

- (33);30652-30660.
- [7] Rodríguez-Escudero I, Oliver MD, Andrés-Pons A, et al. A comprehensive functional analysis of PTEN mutations: implications in tumor- and autism-related syndromes[J]. Hum Mol Genet, 2011, 20(21):4132-4142.
 - [8] Tolkacheva T, Boddapati M, Sanfiz A, et al. Regulation of PTEN binding to MAGI-2 by two putative phosphorylation sites at threonine 382 and 383[J]. Cancer Res, 2001, 61(13):4985-4989.
 - [9] Trotman LC, Wang X, Alimonti A, et al. Ubiquitination regulates PTEN nuclear import and tumor suppression[J]. Cell, 2007, 128(1):141-156.
 - [10] Wang X, Trotman LC, Koppie T, et al. NEDD4-1 is a proto-oncogenic ubiquitin ligase for PTEN[J]. Cell, 2007, 128(1):129-139.
 - [11] Baker SJ. PTEN enters the nuclear age[J]. Cell, 2007, 128(1):25-28.
 - [12] Freeman DJ, Li AG, Wei G, et al. PTEN tumor suppressor regulates p53 protein levels and activity through phosphatase-dependent and -independent mechanisms[J]. Cancer Cell, 2003, 3(2):117-130.
 - [13] Su JD, Mayo LD, Donner DB, et al. PTEN and phosphatidylinositol 3'-kinase inhibitors up-regulate p53 and block tumor-induced angiogenesis; evidence for an effect on the tumor and endothelial compartment[J]. Cancer Res, 2003, 63(13):3585-3592.
 - [14] Liu JL, Sheng X, Hortobagyi ZK, et al. Nuclear PTEN-mediated growth suppression is Independent of Akt down-regulation[J]. Mol Cell Biol, 2005, 25(14):6211-6224.
 - [15] Chung JH, Eng C. Nuclear-cytoplasmic partitioning of phosphatase and tensin homologue deleted on chromosome 10 (PTEN) differentially regulates the cell cycle and apoptosis[J]. Cancer Res, 2005, 65(18):8096-8100.
 - [16] Krylova IN, Sablin EP, Moore J, et al. Structural analyses reveal phosphatidyl inositols as ligands for the NR5 orphan receptors SF-1 and LRH-1[J]. Cell, 2005, 120(3):343-355.
 - [17] Ortlund EA, Lee Y, Solomon IH, et al. Modulation of human nuclear receptor LRH-1 activity by phospholipids and SHP[J]. Nat Struct Mol Biol, 2005, 12(4):357-363.
 - [18] Shen WH, Balajee AS, Wang J, et al. Essential role for nuclear PTEN in maintaining chromosomal integrity[J]. Cell, 2007, 128(1):157-170.
 - [19] Hino R, Uozaki H, Murakami N, et al. Activation of DNA methyltransferase 1 by EBV latent membrane protein 2A leads to promoter hypermethylation of PTEN gene in gastric carcinoma[J]. Cancer Res, 2009, 69(7):2766-2774.
 - [20] Wang JY, Huang TJ, Chen FM, et al. Mutation analysis of the putative tumor suppressor gene PTEN/MMAC1 in advanced gastric carcinomas[J]. Virchows Arch, 2003, 442(5):437-443.
 - [21] Bai Z, Ye Y, Chen D, et al. Homeoprotein Cdx2 and nuclear PTEN expression profiles are related to gastric Cancer prognosis[J]. APMIS, 2007, 115(12):1383-1390.
 - [22] Semba S, Satake S, Matsushita M, et al. Phosphatase activity of nuclear PTEN is required for CDX2-mediated intestinal differentiation of gastric carcinoma[J]. Cancer Lett, 2009, 274(1):143-150.
 - [23] Hsu CP, Kao TY, Chang WL, et al. Clinical significance of tumor suppressor PTEN in colorectal carcinoma[J]. Eur J Surg Oncol, 2011, 37(2):140-147.
 - [24] Jang KS, Song YS, Jang SH, et al. Clinicopathological significance of nuclear PTEN expression in colorectal adenocarcinoma[J]. Histopathology, 2010, 56(2):229-239.
 - [25] Gil A, Andrés-Pons A, Fernández E, et al. Nuclear localization of PTEN by a Ran-dependent mechanism enhances apoptosis; Involvement of an N-terminal nuclear localization domain and multiple nuclear exclusion motifs[J]. Mol Biol Cell, 2006, 17(9):4002-4013.
 - [26] Chung JH, Ginn-Pease ME, Eng C. Phosphatase and tensin homologue deleted on chromosome 10. (PTEN) has nuclear localization signal-like sequences for nuclear import mediated by major vault protein[J]. Cancer Res, 2005, 65(10):4108-4116.
 - [27] 周云英, 刘华, 郭锐翰, 等. 缺氧影响 PTEN 磷酸化和核定位[J]. 首都医科大学学报, 2011, 32(2):244-248.
 - [28] 李善昌, 刘芷君. HIF-1 α , MMP-9 及 PTEN 在舌鳞癌组织中的表达及意义[J]. 口腔医学研究, 2011, 27(10):896-898.
 - [29] Hu TH, Wang CC, Huang CC, et al. Down-regulation of tumor suppressor gene PTEN, overexpression of p53, plus high proliferating cell nuclear antigen index predict poor patient outcome of hepatocellular carcinoma after resection[J]. Oncol Rep, 2007, 18(6):1417-1426.

(收稿日期:2012-11-11)

妊娠期糖尿病的控制与护理研究

王 玲 综述, 邹 丹 审校(第三军医大学第一附属医院产科, 重庆 400038)

【关键词】 妊娠期糖尿病; 饮食调节; 运动疗法; 胰岛素; 血糖监测

DOI: 10. 3969/j. issn. 1672-9455. 2013. 10. 045 文献标志码: A 文章编号: 1672-9455(2013)10-1284-03

近年来,随着生活方式的改变,糖尿病发病趋势升高并呈现年轻化,尤其在准母亲的人群中,糖尿病越来越常见。不少孕妇吃得多且精,而且活动少,这是妊娠期患糖尿病的重要原

因。妊娠可促使隐性糖尿病变,妊娠糖尿病血管硬化症状为显性,在妊娠期,体内拮抗胰岛素的激素水平增高,内分泌变化都会对糖代谢产生一系列影响,尤其当孕妇胰岛功能储备不足或

胰岛素分泌降低时,将会发生妊娠糖尿病。

1 妊娠期糖尿病的定义及常见症状

妊娠期糖尿病是糖尿病的一种特殊类型,指确定妊娠后,若发现有各种程度的糖耐量减低或明显的糖尿病,不论是否需用胰岛素或仅使用饮食治疗,也不论分娩后这一情况是否持续,均可认为是妊娠糖尿病^[1]。即怀孕前未患糖尿病,而在怀孕期间才出现高血糖的现象,其发生率约为 1%~3%。妊娠糖尿病系高危妊娠,严重危害母子健康。

妊娠期糖尿病的典型症状主要表现为三多一少,即多饮、多食、多尿,体质量不增或增加与孕周不相符合。然而在临床护理中发现,还有一部分孕妇,不出现三多一少的典型症状,而是表现为特别乏力、劳累、皮肤瘙痒,有的以真菌性阴道炎为首发症状,因为糖尿病的患者,血液中的糖分含量高,使阴道及外阴部位的环境利于真菌生长繁殖,易诱发真菌性阴道炎。

2 妊娠期糖尿病的影响

妊娠期糖尿病的危害比较大,主要包括对胎儿、婴儿和母亲的影响,广大医务人员需特别注意。

2.1 对胎儿和婴儿的影响 由于妊娠期母体糖分含量过高,容易导致胎儿和婴儿出现以下问题:(1)畸胎儿发生率增高;(2)巨大胎儿发生率增高;(3)胎儿宫内发育迟缓及低体质量儿增多;(4)胎儿红细胞增多症增多;(5)新生儿高胆红素血症增多;(6)易并发新生儿低血糖;(7)新生儿呼吸窘迫综合征发病率增加;(8)胎儿及新生儿病死率增高。

2.2 对母亲的影响 与此同时,妊娠糖尿病对母亲也会带来较大的危害,影响母亲的身体健康:(1)糖尿病孕妇并发高血压的发病率是正常孕妇的 4~8 倍^[2],易发生妊娠子痫;(2)伴有严重的血管病变,影响胎盘供血,导致死胎、早产及孕妇脑血管意外发生率增高;(3)血液中白细胞功能下降,如白细胞的趋化作用、吞噬杀菌作用降低,使抵抗力下降,易致呼吸道、泌尿生殖系和真菌感染,严重者可发生败血症,感染性酮症酸中毒,危及生命;(4)糖尿病孕妇羊水增多明显,易致胎膜早破、早产、死胎;(5)糖尿病孕妇的巨大儿明显增多,导致分娩困难,使发生难产、手术产、新生儿产伤、产后出血的概率增多,糖尿病孕妇的胎儿发生先天畸形的概率比一般孕妇高 2~3 倍^[3];(6)糖尿病孕妇胰岛素水平低,导致产后子宫收缩不良,产后出血。

3 妊娠期糖尿病的控制

孕妇一旦患上糖尿病,必须采取有效的方法进行控制,否则将会给自己和胎儿带来很多不利结果。目前比较常见的控制妊娠期糖尿病的方法有以下 3 种。

3.1 饮食调节 如果在妊娠期并发糖尿病,必须对饮食进行及时调整,严格控制对该病可能会产生不利影响的各种饮食。最为理想的是通过饮食控制使孕妇既应对日常生活又无饥饿感,病情也得到控制。在护理过程中需要把握 7 个饮食原则:(1)合理控制总热量摄入。对于妊娠糖尿病患者而言,这是一条非常重要的饮食原则,有条件可以由营养师制定食谱。妊娠初期不需要特别增加热量,妊娠中、后期每天控制在 1 800~2 200 千卡为宜,也可以每天每公斤体质量按 25~35 千卡计算^[4]。肥胖孕妇在妊娠期不宜减体质量,避免母体内的酮体增加,对胎儿造成不良影响,但总热量摄取不宜过多,以保证正常体质量增长为宜;体质量较轻或体质虚弱的孕妇,应该供给足够的热量,并根据血糖、尿糖等随时调整饮食。(2)保持少量多餐的进食方式。为维持血糖水平平稳,避免酮症酸中毒发生,餐次分配非常重要。每天最好分三大餐和三小餐,特别要避免晚餐与隔天早餐时间相距过久,适宜的做法是在睡前补充一些

点心。(3)严格控制易被体内吸收的单糖。应该严格控制容易被体内吸收的单糖,如蔗糖、砂糖、果糖、葡萄糖、冰糖、蜂蜜、麦芽糖及含糖饮料、甜食等。要尽量选择纤维含量较高的主食,如以糙米或五谷饭取代白米饭,选用全谷类面包或馒头等,同时与一些根茎类蔬菜混合食用,如土豆、芋头、山药等,这样更有利于控制血糖。由于妊娠期糖尿病孕妇早晨的血糖值较高,所以早餐食物的淀粉含量必须要少一些。(4)保证蛋白质摄入量。妊娠糖尿病患者的蛋白质分解增加,氮丢失得太多,容易发生氮的负平衡。因此,蛋白质摄入量应该较正常孕妇增多,每天摄入以 100~110 g 为宜^[5],如鸡蛋、牛奶、深红色肉类、鱼类及豆浆、豆腐等黄豆制品,其中动物蛋白质占 1/3。每天最好喝 2 杯牛奶,以获得足够钙质,但切不可把牛奶当水喝,这样容易使血糖过高。(5)控制油脂类食物的摄入。脂肪摄入量每公斤体质量要小于 1 g,同时还应该控制饱和脂肪酸的摄入量。烹调用油以植物油为主,少吃油炸、油煎、油酥及肉皮、肥肉等。可以增加干果类食物的摄入量,也可以为身体提供较多的植物油。(6)多摄取纤维含量高的食物。研究表明,膳食纤维具有良好的降低血糖作用。蔬菜、水果、海藻和豆类等富含膳食纤维,可以延长食物在胃肠道的排空时间,减轻饥饿感,水果中的果胶能够延缓葡萄糖吸收,使饭后血糖及血清胰岛素水平下降。因此,在可摄取的范围,多摄取高纤维食物,如以糙米或五谷米饭取代白米饭,增加蔬菜和新鲜水果,但不要喝果汁等,也不可无限地吃水果。(7)多摄取维生素含量高的食物。维生素尤其是维生素 B₁、B₂ 和尼克酸,在糖代谢中起重要作用,因此要注意摄取富含维生素的食物^[6-7]。

3.2 运动疗法 通过适度运动,可以增加孕妇身体对胰岛素的敏感性,促进葡萄糖利用,降低游离脂肪酸。只要身体和天气允许,最好每天出去散步。散步时要尽量避开有坡度或台阶的地方,特别是在妊娠晚期,以免摔倒。也不要到闹市散步,这些地方空气中的汽车尾气含量很高,过多吸入不利于胎儿的大脑发育。散步一开始时步子最好放慢些,大约走 1 公里左右。每周 3 次,逐渐增加距离。如果天气太热,出去散步要注意避开 10:00~15:00。

3.3 药物疗法 对于 1 型(也称为青年发病型糖尿病)或 2 型糖尿病(也称为成人发病型糖尿病)应用胰岛素是必要的。妊娠糖尿病如果以空腹血糖高为主,或诊断出妊娠糖尿病的孕周过早或过晚,或饮食疗法 1~2 周后仍然达不到理想水平,都需要用胰岛素^[8-9]。因为,过分地保守治疗会使血糖不能及时达到理想水平,这将会对胎儿产生不良的影响。

常用的是人工基因重组胰岛素,其中有正规胰岛素(短效)、中效和长效胰岛素。通常空腹血糖高可先使用中效胰岛素,然后,在三餐前使用短效胰岛素皮下注射,调节餐后 2 h 血糖。剂量可据测定的血糖高低而决定个体的剂量,并从低剂量开始,逐渐增加剂量。待血糖控制正常后,仍然应该定期监测,必要时进行剂量调整。需要指出的是,有时试图将血糖控制得理想时,但却发生了低血糖。因此,要注意观察孕妇的症状,并进行尿酮体监测。

分娩后由于胎盘排出,胰岛素抵抗因素被消除,血糖很快恢复正常。仅有极少数人分娩后仍需要胰岛素治疗。这时,使用剂量应该是产前用量的 1/2~1/3^[10]。

4 妊娠期糖尿病护理方法

妊娠糖尿病的护理方法多种多样,各个医疗体系的突出重点不同,但比较常见的护理方法有以下几种。

4.1 加强血糖监测 大部分妊娠糖尿病患者是在分娩后糖耐量

可恢复正常。但分娩后一部分患者持续高血糖、尿糖及糖耐量减低,有可能发展为糖尿病患者。产后由于胎盘的娩出,以及全身内分泌激素逐渐恢复到非妊娠水平,使用胰岛素的需要量相应减少,若不及时调整用量,极易产生低血糖,故需协助监测血糖和尿糖的变化。

4.2 对产妇的饮食进行指导 饮食要多样,一天所摄入的卡路里和碳水化合物要均匀分配,确保正餐和零食的比例合理,不论糖尿病属何种类型和病情轻重或有无并发症,是否在使用胰岛素治疗,都应严格执行和长期坚持饮食控制。饮食疗法的原则,平衡膳食,保证营养需求,定时定量,少量多餐,注意热量需求。选择膳食纤维高的食物,少吃含糖的饮料及甜食,蛋白质要适量^[11-12]。

4.3 谨防新生儿血糖过低 葡萄糖易通过胎盘而胰岛素不能通过胎盘,当孕妇血糖升高时,胎儿的胰岛素分泌增强。胎儿分娩后,新生儿体内胰岛素水平高而肝糖原产生不足,故在出生后 48 h 内易发生低血糖。所以出生后 1 h 内应喂服 10%葡萄糖液 10 mL,1~2 h 后再重复^[13-14];此外还要注意低血钙的可能,24 h 内常规每 2~3 h 喂奶一次。新生儿宜放在保温箱内。

4.4 加强教育,鼓励患者自我护理 要引导产妇合理控制饮食,调整食物结构。生活要有规律,多参加积极有益的活动,控制体质量,有助于延缓糖尿病及并发症的发生。加强随访及指导,要学会自行检验:出现头晕、恶心及心悸时,要区别低血糖还是高血糖,是吃糖还是不吃糖,此时用尿糖试纸检查尿液,便可对症治疗。还可用酮体粉检查酮体,注意适当掌握运动的时间、强度、个体及安全,避免在空腹和胰岛素计量过大的情况下运动,运动方式有散步、孕妇操等。加强胎儿心脏监测,建立良好的护患关系,指导家属给予更多的生活照顾及心理支持,保持稳定的情绪,以积极乐观的心态面对疾病,树立战胜疾病、顺利分娩的信心^[15-16]。

5 护理小结

虽然临床表现出的妊娠糖尿病较多,不论在怀孕时还是怀孕后发生,只要被控制住,对于胎儿和母体都是没有危险的。如果母体血糖过高,这会通过胎盘进入胎儿周围的环境中,对于母体和胎儿均有潜在危险。对于妊娠糖尿病不进行控制的孕妇,会有生出巨大胎儿的风险,也会发展成孕期高血压。

通过良好的医疗条件及个人护理,世上所有孕期糖尿病的潜在危险都能通过控制血糖水平而消除。只要遵循医生的建议,糖尿病母亲和胎儿及婴儿也有与其他母子一样的机会。即使监测时您的血糖已达到警戒水平,做治疗总比等着变得更糟要好。

抗中性粒细胞胞浆抗体相关性血管炎的免疫抑制剂治疗进展

尹黎综述,钟玲[△]审校(重庆医科大学附属第二医院肾病风湿病科 400010)

【关键词】 原发性小血管炎; 抗中性粒细胞胞浆抗体; 免疫抑制剂

DOI:10.3969/j.issn.1672-9455.2013.10.046 文献标志码:A 文章编号:1672-9455(2013)10-1286-03

原发性小血管炎是目前病因尚未明确的一类小血管炎,以血管壁炎性反应、纤维素样坏死为病理特征的自身免疫性疾病^[1]。在原发性小血管炎中抗中性粒细胞胞浆抗体(ANCA)

良好饮食、控制体质量及有规律的锻炼能减少发病危险。肥胖孕妇锻炼可以减少妊娠糖尿病的发病率。

参考文献

[1] 何春莲. 妊娠期糖尿病患者的护理[J]. 中国医药指南, 2011,09(17):315-316.

[2] 孟媛媛. 妊娠期糖尿病 79 例临床分析[D]. 济南:山东大学,2010:1-36.

[3] 郑理萍. 护理干预对妊娠期糖尿病孕妇及围产儿结局的影响[J]. 中外医疗,2011,14(2):8-13.

[4] Kim C, Newton KM, Knopp RH. Gestational diabetes and the incidence of type 2 diabetes: a systematic view[J]. Diabetes Care, 2002, 25(10):1862-1868.

[5] 于翠凤. 糖尿病患者的护理[J]. 中国实用医药, 2010, 113(5):56-61.

[6] 陈燕霞. 浅谈糖尿病患者的心理护理[C]. 全国第二届糖尿病护理学术交流暨专题讲座会议论文集汇编, 2004, 56(15):265-281.

[7] 张瀛, 丁小彬. 妊娠期糖尿病对妊娠结局影响的临床观察[J]. 临床和实验医学杂志, 2012, 11(14):1157.

[8] American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus[J]. Diabetes Care, 2013, 36(Suppl 1):S67-S74.

[9] 李萍, 翟超楠. 糖尿病的护理体会[J]. 中国社区医师:医学专业, 2011, 8(25):6-10.

[10] 李广宇. 妊娠期糖尿病:首选胰岛素[N]. 医药经济报, 2011-01-24(D04).

[11] 侯软英, 侯华楠. 健康教育在糖尿病患者治疗中的作用[J]. 中国社区医师:医学专业, 2011, 13(24):284.

[12] 刘国雁. 妊娠合并糖尿病的危害及护理[J]. 中国医药指南, 2010, 8(11):121-122.

[13] 黄秀钦, 何美莺, 李峰, 等. 护理干预对糖尿病患者血糖的影响[J]. 内蒙古中医药, 2010, 29(22):150-150.

[14] 仇铁英, 黄金. 1 型糖尿病患者心理健康状况及其干预的研究进展[J]. 护理学杂志, 2012, 27(15):90-92.

[15] 李明子. 糖尿病患者的护理与管理[J]. 护士进修杂志, 2008, 23(4):292-293.

[16] 乐杰. 妇产科学[M]. 7 版. 北京:人民卫生出版社, 2008:184.

(收稿日期:2012-10-25 修回日期:2012-12-12)

的检出率高因而又称之为 ANCA 相关小血管炎(AAV),包括显微镜下型多血管炎、韦格纳氏肉芽肿及过敏性肉芽肿性血管炎^[2]。近年来关于 AAV 的治疗取得了显著进展。多项前瞻

[△] 通讯作者, E-mail: lzhi92@sina.com.