

孕期营养管理对妊娠期糖尿病患者血糖控制及母婴结局的影响

刘翠翠

辽宁省抚顺市中心医院 辽宁 抚顺 113000

摘要: 目的: 探究孕期营养管理对妊娠期糖尿病患者血糖控制及母婴结局的影响。方法: 选取我院2022年3月~2023年4月期间收治的100例妊娠期糖尿病患者患者为研究对象, 使用数字随机分组法将患者分为2组, 对照组和实验组患者各50例, 对照组常规护理, 实验组孕期营养管理, 比较血糖、并发症和新生儿异常率。结果: 实验组血糖控制水平优于对照组, 并发症和新生儿异常率低于对照组, 满意度高于对照组, 比较结果差异有统计学意义 ($P < 0.05$)。结论: 对于妊娠期糖尿病患者, 采取孕期营养管理护理措施能够改善患者血糖水平, 控制患者糖尿病病情, 可有效减少并发症发生和降低新生儿异常率, 该方法值得进一步推广应用。

关键词: 孕期营养管理; 妊娠期糖尿病; 血糖控制; 母婴结局

妊娠期糖尿病 (GDM) 是一种发生于孕期的糖代谢异常疾病, 占孕妇糖尿病80%以上, 可随着孕期结束而消失^[1-3]。GDM的治疗主要以孕期控制饮食和合理用药为主, 治疗的同时辅助科学的护理措施能够有效起到控糖作用, 避免母婴出现不良的结果。孕期营养管理是GDM护理的关键一环, 该方法主要以母婴营养水平为基础, 结合孕妇血糖水平提供针对性的护理方案, 最大限度保障母婴营养供应的同时降低血糖升高风险和母婴不良结局风险, 从而为孕妇和婴儿的安全保驾护航。为了进一步探究孕期营养管理对于妊娠期糖尿病患者血糖控制和母婴结局的影响特进行了研究。

1 资料与方法

1.1 一般资料

选取我院2022年3月~2023年4月期间收治的100例妊娠期糖尿病患者患者为研究对象, 使用数字随机分组法将患者分为2组, 对照组和实验组患者各50例。纳入指标: ①符合GDM诊断标准^[4], 血糖 $\geq 5.1\text{mmol/L}$; ②年龄 ≥ 20 岁; ③签署知情同意告知书。排除指标: ①认知、精神和沟通障碍者; ②合并恶性肿瘤患者; ③依从度较差患者; ④临床资料不全患者。患者一般资料差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 详见表1。

表1 两组患者一般资料比较 [$n, \bar{x} \pm s$]

组别	例数	年龄	均龄
对照组	50	20~35岁	(27.89±2.26)岁
实验组	50	20~34岁	(28.03±2.31)岁

1.2 方法

对照组: 常规护理。①用药干预: 对血糖控制不佳者, 需要及时采取药物干预, 对孕期患者主要使用胰岛

素。胰岛素用量的选择非常关键, 其受到个体差异影响较大, 为了保障母婴安全需要从低剂量开始, 后结合孕妇血糖水平进行调整。妊娠32~36周用量达到峰值^[5], 同时要注意日间和夜间的用量调整, 夜间应减少计量。妊娠早期每周进行1次血糖检查, 控制胰岛素用量, 避免发生低血糖。妊娠中期2周检查1次, 同时对肾功能和糖化血红蛋白进行检查, 根据检查结果调整用量。妊娠32后没周检查1次, 同时对孕妇水肿、尿蛋白和婴儿情况进行检查。②母婴监测: 血糖、电解质等紊乱可导致酮症酸中毒, 需要定时检查血糖情况, 若发现血糖升高可以在胰岛素中加入0.9的氯化钠或葡萄糖氯化钠溶液进行干预^[6]。孕妇出现腹泻、呕吐、头晕和失眠的情况需及时检查。③心理教育: 孕期妇女情绪不稳定, 合并GDM者身体负担增加会加重情绪失控, 进而影响母婴安全, 因此强化心理教育必不可少。入院检查期间护士向孕妇说明GDM的表现、危害和预防方法, 叮嘱患者加强运动、控制饮食, 出现不良反应及时就医。通过网络、电话和面谈等方式定期了解孕妇情况, 分析潜在危险因素, 及时给予指导。对心理不稳定者, 通过沟通和交流消除患者心理负担。④运动指导: 孕期加强运动支持, 但要注意避免高强度运动, 尽可能以散步、慢跑或孕妇瑜伽等运动为主, 切记不可空腹运动, 避免出现低血糖。

实验组: 常规+孕期营养管理。常规护理同对照组, 孕期营养管理如下: 控制各类能量的摄入量, 热量摄入控制在3~8%/周, 蛋白质控制在20~30%/周, 脂肪控制在30~40%/周, 糖类摄入控制在40~50%/周^[7]。应始终坚持平衡饮食、合理饮食的理念, 不能出现过度挑食或长时间摄入同一类食物。控制饮食的同时要避免过

度控制能力摄入,可能导致孕妇饥饿性酮症及胎儿生长受限问题出现。此外,多深入蔬菜和水平等富含膳食纤维的食物,可提高集体代谢水平,同时避免血糖水平持续升高。

1.3 观察指标

血糖:使用全自动血糖测量仪测空腹、餐后2h血糖水平;清晨抽取孕妇静脉血测糖化血红蛋白水平。并发症:记录感染、产道损伤、妊娠期高血等并发症的发生情况。发生率 = 发生例数/样本数×100%。新生儿异常率:记录新生儿低血糖、巨大儿和呼吸窘迫综合征等发

生情况。异常率 = 异常例数/样本数×100%。

1.4 统计学分析

研究结果数据应用统计学软件SPSS23.0完成处理,计量资料、计数资料分别用 $\bar{x}\pm s$ 、($n, \%$)表示, t 检验、 χ^2 检验为检验差异性的方法;检验依据以 $P < 0.05$ 为标准,表示差异显著,具有统计学意义。

2 结果

2.1 血糖比较

护理后实验组空腹血糖、餐后2h血糖和糖化血红蛋白水平均低于对照组($P < 0.05$)。见表2。

表2 血糖比较[$n, \bar{x}\pm s$]

组别	例数	空腹血糖 (mmol/L)		餐后2h血糖 (mmol/L)		糖化血红蛋白 (%)	
		护理前	护理后	护理前	护理后	护理前	护理后
对照组	50	8.21±0.86	7.56±0.64	13.24±0.86	8.27±0.67	8.23±0.35	7.01±0.21
实验组	50	8.19±0.91	6.89±0.57	13.31±0.79	7.54±0.72	8.31±0.29	6.74±0.18
t		0.113	5.528	0.424	5.248	1.245	6.903
P		0.910	0.000	0.673	0.000	0.216	0.000

2.2 并发症比较

实验组并发症发生率小于对照组($P < 0.05$)。见表3。

表3 并发症比较[$n, \%$]

组别	例数	感染	产道损伤	妊娠期高血压	发生率 (%)
对照组	50	3	3	9	30.00
实验组	50	1	1	3	10.00
χ^2					6.250
P					0.044

2.3 新生儿异常率比较

实验组新生儿异常率小于对照组($P < 0.05$)。见表4。

表4 新生儿异常率比较[$n, \%$]

组别	例数	新生儿低血糖	巨大儿	呼吸窘迫综合征	发生率 (%)
对照组	50	5	6	1	24.00
实验组	50	1	1	1	6.00
χ^2					6.353
P					0.042

3 讨论

近年来我国GDM发病率显著提高,目前已达到1~5%,成为影响孕妇和胎儿生命安全的重要因素^[8-10]。GDM不仅会威胁母婴安全,而且还会增加孕后T2DM风险。一般情况下,GDM仅出现在妊娠期,会随着妊娠结束而消失。在妊娠期,胎儿需要从胎盘中获取营养物质支持自身生长和发育,其中最为主要的物质是葡萄糖,

随着妊娠进程不断发展,胎儿对葡萄糖的需求量逐渐增加,导致血液中的抗胰岛素样物质浓度提高,胰岛素对葡萄糖的敏感性降低,导致血糖水平升高。GDM会增加孕妇感染、产道损伤和妊娠期高血压风险,同时也会增加巨大儿、新生儿低血糖和呼吸窘迫综合征发生风险,严重威胁母婴生命安全。对于GDM的防控和治疗非常关键,其中胰岛素干预是重要手段,其能够改善孕妇体内胰岛素水平,促进葡萄糖转化。但由于孕妇个体差异性,胰岛素干预必须注意用量,用量控制不当可能导致孕妇出现低血糖,增加妊娠并发症风险。药物干预适合饮食控制不佳患者,最佳的干预方法是饮食引导,通过科学和合理的饮食方案保障孕妇营养供给,同时降低糖尿病发生风险。孕期营养管理是通过控制孕妇饮食情况实现控糖目的。研究发现,GDM患者普遍存在两种情况,一种是进食量非常大,各类能量物质摄入失衡,体重增加非常显著,造成血糖持续上升。另一种则是进食量非常小,过渡控制饮食导致营养供应不足,引起低血糖和新生儿营养不良^[11]。究其原因是不合理的营养管理方法导致的,因此对营养摄入方案进行调整至关重要。孕期营养管理能够为孕妇提供针对性的营养干预方案,对于避免孕妇营养失衡具有积极作用。本研究结果显示,孕期营养管理能够降低孕妇空腹血糖、餐后2h血糖和糖化血红蛋白水平,确保血糖稳定性。实验组孕期并发症发生率为10.00%,对照组为30.00%,实验组新生儿异常率为6.00%,对照组为24.00%。以上结果说明,合理

控制血糖能够降低孕妇并发症风险,同时避免因血糖控制不佳导致新生儿体征出现异常。值得注意的是,在控制饮食方面,应本着科学和平衡的原则,应该尽可能深入多种类型的能量,将热量摄入控制在3~8%/周,蛋白质控制在20~30%/周,脂肪控制在30~40%/周,糖类摄入控制在40~50%/周,这样能够确保孕妇和胎儿所需的各类营养物质得到补充,避免出现单一物质缺乏导致营养供应失衡引起母婴机体异常,只有做好科学饮食和合理控糖才能获得更好的妊娠结果。

综上所述,对于妊娠期糖尿病患者,采取孕期营养管理护理措施能够改善患者血糖水平,控制患者糖尿病病情,可有效减少并发症发生和降低新生儿异常率,该方法值得进一步推广应用。

参考文献

[1]邢年路,周英凤,方园等.妊娠期糖尿病患者孕期热量及三大营养素分配相关指南的系统评价[J].中华护理杂志,2023,58(24):2967-2975.

[2]李萍.个体化医学营养综合治疗对妊娠期糖尿病患者母婴结局的影响[J].糖尿病新世界,2023,26(19):42-45.

[3]董青青,纪贝贝,孟维霞.基于DOHaD理念导向的营养支持护理在妊娠期糖尿病患者中的应用[J].齐鲁护理杂志,2023,29(13):30-33.

[4]赵婷婷.基于Triangle分层分级管理模型的妊娠期糖尿病孕妇多学科协作营养管理方案的构建[D].安徽医科大学,2023.

[5]许建坡.孕期营养管理对妊娠期糖尿病患者血糖控制及母婴结局的影响[J].妇儿健康导刊,2023,2(04):91-93.

[6]李云,黄欣欣,林娟等.具有妊娠期糖尿病高危因素的孕妇孕晚期进行第二次糖耐量检查的重要性[J].海峡预防医学杂志,2022,28(06):104-106.

[7]李丽,王玲.妊娠期糖尿病筛查以及早期干预对母婴的影响[J].糖尿病新世界,2022,25(23):50-53.

[8]梁婷,陈宝珠,陈映华.认知评价理论结合孕期营养管理对妊娠期糖尿病患者的影响[J].齐鲁护理杂志,2022,28(21):85-87.

[9]王帆,王竹青,杨丽娜等.个体化营养管理对孕前超重妇女孕期血糖水平和妊娠结局的影响[J].实用预防医学,2022,29(09):1105-1108.

[10]黄丽珍,胡警芳.孕期营养管理对GDM患者血糖控制及母婴结局的影响[J].甘肃科技,2022,38(16):128-130.

[11]金超,林兵,李世阳等.妊娠期知信行营养管理模式对妊娠期糖尿病的作用分析[J].中国食物与营养,2022,28(08):83-86.