

# دیابت

## تشخیص دیابت

افرادی که در ارزیابی اولیه، قند خون مساوی یا بیش از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر داشته باشند، پس از تعیین میزان خطر ده ساله سکنه های قلبی و مغزی توسط کارشناس مراقب سلامت یا بهورز به پزشک عمومی مرکز بهداشتی درمانی معرفی (ارجاع غیر فوری) می شوند. وظیفه پزشک گرفتن شرح حال، معاینه، درخواست انجام آزمایش بیماریابی (بر اساس متن آموزشی) تایید ریسک سنجی، تشخیص، درمان و مراقبت از بیماران است. بیماریابی نوع ۲ با آزمایش قند خون ناشتا (FBS) (طبق دستورالعمل برنامه دیابت) تشخیص داده می شود. در مراکزی که امکان انجام آزمایش تحمل گلوکز (OGTT) وجود دارد از این تست هم می توان استفاده کرد.

## تفسیر نتایج آزمایش قند خون ناشتا

- افرادی که قند خون ناشتای کمتر از ۱۰۰ میلی گرم در دسی لیتر دارند، متابولیسم گلوکز طبیعی دارند .
- افرادی که قند خون ناشتای مساوی ۱۰۰ تا ۱۲۵ میلی گرم در دسی لیتر (یا اصطلاحاً اختلال قند ناشتا) دارند به عنوان (پره دیابتی) به آموزش های لازم برای کنترل وزن و رژیم غذایی صحیح و کنترل عوامل خطر قابل کنترل نظیر چاقی، فشار خون بالا و ترک سیگار نیاز دارند .
- برای افرادی که قند خون ناشتای ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر و یا بیشتر دارند، دوباره آزمایش قند خون ناشتا انجام می شود و در صورتی که مجدداً قند ناشتا ۱۲۶ میلی گرم در دسی لیتر و یا بیشتر بود تشخیص دیابت داده می شود .
- افرادی که بیمار تشخیص داده می شوند، ضمن آموزش باید بر اساس دستورالعمل برنامه درمان و مراقبت شوند .

## غربالگری و تشخیص دیابت بارداری ( GDM )

برای تشخیص دیابت بارداری از دو پروتکل زیر می توان استفاده کرد:

### غربالگری دیابت بارداری ( روش یک مرحله ای )

تفسیر آزمون غربالگری	مقادیر غیر طبیعی ( میلی گرم در دسی لیتر )			شیوه آزمون غربالگری	زمان غربالگری	گروه هدف غربالگری
	ناشتا	۱ ساعت	۲ ساعت			
چنانچه یک نمونه از گلوکز پلاسمای وریدی خانم باردار بیشتر از مقادیر ذکر شده باشد، با تشخیص GDM به پزشک متخصص ارجاع شود .	> ۱۵۳	> ۱۸۰	> ۹۲	OGTT با ۷۵ گرم گلوکز	هفته ۲۴ تا ۲۸ بارداری	همه خانمها باردار

توضیحات :

- برای خانم های باردار کم خطر ( low risk ) : که در اولین ملاقات وضعیت آن ها از نظر ابتلا به بیماری دیابت طی سه ماه قبل از بارداری نامشخص است، آزمایش قند خون ناشتا درخواست شود.
- برای خانم های باردار پرخطر ( High risk ) : آزمایش OGTT با مصرف ۷۵ گرم گلوکز در اولین ویزیت درخواست می شود .
- مشخصات خانم های باردار پرخطر: خانم های باردار بالای ۲۵ سال، نمایه توده بدنی پیش از بارداری مساوی یا بالاتر از ۳۰ ، سابقه مرده زایی یا ۲ بار سقط خود به خود یا تولد نوزاد با وزن ۴ کیلوگرم یا بیشتر، سابقه اختلال تحمل گلوکز، سابقه دیابت در بستگان درجه یک
- خانم های مبتلا به دیابت بارداری در هفته های ۴ تا ۱۲ پس از زایمان، مجدداً با آزمایش OGTT با مصرف ۷۵ گرم گلوکز قرار گیرند اگر قند خون ۲ ساعت پس از مصرف ۷۵ گرم گلوکز ، بیش از ۲۰۰ میلی گرم در لیتر باشد به عنوان دیابتیک باید تحت مراقبت و درمان قرار گیرند قند خون ۱۹۹ - ۱۴۰ بعنوان اختلال قند ناشتا تلقی شده و ضمن توصیه به اصلاح شیوه زندگی ، بررسی سالانه قند خون توصیه می شود .
- غیر طبیعی بودن آزمایش های قند ناشتا در خانم های باردار کم خطر ( low risk ) یا OGTT در خانم های باردار پر خطر ( High risk ) در ماه های اول بارداری یا اولین مراجعه، به عنوان دیابت آشکار ( OVERT ) تلقی می شود. تشخیص GDM برای خانم های باردار در هفته ۲۴ تا ۲۸ بارداری صورت می گیرد .

### غربالگری دیابت بارداری ( روش دو مرحله ای )

- انجام آزمایش GCT با ۵۰ گرم گلوکز با شرایط غیر ناشتا در هفته های ۲۸ - ۲۴ حاملگی :
- اگر قند پلاسمای خون وریدی یک ساعت بعد از مصرف گلوکز کم تر از  $140 \text{ mg / dl}$  باشد، دیابت حاملگی منتفی است . ( در برخی منابع قند خون کمتر از ۱۳۰ میلی گرم در دسی لیتر طبیعی قلمداد می شود . )
- اگر قند پلاسمای خون وریدی یک ساعت بعد از مصرف گلوکز  $140 \text{ mg / dl}$  یا بیشتر باشد، مشکوک تلقی می شود و باید برای این فرد دوباره آزمایش تحمل گلوکز تا ۳ ساعت با ۱۰۰ گرم گلوکز در شرایط ناشتا انجام شود. ( OGTT استاندارد )
- برای انجام آزمایش تحمل گلوکز ۳ ساعته، باید بیمار حداقل ۳ روز قبل از آزمایش روزانه ۲۰۰ - ۱۵۰ گرم کربوهیدرات مصرف کند، و از نیمه شب قبل از روز آزمایش ناشتا باشد ( حداقل ۸ ساعت ) ، در ضمن نوشیدن آب در طی این مدت مانعی ندارد .
- اگر فقط یک نمونه از ۴ نمونه گیری شده غیر طبیعی باشد، باید یک ماه دیگر ( در هفته های ۳۶ - ۳۲ حاملگی ) ، دوباره OGTT سه ساعته با ۱۰۰ گرم گلوکز انجام شود .
- اگر ۲ نمونه یا بیشتر، از ۴ نمونه اندازه گیری شده، غیر طبیعی باشد، آزمایش تحمل گلوکز مختل بوده و فرد به دیابت حاملگی مبتلا است. خانم های باردار مبتلا به GDM باید تحت مراقبت ویژه قرار گیرند.

## درمان دیابت

نحوه ی درمان و کنترل عوارض در افراد مبتلا به دیابت متفاوت بوده و از توصیه های بهداشتی تا مصرف انواع داروها و انسولین متغیر است. در این کتاب مطالب آموزشی به صورت یک راهنمای کلی برای درمان دیابت ذکر شده است .

بهتر است در درمان دیابت از چهارچوب دستورالعمل درمان مندرج در متون آموزشی پیروی شود و در صورت وجود استثناء پزشک می تواند با پزشک متخصص سطح بالاتر یا مرکز دیابت مشورت و تصمیم گیری کند .

## مراقبت دیابت

- با توجه به اهمیت کاهش وزن و اصلاح شیوه ی زندگی در این بیماران ، توصیه ی پزشک معالج در کاهش وزن و افزایش فعالیت بدنی ، تغذیه ی مناسب و پیگیری هر سه ماه یک بار ضروری است .
- تمام بیماران باید حداقل ۳ ماه یک بار توسط پزشک معاینه شوند و در صورت نیاز ، می توان این فاصله زمانی را کاهش داد.
- برای افرادی که IFG یا IGT هستند علاوه بر مداخلات آموزشی و درمانی سالانه باید آزمایش قند ناشتا یا OGTT درخواست شود .
- پزشک باید از میزان قند خون ناشتا و دو ساعت پس از صرف غذا ( ماهانه ) یا HbA1c ( سه ماهه ) بیمار مطلع باشد. بنابراین در مراقبت های ۳ ماه یکبار باید دستور انجام آزمایش های خون ناشتای ماهانه و یک نوبت HbA1c به بیمار داده شود . مقدار قند ناشتا و دو ساعته HbA1c و تاریخ انجام آزمایش در فرم / نرم افزار باید ثبت شود .
- برای همه بیماران دیابتی ۴۰ ساله و بالاتر علاوه بر داروهای کاهنده قند خون باید یک داروی کاهنده چربی خون تجویز گردد. داروی انتخابی آتورواستاتین می باشد .
- مواردی که باید در مراقبت ۳ ماهه بررسی شود :
  - آزمایش قند پلاسمای ناشتا، ۲ ساعت پس از صرف غذا و HbA1c
  - اندازه گیری فشار خون در حالت نشسته و ایستاده و ضربان نبض
  - اندازه گیری وزن و تعیین نمایه توده بدنی
  - معاینه ی اندام تحتانی ( طبق متن آموزشی )
  - پرسش و معاینه درباره ی نوروپاتی ( طبق متن آموزشی )
  - پرسش هایی درباره ی نحوه ی انجام درمان ( فعالیت بدنی ، حفظ وزن، رژیم غذایی صحیح، درمان دارویی )
- عوارض تشخیص داده شده دیابت نظیر رتینوپاتی، نفروپاتی، بیماری قلبی عروقی ( فشار خون، بیماری عروق کرونر، ... ) و نوروپاتی و پای دیابتی باید در هر معاینه بررسی و مراقبت شود مراقبت در وحله ی اول طبق نظر پزشک با استفاده از دستورالعمل ( کتاب پزشک و دیابت ) و ( راهنمای بالینی دیابت نسخه ۱۳۹۳ یا مطابق با آخرین نسخه بازبینی شده ) انجام می گیرد .
- چنانچه طی پیگیری سه ماه یکبار علائم یکی از عوارض دیررس ( رتینوپاتی، نفرو پاتی، نوروپاتی و یا عوارض قلبی ) مشاهده شود ، باید فرد مبتلا به دیابت به سطح ۲ ارجاع شود .
- کنترل چربی خون یکی از ارکان درمان است. هدف درمانی کاهش میزان LDL کلسترول و به کمتر از ۷۰ میلی گرم در دسی لیتر است . اندازه گیری کلسترول، تری گلیسرید، HDL و LDL در صورت نیل به اهداف درمانی، سالانه انجام می شود و در غیر این صورت با صلاح دید پزشک تحت درمان و پیگیری قرار می گیرد. انجام آزمایش های اندازه گیری آنزیم های کبدی قبل از تجویز استاتین و در فواصل ۶ ماهه تا یک ساله پس از شروع استاتین ضروری است
- ارابه آموزش های تغذیه ای مناسب جهت کمک به تثبیت قند خون بر اساس محتوای آموزشی تغذیه در دیابت ارائه شود .
- ارجاع به کارشناس تغذیه جهت دریافت رژیم غذایی درمانی: پزشک باید پس از تکمیل اقدامات درمانی مورد نیاز و ارابه توصیه های کلی تغذیه ای ، کلیه بیماران را جهت مشاوره و دریافت رژیم غذایی مناسب به کارشناس تغذیه ارجاع داده و پیگیری نماید.

آموزش در تمام سطوح ۱ و ۲ به طور مستقیم ۱ و ۲ به طور مستقیم زیر نظر پزشک انجام می شود .

در صورت دسترسی به خدمات پرستاری و تغذیه، خدمات آموزشی توسط تیم دیابت متشکل از پزشک، پرستار و کارشناس تغذیه در اختیار بیماران قرار می گیرد. نظارت بر آموزش و حسن اجرای آن به عهده پزشک است نظارت پیوسته بر سطح معلومات پرسنل از اجزای مهم آموزش است .

آموزش چهره به چهره به بیماران، با وجود وقت گیر بودن بسیار موثر است. کلاس های آموزشی با تعدادی از بیماران، برای بیماران و خانواده ی آنها بسیار مفید است. در صورتی که پرستار و کارشناس تغذیه بتوانند مطالب آموزشی را به نحو مطلوبی در اختیار بیماران و خانواده آنان، افراد در معرض خطر و دیگر افراد جامعه قرار دهند، پزشک فرصت بیشتری برای بررسی بیماران خواهد داشت. به طور کلی نظارت بر امر آموزش به عهده ی پزشک است . تسلط علمی پزشک به توصیه های تغذیه ای ویژه این بیماران، به علت اعتناده ویژه ای که بیماران به پزشک دارند، بسیار حائز اهمیت است .

## ارجاع بیماران به سطح ۲

- در صورتی که قند خون بیمار با دستورات درمانی نظیر تغذیه ی صحیح، انجام فعالیت بدنی همراه با داروها ( خوراکی نامنظم ) باید به سطح ۲ ( بیمارستان شهرستان یا مرکز دیابت ) ارجاع شوند.
- تمام بیمارانی که در زمان تشخیص بیماری دچار درجه هایی از عوارض دیابت باشند، باید به سطح ۲ ( بیمارستان شهرستان یا مرکز دیابت ) ارجاع داده شوند .
- تمام افرادی که پس از تشخیص بیماری و یا در طول بیماری و درمان دچار درجه هایی از عوارض دیابت می شوند ( بیماری قلبی عروقی ، نورو پاتی و پای دیابتی ، رتینوپاتی ، عوارض حاد ، ... ) طبق متن آموزشی باید به سطح ۲ ( بیمارستان شهرستان یا مرکز دیابت ) ارجاع شوند ( فوری یا غیر فوری بر حسب مورد )
- تمام بیماران باید در بدو تشخیص و بر حسب مورد با توجه به زمان مناسب برای بیمار و هماهنگی با سطح بالاتر برای اقدام های تشخیصی بیشتر و جستجوی زودرس عوارض ( در صورتی که بیمار آن عارضه را ندارد ) طبق دستورالعمل ذیل به بیمارستان شهرستان یا مرکز دیابت ارجاع داده شوند
  - انجام آزمایش ادرار ۲۴ ساعته برای تعیین آلبومینوری، کراتینین و محاسبه GFR ( تشخیص نفروپاتی )
  - معاینه های چشم پزشکی ( تشخیص رتینوپاتی )
  - معاینه های نورولوژیک در بدو امر و در صورت وجود علائمی در هنگام بررسی وجود نورو پاتی در پیگیری های ۳ ماهه پزشک سطح ۱ ( مرکز بهداشتی درمانی )
  - معاینه ی قلبی عروقی شامل نوار الکتروکاردیوگرام، معاینه قلبی عروقی، ارزیابی چربی های خون ( کلسترول، تری گلیسرید، LDL و HDL ) در بدو تشخیص و سپس سالانه .

## الف - غیر فوری

- کلیه بیماران دیابتی تازه تشخیص داده شده
- ارزیابی عوارض مزمن بیماران دیابتی ( یک بار در سال )
- عدم کنترل قند خون علی رقم مداخلات دارویی و غیر دارویی و موارد مقاوم به درمان
- دیابت بارداری یا بیمار دیابتی باردار ( در برنامه مادران غربالگری می شوند )
- بیمار مبتلا به هیپرتانسیون یا دیس لیپیدمی مقاوم به درمان
- بیمارانی که قبلا ارجاع شده اند و با نظر پزشک متخصص سطح ۲ برای مراجعه مجدد نوبت دهی شده اند .

## ب - فوری

- کاهش سطح هوشیاری در بیمار دیابتی ( علائم کتواسیدوز یا کوما هیپراسمولار - هیپوگلیسمی )
- بیمار دچار عارضه قلبی عروقی
- بروز عارضه کلیوی در بیمار دیابتی
- بروز عارضه چشمی در بیمار دیابتی
- وجود عارضه نوروپاتی در بیمار دیابتی
- زخم پای دیابتی

در صورتی که بیمار دچار عارضه نباشد، ضمن آموزش اصلاح شیوه ی زندگی و مشاوره ی تغذیه، میزان HbA1c بیمار اندازه گیری می شود و طبق نتیجه به صورت زیر عمل می شود :

- اگر  $HbA1c < 9\%$  انجام منوتراپی با متفورمین
- اگر  $HbA1c < 10\%$  تجویز متفورمین و سولفونیل اوره و دیگر داروهای خوراکی موجود
- اگر  $HbA1c < 10\%$ ، ارجاع غیر فوری به سطح دوم برای اصلاح الگوی درمانی یا انسولین تراپی

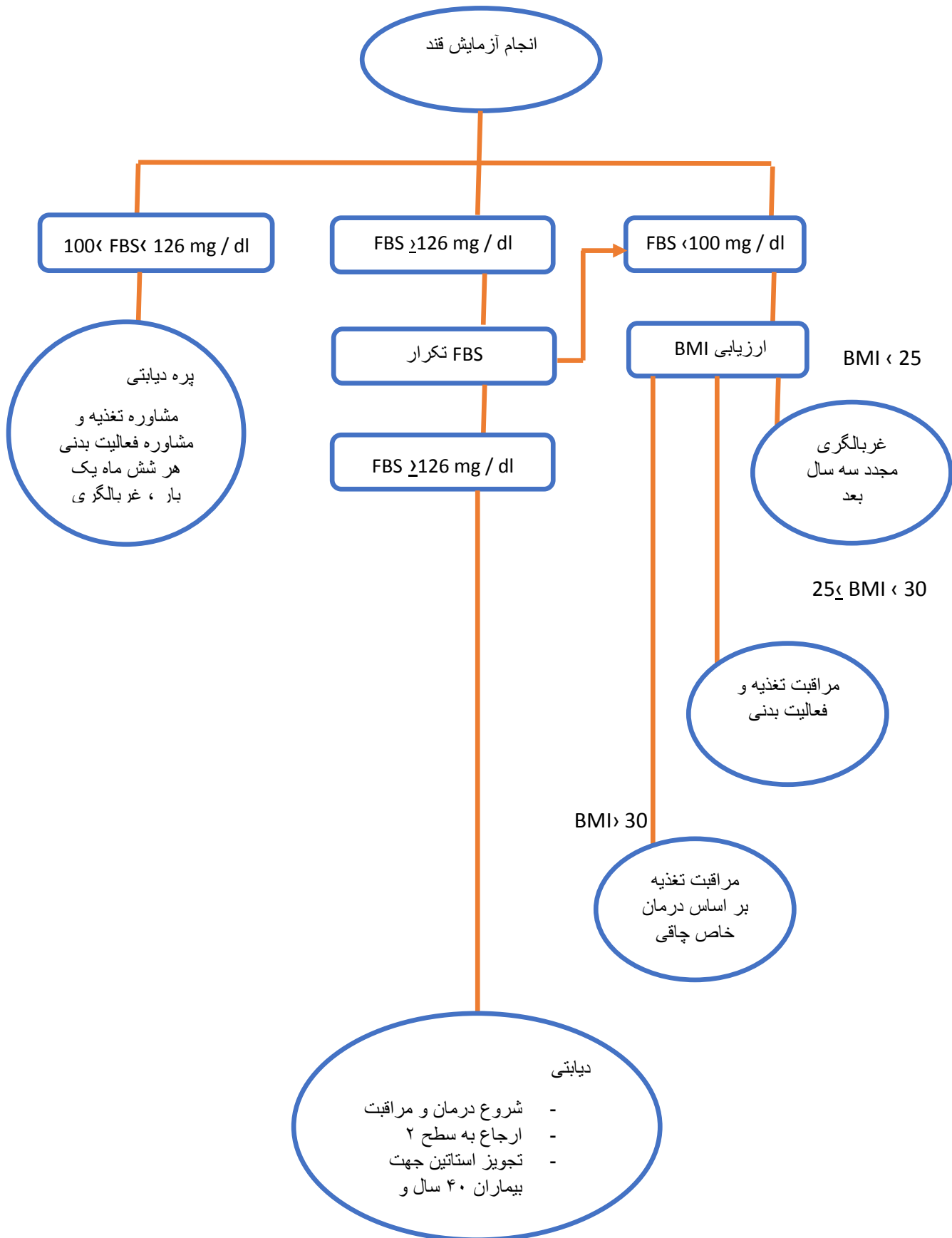
**نکته مهم :** شروع تجویز انسولین به عهده پزشکان متخصص یا پزشکان عمومی دوره دیده است. ( پزشک عمومی دوره دیده به فردی اطلاق می شود که موفق به اخذ گواهی قبولی در دوره کوتاه مدت دیابت مصوب دفتر مدیریت بیماری های غیر واگیر شده باشد ) انسولین باید توسط پزشکانی که تجربه کافی و مهارت در تجویز این دارو را دارند ، آغاز گردد .

پیگیری بیماران ارجاعی به عهده مسئول پذیرش می باشد. در صورتی که از ارجاع غیر فوری بیش از سه ماه بگذرد و بیمار به سطح دو مراجعه نکرده باشد بهورز یا مراقب سلامت، به عنوان مسئول بیماران، باید علت عدم مراجعه بیمار را پیگیری کند و بیمار مجددا ارجاع داده شود .

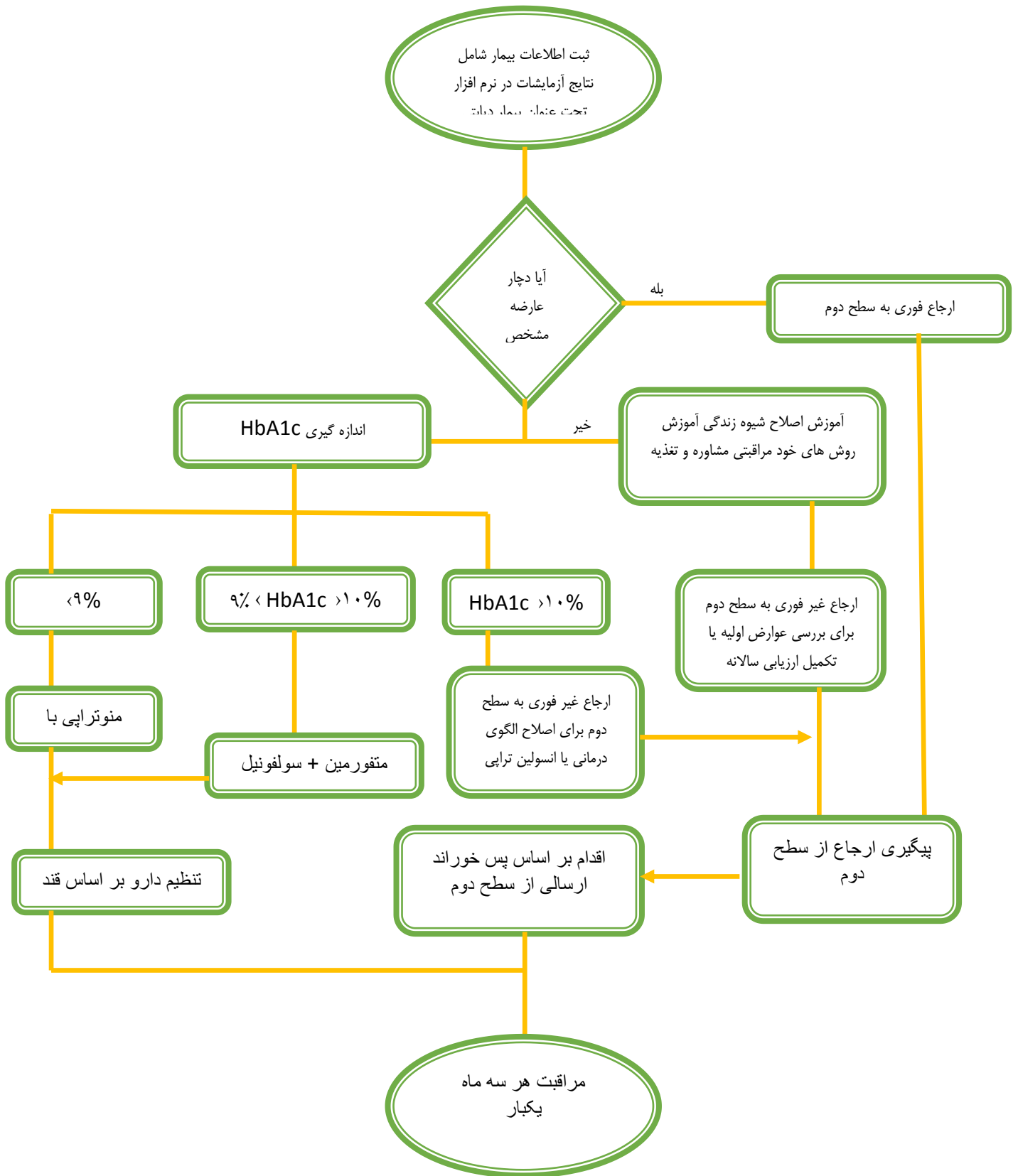
## نظارت و ارایه ی پس خوراند

پزشک باید بر فعالیت های بهورز، مراقب سلامت و کاردان ، نظارت دائمی داشته باشد. همچنین ارایه ی پس خوراند دقیق و شفاف به سطوح پایین تر یکی از مهم ترین وظایف پزشک است. پزشک باید دستورات و توصیه های درمانی را به زبان ساده برای بهورز، مراقب سلامت و کاردان توضیح دهد.

## نمودار جریان فرایند ارزیابی خدمات سطح اول جهت کنترل دیابت ( بیمار یابی )



## نمودار جریان فرایند ارائه خدمات سطح اول جهت کنترل دیابت درمان و مراقبت بیمار دیابتی



## خلاصه راهنمای دارویی کنترل قند خون در بیماران دیابتی نوع ۲

فرم دارویی	فارماکوپه ایران	دز شروع	فاصله افزایش دز و میزان آن	حداکثر دز روزانه	درصد کاهش HbA1c	درصد کاهش قند خون ناشتا	درصد کاهش قند خون غیر ناشتا	عوارض	منع مصرف
<b>گروه دارویی: بیگوانیدها - مکانیسم اثر: افزایش جذب گلوکز کبدی</b>									
متفورمین	۵۰۰ mg ۱۰۰۰ mg	۵۰۰ mg یکبار در روز با غذای شب و یا ۲۵۰ میلی گرم در ۲ و یا ۳ دوز منقسم	در صورت تحمل mg ۵۰۰ با صبحانه افزوده شده در صورت نیاز هر ۱-۲ هفته ۵۰۰ اضافه شود	۲۵۰۰-۳۰۰۰ MG	2-1	20	20	مزه فلزی در دهان، بی اشتها، اسهال، ناراحتی شکمی، اسیدوز لاکتیک	کراتینین بالای ۱/۴ eGFR <۳۰ شرایط مستعد کننده اسیدوز لاکتیک
<b>گروه دارویی: سولفونیل اوره ها - مکانیسم اثر: تحریک ترشح انسولین</b>									
گلی بن گلامید	۵ mg	۲/۵	هر ۲-۴ هفته ۵ میلی گرم افزایش دز	Mg ۲۰	۱-۲	۲۰	۲۰	هایپوگلیسمی، تهوع	کراتینین بالای ۲
گلیکلازید	۸۰ mg و قرص آهسته رهش ۳۰ و ۶۰ میلی گرم	۸۰-۱۶۰ قرص معمولی	ابتدا ۱۶۰ میلی گرم دو بار در روز و سپس ۸۰ تا ۳۲۰ روزانه	۳۲۰ mg	۱-۲	۲۰	۲۰	حساسیت به نور، اختلال در آزمون کبدی	کراتینین بالای ۲
<b>گروه دارویی: مهار کننده آلفا گلو کور یداز - مکانیسم اثر: کاهش جذب روده ای گلوکز</b>									
آکاربوز	۵۰ Mg ۱۰۰ Mg	۲۵ Mg یک بار در روز قبل از وعده غذای اصلی	هر هفته ۲۵ میلی گرم اضافه شود	۳۰۰-۴۵۰ mg	۰/۵-۱	-	-	نفخ، اسهال، عوارض گوارشی	-
<b>گروه دارویی: تیازولیدین دیون ها - مکانیسم اثر: افزایش حساسیت به انسولین (کاهش مقاومت به انسولین)</b>									
پیو گلیتازون	۱۵ Mg ۴۵ mg - ۳۰	۱۵ Mg روزانه	هر ۶-۸ هفته ۱۵ اضافه شود	Mg ۴۵	۱-۱/۵	۴۰-۶۰ /di mg	-	سمیت کبدی، افزایش وزن، ادم، آگزما	نارسایی قلبی، نارسایی کبدی



<b>گروه دارویی : مگلیتینیدها - مکانیسم اثر : تحریک ترشح انسولین</b>									
بیماری کبدی	Id\,gdslid	-	mg / dl ۲۵	۱-۲	۴ Mg قبل از هر وعده غذا	هر ۴ هفته ۱ mg افزافه شود	۰/۵ Mg قبل از هر وعده غذا	۰/۵ Mg mg 2 01	ریاگلینید

سطح خدمات	اهداف مراقبتی	فواصل مراقبت	آزمایش	
سطح اول	کمتر از ۱۴۰/۸۰ با توجه به شرایط خاص فردی	هر بار ویزیت	فشار خون	شرح حال و معاینه
سطح اول	18/5 ≤ BMI < 25	هر بار ویزیت	BMI وزن و	
سطح اول	معاینه پاها از نظر وجود علائم فشار یا خراش برای پیشگیری از زخم و عفونت، آموزش خود مراقبتی به بیمار	هر بار ویزیت	مشاهده پاها	
سطح دوم	معاینه حسی، حرکتی و عروقی بدون کفش و جوراب، در صورت کاهش حس آموزش مراقبت پیشرفته به بیمار داده شود.	سالانه	معاینه دقیق پاها تست منوفیلان یا دیپازون	
سطح دوم	تشخیص رتیئوپاتی و ارجاع در صورت نیاز	سالانه ( سابقه بیش از ۱۰ سال بیماری یا در حضور عوارض هر ۶ ماه )	معاینه رتین	
توصیه توسط سطح اول	ارزیابی دندان و لثه ها، آموزش مراقبت دهان و دندان، ارجاع به دندانپزشک در صورت نیاز	هر شش ماه	معاینه دهان و دندان	
سطح اول	کمتر از ۷% و بر اساس شرایط فردی بیمار	۲-۴ بار در سال	HBA1C	
سطح اول	HDL ≥ 50-LDL < 100-Chol < 100-TG < 150 mg/dl LDL در بیماران دچار عارضه بیماری قلبی عروقی Chol < 70mg/dl	حداقل دوبار در سال	لیپید پروفایل ناشتا	
سطح اول / دوم	۳۰ mg/gr نسبت آلبومین به کراتینین ادرار کمتر از	بدو تشخیص و سپس سالانه	نسبت آلبومین به کراتینین ادرار در نمونه اتفاقی	
سطح اول / دوم	بیشتر از ۶۰ eGFR	بر اساس مراحل بیماری مزمن کلیه	eGFR محاسبه همزمان با اندازه گیری کراتینین سرم	ایمنونیزاسیون
توصیه توسط سطح اول	یک بار در فصل پاییز دز یادآوری برای بیماران بالای ۶۴ سال یا افرادی که اولین دز خود را زیر ۶۵ سالگی بیش از ۵ سال قبل دریافت کرده اند، توصیه می شود	یک بار	واکسیناسیون آنفولانزا واکسیناسیون پنوموکوک	
سطح دوم	شرح حال و معاینه عملکرد و ارجاع در صورت نیاز	سالانه / مستمر	مصرف دخانیات	مشاوره و کاهش عوامل خطر
سطح اول / دوم	در حد امکان قبل از اقدام به بارداری، بررسی Hba1c < 7% داروها و نحوه استفاده آنها قبل و حین بارداری	بدو تشخیص / مستمر	ارزیابی روانی عملکرد جنسی مشاوره قبل از بارداری	

سطح اول / دوم	با مراقبت از نظر هایپوگلیسمی، ارزیابی داروها $HbA1c < 7\%$ معاینه چشم در تریمنستر اول	بدو تشخیص / مستمر	مراقبت حین بارداری	مشاوره و کاهش عوامل خطر
سطح اول / دوم	mg/daily به عنوان پیشگیری با دز CVD در بیماران با سابقه ۱۶۲-۷۵	مستمر	آسپرین تراپی	
سطح اول / دوم	تجویز در بیماران غیر باردار دچار ابتلا هم زمان به فشار ACE خون، درمان میکرو یا ماکروآلبومین اوری Inhibitor/ARB	مستمر	ACE Inhibitor/ARB	
سطح اول	ارزیابی اهداف درمانی و توجیه بیمار / تغییر شیوه زندگی	بدو تشخیص / مستمر	ارتباط بیمار / پزشک	ارزیابی مهارت های خودمراقبتی
سطح اول	ارزیابی فعالیت بدنی و تصحیح آن	بدو تشخیص / مستمر	فعالیت بدنی	
سطح اول	مشاوره تغذیه و رژیم غذایی $BMI > 25$ در صورت	بدو تشخیص / مستمر	تغذیه	
سطح اول	اطمینان از مصرف صحیح و تصحیح دز دارویی بر اساس ارزیابی بیمار	بدو تشخیص / مستمر	ارزیابی داروها	
سطح اول	اطمینان از انجام صحیح به منظور پیشگیری از هایپو و هایپرگلیسمی	بدو تشخیص / مستمر	خودارزیابی SMBG	

رفرنس: ویرایش سوم دستورالعمل اجرایی و محتوای آموزشی پزشک

دفتر مدیریت بیماریهای غیر واگیر

معاونت بهداشت

وزارت بهداشت ، درمان و آموزش پزشکی