



妇科主治医师考试:《答疑周刊》2019 年第 17 期

问题索引:

一、【问题】如何诊断患有妊娠期糖尿病?

二、【问题】若患有妊娠期糖尿病如何处理?

具体解答:

一、【问题】如何诊断患有妊娠期糖尿病?

GDM 诊断标准和方法如下:

(1) 有条件的医疗机构,在妊娠 24~28 周及以后,应对所有尚未被诊断为糖尿病的孕妇,进行 75g OGTT。

OGTT 的方法:OGTT 前 1 日晚餐后禁食至少 8 小时至次日晨(最迟不超过上午 9 时),OGTT 试验前连续 3 日正常体力活动、正常饮食,即每日进食碳水化合物不少于 150g,检查期间静坐、禁烟。检查时,5 分钟内口服含 75g 葡萄糖的液体 300ml,分别抽取服糖前、服糖后 1 小时、2 小时的静脉血(从开始饮用葡萄糖水计算时间),放入含有氟化钠的试管中采用葡萄糖氧化酶法测定血浆葡萄糖水平。

75g OGTT 的诊断标准:空腹及服糖后 1、2 小时的血糖值分别为 5.1mmol/L、10.0mmol/L、8.5mmol/L。任何一点血糖值达到或超过上述标准即诊断为 GDM。

(2) 医疗资源缺乏地区,建议妊娠 24~28 周首先检查 FPG。FPG \geq 5.1mmol/L,可以直接诊断为 GDM,不必再做 75g OGTT;而 4.4mmol/L \leq FPG $<$ 5.1mmol/L 者,应尽早做 75g OGTT;FPG $<$ 4.4mmol/L,可暂不行 75g OGTT。

(3) 孕妇具有 GDM 高危因素,首次 OGTT 正常者,必要时在妊娠晚期重复 OGTT。未定期孕期检查者,如果首次就诊时间在妊娠 28 周以后,建议初次就诊时进行 75g OGTT 或 FPG 检查。

GDM 的高危因素:①孕妇因素:年龄 \geq 35 岁、妊娠前超重或肥胖、糖耐量异常史、多囊卵巢综合征;②家族史:糖尿病家族史;③妊娠分娩史:不明原因的死胎、死产、流产史、巨大儿分娩史、胎儿畸形和羊水过多史、GDM 史;④本次妊娠因素:妊娠期发现胎儿大于孕周、羊水过多;反复外阴阴道假丝酵母菌病者。

二、【问题】若患有妊娠期糖尿病如何处理?

1. 糖尿病患者可否妊娠的指标



(1) 糖尿病患者于妊娠前应确定糖尿病严重程度。未经治疗的 D、F、R 级糖尿病一旦妊娠, 对母儿危险均较大, 应避孕, 不宜妊娠。

(2) 器质性病变较轻、血糖控制良好者, 可在积极治疗、密切监护下继续妊娠。

(3) 从妊娠前开始, 在内科医师协助下严格控制血糖值。确保受孕前、妊娠期及分娩期血糖在正常范围。

2. 糖尿病孕妇的管理

(1) 妊娠期血糖控制满意标准: 孕妇无明显饥饿感, 空腹血糖控制在 $3.3 \sim 5.3 \text{ mmol/L}$, 餐前 30 分钟: $3.3 \sim 5.3 \text{ mmol/L}$; 餐后 2 小时 $4.4 \sim 6.7 \text{ mmol/L}$; 夜间: $4.4 \sim 6.7 \text{ mmol/L}$ 。

(2) 医学营养治疗: 饮食控制很重要。理想的饮食控制目标: 既能保证和提供妊娠期间热量和营养需要, 又能避免餐后高血糖或饥饿性酮症出现, 保证胎儿正常生长发育。多数 GDM 患者经合理饮食控制和适当运动治疗, 均能控制血糖在满意范围。妊娠早期糖尿病孕妇需要热量与孕前相同。妊娠中期以后, 每日热量增加 200 kcal 。其中糖类占 $50\% \sim 60\%$, 蛋白质占 $20\% \sim 25\%$, 脂肪占 $25\% \sim 30\%$ 。但要注意避免过分控制饮食, 否则会导致孕妇饥饿性酮症及胎儿生长受限。

(3) 药物治疗: 大多数 GDM 孕妇通过生活方式的干预即可使血糖达标, 不能达标的 GDM 患者首先推荐应用胰岛素控制血糖。目前, 口服降糖药物二甲双胍和格列苯脲在 GDM 患者中应用的安全性和有效性不断得到证实, 但我国尚缺乏相关研究, 且这两种口服降糖药均未在我国获得妊娠期治疗 GDM 的注册适应证, 因此, 对于胰岛素用量较大或拒绝应用胰岛素的孕妇, 应用上述口服降糖药物的潜在风险远小于未控制孕妇高血糖本身对胎儿的危害, 在患者知情同意的基础上, 可谨慎用于部分 GDM 患者。

胰岛素用量个体差异较大, 尚无统一标准。一般从小剂量开始, 并根据病情、孕期进展及血糖值加以调整, 力求控制血糖在正常水平。妊娠不同时期机体对胰岛素需求不同: ①妊娠前应用胰岛素控制血糖的患者, 妊娠早期因早孕反应进食量减少, 需要根据血糖监测情况必要时减少胰岛素用量。②随着妊娠进展, 抗胰岛素激素分泌逐渐增多, 妊娠中、晚期的胰岛素需要量常有不同程度增加。妊娠 $32 \sim 36$ 周胰岛素用量达最高峰, 妊娠 36 周后胰岛素用过稍下降, 特别在夜间。妊娠晚期胰岛素需要量减少, 不一定是胎盘功能减退, 可能与胎儿对血葡萄糖利



用增加有关, 可在加强胎儿监护的情况下继续妊娠。

(4) 妊娠期糖尿病酮症酸中毒的处理: 在监测血气、血糖、电解质并给予相应治疗的同时, 主张应用小剂量胰岛素 $0.1\text{U}/(\text{kg}\cdot\text{d})$ 静滴。每 1~2 小时监测血糖 1 次。血糖 $>13.9\text{mmol/L}$, 应将胰岛素加入 0.9%氯化钠注射液静滴, 血糖 $\leq 13.9\text{mmol/L}$, 开始将胰岛素加入 5%葡萄糖氯化钠注射液中静滴, 酮体转阴后可改为皮下注射。

3. 孕期母儿监护 妊娠早期妊娠反应可能给血糖控制带来困难, 应密切监测血糖变化, 及时调整胰岛素用量以防发生低血糖。孕前患糖尿病者需每周检查一次直至妊娠第 10 周。妊娠中期应每两周检查一次, 一般妊娠 20 周时胰岛素需要量开始增加, 需及时进行调整。每 1~2 个月测定肾功能及糖化血红蛋白含量, 同时进行眼底检查。妊娠 32 周以后应每周产前检查一次。注意孕妇血压、水肿、尿蛋白情况。注意对胎儿发育、胎儿成熟度、胎儿状况和胎盘功能等监测, 必要时及早住院。GDM 患者主要需定期监测其血糖、胎儿发育等。

4. 分娩时机

(1) 不需要胰岛素治疗的 GDM 孕妇, 无母儿并发症的情况下, 严密监测到预产期, 未自然临产者采取措施终止妊娠。

(2) 妊娠前糖尿病及需胰岛素治疗的 GDM 者, 如血糖控制良好, 严密监测下, 妊娠 38~39 周终止妊娠; 血糖控制不满意者及时收入院。

(3) 有母儿合并症者, 血糖控制不满意, 伴血管病变、合并重度子痫前期、严重感染、胎儿生长受限、胎儿窘迫, 严密监护下, 适时终止妊娠, 必要时抽取羊水, 了解胎肺成熟情况, 完成促胎儿肺成熟。

5. 分娩方式 糖尿病不是剖宫产的指征, 决定阴道分娩者, 应制定产程中分娩计划, 产程中密切监测孕妇血糖、宫缩、胎心变化, 避免产程过长。

选择性剖宫产手术指征: 糖尿病伴微血管病变及其他产科指征, 如怀疑巨大胎儿、胎盘功能不良、胎位异常等产科指征者。妊娠期血糖控制不好, 胎儿偏大或者既往有死胎、死产史者, 应适当放宽剖宫产手术指征。

6. 分娩期处理

(1) 一般处理: 注意休息、镇静, 给予适当饮食, 严密观察血糖、尿糖及酮体变化, 及时调整胰岛素用量, 加强胎儿监护。

(2) 阴道分娩：临产时情绪紧张及疼痛可使血糖波动，胰岛素用量不易掌握，严格控制产时血糖水平对母子均十分重要。临产后仍采用糖尿病饮食，产程中一般应停用皮下注射胰岛素。孕前患糖尿病者静脉输注 0.9%氯化钠注射液加胰岛素，根据产程中测得的血糖值调整静脉输液速度。血糖 $>5.6\text{mmol/L}$ ，静滴胰岛素 1.25U/h ；血糖 $7.8\sim 10.0\text{mmol/L}$ ，静滴胰岛素 1.5U/h ；血糖 $>10.0\text{mmol/L}$ 静滴胰岛素 2U/h 。同时复查血糖，根据血糖异常继续调整。产程不宜过长，否则增加酮症酸中毒、胎儿缺氧和感染危险。

(3) 剖宫产：在手术前 1 日停止应用晚餐前精蛋白锌胰岛素，手术日停止皮下注射所有胰岛素，一般在早晨监测血糖及尿酮体。根据其空腹血糖水平及每日胰岛素用量，改为小剂量胰岛素持续静脉滴注。一般按 $3\sim 4\text{g}$ 葡萄糖加 1U 胰岛素比例配制葡萄糖注射液，并按每小时静脉输入 $2\sim 3\text{U}$ 胰岛素速度持续静脉滴注，每 $1\sim 2$ 小时测血糖 1 次，尽量使术中血糖控制在 $6.67\sim 10.0\text{mmol/L}$ 。术后每 $2\sim 4$ 小时测 1 次血糖，直到饮食恢复。

(4) 产后处理：产褥期胎盘排出后，体内抗胰岛素物质迅速减少，大部分 GDM 患者在分娩后即不再需要使用胰岛素，仅少数患者仍需胰岛素治疗。胰岛素用量应减少至分娩前的 $1/3\sim 1/2$ ，并根据产后空腹血糖值调整用量。多数在产后 $1\sim 2$ 周胰岛素用量逐渐恢复至孕前水平。于产后 $6\sim 12$ 周行 OGTT 检查，若仍异常，可能为产前漏诊的糖尿病患者。

(5) 新生儿出生时处理：新生儿出生时应留脐血，进行血糖、胰岛素、胆红素、血细胞比容、血红蛋白、钙、磷、镁的测定。无论出生时状况如何，均应视为高危新生儿，尤其是妊娠期血糖控制不满意者，需给予监护，注意保暖和吸氧，重点防止新生儿低血糖，应在开奶同时，定期滴服葡萄糖液。

〔医学教育网版权所有，转载务必注明出处，违者将追究法律责任〕