

贾伟平教授团队新冠肺炎合并糖尿病患者的最佳血糖范围值研究发表 新冠患者血糖该控制在 3.9~ 8.9 mmol/L

近期,《糖尿病护理》在线发表了上海交通大学附属第六人民医院贾伟平教授团队与援鄂医疗队共同完成一项研究。该研究使用持续血糖监测(CGM)的回顾性探索性研究,评估了与新冠肺炎合并糖尿病预后相关的血糖阈值。

研究发现,葡萄糖水平 > 8.9 mmol/L、< 3.9 mmol/L 的时间及葡萄糖变异系数升高均与新冠肺炎合并糖尿病患者不良结局(需要重症监护、机械通气或转变为危重症的复合不良结局)风险增高显著相关。(Diabetes Care.2月12日在线版)



贾伟平教授

研究速读

研究者指出,糖尿病是新冠肺炎患者第二大常见共病,糖尿病和新冠病毒感染相互影响加速病情恶化和死亡。基于自我血糖监测(SMBG)数据的研究发现,血糖控制良好的新冠肺炎合并糖尿病患者其住院期间的死亡率显著低于血糖控制不佳者,但最佳血糖控制目标范围尚不清楚。相较于 SMBG,近年新兴的持续葡萄糖监测(CGM)技术可连续、全面、直观地反映患者全

天的血糖信息,是一种可靠的血糖监测评估技术。

为了改善血糖管理,减少患者痛苦,避免医务人员暴露风险,上海市第六人民医院援鄂医疗队中的两位内分泌代谢科医生沈赟和张磊,在贾伟平、包玉倩、周健教授及党委副书记范小红的精心指导及大力支持下,建立了基于扫描式血糖监测和云平台联网系统的隔离病房血糖监测及管理新模式。

为了进一步探究新冠肺炎合并糖尿病患者的最佳血糖控制范围,2020年

2~4月,在支援武汉雷神山医院的51d中,课题组共纳入35例新冠肺炎合并糖尿病患者,利用扫描式血糖监测技术对其进行平均10.2d的监测。

研究结果发现,切点在8.9 mmol/L及以上的葡萄糖高于目标范围时间(TAR)均与新冠肺炎合并糖尿病者不良结局显著相关。同时,葡萄糖<3.9 mmol/L的时间,以及葡萄糖在目标范围(3.9~8.9 mmol/L)内时间(TIR)与复合不良结局及住院时间超过30d均显著相关,

而平均葡萄糖水平与上述结局无关。此外葡萄糖变异系数(CV)这一反映血糖波动的参数与不良结局显著相关。

研究者强调,该研究提示将新冠肺炎合并糖尿病患者的血糖水平控制在3.9~8.9 mmol/L范围内,并降低血糖波动水平,可能有助于降低其不良结局事件的发生风险。



关联阅读全文
扫一扫

研究速递

BMJ研究又添佐证 他汀与肌肉疼痛无关!

他汀是治疗动脉粥样硬化的重要药物,但之前有部分患者称服药后出现了肌痛、疲劳乏力等症状。

近日发表在BMJ上的研究表明,他汀可能不会导致肌肉疼痛。该文章对200位吃他汀后报告有肌肉症状的患者进行了研究。(BMJ.2月24日在线版)

研究者对每位患者分别进行了6轮,每轮双盲随机给予两个月的他汀(每日20mg阿托伐他汀)或安慰剂。之后对肌肉症状给予了评分,包括疼痛、无力、压痛、僵硬或抽筋,分数为1~10分。研究发现,在服用他汀和安慰剂期间,患者的肌肉症状评分无差异。在服用他汀时,有18人(9%)无法忍受肌肉症状;而服用安慰剂时,有13人(7%)无法忍受肌肉症状。

完成这项研究后,有2/3的人表示接受他汀药物的长期治疗。研究者表示,入选的患者平均69.5岁,也处于最常见有肌肉症状的年龄段。通常患者在服用他汀时出现肌肉症状,就会认为这是他汀的问题。

在相关评论中,有专家指出,随机使用他汀和安慰剂来鉴别症状是妙招,有助于患者了解副作用的原因,也可能适用于他汀以外的药物。希望这项研究可以帮助患者他汀可致肌痛的心理作用。

前不久,发表在《新英格兰医学杂志》的一项双盲临床研究入选了60例在他汀治疗2周内因不良反应而停药的患

者,也发现吃他汀者肌肉症状和安慰剂相似。

2017年,《柳叶刀》上的一项在1万例患者中进行的研究发现,当患者不知道吃他汀时,报告肌肉症状与安慰剂组相似。但知道是吃的他汀之后,报告肌肉症状的可能性就比安慰剂组高出41%。

有专家称之为这是他汀的“反安慰剂效应”。对于很多患者所说的肌痛,美国心脏协会曾发表声明指出,中老年人肌肉酸痛原因会有很多,把账都算到他汀“头上”不合理。比如,维生素D不足,也会导致肌肉酸痛或疼痛。此时检测维生素D,可以区别。

(编译:卢芳 文韬)

美欧日发布共识 利钠肽写入心衰通用定义

近期,美国心衰学会、欧洲心脏协会心衰学会联合日本心衰学会发布了心衰的通用定义和分类共识。该报告提出了一个全面的心衰通用定义,即心衰是一种临床综合征,有心脏结构和(或)功能异常引起的症状或体征,并有利钠肽(BNP)水平升高和(或)肺或全身充血的客观证据。

加入利那肽 删除“充血性”

在指南中,BNP和NT-proBNP是支持或排除心衰诊断的最佳标志物,目前已经成为了诊疗标准。

另外,心衰定义中删除“充血性”一词,因心衰一旦被诊断,就会有一系列的

体征和症状。除非心衰恶化需要紧急处理,患者可能不会理解自己有心衰。

心衰的标准定义为:心衰是一个临床综合征,目前或之前有心脏结构和(或)功能异常(包括

EF<50%,心腔异常扩大,中/重度心室肥厚或中/重度瓣膜狭窄或反流所引起)的症状和体征。

并有下列证据之一:
(1)利钠肽升高;

(2)通过影像学(如通过胸片或超声心动图发现的高充盈压)或静态或运动时的血液动力学测量(如右心导管、肺动脉导管)获得的肺或全身性充血的客观证据。

心衰分期

A期(心衰风险期):

患者有心衰风险但目前或既往并无症状或体征,也没有证据证实存在心脏结构或生物标志物异常。高血压、动脉粥样硬化性心血管疾病、糖尿病、肥胖、已知接触过有心脏毒性的物质、有心肌病家族史或遗传性心肌病的患者属于这一类。这些患者并不一定都会发展成心衰,但有必要针对危险因素进行及早干预。

心衰前期(B期):

目前或既往无心衰症状或体征,但存在结构性心脏病或心功能异常,或利钠肽水平升高。结构性心脏病包括:左心室肥大、心腔扩大、室壁运动异常、心肌组织异常(如心肌水肿、疤痕/纤维化、CMR T2或LGE成像异常)、瓣膜性心脏病。心脏功能异常包括:左心室或右心室收缩功能降低,充盈压升高,舒张功能异常。

心衰期(C期):

患者目前或既往存在由心脏结构和(或)功能异常引起的心衰症状和(或)体征。

晚期心衰(D期):

在休息时有严重的心衰症状和(或)体征,尽管应用了指南推荐的心衰管理和治疗,仍反复住院,为难治性心衰,对指南推荐的心衰管理和治疗不耐受,需要接受心脏移植、机械循环支持,还是姑息治疗。

新分类:射血分数改善的心衰

共识根据左室射血分数(LVEF)提出了1个新的心衰分类,包括:

- ★射血分数降低的心衰(HFrEF):
LVEF ≤ 40%;
- ★射血分数中间值心衰(HFmrEF):
LVEF 41%~49%;
- ★射血分数保留的心衰(HFpEF):
LVEF ≥ 50%;
- ★射血分数改善的心衰(HFimpEF):
基线LVEF ≤ 40%的心衰,射血分数比基线LVEF增加≥10%,再次测量LVEF>40%。

前不久,《中国循环杂志》发布了规范应用心肌肌钙蛋白和利钠肽现场快速检测专家共识。

鉴于胸痛和胸痛等同症状以及胸闷(呼吸困难)是心血管病患者常见症状,共识优先推荐了特异度和灵敏度都较好的快速检测技术检测心肌肌钙蛋白和BNP/NT-proBNP,分别作为怀疑急性冠脉综合征和心衰患者在适宜临床情况下的初诊检测项目。

(编译:许菁)