

Continue



إرشادات ada 2019 هدف a1c1

2019年ADA糖尿病诊疗标准（中文版）来了，。全文较长，建议收藏阅读。主要内容如下：
注：ADA的证据分级系统证据水平的定义
A级证据：●来自实施良好、代表性广泛的随机对照实验的明确证据，包括（1）实施良好的多中心试验证据；（2）分析时纳入质量评分的荟萃分析证据。●令人信服的非实验来源的证据，如牛津大学循证医学中心开发的「全或无，规则」；●来自实施良好的随机对照实验的支持性证据，包括（1）一个或多个研究机构实施良好的证据；（2）分析时纳入质量评分的荟萃分析证据。
B级证据：●来自实施良好的队列研究的支持性证据，包括（1）证据来自实施良好的前瞻性队列研究或注册研究；（2）证据来自实施良好的队列研究的荟萃分析。●来自一项实施良好的病例对照研究的支持性证据。
C级证据：●来自对照不严谨或无对照研究的支持性证据，包括（1）证据来自存在1个或多个主要或3个或多个次要方法学缺陷的随机临床试验；（2）证据来自观察性研究，可能具有较大偏倚（如前后对照的病例系列）；（3）证据来自病例系列或病例报告。●有冲突的证据，但大体上支持推荐。
E级证据：专家共识或临床经验。
1.人群中治疗改进和健康促进糖尿病和人群健康
1.1 应以循证指南为依据及时制定治疗决策，并结合患者意愿、预后和合并症调整。
B1.2 将糖尿病管理的方法与慢病管理模式结合，以确保积极的糖尿病治疗小组和知情患者主动参与之间的有效互动。
A1.3 医疗系统应支持团队管理、患者注册、决策支持工具、社区参与，以满足患者需求。
B1.4 评估糖尿病诊疗质量并制定质量改进策略的努力，应该包含可靠的数据指标，以促进诊疗流程和改善健康结局，同时强调成本。
E治疗中的社会问题
1.5 医疗工作者应评估社会环境，包括潜在的食物安全性问题、居住稳定性、经济障碍，并将该信息应用于治疗决策。
A1.6 如有可能，患者应转诊到当地社区医疗机构。
B1.7 应为患者提供来自健康教育者、指导者或社区卫生工作者的自我管理支持。
A2.糖尿病的分型和诊断
糖化血红蛋白（A1C）
2.1 为避免误诊或漏诊，A1C的检测应采用通过 NGSP 和标准化糖尿病控制及并发症试验（DCCT）认证的方法。
B2.2 如果测得的糖化血红蛋白和血糖水平之间存在明显不符，应该考虑由于血红蛋白变异（如血红蛋白病）糖化血红蛋白检测干扰的可能性，并考虑用无干扰的方法或血浆血糖的标准诊断糖尿病。
B2.3 在 A1C 与血糖不符的情况下，如镰状细胞病、妊娠（妊娠中期和晚期）、葡萄糖-6-磷酸脱氢酶缺乏、HIV、血液透析、最近失血或输血或促红细胞生成素治疗，仅应用血浆血糖标准诊断糖尿病。
B1 型糖尿病
2.4 在有高血糖症状的个体应该用血糖而不是 A1C 诊断急性起病的 1 型糖尿病。
E2.5 用自身抗体筛查筛查 1 型糖尿病目前仅建议在临床研究机构或有 1 型糖尿病先证者的亲属中进行。
B2.6 两种或多种自身抗体持续阳性预测临床糖尿病并且在临床研究机构可以作为干预指征。
B糖尿病前期和 2 型糖尿病
2.7 应考虑在无症状的成年人用危险因素评估或已认证的工具筛查糖尿病前期和 2 型糖尿病。
B2.8 超重或肥胖（BMI ≥ 25 kg/m2 或亚裔美国人 ≥ 23 kg/m2）并有一项或以上其他糖尿病危险因素的无症状成人，不论年龄，应该考虑筛查糖尿病前期和 2 型糖尿病。
B2.9 对所有病人，应从 45 岁开始筛查。
B2.10 如果检查结果正常，至少每 3 年重复筛查一次是合理的。
C2.11 使用空腹血糖、75 g OGTT 2 h 血糖或 A1C 筛查糖尿病前期和糖尿病均是合适的。
B2.12 对于糖尿病前期和糖尿病患者，评估并治疗其他心血管疾病（CVD）危险因素。
B2.13 超重（BMI ≥ 第 85 百分位数）或肥胖（BMI ≥ 第 95 百分位数）且伴有其他糖尿病危险因素的儿童和青少年，青春期启动后或 10 岁以后应该考虑筛查 2 型糖尿病。
E妊娠糖尿病
2.14 伴有危险因素的孕妇，首次产前检查时用非妊娠的诊断标准筛查未诊断的 2 型糖尿病。
B2.15 无糖尿病史的孕妇，妊娠 24～28 周筛查妊娠糖尿病（GDM）。
A2.16 妊娠糖尿病的妇女，产后 4～12 周用 75-g OGTT 及非妊娠的糖尿病诊断标准筛查糖尿病前期或糖尿病。
E2.17 有妊娠糖尿病史的妇女应至少每 3 年筛查是否发展为糖尿病或糖尿病前期。
B2.18 有妊娠糖尿病史的糖尿病前期妇女，应接受生活方式干预或二甲双胍治疗以预防糖尿病。
A囊性纤维化相关糖尿病
2.19 无囊性纤维化相关糖尿病的囊性纤维化患者从 10 岁开始应每年用 OGTT 筛查囊性纤维化相关糖尿病。
B2.20 不推荐用 A1C 筛查囊性纤维化相关糖尿病。
B2.21 囊性纤维化相关糖尿病患者应该用胰岛素治疗，以达到个体化的血糖控制目标。
A2.22 诊断囊性纤维化相关糖尿病 5 年后开始，推荐每年监测糖尿病并发症。
E移植后糖尿病
2.23 器官移植后的患者应筛查高血糖，最好在用稳定免疫抑制方案和无急性感染的患者诊断移植后糖尿病。
E2.24 诊断移植后糖尿病首选口服葡萄糖耐量试验。
B2.25 应该使用对患者和移植物生存结局最好的免疫抑制方案，不需考虑移植后糖尿病的风险。
E单基因糖尿病综合征
2.26 所有 6 个月以内诊断糖尿病的儿童应该进行新生儿糖尿病的基因检测。
B2.27 儿童或在青年诊断为糖尿病的成人，如果不具备 1 型糖尿病或 2 型糖尿病的特点，且连续多代有糖尿病（提示常染色体显性遗传模式），应该考虑青少年的成人起病型糖尿病（MODY）的基因检测。
A2.28 在这两种情况下，建议向专业的糖尿病遗传中心咨询，以理解这些突变的意义以及如何最好地接近进一步评价，治疗和遗传咨询。
E3. 预防或延缓 2 型糖尿病
3.1 建议糖尿病前期患者至少每年监测是否进展为糖尿病。
E3.2 糖尿病前期的患者，应转到强化饮食和体力活动行为咨询计划单位，目标是减轻体重的 7%；增加中等强度的体力活动（如快步走）到每周至少 150 分钟。
A3.3 根据患者意愿，使用技术辅助工具对于有效的干预预防 2 型糖尿病是有用的，应该考虑使用。
B3.4 基于糖尿病预防的成本效益，这些干预项目的费用应由第三方支付。
D药物干预
3.5 对于糖尿病前期患者，特别是那些 BMI>35 kg/m2、年龄≥50%）对超重或肥胖的成年 2 型糖尿病患者和有糖尿病风险的个体有益。推荐减轻体重的干预项目。
A饮食方式和定量营养素分配
5.10 所有糖尿病患者并没有一个理想的碳水化合物、蛋白质和脂肪的热量来源比例，所以宏量营养素的分配应根据总热量摄入和代谢控制目标进行个体化评估。
E5.11 许多饮食方式对于管理 2 型糖尿病和糖尿病前期是合适的。
B5.12 应该建议碳水化合物来自于蔬菜、水果、豆类、全谷类和奶制品，特别是纤维较高和糖负荷较低的食物，而非其他碳水化合物来源，尤其那些加糖食品。
B5.13 对外方了灵活胰岛素治疗的 1 型糖尿病患者，教育使用碳水化合物计算，有些情况下估计脂肪和蛋白质的克数，以决定餐时胰岛素的剂量，能够改善血糖控制。
A5.14 对于每天应用固定胰岛素剂量的患者，保持稳定的碳水化合物的摄入时间和量可以改善血糖控制，减少低血糖风险。
B5.15 糖尿病患者或有糖尿病风险的患者，应该避免含糖饮料的摄入，以控制体重和减少 CVD 及脂肪肝 B 的风险，而且应减少含蔗糖食物，以更健康营养丰富的食物代替 A。
B、A蛋白质
5.16 2 型糖尿病患者摄入蛋白质似乎能增加胰岛素应答，但不升高血糖浓度。所以含蛋白质较高的碳水化合物不应用于治疗或预防低血糖。
B膳食脂肪
5.17 目前的证据不足以建议糖尿病患者理想的脂肪总摄入量；富含单不饱和脂肪酸和多不饱和脂肪酸的地中海式饮食结构可能对血糖控制和心血管危险因素有益，所以应推荐为低脂高碳水化合物饮食结构的一个有效替代。
B5.18 推荐富含长链ω-3 脂肪酸，如富含脂肪的鱼类（EPA 和 DHA）及坚果和种子（ALA）的食物预防和治疗 CVD B；然而证据不支持补充ω-3 具有有益的作用 A。
B、A 微量元素和中草药
5.19 没有明确的证据支持对不缺乏的患者饮食补充维生素、矿物质、中草药或香料（如肉桂或芦荟）可以改善糖尿病患者的结局，所以通常不推荐用于控制血糖。
C酒精
5.20 如果成年糖尿病患者选择饮酒，建议饮用量应适度（成年女性每天 ≤ 1 份，成年男性每天 ≤ 2 份）。
C5.21 饮酒或可能增加糖尿病患者低血糖的风险，尤其是应用胰岛素或促胰岛素分泌剂的患者。保证使患者如何识别和知晓治疗迟发低血糖的教育。
B钠
5.22 推荐普通人群减少钠摄入至