

美国心脏协会糖尿病科学声明 社会因素是决定糖尿病预后主因

近日，美国心脏协会（AHA）发布科学声明，对2型糖尿病患者全面心血管风险管理的现有证据和相关指南进行了专业分析和总结。本次更新主要集中在三个方面：新型降糖药物的证据和临床应用；血压控制对糖尿病心血管事件的影响；较新的降脂疗法的应用。

患者预后主要取决于社会决定因素

专家组强调，生活方式行为改变和管理是降低2型糖尿病患者心血管风险的关键（图1）。

通过糖尿病自我管理教育和支持以及医学营养治疗，提出适合于当地文化的建议，是达到个体化行为改变和糖尿病自我管

理目标的关键。

专家组指出，在影响2型糖尿病患者预后的可纠正因素中，临床治疗仅占10%~20%，其余80%~90%为社会决定因素，包括与健康相关的行为、社会经济因素、环境因素、种族主义等。

专家们认为，在持续推进对心血管危险因素管理的同时，也必须关注健康的社会决定因素。

总体上，专家组提出以患者为中心的管理策略，即在心血管风险管理过程中，以居住在家庭、社区和社会的人来考量患者。

血糖管理：对糖化血红蛋白值分类管理

该声明指出，大多数2型糖尿病患者的糖化血红蛋白（HbA_{1c}）控制目标应<7%或<6.5%，根据个体因素如预期寿命等进行调整。

年轻、预期寿命

长、无明显心血管病的患者，HbA_{1c}控制目标<6.5%。有严重低血糖史、预期寿命有限、合并晚期微血管或大血管并发症的患者，HbA_{1c}控制目标<8%。

美国临床内分泌医师协会支持大多数患者以HbA_{1c}≤6.5%为控制目标，在无不良预后或大血管并发症的情况下如不能达到较低目标，HbA_{1c}可调整为>6.5%。

血压管理：以患者为中心 医患共同商议

在血压管理方面，ACC/AHA和ADA提出的降压目标不一致。ACC/AHA建议总体目标为<130/80 mmHg。

但ADA并没有推广一

个统一的血压目标，而是进行风险分层，以避免对有合并症的体弱患者进行过度治疗，并减少过多用药和药物不良事件。ADA建议血压<140/90 mmHg，

高风险患者在可安全达标的情况下以<130/80 mmHg为目标。

专家组指出，降压目标应以患者为中心、医患共同商议后做决策。

血脂管理：及时积极降脂治疗

专家组指出，在糖尿病患者的一级和二级预防中，及时、积极的降脂治疗是全面降低心血管风险的一部分。对于所有的糖尿病患者，生活方式和行为干预是管理血脂异常的基石，他汀是降脂治疗的基础。

该声明引用了2018年的ACC/AHA胆固醇指

南，建议糖尿病患者以他汀作为一级和二级预防的一线治疗，最高风险者应使用最高强度他汀。已有心血管病的患者，如能耐受他汀，应启动或继续接受最高强度的他汀治疗，以LDL-C至少降低50%作为目标，75岁以上者应采取更加个体化的方案。

对于2型糖尿病的一

级预防，应根据年龄、绝对心血管风险、风险增强因素，至少考虑应用中高强度他汀。

专家组再一次强调，降脂治疗也必须个体化，如果他汀无效或不耐受，应使用其他药物，包括依折麦布、PCSK9抑制剂、鱼油、胆汁酸螯合剂、贝特类药物。

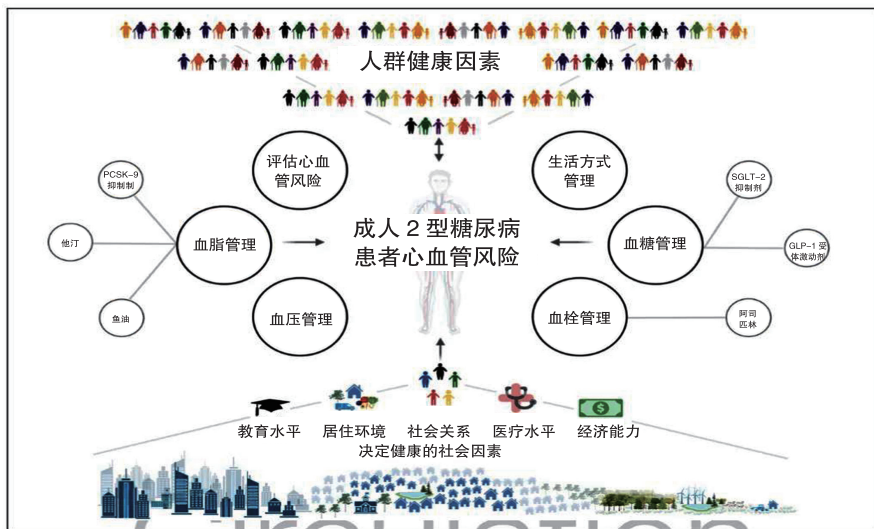


图1 生活因素决定糖尿病预后

新型降糖药物是否成一线治疗？还需积累证据

Meta分析显示，钠葡萄糖共转运蛋白2抑制剂（SGLT-2i）降低了11%的主要不良事件、降低了23%的心血管死亡或心衰住院，15%的全因死亡、11%的心梗和16%的心血管死亡，但对卒中无影响。无论是否存在心血管病或心衰，SGLT-2i均可降低心衰住院。文章指出，SGLT-2i可改善多种危险因素，但具体机制不明。

而胰高血糖素样肽-1受体激动剂（GLP-1 RA）降低了10%~12%的主要不良事件、12%~13%的心血管死亡率、12%的全因死亡率、6%~9%的心梗和13%~14%的卒中，但对心衰住院风险没有显著影响。

声明指出，GLP-1RA和SGLT-2i有直接和间接作用，都非常重要，因为改善血糖并不能说明这两类药物的所有心血管益处。

总体而言，新型降糖药物和二甲双胍，谁该为一线治疗，还有待于研究。

2019年的欧洲心脏病学会/欧洲糖尿病研究协会以及2020年ACC 2型糖尿病患者心血管风险降低新型治疗专家共识决策路径，建议已有心血管病或处于心血管高风险的患者，优先选择SGLT2i或GLP-1 RA为一线治疗。

2022年美国糖尿病协会（ADA）强调，2型糖尿病患者的一线治疗，取决于合并症情况、以患者为中心的治疗因素以及治疗需求，一般包括二甲双胍和全面的生活方式调节。

对于确诊心血管病的患者，或有心血管病、心衰、慢性肾病高危因素者，不考虑基线糖化血红蛋白、血糖控制目标、以及是否已用二甲双胍，均推荐选

用GLP-1 RA或SGLT2i。

另外，对于2型糖尿病患者，GLP-1 RA优于胰岛素；如已用胰岛素，建议联用GLP-1 RA，以获得更大的疗效和持久性。在2019年美国心脏病学会（ACC）/AHA心血管病一级预防指南中，将二甲双胍作为2型糖尿病患者的一线治疗列为II a级证据，有心血管病危险因素、经生活方式调节和二甲双胍治疗仍需进一步降糖的患者启动SGLT2i或GLP-1 RA作为II b级证据。

美国临床内分泌医师协会（AACE）建议，已有心血管病的患者，建议加用SGLT2i或GLP-1 RA。在新型降糖药物的使用方面，费用可能是障碍之一，其次是患者对这些药物心血管获益的认知程度。

编译 文韬 朱朱

上海胸科医院何奔团队发表非ST段抬高型心梗危险分层新方案

TIMI+GRACE 让危险分层更精确

非ST段抬高型心梗（NSTEMI）远期死亡率较高。如何尽快识别高危人群，进行危险分层，并对高危人群进行介入干预措施非常重要。

近期，上海胸科医院何奔教授团队提出了一套新的快速评估入院NSTEMI患者危险程度的系统。对入院诊断为NSTEMI的患者在接诊时用TIMI评分进行快速筛查：低风险患者考虑

保守治疗，而高风险患者则立刻进行介入治疗和加强管理。GRACE评分对于高危的心梗患者具有较好的预测力；然而在首诊时评估GRACE评分需要对患者进行许多的检查和评估，并且进行复杂的计算，其便捷性有所欠缺。

何奔团队在长期的临床实践中发现，TIMI与GRACE两个评分系统往往并不是十分同步，有时候异质

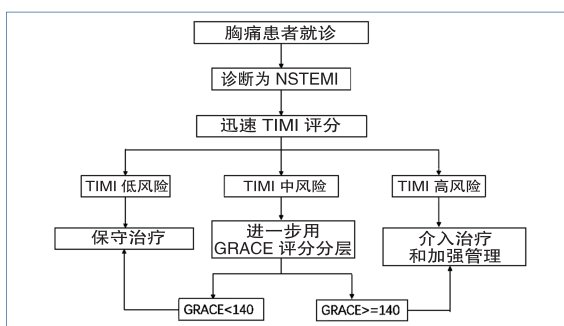


图2 整合了TIMI和GRACE评分的高危人群筛查流程

性比较大。如何克服这些问题，临床实践中究竟应该以谁为准？是必须解决的问题。研究团队分析了261

例NSTEMI患者的临床特征、院内事件以及长达4年的生存情况，发现TIMI评分将大部分的患者划入了中危组，这些患者存在着较大的异质性。

在TIMI中危组的患者中，GRACE评分高的患者比GRACE评分不高的患者院内不良事件、4年全因死亡率、4年心血管相关死亡率都高。研究团队对于TIMI中危的患者，进一步进行

GRACE评分。GRACE评分<140分的考虑保守治疗，GRACE评分≥140分的则考虑介入治疗和加强管理。

作者认为，这种评分系统结合了TIMI和GRACE评分的优点，有助于临床医生在首诊患者的时候快速筛选出高危患者，减少了对每一个患者进行GRACE评分的等待时间，又保留了对患者远期预后的预测能力（图2）。