

第三版

衛生署專業發展及質素保證
臨牀審核及指引工作小組

二零零九年八月

目錄

1. 香港的糖尿病普遍情況
2. 糖尿病的誘因
3. 糖尿病的診斷
4. 口服葡萄糖耐量試驗的指示
5. 二型糖尿病的治理
 - 5.1 原則
 - 5.2 病人教育
 - 5.3 臨牀評估
 - 5.4 治療目的
 - 5.5 治療目標值
 - 5.6 糖尿病藥物
 - 5.7 飲食介入措施
 - 5.8 糖尿心血管疾病
 - 5.9 糖尿腎病
 - 5.10 糖尿眼疾
 - 5.11 糖尿足病
 - 5.12 轉介準則

附錄 一 證據級別

參考資料

衛生署專業發展及質素保證轄下臨牀審核及指引工作小組的成員名單

免責聲明

索取指引

1. 香港的糖尿病普遍情況：

- 香港每十人中便有一人患有糖尿病。
 - 半數未經診斷
 - 經診斷者當中，少於半數接受定期治療
 - 經治療者當中，少於半數得到最佳治理
- 糖尿病患者的死亡風險，較非患者高出兩至三倍
 - 20% 至 50%的糖尿病患者預料會在發病後十年內死亡或出現心臟病或腎衰竭的病症
- 隨機對照試驗顯示，接受各層面醫護人員的治療並達到所訂目標的病人出現微血管和大血管併發症的風險減少 50% 至 70%。

2. 糖尿病的誘因：

下列誘因一旦出現，醫生便應提高警覺，並應考慮檢查病人的葡萄糖耐量和其他心血管疾病的誘因：

- 直系親屬患有糖尿病
- 過重(體重指數 ≥ 23)
- 血脂異常(特別是三酸甘油酯水平偏高)
- 血壓高(血壓 $\geq 140/90$)
- 曾患妊娠糖尿病
- 年齡 ≥ 45 歲

3. 糖尿病的診斷：

- 糖尿病的診斷準則
 - A. 糖尿病徵狀加上偶然血糖濃度 ≥ 11.1 毫摩爾／升(偶然的定義是指一天內任何時間，而不管上次進食的時間為何。糖尿病的典型徵狀包括多尿、口渴和原因不明的體重下降)
 - B. 空腹血糖值 ≥ 7 毫摩爾／升。空腹的定義是指停止攝取熱量至少八小時。
 - C. 在口服葡萄糖耐量試驗中負荷兩小時後的血糖值 ≥ 11.1 毫摩爾／升。
- * **受試者如無血糖過高的明顯反應，便須另日重做試驗，以確定這項準則是否符合。如屬例行臨牀檢查，則不宜進行第三次測量(口服葡萄糖耐量試驗)。**

- 葡萄糖耐量減低=空腹血糖值 <7.0 毫摩爾／升，以及負荷兩小時後血糖值 >7.8 毫摩爾／升或 <11.1 毫摩爾／升。
- 新增中間組的空腹血糖值
空腹血糖值 <6.0 毫摩爾／升 = 空腹血糖正常
空腹血糖值 ≥ 6.0 至 <7.0 毫摩爾／升 = 空腹血糖受損
- 葡萄糖耐量減低者或空腹血糖受損者承受較高的心血管風險，而且較易患上糖尿病，年均比率為 4% 至 10%。
- 最近的研究顯示，葡萄糖耐量減低者如把體重稍減和定期運動，便可延緩葡萄糖耐量減低惡化至二型糖尿病的過程。

4. 口服葡萄糖耐量試驗的指示：

- 空腹血糖值／偶然血糖值的邊緣個案
- 跟進葡萄糖耐量減低者／空腹血糖受損者的個案

5. 二型糖尿病的治理：

主要信息

- 改變生活模式是糖尿病的治理關鍵，患者應接受有關熱量攝取、飲食習慣、運動和戒煙方面的建議。
- 二型糖尿患者經確診後，應定期進行腎臟、視網膜和足部併發症的檢查。
- 嚴格控制血糖可以減低併發微血管和大血管疾病的風險，以及延緩病情惡化至該等併發症的過程。建議採取強化方法，在血糖不致過低情況下使糖化血紅蛋白水平下降並盡量維持至貼近生理水平的數值，以低於 7% 為佳。
- 將血壓控制在理想水平，即低於 130/80 毫米汞柱的數值，可減低併發微血管和大血管疾病的風險，以及延緩病情惡化至該等併發症的過程。無論是糖化血紅蛋白濃度還是血壓，如能降低並維持在適當的低水平，對病情均有好處。
- 兼有微蛋白尿或明顯腎病變的糖尿病患者如能耐受(血管緊張素轉化抑制藥)或(血管收縮素 II 受體阻斷劑)，便應服用這類藥物，以免病情惡化。

5.1 原則

- ▶ 病人教育是確保糖尿病治理計劃取得成效所不可或缺的重要一環，這個說

法愈來愈受到認同。應向糖尿病患者灌輸相關知識，包括這種慢性疾病的性質和相關併發症；飲食計劃；戒煙、控制體重和定期運動的重要性；以及長期接受定時評估的需要。

- ▶ 飲食與運動雖是治療糖尿病的要害，但如病人的血糖控制有欠理想，便應馬上施用抗糖尿病藥物。

5.2 健康教育

- 周詳的教育是糖尿病護理不可或缺的一環。在進行診斷時，應向每名病人及／或其照顧者提供小組形式和周詳的糖尿病教育及自我管理計劃，並且每年加強教育及進行檢討。
- 向控制血糖欠理想的病人提供個別病人教育。
- 強調運動的重要性。
- 着重小組形式和周詳的糖尿病教育及自我管理計劃。有證據顯示，小組形式的教育計劃可降低血壓及體重，並增強自我賦權能力、提升生活質素、增進自我管理技巧及提高治療的滿意度。

5.3 臨牀評估

- ▶ 至少每半年一次
- ▶ 在每次評估時：
 - 查詢有否血糖過低、血糖過高、藥物副作用、視力變化、心絞痛和間歇性跛行的徵狀
 - 量度血壓、體重和血糖，以評估治療目標(體重、血糖、血壓和血脂方面的目標)的進展
- ▶ 年度評估
 - 血脂、腎功能、尿蛋白、微蛋白尿、足部和眼底(透過瞳孔放大或視網膜照相法加以評估)

5.4 治療目的

- ▶ 預防致命的急性併發症
- ▶ 治療血糖過高的徵狀
- ▶ 預防慢性糖尿病併發症或阻止其惡化

- ▶ 要達到這些目的，除血糖過高的徵狀外，還須治療胰島素抗阻綜合症的其他毛病，包括高血壓、高血脂、肥胖和蛋白尿等。

5.5 治療目標值

- 預防微血管疾病：

就一型及二型糖尿病而言，加強血糖控制對微血管和神經性併發症的益處備受肯定。資料顯示，把糖化血紅蛋白水平降低於或維持於 7%，可以減少一型及二型糖尿病的微血管和神經性併發症。因此，要預防微血管疾病，非孕婦成人的糖化血紅蛋白目標一般為 <7%。(證據級別：A 級)
- 預防大血管疾病：

檢討現有研究(ACCORD / ADVANCE / VADT)所得的結論是，除非找到更多證據，否則對於大部分的成人來說，要減低大血管疾病的風險，<7% 這個一般目標看來是合理的(證據級別：B 級)。

治療目標值

	控制理想	控制欠佳
空腹血糖值(毫摩爾／升)	4-6	≥ 8
糖化血紅蛋白(×正常上限，百分率)	< 7 (< 110%)	≥ 8 (≥ 130%)
體重指標(公斤／平方米)	< 23	≥ 27
腰圍(男性)	< 75 厘米(< 30 吋)	≥ 90 厘米(≥ 36 吋)
腰圍(女性)	< 70 厘米(< 28 吋)	≥ 90 厘米(≥ 32 吋)
收縮壓(毫米汞柱)	< 130	≥ 160
舒張壓(毫米汞柱)	< 80	≥ 95
總膽固醇(毫摩爾／升) 高密度膽固醇(毫摩爾／升) 低密度膽固醇(毫摩爾／升) 三酸甘油酯(毫摩爾／升)	參考專業發展及質素保證發出的《心血管疾病基本預防策略中有關膽固醇控制的指引》	

5.6 糖尿病藥物

- ▶ 糖尿病藥物大致分為三類：
 - 胰島素增敏劑(雙胍類和格列酮類)
 - 胰島素分泌促進劑(磺胺尿素劑和瑞格列奈類)或外源性胰島素
 - 調節食物吸收的藥物，例如葡萄糖甘酶抑制劑
- ▶ 開始使用口服抗糖尿病藥物的考慮因素

- 血糖稍高者經三至六個月的生活調適後，如糖化血紅蛋白仍 $>7\%$ ，則應考慮用藥，但有藥物禁忌症者除外。
- 早期應採用混合療程，而非單類藥的最高劑量。

- ▶ 選擇抗糖尿病藥物時應視乎：
 - 潛在病理生理情況的考慮
 - 過胖病人，特別是有多重心血管疾病誘因的患者，應在療程開始時使用胰島素增敏劑

 - 血糖過高的程度
 - 一般來說，雙胍類和胰島素分泌促進劑在降低血糖方面較格烈酮類和葡萄糖甘酶抑制劑更為有效

 - 血糖過低的風險
 - 易有血糖過低情況的病人，例如長者、酗酒人士、肝病／腎病患者或癲癇病人等，應避免使用大劑量、特別是藥效持久的磺胺尿素劑藥物。

 - 藥物副作用的概況
 - 容易乳酸酸中毒的人士，例如兼患腎病／肝病、嚴重肺病或心臟衰竭的糖尿病患者，應忌用雙胍類。
 - 炎性腸道疾病患者忌用葡萄糖甘酶抑制劑。

二型糖尿病的藥物治療

藥物類別	單藥治療對糖化血紅色素的效用	主要副作用	防範措施
胰島素分泌促進劑 (磺胺尿素劑、 瑞格列奈類)	1.5 至 2.5%	體重增加、血壓過低	如血漿肌酐 >200 微摩爾／升，則須停用磺胺類藥物
雙胍類	1.5 至 2.5%	腸胃不適、乳酸酸中毒	如血漿肌酐 >150 微摩爾／升(男性)或 >140 微摩爾／升(女性)，則須停用此藥
格列酮類	0.5 至 1.0%	體重增加、液體滯留、肝中毒	
葡萄糖甘酶抑制劑	0.5 至 1.0%	胃氣脹、肚瀉	
胰島素	可能回復正常	血糖過低、體重增加	

➤ 雙胍類

- 過重或肥胖人士如單靠生活模式介入措施也不足以控制血糖，應開始進行雙胍類治療。
- 對於非過重人士，應考慮選用雙胍類作為降血糖的第一線治療。
- 如果血糖控制維持不變或變得不足，應繼續使用雙胍類，並增加另一種口服降血糖藥(通常是一種磺胺尿素劑)。

➤ 格列酮類

- 根據現有證據，並不建議使用羅格列酮(安糖健)。服用羅格列酮後會增加婦女罹患水腫、心血管疾病及骨折的機會。

➤ 二肽基酶 DPP-4 抑制劑(西格列汀及維格列汀)

- 與其他已獲確立的降血糖藥物相比，DPP-4 沒有顯示任何好處。廣泛使用這些新藥物前，需先取得有關心血管結果、免疫功能及安全的長期數據。目前，這種藥物應限用於選定的病人。

5.7 飲食介入措施

A 級證據

- 健康飲食中，應包括含有碳水化合物的全穀類食物、蔬果和低脂奶。
- 鑑於碳水化合物對血糖的作用，正餐或小食的碳水化合物總含量較其來源或類別重要。
- 非營養性的甜味劑，只要攝取量不超出可接受水平，便可安全使用。
- 着重改善生活方式並包括教育、減少脂肪(少於每日熱量攝取的 30%)和熱量攝取、常做運動及定期接觸參加者等元素的周詳治療計劃，能令減重成效持久，減幅可達起初體重的 5%至 7%。
- 運動和行爲調適是輔助其他減重策略的最佳措施。運動有助減重後維持體重。
- 單靠標準減重膳食難令減重成效持久，故需採用周詳而深入的生活調適計劃。
- 從飽和脂肪攝取的熱量，應少於每日熱量攝取的 10%。
- 飲食中膽固醇的每日攝取量應為<300 毫克。對於某類人士，即低密度脂蛋白膽固醇 ≥ 100 毫克／分升的病人，把飲食中膽固醇的每日攝取量減至<200 毫克或有益處。

B 級證據

- 進食低血糖指數食物雖可改善餐後血糖過高的情況，但並無足夠證據顯示在飲食／膳食計劃中以低血糖指數膳食作為基本預防策略會有長遠益處。
- 一如普通人士，患者宜多吃高纖食物。
- 如要減少低密度脂蛋白膽固醇，宜減重者應避免從飽和脂肪中攝取熱量，而不以減重為目標者則應以碳水化合物或單不飽和脂肪代替飽和脂肪。
- 避免攝取反式不飽和脂肪酸。
- 長期維持低脂飲食，對稍減體重和改善血脂異常均有幫助。
- 可建議每周進食兩至三份魚肉，以便從飲食中攝取 n-3 多不飽和脂肪。

5.8 糖尿心血管疾病

高血壓(血壓 \geq 140/90 毫米汞柱)是常見的兼患疾病，對大部分糖尿病患者均造成影響，程度則視乎所患糖尿病的類別及患者的年齡、肥胖程度和族裔而定。此外，高血壓亦是心血管疾病和微血管併發症(例如視網膜病和腎病等)的主要誘因之一。

檢查和診斷

- 每次糖尿病例行檢查時均應量度血壓。如果病人的收縮壓 $>$ 130 毫米汞柱或舒張壓 $>$ 80 毫米汞柱，便應另日再次量度以確定血壓。(C)

目標

- 應為糖尿病患者提供治療，令其收縮壓 $<$ 130 毫米汞柱。(B)
- 應為糖尿病患者提供治療，令其舒張壓 $<$ 80 毫米汞柱。(B)

治療

- 高血壓患者(收縮壓 \geq 140 毫米汞柱或舒張壓 \geq 90 毫米汞柱)應接受藥物治療，並輔以生活方式和行為方面的調適。(A)
- 通常須用多藥療法(服用兩種或以上劑量恰當的藥物)以達至調節血壓的目標。(B)
- 對血壓 $>$ 140/90 毫米汞柱的患者而言，初始療程應採用已獲證實能使糖尿病患者減低心血管疾病風險的藥物類別(血管緊張素轉化抑制藥、血

- 管收縮素受體阻斷藥、 β 受體阻斷藥、利尿藥和鈣通道阻斷藥)。(A)
- 對於所有兼患高血壓的糖尿病患者而言，其療程中應包括血管緊張素轉化抑制藥或血管收縮素受體阻斷藥；如果不能耐受其中一類藥物，便應以另一類代替。假如要達至調節血壓的目標，便應加入噻嗪類利尿劑。(E)
 - 如使用血管緊張素轉化抑制藥、血管收縮素受體阻斷藥或利尿藥，則應監察病人的腎功能和血清鉀水平。(E)
 - ▶ 有證據顯示，患有二型糖尿病、高血壓和微蛋白尿的病人如使用血管緊張素轉化抑制藥和血管收縮素受體阻斷藥，可延緩病情惡化至巨蛋白尿的過程。(A)
 - ▶ 有證據顯示，患有二型糖尿病、高血壓、巨蛋白尿和腎功能不全病人如使用血管收縮素受體阻斷藥，可延緩病情惡化至腎病的過程。(A)
 - 如為年老的高血壓患者，則應令其血壓慢慢降低，以免出現併發症。(E)
 - 如多藥療法不能達至調節血壓的目標，則應把病人轉介給在治療高血壓病人方面富有經驗的醫生。(E)
 - 兼患高血壓的糖尿病病人如有臨牀指示徵，則應量度站姿血壓。(E)

血脂管理

請參閱專業發展及質素保證的《心血管病基本預防策略中有關血脂管理的指引》

適用於糖尿病患者的抗血小板藥

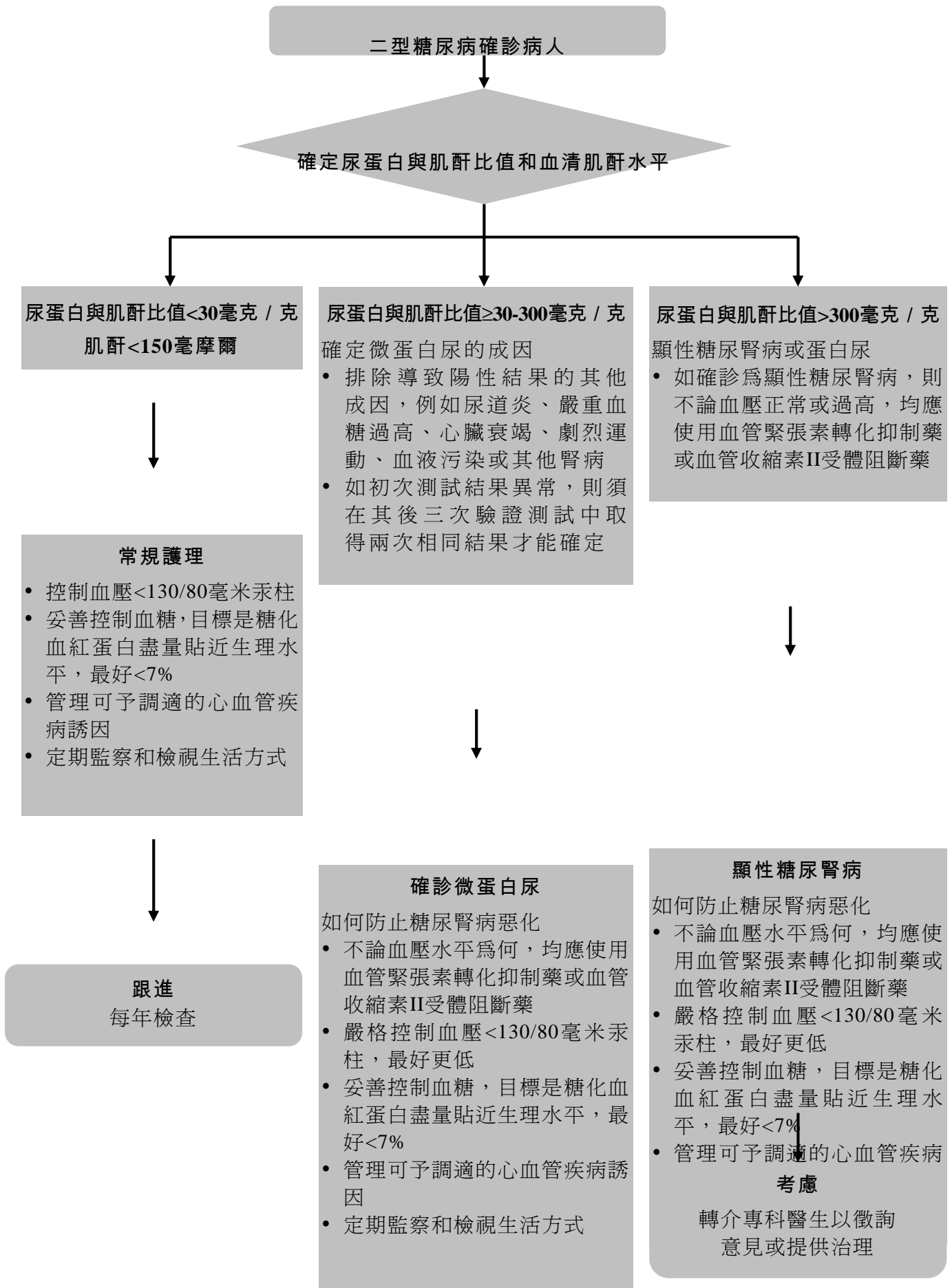
- 糖尿病患者如有心肌梗塞、血管分流手術、中風或短暫性腦缺血、周邊血管疾病、跛行及／或心絞痛的記錄，則可使用阿司匹靈療法(每日 75 至 162 毫克)作為二級預防策略。(A)
- 二型糖尿病患者如有較高的心血管疾病風險，包括年齡為 40 歲以上或涉及其他誘因(心血管疾病的家族歷史、高血壓、吸煙、血脂異常、蛋白尿)，則可考慮使用阿司匹靈療法(每日 75 至 162 毫克)作為基本預防策略。(A)

戒煙

對煙草使用進行常規和深入的評估，是預防吸煙或鼓勵戒煙的重要方法之一。須予特別考慮的項目包括對尼古丁依賴程度的評估，因為這關乎戒煙的難度和再度吸煙的機會。

- 建議病人戒煙。(A)
- 將戒煙輔導和其他形式的治療列作糖尿病護理的常規項目。(B)

5.9 糖尿腎病



一般建議

- 如要減低腎病風險及／或延緩病情惡化，則應確保血糖控制理想。(A)
- 如要減低腎病風險及／或延緩病情惡化，則應確保血壓控制理想。(A)

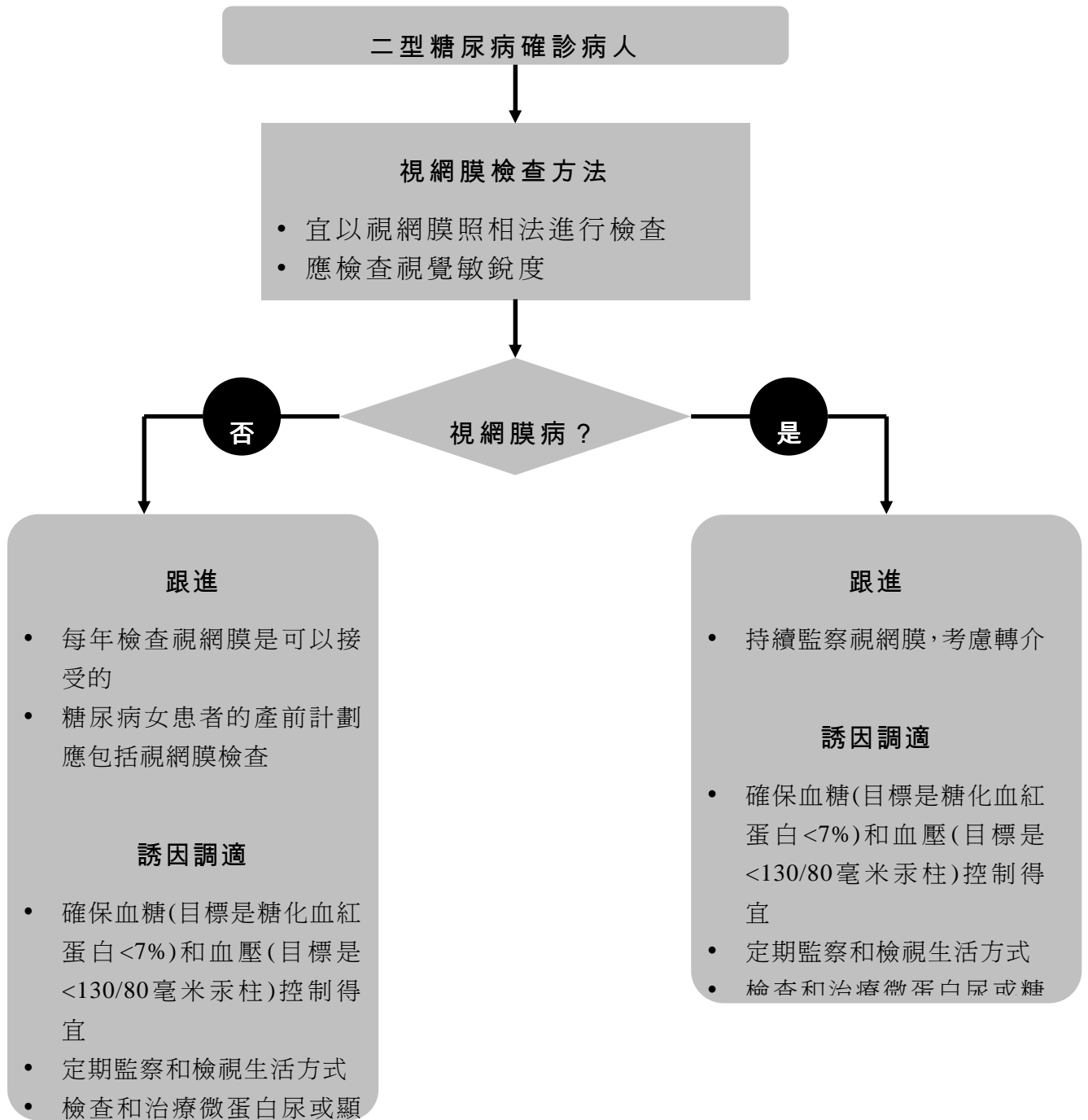
檢查

- 由確診開始，二型糖尿病患者應每年進行微蛋白尿測試。(E)

治療

- 無論是微蛋白尿還是巨蛋白尿，均可使用血管緊張素轉化抑制藥或血管收縮素受體阻斷藥予以治療。(A)
 - ▶ 有證據顯示，患有二型糖尿病、血壓高和微蛋白尿的病人如使用血管緊張素轉化抑制藥或血管收縮素受體阻斷劑，可延緩病情惡化至巨蛋白尿的過程。(A)
 - ▶ 有證據顯示，患有二型糖尿病、血壓高、巨蛋白尿和腎功能不全(血清肌酐>1.5毫克／分升)的病人如使用血管收縮素受體阻斷藥，可延緩病情惡化至腎病的過程。(A)
- 如要延緩腎病惡化，在初始療程中使用二氫吡啶類鈣離子通道阻斷劑不見得比使用安慰劑有效。使用此藥治療腎病，應只限於輔助治療，以幫助使用血管緊張素轉化抑制藥或血管收縮素受體阻斷藥的病人進一步降低血壓。(B)
- 如患有蛋白尿或腎病的病人不耐受血管緊張素轉化抑制藥及／或血管收縮素受體阻斷藥，則可考慮使用非二氫吡啶類鈣離子通道阻斷劑、β受體阻斷藥或利尿藥來管理血壓。(E)
- 如使用血管緊張素轉化抑制藥、血管收縮素受體阻斷藥或利尿藥，則應監察血清鉀水平，以防出現高鉀血症。(B)

5.10 糖尿眼疾



一般建議

- 血糖控制理想，可使糖尿視網膜病的發病風險和惡化過程顯著緩減。(A)
- 血壓控制理想，可使糖尿視網膜病的發病風險和惡化過程緩減。(A)
- 阿司匹靈療法不能預防視網膜病，亦不會增加出血風險。(A)

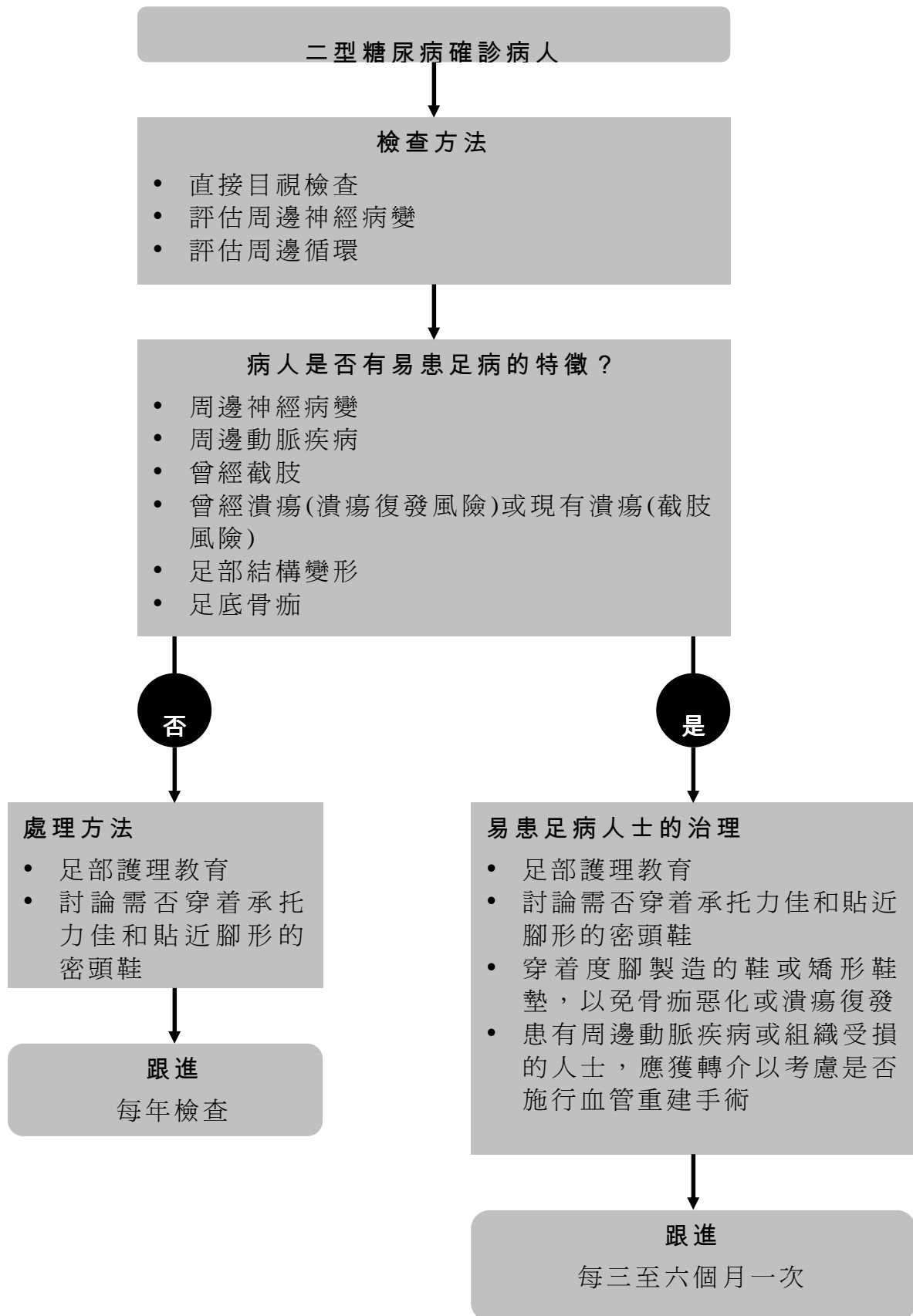
檢查

- 二型糖尿病患者經確診後，應盡快進行第一次瞳孔放大和全面的眼部檢查。(B)
- 對糖尿視網膜病進行有系統檢查的計劃，應包括由富經驗人員進行的眼底照相檢查。(C)
(眼底照相檢查的敏感度可達 80%，成效較直接眼底鏡檢查為高，因為即使由正式受訓人員進行，直接眼底鏡檢查的敏感度也甚少達到 80%。)
- 應每年檢查一次。如視膜網病惡化，則需更頻密的檢查。(B)
- 計劃生育時，糖尿病女患者應進行全面的眼部檢查，並應接受有關糖尿視網膜病發病及／或惡化風險的輔導。患有糖尿病的孕婦應在妊娠第一期進行全面的眼部檢查，並在整個妊娠期間和產後一年內密切跟進有關情況。這項指引不適用於妊娠糖尿病患者，因為這類人士患上糖尿視網膜病的風險並無增加。(B)

治療

- 病人如有高風險特徵，激光治療可以減低視力受損的風險。(A)
- 如病人出現任何程度的黃斑水腫、嚴重的非增生性糖尿視網膜病或任何增生性糖尿視網膜病，則應盡快把病人轉介給在治理和醫治療糖尿視網膜病方面具有豐富知識和經驗的眼科專家。(A)

5.11 糖尿足病



建議

- 足部檢查可在基層護理環境中進行，當中應包括賽門氏單絲、音叉、觸診和目視檢查。(B)
- 教育病人，特別是有吸煙和曾患下肢併發症等致病誘因的病人，使他們認識足病的風險和預防方法，以及加強自我護理的措施。(B)
- 把高風險病人轉介給足部護理專家，以接受持續的預防護理和終生的健康監察。(C)
- 周邊動脈疾病的初步檢查，應包括了解病人有否跛行的病歷和評估腳踝脈搏。由於周邊動脈疾病患者很多都沒有明顯病徵，因此應考慮量度踝肱指數。(C)
- 如跛行情況明顯或踝肱指數結果為初陽性，應把病人轉介以作進一步的血管評估，並應考慮施以運動、藥物和手術治療。(C)
- 應為糖尿病患者每年進行一次全面的足部檢查，以檢查有否出現潰瘍和截肢的預示誘因。每次例行覆診時，應對病人的雙足進行目視檢查。(E)

5.12 轉介準則

以下是一些建議的轉介準則，以供參考。醫生應根據其臨床判斷及所具資源轉介其病人。

醫療轉介

- 一型糖尿病
- 妊娠型糖尿病
- 併發兼患疾病：新近確診患有缺血性心臟病、在 6 個月內出現不穩定的心絞痛及腦血管意外、肌酐清除率偏低的典型糖尿腎病、血壓控制欠理想
- 即使在基層護理診所接受了理想的強化治療，但血糖控制情況仍然惡化(在 6 個月內至少兩次糖化血紅蛋白水平 $\geq 8.5\%$)
- 可能受惠於心臟測試的人士
(例如：曾患冠心病並出現以下情況的人士(i)典型或暗示的心臟病症狀／心電圖改變，(ii)心血管疾病誘因並計劃開始進行劇烈運動計劃或昔多芬治療，或(iii)多種心血管疾病誘因)
- 需要胰島素的人士

轉介給眼科醫生

- 如確定有併發症，例如糖尿視網膜病、白內障
- 驗孕呈陽性
- 增殖性視網膜病變或前增殖性視網膜病變
- 黃斑水腫
- 嚴重、新發作的或進行性非增殖性視網膜病變

- 原因不明的視覺障礙 +/- 長期糖尿病(例如： >10 年)，特別是血糖控制欠理想

轉介接受矯形或血管手術

- 不受控制的缺血性靜息痛
- 致命的足部感染
- 無法治癒的潰瘍

轉介至急症部門

- 緊急情況(例如：血糖過高昏迷、血糖過低並出現急性代謝性代償失調(例如中度酮尿)、一般情況衰退、脫水或智力不健全)

附錄 — 證據級別

美國糖尿病協會根據證據分級制度提出的臨牀實務建議

證據級別	說明
A 級	<p>嚴謹和概括的隨機對照測試所得出而且相當有力的清晰證據包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 嚴謹的多中心測試所得出的證據 • 已納入質素評級的統合分析所得出的證據 • 令人信服的非試驗證據，即牛津循證醫學中心所訂立的“全或無”規則 <p>嚴謹的隨機對照測試所得出而且相當有力的支持證據包括：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 透過一間或以上機構的嚴謹測試所得出的證據 • 已納入質素評級的統合分析所得出的證據
B 級	<p>嚴謹的分組研究所得出的支持證據</p> <ul style="list-style-type: none"> • 嚴謹的前瞻性分組研究或記錄所得出的證據 • 嚴謹的前瞻性分組研究所得出的證據 • 嚴謹的分組研究統合分析所得出的證據
C 級	<p>嚴謹的病例對照研究所得出的支持證據</p>
D 級	<p>對照欠妥或非對照式的研究所得出的支持證據</p> <ul style="list-style-type: none"> • 隨機臨牀測試所得出的證據，但所用方法涉及一個或以上重大謬誤或者三個或以上輕微謬誤而足以令結果無效 • 觀察研究所得出的證據，但研究極可能有所偏頗(例如將病例系列與過往的對照病例互作比較) • 病例系列或病例報告所得出的證據 <p>證據有矛盾，與支持建議的證據比重不相符</p>
E 級	<p>專家共識或臨牀經驗</p>

參考資料

改編自下列文獻

- 1 *New Zealand Diabetes Guideline. Dec 2003*
 - 2 *American Diabetes Association. Diabetes Care , supplement 1 Jan 2004*
 - 3 *NICE Diabetes Guideline Jan 2004*
 - 4 *A manual for management of diabetes mellitus: A Hong Kong Chinese Perspective. Juliana Chan et al.*
 - 5 *A statement for health care professionals on type 2 diabetes mellitus in Hong Kong. Hong Kong Medical Journal 2000; 6(1):105-107*
 - 6 *Guidelines on the management of patients with Type 2 Diabetes Mellitus in Hong Kong, Hospital Authority Co-ordinating Committee Internal Medicine. July 2001.*
 - 7 *Professional Diploma Programme in Diabetes Management & Education. Department of Medicine & Therapeutics, Faculty of Medicine, the Chinese University of Hong Kong. 2004.*
1. Deakin TA, McShane CE, Cade JE, Williams R. Group based training for self-management strategies in people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 2. Art. No.: CD003417. DOI: 10.1002/14651858.CD003417.pub2
 2. Duke S-AS, Colagiuri S, Colagiuri R. Individual patient education for people with type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1. Art. No.: CD005268. DOI: 10.1002/14651858.CD005268.pub2
 3. Hawthorne K, Robles Y, Cannings-John R, Edwards AGK. Culturally appropriate health education for type 2 diabetes mellitus in ethnic minority groups. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 3. Art. No.: CD006424. DOI: 10.1002/14651858.CD006424.pub2
 4. Welschen LMC, Bloemendal E, Nijpels G, Dekker JM, Heine RJ, Stalman WAB, Bouter LM. Self-monitoring of blood glucose in patients with type 2 diabetes mellitus who are not using insulin. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005, Issue 3. Art. No.: CD005060. DOI: 10.1002/14651858.CD005060.pub2
 5. Loveman E, Royle P, Waugh N. Specialist nurses in diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 2. Art. No.: CD003286. DOI: 10.1002/14651858.CD003286
 6. Nield L, Moore H, Hooper L, Cruickshank K, Vyas A, Whittaker V, Summerbell CD. Dietary advice for treatment of type 2 diabetes mellitus in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 4. Art. No.: CD004097. DOI: 10.1002/14651858.CD004097.pub4

7. Thomas D, Elliott EJ, Naughton GA. Exercise for type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD002968. DOI: 10.1002/14651858.CD002968.pub2
8. UK NHS DM guideline 2008
9. Intensive Glycaemic Control and the Prevention of Cardiovascular Events: Implications of the ACCORD, ADVANCE, and VA Diabetes Trials. A position statement of the American Diabetes Association and a scientific statement of the American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association. *Diabetes Care*, vol 32, no 1, January 2009.
10. Holman RR, Paul SK, Bethel MA, Matthews DR, Neil HA: 10-year follow-up of intensive glucose control in type 2 diabetes. *N Engl J Med* 359:1577-1589, 2008.
11. Nathan DM, Cleary PA, Backlund JY, Genuth SM, Lachin JM, Orchard TJ, Raskin P, Zinman B: Intensive diabetes treatment and cardiovascular disease in patients with type 1 diabetes. *N Engl J Med* 353:2643-2653, 2005.
12. Standards of Medical Care in Diabetes 2009, American Diabetes Association. *Diabetes Care*, vol 32, supplement 1, January 2009.
13. Richter B, Bandeira-Echtler, Bergerhoff K, Lerch CL. Rosiglitazone for type 2 diabetes mellitus (review). *Cochrane Databases of Systematic Reviews* 2009, Issue 3.
14. Richter B, Bandeira-Echtler, Bergerhoff K, Lerch CL. Dipeptidyl peptidase-4 (DPP-4) inhibitors for type 2 diabetes mellitus . *Cochrane Databases of Systematic Reviews* 2008, Issue 2. Art. No.: CD006739. DOI: 10.1002/14651858.CD006739.pub2.
15. HA Clinical Practice Guideline, Hospital Authority, issued August 2008

衛生署專業發展及質素保證轄下臨牀審核及指引工作小組的 成員名單

組長：許燕芬醫生

糖尿病指引第三版的統籌人員：

吳美儀醫生

成員：

1. 鄭佩君醫生
2. 何志軒醫生
3. 江志宏醫生
4. 林永堃醫生

特別鳴謝郭志剛先生設計封面和流程圖

聯絡方法：吳美儀醫生

地址：香港柴灣東區尤德夫人那打素醫院主座 1 樓衛生署柴灣公務員診所

傳真：2557 5542

電郵：吳美儀醫生 [johnhli@netvigator.com]

註

- ◆ 撥款：無
- ◆ 利益衝突：無
- ◆ 上次修訂：二零零九年八月
- ◆ 本指引訂於一年後或視乎需要提前檢討。
- ◆ 歡迎提出意見或建議，請把意見或建議送交小組統籌人員。

免責聲明

我們已盡力確保指引第三版的內容準確齊全，但不保證全無錯誤或遺漏，而且對於使用當中所載資料而導致的損失或損害，不會承擔任何責任或法律責任。

我們不會認可或看似認可任何衍生或節錄資料，也不會就經修改資料的內容或使用而負上責任。如對本指引作出任何修改，必須附加免責聲明加以說明。有關任何商品或服務的廣告宣傳或隱含認可，一概不准。

索取指引

如欲索取多份指引，請聯絡衛生署轄下的專業發展及質素保證。

~ 完 ~