得了脆性糖尿病，该怎么对付？

衡阳市第一人民医院内分泌科、老年(干)科科主任陈光美为您支招

■刘 臻

老陈是一名有着20多年糖尿病病史的“老糖友”。近5年来，他总是无诱因地反复出现凌晨低血糖发作，血糖3—4 mmol/L，空腹及餐后血糖更是居高不下。为此，老陈已先后换用过几乎市面上所有的胰岛素剂型，无奈血糖波动仍很大。监测空腹血糖13—15 mmol/L，餐后12—20.5 mmol/L，每周出现2—3次无时间规律低血糖发作，测血糖3—4 mmol/L。

为此，万般无奈的他来到衡阳市第一人民医院就医。“老陈是典型的脆性糖尿病。针对这类患者治疗，我们主张首先对其进行糖尿病教育及心理干预，让患者饮食、运动维持一个较规律的水平，减轻其心理焦虑。”衡阳市第一人民医院内分泌科、老年(干)科科主任、副主任医师陈光美给患者提出了每日主食约5两，饭后规律活动的建议。并建议对其进行全日多点血糖监测，尤其是夜间2—3点的血糖监测，启用胰岛素泵治疗，口服药物加用二甲双胍及西格列汀等治疗。

经过一系列调整，老陈终于走出了血糖居高不下的“怪圈”，血糖控制良好性及平稳性明显改善，出院前复查胰岛功能（空腹及餐后C肽水平）也有所恢复。

A 脆性糖尿病患者当心低血糖昏迷

大多数人都知道糖尿病分1型和2型，但对于这种令医生费心、患者烦心的脆性糖尿病，恐怕知道的不多。

陈光美表示，“脆性糖尿病”又称“不稳定型糖尿病”，是指病情极不稳定、血糖波动范围大且难以控制，以及容易发生酮症酸中毒和低血糖的一类糖尿病。其实，脆性糖尿病并不是一种新类型，而是根据临床特点来命名的。以往大多将“脆性糖尿病”归于1型糖尿病，而事实上也可见于某些胰岛功能近乎衰竭的2型糖尿病晚期患者。

脆性糖尿病最显著的症状就是：血糖波动大。主要原因是患者残存胰岛β细胞数量逐渐减少甚至接近损耗殆尽，加之治疗措施不当、长期血糖控制不良等致使内源性胰岛素极度匮乏；另外，患者往往同时伴随胰腺α细胞功能（即分泌胰高血糖素的能力）降低。如此一来，患者的血糖调控完全依赖于外源性胰岛素，而不受自身血糖浓度的反馈调节。因此，很容易出现血糖忽高忽低、大幅波动的现象。脆性糖尿病患者胰岛功能极差或完全衰竭，此时病情极不稳定，即便是在饮食量、运动量和胰岛素剂量不变的情况下，血糖也会出现没有缘由的显著波动。

研究表明，血糖大幅波动比单纯性的持续高血糖对内皮细胞的损害更严重，如能加速动脉硬化，导致心血管和神经系统慢性并发症的发生风险显著升高，致死和致残的风险显著增加。脆性糖尿病易发生反复无症状性低血糖，导致患者的大脑认知功能严重受损。如果持续时间较长的低血糖昏迷不能够被及时发现，甚至有生命危险。

另外，反复高血糖和低血糖无规律的交替发生，会使患者的生活质量和情绪受到严重影响，情绪也随之波动，甚至有的会因此而患上焦虑症或抑郁症，不能很好地遵照医生的指导来进行饮食控制和胰岛素注射。

B “脆性糖尿病”治疗主要依靠胰岛素

由于“脆性糖尿病”患者胰岛功能极差，机体对外源胰岛素十分敏感。当血糖升高时，稍稍增加一点胰岛素注射剂量就发生低血糖；而血糖下降时，稍稍减少一点胰岛素剂量，血糖又明显升高。“因此，脆性糖尿病的血糖管理和治疗是一个非常棘手的难题，无论是日常饮食还是药量调整都需格外谨慎。”陈光美指出，由于存在严重低血糖的风险，因此，强化控制并不是其目标，其目标是在患者无症状的情况下尽可能防止严重的高或低的血糖，并尽可能减少慢性并发症的发生。

“脆性糖尿病”的药物治疗主要依靠胰岛素强化治疗，可以采取一日多次皮下注射胰岛素的方法，即三餐前注射超短效胰岛素，睡前注射长效胰岛素，有条件的还可以选择“双C”疗法。该疗法就是将动态血糖仪（CGMS）和胰岛素泵（CSII）联合用于脆性糖尿病的治疗。必要时，也可考虑加用某些口服降糖药（如二甲双胍及胰岛素增敏剂等）同时，调控过程中也需注意对血糖控制不宜过严，胰岛素调幅不宜过大，以防止低血糖或血糖的大幅波动。

脆性糖尿病患者在生活上应从加强健康管理开始，确保血糖变动的平稳。首先饮食应定时定量，少食多餐，最好每天保证3次正餐，3次加餐，加餐以小点心为主；其次适度规律锻炼，固定每日的运动时间及运动量，血糖控制不良时需暂停运动；再者要保持良好的睡眠和心态，避免疲劳和情绪波动；最后也是最重要的是加强血糖的监测，尽可能多地了解血糖波动的原因及规律，定期全日多点血糖监测，尤其是夜间2—3点的血糖监测，有条件者可接受动态血糖监测。

C 司机等特殊职业的糖友该如何有效控糖

国外曾有调查研究显示，有近1/3的交通事故发生在糖尿病司机身上。与非糖尿病患者相比，糖尿病患者（特别是1型糖尿病患者）驾车存在较大的安全隐患，特别是在低血糖状态下驾车，其危险程度丝毫不亚于酒驾。

为何糖尿病患者驾车风险较高？陈光美解释道，因为血糖是人体最直接的能量来源，而大脑是人体能量需求量最大的器官。当糖尿病患者因为各种原因（不规律饮食、运动过度、药物剂量大等）出现低血糖时，会首先影响大脑，可发生意识朦胧及定向力、识别力丧失，嗜睡、双手震颤等，严重者出现抽搐和昏迷。而糖尿病患者非常容易合并心脑血管疾患，当突发心脑血管疾病（如：心梗、脑梗、脑出血时同样可以出现大脑功能受损），如患者刚好在驾车，后果则不堪设想。

为避免风险，开车前该做何准备？有一些基本准则需要遵从：1.上车前测血糖，确保血糖在8.5mmol/L左右，如血糖太低不要上车，先吃15克碳水化合物（比如2—5个葡萄糖片、50%的高糖2支、3—5颗牛奶糖或硬糖、3—4块饼干等），等15分钟后再检测血糖。2.做好在车里存放一些健康零食的计划，确保在长途外出时，能获得足够的补给。3.按时测血糖：如长途出行，每隔2小时或4小时就测一下，确保血糖稳定。

在司机岗位的患者则应定期（半年左右）到医院检查身体，如果血糖忽高忽低、极不稳定，或存在影响驾驶安全的慢性并发症（如视网膜病变、周围神经病变、糖尿病足、无痛性心脏病等），应调离驾驶员岗位。

D 稳定餐后血糖，早餐需这样吃

早餐是人一天中最重要的一餐饮食，一顿好的早餐能够为人体开启新一天正常的新陈代谢，让人精力充沛。而对于糖尿病患者而言更是如此，早晨起床后血糖容易波动，这时如何安排早餐就非常关键。在早餐食物类型选择的原则上，应该要包括谷物、肉类、奶类/豆类以及蔬菜水果四类。

谷物主要为身体提供碳水化合物，全麦面包和麦片是非常好的选择，它富含膳食纤维，升糖指数低，相比米粥等有较强的饱腹作用，且太稀的粥不适合糖尿病人；肉类的选择上可以选择瘦肉或鱼肉，能够给人体补充优质蛋白，除此之外还可以适量增加一个鸡蛋；不加糖的牛奶、豆浆都是早餐非常好的饮品，富含丰富的钙物质和优质蛋白；蔬菜和水果也是不可少，提供的膳食纤维能够促进肠道的蠕动，有助于肠道对营养物质的吸收。

陈光美表示，糖友们可以按照设计的饮食方案,定时、定量摄入营养全面均衡的食物,一定要控制总热量,这样既能使病人生活和工作的热量需求得到满足,又可以使体重接近正常(即使胖的人减重，使瘦的人增重至标准体重)，从而加强机体对胰岛素的敏感性，减少胰岛细胞的压力。

高位结肠支架置入术为患者畅通“出口”

衡阳市中心医院消化内科为高位结肠癌并不完全性肠梗阻患者成功实施手术

■朱嘉林
通讯员 王 琪

本报讯 对于不能手术的晚期大肠癌患者，可以通过置入支架解除肠道梗阻,然而,对于高位结肠梗阻,由于其位置高,肠道内沿路“蜿蜒曲折”，使支架难以到达升结肠。近日，衡阳市中心医院消化内科为一位高位结肠癌并不完全性肠梗阻患者成功实施了升结肠金属支架置入术，为其重新打开了一条畅通的“出口”通道。

83岁高龄患者杨爷爷，有“高血压、糖尿病、冠心病、脑梗塞、帕金森”等基础疾病史,因“黑便、乏力2月余”来到该院消化内科就诊，行肠镜、CT等相关检查诊断为升结肠癌突破浆膜层并狭窄,患者外科手术风险大，家属表示采取保守治疗。杨爷爷被确诊升结肠癌并狭窄后，因为随时存在结肠梗阻风险,每日只能进食流质或者半流质饮食,生活幸福指数明显下降，杨爷爷情绪日渐低落。

消化内科内镜治疗室主任伍友兴、副主任黄雪英带领的团队检查发现，患者升结肠肠壁增厚，肠腔狭窄，最厚处有16mm，如正常饮食，随着肿瘤不断增大，肠腔随时堵塞，患者将有生命危险。为提高患者终末期生存质量，消化内镜团队当机立断，为其制定了金属支架置入的治疗方案。

手术过程中，患者始终保持清醒状态，有利于减少术中对人体正常组织的损伤，患者痛苦小。目前，杨爷爷肠道通畅，腹痛、腹胀消失，可正常进食，脸上也恢复了往日的笑容。