

## 中日糖尿病学术研讨会答疑内容

2021年7月25日、9月25日

问：这是一个关于“特定健康诊查”与“特定健康保健指导”的问题。这个诊查、指导，尤其是这个流程的管理由谁来管理？其跟进、指导又由谁来完成呢？

大杉教授答：在日本，对于在公司工作的人士，他们参与的是健康保险组合及协会健保（全国健康保险协会健康保险）；对于无业人士，他们参加的则是国民健康保险等。多数情况下，会由保健师以及营养师来进行相关指导。

问：保健师与营养师是由保险方，即保公司等雇佣的吗？

答：保险组合是一个独立于公司的机构。在日本，国民皆保险。公司雇工的保险单位是公司所加盟的健康保险组合，而对于非公司雇工来说，他们的保险单位则是名为国民健康保险的市町村保险组合。隶属上述机构的医务人员，如保健师、护士、营养管理师等将负责提供相关指导，即特定健康保健指导。

问：据讲义内容，对于特定健康指导相关指导的改善对象，应尤其重视体重的变化。除了体重外，是否还有其他观察指标？

答：除了体重之外，还有腹围。女性腹围要控制在90厘米以下，男性腹围要控制在85厘米以下也是观察目标之一。此外，还要观察血糖、血压、血脂脂质指标，需将其控制在正常范围内。

问：在改善效果上，脑血管方面事件的改善率达到了83%。这些病例是缺血性的还是出血性的？

答：日本方面的主要病例还是以缺血性脑梗塞居多，其比例下降较多。当然，出血性病例也是有所下降的。

问：日本国立国际医疗研究中心约有10位糖尿病专科医生，但需要注射胰岛素的糖尿病患者却有150名左右。那么，这些患者是通过门诊还是住院来开具处方与诊疗的呢？

答：目前，我们科室门诊每年接诊约1,800名门诊就医的糖尿病患者。另外，包含因胰岛素导入有困难的门诊病例，经其他医院介绍转到我中心的病例，以及已经在因使用胰岛素后效果不明显而来到我中心的病例在内，全年共有250人左右住院治疗。

问：连续血糖监测（CGM: Continuous Glucose Monitoring）（注1）及扫描式血糖监测（FGM: Flash Glucose Monitoring）（注2）等持续血糖监测装置是患者全员配备还是选择性推荐呢？

（注1）CGM是一种通过将微小传感器插入皮下来持续测量皮下间质液的糖浓度（间质葡萄糖值），以显示单日血糖变化情况的医疗设备。

（注2）FGM是一种将可持续测量14日内皮下间质葡萄糖值的传感器留置于上臂，以获得血糖水平的医疗设

备。

答：日本的健康保险范围中对推荐使用 FGM 设备的患者有明确的规定，如患者每天需要接受强化疗法——进行 3~4 次胰岛素注射，或从此强化疗法开始便需进行至少 2 次胰岛素注射等方可使用 FGM。另外，患者符合上述条件后，还要确认患者尚未罹患认知障碍，且配备 FGM 存在一定意义。现在，我中心患者中恐怕只有不到 100 人在日常生活中使用 FGM。

问：使用 FGM 的患者在院外时，如果医务人员通过院内电脑中所使用的某个系统发现患者的血糖值偏低，是通过电话等方式告知患者吗？这时一般会采取哪些对策呢？

答：目前，无论是 FreeStyle【Libre Link】系统还是远程监测【CareLink】系统，都不具备面向医务人员的报警功能。只有医务人员去看 CareLink 时，才会发现患者出现低血糖或血糖偏高，而设备是无法自动告知医务人员的。对于一些血糖水平不大稳定的患者，医务人员会通过定期查看数据的方式，来确认其血糖水平高低。至于采取哪些对策，医务人员确实会通过电话联系等方式采取一定措施，但这种情况还是比较少见的。

问：这是一个关于院内会诊的问题。如果有糖尿病患者需要接受其他科室的手术，那么他们会在什么时候征求糖尿病科的意见呢，是手术前，还是手术后呢？一般会在什么时间展开会诊呢？

答：首先，如果患者入院之初是以糖尿病患者身份住院的话，那么我们会以一周 5 次的频率召开较为简短会诊。会诊期间将讨论患者存在哪些问题，以及如何控制患者的血糖。如果患者以其他科室患者的身份住院，兄弟科室会在外科手术之前，或须使用其他激素进行免疫抑制的患者入院时，咨询我们。对于这些患者，我们科室中现有的专科医师与正在接受培训的医师将结成小组，研究如何应对患者的血糖水平、怎样检测患者的情况。平时，住院患者中大概会有 80 例患者需要接受持续诊查。所以说，手术前我们会接受咨询，改善患者的血糖水平，而手术后我们还会就患者血糖水平因术后配餐等发生变化时应当如何治疗，长期接受兄弟科室的咨询。

问：也就是说，随时进行咨询是吗？

答：是的，没错。

问：这是一个关于并发症预防及筛查的问题。我们应该怎样进行糖尿病患者视网膜病变、肾脏病，以及大血管相关疾病方面的预防及筛查呢？

答：视网膜病变筛查自然取决于患者有无视网膜病变。至少应该每隔 1~2 年安排一次眼科检查。至于肾脏病与蛋白尿，最长可以每 3 个月做一次尿检，以查看是否出现蛋白尿。在神经损伤方面，我们建议每年至少做 1 次足部检查。而心血管损伤方面，一般每年要做 1 次心电图等检查。除此之外，我们还会根据患者有无主诉症状，决定是否进行超声波检查及其他检查，并咨询循环系统（心脏）专家。至于脑卒中等方面，我们不建议 CT 与 MRI 筛查。待出现相关症状时，更易于检查。

问：这是一个关于药物的问题。据悉，日本最近 10 年，DPP-4 抑制剂处方得到广泛应用。在天津，患者的 BMI（体重指数）不小于 25 时使用 GLP-1 受体激动剂适用于医保。我想请教一下，日本会面向哪些人使用这类药物呢？针对 BMI 不大于 25 且出现贫血等症状的患者，是否会考虑使用 GLP-1 受体激动剂呢？

答：在日本，并没有对于 BMI 的限制。但是，相关报告显示，GLP-1 受体激动剂会抑制食欲、导致体重下降。因此，我们一般不会对 BMI 偏低且明显偏瘦的患者，以及高龄患者使用这种药物。

问：我看到，对于 BMI 极高的患者，可能会选择外科治疗。那么，为什么没有选择 GLP-1 呢？

答：将 GLP-1 受体激动剂用于治疗肥胖时，往往需要较高的药物用量，而日本方面尚未认可其对肥胖的治疗效果。这就是为什么，只有 GLP-1 受体激动剂在糖尿病治疗中的一般用量得到了认可，而在针对肥胖的治疗中使用的不多。

问：浙江省糖尿病防治中心目前正在推进一个新的企划，叫做院内血糖管理。我们在获得兄弟科室授权后与其展开合作，借助胰岛素泵数据，观察其他科室糖尿病患者的血糖水平，并将血糖管理不善的患者直接纳入内分泌科的观察对象。不知道日本有没有这样的形式？您对这个企划又有怎样的建议或意见呢？

答：这是一个非常好的尝试。据我所知，我们正在进行的血糖管理相对良好。但是，从全球范围来看，无论患者是否被确诊为糖尿病，极高或极低的血糖水平都没有引起充分的重视。所以，像贵院这样，从全院着手进行血糖管理极其出色的。

在日本，几乎所有的医院都会施行 DPC（病案分类，Diagnosis Procedure Combination）制度，即一种根据疾病及诊断内容决定医疗费用的方式。在住院测量血糖水平后，医师会结合此结果做出是否需要使用胰岛素，是否改变治疗等决定。只不过，囿于 DPC 制度，向其他科室提供前述问题中提到的诊疗咨询都是无法收费的。我们都是以完全无偿的方式做这些，那大家自然就不会很积极了。

问：大杉教授的糖尿病强化疗法课件中提到“这种疗法对脑血管疾病、肾脏病及视网膜病变疗效显著，皆存在统计学差异”。但并没有讲到对心血管疾病的疗效。这种疗法对冠状动脉疾病等的疗效如何？是否存在统计学差异呢？

答：冠状动脉疾病在数量上有所减少，但未见统计学差异。

（上述为 2021 年 7 月 25 日答疑内容）

问：日本医院的营养科会进行专门针对糖尿病患者营养的巡诊与会诊吗？

答：营养科的营养管理师会参加糖尿病科的多职务会诊（由医师、护士、药剂师等参加），但他们似乎并不会专门针对糖尿病患者展开巡诊或会诊。

问：日本方面有关注高龄糖尿病患者的肠道环境（肠道菌群）吗？目前正在进行怎样的研究呢？

答：日本方面目前正在进行糖尿病患者及肥胖患者的肠道菌群研究，但似乎还没有聚焦年龄或者以老年人为中心的研究。

问：GLP-1 受体激动剂在日本的使用情况大体如何？

答：大体上，所有患者中的 5%~8%用过这种药。

问：您提到，心血管疾病是美国糖尿病患者的最主要死因，而日本糖尿病患者的最主要死因则是癌症，这是为什么呢？

答：这是因为日本的高龄患者人数众多，而且患者即使患有冠状动脉疾病及脑卒中，死于此两类疾病的几率也有所降低。

问：这是一个关于“足部护理门诊介绍”的问题。日本有很多设有足部护理门诊的医院。而糖尿病会出现诸如视网膜病变、肾脏病、神经疾病等诸多并发症，但现在还没有足部以外的专项门诊。为什么日本方面偏偏对足部并发症给予了特别关注呢？

答：视网膜病变与肾脏病可以分别在眼科及肾脏内科得到充分诊查。然而，神经损伤方面却没有能够充分诊查相关疾病的诊疗科室。虽然需要下肢截肢的情况不大常见，但据统计，每年仍有 8,000~10,000 例需要下肢截肢。因此，日本方面十分重视相关预防工作，许多医院的糖尿病内科都可以发挥这一作用。

问：据我所知，在日本，糖尿病患者的血糖检测仪及血糖试纸均在保险范围内。那么，目前 free style (CGM) 的价格大概是多少呢？它也在日本的保险范围内吗？

答：从亚马逊等渠道购买的话，Free Style Libre 的价位大概是 7,000 日元/个（每个可以使用 14 天）。满足经常注射胰岛素等条件时，日本的保险会覆盖这部分费用。

（上述为 2021 年 9 月 25 日答疑内容）