

《国家基层糖尿病神经病变诊治指南(2024版)》十大要点 一册在手 让基层医师诊疗更加得心应手



时立新 教授

近日,由贵黔国际总医院内分泌代谢科时立新教授、南京大学医学院附属鼓楼医院内分泌科朱大龙教授牵头编写的《国家基层糖尿病神经病变诊治指南(2024版)》于《中华糖尿病杂志》发布。《医师报》专访时立新教授,带来独家指南解读。

一 糖尿病神经病变患病率高达 67.6%

根据我国最新的一项基于人群的横断面研究,2型糖尿病(T2DM)患者远端对称性多发性神经病变(DSPN)患病率高达67.6%(高于2021版共识

中53%的患病率),其中合并痛性神经病变的比例为57.2%。CAN在1型糖尿病(T1DM)和T2DM患者中的患病率分别为61.6%和62.6%。

六 常见药物应用更加便捷

为使临床医生用药更加方便,本次更新针对糖尿病神经病变发病机制的治疗的常见

药物,对其用法用量、不良反应和注意事项制成表格,更加便捷。

二 远端对称性多发性神经病变最常见

分型上,糖尿病神经病变分为弥漫性神经病变(包括DSPN和自主神经病变)、单神经病变、神经根或神经丛病变三种类型。在这些类型中,DSPN最常见,其次为自主神经病变。

临床表现方面,DSPN一般表现为对称性多发性感觉神经病变,

最开始影响下肢远端,随疾病进展逐渐向近端发展,形成典型的“袜套样”和“手套样”感觉。多达50%的DSPN可能是无症状的,如果未被识别且未实施预防性足部护理,则增加患者足部受伤的危险。

自主神经病变则具体表现为各器官不同形式和程度的功能障碍。

“新指南简洁实用,可操作性强。”时立新教授

介绍,更新糖尿病神经病变临床指南,一是因为在该领域的研究取得了很多进展,二是近年来国家对基层糖尿病防控愈发重视,只有提高基层糖尿病治疗知晓率和达标率,才能为实现“健康中国2030”的目标夯实基础。与《糖尿病神经病变诊治专家共识(2021年版)》不同的是,本次牵头单位还加入了国家基本公共卫生服务项目基层糖尿病防治管理办公室,更加突出“基层性”的特点。

时立新教授指出,在新指南中,一些关键性指标,如糖尿病神经病变的患病率、痛性糖尿病神经病变的患病率等,以朱大龙教授等于2023年最新开展的调查研究为基础,予以更新,从而促使基层医师对我国当前糖尿病神经病变现状有更清晰的认知。

为了提高基层医院和大型医院治疗的同质性,促进医疗标准化水平提升,新指南还提到了糖尿病神经病变的标准化诊断的新型设备,该设备可改善既往人工诊断规范化不足的问题,使诊断过程更加规范、标准。新指南还对糖尿病胃肠道自主神经病变发生胃轻瘫的情况制订了详细标准。

在治疗层面,除传统药物外,一些刚研发上市的新型药物,如茶磺酸美洛加巴林胶囊、茶磺酸克利加巴林胶囊也被纳入指南,作为传统药物的有效补充,突出了指南的实用性。

为了让整部指南对基层医院和广大医师更加实用,制订指南时,中华医学会糖尿病学分会神经并发症学组联合国家基本公共卫生服务项目基层糖尿病防治管理办公室,特地增加了表格、流程图等表现形式,让基层医师实际使用时更加得心应手。

时立新教授还指出,糖尿病心脏自主神经病变(CAN)应当给予足够重视,这种疾病通常会让患者猝死,新的标准化诊疗设备将使诊断更加规范标准,更好地实现患者管理。

三 痛性 DSPN 药物治疗策略

痛性 DSPN 的治疗以药物治疗为主,根据病情也可以酌情使用非药物治疗。药物首先选用普瑞巴林或度洛西汀。此外,加巴喷丁、美洛加巴林、克利加巴林也可以作为一种有效的初始治疗药物。三环类抗抑郁药也可有效减轻糖尿病患者的痛性 DSPN,但其具有较高的发生严重不良反应的风险,故

应谨慎使用。在药物使用方面,推荐首先单药使用,当疗效不佳可以换用另外一种单药或者两种不同类型的药物联合应用,研究发现两种药物联合治疗要优于单药使用。

在抗惊厥类药物中,主要纳入了两种新型药物:美洛加巴林和克利加巴林,二者是普瑞巴林的有效补充。

四 每年进行 1 次 DSPN 筛查和随访

新指南首次提出对糖尿病神经病变患者的随访内容。主要是针对 DSPN 患者的随访,T2DM 患者在确诊时、T1DM 患者在确诊后 5 年,每年均进行 1 次 DSPN 的筛查和随访,具体包括:

- ☆了解患者糖尿病相关症状、生活方式、辅助检查结果、血糖控制情况、神经病变情况及其用药情况。
- ☆检测体质指数、血压、心率、空腹/餐后血糖、血尿常规、血脂、肝肾功能。推荐

检测 HbA_{1c}。

☆ DSPN 的大小纤维神经病变症状及体征。

☆ 10 g 尼龙单丝压力觉评估“高危足”的检查。

☆有条件时建议检查神经传导速度。

☆对于已确诊的 DSPN 患者,应根据神经病变的程度确定随访频率,以评估疾病进展、指导治疗方案调整等。

☆对患者提出合理运动和营养建议。

五 明确糖尿病神经病变转诊方案

为使指南更加贴近基层临床实际情况,新指南首次具体描述了上转至二级及以上医院和转回基层医疗卫生机构的情况。

建议上转至二级及以上医院

的情况包括:筛查困难、诊断不明、病情严重、治疗复杂。经上级医疗机构医师判定可以转回基层继续治疗管理的患者,建议转回基层医疗卫生机构。

七 鼓励新设备新技术的引入和应用

在传统的 128 Hz 音叉、10 g 尼龙单丝之外,指南还指出可根据实际情况配备糖化血红蛋白检测仪、神经传导速度检测设备、尿白蛋白/肌酐比值检测

仪、免散瞳眼底照相机、持续葡萄糖监测仪等新型设备,并鼓励配备数据实时上传的信息系统,运用人工智能等技术开展临床辅助决策等。

糖尿病神经病变是糖尿病最常见的并发症,发病机制复杂,受累神经广泛,临床表现多样化,分型中以 DSPN 及自主神经病变最为常见。新指南在 2021 版共识的基础上,纳入了更多科学依据,突出强调诊疗思路的明晰简练和实用性。新指南具有较强的操作性、便捷性和科学性,与国际同步,符合现阶段我国糖尿病防治领域的国情。

三 筛查 DSPN 需联合应用 5 项检查

筛查 DSPN 要联合应用踝反射、振动觉、压力觉、温度觉及针刺痛觉 5 项检查,使用两者及以上,可提高检测 DSPN 的敏感性和特异性。具体可用的工具包

括 128 Hz 音叉、10 g 尼龙单丝、叩诊锤、Tip-Therm 凉温觉检查器、大头针。相较于 2021 版文字描述,本次将具体检查方法更新为表格形式。

四 CART 是诊断 CAN 的“金标准”

CAN 发病率高,临床表现隐匿,预后差。应对有微血管和神经并发症的糖尿病患者及无症状低血糖的患者进行 CAN 的症状和体征的评估。心血管自主神经反射试验(CART)是诊断 CAN 的

“金标准”,具体包括深呼吸、Valsalva 动作和卧立位期间的 HRV 以及卧立位血压试验(表 1)。

新指南还指出,目前 CART 可用心脏自主神经功能检测系统来检测,更加便捷和准确。

表 1 心血管自主神经反射试验评分标准

项目	正常	临界	异常
心率试验			
Valsalva 比值	≥1.21	1.11~1.20	≤1.10
I-E(次/min)	≥15	11~14	≤10
卧立位心率变化(30:15 比值)	≥1.04	1.01~1.03	≤1.00
血压试验			
卧立位血压变化(mmHg)	≤10	11~29	≥30
握力试验血压变化(可选项)(mmHg)	≥16	11~15	≤10

注:I-E为吸气期间最快心率与呼气期间最慢心率之间的心率差;1 mmHg=0.133 kPa

八 GES 为诊断胃轻瘫的“金标准”

相较于 2021 版共识,本次更新对糖尿病胃肠道自主神经病变中的“胃轻瘫”制订了详细的诊断标准。胃排空核素显像检查(GES)为诊断胃轻瘫的

“金标准”。2 h 胃潴留 >60% 或者 4 h 胃潴留 >10% 诊断为胃排空延迟,而 4h 胃潴留 >10% 视为诊断胃排空延迟更理想的标准。