

نکات ضروری برای بیماران حامله دیابتیک

خانم های دیابتی که قصد بارداری دارند قبل از اقدام به بارداری معاینه چشم و آزمایش میکروآلبومینوری ضروری است و در هر سه ماهه بارداری باید مجدد بررسی شود.

- ✓ اکو قلب جنین در ۱۸ و ۲۸ هفتگی جهت بررسی آنومالی های قلب
- ✓ کنترل حرکات جنین جنین از ۲۸ هفتگی بعد از صبحانه، ناهار و شام به مدت نیم ساعت حداقل ۴ حرکت قابل لمس و واضح داشته باشد.
- ✓ از ۳۲ هفتگی مانیتورینگ قلب جنین (NST) هفته ای یکبار از ۳۶ هفتگی هفته ای ۲ تا ۳ بار
- ✓ از ۳۶ هفتگی دو هفته یکبار سونوگرافی جهت بررسی میزان مایع آمنیوتیک رشد جنین
- ✓ سه هفته یکبار در خانم باردار باید فشار خون و پروتئین ادرار با دقت چک شود .
- ✓ مشاوره تغذیه حتماً انجام شود.
- ✓ در صورت بیماری قند از قبل بارداری معاینه چشم الزامی هست.
- ✓ در صورت کوچکترین تغییر در حرکات یا وضعیت خود باید به تریاژ مامایی بیمارستان مراجعه شود.

توصیه ها:

با شروع بلوغ و ادامه در همه افراد مبتلا به دیابت و احتمال باروری، مشاوره قبل از بارداری باید در مراقبت های معمول دیابت گنجانده شود.

تنظیم خانواده باید مورد بحث قرار گیرد و پیشگیری از بارداری موثر (با در نظر گرفتن روش پیشگیری طولانی مدت و برگشت پذیر) باید تجویز و استفاده شود تا زمانی که برنامه درمانی فرد و A1C برای بارداری بهینه شود.

مشاوره قبل از بارداری باید به اهمیت دستیابی به سطوح گلوکز تا حد امکان نزدیک به نرمال، به طور

ایده آل ($48 \text{ mmol/mol} < A1C < 6.5\%$) ، برای کاهش خطر ناهنجاری های مادرزادی، پره اکلامپسی، ماکروزومی، زایمان زودرس و غیره توجه شود.

چک لیست مراقبت های قبل از بارداری برای افراد مبتلا به دیابت آموزش قبل از بارداری باید بدانند، شامل موارد زیر باشد :

ارزیابی جامع تغذیه و توصیه هایی برای :

*اضافه وزن/چاقی یا کمبود وزن

* برنامه ریزی غذایی

*اصلاح کمبودهای غذایی رژیمی

*مصرف کافئین محدود شود

روش تهیه غذای ایمن و توصیه های برای سبک زندگی:

*ورزش متوسط و منظم

*اجتناب از هایپرترمی (سونای آب گرم)

*خواب کافی

* آموزش جامع خود مدیریت دیابت

* مشاوره در مورد دیابت در بارداری بر اساس استانداردهای فعلی

اهداف کنترل هیپرگلیسمی قبل از بارداری:

۱) اجتناب از DKA /هیپرگلیسمی شدید

۲) اجتناب از هیپوگلیسمی شدید و جلوگیری از پیشرفت رتینوپاتی

۳) باروری در افراد مبتلا به دیابت

۳) ژنتیک دیابت

۴) خطرات بارداری از جمله سقط جنین، مرده‌زایی، ناهنجاری‌های مادرزادی، ماکروزومی، زایمان زودرس، اختلالات فشار خون در بارداری و غیره

مکمل

مکمل اسید فولیک (۴۰۰ میلی گرم روتین)

استفاده مناسب از داروها و مکمل‌ها

ارزیابی سلامت و برنامه ریزی باید شامل موارد زیر باشد: ارزیابی کلی سلامت کلی ارزیابی دیابت و عوارض و عوارض همراه آن از جمله DKA شدید

غربالگری باید شامل موارد زیر باشد:

عوارض دیابت و بیماری‌های همراه، از جمله معاینه پا. معاینه چشم؛ ECG در افرادی که از ۳۵ سالگی دیابت آنها شروع می‌شود و دارای علائم (علائم قلبی یا عوامل خطر) هستند و در صورت غیر طبیعی بودن، ارزیابی بیشتر.

* پانل لپیدی؛ کراتینین سرم؛ TSH و نسبت آلبومین به کراتینین ادرار

* کم خونی

* وضعیت ناقل ژنتیکی (بر اساس سابقه)

* فیبروز کیستیک

* کم خونی داسی شکل بیماری تی ساک / تالاسمی

* سایرین در صورت اشاره

* بیماری عفونی

* نایسریا گونوره / کلامیدیا تراکوماتیس هپاتیت B و هپاتیت C

HIV*

* پاپ اسمیر

* سیفلیس

واکسیناسیون باید شامل موارد زیر باشد:

* آنفلوانزای غیرفعال

* Tdap (کزاز، دیفتری و سیاه سرفه)

* COVID-19 (جمعیت های خاص)

* هپاتیت A و هپاتیت B (جمعیت های خاص) در صورت وجود موارد دیگر

برنامه قبل از بارداری باید شامل موارد زیر باشد:

برنامه غذایی و دارویی برای دستیابی به اهداف کنترل قند قبل از لقاح، از جمله اجرای مناسب نظارت، پایش مداوم گلوکز،

برنامه پیشگیری از بارداری برای جلوگیری از بارداری تا رسیدن به اهداف کنترل کامل کلوکز

برنامه مدیریت برای سلامت عمومی، نگرانی های زنان، بیماری های همراه، یا

عوارض، در صورت وجود، داشتن از جمله فشار خون بالا، نفروپاتی، رتینوپاتی. ناسازگاری Rh

توصیه ها :

نظارت بر قند خون ناشتا، قبل از غذا و بعد از غذا در افراد مبتلا به دیابت در بارداری برای دستیابی به سطوح بهینه گلوکز توصیه می شود. اهداف کنترل گلوکز عبارتند از: گلوکز پلاسما ناشتا <95 میلی گرم در دسی لیتر <5.3) میلی مول در لیتر) و گلوکز ۱ ساعته بعد از غذا <140 میلی گرم در دسی لیتر <7.8) میلی مول در لیتر) یا گلوکز ۲ ساعت بعد از غذا <120 میلی گرم در دسی لیتر <6.7) میلی مول در لیتر) افزایش گردش گلیکول های قرمز، A1C در دوران بارداری در افراد مبتلا به دیابت و بدون دیابت کمی کمتر است. در حالت ایده آل، هدف A1C در بارداری کمتر از ۶٪ <42)

(mmol/mol) است، اگر بتوان بدون هیپوگلیسمی قابل توجه به آن دست یافت، اما در صورت لزوم، هدف ممکن است به کمتر از ۷٪ (<53 میلی مول در مول) برای جلوگیری از هیپوگلیسمی کاهش یابد. هنگامی که علاوه بر نظارت بر گلوکز خون قبل و بعد از غذا استفاده شود، نظارت مداوم گلوکز میتواند به دستیابی به هدف A1C در دیابت و بارداری کمک کند.

نظارت مداوم بر گلوکز در بارداری های مرتبط با دیابت نوع ۱ توصیه می شود. کنترل مداوم گلوکز بلادرنگ می تواند خطر ابتلا به نوزادان در سنین بارداری را کاهش دهد و هیپوگلیسمی نوزادی در بارداری که با دیابت نوع ۱ عارضه دارد. معیارهای ۱۵,۱۱ کنترل مداوم گلوکز ممکن است علاوه بر این استفاده شود، اما نباید به عنوان جایگزینی برای نظارت بر قند خون برای دستیابی به اهداف بهینه گلوکز قبل و بعد از غذا استفاده شود

مشاوره تغذیه باید تعادل درشت مغذی ها از جمله میوه های غنی از مواد مغذی، سبزیجات، حبوبات، غلات کامل و چربی های سالم را با اسیدهای چرب n-3 که شامل آجیل و دانه ها و ماهی در الگوی غذایی است، تایید کند.

به دلیل افزایش گردش گلبول قرمز، A1C در دوران بارداری در افراد حامله مبتلا به دیابت و حامله بدون دیابت اندکی کمتر از غیر حاملگی است. در حالت ایده آل، هدف A1C در بارداری کمتر از ۶٪ (<42 mmol/mol) است، اگر بتوان بدون هیپوگلیسمی قابل توجه به این هدف دست یافت، اما در صورت لزوم برای جلوگیری از هیپوگلیسمی، هدف ممکن است به کمتر از ۷٪ (<53 mmol/mol) کاهش یابد.

گلوکز ناشتا ۷۰-۹۵ میلی گرم در دسی لیتر (۳,۹-۵,۳ mmol/L) و هر کدام

• گلوکز یک ساعت پس از غذا ۱۱۰-۱۴۰

mg/dL (6.1-7.8 mmol/L) یا

• گلوکز دو ساعته بعد از غذا ۱۰۰-۱۲۰

mg/dL (5.6-6.7 mmol/L)