

# 《2型糖尿病代谢手术术后管理中国专家共识》发布

**推荐理由:** 我国成年人2型糖尿病患病率为10.9%, 患者约1亿。国内许多医院相继开展了代谢手术治疗2型糖尿病和肥胖症的工作, 目前因缺乏术后随

**管理团队构建** 目前代谢手术管理主要有两种模式, 一是以外科为主, 内分泌代谢科、营养科等科室配合, 另外是以内分泌代谢科为核心, 联合外

科等多学科团队(MDT)协作模式。MDT协作模式有利于提高手术疗效及防止多种并发症的发生。MDT团队应包括内分泌代谢科、普通外科、消化

科、麻醉科、心理科、营养科医师和护理人员等, 并以内分泌代谢科、普外科医师为MDT团队指导人员。

分会肥胖与糖尿病学组制定了《2型糖尿病代谢手术术后管理中国专家共识》, 供我国开展2型糖尿病代谢手术的单位术后管理团队参考。

**管理流程** 内外科医师联合

筛选适合手术治疗的患者, MDT

成员全面评估病情, 完善术前检查, 明确患者手术适应证、禁忌证, 了解患者及家属的手术意愿、配合度, 必要时进行术前心理测评。MDT成员共同与患方沟通病情、签署知情同意书, 完善术前准备后择期行手术, 术后进一步评估病情、制订糖尿病相关疾病治疗方案、患者宣教、交代随访事宜。

**术后管理内容** 2型糖尿病患者代谢手术后需在MDT团队的帮助下, 长期随访观察, 具体监测项目如下: (1) 血糖及相关指标; (2) 代谢相关指标; (3) 糖尿病相关远期并发症; (4) 手术并发症指标; (5) 术后节育和妊娠管理; (6) 术后精神管理; (7) 术后饮食管理。

——全文刊登于《中华糖尿病杂志》2018年第3期161-167页

## 《母乳喂养促进策略指南(2018版)》发布

**推荐理由:** 母乳是婴儿理想的天然食物, 母乳喂养不仅为母亲和儿童带来很多健康益处, 同时也具有重要的社会发展意义。受多种因素影响, 目前中低收入国家6月龄内婴儿的纯母乳喂养率仅为37%, 高收入国家婴儿纯母乳喂养持续时间更短。中华医学会儿科学分会儿童保健学组、中华医学会妇产科学分会、中国营养学会妇幼营养分会联合《中华儿科杂志》编辑委员会共同制定《母乳喂养促进策略指南(2018版)》, 以指导临床医师宣传、指导并推动母乳喂养。

**哺乳准备** 母亲乳头内陷或乳头扁平不影响哺乳, 不推荐孕期进行乳头牵拉或使用乳垫(强推荐, 高质量)。对患有抑郁症的孕产妇提供母乳喂养的专业支持有助于延长母乳喂养时间(强推荐, 低质量)。母孕期对父亲进行母乳喂养相关知识教育可提高母乳喂养率(强推荐, 中等质量)。

**早期建立母乳喂养策略** 新生儿娩出后宜尽早吸吮(<30 min)(强推荐, 极低质量)。新生儿生后尽早(<1 h)与母亲进行肌肤接触(强推荐, 中等质量)。生后母婴同室(强推荐, 低质量)。

**乳房充血肿胀及乳腺炎** 乳母患乳腺炎时应及时寻求乳腺外科医师的专科治疗, 采取排空乳房、休息、镇痛等对症支持措施, 必要时用抗生素治疗; 严重时需暂停乳房喂养, 但应排空乳房(强推荐, 极低质量)。

**新生儿低血糖** 早吸吮和早接触可降低新生儿低血糖发生的风险(强推荐, 低质量)。高危新生儿生后1 h内应监测血糖(强推荐, 极低质量)。无症状低血糖婴儿可继续母乳喂养, 有临床症状或血糖<2.6 mmol/L时可静脉输注葡萄糖(强推荐, 极低质量)。

**牛奶蛋白过敏** 鼓励牛奶蛋白过敏的婴儿继续母乳喂养, 但母亲应回避牛奶及其制品的摄入, 并补充钙剂(强推荐, 极低质量)。

——全文刊登于《中华儿科杂志》2018年第4期261-266页

## 《女性盆底重建手术人工合成移植物相关并发症处理的中国专家共识》发布

**推荐理由:** 近10余年, 人工合成移植物在盆底重建手术中的应用促进了女性盆底重建领域的发展, 但关于盆底重建手术人工合成移植物相关并发症的临床处理尚未有国际上统一的共识。中华医学会妇产科学分会妇科盆

POP手术治疗中网片相关并发症的常见临床表现有: (1) 阴道点滴出血或阴道异常分泌物; (2) 疼痛或性交痛;

**推荐理由:** 急性早幼粒细胞白血病(AML)是一种特殊类型的急性髓系白血病(AML), APL占同期AML的10%~15%, 发病率约0.23/10万。APL临床表现凶险, 起病及诱导治疗过程中容易发生出血和栓塞而引起死亡。近三十年来, 由于全反式维甲酸

**初诊患者入院评估** (1) 病史和体检; (2) 血液检查: 血常规、血型、外周血涂片、生化指标、弥散性血管内凝血相关指标

**推荐理由:** 微量元素是生物体内含量极少但必需的一些元素, 是机体有效利用葡萄糖、脂肪供能及合成蛋白质的基础, 是肠外营养支持方案的

**严重创伤、围手术期患者** 对于严重创伤患者, 应常规补充微量元素, 同时加强锌、铜、锰等微量元素补充,

底学组结合国内外的最新文献及专家经验, 就盆腔器官脱垂(POP)手术治疗中网片应用以及压力性尿失禁手术治疗中吊带应用的相关并发症处理达成了以下共识, 以期帮助临床医师正确处理相关并发症问题。

(3) 术后反复泌尿系统感染。压力性尿失禁手术治疗中吊带相关并发症的常见临床表现有: (1) 排尿障碍, 如排

(ATRA)及砷剂的规范化临床应用, APL已成为基本不用进行造血干细胞移植即可治愈的白血病。中华医学会血液学分会和中国医师协会血液科医师分会共同制定了《中国急性早幼粒细胞白血病诊疗指南(2018年版)》, 以期指导临床工作。

检查, 输血前有关传染性病原学检查; (3) 骨髓检查; (4) 其他检查: 心电图、超声心动图(必要时)、胸片、腹部B超或CT(必要

必要组成部分。中华医学会肠外肠内营养学分会制定《多种微量元素制剂临床应用专家共识》, 以期提供应用微量元素

促进创伤愈合。对于接受减重手术后需要肠外营养支持的患者, 若为胆胰分流并十二指肠转流术, 应考虑增加微量元素

尿困难、尿潴留、尿不尽感; (2) 阴道点滴出血或阴道异常分泌物; (3) 疼痛或性交痛; (4) 反复泌尿系统感染。

人工合成移植物相关并发症的诊断评估, 详尽、细致的病史询问和查体对于明确网片和吊带相关并发症的诊断至关重要。应充分了解初次手术时网片或吊带植入的位置、范围, 患者的手术治疗目的等。人工合成移植物的植入途径、

## 《中国急性早幼粒细胞白血病诊疗指南(2018年版)》发布

时); (5) 如外周血小板计数及纤维蛋白原定量明显下降, 存在严重出血倾向时, 则不建议行外周静脉中心置管插管。

**ATRA+砷剂治疗方案** (1) 诱导治疗: ATRA 25 mg·m<sup>-2</sup>·d<sup>-1</sup>同时联合三氧化二砷0.16 mg·kg<sup>-1</sup>·d<sup>-1</sup>或复方黄黛片60 mg·kg<sup>-1</sup>·d<sup>-1</sup>, 直到完全缓解, 总计约1个月[治疗前白细胞(WBC)(4~10)×10<sup>9</sup>/L, 予以羟基脲1.0 g, 每日3次, 口服, 应用天数按白细胞计数而定; 治疗前WBC<4×10<sup>9</sup>/L, 待

## 《多种微量元素制剂临床应用专家共识》发布

补充量, 其中铜、锌的补充量应为居民推荐膳食摄入量的1~2倍。

**危重症与中重度烧伤患者** 对于严重营养不良、中重度烧伤、脓毒血症、全身性炎症反应综合征等重症患者, 如果存在肠外营养适应证, 在按照居民推荐膳食摄入量要求常规补充复合微量元素的基础上, 同

位置、表面组织结构各有不同, 因此, 并发症的诊断可能需要膀胱镜、直肠镜、结肠镜和影像学检查等辅助检查, 指导进一步的处理。

人工合成移植物相关并发症的治疗原则主要包括随诊观察、物理治疗、药物治疗及手术治疗。

——全文刊登于《中华妇产科杂志》2018年第3期145-148页

## 《中国急性早幼粒细胞白血病诊疗指南(2018年版)》发布

治疗中WBC>4×10<sup>9</sup>/L时加羟基脲1.0 g, 每日3次, 口服, 应用天数按白细胞计数而定; 治疗中WBC>10×10<sup>9</sup>/L时, 酌情加用萘环类药物或阿糖胞苷)。

(2) 巩固治疗: ATRA 25 mg·m<sup>-2</sup>·d<sup>-1</sup>×2周, 间歇2周, 为1个疗程, 共7个疗程。亚砷酸0.16 mg·kg<sup>-1</sup>·d<sup>-1</sup>或者复方黄黛片60 mg·kg<sup>-1</sup>·d<sup>-1</sup>×4周, 间歇4周, 为1个疗程, 共4个疗程, 总计约7个月。

——全文刊登于《中华糖尿病杂志》2018年第2期97-102页

## 《多种微量元素制剂临床应用专家共识》发布

时监测血锌、硒和铜水平, 根据监测结果适当增加锌、硒和铜补充量。

**肿瘤患者** (1) 对于接受肠外营养的肿瘤患者, 应常规补充复合微量元素。(2) 肿瘤放疗患者推荐给予复合微量元素以预防缺乏。

——全文刊登于《中华外科杂志》2018年第3期168-176页