

### 指南

## 成人2型糖尿病的管理:NICE指南更新概要

### Guidelines

## Management of type 2 diabetes in adults: summary of updated NICE guidance

来源:BMJ 2016;353:i1575 doi: 10.1136/bmj.i1575

2009年版指南的更新基于血糖管理、抗血小板治疗以及勃起功能障碍等领域的新证据和进展。本次更新涵盖了部分降血糖药物的安全性问题、新的二肽激肽酶-4(DPP-4)抑制剂和胰高血糖素样肽-1(GLP-1)受体激动剂的新证据、已有药物的新适应症和联合应用方案,以及专利到期药物对于健康和经济方面的潜在影响等。同时,本次更新还涉及在心血管疾病的一级预防中,超适应症应用抗血小板药物的新证据和安全性问题。

2型糖尿病患者占英国总人口数的6%,并且通常与肥胖、体力活动减少、血压升高以及血脂紊乱相关。该疾病导致长期的微血管和大血管并发症,并且降低生活质量和预期寿命。2型糖尿病的诊疗具有复杂性,需要同时预防心血管合并症和微血管并发症,并筛查和治疗早期的血管并发症。

本文总结了英国国家健康与临床优选研究所(NICE)指南中最新的建议,这些建议均来源于根据新近出现的证据和进展。本文也同时精选了一些仍然受到推荐的建议。

### 建议

NICE指南基于能够获得的最佳证据的系统性综述以及对成本效益的深入考量。如果只有少量证据,NICE指南基于指南制定小组(GDG)的经验和良好的临床实践。在临床决策过程中,医疗卫生专业人员应该全面掌握本指南,并且考虑到患者的需求、喜好,以及患者或服务对象的价值。不要求强制执行本指南中的建议。

### 你需要知道

- 血糖控制只是2型糖尿病治疗的一部分。
- 应在每年随访的时候提醒成人2型糖尿病患者确定他们的糖化血红蛋白控制目标。
- 二甲双胍仍然是一线首选用药,除非存在禁忌或不耐受。
- 不要一刀切,不是每一位糖尿病患者都需要进行自我血糖监测。

### 患者教育

- 在诊断当时或诊断后不久就应该为成人2型糖尿病患者及其家庭成员或看护者提供结构化的教育课程,并每年进行复习和强化。[2009年,基于低级证据以及GDG的经验和观点]

负责开发和教授课程的相关人员可在指南全文中查询详细信息。

- 个体化的糖尿病管理计划以及整合的饮食治疗建议应当包括诸如增加体力活动和减轻体重等生活方式干预的内容。[2009年,基于GDG的经验和观点]

### 血糖管理

- 与成人2型糖尿病患者共同制定他们的糖化血红蛋白(HbA<sub>1c</sub>)控制目标。目的是避免不良事件(包括低血糖)或为了达标而导致他们生活质量下降的徒劳付出。[2015年,基于从高级到极低级证据以及GDG

Hugh McGuire  
technical advisor<sup>1</sup>,  
Damien Longson  
guideline chair<sup>2</sup>,  
Amanda Adler  
consultant physician<sup>3</sup>,  
Andrew Farmer  
professor of general  
practice<sup>4</sup>,  
Ian Lewin consultant  
diabetologist<sup>5</sup>,  
on behalf of the  
Guideline  
Development Group

<sup>1</sup>National Institute for  
Health and Care  
Excellence, London,  
UK;

<sup>2</sup>Manchester Mental  
Health and Social  
Care Trust,  
Manchester M21  
9UN, UK;

<sup>3</sup>Addenbrooke's  
Hospital, Cambridge  
University Hospitals  
NHS Foundation  
Trust, Cambridge  
CB2 0QQ, UK;

<sup>4</sup>University of Oxford,  
Oxford, UK;

<sup>5</sup>Northern Devon  
Healthcare NHS  
Trust, Barnstaple  
EX31 4JB, UK

Correspondence to:  
H McGuire  
Hugh.McGuire@nice.  
org.uk

任倩译  
北京大学人民医院  
内分泌科

## 本指南更新亮点

- 建议糖化血红蛋白 (HbA<sub>1c</sub>) 的目标值设定为 ≤ 48 mmol/mol (如果患者使用超过一种口服降糖药, 那么 HbA<sub>1c</sub> 目标值设定为 ≤ 53 mmol/mol)
- 不能耐受二甲双胍的患者, 可考虑采取不同的药物路径
- 对心血管疾病的一级预防, 不建议使用阿司匹林或氯吡格雷

## 患者如何参与本文创作

指南制定小组邀请了非专业人员参与本指南的制定, 并总结于此。

### 的经验 and 观点]

- 与成人 2 型糖尿病患者共同讨论制定诊疗方案, 根据不同的患者个体的喜好、合并症、药物治疗或者严格控制血糖所带来的风险、预期寿命来制定个体化的疾病管理方案。[2015 年, 基于低级证据以及 GDG 的经验 and 观点]
- 建议患者将 HbA<sub>1c</sub> 的目标值设定为 48 mmol/mol, 在强化治疗时放宽到 53 mmol/mol。[2015 年, 基于低级证据以及 GDG 的经验 and 观点]
- 对于成人 2 型糖尿病患者, 不建议常规进行自我血糖检测, 以下情况除外:
  - 使用胰岛素治疗的患者
  - 使用可能增加低血糖风险的口服药的患者在驾驶或操作机器时
  - 有低血糖的证据
  - 妊娠或者计划妊娠的患者 (详细信息请参阅 NICE 指南糖尿病患者的妊娠部分)
  - 协助患者了解他们的糖尿病, 或者识别无症状低血糖事件应该作为结构化的教育课程的一个部分。

[2015 年, 基于从高级到极低级证据以及 GDG 的经验 and 观点]

## 药物治疗

- 使用二甲双胍 (常规剂型) 作为一线首选治疗方案。[2015 年, 基于高级证据以及 GDG 的经验 and 观点]
- 如二甲双胍 (常规剂型) 存在禁忌证或不耐受, 考虑使用二甲双胍 (缓释剂型) 或者 DPP-4 抑制剂、吡格列酮或者一种磺脲类药物作为起始治疗的方案。[2015 年, 基于对二甲双胍有适应证和耐受性人群的研究推断以及 GDG 的经验 and 观点]
- 根据 HbA<sub>1c</sub> 的变化在起始治疗后进行调整, 详见附图。
- GDG 总结认为在选择吡格列酮时应考虑药物和保健产品监管署 (MHRA) 的指南, 并考虑患者是否适用。

## 指南运用于实践

- 是否上一年确诊的每一位糖尿病患者都接受了结构化的糖尿病教育课程?
- 你在随访时是否给予 2 型糖尿病患者包括饮食、体力活动在内的生活方式指导?
- 你考虑到常规的糖化血红蛋白控制目标是否适用于有合并症、虚弱或者高龄患者了吗?

## 本指南何时更新?

英国国家健康与临床优选研究所目前正在考虑成立一个针对糖尿病的长期的更新委员会, 这个委员会将在新的相关证据产生之时, 更加迅速地更新糖尿病指南的具体领域。

## 进一步研究

基于证据的回顾性分析, 指南制定小组建议开展如下研究以改善糖尿病的诊疗:

- 停用或者更改药物治疗对血糖水平的影响如何? 进行上述临床决策的临床指征是什么?
- 对于不能耐受二甲双胍的患者, 当他们以非二甲双胍进行单药起始并治疗失败后, 什么才是最有效的联合治疗方案?
- 当需要采用 3 种药物联合进行强化治疗时, 应该用什么方案来控制血糖?
- 使用二肽酰基酶-4 抑制剂、钠-葡萄糖共转运体 2 抑制剂以及格列奈类药物对于慢性并发症的影响以及长期疗效如何?
- 对于适合自我血糖监测的成人患者, 最佳监测频率如何?

吡格列酮和心力衰竭风险、膀胱癌以及骨折风险增加相关。在起始治疗之前应该审慎考虑包括增龄在内的已知危险因素。MRHA 建议应该在患者接受此药物治疗后的 3~6 个月进行随访, 如确实获益方可继续使用。

- GDG 发现尽管 DPP-4 抑制剂的长期安全性证据有限, 但目前的证据已经足够支持推荐 2 种其他药物都存在禁忌或者不耐受时使用 DPP-4 抑制剂。同样, 也建议参考 MHRA 的指导。
- 2 型糖尿病患者起始胰岛素治疗时, 应该使用胰岛素剂量调整的结构化课程, 包括:
  - 注射技术
  - 电话热线支持
  - 自我管理
  - 根据目标进行剂量调整
  - 饮食管理
  - 通知司机和车辆牌照局 (DVLA)
  - 低血糖的处理



