

意大利《2 型糖尿病患者步行循证实践指南》建议 应给糖尿病患者处方“走路”

近日，意大利两个学会发表《2 型糖尿病患者步行循证实践指南》，建议应对有 2 型糖尿病患者处方“走路”以增加体力活动，减少久坐行为。

不愿意活动事出有因

指南指出，糖尿病患者身体条件较差，经常感觉身体疲劳，有氧能力下降。慢性高血糖还可能使肌肉骨骼结构糖化，导致肌腱硬化，运动能力受限。因此，糖尿病患者更不愿意活动。但运动有助于血糖控制，降低心血管事件风险，相比而言，走路简单易行。

美国糖尿病协会建议，多数糖尿病成人每周应至少进行 150 min 中强度有氧运动，每周不少于 3 d，并避免连续 2 d 以上没有活动，或每周至少 75 min 高强度或间歇训练。

此外，还要进行 2~3 次的力量锻炼、灵活性和平衡锻炼，以改善关节活动度，预防跌倒。

作者通过分析 28 项研究 20 个随机对照试验，发现定期步行训练，可以改善 2 型糖尿病患者的血糖控制，对心肺功能、体重和血压也有积极作用。走路可平均降低 0.5% 的糖化血红蛋白（HbA_{1c}）水平，降低体重指数 0.91 kg/m²，降低舒张压 1.97 mmHg，还可显著提高心肺适能。

初步筛查和评估

在开始任何身体活动之前，应进行初步筛查，特别关注慢性并发症。当计划进行中等强度运动和（或）长时间步行时，必须评估骨关节改变和微血管并发症。当怀疑患有心血管病或计划进行高强度运动时，可能需

要进行运动负荷试验。对步行能力的评估也很重要，如步行速度和步行距离，包括 10 m 步行测试和 6 min 步行试验。

不鼓励较高强度活动

指南指出，高强度运动可能会导致患者不能坚持运动。有大量证据表明，人们更容易坚持低强度活动。因此，不鼓励所有的糖尿病患者参加较高强度的活动，以避免患者不能坚持。走路则可有效减重和维持体重，改善血糖控制，应作为多数糖尿病患者的首选活动方式，并坚持足够的步行。

步行时，应达到心率储备的 40%~60%（最大心率减去静息心率的百分比），对应的是自我感知运动强度 11~13 级，即有点儿累。经过一段时间的

运动后，如果患者可以耐受，可尝试更高强度的运动，或高强度运动和休息或恢复性运动交替，即“高强度间歇训练”。

持杖行走效果更优

在步行前，应拉伸上下肢，让关节适应。用于步行的鞋子和衣服必须兼顾舒适性和安全性，并考虑季节变化。高温或低温会增加能量消耗，应建议降低步速，缩短步行距离。

相对于走路，持杖行走能量消耗更多，增加了手臂肌肉的锻炼，还可改善运动能力、生活质量、心肺功能和血脂状况，减轻体重和慢性疼痛。对于严重肥胖的糖尿病患者，步行也是一种可行的锻炼方式，可考虑持杖行走。

本版编辑 文韬 许菁

指南 12 大建议

1. 走路可改善 2 型糖尿病患者的血糖控制，是一种有氧运动，应对大多数糖尿病患者处方“走路”。
2. 步行可以改善 2 型糖尿病患者的多种健康相关问题。
3. 步行可提高糖尿病患者的身体功能状态。
4. 步行对预防糖尿病患者的慢性并发症有益。
5. 糖尿病患者最好在监督下进行步行训练。
6. 结合多种激励措施，糖尿病患者也可进行没有监督的步行。
7. 糖尿病患者也可以采取间歇训练，尤其是在较年轻和健康的患者。
8. 持杖步行可能有一定优势。
9. 应注意走路地点和地面坡度。与硬地面上行走相比，在沙地或雪地上行走，或在水中行走，会导致能量消耗增加。同样，上坡或下坡比在平地上走增加了能量消耗，速度或坡度的变化也会影响步行。
10. 因有可能影响降糖药物使用，要注意餐前或餐后步行对餐后血糖的影响，但这一点尚缺乏证据。
11. 糖尿病患者不要久坐，不时站起来短暂的行走，可改善血糖控制。
12. 必须评估风险和功能状态。接受适当的降糖治疗的无症状患者通常不需要进行负荷试验。6 min 步行试验可用于评估和监测步行能力。

《GLP-1 受体激动剂用于治疗 2 型糖尿病的临床专家共识》发布 起始降糖治疗 惠及更多心肾病患者

“得了糖尿病，还能活多久？”这是近一年百度搜索中有关糖尿病的问题中，搜索量最高之一。中国的糖尿病数量发展迅猛，没有停止前进的步伐，现在将近 1.3 亿，较 10 年之前增加了 4000 多万。中国人民解放军总医院内分泌科主任母义明教授表示，糖尿病严重影响患者寿命，平均缩短 9 年，如果伴有心血管病，预计缩短 12 年。

在《GLP-1 受体激动剂用于治疗 2 型糖尿病的临床专家共识》发布会上，母义明教授开宗明义，说明了糖尿病的危害，指出共识的发布有利于规范治疗，提高糖尿病患者健康与寿命。

明确治疗流程 作为起始降糖治疗

共识指出，胰高血糖素样肽-1 受体激动剂（GLP-1RA）单药可以显著降低 2 型糖尿病患者的糖化血红蛋白（HbA_{1c}），同时具有减重作用，单独使用发生低血糖的风险小，安全性良

好。因此，在二甲双胍存在禁忌证或不耐受时，已获批单药治疗适应证的 GLP-1RA 可以作为 2 型糖尿病（尤其是超重或肥胖患者）的起始降糖治疗药物选择之一。

研究数据显示，二甲

双胍（约占 40%）± 磺脲类基础上联合度拉糖肽，在降低 HbA_{1c}、血糖达标率、体重和低血糖事件方面均优于联合甘精胰岛素，且度拉糖肽组复合终点（HbA_{1c}<7% 且无体重增加和低血糖事件）达标率显著

优于联合甘精胰岛素。同时 Meta 分析的结果显示，在以二甲双胍为基础的标准治疗方案之上进一步联合长效 GLP-1RA，如度拉糖肽周制剂等，在降低 HbA_{1c} 方面优于短效的 GLP-1RA。



母义明 教授

GLP-1RA 治疗的依从性

共识指出，良好的依从性有助于 2 型糖尿病患者血糖达标，改善临床结局。真实世界研究中，不同注射频次的 GLP-1RA 药物患者依从性存在较大差异，度拉糖肽的坚持治疗率最高，达 62%；从治疗过程来看，前三位影响因素分别是注射频次、注射装置及操作便利性和针头粗细；从治疗结局来看，前三位影响因素分别是 HbA_{1c} 降幅、胃肠道反应和低血糖。

患者对 GLP-1RA 的依从性不仅归因于注射频次和注射装置操作的简便性，而且源于显著的降糖疗效、较轻的胃肠道

反应、兼具减重等综合临床获益以及良好的效价比等。因此，选择疗效好、患者容易坚持且经济负担小的降糖药物可以有效提高患者治疗的依从性和满意度，从而提高血糖达标率。

总之，GLP-1RA 不仅降糖疗效确切，还可带来诸多降糖之外的获益。随着证据的丰富，GLP-1RA 在 2 型糖尿病治疗中的地位显著提升，尤其在合并心血管风险极高危患者中被推荐为首选联合用药之一。随着研究的深入，期待 GLP-1RA 有更多的适应证问世，惠及更多的糖尿病患者。

心肾获益证据日渐丰富

近年来一系列大型的心血管获益的临床研究证实部分 GLP-1RA 具有明确的心血管获益，并可带来潜在的肾脏获益。

2016 年，母义明教授曾做过第一版 GLP-1RA 应用共识，“当时证据有限，很多问题我们都无法回答，如该类药对心血管的影响，只能回答‘不确定’”。母义明教授强调，近些年，不断有新的循证医学证据

出现，GLP-1 受体激动剂在心血管、肾脏病获益。新共识结合最新证据，着重提出关于治疗时机、联合用药、心血管及肾脏获益和适用人群等方面的更新。

共识指出，REWIND 研究显示，每周 1 次 1.5 mg 度拉糖肽治疗可使伴心血管危险因素或确诊心血管病的 2 型糖尿病患者的主要心血管事件发生风险显著下降 12%，非致死性卒

中风险显著下降 24%。对于合并 ASCVD 或心血管风险极高危的 2 型糖尿病患者，无论基线 HbA_{1c} 或个体化 HbA_{1c} 目标值如何，建议联合具有心血管获益证据的 GLP-1RA，以降低心血管事件风险。

此外，研究还证实，无论患者是否有心血管病史，其降低心血管事件的风险比均为 0.87，提示度拉糖肽对 2 型糖尿病患者

心血管病的一级预防和二级预防均有效。

在肾脏病治疗中，度拉糖肽也具有不俗的表现。REWIND 研究中 35% 的患者伴有蛋白尿、22% 合并肾功能不全，结果显示，度拉糖肽治疗显著降低复合肾脏终点事件风险 15%，新发大量蛋白尿风险 23%，尿白蛋白肌酐比值（UACR）水平降低 18%。