

# 玻璃体混浊的围生期护理体会

张美荣

(芜湖市镜湖新城社区卫生服务中心, 安徽 芜湖)

**摘要:**目的 分析糖尿病合并妊娠患者的孕期管理方法。方法 选取本院 2016 年 10 月收治的一名 I 型糖尿病合并妊娠患者为研究对象, 进行探讨与分析, 讨论糖尿病合并妊娠对孕妇以及胎儿的影响。结果 糖尿病合并妊娠会伴随高血压、蛋白尿、羊水过多、糖尿病肾病及玻璃体混浊这些并发症, 同时新生儿会出现低血糖症状。结论 正确、及时的围生期母婴监测、护理, 防止并发症的发生, 是保证该例患者母婴平安的关键。

**关键词:** I 型糖尿病; 糖尿病合并妊娠; 玻璃体混浊; 孕期管理

**中图分类号:** R587.1 **文献标识码:** B **DOI:** 10.19613/j.cnki.1671-3141.2018.76.140

**本文引用格式:** 张美荣. 玻璃体混浊的围生期护理体会 [J]. 世界最新医学信息文摘, 2018, 18(76): 49-250.

## 0 引言

糖尿病 (Diabetes Mellitus, DM) 是由遗传和环境因素相互作用而引起的一组以慢性高血糖为特征的代谢异常综合征。因胰岛素缺乏和(或)周围组织对胰岛素发生抵抗致使体内糖、蛋白、脂肪、水和电解质等一系列代谢紊乱, 临床以高血糖为主要共同标志的疾病。久病可引起多系统损害, 导致眼、肾、神经、心脏、血管组织的慢性进行性病变, 引起功能缺陷及衰竭。I 型糖尿病是指病毒感染时, 自身免疫反应被激活产生自身抗体和胰岛细胞抗体, 大量胰岛  $\beta$  细胞被破坏而引起的糖尿病<sup>[1]</sup>。

糖尿病合并妊娠包括孕前糖尿病和妊娠期糖尿病, 孕前糖尿病是指孕妇在妊娠前已明确诊断为糖尿病患者, 是指在原有糖尿病基础上合并妊娠或者妊娠前为隐性糖尿病, 妊娠后发展为糖尿病, 该类型者为 10%~20%。妊娠期糖尿病是指妊娠期首次发现或发生的任何程度的葡萄糖耐量下降或明显的糖尿病, 无论是否需要胰岛素治疗, 也不论分娩后这一情况是否持续, 均可诊断为妊娠期糖尿病, 占糖尿病孕妇的 80%~90%<sup>[2]</sup>。随着糖尿病发病率日益升高, 以及妊娠期糖尿病筛查诊断受到广泛重视, 妊娠合并糖尿病患者不断增多。

本院于 2016 年 10 月收治一例 I 型糖尿病合并妊娠患者, 出现玻璃体混浊, 视力下降近失明, 通过围生期针对性地落实各项护理措施, 产妇及新生儿情况良好, 按期出院, 现报道如下。

## 1 病例介绍

患者, 女, 35 岁, 已婚,  $G_2P_0$ , 有 I 型糖尿病史 15 年, 以前均未行规范治疗, 末次月经 2016 年 2 月 12 日, 病例中患者孕早期尿蛋白(+++), 患者于 2016 年 3 月 20 日行胰岛素泵降血糖治疗(剂量为早 3U, 中 7U, 晚 6U)至今, 平日血糖值 9.1~12.1mmol/L, 近两月觉下腹不适, 行走时加重, 无法入眠, 孕 36<sup>+</sup>1 周收治入院, 查体: 体温 36.5℃, 脉搏 80 次/min, 血压 150/100 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa), 呼吸 20 次/min, 胎心率 132 次/min。产检: 宫高 38cm, 腹围 104cm, 胎方位 LOA, 无宫缩, 胎膜未破。多普勒超声: 单胎头位, 双顶径 92mm, 羊水量偏多, 胎盘成熟度 II 级。检查尿常规显示尿蛋白(+++)。肝功能提示: 白蛋白 22.9g/L, 尿蛋白 5156.0mg/24hr。

患者于 10 月 27 日晚突然出现视物模糊, 处于失明状态, 零米指数, 无头昏, 浮肿(++++)。10 月 28 日 9:00 眼科会诊 B 超提示: 双眼球膜状高回声, 考虑双眼玻璃体混浊。当日患者在腰麻下因“ $G_2P_0$ , 孕 36<sup>+</sup>5 周, I 型糖尿病合并妊娠, 糖尿病肾病, 低蛋白血症, 玻璃体混浊”行子宫下段剖宫产术, 术中见淡黄色腹水约 800mL, 以 LOA 方位取一活女婴, 重 3200g, Apgar 评分 10 分, 羊水量多约 2000mL, 色清, 胎盘娩

出完整, 探查双侧附件外观正常。手术顺利, 麻醉满意, 出血 300mL, 尿管畅, 尿色清, 血压平稳, 病人安返病房, 给予“头孢替安”加强抗感染, 促宫缩, 控制血糖等对症处理。

新生儿回病房后, 出生后 30 分钟测足跟末梢血糖为 2.4mmol/L, 立即给予 10% 葡萄糖 10mL 口服, 出生后 60 分钟测足跟末梢血糖仍为 2.4mmol/L, 立即请新生儿科会诊, 因“糖尿病母亲婴儿、新生儿低血糖症”转新生儿科继续治疗。

患者剖宫产术后第一天, 视物仍模糊, 视力零米指数, 尿蛋白(+++), 血红蛋白 20g/L, 给予输注白蛋白, 纠正低蛋白血症。

术后第二天, 仍视物模糊, 视力 1 米指数, 全身浮肿(+++), 继续输注白蛋白, 纠正低蛋白血症, 给予利尿剂减轻心脏负荷及水肿, 并给予维生素 B1, B12 营养细胞。血压控制在 136-160/85-90mmHg。

术后第三天, 患者血压控制在 130-150/80-85mmHg, 浮肿明显消退, 视力明显改善, 达到 2 米指数, 子宫复旧良好, 阴道出血少, 切口干燥。新生儿在新生儿科于该日突发呼吸暂停一次, 经皮血氧饱和度下降至 70% 左右, 立即给予新生儿复苏, 数秒后逐渐恢复正常呼吸, 并给予兴奋呼吸治疗密切观察。

术后第四天, 患者转至肾内科继续治疗。新生儿在新生儿科 15 天后痊愈出院。

## 2 护理

### 2.1 妊娠期护理

2.1.1 对于妊娠期的护理, 患者应配合医生做好血糖监测和正确用药, 妊娠早期, 应密切监测血糖变化, 及时调整胰岛素用量, 孕前患糖尿病者需要每周检查 1 次直至妊娠 10 周。妊娠中期, 每 2 周检查 1 次, 一般 20 周后胰岛素用量需要增加, 及时调整。妊娠 32 周后, 每周检查 1 次, 注意孕妇血压、水肿、尿蛋白情况, 注意对胎儿发育、胎儿成熟度、胎儿状况和胎盘功能的检测, 必要时及早住院。

2.1.2 饮食方面, 孕妇需要遵循一定的膳食管理, 由营养师制定出控制饮食计划, 按照患者标准体重、血糖情况和孕周计算出患者所需总热量, 将血糖控制在一个合理范围, 同时要注意避免过度控制饮食而造成酮症<sup>[3]</sup>, 应实行少量、多餐制, 适当限制食盐的摄入量, 若血糖控制不佳, 应及时给予胰岛素治疗。因为胰岛素是大分子蛋白, 不会透过胎盘, 妊娠期应用不会对胎儿造成不良影响, 同时也不会对孕妇内源性胰岛素分泌造成远期影响<sup>[4]</sup>, 所以如果饮食控制血糖不理想, 必须及时加用胰岛素。

2.1.3 适当的运动对降低血糖也有一定的帮助, 因为可以增加机体对胰岛素的敏感性, 促进葡萄糖的利用, 所以对胰岛素治疗不敏感的孕妇可以在餐后进行适当的锻炼<sup>[5]</sup>。另外还应该做好疾病知识教育, 加强糖尿病合并妊娠知识的宣

作者简介: 姓名: 张美荣 (1991-), 本科, 护师。

教,使患者建立治疗信心,做好自我管理,稳定控制病情,取得理想的治疗效果。

## 2.2 术前护理

### 2.2.1 心理护理

加强患者的心理护理,缓解患者焦虑紧张情绪,细心观察,耐心解释,及时疏导,树立患者的信心。同时也做好患者亲人的思想工作,同步实施家属健康教育,取得家属的理解和配合,让其参与整个治疗护理过程,为患者提供最佳照顾,并通过患者家属的关怀及安慰进一步给予其心理支持,帮助患者树立接受手术的信心。

### 2.2.2 机体护理

遵医嘱输注白蛋白,纠正低蛋白血症,提高患者对手术的耐受力,从而降低术后并发症的发生。告知患者术前一晚保证充足的睡眠,注意多休息,做好腹部和外阴清洁以及备皮准备,留置尿管,做好药物过敏试验。及时测量患者的生命体征,核实好交叉配血情况。

## 2.3 术后护理

### 2.3.1 一般护理

患者被护送回病房时,心电监护持续监测,严密观察患者的主诉和生命体征的变化,观察患者的尿量、宫缩痛、切口疼痛及出血情况。

### 2.3.2 体位

术后6小时去枕平卧位,头偏向一侧,防止呕吐及窒息。术后24小时改换半卧位,协助患者翻身,鼓励患者尽早床上活动下肢,每2h协助翻身1次,预防压疮的发生。

### 2.3.3 预防感染

遵医嘱使用胰岛素控制血糖,运用抗炎药物预防产后感染,及时补液等,每日2次会阴擦洗,观察切口有无渗血、红肿、硬结、血肿等,避免泌尿道的上行感染。

### 2.3.4 乳房护理

遵医嘱退乳处理,熟麦芽煎水喝,芒硝1000g分装两个布袋外敷于两侧乳房持续24小时。

### 2.3.5 饮食护理

术后6小时禁饮禁食,6小时之后可饮用萝卜汤等流质食物以助通气。以后根据病情逐渐改变饮食种类,采取少量多餐制,所用膳食应使患者保持良好的营养状况,而又有效控制血糖,所以应注意加强饮食管理。

### 2.3.6 眼睛护理

该患者有玻璃体混浊的表现,嘱患者闭眼休息,告知患者注意不要强光直射眼睛,采取适当的护眼保健品。

### 2.3.7 新生儿的观察护理

新生儿出生后容易出现低血糖,出生后30min内应进行末梢血糖测定,动态监测血糖变化以便及时发现低血糖,必要时以10%葡萄糖静脉缓慢滴注,密切注意新生儿呼吸窘迫综合征的发生,做好新生儿复苏的准备工作。

## 3 讨论

### 3.1 糖尿病合并妊娠对孕妇的影响

糖尿病是一种因胰岛素分泌不足而引起的代谢疾病,妊娠可使糖尿病病情加重并复杂化,使血糖难以控制,母婴易发生多种并发症,如流产、早产、妊娠糖尿病、酮症酸中毒、羊水过多、胎儿窘迫、新生儿窒息、巨大儿、低血糖等<sup>[6-8]</sup>。如果不及时发现和治疗,则会对母婴造成较大的危害。

病例中可以看到,患者不仅表现出高血糖,还表现出高

血压、蛋白尿、羊水过多这些症状并伴有糖尿病肾病、玻璃体混浊这些并发症。糖尿病的并发症分为急性并发症和慢性并发症。急性并发症包括酮症酸中毒、高渗透性昏迷以及感染。慢性并发症包括:(1)大血管病变;(2)微血管病变;(3)糖尿病神经病变。其中大血管病变又可表现为糖尿病性心脏病、脑血管病变以及糖尿病伴高血压三种。微血管病变包括糖尿病眼病和糖尿病肾病两种。大量研究表明:孕期良好的血糖控制可以降低高血压以及蛋白尿的发生率,而且会降低羊水过多的发生率。资料表明:妊娠期糖尿病羊水过多的发生率较非糖尿病孕妇高10倍<sup>[9]</sup>。而患者所表现出的糖尿病肾病与玻璃体混浊则是糖尿病微血管病变的两种表现。

### 3.2 糖尿病合并妊娠对新生儿的影响

病例中还反映出新生儿患有低血糖症,并且发生过突发性呼吸暂停一次。资料表明妊娠合并糖尿病会增加新生儿低血糖的风险,由于母体的高血糖环境,胎儿存在高胰岛素血症,离开母体后,新生儿若不及时补充糖,很容易发生低血糖,约24%的妊娠期糖尿病孕妇的子代在是新生儿期表现出低血糖<sup>[9]</sup>。胎儿低血糖还会间接延迟胎儿肺成熟,引发新生儿呼吸窘迫综合征<sup>[10]</sup>,胎儿高胰岛素血症具有拮抗糖皮质激素促进孕期肺Ⅱ型细胞表面活性物质合成及诱导释放的作用,使胎儿肺表面活性物质产生和分泌减少,从而导致胎儿肺成熟延迟<sup>[11]</sup>。病例中新生儿突发呼吸暂停一次可能就是这一原因所导致。研究表明,加强孕妇血糖控制,可降低新生儿呼吸窘迫综合征的发生率。

综上所述,I型糖尿病合并妊娠患者属于高危妊娠,无论妊娠还是分娩对患者都存在很大风险,该例患者分娩的护理经历给我们的启示是:加强糖尿病合并妊娠孕期保健的宣传,严密监测、控制血糖,加强产前检查,及时发现病情变化,特别是并发症的发生,及时终止妊娠,防止并发症的进一步加重。新生儿转NICU,做好各种急救准备,随时进行新生儿复苏工作。正确、及时的围生期母婴监测、护理,是保证该例患者母婴平安的关键。

## 参考文献

- [1] 尤黎明,吴瑛.内科护理学[M].北京:人民卫生出版社.2012:578-579.
- [2] 罗琼.妇产科护理学[M].北京:科学出版社.2010:116.
- [3] 程丽,周艳芳,陈梅.妊娠合并糖尿病对妊娠结局的影响分析[J].中国保健营养,2012,8(8):353.
- [4] 杨慧霞,董悦.加强对妊娠合并糖尿病的临床研究[J].中华妇产科杂志,2003,38(3):129.
- [5] 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):7.
- [6] 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):32.
- [7] 胡敏.探讨妊娠合并糖尿病孕妇的妊娠期管理方法[J].医学信息,2015,28(4).
- [8] 李惠芸.护理干预对妊娠合并糖尿病的影响[J].北方药学,2014,2:191.
- [9] 韩欢,应豪.妊娠期糖尿病对母儿的影响[J].中国实用妇科与产科杂志,2013,29(4):244-246.
- [10] 郑鸿飞.妊娠期糖尿病的发生与预防[J].中国现代药物应用,2013,7(22):43-44.
- [11] 杨慧霞.妊娠合并糖尿病对孕妇和围产儿的影响[J].继续教育产科学,2005,20(3):14.