

低血糖负荷食物交换份法营养治疗 GDM 对患者胰岛素使用量及分娩结局的影响

马晓东

(广州市妇女儿童医疗中心 广东 广州 510000)

【摘要】目的: 分析妊娠期糖尿病患者 (GDM) 应用低血糖负荷食物交换份法营养治疗对患者胰岛素使用量及分娩结局的影响。方法: 以 2020 年 1 月~2021 年 2 月为研究时间区间, 从该院共计选取 110 例 GDM 患者作为研究对象, 按照随机数字表法将其进行分组, 可分为对照组 (n=55, 实施传统食物交换份法) 和观察组 (n=55, 实施低血糖负荷食物交换份法营养治疗), 比较对照组和观察组患者胰岛素使用量、治疗后血糖水平以及血糖指标和分娩结局。结果: 观察组胰岛素使用量为 (31.86±9.35) U, 对照组胰岛素使用量为 (42.64±10.26) U, 观察组高于对照组 (t=5.759, P=0.000 < 0.05)。空腹血糖、餐后 2 小时血糖以及糖化血红蛋白水平观察组均高于对照组 (P < 0.05)。新生儿窒息、妊高症以及剖宫产等妊娠结局组间比较, 观察组均优于对照组 (P < 0.05)。结论: GDM 患者应用低血糖负荷食物交换份法营养治疗有效降低了胰岛素使用量, 控制了血糖水平, 改变了妊娠结局。

【关键词】低血糖负荷食物交换份法营养治疗; GDM; 胰岛素使用量; 分娩结局

妊娠期发生的糖耐量异常称之为妊娠期糖尿病, 是妊娠期最常见的并发症之一, 若采取治疗措施不及时, 其围产期并发症, 如巨大儿、大于胎龄儿、剖宫产、早产、新生儿低血糖等的发生率也将明显增加。糖尿病是一种由于胰岛素分泌不足或外周组织对胰岛素不敏感引起的代谢性疾病。妊娠期糖尿病属于特殊类型的糖尿病, 和孕期胰岛素功能改变, 和饮食方式和饮食结构不合理有关。对于妊娠期糖尿病患者而言, 不仅需积极实施有效的治疗措施, 而且需积极实施有效的护理干预措施。本研究从该院选取 110 例妊娠期糖尿病患者 (GDM) 作为研究对象, 分析了低血糖负荷食物交换份法营养治疗的效果。

1 临床资料

1.1 一般资料

以 2020 年 1 月~2021 年 2 月为研究时间区间, 从该院共计选取 110 例 GDM 患者作为研究对象, 按照随机数字表法将其进行分组, 可分为对照组 (n=55) 和观察组 (n=55)。观察组患者年龄 24~40 岁、平均年龄 (31.13±5.60) 岁; 对照组患者年龄 24~39 岁、平均年龄 (30.099±5.19) 岁。一般资料经统计学检验后提示 P > 0.05, 表明两组存在可比性。本研究经我院医学伦理委员会批准, 且患者及其家属均自愿签署知情同意书。

1.2 方法

对照组实施传统食物交换份法, 即指导患者在妊娠期间多摄入碳水化合物、高纤维以及低脂食物。观察组实施低血糖负荷食物交换份法营养治疗, 具体方法如下: 对妊娠前期、中期以及晚期体重予以测量, 结合 BMI 指数对每日所需热量、食物交换份数予以计算, 结合妊娠前平均 BMI 指数对每天摄入总量予以计算。1 食物交换份等于 90kcal 热量, 1 天所需摄入总热量/90 kcal 热量则为 1 天中所需食物交换份数。分类食物, 可分为蔬菜、水果、谷薯类、肉蛋类、油脂类, 以脂肪、蛋白质、碳水化合物与热量相似同类食物可任意交换的原则进行低血糖负荷食物交换份表的拟定, 始终坚持少食多餐的原则, 并保证每日胎儿和孕妇的营养摄入量, 维持血糖处于正常水平状态。定期随诊, 密切观察胎儿生长和孕妇体重增长情况, 对饮食方案予以合理调整^[1]。

1.3 观察指标

比较对照组和观察组患者胰岛素使用量、治疗后血糖水平以及血糖指标和分娩结局。

1.4 统计学方法

采用 SPSS25.0 软件进行数据处理, 以 $\bar{x} \pm s$ 表示计量资料, 组间用独立样本 t 检验, 组内用配对样本 t 检验; 计数资料以百分数和例数表示, 2 组间比较采用 χ^2 检验; P < 0.05 为差

异具有统计学意义。

2 结果

2.1 胰岛素使用量比较

观察组胰岛素使用量为 (31.86±9.35) U, 对照组胰岛素使用量为 (42.64±10.26) U, 观察组高于对照组 (t=5.759, P=0.000 < 0.05)。

2.2 治疗后血糖水平比较

空腹血糖、餐后 2 小时血糖以及糖化血红蛋白水平观察组均高于对照组 (P < 0.05)。表 1。

表 1: 两组患者治疗后血糖水平比较 ($\bar{x} \pm s$)

组别	例数	空腹血糖 (mmol/L)	餐后 2 小时血糖 (mmol/L)	糖化血红蛋白 (%)
对照组	55	5.04±0.25	6.59±0.53	6.72±1.50
观察组	55	4.82±0.34	5.75±0.61	5.81±1.24
χ^2		3.866	7.709	3.468
P		0.000	0.000	0.001

2.3 分娩结局比较

新生儿窒息、妊高症以及剖宫产等分娩结局组间比较, 观察组均优于对照组 (P < 0.05)。表 2。

表 2: 两组患者分娩结局比较 (n, %)

组别	例数	新生儿窒息	妊高症	剖宫产
对照组	55	21 (38.18)	11 (20.00)	7 (12.73)
观察组	55	11 (20.00)	3 (5.45)	1 (1.81)
χ^2		4.407	5.238	4.853
P		0.036	0.022	0.028

3 讨论

临床中妊娠期糖尿病属于妊娠期常见的一种并发症, 会导致不良妊娠结局的出现。过去人们多认为女性妊娠期间多补充营养, 减少运动, 从而防止对胎儿产生影响, 但在上述情况下易导致妊娠妇女出现饮食方式结构不合理和体重过度增长的问题, 继而导致妊娠期糖尿病的发生率持续上升。针对妊娠期糖尿病若不采取有效的干预措施以控制血糖水平, 则可能导致多种不良妊娠结局^[2]。

低血糖指数膳食主要利用评价食物而诱发餐后血糖反应的生理指标之一, 具备碳水化合物转化为葡萄糖速率和能力的反映作用。往往低血糖指数越低患者的血糖控制效果越好, 反之则越差。为保证患者血糖水平处于稳定状态, 适当摄入糖类, 并维持其稳定, 始终坚持少食多餐的饮食原则, 进一步降低了患者餐后的血糖水平。此外, 低血糖指数膳食患者在摄入食物后会导致后小肠对葡萄糖的吸收速度降低, 继而对餐后胰岛素的上升具有拮抗作用, 利用葡萄糖效应来提高外周组织摄取, 对餐后血糖进行有效防止, 且更好地控制患者体重及血脂。由此可知, 低血糖负荷食物交换份法营养治疗可更好在 GDM 患者的

(转接第 20 页)

加速康复理念在产科临床的应用和展望

童毅君

(荆州市第一人民医院产科 湖北 荆州 434000)

【摘要】加速康复外科于上世纪90年代由丹麦Henrik Kehlet教授首先提出,迄今为止ERAS国际学已颁布12部指南,在欧洲,1/3的国家推广并应用,护理工作整体减少30%,2015年中国另一个ERAS专家共识发表加速产妇产后康复时间,缩短剖宫产的住院天数,成为保障产妇安全,提高床位周转率的重要措施。

【关键词】加速康复;临床上的应用;展望

ERAS从循证角度出发,力求降低对手术患者的生理及心理创伤应激反应,通过外科,麻醉,护理,营养等多学科的紧密合作,为了优化围手术期的临床路径,减少期间的创伤应激反应和术后并发症的发生概率,帮助患者尽快恢复健康,缩短住院时间,从而降低医疗费用,目前已经有多种干预措施投入临床护理中。

ERAS应用范围多为普通外科,骨科,妇产科,神经外科,心胸外科,就目前ERAS在产科临床的应用进行综述:

ERAS在剖宫产术前的应用:1.在临床上,术前心理干预主要是通过建立护士与患者之间的信任关系,它介绍了围手术期ERAS可以减少或消除产妇焦虑、恐惧等负面持续性情绪,通过介绍ERAS在整个过程中的护理要点及必要性,使产妇用充分的心理准备,积极配合。2.术前禁食水时限的改变:手术前6小时禁食和前3小时禁水主要是为了预防胃内食物的残余。建议非糖尿病患者手术前3小时喝250毫升的糖水或清饮料。相关调查表明,减少禁食时间可一定程度减少剖腹产手术前患者的一系列不适反应,诸如饥饿、口渴、神经敏感等,同时会降低术中呕吐的发生概率。

在剖宫产中ERAS的应用:1强化术中液体管理,减少液体的摄入,缓解心脏、脏器负担以及水肿。2必须优化手术中液体护理理念和技术应用,坚持“少出血,少输血,不输血”的原则,尽可能的减少输血量。

ERAS在术后的应用:(1)早一步采取运动,定期定时进行翻身,术后6小时在床上进行被动运动,比如:扭脚踝,点头,抬头,左右摇头等。(2)在手术后12小时可以进行独立排尿,并鼓励产妇进行自主排尿。(3)需要解决多种手术后的不良情况,分娩镇痛以及麻醉后的副作用处理。(4)鼓励产妇尽快下床活动。手术后十二至二十四小时,生命体征稳定并且疼痛小于2分,产后总出血量少于500毫升的产妇可以离床,在床周围简单活动,防止跌倒的危险。(5)积极地与耐心地与产妇进行术后心理指导和母乳喂养教育,更多地关注产妇的心理状态,以及舒缓他们的焦虑感,并呼吁尽快实现母乳喂养,科普产后和临床康复措施中的常见问题。

ERAS在产后常见问题及其临床康复措施:目前,在临床实践中最常见的产后骨盆损伤疾病之一就是耻骨联合分离。就耻

骨联合分离而言,如果分离的间距在2.5cm之内且没有其他并发症,则首选保守治疗。常见的保守治疗有:物理电神经刺激等;若耻骨联合分离大于2.5cm,同时也没有伴随别的并发症,尚未制定统一的治疗策略。在临床实践中,耻骨联合分离的距离的大小并不是决定是否进行手术的判断标准,倘若耻骨联合分离被明确诊断确定,且采取保守治疗没有达到预期治疗效果,则可以采取手术治疗的方法。

腹直肌分离康复:人体腹部的解剖结构表现正常,倘若双侧腹直肌分离距离在2cm之内,可引起腹部无力,一般不会表现出明显的临床症状,手术后大约4天,倘若62.5%的产后腹直肌具有两个或两个以上的手指宽度,则必须进行产后康复训练。如果不对其进行采取干预措施,在产后6-8周内大约有30%的女性腹直肌无法恢复。在临床实践中,使用保守的治疗方法,例如腹部呼吸练习,按摩和电刺激等,这些主要是通过不同脉宽频率对直肌,横肌,腹斜肌进行电刺激,从而刺激腹部的大部分肌肉群体使其保持活跃。

妊娠和分娩是造成盆底功能障碍的主要因素,妊娠期体内的内分泌变化会导致分娩时松弛激素的释放,从而损害骨盆底肌,通常表现为产后出现尿失禁、盆底器官脱垂等,对产妇的生活治疗造成了严重的影响。分娩后,产妇需要进行骨盆底支持结构的训练,增强盆底功能的锻炼,尽快恢复。临床上的应用主要有:盆底肌电刺激和生物反馈治疗、盆底康复操等,目前,应用最广泛的就是盆底肌电刺激和生物反馈治疗,它是汇总阴道压力和肌电信号并进行数据统计分析,刺激神经肌肉的兴奋,促进组织和肌肉运动,并借助声音和视野进行反馈的一种治疗方式。

综上所述,外科治疗理念发生了革命性的变革,一种称之为“快速康复外科(Fast-track surgery,FTS)”的新治疗模式在产科临床中应用以然是不可或缺的,他最大程度的减轻手术相关应激,加速患者术后康复进程,降低并发症发生率,科学的改善患者预后,实践出真知,唯有行动才能取得进步,ERAS中护理工作绝不能流于形式,更好的配合和护理是达到加速康复成功不可或缺的一步,护理学技术的发展正处于巅峰时期,各种先进技术日新月异,未来又有哪些令我们意想不到的新科技呢?谁也难以说清楚,但结果肯定会大大超出我们的想象。

(转接第81页)
额中发挥治疗作用^[3]。

综上所述,GDM患者应用低血糖负荷食物交换份法营养治疗有效降低了胰岛素使用量,控制了血糖水平,改变了妊娠结局,建议临床推广应用。

参考文献:

[1] 石小哲,张大伟.温肾健脾汤治疗多囊卵巢综合征及对患者胰岛素抵抗、激素水平的影响[J].陕西中医,2019,040(005):637-640.

[2] 向玉,权祥菊,杨惠林,等.定坤丹对多囊卵巢综合征患

者性激素水平、胰岛素抵抗及妊娠情况的影响[J].现代生物医学进展,2020,020(003):578-581.

[3] 王婉茹,梁晓静,林虹.定量运动与饮食干预对妊娠期糖尿病患者血糖水平及母婴结局的影响[J].中国妇幼保健,2020,35(16):41-43.

[4] 最新指南介绍 | 隗娟 杨慧霞美国糖尿病学会2020年“妊娠合并糖尿病诊治指南”原创,中华围产医学杂志,2020-01-02

作者简介:

姓名:马晓东,单位:广州市妇女儿童医疗中心,科室:妇产科,职称:副主任医师。