

TANGNIAOBING ZHONGXIYI JIEHE ZHENLIAO GUIFAN ▶

糖尿病

中西医结合诊疗规范

2010

中国中西医结合学会内分泌专业委员会 编著
林兰 主编

糖尿病中西医结合诊疗规范 2010

中国中西医结合学会内分泌专业委员会 编著

林 兰 主编

军事医学科学出版社

· 北 京 ·

内 容 提 要

本书系中国中西医结合学会内分泌专业委员会组织全国部分糖尿病学专家编写、审定的糖尿病中西医结合诊疗规范。全书共 12 章,分别介绍了糖尿病、糖尿病周围神经病变、糖尿病肾病、糖尿病视网膜病变、糖尿病合并冠心病、糖尿病合并脑血管病、糖尿病合并高血压病、糖尿病足、糖尿病合并代谢综合征、糖尿病合并骨质疏松、糖尿病合并皮肤病变和糖尿病合并抑郁综合征的中西医结合诊疗要点和临床思路。本书可供中医内科、糖尿病科、内分泌科医师采用中西医结合方法诊疗相关疾病时作为依据和参考。

图书在版编目(CIP)数据

糖尿病中西医结合诊疗规范 2010/林兰主编.

-北京:军事医学科学出版社,2010.11

ISBN 978-7-80245-587-0

I. ①糖… II. ①林… III. ①糖尿病-中西医结合-
诊疗-规范 IV. ①R587.105-65

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 197596 号

出 版:军事医学科学出版社

地 址:北京市海淀区太平路 27 号

邮 编:100850

联系电话:发行部:(010)66931051,66931049,63827166

编辑部:(010)66931039,66931127,66931038

86702759,86703183

传 真:(010)63801284

网 址:<http://www.mmssp.cn>

印 装:北京市顺义兴华印刷厂

发 行:新华书店

开 本:787mm×1092mm 1/16

印 张:9.25

字 数:218 千字

版 次:2010 年 10 月第 1 版

印 次:2010 年 10 月第 1 次

定 价:32.00 元

本社图书凡缺、损、倒、脱页者,本社发行部负责调换

《糖尿病中西医结合诊疗规范 2010》

编 委 会

主 编 林 兰(中国中医科学院广安门医院)

副主编 倪 青(中国中医科学院广安门医院)

魏军平(中国中医科学院广安门医院)

苏诚炼(中国中医科学院广安门医院)

主 审 林 兰(中国中医科学院广安门医院)

编 委 (以姓氏笔画为序)

王学美 研究员 北京大学第一医院中西医结合研究所

方邦江 主任医师 上海中医药大学附属龙华医院急诊科

苏诚炼 主任医师 中国中医科学院广安门医院内分泌科

李凯利 主任医师 新疆维吾尔自治区中医院内分泌科

李显筑 主任医师 黑龙江中西医结合研究院

余江毅 主任医师 江苏省中医院内分泌科

林 兰 主任医师 中国中医科学院广安门医院内分泌科

倪 青 主任医师 中国中医科学院广安门医院内分泌科

接传红 主任医师 中国中医科学院眼科医院

梁晓春 主任医师 北京协和医院中医科

董彦敏 主任医师 深圳市中医院内分泌科

魏军平 主任医师 中国中医科学院广安门医院内分泌科

前言

PREFACE

《糖尿病中西医结合诊疗规范 2010》包括糖尿病、糖尿病周围神经病变、糖尿病肾病、糖尿病视网膜病变、糖尿病合并冠心病、糖尿病合并脑血管病、糖尿病合并高血压病、糖尿病足、糖尿病合并代谢综合征、糖尿病合并骨质疏松、糖尿病合并皮肤病变和糖尿病合并抑郁综合征,共 12 个部分。

本《诊疗规范》的起草单位:中国中医科学院广安门医院、北京协和医院、江苏省中医院、中国中医科学院眼科医院、北京大学第一医院、黑龙江中西医结合研究院、上海中医药大学附属龙华医院、新疆维吾尔自治区中医院、深圳市中医院。

本《诊疗规范》由中国中西医结合学会内分泌专业委员会主任委员林兰牵头,参加起草的人员有:糖尿病(林兰),糖尿病周围神经病变(梁晓春),糖尿病肾病(余江毅),糖尿病视网膜病变(接传红),糖尿病合并冠心病(王学美),糖尿病合并脑血管病(李显筑),糖尿病合并高血压病(魏军平、林兰),糖尿病足(方邦江、周爽、陈宝瑾),糖尿病合并代谢综合征(倪青),糖尿病合并骨质疏松(苏诚炼),糖尿病合并皮肤病变(李凯利、马丽),糖尿病合并抑郁综合征(董彦敏、李惠林)。

本《诊疗规范》制定过程中,得到了拜耳医药保健有限公司、广药集团广州中一药业有限公司的大力支持。

目录

CONTENTS

第一章 糖尿病	(1)
1 糖尿病病因及病理	(2)
2 分型、诊断	(3)
3 辨证	(5)
4 教育与管理	(6)
5 治疗	(8)
6 调摄与预防	(14)
7 控制标准	(16)
8 中西医结合基本思路与方法	(17)
9 主要参考文献	(18)
第二章 糖尿病周围神经病变	(19)
1 病因病机	(19)
2 诊断	(20)
3 辨证	(22)
4 治疗	(23)
5 调摄与预防	(26)
6 中西医结合基本思路与方法	(26)
7 主要参考文献	(27)
第三章	(28)
1 病因病机	(29)

2 诊断	(30)
3 辨证	(32)
4 治疗	(33)
5 调摄与预防	(36)
6 中西医结合基本思路与方法	(37)
7 主要参考文献	(37)
第四章 糖尿病视网膜病变	(38)
1 病因病机	(39)
2 诊断	(40)
3 辨证	(41)
4 治疗	(42)
5 调摄与预防	(44)
6 中西医结合思路与方法	(45)
7 参考文献	(45)
第五章 糖尿病合并冠心病	(47)
1 病因病机	(47)
2 诊断	(48)
3 辨证	(51)
4 治疗	(52)
5 调摄与预防	(56)
6 中西医结合基本思路与方法	(56)
7 主要参考文献	(57)
第六章 糖尿病合并脑血管病	(58)
1 病因病机	(58)
2 临床特征	(59)
3 诊断	(60)
4 治疗	(61)
5 康复	(67)

第七章 糖尿病合并高血压病	(69)
1 病因病机	(69)
2 诊断	(70)
3 辨证	(73)
4 治疗	(74)
5 调摄与预防	(77)
6 中西医结合基本思路和方法	(78)
7 主要参考文献	(79)
第八章 糖尿病足	(81)
1 病因病机	(81)
2 诊断	(83)
3 辨证	(86)
4 治疗	(87)
5 调摄与预防	(91)
6 中西医结合基本思路与方法	(92)
7 主要参考文献	(93)
第九章 代谢综合征	(94)
1 病因病机	(94)
2 诊断	(98)
3 辨证	(100)
4 治疗	(100)
5 中西医结合基本思路与方法	(103)
5 主要参考文献	(104)
第十章 糖尿病合并骨质疏松	(105)
1 病因病机	(106)
2 诊断	(108)
3 辨证	(112)
4 治疗	(112)
5 调摄与预防	(115)

6 中西医结合基本思路与方法	(117)
7 主要参考文献	(117)
第 11 章 糖尿病合并皮肤病变	(118)
1 病因病机	(119)
2 诊断	(120)
3 辨证	(122)
4 治疗	(123)
5 调摄与预防	(126)
6 中西医结合基本思路与方法	(126)
7 主要参考文献	(127)
第十二章 糖尿病合并抑郁综合征	(128)
1 病因病机	(129)
2 诊断	(130)
3 辨证	(131)
4 治疗	(133)
5 调摄与预防	(137)
6 中西医结合基本思路与方法	(138)



1

CHAPTER

第一章 糖尿病

糖尿病是基于多基因遗传和环境因素相互作用,导致内源性胰岛素分泌缺陷和(或)胰岛素作用障碍的一组以慢性高血糖为特征的代谢性疾病。典型症状为多饮、多食、多尿及体重减轻等。

糖尿病相当于中医的“消渴病”。消渴病系机体禀赋不足,五脏柔弱的内在因素,复因饮食不节、肝郁气滞、劳逸过度、感受外邪等因素所致口渴多饮,易饥多食,小便频数,形体渐瘦为特征的病证。

无论在发达国家还是发展中国家,随生活模式的改变、社会老龄化,糖尿病患病率正逐年递增,肆虐全球。据世界卫生组织(WHO)统计,全球糖尿病患病人数 1994 年为 1.20 亿,2006 年国际糖尿病联盟(IDF)公布患病人数为 2.46 亿,预计 2025 年将达 3.8 亿。我国 20 世纪 80 年初期患病率不足 1%、2010 年 3 月《新英格兰杂志》公布患病率为 9.7%,患病人数达 9240 万和 148.2 万糖尿病前期人群,成为世界第一糖尿病大国。

我国糖尿病发病特点:以 2 型糖尿病为主体,占居糖尿病的 93.7%,1 型糖尿病为 5.6%,其他型糖尿病只占 0.7%;2 型糖尿病平均体重指数(BMI) 24 kg/m^2 ,显著低于西方国家 BMI $> 30 \text{ kg/m}^2$,表明我国 2 型糖尿病患者胰岛功能较差,易致 B 细胞功能衰竭。

鉴于对糖尿病认知力低,有 30% ~ 40% 的糖尿病患者未被及时诊断,确诊的患者中 60% 未能得到满意控制。长期高血糖可导致糖尿病特有的急、慢性并发症,尤其是眼、肾脏、神经、肢体、心脑血管等血管病变,严重降低患者的生活质量,缩短寿命,将要付出沉重的生命代价和经济代价。

1 糖尿病病因及病理

1.1 中医病因病机

“正气内存，邪不可干”“邪之所凑，其气必虚”。阐明消渴病基于五脏柔弱的内在因素兼之外界因素而发病。

1.1.1 禀赋不足，肾精亏虚

肾为先天之本，元阴元阳之脏，功主津液，内藏精气；五脏六腑之津，赖于肾精之濡养、五脏六腑之气，赖于肾气之温煦。肾精气亏虚，脏腑失于滋养而发消渴病。

1.1.2 内伤七情，肝郁气滞

喜、怒、忧、思、悲、恐、惊等七情过激化热伤阴，上耗肺津而口渴多饮、中伤胃阴，胃火灼盛而易饥多食、下损肾气，开阖失司至小便频数而诱发消渴病。

1.1.3 饮食不节，损伤脾胃

脾为后天之本，水谷生化之源，功主运化，化生气血。水谷精微濡养五脏，洒陈六腑。饮食不节，脾胃受损，健运失司，聚湿酿痰，痰蕴积热于胃，上灼肺阴，内结阳明而发为消渴病。

1.1.4 劳逸失度

“久卧伤气，久坐伤肉，久立伤骨”。过度安逸，致脾运不健，痰湿内蕴，化热伤阴；过劳损伤筋骨；过度思虑伤心脾，心火焰上，肺金受克；房劳过度，耗伤肾精，阴虚内热而发消渴病。

1.1.5 外感六淫

禀赋不足，卫外失固，外邪易袭。儿童及青少年为稚阳之体，肾气未充，五脏柔弱，外邪内袭，蕴久化热，耗伤肺津发为消渴病。

总之，消渴病的发生，不外乎先天不足、饮食不节、劳逸失度、内伤七情、感受外邪等因素导致肺、胃、肾、肝、心，阴虚、燥热、痰湿为主要因素，其中阴虚为本，燥热、痰浊为标，两者相互影响，互为因果。

1.2 西医病因病理

1 型糖尿病是一种以遗传易感人群为背景，基于自身免疫缺陷、抗体介导、或病毒感染、或特发性以及环境等因素导致胰岛 B 细胞受损，胰岛素严重缺乏的疾病。

2 型糖尿病是一种以多基因遗传及环境因素综合作用，导致以胰岛素抵抗为主伴进行



性胰岛素不足,以成年发病为主的代谢性疾病。

2 分型、诊断

2.1 分型

采纳 1999 年 WHO 对糖尿病的分型标准。

2.1.1 1 型糖尿病

1 型糖尿病基于胰岛 B 细胞受破坏,胰岛素绝对缺乏。按发病特点又分两型:

(1) I A 型:为免疫介导诱发的糖尿病,表现为胰岛素自身抗体(IAA)、谷氨酸脱羧酶(GAD)抗体、胰岛细胞抗体(ICA)阳性。

儿童期发病具有发病急、病情重、病变快的特点,多数发病时即出现明显的多饮、多尿、多食,体重显著减轻,常伴有酮症或酮症酸中毒。内源性胰岛素严重缺乏(空腹或餐后血清 C 肽浓度低下),终生需胰岛素以维护生命。

成人迟发性自身免疫性 1 型糖尿病(LADA)具有起病缓慢,症状隐匿,发病 6 个月内不易发生酮症和(或)酮症酸中毒,体形不胖,病情进展缓慢。病程中胰岛功能逐渐减退,最终需胰岛素治疗。

(2) I B 型:为特发性和(或)非典型性 1 型糖尿病。胰岛 B 细胞功能丧失,发病初期需胰岛素治疗,期间数月以至几年可改用口服降糖药,最终仍需胰岛素治疗、自身免疫抗体阴性、有阳性家族史和起病早等为特点。

2.1.2 2 型糖尿病

2 型糖尿病是一种慢性高血糖进行性代谢紊乱,以胰岛素抵抗为主伴胰岛素进行性分泌不足为特征性疾病。2 型糖尿病以成年发病为主,40 岁以后发病率急剧上升,发病前 60% 为超体重或肥胖、发病缓慢,症状轻微,半数以上发病时无明显的多饮、多食、多尿、消瘦等“三多一少”的症状,易被漏诊。有潜在慢性并发症,尤其是血管病变。有阳性家族史。对胰岛素不敏感,一般不需胰岛素治疗。但在外伤、应激、口服降糖药发生继发失效、严重并发症时需胰岛素治疗。

近年来由于 2 型糖尿病发病年龄提前,20 ~ 30 岁患病人数逐渐增多,甚至可见于儿童和青少年。而 1 型糖尿病发病年龄后移,见于成人迟发性自身免疫性 1 型糖尿病(LADA)发病率有所增加。鉴于上述,易混淆 1 型与 2 型糖尿病,给诊断造成困难。当诊断不确定时,可测定血清 C 肽、谷氨酸脱羧酶(GAD)抗体、胰岛细胞抗体(ICA)等有助于鉴别。

2.1.3 其他特殊类型糖尿病

凡因胰岛 B 细胞基因遗传缺陷和(或)胰岛素作用基因遗传缺陷;胰腺外分泌疾病;药

物或化学因素等因素所致的糖尿病,统称为其他类型糖尿病。

2.1.4 妊娠糖尿病(GDM)

妊娠糖尿病指正常妇女在妊娠期间出现糖耐量减低和(或)糖尿病者称妊娠糖尿病,不包含糖尿病妊娠。

2.2 诊断

2.2.1 糖尿病诊断

表 1-1 1999 年 WHO/ADA 糖尿病诊断标准

1. 有糖尿病典型症状(多饮、多尿、消瘦)		
(1)空腹血糖(FBG)		≥7.0 mmol/L (≥126 mg/dl)
(空腹指 8 小时以上没有热量摄入)		≥11.1 mmol/L (≥200 mg/dl)
(2)或随机血糖(PBG)		
(随机血糖指一天中任何时间的血糖)		
(3)或 OGTT 2 小时血糖		≥11.1 mmol/L (≥200 mg/dl)
(OGTT 饮 74 g 葡萄糖溶液的血糖)		
2. 无糖尿病典型症状		择日重复 PBG ≥11.1 者,可确诊

2.2.2 糖尿病前期诊断

2009 年 WHO 糖尿病前期诊断标准

糖耐量受损(IGT)	PBG	7.8 ~ 11.0 mmol/L (140 ~ 198 mg/dl)
空腹血糖受损(IFG)	FBG	6.1 ~ 7.0 mmol/L (1100 ~ 126 mg/dl)

注：①糖尿病诊断主要依据静脉血浆血糖值；②2009 年 ADA 对 IFG 和 IGT 正式称为“糖尿病前期”两者均为糖尿病和心血管疾病(CVD)的危险因子；③无症状糖尿病前期及糖尿病人群的筛选：凡肥胖(BMI) ≥25 kg/m² 和(或)伴有其他糖尿病危险因子 45 岁以上成年人,空腹血糖正常,餐后血糖在正常值高限者,需进行 75 g 葡萄糖耐量试验(OGTT)结果正常者,应每年复查 1 次



2.2.3 鉴别诊断

表 1-2 1 型糖尿病与 2 型糖尿病的鉴别

分型	1 型糖尿病	2 型糖尿病
发病年龄	一般 30 岁以内发病	通常在 40 岁以后发病
起病	起病急骤,短时间内体重显著减轻	起病缓慢,有潜在性慢性血管病变
症状	有典型多饮、多尿、多食、消瘦	肥胖、症状不明显或缺如
酮症	常有酮症或酮症酸中毒	不常有,可在应激情况下出现
胰岛素或 C 肽水平	空腹或餐后极低或缺如	正常或高于正常
病因	遗传易感性和(或)病毒感染	有阳性家族史、或种族史
免疫标志物-抗体	谷氨酸脱羧酶抗体 GAD、胰岛细胞抗体(ICA)、胰岛素自身抗体(IAA)阳性	GAD 抗体、ICA、IAA 等阴性
治疗	终生需要胰岛素治疗	生活干预、中医药、口服降糖药。应激或口服药继发失效、严重并发症时需胰岛素治疗
自身免疫疾病	可伴有桥本氏甲状腺炎、阿狄森氏病等	无

3 辨证

古代医家对消渴病按三消辨证“口渴引饮为上消,易饥多食为中消,小便频数,尿如脂膏为下消”。临床 40% ~ 60% 2 型糖尿病缺乏典型的“三消”症状,病情隐匿。为此,遵循中医四诊八纲理论,以八纲辨证为纲、脏腑气血辨证为目,对糖尿病进行系统宏观辨证,微观检测,显示糖尿病患者具有热盛、阴虚、气虚、阳虚四大基本证候,“痰湿”“血瘀”两大兼证,组合而成三大证型。

3.1 四大基本证候

3.1.1 热盛证

急躁易怒,渴喜冷饮,易饥多食,溲赤便秘,舌红苔黄,脉滑数者。

3.1.2 阴虚证

口干喜饮,潮热盗汗,五心烦热,头晕目眩,耳鸣腰酸,心悸失眠,舌红少苔,脉细数者。

3.1.3 气虚证

倦怠乏力,面色萎黄无华,气短懒言,自汗多汗,头晕目眩,苔薄白舌淡,脉濡细者。

3.1.4 阳虚证

形寒怕冷,面色苍白,四肢欠温,舌暗淡苔白润,脉沉细或沉迟无力者。

3.2 两大兼挟证

3.2.1 兼挟痰湿证

3.2.1.1 湿热证

以腹胀纳呆,恶心呕吐,浑身重着乏力、或口有秽,舌红苔黄腻,脉滑数或弦滑为主症者。可见于高血糖和(或)糖尿病酮症以及酮症酸中毒者。

3.2.1.2 寒湿证

脘腹胀满,恶心呕吐,大便溏泄,形寒怕冷,面色苍白,四肢欠温,舌淡苔白腻,脉沉迟无力者。可见于糖尿病并发胃轻瘫、胃肠功能紊乱者。

3.2.1.3 痰湿证

形体肥胖,气短懒言,多汗乏力,大便溏薄,舌体胖大边有齿痕,苔薄腻,脉濡滑为主症者。多见于肥胖型2型糖尿病。

3.2.2 兼挟血瘀证

症见肢体麻木,灼热刺痛,四肢发凉,肢端紫黯或苍白和(或)胸痹心痛、或眼花目暗、或卒中,半身不遂,神情痴呆,唇舌暗或瘀斑,苔薄脉沉细和(或)脉涩不利者。多见于糖尿病并发心、脑、肾、视网膜、肢体、神经等血管神经病变者。

3.3 三大证型

临床多以2种或2种以上症候或兼症相互兼挟,组合为三大证型:

3.3.1 阴虚热盛型

以热盛症候为主,兼有阴虚证者;为糖尿病早期,并发症少而轻。

3.3.2 气阴两虚型

以气虚证候为主,兼有阴虚证者;为糖尿病中期,并发症多而轻。

3.3.3 阴阳两虚型

以阳虚证候为主,兼有阴虚证者;为糖尿病晚期,并发症多而重。

4 教育与管理

通过对糖尿病患者及社会加强糖尿病知识的普及,使全民掌握糖尿病防治知识,消除影响糖尿病的各种因素。懂得糖尿病迄今仍是一种非可愈性疾病,而糖尿病及并发症是可控可控的。理解合理饮食、持之以恒的体力活动、平衡心理状态是构成防治糖尿病的三大基本法则,维持标准体重,控制血糖、血脂的重要措施。达到改善临床症状,预防急性代谢



性并发症的近期目标、提高生活质量,预防慢性并发症的远期目标。

4.1 糖尿病教育

教育内容非常广泛,贯穿于糖尿病整个防治过程。通过教育使患者了解治疗不达标的危害性、掌握饮食和运动的方法与实施、了解口服降糖药与胰岛素合理使用及调节、急性并发症临床表现,预防、处理、慢性并发症的危险因素及防治。血糖的监测、自我保健的重要性和必要性等。

4.2 糖尿病的管理

4.2.1 饮食管理

(1)膳食品种繁多,“五谷为养,五果为助,五畜为益,五菜为充”应做到合理搭配,食养以尽,勿使太过。

(2)谨和五味,膳食有酸、苦、甘、辛、咸等五味以入五脏。五味调和,水谷精微充足,气血旺盛,脏腑调和。

(3)食应有节:一日三餐应做到定时定量,合理安排。

主食量分配:早餐占全日量的 25%、午餐为 40%、晚餐为 35%,或全日主食分为 5 等份,早餐为 1/5,中餐和晚餐各 2/5。提倡适量膳食纤维、优质蛋白、植物脂肪。

(4)戒烟限酒:烟可促进患者大血管病变的发生与加重。酒精可诱发使用磺酰脲类药或胰岛素患者低血糖。可限量 1~2 份标准量/d(每份标准量啤酒 285 ml、红葡萄酒 100 ml、白酒 30 ml 等约含 10 g 酒精)。

(5)限盐:每天限制食用盐摄入在 6 g 内,高血压患者应更严格。

4.2.2 运动管理

(1)运动方式多样,内容丰富。日常选择散步、中速或快速步行、慢跑、广播操、太极拳、气功八段锦、五禽戏、游泳、打球、滑冰、划船及骑自行车等。

(2)提倡比较温和的有氧运动,避免过度激烈。运动量可按心率衡量。

有效心率计算:男性最高心率 = $205 - \text{年龄}/2$;女性最高心率 = $220 - \text{年龄}/2$ 。

最适合运动心率范围,心率应控制在最高心率的 60%~85%。

(3)注意事项:运动必须个体化,尤其老年或有较严重并发症者,应量力而行。

4.2.3 心理管理

人的心理状态、精神情绪对保持健康、预防疾病发生及决定病情转归等发挥重要作用。情志过激,超越生理调节限度,使脏腑、阴阳、气血功能失调,气机升降失司,可诱发疾病和(或)使疾病加重或恶化。“喜则气和志达,营卫通利”精神愉悦,正气旺盛以利战胜疾病。

4.2.4 糖尿病阶段性危险因素的监控

第一阶段危险因素:高血压、脂质紊乱、高血糖、高胰岛素血症、吸烟、酗酒等。

第二阶段危险因素:出现左心室肥厚、颈动脉增厚、微量蛋白尿、血管斑块形成、血管适应性及弹性降低等靶器官损害。

第三阶段危险因素:发生冠心病、脑卒中、肾损害、视网膜、肢体血管等临床病变。

第四阶段危险因素:发生心力衰竭、心肌梗死、脑卒中、肾功能衰竭、视网膜剥离、下肢坏疽等终末期病变。

5 治疗

理想控制血糖是2型糖尿病预防并发症的前提;坚持强化生活干预是防治的关键;合理用药是控制血糖的基础;三型辨证是中医药论治的依据;综合防治是全面控制的核心。

5.1 全面控制

血糖、血脂、血压及体重等争取达标或接近正常。空腹血糖和(或)餐后血糖是评估糖尿病控制的主要指标。初期,可用快速血糖仪,每日检测7个时段(早、中、晚餐前,餐后及睡前)血糖,病情稳定后可减少,延长检测次数。糖化血红蛋白(HbA1c)是评估长期血糖控制的重要指标,拟每3~6个月检测一次。

5.2 早期并发症筛查

对新诊断的糖尿病患者,宜及早进行相关并发症的筛查,争取及早发现、及早处理。

筛查项目:眼底;心电图,动态心电图,心脏B超;血压,动态血压;神经系统反射,体位血压,音叉振动或尼龙丝触觉;足背与胫后动脉搏动,皮肤颜色改变;肾脏功能;

血生化等检测;儿童、青少年患者测定谷氨酸脱羧酶等抗体,血清胰岛素或C肽等。

5.3 治疗步骤

凡初诊患者必需辨别病情轻重,有无急性并发症及应激情况。

5.3.1 无急性并发症及应激情况

血糖高而无酮症和酮症酸中毒、无感染、无创伤应激情况,可按下列程序进行:

(1)生活干预:FBG >7.0 mmol/L、PBG >11.1 mmol/L者,首先控制饮食,有氧运动,调整心态2~4周。

(2)中医药治疗:经生活干预,血糖控制未达标者,应联合中医药治疗。