

妊娠期糖尿病：准妈妈的必修课

▲ 菏泽市第六人民医院 王翠娟

怀孕是女性生命中一段特殊的旅程，充满喜悦和期待。同时，这段旅程也是非常辛苦的，可能伴随着一些风险与挑战，例如妊娠期糖尿病（GDM）。GDM 是妊娠期间首次发生或发现的糖代谢异常，它不仅影响着准妈妈的健康，也可能对胎儿造成潜在风险。本文将带你了解 GDM，帮助准妈妈们更好地应对这一挑战。

什么是妊娠期糖尿病

怀孕期间，胎盘会分泌一些激素，这些激素会阻碍胰岛素的正常工作，导致血糖升高。对于大多数准妈妈来说，她们的身体能够产生足够的胰岛素来克服这种阻碍。但有些准妈妈的胰岛素分泌不足以弥补这种阻碍，导致血糖水平过高，就形成了妊娠期糖尿病。

GDM 通常发生在孕中期或孕晚期，大多数情况下会在分娩后消失。需要注意的是，有 GDM 史的女性在未来患 2 型糖尿病的风险会增加。

妊娠期糖尿病的危害

GDM 不仅危害准妈妈的健康，还会影响



胎儿的生长发育，主要体现在以下几个方面。

对准妈妈的危害 羊水过多，增加早产风险；妊娠期高血压疾病风险增加；剖宫产风险增加；未来患 2 型糖尿病的风险增加。

对胎儿的危害 会导致巨大儿，增加难产风险；新生儿低血糖、新生儿呼吸窘迫综合征、未来患肥胖症和 2 型糖尿病的风险增加。

如何判断患有妊娠期糖尿病

所有准妈妈都应该在孕 24~28 周进行 GDM 筛查。筛查方法一般为口服葡萄糖耐

量试验（OGTT）。根据个人情况，医生可能会建议进行其他检测。

预防和控制妊娠期糖尿病

孕前控制体重 肥胖是 GDM 的重要风险因素，计划怀孕的女性应积极控制体重，将体重指数（BMI）控制在正常范围内。

合理膳食 均衡饮食，控制总热量摄入，少食多餐，避免高糖食物，增加蔬菜、水果和高纤维食物的摄入。

适度运动 选择适合孕妇的运动方式，如散步、游泳等，每周坚持进行中等强度

的有氧运动。

密切监测血糖 按照医嘱定期监测血糖，及时发现异常并采取相应措施。

妊娠期糖尿病的治疗方法

如果被诊断为 GDM，不要过度焦虑，积极配合医生的治疗方案，通常可以通过以下方式控制血糖。

饮食控制 遵循营养师制定的个性化饮食方案，严格控制碳水化合物的摄入。

运动疗法 在医生指导下进行适度的运动，帮助控制血糖。

药物治疗 如果饮食控制和运动疗法不能有效控制血糖，医生可能会建议使用胰岛素治疗。

总结

妊娠期糖尿病是准妈妈们必须重视的健康问题，通过了解 GDM 的相关知识，积极采取预防措施，并在确诊后积极配合治疗，就能有效控制血糖，降低 GDM 带来的风险，保障自身和胎儿的健康，迎接新生命的到来。

儿童肥胖的预防及管理

▲ 首都医科大学附属北京妇产医院 高宇

世界卫生组织（WHO）定义肥胖为慢性病。儿童肥胖在发达国家或发展中国家呈流行趋势，中国儿童肥胖人数位列全球第二。肥胖会导致一系列的代谢异常，增加成年后罹患心血管疾病、糖尿病、肿瘤等慢性病的风险，严重影响儿童身心健康。

除非洲等食物不足的贫困地区，肥胖已成为全球性的公共卫生问题。2004 年国际肥胖专门工作组（IOTF）报告，至少有 1.55 亿的 5~17 岁儿童超重或肥胖，2011 年 WHO 报告全球有 4000 多万名 5 岁以下的儿童超重，16 亿 15 岁以上的青少年超重或肥胖。近年来，发达国家及发展中国家儿童肥胖患病率逐年增加，欧洲、加拿大、澳大利亚等发达国家中近 10~15 年儿童肥胖率增加 1~2 倍，超重率增加 2~3 倍。随着我国经济社会发展，居民生活方式的改变，儿童的超重和肥胖率持续上升，6~17 岁儿童超重和肥胖的患病率分别由 1991~1995 年的 5.0% 和 1.7% 上升至 2011~2015 年的 11.7% 和 6.8%。2009~2019 年肥胖率增长速度减缓，但超重率仍呈上升趋势，整体超重和肥胖人群基数继续扩大。41%~80% 的儿童肥胖可延续至成年，严重威胁国民健康，《“健康中国 2030”规划纲要》《健康儿童行动提升计划（2021—2025 年）》和《中国儿童发展纲要（2021—2030 年）》均从国家战略角度提出要重视儿童超重及肥胖的防控。

什么是肥胖

肥胖是长期能量摄入超过消耗，导致体内过多能量以脂肪形式贮存，使增加的脂肪组织达到损害人体健康的程度。“超重”则是指体重相对于身高的增加，或超过某

一标准或参照值。肥胖是指身体出现多余的脂肪组织，一个超重的儿童可以是肌肉、骨量、脂肪的增加，因此，准确诊断肥胖及程度需要对体脂率精准的测量。

肥胖的分型

根据脂肪组织分布部位差异，可将肥胖分为向心性肥胖和周围性肥胖。向心性肥胖又称腹型肥胖或内脏型肥胖，此类肥胖发生心脑血管疾病、糖尿病、代谢综合征等风险较高。周围性肥胖又称匀称性肥胖或皮下脂肪型肥胖，脂肪匀称性分布，臀部脂肪堆积明显多于腹部。

肥胖的测量方法

直接测量 体脂肪含量为人体脂肪组织占体重的百分比，是判断肥胖的直接测量指标。直接测量技术包括双能 X 线、气体置换、CT、MRI、水下称重等。

间接测量 包括体重/身（长）高，即体重指数（BMI）、皮褶厚度、腰围、腰臀围比与腰围身高比。

儿童肥胖的高危因素

遗传 父母肥胖是儿童发生肥胖的危险因素。研究证实多基因遗传在肥胖发生发展过程中具有一定作用，目前已发现有超过 600 种基因、标记、染色体条带与人类肥胖有关。但肥胖是多基因遗传因素和环境因素共同作用所致。

宫内营养 胎儿期营养代谢和孕妇营养与健康状况密切相关，母亲妊娠期营养不良或营养过剩与儿童期及以后的肥胖发生风险相关，出生体重过高与过低均增加

以后肥胖的发生风险。

不良生活行为习惯 高能量食物和含糖饮料增加儿童额外的能量摄入，且营养价值低。家庭环境和父母的饮食、生活习惯直接影响儿童行为。由于社会经济的发展，儿童静坐时间增加（电子产品的使用、上课）、活动量减少（车代步、体育运动少）。发生肥胖的关键是摄入量大于消耗量，如每日摄入能量高于消耗量的 1%~2%，即可致肥胖。

内分泌代谢性疾病 如库欣综合征、甲状腺功能低下、生长激素缺乏症、性腺功能减退、高胰岛素血症、多囊卵巢综合征、肿瘤及创伤等。

内环境 如肠道菌群紊乱可能与肥胖的发生有一定的相关性，如超重或肥胖者肠道菌群中拟杆菌属可能减少。

精神心理因素 如精神创伤或心理异常等可导致儿童过量进食。

药物 导致体重增加的药物包括糖皮质激素、抗癫痫药物和抗精神病药物等。

治疗原则

减少能量摄入和增加能量消耗，使体脂减少并接近正常状态，同时又不影响患儿身体健康和生长发育。对于有明确病因的继发性肥胖或伴有肥胖并发症的儿童，需要病因治疗或相应的并发症治疗。

预防管理

儿童肥胖防治措施需保证儿童正常发育，根据年龄和肥胖程度制定个体化方案，使肥胖儿童的体重恢复理想状态，维持至成人期。把握肥胖控制的关键时期，胎儿期、婴儿期、学龄前期、青春期。

评估与筛查 尽早开展儿童肥胖风险因素评估，包括营养状况、生长发育状况、活动情况、家庭情况等。6 岁以上开展肥胖评估及筛查，如计算 BMI、测量血压、血脂筛查等。

饮食管理 限制低营养高热量的食物摄入，用水果代替果汁，适量增加乳制品、饱和脂肪酸、纤维、蔬菜、全麦食品摄入。胎儿期，母亲注意营养平衡，避免胎儿体重增长过快或营养不良。儿童 0~6 月纯母乳喂养，6 月后母乳结合辅食至 2 岁及以上。学龄期、青春期时，在保证正常发育的基础上，培养健康的饮食习惯，避免体重增长过快。要为超重或肥胖儿童制定个性化合理饮食方案，总能量摄入量低于每日消耗量。

活动方案 2 岁以上儿童减少久坐，每天久坐时间控制在 2 h 以下。推荐儿童每周至少 5 d，进行每次 20 min 的体育锻炼，最好是 60 min 中等强度或以上。

生活方式 在医生指导下，父母或照顾者营造健康的睡眠模式。制定家庭照顾计划，并定时评估效果。建议家庭与保健团队建立交流模式，倡导在家庭、日托、学校培养健康生活方式。

家庭及社会支持 采用多学科团队方式对肥胖儿童进行全方位的管理。加强医务人员、儿童保健人员、学校卫生健康管理人員等关于肥胖儿童健康管理的学习。

医务、保健人员应通过健康科普提升社会对儿童肥胖危害的认识，引导儿童及家庭注重肥胖的预防及管理，通过选择健康的饮食、适当的身体活动、建立规律睡眠，形成良好的生活方式，保持儿童的身心健康。