



妊娠期糖尿病 等同高危妊娠

◎四川省西昌市妇幼保健院 蒲贵霞

“医生，我怀孕24周被诊断为妊娠期糖尿病，这是不是意味着我和宝宝都很危险？”这是产科门诊中常见的疑问。妊娠期糖尿病（GDM）确实属于高危妊娠范畴，但通过科学管理，超过80%的孕妇能将血糖控制在安全范围，最终顺利分娩健康宝宝。本文将系统解析妊娠期糖尿病的风险与应对策略。

妊娠期糖尿病危害大

妊娠期糖尿病是孕期特有的代谢异常疾病，我国发病率已攀升至18.9%，其高危性体现在不仅会损伤自身的健康，还会给胎儿健康带来极大的威胁。

对胎儿来说，孕妇高血糖通过胎盘持续刺激胎儿胰岛β细胞，导致胎儿胰岛素分泌过剩。这种“高胰岛素血症”会引发胎儿过度生长，形成巨大儿（出生体重≥4kg），增加肩难产、臂丛神经损伤风险。研究显示，GDM孕妇分娩巨大儿的风险是正常孕妇的2.3倍。

就母体自身而言，持续高血糖状态会损伤血管内皮，使孕妇发生子痫前期（血压≥140/90mmHg伴蛋白尿）的风险增加3倍。分娩时，因能量代谢障碍，宫缩乏力性出血发生率高达15%，是正常产妇的4倍。此外，未控制的GDM孕妇，产后5年内发展成2型糖尿病的风险增加7倍，其子女未来肥胖、代谢综合征的发生率也显著升高。

科学管理四步走

要想远离妊娠期糖尿病，孕妇需要从饮食、运动等方面采取积极的干预措施。

饮食方面，建议采用“金字塔

式”饮食结构，底层为每日500g以上绿叶蔬菜（如菠菜、芹菜），提供膳食纤维；中层为200g低糖水果（如苹果、柚子）和150g优质蛋白（鱼肉、豆腐）；顶层为150~200g全谷物主食（糙米、燕麦）。临床实践表明，这种饮食方案可使70%的GDM孕妇无需药物即可达标。日常饮食可以实行“3正餐+3加餐”模式，将每日热量均匀分配，避免晚餐后血糖骤升。烹饪方式优先选择清蒸、水煮，禁用油炸、糖醋等高脂高糖做法。晨起血糖偏高者，早餐主食减少至50g，增加蛋白质摄入（如1个水煮蛋加250ml无糖牛奶）。

运动方面，推荐每日30分钟中等强度运动，如餐后1小时开始的孕妇瑜伽或水中健身操。研究证实，规律运动的GDM孕妇空腹血糖平均降低0.8mmol/L，餐后2小时血糖降低1.5mmol/L。运动中，避免仰卧位运动（可能压迫下腔静脉）；运动时携带糖果，血糖<3.3mmol/L立即进食；出现宫缩、阴道流血等异常情况需立即停止。

孕妇应使用具备记忆功能的血糖仪进行血糖监测，每日监测空腹、三餐后2小时血糖。理想控制目标为：空腹≤5.3mmol/L，餐后

1小时≤7.8mmol/L，餐后2小时≤6.7mmol/L。建议每周记录1天完整血糖曲线，就诊时供医生评估。部分医院已引入动态血糖监测系统（CGMS），通过皮下传感器实时传输血糖数据，帮助发现隐匿性高血糖或低血糖。

当饮食运动控制3~5天后血糖仍未达标，需启动胰岛素治疗。门冬胰岛素（速效）联合地特胰岛素（长效）的方案被证实安全有效，不会通过胎盘影响胎儿。用药期间需每周调整剂量，确保血糖平稳达标。注意，口服降糖药（如二甲双胍）可能通过胎盘，国内指南明确禁止用于GDM治疗。

加强产检与分娩期管理

妊娠期糖尿病孕妇应执行产检升级方案，即每2周进行胎儿超声检查，重点监测羊水量（正常指数5~25cm）和胎儿腹围增长速度；孕32周起增加胎心监护频率，评估胎儿宫内安危；定期检测糖化血红蛋白（HbA1c），目标值≤5.5%。

在分娩时机选择方面，无并发症者建议在39~40周计划分娩；合并子痫前期或胎儿生长受限时，需提前终止妊娠。剖宫产指征包括估计胎儿体重≥4.5kg、胎位异常、胎盘功能减退。

剖宫产术前禁食期间，需静脉输注含葡萄糖的平衡液（如5%葡萄糖加0.45%氯化钠）。自然分娩过程中，当血糖<4.4mmol/L时，立即口服15g碳水化合物（如3块饼干）。

产后也需做好长期管理。建议在产后6~12周进行75g口服葡萄糖耐量试验（OGTT），评估血糖恢复情况，此后每3年筛查糖尿病。保持体重指数（BMI）<24k，每周150分钟中等强度运动，并采取母乳喂养（可降低母婴未来代谢疾病风险40%）。☺