

• 健康教育 •

个体化营养教育在妊娠期糖尿病患者健康管理中的应用

周 金, 尤祥妹, 卞月梅, 吴晓庆, 唐红浩

(中国人民解放军第一一七医院, 浙江杭州 310013)

摘 要:目的 观察妊娠期糖尿病患者营养健康教育的有效模式, 提高孕妇健康教育效果。方法 将 160 例妊娠期糖尿病患者随机分成观察组和对照组各 80 例, 观察组由营养师进行一对一的个体化营养教育, 对照组采取常规的健康宣教。结果 干预后观察组空腹血糖、餐后 2 h 血糖优于对照组, 观察组 3 个月后糖化血红蛋白达标人数高于对照组, 差异均有统计学意义($P < 0.05$)。结论 个体化营养教育可以提高妊娠期糖尿病患者的健康教育效果, 有效控制孕期血糖。

关键词:妊娠期糖尿病; 饮食; 健康教育 doi:10.3969/j.issn.1671-9875.2018.09.028

中图分类号: R473.71

文献标识码: A

文章编号: 1671-9875(2018)09-0086-02

妊娠期糖尿病(gestational diabetes mellitus, GDM)是妊娠期首次发现或发病的糖代谢异常疾病, 是产科常见并发症之一。我国 GDM 发生率为 1%~5%, 近年有明显增高趋势^[1]。GDM 与妊娠期高血压疾病、羊水过多、巨大儿、新生儿窒息等密切相关^[2], 如得不到及时诊治, 可严重威胁母婴健康。多项研究^[3-4]表明, GDM 患者孕期通过控制血糖可以有效减少母婴并发症的发生, 改善妊娠结局。目前 GDM 患者的血糖控制采用饮食调整及胰岛素治疗等方式, 饮食治疗是糖尿病治疗五架马车之一, 也是糖尿病治疗的基础^[5-6]。80%~90% GDM 患者可通过生活方式的干预将血糖控制在正常范围。健康教育是饮食治疗的关键, 目前国内 GDM 患者的健康教育方式主要是妇产科医护人员对患者进行常规糖尿病营养知识宣教, 患者常常遗忘饮食教育的内容, 依从性差。针对这一问题, 本院营养科医护人员对 GDM 患者采用个体化的营养教育和管理方法, 取得了较好的效果。现报告如下。

1 对象与方法

1.1 对象 将 2015 年 7 月至 2017 年 3 月在本院进行规范产前检查且符合 GDM 诊断标准^[7] 的 160 例患者随机分成观察组和对照组各 80 例。观察组: 年龄 24~41 岁, 平均年龄(31.96 ± 4.12)岁; 妊娠 24~36 周, 平均孕周(27.06 ± 1.47)周。对照

组: 年龄 24~41 岁, 平均年龄(31.94 ± 4.78)岁; 妊娠 24~36 周, 平均孕周(27.25 ± 1.44)周。两组患者一般资料比较差异无统计学意义, 具有可比性。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 采取妊娠期常规健康宣教。患者接受常规 GDM 集体知识宣教, 内容包括糖尿病病因、对母婴的影响、治疗(包括饮食、运动、药物)、自我监测等。每月 1 次, 每次 30 min。

1.2.2 观察组 予个体化营养教育。与对照组患者一同接受常规糖尿病知识宣教的同时行个体化营养教育。营养师对患者进行一对一膳食评估, 选择一天患者比较正常的饮食用作回顾, 通过回顾了解患者膳食摄入情况, 回顾 24 h 食物和饮品的内容, 了解其饮食爱好和食物选择习惯。根据患者妊娠前体质指数(BMI)、身高、孕周、孕期体质量、体力活动程度等计算总能量。指导少量多餐、定时定量规律进食法, 3 次正餐和 3 次加餐, 早、中、晚三餐的能量控制在每日摄入总能量的 10%~15%、30%、30%, 每次加餐的能量占 5%~10%; 蛋白质占总能量的 15%~20%, 碳水化合物占总能量的 50%~60%, 脂肪占总能量的 25%~30%; 运用食物交换份法制定个性化的饮食处方, 由营养厨师定量制作或者患者自行按食谱制作。通过仿真食物模型教具及计量称给患者以直观体验, 提高患者执行率。为患者建立饮食日记表, 自行记录饮食日记, 饮食日记内容包括每日 6 餐摄入的食物名称及份量, 特殊情况加以备注。要求患者按产检时间来本院营养科门诊复诊, 同时营养师定期通过电话随访的形式对患者进行营养管

作者简介: 周金(1984—), 女, 本科, 护师。

收稿日期: 2018-03-21

通信作者: 尤祥妹, YXM202011@163.com

理。指导无运动禁忌的患者进行合理运动,要求孕中、晚期每天进行 30 min 中等强度的身体活动,如快走、游泳、孕妇瑜伽、各种家务劳动等,根据患者身体状况和妊娠前运动习惯,结合主观感觉选择活动类型,量力而行,循序渐进。

1.3 效果评价 比较两组患者健康教育 1 周后空腹血糖达标(≤ 5.3 mmol/L)及餐后 2 h 血糖达标(4.4 mmol/L ~ 6.7 mmol/L)^[8]情况;两组患者干预前及健康教育 3 个月后糖化血红蛋白(HbA1c)情况(理想值 $<6.0\%$)。

1.4 统计学方法 采用 SPSS 13.0 软件进行统

计学处理,对于正态分布且方差齐性的两组定量资料采用两独立样本 t 检验, $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

观察组 80 例患者中有两例患者因中途要求转外院行产前检查而终止个体化的营养教育,最终观察组有效干预 78 例,对照组干预全部有效。两组患者血糖值和 HbA1c 水平比较见表 1。两组患者 3 个月后 HbA1c 水平均优于干预前,其中 3 个月后 HbA1c 达标观察组 71 例、对照组 45 例,两组达标率比较, $\chi^2=24.473$, $P<0.05$ 。

表 1 两组血糖值和 HbA1c 水平比较

组 别	例数	血糖值/mmol · L ⁻¹				HbA1c/%	
		空 腹	早餐后 2 h	中餐后 2 h	晚餐后 2 h	干预前	3 个月后
观察组	78	6.04±0.99	5.03±0.82	6.54±0.99	6.60±1.25	6.27±0.59	5.62±0.24
对照组	80	6.93±1.79	5.61±1.38	7.16±1.96	7.47±1.78	6.06±0.75	5.87±0.34
t 值		3.21	3.87	2.54	3.54	1.96	5.30
P 值		<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

饮食治疗是 GDM 最基本和最有效的治疗方法,宗旨是在严格限制总能量下均衡饮食。由于 GDM 患者对疾病本身的了解有限,饮食营养治疗的依从性较差,如果在 GDM 患者健康教育过程中,只是简单地给患者进行解答和指导,很难满足患者的复杂需要,难以有效控制血糖。美国糖尿病协会建议所有的 GDM 患者确诊时应尽可能咨询营养师的意见,根据个人目前的饮食模式、偏好及血糖控制目标制定具体的饮食方案^[9]。传统健康教育形式固定单一,教育者的定位主要是指导和提供信息,以灌输理论知识为主,缺乏对知识的理解强化,尤其是文化水平低的患者更难掌握。而个体化的营养教育强调个体化、针对性,结合患者实际情况,如生活方式和饮食习惯等制定个体化饮食方案并随时进行调整,饮食教育不受年龄、文化层次和职业的限制,患者学习和掌握相关知识快,饮食治疗的效果和信心明显增加。营养师配置的食物模型和食物秤以其生动逼真、色彩鲜艳、直观明确的特点吸引患者的注意力,使患者在轻松有趣的学习和实践过程中感受到各种食物的质量、体积、热量等,把食物成分换算中的抽象内容具体化,使患者乐于接受、易于理解、便于实践。患者逐步掌握饮食治疗的知识和技能,增强自我

效能,最终达到提高患者自我管理能力、维持患者血糖平稳的目的。研究结果显示,观察组健康教育 1 周后空腹血糖、餐后 2 h 血糖均优于对照组,观察组 3 个月后 HbA1c 达标率高于对照组,两组比较差异有统计学意义($P<0.05$)。

参考文献:

[1] 谢幸,苟文丽. 妇产科学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社, 2013:75—79.

[2] 徐玲. 妊娠期糖尿病对母儿结局的影响[J]. 中外医学研究, 2013,11(8):29—30.

[3] Lee AJ, Hiscock IU, Wein P, et al. Gestational diabetes mellitus: clinical predictors and long-term risk of developing type 2 diabetes: a retrospective cohort study using survival analysis[J]. Diabetes Care, 2007, 30:878—883.

[4] 汪红娟, 吴立萍. 持续性护理干预对妊娠期糖尿病患者治疗效果的观察[J]. 护理与康复, 2013, 12(3):236—237.

[5] 李宣, 田利华, 孙丹华. 胰岛素治疗妊娠期糖尿病的临床观察[J]. 临床荟萃, 2012, 27(19):1728—1729.

[6] 中华医学会糖尿病学分会. 中国糖尿病防治指南(2010 版)[M]. 北京:北京大学医学出版社, 2011:18—20.

[7] 杨慧霞. 2011 年妊娠期糖尿病国际诊断标准解读[J]. 中国医学前沿杂志(电子版), 2011, 3(4):19—20.

[8] 杨慧霞. 妊娠合并糖尿病临床实践指南[M]. 2 版. 北京:人民卫生出版社, 2013:42, 196.

[9] 杨丽萍, 王慧艳. 妊娠期糖尿病营养治疗进展[J]. 医学综述, 2014, 20(23):4330—4332.