

السكري والحمل

«دور الممارس العام»

د. وائل محمد صبيح *

يمكن الحصول على أفضل نتيجة للحمل عند الكثير من السيدات الشابات المصابات بالسكري قبل الحمل، واللاتي لا يخضعن لرعاية منتظمة من طبيب اختصاصي، وذلك بأن يأخذ الممارس العام دوراً فعالاً بتقديم النصح وضمان الضبط الجيد لسكر الدم قبل الحمل.

المرتفع لكل من: الشذوذات الخلقية ومعدل الوفيات في الفترة المحيطة بالولادة، وحدوث العملاقة (Macrosomia) وتأخر النمو داخل الرحم [Intrauterine growth retardation (IUGR)، وقلة السائل السلوي (Oligohydramnios) أو موه السلوي (Polyhydramnios)، فرط الضغط المُحدث بالحمل [Pregnancy induced hypertension (PIH)، والخداج (Prematurity)، ونقص سكر الدم الوليدي (Neonatal hypoglycaemia)، واضطرابات الكهارل الأخرى، وأخيراً اليرقان الوليدي (Neonatal jaundice).

أوضحت دراسة في بريطانيا عام 2002 أن معدل وفيات أطفال الأمهات المصابات بالسكري قبل الحمل كان أكبر بخمسة أضعاف من عامة السكان، كما بينت هذه الدراسة زيادة قدرها أربعة أضعاف في النتائج

منذ أقل من خمسين عاماً كان معدل الوفيات في الفترة المحيطة بالولادة عند الحوامل المصابات بالسكري يصل إلى 25-30٪، وقد تحسنت هذه الصورة مع التقدم المستمر في الرعاية لكل من السكري والحمل. لسوء الحظ أن نتائج الحمل عند السيدات المصابات بالسكري قبل الحمل (أي السكري من النمط 1 أو النمط 2 الموجود قبل الحمل) لا تزال أسوأ من النتائج عند عامة السكان، ولكن يمكن الحصول على أفضل النتائج، وذلك بالرعاية الصارمة قبل الحمل وأثناءه.

السكري قبل الحمل ونتائج الحمل (Pregestational diabetes and pregnancy outcomes)

القلق الأكبر المتعلق بالسكري قبل الحمل هو الاختطار

* اختصاصي النساء والتوليد، وزارة الصحة - دولة الكويت



يلخص الجدول التالي بعض المواضيع الخاصة التي يجب مناقشتها خلال تقديم النصح قبل الحمل:

الجدول رقم (1): يوضح المواضيع التي يجب مناقشتها أثناء تقديم النصح قبل الحمل

مواضيع متعلقة بالسكري	نصائح عملية توليدية عامة
- الفوائد الأكيدة للتصبيط المثالي في تقليل اختطار التشوهات الخلقية وبعض مضاعفات الحمل المحتملة الأخرى.	- إضافة الفولات (folate) (5 ملجرام يومياً لكل السيدات المصابات بالسكري)، وزيادة الوارد الغذائي من الأغذية الغنية بالفولات.
- الخطوط العريضة للتدبير العلاجي أثناء الحمل، بما في ذلك الدواء والتشقيف وضبط سكر الدم، والمضاعفات ورصد وظيفة الدرقية.	- إيقاف التدخين.
- أهمية إيقاف خافضات سكر الدم الفموية وتقديم الأنسولين.	- إنقاص استهلاك الكحول.
- منع الحمل بالطريقة الأكثر ملائمة لحين الوصول إلى تصبيط استقلابي جيد.	- مراجعة كل الأدوية من أجل تحديد سلامتها أثناء الحمل.
- فحص الحالة المناعية فيما يتعلق بالحصبة الألمانية (Rubella) والحُمّاق (Varicella).	

سكر الدم المستهدف قبل الحمل

(Preconception glycaemic target):

هناك اعتقاد شائع بوجود عتبة لتركيز الهيموجلوبين

الضائرة (Adverse outcome)، والإجهاد التلقائي (Spontaneous abortion)، وزيادة تسعة أضعاف في التشوهات الخلقية عند السيدات اللاتي كان لديهن تركيز الهيموجلوبين الجليكوزيلاتي (HbA1c) أكثر من 7.5٪ عند التسجيل.

كذلك استنتجت دراسة حديثة من سيدني أن الحمل عند السيدات المصابات بالسكري من النمط 1 أو النمط 2 تكون مصحوبة بمضاعفات أكثر منها عند عامة السكان. تعود نصف حالات وفيات الفترة المحيطة بالولادة تقريباً إلى التشوهات الخلقية الكبيرة، وترتبط هذه التشوهات بشكل كبير بدرجة فرط سكر الدم في الفترة المحيطة بحدوث الحمل وأثناء الفترة الباكورة من الأثلوث الأول للحمل.

النصح قبل الحمل (Preconception counselling):

أظهر التحليل اللاحق للدراسات المنشورة حول دور الرعاية قبل الحمل في إنقاص التشوهات الخلقية انخفاضاً هاماً في انتشار الشذوذات الخلقية الكبيرة عند السيدات اللاتي قُدمت لهن النصيحة قبل الحمل.

هناك عدد هام من السيدات الشابات المصابات بالسكري من النمط (1) لسنّ تحت رعاية منتظمة من قبل طبيب اختصاصي، وهناك عدد متزايد من السيدات المصابات بالسكري من النمط (2) وهن في سن الإنجاب لا يحتجن رعاية من قبل اختصاصي، ولأجل هذه المجموعات يجب أن يأخذ الطبيب العام دوراً فعالاً، وأن يستغل الفرص لمناقشة موضوع الحمل والتأكيد على الفوائد الكبيرة للرعاية التي تسبق الحمل.

يجب تقديم المعلومات والنصح حول الحاجة للتخطيط للحمل إلى السيدات المصابات بالسكري، وذلك بعد البلوغ أو مباشرة بعد التشخيص، ويجب تعزيز هذه المعلومات بشكل منتظم (سنوياً على الأقل).



مبادئ عامة للتدبير العلاجي للسكري أثناء الحمل:

الأدوية (Medications):

لا يُوصى بخافضات سكر الدم الفموي أثناء الحمل بسبب عدم إثبات سلامتها بعد. يجب تحويلها إلى أخذ الأنسولين قبل الحمل، قد نحتاج في بعض الحالات الخاصة (مثل رفض المريضة قطعياً أخذ الأنسولين) إلى العوامل الفموية مثل الميتفورمين (Metformin)، حيث يمكن متابعته لكن بعد مناقشته مع المريضة.

يجب أن تكون معالجة فرط ضغط الدم مثالية في الحمل، ويجب تغيير الأدوية الخطرة لضمان ضبط ضغط الدم في الفترة المبكرة من الحمل.

خافضات ضغط الدم الممنوعة أثناء الحمل:

- مثبطات الإنزيم المحول للأنجيوتنسين.
- محصرات مستقبلات الأنجيوتنسين.
- المدرات البولية بكل أنواعها.

نوصي بإيقاف هذه المعالجات وإعطاء البدائل قبل الحمل، كما يجب تجنب المحصرات البيتاوية (β-blockers) (مثل Inderal) ما لم تكن ضرورية جداً وذلك لأنها تحجب أعراض نقص سكر الدم المهدد للحياة

- خافضات ضغط الدم المناسبة للحمل:

- ميثيل دوبا (Aldomet)، هيدرالازين (Isoptin)، وفيراباميل (Apresoline)،
- يجب إيقاف المعالجة الخافضة للشحوم قبل الحمل بسبب الإمكانية الماسخة (Teratogenic).

التثقيف (Education):

يجب إجراء مراجعة منهجية تتضمن المناقشة مع المُثَقَّف السكري واختصاصي التغذية، والوصول إلى

الجليكوزيلاتي (HbA1c) لا تزداد تحتها التشوهات الخلقية، تحدت الدراسات الحديثة هذا الاعتقاد في نمطي السكري 1 و2، واقترحت هذه الدراسات أن اختطار التشوهات الخلقية يتضاعف عندما يزداد تركيز (HbA1c) عن المعدل الطبيعي ولو بشكل طفيف. وأكثر من ذلك تتضاعف التشوهات الخلقية عند السيدات اللاتي لديهن تركيز (HbA1c) أقل من انحرافين معياريين فوق المتوسط الطبيعي.

كما ألقى الضوء على التأثيرات الضائرة لارتفاع سكر الدم على الحمل بملاحظة أن ارتفاع (HbA1c) بمقدار انحراف معياري واحد في الأثلوث الأول من الحمل يزيد من اختطار الإجهاض التلقائي بنسبة 3٪.

وبناءً على ما سبق فإننا نوصي باستهداف قيمة طبيعية لـ (HbA1c 4-6٪) قبل الحمل.

تقل معظم المضاعفات الأخرى التي تنشأ عن السكري قبل الحمل (مثل عملقة الجنين Macrosomia، نقص سكر الدم عند الوليد، ومقدمة الارتجاج Pre-eclampsia) وذلك بالضبط الجيد لسكر الدم خلال الحمل.

رعاية الحمل من قبل فريق متخصص

أظهرت دراسات عديدة من عدة بلدان أن المراكز المهتمة برعاية الحمل المضاعف بالسكري قبل الحمل تحقق نتائج أفضل من المراكز التي ليس لها هذا الاهتمام، وبناءً عليه يُوصى أن تتم رعاية السيدات المصابات بالسكري قبل الحمل (الحوامل أو اللاتي يخططن للحمل) في مركز متخصص في تقديم هذه الرعاية.

من الملائم أن يقوم الممارسون العامون بتحويل السيدات المصابات بالسكري إلى الأطباء المولدين واختصاصيي الغدد الصماء أو إلى أطباء خبيرين في التدبير العلاجي للسكري أثناء الحمل، وبشكل مثالي يجب أن يتم التحويل قبل الحمل، وإذا كانت المرأة حاملاً مسبقاً يجب رؤيتها في وقت مبكر قدر الإمكان من قبل الفريق المتخصص.



سكر الدم المسجلة على دفتر مراقبة السكر المنزلي، ويفضل الوصول إلى قيمة طبيعية لـ (HbA1c بين 4-6٪).

- نحتاج للمعالجة بالأنسولين إذا لم تتم السيطرة على السكري من النمط 2 بالنظام الغذائي، بشكل عام يوصى بنظام البُلعة (Bolus) الأساسي، ولكن يمكن استخدام أنظمة أخرى في بعض الحالات، يتضمن النظام الملائم ثلاث حقن من الأنسولين قصير المفعول مثل (Actrapid) قبل الوجبات، وأنسولين مديد المفعول أو (Ultratard أو Monotard) مثل متوسط المفعول قبل النوم.

نُشرَت معلومات كثيرة عن Lispro (Humalog) وعن Aspart (NovoRapid)، وكلاهما آمن غالباً بالرغم من معارضة ذلك في التقارير الأولية. ومهما يكن فإنه يجب مناقشة استعمالهما أثناء الحمل مع المريضة. يوجد القليل من التجارب المنشورة حول [glargine (Lantus)] الأنسولين الجديد مديد المفعول، والأفضل تجنبه في الوقت الحالي.

وظيفة الدرقية والداء البطني

(Tyroid function & Coeliac disease):

يجب قياس وظيفة الدرقية قبل الحمل وأثناءه، تكثر الشذوذات (خاصة قصور الدرقية) عند المصابات بالسكري وتترافق مع نتائج حمل ضائرة، تكون وظيفة الدرقية المُقاسة باكراً في الحمل غير سوية إذا تمت مقارنتها مع غير الحوامل، وقد يكون الهرمون المنبه للدرق (TSH) منخفضاً مع ارتفاع في الثيروكسين (T₄) أو ثلاثي يودو ثيرونين الحر (T₃)، ونحتاج رأي اختصاصي عند اكتشاف وظيفة درقية شاذة، كما يجب الأخذ بعين الاعتبار التحري عن الداء البطني.

الهدف، وهو ضمان تعلّم مهارات التدبير العلاجي الذاتية بما في ذلك غشيان الصباح، وتجنب مراجعة التدبير العلاجي لنقص السكر، وتعليم شريك المريضة (الزوج) التي تحتاج الأنسولين على استخدام الجلوكاجون (Glucagon).

مراجعة المضاعفات (Complications review):

يجب إجراء استقصاء منهجي لمضاعفات الأوعية الكبيرة للسكري خاصة اعتلال الشبكية، واعتلال الكلية اللذين يمكن أن يتطورا أثناء الحمل، حيث يجب إجراء التقدير الكمي لمعدل إفراغ الألبومين في عينة بول مُزمنة، وإذا لم تنجح يمكن تحديد نسبة (الألبومين: كرياتينين) في عينة البول الصباحي، وإذا كانت النسبة أكثر من 3.5 يجب إجراء العينة المُزمنة لتقدير كمية إفراغ الألبومين. وتكون المريضة التي لديها بيلة ألبومينية (Albuminuria) أكثر عرضة لتطور مقدمة الارتعاج والترقي إلى مرض كلوي، كما يجب إجراء فحص لشبكية العين عبر الحدقة المتوسعة من قبل شخص خبير بهذا الفحص، وإذا وجدت حاجة لمعالجة اعتلال الشبكية يجب أن تتم قبل الحمل.

ضبط سكر الدم في الحمل

(Glycaemic control in pregnancy):

- الفحص الذاتي لسكر الدم إلزامي، يجب أن تفحص السيدات مستويات سكر الدم قبل الإفطار وبعد ساعتين من الوجبة، ويفيد فحص السكر قبل وجبات أخرى عند بعض السيدات، والهدف هو الوصول إلى مستوى 3.5-5.5 ملي مول/لتر على الريق و3.5-7.0 ملي مول/لتر بعد ساعتين من الوجبة.

- تجب مراقبة الهيموجلوبين الجليكوزيلاتي (HbA1c) خلال الحمل بفاصل شهر إلى شهرين لإثبات موضوعية الانطباع الإكلينيكي الناجم عن قياسات مستويات

الاختطار عند الأم (Risks to the mother):

توجد بعض الحالات يُمنع فيها الحمل؛ وذلك لأنها تضع الأم في اختطار كبير، وتتضمن:

- اعتلال شبكية تكاثري ناشط: حتى تتم معالجته، باعتباره قد يترقى بسرعة أثناء الحمل.

- اعتلال كلوي: أيضاً يمكن أن يترقى بسرعة أثناء الحمل، وبالرغم من عودة الوظيفة الكلوية إلى الطبيعي بعد الولادة إلا أن هذا لا يحدث إذا كان الاعتلال وخيماً (الكرياتين أكثر من 200 ملي مول/لتر).

- وجود مرض قلبي: حيث تسبب التغيرات الفيسيولوجية أثناء الحمل ضغطاً إضافياً على الوظيفة القلبية، ويجب تحديد قابلية القلب على التعامل مع هذه المتطلبات الزائدة قبل الحمل.

- وجود اعتلال عصبي (خزل المعدة/أو انخفاض ضغط الدم الانبساطي)، وهذا يجعل التدبير الدوائي للحمل صعباً للغاية.

عند وجود أحد هذه الأسباب التي تمنع الحمل يجب على الممارس الطبي أن يشرح للمريضة الأخطار المترتبة عليها في حال الحمل، وقرار المتابعة أو عدمها، ويجب أن يوضح ذلك من قِبَل السيدة وزوجها.

اختطار نقص سكر الدم الأمومي

(Risk of maternal hypoglycaemia):

لا يمكن الوصول إلى الضبط الجيد أو الممتاز دون زيادة اختطار حدوث نقص السكر الخطير الذي يشكل حالة طارئة مهددة للحياة، قد يسبب نقص سكر الدم موت الوالدة أو موت الجنين.

تتغير الحاجة للأنسولين أثناء الحمل، مما يجعل ضبط المعالجة صعباً وخطيراً ما لم يكن هناك معرفة بالتغيرات الاستقلابية التي تحدث أثناء الحمل. تكون الحاجة للأنسولين أقل في الفترة الباكراً من الحمل (حتى الأسبوع

18 من الحمل)، في حين تزداد الحاجة (2-3 أضعاف) بين الأسبوعين (24 و32)، وبعد ذلك تنخفض من جديد، وأي انخفاض هام يجب أن يقود الطبيب المولد إلى إجراء تقييم لعافية الجنين ويقود الطبيب الآخر لتقييم بقية المشكلات الصحية.

النصح بعد الوضع (Postpartum counselling):

تقل الحاجة إلى الأنسولين بشكل دراماتيكي بعد الوضع مباشرةً بالمقارنة مع الأسابيع الأخيرة من الحمل، وتجب المراقبة الدقيقة لإيجاد نظام الجرعات الجديد الملائم، حيث إن الفترة التالية للوضع مليئة بالمفاجآت التي لا يمكن التنبؤ بها وتحتاج السيدة إلى تغيير النظام المشدد الذي كان متبعاً أثناء الحمل، والرجوع إلى هذا النظام - كما يُقترح غالباً - ليس مناسباً في الحالة الجديدة.

لا يجب وصف خافضات السكر الفموية أثناء الرضاعة، من الضروري متابعة المعالجة بالأنسولين عند السيدات المرضعات المصابات بالسكري من النمط (2) للحفاظ على ضبط آمن لسكر الدم، تعود رعاية الأم في هذه المرحلة إلى الوضع الأولي ويجب إخبار الممارس العام عن تفاصيل المعالجة.

دور الممارسين العاميين

[The role of General Practitioners (GPs)]

يرتبط دور الممارس العام برعاية السيدات المصابات بالسكري الراغبات بالحمل في الفترة السابقة للحمل أكثر منها أثناء الحمل، يجب أن يعي الممارسون العامون ضرورة الإحالة إلى الاختصاصي، خاصة إذا كان لدى السيدة مرض الأوعية الكبيرة أو فشل كلوي مزمن، أو ضبط سيء لسكر الدم، أو إذا كان لديها مضاعفات حملية.

يحتوي الجدول رقم (2) النقاط الأساسية للرعاية قبل الحمل وأثناءه للسيدات المصابات بالسكري قبل الحمل:

الجدول رقم (2): بوضوح إرشادات للممارسين العاميين

السكري والحمل	
1 -	التدبير الدوائي المثالي للسكري وتغيير نمط الحياة قبل الحمل. - تحويل خافضات سكر الدم الفموية إلى الأنسولين. - استخدام خافضات الضغط التي يُسَمَح باستخدامها أثناء الحمل.
2 -	تحقق من وجود مضاعفات السكري: - ضمان معالجة اعتلال الشبكية التكاثري - انتبه لاحتمال زيادة المشكلات مع وجود اعتلال كلوي أو اعتلال عصبي مستقلي. - وجود مرض الأوعية الكبيرة أو فشل كلوي مزمن يحتاج تحويل إلى الاختصاصي.
3 -	انتبه إلى تغير الحاجة إلى الأنسولين مع تقدم الحمل.
4 -	راقب عن كثب - أسبوعياً أو أقل - الحالات الصعبة.
5 -	التخطيط لإمكانية ولادة خديج حيث يكون في اختطار مرتفع لحدوث الضائقة التنفسية ومشكلات أخرى.
6 -	الإحالة المبكرة إلى مركز متخصص إذا كان ضبط سكر الدم سيئاً أو ظهر دليل على مضاعفات الحمل.

الملائم أو الفريق الاختصاصي عندما يتم التخطيط للحمل، أو أسرع ما يمكن إذا كان الحمل قد حدث.

*** Bibliography:**

- *Fernando Arias . Pratical guide to high risk pregnancy and delivery. Mosby, 2004.*
- *Modern medicine journal,2002*

وأخيراً بالرغم من ازدياد نسبة المضاعفات عند السيدات الحوامل المصابات بالسكري قبل الحمل أكثر منها عند غير المصابات، فإنه يمكن تقليل الاختطار إلى الحد الأدنى إذا تم تقديم رعاية مثالية قبل الحمل، وهذا يحتاج إلى توعية السيدات حول المشكلات النوعية من قبل مقدمي الرعاية الطبية الدورية، والإحالة إلى الاختصاصي

