期及肥胖状态，强调药物治疗的安全性和综合获益。在不同 T2DM 诊疗指南中，AACE/ACE 共识走在最前列，代表着糖尿病诊疗的发展方向，部分内容也值得我国医生借鉴。

解读 2018 AACE/ACE 2 型糖尿病综合管理策略共识声明 综合考量 个体化选择诊疗方案

▲ 东南大学附属中大医院内分泌科 东南大学糖尿病研究所 孙予林

生活方式干预是糖尿病管理的核心

共识强调生活方式干预的综合性和持续性，要求针对所有糖尿病患者优化干预方式，遵循个体化原则，内容应涉及多个方面，并不只是“饮食、运动”，且需整个糖尿病管理团队参与。

在实际诊疗过程中，生活方式干预的效果远不如预期。医生是否帮助患

者制定了符合个体需求的、可长期执行的生活方式干预方案？患者是否理解生活方式干预的重要性并遵从医嘱进行严格管理？这些都是影响干预效果的直接影响因素。

AACE/ACE 推荐药物治疗与生活方式干预同时进行，并非只在生活方式干预失败时才启动。不可否认一些糖尿病早期患者，良好的生活方式干预可能

会使血糖恢复正常，但仅见于部分患者，不可盲目扩大生活方式干预的价值。对于明确诊断血糖偏高的患者，可考虑同时给予生活方式干预和一线药物治疗，增加患者对疾病的重视程度，有利于病情的快速控制。

需强调的是，糖尿病患者管理中，药物治疗和生活方式干预同样重要，二者不可相互替代。

超重 / 肥胖的糖尿病前期及 T2DM 患者均应考虑减重

共识建议，伴有超重 / 肥胖的糖尿病前期及 T2DM 患者均应考虑减重，措施包括：生活方式干预；糖尿病前期及 T2DM 患者可考虑应用减肥药；BMI ≥ 35 kg/m² 且尝试其他治疗手段体重不达标者，可考虑减重手术治疗等。

超重 / 肥胖已成为

危害全球的健康问题，而肥胖和 T2DM 关系密切。数据显示，我国超重（BMI ≥ 25 kg/m²）与肥胖（BMI ≥ 30 kg/m²）人群的糖尿病患病率分别为 12.8% 和 18.5%，糖尿病前期患者比例或达 50%，其中相当一部分患者正是因为超重 / 肥胖而成为糖尿病高危人群。

即便如此，减重却是很难实现的健康目标。饮

食、体力活动、行为干预等方法仅在少数患者中见效；在我国，减肥药物因副作用风险并未全面展开使用；减肥手术目前正逐步在临床开展，但也有不规范之处，副作用及手术风险都难以避免；目前，我国尚无降糖药物被批准用于单纯肥胖或糖尿病前期人群，减肥药物仅奥利司他被批准使用。

基于 HbA_{1c} 基线值进行分层 定制血糖控制策略图

共识的血糖控制策略图基于 HbA_{1c} 基线值对治疗选择进行了分层，为不同患者提供了不同的起始治疗选择，并强调应充分遵循个体化原则。

在起始单药或联合治疗的选择上，以 HbA_{1c} 为 7.5% 作为切点，将单药选择的具体药物根据推荐级别进行排序。共识对于新药的接受度和认可度非常高，GLP-1RA、SGLT-2 抑制剂、DPP-4 抑制剂依

次排在二甲双胍之后，作为单药治疗的推荐。在 2 药或 3 药联合治疗上，强调不同机制药物联合使用，如无特殊情况，二甲双胍需在联合治疗中存在。如初诊患者的 HbA_{1c} 水平高于 9%，且患者有糖尿病症状，可直接起始以胰岛素为核心的治疗方案。

治疗后每 3 个月进行一次全面评估，内容涉及 HbA_{1c}、SMBG 记录（空腹及餐后）、动态血糖监测结果、确诊或疑似低血糖事件、

血脂及血压、不良事件、合并症、相关实验室数据、伴随用药、糖尿病并发症及影响患者管理的社会心理因素等。若患者血糖未达标则递进到下一步治疗，必要时需起始胰岛素强化治疗。若患者血糖稳定达标，则可减少监测频率。

推荐基础胰岛素治疗方案

共识建议，起始基础胰岛素治疗，需停用磺脲类降糖药，根据 HbA_{1c} 是否高于 8% 确定胰岛素使用剂量；强化治疗推荐基础胰岛素联合 GLP-1RA/SGLT-2 抑制剂 / DPP-4 抑制剂 / 餐时胰岛素 1~3 针的方案。

在胰岛素治疗期间，共识推荐 HbA_{1c} 目标为 7%，餐前血糖目标为 110 mg/dl。

共识对于一线单药选择性更广，联合治疗灵活度更高，值得我国临床医生参考和借鉴。但我国患者也有自身特点，

疾病治疗也需符合我国国情。

例如在胰岛素治疗方案，共识主张基础胰岛素治疗方案，仅推荐基础胰岛素，但结合中国患者血糖特点及临床实际，预混胰岛素也可作为临床选择之一。

糖尿病专栏编委会

专栏主编：贾伟平

副主编：

翁建平 朱大龙 郭立新

周智广 邹大进 姬秋和

本期轮值主编：孙予林

编委：

郭晓蕙 肖新华 窦京涛

陈莉明 宋光耀 李玲

匡洪宇 李小英 杨立勇

陈丽 赵志刚 李启富

冉兴无 时立新 刘静

毕艳于 森胡承

陈刚 冯博

专栏秘书长：冯博

 **三生制药**
艾塞那肽注射液

血糖控制目标应个体化 同时重视低血糖风险

共识推荐在安全性和患者可负担的情况下，控制 T2DM 患者糖化血红蛋白（HbA_{1c}） $\leq 6.5\%$ 较为理想。

目前，全球所有指南均强调控制目标的个体化，多数指南推荐 T2DM 患者需控制 HbA_{1c} $\leq 7\%$ 。多项研究证实，HbA_{1c} 水平与糖尿病并发症之间存在相关性，理想的 HbA_{1c} 水平是预防并发症的重要因素，但严格的血糖控制必将带来低血糖风险。

随着临床治疗手段的多元化，已可实现严格的多元化，已可实现严格的多元化，而安全的血糖控制目标。对于多数中国患者而言，仍应参考 HbA_{1c} $\leq 7\%$ 的标准。但在个体化血糖目标的大前提下，对于病程

短、年轻、低血糖风险低、治疗依从性高、可负担安全性较好的新型药物治疗的患者而言，可考虑控制 HbA_{1c} 为 6.5% 或更低；而对于预期寿命短、糖尿病病程长、合并症多、治疗依从性低、低血糖发生风险高的患者而言，HbA_{1c} 的目标值或应高于 7%。

除了 HbA_{1c} 目标，低血糖也不容忽视。低血糖不仅与 HbA_{1c} 是否达标有关，其变化情况直接影响患者的血糖波动，血糖波动或与糖尿病患者并发症的发生直接相关，尤其是大血管并发症。因此，关注患者的血糖特点，才可因人制宜的确定并调整治疗方案，促进 HbA_{1c} 达标，并减少血糖波动，进而减少并发症发生。

【T2DM 治疗五大关键】

1

降糖药物选择

共识推荐个体化药物选择，需考虑的因素包括：药物降糖疗效、作用机制、低血糖和体重增加风险、其他不良反应、耐受性、应用的方便性、可能的依从性、医疗成本、对心脏 / 肾脏 / 肝脏的影响等因素。共识强调“治疗方案应尽可能简化以提高依从性”。个体化的药物选择是我国医生也应遵循的原则，在进行个体化评估时，我国医生的侧重点可能有所不同，治疗成本、患者接受度和依从性所占比重可能更大。让我国患者真正接受并长期执行的方案才是真正成功的治疗。

2

低血糖

共识指出，“将严重及非严重低血糖风险降至最低，至关重要”。一次严重低血糖可能直接威胁患者生命，普通的低血糖事件也可能抵消患者一生严格控制血糖带来的获益。所以，糖尿病治疗过程中应尽力避免低血糖的发生。对于低血糖高风险患者，宽松的治疗目标联合安全的方案是避免低血糖发生的关键。

3

体重

体重管理不容忽视，临床实践中的重视程度还有待提高，特别是预防体重增加的观念。随着新型降糖药不断在我国被批准上市，在确定治疗方案时，除了考虑有效性、安全性，体重影响也应作为考量因素之一。

4

糖尿病管理成本

糖尿病治疗的费用支出需综合考量，不可只看眼前药物治疗所需成本，还包括监测成本、低血糖及体重增加所导致的相关成本。共识建议，糖尿病的管理应更关注治疗的有效性、安全性而非药物成本。此建议基于较完善的医保体制，在我国的医疗现状下，还是需要考虑患者的经济负担及接受度，结合病情所需，选择长期依从性好、可促进治疗达标、避免低血糖、减少并发症的治疗方案，以更好的控制成本。

5

纠正动脉粥样硬化性心血管疾病危险因素策略

糖尿病管理是长期综合管理的过程，除了血糖，血脂、血压及相应并发症的管理也非常重要。共识对于血脂、血压的管理目标和路径非常严格且明确。