

## • 卷首语 •

# 让中国糖尿病防治工作更上一层楼： 兼评《中国 2 型糖尿病防治指南(2013 年版)》

钱荣立

To promote the prevention and management of diabetes in China and advance to the new level; Comment on guideline for prevention and treatment of type 2 diabetes in Chinese(2013 Edition) QIAN Rong-li. Department of Endocrinology, Peking University First Hospital, Beijing 100034, China

doi:10.3969/j.issn.1006-6187.2014.01.002

在 2013 年 11 月刚闭幕的中华医学会糖尿病学分会(CDS)第 17 次全国学术会议上,专场发布了《中国 2 型糖尿病防治指南(2013 版)》征求意见稿(下称“指南”)。本届 CDS 主任委员翁建平教授在发布会上指出:“我国指南是在汇聚国内证据和参考国外证据基础上编撰的。从 2003 年编撰我国第 1 版指南开始,历经 2007 年和 2010 年第 2、3 版至今第 4 版,这一过程反映来自国内资料越来越多。因此,2013 版指南是符合国情和疾病变迁的特征的”。2013 版指南更关注临床和应用,为此重点作了以下修改:首先,关于糖尿病的筛查和诊断,基于我国公共卫生资源有限,人口数量大,糖尿病预防以高危人群为重点,根据患糖尿病的风险程度,进行针对性的筛查,指南首次提出了“中国糖尿病评分表”,对总分 $\geq 25$ 分者进行口服葡萄糖耐量试验(OGTT)。糖尿病诊断指标未变,只是目前中国暂不推荐  $HbA_{1c} \geq 6.5\%$  作为诊断指标。这是因为,目前我国  $HbA_{1c}$  作为诊断指标的证据尚不足, $HbA_{1c}$  检测标准化也不够。其次,指南更加重视对糖尿病并发症的综合预防。CDS 上届主任委员纪立农教授在会上就全国 39 家医院 1684 例糖尿病截肢患者进行调查分析,因合并糖尿病足截肢者 28.2%,而截肢者中合并神经病变者 50.1%,肾脏病变者 28.4%,视网膜病变者 25.9%。强调对糖尿病心、脑血管并发症的综合防治。强调除血糖外综合达标:包括血压控制目标值 $< 140/85$  mmHg(2010 年版为

$< 130/80$  mmHg),低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C) $< 1.8$  mmol/L(2010 年版为 $< 2.07$  mmol/L),甘油三酯(TG) $< 1.5$  mmol/L(2010 年版为 $< 1.7$  mmol/L)。再次,关于糖尿病神经病变的诊断,主要依据症状和体征,不再强调必须有神经传导速度检查(这一点还需征求神经内科医师的意见);关于代谢综合征诊断指标中的 BMI 改为腰围:男 $\geq 90$  cm,女 $\geq 85$  cm,以强调腹型肥胖的重要性;关于妊娠期糖尿病诊断标准,指南采用原卫生部 2011 年发布的行业标准,即 75 g OGTT:空腹血糖 $\geq 5.1$  mmol/L,服糖后 1 小时血糖 $\geq 10$  mmol/L,服糖后 2 小时血糖 $\geq 8.5$  mmol/L,取消服糖后 3 小时时点,空腹和服糖后 1 小时或 2 小时有一个时点异常即可诊断。显然,这些修改对临床更实用。然后,关于高血糖治疗,无论是降糖治疗方案的选择还是血糖控制达标值,2013 版指南都反映了近年来国内外大型临床试验的证据,如过严的血糖达标值,增加低血糖风险不利于患者预后等。指南将空腹血糖控制达标值下限由 2010 版的 3.9 mmol/L(3.9~7.2 mmol/L)改为 4.4 mmol/L(4.4~7.0 mmol/L),旨在避免由于空腹血糖过低发生低血糖的风险。在选择降糖药治疗方案方面,指南简化了原来“2 型糖尿病高血糖治疗路径”,更突出二甲双胍作为首选一线降糖药的地位,取消了二线和三线备选药,强调二甲双胍单药血糖控制未达标时可联合用药,两种或三种药联合仍不达标时可考虑胰岛素治疗。之所以再次强调二甲双胍作为一线用药的地位,正如纪立农教授指出,大量资料显示,二甲双胍良好的单药降糖效果和安全性,文献多达 78945 例 2 型糖尿病荟萃分析表明,二

作者单位:100034 北京大学第一医院内分泌科,北京大学糖尿病中心

甲双胍降糖效果优于  $\alpha$ -糖苷酶抑制剂和二肽基肽酶-4(DPP-4)抑制剂。令人担心的二甲双胍乳酸性酸中毒问题,经大量文献 347 项近 10 万例的荟萃分析显示,长期服用二甲双胍未增加乳酸性酸中毒风险。以上研究说明二甲双胍何以受到全球青睐,而被欧美所有指南奉为一线降糖药。2013 版指南还明确对新诊断 2 型糖尿病患者  $HbA_{1c} \geq 9\%$  或空腹血糖  $\geq 11.1$  mmol/L 者,可直接采用短期胰岛素强化治疗,早期控制血糖消除糖毒性,保护胰岛  $\beta$  细胞功能。最后,指南将减重手术列为 2 型糖尿病治疗选择之一,只是适应证严于国外指南。强调 BMI  $\geq 32$  kg/m<sup>2</sup> 者可考虑, BMI 28~32 kg/m<sup>2</sup> 者慎选, BMI 25~28 kg/m<sup>2</sup> 者不考虑。这是因为手术对某些患者可暂时缓解肥胖,但长远疗效还有待证明。总之,2013 版指南的上述修订,使其更加贴近临床和实用。必须指出,再好的指南也只是框架性的指导,具体应用时不要忘了个体化的原则,即如美国学者 Defronzo RA 总结的个体化 ABCDE 五原则,即: age、body weight、complications、duration of diabe-

tes、expense 和 expectancy of life。

新近发表的由宁光教授牵头的流调资料显示,我国糖尿病患病率继续攀升并高达 11.6%,糖尿病前期高达 50.1%。可以预见,随着我国改革开放的深入,农村城镇化,肥胖人群和老龄人口的增加,妊娠期糖尿病的增加,糖尿病患病人数还将继续上升。我国幅员辽阔,人口众多,糖尿病防控形势异常严峻。2003 年编写第 1 版指南的初衷就是面对我国地大分散,卫生资源分布不均,特别是卫生专业人员不足和水平参差不齐的特点,想通过指南将防治工作规范化,以整体提高我国糖尿病的防治水平。

10 年来,在各方努力下,我国糖尿病防治工作取得了很大进展,指南在实践中经过 3 次修订,发挥了引导全国糖尿病防治工作的作用。2013 版指南修订汇集了近年来国内外大量循证资料和前 3 版的经验,2013 版指南更贴近国情和临床实际,在今后糖尿病防治中必将推动我国糖尿病防治更上一层楼。

## · 文献导读 ·

### 胰岛素抵抗者的葡萄糖刺激胰岛素分泌的增强作用受损

T2DM 根据 IR 和胰岛  $\beta$  细胞功能障碍进行分类,后者可能是胰岛  $\beta$  细胞胰岛素信号缺陷引起的。为评估 IR 人群较之胰岛素敏感人群在胰岛素调节葡萄糖刺激的胰岛素分泌(GSIS)方面的作用,美国研究者对 10 例 IGT 患者,11 例 T2DM 患者以及 8 名健康对照者进行了研究。输注生理盐水或采用 B28-Asp-胰岛素进行正常血糖-高血胰岛素钳夹试验 4 h 后给予右旋糖 80 min 评估胰岛素分泌反应。结果发现,之前暴露于胰岛素的健康人群 GSIS 增加。这一作用在有 IR 的人群中减弱,IGT 和 T2DM 组均如此。存在 IR 的人群较之正常人胰岛素对于 GSIS 的作用程度较弱。这一发现与胰岛素可调节人体内的胰岛  $\beta$  细胞功能一致。

(摘译自 Halperin F, Lopez X, Manning R, et al. Insulin Augmentation of Glucose-Stimulated Insulin Secretion Is Impaired in Insulin-Resistant Humans. Diabetes Care, 2012, 61:301-309.)