

B3 慢性病防控主战场在社区

B4 体弱患儿才需要服膏方

B5 寒冬——心梗脑梗高发信号

健康园

本报副刊部主编 | 第 464 期 | 2013 年 12 月 2 日 星期一 责编:潘家新 视觉:窦云阳

关注围孕产期内分泌代谢

帮助您孕育健康宝宝

◆ 叶红英

养育健康的孩子是每一个家庭的愿望。2011年,卫生部制定了《孕产期保健工作管理办法》和《孕产期保健工作规范》,以指导全国围孕产期保健工作。上海市政府为进一步促进优生优育,鼓励和要求各妇产专科医院和妇幼保健院开展“孕前门诊”,并设“孕前优生健康检查”为2013年政府实事项目,鼓励育龄夫妇在孕前进行健康检查,内容包括血糖和甲状腺激素水平。



生育年龄普遍推迟,糖尿病、高血压、甲状腺疾病等内分泌代谢病发病率逐年升高,发病人群年轻化,因而内分泌代谢状况成为从孕前、孕期到产后整个围孕产期需要关注的重点内容。

糖尿病

妊娠期间高血糖的主要危害包括胎儿在宫内发育异常、新生儿畸形、巨大儿(增加母、婴在分娩时发生合并症与创伤的危险)、围产期死亡率、新生儿低血糖等风险增加。

对于已患有糖尿病的女性患者,在糖尿病未得到满意控制之前应采取避孕措施。在计划妊娠前咨询内分泌科和产科医生,确认能否受孕。孕前主要在内分泌科医生照顾下进行:(1)全面检查,包括血压、心电图、眼底、肾功能以及糖化血红蛋白(HbA1c);(2)停用口服降糖药物,改用胰岛素控制血糖;(3)严格控制血糖,加强血糖监测,餐前血糖控制在3.9~6.5mmol/L,餐后血糖在8.5mmol/L以下,HbA1c控制在7.0%以下;(4)伴有高血压者,将控制高血压的血管紧张素转换酶抑制剂(ACEI)和血管紧张素Ⅱ受体阻断剂(ARB)改为甲基多巴或钙通道阻滞剂,严格将血压控制在130/80mmHg以下;(5)合并高脂血症服用他汀类及贝特类调脂药物者需停用,加强饮食调整;(6)吸烟者戒烟。孕期应在营养师指导下适当调整饮食,并根据孕期有所调整;加强血糖自我监测,并根据血糖情况在内分泌科医生指导下及时调整胰岛素治疗方案,将空腹、餐前、睡前血糖控制在4~5.3mmol/L,餐后1小时≤7.8mmol/L;或餐后2小时血糖≤6.7mmol/L;HbA1c尽可能控制在6.0%以下。同时由产科医生加强胎儿发育情况的监护,并选择合适的分娩方式。分娩时和产后加强血糖监测,及时调整治疗方案,保持良好的血糖控制。

对于未患糖尿病的女性来说,孕前的重点是评估糖代谢的状况,孕期的重点是通过合理饮食和运动预防妊娠糖尿病,在妊娠24~28周时进行糖耐量试验筛查妊娠糖尿病。确诊妊娠糖尿病患者则需在内分泌科、营养师和产科医生的指导下,通过严格的饮食计划和运动使血糖得到满意控制(同糖尿病患者妊娠要求),仅部分患者需要使用胰岛素控制血糖。妊娠糖尿病孕妇使用胰岛素者多数在分娩后可以停用胰岛素,继续监测血糖。分娩后血糖正常者应在产后6周行糖耐量试验,重新评估糖代谢情况,进行终身随访。

甲状腺疾病

甲状腺疾病好发于年轻女性。鉴于目

前了解的孕妇甲状腺激素在胎儿脑发育第一期(妊娠1~20周)的重要作用,2012年中华医学会内分泌分会和围产医学分会合作,特别制定了《妊娠和产后甲状腺疾病诊治指南》,以指导围孕产期女性甲状腺疾病的筛查、诊断、治疗和随访工作。

育龄女性在孕前最好进行甲状腺疾病的筛查,特别是有甲状腺疾病家族史、既往有甲状腺病病史、有甲状腺肿大、结节或有可疑甲状腺功能异常者。筛查发现异常应咨询内分泌科医生,了解孕前是否需要先行治疗、受孕时机及孕期的注意事项等。对已患甲状腺机能亢进症(简称甲亢)或甲状腺功能减退症(简称甲减)的女性在计划妊娠前必须咨询内分泌医生,做好孕前准备、了解孕期的治疗目标和随访计划。

甲亢患者应在孕前将甲状腺激素水平控制在正常范围;同位素治疗者在治疗半年后且甲状腺功能正常情况下,可考虑怀孕。抗甲亢药物治疗者(如甲疏咪唑)在甲状腺激素水平控制正常后可考虑怀孕。当然,最好能在抗甲亢药物逐步减量至维持剂量,或完成整个甲亢的药物治疗疗程停药后再怀孕。接受甲疏咪唑抗甲亢治疗的患者在确认怀孕后建议换用丙硫氧嘧啶治疗,孕期需密切监测甲状腺功能并调整药物剂量。

甲减患者选用左旋甲状腺素钠治疗,孕前原发甲减患者应将促甲状腺激素(TSH)控制在2.5以下。孕期千万不可擅自停用左旋甲状腺素钠。药物剂量在孕期通常会有所增加,每月复查甲状腺功能,并根据结果调整剂量。

孕期的产前检查项目常规包括甲状腺激素和甲状腺自身抗体。发现异常者应咨询内分泌医生,了解是否需要治疗和孕期、产后的随访计划。常见的异常包括甲状腺自身抗体阳性、亚临床甲状腺功能减退、低甲状腺素血症等。应在内分泌医生指导下进行诊断、治疗和随访。

产后1年是甲状腺异常的高发期,医生会根据孕前孕期的甲状腺具体病情,制定随访计划。

为配合卫生部《孕产期保健工作规范》和上海市“孕前优生健康检查”政府实事项目,华山医院内分泌科特开设“围孕产期内分泌代谢病专病门诊”,为广大糖尿病、甲状腺疾病等患者进行孕前评估和准备,为上海市各大医院妇产科和妇幼保健院围孕产期检查所发现的内分泌代谢病患者提供专业的亚专科诊疗咨询服务,以造福更多的家庭。

(作者为复旦大学附属华山医院内分泌科主任医师;围孕产期内分泌代谢病专病门诊:每周一上午)

强效安全治疗2型糖尿病

◆ 陈平

2型糖尿病是一种复杂的进展性疾病,尽管现有一系列的治疗方案,但许多患者血糖仍不能达标,并处于长期并发症的风险之下,如心血管疾病和肾功能损伤。中国已成为全球糖尿病患者人数最多的国家。最新数据显示,中国糖尿病患者人数已达1.14亿,约占全球糖尿病病人总数的三分之一;而其中2型糖尿病患者占93%~95%。患者对于强效的降血糖治疗方案具有迫切的需求。

近日,用于治疗2型糖尿病的二肽基肽酶-4抑制剂(DPP-4i)尼欣那(阿格列汀)正式在中国上市,为中国糖尿病患者带来强效、安全的治疗新选择。

近年来,兼顾疗效与安全性的治疗在糖尿病治疗过程中逐渐凸显出重要地位。2013年6月在美国糖尿病学会年会(ADA)上公布的ENDURE研究,以及9月刊登于《新英格兰医学杂志》并在全球最大的心脏病学会会议之一的欧洲心脏病

学会(ESC)年会上发布的EXAM-INE研究结果均显示了阿格列汀的疗效与安全性。

ENDURE研究结果显示,阿格列汀对2型糖尿病患者持续两年的疗效获得了验证,低血糖事件明显减少,且与格列吡嗪相比,对体重无不良影响;若与二甲双胍联用时能使更多的患者血糖达标,同时不会增加低血糖风险。与此同时,EX-AMINE研究显示阿格列汀不会升高2型糖尿病患者的心血管疾病风险,帮助糖尿病患者实现强效降糖的同时,提供了心血管安全基石。

在中国大陆、台湾和香港进行的多中心随机双盲安慰剂对照的三期临床研究也评估了阿格列汀对2型糖尿病患者的安全性与疗效,结果显示,不论用作单药治疗,或是与二甲双胍联用,与安慰剂相比,日服一次25mg阿格列汀药片可明显减少糖化血红蛋白(HbA1c)和空腹血糖(FPG)。阿格列汀的安全性安慰剂相比无显著差异。

耳聋患者又一选择：骨锚式助听器

◆ 杨军

骨锚式助听器(BAHA)是一种通过骨传导方式改善听力的一种助听设备,也是唯一直接经过骨传导方式工作的植入式助听装置。BAHA 主要包括三个组成部分:一个钛质的植入螺钉通过手术植入到耳后颅骨上,经过一段时间钛螺钉与骨组织融为一体。一个外部连接桥基穿过皮肤连接颅骨内的钛质螺钉和外置的声音处理器。一个可拆分的声音处理器置于体外,与桥基相连接,接收和放大声音。BAHA 的工作原理:声音处理器通过其麦克风接受外界的声音,声能经过一个电磁转换装置转换为机械振动引起颅骨内的钛螺钉高效振动,振动可通过颅骨和颌骨传到内耳,引起内淋巴液波动,从而刺激了感觉毛细胞,毛细胞经过机械-电传导将这种刺激转换为电化学信号,通过听觉通路逐级传递到听觉皮层,产生听觉。

什么样的患者适宜植入?

1. 双侧传导性或混合性耳聋患者 BAHA 对于双侧传导性或感音神经性耳聋患者(包括先天性外耳道闭锁、双侧中耳炎、双侧耳硬化症等)改善听力状况十分有效,适用于那些不宜接受听力重建手术以及传统的骨传导助听器效果不理想的人群。BAHA 植入在双侧慢性化脓性中耳炎患者中的疗效也是明显的,患者术后听力及生活质量有明显改善。双侧耳聋的患者建议双侧植入 BAHA,可以提高听觉灵敏度和言语接受率,以及噪声



环境下的言语识别。

2. 单侧传导性耳聋患者或混合性耳聋患者 单侧传导性或混合性耳聋患者通常面临的问题是声音定位、噪音环境中的言语识别能力较差。BAHA 能够解决这类问题,还可使其获得双耳立体听力。

3. 单侧感音神经性耳聋患者 包括听神经瘤(未接受治疗、接受手术治疗或放疗的患者)、先天性耳聋、突发性耳聋以及梅尼埃病。将 BAHA 植入这些患者患耳一侧,通过颅骨传导起到信号对传的作用。

4. 伴中度智力缺陷的传导性或混合性耳聋患者

5. 耳鸣患者 BAHA 可通过骨导产生掩蔽声音,同时不影响通过外、中耳获得正常声音,从而减轻耳鸣的症状。

(作者为上海交通大学医学院附属新华医院耳鼻喉-头颈外科副主任,主任医师,教授,博士研究生导师;专家门诊:周一、周五上午)