

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.21.046

妊娠期糖尿病一日门诊教育模式的效果观察*

黄巧¹,余友霞^{2△},肖正华³,张媛¹,乐一¹,明菲¹,田芹¹,熊鹭¹
(1. 重庆市妇幼保健院产科门诊,重庆 400013;2. 重庆市妇幼保健院护理部,重庆 400013;
3. 重庆医科大学附属永川医院妇产科,重庆 402160)

[中图分类号] R714.256 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2016)21-3016-03

妊娠期糖尿病(gestational diabetes mellitus,GDM)是指妇女在怀孕前未患有糖尿病,在怀孕时才发现血糖过高的一种妊娠期特发的并发症,全球发病率为 16%~18%^[1-4]。GDM 如不进行治疗,母体、胎儿可能会产生一些并发症,严重危害其健康。随着胎儿、胎盘的娩出,大部分 GDM 患者糖代谢可恢复正常,但曾患 GDM 的患者,在中老年或再次怀孕时患糖尿病的风险会大大增加^[5-7]。按照 2011 年国际糖尿病与妊娠研究组(the international association of diabetes and pregnancy study groups,IADPSG)糖尿病新诊断标准,我国被诊断为 GDM 的孕妇数量大大增加^[8]。近几年,重庆市妇幼保健院 GDM 的发病率为 18%~19%,呈上升趋势。因此,科学管理,控制血糖,减少 GDM 孕产妇围产期并发症,具有重要意义。该院自 2013 年 7 月起开设了 GDM 一日门诊健康教育活动,经过 1 年多的实践,取得了较好的效果,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2013 年 7 月至 2014 年 7 月妊娠 24~28 周在重庆市妇幼保健院经产检确诊为 GDM 的孕妇 600 例,年龄 22~38 岁,平均(28.5±0.3)岁;均为单胎初产妇,无不良孕产史、无孕前糖尿病和其他孕期并发症。采用美国糖尿病协会(American Diabetes Association,ADA)推荐的诊断标准,即于 24~28 周行 75 g 葡萄糖耐量试验(oral glucose tolerance test,OGTT),检测空腹血糖(fasting blood glucose,FBG)、餐后 1 h 血糖(1 h plasma glucose,1 h PG)、餐后 2 h 血糖(2 h plasma glucose,2 h PG),分别以 5.1、10.0、8.5 mmol/L 作为诊断阈值,至少 1 项达到或超过诊断阈值即判断为 GDM^[9-10]。将纳入的所有 GDM 孕妇分为干预组与对照组,各 300 例。两组孕妇孕前体质量指数(BMI)分布比较,差异无统计学意义($\chi^2=1.333,P=0.721$);两组孕妇一般情况比较,差异无统计学意义($P>0.05$),具有可比性。两组孕妇孕前 BMI 分布比较,见表 1。

表 1 两组孕妇孕前 BMI 分布(n,n=300)

组别	BMI(kg/m ²)			
	<18.5 (体质量过低)	18.5~<24.0 (体质量正常)	24.0~<28.0 (体质量超重)	≥28.0 (肥胖)
观察组	20	170	80	30
对照组	15	175	75	35

1.2 方法

1.2.1 健康教育 干预组:所有参加一日门诊健康教育的 GDM 孕妇由 1 名具有营养师资格的护士全程陪护 12 h,全天进食能量为 1 800 kcal(孕中、晚期能量摄入的最低标准)。在

门诊当日对孕妇及亲属进行一系列健康讲座;12 h 作息时间安排如下:7:00 检测 FBG,7:30 早餐,8:30 讲解 GDM 的危害,9:30 检测餐后 2 h PG,9:45 早加餐,10:00 糖尿病医学营养治疗,11:00 孕妇体操,12:00 午餐,13:00 休息,14:00 检测餐后 2 h PG,14:30 营养科医师分析和讲解当日膳食食谱,15:30 午加餐,16:00 孕期运动方式与注意事项,16:45 血糖的自我监测,17:00 晚餐,17:30 填写一日门诊反馈表,19:00 检测餐后 2 h PG,19:20 主任总结点评,结束全天门诊健康教育。对照组:孕妇到营养门诊接受传统健康宣教,做 1 次营养测评,并对结果进行分析,给出营养建议、配餐等相关饮食注意事项。

1.2.2 人员组成和组织管理 一日门诊有产科医生、营养师、专科护士组成。

1.2.3 诊室设置 产科门诊专用食物模型、健康教育工具。

1.2.4 评价方法 一日门诊健康宣教结束后通过问卷对每位孕妇进行调查,问卷回收率为 100%,同时指导孕妇本周监测血糖,准确记录食谱,下周三带回并复查。宣教后整个孕期孕妇坚持记录食谱,血糖监测按产检医生要求,产检医生根据胎儿生长发育、血糖监测等情况决定是否继续营养咨询,确保孕妇对糖尿病知识的掌握程度。新生儿低血糖诊断标准:血糖低于 2.2 mmol/L 判为低血糖。

1.3 统计学处理 采用 SPSS16.0 统计软件进行数据分析,计量资料以 $\bar{x} \pm s$ 表示,组间比较采用 t 检验;计数资料以例数或百分率表示,组间比较采用 χ^2 检验;以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结果

2.1 门诊后两组孕妇 GDM 相关知识掌握情况比较 干预组孕妇对各项 GDM 相关知识的掌握程度均大于或等于 90%,而对照组孕妇约为 60%。干预组孕妇对各项 GDM 相关知识的掌握程度均高于对照组,差异均有统计学意义($P<0.05$),见表 2。

表 2 两组孕妇 GDM 相关知识掌握情况比较[n(%)]

项目	干预组	对照组	χ^2	P
知晓 FBG、2 h PG 的正常值	297(99.0)	210(70.0)	32.105	<0.05
了解 GDM 对孕妇及胎儿的危害	288(96.0)	180(60.0)	37.762	<0.05
了解糖尿病饮食治疗原则	285(95.0)	180(60.0)	35.125	<0.05
了解运动的注意事项	291(97.0)	210(70.0)	26.456	<0.05
了解食物交换份知识	270(90.0)	180(60.0)	24.000	<0.05
了解血糖监测的注意事项	288(96.0)	225(75.0)	17.786	<0.05
了解孕期体质量增长范围	285(95.0)	240(80.0)	10.286	<0.05
正确记录糖尿病日记	291(97.0)	180(60.0)	40.557	<0.05

* 基金项目:重庆市卫生局 2013 年科研项目(2013-2-076)。 作者简介:黄巧(1982—),主管护师,本科,主要从事产科临床护理及护理管理研究。 △ 通讯作者,E-mail:1013658406@qq.com。

2.2 两组孕妇及胎儿结局比较 干预组孕妇剖宫产 135 例, 39 例产后发生并发症; 对照组孕妇剖宫产 204 例, 75 例产后发生并发症; 两组剖宫产率及产后并发症发生率比较, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。两组胎儿出生体质量、新生儿低血糖发病率及出生后并发症发生率比较, 差异均有统计学意义($P<0.05$)。见表 3。

表 3 两组孕妇及胎儿结局比较[n(%), n=300]

组别	孕妇		胎儿		
	剖宫产	产后并发症	出生体质量 ($\bar{x}\pm s$, kg)	新生儿 低血糖	出生后 并发症
观察组	135(45.0)	39(13.0)	3.47 $\pm$ 0.53	30(10.0)	51(17.0)
对照组	204(68.0)	75(25.0)	3.79 $\pm$ 0.58	77(25.7)	89(29.7)
t/χ^2	32.286	14.035	7.050	25.126	13.453
P	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05	<0.05

3 讨 论

GDM 是发生在孕妇的一种独立特殊的糖尿病类型, 近年来, 随着人们生活水平的提高, GDM 的患病率呈上升趋势, 严重危害着母婴健康^[11], 并越来越引起人们的关注。2011 年 ADA 公布的糖尿病诊疗指南中, 更新了 GDM 的诊断策略和推荐标准。同年 7 月 1 日我国原卫生部发布了新的 GDM 诊断行业标准(WS331-2011)。妊娠前及孕期血糖控制不好或者妊娠期血糖监测不严密, 孕妇合并妊娠高血压综合征, 以及巨大儿、新生儿低血糖等的发生率明显增加。有报道称, 不良的生活习惯和行为方式, 或长期处于紧张、应激状态是糖尿病发病的危险因素^[12]。因此, 通过对孕妇进行适当的干预, 维持其血糖稳定, 对降低 GDM 发病率和保持母婴健康具有重要意义。研究发现, 采用多种营养干预措施能够明显减少 GDM 及其并发症的发生^[13-14]。GDM 一日门诊健康教育每周 1 次, 30~40 人/次, 7:00~19:00 连续 12 h 由具有营养师资格的专业护士陪同学习、运动、进餐、监测血糖等, 中间安排主任医师点评, 一对一解答疑难问题, 孕妇通过这种方式及时了解 GDM 对母婴的危害及干预方法, 通过亲身体验全天进食能量的标准及餐次的搭配, 为后期调整膳食、自我监测血糖及血糖控制打下基础。护士 12 h 连续护理也拉近了护患间的距离, 有利于提高患者满意度。本研究结果显示, 干预组母婴产后并发症的发病率低于对照组, 差异有统计学意义($P<0.05$), 与相关研究结果一致^[15-16]。说明 GDM 一日门诊健康教育对于减少 GDM 及其并发症的发生率具有重要意义。

对于孕妇群体, 传统的健康宣教时间非常有限, 且孕妇的文化程度、接受能力不同, 部分孕妇对糖尿病饮食及运动的掌握程度不够, 甚至会出现一些误区。例如: 个别孕妇认为主食越少血糖就能控制得更好, 这样会因为主食摄入不足, 总能量无法满足机体代谢的需要而导致体内脂肪、蛋白质过量分解, 身体消瘦、营养不良, 甚至产生饥饿性酮症而影响胎儿的正常发育; 还有孕妇不按照糖尿病饮食原则定时、定量, 造成血糖波动太大, 容易导致一些严重的妊娠并发症, 对胎儿造成更大的危害。本研究中, 为了保证授课效果和课堂趣味性, 对纯理论的宣教进行了精减, 采用医患互动的形式并运用大量食物模型来分析食物成分、制订一日食谱。为了增加患者的依从性和满意度, 还增加了 GDM 对母婴长远影响的专题宣教。本研究中, 一旦有孕妇出现身体不适, 会立刻终止干预, 并安排其行专

科体检和休息。

由于新的 GDM 诊断标准的实施, GDM 检出率更高。医务人员如何做到科学管理、控制血糖, 降低围产期并发症显得尤为重要。GDM 一日门诊健康教育作为一种新型的健康教育形式, 能够通过多种方式促进 GDM 孕妇掌握相关知识, 增强孕妇自我管理能力, 提高其饮食治疗的依从性, 从而有效控制血糖, 降低剖宫产率及母婴并发症的发生率, 改善孕妇及胎儿的结局。

综上所述, GDM 一日门诊健康教育是一种值得推广的管理模式, 也是优质护理服务在门诊护理管理工作中的具体体现。

参考文献

[1] Yessoufou A, Moutairou K. Maternal diabetes in pregnancy: early and long-term outcomes on the offspring and the concept of "metabolic memory" [J]. *Exp Diabetes Res*, 2011(2011):218598.

[2] Bener A, Saleh NM, Al-Hamaq A. Prevalence of gestational diabetes and associated maternal and neonatal complications in a fast-developing community: global comparisons[J]. *Int J Womens Health*, 2011, 3(3):367-373.

[3] Oostdam N, van Poppel MN, Wouters MG, et al. Interventions for preventing gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis[J]. *J Womens Health (Larchmt)*, 2011, 20(10):1551-1563.

[4] International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Consensus Panel, Metzger BE, Gabbe SG, et al. International association of diabetes and pregnancy study groups recommendations on the diagnosis and classification of hyperglycemia in pregnancy[J]. *Diabetes Care*, 2010, 33(3):676-682.

[5] Maulik D. Update on gestational diabetes[J]. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 2010, 37(2):255-267.

[6] Tieu J, Coat S, Hague W, et al. Oral anti-diabetic agents for women with pre-existing diabetes mellitus/impaired glucose tolerance or previous gestational diabetes mellitus[J]. *Cochrane Database Syst Rev*, 2010, 3(10):7724-7726.

[7] Luoto R, Kinnunen TI, Aittasalo M, et al. Primary prevention of gestational diabetes mellitus and large-for-gestational-age newborns by lifestyle counseling: a cluster-randomized controlled trial[J]. *PLoS Med*, 2011, 8(5):e1001036.

[8] 魏玉梅, 杨慧霞. 妊娠期糖尿病诊断标准变迁[J]. *中国实用妇科与产科杂志*, 2013, 29(4):295-298.

[9] American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus[J]. *Diabetes Care*, 2014, 37(Suppl 1):S64-71.

[10] 中华人民共和国国家质量监督检验检疫总局, 中国国家标准化管理委员会. WS331-2011 妊娠期糖尿病的诊断[S]. 北京: 中国标准出版社, 2011.

[11] Smith BJ, Cinnadaio N, Cheung NW, et al. Investigation of a lifestyle change strategy for high-risk women with a history of gestational diabetes[J]. *Diabetes Res Clin Pract*, 2014, 106(3):e60-63.

[12] Arshad R, Karim N, Ara Hasan J. Effects of insulin on placental, fetal and maternal outcomes in gestational diabetes mellitus[J]. Pak J Med Sci, 2014, 30(2): 240-244.

[13] Yuan LJ, Qin Y, Wang L, et al. Capsaicin-containing chili improved postprandial hyperglycemia, hyperinsulinemia, and fasting lipid disorders in women with gestational diabetes mellitus and lowered the incidence of large-for-gestational-age newborns[J]. Clin Nutr, 2016, 35(2): 388-393.

• 临床护理 • doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2016.21.047

[14] 曾媛,袁丽佳,王琳,等.不同的医学营养治疗方法对妊娠糖尿病的疗效评价[J].第三军医大学学报,2013,35(10):1030-1033.

[15] 苏世萍,张岱,刘春红,等.妊娠期糖尿病一日门诊管理实践与效果[J].中国护理管理,2012,12(7):66-68.

[16] 徐明敏.妊娠期糖尿病一日门诊实施效果观察[J].当代护士(综合版),2014,22(6):37-38.

(收稿日期:2016-03-10 修回日期:2016-05-14)

缺血性脑卒中患者氯吡格雷服药依从性及影响因素分析

卞鸿雁
(天津市环湖医院内科,天津 300060)

[中图分类号] R743.3 [文献标识码] C [文章编号] 1671-8348(2016)21-3018-02

抗血小板治疗是脑梗死二级预防的主要措施之一。氯吡格雷作为高效抗血小板活性药物,与其他抗血小板药物(如阿司匹林)相比,具有疗效强、安全性高、不良反应发生率低等优势^[1-2],目前已被广泛用于缺血性脑卒中的常规治疗。由于氯吡格雷抗血小板治疗是长期的,而服药患者多为中老年人,漏服、停药等服药依从性不佳现象时有发生,对治疗效果产生不良影响。本研究回顾性分析 604 例缺血性脑卒中患者出院后氯吡格雷治疗的随访资料,探讨影响氯吡格雷服药依从性的影响因素,分析其服药依从性差的原因,以期改善缺血性脑卒中患者服药依从性的康复护理和随访工作提供建议与依据。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选取 2014 年 1 月至 2015 年 1 月本院急性脑梗死或短暂性脑缺血发作住院患者 604 例,严格遵从患者及家属知情同意和自愿原则。纳入标准:(1)经颅脑 CT 或磁共振成像(MRI)证实,被明确诊断为急性脑梗死或短暂性脑缺血发作的住院患者(参照 1995 年全国第 4 届脑血管病会议通过的脑卒中诊断标准);(2)经影像学检查,除外脑出血及非缺血性神经系统疾病;(3)年龄大于或等于 18 岁,为天津市居民;(4)出院带药医嘱含氯吡格雷(硫酸氢氯吡格雷片);(5)患者意识清楚,可主动配合完成调查。排除标准:(1)罹患其他危重疾病(心、肝、肺、肾衰竭或恶性肿瘤);(2)存在氯吡格雷用药禁忌证;(3)随访期间同为其他类似研究课题的研究对象;(4)出院后无法进行电话随访。随访过程中的脱落标准:(1)随访期间由于转科、转院、再入院、出现用药不良反应等客观原因,导致原主治医师或其他医生取消氯吡格雷(硫酸氢氯吡格雷片)治疗方案;(2)随访期间罹患其他严重疾病或脑卒中再发作;(3)随访期间由于各种原因失访或死亡;(4)随访期间自愿中途退出此研究。

1.2 方法 在患者出院的第 6 个月,由经过统一培训的护士对患者进行电话随访,由患者或其主要照顾者提供复诊及用药信息。(1)一般资料调查表:该表由研究者自行编制,包括患者的性别、年龄、职业、文化程度、脑卒中亚型,是否合并心脏疾病、糖尿病和高血压,医疗费用支付方式及有无复诊。患者的基本资料从患者住院病历系统中获得,复诊情况通过后续的电

话随访获得。(2)Mofisky-Green(MG)服药依从性测评表:利用 MG 服药依从性测评表评估患者出院后 6 个月的氯吡格雷服药依从性^[3]。该测评表包含 4 个条目:①是否曾经忘记服药;②是否有时不关注服药;③当自觉症状改善时,是否有过停药经历;④当自觉症状改善不大时,是否停药。4 个条目的答案都为否,则判为依从性佳;出现 1 个或 1 个以上答案为是,则判为依从性差。

1.3 统计学处理 采用 SPSS17.0 统计软件进行数据分析,计数资料以例数或百分率表示,采用 χ^2 检验进行不同组别氯吡格雷服药依从性的单因素分析,运用 Logistic 回归分析探讨氯吡格雷服药依从性的影响因素。检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 一般资料 本研究共纳入 640 例患者,其中 36 例在随访过程中被剔除;13 例出现失访,6 例出现脑卒中再发情况,16 例罹患其他严重疾病,1 例死亡。最终 604 例完成随访研究,其中男 364 例,占 60.3%,女 240 例,占 39.7%;急性脑梗死 456 例,占 75.5%,短暂性脑缺血发作 148 例,占 24.5%。

2.2 氯吡格雷服药依从性的单因素分析 604 例患者中氯吡格雷服药依从性好的患者占 68.2%(412/604),依从性差的患者占 31.8%(192/604)。单因素分析显示,文化程度、卒中亚型、心脏疾病、高血压、糖尿病、医疗费用支付方式及有无复诊是影响氯吡格雷服药依从性的相关因素($P<0.01$)。见表 1。

表 1 氯吡格雷服药依从性的单因素分析[n(%)]

项目	n	依从性好	依从性差	χ^2	P
性别					
男	364	252(69.2)	112(30.8)	0.439	0.508
女	240	160(66.7)	80(33.3)		
年龄(岁)					
<60	335	218(65.1)	117(34.9)	3.414	0.065
≥60	269	194(72.1)	75(27.9)		
职业					
脑力劳动	204	136(66.7)	68(33.3)	0.339	0.560
体力劳动	400	276(69.0)	124(31.0)		
文化程度					

作者简介:卞鸿雁(1973—),主管护师,本科,主要从事神经内科临床护理研究。