

Przypadek kliniczny: porównanie między reakcją przerażonej a nonszalanckiej pacjentki w obliczu rozpoznania cukrzycy ciążowej

Lois L. Exelbert, RN, MS, CDE, BC-ADM

Przypadek kliniczny

U S.E., 30-letniej kobiety w drugiej ciąży, po 1 porodzie, przeprowadzono 3-godzinny test doustnego obciążenia 50 g glukozy. Po godzinie stężenie glukozy wynosiło 150 mg/dl. Był to 27 tydzień ciąży, a pacjentka twierdziła, że podczas pierwszej ciąży nic takiego nie zaobserwowano, była też niezmiernie tym zmartwiona. Wyniki doustnego testu obciążenia glukozą:

- Na czczo: 78 mg/dl
- Po 1 h: 206 mg/dl
- Po 2 h: 173 mg/dl
- Po 3 h: 133 mg/dl

Na podstawie powyższych wartości rozpoznano cukrzycę ciążową (gestational diabetes mellitus, GDM). Mimo że kobieta była w zaawansowanej ciąży, przybrała na wadze 8,16 kg, a wartości ciśnienia tętniczego były w normie. Lekarz skierował pacjentkę do poradni ciąży podwyższonego ryzyka. Pacjentka była przerażona rozpoznaniem i fakt, że została skierowana do poradni wysokiego ryzyka, jedynie zwiększył jej obawy.

Podczas zwykłej wizyty nowej pacjentki konsultująca lekarka poinformowała ją o ryzyku związanym z chorobą. Wymieniła makrosomię, przedwczesny poród, zwiększone ryzyko rozwiązania ciąży cięciem cesarskim, możliwość wystąpienia hipoglikemii u noworodka oraz potencjalną konieczność włączenia insuliny w późniejszych etapach ciąży. Lekarka dodała, że ryzyko rozwoju cukrzycy ciążowej w kolejnych ciążach wzrasta. Pacjentce powiedziano, że przed porodem, zaczynając od 36 tygodnia, powinna się zgłaszać co tydzień na badania w celu oceny stanu łożyska i dziecka. Przeszkolono ją także w zakresie obsługi glukometru, prowadzenia samokontroli i polecono, aby przysyłała wyniki glikemii faksem raz w tygodniu. Polecono jej także, aby ograniczyła spożywanie węglowodanów i skrobi.

S.E. opuściła gabinet we łzach i powiedziała mężowi, że dziecko jest śmiertelnie zagrożone, a ona może nigdy więcej nie móc zająć w ciąży. Powiedziała także, że

będą potrzebowali dodatkowej pomocy w domu, ponieważ dziecko będzie chore i może mieć cukrzycę.

R.L., 38-letnia kobieta w 28 tygodniu trzeciej ciąży, po 2 porodach, przeszła 3-godzinny doustny test obciążenia 50 g glukozy, w którym po godzinie stężenie glukozy wyniosło 180 mg/dl. Pacjentka nie chciała wziąć udziału w teście, ale lekarz powiedział jej, że to prawdopodobnie fałszywy alarm i powinna się poddać kolejnemu badaniu, aby wykluczyć wszelkie wątpliwości. Wyniki doustnego testu obciążenia glukozą:

- Na czczo: 108 mg/dl
- Po 1 h: 210 mg/dl
- Po 2 h: 183 mg/dl
- Po 3 h: 166 mg/dl

Na podstawie tych wyników rozpoznano cukrzycę ciążową.

Kobieta przybrała na wadze 12,7 kg, miała prawidłowe wartości ciśnienia tętniczego. R.L. wiedziała, że jej siostra chorowała na tę samą chorobę i „nic jej nie było”, podobnie jak jej dziecku. Lekarz wytłumaczył pacjentce, że powinna badać stężenie glukozy we krwi kilka razy na dobę. Wyszła z gabinetu z wyrazem ulgi na twarzy, co potwierdziło jej nonszalancki stosunek do rozpoznania. Powiedziała mężowi, że ma to, co miała jej siostra, ale że nie ma się czym martwić.

Pytania

1. Jak wygląda typowe badanie przesiewowe w kierunku cukrzycy ciążowej w Stanach Zjednoczonych?
2. Jakie są prawidłowe wartości glikemii w czasie ciąży?
3. Jak by wyglądała wizyta, gdyby te pacjentki zgłosiły się do ciebie?

Komentarz

American Diabetes Association (ADA) w celu rozpoznania cukrzycy u kobiet oczekujących dziecka zaleca przeprowa-

dzenie doustnego testu obciążenia glukozą. Ten test przeprowadza się najczęściej między 24 a 28 tygodniem ciąży. Zazwyczaj w teście podaje się 50 lub 100 g glukozy. Wartości prawidłowe dla kobiet w ciąży przedstawiono poniżej. Wartości przekraczające podane poniżej oznaczają cukrzycę ciążową.

W przypadku testu z 50 g glukozy (badanie przesiewowe w kierunku cukrzycy ciążowej):

- Po 1 h: <140 mg/dl
- Po 2 h: <125 mg/dl
- Po 3 h: <100 mg/dl

W przypadku testu ze 100 g glukozy:

- Na czczo <95 mg/dl
- Po 1 h <180 mg/dl
- Po 2 h <155 mg/dl
- Po 3 h <140 mg/dl

Pierwsza z przedstawionych pacjentek była przerażona od początku, a skierowanie jej do poradni ciąży podwyższonego ryzyka zwiększyło jej strach. Istotne jest, aby delikatnie wytłumaczyć mechanizm powstawania zaburzeń tolerancji glukozy i powód skierowania do specjalistycznej poradni. Dobrym pomysłem jest zaproszenie na wizytę partnera pacjentki, aby także on mógł zadawać pytania, których zadawania może się bać kobieta.

Druga pacjentka miała bardziej nieprawidłowe wyniki i już w chwili badania (28 tydzień) więcej przybrała na wadze. Ponadto miała już 38 lat, co zwiększa ryzyko rozwoju cukrzycy i innych powikłań. Wydaje się, że dla adekwatnej edukacji dotyczącej kontroli glikemii istotne jest sprawdzenie stopnia zrozumienia rozpoznania i znaczenia cukrzycy ciążowej dla samej pacjentki i jej dziecka.

Edukacja diabetologiczna przeprowadzona przez dyplomowanego instruktora diabetologicznego może być jedną z metod prowadzącą do sukcesu. Poniżej przedstawiono kluczowe, proste elementy rozmowy na temat cukrzycy ciążowej:

- Mimo że nie ma powodu do nieuzasadnionego niepokoju, cukrzyca ciążowa wymaga leczenia dla dobra zarówno dziecka, jak i matki.

- Największe znaczenie mają pomiary stężenia glukozy we krwi matki, gdyż krew ta bezpośrednio przez krążenie łożyskowe odżywia płód. Wysokie wartości glikemii mogą prowadzić do urodzenia dziecka o większej niż zwykle masie ciała. Może to być przyczyną trudniejszych porodów, które mogą wymagać cięcia cesarskiego lub być przyczyną przedterminowego rozwiązania albo urodzenia dziecka, które będzie miało zbyt niskie stężenie glukozy w surowicy, wymagające leczenia. Utrzymywanie stężenia glukozy we krwi matki <90 mg/dl na czczo i <120 mg/dl 1-2 h po posiłku zmniejsza ryzyko rozwoju tych powikłań.
- Ocena zwyczajów żywieniowych i aktywności fizycznej pacjentki oraz skierowanie na konsultację do odpowiedniej poradni specjalistycznej. Istotną rolę mogą odgrywać czynniki etniczne, a niektóre kobiety nadal uważają, że mogą „jeść za dwoje”.
- Według zaleceń ADA dotyczących żywienia chorych na cukrzycę:
 - Zaleca się adekwatne spożywanie energii, które zapewni odpowiedni przyrost masy ciała podczas ciąży. Utrata masy ciała nie jest zalecana, jednak w przypadku kobiet z nadwagą czy otyłością i cukrzycą ciążową może być wskazane umiarkowane ograniczenie spożywania energii i węglowodanów.
 - Należy unikać rozwoju ketonemii w przebiegu kwasicy ketonowej lub głodowania.
 - Leczenie żywieniowe polega głównie na wyborze odpowiednich produktów spożywczych, prawidłowym przyroście masy ciała, utrzymaniu prawidłowych wartości glikemii i unikaniu gromadzenia ketonów.
 - Ponieważ cukrzyca ciążowa stanowi czynnik ryzyka rozwoju cukrzycy typu 2 po porodzie, zaleca się zmianę stylu życia mającą na celu zmniejsze-

nie masy ciała i zwiększenie aktywności fizycznej.

- Mimo że ten typ cukrzycy zazwyczaj ustępuje po porodzie, może pojawić się ponownie podczas kolejnych ciąży, a poza tym zwiększa ryzyko rozwoju cukrzycy w późniejszym okresie. Stosowanie ogólnych zaleceń zdrowego żywienia, utrzymywanie optymalnej masy ciała i aktywność fizyczna są środkami zapobiegawczymi, które należy stosować przez całe życie.
- Dostarczenie odpowiedniego piśmiennictwa w postaci ulotek na temat cukrzycy ciążowej, które pacjentka może czytać w wolnym czasie, kiedy nie jest już tak zdenerwowana. Należy zachęcać pacjentki do zadawania pytań.
- Często zapomina się o ćwiczeniach fizycznych. Mimo że niektórych ćwiczeń kobiety w ciąży wołałyby nie wykonywać, to większość podstawowych ćwiczeń fizycznych nie jest przeciwwskazana.
- Kluczowe jest ustalenie badań kontrolnych po porodzie. Stanowi to część ogólnie przyjętych zaleceń dla kobiet z cukrzycą ciążową.

Wskazówki kliniczne

- Cukrzyca ciążowa nie jest łagodnym schorzeniem. Matka obciążona jest do końca życia zwiększonym ryzykiem rozwoju cukrzycy nawet wtedy, gdy cukrzyca ciążowa ustąpi wraz z zakończeniem ciąży. Ryzykiem może być obciążone także dziecko, nie tylko w okresie noworodkowym, ale także w późniejszym życiu. Na przykład środowisko wewnątrzmaciczne, które zawiera zbyt wiele glukozy, zapewnia nieadekwatne odżywianie, które łączy się z rozwojem otyłości dziecięcej i cukrzycy typu 2 w późniejszym życiu.
- Kierowanie pacjentki na edukację diabetologiczną prowadzoną przez dyplomowanych instruktorów medycznych zapewni przeprowadzenie wszystkich

wymienionych powyżej punktów. Zapewni także pacjentkom szczegółową ocenę diety i realne zalecenia dietetyczne. Ponadto, częścią sesji edukacyjnych jest zazwyczaj program bezpiecznych ćwiczeń fizycznych, a także omówienie istoty higieny jamy ustnej, oczu i stóp.

- Niezmiernie istotne jest zachowanie równowagi między niepotrzebnym zamartwianiem się a bagatelizowaniem dzięki odpowiedniemu informowaniu oraz praktycznym instrukcjom na temat tego, co pacjentka może zrobić, aby zmniejszyć ryzyko. Zaleca się sprawdzanie stopnia zrozumienia przez pacjentkę przekazywanych informacji jako podsumowanie wizyty.

Clinical Diabetes, Vol. 26, No. 4, 2008, p. 177.
Case Study: A Comparison Between a „Terror” Reaction and a „Nonchalant” Reaction to the Diagnosis of Gestational Diabetes.

Zalecane piśmiennictwo

- American Association of Clinical Endocrinologists Diabetes Mellitus Clinical Practice Guidelines Task Force: AACE diabetes mellitus guidelines: diabetes and pregnancy. *Endocrine Pract* 13 (Suppl. 1):55–59, 2007
- American Diabetes Association: Nutrition recommendations and interventions for diabetes [Position Statement]. *Diabetes Care* 31 (Suppl. 1):S61–S78, 2008
- Buchanan TA, Xiang A, Kjos SL, Watanabe R: What is gestational diabetes? *Diabetes Care* 30 (Suppl. 2):S105–S111, 2007
- Cleveland Clinic: Oral glucose tolerance test during pregnancy [article online]. Available online from http://my.clevelandclinic.org/services/oral_glucose_tolerance_test/hic_Oral_Glucose_Tolerance_Test_During_Pregnancy.aspx
- Kitzmiller JL, Dang-Kilduff L, Taslimi MM: Gestational diabetes after delivery: short-term management and long-term risks. *Diabetes Care* 30 (Suppl. 2):S225–S235, 2007
- Perkins JM, Dunn JP, Jagasia SM: Perspectives in gestational diabetes mellitus: a review of screening, diagnosis, and treatment. *Clin Diabetes* 25:57–62, 2007

Lois L. Exelbert, RN, MS, CDE, BC-ADM, jest dyrektorem administracyjnym Diabetes Care Center w Baptist Hospital w Miami, Floryda.