

خلاصه راهنمای بالینی دیابت

مفاهیم کلیدی: اهداف باید به صورت فردی تعیین شود. گروه‌های خاص (کودکان، زنان باردار و افراد مسن) نیاز به ملاحظات ویژه دارند. در بیماران مبتلا به هیپوگلیسمی شدید یا مکرر می‌توان اهداف قند خون بالاتری در نظر گرفت. کنترل شدیدتر قند خون با کاهش بیشتر عوارض میکروواسکولار همراه است اگرچه خطر هیپوگلیسمی را افزایش می‌دهد. در صورتی که علیرغم رسیدن قند خون ناشتا به حد هدف HbA_{1c} به حد مطلوب نرسیده باشد، گام بعدی کنترل قند پس از غذاست.

غربالگری برای تشخیص دیابت

برای تشخیص دیابت و یا ارزیابی ریسک ابتلا به دیابت در آینده، اندازه‌گیری HbA_{1c}، گلوکز پلاسمای ناشتا (FPG) و آزمون تحمل گلوکز پس از مصرف ۷۵ گرم گلوکز مناسب است. سطوح HbA_{1c} بین ۵/۷٪-۶/۴٪ بیانگر افزایش خطر ابتلا به دیابت است. HbA_{1c} ≤ ۶/۵٪، غلظت گلوکز پلازما در حالت ناشتا ≤ ۱۲۶ mg/dl و غلظت گلوکز پلازما ۲ ساعت پس از مصرف ۷۵ گرم گلوکز خوراکی ≤ ۲۰۰ mg/dl معیارهای تشخیص دیابت به شمار می‌آیند.

مقادیر ارائه شده HbA_{1c} (جهت تشخیص و یا درمان) براساس روش‌های مورد تأیید NGSP می‌باشد. ولی با توجه به این که آزمایش HbA_{1c} در برخی مواقع با استفاده از کیت‌ها یا سیستم‌های فاقد این تأییدیه گزارش می‌شود، لازم است پزشک در همکاری با آزمایشگاه از دارا بودن این تأییدیه اطلاع حاصل نماید. در صورت عدم وجود شرایط مطلوب، پیشنهاد می‌گردد پزشک با در نظر گرفتن وضعیت بیمار و نیز میزان قند خون (ناشتا و بعد از غذا) جهت تشخیص و درمان بیمار تصمیم‌گیری نماید.

مراقبت بیماران مبتلا به دیابت نوع ۲	مراقبت بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱	معاینه فیزیکی/ارزیابی آزمایشگاهی
		معاینه فیزیکی کامل
		برای طبقه‌بندی بیماران، عوارض را شناسایی کنید. برنامه‌ای برای مدیریت بیماری و ادامه مراقبت‌ها تدوین کنید.
		ویزیت در مطب
		هر سه ماه یک بار در موارد شدید بیماری، عدم پاسخ به درمان و عدم کنترل قند خون می‌توان تعداد ویزیت‌ها را افزایش داد.
		نمایه توده بدنی (اندازه‌گیری وزن در هر ویزیت، اندازه‌گیری قد سالی یک‌بار)
		هر ویزیت با هدف کاهش وزن به حد مطلوب
		HbA _{1c}
		HbA _{1c} < ۷٪
		هر سه ماه یک بار (D)، در صورت رسیدن به هدف درمانی دو بار در سال (D). کنترل شدیدتر قند خون (HbA _{1c} < ۶٪) با کاهش بیشتر عوارض همراه است اگرچه خطر هیپوگلیسمی را افزایش می‌دهد و باید به طور فردی تصمیم‌گیری شود (B). در بزرگسالان مسن‌تر برای جلوگیری از حمله‌های هیپو/هیپرگلیسمی که منجر به عوارض حاد و مزمن می‌شوند می‌توان هدف HbA _{1c} را در حد ۸٪ تعیین نمود. در صورت وجود سابقه هیپوگلیسمی شدید، عوارض پیشرفته و امید به زندگی پایین نیز هدف درمانی HbA _{1c} < ۸٪ در نظر گرفته شود.
		فشارخون
		برای فشارخون ≤ ۱۴۰ میلی‌متر جیوه تأیید شده، همراه با تغییر در شیوه زندگی درمان دارویی را شروع کنید. برای شروع درمان فشارخون ACEI یا ARB توصیه می‌شود (A). اگر برای رسیدن به هدف، نیاز به تجویز بیش از ۳-۴ داروی ضد فشارخون باشد بیمار جهت بررسی‌های بیشتر ارجاع شود (D).
		SBP < 140 mmHg DBP < 90 mmHg

<p>اندازه‌گیری سالانه، در صورت عدم کنترل ارزیابی با فواصل کوتاه‌تر تا رسیدن به اهداف درمانی. در بیماران دیابتی بدون توجه به پروفایل لیپید در صورت وجود بیماری شناخته شده قلبی یا در افراد بالای ۴۰ سال و وجود یک یا چند فاکتور خطر بیماری‌های قلبی-عروقی درمان با استاتین توصیه می‌شود (A).</p>		<p>اهداف درمانی در پروفایل چربی: LDL < 100 mg/dl LDL < 70 mg/dl در بیماران پرخطر (یا بیماری شناخته شده قلبی CVD) HDL < 40 mg/dl در مردان HDL < 50 mg/dl در زنان TG < 150 mg/dl</p>
<p>در زمان تشخیص و سپس سالانه، در صورتی که در یک بازه زمانی ۶ ماهه دو نمونه از سه نمونه ادرار از نظر میکروآلبومینوری (A) مثبت باشد درمان با ACEI یا ARB توصیه می‌شود.</p>	<p>باید ۵ سال پس از تشخیص بیماری آغاز شود (D)، سپس سالانه تکرار گردد. در صورتی که در یک بازه زمانی ۶ ماهه دو نمونه از سه نمونه ادرار از نظر میکروآلبومینوری (A) مثبت باشد درمان با ACEI یا ARB توصیه می‌شود.</p>	<p>ارزیابی دفع آلبومین در ادرار با: نسبت میکروآلبومین ادرار به کراتینین (نمونه ادرار تصادفی روش ارجح است) یا در نمونه ادرار ۲۴ ساعته</p>
<p>بررسی عملکرد کلیوی و کراتینین بیماران مبتلا به دیابت سالانه اندازه‌گیری شود. در صورت وجود بیماری مزمن کلیوی (CKD) مرحله‌بندی بیماری انجام شود (D).</p>		<p>کراتینین سرم و محاسبه eGFR</p>
<p>برای پیشگیری اولیه در کلیه بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱ و ۲ که در معرض خطر بالای بیماری‌های قلبی-عروقی قرار دارند (به جز در موارد منع مصرف) و برای پیشگیری ثانویه در همه بیماران دیابتی با سابقه بیماری‌های قلبی-عروقی (A).</p>		<p>درمان با آسپیرین ۷۵-۱۶۲ میلی گرم در روز</p>
<p>در زمان تشخیص دیابت، در صورت طبیعی بودن معاینه چشم سالانه.</p>	<p>در بیماران با سن ۱۰ سال و بیشتر، ۲-۳ سال پس از شروع بیماری سپس سالانه (B).</p>	<p>معاینه چشم توسط افتالمولوژیست و یا اپتومتریست مجرب در تشخیص و مدیریت رتینوپاتی دیابتی</p>
<p>مشاهده پا در هر ویزیت. معاینه کامل سالانه شامل معاینه عروقی (بررسی نبض‌ها، حرارت، رنگ، جریان خون مویرگی، انجام ABI در افراد در معرض خطر بالا و یا لنگش متناوب) معاینه نورولوژیک (حداقل دو مورد از موارد: تست مونوفیلیمان، آزمون تعیین آستانه درک ارتعاش، حس لامسه، رفلکس‌های تاندونی)، معاینه درماتولوژیک (مشاهده کلی پوست، ضایعات موضعی، کالوس‌های بین انگشتان، زخم و ناخن‌ها)، بررسی بیومکانیکال پا (بررسی دامنه حرکت مفاصل، شکل پا، انگشتان، برجستگی‌های استخوانی) و کفش بیمار (D).</p>		<p>معاینه پا</p>
<p>اندازه‌گیری گلوکز پلازما در بیمارانی که تحت درمان با داروهای خوراکی بوده و یا نوبت‌های کمتری انسولین دریافت می‌کنند می‌تواند در هدایت درمان و خودمدیریتی بیماری کمک کننده باشد.</p>	<p>در بیمارانی که روزانه چند نوبت انسولین دریافت می‌کنند و یا تحت درمان با پمپ انسولین هستند اندازه‌گیری گلوکز پلازما ۳ بار یا بیشتر در روز (A) شامل قبل از غذا، بعد از غذا، زمان خواب و قبل از شروع ورزش توصیه می‌شود.</p>	<p>اهداف قند پلازما در پایش فردی قند خون قند خون قبل از غذا ۸۰-۱۳۰ mg/dl قند خون بعد از غذا ۱۸۰ mg/dl ></p>

<p>مروری بر اهداف آموزش و خودمراقبتی</p>	<p>در هر ویزیت بر کنترل قند و فشار خون بالا تأکید کنید، کاهش وزن با استفاده از رژیم غذایی مدیترانه‌ای، رژیم‌های کم چربی / با کالری محدود و یا کم کربوهیدرات برای همه افراد دارای اضافه وزن، افراد چاق در معرض خطر و یا بیماران مبتلا به دیابت توصیه می‌شود (A). الگوهای خوردن را با تأکید بر کربوهیدرات، سدیم، و چربی‌های اشباع شده بررسی کنید، شمارش کربوهیدرات یک استراتژی کلیدی در کنترل گلیسمیک است (A). حداقل ۱۵۰ دقیقه در هفته فعالیت بدنی هوازی با شدت متوسط (A)، در صورتی که منعی وجود نداشته باشد، افراد مبتلا به دیابت نوع ۲ باید به انجام تمرین‌های مقاومتی ۳ بار در هفته تشویق شوند (A).</p>
<p>هیپوگلیسمی</p>	<p>در فرد هوشیار درمان ارجح گلوکز (۱۵-۲۰ گرم) است، گرچه هر نوع کربوهیدرات حاوی گلوکز نیز مناسب است. پس از ۱۵ دقیقه قند خون بیمار را پیش کنید. در صورت ادامه هیپوگلیسمی درمان را تکرار کنید. پس از بازگشت SMBG به مقادیر طبیعی، برای پیشگیری از تکرار هیپوگلیسمی فرد باید یک وعده غذایی و یا یک میان وعده دریافت کند. برای کلیه افراد در معرض خطر هیپوگلیسمی شدید گلوکاگون ۱ mg SC/IM نسخه شود.</p>
<p>غربالگری افسردگی</p>	<p>بررسی بیماری‌های روان‌پزشکی (افسردگی)، توجه به علایم افسردگی و مشاوره با روان‌پزشک در صورت نیاز</p>
<p>واکسیناسیون آنفلونزا</p>	<p>سالانه در همه بیماران توصیه می‌شود.</p>
<p>واکسیناسیون پنومونی</p>	<p>در همه‌ی بیماران دیابتی با سن ۱۹ تا ۶۴ سال، واکسیناسیون توصیه می‌شود و در بیماران ۶۵ سال به بالا در صورتی که تاکنون واکسن دریافت نکرده و یا از آخرین نوبت واکسیناسیون آن‌ها بیش از ۵ سال گذشته باشد، واکسیناسیون انجام شود.</p>
<p>واکسیناسیون هپاتیت B</p>	<p>طبق برنامه واکسیناسیون هپاتیت B کشوری انجام شود.</p>
<p>قطع سیگار</p>	<p>توصیه به قطع مصرف دخانیات و ارجاع برای ترک آن به مراکز مربوطه</p>
<p>بهداشت دهان</p>	<p>معاینه دهان و دندان هر ۶ ماه (D)</p>
<p>تنظیم خانواده</p>	<p>مشاوره جهت تنظیم خانواده در خانم‌های در سن باروری، انجام تست‌های بررسی تشخیص دیابت ۱۲-۴ هفته بعد از ختم حاملگی در خانم‌هایی که مبتلا به دیابت بارداری در حاملگی اخیر بوده‌اند. غربالگری دیابت در آن‌ها باید هر ۳ سال یک بار انجام شود.</p>
<p>بررسی تیروئید</p>	<p>در دیابت نوع ۱ آنتی‌بادی‌ها (آنتی تیروئید پروکسیداز، آنتی تیروگلوبولین) و TSH همزمان با تشخیص و پس از آن به صورت دوره‌ای هر ۱ تا ۲ سال چک شود.</p>
<p>انجام آزمایش‌های کبدی</p>	<p>آزمایش‌های کبدی سالانه باید انجام شود.</p>
<p>بیماری سلیاک</p>	<p>بعد از تشخیص دیابت نوع ۱ در کودکان باید تست ترانس گلوتامیناز بافتی و یا آنتی‌اندومیزال (EMA یا TTG) جهت غربالگری بیماری سلیاک انجام شود (این تست‌ها در نقص ایمنی Iga قابل اعتماد نیستند). توصیه به غربالگری در افراد بزرگسال مبتلا به دیابت نوع یک با توجه به علائم بالینی و شک به این بیماری</p>