همه مخاطبان

تازه‌های دیابت |رویکرد کاربردی بر اساس ADA 2026

- وبینار آموزشی برای پزشکان عمومی، مراقبان سلامت و بهورزان
- محورهای اصلی :مراقبت جامع، درمان دارویی، پیشگیری از هیپوگلیسمی، سالمندان، بارداری و ارجاع
- راهنمای مرجع Standards of Care in Diabetes—2026 :

منبع: ADA Standards of Care in Diabetes—2026; Diabetes Care 2026;49(Suppl 1) :

همه مخاطبان

اهداف وبینار

- مرور اجزای ضروری مراقبت و پیگیری بیمار دیابتی
- انتخاب دارو بر اساس بیماری‌های همراه، وزن، خطر هیپوگلیسمی و دسترسی
- تشخیص افت قند و علائم بحران‌های حاد
- تنظیم اهداف درمانی در سالمندان و بارداری
- تشخیص موارد نیازمند ارجاع فوری یا تخصصی

منبع: ADA 2026: Sections 4–6, 8–9, 11–13, 15.

همه مخاطبان

پیام محوری :فقط HbA1cرا درمان نکنیم

- کنترل قند خون مهم است، اما تنها هدف درمان نیست.
- خطر قلبی‌عروقی و کلیوی، وزن، هیپوگلیسمی و کیفیت زندگی را هم در نظر بگیریم.
- درمان را متناسب با وضعیت، اولویت‌ها و توانایی بیمار انتخاب کنیم.
- از تأخیر غیرضروری در تشدید یا کاهش شدت درمان پرهیز کنیم.

منبع: ADA 2026, Section 9, recommendations 9.14–9.16

مراقبت جامع در هر مراجعه

- قند خون و HbA1c؛ در صورت کاربرد، داده‌های CGM
- داروها، پایبندی، عوارض و افت قند
- فشارخون، وزن، تغذیه و فعالیت بدنی
- eGFR و نسبت آلبومین به کراتینین ادرار (UACR)
- چشم، پا، سلامت روان و موانع مالی/دسترسی
- برنامه پیگیری و ارجاع

منبع: ADA 2026, Sections 4, 6, 9, 11, 12.

پایش HbA1cو وضعیت قند

- حداقل دو بار در سال در بیمار پایدار و در هدف
- معمولاً هر ۳ماه اگر هدف حاصل نشده، درمان تغییر کرده یا وضعیت بالینی تغییر کرده است
- در صورت نیاز، از CGMو شاخص‌هایی مانند Time in Rangeو Time Below Rangeنیز استفاده کنید
- ممکن است در برخی شرایط با وضعیت واقعی قند همخوان نباشد؛ تفسیر بالینی ضروری است. HbA1c

منبع: ADA 2026, Section 6, recommendations 6.1–6.2. https://doi.org/10.2337/dc26-S006

اهداف معمول قند در بزرگسالان غیرباردار

- HbA1c •کمتر از ۷٪ برای بسیاری از بزرگسالان مناسب است.
- •قند پیش از غذا : ۸۰تا ۱۳۰mg/dL
- •اوج قند پس از غذا :کمتر از ۱۸۰mg/dL
- •هدف باید با توجه به سن، مدت بیماری، عوارض، خطر افت قند و ترجیحات بیمار فردی شود.

منبع: ADA 2026, Section 6. https://doi.org/10.2337/dc26-S006

غربالگری کلیه در دیابت

- در دیابت نوع ۲ :از زمان تشخیص، eGFR و UACRرا بررسی کنید.
- در دیابت نوع ۱ :معمولاً از ۵سال پس از شروع بیماری، غربالگری سالانه آغاز می‌شود.
- در صورت CKD، دفعات پایش بر اساس مرحله بیماری و خطر پیشرفت تنظیم می‌شود.
- یک نتیجه غیرطبیعی منفرد به‌تنهایی همیشه برای تشخیص آلبومینوری پایدار کافی نیست.

منبع: ADA 2026, Section 11. https://doi.org/10.2337/dc26-S011

چشم، نوروپاتی و مراقبت از پا

- دیابت نوع ۲ :ارزیابی چشم در زمان تشخیص؛ دیابت نوع ۱ :معمولاً پس از ۵سال
- ارزیابی نوروپاتی از زمان تشخیص در نوع ۲و پس از ۵سال در نوع ۱؛ سپس معمولاً سالانه
- معاینه جامع پا حداقل سالانه و بیشتر در افراد پرخطر
- آموزش مشاهده روزانه پا و مراجعه سریع برای زخم، قرمزی، ترشح یا تغییر رنگ

منبع: ADA 2026, Section 12. https://doi.org/10.2337/dc26-S012

آموزش خودمراقبتی؛ جزء درمان است

- آموزش در زمان تشخیص و در طول پیگیری تکرار شود.
- در صورت عدم دستیابی به اهداف، بروز عارضه یا تغییر شرایط زندگی، آموزش مجدد لازم است.
- موضوعات :تغذیه، فعالیت، دارو، پایش قند، افت قند، مراقبت پا و روزهای بیماری
- برنامه باید متناسب با سواد سلامت، زبان، فرهنگ و منابع بیمار باشد.

منبع: ADA 2026, Section 5. https://doi.org/10.2337/dc26-S005

علائم خطر :ارجاع فوری

- اختلال هوشیاری، تشنج یا افت قند شدید
- استفراغ مکرر، کم‌آبی، درد شکم یا تنفس غیرطبیعی
- شک به کتواسیدوز یا وضعیت هیپراسمولار
- درد قفسه سینه، تنگی نفس حاد یا علائم سکته مغزی
- عفونت شدید یا پای دیابتی همراه با نکروز/ایسکمی

منبع: ADA 2026, Sections 6, 12. https://doi.org/10.2337/dc26-S006

رویکرد ۲۰۲۶ :انتخاب درمان بر اساس بیمار

- درمان دارویی از زمان تشخیص آغاز شود، مگر منع مصرف وجود داشته باشد.
- عوامل تصمیم :کنترل قند، قلب، کلیه، وزن، کبد، افت قند، عوارض، هزینه و ترجیح بیمار
- در بیماری قلبی‌عروقی، نارسایی قلبی یا CKD، داروهای دارای منفعت اثبات‌شده را مستقل از HbA1cبررسی کنید.
- برنامه دارویی و پایبندی را معمولاً هر ۳تا ۶ماه بازبینی کنید.

منبع: ADA 2026, Section 9, recommendations 9.5–9.16. https://doi.org/10.2337/dc26-S009

آیا همه بیماران باید ابتدا فقط متفورمین بگیرند؟

- متفورمین داروی مؤثر و پرکاربردی است، اما مسیر درمان همه بیماران یکسان نیست.
- در ASCVD/خطر بالا، HFیا CKD، داروهای دارای منفعت قلبی‌کلیوی ممکن است مستقل از HbA1cو مصرف متفورمین لازم باشند.
- اگر HbA1cدست‌کم ۱٫۵٪ بالاتر از هدف فردی باشد، درمان ترکیبی یا داروی قوی‌تر را بررسی کنید.
- عملکرد کلیه، عوارض گوارشی، هزینه و ترجیح بیمار را در انتخاب لحاظ کنید.

منبع: ADA 2026, Section 9, recommendations 9.5–9.10. https://doi.org/10.2337/dc26-S009

SGLT2 inhibitors: جایگاه بالینی

- در دیابت نوع ۲ همراه نارسایی قلبی SGLT2i: با شواهد مناسب، مستقل از HbA1c توصیه می‌شود.
- در CKD با eGFR تأییدشده ۲۰ تا ۶۰ و/یا آلبومینوری SGLT2i: یا GLP-1 RA دارای شواهد مناسب را بررسی کنید.
- اثر کاهنده قند SGLT2i در eGFR کمتر از ۴۵ کاهش می‌یابد؛ منفعت قلبی‌کلیوی ممکن است همچنان باقی باشد.
- وضعیت حجم مایعات، فشارخون، عملکرد کلیه و خطر کتواسیدوز را ارزیابی کنید.

منبع: ADA 2026, Section 9, recommendations 9.8 and 9.10. https://doi.org/10.2337/dc26-S009

SGLT2i: هشدارهای ایمنی

- عفونت قارچی تناسلی و افت فشارخون/کم‌آبی ممکن است رخ دهد.
- کتواسیدوز می‌تواند بدون افزایش بسیار شدید قند خون رخ دهد.
- تهوع، استفراغ، درد شکم، تنفس غیرطبیعی یا بدحالی نیازمند ارزیابی است.
- آموزش علائم کتواسیدوز و برنامه روزهای بیماری ضروری است؛ در افراد پرخطر، ابزار سنجش کتون مطرح می‌شود.

منبع: ADA 2026, Section 9, recommendation 9.39. https://doi.org/10.2337/dc26-S009

GLP-1 RAو درمان دوگانه GIP/GLP-1

- کاهش HbA1cو وزن؛ میزان اثر به دارو و دوز وابسته است.
- برخی داروها شواهد پیامد قلبی‌عروقی یا کلیوی دارند؛ همه مولکول‌ها یکسان نیستند.
- در دیابت نوع ۲بدون هیپرگلیسمی شدید یا بحران، درمان مبتنی بر GLP-1معمولاً بر انسولین برای شروع/افزودن درمان ترجیح دارد.
- عوارض گوارشی، منع مصرف‌ها، تحمل‌پذیری، هزینه و دسترسی بررسی شود.

منبع: ADA 2026, Section 9, recommendations 9.7, 9.9, 9.10, 9.21. https://doi.org/10.2337/dc26-S009

به‌روزرسانی ۲۰۲۶ :چاقی و نارسایی قلبی با EFحفظشده

- در دیابت نوع ۲، چاقی و HFpEFعلامت‌دار، ADA 2026درمان مبتنی بر GIP/GLP-1با شواهد کاهش علائم و رویدادهای HFرا توصیه می‌کند.
- GLP-1 RA دارای شواهد مربوط نیز می‌تواند برای بهبود علائم و/یا کاهش رویدادهای HFدر نظر گرفته شود.
- این انتخاب مستقل از HbA1cاست؛ تحمل‌پذیری، دسترسی و شرایط فردی همچنان مهم‌اند.

منبع: ADA 2026, Section 9, recommendations 9.9a–9.9b. https://doi.org/10.2337/dc26-S009

به‌روزرسانی ۲۰۲۶ :دیابت، MASLDو MASH

- در دیابت نوع ۲همراه اضافه‌وزن/چاقی و MASLD، درمان مبتنی بر GLP-1با شواهد MASHیا GIP/GLP-1با شواهد بالقوه می‌تواند بررسی شود.
- در MASHتأییدشده با بیوپسی یا خطر بالای فیبروز، GLP-1 RAبرای کنترل قند به‌دلیل منافع کبدی ترجیح داده می‌شود.
- انتخاب دارو باید با ارزیابی بالینی کبد و شواهد مربوط به همان درمان همراه باشد.

منبع: ADA 2026, Section 9, recommendations 9.12–9.13. https://doi.org/10.2337/dc26-S009

چه زمانی انسولین را جدی بررسی کنیم؟

- علائم واضح هیپرگلیسمی، مانند پرنوشی و پرادراری
- HbA1c بیش از ۱۰٪ یا قند خون ۳۰۰ mg/dL یا بیشتر
- کاهش وزن ناخواسته، کتوز یا سایر نشانه‌های کاتابولیسم
- در بحران هیپرگلیسمی، ارزیابی و درمان فوری لازم است.
- پس از رفع سمیت قند، امکان ساده‌سازی درمان باید دوباره ارزیابی شود.

منبع: ADA 2026, Section 9, recommendation 9.20. https://doi.org/10.2337/dc26-S009

انسولین یا GLP-1؟

- اگر هیپرگلیسمی شدید یا بحران وجود ندارد، درمان مبتنی بر GLP-1معمولاً بر انسولین برای شروع یا افزودن درمان ترجیح دارد.
- اگر انسولین لازم است، ترکیب آن با GLP-1 RAیا درمان دوگانه GIP/GLP-1می‌تواند اثربخشی قند و وزن را بهبود دهد.
- با شروع یا افزایش دوز درمان مبتنی بر GLP-1، دوز انسولین را بازبینی کنید.
- درمان باید بر اساس وضعیت بیمار و دسترسی تنظیم شود.

منبع: ADA 2026, Section 9, recommendations 9.21–9.22. https://doi.org/10.2337/dc26-S009

داروهایی که خطر افت قند دارند

- انسولین، سولفونیل‌اوره‌ها و مگلیتینیدها خطر هیپوگلیسمی بیشتری دارند.
- با افزودن داروی جدید، نیاز و دوز این داروها را بازبینی کنید.
- ترکیب DPP-4 inhibitor با GLP-1 RA یا GIP/GLP-1 توصیه نمی‌شود؛ منفعت کاهنده قند افزوده‌ای ندارد.
- در صورت افت قند مکرر، شدت درمان و اهداف فردی را بازبینی کنید.

منبع: ADA 2026, Section 9, recommendations 9.17–9.18. https://doi.org/10.2337/dc26-S009

پایش مداوم قند (CGM): برای چه کسانی؟

- ADA 2026 استفاده از CGM را برای بزرگسالان دریافت‌کننده انسولین توصیه می‌کند.
- در درمان‌های غیرانسولینیِ دارای خطر افت قند نیز می‌تواند مناسب باشد.
- در هر نوع درمان، اگر CGM به تصمیم‌گیری و مدیریت کمک کند، می‌توان آن را بررسی کرد.
- انتخاب وسیله به نیاز، ترجیح، مهارت، دسترسی و هزینه وابسته است.

منبع: ADA 2026, Section 9, recommendation 9.25. https://doi.org/10.2337/dc26-S009

هیپوگلیسمی :شناسایی و پیشگیری

- علائم :تعریق، لرزش، تپش قلب، گرسنگی، گیجی و تغییر رفتار
- عوامل خطر :انسولین/سولفونیل‌اوره، حذف وعده، فعالیت غیرمعمول، الکل، CKDو سابقه افت قند
- در هر مراجعه درباره افت قند، زمان وقوع و علت احتمالی سؤال کنید.
- افت قند مکرر، نیازمند بازبینی دارو و هدف درمانی است.

منبع: ADA 2026, Section 6. https://doi.org/10.2337/dc26-S006

درمان افت قند در بیمار هوشیار

- اگر قند کمتر از ۷۰ mg/dL است و بیمار می‌تواند با ایمنی ببلعد :حدود ۱۵گرم کربوهیدرات سریع‌الاثر بدهید.
- ۱۵دقیقه بعد قند را دوباره اندازه‌گیری کنید.
- اگر هنوز کمتر از ۷۰است، درمان را تکرار کنید.
- پس از اصلاح، علت و نیاز به میان‌وعده/تنظیم درمان را بررسی کنید.

منبع: ADA 2026, Section 6. https://doi.org/10.2337/dc26-S006

افت قند شدید یا بیمار ناتوان از بلع

- هیچ خوراکی یا مایعی از راه دهان ندهید.
- کمک اورژانسی درخواست کنید و راه هوایی را در اولویت قرار دهید.
- اگر گلوکاگون در دسترس است و فرد آموزش دیده، طبق دستور استفاده شود.
- در محیط درمانی، درمان وریدی مناسب بر اساس وضعیت بیمار انجام شود.
- خطر عود افت قند، به‌ویژه با انسولین یا سولفونیل‌اوره، را در نظر بگیرید.

منبع: ADA 2026, Sections 6 and 9. https://doi.org/10.2337/dc26-S006

سالمندان :هدف فقط عدد قند نیست

- وضعیت شناختی، عملکرد روزانه، ضعف جسمانی، تغذیه و حمایت خانواده را ارزیابی کنید.
- حداقل سالانه افت قند، چندارویی و سندرم‌های سالمندی را بررسی کنید.
- اهداف سخت‌گیرانه در فرد شکننده یا دچار اختلال شناختی ممکن است زیان‌بار باشد.
- از هیپرگلیسمی علامت‌دار نیز باید جلوگیری شود.

منبع: ADA 2026, Section 13, recommendations 13.1–13.2. https://doi.org/10.2337/dc26-S013

سالمندان :ساده‌سازی درمان

- افت قند مکرر را به‌عنوان علامت هشدار در نظر بگیرید.
- توانایی تزریق، اندازه‌گیری قند و پیروی از برنامه را ارزیابی کنید.
- در صورت نیاز، رژیم پیچیده انسولین را ساده یا داروهای پرخطر را کاهش دهید.
- خانواده/مراقب را با رضایت بیمار در آموزش مشارکت دهید.
- هزینه، بینایی، شنوایی، مهارت دست و حافظه را لحاظ کنید.

منبع: ADA 2026, Section 13. https://doi.org/10.2337/dc26-S013

دیابت در بارداری :اهداف قند

- اهداف معمول :ناشتا کمتر از ۹۵ mg/dL
- یک ساعت پس از غذا کمتر از ۱۴۰ mg/dL
- دو ساعت پس از غذا کمتر از ۱۲۰ mg/dL
- اهداف باید در مراقبت تیمی و با توجه به خطر هیپوگلیسمی تنظیم شوند.

منبع: ADA 2026, Section 15. https://doi.org/10.2337/dc26-S015

درمان دیابت بارداری

- تغذیه، فعالیت مناسب و پایش قند، پایه درمان هستند.
- اگر اهداف حاصل نشوند، انسولین باید اضافه شود.
- انسولین درمان ترجیحی در دیابت بارداری و دیابت نوع ۱ و نوع ۲ در بارداری است.
- متفورمین و گلیبوراید به‌عنوان خط اول توصیه نمی‌شوند؛ از جفت عبور می‌کنند و ممکن است کافی نباشند.

منبع: ADA 2026, Section 15, recommendations 15.15–15.21. https://doi.org/10.2337/dc26-S015

پس از دیابت بارداری

- آزمایش OGTT با ۷۵گرم گلوکز، معمولاً ۴تا ۱۲هفته پس از زایمان
- غربالگری دیابت در ادامه زندگی به‌صورت دوره‌ای
- آموزش درباره خطر آینده دیابت نوع ۲
- ثبت سابقه دیابت بارداری و پیگیری مراقبت اولیه

منبع: ADA 2026, Section 15. https://doi.org/10.2337/dc26-S015

سناریو ۱ :چاقی و HbA1cبالا

- مرد ۵۲ساله؛ T2D، HbA1c=8.6٪، BMI=34، بدون علائم شدید
- پرسش :آیا فقط افزایش متفورمین کافی است؟
- بحث :پایبندی، دوز فعلی، عملکرد کلیه، هدف وزن و بیماری‌های همراه را ارزیابی کنید.
- در صورت تناسب بالینی، درمان دارای اثر قوی بر وزن و قند را بررسی کنید.

منبع: ADA 2026, Sections 8–9. https://doi.org/10.2337/dc26-S008 ; https://doi.org/10.2337/dc26-S009

سناریو ۲ CKD :و HbA1cنزدیک هدف

- زن ۶۵ساله؛ T2D، HbA1c=7.2٪، eGFR=42، آلبومینوری
- پرسش :آیا به دلیل HbA1cنزدیک هدف، درمان فعلی کافی است؟
- خیر؛ کاهش خطر پیشرفت CKDو رویدادهای قلبی‌عروقی نیز هدف درمان است.
- SGLT2i یا GLP-1 RAدارای شواهد مناسب را مستقل از HbA1cبررسی کنید.

منبع: ADA 2026, Section 9, recommendations 9.10–9.11. https://doi.org/10.2337/dc26-S009

سناریو ۳ :سالمند با افت قند مکرر

- مرد ۸۱ساله؛ انسولین +سولفونیل‌اوره؛ HbA1c=6.5٪؛ افت قندهای مکرر؛ اختلال حافظه
- پرسش :آیا باید همین درمان را برای حفظ HbA1c ادامه داد؟
- خیر؛ ایمنی اولویت دارد :بازبینی دوزها، عملکرد کلیه، تغذیه و توانایی اجرای برنامه.
- کاهش شدت یا ساده‌سازی درمان را بررسی کنید.

منبع: ADA 2026, Sections 6, 9, 13.

الگوریتم کوتاه برای ویزیت بیمار دیابتی

۱. آیا وضعیت اورژانسی یا علائم بحران وجود دارد؟

۲. اهداف فردی، HbA1c/CGM، افت قند و پایبندی را بررسی کنید.

۳. قلب، کلیه، وزن، کبد و بیماری‌های همراه را ارزیابی کنید.

۴. درمان را متناسب با اهداف و خطرها انتخاب کنید؛ از تأخیر غیرضروری پرهیز کنید.

۵. برنامه پیگیری، آموزش، آزمایش‌ها و ارجاع را مستند کنید.

منبع: ADA 2026, Sections 4–9, 11–13, 15.

۱۰ پیام پایانی

- HbA1c مهم است، اما تنها معیار تصمیم‌گیری نیست.
- بیماری قلبی، نارسایی قلبی و CKD می‌توانند انتخاب دارو را مستقل از HbA1c تغییر دهند.
- در چاقی و MASLD/MASH، اهداف وزن و کبد را نیز در نظر بگیرید.
- هیپوگلیسمی باید فعالانه پرسیده و پیشگیری شود.
- در سالمندان، عملکرد و ایمنی به اندازه عدد قند اهمیت دارد.
- در بارداری، کنترل قند و درمان تیمی ضروری است.
- علائم بحران و زخم پای پرخطر نیازمند ارزیابی فوری‌اند.
- آموزش و پیگیری منظم بخشی از درمان هستند.

منبع: ADA Standards of Care in Diabetes—2026

منابع اصلی

- American Diabetes Association Professional Practice Committee. Standards of Care in Diabetes—2026. Diabetes Care. 2026;49(Suppl 1).
- Section 6: Glycemic Goals, Hypoglycemia, and Hyperglycemic Crises. https://doi.org/10.2337/dc26-S006
- Section 8: Obesity and Weight Management. https://doi.org/10.2337/dc26-S008
- Section 9: Pharmacologic Approaches to Glycemic Treatment. https://doi.org/10.2337/dc26-S009
- Section 11: Chronic Kidney Disease and Risk Management. https://doi.org/10.2337/dc26-S011
- Section 12: Retinopathy, Neuropathy, and Foot Care. https://doi.org/10.2337/dc26-S012
- Section 13: Older Adults. https://doi.org/10.2337/dc26-S013
- Section 15: Management of Diabetes in Pregnancy. https://doi.org/10.2337/dc26-S015

پرسش و پاسخ

- کدام بخش مراقبت دیابت در محیط شما دشوارتر است؟
- چه مانعی باعث تأخیر در تشدید درمان می‌شود؟
- چگونه می‌توان افت قند و عوارض کلیوی را زودتر شناسایی کرد؟
- سپاس از توجه شما

منبع :بر اساس پرسش‌های مخاطبان و .ADA 2026