



فصل اول - راهنمای تشخیص دیابت

طبقه‌بندی و معیارهای تشخیص دیابت چیست؟

● طبقه‌بندی دیابت

● توصیه:

افراد با هیپرگلیسمی را در طبقه بندی تشخیصی مناسب قرار دهید تا به مدیریت فردی کمک کند. (E)

● طبقه‌بندی دیابت شیرین:

(۱) دیابت نوع ۱ که ناشی از تخریب سلول های β است و معمولاً کمبود مطلق انسولین در بدن وجود دارد (شامل دیابت اتوایمیون نهفته بزرگسالان *LADA).

✓ با واسطه ایمنی

✓ ایدیوپاتیک

(۲) دیابت نوع ۲ که به علت اختلال غیراتوایمیون پیشرونده‌ی ترشح انسولین در زمینه مقاومت به انسولین و سندرم متابولیک ایجاد می‌شود. شامل گروهی از بیماران مستعد کتوز نیز می‌شود.

(۳) سایر انواع اختصاصی دیابت:

● نقایص ژنتیکی عملکرد سلول های بتا

✓ MODY (maturity onset diabetes of the young) درحال حاضر ۱۱ زیرگونه، دیابت نوزادی، نقایص

DNA میتوکندری

● نقایص ژنتیکی در عملکرد انسولین

✓ تیپ A مقاومت به انسولین Leprechaunism سندرم رابسون مندن‌هال، دیابت لیپوآتروفیک، سایر

● بیماری‌های اگزوکرینی پانکراس

✓ پانکراتیت، تروما/ پانکراتکتومی، نئوپلازی، سیستیک فیبروزیس، هموکروماتوزیس، سایر

● اندوکرینوپاتی‌ها

✓ آکرومگالی، سندرم کوشینگ، گلوکاگونوما، فئوکروموسیتوما، هیپرتیروئیدی، سایر

● ناشی از داروها یا مواد شیمیایی

✓ گلوکوکورتیکوئید، اسید نیکوتینیک، هورمون‌های تیروئیدی، آگونیست‌های بتا آدرنژیک، تiazیدها، فنی‌توئین،

اینترفرون، پنتامیدین، دیازوکساید، آنتی‌سایکوتیک‌های آتیپیکال و درمان با:

Highly active antiretroviral therapy (HAART)

● عفونت‌ها

✓ سرخجه مادرزادی، سیتومگالوویروس، سایر

● بعد از پیوند اعضا

● انواع غیرمعمول دیابت با واسطه ایمنی

✓ Stiff-man syndrome - آنتی‌بادی‌های ضد گیرنده انسولین، سایر

● سایر سندرم‌های ژنتیکی که گاهی اوقات مرتبط با دیابت هستند:

✓ سندرم داون، سندرم کلاین فیلتر، سندرم ترنر، سندرم ولفرام، آتاکسی فردریش، کره هانتینگتون، سندرم لورنس

مون بیدل، دیستروپی میوتونیک، سندرم پرادریلی و سایر

(۴) دیابت بارداری (دیابتی که در سه ماهه دوم یا سوم بارداری تشخیص داده می‌شود و واضحاً دیابت آشکار قبل از بارداری نیست).

* LADA (Latent Autoimmune Diabetes of Adulthood)

◀ معیارهای تشخیص دیابت

معیارهای تشخیص دیابت شامل:

- ۱) غلظت گلوکز پلاسما در حالت ناشتا ($FPG^1 \geq 126 \text{ mg/dl}$)
 - ۲) غلظت گلوکز پلاسما ۲ ساعت پس از مصرف ۷۵ گرم گلوکز خوراکی* ($PG^2 \geq 200$)
 - ۳) غلظت هموگلوبین گلیکوزیله ($HbA1c \geq 6.5\%$)
 - ۴) غلظت گلوکز تصادفی خون ($RPG^3 \geq 200 \text{ mg/dl}$) در حضور علائم هیپرگلیسمی یا حمله حاد هیپرگلیسمیک
- توصیه: در صورت عدم وجود هیپرگلیسمی واضح، برای مثال حمله حاد هیپرگلیسمی تشخیص نیاز به تست تأییدی دارد.
- * در غیاب هیپرگلیسمی واضح تشخیص نیاز به دو تست غیر طبیعی در یک زمان (مثلاً A1c و FPG) و یا در دو زمان مختلف دارد.

◀ معیارهای تشخیص پیش دیابت

- ✓ گلوکز ناشتای پلاسمای مختل یا IFG^4 : $100-125 \text{ mg/dl}$ یا FPG :
 - ✓ گلوکز پلاسمای دو ساعت پس از انجام $OGTT^5$: تحمل گلوکز مختل IGT^6 : $140-199 \text{ mg/dl}$ یا PG :
- $HbA1c$: $5.7\%-6.4\%$
- (B)**

برای هر سه تست خطر یک طیف است که به زیر حد پایین گسترش می یابد و همینطور به طرز نامتناسبی در بالای حد تعریف شده بیشتر می شود.

جدول ۱- اندازه گیری و تفسیر قند خون	
قند خون ناشتا FPG (mg/dl)	۱۰۰-۱۲۵ ≥ ۱۲۶
آزمایش تحمل گلوکز دو ساعت پس از دریافت ۷۵ گرم گلوکز OGTT (mg/dl)	۱۴۰-۱۹۹ ≥ ۲۰۰
هموگلوبین گلیکوزیله ($HbA1c$)	$5.7\%-6.4\%$ ≥ 6.5%
قند خون تصادفی RPG (mg/dl)	≥ ۲۰۰

* براساس برخی گایدلاین ها پیک گلوکز پلاسما در نظر گرفته می شود.

^۱ Fasting Plasma Glucose

^۲ Plasma Glucose

^۳ Random Plasma Glucose

^۴ Impaired Fasting Glucose

^۵ Oral Glucose Tolerance Test

^۶ Impaired Glucose Tolerance

در صورت نداشتن علائم کریز هایپرگلیسمی (پلی اوری، پلی دیپسی، کاهش وزن) موارد فوق باید جهت تأیید تشخیص تکرار شود

توجه

- ناشتایی عبارت است از عدم مصرف هرگونه کالری، حداقل به مدت ۸ ساعت.
- آزمایش OGTT بهتر است صبح و پس از ۸ ساعت ناشتایی انجام شود تست باید مطابق توصیف WHO انجام شود با استفاده از لود گلوکز معادل ۷۵ گرم گلوکز خشک حل شده در آب
- نمونه‌ی تصادفی عبارت است از نمونه‌ای که بدون در نظر گرفتن زمان آخرین وعده غذایی گرفته شود.

جدول ۲ - ملاحظات مربوط به استفاده و تفسیر اندازه گیری گلوکز و A1c		
A1c	گلوکز	
گرانتر از گلوکز و دسترسی کمتر به صورت عمومی	ارزان و در دسترس در اغلب آزمایشگاه های سراسر دنیا	هزینه
اندازه گیری مزمن در معرض گلوکز بالا بودن در عرض ۲ تا ۳ ماه	به صورت حاد و در لحظه	زمان سنجش
خوب	ضعیف، پلاسما باید فوراً جدا شود یا نمونه برای جلوگیری از گلیکولیز باید در یخ نگه داری شود.	پایداری پره آنالیتیک
به خوبی استاندارد شده است	غیر استاندارد	استانداردسازی assay
نیاز به ناشتایی ندارد آماده سازی فرد لازم نیست.	نیاز به ناشتایی دارد.	ناشتایی
پایین	بالا	نوسانات فردی
تحت تاثیر غذا خوردن-استرس-بیماری و فعالیت قرار نمی گیرد.	خوردن غذا-استرس-بیماری-فعالیت	فاکتورهای حادی که می تواند بر سطح تاثیر بگذارد.
تغییرات turnover گلبولهای قرمز (آزمی-وضعیت آهن اسپلنکتومی-خونریزی-ترانسفیوژن-همولیز-G6PD-اریتروپویتین-HIV-سیروز-نارسایی کلیه-دیالیز-حاملگی	نوسانات Diurnal-داروها-الکل-سیگار-بیلی روبین	سایر فاکتورهای فردی که می تواند بر نتایج اثر بگذارد.
بستگی به assay خاص دارد. واریانتهای هموگلوبین، هیپرتریگلیسریدمی شدید-هیپر بیلی روبینمی شدید	بستگی به assay خاص دارد. مدیریت نمونه زمان process-ing-همولیز-هیپرتریگلیسریدمی شدید-هیپر بیلی روبینمی شدید	تست تداخلات

توصیه‌های HbA1c

- (۱) تست HbA1c باید با متد تأیید شده توسط ** NGSP انجام شود یا قابل ردیابی با assay مرجع مطالعه DCCT باشد.

(B)

* Diabetes Control and Complication Trial

**National glycohemoglobin standardization program

۲- تستهای A1c point of care برای غربالگری و تشخیص باید محدود به وسایل تایید شده تشخیصی توسط FDA باشد.

(B)

۳- هر زمان که عدم تطابق ثابت یا پیوسته‌ای بین سطح گلوکز و A1c وجود داشته باشد باید بررسی از نظر احتمال مشکل یا تداخل در مورد هر تست انجام شود

(B)

۴- در شرایط مرتبط با رابطه متغیر A1c و گلیسمی مثل واریانتهای هموگلوبین، بارداری (سه ماهه دوم و سوم و (post partum)، G6PD، HIV، همودیالیز، خونریزی اخیر یا ترانسفیوژن، همولیز یا درمان با اریتروپوئیتین، معیار سطح گلوکز پلاسما باید برای تشخیص به کار رود.

جدول ۳ - معیارهای غربالگری برای پره دیابت و دیابت نوع ۲ در بزرگسالان بی علامت

۱- تست در بزرگسالان با اضافه وزن یا چاقی $BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$ یا $BMI \geq 23 \text{ kg/m}^2$ در آسیایی آمریکایی ها که یک یا چند عدد از ریسک فاکتورهای زیر را داشته باشند باید در نظر گرفته شود:

فامیل درجه یک مبتلا به دیابت

نژاد با ریسک بالا (آمریکایی آفریقایی، لاتینو، بومی های آمریکا، آمریکایی آسیایی، Pacific Islander)

سابقه بیماری قلبی-عروقی

فشار خون بالا ($BP \geq 130/90 \text{ mmHg}$) یا درمان با داروهای فشار خون بالا)

$TG > 250 \text{ mg/dl}$ و/یا $HDL < 35 \text{ mg/dl}$

افراد مبتلا به سندرم تخمدان پلی کیستیک

عدم داشتن فعالیت فیزیکی

سایر موارد مرتبط با مقاومت به انسولین (چاقی شدید، آکانتوزیس نیگریکانس، MASLD^۴)

۲- افراد مبتلا به پیش دیابت باید سالانه تست شوند.

۳- افراد با تشخیص دیابت بارداری باید تست مادام العمر حداقل هر یک تا سه سال داشته باشند.

۴- برای تمام افراد دیگر تست باید از ۳۵ سالگی شروع شود.

۵- اگر همه تست ها نرمال بود باید حداقل هر ۳ سال تکرار شود. با در نظر گرفتن تکرار بیشتر بسته به نتایج اولیه و وضعیت ریسک فاکتورها

۶ - افراد در سایر گروه های پر خطر (افراد مبتلا به HIV، در معرض داروهای با خطر بالا، شواهد بیماری پریودنتال، سابقه پانکراتیت) باید با فواصل نزدیک تحت نظر باشند.

^۱ Human Immune Deficiency Virus

^۲ Glucose-6-Phosphate Dehydrogenase Deficiency

^۳ The Food and Drug Administration

^۴ Metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease

جدول ۴- غربالگری بالینی برای پره‌دیابت و دیابت نوع ۲ در کودکان و نوجوانان بی‌علامت

غربالگری باید در کودکان و نوجوانان* با اضافه وزن صدک ≥ 85 یا چاقی صدک ≥ 95 و کسانی که یک یا چند ریسک فاکتور زیر بسته به میزان ارتباط آن با دیابت را دارند، در نظر گرفته شود.
ابتلا به ^۱GDM یا دیابت در مادران در زمان بارداری فرزند

سابقه فامیلی ابتلا به دیابت نوع ۲ در فامیل درجه یک یا دو

نژاد با ریسک بالا (آمریکایی آفریقایی، لاتینو، بومی‌های آمریکا، آمریکایی آسیایی، Pacific Islander)

نشانه‌های مقاومت به انسولین یا شرایط مرتبط با مقاومت به انسولین (آکانتوزیس نیگریکانس، فشارخون بالا، دیس‌لیپیدمی، سندرم تخمدان پلی‌کیستیک و یا وزن پایین یا بالای زمان تولد^۲)

* بعد از بلوغ یا ۱۰ سالگی هر کدام که زودتر اتفاق بیفتد، اگر تست‌ها نرمال بود تکرار تست با فاصله حداقل ۳ سال یا با تکرار بیشتر اگر BMI افزایش یابد یا پروفایل خطر بدتر شود.

● توصیه‌های دیابت نوع ۱

۱. غربالگری برای تشخیص دیابت نوع ۱ در مرحله قبل از علامت دار شدن ممکن است با سنجش اتوآنتی‌بادی علیه انسولین، GAD65 (گلوتامیک اسید دکربوکسیلاز ۶۵)، ZnT8، Islet Antigen 2، انجام شود.
(B)

۲. غربالگری با اتوآنتی‌بادی‌ها برای مرحله قبل از علامت دار شدن دیابت تیپ یک باید به افراد با سابقه فامیلی دیابت تیپ یک یا سایر موارد شناخته شده ریسک ژنتیکی بالا پیشنهاد شود.

۳. داشتن چند اتوآنتی‌بادی تأیید شده یک ریسک فاکتور برای دیابت علامت دار است. زمانی که چند اتوآنتی‌بادی شناسایی شد ارجاع به مرکز تخصصی برای بررسی بیشتر و یا در نظر گرفتن کارآزمایی بالینی یا درمان تأیید شده برای به تأخیر انداختن پیشرفت دیابت بالینی باید مد نظر قرار گیرد.

۴. تست‌های استاندارد شده اتوآنتی‌بادی جزایر پانکراس برای طبقه‌بندی دیابت در بزرگسالان با ریسک فاکتور برای دیابت تیپ ۱ (مثلاً سن پایین در زمان تشخیص، کاهش وزن غیر ارادی - کتواسیدوزیس یا زمان کوتاه تا شروع انسولین) توصیه می‌شود.

◀ توجه

- ◀ افراد مبتلا به دیابت نوع یک همچنین مستعد سایر اختلالات اتوایمونی مثل تیروئیدیت هاشیموتو، بیماری گریوز، سلیاک، آدیسون، ویتیلیگو، هپاتیت اتوایمونی، میاستنی گراویس یا آنمی پرنیشیوز هستند.
- ◀ شروع ایمونوتراپی به خصوص با مهارکننده‌های Check Point برای درمان کانسر، ممکن است باعث شروع دیابت نوع یک فولمینانت شود. این عوارض مرتبط با سیستم ایمنی در کمتر از ۱ درصد موارد اتفاق می‌افتد.
- ◀ دیابت نوع یک ایدیوپاتیک: هیچ اتیولوژی شناخته شده‌ای ندارد. مبتلا به کمبود انسولین دائمی هستند و مستعد ^۳DKA می‌باشند ولی شواهدی از اتوایمونیتی سلول‌های بتا ندارند. موارد کمی از دیابت نوع یک را شامل می‌شود. به شدت ارثی است ولی مرتبط با HLA نیست. نیاز کامل به انسولین ممکن است متناوب باشد.
- ◀ غربالگری بالینی وسیع برای افراد با ریسک پایین و بدون علامت از نظر دیابت نوع یک توصیه نمی‌شود.

^۱ Gestational Diabetes Mellitus

^۲ large or small for gestational age birth weight

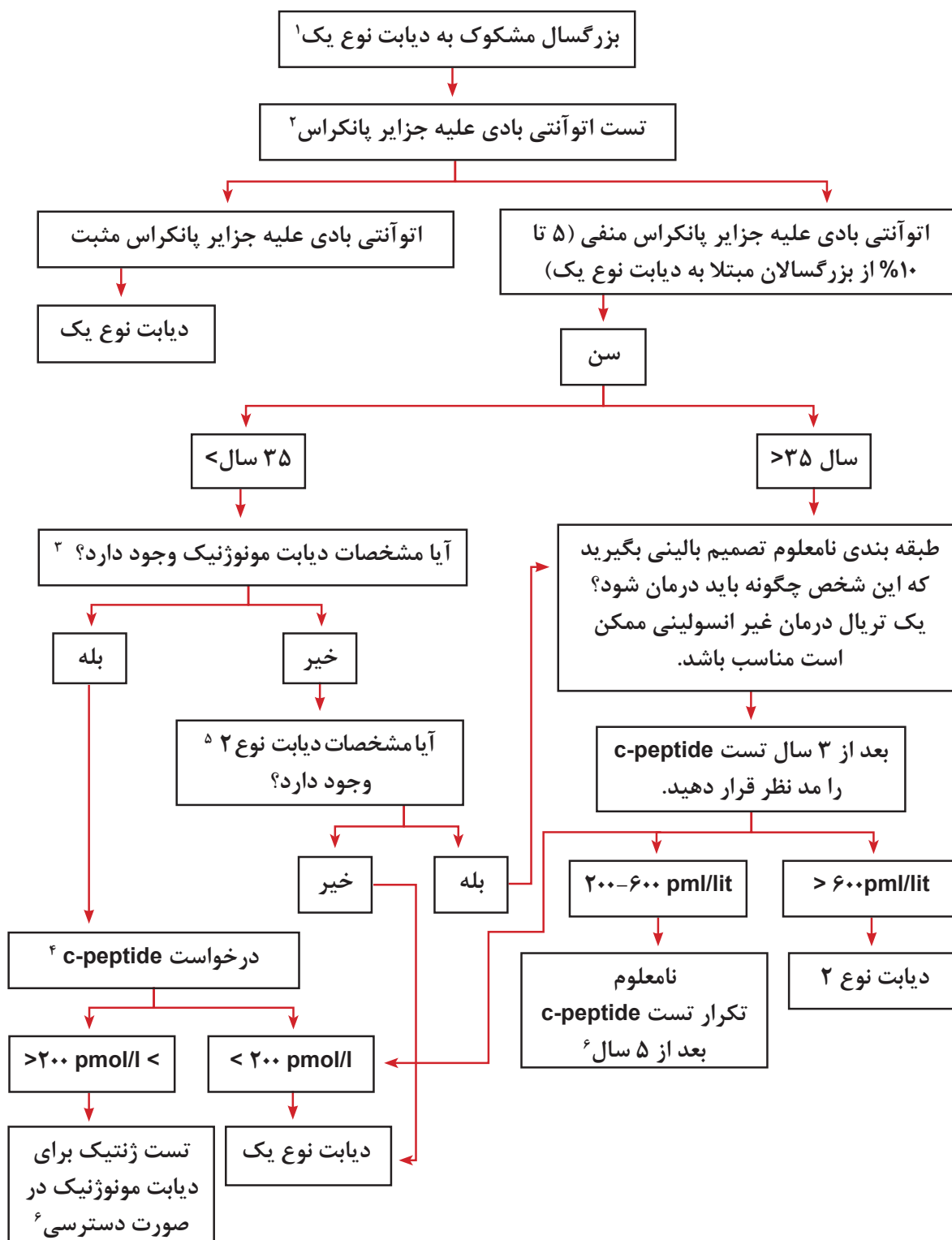
^۳ Diabetic ketoacidosis

جدول ۵- مراحل دیابت نوع یک

مرحله ۳	مرحله ۲	مرحله ۱	
اتوایمونیتی اختلال آشکار قند خون علامت‌دار	اتوایمونیتی اختلال قند خون قبل از شروع علائم	اتوایمونیتی نورموگلیسمی قبل از شروع علائم	خصوصیات
اتوآنتی‌بادی‌ها ممکن است غایب باشند. دیابت با کرایتریای استاندارد	اتوآنتی‌بادی علیه جزایر پانکراس (معمولاً متعدد) اختلال قند خون IFG یا IGT FPG: ۱۰۰-۱۲۵ 2hPPG ^۱ : ۱۴۰-۱۹۹ HbA _{1c} : %۵/۷-۶/۴ یا بیشتر از ۱۰٪ افزایش A _{1c}	وجود چند اتوآنتی‌بادی بر علیه جزایر پانکراس عدم وجود IGT یا IFG	کرایتریای تشخیصی

^۱ 2 Hour Postprandial Glucose

فلوچارت برای دیابت تیپ یک مشکوک در بزرگسالان تازه تشخیص داده شده بر اساس اطلاعات جمعیت سفیدپوست اروپایی



(۱) هیچ علامت بالینی به تنهایی تأیید کننده دیابت نوع ۱ نیست.

(۲) گلوتامیک اسید کربوکسیلاز (GAD) باید اولین آنتی بادی باشد که اندازه گیری می شود اگر منفی بود آنتی تیروزین

فسفاتاز Islet Antigen 2 (IA-2) یا زینک ترانسپورتر (Znt8) هر کدام در دسترس بود اندازه‌گیری شود. در افرادی که تحت درمان با انسولین نیستند آنتی بادی علیه انسولین ممکن است مفید باشد. در افراد زیر ۳۵ سال که نمای بالینی دیابت نوع ۲ یا مونوژنیک ندارند یک نتیجه منفی تشخیص دیابت نوع یک را تغییر نمی‌دهد. چرا که ۵ تا ۱۰٪ افراد دیابت نوع یک آنتی بادی ندارند.

۳) دیابت مونوژنیک با وجود یک یا چند مورد از موارد زیر پیشنهاد می‌شود: HbA1c کمتر از ۷.۵٪ در زمان تشخیص - یک والد مبتلا به دیابت - نمای بالینی یک علت مونوژنیک خاص (کیست‌های کلیوی، لیپودیسترفی نسبی - ناشنوایی ارثی مادری - مقاومت شدید به انسولین در غیاب چاقی و احتمال پیش بینی دیابت مونوژنیک بر اساس مدل، بیشتر از ۵٪).

۴) تست c-peptide فقط در بیماران تحت درمان با انسولین اندیکاسیون دارد. یک نمونه رندوم با گلوکز همزمان در خلال ۵ ساعت از خوردن می‌تواند جایگزین تست قدیمی تحریک c-peptide شود. اگر نتیجه بیشتر یا مساوی ۶۰۰ pmol/l باشد شرایط انجام تست اهمیت ندارد. اگر نتیجه کمتر از ۶۰۰ pmol/l بوده و گلوکز همزمان کمتر از ۷۰ mg/dl باشد یا فرد ناشتا باشد تکرار تست باید مد نظر قرار گیرد. نتایج خیلی پایین (کمتر از ۸۰ pmol/l) نیاز به تکرار ندارد. c-peptide را در خلال ۲ هفته از اورژانس های گلیسمیک اندازه گیری نکنید.

۵) مشخصات دیابت نوع ۲ شامل BMI افزایش یافته ≤ 25 ، نبود کاهش وزن، نبود کتواسیدوزیس و هیپرگلیسمی کمتر واضح. مشخصات کمتر تمایز دهنده شامل نژاد (غیر سفیدپوست، سابقه فامیلی، مدت زمان طولانی تر و علائم بالینی با شدت کمتر قبل از پرزانتاسیون، مشخصات سندروم متابولیک و نبود سابقه فامیلی خود ایمنی).

۶) اگر تست ژنتیک منفی بود طبقه بندی واضح نیست و تصمیم بالینی در مورد درمان باید گرفته شود.

۷) دیابت نوع ۲ باید قویاً در افراد با سن بالاتر مد نظر قرار گیرد. در بعضی از موارد بررسی برای انواع پانکراتیک یا سایر انواع بیماری ممکن است مناسب باشد.

۸) یک فرد با احتمال دیابت نوع ۱ که با انسولین درمان نشده است نیاز به مونیتورینگ دقیق و آموزش دارد تا انسولین بتواند در صورت بدتر شدن وضعیت گلیسمیک سریعاً شروع شود.

۹) c-peptide بین ۲۰۰ تا ۶۰۰ pmol/l معمولاً مطابق با دیابت نوع ۱ یا MODY است اما ممکن است در دیابت نوع ۲ تحت درمان با انسولین نیز اتفاق بیفتد به خصوص افراد با BMI نرمال یا پایین یا بعد از طولانی مدت.

جدول ۶- تفاوت های دیابت نوع ۱ و ۲

دیابت نوع ۱	دیابت نوع ۲
۱- معمولاً جوان ترند (کمتر از ۳۵ سال) اما نه همیشه. ۱- معمولاً سن بالاتری دارند. در نوجوانان و جوانان رو به افزایش است.	
۲- معمولاً لاغرند. $BMI < 25$	۲- اغلب اضافه وزن دارند یا چاق هستند.
۳- شروع حاد است.	۳- شروع تدریجی است.
۴- تقریباً همیشه علامت دارند.	۴- اغلب بدون علامت هستند.
۵- مستعد کتوزیس هستند.	۵- معمولاً مستعد کتوزیس نیستند.
۶- انسولین از ابتدای تشخیص مورد نیاز است.	۶- معمولاً در ابتدا با داروهای خوراکی کنترل می شوند، یا ممکن است انسولین برای کنترل علائم استفاده شود.
۷- معمولاً از سایر جهات نرمال هستند.	۷- اغلب با سایر بیماری ها همراه هستند (فشار خون، دیس لیپیدمی، آپنه خواب، کبد چرب، بیماری تخمدان پلی کیستیک).

در بعضی از بیماران نمی توان دیابت نوع ۱ یا ۲ را به صورت دقیق مشخص کرد ولی سابقه خانوادگی، چاقی، ابتلا به دیابت بعد از سن ۳۵ سالگی و عدم وجود آنتی بادی های پانکراس، احتمال دیابت نوع ۲ را بیشتر مطرح می کند.

● توصیه های پره دیابت و دیابت نوع ۲

◀ غربالگری برای پره دیابت و دیابت نوع ۲ با ارزیابی ریسک فاکتور یا محاسبه گر ریسک فاکتور تأیید شده در تمام بزرگسالان بی علامت باید انجام شود.

◀ تست برای تشخیص پره دیابت و/یا دیابت نوع ۲ باید در بزرگسالان با هر سن با اضافه وزن یا چاقی ($BMI \geq 25$) یا $BMI \geq 23$ در نژاد آمریکایی آسیایی) که حداقل یک یا بیشتر ریسک فاکتور دارند توصیه شود. (B)

◀ برای همه افراد غربالگری باید از ۳۵ سالگی شروع شود. (B)

◀ اگر تست ها نرمال بود، تکرار با فاصله زمانی حداقل ۳ سال قابل قبول است و زودتر در صورتی که فرد علامت دار شود یا ریسک فاکتورها تغییر کند (مثل افزایش وزن). (C)

◀ برای غربالگری پره دیابت و دیابت نوع ۲، گلوکز خون ناشتا یا گلوکز ۲ ساعت پلاسما بعد از ۷۵ گرم گلوکز خوراکی یا $HbA1C$ مناسب هستند. (B)

◀ در افراد پره دیابت و دیابت نوع ۲ ریسک فاکتورهای بیماری های قلبی-عروقی شناسایی و درمان شوند.

◀ غربالگری براساس فاکتورهای خطر برای پره دیابت و/یا دیابت نوع ۲ باید بعد از شروع بلوغ یا سن ۱۰ سالگی (هرکدام که زودتر باشد و در کودکان و نوجوانان با اضافه وزن ($BMI \geq 85$) یا چاقی (صدک $BMI \geq 95$) با یک یا بیشتر ریسک فاکتور دیابت مد نظر قرار گیرد. (B)

◀ غربالگری پره دیابت یا دیابت را برای افرادی که داروهای خاصی مصرف می کنند مثل گلوکوکورتیکوئید، استاتین، دیورتیک های تیازیدی، بعضی از درمان های HIV و آنتی سایکوتیک های نسل دوم در نظر بگیرید. (C)

بیمارانی را که برای آنها آنتی سایکوتیک نسل دوم تجویز شده است برای پره دیابت و دیابت در زمان تجویز غربالگری کنید و ۱۲ تا ۱۶ هفته بعد یا زودتر در صورتی که از نظر بالینی اندیکاسیون داشته باشد و سالانه تکرار کنید.

(B)

افراد مبتلا به HIV باید با تست گلوکز خون ناشتا قبل از شروع درمان با داروهای Antiretroviral، در زمان تغییر درمان با داروهای Antiretroviral و ۳ تا ۶ ماه بعد از شروع یا تغییر داروهای فوق غربالگری شوند. در صورت نرمال بودن تست اولیه، گلوکز خون ناشتا باید هر سال چک شود.

(E)

دریافت کافی کربوهیدرات (حداقل ۱۵۰ گرم در روز) باید برای ۳ روز قبل از OGTT^۱ برای غربالگری دیابت توصیه شود.

(E)

توجه:

- به طور کلی OGTT، FPG و HbA_{1c} برای تشخیص دیابت به طور مساوی مناسبند.
- همخوانی و تطابق بین قند ناشتا و قند دو ساعته کامل نیست و همچنین تطابق بین HbA_{1c} و قند پلاسما.
- اگر بیماری نتایج تست نزدیک به آستانه تشخیص دیابت داشته باشد باید با فواصل نزدیک تر مثلاً ۳ تا ۶ ماه تست ها تکرار شود.
- اگر دو تست مثلاً HbA_{1c} و FPG هر دو بالای آستانه تشخیصی باشند تأییدکننده تشخیص دیابت است.
- اگر بیماری نتایج غیر منطقی در دو تست مختلف داشت، آن تستی که نتیجه اش بالای آستانه تشخیصی دیابت است جهت تکرار مد نظر قرار گیرد.

توصیه های دیابت پانکراتیک یا دیابت در زمینه بیماری های اگزوکراین پانکراس

✓ افراد را برای دارای دیابت در عرض ۳ تا ۶ ماه بعد از یک اپیزود پانکراتیت حاد و سالانه بعد از آن غربالگری کنید. غربالگری دیابت سالانه برای افراد مبتلا به پانکراتیت مزمن توصیه می شود.

(E)

توصیه های سندرم های دیابت مونوژنیک

✓ بدون در نظر گرفتن سن فعلی تمام بیماران مبتلا به دیابت در ۶ ماه اول زندگی باید فوراً تست ژنتیک برای دیابت نوزادی بدهند.

(B)

✓ کودکان و نوجوانانی که خصوصیات تیپیک دیابت نوع یک یا دورا ندارند و سابقه فAMILIAL دیابت در نسل های قبلی را دارند (پیشنهاد دهنده پترن ارثی اتوزوم غالب) باید تست ژنتیک برای MODY^۲ بدهند.

(B)

^۱ Oral Glucose Tolerance Test

^۲ Maturity Onset Diabetes of the Young

● توصیه‌های دیابت مرتبط با سیستمیک فیبروزیس

✓ غربالگری سالانه برای دیابت مرتبط با سیستمیک فیبروزیس با تست تحمل گلوکز خوراکی (OGTT) باید از ۱۰ سالگی در تمام بیماران مبتلا به سیستمیک فیبروزیس که قبلاً تشخیص دیابت نداشته‌اند انجام شود.

(B)

✓ HbA1c به عنوان تست غربالگری در این بیماران بدلیل حساسیت پایین توصیه نمی‌شود. گرچه مقدار

(B)

$\leq 6.5\%$ مطابق با تشخیص دیابت ناشی از سیستمیک فیبروزیس است.

(A)

✓ بیماران مبتلا به دیابت مرتبط با سیستمیک فیبروزیس باید با انسولین درمان شوند.

✓ بعد از ۵ سال از تشخیص دیابت مرتبط با سیستمیک فیبروزیس، بیماران باید سالانه از نظر عوارض دیابت بررسی شوند.

(E)

● توصیه‌های دیابت بعد از پیوند اعضا

✓ بعد از پیوند اعضا، غربالگری قند خون بالا باید انجام شود. تشخیص دیابت بعد از پیوند اعضا باید در غیاب عفونت حاد و زمانی که بیمار به صورت پایدار روی درمان‌های سرکوب ایمنی است داده شود.

(B)

(B)

✓ تست تحمل گلوکز خوراکی برای تشخیص دیابت بعد از پیوند اعضا ترجیح داده می‌شود.

✓ صرف نظر از خطر ابتلا به دیابت، رژیم دارویی سرکوب ایمنی که بهترین نتایج را برای بیمار و عضو پیوندی داشته باشد باید استفاده شود.

(E)