

妊娠期糖尿病管理有四大特点

近九成通过生活方式干预血糖可达标 目标值应低于普通糖尿病

▲中国医科大学附属盛京医院内分泌科 唐蕾 李玲



目前全球女性糖尿病患者超过 1.99 亿，越来越多的育龄女性面临妊娠高血糖风险，女性健康受到广泛关注。2017 年世界糖尿病日主题也因此定为“女性与糖尿病——我们拥有健康未来的权利”。

妊娠状态使母体处于一种特殊的应激状态，持续向胎儿供给能量的同时，自身糖脂代谢也发生显著的生理变化，升高的宫内血糖水平会显著增加孕妇及其子代的不良结局。因此，重视妊娠期血糖管理并贯穿妊娠全程对改善母婴预后至关重要。



李玲 教授

《中国 2 型糖尿病防治指南（2017 年版）》将妊娠高血糖定义为以下 3 种情况：

妊娠期糖尿病（GDM）：孕期首次发生或发现的轻度糖代谢异常，未达到显性糖尿病水平。OGTT：5.1 mmol/L ≤ 空腹血糖 < 7.0 mmol/L，OGTT 1 h 血糖 ≥ 10.0 mmol/L，8.5 mmol/L ≤ OGTT 2 h 血糖 < 11.1 mmol/L，一项达标即诊断 GDM。

1

妊娠期显性糖尿病（ODM）：孕期发现且达到非孕人群糖尿病诊断标准：空腹血糖 ≥ 7.0 mmol/L 或 75 g 口服葡萄糖耐量试验（OGTT）2 h 血糖 ≥ 11.1 mmol/L，或随机血糖 ≥ 11.1 mmol/L。

2

3

孕前糖尿病合并妊娠（PGDM）：包括孕前确诊的 1 型、2 型或特殊类型糖尿病。

血糖控制目标值应低于普通糖尿病

GDM 是妊娠期最常见的疾病之一，占妊娠高血糖的 80%~90%，其发病率因国家和地区而异。目前我国统计该病的发病率约为 17.5%。

GDM 病因尚不明确，目前认为胰岛素抵抗和胰岛 β 细胞功能减退是最重要的病理生理学基础。妊娠期胎盘相关激素，如胎盘催乳

素、孕激素等是导致胰岛素抵抗的主要原因。

全球多中心前瞻性研究，即高血糖与不良妊娠结局研究发现，将孕妇按照血糖水平进行分组，随着血糖水平升高，不良妊娠事件会增加。

基于此研究结果，以围产期不良结局增加 75% 的界值作为切点，2010 年国际糖尿病与妊娠研究组提出 GDM 诊断标准，随

后各国际组织及我国产科、围产医学及糖尿病学会对 GDM 制定上述诊断标准。

值得强调的是，孕期血糖控制目标值应低于普通糖尿病（空腹血糖 < 5.3 mmol/L，餐后 1 h 血糖 < 7.8 mmol/L，餐后 2 h 血糖 < 6.7 mmol/L），是因为大量研究发现高于此血糖标准的孕妇，其不良妊娠结局明显增加。

80%~90% 妊娠期糖尿病生活方式干预血糖可达标

医学营养治疗和运动锻炼是妊娠高血糖治疗的基础且贯穿整个孕期。孕期饮食控制要求既

能保证妊娠期间的营养和热量，胎儿生长发育正常，又要避免餐后高血糖或饥饿性酮症的出现，实行少量多餐制，每日分 5~6 餐。

鼓励孕期适当运动，包括有氧运动及阻力运动。严格管理体重，保证合理的体重增长，不恰当的体重增长是孕期血糖难

控制及产后糖代谢难恢复的危险因素。

PGDM 和 ODM 患者孕期几乎需要胰岛素治疗才能达到血糖目标，但大部分 GDM 患者可单纯通过生活方式干预使血糖达标。约 10%GDM 患者经饮食管理和适当运动后仍需药物治疗。

肥胖且胰岛素用量较大者知情同意后可口服二甲双胍

胰岛素 外源性胰岛素几乎不通过胎盘，是目前国内外指南推荐的首选治疗药。

2017 版中国指南推荐孕期可选用的胰岛素包括所有的人胰岛素（短效、NPH 及预混的人胰岛素）和胰岛素类似物（门冬胰岛素和赖脯胰岛素）。

而国际妇产科联盟、英国国家卫生与临床优化研究所和国际糖尿病联盟等除推荐上述胰岛素外，同时推荐地特胰岛素和甘精胰岛素。

口服降糖药 目前可考虑选择的是二甲双胍，但国内外指南对其应用持不同意见。

2017 版中国指南、2014 版中华妇产科、围产医学《妊娠合并糖尿病诊

治指南》、美国糖尿病学会、美国妇产科医师学会及昆士兰卫生组织颁布的指南都建议治疗首选胰岛素。

而国际妇产科联盟和英国国家卫生与临床优化研究所认为胰岛素和二甲双胍的疗效相当，都可用于一线治疗。

2017 版中国指南、2014 版中华妇产科和围产医学指南建议胰岛素用量较大，知情同意基础上可慎用。

目前我国尚无二甲双胍孕期应用的注册适应证，但是近年来越来越多的临床资料支持其在孕期应用的有效性和安全性。

目前临床经验是：肥胖且胰岛素用量较大者在知情同意情况下，二甲双胍可与胰岛素联用。

妊娠期糖尿病产后 6~12 周行 OGTT

约 2/3 GDM 患者产后血糖水平可恢复正常，但 ODM 产后易转变为普通糖尿病。

对 1965~2001 年共 28 项产后随访研究进行回顾分析发现，产后 6 周至 28 年内，糖尿病累积发病率从 2.6% 涨至 70%，GDM 患者发生 2 型糖尿病的风险是未妊娠妇女的 7.43 倍。

一项待发表研究结果发现，当患者孕期诊断 GDM 时的空腹血糖 ≥ 5.7 mmol/L，其产后糖代谢出现异常的几率明显升高。

2017 版中国指南建议 GDM 患者产后 6~12

周行 OGTT 评估血糖。已出现血糖异常或有高危因素者应每年筛查 OGTT；至少 3 年筛查 1 次。除血糖外，还需监测体重、血压、血脂等心血管病危险因素。

随着国家二胎政策开放，妊娠高血糖的发生率逐年升高。妊娠高血糖患者的管理应兼顾血糖控制及妊娠结局，注重饮食运动等生活方式干预，在血糖不达标情况下及时应用药物治疗。

同时应提高该人群产后筛查及终生定期复查血糖的意识，严格生活方式管理，预防或延缓 2 型糖尿病发生。



扫一扫
观看精彩视频



扫一扫
关联阅读全文