

中国糖尿病防治新指南正式发布

吴依明

千呼万唤始出来!自去年11月中华医学会糖尿病学分会(CDS)2013年年会公布征求意见稿,历时近10个月,中国2型糖尿病防治指南终于正式公布!

去年CDS年会期间,《中国医学论坛报·循环周刊》第一时间报道了CDS主任委员翁建平教授、纪立农教授和陆菊明教授对中国2型糖尿病防治指南(征求意见稿)的更新要点解读。在征求意见稿的基础上,正式版指南在这些更新要点上并无太多改动。本文将带您回顾专家们对该指南的更新要点解读。

指南更新要点

一、糖尿病并发症的流行病学

新版指南补充了中国城市医院糖尿病截肢的临床特点。2010年,39家医院共有1684位患者截肢,因为糖尿病足而截肢者有475人,占非创伤性截肢的39.5%。在这475位患者中,男性患者占65.9%,平均年龄66岁,平均糖尿病病程130个月。糖尿病截肢患者合并神经病变、下肢动脉病变、肾脏病变和视网膜病变的比例分别为50.1%、74.8%、28.4%和25.9%。

二、提出中国糖尿病风险评估表

由于公共卫生资源的限制,预防糖尿病应采取高危人群优先的策略,应根据糖尿病风险程度进行针对性筛查。新版指南首次提出中国糖尿病风险评估表,总分≥25分者应进行口服葡萄糖耐量试验(OGTT)筛查。

三、不推荐糖化血红蛋白诊断糖尿病

美国糖尿病学会(ADA)和世界卫生组织(WHO)将糖化血红蛋白水平≥6.5%作为诊断切点。但是在我国,糖化血红蛋白作为糖尿病诊断切点的资料相对不足,且测定的标准化程度不够,因此,暂不推荐在我国将糖化血红蛋白作为糖尿病诊断切点。但是,对于采用标准化检测方法,并有严格的质量控制,正常参考值在4%~6%的医院,糖化血红蛋白≥6.5%可作为诊断糖尿病的依据。

四、降糖药物的选择和治疗路径

药物的安全性、有效性和费用仍是选择治疗时考虑的关键因素。上市时间长、经过大型临床试验和其他循证医学研究证明具有良好安全性和有效性的药物应被放在优先位置上。在积累我国临床研究证据的基础上,新版指南对药物治疗的路径做了修改,体现为取消了二线和三线治疗的备选路径,以及提出了新诊断2型糖尿病患者短期(2周至3个月)强化胰岛素治疗的路径。

五、减重治疗

减重治疗的适应证有可选适应证[体质指数(BMI)≥32千克/米²,或有或无并发症的2型糖尿病]、慎选

适应证(BMI为28~32千克/米²且有2型糖尿病,尤其是存在其他心血管风险因素的情况下)和暂不推荐[BMI 25~28千克/米²,合并2型糖尿病,并有向心性肥胖,且有以下代谢综合征:高密度脂蛋白胆固醇(HDL-C)水平低和高血压病]。其中,暂不推荐仅适用于临床研究。2010年版糖尿病防治指南没有上述分类。

六、糖尿病神经病变的诊断路径

医生主要依据症状和体征进行诊断,不再强调神经传导速度检测。

七、综合控制目标

新版指南里,将空腹血糖控制目标改为4.4~7.2毫摩尔/升(2010年版为3.9~7.2毫摩尔/升);血压控制目标改为<140/80毫米汞柱(2010年版为<130/80毫米汞柱);合并心血管病时,低密度脂蛋白胆固醇(LDL-C)控制目标为<1.8毫摩尔/升(2010年版为<2.07毫摩尔/升,或比基线降低30%~40%);未合并心血管病,但是年龄>40岁并有≥1种心血管危险因素者,低密度脂蛋白胆固醇控制目标为<2.6毫摩尔/升(2010年版为<2.5毫摩尔/升)。

八、代谢综合征的诊断标准

2010年版要求具备4项(BMI、高血糖、高血压、血脂紊乱)标准中的≥3项。新版改为具备腹型肥胖(男性腰围≥90厘米,女性腰围≥85厘米)、高血压标准为≥130/85毫米汞柱(2010年版为≥140/90毫米汞柱),空腹高密度脂蛋白胆固醇标准为<1.04毫摩尔/升(2010年版为男性<0.9毫摩尔/升和女性<1毫摩尔/升)。

九、老年糖尿病

新版指南强调在不出现低血糖的前提下,根据患者的情况确定个体化的控制目标,达到适度血糖控制。

十、阻塞性睡眠呼吸暂停低通气综合征(OSAHS)

我国研究显示,住院2型糖尿病患者OSAHS患病率在60%以上。基于此,新版糖尿病防治指南增加了关于OSAHS的阐述,强调应加强医务人员对这两种病共存的认识,进行相应筛查。

新版指南对糖尿病合并感染的防治增加了以下要点:所有≥2岁的2型糖尿病患者均要接种肺炎球菌多糖疫苗;≥64岁的糖尿病患者如果在65岁以前接种过疫苗,接种时间超过5年要再接种;≥6个月的患者每年都要接种流感疫苗;19~59岁的糖尿病患者如未曾接种乙肝疫苗,则应该接种;≥60岁的糖尿病患者如未曾接种乙肝疫苗,可以考虑接种。

此外,新版指南新增了糖尿病与口腔疾病的内容。(备注:1毫米汞柱=133.322帕)

河南省肿瘤医院 在全省率先实现无菌物品质量可追溯管理



医务人员在扫描无菌物品的二维条形码

本报讯(记者贾领珍 通讯员宋欣)8月21日,记者从河南省肿瘤医院获悉,该院已在全省率先完成无菌物品质量追溯系统建设工作,从回收、清洗消毒到发放、使用,可复用无菌物品、一次

性无菌物品、外来器械等都有了各自的二维条形码,通过扫描这一独特的“身份证”,实现了对无菌物品质量的追溯管理。

河南省肿瘤医院的无菌物品质量追溯系统综合采用条形码的方式,实现了消毒供应室内部日常工作流程中的回收、清洗、检查包装、灭菌及发放等环节的可追溯管理,实现了手术室内镜清洗、检查包装、低温灭菌环节的可追溯管理和手术室手术患者的可追溯管理。

通过扫描二维条形码,河南省肿瘤医院的医务人员可查看无菌包的条码编号、名称、清洗日期、清洗流程、清洗机编号、清洗责任人、配包人、核包人、灭菌日期、失效期、灭菌人、灭菌结果检查人、灭菌结果、发放人、发放日期、患者姓名、使用日期等相关信息。如果灭菌器发生故障而导致

生物监测阳性反应,该院医务人员可通过无菌物品质量追溯系统查询相应批次的灭菌包发往何处,便于将不合格物品及时召回,对已经使用的患者可加强监控及观察,及时采取防治措施以减少对患者伤害,真正做到了对灭菌物品“从哪里来,到哪里去”的全程跟踪追溯。

无菌物品质量追溯系统的启用提升了无菌物品的清洗、消毒、包装、灭菌、储存、发放和使用等各个环节的监控质量,提高了消毒灭菌工作的科学管理、跟踪评价以及责任追究,提供了无菌物品生产过程的信息数据指引、存储、存查功能,确保了生产质量和品质。当无菌物品出现问题时,河南省肿瘤医院会即刻启动无菌物品召回应急预案,进行对无菌物品质量的信息化追溯,为医疗安全保驾护航。

郑州大学附属郑州中心医院 成功实施喉部巨大血管瘤微创手术

本报讯(记者何云霞 通讯员封宁)8月15日上午,历经2个多小时,郑州大学附属郑州中心医院(郑州市中心医院)为患者何女士成功实施喉部巨大血管瘤等离子、激光微创切除术。目前,患者恢复良好。

由于咽部有异物感,32岁的何女士来到郑州大学附属郑州中心医院就诊。医生检查后发现,何女士的喉部长有巨大的血管瘤,且已经堵塞部分声门。

“巨大的血管瘤就像是体内的一颗‘定时炸弹’。”何女士的主治医生、郑州大学附属郑州中心医院耳鼻咽喉头颈外科主任李玉杰说。据李玉杰介绍,这类病情进展快、易出血,随时可能



医生在做手术

学附属郑州中心医院的专家们,为何女士的手术做了充分的准备,力求术中万无一失。术后,何女士的呼吸、吞咽、发音等重要生理功能没有受到影响。

腿抽筋需要排除哪几种病

问:我今年58岁。这段时间,我的腿经常抽筋。听人说这是因为缺钙了,我就吃了一些钙片,可为什么效果不好?

答:腿抽筋(肌肉痉挛)是一种肌肉自发的强直性收缩,以发生在小腿和脚趾的肌肉痉挛最为常见,发作时疼痛难忍,尤其是半夜抽筋时往往把人痛醒。许多人误认为“腿抽筋就是由缺钙引起的”。

其实,引起腿抽筋的原因有很多。专家指出,中老年人易患的下肢动脉粥样硬化闭塞症也会导致腿部抽筋症状的发生。有这种疾病的人,若持续补钙,反而危害更大。

对于中老年朋友来说,尤其是有高血压病、高血脂症、心脏病、脑血管病、糖尿病等疾病家族史的中老年人,当出现下肢酸痛、抽筋、走路不稳等症状时,应当首先排除临床最为常见的动脉粥样硬化或糖尿病引发的下肢动脉粥样硬化闭塞症。常见的检查方法是进行彩色多普勒、下肢动脉图和血液生化学、血液流变学、血管分子学检查等。如果患者确诊为下肢动脉粥样硬化闭塞症,就要暂停补钙,以防止动脉硬化或钙化斑块加重、斑块破裂。即使患者补钙,也应科学补钙,做到合理膳食,要注意食用富含钙的小鱼、

小虾、醋泡鸡蛋等,并适当活动,多晒太阳,以增强体质。

腿抽筋发作时,患者该怎么办呢?患者可根据不同的原因采取不同的对策,很快解除痉挛而止痛。当发生腿抽筋时,患者可以“反其道而行之”,朝其作用力相反的方向扳脚趾,并坚持3分钟,即可收效。具体来说,如果是小腿后面的肌肉抽筋,患者可一边用手扳脚使脚板翘起,一边尽量伸直膝关节;当小腿前面的肌肉抽筋时,可压住脚板并用力的扳脚趾。

释疑

我国完成 世界首例3D打印枢椎椎体置换手术

北京大学第三医院近日宣布,我国完成世界首例应用3D打印枢椎椎体置换手术。目前,这位患者已经康复出院。此举为肿瘤切除后的颈椎结构重建开辟出一条崭新的途径。

据北京大学第三医院骨科主任刘忠军介绍,此次手术的患者12岁,患有尤文氏肉瘤,癌变部位位于枢椎,随时可能出现不可逆的脊髓损伤,导致呼吸骤停。尤文氏肉瘤是一种罕见的脊柱原发性恶性肿瘤,目前主要的治疗方式是手术结合放疗,其中手术切除是治疗的关键。切除肿瘤后,医生还必须将被侵蚀的枢椎全部去掉。这样一来,患者的脖子与头颅之间就缺

少一节颈椎。对此,传统的解决办法是在第一和第三颈椎之间填充钛合金网笼,但是其可能造成患者吞咽困难,且极易造成相邻的椎体塌陷。此外,术后,医生还需要在患者的头部和肩胛部位打钉子,并以支架固定患者的头部,即便睡觉时,患者的头部也不能接触床。

刘忠军所领导的团队应用3D打印技术,使用钛合金粉末制造出模拟枢椎复杂形态的孔隙金属结构,可使骨细胞长入金属空隙内,以达到融合的效果。由于人工椎体独特的设计结构,患者术后不再需要用到钛板辅助固定。同时,此举还大大降低了传统“钛网”有可能导致的并发症。(刘欢)

脱发症 或被骨髓纤维化药物治愈

近日,美国哥伦比亚大学的科学家利用治疗骨髓纤维化的方法成功治愈3名脱发症患者,使他们完全自然地长出头发。

这3名患者之前均患有脱发症,头发大面积或全部脱落。在服用治疗骨髓纤维化的药物5个月后,他们的脱发症均完全被治愈。

这项研究由美国哥伦比亚大学医学中心的研究人员完成,研究成果发表在最新一期的《自然医学》杂志上。英国的脱发症发病率

约为2%,主要是因为人体免疫系统紊乱并攻击头发毛囊所致。脱发症患者头发部分或全面脱落,会造成巨大的精神痛苦。

科学家表示,他们此前已成功识别出攻击毛囊并导致脱发的一些免疫细胞。

科学家表示,在这种药物可以进一步推广之前,还有很多工作要做。造成脱发症的原因很多,上述药物目前主要治疗的是相对常见的免疫系统紊乱所致的脱发症,是否能适用于治疗更广泛的脱发症,还不得而知。(方静)

神经科疾病诊断的“三部曲”

张誉怀

神经科疾病的诊断历来有“三部曲”之说,所谓“定向、定位和定性”是也。正如唱京戏的要求走台步必须有章法,神经科医生在诊断实践中也应该遵循“三部曲”的章法。此“三部曲”在循证推理的过程中是连贯而富有逻辑性的,严格地遵循其可以在很大程度上减少误诊而保证诊断的合理性。

定向诊断是神经科医生诊断实践的第一步,即首先判断患者的病情是神经科抑或非神经科。有人说这简单,不就是分诊吗?护士已经能胜任了,医生可以跳过这个环节。其实不然。疾病的临床表现非常复杂,有时复杂得超乎想象。不断学习与积累经验是神经科医生的常态。护士分诊给你的患者并非真的是神经科患者,你依然需要动用强大的鉴别诊断能力来甄别患者的病情。

笔者记得自己刚当医生的时候,一个患者挂了神经科的号找笔者看,主诉右眼眶剧烈疼痛伴视力减退和脸型变小。笔者看了以后,根据该患者眼眶疼痛+视力减退+脸型变小,就想到应该是不典型的眶上裂综合征,遂收其入院(N年前住院还是容易的),谁知上级医师看了该患者后正告笔者说:“这个人不是神经科的患者。他患的是青光眼。”笔者听

划定一个方向,确实有点神奇。但是,有时候,因为患者的症状和体征复杂,定位有一定的困难,再加上辅助检查不给力,那简直就让人抓狂了。定位诊断是一个立体的推理过程,有的医生会把体格检查作为定位诊断的主要依据,其实不然,病史中的症状描述同等重要。

笔者比较推荐的做法是,先通过症状的描述产生定位诊断的假设,设计一些专门的问题做症状鉴别诊断以证实也是白搭,不知所终。因此,定性诊断也是一个立体的推理还原过程。

和定位诊断一样,我们可以首先通过病史对定性诊断产生一个大致的假设(midnight中的一类),其中起病方式有绝对的提示作用。比如,即刻起病的提示血管、外伤;数天起病的提示炎症、中毒和不典型血管病等。在有了基本定性诊断的方向整合定位诊断后,医生可以去预见性地让患者选择合适的检查去证实定性诊断的假设。比如,一个患者起病急骤,数天内达峰,定位诊断考虑颈髓病变,我们就可以产生“炎性脊髓病变”的假设,由此动用颈椎MRI检查,验证定位诊断的合理性;并根据急性炎症性病变的特点,可以推测出脊髓有肿胀甚至强化;动用免疫学检查排除自身免

疫性疾病,如干燥症或狼疮等;动用脑脊液寡克隆带检查排除多发性硬化症;动用AQP-4抗体检查排除神经脊髓炎谱系疾病。

总而言之,在理想的情况下,神经科医生所动用的辅助检查应该是有目的和有“预谋”的,旨在验证前期形成的定位和定性假设。笔者非常反对不问青红皂白就对患者进行各种套餐检查,然后根据检查结果,再来反推临床。

此外,定性诊断也是一个“拼图还原”的过程。我们可以把患者的各种临床信息碎片收集起来,包括起病方式、病情发展特点、加重或缓解因素、个人家族史、既往住、特殊体征、血液检查、辅助检查等。以上信息均以碎片方式存在,临床医生必须全部收集,仔细拼凑,

力求还原病因。

总之,神经科疾病诊断“三部曲”是我们诊断实践的中轴,每个环节都需要我们大胆假设、小心求证。面对每个谜一样的患者,我们遵循“三部曲”的章法,可以不断地迎接临床神经科带来的充满魅力的挑战。

