

关于美国内科医师协会更新糖化血红蛋白控制目标的思考 遵循中国指南 规范诊疗实践

▲中华医学会糖尿病学分会主任委员 贾伟平



贾伟平 教授

近期，美国内科医师协会(ACP)在《美国内科年鉴》上发表了关于药物治疗2型糖尿病糖化血红蛋白(HbA_{1c})控制目标更新的指南。该指南的要点包括：

第一、医生应当根据治疗药物的利弊、患者喜好、健康状况和期望寿命、医疗负担等具体情况为患者确定个体化的血糖控制目标。

第二、将应用药物治疗的大多数2型糖尿病患者的HbA_{1c}控制目标设定为7%~8%。

第三、当2型糖尿病患者HbA_{1c} < 6.5%时，应考虑降低降糖药物的治疗强度。

第四、对于期望寿命短于10年、长期需护理的病人或合并慢性病(如痴呆、恶性肿瘤、终末期肾病、严重慢性阻塞性肺病或充血性心力衰竭)的患者，降糖治疗目的在于缓解由高血糖所致的临床症状，而非追求HbA_{1c}达标。

该指南中关于将大多数2型糖尿病患者的HbA_{1c}控制目标设定为7%~8%的建议，与国际糖尿病联盟(IDF)、美国糖尿病学会(ADA)以及中华医学会糖尿病学分会(CDS)等多数国际和国家学术组织所制定的2型糖尿病HbA_{1c}控制目标<7%有所不同，因而引发了国际学术界的广泛关注。

中国指南建议：HbA_{1c} < 7%

在反复阅读该指南，全面了解其更新内容及出发点后，CDS对HbA_{1c}控制目标这一问题再次进行了深入思考。

CDS成员认为：该指南对降糖药物治疗的有效性、安全性、成本效果和患者感受等多方面进行了综合考虑，强调了糖尿病

防控目标的个体化。然而，HbA_{1c}控制目标的设定是否应从一个切点扩展到一个区间范围，后者是否更优于前者，仍有待商榷。

中国近期发布了《中国2型糖尿病防治指南(2017年版)》其中制定了血糖控制分层管理的目标。对大多数2型糖尿病

患者而言，HbA_{1c}控制目标为<7%。

这是CDS在复习分析了国内外大量循证医学证据的基础上，结合中国糖尿病发病的特点，防控现状以及发展趋势，在广泛听取了行业专家及临床一线医务工作者的建议与意见后而确定的。

国际证据支持严格控制血糖

众所周知，国际上有许多控制血糖与健康获益的大型临床研究，如糖尿病控制与并发症试验(DCCT)、英国前瞻性糖尿病研究(UKPDS)等。

这些研究结果都提示，在处于早期阶段的糖尿病患者中，严格控制血糖可以显著降低糖尿病微血管病变的发生风险。随后的

长期随访结果亦证实，早期严格血糖控制与糖尿病微血管病变、心肌梗死及死亡的发生风险下降强烈相关。

UKPDS结果还发现HbA_{1c}每下降1%，可以降低21%的任何糖尿病相关终点事件，糖尿病相关死亡风险下降21%，心肌梗塞风险下降14%，糖尿

病微血管并发症风险下降37%。这表明，对新诊断的2型糖尿病患者，早期进行严格血糖控制可以降低糖尿病微血管和大血管病变的发生。

Pima印第安人、埃及人及NHANES III的研究也发现，当HbA_{1c}上升到7%以上时，视网膜病变的发生风险显著上升。

多项中国证据建议严控血糖防并发症

我国张路霞等在全国三级医院住院的3530万例2型糖尿病患者的研究分析发现，约有21.3%的患者合并较为严重的慢性肾脏疾病，且呈现快速增长的态势。这表明糖尿病造成的肾损害已成为我国晚期终末期肾病的最主要病因。

近期上海开展的超过15万人的社区糖尿病慢性并发症筛查结果显示，HbA_{1c}水平与糖尿病肾脏病变的发生密切相关。HbA_{1c} < 7%的糖尿病患者肾脏病变的患病率为22.92%；但在HbA_{1c} ≥ 8%的患者中可达42.54%，肾脏病变的患

病风险增加1.5倍。

纪立农等在一项覆盖中国30个省、106个城市、630家医院、222 773例患者的横断面研究中发现，早发2型糖尿病患者平均HbA_{1c}水平高于晚发糖尿病患者(7.9%与7.7%)，早发2型糖尿病患者其非致命性心血管疾病风险明显高于晚发者(OR 1.91, 95% CI 1.81~2.02)。

陈重娥等在一项纳入9509例糖尿病患者长达7年的前瞻性研究中发现糖尿病肾病等微血管病变在早发2型糖尿病患者中发生率高、出现早。且早发糖尿病患者胰岛

功能恶化更快，血糖控制更差。

由此可见，国际上大多数糖尿病防治指南将HbA_{1c} < 7%作为合适的血糖控制目标，既可有效的降低糖尿病微血管及大血管并发症的发生风险，又充分考虑了降糖药物治疗的安全性。

新指南强调，对大多数2型糖尿病患者而言，合理的HbA_{1c}控制目标为<7%，并将HbA_{1c} ≥ 7%作为2型糖尿病启动临床治疗或需要调整治疗方案的重要判断标准。按此标准，我国目前的血糖控制达标率为49.2%。

个体化治疗是临床诊疗中的重要方面

糖尿病的病因及发病机制十分复杂，治疗方法及效果也因人而异。为此，个体化治疗也是在临床诊疗实践中需考虑的重要方面。新指南还强调了血糖控制的目标应依据患病年龄、病程、病情程度及期望寿命实施分层管理及个体化原则。

对于病程较短、期望寿命较长、无并发症、未合并心血管病的2型糖尿病患者，在无低血糖或其他不良反应的前提下，采取更严格的血糖控制目标，HbA_{1c} < 6.5%；对于有严重低血糖史、期望寿命较短、有显著的微血管或大血管并发症，或有严

重合并症、糖尿病病程很长的患者，采取相对宽松的血糖控制目标，HbA_{1c} < 8.0%。

新指南还对老年糖尿病的综合控制目标进行了全面修订，对于不同健康状况的老年糖尿病患者设定了适宜的血糖分层管理目标，HbA_{1c}为7.5%~8.5%。

中华医学会糖尿病学分会呼吁

广大医务人员要深入学习、深刻理解和掌握新指南的背景、依据和要点，并在临床工作中做到尊重指南、遵循指南。不仅要做好新指南的执行人、推广者，更要做好完善新指南的有心人。要善于发现问题并积极开展相应的科学研究，为我国糖尿病防治事业的发展做出新贡献。

指南

尊重 遵循 坚决执行中国指南

糖尿病患者常伴随肥胖、高血压以及血脂异常，是脑卒中、心肌梗死等大血管事件发生的极高危人群。对血糖、血脂、血压等多重危险因素的综合控制可显著改善糖尿病患者心脑血管病变和死亡的发生风险。

UKPDS研究显示，在新诊断的2型糖尿病患者中，强化血压控制不但可以显著降低糖尿病大血管病变的发生风险，还可显著降低微血管病变的发生风险。高血压最佳治疗试验(HOT)以及其他抗高血压治疗临床试验的糖尿病亚组分析见到，强化血压控制可以降低无明显血管并发症的糖尿病患者发生心血管病变的风险。

同时，调脂治疗对糖尿病患者的健康获益已有诸多的循证医学依据，在采用他汀类药物降低低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)与心血管发病风险的多项研究中显示，在没有明显血管并发症的糖尿病患者中合理降低LDL-C浓度可以减少心血管事件的发生概率。

然而在临床实践中见到，血糖、血压、血脂三者同时达标的比例仍然很低。中国2型糖尿病患者心血管疾病危险因素—血压、血脂、血糖的全国性评估研究结果显示，血糖、血压和血脂控制综合达标率仅为5.6%。

因此，新指南中特

别强调，对于没有明显糖尿病血管并发症但具有心血管危险因素的2型糖尿病患者，应积极采取降糖、降压、调脂(主要是降低LDL-C)的综合治疗策略，以预防心血管疾病和糖尿病微血管病变的发生。

历年来，CDS制定的糖尿病防治指南是指导我国糖尿病防治临床诊疗实践的纲领和行动准则，对提高医务人员的防控技能和水平、规范诊疗行为、促进我国糖尿病防治的规范化和同质化起着重要作用。

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：贾伟平

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

 **百泌达™**
艾塞那肽注射液
三生制药