

中国成人2型糖尿病预防的专家共识

中华医学会内分泌学分会

表1 糖尿病前期的诊断标准

诊断	标准
IFG	空腹血糖:5.6~6.9mmol/L
IGT	OGTT 2h血糖:7.8~11.0mmol/L
IFG+IGT	空腹血糖:5.6~6.9mmol/L 且OGTT 2h血糖:7.8~11.0mmol/L

注:IFG:空腹血糖受损;IGT:糖耐量受损;OGTT:口服葡萄糖耐量试验

糖尿病高危人群的筛查

无糖尿病病史者,首先根据高危因素(同上)进行初筛,对于具有一项危险因素者进一步进行空腹血糖或任意点血糖筛查。

空腹血糖:建议以空腹血糖≥5.6mmol/L作为行OGTT的切点。任意点血糖:建议以任意点血糖≥7.8mmol/L作为行OGTT的切点。

由于空腹血糖<5.6mmol/L或任意点血糖<7.8mmol/L的人群特别是老年人群不能完全排除IGT及餐后血糖升高的糖尿病,因此老年及其他高危者(确诊冠心病或合并较多危险因素)也建议行OGTT明确血糖代谢的情况。

糖尿病高危人群的管理

健康教育:目前缺乏证据与共识。参考糖尿病健康教育,建议每位高危者和(或)家属(照护者)应接受系统性的教育,并且做到每年巩固1次。教育的内容至少应包括糖尿病前期及糖尿病相关知识,如什么是糖尿病前期及糖尿病、医学营养治疗、运动和戒烟的基本知识等,此外还应包括该人群的其他CCVD风险的管理知识。

其他干预:生活方式干预。这是干预的基础。建议通过医学营养治疗和运动等强化生活方式干预减少发生糖尿病的风险。推荐肥胖或超重者控制至正常体重指数(<24kg/m²),或体重至少减少5%~10%;每日饮食总热量至少减少400~500kcal;饱和脂肪酸摄入量占总脂肪摄入量的30%以下;体力活动增加到250~300分/周。开始生活方式后,须定期随访其执行度。其他CCVD风险的管理,如血压、血脂同等重要。

监测:开始生活方式干预后,须定期随访该人群的血糖变化情况,建议每年至少1次于医院行空腹血糖和(或)OGTT检查。

糖尿病前期人群的管理

健康教育:同血糖正常性糖尿病高危人群部分。

其他干预:生活方式及血糖外其他CCVD风险的管理同血糖正常性糖尿病高危人群的管理。必须再次强调,强化生活方式干预是基础。降糖药干预。如

严格执行生活方式干预达6个月以上而血糖仍控制不佳(空腹血糖>6.1mmol/L,或高血糖进展,且年轻、经济条件好、有高的健康需求及医疗条件者可考虑使用药物。推荐使用二甲双胍(750~1700mg/d);若要减重,平均剂量2000~2550mg/d。二甲双胍不耐受可使用阿卡波糖150~300mg/d(若要减重,平均剂量300mg/d)或噻唑烷二酮类(如罗格列酮4~8mg/d、吡格列酮15~45mg/d),治疗应遵从个体化原则。

监测:开始生活方式干预后,需定期随访其血糖变化情况,建议每年至少1次于医院行空腹血糖和(或)OGTT检查。若已进行药物干预,每次随访时检测空腹血糖。定期监测体重及其他CCVD危险因素同样重要。

IGT人群的管理 健康教育:同血糖正常性糖尿病高危人群部分。

其他干预:生活方式及血糖以外其他CCVD风险的管理同血糖正常性糖尿病高危人群的管理。必须再次强调,强化生活方式干预是基础。于降糖药干预。如严格生活方式干预进行6个月以上而血糖仍控制不佳(餐后血糖>7.8mmol/L,或高血糖进展,且年轻、经济条件好、有高的健康需求及医疗条件者可考虑使用药物。如:阿卡波糖(150~300mg/d);若要减重,平均剂量300mg/d。如不能耐受阿卡波糖,可使用噻唑烷二酮类药物(如罗格列酮4~8mg/d、吡格列酮15~45mg/d)。

监测:该部分人群重点监测餐后血糖。血糖监测频率及其他监测指标及频率同IFG人群。

IFG+IGT人群的管理 健康教育:积极进行教育,教育频率应提高到每年至少1次。

其他干预:应立即启动强化生活方式干预。仍然强调,生活方式干预是基础。如强化生活方式干预进行6个月以上血糖仍控制不佳(空腹血糖>6.1mmol/L和(或)餐后血糖>7.8mmol/L,或高血糖进展,且年轻、经济条件好者,推荐早期使用药物干预。推荐使用二甲双胍1750mg/d(若要减重,平均剂量2000~2550mg/d)或阿卡波糖150~300mg/d(若要减重,平均剂量300mg/d)。若6个月单药控制血糖不达标可联合使用。如不能耐受二甲双胍和阿卡波糖,可使用噻唑烷二酮类药物(如罗格列酮4~8mg/d、吡格列酮15~45mg/d)。

监测:该人群的血糖监测频率每6个月至少1次,具体血糖监测指标及其他监测指标同IGT或IFG患者。对于特殊人群的管理,应根据患者情况即个体化区别对待。如已患CCVD、老年或超老年、阿尔茨海默病、精神障碍、脏器功能受损、预期寿命<10年以及老年独居等的

糖尿病前期者,其病情差别较大,重点是健康教育、血糖外其他CCVD危险因素的控制与监测及血糖监测,一般不需要针对血糖做特别干预。

控制目标

血糖控制目标。强调个体化,并根据其年龄与预期寿命、是否存在微血管和大血管疾病、CCVD危险因素、是否存在可导致严重低血糖的疾病及危险因素以及社会因素如医疗条件、经济条件和健康需求等制定血糖控制水平。理想水平:空腹血糖≤6.1mmol/L,OGTT2hPG≤7.8mmol/L。自然餐后2hPG≤7.8mmol/L。糖尿病前期人群理想的控制目标是将血糖水平逆转至糖耐量正常(以下简称NGT)水平。如无法逆转至NGT水平,至少应尽力维持在糖尿病前期,力争阻止或延缓其进展为糖尿病。

体重控制目标。肥胖或超重的糖尿病前期人群体重应减少5%~10%,并使体重指数长期维持在健康水平。其他CCVD因素控制目标(见表2)

指标	控制目标
血压	
收缩压	<140 mmHg
舒张压	<90 mmHg
血脂	
LDL-C	无CCVD风险或低风险者≤2.6mmol/L 已存在CCVD或属于2个危险因素者≤1.8mmol/L
甘油三酯	<2.3mmol/L
HDL-C	男性>1.0mmol/L 女性>1.3mmol/L

注:CCVD:心脑血管疾病;1mmHg=0.133kPa;LDL-C:低密度脂蛋白胆固醇;HDL-C:高密度脂蛋白胆固醇

总之,对2型糖尿病的预防首先要注重高危人群的筛查,通过筛查尽量做到糖尿病前期的早发现、早诊断和早管理,这对于预防或延缓糖尿病及CCVD的发生至关重要。干预方面,生活方式干预最重要且安全、有效,因此是基础、是首选。但是,长期形成的生活习惯是很难在短期内被完全纠正,需要有专人进行健康教育、饮食运动指导,并需要严格随访和监督,因此付出的人力、费用较大。而且,临床工作中这些人群依从性并不十分理想,很难取得理想的效果。所以,生活方式干预的依从性较差。因此,对执行强化生活方式十分困难者可考虑首选药物干预或强化生活方式干预6个月以上血糖仍不达标者可考虑药物干预。但针对不同个体,如健康条件、健康要求、经济条件及医疗条件等多种因素综合考虑,即遵循个体化的原则制定干预方式。同时必须强调,血糖以外的CCVD危险因素的管理同样甚至更重要。

(来源:《中华内分泌代谢杂志》2014,30(4):277-283)

2014年“讲述身边的护理故事”征文比赛三等奖作品选登

四十四年风和雨 献身护理志不渝

周梅花

2014年4月18日,广州军区总医院礼堂灯光闪耀,一名60岁身着洁白护士服的护理专家从院长手里接过两纸命令——一个是退休,一个是继续聘任为内科总护士长。这位护理专家就是广州军区总医院内科总护士长孙欣。

沙漠边睡下了献身护理的不渝种子,战火中浇注了无畏奉献的爱心蔓枝,南国都市结出了尊重生命的累累硕果。这就是孙欣——一名老护士的个人成长足迹。

屈指算来,孙欣献身临床护理工作已经四十四年。四十四年,她从西北宁夏的腾格里沙漠边的野战医院,到云南老山前线的野战医疗所,直至南国的广州军区总医院,走遍了大半个中国;四十四年,她竭尽全力半生的精力全心全意为部队指战员服务,为地方群众服务,亲自照顾的各类患者数以万计;四十四年,她始终保持不怕苦、不怕脏、不怕累和积极进取的南丁·格尔精神,用自己娴熟的技术精心护理患者,用自己心理学研究生的专长为患者进行心理护理和健康教育;四十四年,她更是从一个年轻的小兵,成长为具有正高级职称、鬓角微白的护理专家……

1970年孙欣应征入伍,来到解放军汽车团一个卫生队,当了一名卫生兵。两年后,孙欣被调到宁夏回族自治区中宁县解放军野战医院,这个医院位于腾格里沙漠的边缘,终年风沙刮得昏天暗地,条件十分艰苦,医院靠自己亲手去开拓。最初是一边建营,一边开工,她一有空就主动钻进建设的队伍去搬砖、推土。有一次别人劝她,不要整天泡在工地上,风沙会吹粗皮肤,小心成了粗手大脚婆娘嫁不出去,她还没来得及张嘴回击,就被吹进嘴里的沙子堵了回去。她索性不理睬这些,埋头干自己手里的活。就这样,她眼里不知吹进了多少沙子,手上不知干裂了多少伤口,却没有一点怨言和退缩。当看着沙漠边屹立起来称不上雄伟却饱含心血的住院部大楼,她的内心有生以来第一次升起了主人翁的自豪感。

七十年代初,大家都没有机会上护校,孙欣也不例外,只是通过医院自己的护士培训队8个月的学习,就开始了工作。无奈之下,她只好利用业余时间自学《护理学》、《营养学》、《病理学》等,细心而谨慎地摸索护理经验。1976年8月,甘肃平凉一个农村火药仓库着火,烧伤了附近的40多个农民,大多数是妇女、儿童。孙欣接到派往帮助工作的命令连夜赶往。漆黑的夜晚,汽车在山路上行走了6个多小时才来到平凉市解放军第六医院,下车后孙欣没有顾不上休息,立刻来到病房熟悉工作环境。一进病房,她被眼前的情景惊呆了,雪白的被单中躺着浑身焦黑的人,手脚都烧得勾了起来,痛苦的呻吟充斥着在耳边。后来,她每每回忆起这次经历都心有余悸地说:“那时我是一个新护士,是第一次遇到这么惨重的伤员,真是吓坏了,连续几个晚上都在做恶梦”。

恐惧没有挡住孙欣救护伤员的勇气,经过简单休整就投入了工作。她所在的第三组有9个伤员,全是妇女,大部分是面部和四肢烧伤,烧伤面积都在40%以上。看着这些妇女,她渐渐地由恐惧变为同情,在接下来的3个月,除了吃饭、睡觉,几乎所有的时间都守护在伤者的床边,精心地护理着她们,直到看着她们一个个痊愈出院。出院的时候他们眼含泪水却不知用什么语言才能表达他们的感激之情,只是紧紧握着她的手许久不愿松开。这次抢救烧伤伤员,使她真正体会到了护理工作的重要和伟大,更坚定了孙欣献身护理的信心。

1985年5月,孙欣所在医院要抽调20名医护人员赴老山前线野战医疗所,她立即向院党委递交了请战书,坚持要求上前线。当时她的女儿只有4岁,爱人又在南方工作。她知道此行的危险,可是作为一名军人有责任为国牺牲,作为一名护理人员她更不能舍弃帮助伤病员的机会!她把女儿交给家人照顾,义无反顾地登上了开往云南老山前线的列车。送行的月台上,医护人员和家属都知道此行生死未卜,谁也不愿送别的刹那,突然大声地喊:“妈妈,我想你早点回家!”此话一出,月台顿时成了泪的海洋……孙欣布满泪水的双眼凝望着渐渐远动的小火车,家乡、家乡,心却飞往炮火连天的战场和等待着救护的伤员们。

前线医疗所条件非常艰苦,医护人员住在一个小镇粮所的屋檐下,白天对

着爬满苍蝇的食物难以下咽,晚上受着老鼠的啃噬和蚊子的叮咬难以入眠,但孙欣一点也不耽误工作。担任分类组的护士长兼副组长,在极其简陋的条件下开起了门诊。一天,前线送来了5名伤员,这5名伤员加起来仅剩3条完整的腿,其余的腿都被无情的地雷炸飞了,伤情惨不忍睹,让观者失声。刚刚走上前线的她没有顾上害怕,拿出一位护士长应有的沉着与冷静,迅速地处理伤员的伤口,照料他们,把他们安全的送往后方医院。她在后来日记中写道“战士们残疾了,但是在他们的眼中依然闪烁着无畏的光芒,没有半点后悔与怨怒,这就是‘最可爱的人’,我要为‘最可爱的人’献出自己全部的爱心和最精湛的护理技术,让他们最大程度地脱离痛苦”。这段话活了孙欣的工作准则,在之后一年半的战地护理工作中,她事事争先,完全超越了一名普通护理者的责任范围,用自己的实际行动践行了自己的誓言。当看到战士们伤痛减轻后安详的笑脸时,她真正体会到了无比的快乐,那是一种超脱自我的感觉,是自我最纯洁心灵的由衷释放。

1989年,孙欣调到广州工作,南国大都市不同以往小城的安宁与战场的危险,繁忙喧嚣中透露着人与人之间的不熟悉而产生的冷漠。她虽置身其中却未被同流,始终保持着一名职业护理人员那种坚定的奉献与真诚的信念,兢兢业业、默默无闻地做好每一件事。2003年3月非典流行之初,广州军区总医院呼吸科收治了一名不明原因肺部感染的患者。那是一个谈“非”色变的时期,没有人敢去护理这个病人。她在病人病情不稳定的情况下,每天深入呼吸科病房亲临患者床旁,亲自查看病人。检查重病病人的护理质量及消毒隔离措施落实情况,和医生一起做患者的心理护理。非典时期呼吸科工作忙,人手紧,她自己亲自下科室做护理工作,积极地协调其它科室护士支援呼吸科的护理工作,圆满地完成了任务。

为了进一步增加知识含量,增强护理病人的能力,孙欣一直没有停止学习的脚步。1992年获得华东师范大学深造心理学的机会,在华东师范大学学习的初期,她车祸后骨盆多处骨折伤还没有痊愈,上课时常常坐不住,但是她从没有请过一天病假,以坚韧的毅力和优异的成绩完成学业,成为中国护理史上首批心理学研究生,并成功的把所学专业应用到实际工作中。2004年,一名女患者住进了孙欣的科室,内科时患者面色苍白,情绪很不稳定,常常讲她很想拿刀杀人,或者自杀。经过了解得知,这名患者小时候受过精神刺激,几年前和丈夫一起到广州创业,拼搏成功后小有家产,但是做出了亏欠太太的她反而内心加重,老是怀疑丈夫在外有染。经过多次观察和了解,孙欣应用心理学知识,一点一滴地开导女患者,还经常把患者夫妻聚在一起,为他们调解、劝解,最后这位女患者心情变得开朗了,出院后和丈夫一起把生意做得更大。现在每次来广州参加参展的时候都要亲自来院里看望她,并经常打电话向她咨询心理问题。这位女患者逢人便说:“孙欣不仅治愈了我的病,更挽救了我的家庭和事业,是她一辈子的的好朋友。”

几十年来,孙欣注重经验的积累。她不断加强学习,结合临床护理,积极开展理论研究,并在实践中取得学术成就。先后发表关于糖尿病和心理学的护理学论文20多篇,参与编著《现代护理管理》,还多次参加国内护理职称考试命题和广东省护理操作规程编写等工作,《老年糖尿病的临床系列研究》获军队科技进步三等奖。她还多次参加德国柏林国际会议、全军护理教育大会等交流,并应邀担任中华护理学会广东省分会血液病专业组副主任委员、广东省内科护理学会委员等学术机构职务。

一名平凡的护理小兵成长为如今的护理专家,其成功就源于无私奉献、不计较个人得失,源于亲善和蔼、爱心为上的精神。四十四年来,孙欣以南丁·格尔为榜样,努力学习,爱岗敬业,乐于奉献,打针、发药、铺床、输液,在苦中感受着呵护生命的快乐;交班、接班、白天、黑夜,在累中把握着生命轮回的航舵。在风沙肆虐的西北,走过了清纯的少女年代;从炮火连天的前线,走过了炙热的青春年华;在白色蒙蒙的氛围中,用一颗真诚的心丈量无数个夜晚的漫长。如今,退休返聘的她,更是如燃烧的蜡烛,竭力照亮每一位后来者的前程。地点不同,对象不同,身份不同,但相同的是那份荣耀;那种每每把患者从死亡线上拉回来后的极大的满足和成就感,以及通过平凡而光荣的奉献演绎着全世界白衣天使的光彩和荣誉。

(作者单位:广州军区总医院)

从最新指南看糖尿病患者的血脂管理

纪立农

导语:

相比普通糖尿病患者,超重或肥胖的糖尿病患者的心血管疾病(以下简称CVD)发病风险明显增高,其血脂代谢异常的突出特点是较低的低密度脂蛋白胆固醇(以下简称LDL-C)水平和较高的甘油三酯(以下简称TG)水平。对这类患者的血脂管理,目前有何临床证据?国内外指南有何推荐或建议?在不久前召开的“第五届肥胖与糖尿病论坛”上,北京大学人民医院的教授纪立农针对这个主题进行了学术报告。

中国指南对血脂管理的重要更新

中华医学会糖尿病学分会(以下简称CDS)最新颁布的《2013年中国2型糖尿病防治指南》(以下简称新指南)对糖尿病患者血脂管理提出了更积极推荐。

大部分糖尿病患者启动他汀治疗超越LDL-C水平限制。相比2010版指南中对无CVD、年龄>40岁、LDL-C>2.5mmol/L的糖尿病患者启动他汀的限制,新指南明确指出,所有下列糖尿病患者,无论基线血脂水平如何,应该在生活方式干预的基础上使用他汀类药物:(1)有明确的CVD;(2)没有CVD,但年龄>40岁伴有一个或多个CVD危险因素(早发性心血管疾病家族史、高血压、吸烟、血脂紊乱或蛋白尿);(3)低风险者(如无明确CVD且年龄<40岁),若LDL-C>2.6mmol/L或具有多个CVD危险因素,在生活方式干预基础上,应考虑使用他汀治疗。

合并CVD的糖尿病患者LDL-C目标更低。对于合并CVD的糖尿病患者,LDL-C目标值由2010版指南的<2.07mmol/L(80mg/dl)降低至新指南的<1.8mmol/L(70mg/dl);对于无CVD的糖尿病患者,LDL-C目标值由2010版指南的<2.5mmol/L(100mg/dl)调整为新指南的<2.6mmol/L(100mg/dl)。

对联合降脂治疗给出肯定答案;不能带来更多获益。新指南明确指出,在

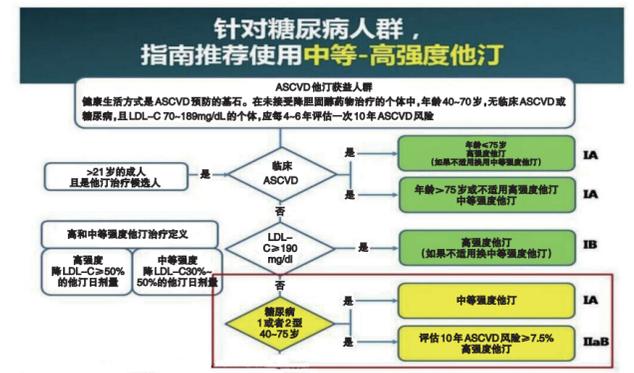
有发生心血管疾病高危性的2型糖尿病患者中,在他汀类的基础上,使用降低TG和升高HDL-C(高密度脂蛋白胆固醇)的调脂药不能够进一步减少糖尿病患者发生心脑血管病变和死亡发生风险。

新指南为何对血脂管理做出上述更新?——接轨新理念和新进展

近年来,国际上对胆固醇管理的理念有很大变化,已不再局限于胆固醇达标,而是以降低动脉粥样硬化性心血管疾病(以下简称ASCVD)风险为最终目标;也不再强调以胆固醇水平作为启动他汀的标准,而是将他汀作为降低ASCVD风险的药物,可从中受益的人群都应尽早启动他汀治疗。

基于新理念和新进展,2013年多项国际糖尿病指南更新了糖尿病患者胆固醇管理推荐。美国糖尿病协会(简称ADA)、美国内分泌学会(简称AACE)、加拿大糖尿病学分会(简称CDA)和欧洲糖尿病协会(简称EASD)发布的四大国际糖尿病指南对大部分糖尿病患者启动他汀治疗取消基线LDL-C规定,提出应依据危险因素综合评估,并将他汀治疗的LDL-C目标值调整得更低,对伴有CVD,或不伴有CVD但有多种高风险因素的糖尿病患者,LDL-C均应控制在<70mg/dl(1.8mmol/L)以内。

最具有代表性且引起广泛关注的是2013年美国心脏病学会(以下简称ACC)/美国心脏病协会(以下简称AHA)的《降低成人ASCVD胆固醇治疗指南》,基于高质量RCT(随机对照试验:一种对医疗卫生服务中的某种疗法或药物的效果进行检测的手段),该指南明确了启动他汀治疗的目标是降低ASCVD事件,而不是降低LDL-C,达到某个目标值或减少动脉粥样硬化。并且,在循证医学证据支持下,该指南明确了4类他汀治疗的获益人群:(1)临床存在ASCVD者;(2)原发性LDL-C升高≥190mg/dL;(3)临床无ASCVD或糖尿病,年龄40~75岁、LDL-C为70~189mg/dL者;(4)临床无ASCVD或糖尿病、LDL-C为70~189mg/dL,且10年



他汀治疗路径图

ASCVD风险≥7.5%者。针对这4类人群,该指南直接推荐使用合适强度的他汀治疗。其中,针对40~75岁的糖尿病患者,无论有无心脑血管病史,指南推荐使用中等-高强度他汀治疗。

ACC/AHA指南同时推荐了不同他汀及计量的治疗强度,其中,高强度他汀治疗是指达到LDL-C降幅≥50%的剂量,包括阿托伐他汀(40~80mg/d)和瑞舒伐他汀(20~40mg/d);中等强度他汀治疗是指达到LDL-C降低30%~50%的剂量,药物种类较多;低强度他汀治疗是指达到LDL-C降低<30%的剂量。

各种指南不再设定LDL-C和非LDL-C靶目标值的主要原因在于缺乏RCT证据支持滴定药物治疗至特定LDL-C和/或非HDL-C目标,而治疗靶目标值,不是对胆固醇的否定,而是为了保证合适的人群维持合适强度的他汀治疗。尽管是否取消靶目标值得商榷,但以降低ASCVD风险为最终目标的积极他汀治疗理念已毋庸置疑!

二十多年循证医学证据探索奠定了他汀降低心脑血管事件的基石地位

CARDS研究(安慰剂对照试验研究)、ASCOT-DM(盎格鲁-诺斯地纳维亚心脏病终点实验——糖尿病)亚组分析结果也都证实了糖尿病患者使用他汀类药物可以得到心血管方面的获益;2008CTT(胆固醇治疗研究者协作组)荟萃分析还证实使用他汀的临床获益与基线血脂水平无关,其研究者总结道“无论男女老少,肥胖与否,不管是否罹患轻度肾脏疾病,所有糖尿病患者均能从他汀治疗中获益。更为重要的是,即使基线LDL-C水平低于平均值的糖尿病患者,也能从他汀治疗中获益。”此外,多数大型研究结果不支持在他汀基础上加用其他调脂药,因其不能进一步降低更多事件。

综上所述,《2013年中国2型糖尿病防治指南》接轨新理念和新进展,推荐更积极的他汀治疗;对于大部分糖尿病患者启动他汀治疗超越LDL-C水平限制,并推荐更低的LDL-C目标水平,在他汀基础上联合使用其它调脂药未进一步减少糖尿病患者发生心脑血管疾病和死亡风险,因此不推荐联合治疗。(作者单位:北京大学人民医院)