

# 台灣基層糖尿病協會 會訊

2020年7月第3期

## ◇理事長的話

## ◇衛教文章

糖尿病自我管理計劃的評估：對共病，醫療利用和費用的分析／邱妃杏護理師

美國心臟學會對第2型糖尿病的冠狀動脈疾病血脂治療建議／劉漢文醫師

大處著眼 小處著手—基層診所的生態／洪文岳醫師

糖尿病看診三兩事／洪啟文醫師

# 目錄

理事長的話／李洮俊	1
<b>衛教文章</b>	
● 糖尿病自我管理計劃的評估：對共病，醫療利用和費用的分析／邱妃杏護理師	2
● 美國心臟學會對第2型糖尿病的冠狀動脈疾病血脂治療建議／劉漢文醫師	4
● 大處著眼 小處著手—基層診所的生態／洪文岳醫師	7
● 糖尿病看診三兩事／洪啟文醫師	10
<b>歡迎投稿</b>	
● 徵求稿件	12
● 版權頁	13

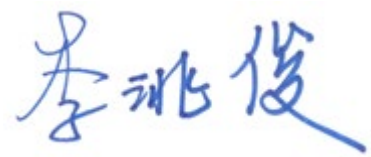
封面拍攝：邱妃杏



## 理事長的話

本期會刊有萬芳醫院糖尿病衛教中心邱妃杏護理師特別介紹 The Stanford-Anthem Study 於 2018 發表於 Journal of Medical Internet Research 的文章，為一大型數位化、社區化的糖尿病患自我疾病控制研究，是一項密集的糖尿病自我管理教育(DSME)系列課程，在慢性疾病的病人衛教時進行同儕引導式 (Peer-led) 自主管理教育，其核心概念為 “給予病人更高的自信心，以面對高度自我管理需求的慢性疾病，藉以達到更好的疾病治療成果”。結果發現計畫組可顯著減少的共病症包括高血壓 (Hypertension)、高血脂 (Hyperlipidemia)、腎臟病 (Renal disease)、憂鬱 (Depression)、類風溼性關節炎 (Rheumatoid arthritis)。在醫療服務利用差異 (包含門診次數、急診次數以及住院日數)，總醫療花費 (All-cause medical cost)、門診花費、住院花費以及所有藥物花費(All-cause pharmacy cost)減少，皆達到統計上的顯著差異。文章呈現結果在自我健康照護意識提升進行深度探討，提升病患疾病自我照護意識後，對於其疾病治療成果、後續醫療服務利用及花費都可以有更好的助益。萬芳醫院劉漢文醫師撰寫美國心臟學會(American Heart Association, AHA)在今年發佈了對第 2 型糖尿病合併穩定冠狀動脈疾病患者之臨床處置科學聲明(Clinical Management of Stable Coronary Artery Disease in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus: A Scientific Statement From the American Heart Association)，針對第 2 型糖尿病的冠狀動脈疾病血脂治療建議，帮大家整理介紹血脂部分的最新科學證據和建議。正光內兒科診所洪文岳醫師則用心良苦地將他投入基層以來，親身經營診所後的心得分享給會員，建議有志於投入基層醫療的醫界同道，汲取各方意見，在轉戰基層後能一蹴而就，共同為台灣的基層醫療貢獻心力。九如聯合診所洪啟文醫師，將糖尿病看診經驗及心得，尤其是對林瑞祥教授的敦敦教誨，特別深刻，也對目前科技軟體應用於糖尿病照會，提出心得分享。感謝 4 位會員的文章，字字金言，相信對會員臨床糖尿病照護，會有很大的幫助。

理事長



2020.07.01

# 糖尿病自我管理計劃的評估：對共病，醫療利用和費用的分析

萬芳醫院 邱妃杏護理師

美國糖尿病衛教學會 (American Association of Diabetes Educators, AADE) (現改名為 ADCES : The Association of Diabetes Care & Education Specialists) 推動的 AADE7 自我照顧行為，提供臨床糖尿病專業照護人員，學習如何幫助糖友們度過難關。臺灣推動糖尿病疾病管理及追蹤的概念是在「以病人為中心」的疾病管理模式運用跨團隊整合式照護模式，提升糖尿病病患自我健康照護意識，對於其疾病治療成果、後續醫療服務利用及花費都可以有更好的助益，同時也對於糖尿病衛教有更深度的影響，並建立更完善的統計結果，以追求精進。

本篇文章是 The Stanford-Anthem Study 於 2018 發表於 Journal of Medical Internet Research，為大型數位化、社區化的糖尿病患自我疾病控制計畫，其中所提及的 Better Choices, Better Health program 證明可顯著降低病患治療成本且改善治療成果。Better Choice, Better health 的概念是於 30 年前由 Kate Lorig 公衛博士所建立；由 Stanford 大學所開發的“更好的選擇，更健康的糖尿病” (BCBH-D) 計畫是一項密集的糖尿病自我管理教育 (DSME) 系列課程，連續 6 週，每週 2.5 小時的線上課程，在慢性疾病的病人衛教時進行同儕引導式 (Peer-led) 自主管理教育，其核心概念為“給予病人更高的自信心，以面對高度自我管理需求的慢性疾病，藉以達到更好的疾病治療成果。”，是針

對第 2 型糖尿病治療所設計的計畫，而其中面對面 (face-to-face) 與數位化 (Web-based) 的兩種介入方式都與美國糖尿病衛教學會的疾病治療宗旨相符，其介入可顯著改善糖化血色素 (HbA1c) 降幅、總體健康指標、低血糖發生與其症狀及服藥遵囑性，且 BCBH-D 實行後，發現可降低每人每年因疾病治療相關的醫療花費支出美金 815 元。

資料收集來源係由美國 HealthCore Integrated Research Environment (HIRE) 選取 2011 年 10 月至 2013 年 9 月間，加入 BCBH-D 照護計畫的社區糖尿病病患；並由 2013 年 10 月至 2014 年 10 月間，選取未加入該計畫，只接受一般照護的糖尿病病患做為控制組，以 1:3 人數比例進行傾向分數配對 (propensity score matching, PSM)，討論因糖尿病所衍生的共病症發生情形、健康照護資源利用情形、藥物使用情形及加入計畫與否 12 個月內的醫療服務花費。

文章中設計了兩組世代 (cohort)，針對其收案的族群進行校正，以達到兩個族群除了不同的介入以外，其背景分佈都要一樣，以消弭各個變項對於結果的影響。運用傾向分數配對法進行配對，統計分析的結果發現，因為介入的不同所造成共病症的狀態會達到統計顯著差異。參與 BCBH-D 計畫組可顯著減少的共病症包括高血壓 (Hypertension)、高血脂 (Hyperlipidemia)、腎臟病 (Renal

disease)、憂鬱 (Depression)、類風溼性關節炎 (Rheumatoid arthritis)，總疾病負擔分數 (Total disease burden score) 也顯著改善。醫療服務利用差異 (包含門診次數、急診次數以及住院日數) 係以每一千人年的利用次數進行統計，發現在住院次數面，介入前後達到了統計上的顯著意義，表示 BCBH-D 計畫確實可以令糖尿病病患減少住院的次數。最後也統計 BCBH-D 介入前後的醫療服務花費則發現在總醫療花費 (All-cause medical cost)、門診花費、住院花費以及所有藥物花費 (All-cause pharmacy cost) 皆達到統計上的顯著差異。

文章呈現結果在自我健康照護意識提升進行深度探討，發現提升病患疾病自我照護意識後，對於其疾病治療成果、後續醫療服務利用及花費都可以有更好的助益，但本篇

文章收納的糖尿病病患有高比例係以數位化的方式進行教育與追蹤，故後續研究可以針對面對面與數位化的糖尿病衛教方式進行後續分析，以了解是否會因為衛教管道及方式不同而對於病患的疾病治療成果與預後產生影響與差異。此次疫情期間也啟動大家對於數位化醫病互動有更強烈需求，值得大家深思如何及早因應。

資料來源: Turner, R. M., Ma, Q., Lorig, K., Greenberg, J., & DeVries, A. R. (2018). Evaluation of a diabetes self-management program: claims analysis on comorbid illnesses, health care utilization, and cost. *Journal of medical Internet research*, 20(6), e207.



# 美國心臟學會對第 2 型糖尿病的冠狀動脈疾病血脂 治療建議

萬芳醫院 劉漢文醫師

美國心臟學會 (American Heart Association, AHA) 在今年發佈了對第 2 型糖尿病合併穩定冠狀動脈疾病患者之臨床處置科學聲明 (Clinical Management of Stable Coronary Artery Disease in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus: A Scientific Statement From the American Heart Association)[1]。原文包含了抗血小板藥物、血壓、血脂、血糖、生活型態及飲食控制等治療，以及穩定型心絞痛的處置。由於篇幅有限，這篇文章幫大家介紹血脂部分的科學證據和建議。

## 第 2 型糖尿病患的心血管風險

第 2 型糖尿病 (Type 2 diabetes mellitus, T2DM) 患者因為血脂異常，具有較高的動脈硬化風險。典型的 T2DM 的血脂異常包括：

1. 高三酸甘油酯血症，與容易造成動脈硬化的小顆且緻密的低密度脂蛋白 (Small dense low-density lipoprotein, sdLDL) 顆粒增加有關。
2. 高密度脂蛋白膽固醇 (High-density lipoprotein cholesterol, HDL-C) 代謝增加，導致 HDL-C 濃度降低。
3. 因合成與代謝的不平衡，導致大顆的極低密度脂蛋白顆粒 (Very low-density lipoprotein, VLDL) 變多。

T2DM 患者的 LDL-C 濃度，與沒有糖尿病者的濃度通常相近，但是高三酸甘油酯促進了 LDL 的氧化，高血糖促進了 LDL 的糖化，都會讓 LDL 更容易造成動脈硬化，同時增加脂蛋白剩餘體 (remnant lipoprotein) 的數量。

## Statin 藥物

雖然健康的生活型態很重要，但是 Statin 藥物的治療對 T2DM 患者的冠狀動脈心臟病 (Coronary Artery Disease, CAD) 的初級預防和次級預防的效果已經非常明確。Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration 收集初級預防和次級預防臨床試驗共約九萬人的統合分析顯示，每降低 39mg/dL 的 LDL-C 濃度，可以減少 22% 重大冠狀動脈事件的相對風險[2]。在 T2DM 患者也顯示一樣的好處[3]。

台灣目前的糖尿病照護指引和健保的給付規定，以 LDL-C 濃度作為治療目標，有 CAD 的 T2DM 病人的 LDL-C 濃度要低於 70mg/dL。AHA 對有 CAD 的 T2DM 患者的建議是使用高強度的 Statin (例如 Atorvastatin 40-80mg 或 rosuvastatin 20-40mg)。

然而臨床使用 Statin 藥物，很多病人會擔心副作用而不敢使用，或者只願意使用低劑量。Statin 藥物的其中一項副作用，是增加新發生糖尿病的機會。AHA 指出，Statin 增加的糖尿病風險，比使用 Thiazide 利尿劑或  $\beta$ -blocker 來的低。就 T2DM 病人來說，研究顯示用 Statin 治療者追蹤 3.6 年，平均增加的糖化血色素是 0.12%[4]。

## Statin 以外的藥物治療

根據 2015 年發表的 IMPROVE-IT 研究[5]，急性冠心症病人住院十天內

給予 simvastatin 40mg 加上 ezetimibe 10mg，比單用 simvastatin 多降了 17mg/dL 的 LDL-C，且在六年追蹤時間，有意義的減少了主要心血管事件 (包含心血管死亡、主要冠狀動脈事件、或中風) 的絕對風險 2.0%、相對風險 6.4%。其中糖尿病患者的次族群分析，絕對風險減少 7%。在心肌梗塞和中風的事件發生率，有糖尿病的受試者比沒有糖尿病的人呈現較顯著減少的趨勢。

新的降膽固醇藥物 PCSK9 (Proprotein convertase subtilisin / kexin type9) 抑制劑的兩個臨床試驗 FOURIER[6] ODYSSEY OUTCOMES[7]，都顯示在原有的 Statin 治療之下，加上 PCSK9 抑制劑把 LDL-C 降的更低 (FOURIER 降到 30mg/dL)，且不論有無糖尿病，都可以減少心血管事件的發生。

因為上述的研究結果，AHA 對有 CAD 的 T2DM 病人，在最大可耐受的 Statin 劑量下，LDL-C 濃度仍大於 70mg/dL 的話，應評估病人整體心血管事件風險、病人意願、取得藥物的難易度，考慮加上 Ezetimibe 和 PCSK9 抑制劑。

## LDL 以外的治療目標

針對 T2DM 病人的 LDL，除 Statin 以外的血脂異常治療，包含 Fibrate 與 Niacin 等，在以前的臨床試驗都沒有顯示明顯的心血管益處。因此 AHA 不建議 Statin 合併 Niacin 治療。Fibrate 則是對三酸甘油酯大於 500mg/dL 的患者，用來減少發生胰臟炎的機會。對於某些高三酸甘油酯及低 HDL-C 的糖尿病患者，用 Statin 再加上 Fibrate，或許可能再減少心血管風險，但須要更多研究來證實。

2019 年發表的 REDUCE-IT

(Reduction of Cardiovascular Events With Icosapent Ethyl-Intervention Trial)[8] 研究，收納有心血管疾病病史、或糖尿病合併心血管風險，同時三酸甘油酯在 135-499mg/dL 之間、且 LDL-C 在 41-100mg/dL 之間，已接受 Statin 治療的病人，再加上 Icosapent ethyl (高劑量純化的  $\omega$ -3 脂肪酸) 來治療血脂異常。結果治療組的主要心血管事件顯著減少，且不管受試者是否為糖尿病人，其心血管風險都呈現顯著下降。REDUCE-IT 試驗首次證明，純化的  $\omega$ -3 脂肪酸能減少高危險群病患發生主要心血管事件。因此 AHA 建議，有 CAD 的 T2DM 病人，如果三酸甘油酯在 Statin 藥物和生活型態調整之後，仍大於 135mg/dL 者，應該考慮加上 Icosapent ethyl。

## 總結

AHA 對於有 CAD 的 T2DM 病人，關於血脂異常的治療建議，最後總結如下：

高強度 Statin：為血脂治療的關鍵藥物，應作為次級預防的首選藥物。

Ezetimibe 和 PCSK9 抑制劑：若已接受最大可耐受劑量 Statin 治療，LDL-C 仍大於 70mg/dL 者，可使用此二者，來繼續下降心血管風險。

Niacin：不建議使用。

Fibrate：三酸甘油酯大於 500mg/dL 時用來減少胰臟炎風險。

Icosapent ethyl：若已接受最大可耐受劑量 Statin 治療，三酸甘油酯仍大於 135mg/dL 者，可考慮使用來減少心血管風險。

## 參考文獻

1. Arnold, S.V., et al., Clinical Management of Stable Coronary

- Artery Disease in Patients With Type 2 Diabetes Mellitus: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*, 2020. 13(10): p. 0000000000000766.
2. Baigent, C., et al., Efficacy and safety of cholesterol-lowering treatment: prospective meta-analysis of data from 90,056 participants in 14 randomised trials of statins. *Lancet*, 2005. 366(9493): p. 1267-78.
  3. Kearney, P.M., et al., Efficacy of cholesterol-lowering therapy in 18,686 people with diabetes in 14 randomised trials of statins: a meta-analysis. *Lancet*, 2008. 371(9607): p. 117-25.
  4. Erqou, S., C.C. Lee, and A.I. Adler, Statins and glycaemic control in individuals with diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetologia*, 2014. 57(12): p. 2444-52.
  5. Cannon, C.P., et al., Ezetimibe Added to Statin Therapy after Acute Coronary Syndromes. *N Engl J Med*, 2015. 372(25): p. 2387-97.
  6. Sabatine, M.S., et al., Evolocumab and Clinical Outcomes in Patients with Cardiovascular Disease. *N Engl J Med*, 2017. 376(18): p. 1713-1722.
  7. Schwartz, G.G., et al., Alirocumab and Cardiovascular Outcomes after Acute Coronary Syndrome. *N Engl J Med*, 2018. 379(22): p. 2097-2107.
  8. Bhatt, D.L., et al., Cardiovascular Risk Reduction with Icosapent Ethyl for Hypertriglyceridemia. *N Engl J Med*, 2019. 380(1): p. 11-22.



# 大處著眼 小處著手——基層診所的生態

正光內兒科診所 洪文岳醫師

『學長，現在的日子應該過得不錯吧！』，『洪醫師，錢別賺太多啊！』。每當我回醫院與舊同事相遇，面對迎面而來的話往往只能苦笑。然而，若要談談自醫學中心轉戰基層診所的甘苦談，筆者覺得是走出同溫層需要的勇氣。一來筆者曾在北部某醫學中心擔任八年的主治醫師及兩年的內科加護病房主任，加上之前五年的住院醫師訓練，對醫院生態環境也算是熟門熟路了。其次投入基層診所大約三年，甫經歷專業上及心靈上的過渡轉折時期，許多內心感觸尚未麻痺。立基於此，雖然小弟在診所的經營上仍比不上許多前輩，但希望本人愚見對於即將進入基層，或考慮投入基層的醫界同道能帶來一些建設性的思考。

當你想離開醫院投入基層時，必定已經歷一番深思熟慮及自我檢視的過程，也因此變得更了解自己。接下來要思考的是進入診所後，你過的生活跟想像的是否一樣。在診所工作不需要值班或 24 小時待命接病房或急診的電話，這對內外婦兒這些傳統科系且有點資深的前輩醫師而言，可說是莫大的福音。但並不意味著有較好的生活品質。在醫院作息通常較有彈性，除了例行性的會議及門診外，其他時間較有彈性。一旦投入基層診所，大多時間只能鎮守在自己的小小

城堡內。如果診所經營的不錯，往往是整天下來馬不停蹄的看診，對體力上也是一大負擔，更別提還要擔心柴米油鹽、硬體、清潔等..雜七雜八的事了。不過，如果你在臨床上有較大的自信，又不想聽命行事或墨守成規，『演而優則導』，自己出來闖蕩的確是一個可以施展抱負及發揮創造力的機會。

許多同道對經營診所的刻板印象是『看看感冒、腸胃炎，應該比較簡單』。如果是帶著這種想法去經營診所，那恐怕滑鐵盧了。診所與醫院最大的不同是沒有儀器設備可用，大多數診所不會有 PACS，也很難有 stat 的檢驗報告。此時考驗理學檢查及詢問病史的功力，以往住院醫師扎實訓練的寶貴價值在此展現。診所面臨的疾病種類既多且雜，往往需處理自身專科領域以外的問題，這也是經驗老道的專科醫師也深感困擾的部分。此外，要知道民眾到醫院與診所看病，立場不同。到醫院看病，是看大病，舉凡做化療，手術，內視鏡檢查之類，目標明確，不拘小節。但患者診所看小病，往往要求速效且講究細節。

舉例來說，感冒開的抗組織胺，哪些種類較嗜睡、哪些引起便秘、哪些較易影響排尿，這些都是患者會在

意而以往在醫院看診時很少注意的細節。許多疾病，生於毫末，剛開始的許多 nonspecific complaints，都會由開業醫師先處理。大處著眼，小處著手，如何洞燭先機，及早診斷及轉診，體現一位開業醫的價值與實力。

一旦選定執業地點，最好對診所周邊人口的職業型態、教育程度、交通、年齡層及慣用語言做個研究，設法了解在地居民就醫的訴求及想法。這些因素都影響醫病之間的互動，而醫病關係乃診所經營的重中之重。看診之間不論時間多麼緊湊，都建議儘量與患者多聊聊工作或家庭狀況。在醫院，病人往往一到三個月回診一次，而社區內的小診所，因為就醫方便，患者可能一個月內就診許多次，就為了感冒沒有完全看好或諮詢身體上一些微細的症狀。唯有深入個別患者的家庭及生活，你的病人才能攜家帶眷像葡萄般成串拉拔起來。

我曾認識一位醫術高明且和藹可親的醫師，帶著雄心壯志到基層開業。卻因為這位醫師不會說台語，無法與在地以老人居多的台語社區交流博感情，導致最後需關門歇業的窘境。有志進入基層的醫師可先以受雇方式至適當的診所執業，作為盼自己是否適合開業的試金石，也是一個較為謹慎安全的做法。

診所開始營業以後，就要確保患者能固定回流及回診。要做到這點，除了前述若干經營技巧外，慢性病的照護非常重要。穩定的慢性病患者乃業績的基本盤，也使診所的收入在淡

旺季之間差別不致太大，是決定一家內兒科診所能否生存的重要命脈。除了傳統三高及代謝症候群的治療外，舉凡甲狀腺異常、氣喘、慢性阻塞性肺病、精神疾病、消化性潰瘍等都可列入慢性病照護。一家診所能做到什麼程度，就看醫師所能涉獵的深度與廣度了。健保局針對若干慢性病也提供加值照護方案，讓診所在照護慢性病的照顧上能申請額外的點數，都是讓診所增加財源的途徑。

此外，許多診所都會建立慢性病患者追蹤機制，包括手機簡訊，APP 提醒等，但以個人經驗來說，還是以電話通知效果最佳。要有一個好的慢性病追蹤機制，最好建立類似醫院內行之有年的個管師制度，將不同的慢性病類別責成專人處理。一位專業、具有熱忱，並有良好的溝通技巧的個管人員是建立一個良好追蹤系統的關鍵。好的追蹤機制能確保患者回流，改善醫病關係，並實際增進醫療品質外，還能避免系統流於『奪命連環 call』的拉客形式。等到患者累積到一定數量時，便能嘗試成立病友團體，定期辦理衛教講座或相關實體活動。當然，如何培養好的個管師，讓優秀人才為你所用，就牽涉到醫療專業以外的管理哲學了。

如同許多公司行號，診所也需要行銷。許多診所會有自己的網站、臉書專頁或 LINE，這些對診所的經營包裝上都會很有幫助。網路無弗屆，很多年輕族群都是上網找診所的。如果人力及資金足夠，也能針對特定族群及主題舉辦相關活動。在此過程之

中，往往充滿天馬行空的腦力激盪，這也是一位創業者能夠發揮創意及出來闖盪江湖的有趣之處。不過要注意的是，醫療才是本業，切勿本末導致，將過多心力放在行銷及包裝上。醫療專業與一般商品不同，正如投手決定一場棒球比賽 70% 的成敗，醫師的親和力與專業度仍是決定診所是否繁榮昌盛最重要的關鍵。

以上僅是小弟投入基層以來，親身經營診所後的若干淺見，不需視為金科玉律，想必許多在基層經營多年的前輩必有更深入及高明的想法。建議有志於投入基層醫療的醫界同道，汲取各方意見，在轉戰基層後能一蹴而就，共同為台灣的基層醫療貢獻心力。



# 糖尿病看診三兩事

九如聯合診所 洪啟文醫師

記得剛開始看糖尿病患者，病人一進診間，我就忍不住劈哩啪啦講一大堆，尤其看到血糖數值不好的，便是語重心長的勸戒要如何控制、甚至帶點威脅口吻告知”沒控制好以後會眼瞎、洗腰子(洗腎)、剝腳、容易中風癱瘓等等...”。讓我想起以前學校朝會訓導主任台上訓誡的樣子，我站在台下發呆，讓聲音從我耳邊飄過...

後來我非常幸運跟過糖尿病之父林瑞祥教授的門診，聽著教授溫暖慈祥的聲音，像是問候家人的方式，說著：「最近好嗎？」，「有沒有甚麼困難呢？」，「我們怎麼樣來幫你呢？」。多數的時候，都是聆聽代替發言，給予選擇代替命令。這提醒了我：看診，不是只有醫治疾病，而是在幫助這個人。先聽，再答。

很多糖尿病患者很努力想要控制好，但是結果卻令他們灰心喪志。記得多年以前一位在醫院就醫的糖尿病患者，長期血糖控制不佳，糖色素都在 10 以上，跑來找我，聽完整個病史，他目前的治療已是最好方式，下一步就是加上長效胰島素，但病人很抗拒。

想了一想，應該還是有很多可以嘗試的方法。於是跟病人加 LINE，跟他說就拚這一次，試試看。也許是病

人有了一個新戰友，他很認真的一天驗七次指尖血糖測量，並且拍照所有飲食內容，後來我們一起找到適合他的飲食方法與有效的運動模式，結果除了血糖穩定達標外，他藥物也減少一半。他贏回了健康與信心，而我賺了開心與成就。他也是我第一位加我 line 的糖尿病患者。

還有個牙醫開業前輩，因為胰臟炎導致胰島素功能嚴重損傷，施打長效胰島素，加上口服藥物，但是血糖還是控制不佳，糖色素都在 9 以上，從醫院跑來找我。藥物處方上，沒甚麼好調整的。想了想，還是加 LINE 好好看他到底怎麼回事，透過每天多次血糖配對測量，發現調整他飲食容易，但因為工作太忙沒時間運動，我於是推薦他嘗試各種運動，最後找到適合他做的運動方式「每天爬樓梯，時間加起來至少半個到一個多小時」。藉此提高他胰島素敏感性，讓他整個血糖穩定下來，藥物也減少下來，肚子消了，大腿更粗壯，精神更好了！

最近有一個外院患者多年血糖控制不佳，糖色素都在 9 以上，想靠運動讓身體更健康，可是運動後卻心悸全身不適，經朋友介紹而來，問我是否該轉診看心臟科。想了想，還是先加 line 與診所智抗糖軟體好好了解一下。

透過多次血糖紀錄，發現藥物太多，導致運動後血糖起伏太大，導致心跳過速停不下來。配合診所營養師調整飲食與調整運動時間點後，病人再也沒有心跳降不下來的不適感，更減少了 2/3 的藥物與胰島素劑量，而且血糖更好。

近來，針對初診斷與控制不佳的患者使用智抗糖後，患者可以清楚的紀錄血糖與飲食，像是日記般，一目了然，讓我更方便看到患者問題所在。有別於門診有限的時間與資訊，用軟體後給予病人更容易去學習糖尿病照護與參與醫療治療決策。



# 台灣基層糖尿病協會會訊徵稿

一、徵稿對象：會員

二、徵稿內容：

- 糖尿病新知、臨床經驗分享
- 參加糖尿病相關會議之心得
- 從事基層糖尿病照護工作之甘苦談
- 綜論(review article)：特定議題的文獻回顧與評論
- 專論 (monograph)：針對某一主題之介紹與評論

三、注意事項：

1. 內文（不包括圖表）請勿超過二千字，請以 WORD 檔投稿(E-mail：[tacd2019@gmail.com](mailto:tacd2019@gmail.com))。
2. 並請填寫以下資料

題目：
姓名：
服務單位及職稱：
聯絡電話：
聯絡地址：
E-mail：

3. 文章的寫作以自行創作或改寫者為佳，若取材自外國期刊或書籍，請註明出處，並取得著作權所有人之同意，且附上原文。
4. 來稿照片及圖片請以彩色為主，並附上原始圖片和詳細圖說以方便製作。
5. 圖表之說明須詳盡清楚，所使用的數字、文字及符號應與內文一致。
6. 一經投稿視同授權本刊刊載，本刊有刪改權，如有意見請隨件聲明。

四、所有稿件需經審核後方可刊登

## 歡迎投稿

- 投稿請詳附個人資料，請見注意事項 2。
- 電子郵件請寄：[tacd2019@gmail.com](mailto:tacd2019@gmail.com)
- 徵稿內容請參照上方說明。

★本會提供稿費，敬請會員踴躍投稿★

# 台灣基層糖尿病協會會訊

2020 年第 3 期

中華民國 109 年 7 月出刊

中華民國 108 年 10 月創刊

發行人：李洮俊

秘書長：陳敏玲

主任委員：劉漢文

編輯委員：

徐慧君、林佳璇、黃峻偉、林冠怡、劉漢文、邱妃杏、  
陳煥文、黃筱菲、歐陽鍾美、汪宜靜、羅文一、林泱汝

發行所：台灣基層糖尿病協會

會址：220 新北市板橋區溪崑二街 97 號

通訊地址：238 新北市樹林區博愛街 105 號 4 樓之 3

電話：02-26852124

信箱：[tacd2019@gmail.com](mailto:tacd2019@gmail.com)

網址：<https://www.tacd-tw.url.tw/>

刊登著作之版權屬於本會，未取得本會同意，不得轉載其他雜誌。