

جزوه آموزشی: دیابت و مراقبت‌های پرستاری

بر اساس آخرین گایدلاین انجمن دیابت آمریکا

ADA 2025

طراح: دکتر اسماعیل مقصودی

عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی مراغه



بار بیماری و نقش محوری پرستار

تهدید سیستمیک

یک اختلال متابولیک
مزمن با هایپرگلیسمی

- عامل خطر مستقل برای:
 - بیماری‌های قلبی-عروقی
 - نارسایی کلیه
 - نوروپاتی و نابینایی



نقش پرستار



پرستاران خط مقدم مراقبت‌های بهداشتی هستند

- مسئولیت‌های کلیدی:
 - تشخیص زودهنگام
 - مدیریت مؤثر
 - پیشگیری از عوارض
 - توانمندسازی بیمار

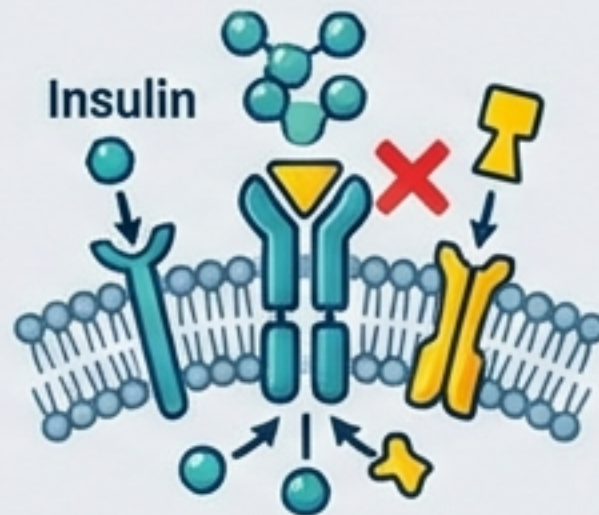
طبقه‌بندی دیابت: مکانیسم‌ها و ویژگی‌ها

دیابت نوع ۱



- تخریب خودایمنی سلول‌های بتا
- کمبود کامل انسولین
- شروع حاد در کودکی/نوجوانی

دیابت نوع ۲



- مقاومت به انسولین + نقص ترشح
- شیوع $>90\%$
- ارتباط با چاقی و سندرم متابولیک

دیابت بارداری (GDM)



- مقاومت به انسولین ناشی از هورمون‌های بارداری
- تشخیص هفته 24-28

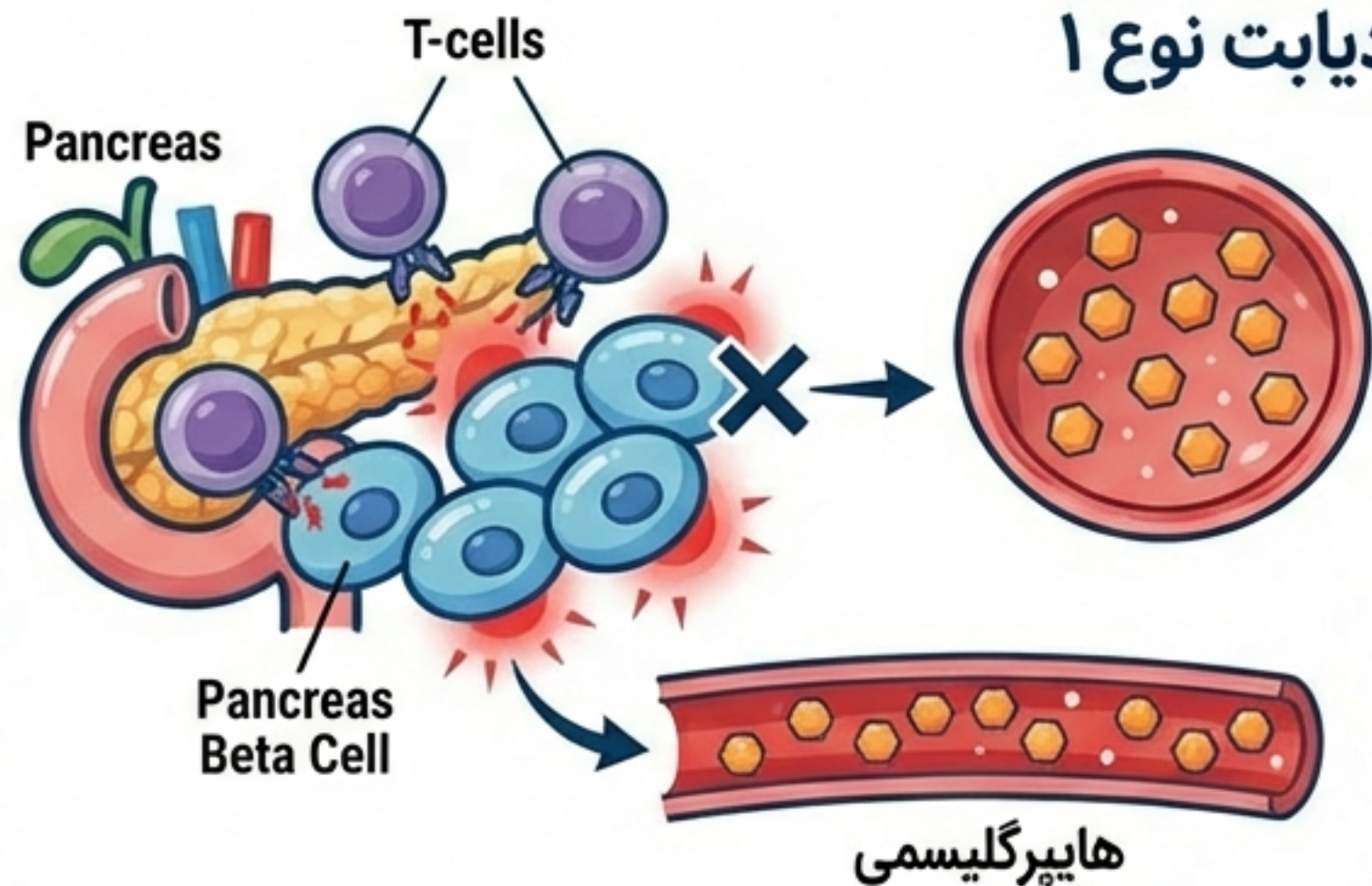
پیش‌دیابت



- فرصت طلایی پیشگیری
- FBS: 100–125 mg/dL
- HbA1c: 5.7%–6.4%

پاتوفیزیولوژی: درک مکانیسم بیماری

دیابت نوع ۱



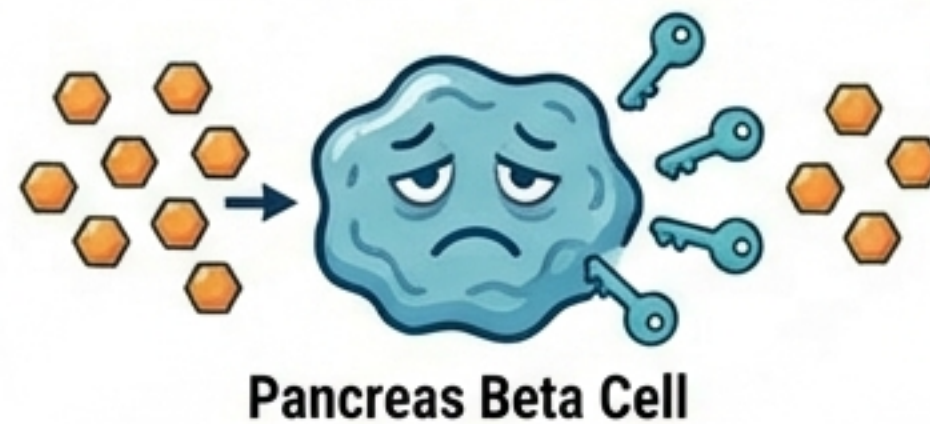
- حمله لنفوسیت‌های T به پانکراس
- عدم ورود گلوکز به سلول
- تجزیه چربی و کتون‌زایی

دیابت نوع ۲

مرحله ۱: مقاومت به انسولین در عضله و کبد (هایپراینسولینمی جبرانی)



مرحله ۲: خستگی سلول‌های بتا و کاهش ترشح



- عوامل خطر: ژنتیک، چاقی احشایی، کم‌تحرکی

معیارهای تشخیصی استاندارد (ADA 2024-2025)

تشخیص نیازمند تأیید در دو نوبت جداگانه است



FBS (ناشتا)

≥ 126

mg/dL



HbA1c

$\geq 6.5\%$

نشان‌دهنده میانگین ۲-۳ ماه



OGTT (2h)

≥ 200

mg/dL



Random Glucose

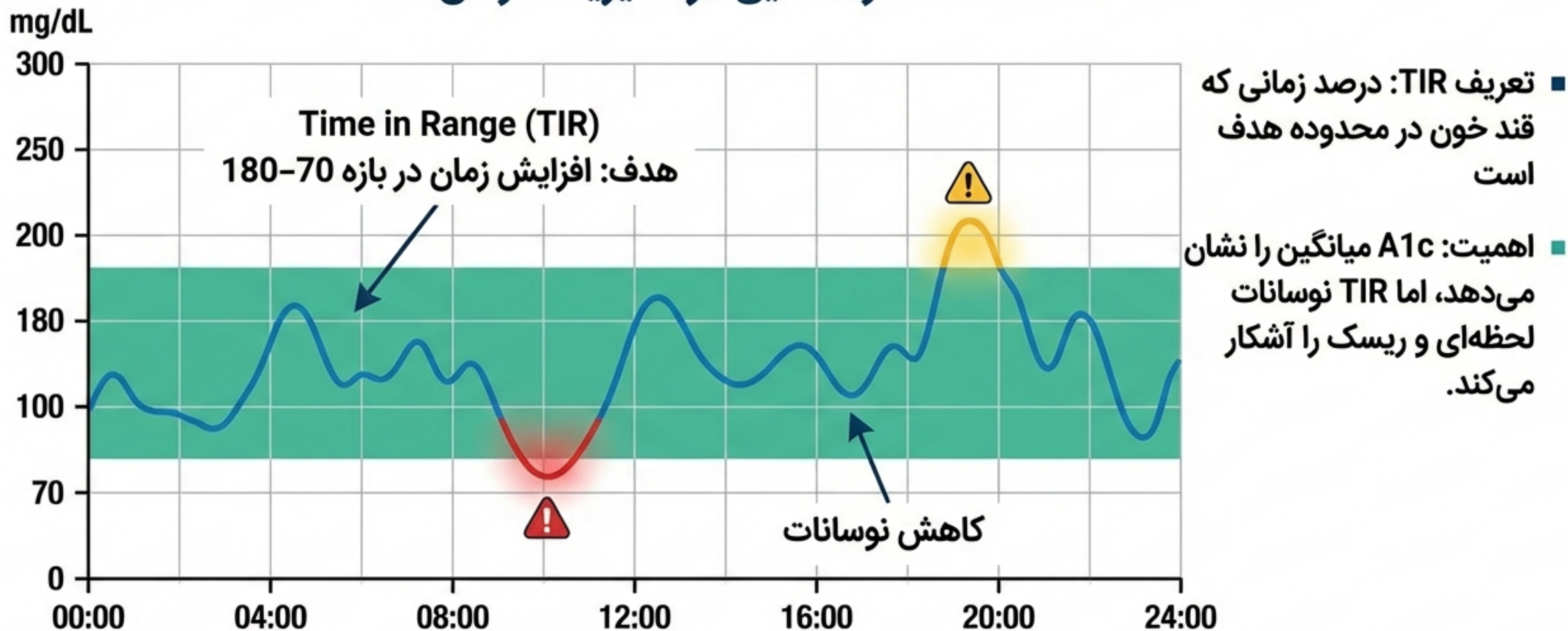
≥ 200

mg/dL
+ علائم

محدودیت‌های HbA1c: کم‌خونی، بارداری، بیماری کلیوی

استاندارد جدید: پایش مداوم گلوکز

CGM استاندارد طلایی در مدیریت درمان



استراتژی درمان ۲۰۲۵: پزشکی شخصی سازی شده

درمان دیگر «یک اندازه برای همه» نیست

بیمار مبتلا به دیابت نوع ۲
پایه درمان: تغییر سبک زندگی + متفورمین

بر اساس پروفایل ریسک



بیماری قلبی-عروقی (ASCVD)



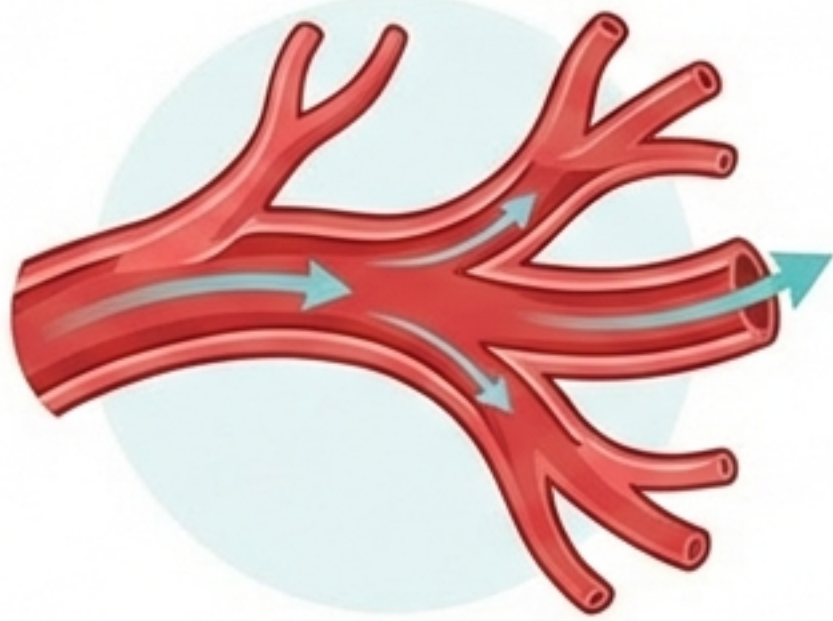
نارسایی قلبی (HF)



بیماری کلیوی مزمن (CKD)

انتخاب داروهای اختصاصی محافظت کننده (GLP-1 / SGLT2)

فارماکولوژی هدفمند: فراتر از متفورمین

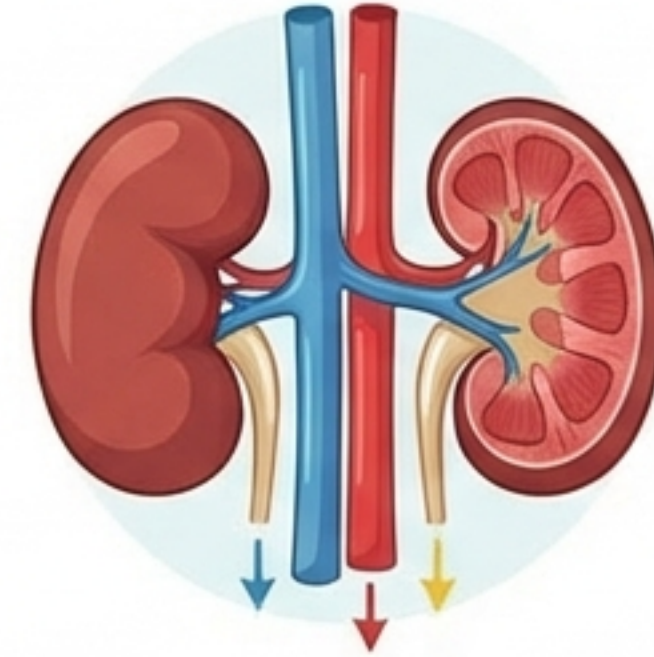


ریسک بالا / ASCVD

GLP-1 RA (eg. Semaglutide)

SGLT2 Inhibitors (eg. Empagliflozin)

- تجویز سریع صرف نظر از سطح A1c
- محافظت قلبی-عروقی



نارسایی قلبی (HF) و کلیوی (CKD)

SGLT2 Inhibitors (eg. Dapagliflozin)

Non-steroidal MRA (eg. Finerenone)

- اولویت مطلق برای HF
- محافظت از نفرون‌ها در CKD

تحويل در انسولين درمانی



انسولين های هفتگی
(Weekly Insulins)

افزایش پایبندی بیمار (Icodec)



سیستم های خودکار
(AID)

تنظیم خودکار دوز پایه



هشدار: **Sliding Scale** تنها

**منع استفاده از مقیاس لغزنده
بدون انسولين پایه**

رویکردی ناکارآمد و خطرناک

ارزیابی پرستاری: جستجوی سرنخ‌ها



ریسک هیپوگلیسمی

■ علائم هشدار: عرق سرد، لرز، گیجی

■ عوامل خطر: سن بالا، نارسایی کلیه



تحلیل روند (Trend)

پایش الگوهای قند خون به جای
عدد تکی



معاینه پا

■ غربالگری نوروپاتی با مونوفیلामنت ۱۰ گرمی

■ بررسی گردش خون و زخم



مداخلات حیاتی و مراقبت روزمره

مدیریت افت قند



قانون ۱۵-۱۵
۱۵ گرم کربوهیدرات + کنترل
مجدد بعد از ۱۵ دقیقه

مراقبت از زخم



اصول ترمیم مرطوب
بهبود سریعتر زخم



ایمنی SGLT2i
پایش عفونت قارچی و
دهیدراتاسیون



ایمنی GLP-1 RA
پایش تهوع و استفراغ

توانمندسازی بیمار: آموزش برای خودمدیریتی

قوانین روز بیماری (Sick Day Rules)



- تنظیم دوز انسولین هنگام بیماری
- پایش مکرر قند خون

تکنولوژی و CGM



- تفسیر فلش‌های روند
- واکنش صحیح به هشدارها

هشدار ویژه



- DKA یوگلیسمیک
- خطر در مصرف‌کنندگان SGLT2i
- قند نرمال اما اسیدی

مدیریت اورژانس: DKA در برابر HHS

DKA (اسیدوز)

شایع در نوع ۱

- علائم: تنفس کاسما
- بوی استون
- درد شکم

HHS (هایپراسمولار)

شایع در نوع ۲

- علائم: قند >600
- بدون کتوز
- تغییر هوشیاری

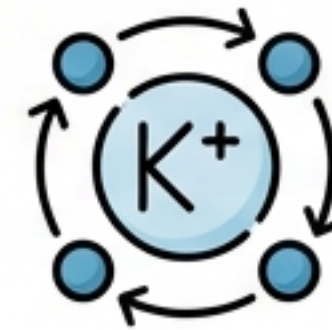
مداخلات پرستاری مشترک



شروع سریع مایعات وریدی



انسولین وریدی



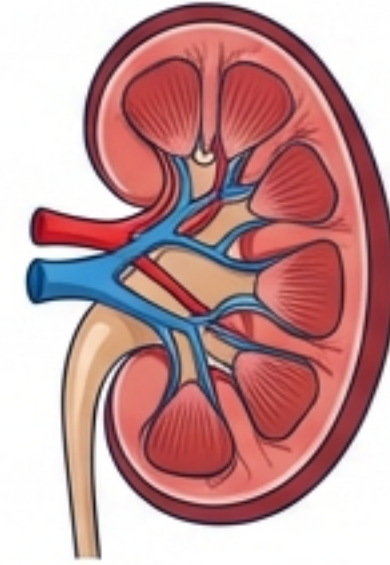
پایش و اصلاح پتاسیم

ملاحظات در گروه‌های ویژه



سالمندان (Elderly)

- هدف: جلوگیری از هیپوگلیسمی و افتادن
- **تارگت HbA1c: $<8.0\%$** (آسان‌گیرانه‌تر)



بیماری کلیوی (CKD)

- تعدیل دوز داروها (GFR پایین)
- **اولویت مصرف: SGLT2i و GLP-1 RA** (محافظت از کلیه)

نتیجه‌گیری: پرستار به عنوان استراتژیست درمان



- ✓ دانش به‌روز: تسلط بر گایدلاین ADA 2025
- ✓ مراقبت فعال: از تشخیص زودهنگام تا پیشگیری
- ✓ شراکت با بیمار: تبدیل بیمار به مدیر سلامتی خود