

· 妊娠期高血糖 ·

美国糖尿病学会 2025 年“妊娠期高血糖 诊治指南”解读

隽娟 杨慧霞

北京大学第一医院妇产生殖医学中心, 北京 100034

通信作者: 杨慧霞, Email: yanghuixia@bjmu.edu.cn, 电话: 010-83573246

【摘要】 美国糖尿病学会(American Diabetes Association, ADA)基于最新的循证医学证据更新了2025年“妊娠期高血糖诊治指南”。本次指南主要在孕前咨询、孕期血糖控制目标中有关持续血糖监测、妊娠期高血糖管理中有关营养咨询和自动胰岛素输注系统以及孕期药物使用中有关降脂药物和他汀类药物使用等内容进行了更新。本文针对更新的内容进行了详细的介绍和解读, 以期为临床实践提供参考依据。

【关键词】 妊娠期高血糖; 美国糖尿病学会; 指南解读

基金项目: 国家自然科学基金(82470863); 北京市科技新星计划资助(2024010); 中央高水平医院临床研究基金(22cz020401-4811009)

Interpretation of the "Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Care in Diabetes-2025" of American Diabetes Association

Juan Juan, Yang Huixia

Department of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Medicine, Peking University First Hospital, Beijing 100034, China

Corresponding author: Yang Huixia, Email: yanghuixia@bjmu.edu.cn, Tel: 0086-10-83573246

【 Abstract 】 American Diabetes Association (ADA) updated the "Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Care in Diabetes-2025" based on the latest medical evidence. The main points of this updated guideline include the preconception counseling section, the continuous glucose monitoring part in the glycemic goals in pregnancy section, the nutritional counseling part and automated insulin delivery systems part in the management of diabetes in pregnancy section, and the use of lipid-lowering drugs medications and statins therapy part in the pregnancy and drug considerations section. This article provides a detailed introduction and interpretation of the updated guidelines, in order to provide a reference for clinical practice.

【 Key words 】 Diabetes in pregnancy; American Diabetes Association; Interpretation of guideline

Fund program: National Natural Science Foundation of China (82470863); Beijing Nova Program (2024010); National High-level Hospital Clinical Research Funding (22cz020401-4811009)

2024 年 12 月, 美国糖尿病学会(American Diabetes Association, ADA)基于最新的循证医学证

据更新了2025年“糖尿病诊治指南”(简称指南), 并发表于 *Diabetes Care* 杂志上。本文针对其中妊

DOI: 10.3760/cma.j.cn113903-20250116-00026

收稿日期 2025-01-16 本文编辑 夏乐

引用本文: 隽娟, 杨慧霞. 美国糖尿病学会 2025 年“妊娠期高血糖诊治指南”解读[J]. 中华围产医学杂志, 2025, 28(1): 17-22. DOI: 10.3760/cma.j.cn113903-20250116-00026.



娠期高血糖更新的内容介绍(表 1)^[1-2]和解读如下,以期为临床实践提供参考依据。

一、备孕期筛查

2025 年 ADA 指南推荐对所有计划妊娠的育龄期女性备孕期进行高危因素筛查(证据等级 B 级)和糖尿病前期/糖尿病筛查(证据等级 E 级)。孕 15 周前应针对糖尿病高危人群进行筛查(证据等级 B 级)。针对孕前未筛查糖尿病的女性应在首次产前检查时筛查(证据等级 E 级)。孕 15 周前应筛查糖代谢异常,以尽早识别母儿不良妊娠结局风险较高、需要胰岛素治疗,以及妊娠期糖尿病(gestational diabetes mellitus, GDM)风险较高的人群(证据等级 B 级)。孕早期糖代谢异常的筛查标准为空腹血糖(fasting plasma glucose, FPG) 6.1~6.9 mmol/L 或糖化血红蛋白(glycated hemoglobin A1c, HbA1c) 5.9%~6.4%(证据等级 B 级)。对未确诊糖尿病的女性或孕早期糖代谢筛查异常的高危孕妇在妊娠 24~28 周进行 GDM 筛查(证据等级 A 级)。上述推荐与 2024 年 ADA 指南推荐一致。

二、孕前咨询

2025 年 ADA 指南新增了有 GDM 史孕妇在怀孕前应进行糖尿病筛查和孕前保健,以尽早识别和治疗高血糖,预防先天畸形(证据等级 E 级)。推荐对所有患有糖尿病且计划妊娠的育龄期女性常规进行糖尿病相关的孕前咨询(证据等级 A 级)。应

做到有计划妊娠,在做好妊娠准备及血糖控制达标前注意有效避孕(证据等级 A 级)。孕前咨询应强调尽可能将孕前血糖控制在正常范围,理想状态下 HbA1c 水平控制在 6.5% 以下再妊娠,以降低先天畸形、子痫前期、巨大儿、早产和其他并发症的风险(证据等级 A 级)。以上其他建议与 2024 年 ADA 指南保持一致。

对患有 1 型或 2 型糖尿病的孕妇进行孕前咨询,在降低先天畸形、早产和新生儿重症监护室入院风险方面非常有效,孕前咨询还能够降低围产期死亡率和小于胎龄儿的发生风险。所以,将计划妊娠相关内容纳入糖尿病患者的常规保健和护理中是十分关键的。在常规保健中,应指导所有患有糖尿病的育龄期女性了解意外怀孕的风险,并指导她们如何通过有计划妊娠改善母婴结局。对于已经采用有效避孕措施或未计划怀孕的育龄期女性也应提供咨询和指导。有效的孕前咨询能够显著改善健康,减轻疾病负担。有糖尿病前期或 GDM 史的女性只要有生育能力就应进行孕前评估。

有 GDM 史且计划怀孕的女性应在孕前进行糖尿病前期或 2 型糖尿病筛查。在未怀孕时可以使用常规血糖检测方法进行评估,如果评估结果显示血糖正常,没有糖尿病前期或 2 型糖尿病,孕期应在孕 15 周前进行葡萄糖代谢异常筛查或孕 24~28 周进行 GDM 筛查(如果之前未曾进行葡萄糖代

表 1 美国糖尿病学会 2025 年“妊娠期高血糖诊治指南”更新点汇总

要点	2024 年	2025 年
1. 孕前咨询中增加了对有妊娠期糖尿病史的孕妇在怀孕前应进行糖尿病筛查和孕前保健的内容	无	有妊娠期糖尿病史的孕妇在怀孕前应进行糖尿病筛查和孕前保健,以尽早识别和治疗高血糖,预防先天畸形(证据等级 E 级)
2. 孕期血糖控制目标中,针对 CGM 对不同 类型糖尿病孕妇的益处进行了详细阐述和 推荐	CGM 有助于糖尿病孕妇妊娠期实现 HbA1c 控制目标(证据等级 B 级)	CGM 有助于 1 型糖尿病孕妇孕期实现血糖控制目标(如目标范围时间、高血糖时间等)(证据等级 A 级)和 HbA1c 控制目标(证据等级 B 级),并可能对孕 期其他类型的糖尿病有益(证据等级 E 级)
3. 妊娠期高血糖管理中有关营养咨询的内容, 进一步强调了孕前和孕期通过营养咨询 促进平衡膳食模式的重要性,证据等级由 E 级提升至 C 级	营养咨询时应建议孕妇平衡膳食,摄入 营养丰富的水果、蔬菜、豆类、全谷 物、富含 n-3 脂肪酸的食物,包括坚 果和鱼类等(证据等级 E 级)	孕前和孕期营养咨询时应提倡健康的饮食模式,摄 入营养丰富的水果、蔬菜、豆类、全谷物、坚果、鱼 类和其他瘦肉蛋白,富含宏量营养素和 n-3 脂肪 酸的平衡膳食结构(证据等级 C 级)
4. 妊娠期高血糖管理中增加了有关 AID 系统 的推荐	无	建议 1 型糖尿病孕妇使用具有妊娠特异性葡萄糖靶 点的 AID 系统(证据等级 A 级)。对于一些有经验丰 富的医疗团队指导并使用辅助技术的 1 型糖尿病 孕妇可选用不具有妊娠特异性葡萄糖靶点的 AID 系统(证据等级 B 级)
5. 孕期药物使用中增加了降脂药物和他汀类 药物使用的推荐	无	在大多数情况下,应在怀孕前停止服用降脂药物,并 避免在未采取有效避孕措施的育龄期糖尿病人群 中使用降脂药物(证据等级 B 级)。在某些情况 下(如家族性高胆固醇血症,既往动脉粥样硬化性心 血管疾病),当益处大于风险时,可以继续使用他 汀类药物进行治疗(证据等级 E 级)

注:CGM:持续血糖监测(continuous glucose monitoring);AID:自动胰岛素输注(automated insulin delivery);HbA1c:糖化血红蛋白(glycated hemoglobin A1c)

谢异常筛查)。如果孕前已诊断为糖尿病前期或 2 型糖尿病,应从孕前开始治疗,目标是使 HbA1c 水平尽可能控制在 6.5% 以下。孕前 HbA1c 水平控制在 6.5% 以下时,先天畸形(由于胎儿器官形成主要发生在孕 5~8 周)、子痫前期和早产的发生风险最低。一项针对观察性研究的系统综述和 meta 分析发现,孕前患有糖尿病的女性进行孕前咨询能够降低 HbA1c 水平,并降低出生缺陷、早产、围产期死亡、小于胎龄儿和新生儿重症监护病房入院风险。

孕前咨询还包括评估孕前体重。一项针对孕前超重肥胖且有 GDM 史的随机对照研究发现,孕前减重有助于降低 GDM 复发风险。关于体重管理的咨询应包括对不同减重策略已知益处和风险的指导。对于药物治疗的策略,应针对孕前何时更换药物给出建议。

三、孕前保健

2025 年 ADA 指南推荐,对于计划妊娠且既往患有糖尿病的育龄期女性,应从孕前开始由包括内分泌保健专业人员、母胎医学专家、注册营养师、糖尿病健康教育专家等在内的多学科专家诊疗管理(证据等级 B 级)。孕前除了注重达到血糖控制目标外(证据等级 A 级),还应加强对营养、运动、糖尿病自我保健教育以及筛查糖尿病并发症和合并症的孕前保健(证据等级 B 级)。对计划妊娠或已经妊娠的既往糖尿病的女性,应对糖尿病视网膜病变的风险提供咨询,在孕前或孕早期进行一次全面的眼科检查,以评估视网膜病变的进展,并根据视网膜病变程度,在整个孕期和产后 1 年内进行密切随访管理与治疗(证据等级 B 级)。上述推荐与 2024 年 ADA 指南一致。

美国妇产科医师学会(American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG)第 762 号对孕前咨询的意见同样强调了对所有孕妇进行孕前保健的重要性,指出应对有妊娠计划且患有糖尿病前期或糖尿病的女性进行筛查纳入常规孕前保健。建议孕前开始服用 400~800 mg 叶酸和 150 mg 碘化钾的维生素。

由于妊娠期胰岛素管理的复杂性,建议转诊至能够提供多学科团队管理的专业中心(团队成员可根据需要包括产科专家、内分泌科专家,以及其他在管理妊娠和糖尿病方面经验丰富的医疗保健专业人员、注册营养师、糖尿病管理和教育专家、社会

工作者等)。若没有多学科管理中心时,通过跨专业团队管理仍然是有益的。对于糖尿病患者特定的孕前保健还包括告知其糖尿病对于母婴可能造成的风险以及降低风险的策略和措施,如制定血糖控制目标、生活方式管理及医学营养治疗。

四、孕期血糖控制目标

2025 年 ADA 指南对于持续血糖监测(continuous glucose monitoring, CGM)的推荐更新为 CGM 有助于 1 型糖尿病孕妇孕期实现血糖控制目标[如目标范围内时间(time in range, TIR)、高于目标范围时间(time above range, TAR)等](证据等级 A 级)和 HbA1c 控制目标(证据等级 B 级),并可能对孕期其他类型的糖尿病有益(证据等级 E 级)。

妊娠期高血糖孕妇都应监测空腹、餐前和餐后血糖,以达到最佳血糖水平。孕期血糖控制目标建议为 FPG<5.3 mmol/L、餐后 1 h 血糖<7.8 mmol/L 或餐后 2 h 血糖<6.7 mmol/L(证据等级 B 级)。正常妊娠状态,HbA1c 水平略低于正常未孕状态,如果没有明显的低血糖风险,妊娠期 HbA1c 水平建议控制在 6% 以内最佳;但如果存在低血糖倾向,HbA1c 控制水平可放宽至 7% 以内(证据等级 B 级)。CGM 推荐用于 1 型糖尿病合并妊娠(证据等级 A 级)。CGM 辅助 1 型糖尿病合并妊娠孕妇的孕期管理,能够降低大于胎龄儿和新生儿低血糖的风险(证据等级 A 级)。CGM 与血糖监测联合使用有助于实现最佳的餐前和餐后血糖目标(证据等级 E 级)。以上推荐与 2024 年 ADA 指南推荐一致。

2025 年 ADA 指南中新增了以表格形式呈现的不同类型妊娠期高血糖的孕期血糖控制目标(表 2)。既往研究显示,对于无糖尿病的孕妇,即使 HbA1c 水平在正常范围内的升高也会增加不良妊娠结局的发生风险。高血糖与不良妊娠结局(Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome, HAPO)研究发现,血糖水平升高与不良妊娠结局相关,孕早期 HbA1c 水平控制在 6%~6.5%,不良妊娠结局发生风险最低;孕中晚期 HbA1c<6% 时,大于胎龄儿、早产和子痫前期的发生风险最低。因此,综合考虑上述因素和低血糖的发生风险,ADA 指南对孕期 HbA1c 控制目标分别建议为<6%(无低血糖风险)和<7%(有低血糖风险)。

一项针对 1 型糖尿病孕妇 CGM 的随机对照试验(Continuous Glucose Monitoring in Pregnant

表 2 美国糖尿病学会 2025 年“妊娠期高血糖诊治指南”不同类型妊娠期高血糖孕期血糖控制目标

项目	1 型糖尿病/2 型糖尿病	胰岛素治疗的妊娠期糖尿病	未用胰岛素治疗的妊娠期糖尿病
空腹血糖	3.9~5.3 mmol/L (70~95 mg/dl)	3.9~5.3mmol/L (70~95 mg/dl)	<5.3 mmol/L (<95 mg/dl)
餐后 1 h 血糖	6.1~7.8 mmol/L (110~140 mg/dl)	6.1~7.8mmol/L (110~140 mg/dl)	<7.8 mmol/L (<140 mg/dl)
餐后 2 h 血糖	5.6~6.7 mmol/L (100~120 mg/dl)	5.6~6.7mmol/L (100~120 mg/dl)	<6.7 mmol/L (<120 mg/dl)

Women With Type 1 Diabetes Trial, CONCEPTT) 结果显示,在传统血糖监测基础上增加 CGM 后,孕妇 HbA1c 水平有所改善,TIR 和 TAR 显著改善,且不会增加低血糖的发生风险,新生儿结局得到改善,大于胎龄儿和严重的新生儿低血糖发生风险降低,住院时间缩短,证明了 CGM 在 1 型糖尿病孕妇中的应用价值。但目前尚没有足够的证据支持在所有 2 型糖尿病或 GDM 孕妇中使用 CGM 的价值。

五、妊娠期高血糖的管理

对于妊娠期高血糖的管理包括均衡的营养、适宜的运动等生活方式管理和药物治疗,以支持母亲、胎儿和胎盘的需求,并实现血糖管理目标。2025 年 ADA 指南推荐,孕前和孕期营养咨询时应提倡健康的饮食模式,摄入营养丰富的水果、蔬菜、豆类、全谷物、坚果、鱼类和其他瘦肉蛋白,富含宏量营养素和 n-3 脂肪酸的平衡膳食结构(证据等级 C 级)。与 2024 年 ADA 指南相比,进一步强调了孕前和孕期通过营养咨询促进平衡膳食模式的重要性,证据等级由 E 级提升至 C 级。

以下推荐与 2024 年 ADA 指南一致。改变生活方式是 GDM 管理的重要组成部分,可以满足大部分孕妇对血糖的控制需要,必要时可通过增加胰岛素治疗达到血糖控制目标(证据等级 A 级)。对 GDM 孕妇在医疗机构常规保健基础上增加远程健康管理有助于改善妊娠结局(证据等级 A 级)。对于 1 型糖尿病孕妇,孕期应使用胰岛素治疗(证据等级 A 级);胰岛素也是治疗 GDM 的首选药物(证据等级 A 级);对于 2 型糖尿病的孕妇,同样推荐胰岛素作为治疗的首选药物(证据等级 B 级)。对于 1 型糖尿病孕妇,每天多次注射胰岛素和胰岛素泵注射胰岛素这 2 种方式在孕期均可以使用(证据等级 C 级)。二甲双胍和格列本脲由于能够通过胎盘到达胎儿(证据等级 A 级),并且可能不足以实现血糖控制目标(证据等级 B 级),无论单独用药还是联合用药都不应用作一线药物。其他口服和非胰岛素注射降糖药物仍缺乏长期安全性数据,所以不作为推荐治疗药物(证据等级 E 级)。当二甲双胍

用于治疗多囊卵巢综合征及促排卵时,应在孕早期停止用药(证据等级 A 级)。

2025 年 ADA 指南新增了有关自动胰岛素输注(automated insulin delivery, AID)系统的推荐:建议 1 型糖尿病孕妇使用具有妊娠特异性葡萄糖靶点的 AID(证据等级 A 级)。对于一些有经验丰富的医疗团队指导并使用辅助技术的 1 型糖尿病孕妇可选用不具有妊娠特异性葡萄糖靶点的 AID 系统(证据等级 B 级)。

对于孕前糖尿病的孕妇,通常采用胰岛素治疗结合医学营养治疗来实现血糖控制目标。糖代谢正常人群孕期 FPG 低于非妊娠状态,因此孕期血糖控制目标应较非孕期更严格。糖尿病孕妇应注重碳水化合物的摄入量,避免高血糖或低血糖的发生。接受注册营养师指导均衡的膳食计划、合理的胰岛素与碳水化合物比例以及适宜的体重增长目标是十分重要的。CONCEPTT 研究结果显示,在随机分组前研究对象的膳食模式是高脂肪、低纤维和劣质碳水化合物,水果和蔬菜摄入不足,1/4 孕妇面临微量营养素缺乏的风险,强调了孕期营养的重要性。孕期应注重平衡膳食,避免限制任何宏量营养素的膳食模式,特别是缺乏碳水化合物的生酮饮食、限制奶制品的原始人饮食法及以过量饱和脂肪为特征的膳食模式。推荐摄入营养丰富的水果、蔬菜、豆类、全谷物、瘦肉蛋白和富含 n-3 脂肪酸的食物,包括坚果和鱼类等,这些食物不会使体重增长过快。应限制加工食品、高脂肪肉类、甜食和饮料的摄入。

目前尚缺乏探讨妊娠期高血糖孕妇适宜膳食能量摄入的相关研究,因此对妊娠期高血糖孕妇的膳食指导主要依据膳食参考摄入量(dietary reference intakes, DRI)。对于所有孕妇,DRI 推荐每天至少摄入 175 g 碳水化合物、71 g 蛋白质和 28 g 膳食纤维,应强调单不饱和脂肪和多不饱和脂肪的摄入,同时应注重限制饱和脂肪的摄入并避免摄入反式脂肪。高质量和高营养密度的碳水化合物有助于实现空腹和餐后血糖目标,减少游离脂肪酸,

改善胰岛素功能,降低婴儿过度肥胖的风险。

多项随机对照试验和 Cochrane 综述提示,从早中孕期开始,通过膳食、运动干预和生活方式咨询能够降低 GDM 发生风险。既往研究表明,通过 Carpenter-Coustan 诊断标准确诊的 GDM 孕妇中,70%~85% 可以仅通过改变生活方式来控制 GDM 血糖水平;如果按照国际糖尿病与妊娠研究组(International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups, IADPSG)的 GDM 诊断界值,该比例将会更高。由此可见,改变生活方式对于 GDM 孕妇的管理具有重要的作用。

既往研究显示,针对 124 例 1 型糖尿病孕妇使用 AID 系统,在孕早期将泵送葡萄糖目标定为 100 mg/dl,孕 16~20 周将泵送血糖目标定为 81~90 mg/dl, AID 组孕妇的 CGM 显示其 TIR 较高(组间差异 10.5%, $P<0.001$), TAR 较低 [10.2% (95%CI: 6.6%~13.8%)], HbA1c 水平较低 [0.31% (95%CI: 0.12%~0.50%)]。另一项针对 95 例 1 型糖尿病孕妇使用 AID 系统的随机对照研究将葡萄糖目标设定为 100 mg/dl,结果显示 AID 组夜间 TIR 较高 (6.58%, $P=0.003$), 24 h 和夜间葡萄糖低于目标范围时间均较低(分别为 1.34% 和 1.86%, P 值均 <0.05), 且 AID 组孕妇对于糖尿病治疗的满意度较高。

六、子痫前期和阿司匹林

2025 年 ADA 指南推荐,合并 1 型或 2 型糖尿病女性应从孕 12~16 周开始,每日服用小剂量阿司匹林 (100~150 mg),以降低子痫前期的发生风险(证据等级 E 级)。鉴于美国的小剂量阿司匹林多为 81 mg 片剂,每日服用 2 片 (162 mg) 是可以接受的(证据等级 E 级)。该推荐与 2024 年 ADA 指南一致。

七、孕期药物使用

2025 年 ADA 指南新增推荐:在大多数情况下,应在怀孕前停止服用降脂药物,并避免在未采取有效避孕措施的育龄期糖尿病人群中使用降脂药物(证据等级 B 级)。在某些情况下(如家族性高胆固醇血症、既往动脉粥样硬化性心血管疾病),当益处大于风险时,可以继续使用他汀类药物进行治疗(证据等级 E 级)。

此外,2025 年 ADA 指南推荐,对于患有糖尿病和慢性高血压的孕妇,当血压水平高于 140/90 mmHg (1 mmHg=0.133 kPa) 即开始治疗,与发展至重度高

血压才治疗相比可改善妊娠结局,且不会增加小于胎龄儿的风险(证据等级 A 级)。有关治疗的最佳血压下限数据有限,但如果血压低于 90/60 mmHg 应减少降压治疗(证据等级 E 级)。建议将血压控制目标定为 (110~135)/85 mmHg,以降低孕妇高血压加快进展的风险(证据等级 A 级)。未使用有效避孕措施的性生活活跃的育龄期女性应避免使用,且妊娠后应停止使用存在潜在危害的药物(如血管紧张素转换酶抑制剂、血管紧张素受体阻滞剂、盐皮质激素受体拮抗剂)(证据等级 B 级)。上述推荐与 2024 年 ADA 指南一致。

正常妊娠时,血压低于非妊娠状态。慢性高血压和妊娠研究组 (Chronic Hypertension and Pregnancy, CHAP) 对妊娠期轻度慢性高血压的随机对照研究结果显示,血压达到 140/90 mmHg 时开始治疗可降低不良妊娠结局的发生风险,但不会对胎儿生长产生任何影响。基于 CHAP 研究的结果,ACOG 建议将血压 140/90 mmHg 作为开始治疗妊娠期慢性高血压的界值。CHAP 研究为妊娠期高血压的管理提供了科学依据。妊娠期高血压控制研究 (Control of Hypertension in Pregnancy Study, CHIPS) 的结果显示, (110~135)/85 mmHg 的血压控制目标有助于降低不良妊娠结局的发生风险。

血管紧张素转换酶抑制剂和血管紧张素受体阻滞剂的使用会导致胎儿肾发育异常、羊水过少、肺发育不全和胎儿生长受限,因此孕期禁止使用。孕期安全有效的降压药包括甲基多巴、硝苯地平、拉贝洛尔、地尔硫革、可乐定和哌唑嗪,不推荐使用阿替洛尔,必要时可使用其他 β 受体阻滞剂。由于利尿剂会导致子宫胎盘血流灌注减少,因此孕期不推荐使用。

对于大多数女性来说,应在怀孕前停止使用降脂药物。根据现有证据,妊娠期也应避免使用他汀类药物。虽然他汀类药物致畸风险似乎很低,但由于目前研究数据有限,他汀类药物的使用应充分考虑对有动脉粥样硬化性心血管疾病史或家族性高胆固醇血症的高危孕妇的风险和益处后,由糖尿病孕妇及其医疗团队共同讨论决定。亲水性他汀类药物如普伐他汀,可能较亲脂性他汀类药物对胎儿的伤害更小。

八、产后保健

2025 年 ADA 指南推荐,胰岛素用量应在产后

重新评估和调整,因为胰岛素抵抗水平在产后会急剧下降(证据等级 C 级)。建议指导所有合并糖尿病的育龄期女性有效避孕和计划妊娠(证据等级 A 级)。推荐所有糖尿病和有 GDM 史的产妇进行母乳喂养(证据等级 A 级)。母乳喂养益处很多,包括降低产妇远期患 2 型糖尿病的风险等(证据等级 B 级)。产后保健应包括心理评估和心理健康保健(证据等级 E 级)。对有 GDM 史的产妇,在产后 4~12 周行 75 g 口服葡萄糖耐量试验筛查糖尿病前期和糖尿病,诊断标准参照非孕期人群(证据等级 B 级)。对有 GDM 史的女性,应每 1~3 年筛查糖尿病前期或 2 型糖尿病(证据等级 B 级)。如果发现超重肥胖及有 GDM 史的女性处于糖尿病前期,应进行生活方式干预和/或使用二甲双胍,以预防糖尿病(证据等级 A 级)。上述推荐与 2024 年 ADA 指

南一致。

母乳喂养益处很多,对婴儿具有营养和免疫益处,同时对母亲和子代还具有远期益处,因此包括糖尿病和有 GDM 史在内的所有产妇都应鼓励进行母乳喂养。母乳喂养还能够降低有 GDM 史的产妇患 2 型糖尿病的风险,但仍需进一步研究以探讨母乳喂养的益处。然而,母乳喂养会增加夜间低血糖的风险,需要根据情况调整胰岛素用量。

利益冲突 所有作者声明无利益冲突

参 考 文 献

- [1] American Diabetes Association Professional Practice Committee. 2. Diagnosis and Classification of Diabetes: Standards of Care in Diabetes-2025[J]. Diabetes Care, 2025, 48(Supplement_1): S27-S49. DOI: 10.2337/dc25-S002.
- [2] American Diabetes Association Professional Practice Committee. 15. Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Care in Diabetes-2025[J]. Diabetes Care, 2025, 48(Supplement_1): S306-S320. DOI: 10.2337/dc25-S015.

· 消息 ·

《中华围产医学杂志》2025 年征订启事

《中华围产医学杂志》是由中国科学技术协会主管、中华医学会主办、北京大学第一医院承办的中华医学会系列杂志之一。围产医学是产科和新生儿科密切合作共同研究的一个新学科。本刊 1998 年创刊,是我国围产医学领域唯一的一本学术期刊。本刊以“贯彻党和国家对卫生工作的方针及政策,贯彻理论与实践、普及与提高相结合的方针,反映我国围产医学临床、科研工作的重大进展,促进国内外围产医学领域的学术交流”为办刊宗旨,反映基础、临床与预防医学和社会学等相关学科中有关围产医学的新理论、新技术,旨在为我国围产医学工作者提供一个学术交流、信息传递和了解国内外围产医学发展动态的窗口与平台。本刊主要栏目有述评、专家笔谈、论著、综述、讲座、临床科研、病例报告、外刊精选和临床指南等。

本刊 2000 年被收入科技部“中国科技论文统计源期刊(中国科技核心期刊)”“中国科学引文数据库(CSCD)核心期刊”和 WHO 西太区医学索引(WPRIM)的收录期刊。

2017 年入编北京大学图书馆《中文核心期刊要目总览》。2020 年被 Scopus 数据库收录。

在 2024 年版《中国科技期刊引证报告(核心版)》中,本刊影响因子为 1.003,在列入的 9 种妇产科类期刊中,位列第 4 位。

本刊 2025 年为月刊,铜版纸印刷,大 16 开,每期 88 页,定价 30 元,全年 360 元,每月 16 日出版。国内外公开发行,邮发代号:82-887。

订阅方式:

(1)读者可到当地邮局订阅。

(2)在本刊微信平台“中华围产医学杂志”点击菜单“常用功能”-“杂志订阅”。

地址:北京市西城区西安门大街 1 号,北京大学第一医院《中华围产医学杂志》编辑部。邮编:100034。咨询电话:010-66513519 转 802。电子信箱:cjpm1998@cmaph.org

本刊编辑部