

从 2015 年 ADA 新指南看我国糖尿病患者 心血管危险因素的防控

郭艺芳

(河北省人民医院,河北 050051)

Prevention of cardiovascular risk factors in patients with diabetes mellitus in China from ADA guideline in 2015

Guo Yifang

(Provincial Hospital of Hebei)

【中图分类号】R587.1

【文献标志码】A

【收稿日期】2015-03-02

新近,美国糖尿病协会(American Diabetes Association, ADA)更新颁布了《2015 年 ADA 糖尿病治疗标准》^[1],其中关于心血管疾病(cardiovascular disease, CVD)危险因素防治方面的主要建议如下。

1 血压管理

1.1 高血压筛查

糖尿病患者每次就诊均应测量血压;发现血压增高者应

择日再次测量,以明确高血压的诊断。

1.2 血压目标

糖尿病患者的血压应降至 140/90 mmHg 以下,部分患者(如年轻患者)可考虑降至 130/80 mmHg 以下。

1.3 降压治疗

血压高于 120/80 mmHg 时应建议患者通过生活方式干预控制血压;血压超过 140/90 mmHg 者,应在改善生活方式基础上启动药物治疗,以保证血压达标;糖尿病患者的降压治疗方案应包括一种血管紧张素转换酶抑制剂(angiotensin converting enzyme inhibitor, ACEI)或血管紧张素受体阻滞剂(angiotensin receptor blocker, ARB);通常需要多种药物(包括最大剂量的噻嗪类利尿剂与 ACEI/ARB)联合治疗才能使血压达标;应用 ACEI/ARB 过程中,需注意监测血肌酐、肾小球滤过率以及血钾水平变化;合并糖尿病与慢性高血压的妊娠妇女,建议血压目标值为 110~129/65~79 mmHg,且禁用 ACEI 与 ARB。

近年来,欧美国家多种指南先后放宽了糖尿病患者的血压控制目标值,其主要依据是缺乏足够证据证明将血压降至<130/80 mmHg 可使糖尿病患者获益更多。特别是以糖尿病患者为受试者的控制糖尿病患者心血管风险行动(Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes, ACCORD)研究显示,将血压降至<120/80 mmHg 并未进一步降低主要心血管终点事件发生率。然而,虽然 ACCORD 研究显示强化降压组与标准降压组患者主要复合终点事件发生率无显著差异,但深入分析单独终点可见,强化降压组卒中发生率显著降低 41% (1.5% vs. 2.5%, $P<0.01$)^[2]。这一结果提示,强化降压有助于进一步降低卒中发生率。对于这一结果,负责美国黑人高血压专家共识制定工作的数位专家表示,由于美国黑人中卒中发生率显著高于白人,因此严格控制血压水平对于降低黑人卒中发生率具有特殊意义,认为 ACCORD 研究结果为严格控制美国黑人高血压患者的血压水平提供了依据。同样,2014 年更新的日本高血压指南继续建议将<130/80 mmHg 作为糖尿

作者介绍:郭艺芳,医学博士,现任河北省人民医院副院长、老年病科主任兼老年病一科主任。担任中国医师协会心血管内科医师分会常委、中国医师协会高血压专业委员会常委、中华医学会心血管病学分会预防学组委员、中国老年学学会心脑血管专业委员会常务理事、中国高血压联盟理事、河北省医学会老年医学分会主任委员、河北省医学会心血管病学分会常委、河北省医师协会高血压专业医师分会主委等职,国际高血压学会(ISH)会员。《中华高血压杂志》常务编委,《中国心血管杂志》常务编委,《中华内科杂志》、《中华老年医学杂志》、《中国全科医学杂志》、《中国新药杂志》、《中华老年心脑血管病杂志》、《心血管病学进展》等 20 余种专业期刊编委。河北省有突出贡献中青年专家,河北省人大代表。近年来分别代表中华医学会心血管病学分会、中国医师协会心内科医师分会等学术机构执笔起草了《稳定性冠心病患者血糖管理中国专家共识》、《老年高血压诊断与治疗 2008 中国专家共识》、《老年高血压诊断与治疗中国专家共识(2011 版)》、《动脉功能无创检测临床意义评价中国专家共识》、《胆固醇吸收抑制剂临床应用中国专家共识》、《糖尿病患者多重危险因素综合防治中国专家共识》、《房颤患者口服抗凝治疗中国专家共识》、《妊娠高血压诊断与治疗中国专家共识》、《心内科患者糖代谢异常筛查中国专家共识》、《中国胆固醇教育计划血脂异常防治中国专家建议》等多部指南性文件。共承担省部级以上课题十余项,在国内外学术期刊发表论文 260 余篇,获省部级科研成果奖励 3 项。

优先出版: <http://www.cnki.net/kcms/detail/50.1046.r.20150709.2042.015.html>
(2015-07-09)

病患者的血压控制目标,其理由也是因为日本人群中卒中发生率高于欧美国家,强化降压有助于更为有效的降低卒中风险^[3]。与欧美国家相比,我国高血压患者的卒中风险显著高于心肌梗死。我国是卒中大国,积极的降压治疗对于降低卒中发生率有着尤为重要的意义。鉴于上述原因,继续将<130/80 mmHg 作为糖尿病患者的降压目标值是合理的。

2 血脂管理

2.1 血脂筛查

初次诊断糖尿病的成年患者应检测血脂,此后每 1~2 年定期检测。

2.2 血脂异常的治疗

生活方式干预是治疗血脂异常的基石;对于以甘油三酯升高和高密度脂蛋白胆固醇降低为主要表现者,应强化生活方式干预并加强血糖控制;甘油三酯>5.7 mmol/L 时需检查是否为继发性血脂异常并考虑启动药物治疗,以降低急性胰腺炎风险;年龄<40 岁且无其他 CVD 危险因素者,不建议予以他汀治疗;年龄<40 岁但伴有其他危险因素[低密度脂蛋白胆固醇(low density lipoprotein-cholesterol, LDL-C)≥2.6mmol/L、高血压、吸烟、超重/肥胖],予以中等强度或高强度他汀治疗;已确诊 CVD 者应接受高强度他汀治疗。年龄 40~75 岁的糖尿病患者,若无其他危险因素,应予以中等强度他汀治疗;伴有其他危险因素或已确诊 CVD 者需接受高强度他汀治疗。年龄>75 岁的糖尿病患者,若无其他危险因素,应予以中等强度他汀治疗;伴有其他危险因素者需接受中等强度或高强度他汀治疗;确诊 CVD 者需接受高强度他汀治疗。临床实践中,医生需要根据患者的治疗反应(副作用、耐受性、LDL-C 水平)适度调整他汀治疗强度;在他汀治疗基础上联合应用其他降脂药物(他汀/贝特、他汀/烟酸)不能带来更多心血管获益,故不建议常规应用;妊娠妇女禁用他汀。

2015 年 ADA 糖尿病治疗标准中关于糖尿病患者应用他汀治疗的原则,基本遵循了 2013 年底颁布的美国成人降胆固醇治疗指南的建议,其主要特点是放弃了 LDL-C 目标值,并强调大剂量高强度他汀在心血管疾病防治中的核心地位。这一观点在国内外引起了广泛争议。我国多数学者认为,由于我国人群平均胆固醇水平低于欧美国家患者,且对于大剂量他汀的耐受性更差,不应照搬美国新指南的血脂异常防治策略。常规应用大剂量高强度他汀的治疗方法不适合于我国患者。对于糖尿病患者亦是如此。根据 2014 年中国胆固醇教育计划血脂异常防治专家建议^[4],若糖尿病患者确诊动脉粥样硬化性心血管疾病(冠心病、缺血性卒中、外周动脉疾病),应接受他汀治疗并将 LDL-C 降低至 1.8 mmol/L 以下;无心血管疾病、但合并高血压的糖尿病患者亦应接受他汀治疗并将 LDL-C 降低至 1.8 mmol/L 以下;仅有糖尿病、不合并其他危险因素者,应将 LDL-C 控制在 2.6 mmol/L 以下。

3 抗血小板治疗

CVD 风险增高(10 年风险>10%)的糖尿病患者应考虑

应用阿司匹林(75~162 mg/d)进行 CVD 一级预防。这些患者一般包括:男性>50 岁或女性>60 岁且伴有至少一项其他主要危险因素者(CVD 家族史、高血压、血脂异常、微量白蛋白尿)。不建议 10 年 CVD 风险<5%的糖尿病患者(例如男性<50 岁或女性<60 岁且不伴有其他主要 CVD 危险因素者)应用阿司匹林。10 年风险为 5%~10%的糖尿病患者需要根据临床情况判断是否应用阿司匹林。所有确诊 CVD 的糖尿病患者均应服用阿司匹林进行二级预防,不耐受阿司匹林者用氯吡格雷(75 mg/d)替代。急性冠脉综合征患者应考虑进行为期 1 年的双联抗血小板治疗。

对于已经发生 CVD 的患者,若无禁忌证,均应长期接受小剂量阿司匹林治疗。近年来,关于阿司匹林在 CVD 一级预防中的地位一直存在争议。我国学者认为,阿司匹林在糖尿病患者 CVD 一级预防中的作用不容否认,但适宜的对象与适宜的剂量是保证阿司匹林一级预防获益的关键。由中华医学会心血管病学分会与《中华心血管病杂志》编辑委员会制定并颁布的《2013 年抗血小板治疗中国专家共识》认为^[5],糖尿病患者合并以下 2 项及以上危险因素的无明显心血管疾病者,其 10 年 CVD 风险≥10%,应长期服用阿司匹林(75~100 mg/d)进行一级预防:①男性≥50 岁或女性绝经后;②高血压;③高胆固醇血症;④肥胖(体质指数≥28 kg/m²);⑤早发心脑血管疾病家族史(男<55 岁、女<65 岁发病史);⑥吸烟。在临床实践中,应遵循我国指南性文件的相关建议,合理应用阿司匹林,最大程度的降低缺血性心脑血管疾病的致死致残风险。

ADA 糖尿病治疗标准是国际上最具权威性的糖尿病诊断与治疗指南之一,具有较大的学术影响力。然而,该指南是针对美国患者所制定,由于不同国家和地区的遗传学与流行病学背景存在较大差异,该指南不应直接照搬我国。为更好地防控糖尿病患者的 CVD 并发症,应以我国相关指南性文件为依据,充分结合我国具体情况,为患者制定个体化的治疗方案。

参 考 文 献

- [1] No authors listed. Standards of Medical Care in Diabetes—2015: Summary of Revisions[J]. Diabetes Care, 2015, 38(s1):4.
- [2] Ginsberg HN, Bonds DE, Lovato LC, et al. Evolution of the lipid trial protocol of the action to control cardiovascular risk in diabetes (ACCORD) trial[J]. Am J Cardiol, 2007(99):56i-67i.
- [3] Shimamoto K, Ando K, Fujita T, et al. The Japanese Society of Hypertension Guidelines for the management of hypertension (JSH 2014)[J]. Hypertens Res, 2014, 37(4):253-390.
- [4] 胡大一, 郭艺芳.《2014 年中国胆固醇教育计划血脂异常防治专家建议》十大要点[J]. 中国循环杂志, 2014, 29(6):410-411.
- [5] 中华医学会心血管病学分会. 抗血小板治疗中国专家共识[J]. 中华心血管病杂志, 2013, 41(3):183-194.

(责任编辑:唐秋姗)