

美国医师协会(ACP)新指南推荐 糖尿病患者 HbA_{1c} 目标值为 7%~8%

美国糖尿病学会(ADA)、美国临床内分泌医师协会(AACE)均表异议

指南四项声明

近日, ACP 发表新指南, 推荐大部分非妊娠的成人 2 型糖尿病患者的糖化血红蛋白(HbA_{1c})目标值为 7%~8%。指南于 3 月 5 日在线发表于《内科学年鉴》(源自 Medscape)。

ACP 在声明中指出, ACP 对现有指南背后证据的分析发现, 相比约 8% 的目标值, 药物治疗达到 ≤ 7% 的目标值并不能减少死亡和大血管并发症(如心梗和卒中), 却会导致严重的危害。对于大部分 2 型糖尿病患者, 达到 HbA_{1c} 7%~8% 将会带来最好的长期获益与危害(如低血糖、药物负担和费用)的平衡。

这与大部分现有指南不同, AACE 和国家糖尿病联盟指南推荐, 大部分糖尿病患者的 HbA_{1c} 目标值应为 ≤ 6.5%, ADA 和欧洲糖尿病研究学会推荐的目标值为 <7%。

声明 1: 临床医生应权衡药物治疗的获益与危害、患者偏好、患者总体健康状况、预期寿命、治疗负担以及护理费用, 个体化设置 2 型糖尿病患者的血糖控制目标值。

声明 2: 对于大部分 2 型糖尿病患者, 临床医生的目标应该是达到 HbA_{1c} 7%~8%。
ADA 指出, 个体化设定目标值是关键因素, 但 ACP 新指南将大部分 2 型糖尿病患者的目标值设为 7%~8%, 将给可能安全获益于具有循证证据的较低目标值的患者带来潜在危害。
AACE 表示, 这是绝对错误和倒退的。其非常惊讶于这种严重忽视数据和证据的行为。没有证据支持在大部分糖尿病患者管理中设定较高的目标值, 而有充足的证据显示较低的 HbA_{1c} 更佳。

声明 3: 临床医生应考虑对达到 HbA_{1c} 水平 <6.5% 的 2 型糖尿病患者进行去强化药物治疗。
这与 2018 年 ADA 诊疗标准不同。ADA 表示, 如果能够达到个体化目标值, 推荐强化或简化复杂的治疗方案, 以降低老年人的低血糖风险。但任何去强化都应基于低血糖发生等因素, 而非一个数值。
AACE 指出, 对达标的患者减少药物治疗实在是不够明智。一旦停药, 患者将失去血糖控制。

声明 4: 对于因年老(≥ 80 岁)、居住在疗养院或伴有慢性病(如痴呆、癌症、终末期肾病、严重慢性阻塞性肺病或慢性心衰)而预期寿命少于 10 年的 2 型糖尿病患者, 临床医生治疗的目的应该是尽量减少高血糖相关症状而非达到 HbA_{1c} 目标值, 因为这对该人群而言危害大于获益。
ADA 表示, 虽然该推荐与 ADA 的终末期推荐一致, 但 ADA 不同意这广泛适用于所有 ≥ 80 岁、居住在疗养院或伴有慢性病的预期寿命受限患者。应对具体病例进行个体化评估。
AACE 则表示, 对于病危、患有癌症、预期寿命短的患者, 与使用 HbA_{1c} 相比, 仅关注血糖可能更有意义。将血糖保持在, 比如 100~250 mg/dl(也可能是 80~300 mg/dl), 将确保不会发生低血糖或高血糖症状(如多饮或多尿)。

糖尿病前期患者 心血管病和慢性肾病风险升高

美国学者研究发现, 大量糖尿病前期患者具有较高的心血管病和慢性肾脏病风险。(Lancet Diabetes Endo. 2 月 28 日在线版)

研究采用 1988~2014 年美国国家健康和营养调查数据, 共纳入 27 972 人。

结果显示, 2011~2014 年, 在糖尿病前期患者中, 伴有高血压、血脂异常、吸烟、蛋白尿、估算肾小球滤过率降低的比例分别为 36.6%、51.2%、24.3%、7.7% 和 4.6%, 10 年心血管事件风险为 5%~7%。

相比 1988~1994 年, 2011~2014 年, 糖尿病前期患者的高血压风险显著增加(9.7

个百分点), 血脂异常无改变, 吸烟率下降(6.4 个百分点)。

此外, 接受降压、降脂治疗的患者分别增加 27.2 个百分点和 33.6 个百分点; 血压和血脂达标的患者分别增加 36.2 个百分点和 31.8 个百分点。

虽然心血管风险有所下降, 但蛋白尿、估算肾小球滤过率降低、心梗和卒中的患病率无变化。

相比糖尿病前期, 在这 25 年中, 诊断糖尿病的患者的心血管和肾脏风险管理(除吸烟外)有较大改善。

研究者认为, 识别糖尿病前期患者可能有助于增加降低心血管和肾脏风险的几率。

2015~2030 年: 全球糖尿病经济负担至少增 61%

近日, 一项全球成人糖尿病经济负担的研究发现, 2015~2030 年, 即使达到降低糖尿病患病率和死亡率的国际目标, 全球糖尿病经济负担也将至少增加 61%。(Diabetes Care. 2 月 23 日在线版)

研究者利用流行病学及统计学工具, 对 180 个国家和地区的糖尿病负担和 GDP 进行了模拟, 并设定了三种场景: 糖尿病患病率及死亡率仅随城市化及老龄化而增

加(基线情景); 与先前的趋势一致(过去趋势情景); 达到糖尿病死亡减少 1/3 的可持续发展目标和旨在 2025 年前停止糖尿病患病率增长的 WHO 预防和控制非传染性疾病全球行动计划(2013~2020)(目标情景)。

分析发现, 在这三种情景下, 全球糖尿病患病率将从 2015 年的 8.8%, 分别增至 2030 年的 10.0%、11.8% 和 9.8%; 而全球经济负

担将从 2015 年的 1.3 万亿美元, 分别增至 2030 年的 2.2 万亿美元、2.5 万亿美元和 2.1 万亿美元。

不过, 全球糖尿病负担占 GDP 的比例仅前两种情景有所增加, 分别从 2015 年的 1.8% 增至 2030 年的 1.9% 和 2.2%, 第三种情景则维持 1.8%。

总糖尿病经济负担包括糖尿病及其并发症导致的额外医疗保健支出(直接成本)和停止生产的价值(间接成本)。

女性苹果型身材 心梗风险更高

英国学者研究进一步证实, 与一般型肥胖相比, 腰围和腰臀比较高者的心梗风险升高, 特别是女性。(J Am Heart Assoc. 2018;7:e008507)

数据显示, 腰臀比预测女性心梗风险的能力更强, 较 BMI 强 18%; 对于男性, 腰臀比预测心梗风险的能力较 BMI 强 6%。

在男性和女性中, 一般型和中心型肥胖的测量数值与新发心梗风险之间均几乎成对数线性关联。

Cox 回归模型分析显示, BMI 每增加 1 个标准差, 男性和女性心梗风险分别增加 22% 和 28%。腰围对女性的作用更强, 每增加 1 个标准差, 心梗风险增加 35%, 男性增加 28%。

腰臀比与心梗风险之间的关联更强, 每增加 1 个标准差, 女性和男性风险分别增加 49% 和 36%。

腰围身高比的作用在男女中相当, 每增加 1 个标准差, 心梗风险分别增加 34% 和 33%。

研究纳入英国生物样本库项目中的 26 万余名女性和 21 万余名男性, 年龄 40~69 岁。排除有心血管病史或 BMI < 15 kg/m² 或 > 60 kg/m² 者。

本版编译: 牛艳红

《柳叶刀》子刊研究称: 糖尿病或分 5 种类型而非 2 种

重度自身免疫型糖尿病	发病较早(年龄较小), 基本与传统的 1 型糖尿病和成人隐匿性自身免疫糖尿病相对应, BMI 相对较小, 代谢控制不佳, 胰岛素缺乏(胰岛素生成受损), 谷氨酸脱羧酶抗体(GADA)阳性
重度胰岛素缺陷型糖尿病	与类型 1 相似但 GADA 阴性, HbA _{1c} 水平高, 视网膜病变发生率最高
重度胰岛素抵抗型糖尿病	胰岛素抵抗, BMI 较大, 糖尿病肾病发生率最高
轻度肥胖相关的糖尿病	肥胖, 年龄较小, 无胰岛素抵抗
轻度年龄相关的糖尿病	患者年龄较大, 小幅代谢改变

传统上, 糖尿病被分为 1 型和 2 型糖尿病。近日, 北欧学者研究发现, 根据不同的生理学和遗传学特征, 成人糖尿病或应分为 5 种类型。研究者称, 该分型为糖尿病精准治疗又往前迈了一大步。(Lancet Diabetes Endocrinol. 3 月 1 日在线版)

这 5 种类型包括 3 种相对严重和 2 种相对较轻

的, 其中 1 种和目前的 1 型糖尿病相一致, 另外 4 种为 2 型糖尿病的亚型。研究结果基于瑞典和芬兰 5 个队列研究中近 15 000 名患者的数据分析。

