

贴宣传标语和分发传单的简单形式,要针对人群特点和地域特点开展适宜的健康教育方式和内容,真正做到人人都有防病意识。同时临时板房等居住环境环境卫生学的监测也不能忽视,确保入住板房后不发生传染病的爆发流行。

文章编号:1004-9231(2009)06-0270-01

· 妇幼卫生 ·

孕期血糖、尿糖水平 86 例分析

陈叙村(浙江省宁海县妇幼保健院,浙江 宁海 315600)

良好的妊娠结局受许多因素影响,其中母体的能量供应是最基本的条件。由于孕期血糖、尿糖与非孕期存在明显差异。为了更好地指导临床,我们将正常孕妇、妊娠合并糖尿病及非孕妇女 3 种人群的血糖和尿糖作一比较,现报道如下。

1 对象与方法

1.1 对象

2005—2007 年在本院产前门诊检查的孕妇中抽取 86 例正常孕妇作为正常妊娠组,年龄 23~35 岁,平均 26.2 岁;在高危产科门诊及部分住院病人中抽取妊娠合并糖尿病 42 例作为妊娠合并糖尿病组,年龄 23~34 岁,平均 25.6 岁。抽取本院健康体检各项指标均正常妇女 164 例作为正常对照组,年龄 23~35 岁,平均 26.0 岁。

1.2 方法

正常妊娠组、妊娠合并糖尿病组均于孕 20~28 周,平均 24.1 周,连续测 2 次以上的空腹血糖,并以第 1 次结果为准。3 组尿糖均为清晨 7:30~8:30 留第 1 次尿样所测的结果。实验仪器为 Human 900s 全自动生化分析仪;实验试剂为波音特。实验方法为终点法,葡萄糖氧化酶法。

1.3 统计学方法

计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验,样本率比较采用 χ^2 检验。

2 结果

正常妊娠组的血糖水平较正常对照组低($P < 0.01$),且尿糖阳性率远远高于正常对照组($P < 0.01$),见表 1。

表 1 3 组人群空腹血糖,尿糖检验结果($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	血糖(mmol/L)	尿糖阳性率(%)
正常对照组	164	5.19 ± 0.51	1.2
正常妊娠组	86	3.40 ± 0.30	25.6
妊娠期糖尿病组	42	9.40 ± 1.72	100.0

6 参考文献

[1] 邹晓忠. 一起学生甲 3 型流行性感冒爆发的调查[J]. 中国学校卫生. 2005, 6: 473.

(收稿日期: 2009-01-04)

3 讨论

血糖降低的原因是:① 由于胎儿体内缺乏促进糖原生所需的酶,因此无法利用脂肪和蛋白质作为能源,所需能量必须全部来自母血葡萄糖^[1]。葡萄糖不仅是胎儿的能量物质,而且是胎儿脂肪、糖原的原料。因此,胎儿利用葡萄糖是血糖下降的原因之一。② 胰岛素是唯一降低血糖的激素。胰岛素分泌的增加,胰岛功能旺盛是血糖下降的主要原因,虽然在妊娠期一些内分泌激素如甲状腺激素、促肾上腺皮质激素、皮质醇等激素的增加,可增加葡萄糖的耐受性,使葡萄糖的浓度增加,但妊娠期一些雌激素如孕酮、胎盘催乳素,催乳素等显著增加,有抗胰岛素作用,造成母体对胰岛素的敏感性降低,因而胰岛素分泌增加,胰岛功能增加。由于孕期糖代谢有以上特点,所以妊娠合并糖尿病的诊断标准较低。WHO 规定当空腹血糖连续 2 次以上 $> 7.0 \text{ mmol/L}$ 时可诊断为糖尿病。而妊娠期空腹血糖浓度连续 2 次 $> 5.8 \text{ mmol/L}$ 时就可诊断糖尿病。

尿糖阳性率的增加主要是由于肾糖阈值的下降。在妊娠期,各种代谢产物的增加,肾小球滤过率较非孕期增加,而肾小管再吸收能力不能相应增加,因而肾小球对葡萄糖滤过率已超过肾小管的回收率,使肾糖阈降低,约 15% 孕妇饭后出现糖尿^[2]。

由于妊娠期糖代谢发生一系列变化^[3],故临床上孕妇发生低血糖较常见,所以能量供给不能由于尿糖阳性而过分限制,而应以血糖水平来掌握。即使患糖尿病孕妇的饮食控制也不能过分,其总的原则是既能满足母亲和胎儿的生理需要,又适当限制碳水化合物总量,以不致发生餐后高血糖为度^[4]。

4 参考文献

[1] 黄荷凤. 高危妊娠[M]. 北京:人民军医出版,2003:219.
[2] 杨慧霞. 妊娠合并糖尿病的诊治进展[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2006, 22(1): 6.
[3] 汤佩玲, 胡淑君. 50 例妊娠合并糖尿病孕妇的妊娠期管理分析[J]. 实用妇产科杂志, 2004, 20(1): 33.
[4] 乐杰, 谢幸, 丰有吉. 妇产科学[M]. 6 版. 北京:人民卫生出版社, 2004: 40.

(收稿日期: 2009-01-15)

作者简介:陈叙村(1968—),男,主治医师。