

妊娠と糖尿病

〈産科との連携について〉

産科との連携は非常に大事ですが、細やかに連絡を取り合うことはどこの病院も難しいと思います。

私の経験でのお話になりますが、以前勤めていた周産期センターのある総合病院では、ハイリスクの妊婦が多かったため、産科の外来ブースに妊娠糖尿病外来（糖尿病内科）を作って、療養指導士と一緒に外来を行っていました。産科のスクリーニングで異常が見つかった場合に妊娠糖尿病外来を予約していただくのですが、助産師さんに自己血糖測定まで導入していただき、内科初診の時点で治療方針が決まるようにしていました。栄養指導も必ず行いますが、産科からオーダーがなければ内科に入れるというようにしていました。

1点陽性のみで自己血糖測定が保険適応にならないGDMの方も、同意が得られれば自己負担で血糖測定をしていただき（ほぼ同意していただけます）、産科の助産師外来などで血糖手帳の確認をお願いしていました。何割血糖目標値を上回っていたら再度妊娠糖尿病外来を受診するか、何週目には全員内科を受診するか、細かい決めごとを作っておくことで、産科外来での負担を減らすことができます。糖尿病合併妊娠や妊娠中の明らかな糖尿病、2点以上陽性のGDMなどは継続して内科で管理し、インスリン導入が必要な方や、治療がうまくいかず介入が必要な場合には、隣で療養指導士が指導を行うというふうに分担することで、効率的に外来を進めることができます。

産科も忙しいと思いますので、可能であれば全員内科で管理をするのが望ましいと思います。その場合も、産科のカルテや母子手帳などで、胎児の体重が標準体重になっているか、羊水過多など血糖異常に関連するような異常がないかなど、必要な情報がわかるようにしていただき、共有できるようにしておくと、問題がある場合は早めにインスリンを検討するなど、治療がスムーズになるのではないかと思います。また、分娩時もパスを作っておくことで、連携がとりやすくなります。

〈先天奇形について〉

妊娠前から糖尿病があり、器官形成期である妊娠初期の血糖コントロールが不良であると、児の先天異常・形成異常の発生が高率となります（糖尿病専門医研修ガイドブック p377）。代表的なものとして、尾退行症候群、二分脊椎、無頭蓋症（無脳症）、先天性心疾患などがあげられますが、実際の発生頻度が高いのは先天性心疾患になります。

発生頻度については、妊娠初期のHbA1c 6.3%以下の場合の形態異常の発生頻度が0.9%であるのに対し、HbA1c \geq 6.4%では5.4%、HbA1c \geq 7.4%では17.4%と上昇したというデータがあります（妊婦の糖代謝異常診療・管理マニュアル 編集 日本糖尿病学会・妊娠学会 p23）。