



医师报

2021年7月29日

责任编辑: 贾薇薇
美编: 蔡云龙
电话: 010-58302828-6857
E-mail: ysjiaaweiwei@163.com

ACADEMIC
学术

B1~B7 版

B1

全球 57 国近 70 万人分析显示 国人体质指数超 23.8 就应查糖尿病

近日,一项覆盖全球 57 个中低收入国家、近 70 万例成年人的研究表明,中低收入国家在筛查糖尿病时,体质指数(BMI)和年龄的要求都要降低,也就是说,不到 40 岁,或 BMI 不到 25 kg/m² 时,糖尿病风险就已明显升高。(Lancet.2021;398:238)

研究指出,对于东亚、南亚、东南亚男性和女性来说, BMI 超过 23.8 kg/m² 和 23.9 kg/m² 时,就该筛查糖尿病了。

而对于中东、北美、拉丁美洲和加勒比海的女性以及中东和北非的男性, BMI 超过 28.3 kg/m² 和 28.1 kg/m² 时,才有必要筛查糖尿病。Meta 分析显示,在任意的 BMI 值,男性的糖尿病风险总体高于女性, BMI 越高时越明显。

在东亚、南亚和东南亚,相比 BMI 正常(18.5~22.9 kg/m²)人群, BMI 处于正常上限(23~24.9 kg/m²)、超重(25.0~29.9 kg/m²)、肥胖(≥ 30 kg/m²) 人群的糖尿病风险均增高,分别增加 53%~90%、1.18~1.84 倍、2.18~2.93 倍(图 1)。

如以每十岁分组,随着年龄增加,糖尿病风险

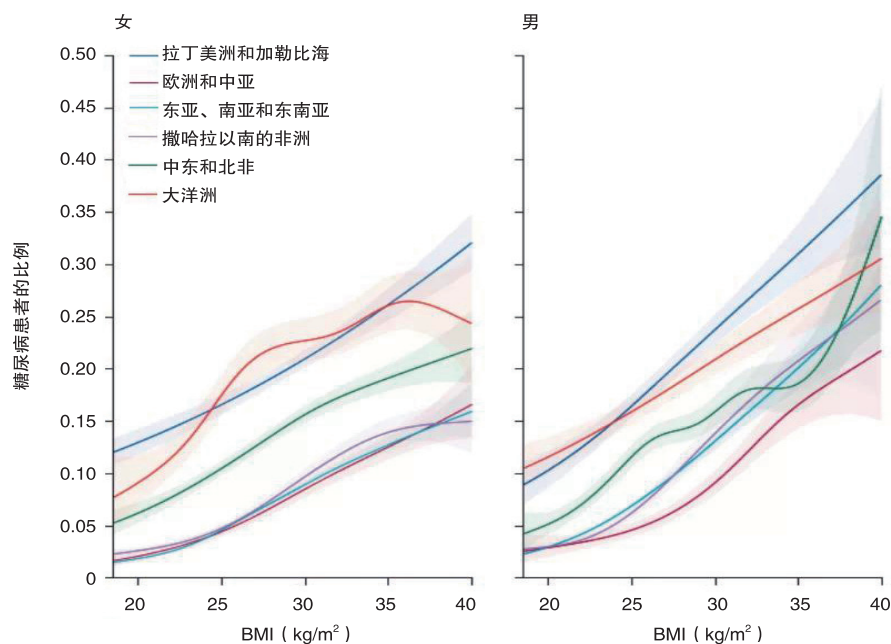


图 1 不同地区女性和男性中, BMI 与糖尿病患病率之间的关系

逐渐升高。不论是男性还是女性,年龄 ≥ 54 岁时,糖尿病风险最高。

若 BMI ≥ 30 kg/m²,几乎所有地区的人从 35 岁起,糖尿病风险就快速增加。而在撒哈拉以南的非洲, BMI ≥ 30 kg/m² 的男性甚至在 25~34 岁时糖尿病风险就已开始快速增加。

研究者指出,单纯根据 BMI 来筛查糖尿病,效果并不太好。在某些地区,如果 BMI ≥ 30 kg/m²,即便年龄不到 40 岁,也要

注意筛查糖尿病。

同期述评指出,该研究有重要的公共卫生启示作用,因为根据当前的糖尿病筛查指南,中低收入国家的实际糖尿病负担很可能被低估了。这些国家的卫生医疗系统应采用该研究结果,来改善其糖尿病预防和筛查政策,当然在评估其费用效益和调整筛查政策前,也需要考虑其他危险因素。

研究来自 6 大地区 57 个国家的 58 项全国性

调查中纳入 68 万例年龄 ≥ 25 岁的成年人,其中超重、肥胖、糖尿病患病率分别为 27.2%、21%、9.3%。

中国人调查样本取自 2009 年,纳入 8001 例,平均年龄 52.5 岁,平均 BMI 为 23.5 kg/m²,糖尿病患病率为 8.5%。

研究中的糖尿病定义为:空腹血糖水平 ≥ 7.0 mmol/L,随机血糖 ≥ 11.1 mmol/L,糖化血红蛋白 ≥ 6.5%,自我报告应用降糖药物。

专家
点
评

东亚人更应警惕腹型肥胖



中华医学会糖尿病学分会候任主任委员、北京医院内分泌科主任郭立新教授表示,肥胖与 2 型糖尿病是一对难兄难弟,关系密切。多项研究均证实,超重和肥胖是 2 型糖尿病发病的重要危险因素。

世界卫生组织建议,40 岁以上居民若 BMI ≥ 25 kg/m²,则需要筛查糖尿病。不过这一建议可能并不适用于全球所有地区和国家,尤其对于东亚而言,不能单纯依据 BMI 作为筛查糖尿病的指标。此项研究也证实了这一观点,即东亚人更不耐受肥胖,同时也更易出现腹型肥胖。很多 BMI 在 25 kg/m² 以下者可能已经是腹型肥胖。

因此,对减少糖尿病发生而言,东亚人应尤其

注意肥胖的管理,同时也要关注其他危险因素,包括久坐、缺乏运动、精神压力大、睡眠质量差、年龄及遗传因素等。

此外,2 型糖尿病患者伴发超重和肥胖,除加剧血糖控制难度外,还会进一步增加患者的心血管病发生风险。体重管理不仅是 2 型糖尿病治疗的重要环节,还有助于延缓糖尿病前期向 2 型糖尿病的进展。研究显示,体重下降 3%~5% 时,患者血糖、血压及血脂明显降低,胰岛素敏感性也显著改善。

《中国 2 型糖尿病防治指南(2020 版)》对于糖尿病患者的体重管理提出建议,对于超重和肥胖成人 2 型糖尿病患者的管理目标为减轻体重的 5%~10%。《中国老年糖尿病诊疗指南(2021 年版)》也提示,应当关注老年糖尿病患者的肥胖,尤其是伴发肌少症的老年肥胖。体重管理方式主要包括合理的生活方式干预、药物、手术等综合手段。

一句话新闻

研究发现,定期体检在检出慢病、改善心血管病危险因素以及采取预防措施(如癌症、吸烟和抑郁症筛查)方面有益处,但没有降低总体死亡率,也没有预防心血管事件。(JAMA. 2021;325:2294)

一项 Meta 分析显示,高强度间歇训练在改善心梗后患者的 VO₂ 峰值方面比中等强度连续训练和(或)常规体力活动更有效,且不会增加不良事件发生率。(Eur J Prev Cardiol. 7 月 19 日在线版)

本版编译
融媒体记者 贾薇薇 朱柳媛

欧洲十二个学术组织发布共识 五类心血管病患者需筛查衰弱

近日,欧洲预防心脏病学会、欧洲心律协会等 11 个欧洲心脏病学会下属学术组织与欧洲心血管初级保健学会联合发表共识,阐述了衰弱的定义、评估、意义和管理方案。(European Journal of Preventive Cardiology. 7 月 16 日在线版)

共识指出,衰弱、多病共存、失能是三种不同的情况,均与衰老有关,且在很大程度上有重叠。

衰弱定义为:人体多方面、多系统功能储备下降,机体易损性增加,对抗应激和急性不良事件的能力减退。多病共存定义为:同一个人同时存在至少两种与衰老有关的疾病。失能定义为:不能独立或

难以进行日常基本活动,包括需要自我照顾的事情和独立生活。

在心血管临床工作中,至少要对以下人群进行衰弱筛查:

- ☆ ≥ 70 岁的急性或慢性心血管病患者;
- ☆ ≥ 70 岁的慢性心血管病患者,其慢性疾病正在恶化;
- ☆ 心衰、房颤等与衰弱密切相关的心血管病患者,或多病共存的患者;
- ☆ 因急性心血管事件、非急性心血管事件或接受大手术而住院的 ≥ 70 岁心血管病患者;
- ☆ 计划接受心脏介入治疗的 ≥ 70 岁患者。

共识指出,要根据患者的具体特征选择初筛和

评估衰弱的理想方法。如心衰患者最好进行多方面评估。

在某些情况下,不同的评估方法可能有不同优势。例如,对于计划接受复杂介入治疗的老年患者,评估衰弱多个方面的指标可更好地预测死亡,而评估机体衰弱的指标对于确定患者是否有出现合并症和失能恶化的风险更有帮助。

共识指出,在心血管临床实践中,衰弱的管理主要集中于营养、运动、认知/情绪支持、多元心脏康复、预防跌倒、减少不合适的多药治疗、必要时缩短住院时间、支持自我照护行为,以及考虑用移动医疗技术来进行干预。

置入 ICD 后 多活动益处大

通过心脏康复增加体力活动,可改善心衰和冠心病患者的预后。近日,美国一项研究发现,接受置入式心脏复律除颤器(ICD)后,即使日常体力活动水平略有提高,再住院率和死亡风险也会降低。(Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 7 月 21 日在线版)

ICD 有助于降低心源性猝死的风险,常用于因心脏病发作、心脏骤停或危及生命的心律失常的患者。

研究人员评估了近 4.2 万例置入 ICD 患者的体力活动信息,使用 ICD 的传感器测量的身体活动数据,患者在运动时使心率增加的任何身体活动都会计入每天的总活动量。

在研究期间接受 ICD

治疗的患者中,只有 3% 参与了心脏康复计划。

研究发现,对于心脏康复的参与者,每天增加近 10 min 的体力活动,1~3 年内死亡风险降低了 24%。

研究中,每天体力活动每增加 10 min,各种原因导致的死亡将减少 1.1%。且只要增加体力活动,参加和未参加心脏康复者的死亡率降低是相同的。也就是说,心脏康复的益处在家中通过增加身体活动也可能实现。

