

富山県糖尿病診療用指針ワンポイントレッスン



妊娠と糖代謝異常について

済生会高岡病院 内科 高野 敦子

●糖尿病合併妊娠と妊娠糖尿病

2010年7月に我が国の妊娠糖尿病の診断基準は世界統一基準に準じたものへと大きく改訂された。より厳格となった診断基準により妊娠糖尿病の頻度は2.9%から12%に増加した。2015年8月にさらに一部改訂され、以下に示す診断基準となった。

(1) 妊娠糖尿病 gestational diabetes mellitus (GDM)
75gOGTTにおいて次の基準の1点以上を満たした場合に診断する。 ①空腹時血糖値 ≥ 92 mg/dL ②1時間値 ≥ 180 mg/dL ③2時間値 ≥ 153 mg/dL
(2) 妊娠中の明らかな糖尿病 overt diabetes in pregnancy
以下のいずれかを満たした場合に診断する。 ①空腹時血糖値 ≥ 126 mg/dL ②HbA1c値 $\geq 6.5\%$ * 随時血糖値 ≥ 200 mg/dLあるいは75gOGTTで2時間値 ≥ 200 mg/dLの場合は、妊娠中の明らかな糖尿病の存在を念頭に置き、①または②の基準を満たすかどうか確認する。
(3) 糖尿病合併妊娠 pregestational diabetes mellitus
①妊娠前にすでに診断されている糖尿病 ②確実な糖尿病網膜症があるもの

●妊娠前の血糖コントロール

糖尿病を持つ女性が妊娠を希望した場合、児の先天異常や奇形率の低下のため事前に血糖を十分に管理して計画的な妊娠が望ましい。血糖コントロールの目標はHbA1c $< 7.0\%$ とされる。妊娠は母体の合併症、特に網膜症と腎症を進行させる可能性があり、妊娠時には眼底所見は正常または単純性網膜症、腎症は第1期（腎症前期）あるいは第2期（早期腎症）であることが望ましい。経口糖尿病薬やGLP-1製剤は妊娠への安全性が確立していないため、妊娠前にインスリン療法に切り替

えておく。

●妊娠中の血糖モニター

自己血糖測定器を利用してこまめに血糖値を測定し、その結果をもとにインスリン治療が必要か、インスリン投与量をどうするか検討していく。

●妊娠中の食事療法

妊娠中の食事量は、標準体重〔身長(m) $^2 \times 22$ 〕 $\times 30$ Kcalを基本とし、胎児の成長に必要な付加エネルギーを加える。非肥満妊婦では健常妊婦の必要エネルギー付加量の妊娠初期50Kcal、中期250Kcal、後期450Kcal、授乳期350Kcalを付加する方法と、妊娠中全期間一律に200Kcalを付加する方法の2つが行われており、両方法の優劣に関して日本糖尿病・妊娠学会で検討中である。

肥満のある糖尿病妊婦では原則として標準体重〔身長(m) $^2 \times 22$ 〕 $\times 30$ Kcalで妊娠全期間を通して付加エネルギーは不要とされる。妊娠中の体重が増えすぎないように注意する。

●妊娠時の血糖管理

妊娠中は児や母体の合併症を予防するため良い血糖値を保つ必要がある。朝食前血糖70~100mg/dl、食後2時間血糖120mg/dl未満、HbA1c 6.2%未満、グリコアルブミン(GA) 15.8%未満を目標とされる。血糖コントロールの長期管理指標として、GAは約2週間の血糖値を反映し貧血による影響が少なく、HbA1cよりも妊娠中の管理指標に適している。

GAの測定頻度について、現状の保険適応では妊婦には1か月に2項目の血糖管理指標の算定が認められている。つまり非妊娠時にはHbA1cかGAかどちらか一方しか測定できないが、妊娠中

富山県糖尿病診療用指針ワンポイントレッスン

には同じ月内でも HbA1c と GA、あるいは GA 2 回の測定が可能である。

●授乳期

分娩後はインスリン需要量が急激に低下するためにインスリンの必要量は速やかに低下し、妊娠中インスリンを必要とした妊婦でも出産後にインスリンが不要となることが多い。妊娠前からインスリンを使用している場合は、出産後は血糖値をみながらインスリンを減量して低血糖に注意する。授乳は母子双方にメリットがあり糖尿病をもつ女

性でも推奨される。経口血糖降下薬は薬剤によっては問題ないとの報告もあるが、原則的に妊娠中と同様に使用しない。

妊娠糖尿病と診断された女性は、出産後 6～12 週で 75gOGTT 検査を行い出産後の糖代謝状態を確認する。妊娠糖尿病患者から将来的に糖尿病となる確率が高いため、食事・運動療法の継続と定期的に採血のフォローアップを受けるように指導する。