

妊娠合并糖尿病\_妇产科疾病库 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/609/2021\\_2022\\_\\_E5\\_A6\\_8A\\_E5\\_A8\\_A0\\_E5\\_90\\_88\\_E5\\_c22\\_609388.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/609/2021_2022__E5_A6_8A_E5_A8_A0_E5_90_88_E5_c22_609388.htm) 在原有糖尿病基础上

合并妊娠，或在妊娠前已有隐性糖尿病，妊娠后进展为临床糖尿病，称妊娠合并糖尿病，在妊娠期新发生糖尿病称为妊娠期糖尿病。妊娠糖尿病在孕期易发生酮症酸中毒及低血糖，使病情加重。【诊断】（一）临床表现糖尿病的症状：

（1）三多一少（多食、多饮、多尿、体重下降）。（2）早孕期易发生真菌感染，妊娠剧吐。（3）中孕期糖尿病症状常可缓解。（4）晚孕、引产、分娩、剖宫产、合并感染时糖尿病症状又趋加重。（二）糖尿病高危因素无明显糖尿病症状，病史中有下列情况考虑有妊娠糖尿病高危因素：

（1）早孕期二次随意尿糖（）或空腹尿糖（）。（2）有糖尿病家族史。（3）分娩巨大儿史或本次妊娠为巨大儿或羊水过多。（4）原因不明的死胎、死产、新生儿死亡史。（5）妊娠期明显肥胖。（6）孕期反复阴道霉菌感染。（三）分类：目前国际通用white分级法，a.隐性糖尿病：空腹血糖正常，但糖耐量试验异常。b.临床糖尿病：20岁后发病，病程gt.20年。e.有盆腔血管钙化征。f.糖尿病性肾病，有蛋白尿。h.有冠状动脉病变。r.有增生性视网膜病变。fr.肾病并存视网膜症。

（四）实验室检查1.初次产检常规查尿糖，阳性者或具有上述高危因素者，20~40周查空腹血糖，异常者应进一步做糖耐量试验。2.空腹血糖:孕期两次空腹血糖 5.8mmol/l(105mg/dl)或糖耐量试验异常，即口服葡萄糖75g，空腹血糖、服糖后1、2、3h四次血糖中有两次达5.6、10.5、9.2、8.0

mmol/l(100、190、165、145 mg/dl)。。 (五) 鉴别诊断：孕期生理性糖尿：发生率为10%~20%，因暂时性肾糖阈降低而发生糖尿，但血糖正常。可疑时测血糖及糖耐量试验可确诊。【治疗】(一) 治疗原则1. 尽早诊断，明确程度，可查眼底、尿常规、肾功能估计有无血管或肾病变。2. 定期查血糖，调整用药，使血糖值接近正常。3. 加强孕期保健，适时终止妊娠。4. 新生儿早开奶，必要时予口服糖水以防低血糖。(二) 产科处理1. 妊娠期(1) 加强产前检查，孕前半期每2周一次，后半期每周一次，每次查尿糖、酮体。定期查肾功、眼底视网膜，注意腹围、宫高，必要时b超检查排除巨大儿、羊水过多。(2) 饮食管理；高蛋白高维生素饮食，主食250g/日左右、蛋白质100g/日，若单纯饮食控制空腹血糖5.6mmol/l，无饥饿感为理想，否则需药物治疗。(3) 对胎儿监护：为防死胎，孕晚期应测'、hpl、数胎动、nst、胎盘阻抗(s/d)。临产后予胎心监护仪监护。(4) 药物治疗：根据血糖值，用胰岛素控制，禁用磺脲类降糖药(对胎儿有致畸作用)。用量：孕期胰岛素用量较非孕期增加1倍，胎盘娩出后即应减半。胰岛素用量(u)=[(所测血糖(mg)-100)×10×体重×0.6]/2初次剂量为计算量的1/3~1/2，以防血糖过低，然后根据血糖或尿糖进行调整，控制24h血糖水平，要求孕期空腹血糖水平控制在5.6mmol/l以下，餐后血糖控制在6.7~7.8mmol/l。预计胎儿即将娩出时应减少胰岛素量至原剂量的1/3~1/2，不用长效胰岛素。剖宫产前停止注射胰岛素，按4g糖加胰岛素比例输液，1.分娩期(1)分娩时间：应于35孕周入院，一般以36~37周结束分娩。如需提前结束妊娠，可用地塞米松10mg羊膜腔内注射以促进胎肺成熟。(2)

分娩方式：争取阴道分娩，有产科手术指征可剖宫产，产时注意监护。（3）终止妊娠注意事项：a．减少产妇体力消耗，缩短产程。b．注意饮食、休息。c．监测尿酮，随时调整胰岛素用量，控制血糖在接近正常水平，纠正代谢紊乱。d．避免创伤性难产手术。3．产褥期（1）胰岛素用量在产后1周左右调整至孕前水平。（2）预防产后出血。（3）预防感染，早期使用抗生素，创口延期折线。（4）注意电解质平衡。（三）新生儿护理（1）不论新生儿体重大小，一律按早产儿护理。（2）出生初6h内易低血糖，应尽早母乳喂养或服糖水，必要时静滴葡萄糖。（3）注意低血钙的发生。100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问 [www.100test.com](http://www.100test.com)